



Foto: Werner Krüper

Normalität als Schlüssel

Wie Sie die Mobilität von Menschen mit Demenz durch die kontinuierliche Förderung von Bewegung in täglichen Handlungen positiv beeinflussen.

Text: Manuela Ahmann, Sabine Hindrichs, Annette Pelzer

> Wie kann der Expertenstandard „Förderung und Erhaltung der Mobilität“ unter Berücksichtigung der speziellen Anforderungen und Besonderheiten von Menschen mit Demenz

umgesetzt werden? Im Rahmen meiner Facharbeit zur Gerontopsychiatrischen Fachkraft, die sich inhaltlich mit dem Themenkomplex „Mobilität und Demenz“ befasste, kam ich zu dem Ergebnis, dass eine signifikante Verbesserung bzw. Erhaltung von Mobilität nicht durch gesonderte Maßnahmen und Interventionen zur Bewegung und Mobilität erreicht wird, sondern durch eine kontinuierliche Förderung der Bewegung in den alltäglichen Handlungen und Verrichtungen.

In der beruflichen Praxis erleben wir immer wieder, dass demenzielle Erkrankungen oft zu Unrecht zu einer zunehmenden Immobilität führen. Dahinter steckt die Beobachtung, dass bei der Diagnose Demenz alle anderen Diagnosen nicht mehr ihre entsprechende Beachtung finden. Ja, dass Mobilität eher als störend empfunden wird, zum Beispiel bei Wandertendenz, und deshalb Bewegung verhindert statt gefördert wird.

Bei der Einschätzung von Mobilität im Alter ist besonders zu beachten, dass zumeist Multimorbidität vorliegt. Die Mehrdimensionalität von Mobilitätseinschränkungen bei Demenz ergibt sich zum einen aus rein körperlichen Erkrankungen, wie zum Beispiel Arthrose und Osteoporose. Zum anderen kann sie eine Ausformung der demenziellen Erkrankung sein.

Angestoßen durch die Facharbeit, haben wir in unserer Einrichtung, dem „Seniorenzentrum Belvita“ in Uhlkingen am Bodensee, ein Projekt mit dem Titel „Normalitätsbewegung im Alltag für Menschen mit Demenz“ ins Leben gerufen. Dessen Ziel ist die Integration der Bewegungsförderung in den Alltag der Bewohner, um sowohl den geistigen als auch den körperlichen Leistungsverlust so lange wie möglich hinauszuzögern. Denn körperliche Leistungen – etwa zu gehen, von einem Stuhl aufzustehen oder Treppen zu steigen – sind Schlüssel zur Selbstständigkeit älterer Menschen. Fällt etwa das Gehen schwer, ist die selbstständige Lebensführung unmittelbar gefährdet.

„Es geht nicht darum, jeden alten Menschen um jeden Preis zu mobilisieren und um Aktivierung bis zum letzten Lebenstag“, hat Angelika Zegelin in ihrem Buch „Festgenagelt sein“ formuliert, das mich maßgeblich zum Thema meiner Facharbeit inspi-

Es geht um die Erhaltung und Förderung der Alltagsmobilität unter Wahrung der Würde des Einzelnen.

riert hat. Es geht vielmehr um die Erhaltung und Förderung der Alltagsmobilität unter Wahrung der Würde eines jeden Menschen, ungeachtet seines Alters und seiner Erkrankung.

Deshalb verwende ich den Begriff „Normalitätsbewegung“ in Anlehnung an Böhms Normalitätsprinzip, da nach meiner Einschätzung die Beurteilung von Mobilität immer im Kontext von Lebensalter und Biographie des Betroffenen erfolgen muss.

Verschiedene Instrumente zur Erfassung der Mobilität

Auf Grundlage des im März 2014 vorgestellten Entwurfs des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ habe ich zunächst die Literatur nach möglichen Einschätzungsinstrumenten (Initial und Differenzial Assessments) zur Erfassung des Mobilitätsstatus gesichtet und mich neben der kriteriengeleiteten Einschätzung als Initial Assessment für den „Erfassungsbogen Mobilität“ (EBoMo) von Zegelin/Reuther als Differenzial Assessment entschieden.

Initial Assessment: die kriteriengeleitete Einschätzung

Überprüft werden dabei:

1. Der aktuelle Mobilitätsstatus
 - selbstständiger Lagewechsel in liegender Position,
 - selbstständiges Halten einer aufrechten Sitzposition,
 - selbstständiger Transfer (aufstehen, sich hinsetzen, sich umsetzen),
 - selbstständige Fortbewegung über kurze Strecken (in Wohnräumen),
 - selbstständiges Treppensteigen.
2. Merkmale der materiellen und sozialen Umgebung, zum Beispiel Hilfsmittelnutzung, Raumgestaltung etc.
3. Individuelle körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen, z. B. Motivation, Schmerzen...
4. Erkrankungen und aktuell durchgeführte therapeutische Maßnahmen, z. B. Medikation

Differenzial Assessment: der Erfassungsbogen Mobilität (EBoMo)

Erfassungsbogen Mobilität (EBoMo)

©Zegelin/Reuther, modifiziert von Hindrichs

Datum der Erfassung	Datum des Einzuges	Selbständig	Mit Hilfsmittel	Personenhilfe	komplett unselbständig	Handlungsbedarf bitte ankreuzen
Name des Bewohners	Pflegestufe					
Handzeichen Mitarbeiter						
Demenzdiagnose						
Neuro./psych. Diagnose						
Mobilitätsdiagnosen						
Mobilitätsstatus	Bei Einzug	Aktueller Mobilitätsstatus				
A1	Positionswechsel im Bett					
A1.1	Dreht sich im Bett von einer Seite zur anderen	4	3	2	1	
A1.2	Aufstellen der Beine	4	3	2	1	
Gesamt A1.1 - A 1.2						
A2	Transfer					
A2.1	Von Rückenlage im Bett in die Sitzposition	4	3	2	1	
A2.2	Kann in der sitzenden Position das Gleichgewicht zum Stehen verlagern	4	3	2	1	
A2.3	Oberkörper aufrichten	4	3	2	1	
Gesamt A2.1 - A 2.3						
A3	Sitzen im Stuhl					
A3.1	Kann frei sitzen (Rumpfkontrolle)	4	3	2	1	
A3.2	Kann für _____ Minuten/Stunden sitzen	4	3	2	1	
Gesamt A3.1 - A 3.2						
A4	Stehen/Gehen/Treppensteigen					
A4.1	Kann im Stehen das Gleichgewicht halten	4	3	2	1	
A4.2	Kann mindestens _____ Minuten stehen	4	3	2	1	
A4.3	Kann beim Gehen das Gleichgewicht halten	4	3	2	1	
A4.4	Kann auf dem Wohnbereich mindestens _____ Meter gehen	4	3	2	1	
A4.5	Kann Treppen steigen	4	3	2	1	
Gesamt A4.1 - A 4.5						
A5	Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung					
A5.1	Bewegt sich innerhalb der Einrichtung	4	3	2	1	
A5.2	Bewegt sich außerhalb der Einrichtung	4	3	2	1	
Gesamt A5.1 - A 5.2						
Gesamtpunkte A1-A5						56 Punkte
Unterstützungsbedarf im Bereich der Mobilität	A1: Positionswechsel: A2: Transfer: A3: Sitzen im Stuhl: A4: Stehen/Gehen/Treppensteigen: A5: Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung:					

Für den Einsatz bei Menschen mit Demenz wurde der EBoMo modifiziert bzw. angepasst und um persönlich-biographische und medizinisch-diagnostische Daten und bereits eingesetzte Interventionsmaßnahmen erweitert. Der originale EBoMo nach Zegelin/Reuther besteht aus 14 Items zur Einschätzung der mobilitätsbezogenen Fähigkeiten. Diese werden fünf Mobilitätskategorien zugeordnet:

- Positionswechsel im Bett,
- Transfer,
- Sitzen im Stuhl,
- Stehen / Gehen / Treppensteigen,
- Bewegung innerhalb / außerhalb der Einrichtung.

Wie von Zegelin beschrieben, gibt es innerhalb des ersten Jahres eine erkennbare nachweisliche Verschlechterung des Mobilitätsstatus von Menschen, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen. Wingenfeld hat in seiner Untersuchung „Die Entwicklung von Mobilität bei Heimbewohnern“ ermittelt, dass 60 Prozent der kognitiv beeinträchtigten Menschen in Pflegeeinrichtungen innerhalb der ersten sechs Monate eine veränderte, verschlechterte Mobilität aufweisen.

Dies war der Grund, den EBoMo von Zegelin/Reuther in den für uns fehlenden Bereichen in Hinblick auf Menschen mit Demenz zu ergänzen.

Folgendes ist im EBoMo-Bogen von Zegelin/Reuther erfasst (die Modifizierungen durch Hindrichs sind farblich gekennzeichnet):

- **Einzugsdatum des Bewohners;**
- **Pflegestufe (Kontextbetrachtung zum Hilfebedarf im Bereich der Mobilität zur Demenzdiagnose und den damit verbundenen kognitiven Einschränkungen);**
- **Mobilitätsdiagnosen (Ärztliche Diagnosen die die Mobilität beeinflussen);**
- **Demenz/Neurologische/Psychiatrische Diagnosen;**
- **Mobilitätsstatus bei Einzug in die Einrichtung sowie der aktuelle Mobilitätsstatus. Im Bereich „Mobilitätsstatus“ werden die Aspekte „Mobilitätshilfsmittel“ und „Hilfebedarf bei der Mobilität“ berücksichtigt und erfasst;**
- **in jedem der 14 Items wird das Ausmaß der mobilitätsbezogenen Fähigkeiten mit Hilfe eines vierstufigen Rasters eingeschätzt: 4 = selbstständig, 3 = mit Hilfsmitteln, 2 = Personenhilfe, 1 = komplett unselbstständig;**
- **zu jedem Item wird angegeben, ob ein entsprechender Handlungsbedarf besteht, der in der Maßnahmenplanung aufgegriffen werden sollte;**

- **Unterstützungsbedarf im Bereich der Mobilität für die Bereiche Positionswechsel, Transfer, Sitzen im Stuhl, Stehen / Gehen / Treppensteigen, Bewegung innerhalb / außerhalb der Einrichtung.**

Nach der Modifizierung des EBoMo haben wir zunächst alle 36 Bewohner, die zum damaligen Zeitpunkt in unserer Einrichtung lebten, mit diesem Differenzial Assessment einmalig eingeschätzt. Die Altersstruktur der Bewohner umfasst bei dieser Ersteinschätzung zu Projektbeginn 46 bis 101 Jahre.

Der modifizierte EBoMo ist nicht nur ein differenziales Einschätzungsinstrument hinsichtlich des Hilfebedarfs des Betroffenen, sondern er gibt ganz konkrete Hinweise hinsichtlich des Handlungs- und Unterstützungsbedarfs für den Betroffenen. So ist der Modifizierte EBoMo nicht nur ein Einschätzungsinstrument im ersten Pflegeprozessschritt, sondern stellt auch eine direkte inhaltliche Verbindung zum zweiten Prozessschritt her – der Maßnahmenplanung – her.

Maßnahmen des Expertenstandards

Für die Erhaltung und Förderung der Mobilität werden im Expertenstandard drei verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, die sinnvoll erscheinen:

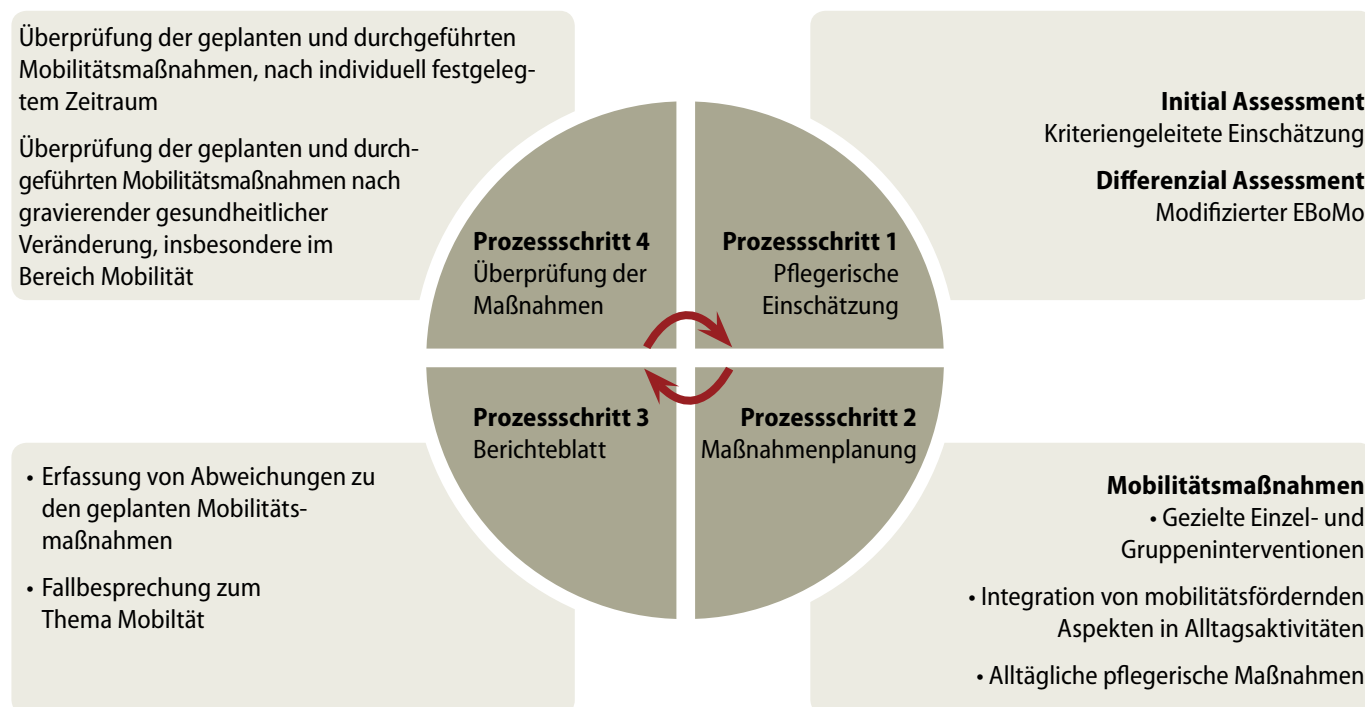
- gezielte Einzel- und Gruppeninterventionen,
- Integration von mobilitätsfördernden Aspekten in Alltagsaktivitäten,
- alltägliche pflegerische Maßnahmen.

Zur Erhaltung und zur gezielten Förderung der Mobilität reicht es nicht aus, zufällig und nur vereinzelt (zum Beispiel einmal in der Woche) Sitzgymnastik



Foto: Werner Krüper

Die vier Schritte im Pflegeprozess



durchzuführen. Es muss vielmehr ein Angebot gezielter, geplanter und individuell auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Einzelnen abgestimmter Mobilitätsmaßnahmen geben, das in den Lebensalltag der Einrichtung integriert ist.

Neben der individuellen Beratung, der Gestaltung der räumlichen Umgebung, der Nutzung von Hilfsmitteln und der Integration der Mobilitätsförderung in Alltagshandlungen sind körperliche Aktivität und Bewegungsübungen zentrale Maßnahmen zur Erreichung des Zieles, Mobilität zu erhalten und zu fördern.

Ursache für den körperlichen Leistungsverlust ist, neben der eigentlichen Erkrankung, die mangelnde körperliche Aktivität der Betroffenen. In deren Folge kommt es zu einem Rückgang motorischer Fähigkeiten, wie etwa Kraft und Balance (Gleichgewicht). Durch verminderte Kraft und Balance können Alltagsbewegungen gravierend eingeschränkt sein oder gar unmöglich werden. Beispiele hierfür sind Unsicherheiten beim Gehen (Schwanken, Ausgleichsbewegungen) oder Fehlversuche beim Aufstehen (Abbrechen des Aufstehvorganges). Im schlimmsten Fall kann der Kraft- und Gleichgewichtsverlust zu Stürzen führen. Bei demenziell Erkrankten ist das Sturzrisiko dreifach höher als bei nichtbetroffenen Personen. Die Wahrscheinlichkeit, sich bei Stürzen schwer zu verletzen, ist bei ihnen drei- bis viermal höher als bei Menschen ohne Demenz.

Das Alltagsleben enthält eine Vielzahl von Situationen, in denen Bewegung und gleichzeitig geistige Anforderungen koordiniert werden müssen. Beispiele sind ein Spaziergang während einer Unterhaltung oder das Halten des Gleichgewichts in einem schwankenden öffentlichen Verkehrsmittel, während man gleichzeitig versucht, sich an die Einkaufsliste zu erinnern. Die Fähigkeit zu solchen Mehrfachhandlungen (so genannte Dual Task-Handlungen) setzt eine ausreichende Aufmerksamkeit voraus. Bei einer Demenz ist die Fähigkeit des Dual-Taskings stark herabgesetzt. In der Folge kann es bei Mehrfachhandlungen, zum Beispiel beim Gehen während einer Unterhaltung, zu Bewegungsfehlern (Sturz) kommen. Die Aufmerksamkeit des Betroffenen reicht nicht aus, um ein sicheres Gehen während des Gespräches zu gewährleisten. So ist davon auszugehen, dass Mehrfachhandlungen und verminderte Aufmerksamkeit die Hauptursachen von Sturzereignissen sind.

Gezieltes körperliches Training hilft Menschen mit Demenz

Durch gezieltes Training kann dem Abbau, auch bei bestehender Demenz, effektiv entgegengewirkt werden. Daher ist es ratsam, nicht nur die Bewegung im Alltag zu fördern, sondern auch in gezielten Einzel-, aber auch Gruppenaktivitäten die Bewegungs-

fähigkeit zusätzlich zu trainieren und auch gezielt zu fördern.

Bewegung beugt den degenerativen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates vor. Körperliche Aktivität erhöht den Mineralgehalt der Knochen und senkt so das Risiko von Osteoporose sowie das damit einhergehende Frakturrisiko. Gehtraining, asiatische Bewegungsübungen wie Tai Chi oder auch Bewegung mit Musik in Form von Rhythmik oder Tanz können dazu anregen, den Alltag „bewegter“ zu gestalten. Sport in der Gruppe wirkt sich als soziale Interaktion durch das gemeinsame Üben und Treffen anderer Menschen positiv auf das Befinden aus. Folge regelmäßiger Aktivität kann ein stärkeres und positiveres Körpergefühl sein. Die Beibehaltung der Mobilität und der Unabhängigkeit im Alltag stärkt das Gefühl der Selbstständigkeit und der Würde im Alter.

Im nachfolgenden Projektverlauf entwickelten die Mitarbeiter des Seniorenheim „Belvita“ bereichsübergreifend klientenbezogene Mobilitätsmaßnahmen für Menschen mit Demenz. Hierbei war es uns besonders wichtig, dass der Handlungs- und der Unterstützungsbedarf in den fünf Mobilitätskategorien mit berücksichtigt und die Maßnahmen in den Alltag unserer Bewohner integriert werden können.

Für das Gruppentraining orientieren wir uns an den „Richtlinien der Landesstiftung Baden Württemberg – Training bei Demenz“. Wir wollen damit vor allem auch die Begegnung und das Zusammensein mit anderen Menschen fördern und soziale Isolation vermeiden. Demenzbedingte Einschränkungen schließen ein körperliches Gruppentraining nicht von vornherein aus. Allerdings müssen die Bedingungen an das Krankheitsbild angepasst werden, um den Betroffenen ein effektives und erfolgreiches Training zu ermöglichen. Von großer Bedeutung sind einfache Übungsanleitungen und ein vertrautes Umfeld, in welchem das Training stattfindet. Speziell geschulte Mitarbeiter sorgen für einen reibungslosen Trainingsablauf.

Im Laufe des Projektes haben wir gemeinsam mit den Bewohnern viel hinzugelernt, so manche festgefahrene Maßnahme zur Förderung der Mobilität hinterfragt und sicherlich auch den einen oder anderen in seinem bisherigen Verständnis von Altersmobilität verunsichert. An dieser Stelle ist es wichtig darauf hinzuweisen, wie förderlich es für die Aktivität und Mobilität der Bewohner mit Demenz ist, dass sie regelmäßig Besuche von Angehörigen und Freunden erhalten. Zusammen mit den Mitarbeitern ist es so möglich, vorhandene Unruhezustände bei Bewohnern zu lindern, aber auch dem Zusammenleben in

der Wohngruppe für Menschen mit Demenz aktiv und dem Teilhabegedanken verpflichtet Rechnung zu tragen.

Trotzdem oder auch gerade deshalb freut es mich, dass es nicht nur ein Projekt im Rahmen einer Weiterbildungsmaßnahme war, sondern zugleich ein kleines Saatkorn ist, das schon zarte Blüten treibt und bereits die „Felder“ weiterer Einrichtungen erobert hat. In der „Stiftung Hospital zum heiligen Geist“ mit ihren beiden Senioreneinrichtungen „Kronthal“ und „Hohenwald“ in Kronberg wurde im Sommer 2014 ebenfalls ein ähnliches Projekt gestartet. Und zwar in Verbindung mit speziellen mobilitätsfördernden Angeboten, wie z.B. tiergestützter Bewegung, Bewegungs- und Erlebnispfaden in- und außerhalb der Einrichtung, musikgestützter Bewegung und Alltagsbewegung als festem Bestandteil der pflegerischen Versorgung. Dadurch ist in beiden Einrichtungen ein sich stetig weiterentwickelndes lebendiges und mobilitätsförderndes Lebensumfeld entstanden.

Es muss ein Angebot gezielter, geplanter und individuell abgestimmter Mobilitätsmaßnahmen geben, das in den Lebensalltag der Einrichtung integriert ist.



Manuela Ahmann

Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Dipl.-Medizinpädagogin,
Qualitätsbeauftragte
www.puma-bildung.de



Sabine Hindrichs

Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Gerontopsychiatrische Fachkraft,
Pflegesachverständige
www.hindrichs-pflegerberatung.de



Annette Pelzer

Altenpflegerin, Qualitätsbeauftragte,
Inhaberin ambulanten Pflegedienst
www.puma-bildung.de