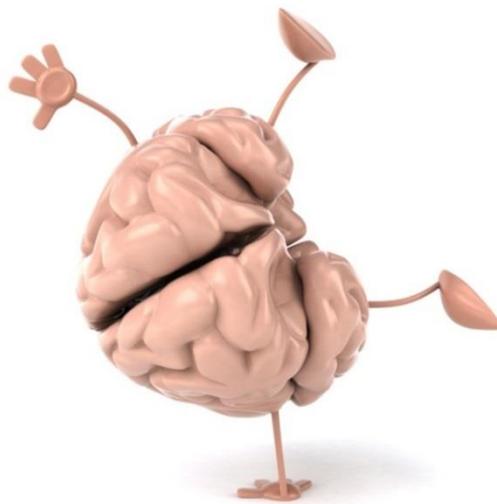


JOHANNES KEPLER  
UNIVERSITÄT LINZ | JKU

Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

# Gesundheitsfolgenabschätzung

zum Projekt  
**„Brainwalkfit“**



Endbericht

im Rahmen des Projektstudiums II (229.028)

im Bachelorstudiengang Sozialwirtschaft

WS 2014/15

**Herausgeber:** Johannes Kepler Universität Linz

Institut für Gesellschafts-und Sozialpolitik

**Autoren:** Sara Byczek, Philipp Hirsch, Barbara Lehner, Mag. Markus Peböck, Florian Peters, Franziska Pittrof,  
Mag. Hansjörg Seckauer, Iris Razenberger, Jasmin Razenberger, Stefan Szabo

**Auftraggeber:** Askö OÖ

**Erscheinungsjahr:** 2015

## **Abstract**

Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine Gesundheitsfolgenabschätzung zum Projekt Brainwalkfit der ASKÖ-Oberösterreich ausgeführt. Dabei wurden ExpertInneninterviews und eine Fokusgruppendifkussion sowie eine umfassende Literaturlanalyse durchgeführt. Aus den Resultaten der Arbeit wurden Handlungsempfehlungen für die Initiatoren des Projekts abgeleitet.

Within the frame of this paper a health impact assessment for the project Brainwalkfit of ASKÖ-Oberösterreich has been carried out. Expert interviews and a focus group were held and a widespread literature analysis was conducted. In addition, we derived some recommendations from the results for the initiators of the project.

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	5
2.	Projektbeschreibung .....	8
3.	Methodik .....	9
4.	Literaturanalyse .....	11
4.1	Arten von Demenz .....	11
4.2	Risiken und Belastungen der BetreuerInnen von Demenzerkrankten .....	12
4.3	Studien zur Erforschung, ob Fitness eine präventive Wirkung auf die Risikoreduktion von Demenz hat .....	13
4.3.1	Meta-Studien .....	13
4.3.2	Empirische Studien .....	18
5	Auswertungsergebnisse .....	23
5.1	Auswertung der Interviews - vulnerable Gruppe .....	23
5.2	Auswertung des Fokusgruppentreffens der pflegenden Angehörigen .....	25
5.3	Auswertung des Pflegepersonal-Interviews .....	26
6	Handlungsempfehlungen.....	28
7	Zusammenfassung .....	30
8	Glossar.....	32
9	Literaturverzeichnis.....	36
10	Anhänge .....	40
10.1	Gesprächsleitfaden – Vulnerable Gruppe.....	40
10.2	Themenkatalog Gruppe Angehörige .....	42
10.3	Themenkatalog Gruppe Pflegepersonal .....	44

# 1. Einleitung

Der vorliegende Endbericht der Gesundheitsfolgenabschätzung zum Projekt „Brainwalkfit“ ist im Rahmen der zweisemestrigen Lehrveranstaltung „Projektmanagement“ an der Johannes-Kepler-Universität Linz entstanden. Ziel dieser Lehrveranstaltung ist es, dass Studierende die Methoden des Projektmanagements anhand eines Praxisbeispiels kennen lernen. Es hat sich als vorteilhaft herausgestellt, wenn sich dieses Beispiel nicht nur auf die Universität beschränkt, sondern auch Kooperationen mit Organisationen außerhalb der Universität eingegangen werden.

In die Zeit der Vorbereitung der Lehrveranstaltung fiel auch die Organisation der zweiten Österreichischen Fachtagung zur Gesundheitsfolgenabschätzung „GFA in Österreich: Erste Schritte in die Praxis“. So ist auch die Idee entstanden, im Rahmen der Lehrveranstaltung „Projektmanagement“ eine Gesundheitsfolgenabschätzung durchzuführen. „Gesundheitsfolgenabschätzung ist ein international etablierter Prozess, in dem man sich mit der Frage auseinandersetzt, wie die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung bzw. von spezifischen Bevölkerungsgruppen durch ein geplantes Vorhaben (...) betroffen sein könnten“ (Amegah et al. 2013).

Durch mehrere Diskussionen hat sich herausgestellt, dass die ASKÖ Oberösterreich großes Interesse daran hat, eine GFA für eines ihrer Projekte durchführen zu lassen. „Brainwalkfit“ ist ein Projekt, das Demenzprävention mit Hilfe von Bewegung in Verbindung mit Gedächtnistraining anbietet. Dazu werden eigene TrainerInnen geschult, die diese Übungen gemeinsam mit den TeilnehmerInnen durchführen und anleiten. Gleichzeitig sollen in Linzer Parks „Brainwalkfit“-Parcours entstehen, die durch eigene Hinweistafeln gekennzeichnet sind.

In der Durchführung der GFA orientierte sich die Gruppe am Österreichischen Leitfaden „Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) in Österreich. Leitfaden für die Praxis“, der den Studierenden von Frau Christine Knaller (von der Österreichischen Support Unit GFA an der Gesundheit Österreich GmbH) in der Lehrveranstaltung vorgestellt wurde. Dadurch konnte die Lehrveranstaltung in die vier Phasen „Sichtung“, „Planung“, „Bewertung“ und „Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen“ gegliedert werden.

Bereits im **Sichtungs-Workshop** wurde offensichtlich, dass die Tatsache, dass es sich bei „Brainwalkfit“ um ein Präventionsprojekt handelt, das Vorhaben einer GFA nicht unbedingt vereinfacht. Speziell die Unterscheidung zwischen einer herkömmlichen Evaluierung des Projekts und einer GFA schien von Anfang an schwierig zu sein. Diese Gratwanderung begleitete

die Gruppe bis zur Berichtslegung des Projekts. Die Vorgehensweise wurde etwas klarer, als drei Untergruppen mit drei unterschiedlichen Aufgabenstellungen gebildet waren:

1. Gesundheitsauswirkung des Projekts auf die Zielgruppe
2. Gesundheitsauswirkung des Projekts auf sekundär Betroffene (Angehörige, TrainierInnen der Kurse)
3. Gesundheitsauswirkung des Projekts auf vulnerable Gruppen

Im **Planungs-Workshop** war dann das Wissen über Projektmanagement gefragt, das zu Beginn der Lehrveranstaltung unterrichtet wurde. Die Studierenden stellten Arbeitspakete zusammen und machten Struktur- und Balkenpläne, um die weitere Vorgehensweise zu beschreiben.

Die naturgemäß längste Phase war diejenige der **Bewertung**. Die drei Gruppen wendeten unterschiedliche Methoden an, um positive oder negative Gesundheitseffekte des Projekts „Brainwalkfit“ auf die unterschiedlichen Zielgruppen zu eruieren. In der ersten Gruppe war vorerst eine teilnehmende Beobachtung geplant. Als feststand, dass innerhalb der beiden Semester keine Brainwalkfit-Gruppe in Linz entstehen würde, entschied sich die Gruppe, generell Evidenzen für eine Demenzprävention durch Bewegung in der Literatur zu suchen. Als Methode wurde also eine Sekundär- bzw. Metaanalyse einschlägiger Studien gewählt. Die Gruppe „Gesundheitsauswirkungen des Projekts auf sekundär Betroffene“ führte ebenfalls zuerst eine kurze Literaturrecherche durch, bevor eine Fokusgruppe mit Angehörigen von Demenzkranken und ein Interview mit einer Teilnehmerin des Trainingsprogramms (also einer potentiellen Trainerin) durchgeführt wurden. Die dritte Gruppe entschied sich schließlich für ExpertInnen-Interviews mit Menschen, die im Bereich Demenz und Demenzprävention tätig sind.

Aus diesen Erhebungen formulierten die Studierenden ihre ersten **Berichte** der einzelnen Gruppen. Die Ergebnisse waren dann auch Ausgangspunkt für den Handlungsempfehlungs-Workshop, der im Anschluss durchgeführt wurde, bevor der Gesamtbericht verfasst wurde. Eine Präsentation der Ergebnisse bei Public-Health-Interessierten sollte die Lehrveranstaltung abschließen.

Wir bedanken uns bei allen Personen und Organisationen, die sich an dieser Gesundheitsfolgenabschätzung beteiligt haben, allem voran bei der ASKÖ Oberösterreich für die Beauftragung und die Zusammenarbeit, sowie bei jenen Personen, die für ein Interview oder eine Fokusgruppe zur Verfügung standen. Nicht zuletzt möchten wir uns bei den Studierenden bedanken. Wir wissen, dass eine Lehrveranstaltung niemals eine professionelle Arbeit erset-

zen kann. Die Studierenden haben sich aber aus unserer Sicht sehr aktiv am Projekt beteiligt und nach unserer Einschätzung durchwegs gute Ergebnisse erzielt.

Hansjörg Seckauer & Markus Peböck

## **2. Projektbeschreibung**

"Brainwalkfit" ist ein von der ASKÖ Oberösterreich ins Leben gerufenes Projekt, das zur Demenzprävention dienen soll. Dafür werden im Raum Linz sogenannte "Brainwalkfit"-Strecken errichtet, bei denen die betreffenden Personen einerseits Bewegung und andererseits Gedächtnistraining durch verschiedenste Übungen betreiben.

Geübt wird in Kleingruppen mit einem Gruppenleiter in freier Natur. Brainwalking ist eine Methode, die mäßige körperliche Aktivität in der Natur mit geistiger Aktivität verbindet.

Diese Kombination bietet optimale Möglichkeiten, um das Gedächtnis und die Wahrnehmung zu trainieren und dem Hirnalterungsprozess entgegenzuwirken. Abwechslungsreiche Denkaufgaben und Übungen zur Förderung der Sinne werden gleichzeitig mit der Fortbewegung ausgeführt.

### 3. Methodik

Nachdem uns die Grundlagen einer Gesundheitsfolgenabschätzung von Frau Christine Knaller vermittelt wurden, haben wir mit dem ersten Schritt, dem Screening bzw. der Sichtung, begonnen. Dabei ermittelten wir gemeinsam, welche Personengruppen von dem Projekt „Brainwalkfit“ besonders betroffen sein werden. Wir stellten fest, dass neben unserer Hauptzielgruppe – den Senioren 60+ - ebenso Angehörige der TeilnehmerInnen, das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen, bildungsferne Personen, MigrantInnen, Armutsgefährdete und Menschen mit Beeinträchtigungen vom Projekt betroffen sind.

Im nächsten Schritt der Planung (Scoping) fassten wir die betroffenen drei Zielgruppen zusammen, für welche wir die Auswirkungen des Projektes genauer betrachten wollen. Neben den über 60-jährigen Senioren wurde die Gesundheitsfolgenabschätzung ebenfalls für vulnerable Gruppen (MigrantInnen und bildungsferne Personen) und sekundär Betroffene (Pflegepersonal, Angehörige und MultiplikatorInnen) durchgeführt.

Ebenfalls im Zuge des Scopings entschieden wir uns für Methoden, um an Ergebnisse zu kommen. Für die Gruppe der Senioren 60+ planten wir eine teilnehmende Beobachtung, welche aufgrund verspäteter Durchführung des Projekts, nicht zu Stande kam. Daher wurde eine Sekundäranalyse durchgeführt. Bei den vulnerablen Gruppen wählten wir die Befragung von ExpertInnen und bei der Gruppe der sekundär betroffenen Personen entschieden wir uns für Fokusgruppen.

Um zu brauchbaren Daten der Senioren 60+ zu gelangen, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Literaturrecherche ist ein wichtiges Element jeder wissenschaftlichen Arbeit und sollte mit dem Ziel der Beantwortung einer wissenschaftlichen Fragestellung durchgeführt werden. Zu Beginn der Recherche wurde eine Literaturliste mit möglichen Studien erstellt. Diese sollte als Starthilfe gesehen werden und erleichterte somit die Recherche. Durch die eigenständige Literaturrecherche und das Vertrautmachen mit dem Thema wurde eine umfassende Kenntnis des Fachgebiets gewonnen (vgl. Institut für Programmstrukturen und Datenorganisation, Universität Karlsruhe: Literaturrecherche).

Es wurden sechs geeignete Studien ausgewählt. Bei diesen handelt es sich um drei Meta-Analysen und um drei Primärerfahrungen. Meta-Analysen kombinieren eine Vielzahl von

Studien zu einer Zusammenschau. Das heißt, dass die Ergebnisse von bereits durchgeführten Studien verglichen und als Kollektiv ausgewertet werden (vgl. Die Welt 2012).

Nach einiger Zeit waren bereits brauchbare Informationen vorhanden. Deshalb wurde ein Themenraster für unser Fachgebiet erstellt, der nur die wichtigsten Daten aus den Studien festhielt. Außerdem sollte damit die Erstellung der Auswertung unsere Studien erleichtert werden. Dazu kommt, dass somit ein besserer Überblick geschaffen wurde. Nachdem der Themenraster mit den entsprechenden Informationen ausgefüllt war, wurde mit der Auswertung begonnen.

Bei den vulnerablen Gruppen wurden qualitative Interviews durchgeführt, im Speziellen ExpertInnen-Interviews. Zur besseren Vorbereitung und Abstimmung wurde im Vorhinein ein einheitlicher Gesprächsleitfaden (siehe Anhang) erstellt.

Weiters wurde bei den sekundär Betroffenen die Fokusgruppen-Methode als Instrument angewendet. Bei der Fokusgruppe handelt es sich um eine qualitative Methode.

„Im Gegensatz zu typischen qualitativen Einzelinterviews handelt es sich bei einer Fokusgruppe um eine moderierte und fokussierte Diskussion einer Gruppe von Personen, die durch den gegenseitigen Austausch und die Konfrontation mit Wahrnehmungen, Meinungen und Ideen anderer Diskussionsteilnehmer ein deutlicheres Plus an Informationen bieten soll als eine nacheinander durchgeführte Mehrzahl an Einzelinterviews“ (Institut für Wertprozessmanagement und Marketing, Universität Innsbruck: Fokusgruppentreffen).

Nach der Kontaktaufnahme mit der Leiterin der Demenzservicestelle Ottensheim wurde ein Fokusgruppentreffen mit drei Angehörigen von Demenzerkrankten vereinbart. Das Fokusgruppentreffen fand am zweiten September 2015 in der Pfarre Traun statt und dauerte ca. zwei Stunden.

Begonnen wurde mit einer Vorstellungsrunde, um sich gegenseitig kennenzulernen und eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Der nächste Schritt war die Präsentation von „Brainwalkfit“, damit sich die Angehörigen unter diesem Projekt etwas vorstellen konnten. Anschließend wurden die Angehörigen zu diesem Thema befragt. Die Moderatorin orientierte sich dabei an dem schon im Vorhinein vorbereiteten Leitfaden (siehe Anhang) und es entwickelte sich langsam eine Diskussion, die auch mittels eines Aufnahmegeräts aufgezeichnet wurde. Nach der Fokusgruppe wurden die wichtigsten Eindrücke niedergeschrieben und die Studierenden transkribierten die gesamte Diskussion.

## 4. Literaturanalyse

Der Begriff Demenz bezeichnet eine ganze Gruppe von Krankheitsbildern, bei denen wichtige Gehirnfunktionen wie Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Lernfähigkeit nach und nach unwiederbringlich verloren gehen (vgl. Sutterlin 2011, S. 6).

Aufgrund des demographischen Wandels wird die Gesellschaft immer älter. Durch mehrere ältere Personen in Zukunft wird auch die Zahl der Demenzerkrankten weiter steigen. So haben wir zurzeit ca. 100.000 an Demenz erkrankte Personen, wobei man bis 2050 mit ca. 290.000 rechnet (vgl. Maurer 2011, S.1).

Es werden jedoch schon im Jahr 2020 die Jahrgänge der ‚Babyboomer‘ das Rentenalter erreichen. Die nachfolgenden Generationen, die sich als Kinder, Schwiegerkinder, Enkel oder auch als professionelle Pflegekräfte um an Demenz Erkrankte kümmern könnten, sind von der Anzahl her deutlich weniger. Daraus ergibt sich eine Lücke, die zu füllen eine wichtige gesellschaftliche und politische Aufgabe darstellt (vgl. Sutterlin 2011, S. 6).

Die Anforderungen und Belastungen wachsen immer mehr in den Augen der Angehörigen. Was zudem noch fehlt, sei eine angemessene Fortbildung, um richtig mit der Demenz und den daraus resultierenden Herausforderungen, umzugehen (vgl. Maurer 2011, S.111f).

Laut der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft (2014) wird 80% der Pflege im informellen Sektor abgehalten, genauer gesagt, von Angehörigen geleistet.

### 4.1 Arten von Demenz

Es gibt über 50 verschiedene Krankheitsbilder, die man der Demenz zuordnen kann. Alzheimer-Demenz ist mit 50% die am häufigsten auftretende Erkrankung. Des Weiteren gibt es noch die vaskuläre Demenz, welche Hirn-Infarkte hervorrufen kann, und einige seltener auftretende Krankheiten. Diese werden im Folgenden anhand ihrer Symptome unterschieden:

- **Alzheimerkrankheit (DAT):** Schwierigkeiten bei der Wortfindung, Gedächtnisstörungen, Verlust von Orientierung
- **Vaskuläre Demenz (VD):** Tätigkeiten und kognitive Vorgänge werden verlangsamt

- **Frontallappen-Demenz:** Verlust von Kontrolle und Hemmungen, Sprachstörung, Veränderung der Persönlichkeit
- **Demenz mit Lewy-Körpern:** Variierende Gedächtnisstörung, ähnliche Symptome wie Parkinson, Wahrnehmungsstörungen
- **Creutzfeldt-Jacob-Krankheit:** Schneller und starker Abbau der Gehirnleistung, Veränderung der Psyche, Störungen der Motorik

Die Frage nach der genauen Ursache von Demenz ist bis heute nicht eindeutig geklärt (vgl. schweizerische Alzheimer-Vereinigung 2012).

#### **4.2 Risiken und Belastungen der BetreuerInnen von Demenzerkrankten**

Die Pflege von demenzerkrankten Personen durch Angehörige verläuft oft über viele Jahre und ist vor allem psychisch wie physisch äußerst fordernd für die betreuende Person. Faktoren der Vergesslichkeit und der Desorientierung führen zunehmend zu einer Veränderung des Sozialverhaltens der erkrankten Person, welches die Betreuung durch Angehörige noch schwieriger macht (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Plattform für pflegende Angehörige-Demenz 2014).

Pflegende Angehörige sind sowohl eine personelle als auch eine finanzielle Stütze, da nur durch ihre Arbeit eine Pflege von demenzerkrankten Menschen möglich ist. Faktum ist, dass rund 70% der pflegenden Angehörigen durch die hohe Betreuungsintensität keiner Erwerbsarbeit nachgehen. Zusätzliche Belastungen sind auch die Wirkungen der Demenzerkrankung: Erkrankte weisen oft Tyrannei, Misstrauen, Streitsucht oder Zwang zum Einkaufen etc. auf und müssen die meiste Zeit rund um die Uhr betreut werden (vgl. Gumpinger 2011, S.120f).

Die Pflege ruft zudem extreme Emotionen hervor, oft sind die Angehörigen geplagt mit Trauer, Schuldgefühle, Wut, Schamgefühl oder Einsamkeit (vgl. Demenz. Ratgeber für Angehörige und Pfleger).

Es gibt nicht nur psychische Anforderungen für die Angehörigen, sondern auch stark physische. So kann es vorkommen, dass betreuende Personen an Bandscheibenproblemen, Gewichtsverlust, Knochenschwund, Schlafstörungen etc. leiden, da die Demenzerkrankten auch körperlich unterstützt werden müssen (vgl. Seidl; Labenbacher 2007, S. 48).

Die Gesellschaft reagiert oft negativ auf Demenzerkrankte. Aus diesem Grund ziehen sich Angehörige oftmals vom sozialen Leben zurück, um negative Reaktionen von außen zu vermeiden (vgl. Seidl; Labenbacher 2007, S. 48ff).

Wegen dieses immensen Stressfaktors, personell wie auch insbesondere finanziell gesehen, soll das Augenmerk vermehrt auf die Prävention sowie auf die Aufklärung betroffener Personen gelegt werden (vgl. Laske et al. 2005, S. 1446).

#### **4.3 Studien zur Erforschung, ob Fitness eine präventive Wirkung auf die Risikoreduktion von Demenz hat**

Um unsere Forschungsfrage eingehend und sachgerecht beantworten zu können, haben wir mit einer Recherche von insgesamt sechs Studien begonnen, die wie folgt in drei Metaanalyse-Studien und drei empirische Studien aufgeteilt wurde:

##### **4.3.1 Meta-Studien**

- **Colcombe, S.; Kramer, AF. 2003: Fitness Effects on the Cognitive Function of Older Adults: A Meta-Analytic Study**

In ihrer Meta-Analyse Studie teilten Colcombe und Kramer ihre Forschungsfrage, ob aerobe Fitness eine positive Wirkung auf die Kognition hat, in vier Kategorien ein. Diese Kategorien enthalten vier neurologische Leistungsgrade:

- **Speed** Neurologische Beanspruchung auf niedrigem Niveau (Reaktionstest)
- **Visuospatial (Visuell-Räumlich)** Die Aufgabe, visuelle oder räumliche Informationen zu verarbeiten oder wiedergeben zu können.
- **Controlled Processes** sind Aufgaben, die leichte kognitive Anstrengung verlangen, jedoch zu automatischen Prozessen umgewandelt werden können.
- **Executive-Controll** Diese Aufgabe verlangte immer kognitive Anstrengung. Die ausführenden Personen mussten sich kognitiv komplett auf die Aufgabe konzentrieren. Aufgaben der Kategorie Executive-Controll können nicht in automatische Prozesse umgewandelt werden (vgl. Colcombe; Kramer 2003, S.2ff).

- **Reimers CD et al 2012: Einfluss körperlicher Aktivität auf die Kognition. Ist körperliche Aktivität Demenz-präventiv? Impact of physical activity on cognition. Can physical activity prevent dementia?**

Reimers und seine Kollegen differenzierten in ihrer Studie zwischen vier verschiedenen Demenzarten:

- **undifferenzierte Demenz**
- **Alzheimer-Typ**
- **Vaskuläre Demenz**
- **Leichtes kognitives Defizit**

(vgl. Reimers; et al 2012,S. 4f)

Weiters erforschten Reimers et al **kurzzeitige und langzeitige** Erfolge auf die Kognition durch körperliche Aktivität (vgl. Reimers et al. 2012, S.2). Neben den in ihren Metaanalysen untersuchten Ergebnissen, lagen Reimers et al auch Kohortenstudien vor. Eine Kohortenstudie ist eine prospektive, also vorausschauende Längsschnittstudie, welche risikogefährdete Personen anhand einer Merkmalsausprägung über einen vorab definierten Zeitraum beobachtet.

- **Fratiglioni Laura et al. 2004: An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia**

Diese bevölkerungsbezogene Studie beschäftigte sich damit, ob soziale, geistige und körperliche Aktivitäten eine positive Wirkung auf die Informationsverarbeitung von gesunden, alten Menschen haben. Des Weiteren wurde eine schützende Wirkung jener Aktivitäten gegen Demenz untersucht (vgl. Fratiglioni et al. 2004, S. 343-344).

Außerdem erarbeiteten Fratiglioni et al. ein allgemeines Modell unter Berücksichtigung verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren.

### **Risikofaktoren**

- genetisch
- Rauchen
- berufliche Belastung
- Bluthochdruck
- Depression (in älteren Jahren)

## Schutzfaktoren

- gute Ausbildung
- soziale Netze
- geistige und körperliche Aktivitäten

(vgl. Fratiglioni et al. 2004, S. 350-352)

Diese Faktoren können zu unterschiedlichen Zeiten im Laufe des Lebens auftreten:

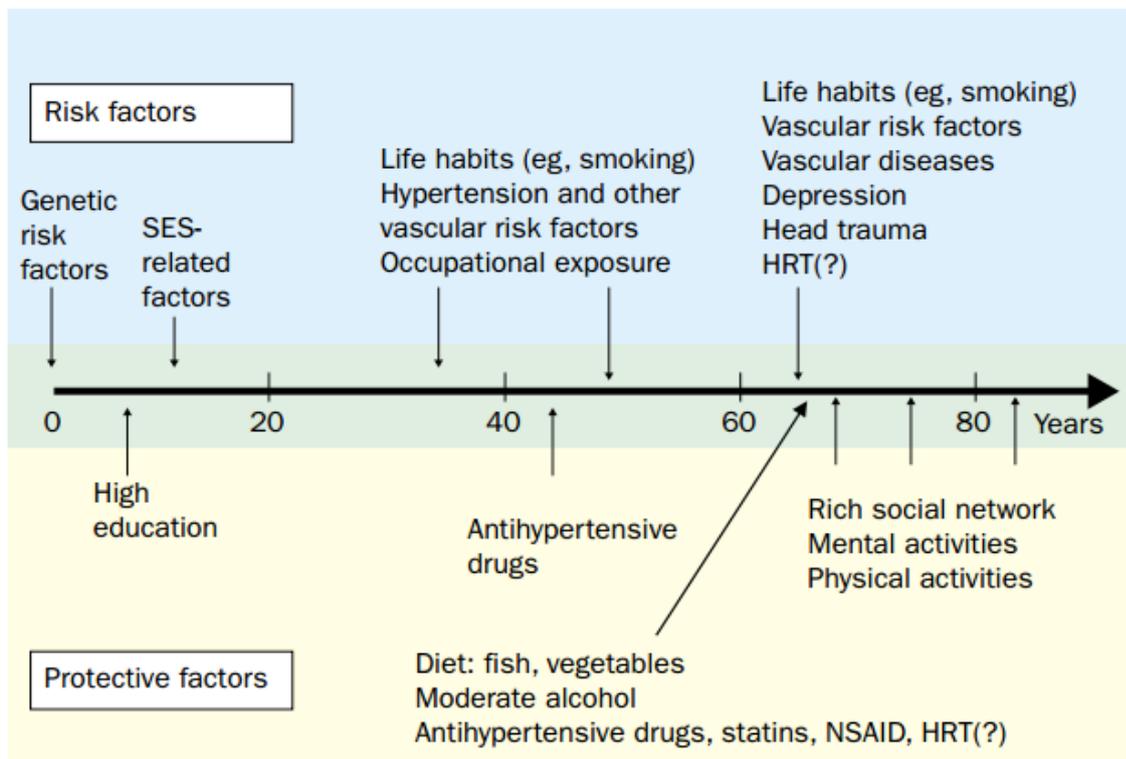


Abbildung 1: Lebensspanne der Risiko- und Schutzfaktoren von Demenz (Fratiglioni et al. 2004, S. 350).

## Ergebnisse & Erkenntnisse:

In den drei Metaanalyse-Studien wurde nicht nur untersucht, ob Demenzprävention durch körperliche Aktivität ausschlaggebend war, sondern auch, ob eigene Fragestellungen und Faktoren mit eingebunden wurden.

Reimers et al. stellten fest, dass aerobes Training effektiv gegen einen kognitiven Abbau ist. Nicht-aerobe Formen des Trainings erwiesen sich jedoch nicht effektiv.

Im Grunde konnten die Forscher sagen, dass sportliche Betätigung einen demenzprotektiven Effekt hat. Die auf körperliche Aktivität bedingten Verbesserungen der Kognition sind bei Personen ab dem 55. Lebensjahr ersichtlich. Diese Verbesserungen sind laut Reimers et al auch für die Altersgruppe der über 85-Jährigen signifikant (vgl. Reimers et al. 2012, S.12).

**Kurzzeitig:** Bei mäßigem aeroben Training von einer Stunde gibt es eine Verbesserung der Kognition. Bei einer längeren Belastung, die zur Dehydrierung führt, gibt es jedoch eine Verschlechterung der Kognition sowie der Merkfähigkeit.

**Langzeitig:** Bei Erwachsenen ohne Demenz ergeben sich nur mäßige Verbesserungen durch aerobes Training. Besonders auffällig war, dass bei Personen mit leichten kognitiven Defiziten, der Effekt ausgeprägter war als bei Personen ohne Defiziten (vgl. Reimers et al, 2012, S. 2)

Folgende Wirkungen ergaben sich bei der Einteilung in die vier Demenzkategorien bei Reimers und seinen Kollegen. Die Ergebnisse sind wie folgt aus verschiedenen Studien metaanalytisch synthetisiert worden (vgl. Reimers et al. 2012, S. 4).

Der genannte Nutzen bezieht sich auf die körperliche Aktivität.

- **undifferenzierte Demenz:** metaanalytisch synthetisiert ergibt sich ein Nutzen gegen eine spätere Demenzentwicklung bei körperlich aktiven Personen.
- **Alzheimer-Typ:** Ergebnisse nur für Frauen gibt es nicht. Synthetisiert ergibt sich ein höherer Nutzen als bei undifferenzierter Demenz.
- **Vaskuläre Demenz:** Prinzipiell gleicher Nutzen wie bei undifferenzierter Demenz
- **Leichtes kognitives Defizit:** Ergibt den höchsten Nutzen (RR von 0,53) von aktiven Gruppen im Gegensatz zu inaktiven Gruppen

(vgl. Reimers et al. 2012, S.4f)

Die Kohortenstudie von Reimers et al fand heraus, dass das Risiko, an Demenz zu erkranken, bei hoher körperlicher Aktivität um 38% sinkt. Bei leichter bis mäßiger körperlicher Betätigung sinkt das Risiko um 35%. Anzumerken ist jedoch, dass die Risikoreduktionen nur bei männlichen Studienteilnehmern signifikant waren. Es liegen noch keine ausreichenden Daten

für Frauen vor, um isolierte Ergebnisse einer eigenen meta-analytischen Betrachtung aufzuzeigen (vgl. Reimers et al. 2012, S. 12).

Bei Colcombes und Kramers Einteilung in vier neurologische Leistungsebenen ergab die Executive-Controll die signifikanteste Wirkung einer Prävention im Gegensatz zu den anderen Kategorien. Die Ergebnisse für Speed, Visuospatial und Controlled Processes zeigten auch leichte Verbesserungen für eine Prävention (vgl. Colcombe; Kramer 2013, S. 3ff).

Die Studie von Fratiglioni et al. zeigt, dass eine Kombination von Übungen und guter Ausbildung hilft, Demenz vorzubeugen (vgl. Fratiglioni et al. 2004, S. 347-348).

Es bestätigte sich, dass alle drei Komponenten (Sozial, Geistig und Körperlich) eine Schutzwirkung gegen Demenz aufweisen. Soziale Netzwerke beeinflussen die Gesundheit durch fünf Hauptmechanismen:

- Unterstützung
- sozialer Einfluss
- Kontakte
- Engagement
- Zugang zu materiellen Waren

Die intellektuellen Fähigkeiten von TeilnehmerInnen können insbesondere durch eine Kombination von günstigen Umweltzusammenhängen und geistiger Aktivität verbessert werden. Speziell wurde hierbei festgestellt, dass körperliche Aktivitäten die kognitiven Reserven erhöhen können (vgl. Fratiglioni et al. 2004, S. 350-351).

Colcombe und Kramer waren die einzigen, die ihre Ergebnisse explizit nach dem Alter reihen. Folgende Altersgruppen (nach Lebensjahren) wurden festgelegt:

- „Junge-Alte“: 55- 65
- „Mittlere-Alte“: 66- 70
- „Alte Alte“ :71- 80

Die Altersgruppen wurden in Bezug auf den präventiven Effekt der körperlichen Aktivität untersucht:

- Bei den „Jungen-Alten“ (55-65) konnte am stärksten eine Verbindung zu einer präventiven Wirkung gegen Demenz gezogen werden.
- Die zweite Gruppe der „Mittleren-Alten“ (66-70) ergab noch eine mäßige Wirkung auf Demenzprävention durch körperliche Aktivität.
- Im Gegensatz dazu wurde bei der Gruppe der „Alten-Alten“ (71-80) fast gar keine Wirkung mehr festgestellt (vgl. Colcombe; Kramer 2003, S. 4f).

Somit entsteht ein Widerspruch zwischen Colcombes und Kramers Forschungsarbeit und jener von Reimers et al. Dieser Widerspruch besteht, weil diese noch einen demenzprotektiven Effekt bei über 85-Jährigen feststellen konnten. Trotzdem kann man mit Gewissheit sagen, dass durch aerobe körperliche Aktivität insbesondere Menschen, die der Gruppe der „Jungen-Alten“ angehören, profitieren (Alter von mindestens 55 Jahren bis ungefähr 65 Jahren).

Des Weiteren zeigte sich in der Studie von Colcombe und Kramer, dass sich ein Frauenanteil von über 50% innerhalb der Gruppe positiv auf die Demenzprävention auswirkt (vgl. Colcombe; Kramer 2003, S. 4f).

Ob ein Minimum an körperlicher Aktivität präventiv gegen Demenz wirkt und es einen statistischen Zusammenhang zwischen Dauer und Intensität der Aktivität in Bezug auf präventive Effekte gibt, ist für Reimers et al noch ungeklärt (vgl. Reimers et al. 2012, S. 12).

### 4.3.2 Empirische Studien

- **Sörman, E. et al. 2014: Leisure activity in old age and risk of dementia: a 15-year prospective study**

Sörman und seine KollegInnen formulierten für diese Längsschnittstudie die Forschungsfrage, ob es einen demenzprotektiven Effekt gibt, wenn ältere Menschen an verschiedenen Freizeitaktivitäten teilnehmen. Die Studie erstreckte sich auf einen Zeitraum von 15 Jahren. Es wurden fünf periodische Untersuchungszeiträume abgehalten:

- 1988-1990
- 1993-1995
- 1998-2000

- 2003-2005
- 2008-2010

(vgl. Sörman et al. 2014, S.494-495).

Sörman verwendete zudem noch das methodische Mittel des Fragebogens. Diesen Fragebogen bewertete er in drei Dimensionen:

- geistig
- sozial
- physisch

Des Weiteren wurde speziell fokussiert, wie oft die befragten TeilnehmerInnen an den 16 Freizeitaktivitäten teilnahmen. Das Durchschnittsalter der StudienteilnehmerInnen lag bei 75 Jahren (vgl. Sörman et al. 2014, S. 494- 495).

- **Larson, E. et al.(2006):** „Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older“

Diese im Raum Seattle durchgeführte Studie erforschte das Auftreten von Demenz und anderen kognitiven Beeinträchtigungen sowie deren Risikofaktoren. Mittels Regressionsmodellen wurde der zeitliche Zusammenhang von Übungen und anfallender Demenz festgehalten, wobei speziell das Altern der Menschen berücksichtigt wurde (vgl. Larson et al. 2006).

Es wurde ein Mindestalter von 65 Jahren bei den teilnehmenden Personen berücksichtigt. Bereits an Demenz erkrankte Menschen wurden in dieser Studie ausgeschlossen. Insgesamt nahmen 1740 Personen an dieser Studie teil.

Um einen Zusammenhang von Risikofaktoren und einer Demenzentwicklung feststellen zu können, wurden die StudienteilnehmerInnen interviewt. In diesem Interview mussten die Personen angeben, ob sie in den letzten Wochen Alkohol konsumiert haben. Auch wurde hinterfragt, ob die jeweiligen Personen RaucherInnen bzw. Nicht-RaucherInnen waren (vgl. Larson et al.2006).

- **Satoh, M. et al. 2014:** “The Effects of Physical Exercise with Music on Cognitive Function of Elderly People: Mihama-Kiho Project”

Hierbei handelt es sich um eine empirische Studie, die körperliche Aktivität mit musikalischer Begleitung kombiniert.

Die Studie wurde in den Städten Mihama und Kiho in Japan durchgeführt. Diese Städte wurden ausgewählt, weil sie einen repräsentativen Prozentanteil von Senioren haben, bezogen auf das Jahr 2050. Außerdem leiden Mihama und Kiho unter einer starken Entvölkerung. Diese Entvölkerung hat zur Folge, dass ein Drittel der BewohnerInnen über 65 Jahre ist (vgl. Satoh et al.2014, S. 2).

Es gab insgesamt 119 aktive TeilnehmerInnen, welche in jeweils drei Gruppen aufgeteilt wurden:

- ExM: Training mit Musik
- Ex: Training ohne Musik
- Kontrollgruppe

(vgl. Satoh et al. 2012, S. 2)

Vor Projektbeginn wurde eine Gesundheitsuntersuchung bei den teilnehmenden Personen durchgeführt. Insgesamt wiesen die drei Gruppen gleiche Ergebnisse anhand ihres körperlichen und geistigen Gesundheitszustandes vor.

Die Studie dauerte ein Jahr. Die Gruppen trainierten einmal in der Woche zu je einer Stunde (vgl. Satoh et al. 2012, S. 2).

Das Trainingsprogramm wurde zehn Jahre im Voraus von ExpertInnen in der Sportmedizin, der Japan Fitness Association und der Yamaha Music Foundation entwickelt. Die Übungen verfügten über neun Stadien mit jeweils angepasster Musikbegleitung:

stage	title	duration (min.)	content
1	warming up	3	preparation
2	rhythmic walking	10	aerobic movement by marching
3	rhythmic exercise	5	clapping in various rhythms
4	muscle training	8	training of lumbar, limbs, and truncal muscles
5	stretch	5	stretching joints
6	respiration and voice	10	training of respiratory, facial, and speech muscles
7	rhythmic step	5	dancing
8	singing	10	singing familiar songs
9	cool down	2	relaxation

min.: minutes

doi:10.1371/journal.pone.0095230.t001

**Abbildung 2 Contents of the Exercise** (Satoh et al. 2012, S. 5)

## Ergebnisse & Erkenntnisse

Laut der Societas Neurologica Japonica ist der Wirkungsgrad von aerobem Training auf die Demenzprävention mit der Note 2 zu bewerten. Aerobes Training ist durch zahlreiche wissenschaftliche Befunde zu empfehlen (vgl. Satoh et al. 2012, S. 1f).

Körperliche Aktivität kann nicht nur den altersgemäßen Abbau des Körpers ausgleichen, sondern auch den stetigen Gehirnschwund. Außerdem trägt sie zur Verbesserung der kognitiven Leistung bei. Insbesondere in Kombination mit Musik verbesserte sich die Kognition, sowie die räumliche-visuelle Orientierung der Gruppe. Dies wird dadurch verursacht, dass körperliche Aktivität mit Musik gleichzeitig als physisches und kognitives Training wirkt (vgl. Satoh et al. 2012, S. 7).

Laut der Studie von Satoh et al. spielt der Scheitellappen im Gehirn eine zentrale Rolle für die Verarbeitung von räumlichen-visuellen und somatosensorischen Funktionen.

Mehrere Fallstudien wiesen darauf hin, dass der Scheitellappen Musik sehr gut aufnehmen kann. Somit lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Stimulation des Scheitellappens und körperlicher Übung feststellen. Dieser positive Zusammenhang äußert sich in einer Verbesserung der räumlichen-visuellen Orientierung (Satoh et al. 2012, S. 7).

Bei der Analyse von Sörman (Sörman et al. 2014, S. 497) konnten signifikante Beziehungen zwischen den Dimensionen geistig, sozial und physisch beobachtet werden. Unbeantwortet blieb in der Studie jedoch, ob Freizeitaktivitäten über einen längeren Zeitraum demenzpräventiv wirken.

Eine Follow-up Erhebung von Sörmans Studie zeigte, dass die Mehrheit der 1475 Teilnehmerinnen demenzfrei blieb. Von den TeilnehmerInnen, die an Demenz erkrankten, waren besonders ältere Frauen betroffen.

Personen, bei denen sich Demenz langsam entwickelte, waren häufiger verheiratet (vgl. Sörman et al. 2014, S.497).

Auch Larsons Studie zeigte, dass Demenzprävention durch körperliche Aktivität möglich ist. Im Gegensatz zu den anderen Studien, die in dieser Arbeit thematisiert wurden, zeigte diese eine höhere Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, wenn man weniger als drei Mal pro Woche trainiert.

Alkoholkonsum, Rauchen und ein niedriges Bildungsniveau wurden nicht als mögliche Risikofaktoren angesehen (vgl. Larson et al. 2006).

Die Follow-up Erhebung bei Larson et al wurde sechs Jahre nach der ursprünglichen Studie durchgeführt. Die Mehrheit der TeilnehmerInnen blieb frei von Demenz (vgl. Larson et al. 2006).

## 5 Auswertungsergebnisse

### 5.1 Auswertung der Interviews - vulnerable Gruppe

Wie zu erwarten haben sich bei den in den Interviews erwähnten Punkten Mehrheitsmeinungen entwickelt. Etwas überraschend war, dass wir nur in wenigen Punkten gegensätzliche Meinungen oder Aussagen feststellen konnten. Die Aussagen unterschieden sich meist nur dadurch, dass Personen beispielsweise andere Aspekte auch für wichtig hielten.

#### Versorgung

Die Mehrheit der ExpertInnen ist der Meinung, dass hinsichtlich der Versorgung noch Nachholbedarf herrscht. Lediglich der Experte vom AKH sieht prinzipiell keine Lücken im Versorgungssystem. Nur im Bereich der Prophylaxe herrsche Handlungsbedarf, sagt er. Die Projektkoordinatorin von Pro mente und die Sozialarbeiterin von der Demenzservicestelle Gmunden-Regau beklagen sich über die zu späte Kontaktaufnahme auf Seiten der Angehörigen. Viele Demenzerkrankte kommen bereits in einem sehr schlechten Zustand zu den einzelnen Institutionen. Zusätzlich sind die Expertinnen von Pro mente und der Demenzservicestelle Gmunden-Regau der Meinung, dass es Probleme mit der Prävention gibt, insbesondere im ländlichen Raum. Die Expertin von der OÖGKK sieht Probleme in der Diagnose der Krankheit, da nur Fachärzte eine Diagnose stellen dürfen. Für Personen im Altenheim stellt es aber eine Schwierigkeit dar, einen Facharzt aufzusuchen.

#### Wahrnehmung in der Öffentlichkeit

Im Gegensatz zur Expertin von der Volkshilfe, welche behauptet, dass Demenz in der Öffentlichkeit oft behandelt wird, beschwert sich die Hälfte der befragten ExpertInnen über die fehlende Aufklärung und mediale Behandlung der Krankheit. Daher fordern diese drei ExpertInnen eine stärkere mediale Präsenz des Themas. Jedoch befinde man sich auf einem guten Weg, da auch viele Klienten in betreffenden Organisationen auf die Problematik aufmerksam gemacht würden und somit die Krankheit mehr in die Öffentlichkeit gerückt wird. Der Arzt aus der Neurologie-Station vom AKH Linz weist darauf hin, dass alle Personen selber Prophylaxe betreiben können. Die Expertinnen von Pro mente und DSS Gmunden-Regau fordern außerdem eine demenzfreundliche Kommune und eine Bekämpfung der Stigmatisierung von Demenzerkrankten.

### Projekt „Brainwalkfit“

Vier der sechs Befragten sind sich einig, dass eine Demenzprophylaxe sinnvoll wäre. Einen hohen Wert legt die Hälfte der ExpertInnen auf einen gesunden Lebensstil, Bewegung in der Natur und eine vernünftige Ernährung. Die Expertin der OÖGKK betonte im Interview, dass das Projekt „Brainwalkfit“ durchaus sinnvoll wäre, aber sie findet es schlecht, dass man versucht, Evidenzen für verschiedene Programme zu finden, das heißt, man sucht nach Effekten bei durchgeführten Maßnahmen. Bei einer Demenzprophylaxe sind Effekte jedoch erst nach langer Zeit ersichtlich. Alles, was mit Animation zur Bewegung verbunden ist, findet die Expertin aus Bad Ischl gut, jedoch können aus den eben genannten Gründen Schwierigkeiten bei der Bewertung der Maßnahmen auftreten.

### Bildungsferne Personen

Hier waren sich drei der sechs befragten ExpertInnen einig, dass Bildung eine besondere Rolle bei der Entstehung von Demenz spielt. Personen mit höherem Bildungsgrad haben bessere Chancen, nicht an Demenz zu erkranken, während Menschen mit niedrigerem Bildungsgrad ein meist schlechteres Gesundheitsbewusstsein haben. Zwei ExpertInnen, jene von der Gebietskrankenkasse und von der Demenzservicestelle Gmunden-Regau, betonen zudem, dass die Diagnose bei hochgebildeten Personen sehr schwierig ist, da diese das Ergebnis der Mini-Mental-Tests durch Ausdruck und Überzeugung verfälschen können. Die Demenzservicestelle Gmunden-Regau hatte bisher keine erhöhte Anzahl an bildungsfernen Personen in der Institution.

### MigrantInnen

Die Situation bei MigrantInnen stellt sich als sehr schwierig dar. Die Mehrheit der befragten ExpertInnen hat keine Erfahrungen mit MigrantInnen in ihren Institutionen. Die Expertin von Pro mente sieht jedoch MigrantInnen als Risikogruppe, ebenso wie drei weitere Experten. Das größte Problem sieht die Expertin von der Volkshilfe im schlechten Lebenshintergrund, dem niedrigen Bildungsgrad und der meist schlecht bezahlten Arbeit. Der Verlust der später erworbenen deutschen Sprache ist ein wesentlicher Faktor, warum MigrantInnen eher an Demenz erkranken. Die Expertin von Tandem Bad Ischl betont, dass MigrantInnen anstatt in einer Anstalt eher im Familienverband gepflegt werden und daher nicht die nötige Versorgung erhalten.

## **5.2 Auswertung des Fokusgruppentreffens der pflegenden Angehörigen**

Für die Auswertung der Fokusgruppendifkussion wurde das gesamte Gespräch transkribiert und mit den Notizen des Protokollführers verglichen und ergänzt, um alle Aussagen sinngemäß verwerten zu können.

### Informationen über die Angehörigen

Alle drei Angehörigen betreuen ihre an Demenz erkrankten Ehemänner. Sie erhalten teilweise Unterstützung durch Familie, Tageszentren und Pflegerinnen.

### Wünsche um entlastet zu werden

Alle drei Angehörigen wünschen sich zur Entlastung Hilfe von außen: entweder zur Unterstützung im Haushalt (Angehörige1 (24 Stunden Hilfe), Angehörige 2 (Putzkraft) und Angehörige3 (Putzkraft)) oder um Zeit für sich selbst und die eigenen Hobbies zu finden (Angehörige 3). Angehörige 3 spricht auch den expliziten Wunsch der gemeinsamen Teilnahme mit ihrem Ehemann an dem Gedächtnis- und Bewegungstraining an, um ihn nicht alleine lassen zu müssen.

### Brainwalkfit- eine Belastung oder Unterstützung?

Die Faktoren Ort und Zeit sind hier besonders zu berücksichtigen, da die An- und Abreise eine zusätzliche zeitliche Belastung für alle drei Angehörigen darstellen kann.

### Bereitschaft an der BWF Teilnahme und bereits gesammelte Erfahrungen

Die Bereitschaft, bei einem BWF Treffen mitzugehen, wäre bei allen drei Angehörigen vorhanden. Angehörige 2 und Angehörige 3 haben bereits Erfahrungen mit Bewegung und Demenz im Selba-Club gemacht, wo sie einmal wöchentlich Gedächtnistraining und Bewegungsübungen durchführen. Ihre ursprüngliche Trainingsgruppe löste sich aber auf, da drei Mitglieder verstarben.

### Brainwalkfit-Auswirkungen auf eigene Gesundheit?

Die Angehörigen können sich alle drei vorstellen, an den Brainwalkfit-Treffen teilzunehmen und glauben durchaus, dass das Projekt für sie als Präventionsmaßnahme sinnvoll wäre. Sie glauben jedoch, ihre Männer nicht dazu bewegen zu können, daran teilzunehmen. Wichtig wäre der Angehörigen 2 und der Angehörigen 3, dass sie gemeinsam mit ihren Män-

nen etwas unternehmen können. Die Gründe dafür sind jedoch wieder unterschiedlich: Der Angehörigen 2 geht es darum, dass sie dabei mit ihrem Mann an der frischen Luft wäre und vor allem auch darum, dass sie sich eventuell noch mehr Informationen über die Krankheit bzw. Ratschläge vom Pflegepersonal einholen könnte. Der Angehörigen 3 geht es neben dem Gedächtnis- und Bewegungstraining um die sozialen Kontakte, die sich, wie sie sagt, durch die Krankheit ihres Mannes sehr verringert haben.

### Meinung zu Brainwalkfit

Jede der drei Angehörigen kann sich vorstellen, bei Brainwalkfit mitzumachen, jedoch spielen bei allen dreien Zeit und Ort eine enorm große Rolle. Die Brainwalkfit-Gruppentreffen müssten in unmittelbarer Nähe stattfinden, so dass es für die Angehörigen einfach ist, den Ort des Treffens zu erreichen und sie somit nicht zusätzlich Zeit verlieren. Angehörige 2 und 3 wollen ihre Männer nicht unnötig lange alleine lassen (Angehörige 1 hat eine 24-Stunden-Hilfe). Sie sind durchaus interessiert am Projekt und finden es gut, dass Brainwalkfit in freier Natur stattfindet, Gedächtnis und Körper gleichzeitig trainiert werden und die Konzentration gefördert wird.

## **5.3 Auswertung des Pflegepersonal-Interviews**

Um das Einzelinterview auszuwerten, wurde zunächst das komplette Gespräch transkribiert und in seine einzelnen Fragen zerlegt. Da es sich sowohl bei der Fokusgruppendifkussion, als auch beim Interview um dieselben Fragen zum Projekt Brainwalkfit handelte, konnten die Aussagen somit besser miteinander verglichen werden, um besser erkennen zu können, welche sich decken und wo es Abweichungen gibt.

### Zur Person-Angestellte C/A

Angestellte C/A ist beruflich im Club Aktiv in Linz tätig, welchen durchschnittlich 80 – 95 Jährige besuchen. Die Klienten kommen hier selbstständig in die Einrichtung und sind meistens in den Demenzstufen 1 und 2.

### Wünsche um entlastet zu werden

Eine bessere Vernetzung mit den Angehörigen (diese bezeichnet sie als Hemmschwelle oder Triebfeder in der Aktivität der Angehörigen) und fachliche Kompetenz von Seiten der PflegerInnen sind zwei Punkte, welche ihrer Meinung nach viel zu einer Entlastung ihrer Arbeit beitragen würden.

### Brainwalkfit- eine Belastung oder Unterstützung?

Bei Kindern bzw. bei Personen, die noch nicht demenzerkrankt sind, bringt es ihrer Meinung nach eine Menge. Jedoch ist Brainwalking mit Erkrankten in Pflegestufe eins oder zwei unmöglich durchzuführen. Jetzt, durch die neue Generation an Senioren (sie spricht hier die Menschen aus der 68er Bewegung an), welche von Haus aus mehr Sport betreiben und aktiver sind, könnte das durch die Arbeit in der Gruppe sozial sehr wertvoll und hilfreich sein. „Nämlich auch vom Sozialen her - also vom sozialen Faktor, weil es kein Einzeltraining ist, sondern innerhalb einer Gruppe und da können - durch diesen Spaßfaktor unterstützt - neue Kontakte geknüpft werden.“

### Bereitschaft an der BWF-Teilnahme und bereits gesammelte Erfahrungen

Bisher hat sie nur an der MultiplikatorInnenschulung in Bad Aussee teilgenommen, hat aber bereits Erfahrungen mit Edo – Kinästhetischen Übungen, welche sie – aufgrund fehlender Akzeptanz – unter dem Deckmantel anderer Aktivitäten durchführen muss. Menschen in Stufe 1 und 2 wollen nichts Neues lernen, sondern nur noch die Fähigkeiten erhalten, die sie bisher erworben haben.

### Brainwalkfit-Auswirkungen auf eigene Gesundheit?

Sie ist der Meinung, dass es durchaus einen positiven Effekt auf ihre Gesundheit haben würde, da dadurch neue Verknüpfungen im Hirn gebildet werden und außerdem mehr als zwei Sinne beansprucht werden.

### Meinung zu Brainwalkfit

Merkfähigkeit und eine positive Einstellung zur Bewegung sind Dinge, für die in der Bevölkerung ein Bewusstsein geschaffen werden muss. Die Kombination aus Spaß und Beschäftigung verbunden mit geistiger und körperlicher Anstrengung ist eine gute Idee, jedoch muss ihrer Meinung nach bereits früher damit begonnen werden.

## 6 Handlungsempfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen der Literaturanalysen, qualitativen ExpertInneninterviews und den Fokusgruppeninterviews konnten einige Empfehlungen zur Optimierung des Projekts abgeleitet werden.

Wie sich in diesem Forschungsprojekt herausstellte, sind die Zielgruppe für das Projekt „Brainwalkfit – Demenzprophylaxe durch Bewegung an der Natur“ die sogenannten „jungen Alten“, also Personen in etwa ab dem 55. bis zum 65. Lebensjahr. Daher ist es besonders wichtig, die Angebote auf diese Personengruppe zu spezialisieren und adäquates Marketing zu betreiben. Angesprochen kann diese Personengruppe beispielsweise in Vereinen oder an Volkshochschulen werden. Auch durch mediale Präsenz, beispielsweise in den Gemeindezeitungen oder in ausgewählten Regionalzeitungen, können „junge Alte“ angesprochen werden. Wichtig ist hier, mittels Berichten und Artikeln ein Bewusstsein für die Demenzerkrankung und die Prophylaxe zu schaffen.

Im Mittelpunkt der Forschung standen unter anderem bildungsferne Personen. Durch den niedrigen Bildungsgrad sind diese Personen einem höheren Risiko ausgesetzt, an Demenz zu erkranken. Daher soll hier besonders darauf geachtet werden, dass Personen mit niedrigem Bildungsgrad ebenso in das Projekt miteingebunden werden und davon profitieren. Um diese Menschen zu erreichen, ist ebenso eine adäquate Werbung notwendig. Hier wäre zu überlegen, wo diese Personengruppe in Linz verstärkt anzutreffen ist.

Schwierig stellt sich die Situation auch für MigrantInnen dar, welche bei fortgeschrittener Demenzerkrankung die deutsche Sprache verlernen und nur mehr ihre Muttersprache sprechen können. Damit auch diese Personen die Angebote von Brainwalkfit nutzen können, wäre es notwendig, mehrsprachige TrainerInnen auszubilden. Zudem müssten die Beschilderungen der Brainwalkfit-Strecken mehrsprachig ausgeführt sein. Besonders wichtig erscheinen neben Deutsch die Sprachen Türkisch und Bosnisch-Serbisch-Kroatisch zu sein.

In den bearbeiteten Studien wurde darauf hingedeutet, dass mehr Männer als Frauen an Demenz erkranken. Um mehr männliche Teilnehmer für diverse vorgesehene Übungen zu gewinnen, wäre es durchaus sinnvoll, auch Männer als Multiplikatoren zu beschäftigen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden nur Frauen zu Multiplikatorinnen ausgebildet.

Generell ist für die Personengruppe über 55 wichtig, dass die Angebote von Brainwalkfit in Wohnortnähe stattfinden beziehungsweise mit öffentlichen Verkehrsmitteln leicht erreichbar sind. Da Personen dieses Alters oft kein Auto besitzen oder nicht mehr selbstständig fahren können, sind sie auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen. Alternativ dazu könnten Zubrin-

gerdienste zum Brainwalkfit-Treffen angeboten werden. Ein Sammeltaxi oder ein Shuttle-Bus könnte die TeilnehmerInnen von zu Hause oder einer vereinbarten Zustiegsstelle abholen, zum Treffpunkt bringen und wieder nach Hause fahren.

Da die Zielgruppe für Brainwalkfit Personen über 55 sind, ist es wichtig, das Training angemessen zu gestalten. Ein zu anspruchsvolles Training wird die TeilnehmerInnen überfordern. Daher soll der Schwierigkeitsgrad situativ gewählt werden, abhängig vom Grad der Fitness der TeilnehmerInnen. Aerobic ist beispielsweise ein leichtes und lockeres Training, welches individuelle Schwierigkeitsgrade zulässt.

Zusätzlich wäre es laut den durchgeführten Forschungen sinnvoll, Musik sowohl als Therapiemaßnahme als auch zur Prävention in das Projekt miteinzubinden. Das Musikgedächtnis ist weniger anfällig für eine Demenzerkrankung und soll daher besonders gefördert werden. So könnten Übungen mit Musikelementen verbunden werden. Auch das Spielen eines Instruments wirkt sich sehr förderlich aus.

Ein besonders wichtiger Faktor, um sich vor einer Demenzerkrankung zu schützen, ist der gesunde Lebensstil. Schlechte Ernährung, kein Sport, regelmäßiger Alkoholkonsum, Rauchen etc. sind jene Risikofaktoren, die die Erkrankung an Demenz erhöhen können. Daher ist es wichtig, im Projekt Brainwalkfit diese Faktoren zu berücksichtigen. Zudem könnte eine Lebensstilberatung eingeführt werden, wo Personen unterschiedlichen Alters Beratung erhalten, Möglichkeiten zur Verbesserung des Lebensstils gefunden werden und die Betreffenden auf diesem Weg von den BeraterInnen begleitet werden. Eine Möglichkeit, gesunde Ernährung in ein Brainwalkfit-Treffen einzubinden, wäre das Angebot einer gesunden Jause nach dem Training.

In den Brainwalkfit-Gruppen soll auch die Kohäsion der Mitglieder gestärkt werden. Dazu könnte ein Brainwalkfit-Stammtisch gegründet werden, bei dem der Erfahrungsaustausch in der Gruppe gefördert wird.

## 7 Zusammenfassung

Nachdem man diese Arbeit gelesen hat, erkennt man, dass es, obwohl bereits eine Reihe von einschlägigen Untersuchungen existiert, im Bereich der Demenzprävention noch viel zu erforschen gibt.

Im Vorfeld zu dieser Arbeit wurde eine umfassende Literaturanalyse zum Thema durchgeführt.

In unserer Gesundheitsfolgenabschätzung zum Projekt „Brainwalkfit“ wurden Interviews mit ExpertInnen und eine Fokusgruppendifkussion gehalten. Aus den ExpertInneninterviews und der Fokusgruppendifkussion geht hervor, dass einige Faktoren existieren, die es einzudämmen gilt, wenn es darum geht, das Voranschreiten einer Demenzerkrankung zu verlangsamen. Für eine solche Erkrankung kann beispielsweise ein ungesunder Lebensstil in jungen Jahren fördernd wirken. Weiters spielt Bildung eine wesentliche Rolle, da ein Großteil der ExpertInnen bestätigte, dass eine höhere Bildung das Risiko, an Demenz zu erkranken, mindert. Durchwegs alle Interviewpartner waren von der Wirksamkeit des Projekts Brainwalkfit überzeugt und können sich vorstellen, dass das Projekt zur Demenz-Prophylaxe beitragen kann. Lediglich zwei der ExpertInnen haben leichte Bedenken dazu geäußert, ob die Ergebnisse des Projekts aussagekräftig sein werden. Bei der Fokusgruppendifkussion pflegender Angehöriger wurde festgestellt, dass die Faktoren Zeit und Ort für diese Personengruppe eine maßgebliche Rolle in der Teilnahme am Projekt Brainwalkfit spielen. Sowohl die ExpertInnen als auch die pflegenden Angehörigen waren sich einig, dass im Bereich der Versorgung und der Information für Angehörige von Seiten der Einrichtungen Nachholbedarf besteht. Gerade die Informationen für die Angehörigen über die Krankheit und deren Verlauf - vor allem in frühen Krankheitsstadien – können richtiges Verhalten und Verständnis für die Erkrankung fördern.

Aus der Literaturanalyse geht ebenfalls hervor, dass sich durch mittleres geistiges und körperliches Training ein positiver Effekt auf die Demenzprävention abzeichnet. Bei einer der bearbeiteten Studien wurde zusätzlich auf das gute Zusammenspiel von Musik und Bewegung in der Demenzprävention hingewiesen. Der Großteil der Studien stuft ein intaktes soziales Umfeld als einen wesentlichen Faktor für den Verlauf einer Demenzerkrankung ein und betont dessen Wichtigkeit. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen decken sich also größtenteils mit denen aus der Literaturanalyse, woraus wir schließlich unsere Handlungsempfehlungen ableiten konnten:

- Eine zielgruppengerechte Bewerbung des Projekts Brainwalkfit könnte die Anzahl der TeilnehmerInnen erhöhen.
- Mehrsprachige TrainerInnen und Hinweisschilder könnten für Personen mit einer anderen Muttersprache die Teilnahme erleichtern oder gar erst ermöglichen.
- Für bildungsferne Personen soll der Zugang zum Projekt Brainwalkfit erleichtert werden, indem man versucht, besonders diese durch Bewerbung des Projekts anzusprechen. Man sollte auch den Schwierigkeitsgrad der geistigen und körperlichen Übungen an die Möglichkeiten der TeilnehmerInnen anpassen.
- Ein Zubringerdienst zu und von dem Projekt könnte für pflegende Angehörige oder Pflegekräfte die Anreise erleichtern oder in manchen Fällen gar erst möglich machen.
- Im Rahmen des Projekts könnte für TeilnehmerInnen eine Lebensstilberatung eingeführt werden, um ihnen so zu helfen, Risikofaktoren wie Rauchen, ungesunde Ernährung und mangelnde Bewegung in ihrem Lebenswandel zu minimieren.
- Um das soziale Umfeld der TeilnehmerInnen zu verbessern, könnte ein Brainwalkfit-Stammtisch eingerichtet werden, bei welchem im Anschluss an das Projekt Erfahrungen und Geschichten ausgetauscht werden können.

Da die genauen Ursachen von Demenz bis heute noch nicht zur Gänze erforscht sind und nicht zuletzt aufgrund der stetig steigenden Anzahl an Demenzerkrankungen, wird es immer wichtiger, die Prävention effektiv zu gestalten oder gar ein Bewusstsein für Prävention zu schaffen, um dem Fortschreiten der Krankheit entgegenzuwirken.

Aus diesem Grund möchten wir AutorInnen noch sagen, dass wir hoffen, dass wir mit diesem Bericht dazu beitragen konnten, die Wirksamkeit und das Ergebnis des Projekts Brainwalkfit zu verbessern, und wir somit einen Beitrag zur Demenzprävention leisten konnten.

## 8 Glossar

- **Alzheimer**

Die am häufigsten erscheinende Form der Demenz ist die Alzheimer- Demenz. Bei dieser Krankheit gehen in Bereichen des Gehirns, durch Störungen des Gleichgewichts des Botenstoffes Glutamat, Nervenzellen zugrunde. Dabei spricht man von einer neurodegenerativen Demenz (vgl. Fond Gesundes Österreich 2005).

- **Bildungsferne Personen**

Als bildungsfern bezeichnet man meist eine Person, welche keine abgeschlossene Berufsausbildung oder keinen höheren Schulabschluss besitzt. Für den Begriff „bildungsfern“ gibt es keine einschlägige Definition, deshalb nähert man sich auf drei unterschiedlichen Ebenen: Über den Erwerb von formalen Bildungsabschlüssen, die Zugehörigkeit zu gewissen soziodemographischen Gruppen und über die Abwesenheit von zentralen Fähigkeiten (vgl. Obermayr o.J., S1f).

- **Demenz**

Als Demenz bezeichnet man den Oberbegriff für Erkrankungen, die mit dem Verlust von geistigen Funktionen wie Erinnern, Denken, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen und dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten und Situationen nur mit Hilfe durchzuführen sind (vgl. MERZ 2014).

- **Empathisch**

Empathisch leitet sich aus dem Substantiv „Empathie“ ab und bedeutet Einfühlungsvermögen. Damit beschreibt man die Fähigkeit und Bereitschaft einer Person, sich in emotionale Befindlichkeiten und Einstellungen einer anderen Person, einzufühlen (vgl. Padrock; Sievers 2014).

- **Evidenz**

Leitet sich vom englischen „evidence“ = Beweis, Nachweis ab; basierend auf Informationen von Studien, welche Fakten widerlegt oder stärkt. Heute spielt die Evidenzbasierung, die vor allem in der Medizin bekannt ist, in der Gesundheitsförderung und der Prävention einen essenziellen Part. Dabei handelt es sich um ein Zusammenspiel von Sachkompetenzen und Evidenzen aus der Forschung (vgl. Fond Gesundes Österreich 2005).

- **Kinästhetisch**

Leitet sich vom Begriff der Kinästhetik ab und bedeutet „Lehre von der Bewegungsempfindung“. Kinästhetik beschreibt, analysiert und vermittelt die Aspekte der Bewegung als grundlegende Voraussetzungen für jede menschliche Funktion und erklärt die Wichtigkeit von Bewegung und Bewegungsempfindung in Bezug auf Wahrnehmung und Interaktion (vgl. Widmoser 2004, S.3f).

- **Kognition**

Leitet sich aus dem lateinischen „cognoscere“ = erkennen ab und bezeichnet das Denken. Dazu zählen Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Erinnerung oder Lernen und Meinungen, Einstellungen und Gedanken, die unter mentale Prozesse zu zählen sind. Kognition bezieht sich auf alle Prozesse des Erwerbs, der Organisation, der Speicherung und der Anwendung von Wissen (vgl. Lexikon für Psychologie und Pädagogik o.J.).

- **Lebensstil**

Der Lebensstil umfasst sämtliche Tätigkeiten des Alltags wie Ernährungs- oder Bewegungsverhalten, politisches Handeln oder die Handhabung mit Gefühlen. Dieses Verhalten und Handeln ist gegenüber Eingriffen von außen resistent. Wird versucht, den Lebensstil eines Individuums gezielt zu ändern, muss die Intervention nicht nur auf die Person selbst, sondern auch auf die Lebensbedingungen abzielen (vgl. Fond Gesundes Österreich 2005).

- **Metaanalyse**

Integration und Analyse möglichst systematisch, repräsentativ in Form von quantitativen Größen, die Ergebnisse verschiedener Einzelbereiche in einem Forschungsbereich (vgl. Spektrum 2000).

- **Mini-Mental-Test**

Eine Methode zur ersten Erkennung, ob eine Person unter Demenz leidet. Der Mini-Mental-Test wird auch zur Bestimmung der Veränderung im Laufe der Krankheit oder zum Nachweis der Wirkung von Medikamenten angewendet. Bei dem Test werden Aufgaben im Bereich der Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit und Sprache gefragt (vgl. Caspari 2014).

- **MultiplikatorInnen**

MultiplikatorInnen sind Personen, die Expertise und Praxis in der Gruppe weitergeben. Im Bereich der Gesundheitsförderung bringen die MultiplikatorInnen Informationen über Gesundheitsverhalten und Verhältnisse, die die Gesundheit beeinflussen, in eine Gruppe, um Ressourcen und Wissen anderer Gruppenmitglieder zu stärken. (vgl. Fond Gesundes Österreich 2005).

- **Prävention**

Leitet sich vom lateinischen Verb „*praevenire*“ ab und bedeutet übersetzt „Verhinderung“ oder „Zuvorkommen“. Präventivmedizin zielt daher primär auf die Verhinderung von Krankheiten und Bewahrung der Gesundheit ab. Prävention setzt zeitlich vor dem Eintreten einer Krankheit an und versucht durch Interventionsmaßnahmen Personen von negativen gesundheitlichen Folgen zu bewahren (vgl. AAMP 2015).

- **Prophylaxe**

Leitet sich aus dem griechischen „*prophylaxe*“ ab und wird mit Vorbeugung, Verhütung von Krankheiten übersetzt. Darunter versteht man unterschiedliche Vorsorgemaßnahmen zur Vermeidung und Vorbeugung von Krankheiten. Der Begriff der Prävention wird oft gleichbedeutend verwendet (vgl. Gesund.co.at o.J.).

- **Psychotisch**

Psychotische Störungen oder Psychosen, sind Begriffe für schwere geistige Erkrankungen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass es zu erheblichen Störungen im Bezug zur Umwelt kommt. Oft fehlt dem Betroffenen die Einsicht in den krankhaften Zustand (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015).

- **Relatives Risiko**

Das relative Risiko in einer Therapiestudie bezeichnet das Verhältnis zwischen dem Risiko in der experimentellen Gruppe und dem Risiko in der Kontrollgruppe. Ein relatives Risiko von 1 bedeutet, dass zwischen den Vergleichsgruppen kein Unterschied besteht. Bei ungünstigen Ereignissen zeigt ein  $RR < 1$ , dass die experimentelle Intervention wirksam ist, um das Auftreten von ungünstigen Ereignissen zu senken (vgl. Das Deutsche Cochrane Zentrum 2014).

- **Stigmatisierung**

Bezeichnet man als Prozess, in dessen Verlauf einer Gesellschaft bestimmte Merkmale von Personen und Gruppen mit negativen Bewertungen oder Äußerungen in eine Randgruppenposition gedrängt werden (vgl. Universität Hamburg 2014).

- **Transkription**

Bedeutet in der Sprachwissenschaft und in der Konversationsanalyse das Übertragen vom Gesprochenen in eine schriftliche Form (vgl. KERN AG 2015).

- **Wohlbefinden**

Betont die subjektive Seite und das subjektive Erleben und Empfinden von Gesundheit. Dabei wird Wohlbefinden und Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung eng miteinander verknüpft (vgl. Fond Gesundes Österreich 2005).

## 9 Literaturverzeichnis

**AAMP** 2015: „Definition Prävention“,

<http://www.aamp.at/unserethemen/praevention/definition-praevention>, Zugriff am 12.01.2015.

**Amegah, T. et al.** 2013: „Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis“,

Bundesministerium für Gesundheit(Hrsg.),Wien.

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz** o.J.: „Plattform für pflegende Angehörige-Demenz“,

<http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/thema.html?channel=CH1864>, Zugriff am 10.6.2014.

**Caspari, F.** 2014: „Symptome und diagnostische Verfahren bei Alzheimer“,

<http://www.morbus-alzheimer.net/diagnose>, Zugriff am 14.01.2015.

**Colcombe S., Kramer AF** 2003: „Fitness Effects on the Cognitive Function of Older Adults: A Meta-Analytic Study“, *Psychological Science March 2003 vol.14(2):125-130*.

doi:10.1111/1467-9280.t01-1-01430.

**Das Deutsche Cochrane Zentrum** 2014: “Cochrane-Glossar“,

<http://www.cochrane.de/cochrane-glossar>, Zugriff am 15.01.2015.

**Fond Gesundes Österreich** 2005: „Glossar“, [www.fgoe.org/der-fonds/glossar](http://www.fgoe.org/der-fonds/glossar), Zugriff am 19.01.2015.

**Fratiglioni L. et al.** 2004: „An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*“, S. 343 – 353.

**Gesund.co.at** o.J.: „Prophylaxe“, <http://gesund.co.at/medizinlexikon-prophylaxe-12136>, Zugriff am 13.01.2015.

**Gesundheitsberichterstattung des Bundes** 2015: „Psychosen“, [https://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg\\_isgbe5.prc\\_show\\_dokument?p\\_aid=40499492&p\\_uid=gast&sprache=D&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_dokumente=1](https://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_show_dokument?p_aid=40499492&p_uid=gast&sprache=D&p_lfd_nr=1&p_dokumente=1), Zugriff am 12.01.2015.

**Gumpinger, Marianne** 2011: „Sozialarbeitsforschung Projekte 2011/Schriften zur Sozialen Arbeit Band 20“, Edition pro mente Linz.

**Institut für Wertprozessmanagement und Marketing** o.J.: „Fokusgruppenteffen“, Universität Innsbruck, [http://www.uibk.ac.at/smt/marketing/files/ubik\\_marketing\\_fg.pdf](http://www.uibk.ac.at/smt/marketing/files/ubik_marketing_fg.pdf), Zugriff am 11.12.2014.

**Internationale Alzheimervereinigung** 1996: „Die Alzheimer Krankheit“, [www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/alzh/broschure.rtf](http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/alzh/broschure.rtf), Zugriff am 30.5.2014.

**KERN AG** 2015: „Transkriptionen“, <http://www.e-kern.com/at/dolmetschen/transkription.html>, Zugriff am 13.01.2015.

**Larson, E. et al.** 2006: „Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older“, <http://annals.org/article.aspx?articleid=719427>, Zugriff am 15.11.2014.

**Laske, C. et al.** 2005: „Präventive Maßnahmen bei demenzieller Erkrankung“ In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 20, S. 146-145.

**Lexikon für Psychologie und Pädagogik** o.J.: „Kognition“, [www.lexikon.stangl.eu/240/kognition](http://www.lexikon.stangl.eu/240/kognition), Zugriff am 19.01.2015.

**Maurer, T.** 2011: „Zur Arbeitssituation von diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in einer Einrichtung für Menschen mit Demenz – Am Beispiel von Hausgemeinschaften des Diakoniewerks“, Johannes Kepler Universität Linz.

**MERZ** 2014: „Was ist Demenz? Was ist Alzheimer?“, [http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/demenz\\_alzheimer/index.jsp](http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/demenz_alzheimer/index.jsp), Zugriff am 12.01.2015.

**Obermayr, B.** o.J.: „Bildungsferne Gruppen – Definition und Indikatoren. Online im Internet“, [http://www.tu-was.com/tuwas/bildungtirol/recherchen\\_zukunftszentrum](http://www.tu-was.com/tuwas/bildungtirol/recherchen_zukunftszentrum), Zugriff am 12.01.2015.

**Padrock, P.; Sievers, J.** 2014: „Empathie“, <http://neueswort.de/?s=empathie>, Zugriff am 13.01.2015.

**Reimers CD et al. 2012:** „Einfluss körperlicher Aktivität auf die Kognition. Ist körperliche Aktivität Demenz-präventiv? Impact oh Physical Activity on cognition. Can physical Activity prevent Dementia?“, Georg Thieme Verlag KG, Akt Neurol 2012; 39: 276-291.  
Doi:10.1055/s-0032-1316354.

**Satoh M. et al.** 2014: „The Effects of Physical Exercise with Music on Cognitive Function of Elderly People: Mihama-Kiho Project“, PloS ONE 9(4): e95230.  
Doi:10.1371/journal.pone.0095230.

**Seidl, Elisabeth; Labenbacher, Sigrid** 2007: „Pflegerische Angehörige im Mittelpunkt“, Böhlau Verlag Ges. m. b. H. & Co. KG Wien Köln Weimar.

**Sörman, E. et al.** 2014: „Leisure activity in old age and risk of dementia: a 15-year prospective study“, Journals of Gerontology, S. 493-501.

**Spektrum** 2000: „Lexikon der Psychologie- Metaanalyse“, <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/metaanalyse/9623>, Zugriff am 19.01.2015.

**Sutterlin, S. et. Al** 2011: „Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können“, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung(Hrsg.), Berlin.

**Universität Hamburg** 2014: „Stigmatisierung“, <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzept/154/15402.htm>, Zugriff am 12.01.2015.

**Widmoser, J.** 2004: „Kinästhetik – Gesundheitsentwicklung in der Hauskrankenpflege“, [http://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/sa04-widmoser.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/sa04-widmoser.pdf), Zugriff am 12.01.2015.

# 10 Anhänge

## 10.1 Gesprächsleitfaden – Vulnerable Gruppe

### 1. Vorstellung, Brainwalkfit vorstellen

- Persönliche Vorstellung
- Warum wird dieses Interview durchgeführt (in welchem Rahmen wird dies durchgeführt)
- Vorstellen des Projektes "Brainwalkfit" und der Gesundheitsfolgenabschätzung.

### 2. Allgemeines über Demenz

#### a) Wahrnehmung in der Öffentlichkeit

- Denken Sie, dass das Thema Demenz in der Öffentlichkeit zu wenig behandelt wird?  
Wenn ja, worin sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
- Welche Diagnosen von Demenz gibt es?
- Was ist der Unterschied zwischen Alzheimer und Demenz?

#### b) Versorgung

- Gibt es Ihrer Meinung nach Lücken im Versorgungssystem? Wo sehen Sie die größten Probleme?

#### c) Prognose

- Die OÖGKK prognostiziert eine Verdoppelung der Zahl der Erkrankten bis 2050 (von 110.000 auf 230.000). Teilen Sie diese Einschätzung? Woran kann das liegen?
- Wie schätzen Sie die zukünftigen Entwicklungen bezüglich Forschung und Medikamente ein?
- Welche Möglichkeiten der Prophylaxe gibt es?
- Kennen Sie ähnliche Projekte? (Erzählen Sie bitte von den Erkenntnissen Ihres Projektes.)

### **3. Demenz bei vulnerablen Gruppen**

- Gibt es in der Praxis bestimmte Personengruppen, die besonders von Demenz betroffen sind? Wie sehen Sie das Risiko bei MigrantInnen und bildungsfernen Personen?

#### **a) MigrantInnen**

- Sind MigrantInnen mehr gefährdet, an Demenz zu erkranken? Und woran kann dies liegen?
- Werden Serviceangebote von ihnen genauso angenommen?
- Wissen Sie Zahlen zu demenzerkrankten MigrantInnen? (von Ihrem Projekt)

#### **b) Bildungsferne Personen**

- Sind bildungsferne Personen mehr gefährdet, an Demenz zu erkranken? Und woran kann dies liegen?
- Werden Serviceangebote von ihnen genauso angenommen?
- Wissen Sie Zahlen zu demenzerkrankten bildungsfernen Personen? (von Ihrem Projekt)

### **4. Fragen zum Projekt Brainwalkfit**

- Ist eine Demenzprophylaxe durch Bewegung in der Natur sinnvoll?
- Wie würden Sie das Projekt bewerten? Ist es sinnvoll? Was wird es bewirken?
- Hätten Sie noch Vorschläge zur Verbesserung des Projekts?
- Welche Ergebnisse würden Sie erwarten? (beim Projekt)
- Fällt Ihnen sonst noch etwas zu diesem Thema ein?

## **10.2 Themenkatalog Gruppe Angehörige**

- Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit der Pflege alleine sind oder erfahren Sie schon Unterstützung? → Wenn ja, inwiefern entlastet Sie diese Unterstützung?
- Was halten Sie von schon bestehenden Unterstützungsangeboten und welche nehmen Sie in Anspruch?
- Was enttäuscht Sie in Bezug auf die Pflege Ihres Angehörigen? (kann von Seiten anderer Familienangehöriger sein oder vom Patienten selbst,...)
- Fehlt Ihnen von Seiten der Gesellschaft oder auch von Familienmitgliedern notwendige Anerkennung? →Fühlen Sie sich missverstanden von Freunden etc.?
- Welche Form der Unterstützung brauchen Sie? (Finanzielle, Materielle oder Personelle)
- Was könnten wir alle (die Gesellschaft) tun, damit es Ihnen besser geht?
- Haben Sie bereits Erfahrung mit 24-Stunden-Pflege, Altenheimen oder mobilen Diensten? →Wie beurteilen Sie diese?
- Wie viel Zeit benötigen Sie für die Pflege Ihres Angehörigen? →Können Sie nebenbei noch einer Erwerbsarbeit nachgehen oder mussten Sie diese eventuell sogar für die Pflege aufgeben?
- Bekommen Sie Unterstützung, damit Sie sich auch einmal Zeit für sich nehmen können wie bspw. Urlaub?
- Welche Folgen hat die Pflege Ihres Angehörigen für Sie persönlich? (Psychische Leiden, Schlafstörungen, keine Zeit mehr für Freizeitaktivitäten, usw.)  
→Fühlen Sie sich sozial ausgegrenzt?

- Würden Sie gerne z.B. einmal pro Woche an BWF-Treffen teilnehmen oder wäre dies eine zusätzliche Belastung für Sie?

### **10.3 Themenkatalog Gruppe Pflegepersonal**

- Wie erleben Sie die Situation der Betreuung von demenzkranken Menschen?  
→Fühlen Sie sich manchmal ausgebrannt?/überfordert?
- Nehmen Sie an den BWF-Treffen teil?  
→Wenn ja, wie oft?
- Stellen die BWF-Treffen eine zusätzliche (zeitliche) Belastung für Sie dar oder wirken sich die Treffen eher positiv für Sie selbst aus?
- Haben Sie das Gefühl, dass die BWF-Treffen Auswirkungen auf Ihre eigene Gesundheit haben? (physisch und psychisch)
- Haben Sie vielleicht bereits Erfahrungen mit Bewegungseinheiten für demenzkranke Menschen gemacht? Welche?
- Erhalten Sie von Seiten der Gesellschaft/Freunde für Ihren Beruf in der Pflege die notwendige Anerkennung?
- Sind Sie in Ihrer Freizeit sportlich aktiv?  
→Wenn ja, wie oft?