SimA® – Akademie e.V.

Wolf D. Oswald, Andreas Ackermann und Barbara Süß

Selbständigkeit **im** höheren Lebens**a**lter für **P**flegeheimbewohner (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.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Korrespondenz an:

Univ.-Prof. Wolf D. Oswald
Forschungsgruppe Prävention & Demenz
Wallensteinstr. 61-63
D-90431 Nürnberg

Fon: +49 (0) 911 5282-670
Fax: +49 (0) 911 5282-671
E-Mail: forschung@wdoswald.de
Web: www.wdoswald.de

SimA®-P in Stichworten

Studienziele

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 Selbständigkeit 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.

Trainingsentwicklung

Das Gefühl von Selbständigkeit 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:

Therapieleitfäden

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% aus), 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 sogenannten 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 – liegt.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Da ein derartiger Ansatz bei Personen mit fortgeschritteneren 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 persönlich bedeutsame Langzeitgedächtnisinhalte gelegt, die auch bei Demenzpatienten noch relativ lange abrufbar sind.

Für kognitiv gesunde, aber auch für demenziell beeinträchtigte Bewohner gut 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 die Wahrnehmungsleistungen, Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Informationsaufnahme- und Verarbeitungsleistungen als auch Leistungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses bei Pflegeheimbewohnern. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Ressourcen und Einschränkungen der in der Regel kognitiv beeinträchtigten Pflegeheimbe-

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

bewohner. 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 vorhanden sind.

Nicht nur um die Übungen abwechslungsreich zu gestalten, sondern gleichzeitig auch eine umfassende kognitive Aktivierung zu erreichen, werden neben Aufgaben auf verbaler Ebene, bei den Übungen auch unterschiedliche Sinnesfunktionen angesprochen (visuell, auditiv, taktil, olfaktorisch). Damit soll der bei kognitiv eingeschränkten Pflegeheimbewohnern häufig anzutreffenden Reizverarmung entgegengewirkt werden.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Biographie-orientierte Aktivierung

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) in ihrer Wahrnehmung, ihrer Aufmerksamkeit und im Bereich des Langzeitgedächtnisses aktiviert werden.

Vor allem persönlich bedeutsame Themen aus der Biographie werden hierbei 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 die im Langzeitgedächtnis gespeicherten Lebenserfahrungen und Gewohnheiten 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.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Neben den kognitiven Einbußen, ist das Erleben von Kompetenzverlust mitunter Quell für eine zusätzliche psychische Problematik bei einem demenziell erkrankten Menschen und somit ein bedeutsamer Faktor für Verhaltensauffälligkeiten. Durch die Thematisierung biographisch bedeutsamer Themen soll eine Stützung des Selbstwertgefühls sowie des Selbsterlebens der Teilnehmer erreicht und ihnen ein Gefühl von Kompetenz vermittelt werden. Die Biographieorientierte Aktivierung nach SimA®-P enthält 24 verschiedene Stundenthemen und vier zusätzliche jahreszeitliche Themen, die zu gegebener Zeit passend eingefügt werden können.

Psychomotorische Aktivierung

Durch die Einbeziehung psychomotorischer Übungen in das SimA®-P Aktivierungsprogramm wird versucht, den ganzen Menschen zu erfassen. Die Psychomotorik schließt von motorischen Äußerungsformen auf aktuelle psychische Zustände und versucht durch entsprechende motorische Aktivitäten wiederum die Psyche positiv zu beeinflussen. Bewegung dient dem psychischen und sozialen 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 hingegen die Psyche.
Die Psychomotorische Aktivierung in der hier vorliegenden Form dient vor allem dem Erhalt und der Verbesserung

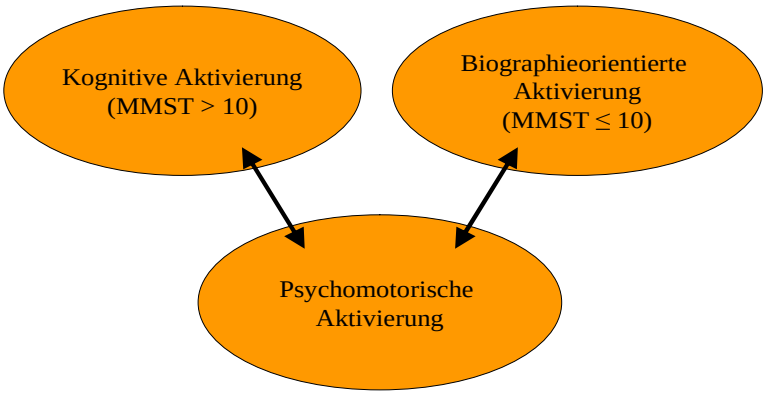
© 2012 SimA®-Akademie e.V.

von motorischen Leistungen bei Pflegeheimbewohnern. Vor allem Koordination, Beweglichkeit und Gleichgewicht spielen in der Ausführung von Alltagstätigkeiten, wie. z.B. das Kämmen oder Anziehen, eine große Rolle. Zur Aufrechterhaltung der Gehfähigkeit bedarf es weiterhin an ausreichend 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 nach SimA®-P einen hohen Stellenwert im Rahmen der Rehabilitation von Pflegeheimbewohnern. Fähigkeiten und Fertigkeiten, die benötigt werden um 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.

Aufbau der Therapieeinheiten

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



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.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

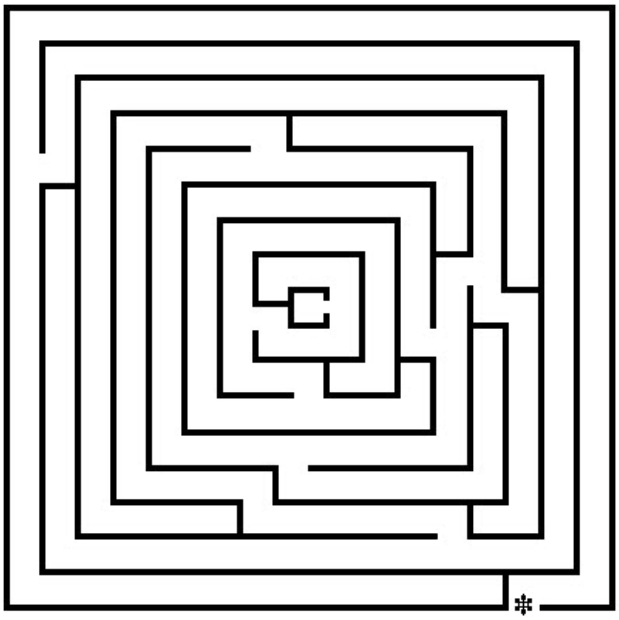
Den Hauptteil bildet der psychomotorische Stundenschwerpunkt, in dem neben motorischen Inhalten zusätzlich auch spezifisch psychomotorische Übungen durchgeführt werden.

Die Psychomotorische Aktivierung ist gleichermaßen für mobile wie immobile (aber sitzfähige) Teilnehmer 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 beispielsweise eine Phantasiereise, eine Geschichte oder ein Gedicht beinhalten kann.

Trainingsbeispiel „Labyrinth“



Die im Rahmen des Projektes entwickelten Trainingsprogramme sind theoretisch begründet und wissenschaftlich geprüft. Theoretisch basieren sie auf den Erkenntnissen des SimA-Projektes. Die *Labyrinth-Aufgabe* (siehe oben) stellt

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

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.

Teilnehmer und Studiendesign

Die insgesamt 294 Teilnehmer (79,5% Frauen) waren bei Studienbeginn 2002 zwischen 70 und 99 Jahren alt, das Durchschnittsalter lag bei 82,4 (±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.

Selektivität und Dropout

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.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

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 Teilnehmer unterscheidet sich in der Altersstruktur von der ursprünglichen Anfangsstichprobe dahingehend, dass vor allem die Hochaltrigen im Laufe der Intervention ausgefallen sind. Jedoch ergaben sich keine Unterschiede im gesundheitlichen Zustand sowie in der kognitiven oder funktionellen Leistungsfähigkeit zwischen den verbliebenen und den ausgeschiedenen Teilnehmern.

Ergebnisse nach Trainingsende

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 der Kontrollgruppe der Fall war. Zusätzlich verbesserte sich die Stimmung und selbst eingeschätzte Lebensqualität. Sogar das Pflegepersonal bemerkte die Verbesserungen in den Treatmentgruppen. Dies ist besonders bemerkenswert, da der Transfer von Therapieeffekten in den Alltag der Teilnehmer in der Regel nur bei wesentlichen Veränderungen festgestellt werden kann.

Einzelergebnisse der untersuchten Funktionsbereiche

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 (vertikale Achse) aufgezeigten Werte stellen den jeweiligen Testwert dar. Hohe Abszissenausprägungen weisen 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.

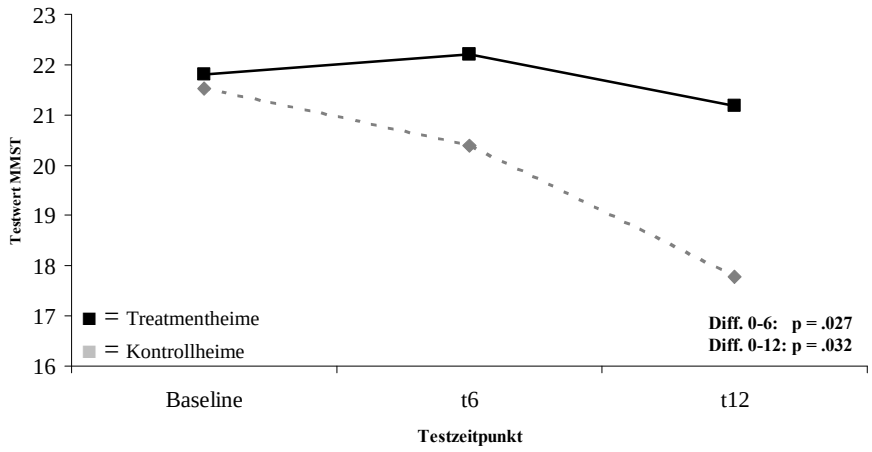
© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Kognitive Leistungs-fähigkeit

Bei 70 Prozent der im Rahmen der Studie psychometrisch untersuchten Teilnehmer traten kognitive Beeinträchtigungen im Sinne einer *demenziellen Symptomatik* auf. Darunter versteht man Symptome, die im Vorfeld einer dementiellen Erkrankung sichtbar bzw. diagnostizierbar werden; hierzu zählen z.B. zunehmende Gedächtnisstörungen bzw. Hirnleistungsstörungen. Meist muss von einem progredienten Verlauf ausgegangen werden.

Dieser Verlauf setzte sich in der Kontrollgruppe über den 12-Monate-Zeitraum erwartungsgemäß fort. Die Interventionsteilnehmer 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!

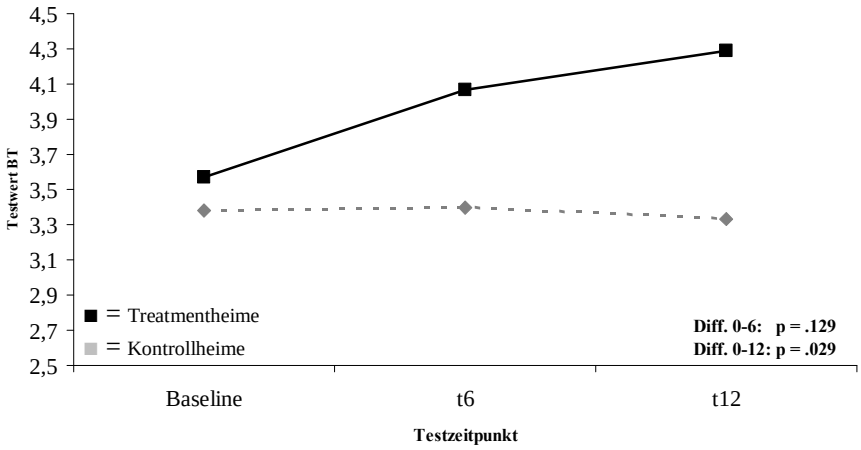
Allgemeine kognitive Leistungen



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.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Gedächtnis-leistungen

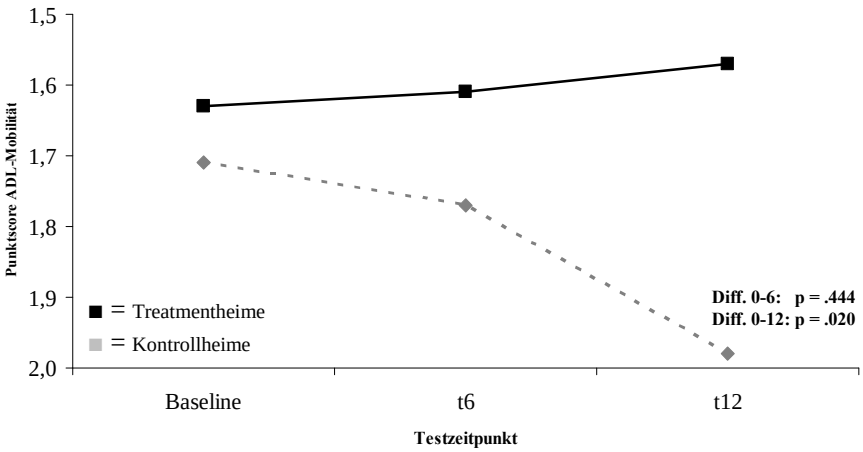


Bei spezifischen Gedächtnisleistungen verbesserten sich die Leistungen der Treatmentgruppe sogar beständig über den Interventionsverlauf, während sich die der Kontrollgruppe nicht veränderten. Während die Verbesserungen von Aufmerksamkeit und Konzentration vor allem in den Fremdbeurteilungen durch das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

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

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

ADL-Mobilität

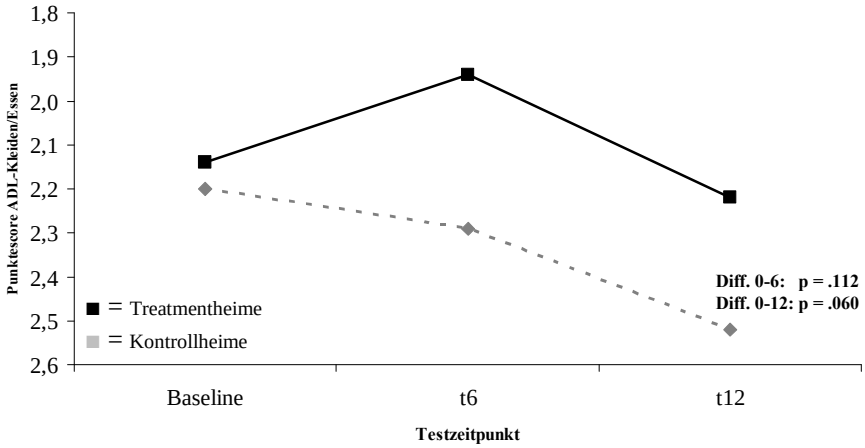


Wie man der Abbildung entnehmen kann, erreichten die Interventionsteilnehmer der kombinierten kognitiven und psychomotorischen Aktivierung einen signifikanten Erhalt

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

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

ADL-Essen/Kleiden



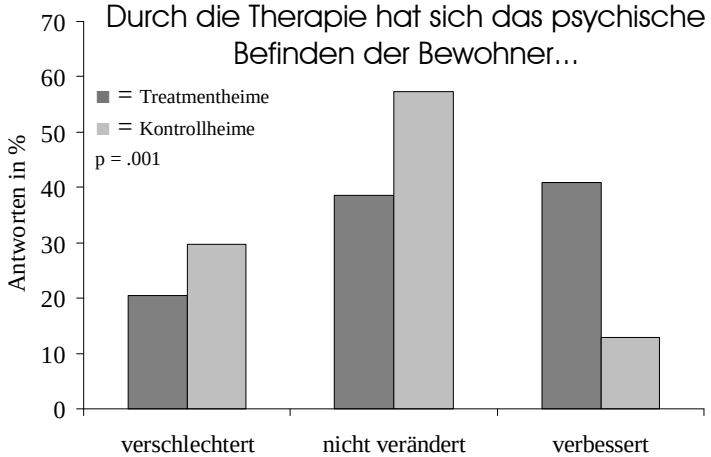
Auch im ADL-Bereich „Essen und Kleiden“ konnten in der Treatmentgruppe die Leistungen über den Interventionszeitraum hinweg weitgehend erhalten werden, während die der Kontrollgruppe stetig abnahmen.

Hygiene

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

Befindlichkeit

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



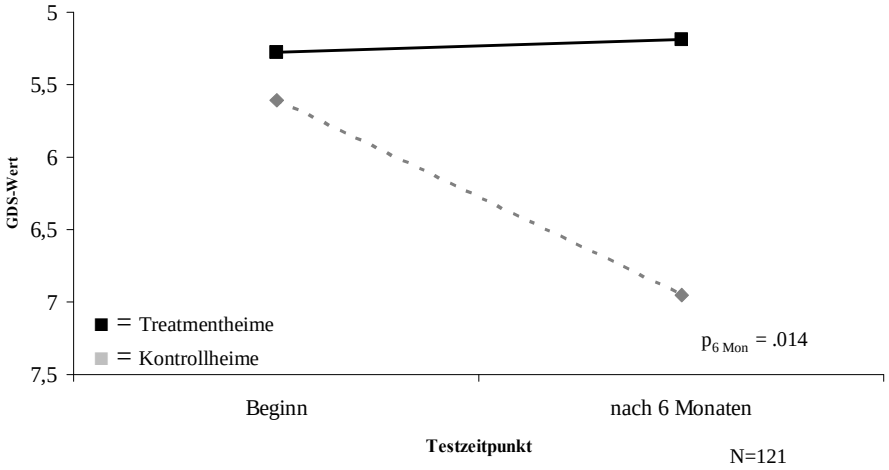
Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen: N=214

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

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

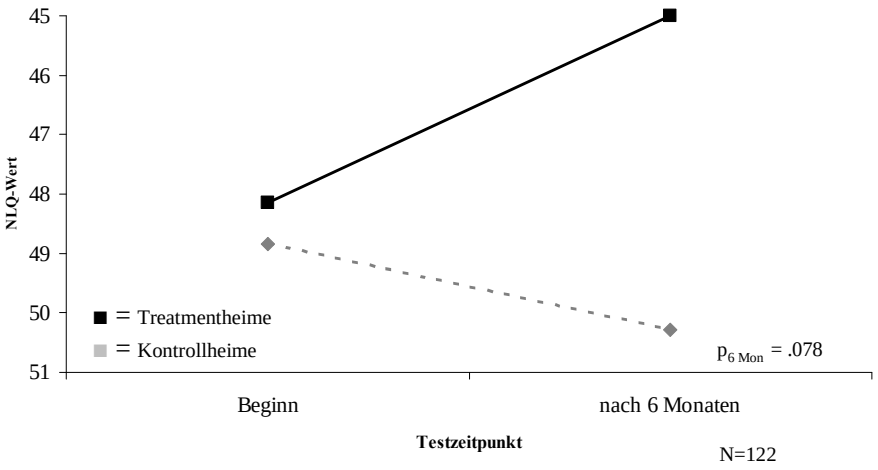
Die positive Einschätzung des Pflegepersonals ließ sich auch in der subjektiven Befragung der Studienteilnehmer mittels zweier Fragebögen zur Depressivität (GDS) und Lebensqualität (NLQ) bestätigen.

Depressivität



Mittels GDS zeigte sich, dass die Treatmentgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten ihren Status aufrechterhalten konnte, während in der Kontrollgruppe eine starke Verschlechterung der Stimmung eintrat.

Lebensqualität



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

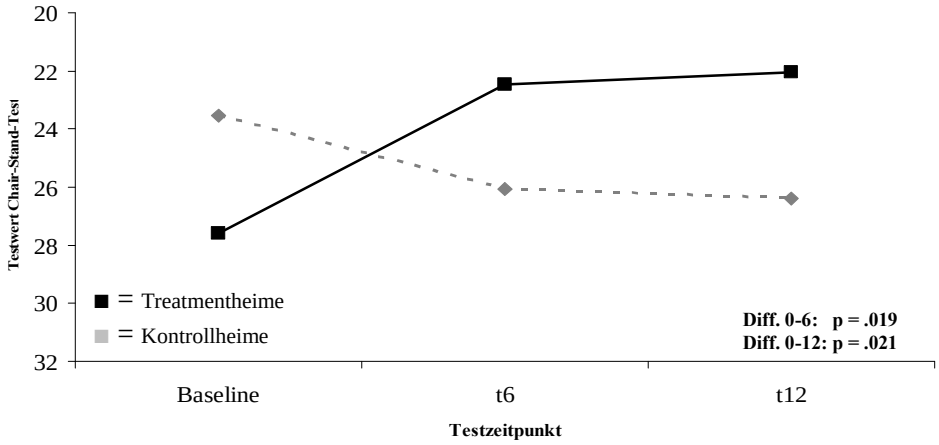
© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Funktionelle Leistungs-fähigkeit

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 Selbständigkeit 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:

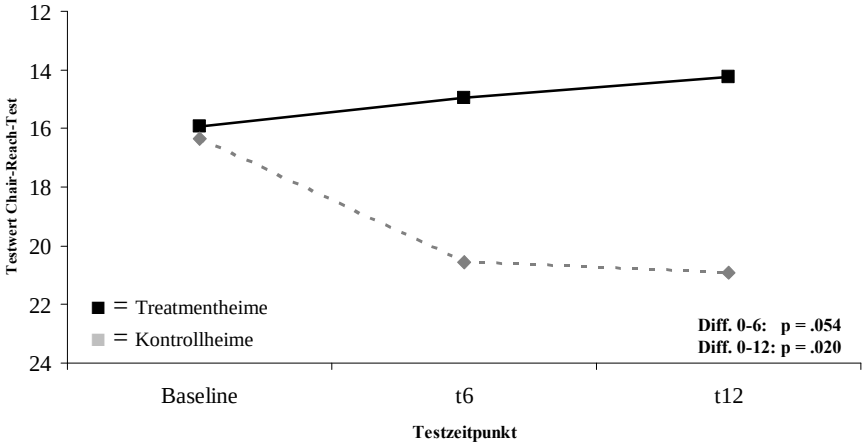
Kraft



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 erwiesen als sehr stabil. In der Kontrollgruppe hingegen sanken die Leistungen über den gesamten Verlauf stetig ab. In der Abbildung (oben) wird die Zunahme der Kraft in den unteren Extremitäten dargestellt. Diese Kraft ist für den Erhalt der Mobilität in besonderem Maße wichtig. Gleichermaßen reduziert sich bei ausreichendem Kraftausmaß die Gefahr eines Unfalles. Hier ist insbesondere auch die Sturzgefahr zu nennen.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Beweglichkeit



Ein wichtiger Faktor zur selbständigen Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens stellt das Ausmaß der Beweglichkeit dar. Durch physiologische Alterungsprozesse lassen die Beweglichkeit der Gelenke sowie die Dehnfähigkeit von Muskeln, Bändern und Sehnen im Alter stark nach. Vor allem der Hüft- und Schulterbereich sind für Tätigkeiten, wie z.B. der eigenständigen Körperhygiene und das selbständige Anziehen, wesentlich. Die Abbildung (oben) zeigt die Veränderungen der Beweglichkeit in der Hüfte. Für diese Einschätzung ist die Dehnfähigkeit der Bänder, der Sehnen und Muskeln im Rücken, in der Schulter und in 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.

Stürze

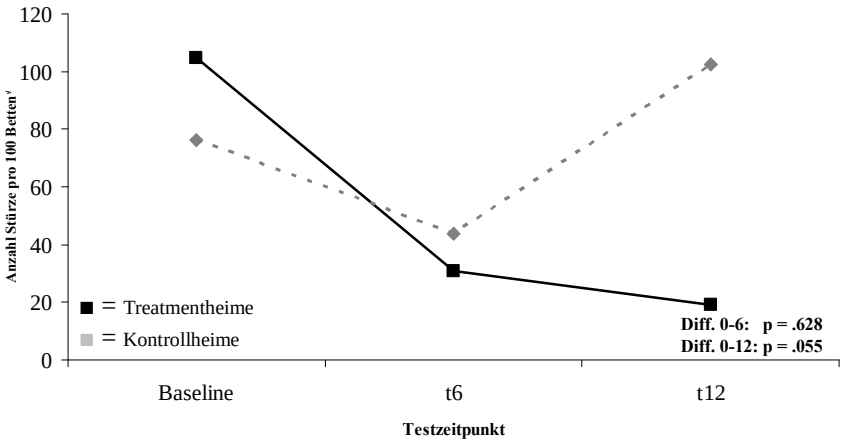
Zuletzt soll ein wesentlicher versorgungspolitischer Faktor aufgezeigt werden, für den vor allem in der stationären Altenhilfe eine besondere Handlungsanforderung besteht:
Stürze!

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

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

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 eine nicht zu unterschätzende Auswirkung auf seine Selbständigkeit – 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 sechs Monaten nach einem Oberschenkelhalsbruch.
Im Folgenden werden die Veränderungen der Sturzhäufigkeit im Rahmen der Untersuchung aufgezeigt:

Sturzhäufigkeit



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

Konsequenzen

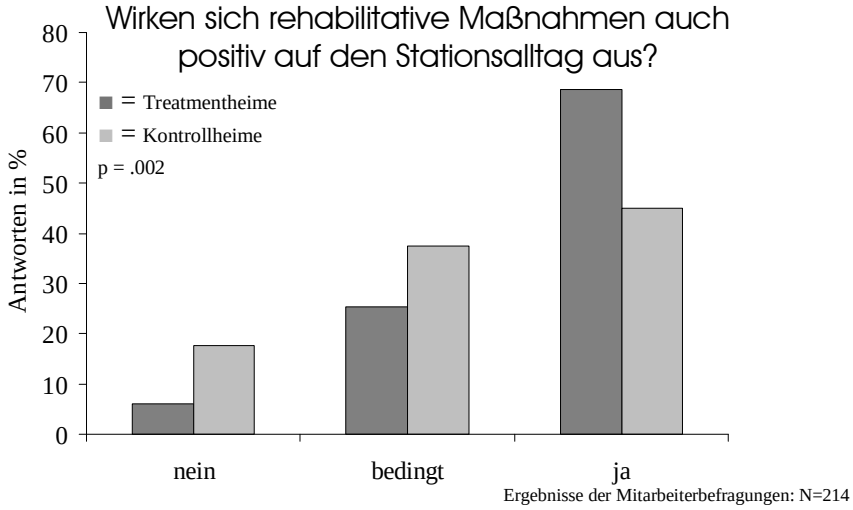
Allein die Erfolge bezüglich der Sturzreduktion untermauern die Sinnhaftigkeit aber auch die Dringlichkeit derartiger Interventionsformen für Pflegeheimbewohner. Nicht weniger wichtig, als die Reduzierung der versorgungspolitisch bedeutsamen Sturzzahlen, ist die Erhaltung einer weitgehenden Selbständigkeit der Bewohner, auch bei bereits eingetretener Hilfebedürftigkeit. Es geht hier nicht nur um Zahlen, sondern um Lebensqualität, Selbstwert und Selbstvertrauen der Heimbewohner!

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Wirkungen auf die Pflege

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

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

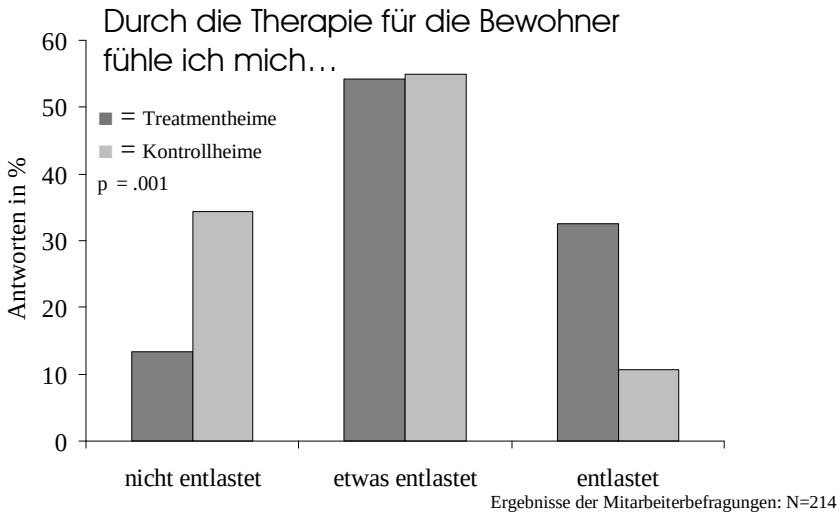


Die Befragung des Pflegepersonals ergab eine breite positive Einschätzung der Wirkungen der Therapie auf die Pflege. Als Hauptgründe kamen die bessere Mitarbeit der Bewohner bei den Pflegetätigkeiten sowie deren verbesserte geistige Regsamkeit zum Tragen.

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 beitrugen und Maßnahmen nach SGB V zu selten und nur in Einzelfällen durchgeführt wurden.

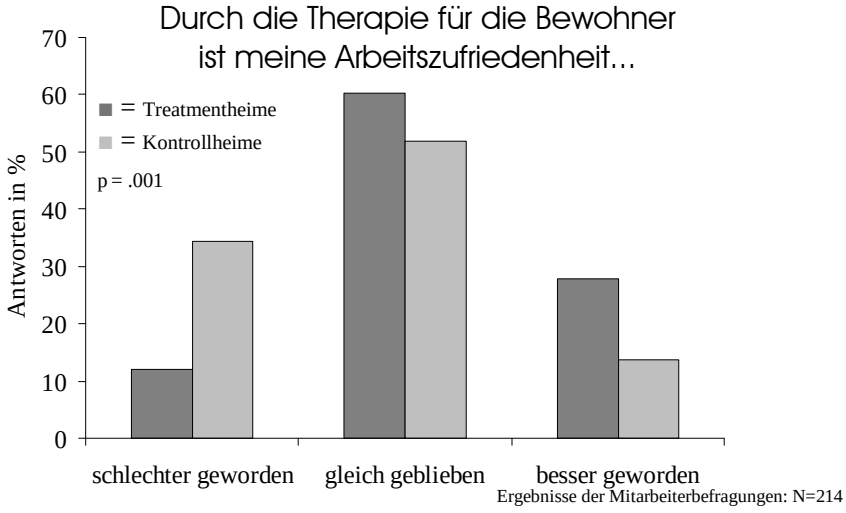
© 2012 SimA®-Akademie e.V.

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.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Implementierung in die Regelversorgung

Grundlage der Interventionsplanung war die realisierbare Implementierung der Therapie in die Regelversorgung. Dies setzt eine einfache und kostengünstige Durchführung voraus. Mit Blick auf die finanziellen und personellen Rahmenbedingungen von Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurde ein entsprechendes Gruppenkonzept erarbeitet.

Der Anspruch der breitgefächerten Einsetzbarkeit des Therapiekonzeptes für eine möglichst große Bewohnergruppe führt zwangsläufig zu einem niederschwelligen 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.

Personaleinsatz

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.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

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.

Materialeinsatz

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, eingebracht und bearbeitet werden.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse konnten zeigen, dass rehabilitative Maßnahmen (gleichzusetzen mit „tertiär präventiven Maßnahmen“) nach SimA®-P auch bei kognitiv und funktionell stark beeinträchtigten Pflegeheimbewohnern ein gute Wirkung zeigen und die verbliebene Selbständigkeit über einen längeren Zeitraum zu stabilisieren oder sogar zu verbessern vermag.

Die Mobilität der Teilnehmer nimmt im Zuge der Verbesserungen der funktionellen Leistungsfähigkeit zu; dies bei gleichzeitiger Abnahme der Sturzhäufigkeit. Mobilität stellt einen wichtigen Faktor der Selbständigkeit 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 Zunahme der kognitiven und funktionellen Leistungsfähigkeit führt weiterhin zur merklichen Entlastung in der Pflege und mittelbar auch zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Sozialpolitische Bedeutsamkeit

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

Ausblick

Immer mehr an Demenz erkrankte Menschen werden in Zukunft auf ein spezifisch therapeutisches Angebot im stationären Bereich angewiesen sein. Wissenschaftlich überprüfte rehabilitative Interventionen zur Vermeidung der Progredienz der Pflegebedürftigkeit sollten daher allein mit Blick auf gesundheitsökonomische Aspekte in die Regelversorgung eines jeden Demenzerkrankten implementiert werden. Eine entsprechende Qualifizierung aller mit der Betreuung von Demenzkranken beauftragten Pflege- und Betreuungskräfte, pflegenden Angehörigen sowie Ehrenamtlichen ist hierfür eine notwendige Voraussetzung.

SimA®-P-Aktivierungsleitfäden

Das SimA®-P Aktivierungsprogramm für Menschen mit Demenz ist in drei Bänden beim Springer Verlag Wien erschienen. Neben einem ausführlichen Theorieteil sind komplett ausgearbeitete Therapieeinheiten zur kognitiven, biographieorientierten und psychomotorischen Aktivierung darin enthalten. Konkrete Ablaufpläne und Arbeitsmaterialien erleichtern die Umsetzung in der täglichen Praxis. Zudem entsprechen die Inhalte der Therapiebände den aktuellen Anforderungen des MDK zur sozialen Aktivierung und Betreuung sowie zur Sturzprophylaxe (siehe Literatur).

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

Ausbildung zum SimA®-Gruppenleiter oder SimA®-Demenzbegleiter

Die Qualifizierung zur rehabilitativen Aktivierung von demenzerkrankten Menschen nach SimA®-P mit den Abschlüssen „Zertifizierter SimA®-Gruppenleiter“ oder „SimA®-Demenzbegleiter“ kann im Rahmen von frei zugänglichen Ausbildungskursen an der SimA®-Akademie erworben werden.

Nähere Informationen zum Ausbildungsprogramm der SimA®-Akademie finden Sie unter

www.sima-akademie.de

oder können unter folgender Adresse abgerufen werden:

SimA-Akademie
Merkurstraße 41/Südstadtpark
90763 Fürth/Bay.
Tel.: +49 (911) 76 60 69-28
Fax: +49 (911) 76 60 69-29

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

SimA®-Aktivierungsleitfäden:

Literatur

Oswald, W. D. & Ackermann, A. (2009). *Kognitive Aktivierung mit SimA®-P. Selbständig im Alter.* Wien: Springer.

Oswald, W. D. & Ackermann, A. (2009). *Biographieorientierte Aktivierung mit SimA®-P. Selbständig im Alter.* Wien: Springer.

Oswald, W. D. & Ackermann, A. (2009). *Psychomotorische Aktivierung mit SimA®-P. Selbständig im Alter.* Wien: Springer.

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

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.

Ackermann, A. & Oswald, W.D. (2006). Erhalt und Förderung der Selbständigkeit bei Pflegeheimbewohnern – Ein Überblick über bestehende Ansätze. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie,* 19, 2, 59-71.

Oswald, W. D., Gunzelmann, Th., Rupprecht, R. & Hagen, B. (2006). Differential effects of single versus combined cognitive and physical training with older adults: the SimA study in a 5-year perspective. *European Journal of Aging*, 3(4), 179-192.

Oswald, W. D., Ackermann, A. & Gunzelmann, Th. (2006). Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie,* 19(2), 89-101.

Oswald, W. D., Gunzelmann, T. & Ackermann, A. (2007). Effects of a multimodal activation program (SimA-P) in residents of nursing homes. *European Review of Aging and Physical Activity,*

© 2012 SimA®-Akademie e.V.

4, 91-102.

Ackermann, A. & Oswald, W. D. (2008). *Selbständigkeit erhalten, Pflegebedürftigkeit und Demenz verhindern.* In W. D. Oswald, G. Gatterer & U. M. Fleischmann (Hrsg.), Gerontopsychologie (2. vollständig neu bearbeitete Auflage) (S. 129-140). Wien: Springer.

Oswald, W. D. (2010). *Selbständigkeit im Alter: SimA® - eine Studie die Chancen aufzeigt.* In I. Füsgen (Hrsg.), Demenz – ein unausweichliches Altersschicksal? (Dokumentationsband zur Fachtagung des „Zukunftsforum Demenz“ am 18. Mai 2010 in Bonn) (S. 39-45). Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft.

Oswald, W. D., Ackermann, A. & Freiberger, E. (2010). *Lässt sich Alzheimer hinauszögern und damit verhindern?*. In Dokumentation des 9. Deutschen Seniorentages (Hrsg.) vom 08. bis 10. Juni 2009 in Leipzig „Alter leben – Verantwortung übernehmen“ (S. 203-205). Bonn: BAGSO.

Wachter, M., Heyder, M., Kraft, S. & Oswald, W. D. (2010). *Selbständig im Alter. Entstehungsgeschichte und Ausbildungskurse der SimA-Akademie e.V. in Nürnberg.* Psychotherapie im Alter, 7(1), 103-106.

Weitere Veröffentlichungen finden Sie unter
www.wdoswald.de

© 2012 SimA®-Akademie e.V.