

Inhalt

Fakt des Monats	S. 1
Umfrage	S. 1
Alltagsfähigkeit bei einer Demenzerkrankung	S. 2
Motorische Einschränkungen bei einer Demenzerkrankung	S. 3
Übung des Monats	S. 4
Rezept des Monats	S. 4
Impressum	S. 4



Fakt des Monats



Fakt:

In den letzten 150 Jahren hat sich die Lebenserwartung in Deutschland mehr als verdoppelt.

Die Lebenserwartung gibt das zu erwartende Alter an, das für einen Menschen zum Zeitpunkt seiner Geburt geschätzt wird. Diese Lebenserwartung wird rechnerisch aus den aktuellen Sterberaten ermittelt und um Schätzungen erweitert, welche von äußeren Einflüssen, wie dem Gesundheitssystem oder der Weltregion, herrühren. Betrachtet man die Lebenserwartung weltweit, so besitzen die Europäer mit 77,5 Jahren die höchste Lebenserwartung, während Afrika mit 61,2 Jahren die geringste Lebenserwartung aufweist (vgl. Abb. 1). Aufgesplittet auf die einzelnen Länder liegt Hongkong mit 85,0 Jahren an erster Stelle. Die geringste Lebenserwartung weisen Menschen aus Lesotho auf (53,8 Jahre). Deutschland liegt mit durchschnittlichen 80,95 Jahren auf Platz 29 [1][2].

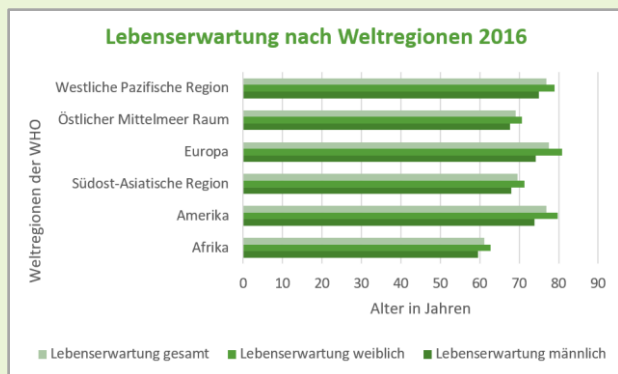


Abbildung 1: Lebenserwartung nach Weltregionen (in Anlehnung an [1])

Betrachtet man Deutschland, so fällt auf, dass sich die Lebenserwartung in den letzten 150 Jahren mehr als verdoppelt hat (vgl. Abb. 2). Dieser positive Trend liegt vor allem an der verbesserten präventiven und therapeutischen Gesundheitsversorgung. Frauen werden im Schnitt deutlich älter als Männer. In Island ist der Unterschied mit drei Jahren am geringsten, in Russland leben

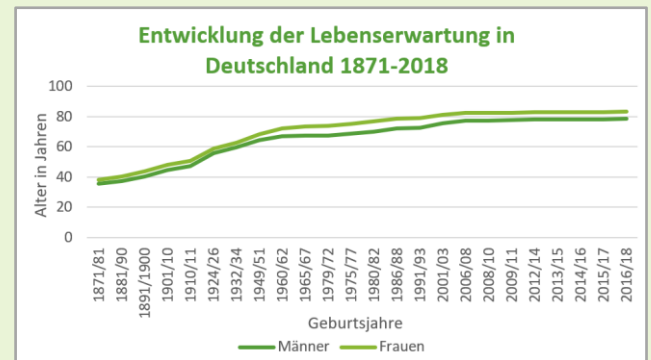


Abbildung 2: Lebenserwartung von Männern und Frauen bei der Geburt in Deutschland im Zeitraum der Jahre 1871 bis 2018 (in Anlehnung an [3])

die Frauen etwa 12 Jahren länger und somit ist der Unterschied dort am größten [2]. Mit einem erhöhten Alter (<65 Jahre) steigt das Risiko einer Demenzerkrankung stark an. Da Frauen tendenziell älter werden, sind sie auch häufiger betroffen. Der Abstand in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen schrumpft jedoch beständig, sodass sich viele Paare mittlerweile bei Pflegebedürftigkeit gegenseitig unterstützen können [3].



Umfrage



Sehr geehrte Leser*innen,

um diesen Newsletter noch ansprechender für Sie zu gestalten und um Sie weiterhin mit interessanten Themen zu versorgen, haben wir eine kleine Umfrage vorbereitet. Hier können Sie uns alle Wünsche mitteilen und uns Feedback geben. Wir freuen uns über Ihre konstruktive Kritik.

Hier geht es zur Umfrage:

https://www.socsisurvey.de/incope_newsletter_feedback/



Was ist Alltagsfähigkeit?

Der Begriff der Alltagsfähigkeit oder „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (kurz: ADLs [engl.: activities of daily living]) beschreibt als Sammelbegriff alle Fähig- und Fertigkeiten sowie Aktivitäten, die ausgeführt werden, um ein selbstbestimmtes und selbstversorgendes Leben zu führen. Zu Ihnen gehören beispielsweise Essen, Körperhygiene und Mobilität. Der Begriff wurde erstmals 1950 von Sidney Katz geprägt. Die Unfähigkeit, ADLs ausführen zu können, kann zu einer wesentlichen Verschlechterung der Lebensbedingungen beitragen. Die Erfassung der Fähigkeit, die ADLs selbständig auszuführen, ist ein wichtiger Prädiktor für die Aufnahme in Pflegeeinrichtungen, die Notwendigkeit alternativer Wohnformen, Krankenhausaufenthalte und die Inanspruchnahme von bezahlter häuslicher Pflege. Oft wird das Ergebnis eines Behandlungsprogramms durch die Überprüfung der ADLs einer Person beurteilt. Die ADLs werden in der Literatur in zwei Kategorien unterschieden: Die „basic“ ADLs (vgl. Abb. 3) beschreiben die Aktivitäten, die für das persönliche Leben maßgeblich sind, während die IADLs (Instrumental Activities of daily living) nicht für das Überleben notwendig sind, den Lebenskomfort aber deutlich erhöhen (Finanzverwaltung, Einkaufen, Putzen, Kommunikation, medizinische Versorgung). [4]



Abbildung 3: Aktivitäten des täglichen Lebens (in Anlehnung an [5])

Wie wird Alltagsfähigkeit gemessen?

Um die ADLs zu messen, entwickelte Katz Ende der 50er den sog. Katz-Index. Eine andere Entwicklung stellt der Barthel-Index dar, welcher oft in Pflegeassessments eingesetzt wird. Während Katz die, in Abb. 3 gezeigten, Aktivitäten mit jeweils null oder einem Punkt bewertet, bildet der Barthel-Index eine tiefergehende Einsicht in die ADLs ab. Hier werden die Fähigkeiten: Essen und Trinken, Baden/Duschen, Körperpflege, An- und Ausziehen, Stuhl- und Harnkontrolle, Benutzung der Toilette, Bett- /Stuhltransfer, Mobilität (selbstständiges Gehen/ Fahren mit/ohne Rollstuhl) und Treppesteigen mit 0, 5, 10 oder 15 Punkten evaluiert. Mit maximal 100 Punkten ist eine Person noch selbstständig in der Lage zu essen, sich fortzubewegen und ihre Körperpflege durchzuführen. Der Barthel Index gibt jedoch nicht an, ob eine Person allein leben kann, denn hierfür müssten Fähigkeiten wie Haushaltsführung und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Krankenkassen fordern für die Bereitstellung von Leistungen und Mitteln eine Einordnung der betroffenen Person in den Barthel-Index, jedoch gibt dieser nur eine erste grobe Übersicht über die Alltagsfähigkeit der betroffenen Person und es müssen weitere Tests und Fragebögen durchgeführt werden. [4][6]

Alltagsfähigkeit bei einer Demenzerkrankung

Bei Demenzerkrankungen ist die Alltagsfähigkeit eingeschränkt. Im Anfangsstadium der Erkrankung merken die betroffenen Personen meist selbst, dass ihre Gedächtnisleistung abnimmt. Dies betrifft vor allem das Kurzzeitgedächtnis. Dadurch treten Probleme mit Alltagsfähigkeiten auf, die vorher keine Schwierigkeiten dargestellt haben. Das Bewusstsein über den Verlust der Gedächtnisleistung führt zu Unsicherheit und Angst. Durch diese Angst wird zunehmend das klare Denken und das sichere Handeln erschwert. Zu Beginn einer Demenzerkrankung lassen sich die Verluste einzelner Fähigkeiten noch gut durch Hilfsmittel ausgleichen (z.B. Rollatoren, beschriftete Tablettendöschen). Durch zusätzliche geistige Einschränkungen im weiteren Verlauf der Erkrankung, sind betroffene Personen jedoch nicht mehr in der Lage auch einfachste Aufgaben des täglichen Lebens auszuführen. Beispielsweise werden das Waschen bzw. die Körperhygiene ein zunehmend komplizierterer Vorgang. Neben dem Vergessen der Funktion einzelner Gegenstände (Handtuch, Seife), werden auch die einzelnen Schritte vertauscht oder vergessen. Im fortgeschrittenen Stadium verlieren viele Personen mit Demenz die Kontrolle über Ihre Blase und den Darm. Nicht selten ist Inkontinenz ein auftretendes Symptom. [8][14]

Einschränkungen bei der Ernährung

Besondere Einschränkungen sind bei der Nahrungsaufnahme bzw. beim Trinken zu beobachten. Personen mit einer Demenzerkrankung verlieren schrittweise das Hunger- bzw. Durstgefühl, sowie das sinnliche Erleben von Essen und Trinken. Diese Gefühle steuern normalerweise die Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme. So vergessen viele Menschen mit einer Demenzerkrankung das regelmäßige Essen oder sie nehmen zwei Mahlzeiten hintereinander ein. Im weiteren Krankheitsverlauf geht zudem das Wissen verloren, was und wie man isst, und auf welche Weise Lebensmittel zubereitet werden. Durch diesen Vorgang kann es zu Mangelerscheinungen sowie Flüssigkeitsmangel kommen, welches beides zu einem raschen körperlichen Abbau führen und diverse Mangelkrankungen auslösen kann. Häufige Warnzeichen dafür sind ein Gewichtsverlust sowie große Mengen nicht erforderlicher Lebensmittel, die an nicht dafür vorgesehenen Plätzen gelagert werden. Auch finden sich häufig offene und verdorbene Lebensmittel. [7][8][9]

Hilfe bei eingeschränkter Alltagsfähigkeit

Für Menschen, die noch zu Hause leben, gibt es für viele der genannten Probleme unterstützende Möglichkeiten, die den Betroffenen den Alltag erleichtern. Essen auf Rädern kann bei Bedarf täglich geliefert werden, Haushaltshilfen können bei der Nahrungszubereitung und beim Putzen helfen. Um die Nahrungsaufnahme zu vereinfachen, helfen Rituale, die die Betroffenen zu jeder Mahlzeit durchführen (z.B. feste Essenszeiten, Mahlzeiten in einer Gruppe, Zubereiten des Lieblingsgerichts). Wenn diese Maßnahmen die Ernährungssituation nicht verbessern können, ist die Versorgung über eine Magensonde im Einzelfall abzuwägen. Besonders gut mobile und körperlich wenig eingeschränkte Personen profitieren von einer Versorgung mit einer Magensonde. [9] Neben diesen Maßnahmen kann ein individuell konzipiertes Bewegungsprogramm die Verschlechterung der Alltagsfähigkeiten verlangsamen und wichtige Funktionen des Körpers aufrechterhalten. Zahlreiche Studien haben belegt, dass Bewegungsprogramme die Alltagsfähigkeit von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung erhalten und sogar erhöhen können [18]. Das Ziel des InCoPE-Programms ist die Entwicklung und Implementierung eines solchen individuellen Bewegungsprogramms für Menschen mit einer Demenzerkrankung. [8][14]



Motorische Einschränkungen beim Gehen

Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko, das Gleichgewicht zu verlieren und zu stürzen. Je älter Menschen werden, desto mehr nimmt laut Experten unsere kollektive Stabilität ab. Gehen ist eine komplizierte Bewegung, die durch ein ausgeklügeltes Gehirn-Körper-Netzwerk ermöglicht wird. Dieses ordnet die Informationen, welche von unseren Muskeln, den Augen und dem Gleichgewichtssinn aus dem Innenohr übertragen wird. Das Gehirn kontrolliert die anschließende Bewegung. Neurowissenschaftler*innen nehmen an, dass wichtige Prozesse davon im Kleinhirn ablaufen. Das Kleinhirn fungiert als eine Art Außenstelle, welche Informationen verarbeitet, sowie alle anderen Prozesse unterstützt. Es ist mit anderen Hirnregionen vernetzt, unter anderem mit dem motorischen Kortex, welcher für die Bewegungssteuerung verantwortlich ist. Die Informationen werden dabei in geschlossenen Schleifen hin- und hergeschickt. Forscher*innen der Ohio State University stellten fest, dass wir eigentlich nicht gehen, wohin wir wollen, sondern in die jeweilige Richtung fallen. Nur die Zusammenarbeit des Kleinhirns, der Nerven und der Muskeln bewirkt, dass bei jedem Schritt eine Korrektur vorgenommen werden kann, sodass wir normal laufen können. Altersbedingt gibt es allerdings einen Rückgang der menschlichen Hirnfunktionen. Das Kleinhirn ist eine der Regionen, welche als erstes betroffen ist. Daher treten gerade im Alter Stürze immer häufiger auf. Hierbei haben Frauen einen wesentlich höheren Anteil von Stürzen am Unfallgeschehen (vgl. Abb. 4). Besonders häufig sind Stürze bei Personen mit einer Demenzerkrankung zu beobachten. [16]

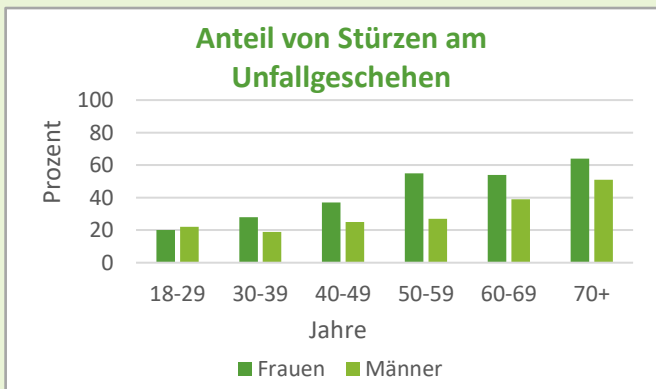


Abbildung 4: Anteil von Stürzen am Unfallgeschehen nach Alter und Geschlecht (in Anlehnung an [10])

Betrachtet man die Stürze von Personen mit einer Demenzerkrankung im Vergleich zu Personen ohne eine Demenzerkrankung, so fällt auf, dass das Sturzrisiko deutlich erhöht ist. Viele Menschen mit einer dementiellen Erkrankung verspüren in bestimmten Phasen einen großen Drang sich zu bewegen (Agitation). Gleichzeitig lassen jedoch im Alter und im Zusammenhang mit der Krankheit die Kraft und die Koordination nach. Ebenfalls erhöht sich die Körpersteifigkeit, was wiederum Auswirkungen auf das Gleichgewicht und die Agilität haben kann. Gleichzeitig werden durch kognitive Einschränkungen bekannte Bewegungsmuster verlernt. Zusammen begünstigen diese Faktoren einen kleinschrittigen, schlurfenden und breitbeinigen Gang. Durch den erhöhten Bewegungsdrang und die verminderten körperlichen Fähig- und Fertigkeiten ist es unabdingbar, dass die Wohnumgebung an diese Umstände angepasst wird. Einerseits ist es wichtig, dass genügend Platz vorhanden ist, um sich zu bewegen, andererseits muss bei diesem Platz darauf geachtet werden, dass er eine sturz sichere Umgebung darstellt. Denn durch den Abbau der exekutiven und motorischen

Funktionen, als Folge der dementiellen Erkrankung, ist das Sturzrisiko im Vergleich zu Menschen ohne eine Demenzerkrankung deutlich erhöht. Besonders deutlich tritt dies in den Pflegeheimen zu Tage. Hier ist das Risiko zu stürzen für Personen mit einer Demenzerkrankung doppelt so hoch, wie für Menschen ohne Erkrankung (vgl. Abb. 5). [11][12][13][16]



Abbildung 5: Sturzrisiko und die Folge von Stürzen bei Personen mit und ohne Demenzerkrankung (in Anlehnung an [12][13])

Infolge von Stürzen kommt es bei den betroffenen Personen häufig zu Frakturen, welche im weiteren Verlauf zu deutlich eingeschränkter Mobilität führen können. Eine dauerhafte Abhängigkeit von anderen Personen ist die Folge. Auch steigt mit den Frakturen die Angst vor weiteren Stürzen gravierend an. In Folge kommt es zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität. Ein essenzielles Ziel in der Pflege von Menschen mit Demenz ist es daher, das Sturzrisiko zu minimieren, um so hohe Kosten durch zusätzliche Pflege und Krankenhausaufenthalten zu vermeiden. Um die Sicherheit für Menschen mit einer Demenzerkrankung zu garantieren, können einfache Vorkehrungen getroffen werden. Mithilfe von technischen Hilfsmitteln kann das Risiko von Stürzen zu Hause minimiert werden. Treppen Auf- und Abgänge können mit einem zusätzlichen Handlauf oder der Installation eines Treppenlifts ergänzt werden. Im Haus können Nachtlichter oder mit Bewegungssensoren gesteuerte Beleuchtung, sowie barrierefreie Türen installiert werden, sodass auch bei Nacht der Weg zum Badezimmer leicht gefunden werden kann. Im Badezimmer kann die Sicherheit erhöht werden, indem Haltegriffe als Greif- und Stützhilfe im Bereich der Toilette, Waschbecken und der Dusche/ Wanne angebracht werden. In der Küche können Vorkehrungen getroffen werden, dass eine Nutzung barrierefrei möglich ist. Ebenfalls kann ein Hausnotrufsystem Betroffenen Sicherheit geben. [14][16] Nicht nur technische Hilfsmittel können den Alltag erleichtern und das Sturzrisiko minimieren. Durch eine gezielte Bewegungsintervention ist es ebenfalls möglich, das Sturzrisiko zu senken. Schon 45 Minuten gezieltes Training in der Woche, kann Menschen mit einer dementiellen Erkrankung mehr Sicherheit bei der Bewegung geben. [17]



Aufstehen und Hinsetzen

Gerade in Zeiten des sedativen Lebensstils und im Hinblick auf die Sturzprophylaxe ist es wichtig, die unteren Extremitäten zu trainieren. Das „Aufstehen und Hinsetzen“ ähnelt der Funktion einer Kniebeuge und trainiert die gesamte Beinmuskulatur sowie das Gesäß.

Setzen Sie sich für diese Übung aufrecht auf einen Stuhl und stellen Sie die Füße hüftbreit und parallel auf den Boden. Halten Sie den Oberkörper aufrecht und den Rumpf angespannt. Die Hände sind zum Abstützen auf den Armlehnen abgelegt.

Für eine Wiederholung neigen Sie den Oberkörper ein Stück nach vorne und stehen Sie ohne Schwung zu nehmen vollständig vom Stuhl auf. Dabei dürfen die Hände zum Abstützen verwendet werden. Setzen Sie sich nun kontrolliert aus der stehenden Position wieder hin, ohne sich fallen zu lassen. Das Tempo sollte mit jedem Durchgang verringert werden.

Führen Sie 3 Sätze je 5-10 Wiederholungen aus mit 1 Minute Pause zwischen jedem Satz. Für den kognitiven Input können Sie die Wiederholungen vorwärts, in 2er Schritten oder rückwärts mitzählen.

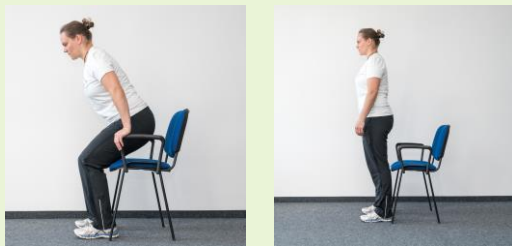


Abbildung 6: Beispiel für das Aufstehen und Hinsetzen

Brokkoli Taboulé mit gerösteten Nüssen



Abbildung 7: Brokkoli Taboulé mit gerösteten Nüssen

Zutaten:

(ergibt ca. 4 Portionen)

100 g	Gemischte Nüsse (geröstet)	1	Knoblauchzehe
150 g	Bulgur	2 Bund	Petersilie (glatt)
300 g	Roher Brokkoli	8	Minzblätter
1	Rote Zwiebel	2	Zitronen
3 EL	Olivenöl	1	Granatapfel

Arbeitszeit: 30 Minuten

Kochen Sie den Bulgur nach Packungsanleitung in Wasser oder übergießen Sie ihn mit kochendem Wasser und lassen Sie ihn ca. 15 min. quellen. In der Zwischenzeit zerkleinern Sie den Brokkoli in einer Küchenmaschine fein, bis er die Konsistenz des Bulgurs hat. (Alternativ können Sie den Brokkoli auch kochen und klein schneiden.) Würfeln Sie die Zwiebel und den Knoblauch und hacken Sie die Petersilie und die Minze. Anschließend mischen Sie den Bulgur mit dem feinen Brokkoli und fügen die Zwiebel, den Knoblauch und die restlichen Kräuter hinzu. Zum Schluss würzen Sie den Salat mit Salz und Pfeffer und gießen den Saft der Zitronen und das Olivenöl darüber. Mischen Sie alles gut. Zum Servieren streuen Sie die Granatapfelkerne und die gerösteten Nüsse (geeignet sind Walnüsse Kürbis- und Sonnenblumenkerne) über den Salat.



Impressum



Herausgeber:

InCoPE-Projekt des Instituts für Sport und Sportwissenschaft am Karlsruher Institut für Technologie Engler-Bunte-Ring 15, Geb. 40.40 76131 Karlsruhe



Telefon: +49 721/608-48513

E-Mail: incope@ifss.kit.edu

Internet: incope.de

Ansprechpartner: Tim Geißler

Redaktion: Tim Geißler & Jelena Bezold

Layout: Tim Geißler

Erscheinungsweise: monatlich

Bildnachweise: auf Anfrage

Auflage: unbegrenzt

© 2020 -2021 InCoPE

Wenn Sie sich vom Newsletter **abmelden** möchten, senden Sie uns einfach eine E-Mail mit dem Betreff „Newsletterabmeldung“ an incope@ifss.kit.edu oder füllen Sie das Kontaktformular hier aus:

http://www.sport.kit.edu/incope/Team_und_Kontakt.php



Literatur



- [1] World Health Statistics 2020. Monitoring Health for the SDGs. WHO (2020).
- [2] <https://www.laenderdaten.info/lebenserwartung.php>
- [3] Sterbetafeln. Ergebnisse aus der laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer, Seite 4.(2016/2018). Stat. Bundesamt.
- [4] Edemekong, P.F., Bomgaars, D.L. Sukumaran, S., Levy, S.B. (2020). Activities of Daily Living. StatPearls Publishing LLC.
- [5] Katz-Index (<https://www.alz.org/careplanning/downloads/katz-adl.pdf>)
- [6] F. Mahoney, D. Barthel: Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 1965, Ausgabe 14, Seiten 56–61.
- [7] https://www.barmer.de/gesundheits-verstehen/krankheiten-a-z/alzheimer-demenz-16802#Wie_verndert_sich_der_Alltag
- [8] Neuraxwiki – Auswirkungen einer Demenz auf den Alltag
- [9] Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Broschüre: Ernährung in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz
- [10] GEDA 201 des RKI: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010"
- [11] <https://www.pflege.de/pflegende-angehoerige/pflegewissen/sturzprophylaxe/>
- [12] Van Doorn, C., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., Hebel, J. R., Port, C. L., Baumgarten, M. et al. (2003). Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society, 51 (9), 1213–1218. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51404.x>
- [13] WHO (2007). WHO global report on falls prevention in older age.
- [14] Leben mit der Diagnose Alzheimer – Für alle, die mehr wissen wollen. Broschüre der Alzheimer Forschung Initiative e.V.
- [16] <https://www.spektrum.de/news/gleichgewicht-warum-wir-immer-oefter-hinfallen/1816727>
- [17] Lindsey Brett, Paul Stapley, Shahla Meedya & Victoria Traynor (2021) Effect of physical exercise on physical performance and fall incidents of individuals living with dementia in nursing homes: a randomized controlled trial, Physiotherapy Theory and Practice, 37:1, 38-51, DOI: 10.1080/09593985.2019.1594470
- [18] Vidoni ED, Perales J, Alshehri M, Giles AM, Siengskunon CF, Burns JM. Aerobic Exercise Sustains Performance of Instrumental Activities of Daily Living in Early-Stage Alzheimer Disease. J Geriatr Phys Ther. 2019 Jul/Sep;42(3):E129-E134. doi: 10.1519/JPT.000000000000172. PMID: 29286983; PMCID: PMC6023779.