

Wolf D. Oswald, Andreas Ackermann und Barbara Süß

**Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für
Pflegeheimbewohner (SimA[®]-P)**
Forschungsprojekt „Rehabilitation im Altenpflegeheim“

SimA[®]-P in Stichworten



Leitung: Prof. Dr. Wolf D. Oswald zusammen mit Dr. Andreas Ackermann
Das zugrunde liegende Forschungsprojekt wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit
und soziale Sicherung gefördert (Förderkennziffer BMGS 524-58640).
Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei der Projektleitung.

2. Auflage Februar 2007
© SimA-Akademie e.V.
Alle Rechte bei SimA[®]



Selbständig im Alter
für
Pflegeheimbewohner

Korrespondenz an:

SimA-Akademie e.V.
Wallensteinstr. 61-63
D-90431 Nürnberg

Fon: +49 (0) 911 5282-670
Fax: +49 (0) 911 5282-671
E-Mail: info@sima-akademie.de
Web: <http://www.sima-akademie.de>

Ziel des vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Forschungsprojektes war es, ein Therapiekonzept für Bewohner der stationären Altenhilfe zu entwickeln und zu evaluieren, welches in der Lage sein sollte, die verbliebene Selbstständigkeit der Bewohner zu stabilisieren und zu fördern. Weitere Zielsetzungen waren die Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Bewohner sowie Tendenzen von Isolation und Vereinsamung vorzubeugen. Ferner sollte das Konzept zu einer Verringerung der Arbeitsbelastung des Pflegepersonals durch verbesserte Mitarbeit der Bewohner bei den Grundpflegetätigkeiten führen.

Das Gefühl von Selbstständigkeit wird bei Heimbewohnern vor allem durch die Wahrnehmung eigener Kompetenz bei Aktivitäten des täglichen Lebens positiv beeinflusst. Umgekehrt führt die Abhängigkeit bei einfachsten Tätigkeiten wie Essen, Anziehen oder Toilettengang zu einem Gefühl der Hilflosigkeit. Ausreichende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit sind die Grundlagen zur Bewältigung dieser Tätigkeiten. Vor diesem Hintergrund wurde ein kombinierter Therapieansatz mit kognitiven und psychomotorischen Anteilen erarbeitet und in Form von drei Therapieleitfäden realisiert:

Um ein umfassendes und gleichmäßiges Therapieangebot für Pflegeheimbewohner sicherstellen zu können, wurde für jeden Therapiebereich ein Leitfaden konzipiert, der wissenschaftlich basiert und theoriengeleitet alle wichtigen Funktionsbereiche schult. Da sich Pflegeheime durch einen großen Anteil an demenziell eingeschränkten Bewohnern auszeichnen (Schätzungen gehen von 70-80%), wurde für diesen Personenkreis ein spezifisches Konzept erarbeitet, das der reduzierten kognitiven Leistungsfähigkeit dieser Bewohner Rechnung trägt.

Für kognitiv leicht bis mittelgradig eingeschränkte Pflegeheimbewohner wurde eine **kognitive Aktivierung** konzipiert, dessen Schwerpunkt auf der Stabilisierung von so genannten fluiden Leistungen, also Leistungen die vor allem tempoabhängig sind und von denen bekannt ist, dass sie für die Bewältigung von Alltagsanforderungen eine übergeordnete Rolle spielen.

Studienziele

Trainingsentwicklung

Therapieleitfäden

Da ein derartiger Ansatz bei Personen mit fortgeschrittenen kognitiven Einbußen im Sinne einer schweren Demenz aufgrund der Unmöglichkeit neue Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten kontraindiziert ist – man würde hier nur Frustration und Demotivation erreichen – wurde für diesen Personenkreis ein spezifischer Ansatz der **Biographieorientierten Aktivierung** erarbeitet. Bei diesem wurde der Schwerpunkt auf, auch bei Demenzpatienten noch lange erhaltenen, persönlich bedeutsame Langzeitgedächtnisinhalte gelegt.

Für kognitiv gesunde wie demenziell schwer beeinträchtigte Bewohner gleichermaßen durchführbar ist die **Psychomotorische Aktivierung**, deren Schwerpunkt auf der Förderung von Kraft, Beweglichkeit und Gleichgewicht sowie der Schulung von Alltagstätigkeiten liegt. Im Folgenden werden die einzelnen Leitfäden näher beschrieben:



*Kognitive
Aktivierung*

Das Programm zur kognitiven Aktivierung fördert Wahrnehmungsleistungen, Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Informationsaufnahme- und Verarbeitungsleistungen und Leistungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses bei Pflegeheimbewohnern. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Ressourcen und Einschränkungen der in der Regel kognitiv beeinträchtigten Pflegeheimbewohner.

Neben der Aktivierung von kognitiven Leistungen durch besondere Übungen wird eine über die Gruppenstunden hinausgehende allgemeine Stabilisierung oder Erhöhung der Wahrnehmungsbereitschaft und -fähigkeit, der Reaktionsfähigkeit und insgesamt der allgemeinen kognitiven Leistungsbereitschaft angestrebt, die sich auch im Hinblick auf Alltagsaktivitäten und eine stärkere Selbständigkeit bei Grundpflegetätigkeiten ausdrückt.

Auf die Vermittlung von spezifischen Gedächtnisstrategien, die Bestandteil des genuinen SimA-Gedächtnistrainings sind, wird in diesem Konzept verzichtet, da bei kognitiv bereits eingeschränkten Pflegeheimbewohnern hierfür in der Regel die notwendigen Leistungsressourcen (etwa im Hinblick auf die Verarbeitung und dauerhafte Speicherung komplexer Informationen) nicht mehr gegeben sind.

Um die Übungen abwechslungsreich zu gestalten und um gleichzeitig auch eine umfassende kognitive Aktivierung zu erreichen, werden nicht nur Aufgaben auf der verbalen Ebene durchgeführt, sondern auch unterschiedliche Sinnesfunktionen angesprochen (visuell, auditiv, taktil, olfaktorisch). Damit soll der bei kognitiv eingeschränkten Pflegeheimbewohnern häufig auftretenden Reizverarmung entgegengewirkt werden.



Mit dem Programm zur Biographieorientierten Aktivierung sollen demenziell erkrankte Pflegeheimbewohner mit erheblichen kognitiven Einbußen (psychometrisch definiert durch einen MMST-Wert von 10 Punkten oder weniger) hinsichtlich ihrer Wahrnehmung, ihrer Aufmerksamkeit und im Hinblick auf das Langzeitgedächtnis aktiviert werden.

Vor allem persönlich bedeutsame Bereiche aus der Biographie werden hier einbezogen. Damit sollen bestehende kognitive Ressourcen stabilisiert und dadurch zeitlich so lange wie möglich aufrechterhalten werden. Die Biographieorientierte Aktivierung versteht sich damit als Alternative zu einem spezifischen kognitiven Training, das bei fortgeschrittenen demenziellen Prozessen aufgrund der eingeschränkten Fähigkeiten zur Verarbeitung und langfristigen Speicherung komplexer Informationen und Fertigkeiten als nicht mehr adäquat betrachtet wird.

Therapeutische Methoden in der Arbeit mit Demenzpatienten weisen darauf hin, dass die Beschäftigung mit biographisch relevanten Themen und die entsprechende Aktivierung biographischen Wissens auch eine Förderung kognitiver Funktionen bewirken kann. Deshalb stehen im Programm der Biographieorientierten Aktivierung biographisch bedeutsame Themen im Mittelpunkt. Sie werden als „Stimulusmaterial“ genutzt, mit denen kognitive Aktivitäten angeregt werden sollen und sind deshalb auch nicht explizit individualisiert, wobei individuelle Erfahrungen aber eingebracht werden können.

Da solche Inhalte auch im Rahmen eines demenziellen Krankheitsprozesses noch relativ lange erhalten bleiben, bilden sie eine geeignete Basis für die Aktivierung bestehender kognitiver Ressourcen. Besondere Wichtigkeit erhalten biographische Inhalte durch die Tatsache, dass sie die Identität und das Selbst ausmachen. Das Individuum ist geprägt durch seine Erfahrungen und Erinnerungen. Sind diese nicht mehr vorhanden, geht auch die Identität verloren. So muss es ein Hauptanliegen der Biographiearbeit sein, diese Gedächtnisinhalte zu erhalten und zu aktivieren.

Biographie-orientierte Aktivierung

Durch die Thematisierung biographisch bedeutsamer Themen soll somit eine Stützung des Selbstwertgefühls sowie des Selbsterlebens der Teilnehmer gefördert und ihnen ein Gefühl von Kompetenz vermittelt werden. Neben den kognitiven Einbußen sind dies Aspekte, die eine zusätzliche psychische Problematik bei demenziell erkrankten Menschen darstellen und bedeutsame Faktoren für Verhaltensauffälligkeiten darstellen können. Die Biographieorientierte Aktivierung enthält 24 verschiedene Stundenthemen und 4 zusätzliche jahreszeitliche Themen, die zu gegebener Zeit passend eingefügt werden können.



Psychomotorik versucht, den ganzen Menschen zu erfassen. Sie schließt von motorischen Äußerungsformen auf aktuelle psychische Zustände und versucht durch entsprechende motorische Aktivitäten wiederum die Psyche positiv zu beeinflussen. Zur Bewegung gehört unveränderlich psychisches und soziales Erleben. Altern im psychomotorischen Bereich bedeutet, dass nachlassende Fähigkeiten im motorischen Handeln ihren Niederschlag in psychischen Verhaltensweisen finden und im schlimmsten Fall zur Selbstaufgabe und Depression führen können. Körperliche Betätigung und der Erhalt motorischer Fähigkeiten stabilisieren die Psyche.

Die psychomotorische Aktivierung in der hier vorliegenden Form dient vor allem dem Erhalt und der Verbesserung von motorischen Leistungen bei Pflegeheimbewohnern.

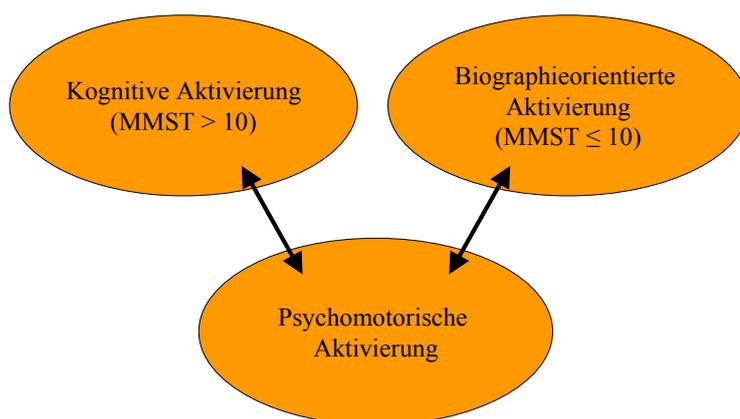
*Psycho-
motorische
Aktivierung*

Vor allem Koordination, Beweglichkeit und Gleichgewicht spielen in der Ausführung von Alltagstätigkeiten, wie. z.B. Kämmen oder Anziehen eine große Rolle. Zur Aufrechterhaltung der Gehfähigkeit bedarf es weiterhin ausreichender Kraft und Ausdauer.

Insbesondere vor dem Hintergrund des hohen Sturzrisikos bei Menschen mit Einschränkungen der Wahrnehmung, der Mobilität und der kognitiven Leistungsfähigkeit erhält die psychomotorische Aktivierung einen hohen Stellenwert im Rahmen der Rehabilitation von Pflegeheimbewohnern.

Fähigkeiten und Fertigkeiten, die benötigt werden, wichtige Tätigkeiten des alltäglichen Lebens selbständig und ohne fremde Hilfe zu bewältigen, stehen in der Gefahr im Alter verloren zu gehen. Gerade Pflegeheimbewohner sind häufig mit dieser Tatsache konfrontiert. Die psychomotorische Aktivierung dient dazu, etwas gegen das Fortschreiten dieser Beeinträchtigungen zu tun.

Die Therapieeinheiten setzen sich aus einem Anteil Psychomotorischer Aktivierung und einem Anteil Kognitiver bzw. Biographieorientierter Aktivierung zusammen.



*Aufbau der
Therapie-
einheiten*

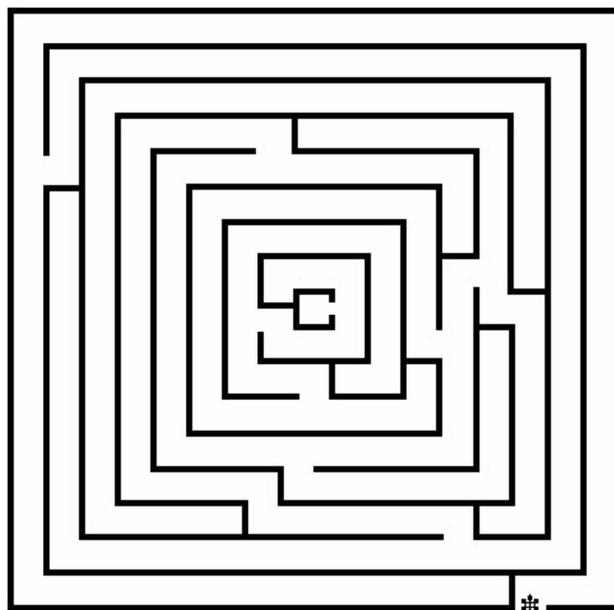
Begonnen wird jeweils mit der Psychomotorischen Aktivierung. Diese wird im Stuhlkreis durchgeführt und dauert etwa 20 Minuten. Sie beginnt mit einer ritualisierten Aufwärm- und Dehnübung, danach folgen motorische Basisübungen.

Den Hauptteil bildet der psychomotorische Stunden-schwerpunkt, in dem neben motorischen Inhalten zusätzlich auch spezifisch psychomotorische Übungen durchgeführt werden.

Die Psychomotorische Aktivierung ist gleichermaßen für mobile wie immobile, sitzfähige geeignet. Sie kann auch unter Berücksichtigung einiger weniger Einschränkungen mit Demenzpatienten durchgeführt werden.

Auch der kognitive/biographische Teil wird mit einer mündlichen Aufwärmübung begonnen. Danach folgen in der Kognitiven Aktivierung Übungen zu unterschiedlichen Themen und kognitiven Funktionsbereichen, in der Biographieorientierten Aktivierung wird das Thema der jeweiligen Stunde behandelt. Dieser Teil nimmt etwa 30 Minuten in Anspruch

Zum Abschluss erfolgt eine 10-minütige Entspannung, die eine Phantasiereise, eine Geschichte oder ein Gedicht etc. beinhalten können.



*Trainings-
beispiel*

Die im Rahmen des Projekts entwickelten Trainingsprogramme sind theoretisch begründet und wissenschaftlich geprüft. Theoretisch basieren sie auf den Erkenntnissen des SimA-Projektes. Die *Labyrinth-Aufgabe* stellt ein Beispiel für die Übungen des Gedächtnistrainings dar.

Die Aufgabe besteht darin, die Verbindung von der Mitte zum Ausgang möglichst rasch zu finden. Diese Übung trainiert die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung.



Die insgesamt 294 Teilnehmer (79,5% Frauen) waren bei Studienbeginn 2002 zwischen 70 und 99 Jahren alt, das Durchschnittsalter lag bei 82,4 ($\pm 9,7$) Jahren. Alle Teilnehmer waren pflegebedürftig im Sinne einer Einstufung in die Pflegeversicherung und lebten in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig und anhand medizinisch/pflegerischer Kriterien.

Die Teilnehmer durften beispielsweise keine schweren, lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen und mussten im Rahmen der Therapieanlage sitzfähig sein. Die Studienteilnehmer wurden in einem zweiten Schritt anhand von Alter, Pflegestufe, funktionellem und kognitivem Status möglichst gleichmäßig in eine Behandlungs- und eine Wartegruppe eingeteilt.

Von den ursprünglich 294 Teilnehmern nahmen nach 12 Monaten noch 137 Teilnehmer an der Abschlussuntersuchung teil. Mittleres Alter und Geschlechtsverteilung sowie kognitive und funktionelle Ausgangswerte unterschieden sich hierbei nicht von der Ausgangsstichprobe.

*Teilnehmer
und Studien-
design*

*Selektivität
und Dropout*

Die Studienteilnehmer bilden ein repräsentatives Bild einer Pflegeheimklientel der Pflegestufen I und II ab. Da sich ein Großteil der Bewohner mit Pflegestufe III durch Bettlägerigkeit und stark reduzierten Allgemeinzustand auszeichnet, ist diese Gruppe in der Studie unterrepräsentiert. Für diesen Personenkreis ist eine Einzelbetreuung indiziert.

Die Gruppe der nach 12 Monaten untersuchten unterscheidet sich im Alter von der ursprünglichen Anfangsstichprobe, da vor allem die Hochaltrigen im Laufe der Intervention ausgefallen sind. Jedoch ergaben sich keine Unterschiede im gesundheitlichen Zustand, der kognitiven oder funktionellen Leistungsfähigkeit zwischen den verbliebenen und den ausgeschiedenen Teilnehmern.

Nach Beendigung der Intervention konnte eine Reihe **spezifischer Trainingseffekte** nachgewiesen werden. So konnten die Therapieteilnehmer ihre kognitive und funktionelle Leistungsfähigkeit signifikant besser erhalten als es bei den Kontrollteilnehmern der Fall war. Zusätzlich verbesserte sich Stimmung und selbst eingeschätzte Lebensqualität. Sogar das Pflegepersonal bemerkte Verbesserungen in den Treatmentgruppen. Dies ist besonders bemerkenswert, da der Transfer der Therapieeffekte in den Alltag der Teilnehmer in der Regel nur bei wesentlichen Veränderungen festgestellt werden kann.

Im Rahmen der Verlaufsuntersuchung wurden pflegerische, funktionell-motorische und psychometrische Erhebungsverfahren durchgeführt. Aus den umfangreichen Verlaufsanalysen werden hier nur die wesentlichsten Ergebnisse der Abschlussuntersuchung (N=137) vorgestellt.

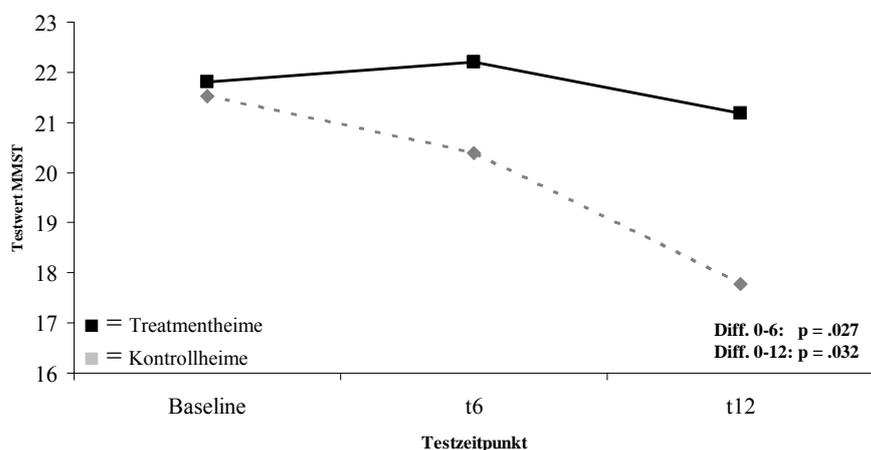
Die Diagramme lesen sich wie folgt: Die in der Abszisse (die vertikale Achse) aufgezeigten Werte stellen den jeweiligen Testwert dar. Hohe Abszissenausprägungen weisen jeweils auf einen besseren Testwert hin. Die in den Diagrammen aufgeführten p-Werte beschreiben die Aussagekraft der gemessenen Veränderungen: So sind Werte unter 0.05 signifikant, d.h. sie sind nicht aus Zufall entstanden, sondern resultieren nachweislich aus der durchgeführten Therapie.

*Ergebnisse
nach Trainingsende*

*Einzelergebnisse der
untersuchten Funktionsbereiche*

70% der im Rahmen der Studie psychometrisch untersuchten Teilnehmer wiesen kognitive Beeinträchtigungen im Sinne einer *demenziellen Symptomatik* auf. Darunter versteht man jene Symptome, z.B. zunehmende Gedächtnisstörungen und Hirnleistungsstörungen, bevor eine dementielle Erkrankung diagnostizierbar ist. Grundsätzlich muss bereits hier von einem progredienten Verlauf ausgegangen werden.

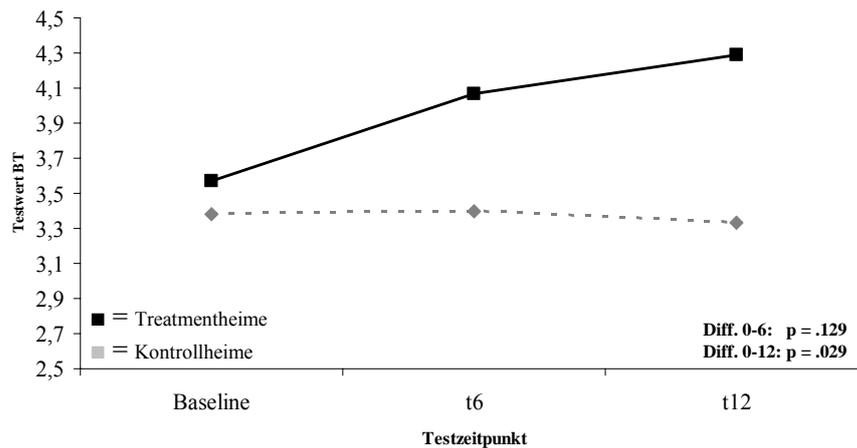
Dieser Verlauf setzte sich in der Kontrollgruppe über den 12 Monate Zeitraum erwartungsgemäß fort. Die Interventions-teilnehmer hingegen konnten ihren Ausgangsstatus weitgehend erhalten. Dies muss vor dem Hintergrund des hohen Alters und der bisweilen starken Pflegebedürftigkeit der Teilnehmer als besonders bedeutsam erachtet werden.



Gegenüber den Teilnehmern in der Kontrollgruppe konnten die Teilnehmer der kombinierten kognitiven und psychomotorischen Intervention ihren *allgemeinen kognitiven Status* (hier gezeigt am Mini-mental-Status-Wert) über den Gesamtzeitraum erhalten. Die Werte der Kontrollgruppe sanken im Interventionsverlauf erwartungsgemäß stetig ab.

*Kognitive
Leistungs-
fähigkeit*

*Allgemeine
kognitive
Leistungen*

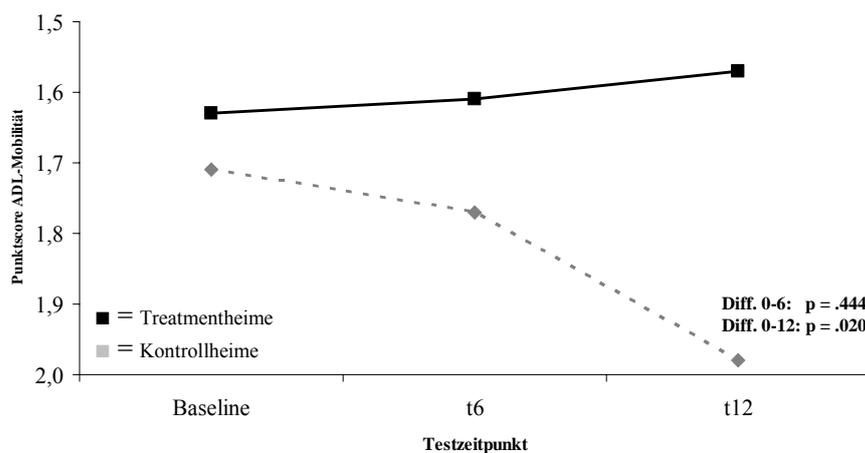


Gedächtnis- Leistungen

Bei spezifischen Gedächtnisleistungen verbesserten sich die Leistungen der Treatmentgruppe sogar beständig über den Interventionsverlauf, während sich die der Kontrollgruppe nicht veränderten. Während die Verbesserungen von Aufmerksamkeit und Konzentration vor allem in den Fremdbeurteilungen durch das Pflegepersonal deutlich wurden, konnten in den Bereichen Primär und Sekundär-Gedächtnis auch psychometrisch signifikante Verbesserungen nachgewiesen werden.

Selbstständigkeit wurde in der Verlaufsanalyse vor allem durch die Fähigkeit der Teilnehmer zur selbstständigen Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens definiert. Die ADL-Leistungen wurden in drei Obergruppen zusammengefasst: Mobilität, Essen/Kleiden und Hygiene.

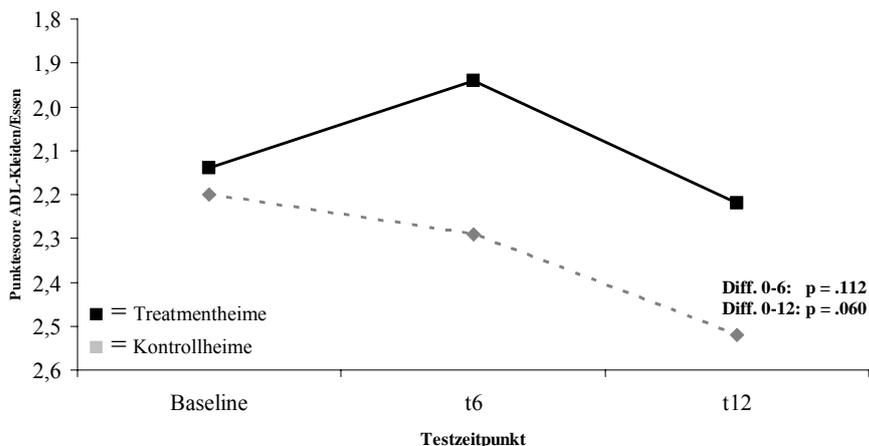
Aktivitäten des täglichen Lebens



ADL- Mobilität

Wie man der Abbildung entnehmen kann, erreichten die Interventionsteilnehmer der kombinierten kognitiven und psychomotorischen Aktivierung einen signifikanten Erhalt

und sogar eine leichte Verbesserung ihrer Mobilität über den 12-Monate-Verlauf während sich die Teilnehmer der Kontrollgruppe stetig verschlechterten.



ADL-Kleiden/Essen

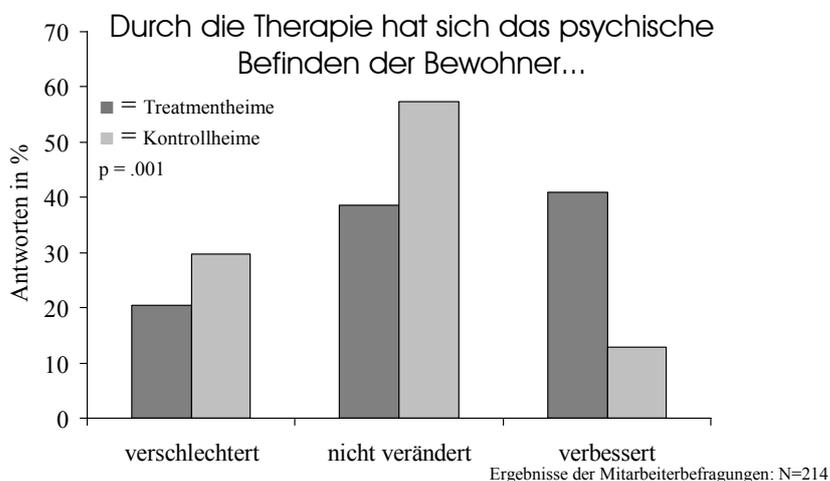
Auch im ADL-Bereich „Kleiden und Essen“ konnten in der Treatmentgruppe die Leistungen über den Interventionszeitraum hinweg weitgehend erhalten werden, während die der Kontrollgruppe stetig abnahmen.

Lediglich im Bereich der Hygiene konnten keine signifikanten Veränderungen erreicht werden. Dies resultiert zum einen daraus, dass für eine Verbesserung der Kontinenz spezielle Übungen in Einzeltherapie durchgeführt werden müssen, zum anderen wird aufgrund der hohen Unfallgefahr beim Baden auch bei nicht oder wenig Unterstützungsbedarf Hilfe gewährt.

Hygiene

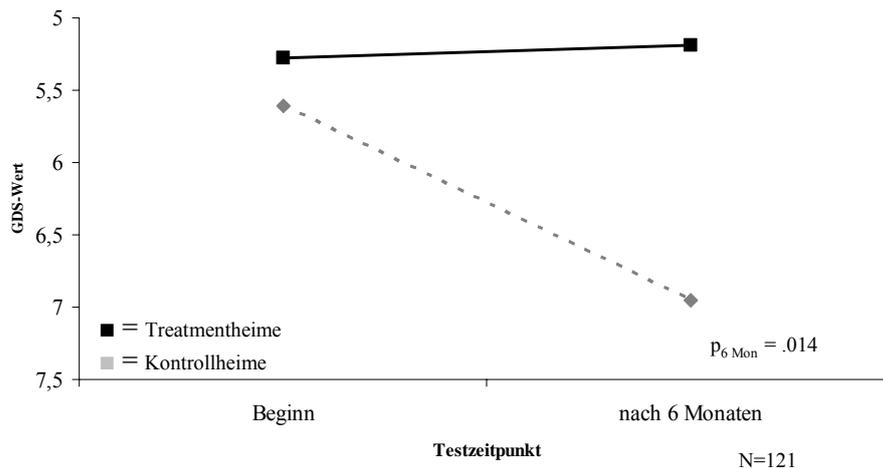
Ein bedeutsames Zielkriterium der Interventionsstudie war die Wirkung der Therapie auf die Befindlichkeit der Bewohner:

Befindlichkeit



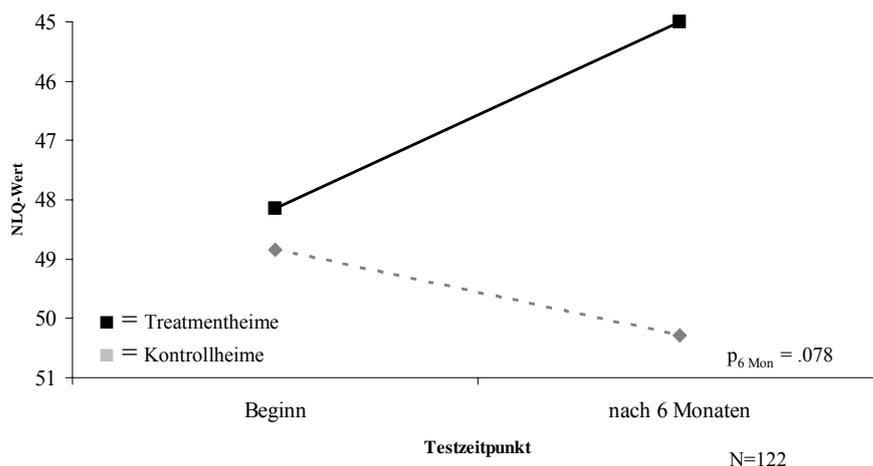
Es zeigt sich in der Fremdbeurteilung durch das Pflegepersonal ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der Befindensveränderung der Bewohner zwischen Treatment- und Kontrollheimen.

Die positive Einschätzung des Pflegepersonals lässt sich auch in der subjektiven Befragung der Studienteilnehmer mittels zweier Fragebögen zur Depressivität (GDS) und Lebensqualität (NLQ) bestätigen.



Depressivität

Im GDS zeigt es sich, dass die Treatmentgruppe über einen Zeitraum von 6 Monaten ihren Status aufrechterhalten kann, während in der Kontrollgruppe eine starke Verschlechterung der Stimmung eintritt.

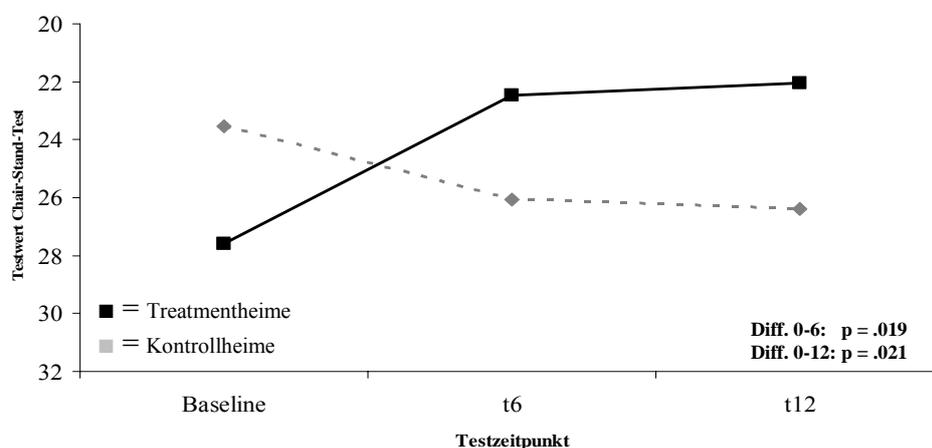


Lebensqualität

Im NLQ konnte sich die Treatmentgruppe sogar eine Verbesserung erzielen, während sich die Kontrollgruppe analog zur GDS verschlechterte.

Eine ausreichende funktionelle Leistungsfähigkeit ist für die Bewältigung von Alltagsanforderungen unabdingbar. Aus diesem Grund wurde zur Erhebung neben den kognitiven Parametern auch eine Reihe motorischer Variablen erhoben.

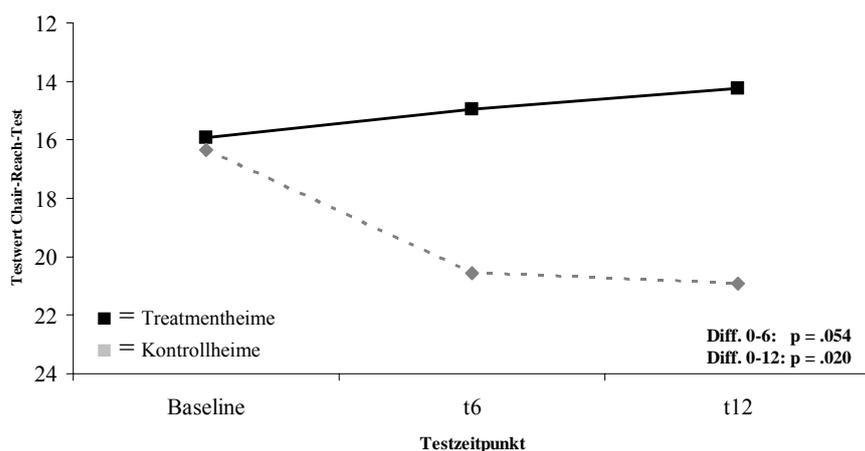
Wichtige motorisch-funktionelle Faktoren des Erhalts der Selbstständigkeit sind Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Gleichgewicht und Koordination. In der Alltagsbewältigung verbinden sich kognitive und motorische Fähigkeiten, da für Handlungsplanung und -ausführung sowohl eine ausreichende kognitive wie auch motorische Leistungsfähigkeit gegeben sein muss. Im Folgenden werden die wichtigsten motorisch-funktionellen Ergebnisse aufgezeigt:



Kraft und Kraftausdauer sind motorische Leistungen, die in besonderem Maße einem Altersabbau unterworfen sind. Durch Bewegungsmangel wird der Abbau zusätzlich beschleunigt. Im Rahmen der Untersuchung konnte eine signifikante Verbesserung der Kraftleistungen bereits nach kurzer Interventionsdauer erzielt werden, diese Verbesserungen ließen sich dann weiter erhalten. In der Kontrollgruppe hingegen sanken die Leistungen über den gesamten Verlauf stetig ab. Die Abbildung zeigt die Veränderungen der Kraft in den unteren Extremitäten. Diese sind für den Erhalt der Mobilität in besonderem Maße wichtig. Gleichmaßen reduziert sich bei ausreichendem Kraftausmaß die Gefahr eines Unfalles. Hier ist insbesondere auch die Sturzgefahr zu nennen.

*Funktionelle
Leistungs-
fähigkeit*

Kraft



Beweglichkeit

Ein wichtiger Faktor zur selbstständigen Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens stellt das Ausmaß der Beweglichkeit dar. Durch physiologische Alterungsprozesse lässt die Beweglichkeit der Gelenke sowie die Dehnfähigkeit von Muskeln, Bändern und Sehnen im Alter stark nach. Vor allem Hüft- und Schulterbereich sind für Tätigkeiten wie eigenständige Körperhygiene und selbstständiges Anziehen wesentlich. Die Abbildung zeigt die Veränderungen der Beweglichkeit in der Hüfte. Hierzu ist die Dehnfähigkeit der Bänder, Sehnen und Muskeln in Rücken, Schulter und den Beinen von Bedeutung.

Es zeigt sich, dass durch die körperliche Aktivierung die Beweglichkeit der Teilnehmer über die gesamten 12 Monate signifikant stabilisiert und sogar leicht verbessert werden konnte, während die der Kontrollgruppe abnahm.

Zuletzt soll ein wesentlicher versorgungspolitischer Faktor aufgezeigt werden, für den vor allem in der stationären Altenhilfe eine besondere Handlungsanforderung besteht:

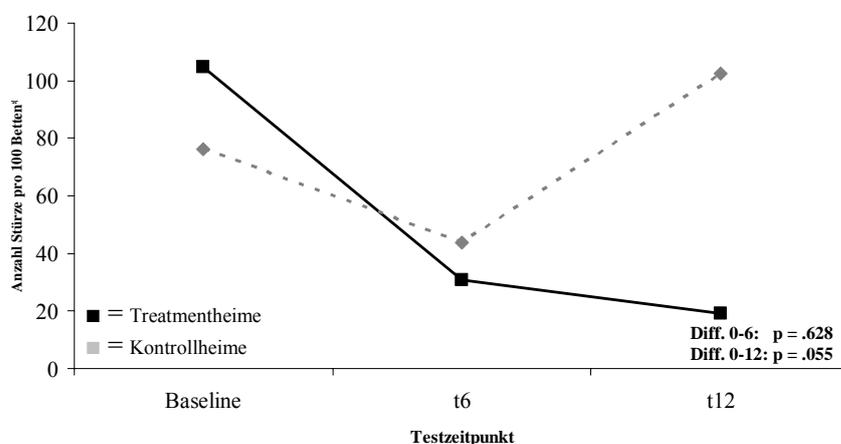
Stürze!

Das Risiko zu stürzen ist abhängig von der funktionellen und kognitiven Leistungsfähigkeit eines Menschen. Natürlich spielen auch Erkrankungen und eingenommene Medikamente eine wichtige Rolle. Stürze sind beim alten Menschen häufig: Jeder dritte selbstständig lebende über 65-Jährige stürzt einmal pro Jahr.

Stürze

Aufgrund der besonderen gesundheitlichen Situation stürzt in Pflegeheimen sogar jeder zweite Bewohner im gleichen Zeitraum. Statistisch gesehen führt dabei jeder 5. Sturz im Pflegeheim zu einer Oberschenkelhals-Fraktur. Für den Betroffenen hat dies nicht zu unterschätzende Auswirkungen auf seine Selbstständigkeit, die oftmals nach einem Sturz nicht mehr wieder voll hergestellt werden kann und damit auch auf seine Lebensqualität. Hinzu kommt die Angst des Gestürzten, erneut zu stürzen. 40% der Pflegeheimbewohner versterben innerhalb von 6 Monaten nach einem Oberschenkelhalsbruch.

Im Folgenden werden die Veränderungen der Sturzhäufigkeit im Rahmen der Untersuchung aufgezeigt:



Sturzhäufigkeit

Die Abbildung zeigt eine beachtliche Verringerung der Sturzhäufigkeit in der Interventionsgruppe. Vor allem die besonders gefährdeten so genannten „multiplen Stürzer“, d.h. diejenigen, die besonders häufig Stürzen, profitieren von der Aktivierung. Die Reduzierung konnte über den gesamten Zeitraum aufrechterhalten werden.

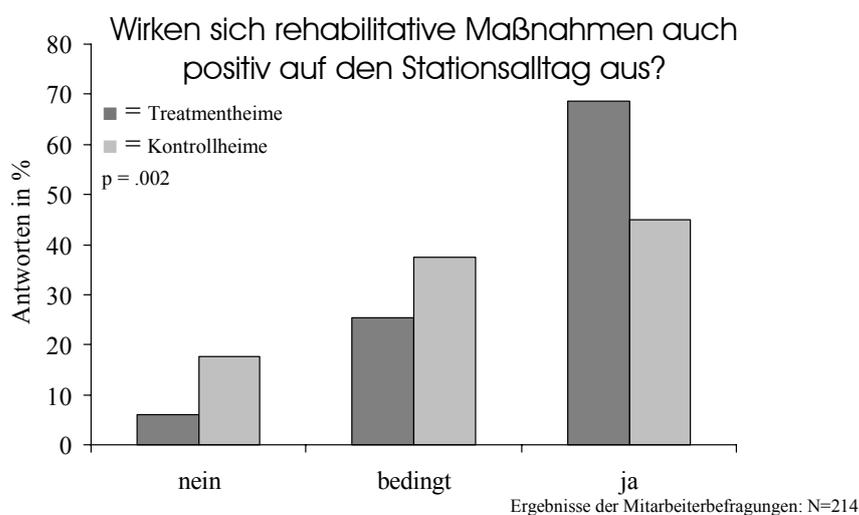
Der Sturz ist nur ein Beispiel von vielen, welcher die Dringlichkeit und Sinnhaftigkeit derartiger Interventionsformen für Pflegeheimbewohner zeigt. Nicht weniger wichtig wie eine Reduzierung von, erwiesenermaßen versorgungspolitisch bedeutsamen Sturzzahlen ist die Erhaltung einer weitgehenden Selbstständigkeit der Bewohner auch bei bereits eingetretener Hilfebedürftigkeit. Es geht hier nicht nur um Zahlen, sondern um Lebensqualität, Selbstwert und Selbstvertrauen der Heimbewohner.

Konsequenzen

Eine weitere Zielsetzung der Studie war es, zu überprüfen, ob sich eine Verbesserung der Selbstständigkeit und des Befindens durch rehabilitative Maßnahmen auch in einer Entlastung des Pflegepersonals niederschlägt. Vor diesem Hintergrund wurde in allen Projektheimen eine Pflegepersonalbefragung durchgeführt.

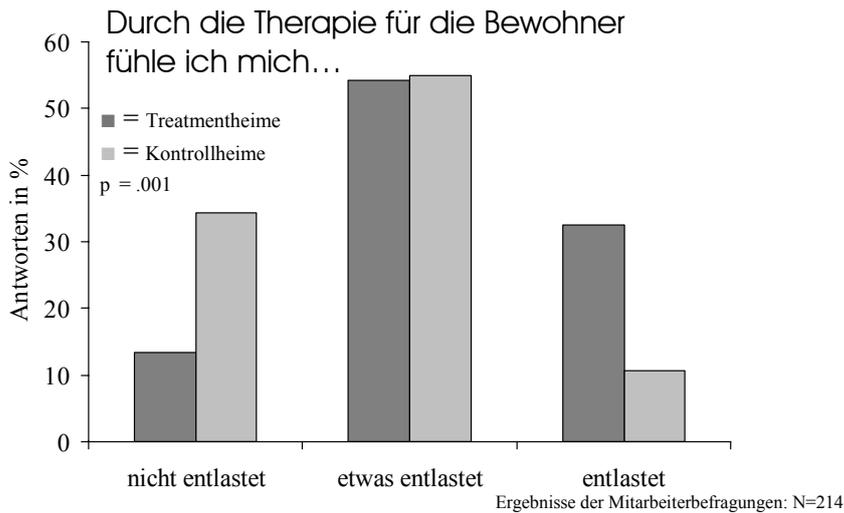
Wirkungen auf die Pflege

Die wesentlichen Ergebnisse in Bezug auf Wirkung, Entlastung des Pflegepersonals und Arbeitszufriedenheit werden im Folgenden dargestellt:



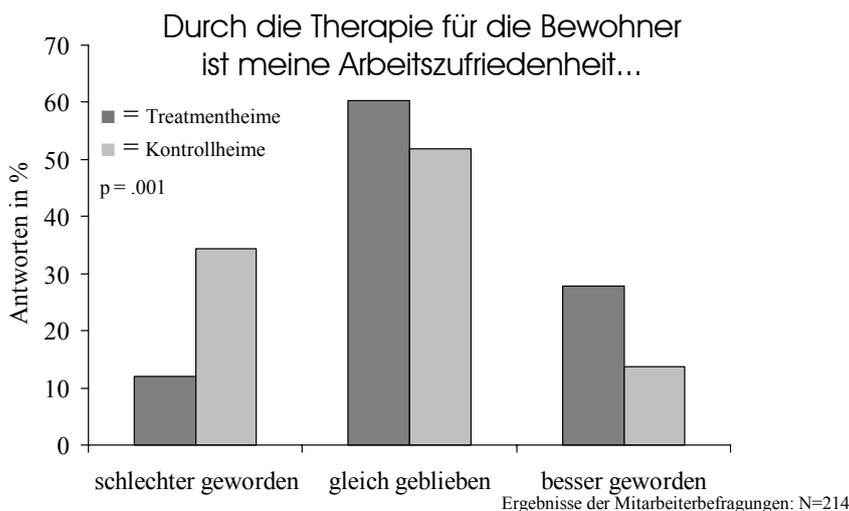
Die Befragung des Pflegepersonals ergab eine breite positive Einschätzung der Wirkungen der Therapie auf die Pflege. Als Hauptgründe kamen die bessere Mitarbeit der Bewohner bei den Pflegetätigkeiten sowie eine insgesamt bessere geistige Regsamkeit zum Tragen.

Bei den Befragten der Kontrollheime waren die positiven Effekte weit weniger stark ausgeprägt. Hauptargument war hier, dass die Maßnahmen der Betreuung nicht zu einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit beitragen und Maßnahmen nach SGB V zu selten und nur in Einzelfällen durchgeführt wurden.



*Entlastung
des Pflege-
personals*

Auch bemerkten die Pflegekräfte in den Treatmentheimen eine Entlastung in der Pflege, dies vor allem durch die verbesserte Mithilfe der Bewohner. Dies konnte in den Kontrollheimen nicht bestätigt werden.



*Arbeits-
zufriedenheit*

Als Folge der Entlastung und der besseren kognitiven und psychischen Befindlichkeit der Bewohner führte die Therapiemaßnahme auch zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der befragten Pflegekräfte. Im gleichen Zeitraum wurde die Arbeitszufriedenheit in den Kontrollheimen bei vielen Mitarbeitern schlechter.

Grundlage der Interventionsplanung war die realisierbare Implementierung der Therapie in die Regelversorgung. Dies setzt eine einfache und kostengünstige Durchführung voraus. Vor dem Hintergrund der finanziellen und personellen Rahmenbedingungen von Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurde ein Gruppenkonzept erarbeitet, welches den Möglichkeiten entspricht.

Der Anspruch der breitgefächerten Einsetzbarkeit des Therapiekonzeptes für eine möglichst große Bewohnergruppe führt zwangsläufig zu einem niederschweligen Ansatz, der Kompromisse zwischen optimaler Effizienz und Machbarkeit eingehen muss.

Letztlich lag die Entscheidung in der Frage, ob eine Therapieform mit hoher Effizienz für einen kleinen spezifischen Bewohnerkreis angeboten wird, oder das Ziel darin bestehen soll, möglichst vielen Bewohnern die Möglichkeit einer allgemeinen Aktivierung zu gewährleisten.

Da erstgenannte Ansätze im Rahmen der Rehabilitation nach SGB V bereits in vielzähliger Form existieren, der Bedarf an rehabilitativen Interventionen bei Pflegeheimbewohnern jedoch immens ist und bei weitem nicht abgedeckt werden kann, war die Entwicklung eines allgemein therapeutischen Konzeptes die logische Folge.

Aus genannten Gründen wurde die Therapie so konzipiert, dass sie sowohl von Therapeuten als auch von Pflegekräften und Betreuungspersonal nach kurzer Einweisung leicht und ohne übermäßige Vorbereitungszeit durchführbar ist. Für die Durchführung einer Therapieeinheit werden mit Vor- und Nachbereitung etwa 90 Minuten benötigt.

Bei entsprechender Planung kann eine Pflegekraft für diesen Zeitraum aus der Pflege herausgelöst werden und die Therapie mit 8-10 Bewohnern durchführen. Dies führt nicht zwingend zu einer Mehrbelastung des Pflegepersonals, da für diese Zeit die Therapieteilnehmer nicht pflegerisch versorgt werden müssen.

Implementierung in die Regelversorgung

Personaleinsatz

Die Implementierung des Therapiekonzeptes in die Pflege muss für jede Einrichtung individuell angepasst werden. So wird in einigen Heimen die Intervention auch durch vorhandenes Therapie- oder Betreuungspersonal durchgeführt.

Alle in der Therapie benötigten Materialien können weitgehend kostenneutral selbst hergestellt werden. So können z.B. die in der Psychomotorischen Aktivierung benötigten Hanteln durch mit Sand oder Wasser gefüllte PET-Flaschen ersetzt werden, Übungsmaterialien für die Kognitive Aktivierung aus Tageszeitungen und Zeitschriften entnommen und kopiert werden etc. Auch steht es den Durchführenden frei, Materialien von den Teilnehmern mitbringen zu lassen, so können z.B. bestimmte Texte oder Gedichte, die für den Teilnehmer eine besondere Bedeutung haben, mitgebracht und bearbeitet werden.

Die Ergebnisse konnten zeigen, dass rehabilitative Maßnahmen (gleichzusetzen mit „tertiär präventiven Maßnahmen“) auch bei kognitiv und funktionell stark beeinträchtigten Pflegeheimbewohnern Wirkung zeigt und in der Lage ist, verbliebene Selbstständigkeit über einen längeren Zeitraum zu stabilisieren oder sogar zu verbessern.

Die Mobilität der Teilnehmer nimmt im Zuge der Verbesserungen funktioneller Leistungsfähigkeit zu. Dies bei gleichzeitiger Abnahme der Sturzhäufigkeit. Mobilität stellt einen wichtigen Faktor der Selbstständigkeit dar und führt zu einer wesentlichen Verbesserung des Kontrollerlebens der Heimbewohner, also dem Gefühl, selbst Entscheidungen treffen zu können und diese Entscheidungen auch in die Tat umzusetzen. Dieses Bewußtsein führt zur Verbesserung der Stimmung und entsprechend auch der Lebensqualität.

Die Verbesserungen der kognitiven und funktionellen Leistungsfähigkeit führen weiter zu merklichen Entlastungen in der Pflege und mittelbar auch zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit.

*Material-
einsatz*

*Zusammen-
fassung*

Zusammenfassend sind die Ergebnisse der Interventionsmaßnahmen mit der Zielsetzung der Vermeidung der Progredienz der Pflegebedürftigkeit und Stabilisierung der verbliebenen Selbstständigkeit verallgemeinerbar. Dies macht die Ergebnisse auch in erheblichem Maße sozial- und versorgungspolitisch bedeutsam. Denn vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, der Alterung der Gesellschaft und dem sinkenden Angehörigenpflegepotential, müssen die finanziellen und familienpolitischen Folgen der Pflegebedürftigkeit unbedingt beachtet und entsprechende Konsequenzen gezogen werden.

*Sozial-
politische
Bedeutsamkeit*

Therapieleitfäden:

- Oswald, W.D. & Ackermann, A. (Hrsg.) (2005.) SimA-P – Kognitive Aktivierung für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Nürnberg: SimA-Akademie.
- Oswald, W.D. & Ackermann, A. (Hrsg.) (2005.) SimA-P – Biographieorientierte Aktivierung für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Pflegeheimen. Nürnberg: SimA-Akademie.
- Oswald, W.D. & Ackermann, A. (Hrsg.) (2005.) SimA-P – Psychomotorische Aktivierung für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Pflegeheimen. Nürnberg: SimA-Akademie.

Ausgewählte Veröffentlichungen zu SimA-P:

- Ackermann, A. (2003). Möglichkeiten rehabilitativer Interventionen in der stationären Altenhilfe. In: ISO-Institut (Hrsg.). "Zukunftswerkstatt" Modellprogramm - Qualität und Wirtschaftlichkeit, Dokumentation der Fachtagung des ISO-Instituts, 19. bis 21. Mai 2003 im Internationalen Jugendforum in Bonn. Saarbrücken: ISO-Institut.
- Ackermann, A. (2003). Rehabilitative Interventionen im Pflegeheim. In: Senioren – Aktiv in Europa. Dokumentation 7. Deutscher Seniorentag 2003. Bonn: BAGSO.
- Oswald, W. D. (2004). Kognitives Training und körperliche Aktivität – ein Präventionsmodell? In I. Füsgen (Hrsg.), Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren (4. Dokumentationsband zum 8. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“). Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft.
- Ackermann, A. (2004). SimA-P – Rehabilitative Maßnahmen im Pflegeheim – Alternativen für Heimbewohner zu Rehabilitationsmaßnahmen nach SGB V. BAGSO-Nachrichten, 2, 23-25.
- Oswald, W. D. (2004). Lassen sich dementielle Prozesse verzögern? European Journal of Geriatrics, 6(4), 18-19.
- Oswald, W.D.; Ackermann, A.; Fricke, C.; Gunzelmann, T. & Rupprecht, R. (2005). Rehabilitation im Altenpflegeheim – Projektabschlussbericht. Erlangen: Institut für Psychogerontologie
- Ackermann, A. (2005). Aktivieren lohnt. Altenheim, 44(10), 14-17.

Literatur

- Ackermann, A. & Oswald, W.D. (2006). Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit bei Pflegeheimbewohnern – Ein Überblick über bestehende Ansätze. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 19, 2, 59-71.
- Oswald, W.D. & Ackermann, A. (2006) Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 19, 2, 80-101.