2 | 14

dess orientiert

Demenz Support Stuttgart

Let‘s move II – Bewegung und Demenz

Editorial

Bewegung trotz(t) Demenz
Körperlich aktiv oder inaktiv sein – Was sind die Konsequenzen

Aus sportwissenschaftlicher Perspektive
Eine neurophysiologische Betrachtung und Empfehlungen für den Alltag

Das Projekt „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz
Sport und Bewegung als Möglichkeit sozialer Teilhabe

„Das Ganze in die Normalität bringen“
Im Gespräch mit vier Experten aus den Bereichen Sport/Bewegung und Soziales

Nachgefragt
Verhaltensänderung braucht Unterstützung durch Veränderungen der Umwelt
Interview mit Prof. emeritus Dr. Marijke Hopman-Rock

Gute Praxis
Working Age Dementia
Ein Angebot für Männer im Erwerbsalter

Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer

INHALT

Editorial
Gabriele Kreutzner 1

Bewegung trotz(t) Demenz
Anja Rutenkröger 4

Aus sportwissenschaftlicher Perspektive
Sebastian Zeller 11

Das Projekt „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz
Peter Wißmann 18

„Das Ganze in die Normalität bringen“
Gabriele Kreutzner, Anja Rutenkröger, Peter Wißmann 27

Nachgefragt
Gabriele Kreutzner 34

Gute Praxis: Working Age Dementia
Anja Rutenkröger 40

Literaturverzeichnis 41

Autorenverzeichnis 45

Impressum 46

Editorial

Bei Demenz Support Stuttgart belegen Sport und Bewegung im Zusammenhang mit Demenz auf der Aufmerksamkeits- und Aktivitätenliste seit längerem einen festen Platz. Schon 2008 haben wir uns mit dem Thema im Rahmen einer Ausgabe von dess_orientiert (2/08, Let's Move: Bewegung und Demenz) befasst. Unterm Strich, so das damalige Ergebnis der Auseinandersetzung mit dem internationalen Forschungsstand: Bewegung und Sport sind von maßgeblicher Bedeutung, wenn es darum geht, demenziellen Veränderungsprozessen im Alter vorzubeugen. Wo eine Demenz bereits eingesetzt hat, können Sport und Bewegung die Veränderungsprozesse verlangsamen. Alles in allem erweisen sich Sport und Bewegung in Prävention und Behandlung als eines der besten Arzneimittel, die man sich vorstellen kann.

Seither hat das Thema Bewegung und Sport im Bereich Demenz eine bemerkenswerte „Karriere" gemacht. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass bei dem von uns ausgeschriebenen „Gute Praxis" Wettbewerb im Rahmen des Modellprojekts „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz" im vergangenen Jahr 57 Bewerbungen eingingen. 2014 ist auch in Nordrhein-Westfalen ein landesweites Modellprojekt „Sport für Menschen mit Demenz" angelaufen. Unter der Leitung des Landessportbundes (Steuerungsgruppe) und der Geschäftsführung des Behinderten- und Rehabilitationssportverbandes NRW e.V. sind hier 73 lokale Projekte beteiligt. Wie im Rahmen von „Was geht!", wenngleich mit einer etwas anders gelagerten Zielsetzung, sollen auch hier Beispiele einer Guten Praxis entwickelt und zur Nachahmung verbreitet werden.

www.sport-bewegung-demenz.de/gute_praxis

www.bsnw.de/demenz.html

Eine unserer Hauptaufgaben ist die Weitergabe von Wissen zum Themenkomplex Alter/Demenz. Deshalb haben wir im Rahmen von „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz" in den vergangenen Monaten natürlich auch unsere wissenschaftlichen „Hausaufgaben" gemacht und uns im internationalen Kontext unter der Fragestellung umgeschaut, welche neuen Entwicklungen und Erkenntnisse im Bereich Bewegung/Sport seit 2008 zu verzeichnen sind. Das Ergebnis stellen wir Ihnen in dieser Ausgabe vor.

Wer erwartet, dass aktuelle Studien eindeutige Wirkungen von Bewegung und Sport bei Demenz mit harter Evidenz belegen können, wird eine Enttäuschung erleben – was angesichts der Prämissen und Methoden dieser Art von Wirkungsstudien nicht weiter verwundert. Aktuelle Studien liefern weitere Legitimation dafür, die präventiven Wirkungen von Bewegung und Sport mit Blick auf das

Wegweiser Demenz

www.wegweiser-demenz.de/bewegung.html

Entstehen bzw. Ausbrechen einer Demenz exakter zu beziffern. Dies zählt in einer Welt, in der das Messen und statistische Wahrscheinlichkeiten Topwertigkeit besitzen. So beeindruckt eine Studie, die an der Columbia Universität New York durchgeführt wurde, als Beleg für die Aussage, dass „sich körperlich fit halten“ in Verbindung mit einer mediterranen Ernährung das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, um bis zu 60 % senken kann (Scarmeas et al. 2009).

Der hier bemerkbare Trend, auf der molekularen Ebene angesiedelte sportmedizinische Befunde mit solchen aus den Bereichen Lebensstil und Ernährung zu verbinden, wird auch im Beitrag von Sebastian Zeller deutlich. Wir hatten Sebastian Zeller, der an der Sporthochschule Köln als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig ist und an einer Dissertation im Themenbereich Sport und Demenz arbeitet, gebeten, die seit 2008 zu verzeichnenden Entwicklungen zu überprüfen und für uns den Stand der sportwissenschaftlichen Forschung darzustellen. Mit seinem Beitrag unternimmt er den Versuch, Wissen von auf der molekularen Ebene angesiedelten Prozessen und Vorgängen mit sehr praktischen, handfesten Tipps zu verbinden.

Tatsächlich Neues hat sich auf einer ganz anderen, quasi übergeordneten und stärker interdisziplinär orientierten Ebene getan. Anja Rutenkröger stellt aktuelle Inaktivitätsstudien und ihre Ergebnisse vor, die den Blick auf das Feld Alter, Gesundheit und Bewegung in einer sehr grundlegenden Weise verändern. Sie unterstreichen zum einen, wie wichtig körperliche Aktivität und Bewegung für den Erhalt der Gesundheit gerade im Alter sind. Und sie zeigen, dass die Kultur des „Ruhestands“, wie sie sich seit gut einem Jahrhundert vornehmlich in den westlichen Gesellschaften herausgebildet hat, mit ihrem Akzent auf dem auch körperlichen „Ausruhen“ im Grunde eine Fehlentwicklung darstellt. Integraler Bestandteil ist hier auch die in den heutigen Alten- und Pflegeheimen gepflegte Bewegungs(un)kultur, welche BewohnerInnen eher zur Immobilität anhält, als dass sie ihre Mobilität erhält und stärkt. Dies ist in (Pflege-)Wissenschaft und Praxis inzwischen als Problem erkannt und hat u. a. zur Erarbeitung eines Expertenstandards Mobilität geführt, worauf Rutenkrögers Beitrag abschließend hinweist.

Aufgrund der großen Bedeutung des körperlichen Aktiv und in Bewegung Seins für das Leben im Alter – ob in privaten oder institutionellen Zusammenhängen, ob mit oder ohne Demenz – haben wir uns an eine Pionierin des Themas Bewegung für ältere Menschen, die niederländische Professorin Marijke Hopman-Rock gewandt und sie gebeten, uns für unsere Rubrik Nachgefragt einige Fragen zu beantworten. Professor Hopman-Rock steht für die theoretischen wie auch sehr praktischen Bemühungen, im Bereich Alter Verhaltensveränderungen auf den Weg zu bringen. Was sie auszeichnet ist das Wissen, dass die Realisierung tatsächlicher Ver-

haltensänderungen sehr schwer zu erreichen ist und dass behavioristische Vorgehensweisen alleine nicht genügen. Der Versuch, Verhalten zu verändern muss deshalb mit Mechanismen bzw. Routinen verbunden werden, die über die Gestaltung des Umfelds körperliche Aktivität bzw. Mobilität nahelegen bzw. selbstverständlich machen. Letztlich hat dies tiefgreifende Folgen für die Gestaltung unserer Städte, Dörfer und Gemeinden. Die Bedeutung körperlicher Aktivität gerade für Menschen im fortgeschrittenen Alter setzt ein weiteres Mal das Erfordernis auf die Tagesordnung, die Innenstädte und äußeren Umgebungen mit Blick auf soziales Miteinander und Unterstützung körperlichen Aktivseins zu verändern.

Die Verbindung von Möglichkeiten, Freude an Bewegung zu erleben und an Formen des sozialen Miteinanders (im öffentlichen Raum, in der Natur) teilzuhaben, steht im Zentrum des Entwicklungs- und Transferprojekts „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz“, das von Peter Wißmann vorgestellt wird. Im Anschluss daran präsentieren wir Ausschnitte aus einer multidisziplinären und multiprofessionellen Gesprächsrunde, zu der wir vier Experten eingeladen hatten, um sich mit uns an einer Erörterung des Themenkomplexes Sport-Bewegung-Alter-Soziales-Demenz zu versuchen. Im Gespräch blitzen immer wieder die erkenntnistheoretischen und konzeptionellen Diskrepanzen auf, welche die im Heft skizzierten aktuellen Diskussionen als Unterströmungen bestimmen. Das mit der Moderne verbundene Konzept des Sports setzt stark auf körperliche Herausforderung, auf Leistung(ssteigerung) durch Training und auf mittels harter Evidenz belegbare physiologische Effekte. Anstrengungen, auch bei der großen Gruppe alter Menschen Bewegung in den Alltag zu bringen, die in ihrem Leben keinen oder kaum Sport betrieben haben, erscheinen daran gemessen als „verlorene (Liebes-)Mühe“. Hier lassen Konzepte wie das der „körperlichen Aktivität“ deutlich mehr und andere Spielräume und Möglichkeiten.

Abgerundet wird die Ausgabe mit der Vorstellung eines „Gute Praxis“ Beispiels aus England, wo ein örtlicher Sportverein es unternommen hat, noch im Erwerbsalter befindlichen männlichen Personen (40-65), die mit einer Demenz leben, einen Strauß unterschiedlicher Sport- und Bewegungsangebote zu unterbreiten, die für eine ähnliche Zielgruppe in Deutschland bislang noch nicht erschlossen wurden und dabei auch die soziale Einbeziehung der Angehörigen zu berücksichtigen.

Eine angenehme Lektüre wünscht

Gabriele Kreutzner

Bewegung trotz(t) Demenz

Körperlich aktiv oder inaktiv sein – Was sind die Konsequenzen?

Wissen und Handeln stehen nicht immer im Einklang miteinander, wie das Phänomen der körperlichen Inaktivität zeigt. Bewegungsmangel gilt als eines der größten Gesundheitsprobleme des 20. Jahrhunderts (Biddle et al. 2011). Mittlerweile zählt es zum Allgemeinwissen: ein aktiver Lebensstil wirkt gesundheitsförderlich, weil körperliche Aktivität Herzkreislauferkrankungen, Typ 2 Diabetes mellitus, diverse Krebserkrankungen, Bluthochdruck und Übergewicht vorbeugen kann. Dennoch starben im Jahr 2008 weltweit über fünf Millionen Menschen an den Folgen von Bewegungsmangel. Körperliche Inaktivität stellt damit weltweit die vierthäufigste Todesursache dar (Lee et al. 2012). Deshalb stimmt es überaus bedenklich, dass 31,1 % (95 % CI 30,9–31,2 %) der erwachsenen Weltbevölkerung nicht das empfohlene Mindestmaß an körperlicher Aktivität erreichen (Hallal et al. 2012).

Wie auch von Zeller (in diesem Heft) beschrieben, liegen internationale Empfehlungen zum erforderlichen Bewegungsumfang vor. Für ältere Menschen werden wenigstens 150 Minuten moderates Ausdauertraining innerhalb einer Woche oder wenigstens 75 Minuten intensives Ausdauertraining pro Woche empfohlen. Inaktivität ist dann gegeben, wenn der empfohlene Bewegungsumfang an keinem Tag der Woche erreicht wird. Nach Hallal et al. (2012) ist von körperlicher Inaktivität auszugehen, wenn keines der folgenden (vom American College of Sportsmedicine und der American Heart Assocication empfohlenen) Kriterien erreicht wird: 30 Minuten moderate Bewegung an mindestens fünf Tagen in der Woche, 20 Minuten intensiv ausdauernd aktiv sein an mindestens drei Tagen der Woche. Auch eine Kombination der Intensität bzw. des Umfangs ist möglich. So könnte der Tagesumfang von 30 bzw. 20 Minuten über drei oder zwei zehnminütige Einheiten verteilt werden (Hallal et al. 2012; Schlicht & Schott 2013).

In der Meta-Analyse von Hallal et al. (2012) wurden Daten aus 122 Ländern ausgewertet, die 88,9 % der Weltbevölkerung repräsentieren. Dabei zeigen sich Varianzen in den unterschiedlichen Regionen der Erde. In Afrika verhalten sich 27,5 % inaktiv, während es in Europa 34,8 % sind und Amerika die Spitzenreiterrolle mit einer Inaktivitätsquote von 43,3 % einnimmt. Tendenziell ist Bewegungsmangel bzw. körperliche Inaktivität in Ländern mit hohem Einkommen weiter verbreitet als in Ländern mit geringem Einkommen. Allgemein gilt, dass Inaktivität mit dem Alter zunimmt und Frauen inaktiver (33,9 %) als Männer (27,9 %) sind.

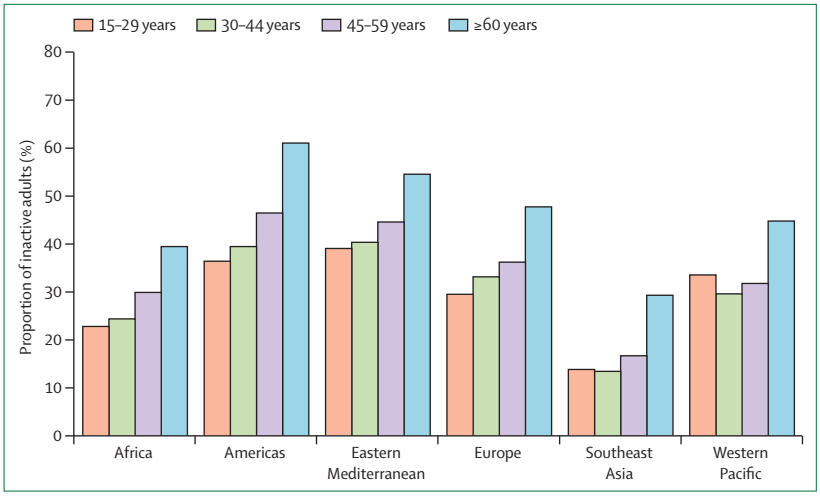

Abbildung: Körperliche Inaktivität nach Altersklassen in den WHO Regionen (Grafik entnommen aus Hallal et al. 2012)

In Europa verhalten sich annähernd 50 % der 60-Jährigen inaktiv. In Asien zeigt sich ein anderes Bild, dort sind über 60-Jährige aktiver als Gleichaltrige in allen anderen WHO untersuchten Regionen und sogar aktiver als junge Erwachsene (15–29 Jahre) in Amerika, der östlichen Mittelmeerregion, Europa und der Region West Pazifik.

Schlicht und Schott (2013) beschreiben in ihren Grundlagentexten ausführlich Daten und Fakten zum Thema körperlich aktives Altern. Für Deutschland können Aktivitätsdaten für ältere Menschen aus dem Bundesgesundheitssurvey des Robert Koch Instituts, den wiederkehrenden Erhebungen des sozio-ökonomischen Panels sowie dem Eurobarometer der Europäischen Kommission entnommen werden (vgl. Schlicht & Schott 2013). Die Empfehlung von täglich mindestens 30 Minuten, innerhalb derer ein Erwachsener ins Schwitzen kommen sollte, erreichen in der Alterskohorte der über 50-Jährigen keine 15 %! Mit zunehmendem Alter sind die europäischen Bürger weniger häufig aktiv. Laut EU-Kommission pflegen in Deutschland 22,6 % der Bevölkerung (nicht nach Alter differenziert) einen inaktiven und sitzenden Lebensstil. Hier zeigen sich große Unterschiede zum Musterland Schweden, dessen Quote Inaktiver bei nur 6,4 % liegt. Dauerndes und langes Sitzen bedroht die Gesundheit; es wird sogar vermutet, dass es die positive Wirkung moderater bis regelmäßiger Bewegung/Aktivität zunichte macht (Schlicht & Schott 2013).

Lee et al. (2012) heben hervor, dass die Lebenserwartung der Weltbevölkerung um 0,68 Jahre (Range 0,41–0,95) steigen würde, so körperliche Inaktivität verhindert werden könnte. Verglichen mit inaktiven Menschen leben die Personen, die das empfohlene Bewegungsmaß von mindestens 2,5 h pro Woche (moderate bis intensive Aktivität) umsetzen, drei Jahre länger (Hallal et al. 2012). Durch viele veränderte Rahmenbedingungen wie neue Technologien, veränderte Arbeitswelten, Urbanisierung nehmen inaktive Verhaltensweisen wie z. B. sitzende Tätigkeiten zu. Immerhin

verbringen 41,5 % der Bevölkerung aus 66 untersuchten Ländern mehr als vier Stunden am Tag im Sitzen (Hallal et al. 2012).

Das Wissenschaftsjournal *The Lancet* hat dem Thema körperliche Inaktivität 2012 eine ganze Ausgabe gewidmet und eine Arbeitsgruppe „Lancet Physical Activity Observatory" gegründet. Folgende strategischen Ziele wurden formuliert (Kohl et al. 2012), die systematisch beobachtet werden, um Fortschritte in punkto Aktivität der Weltbevölkerung nachvollziehen zu können:

1. Reduktion der globalen Inaktivitätsrate von 31 % auf 28 %.
2. Steigerung des Anteils an Jugendlichen, die mindestens eine Stunde pro Tag stark, moderat bis intensiv körperlich aktiv sind, von 21 % auf 24 %.
3. Reduktion des Ausmaßes an koronaren Herzerkrankungen, Typ 2 Diabetes, Brustkrebs, Dickdarmkrebs und frühzeitiger Todesfälle weltweit, die mit körperlicher Inaktivität verbunden sind.
4. Steigerung des Outputs wissenschaftlicher Publikationen (peer-reviewed) zu körperlicher Aktivität (Ausmaß, Trends, Korrelationen, Konsequenzen, Interventionen und Politik) um mehr als 10 % der bisherigen Veröffentlichungsanzahl.

Bewegung kann das Demenzrisiko senken

Schon in der dess_orientiert Ausgabe „Let´s move" aus dem Jahr 2008 hat Müller die Auswirkung von Bewegung auf das menschliche Gehirn detailliert beschrieben; zu nennen sind hier insbesondere die Stichworte Neurogenese und Neuroplastizität. Insgesamt wurde aufgrund vorliegender Forschungsergebnisse zusammengefasst, dass Bewegung das Risiko an einer Demenz zu erkranken um 30–50 % reduzieren könne. Diese These wird anhand der unten stehenden Studienergebnisse (siehe Tabelle) untermauert.

Studie	Stichprobe, Follow up	Relatives Demenzrisiko (95 % CI)
Yoshitake et al. 1995	Gemeinde, n=826, 7 Jahre	0,18 (0,06–0,61) täglich körperlich aktiv
Laurin et al. 2001	Gemeinde, n=4615, 5 Jahre	0,5 (0,28–0,9) bei hoher Aktivität
Wang et al. 2002	Gemeinde, n=776, 6,4 Jahre	0,58 (0,38–0,91) bei täglicher Aktivität
Lindsay et al. 2002	Gemeinde, n=4615, 5 Jahre	0,69 (0,5–0,96) bei regelmäßiger Aktivität
Andel et al. 2008	HARMONY Twin Study n=3144, 31, 7 Jahre	0,63 (0,43–0,91) leichtes Training 0,34 (0,16–0,72) regelmäßiges Training
Etgen et al. 2010	Gemeinde, n=3902, 2 Jahre	0,57 (0,37–0,87) mäßige Aktivität 0,54 (0,35–0,83) hohe Aktivität

Tabelle: Körperliche Aktivität und Risiko der (Alzheimer)-Demenz

Eine aktuelle Meta-Analyse von Farina et al. (2014) untersucht wiederum die Wirkung von körperlicher Aktivität/Training auf kognitive Fähigkeiten bei Menschen, die bereits an einer Alzheimer-Demenz erkrankt sind. Einbezogen wurden Studien im Zeitraum von 1991 bis 2012. Insgesamt wurden sechs Untersuchungen mit randomisiert kontrolliertem Forschungsdesign herausgefiltert. Darin wird bestätigt, dass Bewegung kognitive Funktionen bei bereits erkrankten Menschen signifikant verbessern kann (0,75; 95 % CI 0,32–1,17, p<0,001). Vor dem Hintergrund all dieser Befunde wird deutlich, welch hohes Potential in körperlicher Aktivität für Prävention und Verbesserung kognitiver Fähigkeiten in Bezug auf Demenzerkrankungen liegt.

Wege aus der körperlichen Inaktivität – Bewegungsförderung für Menschen mit Demenz

Bewegung wird häufig als „Medikament ohne Nebenwirkung“ beschrieben oder wie Professor Froböse (2014) es pointiert: „Wer sich keine Zeit für Bewegung nimmt, muss sich bald Zeit für Krankheiten nehmen“. Dennoch handeln wir Menschen nicht immer nach unserem Wissen. Vielmehr driften Wissen und Verhalten insbesondere in punkto Bewegung oftmals auseinander. Während in jungen Lebensjahren der Wunsch nach Fitness, Attraktivität und Gesundheit motivieren, steigen die Barrieren mit zunehmendem Lebensalter an (anderweitige familiäre Verpflichtungen, weniger Zeit, Verlust der Attraktivität). In höherem Alter wirken weitere Einflüsse hemmend. Die Muskelkraft verringert sich mangels Training, schmerzende Gelenke erschweren Treppensteigen und alltägliche Bewegungen. Unsicherheiten beim freien Gehen oder Bücken sind weitere Einflussfaktoren. Auch die Festigkeit der Knochensubstanz lässt nach, wenn sie nicht durch Bewegung beansprucht wird. Inaktivität kann auch durch soziale Gründe mitverursacht werden. Rütten et al. (2009) stellen in einer großen Studie mit 1913 Personen für Deutschland fest: fast 75 % der über 70-Jährigen nehmen nicht an Bewegungsangeboten teil, weil sie nicht genug Freunde für körperliche Aktivität haben! Weitere Gründe, die ältere Menschen von Bewegung abhalten, sind: fehlende Motivation, insbesondere die eigene Mobilität und verkehrstechnische Probleme, die Sporteinrichtungen zu erreichen. Rütten (2014) hebt das enorme „Nachhol“-Potential dieser Altersgruppe hervor, sich körperlich zu betätigen. Die eigene Vorliebe und Freude an bestimmten Bewegungs- bzw. Sportarten ist und bleibt unabhängig vom Alter der größte Motivator für einen aktiven Lebensstil. Diese Erkenntnis machen sich einige Projekte zu Nutze und setzen insbesondere bei dem Teilhabegedanken und der Lebensfreude an (siehe die Vorstellung des Projekts „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz“ in dieser Ausgabe).

Die Forschungslage zeigt, dass rein kognitive Ansätze kaum Verhaltensänderungen hin zu mehr Aktivität bewirken. Vielmehr sind

Strategien gefragt, die umfassender ansetzen und mehrere Einflussfaktoren verbinden wie z. B. das Ökologische/Umweltbezogene Modell (Bauman et al. 2012). Leitend für diesen multimodalen Ansatz ist, dass wechselseitige Beziehungen zwischen Individuen und der sozialen wie physischen Umwelt wie auch der Politik bewusst in den Blick genommen werden. Um Angaben zur körperlichen Aktivität zu verstehen, sehen es die Autoren als wichtig an, Grundgedanken diverser Verhaltenstheorien und Einflussfaktoren in dem oben genannten Umwelt-Modell zu integrieren. Beispielsweise sind Arbeit, Haushalt, Verkehr als Bereiche der Bewegungsaktivität in Ländern mit geringem bis mittlerem Einkommen weit verbreitet, wohingegen Freizeitaktivitäten eher in Ländern mit hohem Einkommen vertreten sind. Würde man diese Aspekte nicht fokussieren, würden einige der alltäglichen Bewegungselemente unberücksichtigt bleiben.

GESTALT

Multimodal – Persönlich – An den Fähigkeiten angepasst

Dem ökologischen Ansatz nach Bauman et al. (2012) folgend wurde in Erlangen ein Bewegungsprojekt für Menschen mit Demenz mit dem Namen GESTALT (für **Ge**hen, **S**pielen, **T**anzen **A**ls **L**ebenslange **T**ätigkeiten) auf den Weg gebracht. Menschen mit demenziellen Veränderungen sollen dazu befähigt werden, einen körperlich aktiven Lebensstil aufzubauen und nach dem Ende der Intervention aufrechtzuerhalten.

Neben dem Bewegungsprogramm erfolgte eine individuelle Bewegungsberatung, um Bewegung im Alltag zu fördern und nachhaltig darauf hinzuwirken, Bewegungsangebote im Wohnumfeld auch nach der Intervention wahrzunehmen. Das sechsmonatige Programm (im Rahmen eines geförderten Forschungsprojekts) hatte einen Umfang von 2 x 90 Minuten pro Woche. Im Ergebnis konnte die kognitive Leistungsfähigkeit, insbesondere im Kurz- und Arbeitsgedächtnis, verbessert werden. 60 % der Teilnehmenden bewegten sich mehr und dies nicht nur während des Projekts, sondern auch sechs Monate danach (Majzik et al. 2013).

Bewegungsförderung in der Altenhilfe

Gesundheits- und Bewegungsförderung in der Altenhilfe hat sich mittlerweile auch an verschiedenen Hochschulen (z. B. Institut für Pflegewissenschaft Universität Bielefeld, Universität Witten/Herdecke) zu einem Forschungsschwerpunkt entwickelt. Im Rahmen einer Gesamtstudie (von 2010 bis 2015) mit vier Teilbereichen untersucht die Universität Bielefeld die Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe anhand einer empirischen Bestandsaufnahme. Sie erforscht Gesundheitsförderung und Prävention durch bewegungsfördernde Interventionen und evaluiert die Implementierung von Interventionen zur Verbesserung des Versorgungszustandes hochaltriger Bewohner stationärer Einrichtungen. Zudem wird eine Handreichung zum Theorie-Praxis-Transfer entwickelt.

Die Bestandserhebung in acht Pflegeeinrichtungen (Schaeffer et al. 2012) zeigt, dass ca. zwei Drittel (67,6 %) der Studienteilnehmer (n=647) unter einem erheblichen bis völligen Selbständigkeitsverlust ihrer Mobilität leiden. Menschen mit erheblichen kognitiven Einschränkungen sind mit einem Anteil von 76,2 % deutlich häufiger betroffen als Personen mit geringen kognitiven Beeinträchtigungen (43,4 %). Eine Orientierung für evidenzbasierte Interventionen zur Bewegungsförderung bietet die Datenbank auf der Homepage des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP).

ZQP
http://bfi.zqp.de/auswahl_1.php

Kleine Erinnerung an Let's move 2008: Zegelin (2005) hat den Prozess des Bettlägerigwerdens analysiert und das Konzept der Ortsfixierung geprägt. Es beschreibt die Unfähigkeit, den aktuellen Ort selbständig zu wechseln. Neuere Arbeiten von Abt-Zegelin und Rheuter (2014) untermauern die oben genannten Zahlen, indem sie anhand von Praxisprojekten in sechs Altenhilfeeinrichtungen eine Prävalenzrate von ca. 40–50 % (ortsfixierter) Bewohnerinnen ermitteln. Viele dieser Personen könnten gehen oder stehen; die Ursachen, warum sie im Rollstuhl sitzen und sich selbst als „festgenagelt" beschreiben, sind unklar. Es ist ebenso eine Frage der Motivation, der Übung, des Selbstvertrauens und der Fachkenntnisse der Pflegenden wie auch der förderlichen Umwelt (arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen), Mobilitätsförderung in die Tat umzusetzen. Mit dem Konzept des Drei-Schritte-Programms, in dem die Bewohner bei jedem Transfer aktiv mit eingebunden werden und drei Schritte mitgehen (also kein passiver Transfer direkt in den Rollstuhl), können Fähigkeiten und Wegstrecken deutlich ausgebaut werden. Diese Bewegungsförderung bedeutet für die beeinträchtigte Person „Auf-die-Füße-zukommen", zu spüren, sich aufzurichten, Balance zu gewinnen, sich fortzubewegen und evtl. auch sich zu drehen. Insgesamt eine wirksame Form alltäglichen Gehtrainings.

Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität

Bewegung in den Alltag einbauen

Bewegung kann präventiv wirken – diese wichtige Bedeutung für pflegebedürftige Menschen ist auch vom GKV Spitzenverband erkannt worden. Daher befasst sich der aktuelle Expertenstandard nach § 113a SGB XI mit dem Thema „Erhaltung und Förderung der Mobilität". Dieser wurde durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt und im März 2014 konsentiert. Laut den Arbeitsunterlagen zur Fachkonferenz des Expertenstandards wird Mobilität als „Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen" definiert (DNQP 2014). Anders als bei anderen Expertenstandards ist kein vorhergehendes Risiko-Assessment vorgesehen; vielmehr wird davon ausgegangen, dass Menschen in Pflegeheimen von bewegungsfördernden Interventionen profitieren. Der bereits erwähnte alltägliche Bewegungsum-

fang von ca. 30 Minuten wird auch hier aufgenommen. Aktuell liegt der Expertenstandard in Händen des GKV und soll im nächsten Schritt modellhaft in Pflegeeinrichtungen implementiert werden. Anschließend wird er der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Fazit:

Bewegung gilt nicht umsonst als Elixier des Lebens. Für Menschen mit Demenz ist sie mindestens ebenso wichtig wie für alle anderen. Unabhängig von ihrem Wohnort (im eigenen Zuhause oder einem institutionellen Zusammenhang) benötigen sie vielleicht etwas mehr Unterstützung und vor allem Gelegenheit/Möglichkeit zur Bewegung. Endscheidend ist: Diese Menschen laufen Gefahr, von Bewegungsangeboten ausgeschlossen zu werden oder sich aus Scham aus solchen zurückzuziehen. Gerade deshalb ist es so wichtig, den Teilhabegedanken in den Angeboten mit in den Mittelpunkt zu stellen. Was zählt ist dabei zu sein und in der Gemeinschaft Freude an der Bewegung zu erleben. Und, dies als gute Nachricht zum Schluss: Egal, in welcher Lebensphase man sich befindet: Muskeln aufzubauen und zu aktivieren ist immer möglich. Getreu dem Motto: Use it or lose it.

Anja Rutenkröger

Aus sportwissenschaftlicher Perspektive

Eine neurophysiologische Betrachtung und Empfehlungen für den Alltag

In einer alternden Bevölkerung mit steigender Inzidenz von Demenz und kognitiver Beeinträchtigung sind Strategien gefragt, um den altersbedingten Rückgang der geistigen Leistungsfähigkeit zu verlangsamen und krankheitsbedingte kognitive Beeinträchtigungen bei älteren Erwachsenen zu reduzieren. Wenn man früher davon ausging, dass der Entwicklungsprozess des Gehirns mit dem Alter abnimmt bzw. ab einem gewissen Alter abgeschlossen ist, so weiß man heute, dass es sich um einen kontinuierlichen Prozess über das gesamte Leben handelt, auch bei akuter Demenz.

Seit den 1950er Jahren befasst sich die Sportmedizin mit den Einflüssen körperlichen Trainings auf den menschlichen Organismus. Gleichzeitig ist es das Ziel dieser Fachdisziplin, die Auswirkungen von Bewegungsmangel für verschiedene Ziel- und Altersgruppen zu untersuchen. Hier sind seit vielen Jahren die positiven Effekte auf das Herz-Kreislaufsystem, den Stoffwechsel, das Immunsystem etc. bekannt. „Sport ist die beste Medizin“ – diesem Motto folgend hat der bekannte Sportmediziner Prof. Dr. med. Wildor Hollmann (1995) die nachweisbaren Wirkungen zusammengefasst:

> *„Gäbe es eine Pille, welche folgende Eigenschaften in sich vereinigen würde: Senkung des myokardialen Sauerstoffbedarfs, [...], Entgegenwirken der Adipositasentwicklung, Begünstigung einer optimalen Entwicklung von Körper und Geist, Vermeidung von körperlichen und geistigen altersbedingten Leistungseinbußen – mit welch großartiger Dramaturgie würde wohl ein solches Medikament weltweit gefeiert werden? Dabei ist dieses Medikament vorhanden: es heißt geeignetes, individuell angepasstes körperliches Training vom Kindes- bis zum Greisenalter. Seiner Anwendung steht leider das physikalische Gesetz der Trägheit entgegen, und damit müssen wir nun einmal leben.“*

Myokardialer Sauerstoffbedarf = Sauerstoffbedarf des Herzmuskels

Adipositas = Fettleibigkeit, Übergewicht

Im vorliegenden Artikel sollen diese positiven Erscheinungen und Erkenntnisse eines körperlichen Trainings in Verbindung mit Demenz gestellt werden. Hierbei stehen folgende Fragestellungen im Zentrum:

1. Was kann körperliches Training zur Prävention von Demenz beitragen – was wissen wir darüber und wie kann dieses Training in einen aktiven Lebensstil integriert werden?
2. Was kann körperliches Training für/bei Menschen mit Demenz bewirken?

Grundsätzlich kann hierbei der Begriff „körperliches Training“ auch

als aktiver Lebensstil, der ein körperliches Training beinhaltet, verstanden werden. Die beiden Fragen werden im Folgenden nicht nacheinander beantwortet. Vielmehr soll eine breite Einführung in den Stand des Wissens zu einer abschließenden Praxisempfehlung hinleiten und ein tieferes neurophysiologisches Verständnis ermöglichen. Ein besonderer Stellenwert wird abschließend auf der praktischen Umsetzung liegen, um Betroffenen und Angehörigen einen Leitfaden zur Bewegungsgestaltung an die Hand zu geben. Darüber hinaus liefert die Darstellung allgemeine Hinweise zur Gestaltung des Lebensstils sowie einige Informationen zu präventiven Ernährungsansätzen. Generell liegt der Schwerpunkt jedoch auf dem Wissensstand über die positiven Auswirkungen körperlichen Trainings.

Neuroplastizität – Wandlungsfähigkeit des Gehirns

Das Potenzial eines regelmäßigen oder vereinzelten körperlichen Trainings, wie aerobes Ausdauertraining oder Krafttraining, ist mit vielfältigen positiven Effekten für junge und ältere Menschen verbunden (Garber et al. 2011). Hervorzuheben ist hierbei die menschliche Gehirngesundheit, die durch strukturelle und funktionelle Anpassungserscheinungen (Neuroplastizität) wie etwa die Förderung der Neubildung von Nervenzellen (Neurogenese), der Gefäßneubildung (Angiogenese), der Synapsenbildung und des psychischen Wohlbefindens gekennzeichnet ist. Neben einer verbesserten vorbeugenden Leistungsfähigkeit von Herz, Lunge und Muskeln, die das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen senkt, wird auch vermehrt eine Verbesserung der psychischen Gesundheit und Kognition anerkannt (Knaepen et al. 2010). In diesem Zusammenhang spielen neurotrophe Faktoren wie BDNF (brain-derived neurotrophic factor) eine wichtige Rolle in Bezug auf Neurogenese und Neuroplastizität (Zoladz & Pilc 2010).

BDNF: zu Deutsch in etwa: vom Gehirn stammender neurotropher Faktor; ein Protein aus der Gruppe der Neurotrophine (siehe unten), das mit den Nervenwachstumsfaktoren eng verwandt ist.

Aktuell werden die unterschiedlichen Auswirkungen eines Ausdauer- und Krafttrainings auf die BDNF-Ausschüttung in der Forschung diskutiert (Schiffer et al. 2009). Je nach Intensität, Dauer und Art des Ausdauertrainings gestaltet sich die BDNF-Ausschüttung sehr wechselhaft (Ferris et al. 2007; Zoladz et al. 2008). Sogar Laktat-Infusionen erhöhen BDNF-Konzentrationen im Blut (Schiffer et al. 2011). Generell wird hieraus der Schluss gezogen, dass die Produktion neuronaler Wachstumsfaktoren wie BDNF von der Intensität eines gewählten Trainings abhängt.

Neurotrophine: Aus dem Griechischen abgeleitet; bedeutet etwa: Nerven-Nährstoffe. Es handelt sich um körpereigene Signalstoffe, die zielgerichtete Verbindungen zwischen Nervenzellen bewirken. Sie sichern den Fortbestand neuronaler Verbindungen.

BDNF ist das am weitesten verbreitete Neurotrophin im zentralen Nervensystem, wo es zentrale Rollen bei der synaptischen Plastizität und für das Überleben von Neuronen einnimmt.

Durch kontinuierliches und regelmäßiges körperliches Training lassen sich höhere basale BDNF-Konzentrationen in Ruhe erreichen. Dabei reagieren BDNF-Konzentrationen stärker auf Training als die anderer Neurotrophine (Knaepen et al. 2010). Aus diesem Grund

nehmen zahlreiche Studien die Auswirkungen körperlichen Trainings auf die BDNF-Konzentrationen in gesunden oder an Demenz erkrankten Personen in den Blick. Auswirkungen körperlichen Trainings auf die BDNF-Konzentrationen konnten bei Krankheiten wie Depression (Gustafsson et al. 2009; Seifert et al. 2010) oder Schizophrenie (Cui et al. 2012) und neurodegenerativen Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz (Diniz & Teixeira 2011) sowie Multipler Sklerose (Gold et al. 2003) nachgewiesen werden. Vieles deutet darauf hin, dass bei diesen neuronalen Störungen oder Krankheiten verminderte Konzentrationen von BDNF vorliegen, die sich negativ auswirken können.

Deshalb scheint die BDNF-Konzentration ein unspezifischer Biomarker für neuropsychiatrische Erkrankungen zu sein, die durch neurodegenerative Veränderungen gekennzeichnet sind. Als Konsequenz wird angestrebt, die Produktion von BDNF zu erhöhen. Zudem wird BDNF als ein zentrales Ziel in der Arzneimitteltherapie mehrerer neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen angesehen.

Alzheimer und Gefäßgesundheit

Vaskuläre Risikofaktoren: hoher Blutdruck, hohe Cholesterinwerte, Diabetes mellitus, Adipositas, Rauchen u.a.

Die Alzheimer-Krankheit und zerebrovaskuläre Erkrankungen treten oft gleichzeitig mit einem fortgeschrittenen Alter auf. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass vaskuläre Erkrankungen bzw. die Anwesenheit ihrer Risikofaktoren das Risiko einer Alzheimer-Erkrankung erhöht. Dies wird auf eine mögliche Überschneidung der zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen zurückgeführt (Tarumi & Zhang 2014).

Ein Zusammenhang mit einer Alzheimer-Erkrankung konnte insbesondere bei Arteriosklerose, endothelen Dysfunktionen und einer möglichen Versteifung zentraler elastischer Arterien nachgewiesen werden. Vaskuläre Risikofaktoren sind entweder über pharmakologische Interventionen oder entsprechende Anpassungen des Lebensstils beeinflussbar. In diesem Zusammenhang wird zunehmend anerkannt, dass Ausdauertraining sich positiv auf die Gehirnstruktur und kognitive Funktionen auswirkt. Hauptverantwortlich dafür ist der vaskuläre endotheliale Wachstumsfaktor (VEGF), der durch eine gesteigerte neuronale Aktivität bei einer vergrößerten Durchblutung ausgeschüttet wird. Dies wird, wie bereits beschrieben, durch eine vermehrte Ausschüttung neurotropher Faktoren wie BDNF, aber auch durch Wachstumsfaktoren wie dem insulinähnlichen IGF-1 begünstigt. Durch die bekannten positiven Auswirkungen eines Ausdauertrainings auf das Gefäßsystem (Herz-Kreislauf-System) kann auch von einer günstigen Wirkung auf die Gehirnstrukturen bzw. deren Gefäße ausgegangen werden.

Risikofaktor Adipositas und Ernährung

Neben ausreichend Bewegung zeichnet sich ein gesunder Lebensstil auch immer durch eine abwechslungsreiche Ernährung und die Vermeidung von ernährungsmitbedingten Krankheiten aus. Die Häufigkeit von Adipositas hat sich in den letzten Jahren erhöht, und parallel ebenfalls die Prävalenz von Typ-2-Diabetes. Wie zahlreiche Studien gezeigt haben, besteht ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und Typ-2-Diabetes und niedrigeren kognitiven Leistungen, kognitiven Fähigkeiten und Demenz (Lakhan & Kirchgessner 2013). Ein brisantes Untersuchungsfeld stellen in diesem Zusammenhang die Auswirkungen einer gestiegenen Fructoseaufnahme dar. Fructose wird in Form von Fructose-Glucose-Sirup immer mehr Nahrungsmitteln zugesetzt. Besonders kritisch sind in diesem Zusammenhang gesüßte Getränke wie Limonaden und andere Erfrischungsgetränke zu sehen. Hu (2013) hat auf wissenschaftliche Belege dafür verwiesen, dass ein verringerter Konsum dieser Getränke die Prävalenz von Übergewicht und die damit verbundenen Krankheiten reduzieren kann.

Aktuell ebenfalls stark diskutiert werden die möglichen positiven Wirkungen von Omega-3-Fettsäuren auf die kognitiven Funktionen; hierzu liegen vielversprechende Ergebnisse vor (Lakhan & Kirchgessner 2013).

Forschung zwischen Neuro- und Bewegungswissenschaft

Fest steht: Regelmäßiges körperliches Training ist ein wichtiger Bestandteil des erfolgreichen Alterns, ein Altern bei relativ guter physischer und psychischer Gesundheit. Epidemiologische Studien liefern zunehmend Hinweise darauf, dass ein aktives Leben, geprägt durch regelmäßiges körperliches Training, eine schützende Wirkung auf die Gehirnfunktion in der älteren Bevölkerung hat (Rolland et al. 2010).

Studien, die Neuro- und Bewegungswissenschaft verbinden, stellen ein wachsendes Forschungsgebiet dar, dessen Ziel es ist, das Verständnis der Auswirkungen körperlicher Aktivität auf die neurophysiologische und psychische Gesundheit zu verbessern.

Matta Mello Portugal et al. (2013) untersucht in diesem Zusammenhang drei spezifische Themen: (1) die Beziehung zwischen Bewegung und psychischen Störungen (z. B. Depression, Demenz und Parkinson-Krankheit); (2) die Auswirkungen von Bewegung auf die Stimmung und geistige Gesundheit der Athleten sowie (3) die möglichen neurobiologischen Mechanismen, die die Effekte von Bewegung vermitteln. Positive Reaktionen in Folge eines regelmäßigen körperlichen Trainings, wie z. B. verbesserte Leistungsfähigkeit, größere Autonomie und ein verbessertes Selbstwertgefühl sind in der neueren Literatur häufig beschrieben. Dies sind gute

Gründe für die Empfehlung regelmäßigen Trainings. Darüber hinaus kann körperliche Bewegung die Stimmung und damit auch die Einhaltung von Trainingsprogrammen bei gesunden Personen verbessern. Körperliche Aktivität wird mit der erhöhten Synthese und Freisetzung von Neurotransmittern und neurotropher Faktoren verbunden, und diese Steigerungen können der Neurogenese, Angiogenese und Neuroplastizität zugeordnet werden (s. o.).

Nachweise sowohl in Tier- als auch in Humanstudien unterstützen die Rolle der Bewegung in der Änderung des Stoffwechsel-, Struktur- und Funktionsausmaßes des Gehirns und der Erhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei älteren Erwachsenen. Die Ergebnisse von Beobachtungsstudien unterstützen eine Dosis-abhängige Beziehung zwischen körperlicher Bewegung und kognitiver Leistungsfähigkeit bei älteren Erwachsenen. Jedoch ist die Studienlage bis heute inkonsistent, wodurch weitere Forschung notwendig wird, die körperliche Betätigung und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit des Gehirns durch neuroprotektive Mechanismen untersuchen soll. Hierbei gilt es, Trainingsprogramme aufzustellen, welche strukturiert, individuell, höher dosiert (Intensität), über eine längeren Zeitraum gestaltet und überprüft werden müssen.

Darüber hinaus sollte die Art, Dauer und Intensität der körperlichen Bewegung und ihre genauen Auswirkungen auf die verschiedenen Aspekte der kognitiven Funktion bestimmt werden. Die zukünftige Forschung sollte sich auf die Entwicklung spezifischer Trainingsprogramme zur Verzögerung des Krankheitsfortschritts und/oder der Reduktion des Risikos von Demenz konzentrieren. Hierbei besteht die größte Herausforderung darin, wie Lebensgewohnheiten geändert werden können und wie die Förderung körperlicher Aktivität in der älteren Bevölkerung aussehen kann bzw. sollte. In diesem Zusammenhang steht die Prävention im Fokus, da zu einer Lebensstiländerung geeignete Argumente und Strategien gefunden werden müssen, um einen langfristigen Erfolg gewährleisten zu können.

Ein mögliches präventives Bewegungsprogramm

Das American College of Sports Medicine (ACSM) gibt eine allgemeine Orientierung für körperliche Aktivität von 30 Minuten pro Tag moderater aerober dynamischer Ausdauer an fünf Tagen pro Woche (Gesamt: ca. 150 Minuten pro Woche) bzw. 20 Minuten pro Tag intensiver dynamischer Ausdauer an drei Tagen pro Woche sowie zwei bis drei kraftbetonte Trainingseinheiten pro Woche (Krafttraining für die großen Muskelgruppen), welche durch ein ausgiebiges Stretching (jede Übung in einem Umfang von 60 Sekunden) abgeschlossen werden sollen (Garber et al. 2011). Somit erscheint der Aufwand für ein präventives Bewegungsprogramm mit einer geringen Zeitspanne pro Tag als realisierbar und kann

z. B. auch mit Alltagsaufgaben kombiniert werden. So kann der tägliche Weg in die Stadt, zum Supermarkt, zum Rathaus oder zu Verwandten/Bekannten mit dem eigenen Fahrrad alleine oder u. U. bei fortgeschrittener Krankheit mit Begleitung durchgeführt werden. Ein aktiver Lebensstil kann sich auch dadurch auszeichnen, die Treppe statt Aufzug oder Rolltreppe zu nutzen. Es ist ganz einfach: Es gilt, jede Möglichkeit zur körperlichen Bewegung zu nutzen und sich neuen Aufgaben zu stellen, indem man sich herausfordert. So etwa mit einem Schrittzähler. Das ist ein kleines Gerät, welches sich jederzeit mitführen lässt und das dabei jeden getanen Schritt aufzeichnet. Am Ende des Tages lässt sich dann genau nachvollziehen, wie viele Schritte und welche ungefähre Distanz man zurückgelegt hat.

Eine Orientierung findet sich unter www.zehntausendschritte.de

Das Ziel, jeden Tag 10.000 Schritte zurückzulegen, erscheint am Anfang u. U. sehr hoch. Doch einmal begonnen wird man schnell feststellen, wie sehr sich von diesem kleinen Projekt profitieren lässt.

Neben moderat intensiver körperlicher Aktivität sollte auch ein intensiveres Training durchgeführt werden, das die neuroplastischen Vorgänge begünstigen kann. Hierzu kann auch ein geeignetes Krafttraining gezählt werden, welches u. a. auch mit einer Sturzprävention in Verbindung gebracht wird.

Exekutivfunktionen: Gemeint sind geistige Leistungen, die für die erfolgreiche Bewältigung des Alltags unerlässlich sind. Dabei geht es um all die Prozesse, die „der Ausführung von Handlungen unmittelbar vorangehen oder die sie begleiten". Beispiel: sich ankleiden. Voraussetzung hierfür sind z. B. Entscheidungen, was man anziehen möchte, wie einzelne Kleidungsstücke nacheinander anzulegen sind (Unterwäsche vor Hemd und Hose); aber auch Wissen, wie man ein Hemd anzieht etc. Wenn eine Demenz vorliegt, können die Exekutivfunktionen z. T. erheblich beeinträchtigt sein.

Neben den klassischen Ausdauersportarten wie Laufen, Nordic-Walking, Radfahren, Schwimmen oder auch Wandern, können auch aktuelle Angebote wie Tai-Chi, Yoga, Pilates und ähnliche Konzepte genutzt werden, weil diese kräftigende und mobilisierende Ansätze verfolgen, die sich im Alltag nicht nur positiv auf die neuronale Funktion, sondern auch auf Körperhaltung, Gelenkstellung etc., positiv auswirken können. Zudem werden bei den klassischen asiatischen Bewegungsabläufen vor allem auch die Verbindung zwischen „Körper und Geist" in den Mittelpunkt der Konzentration gerückt. Tai Chi zeigt Potenzial, die kognitive Funktion bei älteren Erwachsenen zu verbessern, insbesondere im Bereich der Exekutivfunktionen. Der Effekt ist bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen deutlicher. Aber auch bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist ein Effekt festzustellen (Wayne et al. 2014).

Koordinative Übungen zur Verbesserung der Balance, Kopplung (das Zusammenspiel von Armen und Beinen) und Differenzierung von Bewegungen werden als positiv dargestellt. Die Effekte lassen sich zum einen auf biochemischer Ebene (durch neurotrophe Faktoren), zum anderen durch eben eine Verbesserung der aufgezählten Fähigkeiten veranschaulichen. Demnach ist eine Ergänzung des Bewegungsprogrammes durch entsprechende zielführende Übungen als sinnvoll einzuschätzen.

Die genannten möglichen Optionen eines geeigneten Trainingsprogramms aus präventiver Sicht lassen sich auf individueller Ebene auch auf bereits an Demenz erkrankte Personen beziehen. Hierbei sind durch die Krankheit begründete Einschränkungen zu berücksichtigen.

Fazit:

- Regelmäßiges körperliches Training wirkt sich positiv auf das Herz-Kreislauf-System, das Immunsystem und die allgemeine Leistungsfähigkeit aus. Ähnliche Mechanismen sind auch für neuronale Gesundheit und Kognition auszumachen.
- Ein aktiver Lebensstil zeigt positive Anzeichen auf die Gehirngesundheit. Es ist jedoch zu untersuchen, inwiefern sich im Gegensatz dazu ein typisches Ausdauer- oder auch Krafttraining in der Wirkung unterscheidet.
- Eine ausgewogene Ernährung mit einem hohen Anteil an Omega-3-Fettsäuren, frischem Obst und Gemüse, ohne Zucker gesüßte Lebensmittel kann als günstige Voraussetzung zur Vorbeugung von degenerativen Krankheiten angesehen werden.
- Ein geeignetes Trainingsprogramm zur Vorbeugung und Behandlung von neurodegenerativen Krankheiten sollte regelmäßig (5x pro Woche 30 Minuten) moderates Ausdauertraining und zusätzlich Krafttraining beinhalten.
- Das hauptsächliche Forschungsdefizit liegt zurzeit in der genauen Betrachtung der Ausprägung (Intensität, Dauer und Art) eines geeigneten präventiven Übungsprogramms und dessen Auswirkungen.

Sebastian Zeller

Das Projekt „Was geht! Sport, Bewegung & Demenz“

Sport und Bewegung als Möglichkeit sozialer Teilhabe

Einleitung

Mit wachsender Ernüchterung über die kontinuierlich ausbleibenden Erfolge von Medizin und pharmakologisch orientierter Forschung bei der Bekämpfung demenzieller Veränderungen erfahren in jüngster Zeit Aspekte eine stärkere Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit, die zuvor allenfalls als Randthemen behandelt wurden. Zu diesen zählt auch die Bedeutung von Bewegung und sportlicher Aktivität im Kontext kognitiver Veränderungsprozesse. Die Aufmerksamkeit der hierauf bezogenen Auseinandersetzung, entsprechender Forschungsprojekte sowie konkreter Praxisaktivitäten konzentriert sich jedoch fast ausschließlich auf Fragen der *gesundheitlichen Wirkungen* von Sport und Bewegung für Menschen mit demenzieller Symptomatik. Hierunter wird dabei sowohl die Verbesserung körperlicher Fähigkeiten wie Kraft, Koordination und Ausdauer, als auch die kognitiver Funktionen wie Aufmerksamkeit oder Erinnerung verstanden. Bewegung soll vor allem präventiv wirken, aber auch im Sinne von Rehabilitation vorhandene Kompetenzen stabilisieren oder verloren gegangene wiederherstellen. Die positiven gesundheitlichen Wirkungen von Bewegung und Sport auf körperliche und kognitive Fähigkeiten auch bei Menschen mit Demenz können mittlerweile als gut gesichert gelten (siehe hierzu die Beiträge von Zeller und Rutenkröger). Daher kann es sich ein Projekt wie das nachfolgend vorgestellte erlauben, frei nach der Devise „dass Bewegung gesund ist, wissen alle, das müssen wir nicht noch einmal nachweisen“ den Blick auf einen bislang noch völlig unterbelichteten Aspekt zu richten.

Projektziele und Projektansatz

Mit dem Projekt „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz“ sollen, so die offizielle Zielformulierung, die Möglichkeiten und Chancen von Sport- und Bewegungsangeboten als Beitrag zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz und zur Steigerung ihrer Lebensqualität aufgezeigt, erprobt und (weiter-)entwickelt werden. Sportvereine, Wandervereine, aber auch Anbieter außerhalb von Vereinsstrukturen sollen dabei unterstützt werden, sich für Menschen mit kognitiven Veränderungen und ihre Kümmerer zu öffnen, diese einzubeziehen und ihnen Aktivitätsmöglichkeiten zu eröffnen. Über die Aufbereitung und Kommunikation der im Projekt gewonnenen Erkenntnisse wie auch die Erstellung von Praxismaterialien (Lehrfilme, Praxishandbuch) sollen bundesweit Impulse

und Hilfen für die Praxis gegeben und neue Verbindungen zwischen den Bereichen Sport/Bewegung einerseits sowie Soziales (Altenhilfe, Betreuung/Begleitung von Menschen mit Demenz usw.) andererseits geschaffen werden.

Projektrahmen

„Was geht! Sport, Bewegung & Demenz“

Träger: Demenz Support Stuttgart gGmbH (in Zusammenarbeit mit dem Verein Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft Minden-Lübbecke)

Förderer: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Robert Bosch Stiftung, Erich und Liselotte Gradmann-Stiftung

Praxispartner: Schwäbischer Albverein (SAV), Württembergischer Landessportbund (WLSB), Kreisportbund Minden-Lübbecke, Sportkreis Stuttgart, Allgemeiner Deutscher Fahrradclub (ADFC) Minden-Lübbecke, Stadtseniorenrat Stuttgart, Kanuclub Minden, Pflegestützpunkt Esslingen a. N., Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg sowie zahlreiche weitere Vereine, Organisationen und Initiativen.

Laufzeit: 1.1.2013–30.06.2016

Produkte/Ergebnisse: Filme/Filmmaterial, Praxishandbücher, Curriculum, Gute-Praxis-Ausschreibungen, diverse regionale und überregionale Veranstaltungen, Webseite

Evaluation: Institut für Innovation und Beratung an der Evangelischen Hochschule Berlin e. V.

Kontaktdaten: „Was geht!“: Demenz Support Stuttgart gGmbH, Hölderlinstraße 4, 70174 Stuttgart, 0711-99787-10

www.sport-bewegung-demenz.de

Der Projektansatz zeichnet sich durch eine Reihe von Aspekten aus, die nachfolgend skizziert werden.

Teilhabe

Gesundheit ist wichtig, aber längst nicht alles, was bei Sport und Bewegung im Kontext von Demenz positiv zu Buche schlagen kann. Hier setzt das Projekt an, das aus der jahrelangen Arbeit der Demenz Support Stuttgart gGmbH und weiterer Partner im Bereich der Förderung von Selbsthilfe, Selbstartikulation und Teilhabe von Menschen mit Demenz hervorgegangen ist. Es fragt danach, wie Bewegung und Sport dazu beitragen können, dass kognitive Veränderungen nicht zum Herausfallen der betroffenen Personen aus gesellschaftlichen Bezügen führen, sondern ihnen

neue oder alte Teilhabemöglichkeiten eröffnen und sichern. Eine interessante Erfahrung war, dass dieser explizite Teilhabeansatz zuerst einmal bei vielen potenziellen Partnern – aus dem Bereich des Sports wie auch dem Sozialbereich – auf distanzierte Reaktionen stieß. Fast immer wurden in den Gesprächen gesundheitsbezogene Zielsetzungen in den Vordergrund gestellt. Die Bedeutsamkeit des Teilhabeaspekts im Kontext von Sport und Bewegung schien und scheint sich nicht automatisch zu erschließen. Nachdem mittlerweile im Rahmen des Projekts jedoch lebendige und funktionierende Praxisbeispiele die Bedeutung dieser Verbindung belegen, kann der Teilhabegedanke langsam aber kontinuierlich erhöhte Aufmerksamkeit erzielen.

Bewegung und Sport

Sportvereine stellen eine wichtige gesellschaftliche Einrichtung dar, in der in Deutschland Millionen Menschen von jung bis alt organisiert sind. Auch in den Reihen der Sportvereine werden Menschen älter, entwickeln ggf. demenzielle Veränderungen und fallen meist unbemerkt aus diesen Bezügen heraus. Aus diesem Grund stellen die Vereine eine wichtige Zielgruppe und relevante Partner für ein teilhabeorientiertes Projekt wie „Was geht!“ dar. Andererseits funktioniert der Sport in weiten Teilen (jedoch nicht durchgängig und generell!) nach Regeln und einer Philosophie, die aufgrund ihrer Leistungsorientierung für Menschen mit Leistungseinschränkungen, sei es aufgrund des Alters oder einer körperlichen oder geistigen Behinderung, zu einem Hemmnis werden können. Zudem gibt es viele Personen, die Vereinsstrukturen oder -aktivitäten prinzipiell meiden, gleichzeitig aber durchaus bewegungsorientiert oder bewegungsbereit sind. Deshalb wurde im Projekt „Was geht!“ bewusst die *Bewegung* neben dem Sport im engeren Sinne zum Inhalt gemacht und deshalb wurden und werden Partner nicht allein im Bereich des organisierten Sports, sondern auch bei Anbietern ‚niedrigschwelliger‘ Bewegungsangebote gesucht: vom Wander- bis hin zum Obst- und Gartenbauverein.

Frühdemenz

Demenz ist im Bewusstsein der Öffentlichkeit, aber auch der professionellen Helfer, fast immer mit dem Bild von stark eingeschränkten und umfassend auf Hilfe angewiesenen Personen verbunden. Dieses Bild gibt aber lediglich einen Teilausschnitt des Phänomens Demenz wieder. Es unterschlägt die vielen Menschen, deren demenzielle bzw. kognitive Beeinträchtigungen zwar zu erheblichen Alltagsproblemen und Einschränkungen der Selbständigkeit führen, die aber bei entsprechender moderater Unterstützung zu den meisten Tätigkeiten in der Lage sind, zu denen es auch andere Menschen sind. Die Fachwelt hat für diese Personengruppe den missverständlichen Begriff „Frühbetroffene“ gefunden. Gemeint sind Personen, bei denen sich Veränderungen bemerkbar gemacht haben und denen ein Facharzt vielleicht bereits bescheinigt

hat, dass bei ihnen ein demenzieller Veränderungsprozess eingesetzt hat. Diese Menschen sind weitestgehend in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen. Einerseits sind die auf starkes Angewiesensein zugeschnittenen „Betreuungsangebote“ für diesen Personenkreis denkbar ungeeignet; andererseits scheuen sie sich aufgrund eigener Verunsicherung und erfahrener Stigmatisierungen, sich ihren Fähigkeiten entsprechend am sozialen Leben zu beteiligen. Trotz hohen Kompetenzgrades verengt sich ihr Handlungsradius tendenziell immer stärker bis hin zum völligen Herausfallen aus individuell bedeutsamen sozialen Bezügen und Aktivitäten. Dazu zählen auch bewegungsorientierte und sportliche Aktivitäten. Diese Gruppe der Frühbetroffenen stellt die primäre Zielgruppe des Projekts „Was geht!“ dar. Es geht nicht um die Sitzgymnastik in einer Seniorentagesstätte, sondern um die Beteiligung an ‚normalen‘ Aktivitäten wie Wandern, Radfahren, Sport in der Turnhalle, Schwimmen oder einem Stadtteilspaziergang. Immer wieder hat sich im Projektverlauf gezeigt, dass auch die Verantwortlichen aus Sport- und Bewegungsorganisationen zuallererst das vereinseitigte Bild von Menschen mit Demenz vor Augen haben und darum nicht selten erst einmal zögernd bis skeptisch reagieren. Doch diese Skepsis kann aufgelöst werden, was dazu führt, dass sich das Bild von Demenz erweitert.

Zwei Ansätze

Eine weitere Besonderheit des Projektansatzes ist die, dass unter dem Dach einer gemeinsamen Zielsetzung (s. o.) von zwei unterschiedlichen Ausgangspunkten in zwei unterschiedlichen Regionen gestartet wurde und unterschiedliche Wege erprobt werden. Projektstandorte sind (1) der Landkreis Minden-Lübbecke in Nordrhein-Westfalen und die Region Stuttgart in Baden-Württemberg. In Minden-Lübbecke waren bereits lange vor dem Projekt „Was geht!“ diverse sportliche Aktivitäten und Kooperationen zwischen dem Projektpartner *Leben mit Demenz* und Sportvereinen entwickelt worden. Die Initiative dazu entstand im Rahmen von Selbsthilfegruppen, die von *Leben mit Demenz* moderiert wurden. Irgendwann genügte den Gruppenmitgliedern das Reden und der Austausch über die eigene Situation nicht mehr und man wollte gemeinsam etwas tun: Sport treiben, kulturelle Angebote nutzen etc. Hieraus entwickelte sich im Kreisgebiet im Lauf der Zeit ein umfangreiches Aktivitätsangebot für Frühbetroffene. „Was geht!“ sollte dazu dienen, diese Angebotspalette nochmals aufzustocken. Vorrangig waren dabei die Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung bereits erprobter Angebote (z. B. Radfahren, Kanufahren). In der Region Stuttgart lautete der selbstverordnete Auftrag hingegen, von einem Nullpunkt ausgehend (bis dato gab es kein Angebot, das der Projektvorstellung entsprach) an Vereine und andere Organisationen aus dem Bereich Sport und Bewegung heranzutreten, sie für das Thema Demenz aufzuschließen und mit ihnen konkrete Möglichkeiten der sozialen und der aktivitätsbezogenen

Einbeziehung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu entwickeln, zu erproben und zu implementieren. Während am Projektstandort Minden sehr viele Aktivitäten als homogene Angebote – für Demenzbetroffene allein oder gemeinsam mit Angehörigen bzw. Kümmerern – gemacht werden, legt man in der Region Stuttgart den Schwerpunkt auf inklusive Aktivitäten. Inklusiv meint in diesem Zusammenhang, dass es keine speziellen Angebote für Betroffene (oder auch Betroffene mit Angehörigen) gibt, sondern solche, die auch und gezielt für Menschen mit kognitiven (oder anderen) Beeinträchtigungen offen und auf sie eingestellt, prinzipiell aber offen für alle sind. Der Aspekt der Begegnung und des selbstverständlichen Miteinandertuns spielt hier eine zentrale Rolle. In beiden Ansätzen werden konkrete Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Demenz eröffnet. Die unterschiedlichen Wege, die dabei unter einem Projektdach gegangen werden, bieten die Chance, einen recht breiten Fundus an Erkenntnissen zu gewinnen. Im Rahmen projektinterner Voneinander-Lernen-Runden und der begleitenden Projektevaluation sollen diese Erkenntnisse kontinuierlich reflektiert, aufbereitet und schließlich der interessierten Fachöffentlichkeit und Praxis zur Verfügung gestellt werden.

Ein Entwicklungs- und Transferprojekt

Genau darum geht es im Projekt „Was geht!“. Es ist kein klassisch wissenschaftliches, sondern ein Entwicklungs- und Transferprojekt, das nicht allein auf Erkenntnisgewinn, sondern insbesondere auf Praxisentwicklung zielt. Entwicklungsprojekt meint, dass Veränderungen, zum Beispiel in Vereinen, angestoßen, begleitet und nachhaltig abgesichert werden sollen. Eine zweite wichtige Abweichung von den üblichen Forschungsprojekten ist, dass das Projekt Raum lässt für Entwicklungen, die nicht vorab absehbar und genau zu planen sind, und auf diese reagiert. So war im Zuge der offenen, vom Nullpunkt startenden Vorgehensweise in der Region Stuttgart nicht vorhersehbar, welche Akteure aus dem Bereich Sport und Bewegung sich dem Thema Demenz öffnen und auf einen gemeinsamen Entwicklungsprozess einlassen würden (oder ob das überhaupt jemand tun würde!). Folglich war und ist ein sehr flexibles Projektdesign und Arbeiten im Projekt gefordert. Mit dem Terminus Transferprojekt soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass es bei „Was geht!“ nicht um die Erzielung nur regional (an den beiden Projektstandorten) bedeutsamer Wirkungen geht. Ziel ist vielmehr, Erkenntnisse so aufzubereiten und zu kommunizieren, dass sie im gesamten deutschsprachigen Raum für die Entwicklung teilhabeorientierter Aktivitäten und Strategien genutzt werden können. Der Ergebnis- und Erfahrungstransfer als implizites Projektmerkmal ist dabei nicht auf die Zeit nach Projektende festgelegt, sondern findet von Beginn an kontinuierlich statt. So wurden beispielsweise schon im Rahmen von drei Veranstaltungen Ergebnisse vorgestellt und praktische Anregungen gegeben. Mit weiteren Veranstaltungen, Praxishandbüchern, einem

Curriculum und Praxisfilmen wird der Ergebnistransfer weiter vorangetrieben. Zudem werden lokale Initiativen auch direkt beraten und unterstützt.

Erste Erkenntnisse

Seit Projektbeginn ist eine beeindruckende Reihe handfester Aktivitäten und Angebote entstanden. Hierzu zählen Begleitetes Einzelradfahren, Bewegungsgruppen (Gymnastik, Musik, Sinnesanregungen), Schwimmen, Tanz, Wandern („Lust am Wandern“) und vieles mehr. Getragen werden diese von Sportvereinen, einem großen Wanderverband, einem Fahrradverein, einer Kommune, einer Stiftung und anderen Partnern. Es wurde ein Qualifizierungskonzept für die Bereiche Bewegungsgruppen, Radfahren und Wandern entwickelt, erprobt und umgesetzt. Träger und Partner sind hier Dachorganisationen des Sports und ein großer Wanderverband. Auch wenn es zum momentanen Zeitpunkt (Projekthalbzeit) noch zu früh ist, eine umfassende Ergebnispräsentation vorzulegen, können dennoch schon erste wichtige Erkenntnisse und Erfahrungen benannt werden.

Kooperation Soziales – Bewegung/Sport

Bewegungs- und Sportangebote für Menschen mit kognitiven Veränderungen zu erschließen gelingt nur, wenn sich zwei normalerweise fremde Bereiche – hier verkürzt als ‚Soziales‘ und ‚Bewegung/Sport‘ tituliert – zusammentun und bereit sind, sich auf einen gemeinsamen Lernprozess einzulassen. Das ist nicht immer einfach, weil hier in der Tat sehr unterschiedliche Welten mit unterschiedlichen Philosophien und Spielregeln aufeinandertreffen. Wo das Sich-Zusammenfinden von gegenseitiger Lernbereitschaft und Offenheit geprägt ist und sich bewegungs- und demenzspezifische Kompetenz miteinander verbinden, ist dieses Zusammenwirken jedoch äußerst produktiv. Was braucht es dazu? Auf Seiten der Sport- und Bewegungsanbieter die Bereitschaft, bewährte Strukturen und Abläufe ggf. zu modifizieren und sich hier und dort auch auf scheinbare inhaltliche Abstriche einzulassen (langsamer, kürzer, weniger). Wenn es um inklusive Angebote geht, bedarf es auch des Mutes, dies gegenüber den ‚normalen‘ Mitgliedern und Nutzern zu vertreten und (mit ihnen) umzusetzen. Akteure aus dem Bereich des Sozialen benötigen vor allem die Bereitschaft, sich nicht für die alleine Zuständigen mit Blick auf Menschen mit demenziellen Veränderungen zu verstehen, sondern gesellschaftliche Instanzen wie beispielsweise Sport- und Bewegungsvereine gezielt ins Boot zu holen. Ein im Altenhilfe- und Pflegebereich stark ausgeprägtes Betreuungs- und Fürsorgeverständnis kann dabei kontraproduktiv wirken. Denn es geht nicht um Betreuungsfälle, sondern um Bürgerinnen und Bürger mit Teilhaberechten!

Bewegung und soziales Miteinander

Fast alle Aktivitäten, die von Vereinen und Organisationen unter dem Dach von „Was geht!“ entwickelt wurden, beschränken sich nicht auf das eigentliche Bewegungs- oder Sportereignis, sondern greifen auch das Bedürfnis der Nutzer nach sozialem Kontakt, Geselligkeit und Austausch auf. Die Radtour beinhaltet ein gemeinsames Grillen, die Wandertour endet regelmäßig beim gemeinsamen Essen im Gasthaus. Dort, wo Bewegungsangebote vor allem unter Gesundheitsaspekten betrachtet werden, spielt das Soziale oftmals keine besondere Rolle. Wo Teilhabe und Lebensqualität im Vordergrund stehen, muss das automatisch anders sein.

Langer Atem und Strategie

Zu den Erfahrungen im Projekt „Was geht!“ zählt auch diejenige, dass eine schnell auflodernde Begeisterung auf Seiten von Partnern aus dem Bereich Sport und Bewegung sehr schnell zum Strohfeuer werden kann. Es ist nicht damit getan, neue Angebote ins Programmheft aufzunehmen oder auf Hochglanz-Flyern für neue Zielgruppen zu werben. Erforderlich sind stattdessen langfristige und gründliche Planungen, die nicht nur Inhalte und Form neuer oder alter (zu öffnender) Angebote beinhalten, sondern auch eine Strategie, wie Menschen mit kognitiven Veränderungen erreicht, angesprochen und einbezogen werden können. Zudem braucht es einen langen Atem, der über manche Durststrecke hinwegträgt. Hierbei sollte man sich stets vor Augen halten, dass mit der Erschließung sport- und bewegungsorientierter Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Neuland betreten wird und sowohl die avisierte Zielgruppe selbst, als auch das gesamte Umfeld sich erst einmal darauf einstellen muss.

Inklusion ist möglich

Auf große Skepsis stieß und stößt bei vielen Beobachtern der Gedanke, Bewegungs- und Sportangebote auszurichten, die Menschen mit Demenz einbeziehen, statt ausschließlich auf diese ausgerichtet zu sein. Doch konnte unter dem Dach von „Was geht!“ eine Reihe von Aktivitäten entwickelt werden, die belegen, dass Inklusion möglich ist und erfolgreich funktioniert (Wanderangebote, Bewegungsgruppen usw.). Solche Angebote eröffnen nicht nur demenzbetroffenen Bürgerinnen und Bürgern reale Teilhabemöglichkeiten, sie führen auch zu wichtigen Lernprozessen bei den beteiligten anderen Personen, seien es die Teilnehmer/innen ohne kognitive Handicaps oder auch die Aktiven aus den Sport-, Bewegungs- und Wandervereinen. Das Ziel, Bilder von Demenz zu verändern und Bewusstseinsveränderungsprozesse anzustoßen, findet hier einen konkreten Entfaltungsort. Doch auch wenn inklusive Angebotsformate gelingen: viele Akteure tendieren weiterhin primär zur Schaffung homogener Angebote. Natürlich besteht für diese tatsächlich ein Bedarf: manches geht inklusiv, manches eher homogen. Zum anderen ist aber auch manchmal die Neigung zu

beobachten, es sich möglichst einfach zu machen. Ein inklusives Angebot umzusetzen wird oft als schwieriger eingeschätzt und so fällt manche Entscheidung für ein homogen ausgerichtetes Angebot aus recht pragmatischen Gründen.

Es geht viel!

„Was geht!“ macht bereits im Projekttitel sein Anliegen deutlich: zu zeigen, was alles im Bereich Sport und Bewegung mit Blick auf Menschen mit kognitiven Veränderungen möglich ist. Als ein Ergebnis kann festgehalten werden, dass prinzipiell erst einmal alles geht oder gehen kann, wenn die Rahmenbedingungen und die Ausgestaltung der jeweiligen Angebote auf die besonderen Bedarfe der Zielgruppe ausgerichtet werden. Stark leistungsorientierte und hochkomplexe Bewegungs- und Sportaktivitäten mögen nicht mehr funktionieren. Doch – und das zeigen die Projektaktivitäten – können Schwimmen, Radfahren, Kanufahren, Wandern und vieles mehr für Menschen mit kognitiven Handicaps ebenso möglich sein wie für andere Personen. Insbesondere im Bereich ‚niedrigschwelliger‘ Bewegungsarten – stellvertretend sei hier das Wandern genannt – liegen dabei große Entwicklungspotenziale.

Bürgerschaftliches Engagement

Der Sport in Deutschland wird von jeher überwiegend ehrenamtlich getragen. Neu bei den Aktivitäten für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist jedoch, dass hier noch einmal ganz neue Personengruppen angesprochen und für ein Engagement im Rahmen von Wandertouren, Bewegungsgruppen oder auch Radtouren gewonnen werden konnten. So verbindet sich beispielsweise bei den ehrenamtlichen Wander- oder Radbegleitern das eigene Interesse und Hobby mit einer sozialen Aufgabe. Offensichtlich können über ‚lustbetonte‘ Aktivitäten aus dem Bereich Sport und Bewegung Bürgerinnen und Bürger angesprochen werden, die sich in klassischen Feldern ehrenamtlichen Engagements im Umfeld des Themas Demenz eher nicht engagieren würden.

Aussicht

„Was geht!“ konnte in der bisherigen Projektlaufzeit bereits zahlreiche erfolgreiche Initiativen auf den Weg bringen und wertvolle Erkenntnisse über die Möglichkeiten und Grenzen teilhabeorientierter Sport- und Bewegungsaktivitäten für Menschen mit kognitiven Veränderungen gewinnen. Diese sowie zukünftige neue Erkenntnisse sollen, wie bisher auch schon, mit weiteren Interessierten geteilt und ausgetauscht werden. Interessenten können Kontakt zu den Projektverantwortlichen aufnehmen und/oder sich in den Verteiler des Projektnewsletters eintragen.

www.sport-bewegung-demenz.de/newsletter

Peter Wißmann

Weitere Informationen

- **Filmclips** unter www.demenz-support.de/publikationen/AV-Produkte
  - „Die 5 Esslinger und mehr“ (inklusives Bewegungsangebot):
  - „Lust am Wandern“
- Informationen zum **1. Anstiftertreffen** (2013, Stuttgart): www.sport-bewegung-demenz.de/gute_praxis/Anstiftertreffen_2013
- Skripte des **2. Anstiftertreffens** (2014, Stuttgart): www.sport-bewegung-demenz.de/materialien

Rutenkröger, A. (2014): Ein Elixier fürs Leben. In: Demenz – Das Magazin (Heft 22), 24-26.

Wißmann, P. (2014): Ab in die Demenzsportgruppe? Erst die Inklusion, dann das Spezialangebot. Ein Warnruf. In: Demenz – Das Magazin (Heft 22), 44-45.

Wißmann, P. (2014): Das Miteinander macht den Unterschied: Sport als Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe. In: Dr.Med. Mabuse 39(209), 33-35.

Das Ganze in die Normalität bringen!

Im Gespräch mit vier Experten aus den Bereichen Sport/Bewegung und Soziales

Die Experten

Stefan Anderer leitet den Bereich „Sport und Gesellschaft“ beim Württembergischen Landessportbund. Er ist seit fast 40 Jahren Mitglied im Sportverein und engagiert sich dort auch ehrenamtlich.

Dr. Christoph Rott ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg und u. a. Sprecher der AG Bewegungsregion Rhein-Neckar und seit 44 Jahren aktiver Volleyballer.

Prof. Dr. Nadja Schott ist Direktorin des Instituts für Sport- und Bewegungswissenschaft der Universität Stuttgart. Sie ist Inhaberin des Lehrstuhls für Kognition und Motorik. Außerdem ist sie seit 40 Jahren Mitglied in einem Sportverein und seit 25 Jahren Trainerin für Seniorensportgruppen.

Achim Uhl, M. Sc., leitet die Abteilung „Ältere Menschen und Pflege“ beim Landesverband Baden-Württemberg des Wohlfahrtsverbands PARITÄTISCHER.

dess_orientiert: Sport und Bewegung: Was haben wir in den zurückliegenden Jahren mit Blick auf ältere Menschen erreicht?

Christoph Rott: Da haben wir einiges erreicht. Die Anzahl der Personen, die angeben, dass sie zwei Stunden Sport in der Woche treiben, ist deutlich gestiegen. Das betrifft auch die Älteren. Hier sind die Themen Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung deutlich ausgeprägter als noch vor einigen Jahren.

Nadja Schott: Wenn ich jemanden frage, ob er sich über den Tag hinweg viel bewegt, auch Sport treibt, dann sagt man natürlich erst einmal ja. Wenn ich das dann differenzierter betrachte, dann sieht man sehr schnell, dass die Anzahl der Aktivitäten, die tatsächlich auch physiologisch wirksam sind, also eine Person auch mal ins Schwitzen geraten lassen, weniger als 10 % im Alter ausmachen. Die Frage stellt sich, was da angeboten wird. Im Moment ist es nach wie vor ‚bewegtes Sitzen mit Augenrollen‘. Auch ältere Menschen müssen regelmäßig vor Herausforderung gestellt werden und da gibt es noch viel zu wenig Angebote. Oft arbeiten in diesen Angeboten Ältere mit Älteren, und wenn die selber nicht fit sind, dann wird da auch keine Herausforderung stattfinden. Man

hat also noch längst nicht alles erreicht, wie es der Fall sein sollte.

Christoph Rott: Da stimme ich zu, dass die meisten Angebote zu wenig Herausforderung beinhalten, um einen Gesundheits- bzw. Fitnesseffekt zu erzielen. Aber die Leute machen das gerne, sie haben ihren Spaß dabei. Mit Blick auf Demenz sehe ich das noch verschärfter. In vielen Heimen wird Bewegung ja nicht nur nicht gefördert, sie ist auch unerwünscht. Wenn man die Leute in den Heimen aktiv macht und die sich viel bewegen, das stört dann nämlich den Betriebsablauf.

Achim Uhl: Das hat etwas mit dem alten Versorgungskonzept des Behütens zu tun. Da stehen wir am Anfang eines Wandels, wie es sich auch in Pflegekonzepten widerspiegelt. Aktivierung ist das zentrale Stichwort, mit dem wir gefordert sind, eine Tagesstruktur in stationäre Einrichtungen zu bringen. Das in die Breite zu tragen stellt aber tatsächlich ein Problem dar. Und noch größere Probleme sehe ich im ambulanten Bereich. Eine große Hürde ist nämlich der Zugang zu Angeboten. Wenn jemand kognitiv und vielleicht auch noch in seiner Mobilität eingeschränkt ist: wer bringt den denn irgendwo hin und wieder zurück? In einer Großstadt wie Stuttgart mag das ja vielleicht noch gehen, aber im ländlichen Raum haben wir da ein großes Defizit.

dess_orientiert: Herr Anderer, wo steht der organisierte Sport und was trägt er zum Thema Bewegung, Alter und Demenz bei?

Stefan Anderer: Als Vertreter eines Dachverbandes kann ich da eigentlich relativ positiv berichten. Wir bilden jetzt seit rund zehn Jahren Übungsleiter für die Arbeit mit älteren Menschen aus – wobei sich da immer die Frage stellt, wo ‚älter' eigentlich beginnt. Wir machen da auch nicht nur Bewegungsgymnastik. Der Fußballverband bietet Aktivitäten mit dem Ball an, die Radfahrer machen ihre Sache, die Skifahrer ihre und so weiter. Die versuchen da nicht nur Bewegung zu machen, sondern ihre Sportart reinzubringen, denn das ist für den Sportverein ja das Originäre und Wichtige. Ein Sportverein will natürlich auch seine Mitglieder halten und neue gewinnen. Er ist ja nicht nur dazu da die Gesellschaft zu retten. Aber das wird nach und nach dann durch Bewegungsangebote ergänzt, oft in Kooperation mit anderen Trägern. Da gibt es dann solche Dinge wie Sturzprophylaxe oder Bewegungsgruppen für Hochaltrige. Es bleibt das Problem, dass wir im Kinder- und Jugendbereich sehr stark sind, dann bricht es aber mit der Berufsphase ab und dann gibt es eine Mitgliederdelle. Allein, dass die Leute wissen, dass Sport gesund ist, nützt noch nichts. Ich kenne auch diese Studien, in denen die Leute sagen, dass sie jeden Tag Sport treiben. Aber unsere Aufgabe ist es natürlich auch, die Leute in den Verein zu holen, weil wir wissen, dass es dann eher und auch nachhaltiger getan wird. Und es gibt eben viele Menschen, da müssen wir Bewegung in den Alltag bringen. Also: Nimm die Treppe, mach deine 3.000 Schritte am Tag und so fort.

Christoph Rott: Was dabei zu den Sportangeboten hinzukommen muss, sind solche niedrigschwelligen Angebote, die im Rahmen der Gesundheitsförderung ja auch gefordert werden, zum Beispiel Spazierganggruppen.

Nadja Schott: Wofür genau sollen die effektiv sein?

Christoph Rott: Um Lust und Freude an der Bewegung zu wecken.

dess_orientiert: Oder auch soziale Kontakte zu fördern.

Nadja Schott: Da muss man schon ganz genau schauen, was man da propagiert. Wenn man locker vor sich hin spaziert, da passiert nämlich nichts.

dess_orientiert: Und wenn es die Lebensfreude ist?

Nadja Schott: Moment, das ist dann Kommunikation oder Soziales. Aber physiologisch passiert nichts. Ich sehe das ja bei diesen Spaziergruppen. Die laufen los, dann unterhalten sie sich und werden dann langsamer, bleiben stehen oder setzen sich. Da kann ich als Sportwissenschaftlerin dann nur sagen: Sorry, ganz nett, aber was soll denn da körperlich passieren?

dess_orientiert: Sie würden sagen, es macht physiologisch keinen Unterschied, ob ich den ganzen Tag im Sessel sitze oder wenn ich wenigstens mal für eine Stunde rausgehe und mich bewege?

Nadja Schott: Da reden wir über unterschiedliche Dinge. Das eine ist das lange Sitzen, das andere ist, wann ein Programm physiologisch effektiv ist. Da muss ich mich fragen, was das Ziel des Programms ist. Geht es um Kommunikation oder darum, meinen Körper zu trainieren?

Christoph Rott: Wenn man das in einer bestimmten Geschwindigkeit und regelmäßig macht, dann ist durchaus ein Gesundheitseffekt zu erwarten. Oder würden Sie das abstreiten?

Nadja Schott: Angepasst an die eigene Leistungsfähigkeit sollte eine gewisse Geschwindigkeit erzielt oder eine Steigerung mit eingebaut werden. Geht es erst einmal darum, den Alltag überhaupt bewegt zu gestalten, dann kann es auch spazieren gehen sein, aber ich kann nicht erwarten, dass dadurch die Leistungsfähigkeit erhalten oder gesteigert wird.

Stefan Anderer: Wenn ich jemanden in Bewegung bringen möchte, weil er sonst nur herumsitzt, dann sehe ich das auch als ein probates Mittel und würde zum Verein sagen: Bring dich doch da ein, nimm einen Übungsleiter und mach mit dieser Person einfach einmal einen Spaziergang oder eine Kleinwanderung. Hier in Stuttgart gibt es ja die ‚Bewegte Apotheke', da trifft man sich im Viertel und bewegt sich. Und da würde ich wieder den Verein ins

Spiel bringen und sagen: Nehmt doch den Verein mit rein, der hat Übungsleiter. Wenn es um Nachhaltigkeit geht, dann schlägt eben nichts den Verein. Der hat dann auch noch weitere Angebote in der Hinterhand. Aber der Anfang kann durchaus mit so etwas wie der Bewegten Apotheke oder einem Stadtteilspaziergang gemacht werden. Dieser Sozialraumbezug ist hier ja ganz wichtig.

Achim Uhl: Den propagieren wir ja auch und der ist vor allem mit Blick auf in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen ganz wichtig. Hier sehe ich eine ganz große Herausforderung.

dess_orientiert: Da ist dann auch die Kommune ganz wichtig, oder?

Achim Uhl: Da darf man aber nicht sozialromantisch werden. Das mit der Daseinsvorsorge funktioniert ja in keiner Ecke so richtig. Die Kommunen haben sich sehr stark zurückgezogen. Alles, was dort geschieht, steht unter dem Vorbehalt der kommunal zur Verfügung stehenden Mittel. Gute Aktivitäten werden nur ansatzweise gefördert, wenn überhaupt. Da habe ich in den 25 Jahren, in denen ich im Pflegebereich tätig bin, noch keine großen Aktivitäten gesehen, die tatsächlich Bewegungsförderungsprogramme in die Breite gebracht hätten. Außer, wenn die AOK, das DRK oder sonst wer mit im Spiel war.

Nadja Schott: Wir haben uns vorhin ja sehr auf die Vereine fokussiert, beispielsweise auf die Frage, was diese tun können, um die Leute möglichst früh zu gewinnen und zu halten. Aber das ist ja nur die eine Hälfte der Medaille. Es gibt Studien, die zeigen, dass es auch Menschen gibt, die sich zwar bewegen wollen, aber nicht im Rahmen eines Vereins. Dazu habe ich selbst auch schon einmal eine kleine Studie gemacht. Da gibt es Menschen, die haben Angst, in den Verein zu gehen. Sie denken beispielsweise, sie seien dafür nicht fit genug; da seien Leute, die das dort schon seit vielen Jahren machen, da käme man gar nicht mehr rein und so weiter. Die erreicht der Verein einfach nicht.

Stefan Anderer: Interessanterweise sind das aber auch oft Menschen, die dann beginnen mit der Nachbarin walken zu gehen, dann noch mit einer Nachbarin, der Freundin, der Tante, und irgendwann trifft man sich regelmäßig zwei Mal die Woche zum Walken. Wo ist da der Unterschied zum Verein? Es beginnt mit individuellem, flexiblen Sport und dann bildet sich aber doch wieder eine feste Gruppe. Es entwickelt sich eine Art Mini-Verein nur ohne ‚e. V.'.

Wir Vereine sind da gefordert, auch andere Formen der Mitgliedschaft zu entwickeln, zum Beispiel Schnuppermitgliedschaften, auch andere Formen von Angeboten, Zeiten für diese Angebote und so weiter. Aber das hat auch Grenzen, weil die Ressourcen nicht größer werden in den Vereinen, ich denke da an die ehren-

amtlichen Übungsleiter. Manche Angebote gibt es halt nur im Mai und Juni samstags, weil es nur eine Person gibt, die das anbieten kann. Man muss auch sagen: Niemand würde ja von einem Gesangsverein verlangen, dass er sich auch für nicht musikalische Menschen und Nicht-Sänger öffnet.

dess_orientiert: Das wäre doch einmal ein interessantes Projekt!

Stefan Anderer: Ich kenne zwar auch Orchester, wo Menschen hingehen, die noch nie ein Instrument gespielt haben. Das ist sehr spannend, aber niemand würde das von einem Musikorchester verlangen. Nun ja, der Sport hat solche Ansprüche ja auch durch seine Größe und seinen Anspruch provoziert. Aber wenn wir ehrlich sind, müssen wir zugeben, dass wir viele Dinge noch nicht erfüllen können, auch wenn es unsere Aufgaben sein sollten.

Nadja Schott: Vielleicht muss man da die Bewegung mit etwas anderem verbinden! Ich fand seinerzeit das Konzept der Universität des Dritten Lebensalters sehr spannend. Die haben gesagt: Wir bieten Bildung plus Bewegung. Das hat gut funktioniert, da hat man uns buchstäblich die Bude eingerannt. Weil Bewegung hier mit etwas anderem verknüpft war, hatte das Ganze eine viel höhere Attraktivität. Ein allein für sich stehendes Bewegungsprogramm wird es vielleicht immer schwerer haben, als wenn ich es mit etwas anderem verbinde.

Christoph Rott: Das ist auch mein Ansatz. Wir müssen viel stärker auch Wissen vermitteln. Ich mache die Erfahrung, dass ältere Menschen schon sehr viel wissen wollen, da gibt es Interesse an Gesundheits- und an Bewegungsfragen. Oder nehmen Sie die Erfahrungen, die man mit „Fit for life“ gemacht hat. Da geht es um die Erfassung der individuellen Fitness. Ich hätte nicht geglaubt, dass das so gut funktioniert. Aber die Leute wollten das wirklich genau wissen. Das Alter ist ja auch mit individuell sehr verschiedenen Risiken verbunden und da macht es durchaus Sinn, sozusagen prospektiv auf relevante Faktoren für die spätere Selbständigkeit und Gesundheit zu schauen.

Nadja Schott: Nun wissen wir ja auch um den Zusammenhang von Bildung und Einkommen und die Bereitschaft, sich solchen Fragen zuzuwenden. Wer besser gestellt ist, ist auch aufgeschlossener und kann sich notfalls sogar den eigenen Personaltrainer leisten. Mir ist aber der Aspekt der Qualifizierung bzw. der Qualifikation noch sehr wichtig. Es muss immer deutlich werden: Geht es hier um Turnhosenherumgehopse oder tatsächlich um mehr? Es ist schwerer, mit einer Gruppe älterer Menschen zu arbeiten, als beispielsweise mit Kindern. Wenn ich da einen 17-jährigen Übungsleiter habe, ist das ja ganz schön, aber kann der das bieten, was ich mit Blick auf die älteren Teilnehmer brauche? Noch mal: Die Qualifikation ist ein zentrales Thema.

Achim Uhl: Ich weiß nicht, ob man da immer nur auf Professio-

nelle schauen darf. Es gibt da ja noch ein anderes Konzept, das bundesweit erprobt worden ist, ein Konzept aus der Pädagogik heraus, wo so genannte Pflegebegleiter nach dem Schneeballprinzip herangebildet wurden. Es ging darum, Menschen wie dich und mich, nicht zu Profis zu machen, sondern so zu qualifizieren, dass sie in der Lage sind, Angehörige bei der Pflege zu unterstützen. Bei Bewegung und Sport geht es natürlich nicht um Pflegebegleiter. Mich interessiert nur der Gedanke, das Prinzip. Das auch in anderen Bereichen, gerade auch mit Blick auf Menschen mit Demenz, umzusetzen, da besteht noch einmal eine große Chance. Die Strukturen sind da, die Ansatzpunkte sind gegeben, wir haben vier Modellegionen. Es müssen nicht immer ganz neue Strukturen aufgebaut werden, man könnte an bestehende anknüpfen. Auch zum Beispiel an die Demenz-Lotsen, die wir hier in Baden-Württemberg haben. Hier anzusetzen ist meines Erachtens durchaus eine Überlegung wert.

dess_orientiert: Es fiel das Stichwort Menschen mit Demenz. Wie sehen Sie da die Lage?

Christoph Rott: Da dürfen wir uns nichts vormachen. So einfach mal schnell ein Bewegungsangebot mit Demenzkranken zu konzipieren, das ist nicht so einfach. Demenz ist für viele ja immer noch etwas sehr Beängstigendes. Ich bin selbst auch seit über dreißig Jahren in einem Verein. Das Thema Demenz wurde nie in den Mund genommen. Ich kenne viele Leute, die sind dann irgendwann einfach nicht mehr gekommen. Erst als mir eine Frau irgendwann einmal gesagt hat: „Der Robert, der kommt jetzt nicht mehr wegen der Demenz“ – da ist mir erst bewusst geworden, dass wir diese Leute verlieren und gar nicht zur Kenntnis nehmen. Also, den Umgang mit Demenzkranken, den muss man auch erst lernen.

Stefan Anderer: Die Vereine sind natürlich aktuell noch nicht so aufgeklärt, dass sie genau wüssten, wie man mit so etwas umgehen soll. Darum suchen wir ja auch die Zusammenarbeit mit anderen. Ich glaube, dass man da auch bei der Grundausbildung der Übungsleiter anfangen muss. Hier muss man lernen, wie man in der Sportgruppe damit umgeht, wenn der Robert nach dreißig Jahren plötzlich nicht mehr kommt.

Nadja Schott: Man muss aufpassen, dass man nicht eine Schwarz-Weiß-Sichtweise einnimmt nach dem Motto dement oder nicht dement? Und wenn ja, dann braucht derjenige sofort Spezialpflege. Für die Vereine wird es mit Blick auf die Frühphase von Demenz doch spannend. Wenn man sieht: Hoppla, der Betroffene kann ja noch ganz normal mitmachen. Vielleicht muss ich meine Instruktionen etwas anders geben, aber nur weil eine Person von einer Demenzdiagnose betroffen ist, muss er doch nicht gleich aus dem Verein austreten. Natürlich muss man andererseits aber auch schauen, wie weit das gehen kann. Ist die Demenz bereits weit

fortgeschritten, dann kann der Verein die Betreuung nicht mehr leisten.

Stefan Anderer: Wobei, das wäre doch die Perspektive. Bei der Frühphase, da gibt es, glaube ich, doch genug Kompetenz. Und wenn man da jetzt noch was drauf packt, also zum Beispiel eine Hochdementengruppe macht - ich meine jetzt nicht die klinischen Fälle – und dann rausgeht auf den Platz … Da braucht es natürlich auch eine entsprechende Ausbildung. Da müsste sich das System auf den Weg machen. Das wäre dann Behindertensport. Alzheimer und Demenz als Reha-Sport? Ist das ein Ziel?

dess_orientiert: Die Frage ist schon: Will ich ganz viele Spezialangebote schaffen? Und wo schaffen wir Räume, in denen Menschen lernen können, auch mit anderen Personen umzugehen, die zum Beispiel kognitive Probleme haben?

Nadja Schott: Indem wir beispielsweise Jung und Alt zusammenbringen. Wir haben so etwas bei uns an der Uni, da treiben Jüngere als Teil ihrer Ausbildung Sport mit Älteren. Bei diesen Angeboten sind auch Personen mit kognitiven Problemen dabei. Nur wenn ich bei jüngeren Menschen das Wissen und die Einstellung über das Alter und das Älterwerden ändere, werden wir weiter kommen. Jüngere Menschen sind die Entscheider von morgen.

Achim Uhl: Wovon Sie gerade sprechen, das nennt man Normalität. Was aber in der Praxis passiert ist, dass Menschen exklusive Räume zugewiesen werden. In dem Moment, wo ich bestimmten Menschen – mit Parkinson, mit Demenz und so weiter – spezielle Gruppen zuweise, da haben wir dann diese exklusiven Räume und da sind wir von Teilhabe und Integration weit entfernt. Das haben wir seinerzeit ja auch bei Menschen mit Behinderungen erlebt. Die haben viele exklusive Räume bekommen, die hat man auch Komplexeinrichtungen genannt. Also, von Teilhabe und Inklusion spreche ich schon gar nicht mehr. Wir müssen erst einmal den Schritt der Integration gehen. Und wir müssen Bilder und Konzepte in den Köpfen ändern. Das ist eine große Herausforderung, aber ich glaube, wir müssen tatsächlich das Ganze in die Normalität bringen.

dess_orientiert: Herzlichen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führten

Gabriele Kreutzner, Anja Rutenkröger und Peter Wißmann.

Nachgefragt

Verhaltensänderung braucht Unterstützung durch Veränderungen der Umwelt

Interview mit Prof. emeritus Dr. Marijke Hopman-Rock

Im März 2014 hatte *dess_orientiert* Gelegenheit, an der Abschlusskonferenz des EU-Projekts *Cities for Sports* in Stuttgart teilzunehmen. Unter den spannenden Vorträgen, die dort gehalten wurden, war auch der von Prof. emeritus Dr. Marijke Hopman-Rock. Professor Hopman-Rock hat am Medizinischen Zentrum der Freien Universität Amsterdam (VU Amsterdam) lange Jahre zum Thema „Bewegung und Gesundheit älterer Menschen" gearbeitet und war zudem als berufene Forschungsprofessorin für die Netherlands Organization for Applied Scientific Research (TNO) tätig. Marijke Hopman-Rock ist zudem Ehrenmitglied und Gründungsvorsitzende von EUNAAPA, dem European Network for Action on Ageing and Physical Activity.

www.eunaapa.org

Was uns an dieser Ausnahmewissenschaftlerin ganz besonders gefallen hat, ist ihr handfester Praxisbezug: Ihren Vortrag begann sie mit der Erzählung darüber, wie es ihr gelang, ihre hochbetagte Tante, die krankheitshalber ins Pflegeheim ziehen musste und dort nahezu immobil wurde, wieder zu einem aktiven, die Bewegung suchenden und genießenden Menschen zu machen und was sie in dieser Zeit mit Blick auf Bewegung über die Welt Pflegeheim gelernt hatte. Ihr Ansatz hat uns so gut gefallen, dass wir Professorin Hopman-Rock umgehend um einen Beitrag zu dieser Ausgabe von *dess_orientiert* baten. Und sie sagte zu! Resultat ist das folgende „virtuelle Interview", das im E-Mail-Austausch zustande kam.

dess_orientiert: Studien weisen darauf hin, dass ältere Menschen physisch deutlich aktiver sein – oder besser: werden – müssen, als sie derzeit sind, wenn sie gesund bleiben und sich ihre Lebensqualität erhalten wollen. Dies verlangt wohl nichts Geringeres als einen Paradigmenwechsel bzw. einen Kulturwandel mit Blick auf die Alltagspraxen und -routinen vieler älterer Menschen – und zwar sowohl in privaten wie in institutionalisierten Lebenszusammenhängen. Welche Ideen und Vorstellungen haben Sie hierzu; welche Empfehlungen würden Sie zu diesem Punkt abgeben? Sehen Sie aussichtsreiche Wege, um die erforderlichen Veränderungen auf den Weg zu bringen? Und wie kann es gelingen, die Freude an Bewegung, an physischer Aktivität und/oder am Sport bei älteren Menschen zu entfachen?

Marijke Hopman-Rock: Fast nichts ist schwieriger als Verhalten tatsächlich zu verändern. Das hat natürlich damit zu tun, dass ein großer Teil menschlichen Verhaltens vom Unterbewusstsein ge-

steuert wird. Wir wissen, dass Bewegung Krankheiten vorbeugt und auch dafür sorgen kann, dass diese sich, wo vorhanden, nicht verschlimmern. Wir wissen auch, dass Bewegung vor Invalidität schützen kann. Wo also ist das Problem? Sei doch einfach ein kleines bisschen aktiver und bleib‘ gesund! Leider ist ein großer Prozentsatz unserer älteren Menschen nicht hinreichend körperlich aktiv, um gesund zu bleiben (von denjenigen über 75 sind das in den Niederlanden über 50 %!). Statt im Vergleich zu vorher körperlich ein bisschen aktiver zu werden, wenn man in Rente geht, wird das Auto dann noch öfter benutzt! Oder man kauft sich ein Haus ohne Treppen, weil man sich vor Arthrose fürchtet! Sie kennen ja das Stereotyp: der ältere Mensch bewegt sich eher langsam und stürzt sehr leicht. Jemand, bei dem sich erste Anzeichen einer Demenz bemerkbar machen, ist sogar noch verwundbarer: er oder sie fürchtet allzu leicht, nicht mehr nach Hause zurück zu finden, sobald er/sie sich draußen bewegt.

Ich denke, wenn Wissenschaftler und politische Entscheidungsträger das Verhalten einer ganzen Bevölkerungsgruppe ändern wollen, ist ein erfolgversprechender Weg der, auf ein duales Verfahren zu setzen. Das erste Vorgehen ist weithin bekannt: es setzt auf das Muster der bewussten Verhaltensänderung – also auf einen kognitiven Ansatz. Die bestimmenden Faktoren der Verhaltensänderung in diesem Modell sind folgende:

- Man wird über die gesundheitlichen Vorzüge eines körperlich aktiven Verhaltens informiert (Wissenszuwachs, indem man sich nach Möglichkeiten eines Coachings umschaut, entsprechende Broschüren und Zeitschriften liest etc.)
- Wer den Entschluss fasst, körperlich aktiver zu sein, wird von Familie und Freunden bestärkt und ermutigt („Schauen Sie sich in Ihrer unmittelbaren Umgebung nach sozialer Unterstützung um!“)
- Man sucht sich etwas aus (eine Aktivität oder eine Sportart), was man gerne machen möchte und was einem Freude macht (Thema Haltung; „Schauen Sie sich nach einem breiteren Spektrum von Aktivitäten und Sportarten um und suchen Sie sich etwas aus, das Ihnen Spaß macht.“)
- Man tut etwas (man ist körperlich aktiv oder betreibt eine Sportart), von dem man denkt, dass man es kann (Thema Selbstwirksamkeit; „Suchen Sie nach Aktivitäten und Sportarten, die dem von Ihnen beherrschbaren Schwierigkeitsgrad entsprechen.“)

Nun ist es aber leider so, dass dieses kognitive Modell zwar tatsächlich Verhaltensänderungen zeitigt, wir aber aus der Forschung wissen, dass das alte Muster dann – in aller Regel nach etwa sechs Monaten – wieder zurückkehrt. Was also tut man dann? Hier haben sich Forscher einen zweiten Weg ausgedacht, der sich unbewusste Einflüsse zunutze macht.

Dieses zweite Vorgehen funktioniert genau so, wie wir das von der Werbung und ihren Wirkungsmechanismen kennen:

- Man wird mit aktiven Vorbildern konfrontiert (in Bildern, Filmen, Texten etc.)
- Das Umfeld wird so verändert, dass die aktive Wahl die einfachste ist (die Treppe statt den Aufzug nehmen, weil der Architekt den Aufzug ein wenig versteckt hat; Parkplätze werden weiter vom jeweiligen Gebäude entfernt angelegt etc.)
- Die Läden für den täglichen Einkauf befinden sich in fußläufiger Entfernung und sind auf einer gut begehbaren und sicheren Lauf- oder Fahrradstrecke problemlos zu erreichen.

Somit lautet der Kerngedanke nun: Jeder bewegt sich, also muss ich mich auch bewegen! Das ähnelt dem Muster, nach dem man im Jugendalter mit dem Rauchen anfängt – und wir wissen alle, wie schwer es ist, sich vor der Ansteckungsgefahr dieses Musters zu feien!). Wenn die Menschen anfangen, sich nach dem neuen Muster zu verhalten, dann wird dieses Verhalten üblicher und normaler. Und wenn es üblicher und normaler ist, nehmen andere es auf.

Für die Praxis heißt das, dass Städteplanern und Architekten eine wichtige Rolle zukommt. Gleiches gilt, wenn man bei bestimmten Anlässen auf Vorbilder setzt. Gruppen aktiver alter Menschen können für andere ein Motor dafür sein, selbst aktiver zu werden. Auch sollte man daran denken, dass viele Frauen die sozialen Aspekte besonders mögen (reden, sich unterhalten...) und der Durchschnittsmann ganz gern ein bisschen Wettbewerb hat! Wenn es zu gefährlich ist, alleine aktiv zu sein, kann man Möglichkeiten wie etwa das interaktive Radfahren nutzen (auf der Stelle fahren, aber vor einem Bildschirm, auf dem ein Weg projiziert ist). Oder man kann mit einem Doppelrad fahren (siehe Foto). Seien Sie kreativ, wenn es darum geht, sich selbst und/oder andere zum Aktivwerden zu verführen!

Wer will, dass die eigene Stadt zu einer aktiven Stadt wird, der sollte unbedingt auch die Hausärzte einbeziehen. Bitten Sie diese darum, mit ihren Patienten und deren Angehörigen darüber zu sprechen, wie wichtig körperliche Aktivität und Bewegung zur Erhaltung der Gesundheit im Alter ist und dafür, die Gehirnfunktionen so gut wie möglich zu erhalten. Das kann einen davor bewahren, eine Demenz und körperliche Beeinträchtigung zu entwickeln.

dess_orientiert: In Ihrem Vortrag in Stuttgart haben Sie die These vertreten, dass es in Bezug auf die Bedeutung von körperlicher Betätigung und/oder Sport eine Reihe blinder Flecken gibt. Könnten Sie die zentralen Botschaften Ihrer Argumentation für unsere Leserinnen und Leser zusammenfassen?

Marijke Hopman-Rock: Ich gebe mal ein Beispiel: Zumindest bei uns in Holland gilt es als höflich, wenn man zu einem alten Menschen sagt: „Bleiben Sie doch sitzen“. Das gilt selbst dann, wenn die ältere Person aufsteht, um Ihnen zur Begrüßung die Hand zu geben. Ich beobachte das ständig. Was die meisten nicht wissen ist, dass Sitzen einen umbringt! Wir wissen, dass körperliche Inaktivität, also fehlende Bewegung, die Mortalität stärker beeinflusst als das Rauchen.

In Alten- bzw. Pflegeheimen sitzen die Leute oft den ganzen Tag herum. Und das Pflegepersonal unterstützt das auch noch, weil sie denken, dass es für die BewohnerInnen am sichersten ist, wenn sie sitzen. Natürlich ist die Wahrscheinlichkeit zu stürzen geringer, wenn man liegt oder sitzt. Aber leider ist es nachweislich auch so, dass viel Sitzen und sich draußen nur wenig bewegen zu mehr Stürzen im Heim führt. Man kann sagen, dass dieser Zusammenhang einer Abwärtsspirale gleicht, die wie beschrieben zu einer Situation völliger Inaktivität führt. Hier scheinen wir mit einem kollektiven blinden Fleck ausgestattet zu sein. Damit meine ich, dass Wissen über etwas vorhanden ist (also in dem Falle weiß die Forschung, dass physische Aktivität und Sport für die Gesundheit im Alter wichtig sind), man aber in der Öffentlichkeit hierüber (noch) nichts weiß.

Glücklicherweise können wir das aber ändern, wenn wir uns diesen blinden Flecken bewusst machen. Um ein paar Beispiele zu geben:

- Wenn Sie einen alten Menschen begrüßen möchten, dann warten Sie, bis er oder sie aufgestanden ist und geben Sie ihm/ihr dann die Hand.
- Suchen Sie nach Möglichkeiten, möglichst sicher zu gehen oder Rad zu fahren. Benutzen Sie einen Rollator oder ein Zweier-Rad.
- Wenn Sie einen alten Menschen zu Hause oder im Pflegeheim besuchen, dann fragen Sie, ob er/sie nicht mit nach draußen kommen und ein bisschen frische Luft schnappen möchte.
- Benutzen Sie so oft es irgend geht die Treppen statt den Aufzug.
- Nehmen Sie das Fahrrad statt des Autos.
- Und so weiter.

dess_orientiert: Wir als Demenz Support Stuttgart führen gerade ein Projekt im Bereich Bewegung durch. Dabei interessiert uns vor allem, wie man „inklusive“ oder auch „integrative“ Angebote entwickelt und umsetzt, die möglichst allen Menschen mit und ohne körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen offenstehen. Welche Umgebungsbedingungen/Kontextbedingungen und welches Wissen sind hierfür aus Ihrer Sicht besonders wichtig und hilfreich?

Marijke Hopman-Rock: Die Entwicklung und Umsetzung von Bewegungsprogrammen als wichtig erachten und dem Aufmerksamkeit zu schenken, ist immer eine sehr gute Sache! Es ist gut zu hören, dass eine Organisation wie die Ihre sich in diesem Feld engagiert. Es gibt ja eine ganze Menge von Programmen und die sind denjenigen, die sich normalerweise in den Bereichen Bewegung und Alter(n) tummeln (wie etwa Physiotherapeuten oder Bewegungstrainer), normalerweise auch bekannt. Es wäre wichtig zu sehen, dass diese Experten sich Programme ausdenken könnten, von denen sie denken, dass sie passen und einfach zu nutzen sind. Ein Programm ist gut, wenn

- es dem Niveau der Nutzerinnen und Nutzer entspricht (es sollte weder zu einfach, noch zu schwierig für sie sein)
- es Ihnen Spaß macht (beispielsweise kann man mit weichen Bällen oder Luftballons spielen und/oder mit Musik arbeiten)
- es Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer trainiert
- es leicht beginnt und der Schwierigkeitsgrad nach und nach gesteigert wird.

Neben Programmen und Angeboten im Haus kann man sich auch solche vorstellen, die man im Garten oder irgendwo in der Nachbarschaft durchführen kann. Ich persönlich mag den interaktiven

Siehe: www.yalpinteractive.com/45-Sona.html

Spielplatz von Yalp (der Sona genannt wird). Der ließe sich für ältere wie auch für junge Spieler nutzen. Denken Sie auch mal quer, das ergibt die besten Ideen! Viel Glück mit Ihrer Arbeit in Stuttgart.

www.emgo.nl/team/391/marijkehopman-rock/personal-information

Prof. emeritus Dr. Marijke Hopman-Rock

Thematisch interessante Websites:

www.eunaapa.org

www.kuleuven.be/thenapa

http://nabij-vitalewijk.nl/english

Das Interview führte Gabriele Kreutzner

Gute Praxis: Working Age Dementia

Ein Angebot für Männer im Erwerbsalter

Unter dem Motto „Fußball verbindet“ hat *Notts County FC Football in the Community* zusammen mit der *Alzheimer Gesellschaft Nottinghamshire* ein kostenloses Programm entwickelt, um vor allem jüngere Männer mit kognitiven Veränderungen im Erwerbsalter (40–65 Jahre) anzusprechen.

Seit dem Herbst 2012 wird das Programm im wöchentlichen Turnus angeboten. Den Teilnehmern steht eine Bandbreite an Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung: Walking-Football (eine langsamere Version des Fußball-Spielens für Menschen mit Bewegungseinschränkungen), Bowling, Cricket, Tischtennis, Basketball, Volleyball, Badminton usw. Das Konzept setzt bei den Wünschen der Teilnehmer und Angehörigen an. Die sportlichen Aktivitäten werden je nach Wunsch und Tagesform ausgewählt. Neben dem körperlich aktiven Teil enthält das Angebot auch einen sozialen Part: Hier besteht die Möglichkeit, sich gemeinsam zu entspannen, ins Gespräch zu kommen und/oder zusammen etwas zu trinken oder eine Kleinigkeit zu essen.

Das Projekt bietet nicht nur für die unmittelbar angesprochenen Männer, sondern auch für die pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, andere Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation kennenzulernen – um nicht Gefahr zu laufen, sozial isoliert zu sein.

Helen Bryne, die Managerin der Alzheimer Gesellschaft Nottinghamshire, formuliert es so: „Einige Menschen unterliegen dem Irrglauben, dass Demenz nur alte Menschen betrifft und vergessen dabei, dass mehr als 17.000 Menschen unter 65 Jahren mit kognitiven Veränderungen leben. Daher sind Bewegungsangebote für jüngere Menschen unverzichtbar, um körperliche Aktivität und Lebensfreude zu fördern.“

Siehe: www.nottscountyfitc.org.uk/our-work/social-inclusion/working-age-dementia

Notts County FC Football in the Community ist eine gemeinnützige kommunale Sportorganisation, die mit zahlreichen Preisen ausgezeichnet wurde.

Anja Rutenkröger

Literaturverzeichnis:

Abt-Zegelin, A.; Reuther, S. (2014): Schritt für Schritt zur Autonomie: Das „Drei-Schritte-Programm“ als Teil eines Interventions- und Erklärungskonzeptes für die Mobilitätsförderung im Altenheim. In: Pflegezeitschrift 67(1), 10-13.

Andel, R.; Crowe, M.; Pedersen, N. L.; Fratiglioni, L.; Johansson, B.; Gatz, M. (2008): Physical exercise at midlife and risk of dementia three decades later: a population-based study of Swedish twins. In: Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 63(1), 62-66.

Bauman, A. E.; Reis, R. S.; Sallis, J. F.; Wells, J. C.; Loos, R. J.; Martin, B. W. (2012): Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? In: Lancet 380(9838), 258-271.

Biddle, S. J. H.; Brehm, W.; Verheijden, M.; Hopman-Rock, M. (2011): Population physical activity behaviour change: A review for the European College of Sport Science. In: European Journal of Sport Science 12(4), 367-383.

Cui, H.; Jin, Y.; Wang, J.; Weng, X.; Li, C. (2012): Serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in schizophrenia: A systematic review. In: Shanghai Archives of Psychiatry 24(5), 250-261.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2014): Arbeitsunterlagen zur Fachkonferenz zum Expertenstandard nach § 113a SGB XI. Thema: Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Stand 28.3.14. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Diniz, B. S.; Teixeira, A. L. (2011): Brain-derived neurotrophic factor and Alzheimer‘s disease: physiopathology and beyond. In: Neuromolecular Medicine 13(4), 217-222.

Etgen, T.; Sander, D.; Huntgeburth, U.; Poppert, H.; Forstl, H.; Bickel, H. (2010): Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons: the INVADE study. In: Archives of Internal Medicine 170(2), 186-193.

Farina, N.; Rusted, J.; Tabet, N. (2014): The effect of exercise interventions on cognitive outcome in Alzheimer‘s disease: a systematic review. In: International Psychogeriatrics 26(1), 9-18.

Ferris, L. T.; Williams, J. S.; Shen, C. L. (2007): The effect of acute exercise on serum brain-derived neurotrophic factor levels and cognitive function. In: Medicine and Science in Sports and Exercise 39(4), 728-734.

Froböse, I. (2014): Bewegung – Medikament ohne Nebenwirkung. Vortrag auf der 3. Bundeskonferenz der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Gesund und aktiv älter werden“ am 5.6.2014 in Berlin.

Garber, C. E.; Blissmer, B.; Deschenes, M. R.; Franklin, B. A.; Lamonte, M. J.; Lee, I. M.; Nieman, D. C.; Swain, D. P. (2011): American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. In: Medicine and Science in Sports and Exercise 43(7), 1334-1359.

Gold, S. M.; Schulz, K. H.; Hartmann, S.; Mladek, M.; Lang, U. E.; Hellweg, R.; Reer, R.; Braumann, K. M.; Heesen, C. (2003): Basal serum levels and reactivity of nerve growth factor and brain-derived neurotrophic factor to standardized acute exercise in multiple sclerosis and controls. In: Journal of Neuroimmunology 138(1-2), 99-105.

Gustafsson, G.; Lira, C. M.; Johansson, J.; Wisen, A.; Wohlfart, B.; Ekman, R.; Westrin, A. (2009): The acute response of plasma brain-derived neurotrophic factor as a result of exercise in major depressive disorder. In: Psychiatry research 169(3), 244-248.

Hallal, P. C.; Andersen, L. B.; Bull, F. C.; Guthold, R.; Haskell, W.; Ekelund, U. (2012): Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. In: Lancet 380(9838), 247-257.

Hu, F. B. (2013): Resolved: there is sufficient scientific evidence that decreasing sugar-sweetened beverage consumption will reduce the prevalence of obesity and obesity-related diseases. In: Obesity Reviews 14(8), 606-619.

Knaepen, K.; Goekint, M.; Heyman, E. M.; Meeusen, R. (2010): Neuroplasticity - exercise-induced response of peripheral brain-derived neurotrophic factor: a systematic review of experimental studies in human subjects. In: Sports Medicine 40(9), 765-801.

Kohl, H. W., III; Craig, C. L.; Lambert, E. V.; Inoue, S.; Alkandari, J. R.; Leetongin, G.; Kahlmeier, S. (2012): The pandemic of physical inactivity: global action for public health. In: Lancet 380(9838), 294-305.

Lakhan, S.; Kirchgessner, A. (2013): The emerging role of dietary fructose in obesity and cognitive decline. In: Nutrition Journal 12:114 (doi:10.1186/1475-2891-12-114), 12 pages.

Laurin, D.; Verreault, R.; Lindsay, J.; MacPherson, K.; Rockwood, K. (2001): Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. In: Archives of Neurology 58(3), 498-504.

Lee, I. M.; Shiroma, E. J.; Lobelo, F.; Puska, P.; Blair, S. N.; Katzmarzyk, P. T. (2012): Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. In: Lancet 380(9838), 219-229.

Lindsay, J.; Laurin, D.; Verreault, R.; Hebert, R.; Helliwell, B.; Hill, G. B.; McDowell, I. (2002): Risk Factors for Alzheimer's Disease: A Prospective Analysis from the Canadian Study of Health and Aging. In: American Journal of Epidemiology 156(5), 445-453.

Majzik, Z.; Wolff, A.; Streber, A.; Rütten, A. (2013) : GESTALT - Bewegung gegen Demenz. „Gehen, Spielen, Tanzen Als Lebenslange Tätigkeiten" - Ein Programm für Seniorinnen und Senioren in Erlangen.: Bayerischer Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis 2013. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 20-24.

Matta Mello Portugal, E.; Cevada, T.; Sobral Monteiro-Junior, R.; Teixeira Guimaraes, T.; da Cruz Rubini, E.; Lattari, E.; Blois, C.; Camaz Deslandes, A. (2013): Neuroscience of exercise: from neurobiology mechanisms to mental health. In: Neuropsychobiology 68(1), 1-14.

Müller, K. (2008): Wer rastet, der rostet - Bewegung wirkt präventiv gegen Demenz. In: DeSS orientiert 2/08, 16-22.

Rolland, Y.; Abellan van, K. G.; Vellas, B. (2010): Healthy brain aging: role of exercise and physical activity. In: Clinics in Geriatric Medicine 26(1), 75-87.

Rütten, A.; Abu-Omar, K.; Niedermeier, M.; Schuster, M.; Bracher, B.; Gelius, P.; Wiltfang, J. (2009): GESTALT® - ein bewegungstherapeutisches Interventionskonzept gegen die Alzheimerkrankheit. In: B & G 25(06), 254-261.

Rütten, A. (2014): Physical activity promotion for older people. Vortrag auf dem "Fit for Life" Kongress am 18.-19.3.2014 in Stuttgart.

Scarmeas, N.; Luchsinger, J. A.; Schupf, N.; Brickman, A. M.; Cosentino, S.; Tang, M. X.; Stern, Y. (2009): Physical Activity, Diet, and Risk of Alzheimer Disease. In: JAMA 302(6), 627-637.

Schaeffer, D.; Wingenfeld, K.; Kleina, T.; Brause, M.; Horn, A. (2012): Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe - Eine empirische Bestandsaufnahme. Abschlussbericht zum ZQP Projekt.Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).

Schiffer, T.; Schulte, S.; Hollmann, W.; Bloch, W.; Struder, H. K. (2009): Effects of strength and endurance training on brain-derived neurotrophic factor and insulin-like growth factor 1 in humans. In: Hormone and Metabolic Research 41(3), 250-254.

Schiffer, T.; Schulte, S.; Sperlich, B.; Achtzehn, S.; Fricke, H.; Struder, H. K. (2011): Lactate infusion at rest increases BDNF blood concentration in humans. In: Neuroscience Letters 488(3), 234-237.

Schlicht, W.; Schott, N. (2013): Körperlich aktiv altern. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa.

Seifert, T.; Brassard, P.; Wissenberg, M.; Rasmussen, P.; Nordby, P.; Stallknecht, B.; Adser, H.; Jakobsen, A. H.; Pilegaard, H.; Nielsen, H. B.; Secher, N. H. (2010): Endurance training enhances BDNF release from the human brain. In: American Journal of Physiology.Regulatory, Integrative and Comparative Physiology 298(2), R372-R377.

Tarumi, T.; Zhang, R. (2014): Cerebral hemodynamics of the aging brain: risk of Alzheimer disease and benefit of aerobic exercise. In: Frontiers in Physiology 5(doi: 10.3389/fphys.2014.00006), 6 pages.

Wang, H. X.; Karp, A.; Winblad, B.; Fratiglioni, L. (2002): Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. In: American Journal of Epidemiology 155(12), 1081-1087.

Wayne, P. M.; Walsh, J. N.; Taylor-Piliae, R. E.; Wells, R. E.; Papp, K. V.; Donovan, N. J.; Yeh, G. Y. (2014): Effect of Tai Chi on Cognitive Performance in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. In: Journal of the American Geriatrics Society 62(1), 25-39.

Yoshitake, T.; Kiyohara, Y.; Kato, I.; Ohmura, T.; Iwamoto, H.; Nakayama, K.; Ohmori, S.; Nomiyama, K.; Kawano, H.; Ueda, K.; Sueishi, K.; Tsuneyoshi, M.; Fujishima, M. (1995): Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer‘s disease in a defined elderly Japanese population: The Hisayama Study. In: Neurology 45(6), 1161-1168.

Zegelin, A. (2005): „Festgenagelt sein“ Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern, Göttingen: Huber.

Zoladz, J. A.; Pilc, A.; Majerczak, J.; Grandys, M.; Zapart-Bukowska, J.; Duda, K. (2008): Endurance training increases plasma brain-derived neurotrophic factor concentration in young healthy men. In: Journal of Physiology and Pharmacology 59 Suppl 7, 119-132.

Zoladz, J. A.; Pilc, A. (2010): The effect of physical activity on the brain derived neurotrophic factor: from animal to human studies. In: Journal of Physiology and Pharmacology 61(5), 533-541.

Autorenverzeichnis

KREUTZNER, GABRIELE

Kultur- und Medienwissenschaftlerin (Dr. phil.), Bereich Informationstransfer & Kommunikation, Demenz Support Stuttgart gGmbH; Redaktion von „dess_orientiert“ (mit Beate Radzey).

RUTENKRÖGER, ANJA

Pflegewissenschaftlerin (Dr. rer. medic.), Demenz Support Stuttgart gGmbH, Projektteam „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz“

WISSMANN, PETER

Geschäftsführung und wissenschaftliche Leitung der Demenz Support Stuttgart gGmbH, Projektteam „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz“

ZELLER, SEBASTIAN

Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Demenz Support Stuttgart gGmbH

Zentrum für Informationstransfer

Hölderlinstraße 4

D 70174 Stuttgart

REDAKTION

Beate Radzey & Gabriele Kreutzner

unter Mitarbeit von Ulrike Fischer

Tel: 0711 / 99 787 10

Fax: 0711 / 99 787 29

Mail: info@demenz-support.de

Web: www.demenz-support.de

ISSN 1863-6136

LAYOUT UND SATZ

Ulrike Fischer

© 2014 Demenz Support Stuttgart gGmbH,

Zentrum für Informationstransfer, Stuttgart.

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der herausgebenden Institution unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Ver vielfältigungen,Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.