



PFLEGE

Christina Hofmann

Wir sind in Kontakt miteinander!

Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz

Christina Hofmann

Wir sind in Kontakt miteinander!

Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz



Christina Hofmann ist Ergotherapeutin mit dem Schwerpunkt der Betreuung von Menschen mit Demenz. Nach ihrem Examen arbeitete sie zwei Jahre in einem Seniorenheim und war dort für den Aufbau zweier – speziell für demenzbetroffene Bewohner eingerichteter – Wohnbereiche zuständig sowie für die Organisation und Durchführung des ergotherapeutischen Angebots. Ab 2008 war sie in einer Ergotherapiepraxis in Hannover mit dem Schwerpunkt Neurologie und Geriatrie tätig. Seit 2011 arbeitet Frau Hofmann in einer psychiatrischen Klinik im gerontopsychiatrischen Bereich in der Schweiz.

*»Lebe das Leben so wie es ist und
gestalte es nach Deinen Wünschen.
Denn verlängern kannst Du es nicht,
sondern nur verschönern.«*

OMA ANNA



Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-294-2 (Print)

ISBN 978-3-8426-8381-5 (PDF)

**© 2012 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | glcons.de

Titelbild: [photocrew – fotolia.com](http://photocrew-fotolia.com)

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

INHALT

Danksagung	9
1 Einleitung	10
2 Demenz und ihre verschiedenen Phasen	12
2.1 Definition	12
2.2 Demenzarten	12
2.3 Wichtigkeit der Diagnosestellung	13
2.4 Verlauf und Symptome der Demenzerkrankung	14
2.4.1 Kognitive (erkenntnismäßige) Symptomatiken	14
2.4.2 Körperliche Symptomatiken	15
2.4.3 Affektive (gefühlsmäßige) Symptomatiken	16
2.5 Arten und Funktionen des Gedächtnisses	17
2.5.1 Sensorisches Gedächtnis	17
2.5.2 Kurzzeitgedächtnis	18
2.5.3 Langzeitgedächtnis	18
2.5.4 Deklaratives Gedächtnis	18
2.5.5 Prozedurales Gedächtnis	18
2.5.6 Prospektives Gedächtnis	19
2.6 Krankheitsverlauf bei schwerer Demenz	19
2.6.1 Verdeutlichung des Verlaufs einer Demenzerkrankung	19
2.6.2 Übergang von mittelgradiger zu schwerer Demenz	19
2.7 Betroffene Gedächtnispartien bei Demenz	20
3 Bedingungen für die Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz	21
3.1 Setting	21
3.2 Zeitplanung	21
3.3 Beobachtungspunkte für die spätere Gestaltung einer Aktivität	22
3.4 Therapieformen	24
3.4.1 Vorteil der Einzeltherapie bei schwerer Demenz	24
3.5 Ziele	25
3.6 Reflexion	26
3.7 Über- oder Unterforderung	27
3.7.1 Unterforderung	27
3.7.2 Überforderung	28
3.8 Angst und Scheu	29
3.9 Schmerzsymptomatik	31

3.10	Sinne	32
3.10.1	Allgemeine Verschlechterung der Sinne, als zusätzliche Einschränkung für den Demenzerkrankten	33
4	Umgang mit schwerer Demenz	35
4.1	Personenzentrierter Ansatz	35
4.1.1	Dementia Care Mapping (DCM)	35
4.1.2	Bedürfnisse als Schlüssel	36
4.1.3	Stillen von Bedürfnissen	37
4.1.4	Erläuterung des DCM-Verfahrens	38
4.2	Das Drei Welten Konzept	39
4.2.1	Erläuterung des Drei Welten Konzepts	39
4.2.2	Vor- und Nachteile des Konzepts	41
5	Aktivierung mit Kommunikation	42
5.1	Kommunikation allgemein	42
5.2	Bedeutung von Kommunikation	42
5.3	Veränderung der Kommunikation bei schwerer Demenz	43
5.4	Wahrnehmung des Demenzbetroffenen	44
5.5	Kommunikation und Kontaktaufnahme	44
5.5.1	Blickkontakt und Reaktion	44
5.5.2	Satzfolge, Satzbau und Pausen	45
5.5.3	Wortspiele und Fragen	45
5.5.4	Zwischen Gesagtem und Gemeintem unterscheiden	46
5.5.5	Kränkungen und Wahlmöglichkeiten	46
5.5.6	Wort- und Sprachfindungsstörungen	47
5.5.7	Mimik	47
5.5.8	Ansprache	47
5.5.9	Überprüfung	48
5.5.10	Übungen zur Selbsterfahrung	48
5.6	Integrative Validation® (IVA)	55
5.6.1	Regeln der Integrativen Validation®	56
5.6.2	Anwendung	56
5.6.3	Übungen zur Selbsterfahrung mit der Integrativen Validation®	57
5.7	Kommunikation auf einer Ebene	60
6	Aktivierung der Wahrnehmungs- und Informationsförderung	61
6.1	Basale Stimulation®	62
6.1.1	Basale Stimulation® bei Menschen mit Demenz	63
6.1.2	Ziele der Basalen Stimulation®	64
6.1.3	Ganzheitliches Entwicklungsmodell nach Fröhlich und Haupt	65
6.1.4	Weitere Sinnesbereiche	67

6.1.5	Reaktionen Demenzbetroffener auf Basale Stimulation®	68
6.1.6	Grundvoraussetzungen bei der Anwendung von Basaler Stimulation®	68
6.1.7	Übungen zur Selbsterfahrung ohne Anwendung Basaler Stimulation®	70
6.1.8	Übungen zur Selbsterfahrung unter Anwendung Basaler Stimulation®	77
6.1.9	Fragen zur Basalen Stimulation® bei Menschen mit schwerer Demenz	78
6.1.10	Sensorische Angebote für Menschen mit schwerer Demenz zur Förderung ihrer Wahrnehmung	80
6.1.11	Vibratorische Angebote für Menschen mit schwerer Demenz zur Förderung ihrer Wahrnehmung	89
6.1.12	Einreibungen und Waschungen für Menschen mit schwerer Demenz	93
6.1.13	Förderung der Wahrnehmung durch Fokussieren der Atmung	99
6.1.14	Förderung der Körperwahrnehmung durch Lagerungen	100
6.1.15	Erfahrungsberichte	102
6.2	Das Affolter-Modell® (-Konzept)	109
6.2.1	Entstehung des Modells	109
6.2.2	Einsatz des Modells	111
6.2.3	Reaktionen eines Demenzbetroffenen nach der Anwendung von Affolter	115
6.2.4	Übungen zur Selbsterfahrung mit dem Affolter-Modell®	116
6.2.5	Angebote zum Affolter-Modell®	121
6.2.6	Erfahrungsbeispiele	125

7 Aktivierung durch Biografiearbeit 127

7.1	Ziele der Biografiearbeit	128
7.2	Biografiebezogene Aktivitäten	129
7.2.1	Musik/Lieder	129
7.2.2	Essen	129
7.2.3	Sinnesverknüpfung	130
7.2.4	Rituale	130
7.2.5	Beruf	131
7.2.6	Bekannte Bewegungen einleiten	131
7.2.7	Erfahrungsbeispiele	131

8 Musik und Rhythmus als Aktivierung 135

8.1	Ziele des Einsatzes von Musik	135
8.2	Grundhaltung beim Einsatz von Musik	136
8.3	Musik als Verbindung	137
8.4	Musikbezogene Aktivierungen	137
8.4.1	Singen	137
8.4.2	Bewegen	138
8.4.3	Spüren von Rhythmus	139
8.4.4	Summen	140

8.4.5	Eine Ebene reicht nicht aus	140
8.4.6	Erfahrungsbeispiele	140

9 **Kombinationen** **143** |

Literatur **144** |

	Bildnachweis	145
--	--------------------	-----

Register **146** |

DANKSAGUNG

Zu Beginn möchte ich meinen beiden Großmüttern danken. Der einen, weil ich durch ihre Demenzerkrankung auf den Beruf der Ergotherapeutin aufmerksam wurde und mich u. a. wegen ihrer Erkrankung auf die Thematik »Demenz« spezialisierte.

Der anderen, weil sie mir zeigt, wie aktiv und selbstbestimmt man sein Leben im hohen Alter gestalten und genießen kann.

Ein weiterer Dank gilt meiner Freundin Ana und meinen Kolleginnen Susanne und Brigitte, die mir mit ihrem ergotherapeutischen Wissen sowie Rat und Tat zur Seite standen.

Des Weiteren möchte ich meiner Lektorin Petra Heyde und der Schlüterschen Verlagsgesellschaft für die Ermöglichung dieses Buches danken.

Meinen größten Dank erhält mein Ehemann Karsten, der mich durch alle Phasen des Buches begleitet und unterstützt hat. Sein kritisches Nachfragen hat mich immer wieder ermutigt, meinen Text zu hinterfragen.

Zürich, im Januar 2012

Christina Hofmann

Demenzerkrankungen sind seit Jahren ein aktuelles Thema, das neben den Menschen mit Demenz gleichermaßen auch Angehörige, Therapeuten, Pflegekräfte, ehrenamtliche Mitarbeiter und Heimleitungen beschäftigt. Insbesondere schwere Demenzen zeigen den Beteiligten immer wieder Grenzen in der Kommunikation und im allgemeinen Umgang auf, die unüberwindbar scheinen. Zudem rücken Menschen mit schwerer Demenz oftmals gegenüber anderen Personen, die nicht so stark von einer Erkrankung beeinträchtigt sind, in den Hintergrund. Denn durch ihre fortgeschrittene Krankheitssymptomatik sind sie in ihren Handlungen eingeschränkt und leben quasi in »ihrer eigenen Welt«.

Der Verlauf der Erkrankung wirft für die Betreuenden wiederkehrende Fragen auf:

- Welche Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme bestehen?
- Wie können Interessen beim Betroffenen geweckt werden?
- Was nimmt der Mensch mit Demenz überhaupt wahr?
- Ist eine Förderung noch möglich?

Durch die Arbeit mit Demenzbetroffenen in allen Stadien und während des Schreibens von Fachbeiträgen zum Thema »Demenz« fiel mir auf, dass in der Vielfalt der vorhandenen Bücher das Stadium »schwere Demenz« zwar immer wieder erwähnt wird, jedoch nicht den erforderlichen Raum findet. Die Aktivierung und Kommunikation sind in diesem Stadium stark erschwert, benötigen Geduld und Erfahrung. Deshalb ist es umso wichtiger, ein geeignetes Werk zur Hand zu haben, auf das während der Betreuung zurückgegriffen werden kann.

Dieses Buch soll Ihnen ermöglichen, sich aus unterschiedlichen Richtungen dem Thema »schwere Demenz« zu nähern und Ihre eigenen Erfahrungen zu sammeln. Dazu möchte ich Ihnen Gelegenheit geben: durch die Vermittlung von Basiswissen, durch Anregungen zu Selbsterfahrungen und durch Angebote, die Sie im Kontakt mit Demenzerkrankten verwenden können. Des Weiteren enthält das vorliegende Buch Erfahrungsbeispiele, die ich erleben durfte und die einen positiven Anklang bei Schwerstbetroffenen fanden.

Die unterschiedlichen Methoden sollen Ihnen helfen, diejenigen Ansätze zu wählen, die Sie und die von Ihnen betreute, demenzerkrankte Person am besten unterstützen. Dabei ist es durchaus möglich, Teilaspekte zu kombinieren.

Ich möchte Ihnen zudem Scheu und Angst im Umgang mit Menschen mit Demenz nehmen und Sie anregen, Sicherheit zu erlangen. Seien Sie aktiv und stellen Sie das gemeinsame (Er-)Leben in den Vordergrund.

Auch wenn der ergotherapeutische Ansatz in den einzelnen Kapiteln sichtbar wird, ist dieses Buch von verschiedenen Personen- und Berufsgruppen einsetzbar, die mit Menschen mit Demenz in Kontakt treten. Es richtet sich sowohl an Pflegenden, Therapeuten, Angehörige als auch ehrenamtlich Betreuende. Keinesfalls ersetzt es aber eine professionelle ergotherapeutische Behandlung oder die fachlich ausgebildete Pflegetätigkeit.

Ergotherapeuten erarbeiten nach der Befundaufnahme gemeinsam mit dem Demenzbetroffenen und/oder mit den Betreuenden die Behandlungsziele. Diese werden formuliert und dienen als »Wegweiser« in der Therapie. Anhand der aufgeführten Ziele werden die Ergebnisse in der Therapie überprüft. Sie dienen zusätzlich auch zur Transparenz für alle anderen Berufsgruppen und Betreuenden. Aus diesem Grund werden in den Kapiteln 6–8 regelmäßig Ziele aufgeführt, die Ihnen die Anwendung der Methode verdeutlichen.

Die Würde der Demenzerkrankten zu wahren und in der Arbeit respektvoll miteinander umzugehen, steht im Vordergrund dieses Buchs und ist mir ein großes Anliegen. Nicht zu vergessen ist jedoch, dass auch Sie als Betreuende Ihre Last zu tragen haben und mit den einzelnen Situationen umgehen und diese verarbeiten müssen. Ich hoffe, Ihnen einige Anhaltspunkte geben zu können, damit Ihre Betreuung gelingt und beiderseits positive Gefühle entstehen.

In Verbindung mit Demenz tauchen in Arztberichten oder während eines Gesprächs mit Therapeuten oder Pflegekräften immer wieder medizinische Fachbegriffe auf. Sie werden auch hier verwendet und an den entsprechenden Stellen erklärt.

Um sich auf die Thematik der »schweren Demenz« konzentrieren zu können, setzt dieses Buch voraus, dass Sie sich mit der Thematik leichter bis mittelgradiger Demenz bereits auseinandergesetzt haben. Deshalb werden diese Stadien hier nur teilweise oder gar nicht angesprochen.

Die Namen der Betroffenen in den Erfahrungsberichten sind aus Datenschutzgründen geändert worden. Übereinstimmungen mit tatsächlichen Personen wären rein zufällig.

Der hier immer wieder erwähnte »Mensch mit Demenz« bezieht sich sowohl auf männliche, als auch weibliche Personen und wird unter anderem auch als »Demenzbetroffener«, »Demenzerkrankter«, »Person mit Demenz« oder »Schwerstdemenzbetroffener« bezeichnet, ohne damit Wertungen einbringen zu wollen. Um auf der anderen Seite alle Personen einzuschließen, die mit Demenzbetroffenen in Kontakt treten (Therapeuten, Pflegekräfte, Angehörige, ehrenamtliche Mitarbeiter, Heimleiter usw.), wird für sie der allgemeine Begriff »Betreuende« verwendet.

DEMENZ UND IHRE VERSCHIEDENEN PHASEN

Ihr Basiswissen über schwere Demenz bildet das Grundelement in der Behandlung und Betreuung der Betroffenen. Es ermöglicht Ihnen, aus Beobachtungen Schlüsse zu ziehen und sich auf das individuell eintretende Verhalten der Demenzerkrankten einzustellen. Dieses Kapitel dient als Auffrischung Ihres Wissens. Gleichzeitig werden spezifische Symptome aufgelistet, erklärt sowie der Übergang von mittelgradiger Demenz zur schweren Demenz verdeutlicht.

2.1 Definition

Laut ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) wird erst von einer Demenz gesprochen, wenn eine konstant vorhandene Symptomatik über sechs Monate vorhanden ist. Zu den Symptomen zählen:

- Beeinträchtigung und Minderung des Gedächtnisses
- Störung des Abrufens von vor Kurzem erhaltenden Angaben
- Störung der Handlungsfähigkeit
- Verlust der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens
- Nächtliche Unruhe
- Veränderung der Persönlichkeit
- Sprachstörungen

Des Weiteren wird Demenz im ICD 10 durch die erworbene Beeinträchtigung in Bezug auf die höheren Hirnfunktionen beschrieben, welche im Bereich der Problemlösefähigkeit im Alltag, der Kommunikation, der Gedächtnisleistung und der sozialen Aktivitäten sichtbar werden. Zusätzlich wird häufig eine Doppeldiagnose in Kopplung mit einem Delir bestimmt.

Ebenso erschwert der altersbedingte Abbau der Hirnleistungen, diesen von einer demenziellen Erkrankung zu unterscheiden.^[1]

2.2 Demenzarten

Demenz kann durch verschiedene Vorgänge, die im menschlichen Körper ablaufen, hervorgerufen werden. Um sie zu unterscheiden, wird die Erkrankung in unterschiedliche Kategorien unterteilt.

Primäre Demenz

Bei diesem Krankheitsbild spricht man von einem irreversiblen (unheilbaren) Verlauf, der durch direkte Hirnschäden hervorgerufen wird.

Dabei ist die Form der degenerativen (entarteten) Erkrankungen von denen der vaskulären (Gefäße betreffenden) Erkrankungen zu unterscheiden. Spezifisch für die degenerative Erkrankung ist der Alzheimer-Typ, der wohl durch Ablagerungen von Eiweißabbauprodukten oder dem Abbau von gewissen Partien der Großhirnrinde hervorgerufen wird.

Weitere degenerative Erkrankungen sind u. a. das Parkinson-Syndrom, die Pick-Krankheit und Chorea Huntington.

Multi-Infarkt-Demenzen werden dagegen durch Veränderungen in den kleinen Blutgefäßen hervorgerufen und werden den vaskulären Demenzen zugeteilt. Von einer Mischform spricht man, wenn sich die beiden oben genannten Formen zusammenfügen.^[2 und 3]

Sekundäre Demenz

Eine sekundäre Demenz wird auch als Folgedemenz bezeichnet und ist zum Teil reversibel (heilbar).

Dabei geht der Demenz eine andere Erkrankung voraus. Diese entsteht etwa infolge einer Intoxikation – Vergiftung (z. B. durch Alkohol oder Medikamente), eines Schädelhirntraumas, eines Vitaminmangels, einer entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervensystems, eines Hirntumors oder einer Stoffwechselerkrankung. Nach einer raschen Diagnosestellung und Behandlung der Ursprungserkrankung ist es möglich, die Symptomatik der Demenz durch gezielte therapeutische und medikamentöse Interventionen zu mindern oder sogar zu beheben.^[2 und 3]

2.3 Wichtigkeit der Diagnosestellung

Durch gezielte Beobachtungen werden die oben aufgeführten Symptome sichtbar. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Symptome bei einem Schwerstbetroffenen auftreten müssen. Sie können auch zusätzlich in unterschiedlichen Ausprägungsgraden sichtbar werden. Genauso individuell wie jeder einzelne Mensch, ist auch der Verlauf jeder Demenzerkrankung.

Anhand der Diagnosestellung sind die Erkrankung und ihr Verlauf jedoch erklärbarer und für alle Beteiligten greifbarer.

Durch Überprüfungen, wie dem Mini-Mental-State-Test nach Folstein, dem Uhren-Zeichen-Test nach Shulman, dem Syndrom-Kurztest, der Reisberg-Skalen und dem DemTect nach Kessler und Calabrese, ist eine Bestätigung der Diagnose Demenz möglich. Zur weiteren Abklärung stehen noch bildgebende Verfahren wie die Computertomografie (CT) und die Magnetresonanztomografie (MRT) sowie Laboruntersuchungen zur Verfügung.^[2]

2.4 Verlauf und Symptome der Demenzerkrankung

Bei einer Demenzerkrankung ist es sinnvoll, die verschiedenen Symptomatiken in unterschiedliche Kategorien einzuteilen. Somit sind diese leichter zuzuordnen und der Betreuende ist in der Lage, die Symptome besser zu beurteilen bzw. in seine Tätigkeit zu integrieren. Denn die Kenntnisse über den neuropsychologischen Verlauf sind die Voraussetzung für eine professionelle Betreuung. In Kapitel 2.4–2.7 werden der allgemeine Verlauf und die entsprechend auftretenden Symptome einer Demenz sowie das Wissen über die verschiedenen Gedächtnisfunktionen aufgelistet.

2.4.1 Kognitive (erkenntnismäßige) Symptomatiken

Gedächtnisstörungen Das Langzeit- und das Kurzzeitgedächtnis sind gestört. Erinnerungen und Erlebtes, aber vor allem die gerade geschehenen Ereignisse, können nicht mehr abgerufen werden. Der Zugriff auf das Langzeitgedächtnis gestaltet sich immer schwieriger. Erinnerungen gehen meist stufenweise in die Kindheit zurück.

Denkstörungen Hier werden die formalen von den inhaltlichen Denkstörungen unterschieden. Die formalen Störungen beziehen sich auf die Veränderung von Bedeutungen – bspw. eines erwähnten Satzes oder einer gesehenen Situation – und des normalen Denkvorgangs. Das bedeutet, dass eine subjektive und objektive Veränderung des Denkens entsteht. Die inhaltlichen Störungen beziehen sich, wie das Wort schon sagt, auf den Inhalt im Bezug auf die Realität.^[5]

Überwiegend finden die Veränderungen im abstrakten und logischen Denken statt.^[5]

Orientierungsstörungen Das Benennen und Wissen der aktuellen Zeitangabe, des Raumes und Angaben zur eigenen Person sind gestört. Es kann eine zeitliche, örtliche, situative oder auf die eigene Person bestimmte Störung vorliegen.

Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen Sie bezeichnen die schnelle Ablenkbarkeit durch Geräusche sowie die kurze Konzentrationsphase auf eine Tätigkeit.

Störungen in der Informationsverarbeitung Informationen, die Betroffene über ihre Sinne erhalten, werden nicht mehr in gänzlicher Fülle und Komplexität aufgenommen und verarbeitet. Sie können nicht mehr mit Erinnerungen verknüpft und abgeglichen werden. Oft entstehen so Missverständnisse.

Verzögerte Anregung/Aktivität Bezogen auf alle Bereiche des täglichen Lebens, d. h. beim Anziehen, beim Essen, beim Sprechen usw.

Apraxie Körperteile werden nicht mehr dem Zweck entsprechend bewegt, obwohl die Beweglichkeit noch vorhanden ist. Dies hat zur Folge, dass Handlungsabläufe nicht mehr sinngemäß ausgeübt werden können.^[6]

Abnahme des Urteilsvermögens Das Vermögen, zwischen wahr und falsch zu unterscheiden, nimmt ab. Das, was erlebt wird, ist die Realität. Somit werden komplexe Aussagen oftmals missverstanden.

Akalkulie Rechenschwäche.^[6]

Alexie Lesestörung.^[6]

Aphasie Wortfindungsstörungen: Der Verlust der Sprachfähigkeit führt zuerst zu Unverständnis des Gesprochenen, später zum Wiederholen von Silben und im weiteren Verlauf zum Lautieren (Laute von sich geben). Dabei ist die Muskulatur, die das Sprechen ermöglicht, noch intakt.^[6 und 7]

Agnosie Personen oder Gegenstände können nicht mehr erkannt werden.^[8]

2.4.2 Körperliche Symptomatiken

Erhöhter Muskeltonus Der Tonus (Anspannungszustand)^[9] des Muskels ist so stark erhöht, dass die Körperstelle vermehrt angespannt ist.

Koordinationsstörungen Bei einer Demenzerkrankung können teilweise die in der Kindheit erlernten Bewegungsabläufe nicht mehr abgerufen werden. Es entstehen Störungen bezüglich der Abstimmung zwischen z. B. den Händen, den Fingern oder den Extremitäten untereinander.^[7]

Störungen des Gangbildes Die Gangart verändert sich im Bezug auf den Gangrhythmus und die Gangausführung. Die Schritte werden kleiner, die Füße werden nicht mehr richtig angehoben und es entsteht Sturzgefahr.