

Lebensqualitätsfördernde Aktivierung bei Demenz und Sarkopenie

Ergotherapeutische Aufgaben im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit

Cornelia M. Kopelsky

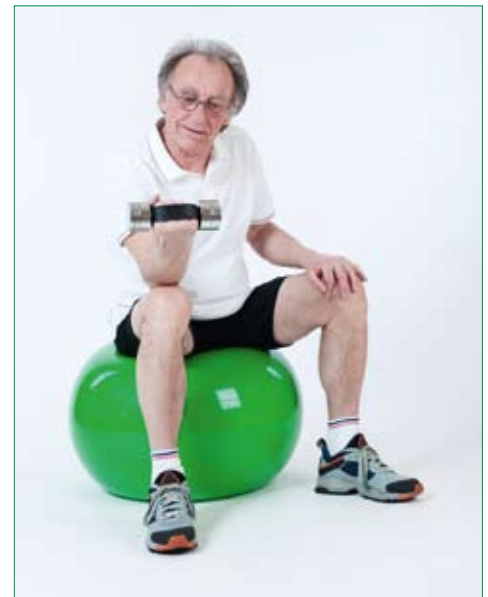
1. Bedeutung der Muskelkraft im Alter

Der physiologische Alterungsprozess ist geprägt von einem allmählichen Funktions- und Strukturrückbau aller Organe und Gewebe. Auch die Skelettmuskulatur als größtes Körperorgan baut bereits ab dem 40. Lebensjahr leicht ab und verliert ab dem 50. Lebensjahr pro Jahr zirka ein bis zwei Prozent, ab dem 60. Lebensjahr drei Prozent ihrer Masse. Bis zum 80. Lebensjahr hat der Mensch durchschnittlich 20 bis 40 Prozent seiner Muskelmasse verloren, entsprechend auch an Muskelkraft. Bei vielen über 80-jährigen Seniorinnen und Senioren kommt es jedoch zu einem kritisch hohen Kraftverlust, insbesondere dann, wenn durch körperliche Inaktivität, chronische Erkrankungen, Fehl- und Mangelernährung die Muskulatur sehr rasch atrophiert. Den übermäßigen Abbau an Muskelgewebe und damit einhergehenden Verlust an Muskelkraft und -funktionalität bezeichnet die Wissenschaft als altersassoziierte Sarkopenie¹. Eine ausgeprägte pathologische Sarkopenie schränkt nicht nur die Mobilität sowie die selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung eines alten Menschen erheblich ein, sondern erhöht auch das Sturz- und

Frakturrisiko, begünstigt den Alterungsprozess und Krankheitsverläufe.

Für die biopsychosoziale Gesundheit und Lebensqualität alter und hochaltriger Menschen spielen sowohl die Muskelkraft als auch die Muskelmasse eine bedeutende Rolle. Denn neben ihren Aufgaben als Haltungs- und Bewegungsorgan kann die arbeitende Skelettmuskulatur auch Gewebeshormone und Schutzfaktoren bilden, die den (Kohlenhydrat-, Fett- und Protein-)Stoffwechsel anregen und das Immunsystem stärken. So unterstützen beispielsweise von den Muskeln ausgeschüttete Myokine (Proteine) den Muskelstoffwechsel und werden gleichzeitig über die Blutbahn in das Gehirn, in die Organe sowie in Blut- und Nervengefäße transportiert, wo sie als Botenstoffe entzündungshemmend wirken. Darüber hinaus besitzen Muskeln viele Rezeptoren für Vitamin D, das besonders im Alter für eine intakte Muskelfunktion sorgen kann. Muskeln können während körperlicher Bewegung die Sauerstoffaufnahme verbessern, regulierend auf Blutdruck und Herz-Kreislauf sowie ausgleichend auf das vegetative Nervensystem Einfluss nehmen und durch ihre neuronale Vernetzung mit dem Gehirn Informationen austauschen, die strategisches Handeln, Lernfähigkeiten und Gedächtnisleistungen fördern.

Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass auch noch im hohen Alter körper-



Es gibt viele Möglichkeiten des Muskeltrainings. Wichtig ist, dass die gewählte Methode auf die individuellen funktionellen und kognitiven Fähigkeiten alter Menschen abgestimmt und nicht nur kraftbezogen ist.

liche Aktivitäten zum Erhalt der Muskelkraft und -funktionen beitragen. Sogar eine gewisse Zunahme an Muskelmasse kann durch ein altersgerechtes Muskeltraining wieder erzielt werden (Mechling 2014). Alle präventiven Maßnahmen, die auf die Erhaltung körperlicher und geistiger Aktivität im Alter abzielen und dem Verlust von Muskel- und Gehirnmasse entgegenwirken, sind äußerst wichtig. Das gilt auch für erkrankte Seniorinnen und Senioren, um eine Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinauszögern zu können. Selbst bei Menschen mit Demenz können Bewegungsaktivitäten das Nachlassen der Muskelkraft aufhalten und ihre motorischen Fähigkeiten fördern. In der stationären wie in der

¹ Der Begriff Sarkopenie leitet sich aus dem Griechischen ab: sarx = Fleisch und penia = Mangel oder Verlust.

häuslichen Altenpflege sollten daher alle multiprofessionellen Präventions- und Therapiemöglichkeiten von beeinflussbaren Risikofaktoren für eine altersassoziierte Sarkopenie eingesetzt werden, um die Lebensqualität von demenziell erkrankten Menschen zu erhalten und zu verbessern. Dazu gehört auch, dass pflegende Angehörige und vertraute Bezugspersonen für die Bedeutsamkeit einer Sarkopenieprävention sensibilisiert werden.

2. Sarkopenie in Komorbidität mit Demenz

Die Pathogenese der altersassoziierten Sarkopenie ist ein Zusammenspiel von mehreren Faktoren. Neben dem physiologischen Alterungsprozess mit zellulären Umbauvorgängen der Muskelfasern und Motoneuronen spielen die Abnahme anaboler Stimuli und die Zunahme kataboler Einflüsse sowie hormonelle Veränderungen wie beispielsweise die Abnahme des Testosteronspiegels und eine verminderte Sekretion von Wachstumshormonen eine Rolle. Ebenso tragen eine reduzierte Proteinsynthese und ein vermehrter Proteinabbau zur Abnahme der Muskelmasse bei. Weitere Ursachen für den Muskelabbau sind inflammatorische Faktoren, wie sie sich grundsätzlich im Alterungsprozess mit einem leichten Anstieg von wachstumshemmenden sogenannten proinflammatorischen Zytokinen zeigen und zudem durch chronisch entzündliche Erkrankungen wie zum Beispiel rheumatoide Arthritis unterstützt werden. Nicht zuletzt verstärken eine verringerte bzw. ausbleibende körperliche Aktivität sowie eine unzureichende Versorgung mit Makro- und Mikronährstoffen, insbesondere mit Eiweiß über die Ernährung, Symptome und Ausprägung der Sarkopenie (Bauer et al. 2008).

Die Auswirkungen einer Sarkopenie sind je nach Stadium der Erkrankung für Betroffene mit massiven Ein-

schränkungen ihrer funktionsmotorischen und damit ihrer emotionalen und sozialen Kompetenzen verbunden. Wenn mit zunehmender Muskelschwäche die Kräfte immer schneller erschöpft sind, das Gehen schwer fällt, der Gang unsicher wird und die normalen Aufgaben des täglichen Lebens nicht mehr bewältigt werden können, verlieren alte Menschen mehr und mehr an Lebenslust, -willen und -mut, ziehen sich aus dem sozialen Leben zurück, werden inaktiv und einsam. Das alles schwächt das Immunsystem, macht anfällig für weitere Erkrankungen und beschleunigt sowohl den Alterungsprozess als auch den Verlauf vorbestehender Erkrankungen. Steht Sarkopenie in Komorbidität mit Demenz, so bauen sich im frühen Demenzstadium bedingt durch die nachlassenden körperlichen Aktivitäten die kognitiven Fähigkeiten schneller ab. Entsteht Sarkopenie im mittleren Stadium einer Demenz, schreitet der Verlust an Muskelkraft und -funktionalität schneller voran. In ihren fortgeschrittenen Stadien verstärken sich beide Erkrankungen gegenseitig.

Die Diagnose wird nach international festgelegten Kriterien ermittelt. Auf funktioneller Ebene werden die Gehgeschwindigkeit und die Muskelkraft der Hand gemessen. Ein „gesundes“ Geh-Tempo sollte auch bei Menschen, die über 65 Jahre alt sind, über 0,8 Meter pro Sekunde liegen. Eine „gesunde“ Griffstärke bei über 65-jährigen Männern sollte nicht weniger als 30 Kilogramm und bei Frauen nicht weniger als 20 Kilogramm betragen. Auf struktureller Ebene kann der Umfang des Oberarms oder des Unterschenkels Hinweise auf die Muskelmasse geben. Ein Wert unter 31 Zentimeter an der dicksten Stelle des Unterschenkels lässt den Verdacht auf Sarkopenie zu. Das Körpergewicht sowie der Body-Mass-Index (BMI) geben keine Auskunft über die Muskeldichte. Sarkopenie kann bei normalem und erhöhtem Körpergewicht bzw. BMI vorkommen; an Stelle fehlender Muskelfasern kann



Für ein sicheres Gehen am Rollator sollten die Handmuskeln kräftig „zupacken“ können.

sich Fettgewebe anlagern. Die Muskeldichte kann aber ähnlich wie die Knochendichte durch bildgebende Verfahren gemessen werden, zum Beispiel durch DEXA²-Verfahren, womit sich ein genaueres Bild über die individuelle Zusammensetzung von Fett- und Muskelgewebe darstellen lässt. Ein weiteres wichtiges Diagnosekriterium ist die Abgrenzung von interagierenden geriatrischen Syndromen wie eine beginnende Altersdemenz, Kachexie³ und Frailty⁴ (Bauer et al. 2008).

Prävention und Therapie der Sarkopenie setzen an den beeinflussbaren Risikofaktoren an und zielen darauf ab, die Folgen für die betroffenen Menschen zu vermeiden bzw. zu minimieren. Dabei stehen Bewegung, Muskeltraining und eine eiweißreiche Nahrungszufuhr an erster Stelle und müssen miteinander kombiniert werden. Denn ohne Muskeltraining kann das Eiweiß nicht in das Muskelgewebe eingebaut werden, und ohne ausreichendes Eiweiß kann kein Muskelaufbau erfolgen. Der Eiweißbedarf ist bei älteren Menschen erhöht, auch deswegen, weil die im Alter erhöhte

² DEXA = Dual Energy X-ray Absorptiometry

³ Kachexie im Alter ist definiert als progressiver Gewichtsverlust infolge von akuten und/oder chronischen (Tumor-, Nieren-, Herz-) Erkrankungen.

⁴ Frailty umschreibt die Gebrechlichkeit bzw. die chronisch herabgesetzte Belastbarkeit im Alter.

Entzündungsaktivität und akute wie chronische Erkrankungen die Eiweißreserven angreifen. Während bei jüngeren gesunden Menschen der Tagesbedarf bei 0,8 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht liegt, brauchen alte und hochbetagte Menschen 1 bis 1,2 (1,5) Gramm Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht am Tag. Für die Proteinsynthese im Muskel ist auch Vitamin D notwendig. Da aber im Alter die Vitamin-D-Aufnahme durch Sonnenlicht über die Haut eingeschränkt ist, ist eine tägliche medikamentöse Verabreichung angezeigt. Um die Muskulatur zu erhalten bzw. wieder aufzubauen wird ein auf die Betroffenen individuell abgestimmtes Krafttraining zwei- bis dreimal pro Woche für jeweils zehn bis 15 Minuten empfohlen. Um einen effektiven Muskelzuwachs zu erreichen, sollte eine proteinreiche Mahlzeit zeitnah nach dem Training eingenommen werden. Wichtig ist auch, dass zwischen den Trainingseinheiten mindestens ein Tag pausiert wird. Doch Krafttraining allein genügt nicht. Das Training muss ebenfalls die Beweglichkeit, die Koordination und das Gleichgewicht (re)aktivieren, um die Ausdauer, die Reaktionsfähigkeit und die Gangsicherheit zu verbessern und damit das Sturzrisiko zu verringern. Um bei Patienten mit Erkrankungen, die mit hoher Entzündungsaktivität einhergehen, die Entwicklung einer Sarkopenie zu verhindern oder aufzuhalten, muss der Risikofaktor Entzündung durch eine Basistherapie wie beispielsweise bei rheumatoider Arthritis optimal behandelt werden (Gromnica-Ihle 2016).

Im Allgemeinen ist Sarkopenie in den frühen Stadien präventiv wie therapeutisch gut beeinflussbar und in der Geriatrie durch multiprofessionell konzipierte, aufeinander abgestimmte und sich ergänzende Aktivierungsmaßnahmen praktisch realisierbar. Dabei spielt die Berücksichtigung des individuellen funktionellen und kognitiven Status der Betroffenen eine ebenso wichtige Rolle wie die Aufklä-



Ergotherapeutisches Üben von alltagsmotorischen Fertigkeiten kann bei Anlegen von Gewichtsmanschetten an die Unterarme auch als Krafttraining angeboten werden.

rung und Beratung pflegender Angehöriger.

Gute Praktiken zur Aktivierung dementer Menschen verfolgen in erster Linie das präventive Ziel, alltagspraktische Kompetenzen und die Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange zu erhalten, bzw. das therapeutische Ziel, bestmögliche Lebensqualität wieder herzustellen. Damit Ernährungs- und Bewegungsprogramme wirksam eingesetzt werden können, muss neben der Einschätzung noch vorhandener sensomotorischer und kommunikativer Fähigkeiten der Seniorinnen und Senioren auch ein besonders einfühlsamer und vertrauensvoller Zugang zu ihnen gefunden werden. Tagesrituale und -rhythmen, Essgewohnheiten, Vorlieben für bestimmte Speisen und Aktivitäten wie Spaziergehen, Tanzen, Singen, Malen, sogar Kochen, Backen oder Putzen bieten dafür hilfreiche Motivationsansätze. Angehörige und/oder vertraute Bezugspersonen können dazu nützliche Hinweise aus der Biografie der alten Menschen geben.

3. Multiprofessionelle Interventionen

In Bezug auf den Risikofaktor Mangelernährung und die damit verbundene

Abnahme des Körpergewichts zeigt sich das dringende Erfordernis einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Untersuchungen ergaben, dass fast die Hälfte der Pflegebedürftigen in der stationären wie in der häuslichen Langzeitpflege mangelernährt ist.⁵ Ursachen und Folgen unzureichender Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme können vielfältig sein und müssen erfasst werden. Bei dementen Menschen können körperliche und kognitive Beeinträchtigungen Gründe für eine Mangelernährung sein, die sich unter Umständen schon lange vor der Diagnose Demenz und der Pflegebedürftigkeit zu entwickeln begonnen hat, zum Beispiel:

- keine Möglichkeiten, sich Nahrungsmittel selbst zu besorgen oder einzukaufen
- keine Lust mehr, sich die Mahlzeiten selbst zuzubereiten, keine Lust mehr auf Kochen und Backen
- kein Appetit ohne soziale Teilhabe

⁵ Die Problematik der Mangelernährung wurde auf dem 7. Gemeinsamen Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) „Prävention und Pflege“ am 22. Juni 2015 in Berlin vorgestellt und diskutiert, siehe Kongressdokumentation unter www.bvprävention.de

- freud- und genussloses Essen während depressiver Episoden
- vernachlässigte Zahngesundheit und Mundhygiene
- bei Funktionsstörungen der Hand- und Armmotorik kann das Essen nicht erreicht oder mit dem Messer nicht zerkleinert, das Besteck nicht gehalten werden
- bei Wahrnehmungsstörungen wird der Sinn des Essens nicht mehr verstanden, Hunger und Durst werden nicht mehr wahrgenommen
- Schluckstörungen, häufiges Verschlucken, Angst sich zu verschlucken
- Geschmacksveränderungen und Appetitstörungen durch Medikamente
- Ablehnung unbekannter/fremder Tisch- und Esskultur im Seniorenheim

Alle mit der internistischen, ernährungs- und zahnmedizinischen Versorgung, mit der Pflege und der psychosozialen Betreuung von Demenzerkrankten befassten Professionen sollten sich gut miteinander vernetzen und sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege gesundheitsförderliche Bedingungen schaffen, die individualisierte Interventionen zur Aktivierung und Förderung des selbständigen Essverhaltens ermöglichen, zum Beispiel:

- ergotherapeutische Aktivierung der Finger-, Hand- und Armgeschicklichkeit, um sich das Essen selbst auf den Teller zu tun, sich ein Brot zu belegen, um Essbesteck einzusetzen, das Trinkgefäß selbst zum Mund zu führen
- häusliche, familiäre Tisch- und Esssituationen anbieten, Demenzerkrankte beteiligen sich am Tischdecken, Essen wird in Schüsseln oder auf Platten serviert, gemeinsam ein Tischgebet oder einen -spruch sprechen, sich gegenseitig guten Appetit wünschen
- appetitanregendes Anrichten der Mahlzeiten mit Farbkontrasten

(buntes Gemüse, farbiges Geschirr)

- Erinnerungen an Wohlgerüche aus der Küche beim Kochen und Backen wecken, duftende Gewürze wie Bohnenkraut, Kümmel, Nelken oder Zimt zum Schnuppern und Riechen anbieten
- gutes, liebevolles Zureden, Ermutigung durch Pflegepersonal und Angehörige
- logopädische Förderung der Mundmotorik

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Aktivierungsmaßnahmen zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme und des selbständigen Essverhaltens für demente Menschen effektiv dazu beitragen, die Entwicklung einer Sarkopenie zu verzögern oder aufzuhalten.

4. Das Potenzial kreativer Ergotherapie

Eine durch Ergotherapie lebensqualitätsbezogene Aktivierung kognitiver, körperlicher und alltagspraktischer Kompetenzen bedeutet für Demenzerkrankte auch Sarkopenieprophylaxe. Denn die klassischen Methoden eines Muskelaufbautrainings sind für Menschen mit Demenz nicht immer die geeigneten Verfahren. Wenngleich für alte und hochaltrige Menschen speziell konzipierte Muskeltrainingsprogramme wie PATRAS⁶ und NADiA⁷ als Modellprojekte nachhaltige Effek-

⁶ Paderborner Trainingsprogramm für Senioren. Ein Konzept zur Verbesserung von Ernährung und Bewegung im Alter der Universität Paderborn, vorgestellt von Prof. Helmut Hesecker auf dem Kongress „Prävention und Pflege“ am 22. Juni 2015 in Berlin, siehe Kongressdokumentation.

⁷ Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz und ihre Angehörige – Ein Projekt von „fit für 100“ – Bewegungsangebote für Hochaltrige des Gesundheitsministeriums in NRW, vorgestellt von Prof. Heinz Mechling auf dem Kongress „Prävention und Pflege“ am 22. Juni 2015 in Berlin, siehe Kongressdokumentation.

te auf den Erhalt und die Verbesserung von Muskelmasse und Muskelkraft zeigen konnten, lassen sich solche Trainingssysteme in den institutionalisierten Betreuungs- und Pflegestrukturen kaum realisieren, weniger aus organisatorischen als aus personellen, finanziellen Gründen.

Die Ergotherapie verfügt über vielseitige Methoden und Praktiken, die sich auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz einstellen lassen und mit denen ein Zugang zu ihrer Erlebniswelt gefunden werden kann. Bewegung ist der Schlüssel zu dieser Welt und zugleich das Medium der körperlichen wie auch der kognitiven Aktivierung und der Kommunikation. Während sich im frühen Stadium der Demenz zeitliche und räumliche Orientierung, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, emotionale Kontrolle, soziales Verhalten und Motivation verändern, sind sensomotorische Funktionen, das Bewusstsein und das sogenannte „Leibgedächtnis“ oder implizierte Gedächtnis (Eisenburger & Zak 2013) zunächst nicht eingeschränkt. Diese körperlich – besser gesagt leibseelisch – geprägten und gespeicherten Erfahrungen und Erlebnisse gilt es als Ressource zu nutzen und für das Menschsein und den Lebensalltag mit Demenz zu fördern. Alle ergotherapeutischen Interventionen sollten daher einen biografiebezogenen, psychomotorischen Ansatz haben. Der Aufbau einer guten Beziehungsebene, die Herstellung einer ruhigen, freundlichen Arbeitsatmosphäre sowie interessierte, aufmerksame, liebevolle Zuwendung gehören zu den wichtigsten Umgangs- und Vermittlungspraktiken.

5. Kognitive Stimulierung durch Bewegung

Die noch vorhandenen kognitiven Leistungen dementer Menschen können durch Bewegungsspiele,

Sitztänze, Singspiele, Koordinationsübungen mit geeigneten Materialien und Kleingeräten wie Luftballons, Chiffontücher, Papprollen, Tennisringe, Noppenbälle und kleine Rhythmikinstrumente trainiert werden. Chiffontücher können geworfen und erfolgreich wieder gefangen werden. Luftballons, vor allem übergroße, lassen sich treffsicher mit den Füßen kicken. Melodien und Texte von Volksliedern und alten Schlagern, die die Seniorinnen und Senioren aus ihrer Jugend- und jungen Erwachsenenzeit kennen und noch jede Strophe mitsingen können, eignen sich sehr gut, mit angeleiteten Bewegungsabläufen Sinn und Inhalt des Lieds auszudrücken. Das belebt die Erinnerungen an „gute alte Zeiten“, setzt Impulse, sich je nach Rhythmus und Takt nach eigenen Ideen zu bewegen (klatschen, schunkeln, winken, mit den Füßen wippen oder stampfen) und regt nicht zuletzt gruppenspezifische Prozesse an. Alle diese Stimuli haben eine positive Auswirkung auf die Sensorik, besonders auf die Gleichgewichtsreaktionen. Gerontopsychologische Studien bestätigen, dass ein bewegungsorientiertes Gehirntaining bezüglich Aufmerksamkeit, Konzentration, Kombinieren, Beobachten, Orientieren, Anpassen, Wahrnehmen und Reagieren effektiver ist als ohne motorische Aufgabenstellungen (Battellini 2013).

6. Malen ist Haltung in Bewegung

Malen mit bunten Farben ist für Menschen mit Demenz, die dafür zugänglich sind, zunächst sinnliches Erleben und haptisches Erfahren. Nach einfachen Vorgaben (z. B. die eigene Hand nachzeichnen und dann ausmalen) oder nach ergotherapeutischer Anleitung und Führung (z. B. Sommerblumen malen) kreieren sie etwas, sie erleben, wie sich ihr Werk entwickelt, sie sehen einen Sinn in dem, was sie tun und sind stolz auf sich, noch etwas „machen“ zu können. Anerkennung und Lob ihres Werks von Anderen stärken ihr Selbstwertgefühl (Wetzel 2013). Diese auf der Gefühlsebene positiven Erlebnisse wirken sich fördernd auf die Körperhaltung und die Bewegung aus. Neben der kreativ-künstlerischen Aktivität ist Malen auch eine körperliche Aktivität, die beim Pinselhalten und -führen, beim Tupfen und Wischen der Farben den Händen und Fingern feinmotorisches Geschick abverlangt. Zudem ist die Haltemuskulatur des Rückens gefordert, sonst wären geschickt koordinierte Bewegungen mit Fingern, Händen und Armen nicht möglich. – Teigmischen oder -kneten ist eine von vielen Alternativen zum Malen, kann ebenso sinnlich erlebt werden und braucht auf der motorischen Ebene Muskeleinsatz.



Spazieren, Gehen, Walken an der frischen Luft, alles was gefällt und gut tut, fördert das Wohlbefinden und die Lebensqualität betagter Menschen.

7. Bewegungsdrang als Training

Viele Demenzerkrankte fallen durch einen erhöhten Bewegungsdrang auf. Sie gehen die Stationsgänge unermüdlich auf und ab und wollen dabei ungerne unterbrochen werden. Für Betroffene ist das Gehen eine sinnvolle Betätigung, vermutlich weil sie sich dabei selbst spüren können. Motorisch betrachtet ist Gehen ein gutes Training für die Beinmuskeln. Daher sollte Gelegenheit geschaffen und genutzt wer-

den, Gehen als Training zu gestalten. Unter ergotherapeutischer Anleitung und Begleitung kann das Spazierengehen in der freien, wenn möglich leicht hügeligen Natur sein. Treppensteigen, Gehen zu Marschmusik, Begehen von ausgewählten Parcours oder ein Rollator-Training (Kopelsky 01/02/2013) setzen stärkere Reize auf die Muskulatur, die diese für den Erhalt und Aufbau von Muskelmasse braucht. Andere von Bewegungsdrang Betroffene räumen gern Schränke ein und aus. Auch solche Bewegungsaktivitäten lassen sich für ein Training nutzen. Gegenstände, zum Beispiel Wäschestücke, Stofffiguren, Kunststoffgeschirr, die ein- und ausgeräumt werden, können vom Material her unterschiedlich sein, müssen aber leicht und bruchfest sein. Damit auch hierbei hinsichtlich des Erhalts von Muskelmasse und -kraft ein ausreichender Belastungsreiz auf die Muskeln ausgeübt wird, können Gewichtsmanschetten an die Unterarme angelegt werden. Freie Hanteln dagegen könnten unkontrolliert aus der Hand fallen und deswegen die Üben- und andere Personen gefährden.

8. Schlussempfehlung

Für demente Menschen ist grundsätzlich jede Form von körperlicher Aktivität, jede noch so kleine Bewegung wertvoll für den leibseelischen Organismus und für dessen senso-neuro-muskulä-

res Zusammenspiel. Jedes psychomotorischbasierte Aktivierungsangebot, das die Gefühlswelt jedes Einzelnen respektiert, trägt zur Lebensqualität bei und wirkt daher einer Sarkopenie entgegen. Auf der Gefühlsebene bekommen Menschen mit Demenz mit, ob sie für sich etwas Sinnvolles tun oder einfach nur beschäftigt werden.

Literatur:

Battellini, S. (2013): Ganzheitliches Gehirntraining (GGT) für Senioren – Begründung, Konzeption und Praxis. In: motorik – Zeitschrift für Psychomotorik in Entwicklung Bildung und Gesundheit, Heft 2. München: Ernst Reinhardt.

Bauer, J. M. et al. (2008): Malnutrition, Sarkopenie und Kachexie im Alter – Von der Pathophysiologie zur Therapie. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Ausgabe 133. Stuttgart: Georg Thieme.

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), Hrsg. (2015): Prävention und Pflege – Kongressdokumentation. Bonn.

Eisenburger, M. & Zak, T. (2013): „Ein Lächeln und ein wacher Blick ...“ – Psychomotorische Förderung für Menschen mit Demenz. In: praxis ergotherapie, Ausgabe 6. Dortmund: verlag modernes lernen.

Gromnica-Ihle, E.: Wenn die Kraft im Alter nachlässt, Kongressbericht, <https://www.rheuma.liga.de/sarkopenie/> (Zugriff am 14. Februar 2016).

Kopelsky, C. M. (2014): Der Tanz mit dem Rollator – Tanzvergügen trotz eingeschränkter Mobilität. In: sportivo sen.

Fachzeitschrift für Trainer und Übungsleiter im Seniorensport, Ausgabe 01. Celle: Pohl.

Kopelsky, C. M. (2014): Der Rollator: Mobilität auf zwei Füßen und vier Rädern – Vom sinnvollen Einsatz und sicheren Gebrauch einer fahrbaren Gehhilfe. In: sportivo sen. Fachzeitschrift für Trainer und Übungsleiter im Seniorensport, Ausgabe 03. Celle: Pohl.

Mechling, H. (2014): „fit für 100“ – Prävention: Eine Herausforderung in unserer Zeit, Schriftenreihe der Senioren-Union der CDU NRW, Ausgabe Nr. 17.

Wetzel, R. (2013): Malen – ein Lichtblick im Alltag demenzkranker Menschen. In: praxis ergotherapie, Ausgabe 5. Dortmund: verlag modernes lernen.

Die Autorin:



Cornelia M. Kopelsky
Freie Fachjournalistin und -autorin
Feckweilerbruch 28
55765 Birkenfeld / Nahe
www.CMKopelsky.de

Stichwörter:

- Sarkopenie
- Demenz
- Bewegung
- Ernährung