

fit für 100

Förderung der Mobilität und Selbstständigkeit für Hochaltrige



- Praxisleitfaden zur Einrichtung von Bewegungsangeboten für alle Bereiche der Altenhilfe

EINLEITUNG

Grußworte



Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Das Alter umfasst heute eine bedeutend längere Lebenszeit als noch vor einigen Jahrzehnten. Entsprechend nimmt die Zahl der hochaltrigen Menschen in unserem Lande zu, gleichzeitig wächst die Zahl der Pflegebedürftigen. Deshalb spricht vieles dafür, die Fitness und damit Lebensqualität alter Menschen möglichst lange zu erhalten.

Zur Zielsetzung von Altenhilfeeinrichtungen gehört es deshalb auch, hochaltrige Menschen in ihrer Mobilität und selbstständigen Bewegung zu unterstützen – im Wissen um die zentrale Bedeutung dieser Aspekte für die Alltagskompetenz und das Wohlbefinden alter Menschen. Deshalb sind gezielte Bewegungsförderung und Sturzprophylaxe aus allen Bereichen der Altenhilfe nicht mehr wegzudenken und Bestandteil des Präventionskonzepts der Landesregierung für den Gesundheitsbereich.

Diese wichtigen Maßnahmen nimmt auch das Projekt „fit für 100“ in Angriff und hat praktikable sowie effiziente Trainingsmaßnahmen für hochaltrige Menschen entwickelt. Im Vordergrund steht dabei die Verbesserung der Kraft und des Gleichgewichts. Die Erfahrungen des Projekts zeigen, dass ein ausgesuchtes Bewegungstraining Sturzgefahren verringern kann und dass es sich lohnt, mit präventiver Bewegungsförderung vor der Pflegeabhängigkeit anzusetzen und diese hinauszuzögern oder zu begleiten.

Hier wollen wir gezielt helfen. Deshalb unterstützt das Land Nordrhein-Westfalen das Projekt „fit für 100“ auch jetzt, da es um seine flächendeckende Umsetzung geht.

Mit diesem Leitfaden wollen wir unterschiedliche Altenhilfeeinrichtungen in ihrer wichtigen Aufgabe unterstützen und sie zur Übernahme des „fit für 100“-Bewegungsangebotes ermutigen. Allen Einrichtungen, die diese Herausforderung annehmen und sich auf den Weg zu einer gezielten Bewegungsförderung begeben, wünsche ich dazu viel Erfolg.

Karl-Josef Laumann



Dr. Uta Renn, Vorsitzende der Landesseniorenvertretung NRW e. V.

In der Art und Weise wie ein Mensch sein Alter lebt – leben kann, wird seine Lebenslage, sein Lebensstil, sein gesundheitliches Vermögen und vieles mehr, kurzum: seine Lebensqualität widergespiegelt. Ob gerade das hohe Alter zur Bürde wird, hat viel mit eben dieser Lebensqualität zu tun, die in weiten Teilen abhängig ist von Selbstständigkeit und Mobilität.

Die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen fördert die aktive Teilhabe alter Menschen an der Gesellschaft. Künftig wird es dabei immer stärker um die Ausschöpfung präventiver Potenziale des hohen Alters gehen.

Vor diesem Hintergrund hat die LSV NRW das Projekt „fit für 100“ von Beginn an unterstützt und sich für dessen öffentliche Förderung eingesetzt. Wir tragen Ansinnen und Ziel des Modellprojekts „fit für 100“ in besonderem Maße mit, denn die zahlreichen positiven Wirkungen von Bewegung – auch im hohen Alter – sind unbestreitbar. Körperliche Aktivität ist einer der bedeutendsten Fak-

toren und von jedem selbst mehr oder weniger beeinflussbar. Sie dient dem Erhalt der Kraft, der Beweglichkeit und Koordination. Zudem hat körperliche Aktivität positive Auswirkungen auf die Lebensqualität insgesamt.

Das Projekt „fit für 100“ hat - schwerpunktmäßig in Altenhilfeeinrichtungen - beeindruckend begonnen. Menschen, die reich an Jahren, aber arm an Bewegungsmöglichkeiten waren, wurden durch gezielte Kraftförderung erfolgreich trainiert. Dieser mutmachende Anfang muss nun weitergeführt werden, wenn auch andere Gruppen alter Menschen an den Erfolgen präventiver Angebote teilhaben sollen. Genau das wünschen wir uns. Besonders wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang die wohnortnahe Installation solcher Angebote, etwa im Bereich alternativer Wohnkonzepte für alte Menschen.

Mit „fit für 100“ haben engagierte Menschen einen guten Weg beschritten, der gemeinsam weiterführt – in ein Alter mit möglichst vielen gelebten Potenzialen.

Dr. Uta Renn



Dr. Annemarie Schraps, Präsidiumsmitglied des LandesSportBundes NRW

Körperliche und geistige Aktivität sind die wichtigsten Voraussetzungen, um möglichst lange selbstständig bleiben zu können. Bei hochaltrigen Menschen treten jedoch im Vergleich zu jüngeren Seniorinnen und Senioren aus vielerlei Gründen Probleme in der Alltagsbewältigung auf. Körperliche Aktivitäten werden mehr und mehr eingeschränkt, die Sturzrate steigt beträchtlich. Bereits heute sind ca. 800.000 Menschen in NRW, selbstständig im eigenen Haushalt lebende sowie von Pflege abhängige, über achtzig Jahre alt und entsprechen dieser Zielgruppe.

Die demografische Entwicklung stärker ins allgemeine und in das Bewusstsein des Sports zu rufen sowie Wege zu beschreiten, die sich für die Mobilisierung von Kraft und Gleichgewicht anbieten, ist das Ziel des Projekts „fit für 100“. Da dies auch den Zielen des LSB-NRW entspricht, sind wir als Kooperationspartner im Projekt engagiert und bemühen uns, die Vernetzung zum organisierten Sport herzustellen und Bewegungsangebote für Hochaltrige in den Vereinen aufzubauen.

Wer sich im Rahmen von Altenhilfeeinrichtungen mit hochaltrigen Menschen beschäftigt, braucht Informationen darüber, wie ein Angebot von Bewegungsmöglichkeiten beschaffen sein muss und wie es in der jeweiligen Einrichtung in die Praxis umgesetzt werden kann. Die im Modellprojekt erprobten Umsetzungsbeispiele können hier ein wichtiger Erfahrungsbaustein sein.

Die Modellprojektgruppen haben erfolgreich gezeigt, dass eine gezielte Förderung Mobilität (zurück-)bringen kann und das Wohlbefinden erhöht. So gewinnt Bewegungsförderung auch für die Ältesten an Bedeutung. Die Altersgruppe der über 80-Jährigen verdient in diesem vielschichtigen und differenzierten Handlungsfeld zunehmende Aufmerksamkeit. Insgesamt sind die Interessen der Älteren vielfältiger geworden, ihre Wünsche und Erwartungen an den vierten Lebensabschnitt werden in Zukunft steigen. Hier liegt die Chance zu einer verstärkten Profilbildung auch der Sportvereine, die der Landessportbund unterstützen wird.

Dr. Annemarie Schraps

VORWORT



Prof. Dr. Heinz Mechling, Direktor des Instituts für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln

Wohl ein jeder denkt darüber nach, wie sich das eigene Leben im hohen Alter gestaltet. In diesem Zusammenhang beschäftigt Viele vor allem die Vorstellung der Lebensführung bei wachsender

der Hilfsbedürftigkeit und Immobilität. Manch einer belässt es bei Gedankenspielen, weil diese Zukunft weit entfernt scheint. In Einrichtungen der Altenhilfe Tätige haben indes täglich Menschen vor Augen, deren Leben sich an der Schwelle zur Hochaltrigkeit grundlegend verändert (hat).

Körperliche Aktivität und gezielte Bewegung leisten nachweislich einen positiven Beitrag zur Förderung der Lebensqualität, der Mobilität und Selbstständigkeit älterer und hochaltriger Menschen. Die Ergebnisse vieler Einzelstudien belegen, dass sich der Einsatz auch bei bereits eingetretenen Einbußen lohnt, insbesondere im Hinblick auf die Alltagsbewältigung.

Präventive Maßnahmen sind wichtig im jüngeren Seniorenalter. Im hohen Alter werden sie um so notwendiger.

Die über 80-Jährigen gehören der am schnellsten wachsenden Altersgruppe in NRW und Deutschland an. Gleichzeitig sind sie bewegungsbezogen eine vernachlässigte Zielgruppe. In unterschiedlichen Einrichtungen der Altenhilfe sind die derzeit praktizierten Bewegungsangebote vielfach noch nicht hinreichend darauf ausgerichtet, dem Abbau der Kraft- und der Gleichgewichtsfähigkeiten entgegenzuwirken. Noch immer scheint es sowohl für die Zielgruppe als auch für Initiatoren und Leitende einer Bewegungsgruppe ungewöhnlich, eine Empfehlung zur Durchführung eines Krafttrainings für Hochaltrige zu bekommen. Doch auch und gerade im hohen Alter heißt **Bewegung** Leben, sodass

Mobilität – das Schlüsselwort für die Lebensqualität des älteren Menschen

gezielt fördernde Bewegungsangebote die Altersgruppe der über 80-Jährigen nicht mehr ausschließen dürfen. Dieser Leitfaden soll helfen, die Chancen gezielter Bewegungsangebote zu erkennen und zu nutzen.

Der Leitgedanke des Projekts „fit für 100“ besteht darin, ei-

nen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität und der Sicherheit hochaltriger und/oder dementer Frauen und Männer zu leisten. In diesem Zusammenhang soll in erster Linie die Alltagsbewältigung verbessert werden.

Nur eine gezielte Förderung kann dabei helfen, Stürze zu verringern und Selbstwertgefühl sowie Wohlbefinden zu steigern. Die Inhalte des Bewegungsprogramms „fit für 100“ werden in Kapitel 3 ausführlich beschrieben. Möglichkeiten einer erfolgreichen Umsetzung des „fit für 100“-Bewegungsprogramms werden am Beispiel der Modellstandorte geschildert.

Lassen sich durch ein Training auch nicht alle Defizite des Alters kompensieren, so doch vor allem die wichtigen Bereiche der Muskelkraft und der Bewältigung koordinativer Anforderungen.

Der Leitfaden ermuntert darüber hinaus zu neuem Engagement. Er richtet sich an die Leitung stationärer, teil-

stationärer sowie ambulanter Altenhilfeeinrichtungen, an Mediziner, Pflegedienstleitungen und Leitungen der sozialen Dienste sowie deren soziale, wirtschaftliche und private Partner. In ihrem Interesse liegt die bestmögliche Förderung alter Menschen, aber auch die Verantwortung, ungünstigen Alterserscheinungen ihrer Bewohner und Patienten möglichst durch Prävention entgegenzutreten.

Sie wollen das Programm „fit für 100“ in Ihrer Einrichtung einsetzen? Mit der Beantwortung der folgenden Fragen wollen wir Ihnen die ersten Schritte erleichtern und die Umsetzung ermöglichen:

- Wie bringe ich „fit für 100“ in meine Einrichtung?
- Wie komme ich an die entsprechenden Informationen?
- Wie schaffe ich das bei engen finanziellen Ressourcen, mit einem knappen Personalschlüssel?

Wir legen hilfreiche Anleitungen zum Aufbau von Bewegungsgruppen vor. Diese sind ebenso für selbstständige Hochbetagte im Schwellenbereich zur Pflegebedürftigkeit anwendbar wie auch für ambulant, teil- und vollstationär betreute Menschen.

Prof. Dr. Heinz Mechling

INHALTSVERZEICHNIS

2	EINLEITUNG
2	Grußworte
4	Vorwort
6	Projektzusammenfassung
7	HOCHALTRIGKEIT UND BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN NRW UND DEUTSCHLAND
7	Welche Lebensspanne bezeichnet man als hohes Alter?
8	Veränderungen der Altersstruktur in NRW – eine alternde Gesellschaft
10	Anstieg der Pflegebedürftigkeit und Krankheitskosten in NRW
12	Zunahme der Demenzerkrankungen
13	Welche Bedeutung kommt der Bewegungsförderung im Alter zu?
14	Bewegungsförderung in Altenhilfeeinrichtungen
15	DAS KONZEPT „FIT FÜR 100“ UND SEINE PRAKTISCHE UMSETZUNG
16	Was genau wird bei „fit für 100“ gemacht?
17	Teilnahme für Demenzerkrankte
18	„fit für 100“ aus verschiedenen Blickwinkeln – Vorstellung der Bewegungsgruppen in den Modelleinrichtungen
28	PROJEKTERGEBNISSE UND ERFAHRUNGEN
28	Projektergebnisse – Empirische Daten aus dem Projekt
37	Subjektive Empfindungen der Teilnehmenden
39	Erfahrungen
40	Herausforderungen und ihre Bewältigung
42	Implementierung der Modellgruppen – Überführung in organisatorische und finanzielle Selbstständigkeit
43	EINRICHTUNG EINER „FIT FÜR 100“-GRUPPE
43	Kontaktaufnahme mit dem „fit für 100“-Team
43	Entwurf des Zeit- und Kostenrahmens, Organisation
44	Finden einer Gruppenleitung
45	Arbeitsmittel und Materialien
46	Raumplanung und Notfallausrüstung
47	Anzahl und Auswahl der Teilnehmer
48	Werbung für die Teilnahme am „fit für 100“-Bewegungsangebot
49	QUALITÄTSMANAGEMENT „FIT FÜR 100“
49	„fit für 100“-Schulungen
49	Zielgruppen der Schulung
50	Fachliche Beratung und wissenschaftliche Absicherung
50	Netzwerk „fit für 100“
50	DANK
51	QUELENNACHWEISE
51	IMPRESSUM

PROJEKTZUSAMMENFASSUNG

Das Projekt „fit für 100“ wird finanziell vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) unterstützt. Die Deutsche Sporthochschule Köln führt das Projekt am „Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie“ unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Heinz Mechling aus. Mitinitiatoren und Kooperationspartner sind die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen und der LandesSportBund Nordrhein-Westfalen.

Das Projekt „fit für 100“ hat sowohl aktuelle Ergebnisse aus Befragungen zur Praxis der Bewegungsförderung in Altenhilfeeinrichtungen als auch die sich verändernde Bevölkerungsstruktur Nordrhein-Westfalens berücksichtigt und sich zur Aufgabe gemacht, ein gezieltes Bewegungsprogramm zur Kraft- und Gleichgewichtsförderung sowie zur Sturzprophylaxe hochaltriger Menschen zu entwickeln. Für die sehr heterogene Zielgruppe der Hochaltrigen werden Möglichkeiten aufgezeigt, durch Koordinations- und kräftigende Übungen die Muskelleistungen in den Hauptmuskelgruppen und damit die Alltagsfunktionen zu verbessern. Dies trägt zu erhöhtem Sicherheitsempfinden und anknüpfend zur Lebensqualität bei.

Organisation

Im Juni 2005 startete das Projekt mit einer Fragebogenaktion bei 189 Einrichtungen der Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen. Das Ergebnis war ein aktueller Überblick über das Vorhandensein und den Einsatz von Bewegungsangeboten für Hochaltrige in Nordrhein-Westfalen, verbunden mit Informationen zu den organisatorischen und strukturellen (räumlich-zeitlichen) Voraussetzungen. Aus diesen Einrichtungen wurde anhand festgelegter Kriterien eine Auswahl von 18 Einrichtungen getroffen, aus denen wiederum die neun Modellstandorte ausgewählt wurden.

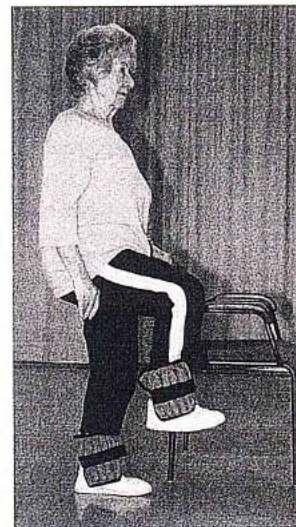
Wissenschaftliche Begleitung und praktische Umsetzung

Im November 2005 ging die erste von neun „fit für 100“-finanzierten Bewegungsgruppen an den Start. Es folgten sukzessive weitere Gruppen, verteilt über sieben Standorte in NRW. Die Teilnehmerzahl beträgt zehn bis zwölf Personen. Gruppen mit ausschließlich demenzerkrankten Menschen bestehen aus fünf bis sieben Personen. Der Kreis der Teilnehmer wurde zum Teil von den Einrichtungen zusammengestellt. Es sollten nach Möglichkeit Personen mit erhöhtem Bedarf, z. B. aufgrund von Sturzgefährdung, ausgewählt werden. Gäste aus der Tagespflege wurden von den Mitar-

beitern des sozialen Dienstes angesprochen. Im ambulanten Bereich wurden die potenziellen Teilnehmer von einer Seniorenberaterin eingeladen.

Vor Beginn des Trainingsprogramms wurden der motorische und kognitive Status der Teilnehmenden festgestellt. Zwischentests erfolgten alle 16 Wochen. Nach einem Jahr Laufzeit wurde die Abschlusstestung durchgeführt, und die Implementierung (organisatorische und finanzielle Eigenständigkeit) aller Bewegungsgruppen wurde angestrebt und umgesetzt. Bis zur Überleitung zu finanzieller und organisatorischer Eigenständigkeit wurden die Gruppen aus

Projektmitteln finanziert und durch geschulte Sportübungsleiter sowie einer Mitarbeiterin des Hauses angeleitet.



Die Prüfung und Bewertung motorischer Leistungen, ihrer Fortschritte, der Stagnation oder Stabilisierung stellte ein wichtiges methodisches Instrument nicht nur für die Evaluation des Projekts dar, sondern bot letztlich den hochaltrigen Menschen selbst wichtige Anhaltspunkte und trug zur Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten bei. Den Übungsleitern verschafften die Prüfverfahren die Möglichkeit,

die Belastungsbereiche der Teilnehmenden zu kontrollieren, Änderungen zu dokumentieren und entsprechend den Einsatz von Organisations- und Belastungsanforderungen zu gestalten.

Die Testergebnisse über die gesamte Projektlaufzeit bestätigen, dass sich in allen getesteten motorischen Eigenschaften (Kraft, Beweglichkeit, sensomotorische Koordination) die Teilnehmer durchweg verbessert haben. Bei den Standardtestverfahren zur Bestimmung der Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index und IADL) sind die Werte stabil geblieben. Auch der mentale Status (MMST) ist über den Messzeitraum beständig geblieben. Ausführliche Testergebnisse anhand von Einzelbeispielen werden im Kapitel „Projektergebnisse“ dargestellt.

Alle im Jahr 2005 gestarteten „fit für 100“-Projektgruppen werden erfreulicherweise mit dem Projektende von den jeweiligen Einrichtungen selbstständig weitergeführt. Dies kann als eindeutiges Signal für die Effizienz und Praktikabilität des Bewegungsprogramms „fit für 100“ gewertet werden.

HOCHALTRIGKEIT UND BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN NRW UND DEUTSCHLAND

Bewegung spielt nicht nur eine Rolle in der frühen Entwicklung des Menschen. Vor allem im hohen Alter drücken sich durch das Maß der körperlichen Bewegung und der Mobilität eines Menschen seine Lebensqualität und Selbstständigkeit aus. Sie leisten darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der sozialen und kommunikativen Fähigkeiten.

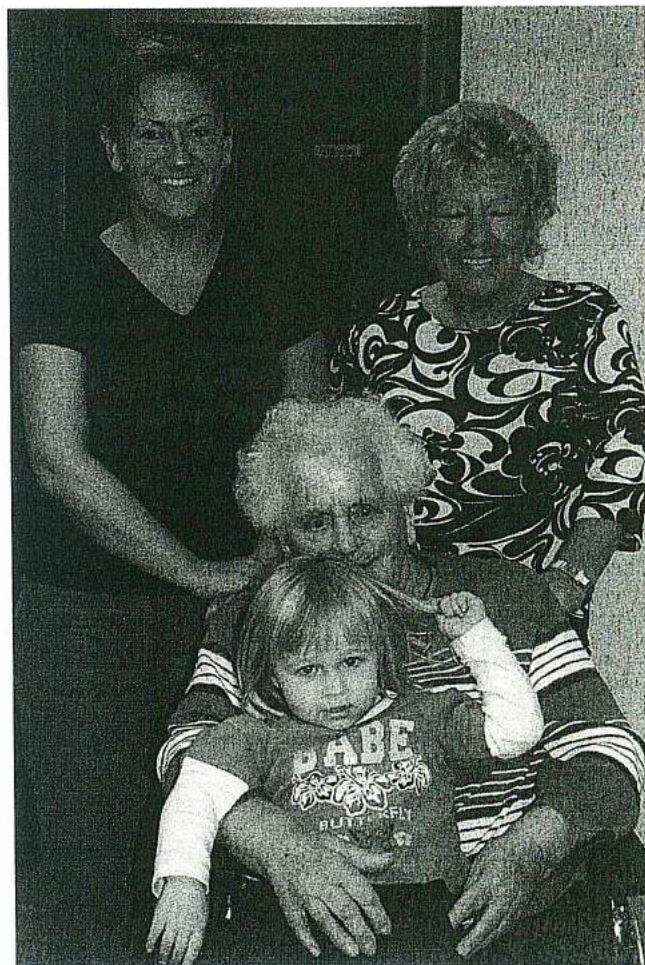
Alte Menschen wünschen sich übereinstimmend, möglichst lange gesund und selbstständig bleiben zu können. Zudem werden es immer mehr, die älter – und gesünder alt werden wollen, denn die demografische Entwicklung der wachsenden Lebenserwartung bei sinkender Geburtenzahl, die im letzten Jahrhundert begonnen hat, wird sich auch in der nahen Zukunft ungebrochen fortsetzen.

Immer mehr Menschen werden immer älter. Die Lebensphase des Altseins verlängert sich.

In diesem Zusammenhang soll nun nicht das allgemeine Schreckgespenst „alternde Gesellschaft“ heraufbeschworen werden. Hier erfolgt ein Beitrag zum sogenannten „erfolgreichen Altern“: Wie können auch Hochaltrige ihre vielfach vorhandenen Potenziale nutzen? Wie können sie sich darauf vorbereiten, möglichst lange unabhängig und uneinträchtig leben zu können? Wie können sie bei bereits vorhandenen Beeinträchtigungen neue Kraft gewinnen, vielleicht ein Stück Selbstständigkeit zurückerobern?

Welche Lebensspanne bezeichnet man als hohes Alter?

Allgemeine Altersdefinitionen, etwa der Weltgesundheitsorganisation WHO, zählen die über 80-Jährigen zur Altersgruppe der Hochaltrigen. In der Berliner Altersstudie spricht BALTES alternativ vom „vierten Lebensalter“ [2]. Im Folgenden bezeichnen wir die über 80-Jährigen als „Hochaltrige“.



Vier Generationen

„Der Zunahme der Generationen einer Familie, die gleichzeitig leben, steht eine Abnahme von Mehrgenerationen-Haushalten, aber auch von Zweigenerationen-Haushalten gegenüber.“ [1]



Veränderungen der Altersstruktur in NRW – eine alternde Gesellschaft

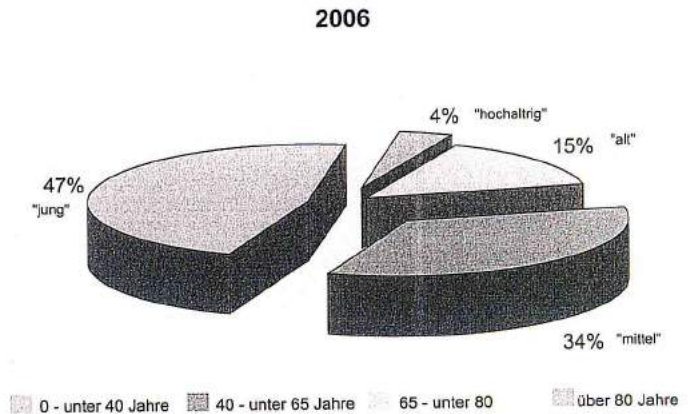


Nicht nur das kalendarische Alter zählt: Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr, Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg „Manch einer ist schon mit 55/60

ein ‚alter Alter‘, andere sind noch mit 90 ‚junge Alte‘. Das ‚functional age‘ ist ausschlaggebend, die Funktionsfähigkeit verschiedener körperlicher und seelischer Fähigkeiten.“

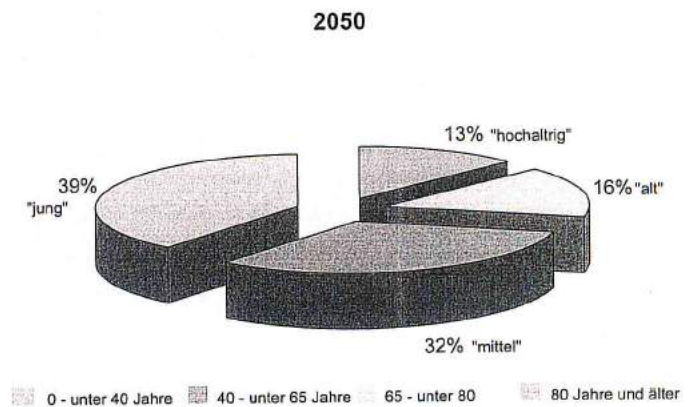
Prof. (em.) Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr, Bundesministerin a. D. [3]

Wie im gesamten Bundesgebiet steigt die Zahl der Menschen im höheren Alter auch in Nordrhein-Westfalen weiter an, während die Gruppe der Jüngeren immer kleiner wird.



Grafik: „fit für 100“.

Statt von einer „Halbierung“ der Bevölkerung in „jung“ (47 %) auf der einen Seite und „mittel, alt, sehr alt“ (gesamt 53 %) auf der anderen Seite, kann in Zukunft nahezu von einer „Drittteilung“ (jung – mittel – (sehr) alt) gesprochen werden.



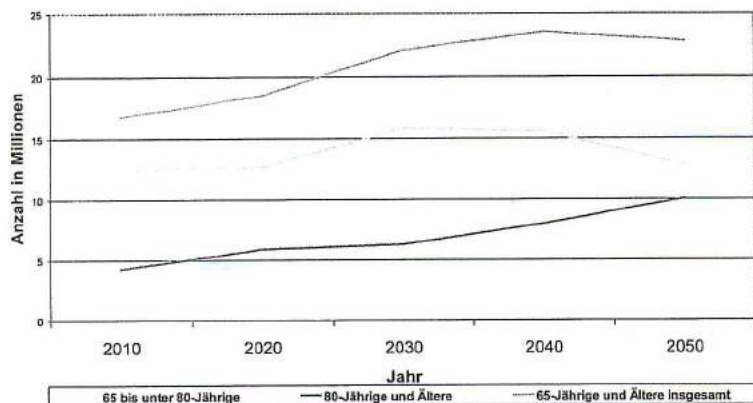
Grafik: „fit für 100“.

Waren im Jahr 2006 in NRW ca. 2,48 Mio. Menschen mindestens 65 Jahre alt, werden für das Jahr 2050 etwa 4,76 Mio. 65-Jährige und ältere Menschen prognostiziert. Ihre Anzahl verdoppelt sich demnach nahezu. Gleichzeitig schrumpft die derzeit noch größere Gruppe der unter 20-Jährigen von 3,78 Mio. auf ca. 2,64 Mio. im Jahr 2050.

Vor allem die Gruppe der Hochaltrigen (über 80 Jahre) wächst während der nächsten Jahrzehnte in NRW beständig und deutlich an. Von derzeit knapp 800.000 steigt sie auf 2,15 Mio. im Jahr 2050 an. Damit wird sie 13 % der Bevölkerung NRWs ausmachen [4].

Die folgende Abbildung veranschaulicht diese dramatische Verschiebung in Deutschland.

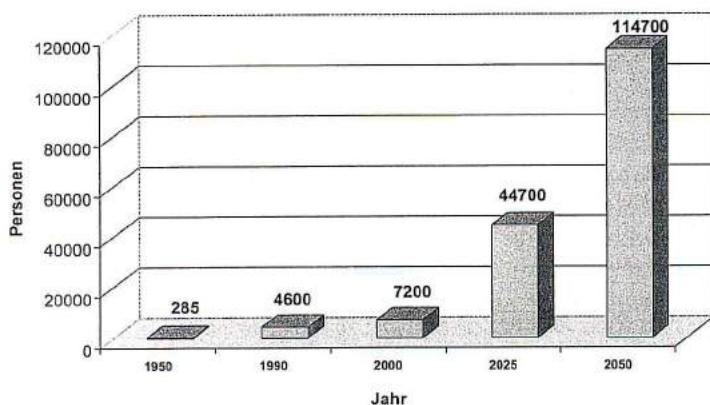
Anzahl der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2006), Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 6. Grafik: „fit für 100“.

Auch am Beispiel der Hundertjährigen in Deutschland lässt sich die Wachstumsrate der Ältesten in der Bevölkerung gut darlegen. Lebten zur letzten Jahrtausendwende in Deutschland rund 7000 Menschen über 100 Jahre, wird ihre Zahl auf 44.700 im Jahr 2025 und auf 114.700 im Jahr 2050 anwachsen [5].

Anzahl der Hunderjährigen in Deutschland



Grafik: „fit für 100“.



„Betrachtet man Personen am Ende des vierten Alters, die Hundertjährigen, findet man auch hier erhebliche Einschränkungen in den Ressourcen. Lediglich 12 Prozent sind aufgrund ihrer körperlichen

Konstitution zu einer selbstständigen Lebensführung imstande. Die kognitiven Ressourcen sind besser erhalten. 46 Prozent könnten selbstständig leben, wenn man die körperlichen Einschränkungen außer Acht lässt. Zusammen genommen sind nur 9 Prozent nicht versorgungsbedürftig. Erstaunlich ist aber, in welchem Ausmaß Hundertjährige sich positive psychische Elemente erhalten haben.“

Dr. Christoph Rott, Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg [6]

Anstieg der Pflegebedürftigkeit und Krankheitskosten in NRW

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko krank zu werden. Damit nimmt der Stellenwert der Funktionalität des Körpers und der Gesundheit zu.

Die demografische Entwicklung bringt es mit sich, dass auch die Zahl der Pflegebedürftigen stark und konstant ansteigen wird.

„In den letzten Jahrzehnten ist nicht nur die Lebenserwartung gestiegen, es wurde auch die Lebensqualität der älteren Menschen erheblich verbessert. Dazu haben Altersforschung – Gerontologie – und Sozialpolitik sowie medizinische, kulturelle und ökonomische Fortschritte beigetragen. Doch inzwischen, da immer mehr Menschen 90 bis 100 Jahre alt werden, treten die Grenzen dieser Entwicklung zu Tage: Neueste Erkenntnisse zeigen, dass das Älterwerden der Ältesten der Alten auch künftig nicht nur mit Würden, sondern mit erheblichen Bürden einhergehen könnte.“

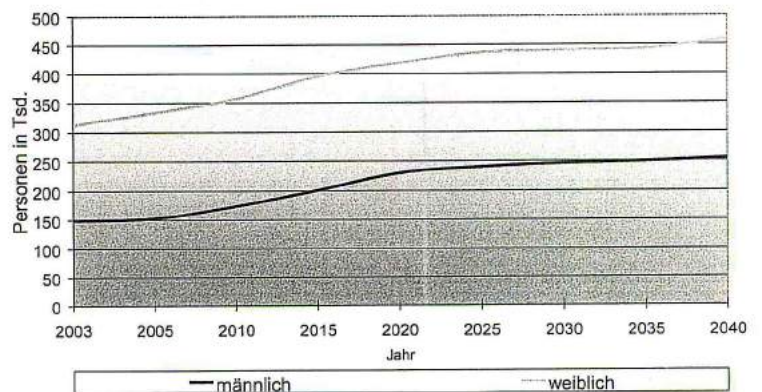
Prof. Dr. Dr. h. c. Paul B. Baltes [10]

Mit der Hochaltrigkeit steigen Hilfebedarf, Pflegequote oder Pflegewahrscheinlichkeit stark an. Das Risiko pflegebedürftig zu werden, liegt vor dem 60. Lebensjahr bei rund 0,6 %, im Alter von 60 bis 80 Jahre bei ca. 3,9 %. Ab dem 80. Lebensjahr wächst das Pflegerisiko auf 28,3 % an [7].

Auf Nordrhein-Westfalen, mit rund 18 Mio. Einwohnern (Stand: Dezember 2006) das bevölkerungsreichste Bundesland, entfällt im Ländervergleich mit Abstand die größte Anzahl Pflegebedürftiger. Zum Jahresende 2005 waren hier rund 460.000 Menschen pflegebedürftig.

Der größte Anteil der Pflegebedürftigen in NRW (161.500 ältere Menschen) fand sich 2005 in der Altersgruppe der 75-84-Jährigen. Rund 70.900 gehörten der Altersgruppe 85-90 Jahre an, 76.300 Pflegebedürftige in NRW waren 90 Jahre und älter [8].

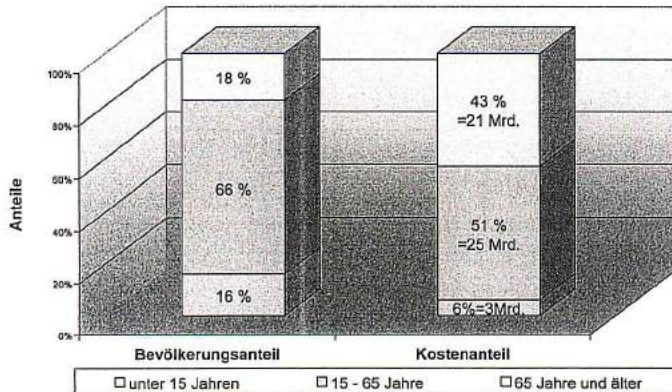
Pflegebedürftige von 2003 bis 2040 nach Geschlecht



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (2004), *Statistisches Jahrbuch NRW, Entwicklungen in NRW*, S. 13. Grafik: „fit für 100“.

Die Kosten für die Behandlung von Krankheiten steigen mit dem Alter ebenfalls an: So betragen die Krankheitskosten je Einwohner in Deutschland im Jahre 2004 für die Altersgruppe der 15- bis 65-Jährigen 1.980 Euro, für die Gruppe der 65- bis 85-Jährigen 5.950 Euro und für die über 85-Jährigen 14.750 Euro [9]. Differenziert nach Krankheitsklassen fallen vor allem die individuellen Kosten für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Krankheiten des Kreislaufsystems und psychische Störungen ins Gewicht. Sie machen etwa die Hälfte der Kosten (25 von 48,97 Mrd.) aus. In der Gruppe der Hochaltrigen steigen sie – vor allem bei den Frauen – besonders stark an.

Kosten nach Altersgruppen in NRW 2002



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD). Eine Einrichtung des MAGS NRW. *Krankheitskosten in NRW - Gesundheit in NRW, kurz und informativ*. S. 3. Grafik: „fit für 100“

Der Anteil der über 65-Jährigen betrug im Jahr 2002 in NRW 18 %. Dem war ein Kostenanteil von 43 % gegenübergestellt.

Bei einer Vielzahl von Krankheiten ist gezielte Bewegungsförderung mehr als zu befürworten. Vielfach wird sie sogar verordnet.

Für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems liegen die Kosten in NRW für Männer bei 2 Mrd. Euro (psychische Störungen 1,9 Mrd. Euro) und für Frauen bei 3,5 Mrd. Euro (psychische Störungen 3 Mrd. Euro) [11]. Selbst bei psychischen Störungen sind positive Effekte durch Bewegung nachgewiesen.

Leider wird das Potenzial der körperlichen Aktivität nicht immer genutzt. In die Eigenverantwortung genommen, sehen viele Ältere erst nach längerer Krankheit und Bettlägerigkeit ein, dass schwindende Muskelkraft mit deutlichen Einschränkungen im Alltag einhergeht. Krankengymnastische Therapien, Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen greifen für den sehr alten Menschen häufig zu kurz und bedürfen umso mehr der Anstrengung des Einzelnen selbst, wieder „auf die Beine“ zu kommen. Ferner dominieren vor allem stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, ambulante wohnortnahe Angebote fehlen weitgehend.

Muskelverlust durch Inaktivität

- ca. 25 % Verlust bei drei Wochen Bettlägerigkeit
- bis zu 40 % Verlust durch Inaktivität zwischen dem 30. und 80. Lebensjahr

Bewegung und Aktivität ist sinnvoll bei ...

- Herzkrankheiten
- arterieller Verschlusskrankheit
- Bluthochdruck
- Arthrose
- Rheuma
- Diabetes
- Lungenerkrankungen
- Nachbehandlung von Frakturen



„Im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik stehen wir vor großen Herausforderungen [...], die sich nur durch ein deutlich verstärktes Engagement in Prävention und Gesundheitsförderung bewältigen lassen.“

Karl-Josef Laumann, Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen [12]

Zunahme der Demenzerkrankungen

Ein zusätzlicher Kostenfaktor entsteht im Bereich der Demenzerkrankungen: Demenzielle Störungen, allen voran die Alzheimer Krankheit, betreffen den älteren Menschen und seine pflegenden Angehörigen. In Nordrhein-Westfalen leben derzeit mehr als 300.000 Menschen mit einer demenziellen Erkrankung [13].

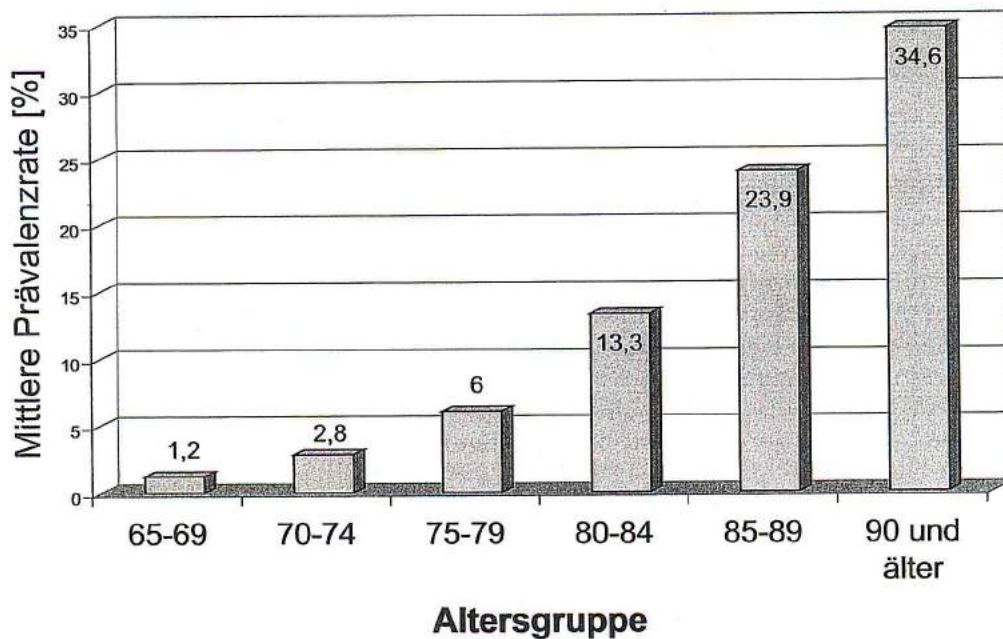
Die Anzahl an Demenzerkrankungen steigt mit zunehmendem Alter. Leiden von den über 65-Jährigen noch 5 % bis 6 % an einer Form von Demenz, so sind es bei den über 80-Jährigen bereits 13 % bis 23 %. Unter den 90-Jährigen und Älteren leiden an die 35 % an einer Demenzerkrankung. Hier entstehen die Kosten nicht in erster Linie bei der medizinischen Versorgung – diese sind nicht unerheblich, spielen aber im Vergleich zu den Kosten, die aus Betreuung und Pflege erwachsen, eine vergleichsweise unbedeutende Rolle [14].



„Rechnet man alle Aufwendungen zusammen, sind Demenzen vermutlich die mit Abstand teuerste Krankheitsgruppe des höheren Lebensalters. Die immensen Kosten entstehen vor allem durch den hohen Bedarf an Beaufsichtigung, Anleitung und Pflege. [...] Unter den ausgabenwirksamen Kosten dominieren die Aufwendungen für die Langzeitversorgung in Pflegeheimen.“

Dr. Horst Bickel, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München [15]

Häufigkeit von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter



Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2006) (Hrsg.) *Das Wichtigste 1 - Die Epidemiologie der Demenz*. S.1.
Grafik: „ft für 100“.

Welche Bedeutung kommt der Bewegungsförderung im Alter zu?

Bis ins hohe Alter hinein vermitteln körperliche Aktivität und sportliches Tun Freude, Spaß und Zufriedenheit. Über die wissenschaftlich fassbare körperliche und geistige Entwicklung in dieser Altersgruppe existiert bislang jedoch wenig gesichertes Wissen. Eines scheint allerdings klar: Nicht mehr alle Defizite sind durch ein Training kompensierbar, aber viele. Ergebnisse einzelner Studien zeigen, dass ein zielgerichtetes Training altersbedingte Veränderungen der Muskulatur, der Knochen und der Organfunktionen weiter verzögern kann, auch und vor allem bei Defiziten, die durch einen passiven Lebensstil hervorgerufen wurden.

Mit Bewohnern eines Altenheims wurde im Rahmen einer US-amerikanischen Studie in den neunziger Jahren erstmals hoch dosiertes Krafttraining durchgeführt. Die Muskelkraft der 80- bis 105-Jährigen stieg um 74 %. So konnte nachgewiesen werden, dass der Kraftabbau im Alter hauptsächlich auf fehlende Belastungsreize zurückzuführen ist. Auch typische Alterserscheinungen wie allgemeine Schwäche, Stürze und Schwindel aber auch osteoporosebedingte Knochenbrüche stehen im direkten Zusammenhang mit dem Muskelschwund des alten Menschen. [16]



„Zwischen den Alterungsprozessen und den Symptomen eines schlechten Trainingszustands lässt sich eine gewisse Parallelität feststellen.“

Univ.-Prof. mult. (em.) Dr. med. Dr. h. c. Wildor Hollmann, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin der Deutschen Sporthochschule Köln [17]

Im Alter bleibt jeweils diejenige Fertigkeit erhalten, die regelmäßig und unter bestimmten Bedingungen durchgeführt wird. Die Wiederholung und ein Mindesteinsatz an Kraft bestimmen dabei das Maß.

Es wird immer wichtiger, sich individuell und speziell auf das hohe Alter vorzubereiten. Dazu gehört auch das tägliche Maß an Bewegung.

Gezieltes Krafttraining wirkt dem altersbedingten Muskelabbau entgegen, fördert eine aufrechte Haltung und einen sicheren Gang, ökonomisiert das Herz-Kreislauf-System, reguliert Appetit, Verdauung und Schlaf, aktiviert die Gehirntätigkeit und verbessert die seelische Grundstimmung.



Der älteste aktive Artist der Welt, Konrad Thurano mit derzeit 97 Jahren im September 2006 in Köln beim X. internationalen EGREPA-Kongress

Doch bevor Trainingsempfehlungen ausgesprochen werden, muss die sehr heterogene Lebens- und Leistungssituation der Hochaltrigen differenziert betrachtet werden: Leben sie selbstständig zu Hause und meistern ihren Alltag ohne oder mit nur geringer Hilfe? In welchem Ausmaß sind sie multimorbid, gebrechlich oder leiden unter Funktionseinschränkungen? Auch die Krankheitsaspekte müssen kritisch geprüft werden: Objektiv steigt zwar die Krankheitsrate an, das subjektive Empfinden des Krankseins fällt im Alter jedoch weit geringer aus [18].

Ob gebrechlich oder krank, die unabhängige Lebensführung und Bewältigung des Alltags im hohen Alter hängt zu großen Teilen von den (verbliebenen) Möglichkeiten im Bewegungsverhalten ab. Generell kann mit Erreichen der Hochaltrigkeitsgrenze eine Rückläufigkeit vieler Aktivitäten und motorischer Fähigkeiten beobachtet werden [19]. Diese sind nur bedingt auf biologische Alterungsprozesse zurückzuführen. Vielmehr spielt die unzureichende Nutzung der Arbeitsmuskulatur (Bewegungsmangel) die größere Rolle. Zudem variieren – je nach Bildungshintergrund und Sportererfahrungen – die Motive der Älteren zur körperlichen Aktivität.

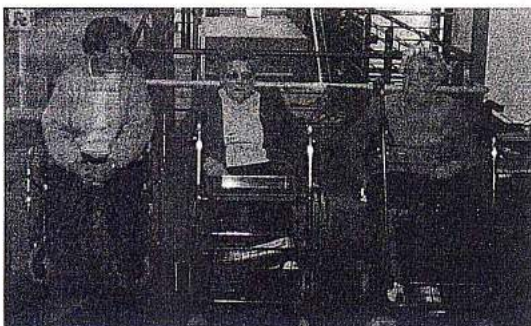
Bewegungsförderung in Altenhilfeeinrichtungen

Ein Heimeintritt resultiert meist aus Krankheit und/oder dem Abbau der allgemeinen Leistungsfähigkeit und bedeutet immer einen großen Einschnitt in das Leben eines alten Menschen. Mit dem Übergang in eine Betreuung geben viele Ältere selbstverantwortliches und vertrautes Handeln auf. Dies gilt vor allem für Bewegung und Beschäftigung.

Die demografische Entwicklung zusammen mit der hohen Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität bis ins hohe Alter machen neue und anders strukturierte Bewegungsangebote für hochaltrige Menschen dringend notwendig.



In einer „alternden“ Gesellschaft wird es möglicherweise immer mehr Menschen geben, die auf Anstöße von Angehörigen oder Betreuungspersonen angewiesen sind, weil sie ihr eigenes Motivations- und Aktivitätspotenzial verloren haben.



Ein Netz von Dienstleistungen, spezialisierte Pflege, ausgewogene Mahlzeiten, medizinische, soziale und psychische Betreuung helfen neben anderen Therapieformen und Bewegungsangeboten, dem alternden Menschen Schutz und Obhut zu bieten. Die genannten Lebensbedingungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen scheinen jedoch dazu beizutragen, vermehrt in Bewegungslosigkeit und Passivität abzugleiten. Viele Betroffene leben allein in ihren Zimmern und sehen sich immer seltener imstande, Kommunikation und ein soziales Miteinander zu pflegen und zu praktizieren. Falsch verstandene Hilfsbereitschaft und dadurch erlernte Hilflosigkeit, aber auch Zeitmangel bei Angehörigen und Pflegenden können die Entwicklung in weiter zunehmende Pflegebedürftigkeit lenken.

Pflege bedeutet auch bei sehr alten Menschen Erhalt der vorhandenen Anlagen.

Selbstständigkeit gehört jedoch zu den elementaren Grundbedürfnissen eines Menschen. Hier kommt einer gezielten Aktivierung ganz wesentliche Bedeutung zu, um weitere Abbauprozesse zu verlangsamen oder sogar aufzuhalten. In diesem Zusammenhang tragen vor allem Einrichtungen der Altenhilfe mit ihrer Angebotsstruktur zur Bewegungsförderung eine besondere Verantwortung für die Entwicklung und Unterstützung ihrer Bewohner.

Im Hinblick auf Bewegungsmöglichkeiten hat nahezu jede Einrichtung der Altenhilfe auf der Basis eigener praktischer Erfahrungen Angebote entwickelt, die sich in der täglichen Arbeit bewährt haben. So findet sich bereits ein breites Spektrum ideenreicher, jedoch eher unspezifischer praktischer Umsetzungsbeispiele zur Hockergymnastik, zum Sitztanz, zum Gehirnjogging oder anderen kreativen Spielformen mit vielfältigem Materialeinsatz. Zur gezielten Förderung von Alltagskompetenz, Kraft und Gleichgewichtsfähigkeiten für Hochbetagte gibt es bislang jedoch kaum Bewegungsangebote [20]. Vor allem den Demenzerkrankten fehlt es an Möglichkeiten gezielter Bewegung, ihren Betreuern und Bezugspflegerinnen an praxisorientierten Handlungsanweisungen.

Unter trainingswissenschaftlichem Aspekt erhält ein gezielt förderndes Bewegungsangebot sicherlich ein ganz neues Gesicht. Wie könnte ein solches Bewegungsangebot zur Förderung der Selbstständigkeit und Mobilität für hochaltrige Bewohner einer Altenhilfeeinrichtung aussehen?

Für hochaltrige Menschen müssen Bewegungsmöglichkeiten vor allem im Hinblick auf individuelle Belastbarkeit differenziert sein!

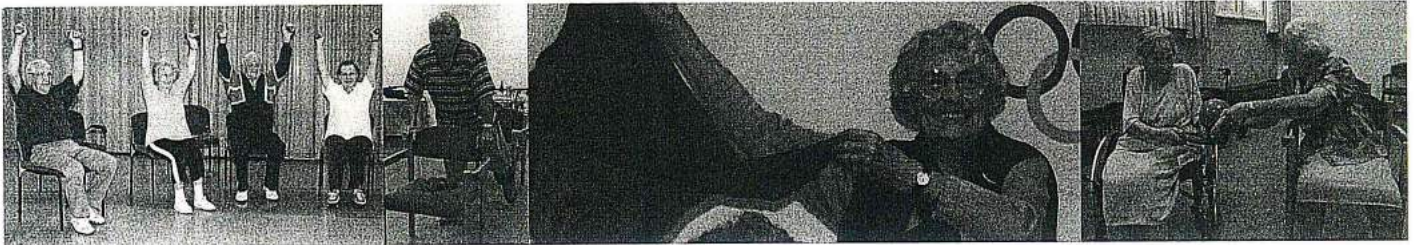
DAS KONZEPT „FIT FÜR 100“ UND SEINE PRAKTISCHE UMSETZUNG

Beschr.

Unter Zugrundelegung trainingswissenschaftlicher und geriatrischer Rahmenbedingungen wurde von Sportwissenschaftlern der Deutschen Sporthochschule Köln ein Bewegungsangebot für Hochaltrige zusammengestellt, das sich „fit für 100“ nennt.

Bei „fit für 100“ werden speziell für die Zielgruppe der Hochaltrigen funktionelle Kräftigungsübungen mit koordinativen Anforderungen gekoppelt. Kennzeichnende Lebensumstände und Krankheitsbilder finden Beachtung.

Das „fit für 100“-Programm beinhaltet neben einem Kanon an funktionellen Kräftigungsübungen auch Koordinationsübungen sowie Alternativübungen der Beinmuskulatur für Rollstuhlfahrer zum Trainieren und Üben. Diese wurden in ihrer Gesamtheit über einen Zeitraum von einem Jahr in Modellgruppen aus allen Bereichen der Altenhilfe (ambulant, teilstationär und stationär) erprobt. Das Programm hat sich in seiner Gesamtkonzeption als überaus praktikabel, sicher und effizient erwiesen. Das Konzept stützt sich ebenso auf den aktuellen sportwissenschaftlichen Forschungsstand wie auf das heutige Verständnis von Gerontologie und Gerontopsychiatrie.



Kennwerte eines kraft- und koordinationsfördernden Bewegungsprogramms für Hochaltrige

Schwerpunkte:	Zielstellung ist eindeutig definiert; Konzentration auf ein bis zwei Schwerpunkte aus dem Bereich Krafttraining, Balancetraining oder Training der Alltagskompetenz
Alltagsmotorik:	Übungen zum Krafterhalt zielen auf die Alltagsbewältigung
Übungsleitung:	fachkundige/geschulte Übungsleitung
Übungshäufigkeit:	Das Gruppentraining findet zwei Mal pro Woche statt. Zwischen den Übungstagen mindestens ein Tag Pause
Übungsdauer:	Dauer jeder Übungseinheit: 45 bis 60 Minuten
Übungsbelastung:	Mittlere Belastungsintensität (subjektiv individuelles Belastungsempfinden)
Gruppencharakteristik:	Die Zielgruppe muss nicht auf gleichem Leistungsniveau sein, doch sollten z.B. alle Teilnehmer zumindest stehen können oder aber dieselben Alternativübungen durchführen können
Regelmäßigkeit:	Teilnehmende kommen regelmäßig, damit Fortschritte erzielt bzw. Ressourcen erhalten bleiben können
Zusätzliche Betreuung:	Bei stark beeinträchtigten Teilnehmern und/oder demenziell Erkrankten zusätzliche Betreuung während der Gruppenstunde aus dem sozialen Dienst
Trinken:	Auf Einhaltung von Trinkpausen wird Wert gelegt

Was genau wird bei „fit für 100“ gemacht?

Die Übungen des Bewegungsprogramms „fit für 100“ werden in der Gruppe durchgeführt, sodass die Möglichkeit besteht, mehrere ältere Menschen gleichzeitig zu trainieren und zu betreuen. Ein Gruppentraining bietet neben einer kosten- und zeitsparenden Komponente jedem Einzelnen wertvolle Erfahrungsmöglichkeiten.

Aufgrund der positiven Wirkung des Bewegungsprogramms im Bereich der Stand- und Gehsicherheit, ist „fit für 100“ ein geeignetes Instrumentarium zur Sturzprophylaxe.



Für seine spezifischen Inhalte bietet das Team „fit für 100“ Schulungen an.



Alltagsbewegungen trainieren – an der Aufrichtung arbeiten

Vorteile des Krafttrainings Hochaltriger in der Gruppe

- Mit anderen Menschen in Kontakt kommen (vor allem bei verloren gegangenen Beziehungen), neue Netzwerke bilden
- Entfaltung von Freude an Aktivität und Zeitvertreib
- Erfahrung des Einzelnen als Teil einer Gemeinschaft, Hilfen annehmen und geben, Interesse am Leben anderer
- Relativierung des eigenen Älterwerdens (Probleme, Schwierigkeiten) durch Begegnung mit Altersgenossen
- Erwerb neuen Wissens, neuer Erfahrungen

Ausgehend von der Relevanz alltagestypischer Handlungen und Bewegungen, wurden bei den theoretischen Vorüberlegungen entsprechende Muskeln (Muskelgruppen) in einem Kräftigungsprogramm erfasst. Jede große Muskelgruppe wird im Training durch eine entsprechende Übung berücksichtigt.

Im Sinne eines Muskelaufbautrainings werden alle Kräftigungsübungen mit angepassten Handgewichten durchgeführt.

- Arme: Kleinhanteln bzw. Gewichtssäckchen von 250 g bis 2 kg
- Beine: variable Gewichtsmanschetten von 250 g bis 5 kg pro Manschette

Jede der zehn Übungen wird mit zehn Wiederholungen langsam und kontrolliert ausgeführt. Die Übungen werden mit beiden Armen oder beiden Beinen (z. B. Kniebeugen, Hacke-Zehenspitzenstand) gleichzeitig durchgeführt. Diejenigen Beinübungen, die nur mit einem Bein durchführbar sind (z. B. Training der Abduktoren beim seitlichen Beinheben), werden abwechselnd links und rechts (alternierend) trainiert, damit die Übungen für das Standbein nicht anstrengender werden als für das zu trainierende Bein.

Die Gewichtsbelastung erfolgt individuell nach subjektivem Belastungsempfinden und mit Rücksicht auf die jeweils vorhandenen Ressourcen der Teilnehmenden. Zwischen den einzelnen Übungen erfolgt eine einminütige aktive Pause. Der Trainingsumfang beträgt zwei Trainingseinheiten pro Woche mit ca. 60 Minuten Dauer.

Zur Einführung in das Programm werden zunächst nur wenige Übungen angeboten. In Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit und kognitiven Erreichbarkeit der Teilnehmenden kann das Programm schneller oder langsamer vervollständigt werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf vielfältigen Gleichgewichts- und Reaktionsübungen, ergänzt durch Spielformen und Aufgaben zur allgemeinen Aktivierung und Mobilisation.

Das Bewegungsprogramm „fit für 100“ ist keine zeitlich begrenzte Intervention zum Kraftaufbau, sondern ein dauerhaftes (auch ambulant praktizierbares) Angebot in Einrichtungen der Altenhilfe.

Die Übungen werden aus Sicherheitsgründen immer im Doppelstuhlkreis durchgeführt, wobei die Lehne des vorderen Stuhls dem Übenden Halt bei den Beinkraftübungen bietet, der hintere Stuhl bei Standunsicherheit Schutz gewährleistet. Ebenfalls werden auf dem hinteren Stuhl sitzend die Armkraftübungen ausgeführt. Die **Kräftigungsübungen** für die Beinmuskulatur erfolgen bewusst **im Stehen**. Auf diese Weise kann auch einer bestehenden Osteoporose entgegengewirkt werden, denn der Druck des Körpergewichts auf die großen Knochen regt den Knochenstoffwechsel an. Im Sinne der Sturzprävention wird parallel das Gleichgewicht geschult, wenn z.B. der Körperschwerpunkt – wie bei der leichten Kniebeuge – verlagert wird. Je nach Möglichkeiten der Teilnehmenden werden außerdem möglichst alle der **Koordinationsübungen im Stehen** durchgeführt. Arm- und Beinkraftübungen wechseln einander ab, sodass jeder Teilnehmende oft aufstehen muss und sich wieder hinsetzt. Hinter dem regelmäßigen Wechsel der Positionen steckt ein bewusst gesetzter Trainingsreiz, der allen im Alltag zugute kommt.

Selbstständig im Rollstuhl mobile Ältere profitieren von dem Angebot an Alternativübungen für die Beine.

Für viele praxiserfahrene Ältere bedeutet diese Vorgehensweise ein Abschied von der Hockergymnastik im herkömmlichen Sinne. Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass ein schneller Transfer zum Nutzen im Alltag erfolgt, auch wenn das Training als anstrengend empfunden wird. Mit dem Zutrauen in die eigenen Kräfte und Fähigkeiten wächst darüber hinaus das Aktionspotential der Teilnehmenden schnell. Bereits nach wenigen Wochen sind viele positive Auswirkungen deutlich spürbar.

Der positive Effekt eines in dieser Form strukturierten Bewegungsprogramms auf das Kraftniveau und die Alltagskompetenz eines alten Menschen wurde bereits mehrfach wissenschaftlich nachgewiesen [21].

Teilnahme für Demenzkranke

Auch im Bereich der Bewegungsförderung für Demenzerkrankte wurden im Rahmen dieses Projekts neue Erkenntnisse gewonnen: So lässt sich das Bewegungsprogramm „fit für 100“ trotz aller anfänglichen Bedenken auch mit dem Personenkreis der demenziell Erkrankten zwei Mal wöchentlich durchführen, denn sämtliche Übungen werden vom Übungsleiter stets demonstriert und begleitend durchgeführt. Gewohnte Bewegungen werden intensiviert und erhalten einen strukturierten Rahmen. Neben dem körperlichen Training wird bei „fit für 100“ auch der Geist aktiviert: Die Gruppenteilnehmer werden motiviert, ihre Übungswiederholungen laut mitzuzählen bzw. die folgende Übung schon einmal zu benennen und damit wiederzuerkennen – das fördert Konzentration und Aufmerksamkeit. Insbesondere demenzkranke Menschen freuen sich, wenn sie es auf diese Weise schaffen, z. B. bis zehn zu zählen, denn sie werden nicht beschämt oder frustriert. Eine geistige Aktivierung erfolgt mit dem Ziel der Nutzung – nicht der Verbesserung – dieser Fähigkeiten.

Zur Optimierung der Durchführung in den Trainingsstunden trägt eine helfende Person bei, die über das Training hinausgehenden Anforderungen (Toilettengänge, besondere Betreuung erblindeter oder schwerhöriger Personen) während der Stunde gerecht werden kann.



„fit für 100“ bietet ein realistisches, im Alltag von Altenhilfeeinrichtungen umsetzbares und an der Praxis orientiertes Training.



Körperliche Aktivität hilft, motorische Unruhe abzubauen.



In „fit für 100“-Bewegungsgruppen für Hochaltrige trainieren gebrechliche mit vitalen alten Menschen und Demenzerkrankten zusammen. Gegenseitige Unterstützung während der Stunde und Freude an der gemeinsamen Aktivität gehören zum Grundverständnis der „fit für 100“-Gruppen.

Positive Auswirkungen regelmäßiger und gezielter Bewegung im Alter

- altersbedingten Abbau verzögern
- Kraft neu aufbauen
- Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Konzentration schulen
- Stimmung aufhellen
- Ressourcen stärken
- Alltagskompetenzen erhalten
- Selbstständigkeit fördern
- Erfolgserlebnisse und Selbstbestätigung erfahren
- Wohlbefinden und individuelle Lebensqualität steigern

Voraussetzungen für die Teilnahme

Vor der Aufnahme des Kräftigungstrainings ist eine Unbedenklichkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes einzuholen. Diese wird in der Regel auch bei Multimorbidität ausgestellt. Voraussetzungen für die Teilnahme an dem Kräftigungsprogramm sind Stehfähigkeit und Gruppenfähigkeit einer Person. In geringer Teilnehmerzahl können „Nichtsteher“ (selbstständig mobil im Sitzen) das Programm durch Absolvieren von Alternativübungen für die Beine ebenfalls durchführen.

„fit für 100“ aus verschiedenen Blickwinkeln – Vorstellung der Bewegungsgruppen in den Modelleinrichtungen

Gruppe im ambulanten Altenhilfebereich	Seite
- Die Antoniter-Siedlungsgesellschaft in Köln-Ostheim	19
Gemischte Gruppen	
Bewohner aus dem betreuten Wohnen und der stationären Altenhilfe	
- Bruderschaft zu Unserer Lieben Frau in Goch	20
Bewohner aus der Tagespflege und der stationären Altenhilfe	
- St. Vinzenz-Haus in Köln-Brück	21
Gruppen in stationären Pflegeeinrichtungen	
- St. Ewaldi Altenheim in Dortmund	22
- Altenheim St. Elisabeth in Münster	23
- Altenzentrum Wiepeldoorn in Schloß Holte-Stukenbrock	24
- Alten- und Altenpflegeheim Marienheim in Nettetal	25
Gruppen in Pflegeeinrichtungen mit speziellen Konzepten für Menschen mit Demenz	
- Katharina-Luther-Haus in Gütersloh	26
- SBK – Zentrum für Senioren und Behinderte der Stadt Köln	27

Gruppe im ambulanten Altenhilfebereich: Die Antoniter-Siedlungsgesellschaft in Köln-Ostheim



Die Antoniter Siedlungsgesellschaft (ASG) ist ein Wirtschaftsunternehmen des sozialen Wohnungsbaus, an dem die Evangelische Kirche Köln und

Region zu 100 % beteiligt ist.

Die ASG wurde gegründet, um auch solche Menschen mit Wohnraum zu versorgen, die nur geringe Chancen haben, eine Bleibe über den normalen Wohnungsmarkt zu finden. Die Gesellschaft verfügt über 1.600 Sozial- und Seniorenwohnungen im gesamten Stadtgebiet. Schwerpunkt für die Zukunft wird insbesondere der Seniorenwohnungsbereich sein. Durch die demografische Entwicklung ist die Gesellschaft zurzeit dabei, weitere Dienstleistungen und Angebote zu erarbeiten, um für ältere Mitbürger die Möglichkeit zu schaffen, so lange wie möglich ihre eigene Wohnung zu bewohnen.



Pia Lödige, Übungsleiterin:

„Bei den Teilnehmerinnen dieser Gruppe spüre ich die Freude daran, gefordert zu werden. Als hätten sie darauf gewartet, zeigen zu dürfen, was alles noch in ihnen steckt. Das Selbstbewusstsein vieler Teilnehmerinnen ist enorm gestiegen. In Einzelgesprächen mit den Teilnehmerinnen nehme ich ganz deutlich Veränderungen wahr. Sie sind wacher, konzentrierter und selbstbewusst geworden. Der

Kommunikationsaspekt kann in dieser Gruppe durch die entdeckte Nachbarschaft - viele Teilnehmerinnen kannten sich zuvor nicht - besonders hervorgehoben werden. Die Teilnehmerinnen profitieren von der Stabilisierung individuell nützlicher Kompetenzen, wie z. B. die 88-jährige blinde Frau O. die sich durch ihr Kommen bewusst fit hält, um sich auch weiterhin möglichst lange an fremden Orten orientieren zu können. Andere Teilnehmerinnen haben großen Nutzen von der Wiedererlangung verloren geglaubter Fertigkeiten.“



Die „fit für 100“-Gruppe der Antoniter Siedlungsgesellschaft

In einem eigens für Gruppentreffen zur Verfügung stehenden Raum trainieren zehn sehr selbstständige 71-89 Jahre alte Mitbürgerinnen des Ortsteils Köln-Ostheim. Schnell haben sie den direkt erfahrbaren Nutzen der Bewegungsarbeit für sich erkannt und zeigen sich nach wie vor (die Gruppe besteht seit November 2005!) als besonders motiviert.



Erfahrungsbericht einer Teilnehmerin (Cäcilie Scherf, 78 Jahre, aus Köln):

„Meine Hüftoperation war im September 2005. Zwei Wochen Krankenhaus, anschließend drei Wochen Reha. Wieder zu Hause, zwölf vom Hausarzt verschriebene Krankengymnastik-Stunden. Das war

es dann von Seiten der Krankenkasse und des Arztes. Ich war noch sehr schwach, konnte mich nicht bücken, konnte meine Strümpfe und Schuhe nicht alleine anziehen. Aus den oberen Schrankfächern konnte ich nichts herausnehmen. Ich war auf fremde Hilfe angewiesen.

Dann erzählte mir die Seniorenberaterin Frau Thol von den Vorbereitungen zum Projekt „fit für 100“. Ich begriff sofort, dass das für mich nur gut sein konnte. Von der ersten Stunde an im November 2005 nahm ich teil. Ich kannte keine von meinen Mitstreiterinnen, wir waren uns alle fremd. Dies änderte sich sehr schnell Dank der einfühlsamen Art unserer Übungsleiterin. Heute sind wir alle befreundet. Die ersten Übungsstunden waren für mich sehr gewöhnungsbedürftig. Ich hatte noch nie mit Hanteln etwas gemacht. Meine Beine bekam ich nicht hoch, und wie steif ich war, musste ich bei fast allen Übungen erfahren. Aber ich stellte von Woche zu Woche fest: „Oh, ich kann dies ja doch.“ Nach einigen Monaten klappten sämtliche Übungen und meine Gewichte wurden erhöht. Im Haushalt kam ich wieder an meine Schränke, Schuhe und Strümpfe waren kein Problem mehr. Heute kann ich mich auch schon wieder bücken – noch mit Anstrengung, aber es wird.

Außer den körperlichen Fortschritten fühle ich mich psychisch wohler. Wir sind eine fröhliche Gruppe, die viel lacht und, das ist mir wichtig, ohne falschen Ehrgeiz ist. Klappt etwas nicht, wird man getröstet und bekommt erklärt, dass es bei anderen Teilnehmern auch schon einmal nicht geht. Minderwertigkeitskomplexe und Überanstrengungen gibt es bei uns nicht.

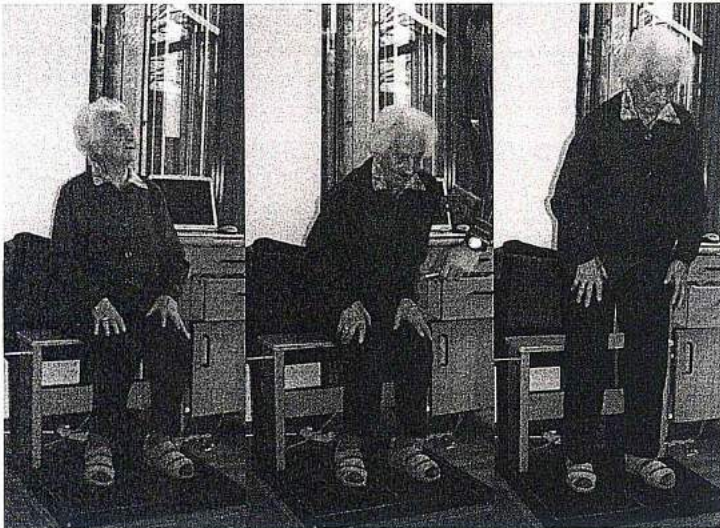
Unsere Gruppe ist fast familiär. Zusammenfassend kann ich sagen, dass ich ohne „fit für 100“ nie auf die Idee gekommen wäre, mit Hanteln und Fußgelenk-Manschetten zu trainieren. Es verbessert meine Gelenkigkeit und Kraft und bekommt mir ausgezeichnet. Ich mache auf jeden Fall weiter, es macht mir Spaß und tut mir gut.“

Gemischte Gruppen: Bewohner aus dem betreuten Wohnen und der stationären Altenhilfe: Bruderschaft zu Unserer Lieben Frau in Goch



Die „Bruderschaft zu Unserer Lieben Frau“ ist nachweislich seit dem 15. Jahrhundert in der Stadt Goch in der Altenpflege tätig. Sie unterhält sechs verschiedene, zum Teil historische Häuser im Zentrum der Stadt. In diesen werden, je nach Wunsch, sehr unterschiedliche Betreuungsmodelle angeboten.

Wohnungen in unterschiedlicher Größe bieten ein selbstständiges Leben, wobei eine Betreuung jederzeit in Anspruch genommen werden kann. Das Altenheim bietet in den Apartments mit eigener Nasszelle eine optimale Versorgung für alle Pflegestufen. Die Bewohner und Mieter der Einrichtung werden von allen Mitarbeitern als Persönlichkeiten mit individueller Biografie und mit eigenem sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund verstanden und wahrgenommen. Das Angebot ist so ausgerichtet, dass alle Bewohner möglichst ihren persönlichen Lebensstil beibehalten können.



Die „fit für 100“-Gruppe der „Bruderschaft zu Unserer Lieben Frau“

Das Bewegungsangebot für stationäre Bewohner und Gäste aus dem ambulanten Bereich wird für 15 Männer und Frauen im wintergartenähnlichen Speisesaal, der auch als Gemeinschaftsraum genutzt wird, durchgeführt. Mit der ältesten und nahezu blinden Projektteilnehmerin (101 Jahre!) in ihrer Gruppe sowie zwei weiteren voll erblindeten Personen hat Übungsleiterin Carla Schilder keine leichte Aufgabe zu bewältigen. Dabei fällt der Altersunterschied von 29 Jahren zwischen der jüngsten und der ältesten Teilnehmerin nicht so sehr ins Gewicht. Auch hier haben alle schnell erkannt, dass Kraftsteigerung im Alter möglich und sinnvoll ist.



Carla Schilder beschreibt am Beispiel von Frau D. die Wirkungen des Bewegungstrainings „fit für 100“:

„Die 84 jährige Frau D. ist seit März 2006 Teilnehmerin beim Projekt „fit für 100“. Bei den ersten Testungen war sie nicht in der Lage, alleine vom Stuhl aufzustehen; Herr Nieder musste sie unterstützen. Motiviert

hat sie jedoch sehr regelmäßig an den Übungsstunden teilgenommen und war in der ganzen Zeit höchstens dreimal nicht dabei. Auch an trainingsfreien Tagen trainiert sie selbstständig in ihrer Wohnung. Im Oktober 2006 berichtete Frau D. stolz vom Besuch einer Nichte, die sie ein Vierteljahr nicht gesehen hatte, und deren Anerkennung, wie sicher und zügig die Tante sich doch in ihrer Wohnung bewege! Seit Dezember kann sich Frau D. wieder von einem Armlehnstuhl hoch drücken und nahezu ohne Abstützen um den Stuhl herumgehen. Seit einigen Wochen bemerke ich ebenfalls, dass der Gang am Rollator kein Schlurfschritt mehr ist, sondern sich zu sicheren Schritten gewandelt hat. Nun ist ihr Ehrgeiz geweckt, neuerdings will Frau D. sogar mehr Gewicht für die Armhanteln. Frau D ist nun sehr froh und motiviert, denn sie hatte sich selbst das Ziel gesetzt, wieder alleine von einem Stuhl aufstehen zu können. Seit etwa 2 Monaten bewältigen übrigens sämtliche Teilnehmer die 10 „Dips“*. Zu Anfang schaffte niemand die Dips und hatte arge Probleme bei der Durchführung!

Eine besonders schöne Erfahrung war die Kontaktaufnahme der stationären mit den teilstationär betreuten Teilnehmern. Sie ergänzen sich und helfen sich gegenseitig. Einige fitte Teilnehmer sind mir in den Übungsstunden richtige „Assistenten“!

* mit Dips ist die Übung „Hochdrücken aus einem Armlehnstuhl“ gemeint.

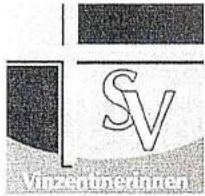


Christa Prinz-Böll, Mitarbeiterin der Einrichtung:

„Einige Teilnehmer wohnen wegen ihrer starken Behinderung im „Betreuten Wohnen“. Sie wollen noch lange selbstständig bleiben, um dort weiterhin wohnen zu können. Durch die eigenen vorteilhaften Veränderungen wie sicherer Stand oder Gang haben sie erkannt, dass

Krafttraining im Alter möglich ist und sie ihrem Ziel näher bringt.“

Bewohner aus der Tagespflege und der stationären Altenhilfe: St. Vinzenz-Haus in Köln-Brück



Das Alten- und Pflegeheim St. Vinzenzhaus bietet 90 Bewohnerinnen und Bewohnern ein Zuhause, pflegerische Unterstützung und soziale Betreuung.

Die Tagespflege St. Vinzenzhaus ist ein Angebot für Menschen, die ihren Tag nicht alleine verbringen wollen oder können, weil z. B. Angehörige berufstätig

sind. Sie verbringen den Tag in Gemeinschaft und werden mit unterschiedlichsten Angeboten unterhalten und angeregt. Zielsetzung beider Einrichtungen ist es, den Bewohnern bzw. Gästen umfassende individuelle Begleitung und Betreuung anzubieten.

Sie werden als Persönlichkeiten mit individuellem Lebensweg und eigenem kulturellen, sozialen und religiösen Hintergrund gesehen.

Das christliche Verständnis der Menschenwürde ist Basis der täglichen Arbeit.

Die „fit für 100“-Gruppe im St. Vinzenz-Haus:

Im November 2005 startete die „fit für 100“-Gruppe im großen Gemeinschaftsraum der Einrichtung mit zwölf Teilnehmern, davon sechs Gäste aus der Tagespflege. Für die Organisation arbeiten die Mitarbeiterin der Tagespflege Claudia Vonier (Foto mitte) und die Mitarbeiterinnen der Altenpflege Andrea Rottmann (Foto re.) sowie Silke Fingerhut (Foto li.) Hand in Hand. Die Teilnehmer der Bewegungsgruppe sind im Durchschnitt 80,7 Jahre alt. Die Bewohner des Altenheims sind geistig sehr rege und benötigten – zumindest zur Einführung des Bewegungsangebots – einen Rollator oder Rollstuhl. Die Teilnehmer der Tagespflege sind gut zu Fuß, dafür teilweise dement.



Ulrike Kraus, Übungsleiterin:

„Die Vorteile einer „gemischten“ Gruppe (Bewohner des Altenheims plus Gäste aus der Tagespflege) liegen auf der Hand: Es kommen genügend Teilnehmer für eine Gruppe zusammen, die Teilnehmer kommen mit neuen Menschen in Kontakt. In dieser Gruppe bereitere z. B. der spätere

Wechsel einer Teilnehmerin aus der Tagespflege ins Altenheim keine Komplikationen. Die Dame konnte weiterhin am bekannten Bewegungsangebot teilnehmen, was auch positiv für die Kontinuität in der Betreuung der Bewohnerin war. Alle haben schnell Fortschritte gemacht und mit ihrer Begeisterung für das immer gleiche Programm meine eigene Skepsis beseitigt. Leider war mir keine Diagnose der Teilnehmenden bekannt und so hatte ich z.B. eine Teilnehmerin als dement eingeschätzt. Sie hat mich eines besseren belehrt und mich immer wieder mit ihren Kenntnissen überrascht. Warum eine andere Dame nur sehr leise sprechen konnte, habe ich bis zum Projektende nicht in Erfahrung bringen können. Der eiserne Wille dieser zarten und gebrechlichen Person hat selbst die Mitarbeiter des Hauses in Erstaunen versetzt. Auf die Idee, dass sie sich aus eigener Kraft aufstellen und hinsetzen könnte, war bis dahin niemand gekommen.“



Gruppen in stationären Pflegeeinrichtungen: St. Ewaldi Altenheim in Dortmund



Das Altenheim St. Ewaldi als Einrichtung der Caritas-Altenhilfe Dortmund GmbH wurde im Jahre 1987 eingeweiht.

Derzeit leben und wohnen 200 ältere Menschen im AZ St. Ewaldi; verteilt auf die Bereiche Pflege (159 Bewohner), Kurzzeitpflege (15 Gäste) und altengerechte Wohnungen (18 Wohnungen).

Das Durchschnittsalter der Bewohner/Gäste beträgt 86 Jahre. Die wichtigsten Anliegen des Hauses sind in der Begegnung und Kommunikation zu sehen. Beschäftigung und Betreuung können in großzügigen Räumlichkeiten – Gymnastikraum, Kegelbahn, Gastraum, Werkkammer und in diversen Gemeinschaftsräumen – angeboten werden. Primäres Ziel der Angebotsstrukturen ist es, die körperliche und geistige Mobilität zu fördern und zu verbessern.

Aktiv am Leben im Altenzentrum teilhaben zu können, bedeutet größere Zufriedenheit und Lebensqualität der Bewohner und Gäste. Das Projekt „fit für 100“ zählt zu einem äußerst wichtigen Baustein, dieses Ziel zu erreichen.



Die „fit für 100“-Gruppe im St. Ewaldi Altenheim
Dreizehn Frauen und Männer mit einem Durchschnittsalter von 82 Jahren trainieren seit Januar 2006 im Altenheim St. Ewaldi nach dem Konzept „fit für 100“. Alle Teilnehmer kommen entweder mit dem Rollator in den großen Gymnastikraum im Parterre oder sie werden im Rollstuhl gebracht.



Antje Dreikauss, Übungsleiterin:
„Die Testergebnisse sind sehr zufriedenstellend ausgefallen für unsere Teilnehmer. Vor allem die altersdemmenten Teilnehmer nehmen zwar ihre eigenen Fortschritte kognitiv nicht selbst wahr, profitieren aber davon: Wir können deutlich sichtbare Erfolge des Trainings im Bewegungsausmaß und in der Ausdauer feststellen.“



Claudia Mai, Mitarbeiterin der Einrichtung:
„Nach einer Anlaufzeit sind die Bewohner fest in den zweimal wöchentlichen Rhythmus integriert. Das Bewegungsprogramm ist für sie zu einem festen Bestandteil ihres Tages geworden. Inzwischen sind die Teilnehmer zu einer Gruppe zusammengewachsen. Erscheint ein Bewohner einmal nicht zur Stunde, fragen die anderen Teilnehmer nach ihm. Es ist ein echtes Miteinander.“

Ulrike Nieder, Diplom-Sozialarbeiterin und Projektleiterin „fit für 100“:

„In dieser Gruppe hatten wir eine Person dabei, die zu schwach war, einen Löffel Suppe zum Mund zu führen, ohne etwas zu verschütten. Sie hat sich sehr dafür geschämt und wollte nicht mehr mit den anderen zum Mittagessen gehen, hat sich das Essen aufs Zimmer bringen lassen und sich letztlich gar nicht mehr zugetraut, selbst zu essen. Das Essen musste angereicht werden. Durch das Krafttraining kann sie jetzt wieder selbstständig essen und geht mittlerweile auch wieder zum Essen in den Speisesaal.“

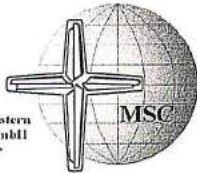


Elisabeth Kallies, Teilnehmerin der „fit für 100“-Bewegungsgruppe am 18.1.07:

„Was mir an den „fit für 100“-Stunden gefällt, ist, dass sich in gut vier Monaten meine Kraft und Beweglichkeit verbessert hat – ich habe wieder Muskeln bekommen. Zu meinen Heim-Mitbewohnern konnte ich viele Kontakte knüpfen. Das Gefühl der Gemeinschaft und Zusammengehörigkeit ist beglückend. Es gibt viel situationsbedingte Komik. Noch in jeder Gymnastikstunde hatten wir Spaß und Grund zu herzhaftem Lachen.“

Altenheim St. Elisabeth in Münster

Missionsschwestern
von Hiltrup GmbH
48165 Münster



Das Altenheim St. Elisabeth ist eine ordenseigene katholische Einrichtung der vollstationären Altenhilfe und bietet 115 älteren Menschen ein Zuhause. Angegliedert sind acht Altenwohnungen und ein großer Hausgarten. Der

tägliche Anspruch sieht sich der „Qualität in der Pflege und Sensibilität in der Begleitung“ verpflichtet.

Ausgehend vom Pflegekonzept Monika Krohwinkels und dem von Tom Kitwood geprägten personenzentrierten Ansatz versteht die Einrichtung ihre Rolle als die eines Lebensweltbegleiters für Bewohner mit oder ohne Demenz. Die individuelle soziale Begleitung erfolgt berufsübergreifend, situativ und gezielt nach den Bedürfnissen, Vorstellungen und Wünschen der Bewohner. Aus diesem Grunde werden auch alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten im Haus erbracht. Ordensschwestern unterstützen das Team.

Die „fit für 100“-Gruppe im Altenheim St. Elisabeth

Im Altenheim St. Elisabeth trainieren 13 Frauen im Alter von 75 bis 94 Jahren in einem ebenerdigen großen und hellen Gemeinschaftsraum der Einrichtung. Eine Rollstuhlfahrerin profitiert von dem Angebot der Alternativübungen. Bei den Übungen für die Beinmuskulatur trainiert sie dieselbe oder eine ähnliche Muskelgruppe im Sitzen.



Ivonne Krassowski, Mitarbeiterin der Einrichtung:

„Die eigene sportmotorische Schulung war mir sehr wichtig. Ich habe mich so schrittweise in die Trainingsaufgabe hineingearbeitet. Es ist schön zu erleben, wie sich die Bewohnerinnen im Laufe des Jahres verändert haben. Aus einer anfänglichen Unsicherheit „was erwartet mich“ ist eine sehr aktive Teilnahme geworden. Die Bewohnerinnen führen die Übungen mit Freude und sehr bewusst durch. Die regelmäßige 2-mal wöchentliche Teilnahme und die regelmäßigen Wiederholungen der Übungen sind besonders für Demenzerkrankte sehr wichtig.“



Michael Jäger, Übungsleiter:

„Während der Projektphase sind die Teilnehmerinnen immer lockerer geworden und richtig aufgetaut. Viele haben neue Kontakte innerhalb der Gruppe geknüpft. Schwierig ist das individuelle Eingehen auf die Teilnehmerinnen vor allem bei häufigerem Wechsel. Auf der anderen Seite mussten wir sehr über die Bemerkung einer Teilnehmerin schmunzeln, die sagte, sie vergesse mittlerweile schon mal ihren Rollator.“



Altenzentrum Wiepeldoorn in Schloß Holte-Stukenbrock

WIEPELDOORN



Das Altenzentrum Wiepeldoorn in Schloß Holte-Stukenbrock liegt mitten in der Senne am Südwesthang des Teutoburger Waldes. Es bietet ein umfassendes Angebot, je nach Wunsch und Pflegebedürftigkeit. Neben den vollstationären Plätzen im Dauer- und Kurzzeitpflegebereich gibt es

eine Tagespflegeeinrichtung und Seniorenwohnungen für selbstständige ältere Herrschaften. Ziel ist es, den Bewohnern und Gästen eine Atmosphäre der Geborgenheit zu schaffen, in der sie sich angenommen fühlen. Die Wahrung der Lebenskontinuität hat dabei einen hohen Stellenwert. Im Rahmen der aktivierenden Pflege werden Hilfen zur Erhaltung der Lebensqualität, Selbständigkeit und Selbstbestimmung in ganzheitlicher Sicht auf der Grundlage der jeweiligen Biografie angeboten. Ebenso wichtig ist es uns, dass auch die Mitarbeiter und Angehörigen sich bei uns wohl fühlen, denn nur gemeinsam können wir zum Wohle der alten Menschen wirken.



Die „fit für 100“-Gruppe im Altenzentrum Wiepeldoorn

Auch in Wiepeldoorn steht ein gemütlicher, heller Gemeinschaftsraum mittlerer Größe zweimal in der Woche für das Bewegungsprogramm „fit für 100“ zur Verfügung. Regelmäßig erscheinen zwei Männer und zehn Frauen – teils dement, aber kognitiv erreichbar – zum Training. Ihr Durchschnittsalter beträgt 79,6 Jahre. Sechs Teilnehmende kommen mit dem Rollstuhl, die übrigen waren von vornherein stehfähig.

In Wiepeldoorn kann die beispielhafte Mehrfachnutzung und Verwaltung des Gemeinschaftsraums hervorgehoben werden: Das Bewegungsprogramm „fit für 100“ steht in der Prioritätenliste hoch oben und jede ausgefallene Stunde wird nachgeholt.



Sabine Sturm, Übungsleiterin und ehrenamtliche Mitarbeiterin sowie Silke Viertmann, Mitarbeiterin des Sozialen Dienstes der Einrichtung:

„Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren von Anfang an interessiert und fanden immer mehr Spaß an der Sache. Im Laufe des Jahres kamen stolze Feststellungen wie:



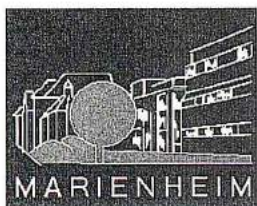
„Ich kann mir jetzt wieder selbst die Haare kämmen!“ Wir haben während der Projektlaufzeit beobachtet, dass die Übungen vermehrt im Stehen ausgeführt werden konnten. Auch steigerten viele durch mehr Gewicht in den Manschetten ihre Belastungsfähigkeit. Die Teilnehmenden sind überaus motiviert, freudig bei der Sache

und lassen keinen Gruppentermin ausfallen. Auch das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten ist gewachsen. Einigen fällt die zweimal wöchentliche Teilnahme schwer, doch sie kommen trotzdem. Die positive Gruppenatmosphäre ist sehr schön. Die Bewohnerinnen und Bewohner scherzen miteinander und haben ein gutes Gemeinschaftsgefühl entwickelt.“

Heike Ellerbrake und Irmgard Hettmanski, Wohnbereichsleitungen des Hauses:

„Unsere Bewohnerinnen und Bewohner haben von dem Projekt profitiert. Sie können sich im Alltag besser bewegen, z.B. besser aufstehen oder sicherer gehen. Die Erfolge sind bei dem einen deutlich, bei dem anderen weniger deutlich sichtbar, je nach den gesundheitlichen Voraussetzungen. Die Verbesserungen und ihre eigene Lernfähigkeit erkennen die Bewohner auch selbst. So wird z.B. geäußert: „Ich fühle mich nicht mehr so steif“. Alle sind stolz auf ihre Leistung. Vor allem freut es uns, dass sie gerne zu den Übungsstunden gehen. Es ist super, dass die Gruppe über den Projektzeitraum hinaus weiter geführt wird.“

Alten- und Altenpflegeheim Marienheim in Nettetal



Das Haus versteht sich als offenes, im Erholungsort Hinsbeck (Stadt Nettetal) gelegenes Alten- und Altenpflegeheim. Es werden 124 Bewohner betreut und darüber hinaus verfügt das Haus über eine Kurzzeitpflegeeinrichtung für bis zu 12 Gäste. Der Ursprung der Einrichtung,

die sich der Tradition und den christlichen Grundsätzen verpflichtet fühlt, geht auf das Jahr 1884 zurück. Träger der Einrichtung ist die katholische Pfarrei St. Petrus in Hinsbeck. Zum Selbstverständnis: „Es ist uns eine Verpflichtung, nach aktuellen medizinischen Erkenntnissen pflegen und betreuen zu können, beraten und trösten zu dürfen, Heimat zu geben und für die Bewohner da zu sein – auch in der letzten Phase des Lebens. Die Zufriedenheit der Bewohner stellt den Maßstab unserer pflegerischen Arbeit dar, die wir fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen erbringen. Unsere Bewohner sind unser höchstes Gut, unsere Mitarbeiter unser bestes Kapital.“

Die „fit für 100“-Gruppe im Marienheim

Zehn Hochaltrige mit einem Durchschnittsalter von 84,5 Jahren trainieren seit über einem Jahr zweimal wöchentlich nach dem Vorbild von „fit für 100“ im eigens reservierten Gymnastikraum des Altenheims „Marienheim“. Drei Rollstuhlfahrerinnen sind selbstständig im Rollstuhl mobil und absolvieren die Alternativübungen, zwei der sieben verbleibenden Teilnehmer stehen mit Unterstützung auf.



Simone Oversberg, Übungsleitung:

„Es gibt immer viel zu lachen, doch wenn die Übungen anstehen, ist jeder konzentriert. ‚Wir sind alle Sieger‘ sagen die Teilnehmer immer, wenn die gleichnamige Übung – eine schwere Übung – geschafft wurde.“



Susanne Goebel, Mitarbeiterin des Hauses:

„Die Teilnehmer, die wir für die Projektgruppe angedacht hatten, wollten alle gern etwas für ihre Gesundheit tun, auch als Ergänzung zur Krankengymnastik. Bei der Einführung des Projektes war es zum Teil trotzdem schwer, sie zu motivieren, doch mit der Zeit wurden sie in wirk-

liches Erstaunen versetzt, wenn Bewegungen leichter oder überhaupt wieder möglich wurden. Jetzt fragen die Teilnehmer, wann das nächste Training ist – sie sind mit Spaß und Begeisterung dabei.“



Gruppen in Pflegeeinrichtungen mit speziellen Konzepten für Menschen mit Demenz

Katharina-Luther-Haus in Gütersloh



Das Katharina-Luther-Haus ist ein Alten- und Altenpflegeheim des Ev. Johanneswerkes e. V. (Bielefeld) für 100 überwiegend pflegebedürftige und gerontopsychiatrisch veränderte alte Menschen. Es verfügt zudem über einen Kurzzeitpflegebereich mit 11 Plätzen. Das Katharina-Luther-Haus bietet ein vollstationäres, pflegerisches Betreuungsangebot. Der Schwerpunkt liegt in der Pflege von Menschen mit Demenz, darüber hinaus bietet ein anderer Wohnbereich rein somatische Pflege an. Die Kurzzeitpflege hat eine somatisch-rehabilitative Ausrichtung. Aufgrund der vorhandenen und zu erwartenden Bewohnerstruktur bieten sich differenzierte Wohn- und Betreuungsformen in neun Wohngruppen an. Die Unterscheidung der neun Wohngruppen im Einzelnen:

- 1 WG Kurzzeitpflege mit somatischem Schwerpunkt
- 1 WG somatisch Erkrankte
- 1 WG Menschen mit Demenz, die in Wohnküchenaktivitäten eingebunden werden können
- 2 WG für mobile Menschen mit Demenz und erheblichen Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten
- 2 WG für kognitiv erreichbare aber immobile Menschen mit Demenz (z.B. Rollstuhlfahrer)
- 2 WG für bettlägerige bzw. überwiegend immobile Menschen mit Demenz



Die „fit für 100“-Gruppe im Katharina-Luther-Haus

Sieben Teilnehmerinnen nehmen das „fit für 100“-Angebot im Katharina Luther-Haus wahr, das in einem Mehrzweckraum zu ebener Erde stattfindet. Auch in dieser Bewegungsgruppe gilt es, mit einem Altersunterschied der Teilnehmerinnen von 29 Jahren umzugehen – die jüngste Teilnehmerin ist 67 Jahre alt, die älteste 96 Jahre. In den ersten drei Monaten war ein Zeitumfang von zweimal wöchentlich 45 Minuten für die demenziell erkrankten Teilnehmerinnen erschöpfend, danach konnte das Programm sukzessiv auf 60 Minuten ausgedehnt werden.



Birgit Jaschkowitz, Übungsleiterin:

„Unsere Gruppe besteht aus lauter Damen, darunter rüstige Demenzerkrankte, eine Parkinsonpatientin, eine nach Schlaganfall halbseitig gelähmte Frau. Nach einer Anlaufphase sind sie richtig offen und mitteilungsbedürftig geworden, haben sogar angedacht, sich neben der Bewegungsstunde auch einmal nachmittags zum Kaffee zu treffen. Spaß kommt vor allem auf, wenn zur Trinkpause eine 93-jährige Teilnehmerin nachfragt, ob es denn nicht einmal Eierlikör statt Wasser geben könne.“



Rosemarie Fischer, ehrenamtliche Mitarbeiterin des Hauses:

„Anfänglich war es schwierig, den Teilnehmerinnen zu vermitteln, dass sie zwei Mal wöchentlich und nicht wie sonst bei Gruppenangeboten üblich, ein Mal zur Bewegungsgruppe kommen sollen. Als sie nach wenigen Wochen jedoch ihren persönlichen Fortschritt spürten, war kein Überreden mehr nötig. Die Frauen haben gemerkt, dass auch sie noch viel leisten können.“

SBK – Zentrum für Senioren und Behinderte der Stadt Köln

Sozial-Betriebe-Köln gGmbH

Das städtische Seniorenzentrum Köln-Riehl als das größte der insgesamt sechs Pflegeeinrichtungen der SBK gGmbH verfügt über 486 Seniorenwohnungen mit Serviceangebot und mehr als 550 Pflegeheimplätzen in fünf Pflegeheimen, darunter zehn Kurzzeitpflegeplätzen. Die Häuser liegen in einem großen Parkgelände von 25 Hektar. Einen besonderen Schwerpunkt bilden die im „Kompetenzzentrum Demenz Köln“ zusammengefassten offenen, ambulanten, teil- und vollstationären Hilfs- und Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen.

In zwei Pflegeheimen sind insgesamt 363 Plätze speziell auf diesen Personenkreis ausgerichtet. Es gibt einen geschützten Bereich mit 27 Plätzen und eine Wohngemeinschaft für demente Menschen. Beratungsangebote für Betroffene und Angehörige durch das Kölner Alzheimer Forum ergänzen die Hilfestellungen. Darüber hinaus gibt es eine Tagespflegeeinrichtung mit 14 Plätzen, das ambulante Hilfsangebot SenioAss im Bereich der Seniorenwohnungen, ein Demenz-Sorgetelefon und ein Nachtcafé.

Das Institut für Seniorengesundheit KölnVital im Gelände bietet allen Bewohnern aus dem Wohnungs- und Pflegebereich, aber auch externen Senioren ab 55 Jahren ein umfangreiches Fitness- und Wellness-Programm mit Fitnessstudio, Schwimmbad, vielen Aqua- und Gymnastikgruppen sowie Krankengymnastik, Physiotherapie etc.



Die „fit für 100“-Gruppe im SBK Zentrum Köln-Riehl

Als feste Gruppe mit sieben Teilnehmerinnen (Durchschnittsalter 83,1 Jahre) hat sich die Riehler „fit für 100“-Gruppe bis über den Projektzeitraum hinaus etabliert. Alle Teilnehmerinnen kommen sehr gerne, andere Bewohner von der zweiten Etage sind regelrecht neidisch und würden auch gerne mitmachen, doch lediglich eine Bewohnerin konnte (aus Platzgründen) nach dem Tod einer Teilnehmerin in die Gruppe integriert werden.



Claudia Mauel, Mitarbeiterin des Hauses:

„Für viele unserer Teilnehmer – überwiegend Bewohner mit einer Demenz – war die Erfahrung neu, kontinuierlich an einem intensiven Bewegungsangebot teilzunehmen. Sie nahmen auch dieses für sie inhaltlich zunächst fremde Angebot mit der gleichen Aufgeschlossenheit und Motivation an, wie andere Angebote des therapeutischen Dienstes. Soziale Kontakte haben sich durch das gemeinsame Tun verfestigt.“



Ulrike Kraus, Übungsleitung:

„In Riehl habe ich selbst geholfen, die Teilnehmer aus ihrem Zimmer oder vom Frühstückstisch abzuholen. Auf diese Weise – aber auch durch das zweimal wöchentliche Training – sind wir uns sehr schnell vertraut geworden. Ich weiß nicht, wer am Anfang mehr gelernt hat, die Teilnehmer oder ich. Auch für mich war der Umgang mit Demenzerkrankten neu – dazu kleine Hürden wie z. B. die Aufstellung eines Doppelstuhlkreises in einem kleinen Zimmerchen. Doch mit etwas Flexibilität und Raffinesse haben wir diese Schwierigkeiten schnell beseitigt.“



Otto B. Ludorff (Geschäftsführer SBK gGmbH):

„Diese Verbesserungen finde ich beeindruckend! Das Krafttraining hat die Lebensqualität und die Bewegungsfähigkeit der Seniorinnen gesteigert und die Sturzprophylaxe verbessert. Es sollte flächendeckend für Deutschland angeboten werden.“

PROJEKTERGEBNISSE UND ERFAHRUNGEN

Projektergebnisse – Empirische Daten aus dem Projekt

Studiendesign

In einer Längsschnittuntersuchung über ein Jahr mit vier Messzeitpunkten wurden die Entwicklungen der neun Projektgruppen dokumentiert. Der erste Messzeitpunkt (T 1) fand unmittelbar vor dem Start der Intervention statt. Weitere Testungen wurden nach jeweils 16 Wochen Training durchgeführt. In den neun ausgewählten stationären und ambulanten Einrichtungen wurden die Trainingsgruppen immer durch geschulte Übungsleiter und Übungsleiterinnen sowie Mitarbeiterinnen der Einrichtungen angeleitet.

Die Erfassung und Kategorisierung motorischer Leistungen Hochbetagter stellte einen wichtigen Bestandteil des Projekts „fit für 100“ dar und erfolgte über für diese Zielgruppe modifizierte und bewährte Verfahren (vgl. Tab. Testbatterie „fit für 100“).

Allgemein wird die körperliche Leistungsfähigkeit einer Person in unterschiedliche Bereiche unterteilt (Ausdauer, Kraft, Koordination, Schnelligkeit, Beweglichkeit) und kann durch verschiedene Testverfahren erfasst werden. Die Bereiche **Kraft** und **Koordination** können in ihrer Bedeutung für den Alltag des hochaltrigen Menschen besonders hervorgehoben werden, da sie als leistungslimitierende Faktoren gelten. Deshalb wurden diese Beanspruchungsformen in den verwendeten Testverfahren besonders berücksichtigt. Innerhalb des Bereichs Koordination besitzen Gleichgewicht und Beweglichkeit eine wichtige Bedeutung und wurden ebenfalls bei der Auswahl der Testverfahren berücksichtigt.

Ein grundlegender Aspekt galt der Alltagsrelevanz: Die Alltagsnähe einzelner motorischer Testaufgaben, wie einen festen Stand einnehmen, aufstehen, einen Gegenstand mit der Hand drehen oder drücken usw. sollte für die zu testende Person direkt erkennbar sein. Neben der sensomotorischen wurde die kognitive Kompetenz durch den Mini-Mental-Status-Test (MMST) erfasst. Zur Bestimmung von Pflegeabhängigkeit und Alltagskompetenz wurden zwei weitere Fragebögen eingesetzt (IADL – „Instrumental Activities of Daily Living“ und Barthel-Index). Beide Testverfahren beinhalten Fragen zu alltagsrelevanten Fähigkeiten, wie z. B. die Geh- und Aufstehfähigkeit sowie das Vermögen zur Körperhygiene oder Verrichtung unterschiedlicher Haushaltstätigkeiten. Sie werden auch zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit herangezogen. Die Testbatterie wurde ergänzt durch einen Fragebogen zur aktuellen Befindlichkeit, zur subjektiven Einschätzung der Gesundheit und des Wohlbefindens und den Erwartungen an das Bewegungsangebot. Letzgenannter Fragebogen diente insbesondere dazu, neben den möglichen Verbesserungen körperlicher Leistungsfähigkeit durch eine Intervention die emotionalen und psychisch individuellen Aspekte des Bewegungsangebotes erfassen zu können.

Für demenziell Erkrankte sowie kognitiv eingeschränkte Personen (MMST \leq 24 Punkte) wurde eine modifizierte Form des Fragebogens (s. Tabelle) an die Bezugspflegerinnen ausgegeben. Die ausgewählten und untersuchten alltagsbedeutsamen Fähigkeitsaspekte orientierten sich zusammenfassend an folgenden Bereichen:

Testbatterie „fit für 100“

sensomotorische u. kognitive Leistungsfähigkeit	Testbatterie	Test-Bezeichnung
Koordination	Gleichgewicht Auge-Hand-Koordination Auge-Hand-Koordination	Semi-Tandemstand „Soda-Pop-Test“ Farb-Umstecktest („fit für 100“)
Kraft	Handkraft Beinkraft	Handkraftdynamometer-Test Chair-Rising-Test
Beweglichkeit	Rumpfflexibilität Schulterbeweglichkeit	Flexometer (Komplex Test) Flexometer (Schultertest)
Kognitive Leistungsfähigkeit	Kognitiver Status	Mini-Mental-Status-Test (MMST)
Pflegeabhängigkeit u. Alltagskompetenz	Häusliche Tätigkeiten, Ernährung, Körperhygiene	Barthel-Index (nach Hamburger Manual), Fremdbefragung bei MMST \leq 24
	Planung, Kommunikation, außerhäusliche Tätigkeit	IADL-Manual (nach Lawton/Brody), Fremdbefragung bei MMST \leq 24
Gesundheit u. Wohlbefinden	Aktuelle Befindlichkeit, subjektiver Gesundheitszustand/Wohlbefinden/ Leistungszustand, Bewertung des Bewegungsangebots	Fragebogen („fit für 100“) „Gesundheit und Wohlbefinden“

Teilnehmer

Die Interventionsgruppe setzte sich aus Kursteilnehmenden von neun Modelleinrichtungen in NRW zusammen. Insgesamt wurden über die vier Messzeitpunkte die oben skizzierten Leistungen von 152 Teilnehmern – davon 134 Frauen und 18 Männer – erhoben und dokumentiert. Die Testungen wurden in den jeweiligen Modelleinrichtungen, überwiegend in dem von den Teilnehmern regelmäßig besuchten Trainingsraum durchgeführt.

Über das gesamte Jahr sind 76 Teilnehmer aus verschiedenen Gründen ausgeschieden. Zu den häufigsten Gründen zählen:

- langfristiger Krankenhausaufenthalt,
- verschiedene Krankheiten,
- zeitgleiches Angebot in der Einrichtung lieber wahrgenommen (z. B. Chor),
- Zeitmangel,
- Ableben der Teilnehmer.

Bei einer einjährigen Zusammenarbeit mit hochaltrigen, z. T. multimorbiden Menschen muss leider davon ausgegangen werden, dass während der Projektzeit Teilnehmer schwer erkranken oder versterben. Aus diesem Grund wurde bereits im Vorfeld festgelegt, dass jede Trainingsgruppe nach einem Ausfall durch Tod oder langfristige Krankheit offen für neue Teilnehmer aus der jeweiligen Einrichtung sein kann. Im Untersuchungszeitraum kamen daher auch neue Teilnehmer hinzu (siehe Tabelle).

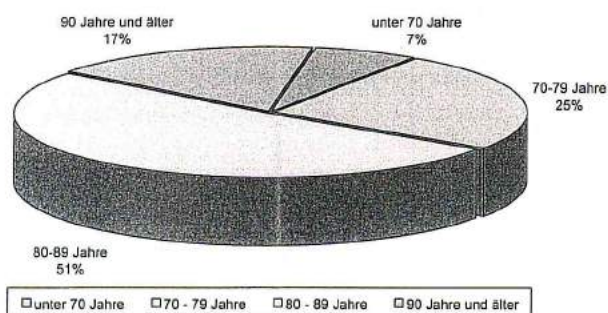
Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Gruppenzusammensetzung der Einzeltestungen (T 1 bis T 4), der Geschlechter- und Altersverteilung über den gesamten Messzeitraum:

Gruppenzusammensetzung, Geschlechter- und Altersverteilung der „fit für 100“ Teilnehmer im Projektzeitraum

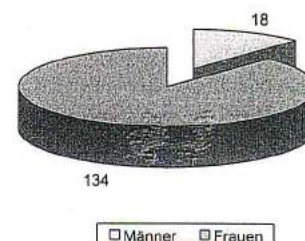
	1. Testung (T 1)	2. Testung (T 2)	3. Testung (T 3)	4. Testung (T 4)
Gruppe (gesamt)	n = 113	n = 109	n = 103	n = 76
Alter	82,0 Jahre	81,9 Jahre	82,3 Jahre	81,7 Jahre
Männer	12	14	13	10
Frauen	101	95	90	66
Einsteiger	113	25	12	2
Aussteiger	/	29	18	29

Im Folgenden werden die Ergebnisse derjenigen Teilnehmer dargestellt, die über das gesamte Projektjahr am Bewegungsangebot teilgenommen haben. Insgesamt waren dies 51 Personen (davon 6 Männer und 45 Frauen). Die Altersspanne dieses Personenkreises reichte von 63 – 96 Jahren zu Projektbeginn (Mittelwert: 81,2 Jahre). Einige Personen konnten aufgrund starker kognitiver oder körperlicher Beeinträchtigung nicht allen Testaufgaben nachkommen, sodass die Anzahl der getesteten Personen (n) in einzelnen Tests minimal von der Gesamtzahl abweicht. Beispielhaft sei hier auf Rollstuhlfahrer verwiesen, denen der Aufstehetest nicht möglich war. Dies ist bei den jeweiligen Darstellungen vermerkt.

Altersgruppen "fit für 100"



Geschlechterverteilung "fit für 100"



Datenaufbereitung und Auswertung

Die Daten wurden mit Hilfe eines statistischen Datenanalyseprogramms (SPSS) aufbereitet und ausgewertet. Zum Vergleich der erreichten Testwerte wurde bei der Darstellung der Daten der sensomotorischen Leistung, wenn nicht anders angegeben, der Mittelwert herangezogen. Die Standardabweichung der erbrachten Leistungen wird durch die vertikalen Linien angezeigt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Anhand der ausgewerteten Daten für die sensomotorischen Leistungen (Beweglichkeit, Kraft und Koordination) lassen sich bei den Teilnehmern stabile Leistungen, in einigen Bereichen sogar Verbesserungen durch das einjährige Bewegungsprogramm „fit für 100“ nachweisen. Diejenigen Probanden, die regelmäßig am Bewegungsangebot teilnahmen, zeigten bereits nach der zweiten Testung – vor allem aber nach einem Jahr – eine Steigerung der Mittelwerte. Darüber hinaus profitierten aber auch diejenigen, die über einen kürzeren Zeitraum am „fit für 100“-Programm teilgenommen haben. Für den einzelnen Teilnehmer bedeuten diese Ergebnisse insgesamt ein Stück selbstständigeres Leben – kurz: eine Verbesserung ihrer Lebensqualität und ihres Wohlbefindens.

Dies ist nicht nur als Schlussfolgerung der Ergebnisse zu sehen, sondern wird insbesondere auch durch die von den befragten Personen geäußerten Antworten zum Fragebogen „subjektives Wohlbefinden“ belegt.

Im folgenden Abschnitt werden Einzelbeispiele anhand grafischer Darstellungen vorgestellt.

Auswertung der Einzeltests

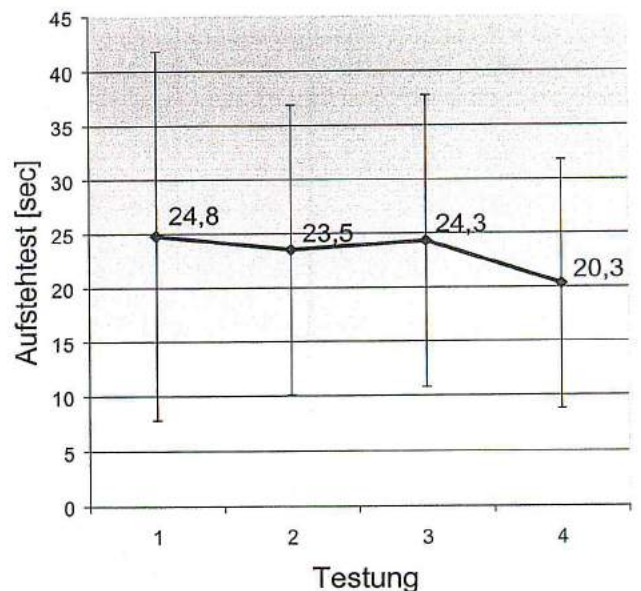
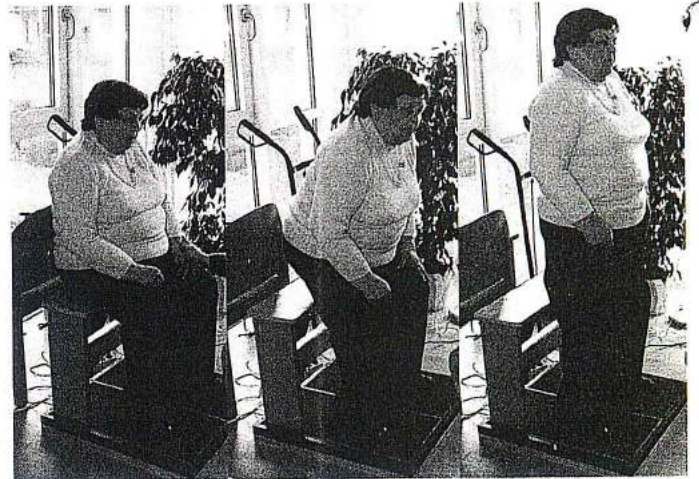
Beinkraft

Eine verminderte Muskelleistung beim Aufstehen aus dem Sitzen kann zur Identifizierung von Sturzgefährdung herangezogen werden. So gilt derjenige als signifikant sturzgefährdet, der ohne Armeinsatz *nicht* aus einem Stuhl üblicher Höhe aufstehen kann. Der Aufstehetest (5-mal nacheinander ohne Armeinsatz von einem Stuhl aufstehen) stellt ein zuverlässiges und praktikables Testverfahren mit hoher Vorhersagekraft zur Sturzgefährdung dar und findet seine Verwendung in vielen großen epidemiologischen Altersstudien [22]. Anhand des Aufstehetests werden hier die Veränderungen der Beinkraft aller getesteten Projektteilnehmer dokumentiert:

Für unsere Belange stand nicht die zeitliche Verbesserung im Vordergrund der Betrachtung, sondern das (Wieder-) Erlernen der Fertigkeit, allein vom Stuhl aufzustehen. Im Verlaufe des Projektes konnten 4 weitere Teilnehmer den Aufstehetest bewältigen.

Physikalisch gesehen bildet der Aufstehetest jedoch die Muskelleistung als Produkt aus Kraft und Geschwindigkeit ab. Von daher sind in der Regel die Ergebnisse derjenigen interessant, die von der ersten Testung an stehen konnten und sich zeitlich verbessert haben: Im Projektzeitraum konnten sich insgesamt 26 Teilnehmer bezüglich der Geschwindigkeit im Mittel von 19 Sek. auf 15,4 Sek. verbessern (ohne Abb.). Die Zeit, die alle Teilnehmer ($n = 51$) für die Testaufgabe benötigten, hat sich im Mittel ebenfalls leicht verbessert (siehe Abb.). Betrachtet man aus dieser Gesamtmenge wiederum nur die Werte der sehr mobilen Teilnehmer des Projektes aus der ambulanten Gruppe bzw. dem „Betreuten Wohnen“, ergibt sich ein weiter differenziertes Bild (vgl. S. 36).

Eine zeitliche Verbesserung der Aufstehzeit drückt mehr Sicherheit im Stehen und Gehen aus. Für den Einzelnen bedeutet diese Fähigkeit eine Erleichterung im Alltag: Rollstuhlfahrer sowie sehr immobile Personen brauchen weniger Unterstützung bei der Umsetzung auf einen Stuhl. Stark Gehbehinderte können mit Hilfe eines Rollators kleine Wegstrecken zurücklegen. Eine erhöhte Beinkraft bietet auch dem mobileren Teilnehmer mehr Sicherheit beim Treppensteigen oder auch beim Überwinden kleiner Hindernisse (z. B. Bordsteinkanten).



Testwerte Aufstehetest ($n=41$)

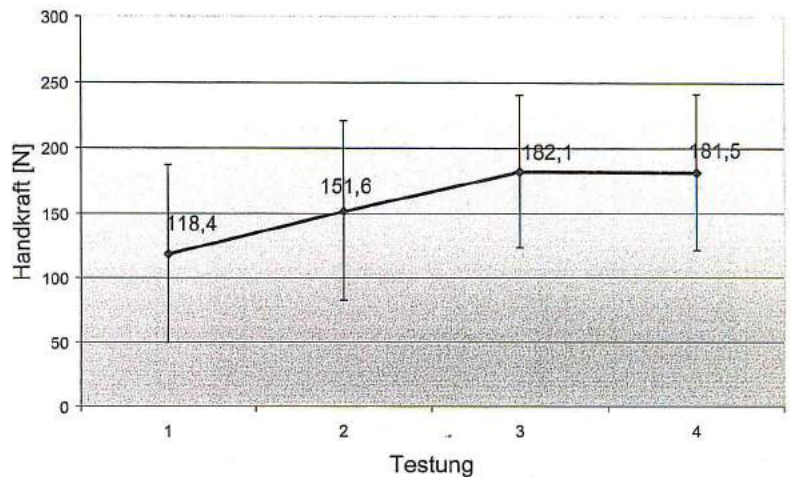
Handkraft



Die mittels Handdynamometer erhobene Handkraft hat sich im Messzeitraum erheblich verbessert. Die Grafik zeigt die erreichten Werte.

Die Messwerte der Handkraft stiegen auf 181,5 N (T4) an. Bereits ab dem dritten Testzeitpunkt wird eine Steigerung der Handkraft auf einem gegenüber dem Ausgangswert um 53 % gesteigerten Wert deutlich. Die Handkraft gilt

als Indikator für die Armkraft. Für den einzelnen Probanden bedeutet eine positive Kraftentwicklung die Erleichterung vielfältiger Alltagsaktivitäten: So kann beispielsweise das Öffnen einer Wasserflasche besser bewältigt werden. Auch für andere alltägliche Handlungen, wie für das Eingießen eines Kaffees oder das Halten des Essbestecks steht mehr Kraft zur Verfügung.



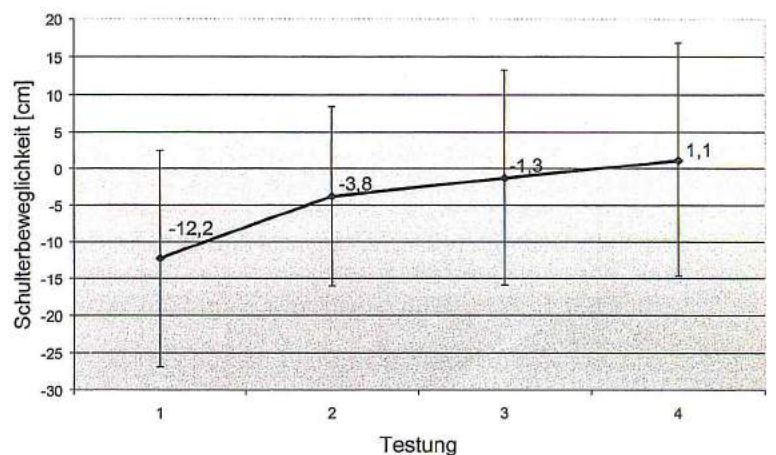
Testwerte Handkraft in Newton (n=51)

Schulterbeweglichkeit



Die Teilnehmer sollten die nach oben gestreckten Arme weiter hinter den Kopf zurückführen. Der Null-Punkt der Skala dieses Schultertests wird bei ausgestreckten Armen auf Höhe des Kopfes (Schultergelenk) erreicht. Ein negativer Wert ergibt sich dann, wenn die Teilnehmer die nach oben gestreckten Arme nicht hinter den Kopf zurückführen können. Ein positiver Wert entsteht, wenn sich der erreichte Wert auf der Skala hinter dem Kopf befindet.

Bereits nach den ersten vier Monaten konnten in der Messung der Schulterbeweglichkeit bei allen Teilnehmern positive Veränderungen nachgewiesen werden. Der Aktivitätsgrad der Schulter hat sich von -12,2 cm bei der ersten Testung (T 1) auf +1,1 cm bei der vierten Testung (T 4) verbessert.

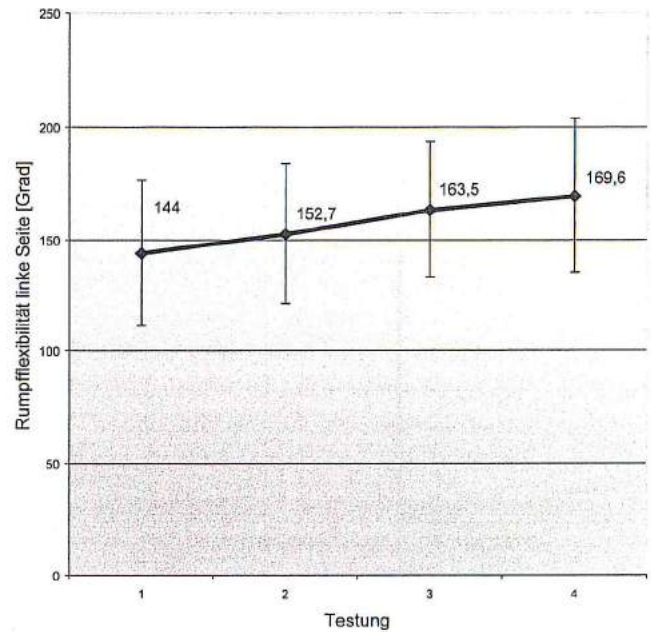


Darstellung der Testwerte Schulterbeweglichkeit in cm (n=51)

Diejenigen Probanden, die über ein gesamtes Jahr am Bewegungsprogramm teilgenommen haben, konnten also die nach oben gestreckten Arme im Durchschnitt 13 cm weiter Richtung Kopf bzw. darüber hinaus zurückführen. Zusätzlich konnten im Projektzeitraum mehr Teilnehmer diesen Test ausführen. Für die Teilnehmer drückt sich dies in einer Erleichterung bei vielfältigen Alltagsaktivitäten aus: So kann das selbstständige An- und Auskleiden von den Teilnehmern jetzt leichter bewältigt werden als noch vor einem Jahr. Höher gelegene Schrankfächer werden besser erreicht. Auch das Frisieren des Hinterkopfs wird wieder möglich. Neben der eigenständigen Körperpflege kann sich auch die Unabhängigkeit bei der Nahrungsaufnahme verbessern. Gabel und Wasserglas können leichter zum Mund geführt werden, was neben der Verbesserung der Armkraft auch auf eine bessere Schulterbeweglichkeit zurückzuführen ist.

Rumpf-Flexibilität

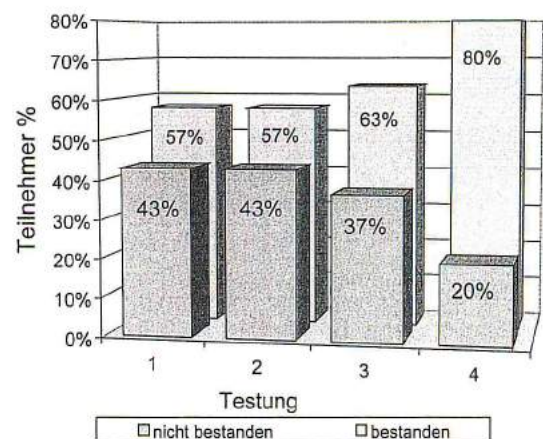
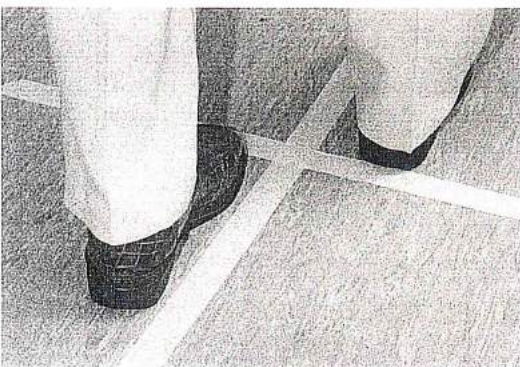
Im Bereich der Rumpf-Flexibilität (d. h. Drehen des Oberkörpers und Kopfes zur rechten oder linken Seite bei festem Stand) konnten positive Erfolge erzielt werden.



Testwerte Rumpf-Flexibilität linke Seite in Grad (n=51)

Ein Vergleich der Ergebnisse der durchschnittlichen Rumpf-Flexibilität der ersten Messung zum letzten Messzeitpunkt zeigt eine deutliche Verbesserung für beide Rumpffseiten. Die Teilnehmer steigerten sich bei der Drehung zur rechten Seite um 18° und zur linken Seite um 26° . Die Erhöhung der Beweglichkeit, insbesondere im Bereich des Nackens, erleichtert den Alltag der Probanden erheblich. Aufgrund des erhöhten Bewegungsumfanges können die Teilnehmer wieder besser nach hinten über die Schulter schauen – eine erhebliche Entlastung im Straßenverkehr, besonders für Teilnehmer aus dem ambulanten Bereich, die sich zum Teil noch selbstständig im Straßenverkehr fortbewegen. Da sich das Blickfeld vergrößert, können Straßen wieder sicherer überquert werden. Auch für die Teilnehmer aus dem stationären Bereich bedeutet ein vergrößertes Blickfeld mehr Sicherheit vor Stürzen, denn gleichzeitig vergrößert sich der Wahrnehmungsbereich – Hindernisse werden früher und besser gesehen.

Gleichgewicht



Semitandemstand unterteilt in „bestanden“ und „nicht bestanden“ (n=51)

Weiterhin wurde die Standstabilität (Gleichgewicht) durch den Semitandemstand gemessen.

Die Teilnehmer sollten in diesem Test aus dem geschlossenen Stand einen Fuß um eine Fußlänge vorsetzen (Ferse des vorgeetzten Fußes neben dem großen Zeh des anderen Fußes) und diese Position (ohne sich festzuhalten) für mindestens 10 Sek. halten (Hilfestellung einsatzbereit).

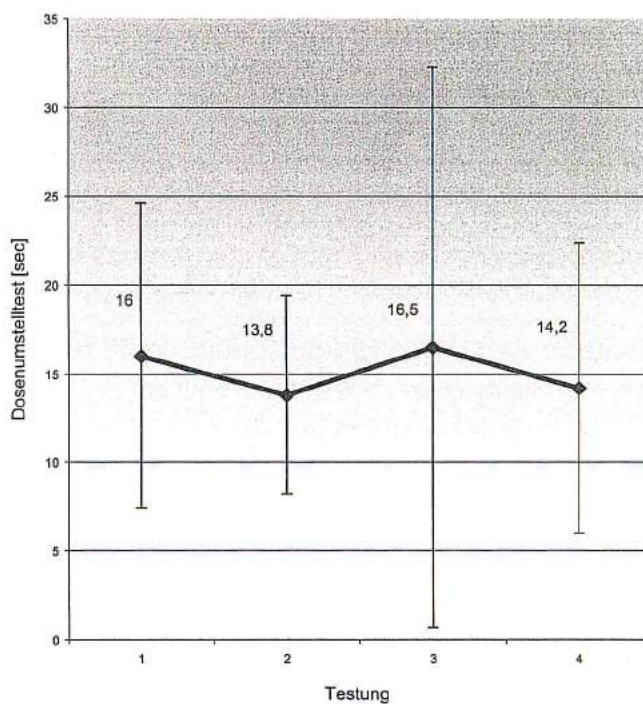
In dieser Körperstellung wird eine verminderte Kontrolle der seitlichen Balance augenfällig. Diese wiederum ist eindeutig mit Stürzen korreliert [23].

Unsere Abbildung zeigt, dass der Semitandemstand von 57 % der Teilnehmer in der ersten Messung (T1) korrekt ausgeführt werden kann. Diese Zahl erhöht sich auf 80 % der Teilnehmer bei der vierten Messung (T4).

Eine erhöhte Standstabilität reduziert das Sturzrisiko. Auswirkungen zeigen sich auch für den Gang: Das Gehen mit dem Rollator wird sicherer, die Betroffenen erreichen anvisierte Ziele mit weniger Schwierigkeiten. Nur wer seine Fähigkeiten kennt, traut sich, die Verrichtung scheinbar alltäglicher Aktivitäten zu: z. B. auf die Toilette zu gehen oder sich etwas zu trinken zu holen. Standstabilität und Beinkraft erleichtern kleine Wege über den Flur, zum Speisesaal und nehmen Ängste. Besuche bei Bekannten auf dem Flur oder auf einer anderen Etage können in Erwägung gezogen werden, der Kontakt zu anderen kann sich intensivieren.

Dosenumstelltest

Koordinative Anforderungen stellen viele Hochaltrige vor große Probleme, sei es im Bereich der Bewältigung von Mehrfach-



Darstellung der Testwerte Dosenumstelltest in Sekunden (n=51)

aufgaben, der Reaktion oder des Handelns unter Zeitdruck. Der Dosenumstelltest dient beispielsweise der Erfassung der Auge-Hand-Koordination. Hier müssen auf einem Brett mit sechs Vertiefungen für Getränkedosen alle drei gefüllten Dosen so schnell wie möglich auf den benachbarten „Steckplatz“ umgedreht weitergesetzt und danach wieder umgedreht zurückgestellt werden.

Bei der Auswertung der Daten zeigen sich verbesserte Testwerte bei der Bewältigung der Testaufgabe. So benötigten die Teilnehmer für das Umsetzen beim ersten Test im Durchschnitt 16 Sek. und bei der letzten Messung 14,2 Sek.

Viele alltägliche Handlungen sind von einer gelungenen Auge-Hand-Koordination abhängig, wie z. B. das Hantieren mit unterschiedlichsten Gegenständen im Haushalt und bei der Körperpflege oder das Führen eines Glases zum Mund.

Die Auswertung der verschiedenen Fragebögen zur Pflegeabhängigkeit, zum kognitiven Status und zur Alltagskompetenz bestätigt die festgestellten Veränderungen in den motorischen Tests:

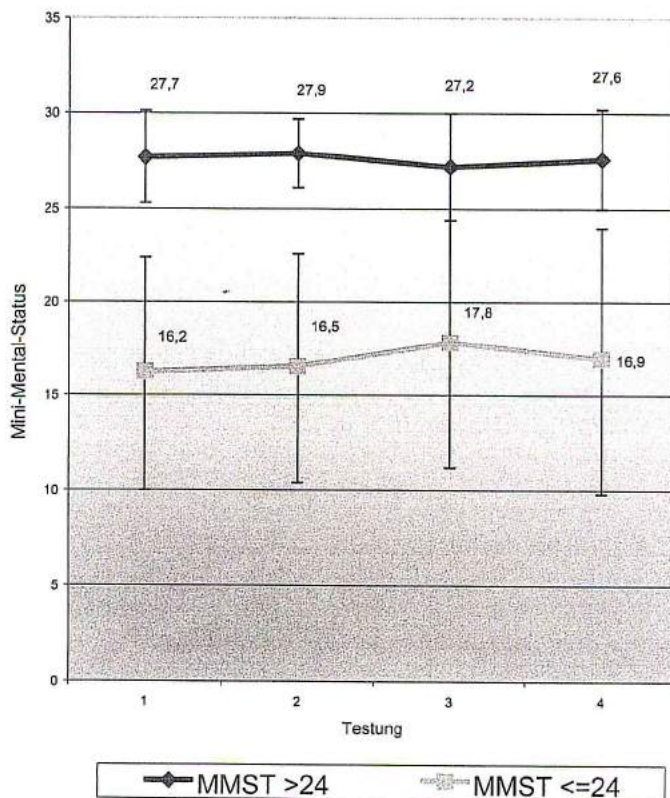
Kognitive Aufgaben und Alltagskompetenz

MMST-Test

Der MMST-Test (Mini-Mental-Status-Test) ist ein Verfahren, das in erster Linie der Unterscheidung psychischer Leistungen zwischen gesunden und deutlich beeinträchtigten älteren Menschen dient. Er kommt in Kliniken, Praxen und Medikamentenstudien zum Einsatz, aber auch im Rahmen der Diagnosestellung einer demenziellen Erkrankung. Dort ist er neben anderen Verfahren Bestandteil umfangreicherer Testbatterien. Ebenfalls ist er zur Verlaufskontrolle einer Demenzerkrankung einzusetzen. Keineswegs ersetzt er die weitergehende Diagnosestellung eines Arztes! Aus fünf verschiedenen Kategorien (Merkfähigkeit, Erinnerung, Orientierung, Aufmerksamkeit, Sprach- und Rechenfähigkeit) müssen Aufgaben gelöst, bzw. Fragen beantwortet werden. Die Auswertung erfolgt anhand einer Punkteskala von 0-30 Punkten. Die Interpretation der erzielten Punktwerte differiert je nach zugrundeliegender Quelle [24, 25]. Zusammengefasst kann bei einer Punktzahl von weniger als 24-26 eine leichte kognitive Beeinträchtigung angenommen werden. Bei einer Punktzahl unterhalb von 20 Punkten liegt schon eine leichte bis mittlere Demenz vor. Ein Punktestand von unter zehn weist auf schwere demenzielle Beeinträchtigungen hin. Insbesondere bei dem hier untersuchten Personenkreis sind aufgrund des Alters auch Werte von 26 bzw. 27 Punkten nicht zwangsläufig mit einer demenziellen Beeinträchtigung gleichzusetzen [25].

Während der Vorbereitungen zum Projekt innerhalb der einzelnen Einrichtungen wurde festgestellt, dass teilweise Demenzen nicht oder falsch diagnostiziert waren. Im Rahmen des Projekts wurde der Test deshalb durchgeführt, um eine Unterscheidung treffen zu können zwischen denjenigen Probanden, die ihre Fragebögen selbst beantworten und denjenigen, deren Alltagskompetenz, Pflegeabhängigkeit und Gesundheit von Angehörigen oder Bezugspflegeren beurteilt wird. Der Grenzwert für eine Eigenbefragung wurde auf mindestens 25 Punkte festgelegt. Eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten wurde im Zusammenhang mit dem Training nicht erwartet.

Innerhalb eines Jahres konnten die 51 Probanden, die an jeder Testung teilnahmen, ihren MMST-Wert (in zwei Gruppen unterteilt: $MMST \leq 24$ / $MMST > 24$) weitgehend stabil halten:



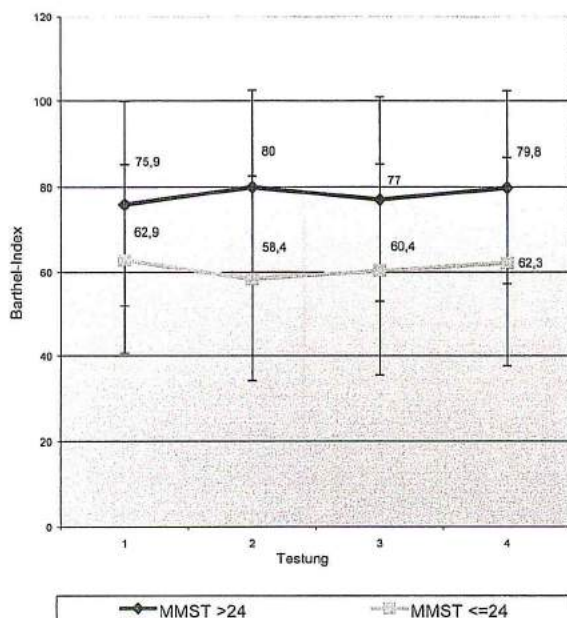
Bei der Auswertung der Pflegeabhängigkeit und Alltagskompetenz wurde jeweils die Unterteilung „Probanden mit $MMST \leq 24$ “ und „Probanden mit $MMST > 24$ “ beibehalten. Diejenigen Teilnehmer mit einem $MMST \leq 24$ sind durch Pflegemitarbeiter bzw. Mitarbeiter des sozialen Dienstes befragt worden (Fremdbefragung). Bei einem $MMST > 24$ erfolgte eine Eigenbefragung der Teilnehmer durch die Projektmitarbeiter.

Testwerte MMST unterteilt in ≤ 24 (n= 24) und > 24 (n= 27)

Barthel-Index

Der Barthel-Index ist ein Verfahren zur systematischen Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen. Dabei werden zehn unterschiedliche Tätigkeitsbereiche (von der mehr oder weniger selbstständigen Fortbewegung bis hin zur Körperhygiene und (Hilfe bei) der Nahrungsaufnahme) mit Punkten bewertet. Zu erreichen sind maximal 100 Punkte. In den oberen Bereichen (100-75 Punkte) kann davon ausgegangen werden, dass die Selbstständigkeit des Befragten weitgehend erhalten und er nicht oder nur leicht pflegeabhängig ist. Je geringer der Punktwert (weniger als 75 Punkte), desto pflegebedürftiger ist der Befragte. Bei einem Ergebnis zwischen 75 und 35 Punkten spricht man von einer mittleren Pflegeabhängigkeit. Erreicht der Befragte weniger als 30 Punkte, liegt eine schwere Pflegeabhängigkeit vor.

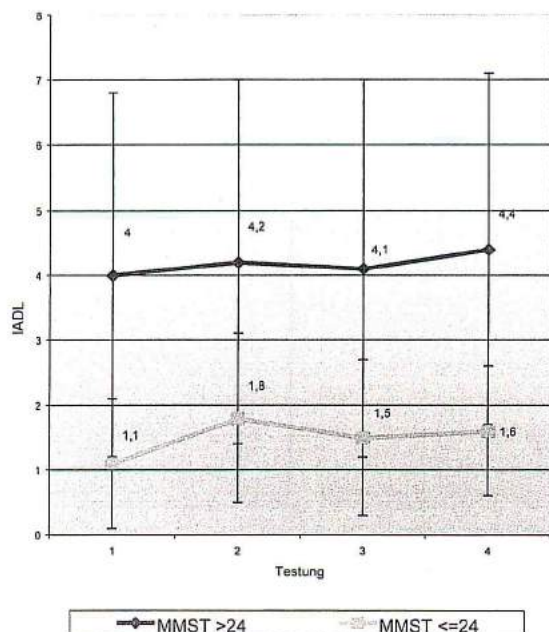
Die folgende Abbildung zeigt sowohl bei den Teilnehmern mit einem MMST-Wert ≤ 24 als auch bei den Teilnehmern mit einem MMST-Wert > 24 weitgehend Stabilität im Barthel-Index.



Den Punkten im Schwellenbereich zur mittleren Pflegeabhängigkeit (> 75 -Punkte im Barthel-Index) kann in diesem Zusammenhang besonderes Gewicht beigemessen werden, da gerade auf diesem Gebiet durch regelmäßiges Training eine Verbesserung zu einer nur leichten Pflegeabhängigkeit erreicht werden kann. Für die Trainingspraxis sind hier insbesondere die ambulanten Gruppen bzw. Gruppen des „Betreuten Wohnens“ gemeint (vgl. S. 36).

Barthel-Index nach Punkten, MMST unterteilt in ≤ 24 ($n = 24$) und > 24 ($n = 27$)

IADL



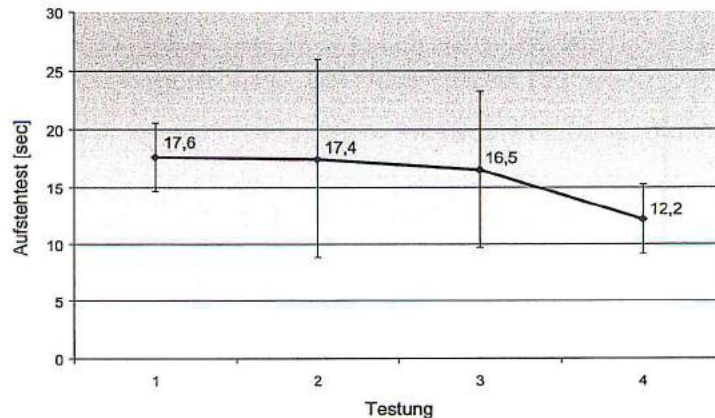
Die IADL (Instrumental Activities of Daily Living) dienen der Ermittlung vorhandener Selbstständigkeit bei Verrichtungen im Haushalt (z.B. Kochen, Einkaufen, Telefonieren bis hin zur Benutzung unterschiedlicher Verkehrsmittel). Bei dem Testverfahren können maximal 8 Punkte erreicht werden. Wie beim Barthel-Index bedeutet eine geringere Punktezahl die Abnahme der Selbstständigkeit.

Die Erhaltung eines selbstständigen Lebens bedeutet, gerade auch diese IADL möglichst eigenständig verrichten zu können. Aufgrund allgemeiner Entwicklungen im Altersverlauf ist im Verlauf eines Jahres eine Abnahme aller getesteten Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erwarten. Dennoch sind, wie schon beim Barthel-Index, auch die Werte im Bereich der außerhäuslichen Aktivitäten relativ konstant geblieben. Vor allem für Teilnehmer mit einem MMST-Wert ≤ 24 Punkte zeigt sich ein positiver Trend. Einige Aktivitäten des täglichen Lebens konnten wiederhergestellt werden.

IADL nach Punkten, MMST unterteilt in ≤ 24 ($n = 24$) und > 24 ($n = 27$)

Betrachtung einzelner Teilnehmergruppen

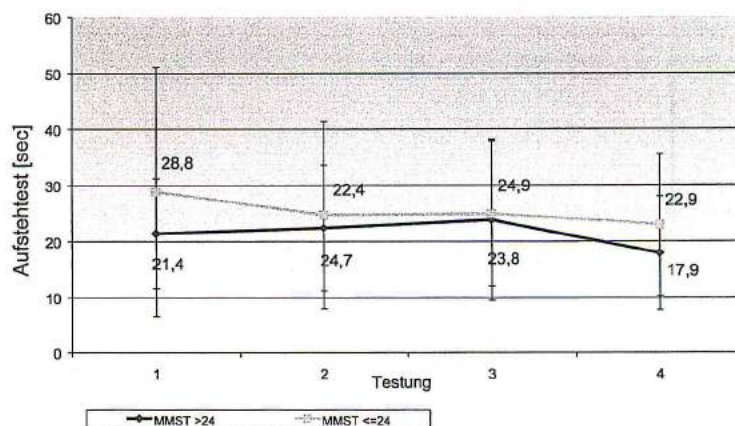
Beispielhaft für die besondere Entwicklung einzelner Gruppen soll noch einmal die Aufstehzeit der Teilnehmer aus der ambulanten Gruppe und der Gruppe „Betreutes Wohnen“ (n = 10) herangezogen werden. Hier konnten sich die Teilnehmer im Mittel während des Projektzeitraums um 5,4 Sek. auf 12,2 Sek. verbessern und es wird bereits ein Niveau erreicht, das sich vom Durchschnitt aller getesteten Personen (n = 51) deutlich abhebt (vgl. S. 30).



Testwerte „Aufstehetest“ der ambulanten Gruppenteilnehmer (n=10)

Zu den positiven Auswirkungen für den einzelnen Teilnehmer zählen insbesondere vermehrte und selbstständige Aktivitäten außerhalb der Wohnung aber auch das sichere Bewegen innerhalb der eigenen vier Wände (z. B. Treppensteigen, Agieren im Wohnbereich). Weiterhin spielen die Möglichkeiten der Kontaktpflege (vgl. auch Fragebogen zum subjektiven Wohlbefinden) eine große Rolle. Kann durch Verbesserung der Muskelkraft die Alltagskompetenz erhalten werden, bedeutet dies auch eine erhebliche Kostenreduktion, denn eine Unterstützung durch Pflegepersonal muss erst zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch genommen werden.

In einer weiteren Grafik sollen weiterhin die Aufstehwerte der Personen mit MMST-Wert ≤ 24 von denen mit einem MMST-Wert > 24 unterschieden werden (n = 51). Bei dieser Betrachtungsweise zeigt sich, dass vor allem Personen mit einem geringeren MMST-Wert im Verlauf des Projektjahres verbesserte Testwerte aufweisen.



Testwerte „Aufstehetest“, MMST unterteilt in ≤ 24 (n= 19) und > 24 (n= 22)

Gezielte Bewegung fördert beim Demenzkranken nicht nur den Muskelaufbau, sondern kann darüber hinaus die oftmals vorhandene körperliche Unruhe in zielgerichtete Bahnen umlenken. Auch zeitlich, räumlich und personale Orientierung und sinnvolles Tun lassen sich über körperliche Aktivität vermitteln. Bewegung bietet dem demenzkranken Menschen die Möglichkeit, innere Spannungen abzubauen und zur Ruhe zu kommen.

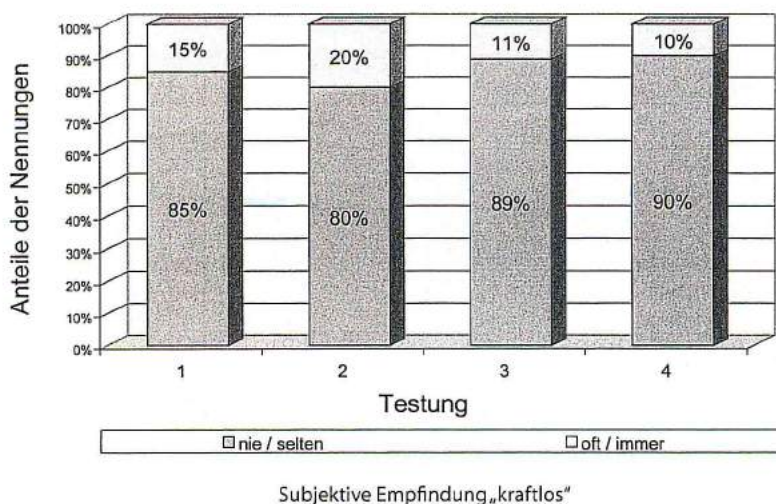
Subjektive Empfindungen der Teilnehmenden

Mittels zweier von „fit für 100“ für die Klientel erstellter Fragebögen sollte in Erfahrung gebracht werden, ob sich auch hinsichtlich der empfundenen Gesundheit und des subjektiven Wohlbefindens der Teilnehmer Veränderungen ergeben, die auf die Bewegungsmaßnahme zurückgehen könnten.

Im Folgenden wird eine kleine Auswahl an Fragen vorgestellt, die unmittelbar mit dem Trainingsprogramm in Verbindung gebracht werden. Es handelt sich um die Aussagen derjenigen Teilnehmer, die das Trainingsprogramm von Anfang bis Ende absolviert haben, an allen Testungen teilnahmen und über einen MMST-Wert von mehr als 24 Punkten verfügten – dies waren 20 Teilnehmer.

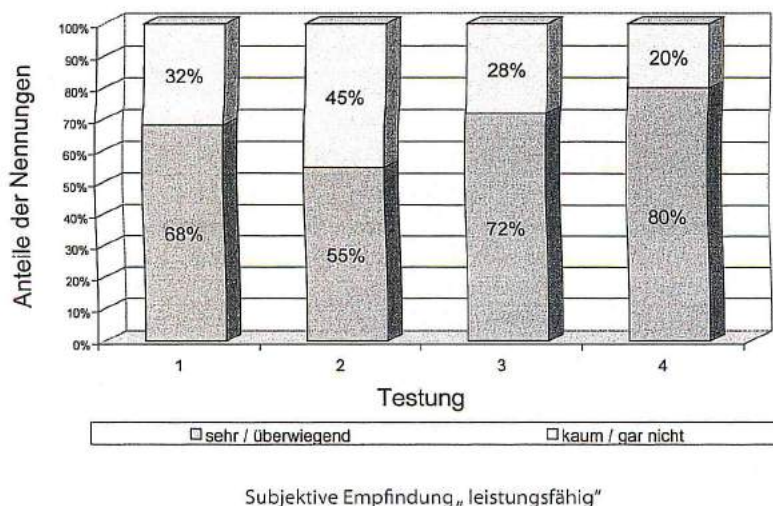
„Ich leide an allgemeiner Kraftlosigkeit“

Die Aussage „Ich leide an allgemeiner Kraftlosigkeit“ befanden schon bei der ersten Befragung nur wenige Teilnehmer als zutreffend: Die Mehrheit der befragten Teilnehmer gab an, ‚nie‘ oder ‚selten‘ an allgemeiner Kraftlosigkeit zu leiden. Im Laufe der Projektzeit blieb diese positive Einschätzung stabil.



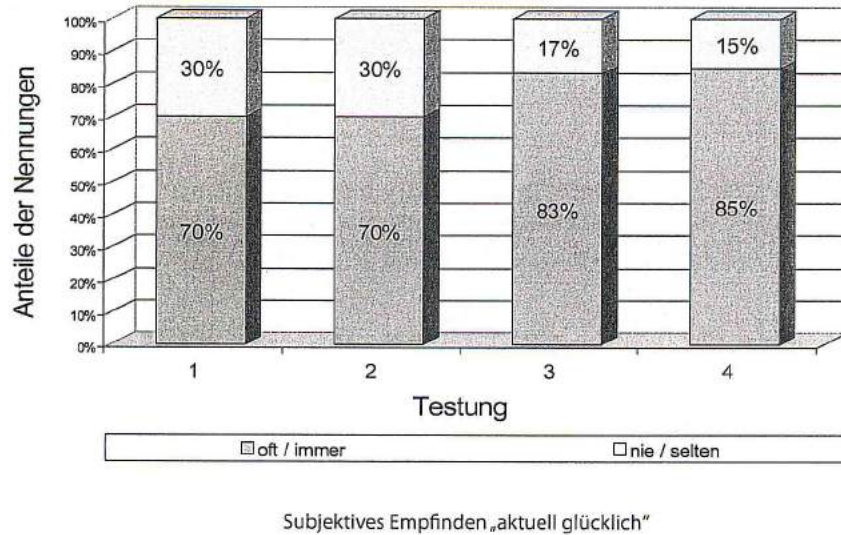
„Ich fühle mich im Alltag leistungsfähig“

Die erfreuliche Aussage „Ich fühle mich ‚sehr‘ oder ‚überwiegend‘ im Alltag leistungsfähig“ konnte die Mehrheit der über die gesamte Projektdauer teilnehmenden Älteren treffen. Einige gaben aber auch an, sich ‚kaum‘ oder ‚gar nicht‘ leistungsfähig zu fühlen. Im Laufe des Projekts ist eine Tendenz zu einer positiveren Einschätzung erkennbar. Zur Interpretation der Werte der zweiten Testung muss auf die äußeren Bedingungen, insbesondere die sommerlich heißen Temperaturen, hingewiesen werden.



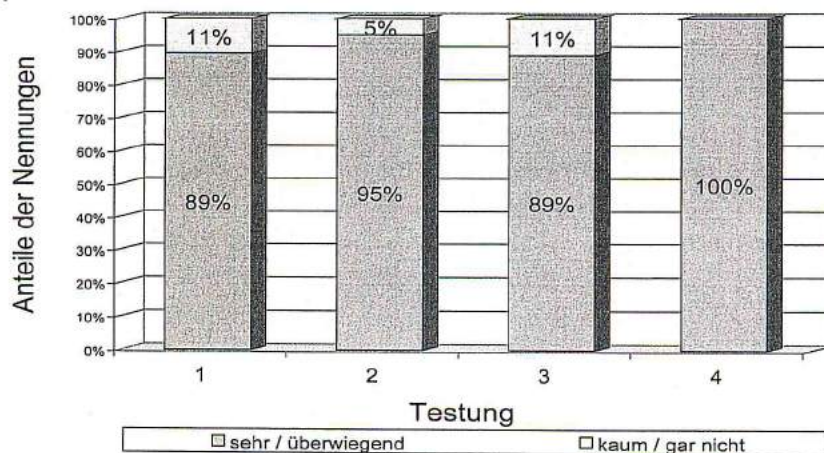
„Während der letzten 3-4 Monate habe ich mich glücklich gefühlt“

Die meisten der Befragten gaben an, jeweils während der letzten drei bis vier Monate vor den einzelnen Testungen ‚immer‘ oder ‚oft‘ glücklich gewesen zu sein. Auch hier nahm im Laufe der Testungen die Häufigkeit einer zunehmend positiveren Selbsteinschätzung zu, während die Häufigkeit derjenigen, die angaben, sich ‚selten‘ oder ‚nie‘ glücklich gefühlt zu haben, gegenüber der ersten Testung abnahm.



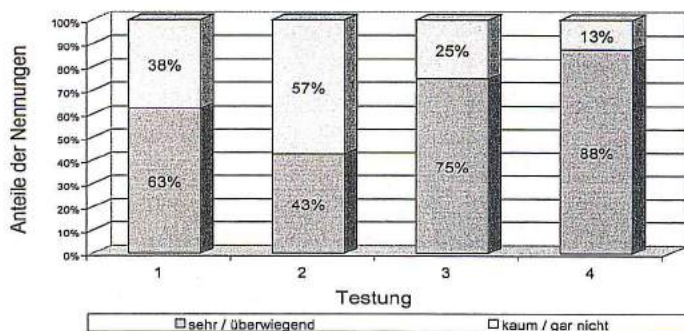
„Das Bewegungsangebot wird für mich sein/bzw. ist für mich hilfreich für eine bessere Alltagsbewältigung“

Die große Mehrheit der befragten Teilnehmer erwartete vor dem Start des jeweiligen Bewegungsangebotes, dass dieses ihnen helfen kann, Tätigkeiten des Alltags besser zu bewältigen. Diese Erwartung konnte offenbar übertroffen werden: Nach mehrmonatigem Absolvieren des Kräftigungsprogramms gaben die Teilnehmenden mehrheitlich an, dass das Bewegungsprogramm ihnen ‚sehr‘ oder ‚überwiegend‘ hilft, im Alltag besser zurechtzukommen. Besonders bei der vierten abschließenden Befragung befand die große Mehrheit der Befragten das Bewegungsangebot als ‚sehr‘ hilfreich für eine bessere Alltagsbewältigung.



Kommunikativer Aspekt – Kontakte fördern

Vom kommunikativen Aspekt des Projektes profitieren vor allem die selbstständig wohnenden Teilnehmer. Das sind diejenigen, die aus ihren eigenen Wohnungen (ambulant bzw. „Betreutes Wohnen“) zu den Übungsstunden zusammenkommen (n = 8). Vielen dieser Teilnehmer waren die meisten ihrer Nachbarn zuvor gar nicht bekannt. Auch hier wurden die Erwartungen übertroffen, denn im Laufe der Projektzeit bewerteten die Teilnehmenden das Bewegungsangebot zunehmend als kontaktfördernd:



Subjektives Empfinden „kontaktfördernd“

Erfahrungen



Ulrike Nieder, Diplom-Sozialarbeiterin und Projektleitung „fit für 100“:

„Die zehn verschiedenen Kernübungen sind immer gleich und werden stets in derselben Abfolge durchgeführt. Auf diese Weise haben auch die Demenzerkrankten durchweg ein 45-60-Minuten-Programm absolvieren können. Das ist eine neue und faszinierende Erkenntnis, ist doch die ‚10-Minuten-Aktivierung‘ in aller Munde.“

Guido Stephan, Geschäftsführer ASG im September 2006:

„Wenn ich erlebe, wie freudig die Mieter zu diesem doch anstrengenden Programm gehen, werde ich es ermöglichen, dass nach Ablauf der Modellzeit das Programm weitergeführt werden kann. Länger selbstständig bleiben bedeutet für unsere Mietergesellschaft einen längeren Aufenthalt bei uns.“

Eine Angehörige:

„Ich hätte nicht gedacht, dass Mutter zwei Mal in der Woche an dem Bewegungsprogramm teilnimmt. Ich erlebe sie seitdem deutlich aktiver. Sie ist nicht mehr so antriebsarm wie vorher. Manchmal ist sie regelrecht unternehmungslustig. Das habe ich nicht erwartet.“

Projektmitarbeiterin und Übungsleiterin Ulrike Kraus berichtet weiterführend aus ihrer kombinierten Bewegungsgruppe (Altenheimbewohner plus Gäste aus der Tagespflege):

„Für die Teilnehmer des Altenheims bedeutete der weite Weg zum Gruppenraum vor allem in den ersten Wochen eine große Herausforderung. Die demenzkranken Teilnehmer wurden in der Runde mit vielen unbekanntem Gesichtern konfrontiert; hier noch erschwerend: Aufgrund der unregelmäßigen Teilnahme mehrerer Gäste aus der Tagespflege war dauerhaft keine gleich bleibende Sitzordnung möglich. Die erste Bewegungseinheit erfolgte noch vollständig im Sitzen. Seit der zweiten Einheit standen alle (!) Teilnehmer für die erste eingeführte Beinübung auf, auch diejenigen Teilnehmer, die mit dem Rollstuhl zum Gruppenraum kamen. Nach sieben Wochen (14 Trainingseinheiten) waren alle Übungen eingeführt. Die Kraftübungen wurden von allen Teilnehmern sehr gut angenommen. Als bald erzählten sie von eigenen Erfolgen (besser aus dem Stuhl hochkommen, sicherer im Gang). Die koordinative Erwärmung wurde zunächst im Sitzen durchgeführt. Viele Teilnehmer waren in der Beinbewegung eingeschränkt, für die anderen bedeutete es eine zu hohe kognitive Anforderung, die unterschiedlichen Bewegungsaufforderungen zu verstehen. Als Abschluss haben sich bis heute ein Spiel mit Overbällen* und ein Lied bewährt. Die Trinkpausen wurden erst nach vielen Wochen und intensiven Erklärungen von allen Teilnehmern genutzt, nach der wärmeren Jahreszeit gab es auch wieder ein bis zwei Teilnehmer, die nichts trinken wollten. Die meisten Teilnehmer kommen nach wie vor sehr gerne, die ersten zwei Monate bestand der feste Kern aus 12 bzw. 10 Teilnehmern, dann kam es zu ersten Ausfällen: Eine Teilnehmerin wechselte nach einem Krankenhausaufenthalt von der Tagespflege ins Altenheim, konnte aber dennoch weiter am Programm teilnehmen, eine andere Teilnehmerin zog in ein anderes Heim und wiederum eine andere Teilnehmerin ist mittlerweile so desorientiert, dass ihr das Training nicht mehr zumutbar ist; somit bleiben nur ein bis drei Personen aus der Tagespflege.“

* Overbälle: sehr leichte, aber strapazierfähige Bälle mit gummierter Außenhaut

Herausforderungen und ihre Bewältigung

Für auftretende Probleme gab und gibt es nicht die eine Lösung. In Abhängigkeit von unterschiedlichen Rahmenbedingungen werden sich für jede Einrichtung andere Fragen ergeben. In den meisten Fällen ist ein auftretendes Problem mit der Größe und Ausstattung der Einrichtung, der Höhe der mit der Problemlösung verursachten Kosten und auch dem Engagement und der Kompetenz der Verantwortlichen in (Geschäfts-) Leitung und Pflege verknüpft. An dieser Stelle wollen wir Lösungsmöglichkeiten für Herausforderungen anbieten, die während der Modellphase für Spannungen gesorgt haben. So dienen die nachfolgenden Tipps der Orientierung:

Regelmäßige Teilnahme

Im teilstationären Bereich sind wir auf Gäste gestoßen, die nicht regelmäßig (d. h. zweimal wöchentlich) an den Gruppenstunden teilnehmen konnten. Für eine neue Übungsgruppe ist daher im Vorfeld zu beachten: Sind die potenziellen Teilnehmer an den Übungstagen auch in der Einrichtung?

Mehrfachbelegung des Übungsraumes

Selbst ein nicht genutzter Keller- raum konnte während der Modellphase in einer Einrichtung freundlich und persönlich gestaltet werden, sodass er von den Teilnehmenden nicht nur gebilligt, sondern als „ihr eigener Trainingsraum“ angenommen wurde.

Vereinzelt kam es während der Projektphase vor, dass der Übungsraum auch für andere Aktivitäten (Fortbildungen, Basare, Info-Veranstaltungen) genutzt werden konnte oder musste. Mitunter führte dieser Umstand zum Ausfall der „fit für 100“-Übungsstunde oder der Übungsraum musste zeitweise gewechselt werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass nicht alle Teilnehmer diesen Tausch akzeptieren und darauf das Mitmachen verweigern. Hier helfen nur klärende Absprachen zwischen den Mitarbeitern des Hauses, der Übungsleitung und der Projektleitung „fit für 100“. Bei der Neueinrichtung einer „fit für 100“-Gruppe sollte die Priorität der Raumnutzung beim Bewegungsangebot „fit für 100“ liegen.

Das Bewegungsangebot „fit für 100“ macht die Belegung eines großen Gruppenraumes nicht zwingend erforderlich. Ganz im Gegenteil konnten Teilnehmer und Übungsleitende effizient auch in kleinen, aber „eigenen“ Räumlichkeiten arbeiten. So verkürzt die Durchführung des Angebots im Wohnbereich der Teilnehmenden die Wege, das Material kann vor Ort gelagert werden, und vor allem Demenzerkrankte profitieren von der Atmosphäre der gewohnten Umgebung.

Bestuhlung

Während der Projektphase zeigte sich, dass nicht in allen Einrichtungen eine optimale Bestuhlung vorhanden war. Pro Teilnehmer werden zwei Stühle benötigt: Nach Möglichkeit soll der vordere Stuhl des Doppelstuhlkreises Armlehnen aufweisen (u. a. zum Abstützen für die Trizeps-Übung), der hintere hingegen nicht, damit die Ausführung der Armkraftübungen mit Hanteln nicht behindert wird.

In fast jeder Einrichtung gibt es bereits Stühle mit und ohne Armlehnen, sodass es häufig nur eine Frage der frühzeitigen Organisation ist, geeignete Stühle am Platz zu haben. Eine Anmerkung: Es ist besser, ein regelmäßiges „fit für 100“-Programm auf nicht optimalen Stühlen durchzuführen, als dieses wegen ungeeigneter Bestuhlung entfallen zu lassen. Vor allem mobilere Hochaltrige zeigen sich in der Regel flexibel und sind in der Lage, auf der vorderen Stuhlkante sitzend, die Armkraftübungen auch auf einem Stuhl mit Armlehne durchzuführen. Es gilt die Faustregel: Je größer die Gruppe ist, und je mehr Teilnehmende beeinträchtigt sind, desto eher sollten Bestuhlung, Beleuchtung sowie die allgemeine Raumsituation dem Optimum angenähert werden. Ökonomisch sind Stühle, deren Nutzung sich durch klappbare Armlehnen variieren lässt.



Häufiger Wechsel der Teilnehmer

Vor allem in sehr heterogenen Gruppen kann es zu einem häufigen Wechsel der Teilnehmenden kommen. Vielleicht konnte sich (noch) kein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickeln oder Erfolge sind nur vereinzelt erkennbar, weil die Spannbreite der Fähigkeiten unter den Teilnehmenden sehr groß ist. Manchmal ist die Gruppe der Rollstuhlfahrer, denen eine Durchführung der Übungen nur im Sitzen möglich ist, zu groß und führt zu einer „Abwanderung“ der Stehfähigen. Hier sind zum einen Feingefühl und Differenzierungsfähigkeit des Übungsleiters gefragt, denn dieser muss Ruhe in die Gruppe einkehren lassen und gezielt die individuellen Fähigkeiten der Gruppenteilnehmer fördern. Dies ist grundsätzlich möglich im Rahmen des Bewegungsprogramms „fit für 100“. Jedoch müssen die Teilnehmenden in einem geeigneten Verhältnis zusammengesetzt werden, so dass auf der anderen Seite eine gezielte Auswahl für die Gruppe getroffen werden muss. Meist ist dies Aufgabe des sozialen Dienstes einer Einrichtung. Hier gilt die Faustregel: Die Gruppe sollte nicht zu viele Ältere mit besonderer Betreuung verkräften müssen (Demenzkerkrankte, Erblindete, Schwerhörige).



Mitarbeiter der Einrichtung kann nicht regelmäßig am Bewegungsangebot teilnehmen

Wenn ein Mitarbeiter von Seiten der Einrichtung zwar für die Bewegungsstunden „fit für 100“ vorgesehen ist, dann aber doch oft nicht freigestellt werden kann, führt dies zu besonderen Problemlagen. Zum einen fehlt der Übungsleitung die nötige Unterstützung (betreuungsintensive Teilnehmer, Toilettengänge, allgemeine Hilfestellungen), zum anderen kann der Mitarbeiter die Übungen und deren Durchführung bzw. Anleitung selbst nicht erlernen. Dem Teilnehmenden wiederum fehlt die Vertrauensperson aus dem Alltag. Dies kann insbesondere dann problematisch werden, wenn mit Demenzerkrankten trainiert wird. Zur Vermeidung solcher Situationen müssen vor dem Aufbau einer Gruppe genaue Absprachen zwischen Hausleitung und Wohnbereich getroffen werden.

Zusammenarbeit und Austausch mit den Mitarbeitern der Pflege

Im Verlauf der Zeit ist in jeder Einrichtung die breite Unterstützung des Bewegungsprogramms „fit für 100“ geglückt – jedoch nicht auf Anhieb. Zwar war in den Dokumentationssystemen der Bewohner die Teilnahme an der Bewegungsgruppe vermerkt, dennoch gab es zum Teil geringe Unterstützung z. B. bei Abhol- und Bringdiensten in den Übungsraum. Erst nach den ersten sichtbaren Erfolgen konnten auch die „Zweifler“ unter den Mitarbeitern gewonnen werden. Allgemeiner Informationsmangel und ein zu geringes Einbeziehen der Bezugspersonen eines Teilnehmers können als Grund für diese Schwierigkeiten der Anfangsphase angegeben werden. Daher ist es von besonderer Wichtigkeit, dass allen Mitarbeitenden eines Hauses die Bewegungsarbeit bei „fit für 100“ ein Begriff ist. Bei der Umsetzung der Informationsweitergabe ist vor allem die Unterstützung der Hausleitung vonnöten. Die Übungsleitung kann durch mündliche wie schriftliche Informationen zur Weitergabe von Hinweisen beitragen. Darüber hinaus wirkt das Bekanntmachen des Angebotes in der Einrichtung und im Zimmer des Teilnehmenden durch Plakate oder Hinweisschilder.

„Nur wer eine Idee davon hat, wie er etwas verändern kann, wird etwas verändern.“



Implementierung der Gruppen – Überführung in organisatorische und finanzielle Selbstständigkeit

Zum Projektende konnte erfreulicherweise jede der neun im Jahr 2005 gestarteten „fit für 100“-Projektgruppen in die Selbstständigkeit überführt werden. Alle beteiligten Mitarbeiterinnen der Einrichtungen waren bereits zum Projektstart vom Team „fit für 100“ geschult worden:



- Die „fit für 100“-Gruppe der städtischen Sozialbetriebe Köln gGmbH (SBK) in Riehl wird von einer Diplomsportlehrerin, die als Mitarbeiterin des Instituts für Seniorengesundheit KölnVital tätig ist, zwei Mal wöchentlich fortgeführt. Während der Gruppenstunden wird sie regelmäßig von einer Aushilfskraft unterstützt.
- St. Vinzenzhaus in Köln-Brück: Die als Kombiprojekt (Gäste der Tagespflege und Bewohner des Altenheims) gestartete Gruppe wird nach der einjährigen Phase von zwei Mitarbeiterinnen des Hauses fortgeführt. Die Mitarbeiterinnen gehören dem Bereich „Soziale Dienste“ des Altenheims an. Jede wird jeweils einmal wöchentlich eine Stunde durchführen. In Urlaubs- und Krankheitszeiten vertreten sie sich gegenseitig. Die seit Projektbeginn teilnehmenden Gäste der Tagespflege sind weiterhin willkommen. Sollte es zum Ausscheiden eines Teilnehmenden kommen, wird von beiden Abteilungen die Entscheidung zur Integration einer weiteren Person gefällt.
- Antoniter Siedlungsgesellschaft (Köln-Ostheim): Die externe Übungsleiterin, die das Programm bereits während der Modellphase durchgeführt hat, führt die Gruppe auf Honorarbasis fort. Zur Finanzierung tragen neben der ASG die in der Mietervereinigung lebenden Älteren durch einen Betrag von einem Euro pro Stunde selbst bei. Sollten Teilnehmer ausscheiden (müssen), soll die Gruppe für Interessierte (auch) aus dem Stadtteil geöffnet werden.
- Altenheim St. Elisabeth in Münster: Eine Mitarbeiterin der Pflege führt das „fit für 100“-Programm zweimal wöchentlich weiter. An einem Tag in der Woche wird sie unterstützt durch eine ehrenamtliche Mitarbeiterin des Hauses. Darüber hinaus ist für das Haus geplant, den bisherigen Übungsleiter für weitere „fit für 100“-Gruppen in den Wohnbereichen einzusetzen.
- Altenzentrum Wiepeldoorn in Schloss Holte: Auch in Schloss Holte konnte das „fit für 100“-Programm erfolgreich installiert werden. Auf 400-Euro-Basis wird die Übungsleiterin der Projektphase weiter beschäftigt.
- Im Nettetaler Marienheim führt die Mitarbeiterin aus dem sozialen Dienst das Angebot in gewohnter Weise fort. Die bisherige Übungsleiterin soll in Urlaubs- und Krankheitszeiten einspringen und als freie Honorarkraft finanziert werden. Die Einrichtung einer weiteren Gruppe für demenziell Erkrankte ist in Planung.
- Die Bruderschaft zu unserer lieben Frau in Goch beschäftigt auch weiterhin ihre von extern eingestellte Übungsleiterin „fit für 100“. Diese kann ihre Honorarforderung an die Einrichtung stellen.
- Genau so verfährt auch das Katharina Luther-Haus Gütersloh: In diesem Haus leitet die bisherige Übungsleiterin weiterhin die „fit für 100“-Gruppe an. Sie wird – wie auch während der Projektphase – von einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin unterstützt.
- Im Dortmunder Altenheim St. Ewaldi führt wiederum die Mitarbeiterin aus dem sozialen Dienst die „fit für 100“-Gruppe fort. Zur Mithilfe wird ihr jeweils ein Zivildienstleistender bzw. eine ehrenamtlich helfende Kraft zur Seite gestellt.

An dieser Stelle ist die Antoniter-Siedlungsgesellschaft in Köln-Ostheim besonders zu erwähnen: Erfreulicherweise konnte die „fit für 100“-Bewegungsgruppe direkt nach Beendigung der Modellphase (im November 2006) für Bewohner aus dem Stadtteil geöffnet werden. Durch Mund-zu-Mund-Propaganda sprach sich dieses Angebot schnell herum, sodass bereits jetzt mit dem Gedanken spekuliert wird, eine weitere Gruppe zu etablieren. Jede teilnehmende Person aus dem Stadtteil zahlt pro Training zwei Euro.

EINRICHTUNG EINER „FIT FÜR 100“-GRUPPE

Wenn Sie für sich und Ihre Institution entschieden haben, ein „fit für 100“-Bewegungsangebot einzurichten, kontaktieren Sie bitte das „fit für 100“-Team. Die folgenden Abschnitte bieten Ihnen einen ersten Überblick in Form einer „Checkliste“. Schritt für Schritt können Sie damit Eckpunkte der Planung klären.

Entwurf des Zeit- und Kostenrahmens, Organisation

Finanzierungsüberlegungen und Zeitbedarf

In der Planungsphase zur Einrichtung einer „fit für 100“-Gruppe wählt jede Institution einen eigenen Weg der finanziellen Abwicklung von der Nutzung des Fördervereins bis hin zur Bereitstellung eines Mitarbeitenden aus der Pflege, des sozialen Dienstes, Zivildienstes oder der Einrichtung eines Minijobs. Ausgehend vom Standpunkt der Effektivität sollten die investierten Mittel Zeit und Geld lohnend sein. Dazu ist eine Übersicht dieser Investitionen im Vergleich zu den erreichten „Einsparungen“ sinnvoll. Als zeitliche Investition muss nicht nur die Übungsstunde selbst, sondern auch deren Vor- und Nachbereitung gesehen werden. Wie für die Übungsstunde gilt auch hier eine Personenzahl von zwei Mitarbeitern, einer Mitarbeiterin der sozialen Dienste und einer Hilfskraft, als effektiv. Für Hol- und Bringdienste, ein immer wiederkehrendes Element für jegliche Gruppenaktivitäten, sollten die Gruppenbetreuer selbst nur nach Absprache eingesetzt werden. Falls es möglich ist, eine Gruppenleitung zu finden, die zusätzlich diese Dienste leistet, gilt folgender Vorteil: Die Übungsleitung erhält direkt aus dem Wohnbereich aktuelle Rückmeldungen über Besonderheiten des Tages, Vorfälle oder Gemütszustand der Teilnehmenden. In der Regel sollte das Holen und Bringen allerdings den Mitarbeitern der einzelnen Wohngruppen möglich sein. Oft wird in diesem Zusammenhang das Argument der fehlenden Zeit vorgebracht, doch war dies aus unserer (Ein-)Sicht während der Projektphase nicht berechtigt, da Bewohner des Wohn- und Pflegebereiches, die am „fit für 100“-Programm teilnehmen, während der Gruppenstunde selbst nicht betreut werden müssen. Darüber hinaus entwickeln die teilnehmenden Personen im Laufe des Programms eine erhöhte Eigenaktivität, verbessern ihre Selbstständigkeit und benötigen im gesamten Alltag weniger Unterstützung bzw. können ihrerseits den Pflegeprozess aktiv unterstützen und somit Pflegekräfte entlassen. Schon nach kurzer Zeit waren daher die Hol- und Bringdienste – auch durch Pflegekräfte – im Projekt und Projektzeitraum kein Thema mehr.

Kontaktaufnahme mit dem „fit für 100“-Team

Für die Einrichtung einer neuen Bewegungsgruppe nehmen Sie bitte Kontakt mit dem „fit für 100“-Team auf. Wir bieten Ihnen qualifizierte fachliche Hilfe und Beratung. Daneben sind wir für Sie Ansprechpartner bei der Umsetzungsarbeit und Begleitung der neu eingerichteten Gruppe(n). Wir sind Ihnen ebenfalls gern behilflich, Informationsveranstaltungen auszurichten.

Informationen unter:
www.ff100.de

Personalkosten

Pro Übungsstunde lassen sich die Personalkosten durch eine Fachkraft (ca. 24 Euro) und eine Hilfskraft (ca. 12 Euro) beispielhaft berechnen: Bei (notwendigerweise) zweimaligem Training pro Woche finden je nach Lage der Trainingstage zwischen 92 und 100 Trainingseinheiten pro Jahr (im Jahresdurchschnitt 96) statt. Dies entspricht jährlichen Kosten pro Trainingsgruppe von max. 3500 Euro. Alternativ können eine Übungsleiterin von außerhalb der Einrichtung und eine Hilfskraft der Einrichtung eingesetzt werden. Hier liegen die Kosten bei ca. 3100 Euro. Auch über den Einsatz einer ehrenamtlich tätigen Person kann nachgedacht werden. Ebenso können Kooperationen zwischen Altenhilfeeinrichtung und z. B. einem Sportverein geschlossen werden. Auch die Kooperationen mit dem Stadt(-teil) oder der Pfarrei bieten sich an. Dem Organisationsrahmen sind nur wenige Grenzen gesetzt.

Die durchschnittlichen Personalkosten einer Trainingsgruppe „fit für 100“ während der Projektzeit betragen 3128 Euro oder umgerechnet 2,72 Euro für jeden Teilnehmer

Finden eines Gruppenraumes

Idealerweise findet das Angebot in den Räumlichkeiten einer Altenhilfe-Einrichtung statt. Selbstständig lebende Hochaltrige erreichen auch einen (barrierefreien) Gymnastikraum in Wohnortnähe. Möglicherweise ist die Pfarrei interessiert und stellt einen Raum zur Verfügung (interessant bei Mietervereinigungen bzw. ambulanten Gruppen).

Einsparungs- und Entlastungseffekte

Die Ergebnisse aus Barthel, IADL und MMST lassen den Schluss zu, dass das „fit100“-Trainingsprogramm Körper und Geist trainiert und dem Alterungsprozess entgegenwirkt. Er kann verzögert und in einzelnen Fällen sogar aufgehalten werden („compression of morbidity“).

Wird der Zeitraum für gesünderes Altern verlängert, bedeutet ein längerer Verbleib in einer Pflegestufe eine enorme finanzielle Ersparnis. **Jährliche Personalkosten von 3000.- € für eine Übungsgruppe amortisieren sich bereits, wenn ...**

... 12 stationär versorgte Teilnehmer (oder 6 ambulant versorgte) einen Monat länger in Pflegestufe I verbleiben als ohne Training (Differenz der Leistungen für Pflegestufe I und II: 256.- € stationär, 537.- € ambulant).

oder

... 5 Teilnehmer mit Pflegestufe I einen Monat länger ambulant, anstatt stationär versorgt werden als ohne Training (Differenz der Leistungen für Pflegestufe I stationär vs. ambulant: 639.- €).

Weitere Effekte durch die Entlastungen des Pflegepersonals (physisch und psychisch) und Einsparungen durch **reduzierte Sturzgefahren** sind daneben noch nicht berücksichtigt worden.

Organisatorische Hinweise

Die Durchführung von kombinierten Gruppen („gemischte“ Gruppe aus Bewohnern des Altenheimes und Gästen aus der Tagespflege bzw. Bewohnern des betreuten Wohnens) halten wir aus pädagogischen Gründen für sehr empfehlenswert. Überdies wird für eine Reihe von Einrichtungen ein Kombiprojekt in Frage kommen können, da viele Einrichtungen über einen Tagespflegebereich bzw. über einen Bereich „Betreutes Wohnen“ verfügen. Die Vorteile einer solchen Gruppenbildung können für den Träger insbesondere im Bereich der Kundenbindung gesehen werden, doch auch für den Teilnehmenden ergibt sich ein Gewinn: Falls eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes die Übersiedelung in ein Altenpflegeheim notwendig machen sollte, ist der Betroffene bereits vertraut mit Personen, Räumen und Abläufen innerhalb der Einrichtung. Auf diese Weise ist auch bei einem Standortwechsel eine gewisse Kontinuität in der Betreuung gegeben. Die Finanzierung solcher Gruppen erweist sich dann als schwierig, wenn die verschiedenen Abteilungen (Altenheim/Tagespflege) ihre Serviceleistungen aus verschiedenen Budgets bestreiten müssen oder wenn mit unterschiedlichen Gästen aus der Tagespflege keine einheitlichen Verträge in puncto Betreuungsangebote/Serviceleistungen vereinbart wurden. Bei der Einrichtung eines Kombiangebots ist daher im Vorfeld zu klären, in welcher Abteilung des Hauses das Angebot stattfinden wird. Nach unserer Empfehlung ist die Installation im Bereich der Altenpflege ratsam. Den Gästen aus der Tagespflege kann über Absprachen mit den Angehörigen gegebenenfalls die Entrichtung eines Beitrags von ca. ein bis zwei Euro pro Training zugemutet werden.

Vielfach ist in Einrichtungen der Altenhilfe der Wille vorhanden, neuartige Bewegungsangebote zu entwickeln und zu gestalten. Dennoch scheitert die Umsetzung häufig, wenn eine Orientierung an gewohnten Organisationsstrukturen erfolgt. Für „fit für 100“ muss beispielsweise die Angebotsstruktur eines nur einmal wöchentlich stattfindenden Bewegungsangebotes durchbrochen werden.

Die Aufgabe, neue Angebote in einer bestehenden Institution zu implementieren, erfordert oft ein Umdenken sowie eine Neuorganisation. Rechnen Sie mit Vorbehalten, aber setzen Sie auf Kommunikation, Überzeugungskraft und Beharrlichkeit.

Gruppenleitung

Grundsätzlich eignet sich eine Großzahl von Mitarbeitern mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund für die Leitung des „fit für 100“-Bewegungsangebots. In diesem Punkt muss für jede Altenhilfe-Einrichtung die Entscheidung getroffen werden, ob und welcher Mitarbeitende* aus dem Personalkontingent zeitweise für die Gruppenleitung freigestellt werden kann. Alternativ ist die Einrichtung eines Minijobs möglich. Andernfalls muss ein externer Übungsleiter gewonnen werden.

Für die Arbeit mit Hochaltrigen ist es von großem Vorteil, wenn die Übungsleitung im Ort/im Stadtteil oder in der Einrichtung bekannt ist.

Für Krankheits- und Urlaubszeiten muss auf jeden Fall eine Vertretungsregelung bedacht werden. Eine Bandbreite an Regelungsmöglichkeiten für Arbeitszeiten und Vergütung zeigen die praktischen Beispiele aus den Modellprojekten.

* vgl. auch Zielgruppen der Schulung, S. 49

Qualifikation der Gruppenleitung

Viele (Sport-)Übungsleiter benötigen gerade im Umgang mit Hochaltrigen oder demenziell Erkrankten Zusatzinformationen, um praktische Entscheidungen für die Gestaltung eines Bewegungsangebotes fällen zu können. Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenhilfe benötigen wiederum entsprechendes trainingswissenschaftliches Wissen (vgl. Schulung „fit für 100“, S. 49).

Arbeitsmittel und Materialien

Auf der Grundlage von zwölf teilnehmenden Personen kann nach dem „fit für 100“-Übungskatalog der Bedarf für folgende Materialien aufgelistet werden.

- 12 Stühle mit Armlehne und 12 Stühle ohne Armlehne
- 24 variable Gewichtsmanschetten für die Beine (0 bis 5 kg in 250 g Stufen)
- 2 Paar Hanteln a 3 kg
- 3 Paar Hanteln a 2 kg
- 4 Paar Hanteln a 1,5 kg
- 4 Paar Hanteln a 1 kg

Hanteln mit geringerem Gewicht 750 g, 500 g und 250 g können mit Hilfe der Gewichtsstäbe aus den Gewichtsmanschetten für die Beine hergestellt werden.

Die Materialbeschaffung für das „fit für 100“-Programm umfasst neben den Gewichtsmanschetten und Hanteln unterschiedlicher Gewichtsstufen auch Kleinmaterialien, die jedoch in den meisten Einrichtungen schon vorhanden sein dürften. Die Investitionen für das Material belaufen sich auf ca. 1000 Euro. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu berücksichtigen, dass mit einmal beschafftem Material mehrere Gruppen trainieren können.



Weitere Materialien aus dem Übungskatalog

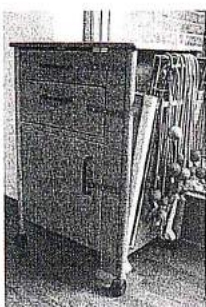
- 3-5 verschiedenfarbige Overbälle
- 1-2 Schaumstoffwürfel
- Seile
- Handtücher
- Seidentücher
- Reissäckchen
- Softbälle
- Tennisringe
- Schwungtuch

Weitere frei wählbare Verbrauchsmaterialien

- Zeitungen
- Plastikbecher
- Pappeller
- Luftballons
- Abdeckfolie

Der versierte Übungsleiter kann selbstverständlich aufgrund seiner Erfahrung die vorhandenen Materialien entsprechend dem Übungsgedanken der einzelnen Übungen einsetzen, sodass insbesondere bei den Verbrauchsmaterialien auch andere Dinge verwendet werden können.

Materialaufbewahrung



Neben dem Kauf der Sport- und Spielgeräte ist die Anschaffung eines abschließbaren Materialschranks zu empfehlen, in dem die Hanteln und Gewichtsmanschetten sicher verwahrt werden können. Die einzelnen Modelleinrichtungen setzten diese Anforderung während der Projektphase individuell um. So hat sich beispielsweise die Aufbewahrung der „gewichtigen“ Materialien auf einem Rollwagen in einer Ecke des Geräteraums ebenso bewährt wie die Lagerung in einem abschließbaren, eigentlich als Nachtschränkchen gedachten Rollwagen, passend zur Inneneinrichtung eines Gemeinschaftsraums.

Grundsätzlicher Rat: Sollten die Materialien nicht am oder im Übungsraum selbst aufbewahrt werden können, ist die Nutzung eines Rollwagens oder Rolltisches unumgänglich. Dies stellt in der Regel kein Problem dar, weil nahezu jede Einrichtung für den Transport von Speisen, Wäsche oder anderer Materialien über diverse Transportmittel verfügt.

Raumplanung und Notfallausrüstung

Fast jede Einrichtung ist mit einem Gemeinschaftsraum oder einem speziellen Gymnastikraum ausgestattet. In Einrichtungen der Altenhilfe versteht sich ein barrierefreier Zugang von selbst. Toiletten sollten sich in erreichbarer Nähe befinden.

„Wird's besser? Wird's schlimmer?“
fragt man alljährlich.
Seien wir ehrlich:
Leben ist immer lebensgefährlich.

Erich Kästner



Bei der Neugründung eines Bewegungsangebotes in Pfarrheimen, Vereinshallen etc. muss diesen Aspekten besondere Bedeutung geschenkt werden. Auch in kleineren Räumen, z. B. im Wohnbereich selbst, ist die Durchführung eines „fit für 100“-Angebotes denkbar. Auf diese Weise kann einer möglichst kurzen Entfernung für geh-eingeschränkte Teilnehmer Beachtung gezollt werden.

Die Aufstellung der Stühle für den Doppelstuhlkreis ist von der Raumgröße abhängig und ferner davon, wie mobil die Teilnehmer sind. Eine gleichbleibende Sitzordnung ist für demenzkranke Menschen hilfreich. Schwerhörige, schlecht sehende Personen und Menschen mit besonderer Hilfsbedürftigkeit (z.B. beschränktes eigenständiges Stehen) müssen in der Sitzordnung besonders bedacht werden. Hier kommt die Aufgabe des zweiten Mitarbeiters zum Tragen.

Sicherheit

Auch wenn nach Erich Kästner das „Leben [...] immer lebensgefährlich“ ist, gibt es gerade bei Hochaltrigen eine Reihe von Sicherheitsmaßnahmen zu beachten:

Der Veranstalter muss für zweckmäßige Rahmenbedingungen (sicherer Zugang, guter Boden) sorgen, standsichere Stühle, ein Telefon für Notrufe sowie einen Erste-Hilfe-Koffer bereitstellen.

Viele Teilnehmer sind sich ihrer Einschränkungen oft selbst nicht bewusst. Sie sollten Warnzeichen jedoch nicht ignorieren und wissen, dass ihr Körper nicht jeden Tag gleich reagiert. Für die passive Sicherheit muss auf bequeme Kleidung (Atmung!) und festes Schuhwerk, evtl. speziellen Hüftschutz besonderen Wert gelegt werden. Wenn die Teilnehmer nicht mehr selbst für sich Sorge tragen können, muss das Pflegepersonal unterstützend einwirken.

Die Übungsleitung sollte über entsprechende Qualifikationen im Umgang mit hochaltrigen Menschen verfügen. Spezielle Kenntnisse des Programms „fit für 100“ werden vorausgesetzt. Sie sollte mit Erster Hilfe vertraut sein und in jeder Trainingsstunde nach Möglichkeit ein aufgeladenes Handy mit sich führen. Absprachen mit dem sozialen Dienst der Einrichtung oder dem Pflegepersonal tragen dazu bei, in einer Notfallsituation rasch und folgerichtig reagieren zu können. Unterstützt werden kann die Übungsleitung durch Mitarbeiter der Pflege oder des sozialen Dienstes der Einrichtung. Diese verfügen in der Regel über das nötige Fachwissen aus dem medizinischen/pflegerischen Bereich. In diesem Punkt wird eine enge Zusammenarbeit erforderlich.

Versicherungsschutz

Für Einrichtungen der Altenhilfe deckt eine Versicherung allgemeine Schadensfälle, die während der von der Einrichtung veranstalteten Aktivität auftreten, ab. In Einzelfällen deckt die Versicherungsleistung Unfallschäden (z.B. Invalidität) jedoch nicht in voller Höhe ab, daher ist es für die Übungsleitung ratsam, einen privaten Haftpflichtschutz zu besitzen. Daneben ist (für etwas mehr als 100 Euro jährlich) eine Berufshaftpflichtversicherung für Übungsleiter zu empfehlen. Ehrenamtliche Mitarbeiter sind im Haftpflichtbereich in der Regel über ihre Trägerorganisation abgesichert. Für Ehrenamtliche, die nicht bereits anderweitig geschützt sind, hat das Land Nordrhein-Westfalen eine Unfall- und Haftpflichtversicherung abgeschlossen.

Anzahl und Auswahl der Teilnehmer

Die Betreuung sehr alter, bewegungseingeschränkter und/oder zum Teil demenziell erkrankter Menschen in einer Bewegungsgruppe stellt für Übungsleiter und Mitarbeiter durchaus eine Herausforderung dar. Nichtsdestoweniger unterstreichen wir hier noch einmal die Wichtigkeit einer sinnvollen und gewinnbringenden Beschäftigung vor allem für stark bewegungseingeschränkte und/oder demenziell erkrankte Bewohner von Altenhilfeeinrichtungen.

Bewohner von Altenhilfeeinrichtungen

Eine optimale Gruppengröße für das „fit für 100“-Angebot liegt bei 8-15 Teilnehmern. Damit ist die Gruppe nicht zu groß, um miteinander in Kontakt zu treten, wird aber auch nicht zu klein, wenn aus gesundheitlichen oder terminlichen Gründen Teilnehmer einmal absagen müssen. Die Teilnahme pendelt sich bei 10-12 Personen ein. Letztlich ist die optimale Teilnehmerzahl auch abhängig von den Kompetenzen und Eigenheiten der einzelnen Gruppenmitglieder. Insgesamt muss sich der Kreis der Teilnehmenden in einem geeigneten Verhältnis zusammensetzen. Für Bewohner einer Altenhilfeeinrichtung ist dies meist Aufgabe des sozialen Pflegedienstes. Hier sei noch mal an die Faustregel erinnert: Die Gruppe kann nur eine begrenzte Zahl Älterer mit besonderer Betreuung verkraften (Demenz Erkrankte, Erblindete, Schwerhörige). Für alle Teilnehmer ist die ärztliche Zustimmung zu Teilnahme empfohlen.

Grundanforderungen

Das Kern-Übungsprogramm erfordert von den Teilnehmenden zumindest die Fähigkeit, stehen (nicht notwendigerweise gehen) zu können. Viele Ältere können dies mit Halt an der Stuhllehne (Doppelstuhlkreis). Es lohnt sich, die Stehfähigkeit im Einzelfall einfühlsam und ermunternd zu erproben! Für Rollstuhlfahrer, die trotz Hilfestellung bzw. an der Stuhllehne aufgestützt, nicht alleine stehen können, bietet „fit für 100“ Alternativübungen im Sitzen an. Dies ist in Einzelfällen dann für eine Gruppe tragbar, wenn sich die Rollstuhlbenutzer selbstständig der Ausübung der Alternativübungen widmen können. Überdies ist im weitesten Sinne eine Gruppenfähigkeit erforderlich. Neben den körperlichen Beeinträchtigungen alter Menschen sind gerontopsychiatrische Veränderungen der Teilnehmenden für das Gelingen der Trainingsstunden von Bedeutung. Aggressive oder kognitiv nicht erreichbare Personen können an einem Gruppenangebot nicht teilnehmen.

Demenzkranke Teilnehmer

Oft heißt es, dass z. B. demenziell Erkrankte mit starker motorischer Unruhe und Hinlauftendenz sich nicht für die Teilnahme an einer Bewegungsgruppe eignen. Unsere Erfahrungen haben jedoch anderes gezeigt: Trauen Sie Ihren Bewohnern eher mehr zu als weniger. In einigen Fällen berichteten Mitarbeiter von Personen, deren Teilnahme zu überraschenden, positiven körperlichen und emotionalen Entwicklungen im Trainingsverlauf geführt hat.

Eine geeignete Gruppengröße und die optimale Zusammensetzung der Gruppe tragen zum Gelingen des Bewegungsprogramms bei.



Werbung für die Teilnahme am „fit für 100“-Bewegungsangebot



Information innerhalb der Einrichtung, durch die lokale Presse, Ärzte und Apotheken

Es hat sich als sehr sinnvoll erwiesen, das Pflegepersonal und alle im Umfeld beteiligten Personen von der Einrichtung eines neuen Bewegungsangebotes zu informieren. Nur wer um die Sinnhaftigkeit weiß, fühlt sich verantwortlich und kann eingebunden werden. Auch die im Hause (örtlich niedergelassenen) behandelnden Ärzte sollten über das Bewegungsprogramm aufgeklärt werden. Viele wissen noch nicht, dass dieses Angebot auch als Bewegungstherapie (z. B. nach Hüftoperationen, vgl. S. 19 „Erfahrungsbericht“) wirken kann. In der lokalen Presse kann ebenfalls eine Werbung durchgeführt werden, die inhaltlich und organisatorisch erste Informationen zum „fit für 100“-Angebot bietet.



Für Werbung innerhalb einer Einrichtung oder für selbstständig lebende Ältere eignen sich Infozettel, Flyer, Informationsveranstaltungen und Plakate im Stadt- oder Ortsteil. Für die Werbung demenzerkrankter Teilnehmer bietet sich die Information der Angehörigen oder Bezugspfleger in Gesprächen an. Zur Unterstützung sind auch hier – möglichst bebilderte – Flyer sinnvoll.

Der wichtigste Teil der Werbung liegt möglicherweise in dem Aspekt „Akzeptanz im eigenen Haus schaffen“, denn nur, wenn ein neues Projekt als sinnvoll und notwendig erachtet wird, kann die Umsetzung auch bei der Überwindung von Widerständen gelingen.

„Der schwerste Weg, den ein Mensch zurücklegen muss, ist der Weg zwischen einem guten Vorsatz und seiner Ausführung.“
(Martin Luther King)

Zielgerichtet einladen

Die Teilnehmenden können – eventuell sogar mit einem Schnupperangebot – von der Einrichtung eingeladen werden. Während der „Schnupperzeit“ können sie sich dann ein Bild von der Trainingsgestaltung und der Belastung machen. Auf diese Weise wird vermieden, dass sich der Einzelne bedrängt fühlt und trotz grundsätzlicher Akzeptanz eine Abwehrhaltung entwickelt.

Motivationstipps

In der Werbephase muss der Umgang mit Schlagworten wie „Sturzverhütung“ o. ä. sehr sorgsam erwogen werden: Für viele Ältere wird die Bedeutung des Wortes Sturz mit all seinen negativen Folgen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Bewegungstraining gebracht. Alte Menschen sind in diesem Punkt sehr sensibel. Statt von „Sturzverhütung“ zu reden, ist es oftmals besser, die positiven Effekte des Bewegungstrainings in den Vordergrund zu stellen: „Wir trainieren Ihre Beine und üben mit Ihnen, vom Stuhl aufzustehen, damit Sie sich weiterhin selbstständig bewegen können.“ Oder: „Wir trainieren die Kraft in den Armen, die Sie brauchen, um sich zu kämmen, eine schwere Tür aufzustoßen oder eine Flasche zu öffnen.“

Frühzeitig informieren

Die Teilnehmer sollen über alle Eckdaten genau informiert werden, z. B. darüber, dass ein zweimaliges wöchentliches Training vorgesehen ist. Auch den Angehörigen sollten nach Möglichkeit die Vorzüge des Trainings erläutert werden.

Die Auswahl der Teilnehmer sollte von der Einrichtung sehr genau überlegt werden, eventuell kann es ratsam sein, mit wenigen Teilnehmern zu beginnen und nach und nach Teilnehmer zu integrieren (bei einem auf Dauer angelegten Programm besteht diesbezüglich kein Zeitdruck!).



„Mit den Erkenntnissen und Erfahrungen aus der ersten Projektphase stellt die

Implementierung von möglichst vielen Trainingsgruppen für Hochaltrige in NRW eine konsequente und notwendige Umsetzung dar.“

Dr. Michael Brach, Institut für Sportwissenschaft und Sport der Universität Bonn

QUALITÄTSMANAGEMENT „FIT FÜR 100“

Ein Teil des Qualitätsmanagements besteht in der Schulung „fit für 100“. Diese ist für alle Berufsgruppen sowie ehrenamtlich Tätige gedacht, die mit ihrer Arbeit die Qualität von Bewegungsgruppen für Hochaltrige bereichern oder verbessern können.

„fit für 100“-Schulungen

Das Team „fit für 100“ bietet für seine spezifischen Inhalte speziell zertifizierte Schulungen an. Während der Projektphase wurden ein „fit für 100“-Curriculum und ein umfassender, bebildeter Übungskatalog erarbeitet. Einige Modell- und Multiplikatoren-schulungen wurden bereits erfolgreich durchgeführt.

Im Hinblick auf zu erwartende Multimorbidität der Zielgruppe setzen sich die Schulungsteilnehmer neben dem praktischen Training mit typischen Alterserkrankungen auseinander, um sich auf die Klientel vorzubereiten. Darüber hinaus werden Kenntnisse hinsichtlich einer angemessenen Belastungsdosierung (auch für Demenzkranke) und des Erkennens von Anzeichen der Überbelastung bei älteren Übenden erworben. Demografische Eckdaten und Informationen zu den Lebens- und Wohnformen im hohen Alter gewährleisten ein Verständnis für denjenigen, der sich in der Struktur der Altenhilfe (noch) nicht zu Hause fühlt. So werden für zukünftige Übungsleiter wichtige Informationen gegeben, hochaltrige Menschen sowohl im ambulanten, teilstationären als auch stationären Bereich erreichen und in ein Gruppentraining einbinden zu können.

Regional- und Kommunalangebote

Vorausschauend sollen „fit für 100“-Schulungen regelmäßig und landesweit an vielen verschiedenen Orten durchgeführt werden, um die Kosten für die Teilnehmenden möglichst gering halten zu können.

Zielgruppen der Schulung

Die Schulung „fit für 100“ soll zum einen Übungsleiter, Ergo- und Beschäftigungstherapeuten ansprechen, die bereits mit Älteren in Einrichtungen, Gesundheitshäusern, Pfarreien oder Vereinen tätig sind und ihren Arbeits- und Erfahrungsbereich um den der Hochbetagten erweitern wollen. Zum anderen geht es darum, sozialen Fachkräften wie Altenpflegern und Sozialarbeitern neue Ideen für die Praxis im Bereich der Bewegungsangebote für Hochaltrige zu vermitteln.

Als dritte Zielgruppe ist an ehrenamtliche Mitarbeiter/innen gedacht, die Hochbetagte zu Hause oder in Altenhilfeeinrichtungen betreuen und Bewegungsangebote unterbreiten möchten. Ebenfalls sollen interessierte Einzelpersonen motiviert werden, sich für diese Thematik zu interessieren. Alle Zielgruppen sollen theoretische Grundkenntnisse über die Zielgruppe der Hochbetagten erhalten und die Möglichkeiten und Grenzen des spezifischen Bewegungsangebotes „fit für 100“ in Praxis und Theorie kennen lernen.



„fit für 100“-Schulung

- theoretische Vorbereitung auf die Zielgruppe
- praktische Durchführung der Übungen
- Prozesse der Gruppenbildung
- Kommunikationsmöglichkeiten mit Demenzkranken, Schwerhörigen oder Erblindeten
- Feedback



Fachliche Beratung und wissenschaftliche Absicherung

Qualitätssicherung

Zur Implementierung weiterer Trainingsgruppen und zur Qualitätssicherung dieser Gruppen ist ein Schulungs- und Evaluationskonzept erarbeitet worden. Dieses sieht die folgenden vier Schwerpunkte vor:

- **Schulung (pro Kleingruppe 3 Tage)**
- **Feedback, Auswertung und Hospitation (pro Trainingsgruppe 3 Termine)**
- **Evaluation, Testdurchführung (pro Gruppe)**
Auswertung, Bericht (pro Einrichtung)
- **wiederkehrende Fortbildungen und Regionalkonferenzen zum fachlichen Austausch der „fit für 100“-Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen**



Die wissenschaftliche Begleitung verfolgt die Ziele, die Träger bzw. Mitarbeitenden bei der Umsetzung des „fit für 100“-Programms zu unterstützen und damit einen Beitrag zur Professionalisierung und Qualifizierung zu leisten. Ebenso kann auf diese Weise die nachhaltige Wirksamkeit der Bewegungsangebote festgestellt werden.

100 Mal „fit für 100“ – Implementierung weiterer Trainingsgruppen in NRW

Ein weiteres Ziel ist in der flächendeckenden Nutzung der „fit für 100“-Angebote in Nordrhein-Westfalen zu sehen. Mit dem Einstieg in eine flächendeckende Umsetzung des Bewegungsprogramms „fit für 100“ in der Projektweiterführung geht es den Initiatoren und dem Projektteam darum, das bestehende Bewegungsangebot für hochaltrige Menschen in verschiedenen Einrichtungen der Altenhilfe (ob Altenheim, Mietergesellschaft, kirchliche oder Wohlfahrtsinstitution) zu erweitern und zu vertiefen. Die Umsetzung orientiert sich an folgenden Überlegungen:

- **Paket 1: Landesweite Nutzung der Erkenntnisse aus den Modellprojekten**
- **Paket 2: Begleitforschung und Weiterentwicklung in den Brennpunkten „Prävention“ und „Demenz“**
- **Paket 3: Dauerhafte Sicherung von Nachhaltigkeit**

Netzwerk „fit für 100“

Die Zusammenarbeit mit Sportvereinen, Altenheimen, Seniorenclubs, Pfarreien oder anderen Senioren-Organisationen soll angeregt und intensiviert, die Kooperation zusammenschlossener Verbände genutzt werden, damit Hochaltrige in allen Teilen des Landes qualifizierte und auf ihre Befindlichkeit zugeschnittene Bewegungsangebote nutzen können. In diesem Zusammenhang ist es ebenfalls sehr wichtig, vor Ort niedergelassene praktische Ärzte, Internisten, Orthopäden und Apotheken über die Möglichkeiten des „fit für 100“-Bewegungsangebots zu informieren und diese einzubinden. Eine Zusammenarbeit kann von Seiten des Projektteams vorgebracht werden. Hier kommt der öffentlichkeitswirksamen Präsentation eine besondere Bedeutung zu. Durch die Gewinnung örtlicher Partner ist mit mehr Zulauf zu den Bewegungsangeboten zu rechnen, Ärzte können ihren Patienten die Teilnahme am „fit für 100“-Bewegungsangebot empfehlen. Der potentielle Teilnehmer kann sich durch Werbemaßnahmen (Flyer, Plakate) einen ersten Eindruck über Ziele und Inhalte von „fit für 100“ verschaffen.

Bei erfolgreich durchgeführten Trainingsmaßnahmen kann ein späterer Eintritt in eine Pflegestufe, bzw. ein längeres Verbleiben in einer niedrigen Pflegestufe erwartet werden. Dies würde für die Pflegekassen eine vernehmliche Kostenreduktion bedeuten. Die Pflegekassen sollten hier ihre Verantwortung erkennen, das Projekt unterstützen und zukünftig alle Maßnahmen finanzieren.

DANK

Unser erster Dank gilt dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, das die Notwendigkeit der gezielten Bewegung auch im hohen Alter erkannt und durch die Bereitstellung von Fördermitteln die Realisierung dieses umfangreichen Projektes ermöglicht hat. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts „fit für 100“ danken allen beteiligten Personen der Landesseniorenvertretung und des LandesSportBundes, außerdem den Mitgliedern des Projektbeirats für die konstruktive Kooperation. Unser besonderer Dank gilt den Einrichtungsleitungen und allen, die an Bewegungsgruppen „fit für 100“ mitgearbeitet oder teilgenommen haben. Ohne ihre Unterstützung wären die Durchführung und die umfassenden empirischen Erhebungen zum Projekt nicht möglich gewesen. Unser herzlicher Dank gilt vor allem jenen alten Menschen, die sich durch ihre Teilnahme an Neues herangewagt haben.

QUELENNACHWEISE

- [1] Lehr, U. (2003)¹⁰. Psychologie des Alterns. Wiebelsheim: Quelle & Meyer. S. 252.
- [2] Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hrsg.) (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin, Akademie-Verlag.
- [3] Zitiert aus dem Vortrag „Unsere alternde Welt – eine Herausforderung für den Einzelnen und die Gesellschaft“, Deutsche Gesellschaft für Audiologie, IX. Jahrestagung; Köln, 9.-11. März 2006. www.ifg.uni-koeln.de/vortrag-lehr.pdf, S. 3f.
- [4] Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Stand: 1.12.06). Tabelle Alter NRW. Abgerufen am 25.1.2007 unter www.lids.nrw.de
- [5] United Nations (2001). UN World Population Aging: 1950-2050. Department of Economic and Social Affairs – Population. Division (ST/ESA/SER.A/207). New York: UN.
- [6] Zitiert aus dem Vortrag „Chancen und Risiken eines sehr langen Lebens“ im Rahmen des „Netzwerkes Universität, Gymnasien, Industrie NUGI“. Ulm, 2006.
- [7] Bundesministerium für Gesundheit (2006). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (01/07); S. 8.
- [8] Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (2006). Ergebnisse der Pflegestatistik in NRW. Abgerufen am 6.2.2007 unter www.lids.nrw.de
- [9] Statistisches Bundesamt Deutschland. Abgerufen am 06. 11. 2006 unter <http://www.destatis.de>
- [10] Baltes P. B. (2004). Das hohe Alter – mehr Bürde oder Würde? In: Das Präsidium der Freien Universität Berlin (Hrsg.). Fundiert. Das Wissenschaftsmagazin der Freien Universität Berlin. 1/2004. Abgerufen am 6.2.2007 unter <http://www.elfenbeinturm.net>
- [11] Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD). Eine Einrichtung des MAGS, NRW. Krankheitskosten in NRW - Gesundheit in NRW, kurz und informativ (Stand: 2004). S. 2f.
- [12] Aus der Rede des Gesundheitsministers des Landes Nordrhein-Westfalen zum 200-jährigen Bestehen der städtischen Krankenhäuser in Köln am 24.10.2005. Abgerufen am 6.11.2006 unter www.mags.nrw.de
- [13] Landesinitiative Demenz-Service NRW; Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2005) Demenzforschung in NRW und Praxisanforderungen. Köln. S. 5.
- [14] Bickel, H. (2005). Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: C.-W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.). Demenzen. Stuttgart: Thieme. S. 12ff.
- [15] ebd. S. 14.
- [16] Fiatarone, M. A., Marcs, E. C., Ryan, N. D., Meredith, C. N., Lipsitz, L. A. & Evans, W. J. (1990). High-Intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. *J Am Med Assoc* 263, S. 3029-34.
- [17] Hollmann, W. (2004)⁹. Zitiert nach: Weineck, J. Sportbiologie. Balingen: Spitta Verlag und Co Kg., S. 427.
- [18] Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hrsg.) (1996). Die Berliner Alterstudie Berlin, Akademie-Verlag. S. 469 ff.
- [19] Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hrsg.) (1996). Die Berliner Alterstudie Berlin, Akademie-Verlag. S. 532.
- [20] „fit für 100“-interne Befragung von 189 Einrichtungen der Altenhilfe in NRW im Zeitraum Juli-September 2005.
- [21] Becker, C. u. a. (2001). Mobilität und Mobilitätsstörungen von Heimbewohnern. Dritter Bericht des Ulmer Modellvorhabens „Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern“. Ulm: ohne Verlag.
- Möllenhoff, H., Weiß, M. & Hesecker, H. (2005). Muskelkräftigung für Senioren. Ein Trainingsprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der Mobilität. Hamburg: Behr's Verlag.
- Oswald, W. D., Hagen, B., Rupprecht, R. & Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) – Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 15 (1), S. 13-32.
- [22] Runge, M. (2006). Sturzgefährdung im Alter, Risikofaktoren und Prophylaxe. In: H.-R. Casser & R. Forst (Hrsg.). Mobilität im Alter. Herausforderung für Orthopädie und Unfallchirurgie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 58.
- [23] ebd. S.58.
- [24] Rösler, M. (2005). Rechtliche Probleme und forensische Beurteilungsfragen. In: C.-W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.). Demenzen. Stuttgart: Thieme. S.311
- [25] Ivemeyer, D. & Zerfaß, R. (2002). Demenztests in der Praxis. Ein Wegweiser. München, Stuttgart: Urban & Fischer Verlag. S.73 ff

Fotonachweise

A. Bowinkelmann (LSB): auf den Seiten 14 (Gruppenfoto oben), 15 (Foto zwei Damen mit Tennisringen), 17, 22 (Gruppenfoto) und 47 (Herr mit Hanteln); U. Stroetmann: Gruppenfoto S. 23; S. Sturm: Gruppenfoto S. 24; S. Goebel: Gruppenfoto S. 25; M. Reuß: Gruppenfoto S. 27; O. B. Ludorff: Portrait S. 27; alle anderen Fotos: DSHS, Köln

IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Sporthochschule Köln
Carl-Diem-Weg 6, D-50933 Köln

Projektleitung: Mechling, Heinz

Hauptamtliche Projektleitung: Brach, Michael; Nieder, Frank; Nieder, Ulrike
Autoren: Brach, Michael; Brinkmann-Hurtig, Jutta; Csöff, Michael; Kraus, Ulrike;
Mechling, Heinz; Meier, Michaela; Nieder, Frank; Nieder, Ulrike
Gestaltung und Layout: Jutta Brinkmann-Hurtig (DSHS Köln) &
Dieter Hermann (ISWS Bonn)
ISBN Nummer: 3-937167-92-3



fit für 100



Kontakt:

Projekt „fit für 100“

Am Sportpark Müngersdorf 6

50933 Köln

Tel.: 0221-4982 6142

Fax: 0221-4982 6143

Mail: info@ff100.de

Bonn

www.ff100.de