

Bewegung mit Demenz

Fortbildung für Übungsleiter / innen und Interessierte

29. April 2017, Akademie des Sports, Hannover

Gliederung

1. Einführung
2. Medizinische Grundlagen
3. Innenwelten
4. Kommunikation / Validation
5. Bewegung und Ernährung
6. Integration
7. Praxis

1. Einführung

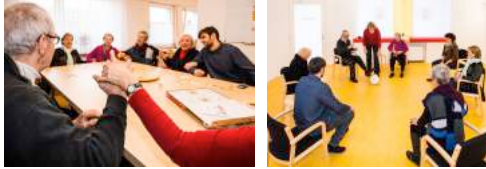


Foto: (c) LSB NRW | Andrea Bawinkelmann

Tobias Wehr

- Dipl. Kaufmann
- Demenzbegleiter nach § 45 SGB XI
- Fitness-Trainer B-Lizenz
- Certified Functional Trainer

Treff. Tvg Holsterhausen



Fotos: (c) LSB NRW | Andrea Bowninkelmann

Treff. Tvg Holsterhausen



Foto: (c) LSB NRW | Andrea Bowninkelmann

Treff. Tvg Holsterhausen



2. MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN

Definition

- „Eine Demenz (lat. **de mens = ohne Geist / Verstand**) ist ein Defizit in kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten, das zu einer Beeinträchtigung sozialer und beruflicher Funktionen führt und meist mit einer diagnostizierbaren Hirnerkrankung einhergeht.“

(Wikipedia.org)

Definition

ICD-10 (International Classification of Diseases)

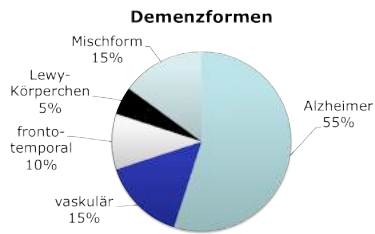
1. Abnahme des Gedächtnisses

2. Abnahme weiterer kognitiver Fähigkeiten, wie:

- Denkvermögen
- Urteilsfähigkeit
- Informationsverarbeitung

3. Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (in Folge von 1. und 2.)

Klassifikation



Prävalenz

Altersgruppe	Prävalenz
65-69	1,6%
70-74	3,5%
75-79	7,3%
80-84	15,6%
85-89	26,1%
90 und älter	40,9%

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

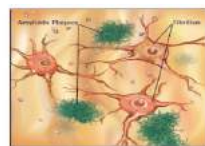
- Ca. 1,6 Mio Betroffene in Deutschland
- Hohe Dunkelziffer
- Verdopplung bis 2050

Entstehung (Alzheimer-Demenz)

Absterben von Nervenzellen aufgrund von...

- Eiweißablagerungen („Plaques“) außerhalb der Nervenzellen

- Bildung von Neurofibrillen (= Proteine), die den Stofftransport innerhalb von Nervenzellen stören

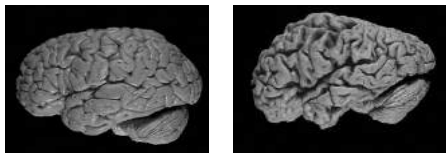


Quelle: Alzheimer Forschung Initiative (AFI)

Entstehung (Alzheimer-Demenz)

Konsequenz:

o Hirnatrophie (das Gehirn „schrumpft“)

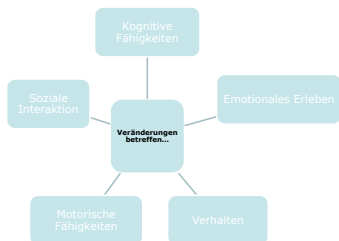


Quelle: Alzheimer Forschung Initiative (AFI)

Stadien der Demenz

Stadien
1. Frühes Stadium <ul style="list-style-type: none">• Neue Inhalte können schlecht behalten werden• Komplexe Aufgaben sind erschwert (z.B. Umgang mit Geld)• Orientierung in neuen/ungewohnten Umgebungen gestört• Sprache wird ungenauer (Erkrankte versucht zu kompensieren = Fassade)• Depressive Stimmung
2. Mittleres Stadium <ul style="list-style-type: none">• Namen vertrauter Menschen werden vergessen, Erinnerungen verblassen zunehmend• Zeitgefühl geht verloren• Gegenwart und Vergangenheit werden verwechselt• zunehmende Hilfebedürftigkeit bei z.B. Ankleiden, Essen, Körperpflege• Floßeln werden zunehmend benutzt
3. Spätes Stadium <ul style="list-style-type: none">• Selbständige Lebensführung nicht mehr möglich• Sprache reduziert auf wenige Wörter• Eingeschränkte Körperkontrolle (Inkontinenz)• Bettlägerigkeit• Orientierungslosigkeit

Symptome



Kognitive Fähigkeiten

Störungen von...

- Gedächtnis („Er vergisst alles“)
- Lernfähigkeit („Veränderungen sind ganz schlimm“)
- Orientierung („Er verläuft sich immer häufiger“)
- Sprache („Er redet Kauderwelsch“)
- Rechnen („Er kann nicht mehr einkaufen gehen“)
- Urteilsvermögen („Er hat ganz komische Ansichten“)
- Denken („Er verliert den roten Faden im Gespräch“)
- Auffassung („Er kapiert nichts mehr“)

Emotionales Erleben

- Ängstlichkeit
- Unruhe
- Depressive Stimmung
- Gereiztheit

Verhaltensauffälligkeiten

- Rastlosigkeit, Umherwandern
- Sammeln und Verstecken von Dingen (Hamstern)
- Ständiges Wiederholen von Sätzen oder bestimmten Tätigkeiten
- Gestörter Schlaf- Wachrhythmus

Motorische Fähigkeiten

- Kraft
- Gehfähigkeit
- Gleichgewicht
- Gezieltes motorisches Handeln (z.B. einen Becher vom Tisch nehmen)
- Koordination und parallele Tätigkeiten ausführen (z.B. Reden beim Laufen)

Soziale Interaktion

- Beschuldigungen/Vorwürfe und Misstrauen
- Enthemmungen und „Distanzlosigkeit“
- Anhänglichkeit
- Aggressives Verhalten

DIAGNOSTIK

Diagnostik



Diagnostik



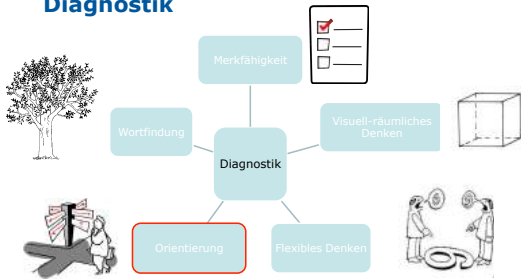
1. DURCHGANG

2. DURCHGANG

3. DURCHGANG



Diagnostik



Orientierung

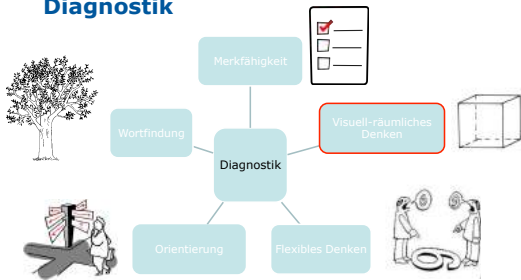
3. Mini-Mental Status

Fehler	Richtig	Maximal Erreichbar
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9

"Nun möchte ich Ihnen einige Fragen stellen, um Ihr Gedächtnis und Ihre Konzentration zu prüfen. Einige Fragen mögen einfach, andere schwieriger sein."

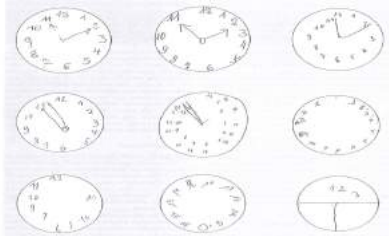
- 1) "Welches Jahr haben wir?" _____
- 2) "Welche Jahreszeit?" _____
- 3) "Den wievielten des Monats?" _____
- 4) "Welcher Wochentag ist heute?" _____
- 5) "Welcher Monat?" _____
- 6) "In welchem Land sind wir?" _____
- 7) "In welchem Kanton?" _____
- 8) "In welcher Ortschaft?" _____
- 9) "Auf welchem Stockwerk?" _____
- 10) "An welchem Ort (Name oder Adresse) befinden wir uns hier?" _____

Diagnostik

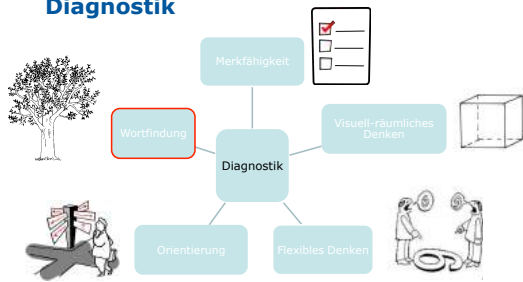


Visuell-räumliches Denken

Uhrentest

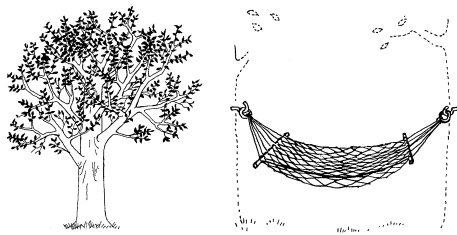


Diagnostik

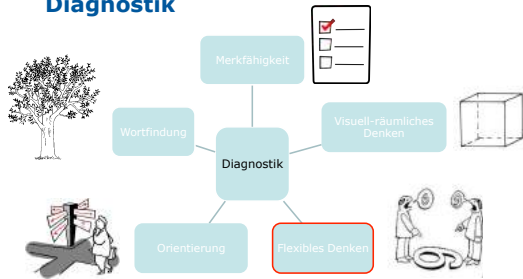


Wortfindung

Boston Naming Test

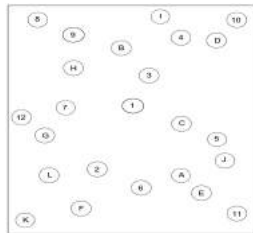


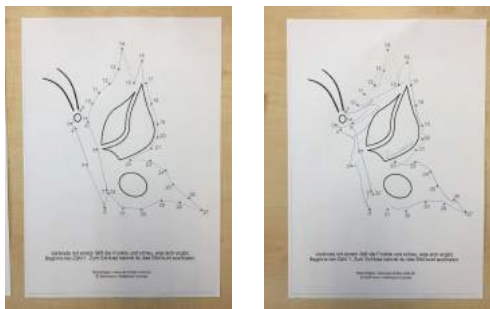
Diagnostik



Flexibles Denken

Trail Making Test





Wer erinnert sich noch an die 10 Wörter aus der Liste...?



3. INNENWELTEN

Innenwelt bei Demenz

- Menschen mit Demenz fühlen sich in ihrer Innenwelt sicher, geborgen und kompetent
- Sie leben meist in einer anderen Zeit ihrer Biografie
- Die Innenwelt ist ein fragiles Konstrukt
- Man kann sie nutzen, aber nicht ausnutzen oder verletzen

Veränderte Fremdwahrnehmung

- Fortschreitende Unfähigkeit des Gehirns Informationen zu verarbeiten
- Dinge oder Menschen werden nicht mehr erkannt
- Halluzinationen, Verdächtigungen, Beschuldigungen

Veränderte Selbstwahrnehmung

- Erlebt Ängste und bemerkt den Verlust der Fähigkeiten
 - Schutzstrategien, Fassade
- Der Demente erlebt sich als jung, vital und leistungsfähig

Persönlichkeits-/ Verhaltensänderungen

- Etikette beim Essen geht verloren
- Körperpflege wird vernachlässigt
- Essen wird gehortet / versteckt
- Kurzzeitgedächtnis geht verloren – kein Sättigungsgefühl
- Früher liebevoll, heute ruppig – früher träge, heute fleißig
- Fröhlich vs. ängstliche Veränderung

Öffentliche Veränderungen

- Rückzug, verstummen
- Weglaufen
- Immer das gleiche sagen, machen und fragen
- Bemerkbar machen (Krach machen)
- Um Hilfe rufen

SELBSTERFAHRUNG

4. KOMMUNIKATION

Was ist Kommunikation?

- Übermittlung von Konzepten durch
 - Wörter (verbal)
 - Mimik, Augenkontakt, Körpersprache, Gestik, Berührung, Tonfall (nonverbal)
- Bedürfnisse und Gefühle ausdrücken
- Meinung austauschen

Man kann nicht nicht kommunizieren!

Was ist ein Konzept?

- Eine Ansammlung vieler Bilder im Gehirn
- Erinnerungen an Dinge und Ereignisse

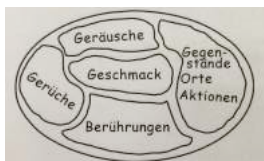


Foto: LDS NRW | Heft 2, S. 12

Wie funktioniert Kommunikation?

- Gedanken einer Person werden von einer anderen Person richtig verstanden

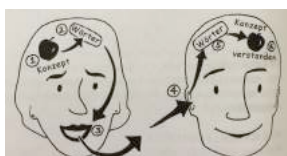


Foto: LDS NRW | Heft 2, S. 12

Kommunikationsebenen



Kommunikationsebenen - Beispiele

2 Personen im Auto. Eine Person sagt: „Es ist grün.“ 2. Person sagt: „Fahre ich oder du?“

- Sender / Empfänger**
Sachinhalt: Die Ampel ist grün.
Selbstkundgabe: Ich habe es sehr eilig.
Beziehung: Du brauchst meine Hilfe
Appell: Fahr jetzt los

Kommunikationsebenen - Beispiele

Mann und Frau im Büro. Mann fragt: „Ist noch Kaffee da?“ Frau sagt: „Immer muss ich Kaffee kochen!“

- | | |
|---|---|
| Sender
Sachinhalt: Ich wüsste gern, ob noch Kaffee da ist.
Selbstkundgabe: Ich habe Durst!
Beziehung: Ich könnte uns einen frischen Kaffee kochen
Appell: Koch doch bitte einen Kaffee | Empfänger
Sachinhalt: Er wüsste gern, ob noch Kaffee da ist.
Selbstkundgabe: Er würde gern eine Tasse trinken.
Beziehung: Immer bleibt das Kaffee kochen an mir hängen!
Appell: Er will, dass ich Kaffee koche |
|---|---|

Kommunikationsebenen - Beispiele

**2 Personen in der Küche. Eine Person fragt: „Was ist das Grüne in der Soße?“
Andere Person sagt: „Iss doch woanders wenn es dir nicht schmeckt“**

Sender

Sachinhalt: Da ist was Grünes.

Selbstkundgabe: Ich weiß nicht was es ist.

Beziehung: Du wirst es wissen.

Appell: Sag mir, was es ist.

Empfänger

Sachinhalt: Da ist was Grünes.

Selbstkundgabe: Mir schmeckt das nicht.

Beziehung: Du bist eine Miese Köchin.

Appell: Lass nächstes Mal das Grüne weg.

Mögliche Störungen

- Unterschiedliche Sprache
- Kulturelle Unterschiede
- Mehrdeutigkeit
- Lärm
- Mangelnde Aufmerksamkeit
- Eingeschränkte Wahrnehmung

Gelingende Kommunikation ist abhängig von

Verständnis von

- Sprache / Kultur / Bedeutung

Wahrnehmung

- Mit allen Sinnen und „Ohren“

Eigener Vorstellung

- Von der Welt / Werten, etc.

Kommunikation mit Menschen mit Demenz



Am Anfang einer Demenz



Menschen mit (beginnender) Demenz

- spüren die Veränderung
- leiden zunehmend unter Wortfindungsstörungen
- verstehen einzelne Begriffe nicht mehr
- empfinden Korrekturen und Verständnisfragen als Hinweis auf Defizite

Menschen mit Demenz - Kommunikationsebenen

- Selbstkundgabe: Ich bin jung und kompetent
- Beziehung: Entscheidend für den Erfolg!
 - Die Hilfebedürftigkeit nicht spürbar werden lassen

Kommunikationsstrategien



Grundregeln Kommunikation mit Menschen mit Demenz

- Auf Körpersprache achten
- Lächeln
- Stimmlich beruhigen
- Nur über sichtbares sprechen
- Positiv ausdrücken, Verbote vermeiden
- Namentlich ansprechen und Blickkontakt halten

Grundregeln Kommunikation mit Menschen mit Demenz

- Informationen einfließen lassen, nicht abfragen
- Äußerungen wiederholen, statt variieren
- Einfache, kurze Sätze
- Ja / Nein – Fragen stellen
- Authentisch bleiben
- Musik und Gesang

Gefühle werden nicht dement!

VALIDATION

BEI DEMENZ IST DIE FÜNF EINE GERADE ZAHL!

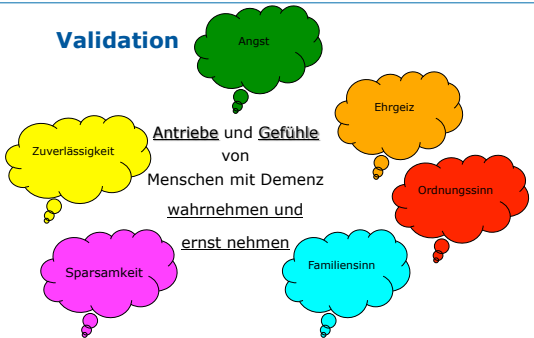
Validation

- o valide = gültig, d.h. bei der Validation werden die Aussagen des dementiell Erkrankten als gültig erklärt und nicht korrigiert oder in Zweifel gezogen

Was ist Validation?

- eine Grundhaltung im Umgang mit Menschen mit Demenz
- ermöglicht Zugang zu Menschen mit Demenz in allen Krankheitsphasen
- Akzeptanz des Menschen mit Demenz und Verstehen seiner Welt
- Begegnung auf der Gefühlsebene, nicht auf der Inhaltsebene

Validation



Warum Validation?

- Konfrontationen vermeiden
- Zweckmäßig handeln
- Gefühle formulieren und Trost spenden

Validation

3 Schritte der Validation:

1. Gefühle und Antriebe erkennen	Welches Gefühl steckt hinter der Aussage?
2. Gefühle spiegeln	Gefühle und Antriebe aufgreifen und bestätigen
3. Verallgemeinern	Allgemeine Gesprächsbasis schaffen

Validation

Beispiel 1:

Der verwitwete Herr P. fragt beim Mittagessen im Pflegeheim:
„Hat meine Frau auch schon etwas bekommen?“

No-Go: „Ihre Frau ist letztes Jahr verstorben.“

1. Gefühle und Antriebe erkennen	Fürsorge, Familiensinn
2. Gefühle spiegeln	„Sie kümmern sich immer gut um Ihre Frau.“
3. Verallgemeinern	„Aufeinander acht geben ist wichtig.“

Wie komme ich ins Gespräch?

Gesprächsinhalte wählen, die Gefühle von Sicherheit geben und Wertschätzung vermitteln

....die Biographie!



5. BEWEGUNG UND ERNÄHRUNG

Prävention

Primärprävention

- Risiko einer Erkrankung minimieren
- Vorbeugung

Sekundärprävention

- Fortschreiten eines Krankheitsverlaufes verhindern bzw. umkehren
- Frühdiagnostik und -behandlung

Tertiärprävention

- Verringerung der Schwere und der Ausweitung von manifestierten Erkrankungen
- Prävention bzw. Eindämmung von Folgestörungen
- Erhalt der Lebensqualität

Physische Aktivität scheint Demenzrisiko zu senken

Studie 1 – (Yaffe et al. 2001)

- 6000 ältere Frauen (ab 65 Jahren) wurden über 6-8 Jahre begleitet
- Aktivitätsgrad wurde anhand der Verbrennung von Kilokalorien pro Woche bei körperlicher Aktivität bestimmt (4 Gruppen)
- 34 % geringeres Risiko für kognitiven Abbau der aktivsten im Vergleich zur inaktivsten Gruppe

Physische Aktivität scheint Demenzrisiko zu senken

Studie 2 – (Abbott et al. 2004)

- Ca. 2200 ältere Männer (zwischen 71 und 93 Jahren) wurden über 8 Jahre begleitet
- 44 % geringeres Risiko an einer Demenz zu erkranken bei Teilnehmern die mehr als 3 km am Tag liefen im Vergleich zu Teilnehmern, die weniger als 400 m am Tag liefen.

Prävention

Weitere Studien:

- Körperlich aktive Teilnehmer wiesen insgesamt ein um bis zu 38 % geringeres Risiko auf, kognitive Beeinträchtigungen zu entwickeln (Sofi et al. 2011)
- Das Risiko an einer Demenz zu erkranken, ist für körperlich Aktive um 28 % geringer, an Morbus Alzheimer zu erkranken sogar um 45 % (Hamer & Chida 2009)
- 38 % geringeres Risiko an einer vaskulären Demenz zu erkranken (Aarsland et al. 2010)

Prävention sollte so früh wie möglich gelebt werden

Kardiovaskuläre Erkrankungen im Alter von 40 bis 44 Jahren erhöhen das Risiko einer demenziellen Erkrankung im höheren Alter wesentlich (Whitmer et al. 2005)

- Bluthochdruck 24%
- Diabetes 45%
- Erhöhter Cholesterinspiegel 42%
- Raucher 26%
- Übergewicht 60-70%
(der dicksten 20% im Vergleich zum schlanksten Fünftel)

Bewegung gegen das Vergessen?

- Vielzahl an Studien deuten direkten als auch indirekten positiven Effekt von körperlicher Aktivität an
- Prävention sollte in jungen Jahren beginnen
- Verringerung des Risikos einer Erkrankung zwischen 25 und 50 %

Problematik

- Bewegung isoliert zu betrachten
- Korrelation mit biologischen Faktoren und Lebensstil-Einflussgrößen (z.B. genetischer Disposition, Bildungsstand, soziale Integration, Ernährungsgewohnheiten, etc.) - (Solfrizzi et al. 2008)
- Keine konkreten Empfehlungen für Bewegung, Abwechslung, Spaß und soziale Interaktion scheinen wichtige Faktoren zu sein

Bewegung als Teil eines gesunden Lebensstils

- Gehfähigkeit und Alltagsmobilität als Schlüsselkompetenz sozialer Interaktion und gesellschaftlicher Teilhabe
- Freude und Spaß an Bewegung (vor allem in der Gruppe) steigern die positive Wirkung
 - physische Aktivität im Beruf (z.B. Handwerker) scheint keinen präventiven Effekt zu haben (Rovio et al. 2007)

ERNÄHRUNG

Vitamin D Mangel erhöht das Demenz Risiko

Studie 1 – (Thomas J. Littlejohns et al. 2014)

- 1658 Studienteilnehmer
- 171 erkrankten innerhalb des Studienzeitraumes von 6 Jahren an Demenz (102 an Alzheimer)
- Risiko zu erkranken bei niedrigem Vitamin-D Spiegel bis zu 2,25 mal größer

Vitamin D Mangel in Deutschland?

Statistik des Robert Koch Instituts 2012

- 62 % der Jungen, 57 % der Männer und
- 64 % der Mädchen, 58 % der Frauen liegen unter dem empfohlenen Grenzwert

Deine Nahrung sollte Deine Medizin sein!

Studie 2 – MIND Studie (Martha Claire Morris et al. 2015)

- 923 Studienteilnehmer zwischen 58 und 98
- 54 % geringeres Risiko an Alzheimer Demenz bei strenger Einhaltung
- 35 % geringeres Risiko bei moderater Einhaltung

Demenz – Eine Frage des Lebensstils?

Studie 3 – Fingerstudie (Ngandu T. et al. 2015)

- 1260 Studienteilnehmer zwischen 60 und 77 Jahren
- Ernährung: 20 % Proteine, 35 % Fette, 45 % Kohlenhydrate (weniger als 10 % raffinierter Zucker)
- Körperliches Fitnesstraining (Muskeltraining und Aerobic / Gymnastik)
- Kognitives Training
- Signifikant bessere Ergebnisse nach 2 Jahren

**„ALLES WAS GUT IST FÜRS HERZ,
IST AUCH GUT FÜRS GEHIRN.“**

Demenz – und nun? Bewegung!

- Studien deuten auf vergleichbare Effekte zu pharmakologischen Therapien hin (Heyn et al. 2004)
- Gemäß eines Cochrane-Reviews von 2013 führt regelmäßiges Training zu einer Verbesserung der geistigen Fähigkeiten auch bei bereits begonnener Demenz (Forbes et al. 2013)
- Intensives aerobes Training beeinflusst die Kognition von Patienten mit manifester Alzheimer-Demenz positiv (Hoffmann et al. 2013)

Demenz – und nun?

Ein eindrucksvolles Experiment

- Dr. Mary Newport behandelte ihre Mann mit Kokosöl



Steve Newport (Demenzerkrankter) und Dr. Mary Newport, 2011
Quelle: Mary Newport, Die Keton-Kur

Demenz – und nun?

Der Uhrentest

Ein Tag vor der Einnahme von 20 g Kokosöl

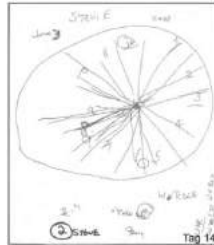


Quelle: Mary Newport, Die Keton-Kur

Demenz – und nun?

Der Uhrentest

14 Tage Einnahme von
20 g Kokosöl

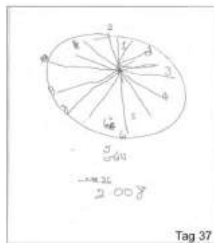


Quelle: Mary Newport, Die Ketone-Kur

Demenz – und nun?

Der Uhrentest

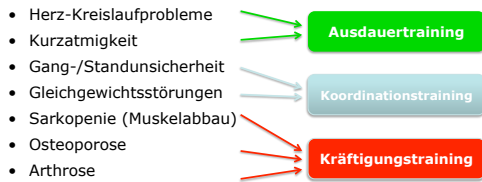
37 Tage Einnahme von
20 g Kokosöl



Quelle: Mary Newport, Die Ketone-Kur

6. INTEGRATION

Typische Altersbeschwerden



Besonderheiten bei Menschen mit Demenz

- Kognitiver Leistungsverlust
- Verlust funktioneller Alltagsleistungen
 - Einkaufen, Bankgeschäfte, Essen zubereiten
 - Verlust motorischer Basisleistungen
 - Gangstörungen, Störungen des Sitzen-Stehen Ablaufs
 - Risiko motorischer Fehlleistungen
 - Sturz- und Verletzungsrisiko um das 3-4 fache höher
 - Einschränkungen bei motorisch-kognitiven Komplexleistungen
 - Dual-Task Fähigkeiten (z.B. Gehen und Sprechen)

Trainingsorganisation

Besonderheiten bei Menschen mit Demenz:

- schlechte Orientierung
- erhöhtes Sturzrisiko
- eingeschränkte Komplexleistungen

1. Training immer in derselben Räumlichkeit durchführen
2. Organisationsform mit klarer Struktur in jeder Einheit
3. Kleingruppe, enge Supervision und Sicherheit

Trainingsmethodik

Besonderheiten bei Menschen mit Demenz:

- eingeschränktes Gedächtnis
- verminderten Auffassung
- eingeschränkte Lernfähigkeit
- Sprachprobleme
- eingeschränkte Exekutivfunktionen

1. einfache Übungen mit klarer Struktur
2. Schwierigkeitsgrad behutsam steigern
3. Häufiges Wiederholen
4. Motivation und Lob

Trainingsanleitung

Besonderheiten bei Menschen mit Demenz:

- Verminderte Kommunikationsfähigkeit
(Informationsübertragung gestört)

Verbal:

1. Kurze, direkte Anweisungen
2. Positive Formulierungen
3. Bewegungen mit Assoziationen verknüpfen

Nonverbal:

1. Bewegungen demonstrieren
2. Taktile und rhythmische Unterstützung

Ziele

Ziele von Bewegungsprogrammen für Hochaltrige und demenziell Erkrankte

- Verbesserung der Alltagsfertigkeiten durch Gleichgewichts- und Krafttraining
 - Aufstehen, Gehen, Treppensteigen, Körperpflege, Heben von Gegenständen,
- Sturzprophylaxe und Erhaltung der Selbständigkeit

Praxisbeispiele

NADiA / fit für 100

- Bewegungsprogramm für hochaltrige Menschen
- entwickelt von der Sporthochschule Köln
- Altersgruppe 80plus, mit und ohne Pflegegrad, auch für demenziell Erkrankte geeignet

Praxisbeispiele

NADiA / fit für 100 – Methode und Inhalt

- Muskelaufbautraining für den gesamten Körper anhand von 10 Übungen
- Training in der Gruppe, 2 x wöchentlich je 60 Minuten
- Individuelle Förderung, durch individuelle Gewichte

Praxisbeispiele

NADiA / fit für 100 – Wirksamkeit

- Erhöhung der Handkraft
- Zunahme der Beweglichkeit in der Schulter
- Reduktion der benötigten Zeit fürs Aufstehen
- Verbesserung der Standsicherheit

Praxisbeispiele

NADiA / fit für 100 – Ablauf

- Koordinative Erwärmungsphase
- 10 Kräftigungsübungen in immer gleicher Reihenfolge
- Ausklang

Praxisbeispiele

NADiA / fit für 100 – Ablauf



Bilder: © fit für 100

Praxisbeispiele

NADiA / fit für 100 – Ablauf



Bilder: © fit für 100

Praxisbeispiele

Bewegung bei Demenz

- Bewegungsprogramm des Universitätsklinikums Heidelberg
- 3 Trainingsmodule
 - Gleichgewichtsübungen
 - Kräftigungsübungen
 - Dual-Task Training
- Mediengestütztes Programm, auch für Heimtraining geeignet
- <http://www.bewegung-bei-demenz.de/content/heimtrainingsprogramm>

Mehr Sicherheit durch geeignete Bodenbeläge

Ältere Menschen tendieren zu einem erhöhten Sturzrisiko, weil visuelle Wahrnehmung, Reaktionsvermögen, Balance und motorische Fähigkeiten im Alter nachlassen.

Häufige Fehlerquellen bei den Böden:

- mangelhafte Gleitfestigkeit oder schlechte optische Gestaltung häufig die Ursache für Stürze,
- zu harte Unterbauten.

Was der Boden einem Dementen signalisieren kann

Hinter allem lauern Gefahren, weil der Kopf die Bodenhaftung verloren hat. Genauer betrachtet:

- Kleinste sichtbare Unebenheiten
- Glänzende Oberfläche
- Fußleisten in gleicher Farbe wie Boden
- Schweißnähte zwischen zwei Bahnen sichtbar
- PVC-Fliesen versetzt verlegt
- Dunkle Einleger



Was bei der Planung berücksichtigt werden sollte

- ruhige Farben wählen, leicht meliert, erdfarben, sonnenfarben
- Verwendung von Bahnware, keine Fliesen
- Verwendung eines stoßdämpfenden Untergrundmaterials
- Kein Einschluss von Fremdkörpern
- Bestmögliche Verfugung / Verschweißung mit farbgleichen Materialien
- Fußleisten in Wandfarbe

Lichtschlieren



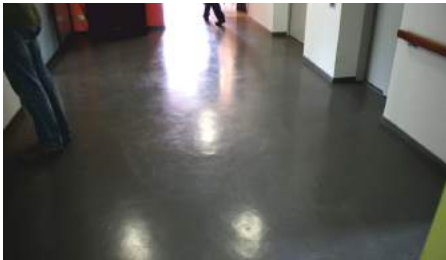
Unebenheiten



Fußsockelleisten



Lichtreflexionen



Farbwechsel im Bodenbelag



Schwarze Böden



Treff. Tvg Holsterhausen



Wirkungsbereiche von Licht

- 1. Visuell**
 - essentiell für das Sehen
- 2. Emotional**
 - Zusammenspiel von Licht und Farbe löst Stimmungen aus und sorgt für Wohlbefinden
 - direkte Effekte auf Leistungsbereitschaft (Boyce et al. 2003)
- 3. Biologisch**
 - Steuerung des circadianen Rhythmus (innere Uhr) und Regulierung des Schlaf-Wach-Rhythmus

Veränderung des Sehens im Alter

- **Eintrübung der Linse**
 - Verminderung der Sehschärfe
 - Weniger kurzwellige Strahlung trifft auf die Netzhaut
- **Geringere Kontrastschärfe**
- **Höhere Blendempfindlichkeit**
- **Verzögerte Hell-Dunkel-Adaption**

Probleme schlechter Lichtverhältnisse bei Demenz

- erhöhte Sturzgefahr
- Angst, Unruhe und Aggressivität
- Apathie (Teilnahmslosigkeit) und Schlafstörungen

Optimale Beleuchtung bei Demenz

- Höhere Beleuchtungsstärke (ca. 500 Lux)
- Großflächige Leuchten –
homogene und weiche Ausleuchtung
- reflexions- und blendfrei
- schattenarm
- Lichtrichtung beachten



Bilder: © Waldmann Group



7. PRAXIS

Zusammenfassung

1. Demenzerkrankungen verlaufen unterschiedlich, verschiedene Kompetenzen gehen verloren oder bleiben erhalten
2. Die Innenwelt sollte respektiert werden und kann zur Aktivierung genutzt werden – Biografiearbeit
3. Kommunikation mit Menschen mit Demenz – Konfrontation und Korrektur vermeiden, stattdessen Gefühle erkennen, spiegeln und zweckmäßig handeln
4. Prävention sollte den gesamten Lebensstil umfassen

Zusammenfassung

5. Balance- und auch Krafttraining sind wichtig, um Stürze zu vermeiden und Alltagskompetenzen zu erhalten
6. Das Training mit Dementen sollte diesen Orientierung geben und sollte einfach gehalten werden
7. Licht und Bodenverhältnis können unterstützen oder stören
8. Die Trainingsanleitung sollte auf verschiedenen Kommunikationsebenen erfolgen
9. Es ist nie zu spät um mit einem Training zu beginnen

Literatur

- Aarsland D, Sardaheee FS, Anderssen S et al (2010) Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review. *Aging Ment Health* 14:386-395
- Abbott R. D.; White L. R.; Ross G. W.; Masaki K. H.; Curb J. D.; Petrovitch H. (2004) Walking and dementia in physically capable elderly men. In: *JAMA* 292(12), 1447-1453.
- Boyce, P.; Hunter, C.; Howlett, O. (2003): The Benefits of Daylight through Windows. Troy, NY, USA 12180: Lighting Research Center, Rensselaer Polytechnic Institute
- Forbes D, Forbes S, Morgan DG et al (2013) Physical activity programs for persons with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 16(3):CD006489
- Hamer M, Chida Y (2009) Physical activity and risk of neurodegenerative diseases: a systematic review of prospective evidence. *Psychol Med* 39:3-11
- Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ (2004) The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 85:1694-1704

Literatur

- Hoffmann K, Frederiksen K, Sobol N et al. (2013) Preserving Cognition, Quality of Life, Physical Health and Functional Ability in Alzheimer's Disease: The Effect of Physical Exercise (ADEX Trial)
- Littlejohns, T. J. et al. (2014), "Vitamin-D and the risk of dementia and Alzheimer disease", *American Academy of Neurology*.
- Morris, M. C. et al. (2015), "MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease", *Alzheimer's & Dementia - The Journal of the Alzheimer's Association*
- Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A et al. (2015) A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitorin versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial
- Rovio S.; Kareholt I.; Viitanen M.; Winblad B.; Tuomilehto J.; Soininen H.; Nissinen A.; Kivipelto M. (2007) Work-related physical activity and the risk of dementia and Alzheimer's disease. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22(9), 874-882

Literatur

- Sofi F, Valecchi D, Bacci D et al (2011) Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med* 269:107-117
 - Solfrizzi V.; Capurso C.; D'Introno A.; Colacicco A. M.; Santamato A.; Ranieri M.; Fiore P.; Capurso A.; Panza F. (2008): Lifestyle-related factors in pre-dementia and dementia syndromes. In: *Expert Review of Neurotherapeutics* 8(1), 133-158
 - Wallesch, C.-W. & Förstl, H. (2005). *Demenzen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
 - Whitmer R. A.; Sidney S.; Selby J.; Johnston S. C.; Yaffe K. (2005) Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. In: *Neurology* 64(2), 277-281.
 - Yaffe K.; Barnes D.; Nevitt M.; Lui L. Y.; Covinsky K. (2001) A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women: women who walk. In: *Archives of Internal Medicine* 161(14), 1703-1708.
-
