



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Moving seniors“ – ein psychomotorischer Raum
für ein zufriedeneres Altern

verfasst von / submitted by

Elisabeth Kraus

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 992 795

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Psychomotorik

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Otmar Weiß

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	1
2	Einleitung	3
3	Altern aus philosophischer, historischer, sozialer und biologischer Perspektive	5
3.1	Philosophische, historische und soziale Entwicklungen und Gegebenheiten	5
3.2	Die motorische Entwicklung und Beeinträchtigungen im Alter	9
3.2.1	Entwicklung und Lernen von Bewegungen	10
3.2.2	Veränderungen der Haltungskontrolle	13
3.2.3	Veränderungen der Fortbewegung	15
3.2.4	Veränderungen von Zielbewegungen, des Werfens und Fangens.....	17
3.2.5	Motorische Ungeschicklichkeit und ihre Auswirkungen im Alter.....	19
3.2.6	Motorik, Diagnostik und Intervention bei M. Parkinson und nach Schlaganfällen	20
3.3	Kognitive Entwicklung und demenzielle Beeinträchtigungen im Alter	22
3.3.1	Formen und Stadien der Demenz	24
3.3.2	Wie Demenz gesehen und erlebt wird.....	29
3.3.3	Therapiemöglichkeiten bei Demenz.....	36
4	Die Salutogenese – oder wie Selbstheilungskräfte aktiviert werden können	46
5	Die Psychomotorik, unter anderem dargestellt im Projekt „Bewegte Klasse“	50
6	Bewegung und Psychomotorik im Erwachsenenalter	56
7	Psychomotorik im Alter	58
7.1	Zuerst muss die Seele bewegt werden.....	58
7.2	Praxis der Psychomotorik im Senior*innenbereich	67
7.3	ABEDL-Kompetenzen im Alter.....	69
7.4	Parallelen in der Elementarpädagogik und im Senior*innenbereich.....	76
8	„Moving Seniors“ – ein psychomotorischer Raum für ein zufriedeneres Altern	87
8.1	Allgemeines zur Gestaltung des „Moving seniors“-Raumes	87
8.2	Gestaltung der Bereiche im psychomotorischen „Moving seniors“-Raum.....	90
8.2.1	Raumplan	90
8.2.2	Der multifunktionale Bereich.....	92
8.2.3	Der hauswirtschaftliche Bereich.....	93
8.2.4	Der Spielebereich	94
8.2.5	Der Literacy-Bereich.....	94
8.2.6	Der Kreativbereich	95
8.2.7	Weitere Bereichsmöglichkeiten.....	96
8.3	Wie kann der psychomotorische „Moving seniors“-Raum genützt werden?.....	97
9	Diskussion	99
10	Zusammenfassung	104
	Literaturverzeichnis.....	107
	Tabellenverzeichnis.....	110
	Abbildungsverzeichnis.....	110
	Abstract.....	111

1 Vorwort

Ich konnte in meiner bisherigen beruflichen Laufbahn Erfahrungen in verschiedensten Berufen und Bereichen machen und bin letztendlich glücklich in der Kindergartenleitung angekommen. Demnach wäre es eigentlich naheliegend gewesen, die Master Thesis im Bereich der Elementarpädagogik zu schreiben. Im Laufe des Masterlehrgangs, und vielleicht auch, weil ich mich selbst bereits in einer späteren Lebensphase als dem klassischen Studierendentalter befinde, wurde mein Interesse für die Psychomotorik im Erwachsenen- bzw. Senior*innenbereich geweckt. Ohne die Hilfe von Frau Mag.^a Nina Stuppacher und Herrn Dr. Michael Methlagl bei der Themenfindung und -eingrenzung hätte ich mich aber ziemlich sicher im großen Feld der Psychomotorik „verlaufen“. An dieser Stelle ein großes Danke für die umsichtige und professionelle Betreuung und Beratung.

Es gibt aber noch eine Reihe von Menschen, denen ich an dieser Stelle für mein glückliches Leben danken will. Zuallererst meinen Eltern, den besten Eltern der Welt. Dank ihnen hatte ich eine liebevolle und schöne Kindheit – auch im psychomotorischen Sinne – und konnte mich genau zur der aktiven, tatkräftigen und mutigen Frau entwickeln, die ich heute bin.

Dank gebührt auch meinem älteren Sohn Christoph und Schwiegertochter Hanna, die mich einerseits im Frühjahr 2019 zum Masterlehrgang ermutigten und andererseits mit dem Korrekturlesen sehr unterstützten.

Und ein ganz besonders großes Danke geht an meinen Mann Günther, den besten Ehemann der Welt, der seit über drei Jahrzehnten an meiner Seite ist und schon viele „meiner Ideen“ mit mir getragen und umgesetzt hat. Er hat zu Beginn der Arbeit, als auf der ganzen Welt das Covid-19-Virus umging, dafür gesorgt, dass ich trotz geschlossener Büchereien und Geschäften, stets mit ausreichender Literatur versorgt war, hat zwei Jahre lang ebenfalls in seiner Freizeit- und Urlaubsgestaltung zurückgesteckt und mich immer interessiert und tatkräftig unterstützt. Ohne seine Hilfe wäre ich sehr oft an der Computertechnik gescheitert und die Master Thesis wäre vermutlich nie druckreif geworden.

Darüber hinaus gibt es noch viele weitere Menschen, für die ich dankbar bin, dass es sie gibt und die teilweise sogar auch kleinere Beiträge zu dieser Arbeit geleistet haben, es würde den Rahmen sprengen, sie alle hier zu nennen. Deshalb ein allseitiges, großes Danke an alle diese tollen Menschen.

Im Moment ist der „Moving seniors“-Raum nur meine persönliche Vision, in Zukunft aber vielleicht ein leicht umsetzbares Modell für ein zufriedeneres Altern.

Abschließend möchte ich noch sagen, dass ich schon auch sehr stolz auf mich bin. Dass ich mir ein Studium trotz fortgeschrittenem Alter zugetraut und es mit so viel Freude und Elan durchgezogen habe.

Viel Freude beim Lesen wünscht

Elisabeth Kraus

2 Einleitung

Die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema „Altern“ hat in den letzten Jahrzehnten nicht nur in Österreich an Bedeutung gewonnen. Aufgrund ökonomischer, sozialer und medizinischer Fortschritte hat sich die Lebenserwartung in den Industriestaaten in den letzten 150 Jahren nahezu verdoppelt, und bis zum Jahr 2050 wird der Anteil der Menschen mit einem Alter von über 65 Jahren mit etwa einem Drittel der Bevölkerung prognostiziert (Statistik Austria, 2018).

Älter werden ist ein Prozess, der sich von der Geburt bis zum Tod vollzieht und schon Hugo von Hofmannsthal stellte fest:

„Alt werden ist immer noch die einzige Möglichkeit, länger zu leben“.

Die Menschen beschäftigen sich von jeher mit dem Altern, aber das Bild vom Älter werden hat sich im Laufe der Geschichte immer wieder, und besonders in den letzten Jahrzehnten, stark verändert. Diese Lebensphase wird nicht mehr mit Gebrechlichkeit und Unproduktivität gleichgesetzt, sondern als eigenständiger, aktiver, plan- und gestaltbarer Lebensabschnitt gesehen. Ältere Menschen wünschen sich ein großes Angebot an Diensten, Aktivitäten und adäquater Infrastruktur, sie wollen ihre Lebensqualität wahren und sich als Mitglieder der Gesellschaft wahrgenommen und wertgeschätzt fühlen. Dennoch lässt sich, besonders im höheren Alter, eine Abnahme der Leistungsfähigkeit nicht verhindern. Entscheidend ist, wie mit diesen Herausforderungen, Veränderungen, Einschränkungen, Verlusten und gleichzeitig auch Chancen umgegangen wird. Eine grundsätzlich positive und lebensbejahende Einstellung ist allenfalls eine gute Voraussetzung, um zufrieden und vital alt zu werden. Damit die alten Menschen nicht auf eine Intensivpflege angewiesen sind, ist es wichtig, dass Kompetenzen, Selbstständigkeit, Selbstwirksamkeit und Autonomie, sowie das Selbstwertgefühl möglichst lange erhalten bleiben.

Grundlage für eine effiziente Arbeit mit Menschen, egal welchen Alters, ist ein umfangreiches Wissen über körperliche und psychische Entwicklungen und Veränderungen. Diese Arbeit befasst sich hauptsächlich mit der motorischen Entwicklung und den motorischen Einschränkungen im Alter, sowie altersbedingten kognitiven, demenziellen Einschränkungen.

Die Psychomotorik mit ihrem vierdimensionalen Menschenbild stellt eine gute Möglichkeit dar, Menschen aktiv und individuell beim Altern zu begleiten und zu unterstützen, und mit dieser Arbeit soll eine Möglichkeit für einen zufriedeneren Alterungsprozess dargestellt werden. Da sich bisherige Forschungen, Konzepte und Projekte größtenteils auf die Kindheit

beziehen, wird die Frage gestellt, ob oder wie weit Konzepte, die sich bei Kindern bereits etabliert haben, auch im Senior*innenbereich umgesetzt werden können.

Die Autorin, seit vielen Jahren im Bereich der Elementarpädagogik tätig, stellt in der körperlichen und kognitiven Entwicklung viele Parallelen, wenngleich in umgekehrter Abfolge, zwischen jungen Kindern und älteren oder alten Menschen fest. Es wird versucht, das Konzept der professionellen, bildungsplanorientierten und alterserweiterten Kinderbetreuung auf den Bereich der Betreuung von Senior*innen umzulegen.

Das Motto dieser Vision ist

„gemeinsam, aktiv, glücklich und zufrieden alt werden können“

3 Altern aus philosophischer, historischer, sozialer und biologischer Perspektive

3.1 Philosophische, historische und soziale Entwicklungen und Gegebenheiten

Die Philosophie ist immer dann gefordert, wenn neue Fragen aufkommen oder überraschende unerwartete oder verdrängte Probleme sichtbar werden. Heute gilt es, die Frage des Alterns zu überdenken. Dank Wohlstand, Medizin und stabilen, sicheren Lebensverhältnissen werden die Menschen in den Industriestaaten immer älter. Lag die Lebenserwartung im 18. Jahrhundert gerade einmal bei etwa 40 Jahren, stieg sie im 20. Jahrhundert auf knapp 80 Jahre. Altern und Alter, die zeitliche Endlichkeit sind Urphänomene des Lebens und seit den ersten Spuren der Menschheitsgeschichte in allen Kulturen gegenwärtig. Obwohl konkrete Lebenswirklichkeiten wie Kindheit, Liebe, Gesundheit, Schönheit und das ganze Leben selbst naturgemäß mit Verletzlichkeit, Vergänglichkeit, Endlichkeit, Sterblichkeit und Tod verbunden sind, wird das Thema „Altern“ verdrängt, tabuisiert, idealisiert oder gar pessimistisch und düster dargestellt. Mit dieser negativen Sicht können auch Dimensionen des ganzen Lebens wie Gewinn und Sinnerfahrung nicht in den Blickpunkt rücken. Das Alter ist nicht als isoliertes Phänomen zu betrachten und künstlich vom ganzen Leben abzuspalten. Der Mensch ist immer verletzlich, und krank oder hilfsbedürftig können auch Kinder und junge Menschen werden (Rentsch & Vollmann, 2015).

Historisch zurückblickend haben sich seit jeher Philosoph*innen, Wissenschaftler*innen und Künstler*innen mit dem Altern auseinandergesetzt. Nachfolgend einige historisch bedeutsame Beiträge zum Thema Altern:

Platon (427 – 327 v. Chr. Athen), der zweifellos zu den wichtigsten Philosophen aller Zeiten zählt, beschreibt in seinem unvollendetem Spätwerk die Verständigkeit der Greise und sieht sie mit ihrer Bildung und Erfahrung sogar besonders befähigt, Regierungsaufgaben zu übernehmen. Mit der Forderung eines Mindestalters von fünfzig Jahren für die Übernahme solcher Aufgaben, verleiht er älteren Menschen definitiv einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert (Rentsch & Vollmann, 2015).

Platons Schüler Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) hingegen betrachtete das Alter als eine Art „natürliche Krankheit“ und kritisierte vor allem, dass alte Menschen zu oft in der Vergangenheit und Erinnerung leben und mit ihrem Jammern und Klagen die Stimmung der Allgemeinheit negativ beeinträchtigen würden (Rentsch & Vollmann, 2015).

Marcus Tullius Cicero (106 – 43 v. Chr.) beschreibt in seinem Werk „Cato der Ältere über das Alter“ die Ansichten der 83-jährigen Hauptfigur über das Alter und stellt es als erfreuliche Lebenszeit dar. Den Grund für körperliche Schwächen sieht er vor allem im unvernünftigen Lebenswandel (Walterskirchen, 2014).

Mit Simone de Beauvoir (1908 – 1986) setzte sich eine Frau intensiv mit dem Thema Altern auseinander. In ihrem Buch „Das Alter“ beschreibt sie die eigene Konfrontation mit diesem Tabuthema und meint, dass diese Lebensphase Angst macht und Abwehr auslöst. Der Mensch versucht das Alter soweit wie möglich von sich zu schieben und hofft unter anderem auf die Medizin, die die Lebensdauer und Lebensqualität möglichst lange erträglich gestalten soll (Beauvoir, 1970).

Bei der Betrachtung der Lebensrealität und Lebensweise alter Menschen in der Vergangenheit begegnen einem immer wieder Aussagen darüber, dass alte Menschen früher im Kreis der Familie leben konnten und nicht einfach in Institutionen abgeschoben wurden. Dieses Bild bekommt jedoch schnell Risse, wenn man die Sachlage genauer betrachtet. Zum einen wurden die Menschen früher kaum älter als fünfzig Jahre, zum anderen bot das Leben seinerzeit in allen Lebensphasen kaum Privatsphäre. Die Menschen lebten, vor allem im ländlichen Raum, zwar in Großfamilien zusammen, dies war aber keineswegs einfach und unkompliziert. Alte Menschen waren häufig im sogenannten „Ausgedinge“ (Österreich) oder „Austrag“ (Deutschland) altersversorgt. Sie überschrieben ihren Hof und sicherten sich ihr Wohnrecht und ihre Versorgung bis zum Tod ab, waren aber nicht selten auf Gedeih und Verderb ausgeliefert. Respekt, Achtung und ein liebevoller Umgang waren nicht immer gegeben. Das Thema Freizeit und Freizeitgestaltung hatte in keiner Lebensphase den Stellenwert, den es heute hat.

Die gesellschaftlichen Änderungen in den letzten Jahrzehnten können auch in Bezug auf das Altern nur positiv gesehen werden. Durch ein umfassendes Sozialsystem können die Menschen, die heutzutage auch im Alter wesentlich fitter und aktiver sind, in Österreich wesentlich länger, sicherer, selbstständiger, unabhängiger und abwechslungsreicher leben als je zuvor.

2012 veröffentlichte das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gemeinsam mit dem Bundesseniorenbeirat den, auf einer wissenschaftlichen Analyse beruhenden, „Bundesplan für Seniorinnen und Senioren“. Oberste Zielsetzung ist, die Lebensqualität aller älteren Menschen zu wahren bzw. zu verbessern, und zwar sowohl bezogen auf die objektiven Bedingungen als auch auf deren subjektive Bewertung im Sinne von Zufriedenheit und Wohlbefinden. Ungleichheiten und Diskriminierungen sollen vermindert bzw. verhindert werden und ein großes Angebot an Diensten, Aktivitäten und Infrastruktur soll zur Verfügung stehen. Als fundamentales Prinzip wird „Aktives Altern“ angestrebt. Durch die Teilnahme an Aktivitäten, die als nützlich und sinnvoll empfunden werden, können Kompetenzen realisiert und nach außen sichtbar werden, und die älteren Menschen erlangen Respekt und Wertschätzung. Je höher die Selbstwirksamkeit ist, desto größer ist die Lebenszufriedenheit. Dass Senior*innen an sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Prozessen teilhaben können, ist mittlerweile auch zentrales Anliegen der Europäischen Union. Neben der Bekämpfung der Altersarmut, die vor allem alleinstehende Pensionistinnen betrifft, hat die Schaffung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und zur geriatrischen Prävention Priorität. Nicht immer können die speziellen Bedürfnisse und Probleme, die ältere Menschen haben, innerhalb des bestehenden Gesundheits- und Sozialsystems gedeckt werden. Verschiedene Bereiche des täglichen Lebens müssen auf die veränderten Bedingungen im Alter individuell angepasst werden. Das Wissen um die körperlichen und geistig-seelischen Veränderungen sorgt für mehr Verständnis bei allen Beteiligten. Da Lebensqualität sehr in Zusammenhang mit Gesundheit und Bildung steht, ist die lebenslange Bildung ein großes Thema in diesem Plan. Kompetenzen können erhalten und eventuell sogar erweitert oder wieder zurückgewonnen werden. Zu bedenken ist aber, dass die Lernprozesse umso mehr Außenstimulation benötigen, je älter die Menschen sind. Geriatrische Tageszentren, Ergotherapie und geragogische Interventionsformen werden als Möglichkeiten genannt und es bedarf einer besonderen Infrastruktur, zum Beispiel barrierefreie Zugänge und eine gute Erreichbarkeit. Zum Teil müssen die Angebote aber über andere didaktische Möglichkeiten und Standards erfolgen. Gebildete Menschen sind länger in der Lage, Alltagstätigkeiten ohne Einschränkungen auszuüben. Für Menschen, die den Alltag nicht mehr alleine bewältigen können, bedarf es laut dem Bundesplan neuer und vor allem leistbarer Wohnformen, und eine lebensphasenadäquate Infrastruktur, die die Selbstversorgung so lange wie möglich unterstützen kann. Die große Diskrepanz zwischen Technikentwicklung, Technikangebot und Techniknutzung bei älteren Menschen muss ebenfalls berücksichtigt werden.

Weiters ist eine gute Mobilität essenziell (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012).

Vor allem im höheren Alter ist die Wohnung und die unmittelbare Umgebung der wichtigste Lebensraum. Lediglich 20 % der über 50-Jährigen passen ihre Wohnung vorausschauend und altersgerecht an, die Mehrheit der älteren Menschen möchte jedoch in der gegenwärtigen Wohnung verbleiben. Eine neue institutionelle Wohnform ist z.B. das gemeinschaftliche Wohnen. Es ermöglicht gegenseitige Hilfe und Unterstützung, mehr Anregung und Kontakte, und auch Einsparungen durch das gemeinsame Haushalten. Es braucht aber ein hohes Maß an sozialen Kompetenzen der Bewohner*innen und ein Interesse für die Gemeinschaft und nicht nur für das Wohnen an sich. Besonders innovativ sind, selbst organisierte, Alterswohngemeinschaften, in denen die Senior*innen jeweils ihre eigene, komplett ausgestattete und altersgerechte Wohnung haben (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012).

Es kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der weiter steigenden Lebenserwartung auch die Zahl der Betreuungs- und Pflegebedürftigen ansteigt. Damit die Menschen möglichst selbstbestimmt leben können, sind alternative Betreuungsformen gefragt. Das Angebot ist in den einzelnen Bundesländern sehr verschieden – ein einheitliches System und eine einheitliche Qualitätssicherung sind erstrebenswert. Für den stationären Bereich gibt es bereits das NQZ (Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime), das die Lebensqualität der Bewohner*innen, aber auch die Arbeitsplatzqualität der Mitarbeiter*innen umfasst. Dennoch ist die Pflege durch Angehörige immer noch ein unverzichtbarer Teil, wird aber in Zukunft immer mehr Stützung benötigen. Die zwei Säulen sind stationäre oder intramurale (Heime) und mobile oder extramurale (mobile Dienste) Versorgungsangebote, die teilweise auch als Mischform auftreten, z.B. Kurzzeitpflege, Tagesbetreuung. Mischformen können als zielgenauer und kostengünstiger angesehen werden. Neu geregelt wurde im Bundesplan die 24-Stunden-Betreuung (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012).

Da es immer mehr Hochaltrige und auch Demenzerkrankte gibt, wird die psychosoziale Betreuung immer bedeutsamer. Auch Menschen mit Behinderung werden zunehmend älter. Die Probleme in den pflegenden Berufen, wie schlechtes Image, niedrige Bezahlung, Personalmangel oder hohe Berufsbelastung werden im Bundesplan ebenfalls angesprochen. Der Bundesplan befasst sich weiters mit Themen wie altersgerechtem, nicht diskriminierendem Journalismus, Kriminalität an älteren Menschen, älteren Migrant*innen und vieles mehr.

Bereits seit 2006 gibt es ein umfassendes Informationsangebot , wie z.B. Pflgetelefon, Internetplattformen, Konsumentenschutz für ältere Menschen, für Pflegende etc. Angedacht wird, dass nicht alle alten Menschen diese Medien effizient nutzen können (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012).

In den letzten Jahrzehnten entwickelte sich ein großes und vielfältiges Angebot für Senior*innen. Verschiedenste Institutionen vertreten einerseits die Interessen und Rechte der älteren Generation und bieten andererseits verschiedenste Betreuungsformen und Pflegemöglichkeiten, sowie ein vielfältiges und reichhaltiges Aktivitätenprogramm für nahezu jeden Geschmack an. Nachfolgende erfolgt nur die Nennung einiger großer Organisationen, da es den Rahmen sprengen würde, alle anzuführen:

- ÖPV – Österreichischer Pensionistenverband (www.pvoe.at)
- ÖSB – Österreichischer Seniorenbund (www.seniorenbund.at)
- CARITAS (www.caritas-pflege.at)
- SENIORENBÜRO (www.senior-in-wien.at)
- CS – CARITAS SOCIALIS (www.cs.at)
- KURATORIUM WIENER PENSIONISTEN-WOHNHÄUSER (www.kwp.at)
- PENSIONISTENKLUBS (www.pensionistenklubs.at)
- FOND SOZIALES WIEN (www.fsw.at)
- ÖAG – Österreichische Alzheimer Gesellschaft (www.alzheimer-gesellschaft.at)

Darüber hinaus bieten große Sportverbände wie zum Beispiel ASKÖ und SPORT-UNION, sowie Volkshochschulen in ganz Österreich ein vielfältiges Angebot für Senior*innen an, und in fast allen größeren Gemeinden gibt es diverse Klubs und Angebote für ältere Menschen. Die Träger*innen sind die Gemeinde selbst, das Land, die Kirche oder auch private Initiativen.

3.2 Die motorische Entwicklung und Beeinträchtigungen im Alter

Über die motorische Entwicklung, atypische Verläufe, Störungen und Einschränkungen während der gesamten Lebensspanne Bescheid zu wissen, ermöglicht Psychomotoriker*innen, angepasste und effiziente Förderangebote zu gestalten. In den

nachfolgenden Abschnitten soll ein Überblick mit dem Fokus auf ältere Menschen gegeben werden.

3.2.1 Entwicklung und Lernen von Bewegungen

Während es für die Entwicklung der motorischen Fähigkeiten in der Kindheit bereits zahlreiche Forschungen und Studien gibt, besteht im Erwachsenenbereich noch Forschungsbedarf. Dennoch können viele typische Entwicklungen und damit verbundene Einschränkungen auf das Leben im Alter bereits gut beschrieben werden.

Die motorische Entwicklung umfasst während der gesamten Lebensspanne eine Vielzahl von Lernprozessen, die sich immer wieder anpassen und manifestieren. Gut sichtbar wird dies in den zahlreichen Lehr-, Bildungs- und Trainingsplänen, in denen neben den Fertigkeiten selbst, auch der Zeitfaktor und gewünschten Veränderungen definiert sind. Sehr oft ist in Lehrbüchern eine Einteilung in Altersabschnitte zu finden. Eine Interpretation, dass das Lebensalter selbst die Ursache für die Veränderungen ist, gilt es zu vermeiden. Die Ursachen sind die, mit dem Altern verbundenen Lern-, Wachstums- und Reifungsprozesse. Demnach können Menschen gleichen Alters völlig verschiedene Entwicklungen und Alterserscheinungen haben (Munzert, 2010).

Verschiedene Bewegungen mit ähnlichen Fertigkeiten, Mechanismen oder Entwicklungsverläufen werden klassifiziert und zusammengefasst. Es wird grundsätzlich in offene und geschlossene Fertigkeiten unterschieden. Während geschlossene Fertigkeiten auf einer konstanten, vorhersehbaren Umwelt- und Aufgabenanforderung basieren, müssen offene Fertigkeiten an, oft nicht vorhersehbare, Bedingungen angepasst werden. Die jeweiligen Anforderungen können absolut konstant sein (z.B. immer die gleiche Distanz beim Sportschießen auf eine Zielscheibe) oder variieren (z.B. beim Tontaubenschießen). Sind auch noch andere aktive Personen und deren Reaktionen, z.B. die Spieler*innen des eigenen und gegnerischen Teams, zu berücksichtigen, steigen die Anforderungen umso mehr an (Munzert, 2010).

Ein multidimensionales Klassifikationsschema für Bewegungsaufgaben, das vor allem im Rehabilitationsbereich Anwendung findet, wurde von Gentile (1972, 2000; zit. n. Munzert, 2010) entwickelt. Die Faktoren Körper(fort)bewegung, Objektmanipulation, bewegungsbezogene und umweltbezogene Variabilität werden darin miteinander in Beziehung gesetzt, woraus sich sechzehn Aufgabenklassen ergeben. Lernkurven können in jedem Alter völlig unterschiedlich aussehen und erfordern meist längere Übungszeiträume - Wochen, Monate,

vielleicht sogar Jahre. Sogenannte Lernplateaus, das sind längere Übungsphasen, wo keine Lernfortschritte sichtbar sind oder auch Stagnation oder gar Leistungseinbrüche sind immer wieder möglich. Laut Adams (1961; zit. n. Munzert, 2010) muss auch der sogenannte “warm-up decrement”-Effekt, für den es keine eigene deutsche Bezeichnung gibt, in Übungs- und Trainingseinheiten berücksichtigt werden. Dieser zeigt, dass es selbst bei bereits gut trainierten und bewerkstelligten Aufgaben schon nach einer kurzen Übungspause zu einem Leistungsverlust kommen kann. Die Leistung ist beim Folgetraining anfangs wieder schlechter, und die Aufgabe muss nochmals geübt (warm up) werden, um den, eigentlich bereits erreichten, Level wieder herzustellen. Begründet werden kann dieser Effekt mit einer Reduzierung der Behaltensleistung (das Vergessen) oder einer Reduzierung des Fein-Tunings. Es spricht vieles dafür, dass man sich erst wieder in die Bewegung hineinfühlen muss (Munzert, 2010).

Lernentwicklungsuntersuchungen können als Quer- oder Längsschnittuntersuchung erfolgen. Querschnitterhebungen, wo z. B. die Gleichgewichtsleistungen von 70- und 80-Jährigen verglichen werden, haben weniger Aussagekraft als Längsschnittuntersuchungen, in denen sinnvollerweise dieselben Stichproben im Abstand von zehn Jahren untersucht werden. Sie analysieren zum Beispiel, ob die 80-Jährigen vor 10 Jahren die gleiche Leistung wie die heute 70-jährigen erbrachten (Munzert, 2010).

Das Wissen über motorische Entwicklungsverläufe und ihre Unterteilung hilft, angemessene Lernaufgaben zu stellen. Hilfreich ist eventuell das Konzept “Zone der nächsten Entwicklung” von Wygotski (1987). Er geht davon aus, dass es innerhalb einer Stufe zu einer kontinuierlichen Entwicklung kommt. Im Verlauf kommt das Individuum aber irgendwann in einen Bereich, wo es die Aufgabe nicht mehr allein, sondern nur mit Hilfe realisieren kann. Das bedeutet, dass die Aufgabenlösung zuerst einer externen Instruktion bedarf, bevor sie auch wieder durch Selbstinstruktion bewältigt werden kann. Solche Konzepte gehen weiters von der Grundannahme aus, dass es eine festgelegte Stadien- oder Stufenabfolge gibt, und dass die einzelnen Stadien/Stufen auch durchlaufen werden müssen. Verzögerungen oder Beschleunigungen können auftreten, aber keine Sprünge oder Umwege. Wird der Entwicklungsstand eines Individuums zum durchschnittlichen Entwicklungsverlauf ins Verhältnis gesetzt, ergibt sich gleichzeitig auch ein normatives Urteil, welches oft Auswirkungen auf die Fördermaßnahmen hat. Einerseits scheint es einen relativ universellen Entwicklungsverlauf zu geben, der für die meisten Menschen sehr ähnlich aussieht, andererseits zeigen sich aber auch immer wieder starke Variabilitäten (Munzert, 2010).

Prototypische Entwicklungsverläufe beschreiben, dass es von der Geburt bis zum Alter von 18 bis 25 Jahren einen Anstieg der motorischen Leistungsfähigkeit gibt, der dann in einen flacheren kontinuierlichen Abbauprozess mündet. Im Alter, ab etwa 60 Jahren, kann der Abbauprozess dann stärkere Ausmaße annehmen. Die Aussagen von Untersuchungen umfassen vor allem Komponenten wie Kraft, Ausdauer oder Schnelligkeit, nicht aber z.B. stark koordinative Anforderungen. Dies hängt auch damit zusammen, dass es wenige Aufgaben gibt, die sinnvoll im Verlauf über die gesamte Lebensspanne betrachtet werden können. Sobald im Kindheits- und Jugendalter Spezialisierungen von sportmotorischen Fertigkeiten stattfinden, können die motorischen Leistungen nicht mehr mit der Gesamtpopulation verglichen werden (Munzert, 2010).

Die ab dem frühen Erwachsenenalter beginnenden Leistungsverluste sind auf zwei Faktoren zurückzuführen. Einerseits auf den biologisch bedingten Altersabbau – in dieser Altersstufe aber noch relativ gering – andererseits auf der meist reduzierten Übungshäufigkeit. Die Untersuchungen von Weir, Kerr, Hodges McKay und Starkes (2002; zit. n. Munzert, 2010) zeigen, dass der Leistungsverlust nicht nur auf einem biologisch bedingten Altersabbau beruht, sondern auch trainingsbedingt ist (Munzert, 2010).

Für die Betrachtung der allgemeinen Motorikentwicklung im Hinblick auf die Lebensspanne werden Daten zur motorischen Gesamtaktivität der einzelnen Personen während des gesamten Lebens benötigt. Mittels Beobachtung, Fragebögen oder physiologischen Messungen wird erfasst, wie weit die Beibehaltung von motorischen Funktionen und Fähigkeiten bis ins hohe Alter von der motorischen Gesamtaktivität in früheren Lebensabschnitten abhängen (Munzert, 2010).

Betreffend der Motorik in späten und sehr späten Entwicklungsstadien, zeigt sich oft das “pessimistische” Bild vom starken Altersabbau. Dieses trifft jedoch nur teilweise zu. Der Altersabbau von motorischen Funktionen ist in großem Maße durch mangelnde Aktivität verursacht, woraus sich der Umkehrschluss ergibt, dass ihm mit Bewegungsaktivitäten entgegengewirkt werden kann. Sehr starke, auch durch Übung kaum mehr beeinflussbare Abbauprozesse, setzen laut Spirduso et al. (2005; zit. n. Munzert, 2010) erst relativ spät, im Alter von 75 – 80 Jahren ein. Aber selbst in diesem Bereich bewirken Bewegungsprogramme noch positive Veränderungen. Zu erwähnen sei auch noch, dass das oben genannte “pessimistische” Bild zum Teil daraus resultiert, dass nur mit motorischen Leistungspotentialen früherer Lebensabschnitte verglichen wird. Der Blick auf die Möglichkeiten und den Rahmen in späteren Alterstufen fehlt zumeist (Munzert, 2010).

3.2.2 Veränderungen der Haltungskontrolle

Haltung und Gleichgewicht werden für sämtliche Grundaktivitäten wie Sitzen, Stehen, Gehen und zahlreiche Verrichtungen im Alltag benötigt, dennoch gibt es keine allgemeinverbindliche Definition dafür. Wichtige Begriffe sind: der Körperschwerpunkt (das Zentrum der gesamten Körpermasse), die Stützbasis (ist der Bereich des Körpers, der sich in Kontakt mit der Unterstützungsfläche befindet) und der Kraftangriffspunkt (Muskelkraft, die der Schwerkraft entgegenwirkt und Körperschwerpunkt verlagert). Eine erfolgreiche Haltungskontrolle erfordert zahlreiche sensorische und motorische Prozesse und gut entwickelte Mechanismen des Zentralnervensystems. Alle Faktoren müssen präzise aufeinander abgestimmt und stets mit den wachstumsbedingten Veränderungen des Körpers in Einklang gebracht werden. Die Entwicklung der Haltungskontrolle beginnt mit der Kontrolle des Kopfes etwa im zweiten Lebensmonat und ist erst mit dem siebten bis zehnten Lebensjahr abgeschlossen (Blischke & Schott, 2010a).

Mit zunehmendem Alter führen genetische Ursachen und Umwelteinflüsse zu Alterungsprozessen. Verschiedene Körper- und Zellfunktionen, sowie der zelluläre Reparaturmechanismus nehmen mit steigendem Lebensalter ab. Zu diesen primären Alterungseinflüssen kommen noch sekundäre Alterungseinflüsse wie Unfälle und Krankheiten hinzu. Die diversen Beeinträchtigungen können sich im Laufe der Zeit summieren und die Haltungskontrolle wesentlich verändern, weshalb es auch zu einem starken Funktionsabbau im Alter kommen kann. Ab etwa dem 60. Lebensjahr kommt es generell zu einem Verlust an Muskelkraft und Beweglichkeit. Diverse Untersuchungen lassen von 1 bis 1,5 % pro Jahr ausgehen, ab dem 70. Lebensjahr sogar von jährlich 3 %. Der Aufbau von Muskelspannung erfolgt langsamer und die Muskeln ermüden schneller. Laut einer Übersichtsarbeit von Granacher und Gollhofer (2005; zit. n. Blische & Schott, 2010a) sind langsame Kontraktionen weniger beeinträchtigt als schnelle (Blischke & Schott, 2010a).

Die Gründe für diese Veränderungen sind genetische Faktoren, Erkrankungen, Stress, Ernährung, vor allem aber Bewegungsmangel. Wird der für eine Aufgabe erforderliche Schwellenwert an Muskelkraft unterschritten, kommt es zum Funktionsverlust, z.B. eine Person hat so wenig Muskelkraft, dass sie sich nicht mehr alleine vom Sessel erheben kann. Neben den Muskeln verändern sich auch Gelenke und Wirbelsäule im Alter und es kommt zu Problemen in der Körperhaltung. Laut Fatouras et al. (2002; zit. n. Blischke und Schott,

2010a) kann von einer 20- bis 50-prozentigen Gelenkbeweglichkeitseinschränkung im Alter ab 70 Jahren ausgegangen werden (Blischke & Schott, 2010a).

Veränderungen und Einschränkungen der Wirbelsäule werden durch die alterstypische, nach vorne geneigte Haltung, die über die Fersen kompensiert wird, häufig gut sichtbar. Spontane Körperschwankungen im Stand nehmen selbst bei sonst gesunden Personen, vor allem nach erlittenen Stürzen, mit dem Lebensalter kontinuierlich zu. Die Ausgleichsmechanismen sind ähnlich wie in jungen Jahren, jedoch können ältere Menschen weniger Kraft aufbringen und bedienen sich schneller Hüft- und Schrittsynergien, wo jüngere Erwachsene noch mit Fußgelenkssynergien ausgleichen können. Bei großer Sturzgefahr setzen ältere Menschen öfter z.B. das Beugen der Knie oder das seitliche Ausstrecken der Arme als Kompensationsstrategie ein (Blischke & Schott, 2010a).

Die Eigenwahrnehmung z.B. das Druck- und Berührungsempfinden und die Reizverarbeitung und Reizbeantwortung verändern sich ebenfalls mit zunehmendem Alter. Veränderungen in der Sehleistung, wie Sichtfeldeinschränkungen sowie Verschlechterung der Sehschärfe und Kontrastwahrnehmung, wirken sich ebenfalls nachteilig auf die Standkontrolle aus. Die Abnahme der Kontur- und Tiefenwahrnehmung hat ebenfalls große Auswirkung auf die Orientierung im Raum und die Fortbewegung. Durch den allmählichen Abbau von Sinneshärchen und zugehörigen Nervenzellen verändert sich auch das Vestibularsystem. Informationsströme können immer schlechter im Zentralnervensystem integriert werden und die fehlwahrgenommenen Bewegungsreize führen zum, oft geäußerten, Schwindelgefühl und zur Instabilität. Multisensorische Defizite erschweren auch gewohnte Alltagsbewegungen, weshalb es, selbst bei sonst noch rüstigen Personen, öfter zu Unfällen kommt (Blischke & Schott, 2010a).

Obwohl stützmotorische Funktionen weitgehend als automatisiert gelten, steigen der kognitive Aufwand und die Aufmerksamkeitsanforderungen für die Kontrolle von Körperhaltung und Gleichgewicht mit zunehmendem Alter an. Sichtbar werden diese Einschränkungen vor allem, wenn versucht wird, mehrere Tätigkeiten gleichzeitig auszuführen (Doppelaufgaben-Paradigma). Da gesunde alte Menschen bei Doppelaufgaben nur langsamer und schwächer als jüngere reagieren, stellt sich die Frage, ob ein gezieltes Doppelaufgabentraining effektiv wäre. Gängige Übungsprogramme beinhalten dies bislang nicht, weshalb es noch wenig Erfahrungen dazu gibt (Blischke & Schott, 2010a).

Zur Diagnostik der Haltungskontrolle gibt es mittlerweile zahlreiche Tests und Messverfahren. Die Untersuchungen zeigen, dass etwa die Hälfte aller gesunden älteren Erwachsenen Balanceschwierigkeiten haben, wenn sie erstmals Bedingungen multipler sensorischer Deprivation ausgesetzt sind. Sie zeigen aber auch, dass diese Schwankungen nach einigen Wiederholungen ausgeglichen werden können, was bedeutet, dass die Haltungskontrolle auch in höherem Alter trainierbar ist. Es gibt verschiedene Übungsprogramme, die sich inhaltlich unterscheiden, je nachdem, ob sie ihren Schwerpunkt im Krafttraining, Gleichgewichtstraining oder eher im sensorischem Training haben. Multifaktorielle Übungsprogramme können das Sturzrisiko bei über 60-Jährigen nachweislich um bis zu 45 % senken, vorausgesetzt, dass das tägliche Training über einen längeren Zeitraum erfolgt (Blischke & Schott, 2010a).

3.2.3 Veränderungen der Fortbewegung

Die wichtigste Form der Fortbewegung für den Menschen ist der zweibeinige Gang. Das Gehen schließt den gesamten Körper ein und erfordert die Koordination vieler Muskeln und Gelenke. Das Gleichgewicht und die Verlagerung des Körpergewichts müssen kontrolliert und gehalten werden. Der Gang muss eingeleitet und beendet werden und sich bei Hindernissen schnell anpassen können. Zusätzlich müssen noch unterschiedlichste Sinneseindrücke verarbeitet werden. Dementsprechend ist Fortbewegung durch drei essentielle Anforderungen gekennzeichnet: den Vortrieb (die Aktivierung), die Stabilität und die Anpassung. Der Schrittzzyklus beschreibt den Gang. Geht jemand rascher, werden automatisch längere und schnellere Schritte ausgeführt. Mit zunehmender Geschwindigkeit verschiebt sich das Verhältnis von Stützphase zur Transportphase, beim Laufen verschwindet die Stützphase komplett. Bei sinkender Gehgeschwindigkeit verlängert sich die Stützphase bis hin zum Doppelschritt, wo nach jedem Schritt beide Füße in Verbindung mit dem Untergrund sind (Blischke, 2010b).

Der aufrechte Gang wird durch Zusammenwirken mehrerer Zentren auf unterschiedlichen Hierarchieebenen des Zentralnervensystems kontrolliert. Eine große Bedeutung beim Gehen hat die Kopfstabilisierung. Die Aufrechterhaltung einer stabilen Blickrichtung ist für die Richtungsorientierung der eigenen Fortbewegung, die Bewältigung von Hindernissen sowie für die Fixierung bewegter Objekte, z.B. einem fliegenden Ball, notwendig. Weltweit stellen Stürze und daraus resultierende Verletzungen ein großes Problem dar. Laut King und Tinetti

(1996; zit. n. Blischke & Schott, 2010b) stürzen etwa ein Drittel aller über 65-Jährigen mindestens einmal im Jahr und die Häufigkeit steigt pro Lebensjahr um etwa 10 % an. Frauen stürzen häufiger als Männer. In Alten- und Pflegeheimen wurden bei 20 % der Bewohner*innen sogar mehr als drei Stürze pro Jahr beobachtet. Die Folge sind meist geringe Verletzungen, bei etwa 20 % der Fälle wird aber eine weitere medizinische Versorgung notwendig. Ein Begleitsymptom von Stürzen ist die Angst vor Stürzen, unabhängig davon, ob bereits ein Sturz erlebt wurde oder nicht. Aufgrund dieser Angst werden Situationen gemieden, in denen eine hohe Anforderung an die Haltungskontrolle besteht, wodurch weitere Einschränkungen entstehen (Blischke & Schott, 2010b).

Altersrelevante Veränderungen zu kennen ist notwendig, um die ansteigenden Sturzzahlen im Alter zu verstehen und ihnen entgegenzuwirken. Etwa 10 bis 20 % der älteren Erwachsenen zeigen keine großen Einschränkungen im Fortbewegungsverhalten. Klinische Gehstörungen lassen sich auf chronische Erkrankungen wie z.B. Parkinson oder neurologische Dysfunktionen zurückführen. Alte Menschen zeigen zwar kein klinisches Gangmuster, sehr wohl aber gewisse alterstypische Veränderungen im Gangmuster. Der deutlichste Unterschied liegt in der Ganggeschwindigkeit, die sich mit zunehmenden Alter, als Kompensation zu nachlassender physischer Funktionsfähigkeit und auch vermutlich steigender Ängstlichkeit, stark verlangsamt. Allein dieser Faktor gefährdet ältere Menschen und schränkt ihre Möglichkeiten ein, z.B. durch das wesentlich langsamere Überqueren einer Straße. Das Gangmuster älterer Personen wirkt oft so, als würden sie sich sehr vorsichtig, auf das Gleichgewicht bedacht im Dunkeln oder auf einem rutschigen Boden bewegen. Vermutlich schlagen sich Beeinträchtigungen der posturalen Kontrolle in Gangmusteränderungen nieder. Ältere Menschen machen kürzere Schritte und setzen die Füße flacher auf, ihre Doppelstützphase verlängert sich. Der Fußabdruck hat wesentlich weniger Kraft als in jüngeren Jahren. Gelenke werden steifer und weniger stark gebeugt, die Schrittbreite nimmt zu. Eine verringerte Gleichgewichtsleistung ist augenscheinlich (Blischke & Schott, 2010b).

Um das Sturzrisiko alternder Menschen zu verringern, kommen den Veränderungen der reaktiven Haltungskontrolle beim Gehen große Bedeutung zu. Die meisten Stürze sind auf ein Ausrutschen oder ein Stolpern beim Gehen zurückzuführen, wobei altersbedingte Beeinträchtigungen des Sehsinns, des Gleichgewichtssystems und reduzierte neuromuskuläre Antwortfähigkeiten eine große Rolle spielen. Untersuchungen zeigten, dass ältere Menschen zwar noch eine angemessene posturale Reaktion hervorbringen können, dass die reaktive Kapazität aber nicht mehr ausreicht, um die Muskelaktivität im kritischen Moment auch im

erforderlichen Ausmaß steigern zu können. Veränderungen beim Fersenaufsatz führen dazu, dass ältere Personen länger rutschen und dabei häufiger stürzen. Sturzauslösenden Situationen zu begegnen oder auch das Abfangen von Stürzen werden durch die Gangveränderungen und verminderte Fähigkeit der Muskelaktivierung zunehmend schwieriger. Antizipatorische Schrittanpassungen sind wichtig, um Hindernisse adäquat und rechtzeitig zu übersteigen (Blischke & Schott, 2010b).

Ältere Menschen überwinden Hindernisse mit unterschiedlicher Höhe allgemein langsamer und mit einem kürzeren Schritt als jüngere Erwachsene. Van Hedel und Dietz (2004; zit. n. Blischke & Schott, 2010b) vermuten, dass ältere Menschen aufgrund von Problemen bei der Nutzung sensorischer Informationen nicht mehr in der Lage sind, einen optimalen Abstand bei der Überwindung eines Hindernisses herzustellen. Aufgrund des kürzeren Fersenaufsatzes hinter dem Hindernis ist auch die Gefahr des Hängenbleibens bei älteren Personen wesentlich größer. Von Patla, Prentice, Martin und Rietdyk (1992; zit. n. Blischke & Schott, 2010b) wurde nachgewiesen, dass ältere Menschen bei plötzlichen Schrittveränderungen größere Schwierigkeiten haben, den Oberkörper wieder zu stabilisieren, wodurch die plötzliche Vorwärtsbeschleunigung des Rumpfes nicht mehr ausreichend kompensiert werden kann. Allgemein zeigen sich im Alter Verlagerungen des Körperschwerpunktes, die in Verbindung mit nachlassender Muskelkraft und Kontrollfähigkeit das Sturzrisiko erhöhen. In Doppelaufgaben-Studien zeigte sich, dass die Gangkontrolle mit zunehmenden Alter zudem mehr Aufmerksamkeit und kognitive Kontrolle benötigt. Wenn gleichzeitig zum gehen weitere Aufgaben gelöst werden sollen, verringern sich Geschwindigkeit und Schrittlänge bis hin zum Stehenbleiben, und das Kollisionsrisiko mit Hindernissen sowie die Sturzgefahr erhöhen sich (Blischke & Schott, 2010b).

3.2.4 Veränderungen von Zielbewegungen, des Werfens und Fangens

Auf diesen Motorikbereich wird deshalb eingegangen, weil viele psychomotorische Interventionen mit Greifen, Werfen, Fangen und „Hand“lungen verbunden sind. Gezielte Bewegungen eines oder beider Arme sind Bestandteil und Basis vieler Alltagsfertigkeiten, handwerklicher Tätigkeiten und Sportleistungen. Sie können, je nachdem, welche Aufgabe sie erfüllen sollen, klassifiziert werden. Die Gemeinsamkeit aller Typen ist der Effektor (Hand, Fingerkuppe), der in eine bestimmte Richtung transportiert wird, und dass aufgabenspezifi-

sche Kontrollanforderungen bestehen. Die Voraussetzung für Zielbewegungen ist die Orientierung (Richtung, Ort, aber auch Lage der einzelnen Körperteile zueinander). Seh- und Lagesinn in Verbindung mit dem Zentralnervensystem ermöglichen geplante Bewegungen. Über das Zentralnervensystem erfolgt auch die Transportkontrolle von Zielbewegungen. Es gleicht die eintreffenden propriozeptiven Informationen mit den motorischen Repräsentationen ab (Blischke, 2010c).

Eine große Bedeutung hat das Greifen, bestehend aus einer Reichbewegung und dem Greifakt selbst, d.h. die Hand muss zuerst zum gewünschten Ort transportiert werden (Fähigkeit zur Berechnung der Entfernung muss gegeben sein), dann kann das Objekt ergriffen werden. Dazu werden Fähigkeiten wie z.B. das Schätzen des Gewichts oder Oberflächenbeschaffenheitsvermutungen, benötigt. Den jeweiligen Informationen entsprechend wird die Hand geformt, entweder zu einem Kraftgriff (z.B. zum Aufnehmen eines Trinkglases) oder zu einem Präzisionsgriff (z.B. einen Stift nur mit Daumen und Zeigefinger nehmen) (Blischke, 2010c).

Zielgerichtete Bewegungen schließen immer auch kognitive Komponenten mit ein. Einige Bausteine der Zielbewegungskontrolle sind bereits bei der Geburt vorhanden (sogenannte Prereaching Behaviours), diese sind allerdings noch sehr ungenau. Präzisere Greifbewegungen werden mit etwa vier bis fünf Monaten möglich, der Entwicklungsprozess der grundlegenden Mechanismen zur Zielbewegungskontrolle ist mit etwa drei Jahren abgeschlossen. Erwachsene haben zusätzliche Steuerungs- und Regelungskomponenten zur Verfügung. Das Ziel wird erfasst, die Transportbewegung durchgeführt und sensorische Rückmeldungen können zur Regelung eingesetzt werden. Die Sinnessysteme leisten einen weiteren wichtigen Beitrag zur Zielbewegungskontrolle (Blischke, 2010c).

Wie bei Reichbewegungen ist auch beim Greifen eine richtungs- und distanzgenaue Transportkontrolle notwendig. Dazu kommt jedoch noch die rechtzeitige und objektgerechte Griffformation und die Anpassung der Griffkraft, die wiederum die kognitive Komponente z.B. Objekterkennung und -bewertung voraussetzen. Forssberg, Kinoshita, Eliasson, Johansson, Westling und Gordon (1992; zit. n. Blischke, 2010c) stellten fest, dass Erwachsene Veränderungen des Objektes in nur einem Greifakt anpassen können, während Kinder mehrere Versuche dazu benötigen. Diese schnelle Anpassungsfähigkeit ist etwa ab dem 11. Lebensjahr vorhanden (Blischke, 2010c).

Monica Wild (1938; zit. n. Schott, 2010a) analysierte die Wurfbewegungen von Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren und entwickelte ein Vier-Stufen-Modell für die Entwicklung des Schlagwurfs (alleinige Oberkörperbewegung – Rumpfbewegung – Körperverschiebung – Oberkörperverwindung). Werden die drei Komponenten Rumpf, Oberarm und Unterarm bei Kindern und Senioren verglichen, zeigt sich, dass das Bewegungsmuster der Senioren wieder auf dem Niveau von Kindern im Alter von etwa acht bis neun Jahren ist. Die Gründe liegen laut Williams, Haywood und VanSant (1998; zit. n. Schott, 2010a) in Veränderungen im Muskelapparat, einer geringeren Schulterbeweglichkeit sowie einer geringeren Anzahl von FT-Fasern. Interessant ist, dass Geschlechtsunterschiede erhalten bleiben, d.h. Männer haben auch im Alter besser entwickelte Wurfmuster. Einen großen Einfluss hat die Sozialisation, denn jene älteren Erwachsenen, die früher wurforientierten Sport betrieben haben, können ihr Wurfmuster weitgehend aufrechterhalten, wenngleich z.B. Ballgeschwindigkeiten mit zunehmendem Alter sehr wohl abnehmen (Schott, 2010a).

Das Fangen von Objekten ist meist eng mit dem Werfen verbunden und setzt eine hohe Zielgerichtetheit voraus. Diese komplexe, großmotorische, manipulative Bewegung findet weniger im Erwachsenenalltag als im Sport ihren Niederschlag. Exaktes Timing und die richtige Handöffnung sind für den Erfolg entscheidend. Je nach Wurfgeschwindigkeit und Art des Wurfes sind die einzelnen Körpersegmente unterschiedlich stark beteiligt. Visuelle und propriozeptive Informationen müssen auch bei dieser Bewegung wahrgenommen und schnell integriert werden. Ausgereift ist das Fangverhalten bei entsprechender Übung mit etwa zwölf Jahren. Erwachsene können die Landung z.B. eines Balles besser einschätzen, ältere Menschen haben aber oft das Problem in der schnellen Bewegung hin zum Ball (Schott, 2010b).

3.2.5 Motorische Ungeschicklichkeit und ihre Auswirkungen im Alter

Immer mehr Kinder zeigen mangelnde Kompetenzen in der motorischen Alltagsbewältigung. Die Diagnose “motorische Ungeschicklichkeit” wird aber immer noch selten gestellt, vielmehr werden etwaige Bedenken von Eltern zu diesen “unkoordinierten Missgeschicken” als Entwicklungsstörungen, die sich auswachsen werden, zerstreut. Cantell, Smith & Ahoonen (1994; zit. n. Schott, 2010c) zeigen aber auf, dass sich motorische Defizite kaum von alleine auflösen, und sich meist ins Erwachsenenalter ziehen. Menschen mit schwacher mo-

torischer Koordination bewegen sich im Vergleich zu Menschen mit “normaler” Koordination wesentlich weniger. Mit zunehmenden Alter werden diese Unterschiede immer deutlicher und auch der Erwerb von neuen motorischen Fertigkeiten wird immer schwieriger. Ohne Hilfe ziehen sich motorisch ungeschickte Menschen früher oder später weitgehend von jeder körperlich-sportlichen Aktivität zurück, wodurch es zu zahlreichen gesundheitlichen, emotionalen und psycho-sozialen Problemen kommt (Schott, 2010c).

3.2.6 Motorik, Diagnostik und Intervention bei M. Parkinson und nach Schlaganfällen

Im Verlauf der Lebensspanne kommt es zu fortschreitenden Veränderungen koordinativer Funktionen, Kontrollstrategien und zu Abbauerscheinungen und degenerativen Veränderungen aller Systeme. Gleichgewichtsregulation und Gangmuster nehmen auch bei gesunder Entwicklung allmählich alterstypische Formen an. Es gibt aber auch motorische Störungen, die auf Erkrankungen im Zentralnervensystem zurückzuführen sind (Blischke, 2010d).

Besonders häufig sind Funktionsstörungen in den Basalganglien, welche für die Planung und Ablaufkontrolle koordinierten Verhaltens wichtig sind. Störungen in diesem Bereich haben gravierende Auswirkungen auf die Motorik. Die häufigste Erkrankung der Basalganglien ist der Morbus Parkinson, auch idiopathisches Parkinson-Syndrom, kurz IPS, benannt. Die Patient*innen reagieren langsamer auf Stimulation und haben Einschränkungen bei nahezu allen Bewegungen. Besonders die Initiierung (Akinese) fällt schwer und komplexere Bewegungsfolgen können nicht koordiniert werden. Da es Störungen bei der Kontrolle von Haltung, Fortbewegung und Zielbewegungen gibt, kommt es in fast allen Lebensbereichen zu erheblichen Einschränkungen. Die typischen Symptome sind die Bewegungsverlangsamung (Bradykinese), Steifheit (Rigor), Muskelzittern (Ruhetremor) und Haltungsinstabilität. Ein weiteres Merkmal ist die Desautomatisierung hochgeübter Fertigkeiten, die bei Gesunden kaum eine kognitive Kontrolle erfordern. Besonders Mehrfachaufgaben können nur mehr sehr schwer bewältigt werden. Parkinson ist derzeit nicht heilbar und auch das Voranschreiten der Krankheit lässt sich noch nicht aufhalten. Mittels pharmakologischer Therapie können lediglich die Symptome vorübergehend gemildert werden. Klinische Symptome zeigen sich bei Morbus Parkinson oft erst, wenn bereits 60 – 70 % der nigralen Zellen verloren gegangen sind, und es wird vermutet, dass diesem Zustand bereits eine präklinische Phase von fünf bis dreißig Jahren vorausging. Nach der Diagnose werden Patienten mit L-DOPA-

Behandlung (Ausgleich des Dopamin-Mangels) nach durchschnittlich 20 Jahren pflegebedürftig, ohne diese Behandlung schon nach etwa vierzehn Jahren (Blischke, 2010d).

Neue Methoden sind hirnchirurgische Maßnahmen oder die elektrische Tiefenstimulation bestimmter Hirnregionen. Begleitend werden physiotherapeutische Standardangebote sowie vielfältige Beschäftigungstherapien, Geh- und Laufbandtraining, Gleichgewichtstraining oder aktives Muskeltraining, auch gegen hohe Widerstände, angeboten (Blischke, 2010d).

Menschen nach einem Schlaganfall sind ebenfalls eine Klient*innengruppe, die bei psychomotorischen Angeboten bedacht werden muss. Wieviele Schlaganfälle es gibt, ist nicht eindeutig eruierbar, in Österreich laut Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020) aber vermutlich 25.000 pro Jahr. Die Hälfte aller Schlaganfallereignisse betrifft Menschen über 75 Jahren. Wieweit Bewegungsaktivität Einfluss auf Auftretenswahrscheinlichkeit, Verlauf und Schadensausmaß hat, ist noch nicht hinreichend erforscht. Vermutet wird, dass körperliche Aktivität das Risiko verringert (Zentgraf, 2010).

Während lange Zeit vermutet wurde, dass nur Kinder neue Neuronen im Gehirn bilden können, lautet der aktuelle Wissensstand, dass dies auch bei Erwachsenen noch möglich ist. Allerdings ist der Umfang möglicherweise nicht groß genug, um größere Hirnschädigungen zu reparieren. In der Rehabilitation müssen viele Fertigkeiten, meist über einen langen Zeitraum, wieder gelernt und trainiert werden, angefangen von der Kontrolle der aufrechten Körperposition bis hin zur Fingerbeweglichkeit. Das Wiedererlangen der Mobilität und Selbstständigkeit, sowie das Wiedergehenkönnen haben hohen Stellenwert (Zentgraf, 2010).

Es gibt viele Therapieansätze bei Apoplexerkrankungen, z.B. Physio-, Ergo-, Bewegungs- und Sprachtherapie, aber auch sensomotorische Konzepte wie z.B. von Bobath (1998) oder Vojta und Peters (1992). Noch wenig erforscht, aber vielversprechend ist die Anwendung von Bewegungsvorstellung und mentalem Training. Inspiriert von den guten Resultaten bei der Behandlung von Phantomschmerzen nach Amputationen wird das Spiegeltraining auch bei Schlaganfallpatienten versucht. Es gibt keine wissenschaftlich untermauerte Begründung, lediglich die Vermutung, dass sich die Beobachtungen über den prämotorischen Kortex auf den eingeschränkten Körperteil übertragen. Bei allen Therapien gilt, dass konsequentes Training über einen längeren Zeitraum erforderlich ist (Zentgraf, 2010).

3.3 Kognitive Entwicklung und demenzielle Beeinträchtigungen im Alter

Das Wissen über die kognitive und psychische Entwicklung im Alter ist ebenfalls essenziell für die Gestaltung passender psychomotorischer Interventionen. Neben den motorischen Einschränkungen kommt es im Alter auch zu geistigen Abbauprozessen. Aufgrund der höheren Lebenserwartung wird davon ausgegangen, dass fast jeder Mensch früher oder später mit Demenz konfrontiert wird (Kastner & Löbach, 2010).

Der Ausdruck “Demenz” stammt vom lateinischen Wort “demens” ab und bedeutet “ohne Geist/des Geistes beraubt”. Auch wenn geistige Abbauprozesse im Alter zur Normalität gehören, stellt die Demenz eine Erkrankung dar, allerdings eine, die derzeit nicht geheilt oder gestoppt, sehr wohl aber beeinflusst werden kann. Nachweislich erwähnt wurde der Begriff Demenz erstmals 25 v. Chr. und es gab lange Zeit erhebliche Kontroversen in der Abgrenzung von normalem Altern und pathologischen Veränderungen (Kastner & Löbach, 2010).

1797 prägte der französische Psychiater Pinel den Begriff der “Demenz” als eine chronisch verlaufende psychische Erkrankung und man interpretierte sie fortan als “Degenerationslehre”. Erst seit dem 19. Jahrhundert bedeutet Demenz jede Art von psychischem Abbau im Rahmen einer chronischen Hirnkrankheit, und 1906 beschrieb und veröffentlichte der deutsche Psychiater Alois Alzheimer seinen ersten Fall “Auguste Deter”. Alzheimer betreute die erst 51jährige, und seit einem Jahr verhaltensauffällige, Frau fast sechs Jahre lang in der “Städtischen Anstalt für Irre und Epileptische” in Frankfurt am Main. Nach ihrem Tod untersuchte er ihr Gehirn und stellte in großen Bereichen Eiweißablagerungen und abgestorbene Nervenzellen fest, die er mit ihren Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung brachte (Kastner & Löbach, 2010).

1910 benennt Kraepelin die Krankheit nach ihm und führt den Begriff “Alzheimer’sche Krankheit” in die Psychiatrie ein. Nach 1945 ruhte die Forschung fast zur Gänze, bis ab 1968 wieder größere Forschungen in Gang kamen. Seit 1980 gilt der Begriff “Alzheimer-Demenz” als klinisch-wissenschaftlich akzeptiert und weltweit entwickelten sich immer mehr Alzheimer-Gesellschaften, die erste in München (Kastner & Löbach, 2010).

Obwohl das Krankheitsbild seit mehr als 100 Jahren bekannt ist, haben Betroffene und Angehörige immer noch große Scheu, ihrem Umfeld diese Diagnose mitzuteilen. 1994 versuchte der ehemalige US-Präsident Ronald Reagan dieses Tabu durch Bekanntgabe seiner Alzheimer-Diagnose in einem offenen Brief an die amerikanische Nation zu brechen. Sein

Bekenntnis zur Erkrankung machte durch neue finanzielle Unterstützungen vielfältige Forschungen möglich (Kastner & Löbach, 2010).

Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, und in der Altersgruppe der über 60jährigen stellen sie die häufigste Diagnose bei psychischen Veränderungen dar. In den meisten Industriestaaten ist ein Anstieg von Demenzerkrankungen, der mit einem gleichzeitigen Anstieg des Lebensalters einhergeht, erkennbar. 75 % der Betroffenen sind Frauen, vermutlich durch ihre höhere Lebenserwartung. Über die Häufigkeit psychischer Störungen liegen wenig empirische Daten und Studien vor, eine Erhebung von Hirsch und Kastner (2004; zit. n. Kastner & Löbach 2010) in Deutschland ergab, dass 65 % der Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen psychische Störungen haben. 69 % dieser psychischen Erkrankungen betrafen Demenzerkrankungen, 14 % affektive Störungen (Depressionen), 11 % schizophrene Störungen (Psychosen), und 6 % fielen auf Sucht- und sonstige psychische Erkrankungen. Über 20 % der psychisch erkrankten Personen wiesen zwei oder mehrere psychische Erkrankungen auf, und 73 % mindestens eine weitere körperliche Erkrankung (Kastner & Löbach 2010).

Werden die Gesamtkosten im Gesundheitswesen detailliert betrachtet, betreffen 52 % die vier Erkrankungsbilder Kreislaufkrankungen, Verdauungssystem, Muskel- und Skeletterkrankungen und psychische Störungsbilder, und der Kostenaufwand erhöht sich stark mit zunehmenden Alter der Patient*innen. Drei Viertel der Kosten entfallen bei Demenzerkrankungen auf die stationäre Pflege, die Aufwendungen für Krankenhausaufenthalte, diagnostische Maßnahmen oder medikamentöse Behandlung sind vergleichsweise gering (Kastner & Löbach 2010).

Unabhängig von der Ursache ist unter einem Demenzsyndrom, eine über die Altersnorm hinausgehende längerfristige Störung verschiedener geistiger Leistungen, wie z.B. Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen, zu sehen. Die Veränderungen bewirken eine Verschlechterung des gewohnten Leistungsniveaus und beeinträchtigen den Alltag, das soziale Leben, sowie die Lebensqualität. Für eine aktive Lebensplanung ist eine möglichst frühe Diagnose hilfreich. Dazu gehört auch, den Patienten zu informieren, dass Bewegung, geistige Anregungen, Stressabbau und eine gesunde Lebensweise hinsichtlich Schlaf und Ernährung, positiven Einfluss haben (Stechl et al., 2012).

Laut Prof. Dr. Beyreuther von der Universität Heidelberg (2012; zit. n. Stechl et al., 2012) gehört die Alzheimer Krankheit zu uns Menschen, und früher oder später wird jeder Betroffener. Dennoch müssen sich Krankheit und Lebensqualität nicht ausschließen. 77 % der Demenzerkrankten gaben eine sehr gute bis gute Befindlichkeit an, und das, obwohl sie im Durchschnitt vier bis sechs Krankheitsprozesse zu bewerkstelligen hatten. Demenzerkrankungen werden häufig erst spät diagnostiziert. Viele fragen zu Recht, was eine frühe Diagnose bringen soll, wenn ja doch keine effektive Therapie angeboten werden kann. Antidementiva werden aufgrund der begrenzten Wirksamkeit besonders bei sehr alten Menschen mit Multimorbidität oftmals nicht eingesetzt, aber es gibt nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien, die den Patient*innen nicht vorenthalten werden sollten (Stechl et al., 2012).

Die individuellen Verläufe von Demenzen können mit psychosozialen und psychomotorischen Interventionen positiv beeinflusst werden und eine höhere Lebensqualität bewirken. Ärzte können die immer größer werdende Anzahl von Demenzpatient*innen nicht alleine betreuen, sie können aber als "Casemanager" die Weichen für eine bedarfsgerechte und adäquate Versorgung ihrer Patient*innen und deren Angehörigen stellen. Da die personenzentrierte Begleitung sehr viel Zeit erfordert, ist eine engmaschige Vernetzung von Ärzten, kommunalen Versorgungsstrukturen, Pflegestützpunkten, ambulanten Sozialstationen und Therapeut*innen erstrebenswert. Das Motto lautet "Lebensqualität trotz Demenz" für alle Beteiligten und bedarf einem ganzheitlichen Zugang. Da die Begriffe Demenz und Alzheimer bei den meisten Menschen große Ängste auslösen, ist es wichtig, eigene Einstellungen dazu, und zur letzten Lebensphase im Allgemeinen, zu reflektieren (Stechl et al., 2012).

Zentrales Kriterium ist die Perspektive der Patient*innen. Wie nehmen sie selbst ihre Defizite wahr, und wie bewältigen sie diese in den verschiedenen Stadien? Welche Ängste und Bedürfnisse haben sie, und wie kann diesen z.B. mit psychomotorischen Interventionen begegnet werden?

3.3.1 Formen und Stadien der Demenz

Das Demenzsyndrom wird in primäre und sekundäre Demenzformen unterteilt. Bei den primären Demenzformen (z.B. Alzheimer, Vaskuläre Demenz) liegt die Ursache in Veränderungen im Gehirn, als sekundär werden Demenzerkrankungen bezeichnet, die ihren Ur-

sprung in anderen Krankheitsbildern oder Ursachen außerhalb des Gehirns haben (z.B. Infektionen, Intoxikationen, Tumore, Alkohol, Medikamente, Stoffwechselstörungen) (Kastner & Löbach, 2010).

Eine weitere Unterteilung erfolgt in degenerative (fortschreitende) und nicht-degenerative (nichtfortschreitende) Formen, je nachdem, ob sich der Abbauprozess des Gehirns kontinuierlich vollzieht oder ob eine einmalige Schädigung vorlag. Häufig werden die sekundären, nicht-degenerativen Formen der Demenz gar nicht zu den eigentlichen Demenzerkrankungen gezählt, da sie zwar die Kriterien des Demenzsyndroms erfüllen, ihnen aber die Progredienz, das Merkmal der fortschreitenden Verschlimmerung, fehlt (Kastner & Löbach, 2010).

Werden nicht-degenerative Demenzen rechtzeitig erkannt, sind sie teilweise heilbar bzw. schreiten nicht weiter voran. Für psychomotorische Interventionen ist das Wissen darüber insofern bedeutend, als dass in Fördergruppen sämtliche Formen von kognitiven Beeinträchtigungen vorkommen können und individuell betrachtet werden müssen. Eine genaue Datenanalyse ist schwer durchzuführen, da viele Menschen mit offensichtlichen kognitiven Defiziten keine ärztliche Diagnose haben (Kastner & Löbach, 2010).

Demenz ist der Oberbegriff für einen, meist langsam fortschreitenden, Abbauprozess im Gehirn. In den meisten Demenzfällen sind Störungen beim Speichern neuer Informationen, umgangssprachlich im Kurzzeitgedächtnis, das Leitsymptom. Das Langzeitgedächtnis ist meist erst in fortgeschrittenen Stadien von Störungen betroffen. Das Demenzsyndrom ist Folge der Alzheimer-Krankheit, zerebrovaskulärer Störungen oder anderer Erkrankungen, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen, und umfasst folgende Hauptkriterien:

- Abnahme der Gedächtnisleistung
- Abnahme des abstrakten Denkvermögens, Urteilvermögens, Planungs- und Organisationsvermögens
- Beeinträchtigung der Affektkontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhaltens
- Beeinträchtigung der Alltagskompetenzen
- Bestehen der Symptome seit mindestens sechs Monaten

Alle neurodegenerativen Demenzen sind fortschreitende Erkrankungen, die variabel über Jahre oder gar Jahrzehnte hinweg verlaufen. Präsenile Demenzen, das sind Demenzen, die vor dem 65. Lebensjahr auftreten, weisen oft eine raschere Verschlechterung auf, als Demenzerkrankungen im späteren Alter (Förstl, Kurz & Hartmann, 2011).

Die zweithäufigste Form, die vaskuläre Demenz, die sich infolge von Durchblutungsstörungen im Gehirn entwickelt, wird nicht von allen Ärzten als neurodegenerative Erkrankung gesehen, und es wird davon ausgegangen, dass bei alten Menschen mit Demenz gemischte neurodegenerativ vaskuläre Hirnveränderungen vorliegen (Förstl, Kurz & Hartmann, 2011).

Häufige neurodegenerative Demenzformen sind die Demenz vom Alzheimer-Type (DAT), die Mischdemenz, die Lewy-Körperchen-Demenz (DLB und Parkinson-Demenz), die Frontotemporale Demenz und Morbus Pci-Komplex (FTD) sowie die Vaskuläre Demenz (VD). Seltener Demenzformen sind die Progressive supranukleäre Blickparese, die Kortikobasale Degeneration (CBD), Chorea-Huntington und die Creutzfeldt-Jacob-Krankheit (CJD) (Stechl et al., 2012).

Die Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen, besonders bei früher Demenz, erfordert ein differenziertes und multidisziplinäres Vorgehen. Zahlreiche spezialisierte Einrichtungen, wie Gedächtnisambulanzen oder auf Demenz spezialisierte Fachärzte stehen zur Verfügung. Der erste Schritt in der Demenzdiagnostik ist die Anamnese. Durch Befragung wird der Verlauf und die kognitiven Symptome festgestellt (Stechl et al., 2012).

Die Art und Häufigkeit der Störungen und deren Auswirkungen im Alltag sowie der psychiatrische Status (Bewusstsein, Stimmungslage, psychopathologische Symptome z.B. Wahnvorstellungen, Persönlichkeitsveränderungen und allgemeine psychosozialen Faktoren) werden ermittelt. Verschiedene psychometrische Testverfahren stehen dazu zur Verfügung. Ebenfalls wird der internistische Status, der Hinweise auf Erkrankungen, die sekundär eine demenzielle Entwicklung bedingen können, ermittelt. Dazu gehören z.B. metabolische Erkrankungen, Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, aber auch ernährungsbedingte Mangelerscheinungen. Routinemäßig wird auch der neurologische Status, der z.B. Hirnnervenstatus, Motorik, Sensibilität, Koordination und Gangbild umfasst, festgestellt. Laboruntersuchungen, aber auch die bildgebende Diagnostik (CT oder MRT) haben einen hohen Stellenwert zur Identifikation der Demenzsyndrome und können sehr differenziert erfolgen. Anhand dieser Informationen wird die Demenzform und der Schweregrad eingeschätzt (Stechl et al., 2012).

Die Demenz bei der Alzheimer-Krankheit ist die häufigste primär neurodegenerative Demenzerkrankung. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Die Ursachen der Alzheimer-Krankheit sind bislang nicht vollständig geklärt, die bisherige Forschung zeigt, dass mehrere Faktoren beteiligt sind.

Hier genauer darauf einzugehen würde den Rahmen sprengen und es darf auch nicht vergessen werden, dass der Hauptrisikofaktor nach wie vor das Alter selbst ist. Whitehouse & George (2009; zit. n. Stechl et al., 2012) sprechen bei der Alzheimer-Krankheit explizit von einer "Gehirnalterung" (Stechl et al. 2012).

Die vaskuläre Demenz entsteht durch Infarzierung des Gehirns als Folge einer vaskulären Krankheit, einschließlich der zerebrovaskulären Hypertonie. Die Infarkte sind meist klein, kumulieren aber in ihrer Wirkung. Gewöhnlich beginnt eine vaskuläre Demenz erst im späteren Lebensalter, ein früherer, meist akuter Beginn nach Schlaganfällen, zerebrovaskulären Thrombosen, Embolien oder Blutungen ist jedoch möglich. Wesentlicher Bestandteil der Therapie ist die Behandlung der Grunderkrankungen. Bei älteren Menschen ist meist eine gemischte Pathologie aus Veränderungen durch die Alzheimer-Krankheit und vaskulär bedingten zerebralen Läsionen zu finden. Diese Demenz wird in der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) als "Mischdemenz" kodiert (Stechl et al., 2012).

Als Parkinson-Disease-Demenz wird lt. ICD-10 eine Demenz definiert, die sich im Verlauf einer Parkinson-Krankheit entwickelt. Diese häufige, neurodegenerative Erkrankung ist gekennzeichnet durch Hypokinese, Rigor, Ruhetremor und eine posturale Störung. Allerdings entwickelt nicht alle Patient*innen mit Morbus Parkinson eine Demenz. Laut einer Langzeitstudie von Reid et al. (1996; zit. n. Stechl et al., 2012) ist das Risiko einer Demenz umso höher, je später die Parkinsonerkrankung beginnt und die Demenzrate verdoppelt sich innerhalb von fünf Jahren in allen Altersgruppen. Die Diagnose einer Demenz bei Parkinsonerkrankung ist nicht einfach, da auch Patienten ohne Demenz Auffälligkeiten wie kognitive Verlangsamung, Aufmerksamkeitsstörungen oder dysexekutive Störungen zeigen. Es ist auch schwierig, die Auswirkungen der motorischen Beeinträchtigungen von denen der kognitiven Störungen zu trennen. Bei etwa 40 % der Parkinsonerkrankten treten Depressionen auf, und es gilt als bestätigt, dass sich mittelschwere bis schwere Depressionen ebenfalls auf die Kognition auswirken. Da sich Depressionen gut behandeln lassen, ist die kognitive Symptomatik oft reversibel (Stechl et al., 2012).

Für die Lewy-Body-Demenz gibt es im ICD-10 noch keine genaue Syndrombeschreibung. Bei den Betroffenen lagern sich Eiweißreste in den Nervenzellen des Gehirns ab. Die Symptome können denen einer Demenz bei Parkinson sehr ähnlich sein (eher Haltungs- und Gangschwierigkeiten, seltener Tremor oder Rigor) und im fortgeschrittenen Stadium lassen sich klinisch kaum mehr Unterschiede zwischen der Lewy-Body-Demenz und der Demenz

vom Alzheimer-Typ feststellen. Typisches Merkmal sind wiederholte Stürze, aber auch eine schneller eintretende Harninkontinenz. Weitere, aber seltenere, neurodegenerative Demenzerkrankungen sind Prionkrankheiten wie z.B. die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Morbus Huntington oder Morbus Wilson (Stechl et al., 2012).

Für ein besseres Verständnis und zur Auswahl adäquater Interventionen wird die Erkrankung laut H.I.L.D.E. (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen) von Becker, Kaspar und Kruse (2011) in die vier Stadien Frühstadium, leichtes Stadium, mittleres Stadium und schweres Stadium, unterteilt, deren Grenzen aber fließend sind (Becker, Kaspar & Kruse, 2011).

Typische Symptome im Frühstadium und bei einer leichten Demenz sind z.B. verminderte Merkfähigkeit, das Verlegen von vertrauten Dingen, eine deutliche Leistungsverringerung im Alltag, Wortfindungsstörungen, fehlende Orientierung, das Vergessen von Namen, Terminen und Vereinbarungen und eine verminderte Fähigkeit, intensiven Gesprächen folgen zu können. Der Alltag kann in sämtlichen AEDL-Bereichen (Aktivitäten und Erfahrungen des täglichen Lebens) zumeist noch gut und alleine bewältigt werden, weshalb sich die Symptome gut hinter einer Fassade verstecken lassen (Kastner & Löbach, 2010).

Auffällig ist oft, dass sich Betroffene immer mehr in ihrer Vergangenheit sicherer fühlen, und mit ständigen und wiederholten Erzählungen von "der guten alten Zeit" die Geduld ihres Umfeldes strapazieren. Da diese ersten Fehlhandlungen und Fehlleistungen aber dennoch nach und nach vom sozialen Umfeld wahrgenommen und angesprochen werden, ziehen sich demente Menschen unter Umständen zurück, um weitere unangenehme, beschämende und belastende Situationen zu vermeiden. Diesen Rückzug zu verhindern, ist ein wichtiges Anliegen, dem mit psychomotorischen Interventionen gut begegnet werden kann (Kastner & Löbach, 2010).

In mittelschweren Stadien sind auch im Alltag mehr und mehr Beeinträchtigungen feststellbar. Während der „primäre AEDL-Bereich“, dazu gehört z.B. Essen und Trinken, noch weitgehend selbstständig erfolgen kann, treten im „erweiterten AEDL-Bereich“, z.B. beim Einkaufen, Ankleiden und der Körperpflege bereits Probleme auf, und die Betroffenen sind zunehmend auf Motivation, Anleitung und Unterstützung angewiesen. Die Realität wird zunehmend verkannt und es kommt unter anderem zu paranoidem Erleben (z.B. Diebstahlsbeschuldigungen) oder auch Halluzinationen (z.B. ein Schatten wird als Einbrecher gesehen) (Kastner & Löbach, 2010).

Psychische Symptome wie Angst, Verkennungen, wahnhaftes Erleben verstärken sich mehr und mehr und erste Verhaltensstörungen wie Unruhe, rastloses Umherwandern, weglaufen bzw. eigentlich hinlaufen zu Orten aus der Erinnerung, treten auf. Gut gemeinte Interventionen von Angehörigen führen zu Konflikten, und sehr belastend und herausfordernd sind oft auch die Veränderungen der Schlafgewohnheiten, die bis hin zur Tag-Nacht-Umkehr reichen. Durch massive Orientierungsstörungen und nachlassende Alltagsfertigkeiten tritt häufig eine kognitive Harninkontinenz auf, d.h. die Betroffenen finden die Toilette nicht mehr rechtzeitig, können sich der Kleidung nicht rechtzeitig entledigen oder benützen irrtümlicherweise andere Orte als Toilette (Kastner & Löbach, 2010).

Im Stadium einer schweren Demenz werden die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen immer massiver. Anfängliche Gangstörungen, die Stürze auslösen, führen bis hin zur völligen Gangunfähigkeit und Bettlägerigkeit. Betroffene können sich nicht mehr alleine waschen und ankleiden und selbst die Nahrungsaufnahme, die mitunter von Schluckstörungen begleitet ist, kann nur mehr mit Hilfe erfolgen. Harn- und Stuhlinkontinenz erfordern eine dauernde und intensive Pflege und die Kommunikation ist geprägt von Einwortsätzen, Schreien oder völliger Sprachlosigkeit, wodurch es zunehmend schwerer wird, die Bedürfnisse des Erkrankten zu erraten (Kastner & Löbach, 2010).

3.3.2 Wie Demenz gesehen und erlebt wird

Die Themen Altern, adäquate Altersversorgung und auch Demenz werden immer mehr zu gesellschaftlichen und politischen Themen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist in Zukunft mit mehr Demenzpatient*innen zu rechnen und durch Veränderungen in den familiären Strukturen werden vermutlich mehr alte und alleinstehende Menschen auf die Versorgung durch die Gemeinschaft angewiesen sein (Stechl et al., 2012).

Derzeit wird immer noch oft das sehr düstere Bild, welches aber überwiegend erst in sehr späten Stadien besteht, vermittelt. Dadurch wird die Angst geschürt, nach einer Demenzdiagnose den Alltag nicht mehr bewältigen zu können. Ein Mensch mit Demenz ist jedoch nicht gleich passives Opfer seiner degenerativen Abbauprozesse, sondern kann seine Erkrankung meist noch eine Zeit lang aktiv beeinflussen. Eine frühe Diagnose ist wünschenswert, damit Betroffene noch die Möglichkeit haben, ihre Lebensplanung und Versorgungswünsche aktiv mitzugestalten. Je größer und differenzierter das Wissen, Sichtweisen und Vorstellungen über diese Erkrankung sind, desto größer wird das Verständnis und damit auch

das Einfühlungsvermögen. Dadurch erweitert sich wiederum der Handlungsspielraum für einen bedürfnisgerechten Umgang mit den Betroffenen (Stechl et al., 2012).

Der Frage, wie Patient*innen ihre Demenzerkrankung erleben, wurde lange Zeit gar nicht nachgegangen, da der kognitive Abbauprozess automatisch mit der Unfähigkeit zur Selbstreflexion und Verhaltenssteuerung gleichgesetzt wurde. Viele Äußerungen und Verhaltensweisen von dementen Menschen sind aber keine Krankheitssymptome, sondern der Versuch, eine schwere und fortschreitende Krankheit zu bewältigen (Stechl et al., 2012).

Im Anfangsstadium werden die Defizite oder die Erkrankung als Ganzes oft bagatellisiert, vertuscht oder verleugnet. Eine solche Abwehr und Verleugnung ist auch bei anderen schweren Erkrankungen, wie z.B. bei Krebs, zu finden. Dem Demenzerkrankten wird jedoch häufig zusätzlich unterstellt, kognitiv nicht mehr in der Lage zu sein, die Diagnose und deren Konsequenzen einschätzen zu können. Tatsächlich können Menschen im Frühstadium die Diagnose und die Folgen für ihr Leben aber sehr wohl noch begreifen. Eine Demenzdiagnose löst existenzielle Ängste aus, die von subjektiven Vorstellungen oder Theorien über diese Erkrankung geprägt sind. Diese subjektiven Theorien beeinflussen, wie letztendlich mit der Situation umgegangen wird und vor allem, ob ihr aktiv begegnet wird. Grundsätzlich haben Menschen mit Demenz meist die gleichen subjektiven Vorstellungen wie gesunde Menschen (Stechl et al., 2012).

Die Bilder von Demenzstereotypen in fortgeschrittenen Stadien, die oft über Medien und Filme vermittelt werden, wo Menschen verwirrt, halbnackt und beschmuddelt durch die Strassen laufen oder verzweifelt in Pflegeheimen an den Türen rütteln, oder in denen Angehörige und Pflegepersonal die schreckliche Realität darstellen, können von Demenzkranken im Frühstadium nicht mit ihren eigenen Empfindungen und Bildern in Einklang gebracht werden. Deshalb fühlen sich Erkrankte oft gesund, sehen in den wahrgenommenen Einschränkungen lediglich eine "normale" Alterserscheinung, erkennen aber nicht die Notwendigkeit einer medizinischen Abklärung und Intervention. Dies gilt nicht nur für Betroffene selbst, sondern auch für deren Angehörige und oft auch für Ärzte und Pflegepersonal (Stechl et al., 2012).

Besonders Menschen mit früher Demenz führen etwaige kognitive Defizite oft auf Stress, Wechseljahre oder auch (übermäßigen) Alkohol- und Medikamentenkonsum zurück. Die meisten Betroffenen wollen die eigentliche Ursache, die Demenzerkrankung, nicht wahrhaben. Viele wissen zwar, dass die Erkrankung positiv beeinflussbar ist, bedenken aber nicht,

dass die Kontrollmöglichkeiten immer geringer werden. Der Verlust der Kontrolle geht mit dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit einher. Auch auf wissenschaftlicher Ebene gibt es zur Demenz verschiedenste Ansätze. Peter Whitehouse (2009; zit. n. Stechl et al., 2012), Neurologe und Mitentwickler der ersten Medikamente gegen Alzheimersymptome, fordert ein Umdenken und meint, Demenz dürfe nicht weiter als ein isoliertes Krankheitsbild gesehen werden, sondern als nicht heilbares Phänomen der Gehirnalterung. Selbst wenn die Forschung in den nächsten Jahren Erfolge in der Behandlung bewirkt, braucht es laut Whitehouse geänderte soziale und politische Rahmenbedingungen und vor allem mehr finanzielle Mittel, damit die Lebensqualität und Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen gewährleistet ist. Der Ruf nach einer Frühdiagnostik wird immer wieder in Frage gestellt, da damit eventuell Menschen weit vor Ausbruch der Erkrankung stigmatisiert und von der Gesellschaft beeinträchtigt werden (Stechl et al., 2012).

Wie nehmen nun Betroffene die Demenzsymptome wahr? Ihre subjektiven Theorien können durchaus rationale Elemente beinhalten, aber es gibt einen großen Unterschied zum Erleben und der Verarbeitung der Emotionen, die mit den Einschränkungen und Verlusten durch die Demenzerkrankung einhergehen. Die Fragen, die gestellt oder auch manchmal verdrängt werden sind z.B.: "Kann ich mein Leben wie gewohnt fortführen? Werden mich Familie und Freunde noch so akzeptieren? Muss ich in ein Pflegeheim oder werde ich gar entmündigt?". Ungeheure Ängste und ein großer Leidensdruck entstehen und, wie bei jeder bedrohlichen Erkrankung, setzen verschiedene Bewältigungsstrategien, die zum Erhalt der geistigen und funktionellen Leistungsfähigkeit dienen, ein. Dies kann eine Optimierung von Fähigkeiten durch ein Übungsprogramm oder auch die Einnahme von Medikamenten sein (Stechl et al., 2012).

Bewältigungsstrategien wie Abwehr, Verleugnung, Vermeidung und Verdrängung sollen nach Möglichkeit vermieden werden. Die Bewältigung verläuft nicht linear, sondern eher zirkulär und der fortschreitende Abbauprozess erfordert immer wieder neue Anpassungsleistungen und Bewältigungsstrategien. Die Bewältigungsprozesse können durch Therapien positiv beeinflusst werden und Ziel ist, Menschen mit Demenz ein möglichst angstfreies Leben zu ermöglichen. Wie stark der einzelne Demenzerkrankte tatsächlich leidet, ist oftmals nicht ersichtlich (Stechl et al., 2012).

Besonders Menschen, die ihre Gefühle immer gut unter Kontrolle hatten, meinen, dass sie auch mit der Demenz alleine fertig werden müssen. Oft zeigt sich auch, dass Menschen mit

Demenz ihr Unvermögen verbergen möchten, denn auch sie wollen nicht negativ wahrgenommen werden und empfinden Scham, Hilflosigkeit und Ohnmacht, wenn sie mit ihren Unzulänglichkeiten konfrontiert sind. Die Angst sich zu blamieren, führt nicht selten zu einem Rückzug, wodurch aber vorzeitig Alltagskompetenzen und Lebensqualität verloren gehen. Die Angst vor Fehlern ist deshalb so groß, weil sie fürchten, ihren Lebensstil nicht wie gewohnt fortsetzen zu können und ihre Selbstständigkeit zu verlieren, wenn sie als inkompetent wahrgenommen werden. Es wird eine Verteidigungshaltung eingenommen und Hilfestellungen werden abgelehnt, wodurch es zu Konflikten im sozialen Umfeld kommt (Stechl et al., 2012).

Demnzerkrankte haben auch Angst vor einer Stigmatisierung, also davor, nur mehr als demnzerkrankter Mensch wahrgenommen zu werden. Allzuoft werden Fehler überspielt oder Situationen vermieden, wo eine Überforderung erwartet wird. Auch wenn die Fehler selbst erkannt werden, weigern sich viele demente Menschen, eine medizinische Abklärung zu machen. Der abfällige Ausdruck der "guten Fassade" ist jedoch nur das menschliche Bedürfnis, sich positiv darstellen zu wollen und die Selbstständigkeit und Kontrolle über das eigene Leben und die Identität zu erhalten. Zu bedenken ist, dass sich dieser psychosoziale Stress ebenfalls negativ auf die Hirnstrukturen und das Gedächtnis auswirken kann (Stechl et al., 2012).

Werden, schon am Anfang der Krankheit, Gedanken zu einem Suizid geäußert z.B. "ich möchte nicht wie mein Vater dahinsiehen, da entscheide ich lieber selbst zu gehen", so kann dies kurzfristig als Bewältigungsstrategie gesehen werden, die Gefahr eines Suizids darf aber niemals unterschätzt werden. Der Gedanke an ein absehbares Ende kann aber auch dazu führen, dass die betroffenen Menschen einfach nur ihre verbleibende Zeit genießen wollen und eventuell all ihr Geld ausgeben und unüberlegte Handlungen und Käufe setzen (Stechl et al., 2012).

Die fehlende Krankheitseinsicht oder Anosognosie wird häufig als direktes Symptom der Demenz betrachtet, da nicht hinterfragt werden kann, ob der Betroffene die Einsicht nicht erlangen will, nicht erlangen kann oder ob er sie hat, aber nicht nach außen zeigen will. Das Hinwegtäuschen über Fehler und Defizite stellt auch bei gesunden Menschen ein weit verbreitetes Verhaltensmuster dar. Aus der psychosozialen Perspektive kann die eingeschränkte oder fehlende Krankheitssicht eine Art Selbstschutzmechanismus darstellen, mit dem der Selbstwert und die Autonomie stabilisiert und eine Stigmatisierung verhindert werden sol-

len. Mit fortschreitendem Abbauprozess geht allerdings der Realitätsbezug tatsächlich immer mehr verloren, und die eigenen Kompetenzen können nicht mehr selbst eingeschätzt werden. Je größer das Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial ist, desto mehr ist von einer organisch bedingten Anosognosie auszugehen (Stechl et al., 2012).

Eine einfühlsame Einzelfallbetrachtung ist enorm wichtig. Verleugnet ein dementer Mensch seine Defizite und Gedächtnisstörungen nur aus Angst, ins Heim abgeschoben zu werden, kann eine einfühlsame und prozessorientierte Beratung ihn eventuell überzeugen, eine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Tätigt ein dementer Mensch jedoch aufgrund seiner Gedächtnisstörungen gefährdende Handlungen, macht eine rationale Auseinandersetzung wenig Sinn, und die wiederholte Mitteilung der Diagnose hilft nicht weiter. In diesem Fall muss das soziale Umfeld und die Umwelt so gestaltet werden, dass die Gefährdung auf ein Minimum reduziert wird. Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Sicherheit, Achtung, sozialer Respekt und der Erhalt der Lebensqualität sind Grundbedürfnisse, die auch mit der Demenzdiagnose nicht einfach aufgegeben werden. Aggressionen entstehen, weil diese Bedürfnisse nicht ausreichend befriedigt werden können (Stechl et al., 2012).

Mit fortschreitendem Demenzprozess nehmen Verlufterfahrungen zu und es muss immer mehr Selbstständigkeit abgegeben werden. Die Verarbeitung dieser schmerzlichen Erfahrungen braucht Zeit und einfühlsame Begegnung. Wenngleich sich Menschen mit Demenz gegen Eingriffe in ihre Autonomie wehren, kommt es nach einem gewissen Anpassungsprozess dazu, dass Hilfe angenommen wird, aber trotzdem das Gefühl besteht, selbstständig zu sein. Die Vorstellung, als Bankdirektor*in die eigenen finanziellen Angelegenheiten nicht mehr regeln, als Hausfrau oder Hausmann das Familienessen nicht mehr zubereiten oder als Professor*in Texte nicht mehr verstehen zu können, machen diese Mechanismen nachvollziehbar. Ständig wird das Selbstbewusstsein und das Selbstvertrauen vor neue Herausforderungen gestellt und negative Gefühle wie Angst, Scham, Frustration, Resignation, Hilflosigkeit und Wut begleiten die Betroffenen permanent (Stechl et al., 2012).

Eine effektive Hilfe kann dann erfolgen, wenn, bereits als Teil der Diagnose, die Lebenssituation möglichst umfassend analysiert wird. Die Hausarzt*innen, die oft schon jahrelang Vertrauenspersonen sind und den Menschen kennen, können als Casemanager viel zu einer optimalen Versorgungsstruktur beitragen. Ziel der Interventionen im Frühstadium ist der Aufbau eines gegenseitigen Verständnisses für die vielfältigen Veränderungen, die eine Demenz für alle Betroffenen mit sich bringt. Dem psychoedukativen Anteil der Beratung

kommt in diesem Stadium eine besondere Bedeutung zu, da Vorstellungen und Einstellungen zur Krankheit gefördert und Bedürfnisse und Ängste aller Beteiligten erfasst und positiv beeinflusst werden können. Die personenzentrierte Aufklärung und Beratung sollte als prozessualer und kontinuierlicher Akt verstanden werden (Stechl et al., 2012).

Wichtig ist auch eine permanente Reflexion der Interaktionen aller Beteiligten. Das soziale Umfeld erhöht durch seine Verhaltensweisen unter Umständen unbewusst den Leidensdruck der Betroffenen, wodurch es zu weiteren Schutzmechanismen wie Widerstand und Verleugnung kommt. Eine gute Beratung macht die verschiedenen Mechanismen deutlich, muss ohne Schuldzuweisungen erfolgen und den jeweiligen Lebenssituationen und Krankheitsstadien angepasst sein. In den fortgeschrittenen Stadien verschiebt sich der Fokus zunehmend auf das soziale Umfeld, weil die Demenzerkrankten immer mehr Hilfe benötigen. Das Ziel ist hier, Kommunikations- und Umgangsstrukturen zu schaffen, Alltagskompetenzen zu fördern und herausfordernde Verhaltensweisen wie Unruhe oder Aggressivität zu reduzieren (Stechl et al., 2012).

Die übergeordneten Ziele sind möglichst langer Erhalt von Lebensqualität und Alltagskompetenz durch Aktivierung kognitiver Ressourcen, Stressreduktion und Stimmungstabilisierung. Kuhlmann, Piel und Wolf (2005; zit. n. Stechl et al., 2012) haben sowohl in Mausversuchen als auch bei Menschen nachgewiesen, dass sich chronischer Stress direkt auf die Hirnstrukturen auswirken kann, weshalb vermutet wird, dass psycho-neuro-immunologische Aspekte eine mögliche Ursache für die unterschiedlich schnellen Verläufe bei Demenz sein können. Der Reduktion der Pflegebelastung muss ebenfalls große Bedeutung zugemessen werden (Stechl et al., 2012).

Die Art und Weise wie Demenz thematisiert wird, muss ebenfalls berücksichtigt werden. Dem Arzt körperliche Beschwerden wie z.B. Luftnot oder Schmerzen am Bewegungsapparat mitzuteilen, fällt in der Regel leichter als von Gedächtnisstörungen, Orientierungslosigkeit und Ängsten zu berichten. Besonders in der älteren Generation herrschen vielerorts noch große Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen. Sehr oft erfolgen entsprechende Hinweise von Angehörigen, wodurch sich Betroffene aber übergangen fühlen und aus Angst vor negativen Konsequenzen eine weitere Abklärung vermeiden (Stechl et al., 2012).

Es bedarf einer einfühlsamen Thematisierung, damit bei den Betroffenen keine Ängste und Gefühle der Fremdbestimmung und des Ausgegrenztseins ausgelöst werden. Die Praxis zeigt, dass eine einfühlsame und vertrauensvolle Beziehung immer eine gute Basis darstellt,

damit sich Betroffene auf eine Abklärung, Beratung und auf Interventionen gut einlassen können. Eine Ansprache soll immer direkt erfolgen! Zahlreiche Interviews zeigen, dass Interaktionen über die Köpfe der Betroffenen hinweg (z.B. “wie geht es Ihrem Mann?”), selbst von Demenzerkrankten in fortgeschrittenen Stadien schwer zu ertragen sind. Die Kommunikationsstrategien müssen jeweils an den Kompetenzen und Bedürfnissen der Erkrankten angepasst werden (Stechl et al., 2012).

Während in Anfangsstadien oft nur Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisstörungen oder Wortfindungsprobleme vorliegen, geht mit zunehmender Demenz die Fähigkeit zu abstrahieren immer mehr verloren, wodurch sowohl Anamnese als auch die Umsetzung von Anordnungen und Therapien schwieriger werden. Es bedarf einer Abklärung, ob die relevanten Informationen, z.B. die richtige Medikamenteneinnahme, für die Erkrankten tatsächlich erfassbar sind bzw. über welchen Weg solche Informationen übermittelt werden können (Stechl et al., 2012).

Die verbale Kommunikation ist in fortgeschrittenen Stadien erheblich eingeschränkt. Die Demenzerkrankten können Gesprächen nur mehr schwer folgen, verlieren schnell den Faden und vergessen auch den Inhalt in wenigen Minuten. Die Bedeutung vieler Wörter, z.B. auch von “Schmerz” oder “Beschwerden” geht verloren und die Sprache verarmt zunehmend. In späten Stadien ist selbst die Ja-Nein-Kommunikation z.B. bei der Schmerzerfassung nicht mehr zuverlässig möglich (Stechl et al., 2012).

Das Krankheitserleben bzw. Äußerungen und Verhaltensweisen von Demenzerkrankten lassen sich nur aus entwicklungspsychologischer und systemischer Perspektive verstehen und positiv beeinflussen, und es sollte immer ein möglichst ganzheitlicher Ansatz bestehen. Dazu ist eine individuelle Problem- und Ressourcenanalyse notwendig, die als Basis für weitere Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen dient. Kognitive Funktionen, psychologische Faktoren und der soziale Kontext werden ebenfalls erfasst, wobei eine Mitarbeit des sozialen Umfeldes sehr hilfreich ist. Die zentrale Botschaft ist, dass bei einer Demenzerkrankung eine positive Beeinflussung des Verlaufs möglich ist. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist für die weitere Begleitung enorm wichtig und Patient*innen benötigen das sichere und hoffnungsvolle Gefühl, nicht alleine gelassen zu werden (Stechl et al., 2012).

Eine häufige Frage gilt dem zeitlichen Verlauf der Demenz, die aber kaum beantwortet werden kann, da jeder Krankheitsverlauf individuell ist. Grundsätzlich sind die meisten Demen-

zen einschließlich der Alzheimer-Krankheit langsam fortschreitend, und ein selbstbestimmtes Leben kann noch lange möglich sein. Selbst bei schwerer Demenz ist noch eine Lebensqualität möglich, wenn die Umweltbedingungen “stimmen” (Stechl et al., 2012).

3.3.3 Therapiemöglichkeiten bei Demenz

Auf die medikamentöse Behandlung, die den Ärzten vorenthalten ist, wird nur zum besseren Verständnis überblicksmäßig eingegangen. Die Ursachen der Alzheimer-Krankheit sind, wie bereits erwähnt, bislang nicht vollständig geklärt, aber die bisherige Forschung zeigt, dass vermutlich mehrere Faktoren beteiligt sind. Neuropathologische Merkmale, wie die Häufung von Beta-Amyloid-Protein-Plaques-Ablagerungen und die Verbindung der Tau-Proteine zu großen Neurofibrillenbündeln oder Störungen des Transmitter-Systems konnten vielfach festgestellt werden. Auch Nervenzellenveränderungen im Hippokampus, Genveränderungen oder allgemeine Risikofaktoren wie die Hypertonie werden immer wieder genannt (Stechl et al., 2012).

Mittlerweile gibt es verschiedene medikamentöse Therapien, die jedoch auch eine Reihe von Neben- und Wechselwirkungen auslösen. Bei allen medikamentösen Behandlungen sind die Auswirkungen auf die Nieren zu beachten, die umso mehr gefährdet sind, als dass Demenzerkrankte sehr oft auf das Trinken vergessen. Die Wirksamkeit anderer Nootropika, wie z.B. des viel beworbenen Ginkgo-Extraktes, kann noch nicht überzeugend belegt werden (Stechl et al., 2012).

Mit der nachfolgenden Tabelle laut H.I.L.D.E von Becker, Kasper und Kruse (2011; zit. n. Stechl et al., 2012) soll ein Überblick über nicht-medikamentöse Interventionen gegeben werden, wobei nicht auf alle Ansätze im Detail eingegangen wird und kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. Interventionen, Theapieverfahren und Pflegekonzepte werden zusammengefasst und den jeweiligen Stadien zugeordnet (Stechl et al., 2012).

Nicht-medikamentösen Therapieansätzen und Pflegekonzepten, mit dem primären Ziel der Lebensqualitätsverbesserung im Sinne von Erhalt und Förderung alltagsrelevanter und selbständiger Fähigkeiten, kommen eine große Bedeutung zu. Dass diese Angebote oftmals nicht oder erst sehr spät angenommen und genutzt werden, liegt daran, dass sich Betroffene nicht krank fühlen und deshalb keinen Handlungsbedarf sehen. Hausärzt*innen kommt deshalb die wichtige Rolle zu, Ansätze zu kennen und geeignete Behandlungen zu empfehlen, einzuleiten und zu realisieren (Stechl et al., 2012).

Tabelle 1: Stadienabhängige Interventionen laut H.I.L.D.E. von Becker, Kaspar und Kruse (2011; zit. n. Stechl et al., 2012, S. 83)

Frühstadium	Leichtes Stadium	Mittleres Stadium	Schweres Stadium
Psychoedukation	Psychoedukation		
Gesprächstherapie	Gesprächstherapie		
Systemische Therapie	Systemische Therapie		
Verhaltenstherapie	Verhaltenstherapie	Verhaltenstherapie	
Kognitives Training	Kognitives Training	Kognitives Training	
Körperliche Aktivität	Körperliche Aktivität	Körperliche Aktivität	Körperliche Aktivität
	ADL-Training	ADL-Training	ADL-Training
	SET	SET	SET
	Erinnerungstherapie	Erinnerungstherapie	Erinnerungstherapie
	Validation	Validation	Validation
	Tiergestützte Therapie	Tiergestützte Therapie	Tiergestützte Therapie
		Snoezelen	Snoezelen
Entspannungsverfahren	Entspannungsverfahren	Entspannungsverfahren	
Kunsttherapie	Kunsttherapie	Kunsttherapie	Kunsttherapie
Technische Hilfen	Technische Hilfen	Technische Hilfen	Technische Hilfen
Angehörigenberatung	Angehörigenberatung	Angehörigenberatung	Angehörigenberatung
	H.I.L.D.E.	H.I.L.D.E.	H.I.L.D.E.
		DCM	DCM

Alle Verfahren können individuell angewandt werden und dürfen die Betroffenen weder kognitiv noch emotional überfordern. Sie sollen Erfolgserlebnisse ermöglichen und eine Erhöhung der Lebensqualität bewirken. Da es in den einzelnen Möglichkeiten ähnliche Grundannahmen gibt, lassen sich die einzelnen Verfahren, Ansätze und Konzepte inhaltlich nicht strikt voneinander abgrenzen. Elemente, die überall bedeutsam sind, sind Empathie, positive Wertschätzung und Vertrauen als Grundlage für eine erfolgreiche Interaktion. Sehr oft wird die Biografiearbeit genutzt, um Bedürfnisse, Ressourcen und Quellen für Selbstvertrauen und Sicherheit zu erfassen und fördernd einzusetzen (Stechl et al., 2012).

Die Psychoedukation beinhaltet Themen wie Aufklärung über Formen, Verläufe und Therapien von Demenzerkrankungen sowie Pflege und Versorgungsmöglichkeiten. Psychoedukative Maßnahmen müssen dem kognitiven Status der Betroffenen angepasst werden, und auch wenn der Inhalt oft schnell wieder vergessen wird, haben die Erkrankten ein Recht auf diese Form der Unterstützung (Stechl et al., 2012).

In frühen bis leichten Stadien sind zur adaptiven Krankheitsverarbeitung die Konzeptionen der Verhaltenstherapie, der Gesprächspsychotherapie und der systemischen Therapie sinnvoll. Ziele der Psychotherapie sind die Emotionsregulation z.B. beim Bearbeiten von Verlusten, die Förderung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung und der Erhalt von Selbstwert und Identität. Für den Ausdruck von Gefühlen bedarf es einer vertrauensvollen und stabilen Beziehung. Psychische Belastungen sollen minimiert werden und die Akzeptanz der Erkrankung und ihrer Folgen soll gefördert werden. In systemisch ausgerichteten Gruppentherapien werden unter anderem psychomotorische Übungen und Rollenspiele kombiniert, womit die Teilnehmer*innen jeweils die Perspektive der anderen Personen kennenlernen und dadurch den Umgang mit den Gedächtnisproblemen optimieren und Konfliktsituationen entschärfen können (Stechl et al., 2012).

Durch Motivation, positive Aktivitäten und vor allem die Fortführung von Bewegung, können Ängste, Antriebslosigkeit, das Rückzugsverhalten und depressive Stimmungen reduziert werden. Der Einsatz von psychotherapeutischen Interventionen ist auf jeden Fall empfehlenswert, es arbeiten aber immer noch relativ wenig Psychotherapeut*innen mit älteren Menschen und noch weniger mit Demenzerkrankten. Dafür etablieren sich zunehmend Selbsthilfegruppen für Menschen mit Demenz. Einige wenige haben tatsächlich einen psychoedukativen, psychotherapeutischen oder psychomotorischen Schwerpunkt, die meisten Gruppen dienen aber eher der gemeinsamen Freizeitgestaltung und vor allem der Möglichkeit soziale Kontakte zu knüpfen (Stechl et al., 2012).

Die Themen sollten jeweils von der Gruppe bestimmt werden und auch der emotionalen Aufarbeitung und dem Erhalt der Selbstidentität dienen. Betroffene können sich austauschen und voneinander lernen. Eine neue gemeinsame Identität stärkt wiederum das Selbstvertrauen und die Selbstidentität. Zu bedenken ist eventuell auch noch die eher skeptische Grundhaltung der älteren Generation zu solchen systemischen Angeboten. Möglicherweise wird sich diese Grundeinstellung in Zukunft verändern, aber es wird immer Menschen geben, die diese Form der Unterstützung nicht annehmen können (Stechl et al., 2012).

Der kognitive Ansatz, der auf die Aktivierung bzw. Reaktivierung kognitiver Funktionen abzielt, muss sehr differenziert betrachtet werden. Ein positiver Effekt kann nur erreicht werden, wenn es sich um Aufgaben mit Alltagsbezug handelt und vorhandene kognitive Ressourcen damit gestützt werden. Ein herkömmliches Gedächtnistraining wird selbst im Frühstadium als wenig effektiv angesehen, denn gegen den demenziellen Abbauprozess zu „trainieren“ frustriert letztendlich alle Beteiligten. Vielmehr erscheint es sinnvoll, Kompensationsstrategien wie z.B. die Verwendung von Notizbüchern, zu erarbeiten. Eine Sonderform des kognitiven Trainings, die auch in fortgeschritteneren Stadien Anwendung findet, ist die Erinnerungstherapie, auf die später eingegangen wird (Stechl et al., 2012).

Entspannungsverfahren werden teilweise innerhalb psychotherapeutischer Ansätze, aber auch isoliert, eingesetzt. Durch die Entspannung soll ein Zustand des Wohlbefindens und der Zufriedenheit erreicht werden, der sich eventuell auch auf die Konzentrationsfähigkeit auswirkt. Körperliche Symptome wie Unruhe und Erregung sollen damit reduziert werden. Bekannte Entspannungsverfahren sind z.B. die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Autogenes Training, Yoga, Qigong und Meditationssysteme in ihren vielen Facetten. Bei allen Techniken ist es sinnvoll, sie unter professioneller Anleitung zu erlernen und durchzuführen und es ist zu akzeptieren, dass einige Menschen mit diesen Entspannungsmöglichkeiten nichts anfangen können (Stechl et al., 2012).

Eventuell können diese Menschen ihren Stress mit körperlicher Aktivität und Sport reduzieren. Studien von Stein et al. (2010; zit. n. Stechl et al., 2012) weisen darauf hin, dass regelmäßige körperliche Bewegung das Risiko für die Entwicklung einer Demenz reduziert und bei bestehender Demenz einen positiven Effekt auf die körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit hat. Auch Heyn et al. (2004; zit. n. Stechl et al., 2012) und Eggermont und Scherder (2006; zit. n. Stechl et al., 2012) weisen in ihren Untersuchungen nach, dass sich körperliches Training positiv auf die Kognition, Alltagskompetenz und Stimmung auswirkt. Sie sehen dafür ein regelmäßiges Training über einen langen Zeitraum als notwendig. Die stärksten Effekte werden erreicht, wenn Gedächtnistraining, Kompetenztraining und psychomotorisches Training kombiniert werden (Stechl et al., 2012).

Die Ergotherapie ist eine Intervention mit der alltagspraktische Tätigkeiten wie z.B. die Körperpflege oder Essenszubereitung gefördert und erhalten werden sollen. Die Therapie muss kompetenzorientiert sein, ist in allen Stadien sinnvoll und die Kosten werden sogar von Krankenkassen übernommen. In der Frühdemenz werden Alltagsfertigkeiten trainiert oder

etwaige Kompensationsstrategien erlernt. In späteren Stadien geht es um basale Alltagsfunktionen wie z.B. Kontinenz, Wahrnehmungsförderung oder allgemeine kognitive Aktivierung, wobei immer die Biografie mit einbezogen werden soll. Der Erhalt der Alltagskompetenz trägt wesentlich zum Wohlbefinden bei (Stechl et al., 2012).

Laut Maslow (1981; zit. n. Stechl et al., 2012) werden menschliche Bedürfnisse in fünf Kategorien eingeteilt, und zwar in physiologische Bedürfnisse, das Sicherheitsbedürfnis, das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Liebe, das Bedürfnis nach Achtung und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. Selbstregulative Prozesse ermöglichen dem Individuum eine Anpassung an sich wandelnde Lebensumstände, und sichern die Stabilität eines möglichst positiven Selbstbildes (Stechl et al., 2012).

Im Verlauf der Erkrankung benötigen Menschen mit Demenz jedoch immer mehr Unterstützung dazu. Das Konzept der Selbst-Erhaltungstherapie (SET), das auch noch in fortgeschrittenen Demenzstadien angewendet werden kann, beinhaltet unter anderem, dass durch Gewinnung und Konservierung von biografischem und selbstbezogenem Wissen die Selbstidentität unterstützt werden kann. Sich an das eigene Leben erinnern können bedeutet, dessen Sinn zu rekonstruieren, wodurch ein Gefühl von Sicherheit und Kompetenz hervorgerufen werden kann. Je früher mit der Sammlung biografischer Daten begonnen wird, desto besser lässt sich das Selbst auch im fortgeschrittenen Stadium aufrechterhalten. Aus persönlich bedeutsamen Materialien, wie z.B. Fotos, Videos, Briefen wird gemeinsam eine Erinnerungsmappe hergestellt, die als Basis für weitere Interventionen dienen (Stechl et al., 2012).

Eine weitere Interventionsmöglichkeit ist die Erinnerungstherapie, die der Selbst-Erhaltungstherapie sehr ähnlich ist, aber gruppentherapeutisch abläuft. Ziel der Erinnerungspflege ist, über die Brücke der Vergangenheit mit anderen in Beziehung zu treten und, wenn auch nur für einen kurzen Moment, Selbstbewusstsein, Freude und Gemeinsamkeit zu empfinden. Die Basis sind hier ebenfalls biografische Ereignisse, die mit einem positiven Gefühl verbunden sind. Eine Konfrontation mit Defiziten wird vermieden. So werden z.B. Äußerungen nur dann korrigiert, wenn sich dadurch andere Teilnehmer verletzt fühlen könnten. Eingesetzt werden Fotos, Musik, Gegenstände oder körperliche Aktivität z.B. Tanzen. Eine Möglichkeit sind z.B. auch regelmäßige „Kaffeerunden“, wo in Kleingruppen gemütlich bei Kaffee und Kuchen Themen mit Altzeitgedächtnisbezug z.B. biografische Themen wie Beruf und Haushalt oder Themen mit jahreszeitlichen Bezug wie Frühling oder Weihnachten, besprochen werden (Stechl et al., 2012).

Das Validations-Konzept von Feil, das von Richard weiterentwickelt wurde, stellt in vielen Altenpflegeeinrichtungen eine gängige Interventionsmaßnahme dar. Im Validations-Konzept steht die Vermittlung von wertschätzenden Kommunikationstechniken im Mittelpunkt und Validation ist als Grundhaltung von pflegenden Bezugspersonen zu verstehen. Die Betreuungspersonen ergründen vorhandene Emotionen, geben ihnen Raum und widerspiegeln sie verbal und nonverbal, d. h. es geht im Wesentlichen darum, die Realität des Menschen mit Demenz und die daraus resultierenden Handlungszwänge anzuerkennen. Auch wenn dies nicht immer ersichtlich ist, Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium handeln stets zielorientiert. Da die Ziele sich aber oftmals nicht mehr in der Gegenwart befinden, sind sie für Außenstehende unrealistisch und nicht verständlich. Typische Beispiele sind Frauen, die unbedingt nach Hause wollen, um sich um ihre kleinen Kinder kümmern zu können oder Erkrankte, die unbedingt pünktlich an ihrem Arbeitsplatz erscheinen müssen (Stechl et al., 2012).

Ablenkungsmanöver funktionieren meist nur für einen kurzen Moment, und es kommt zu Unruhezuständen, Weglauftendenzen und intensiven Gefühlen von Verzweiflung, Angst, Wut und Ärger – und diese Gefühle sind echt, denn ein dementer Mensch kann keine Gefühle mehr vortäuschen! Es gilt daher, dass die Realität der Demenzerkrankten ernst genommen und wertgeschätzt wird. Auch für die Validation ist unbedingt eine Biografiearbeit erforderlich, denn in der Biografie liegt oft der Schlüssel zum Verständnis des gegenwärtigen Verhaltens (Stechl et al., 2012).

Mit fortschreitender Demenz gehen die Erkrankten in ihrer Biografie zurück und entdecken ihre alten Rollen wieder neu. Dabei tauchen auch die alten Bedürfnisse, Motive und Verantwortungsbereiche wieder auf. Die Menschen verlieren immer mehr ihr Selbst der Gegenwart und nehmen das Selbst der Vergangenheit an. Erst in ganz schweren Stadien, wo sogar vitale Funktionen dem Gehirn nicht mehr gehorchen, kann von einem Verlust der Selbstidentität gesprochen werden. Während nicht-validiertes Verhalten (z.B. Empörung, Diskussion, Vorwürfe) lediglich einen Konflikt auslösen, wird mit validiertem Verhalten gezeigt, dass die Gefühle des Demenzerkrankten ernst genommen werden, wodurch viele Situationen entschärft werden können. Diese Umgangsstrategie ist erlernbar, setzt allerdings eine differenzierte Wahrnehmung und die Bereitschaft voraus, sich in die Lage von Menschen mit Demenz einzufühlen (Stechl et al., 2012).

Behandlungskonzepte, die auch in fortgeschrittenen Stadien noch möglich sind, sind Snoezelen oder basale Stimulation. Snoezelenräume, ursprünglich als Beschäftigungsangebot für

schwer behinderte Menschen entwickelt, lassen sich sehr vielfältig gestalten und sollen möglichst viele Sinne anregen. Diese Räume sind mit weichen Matten, Kissen, flauschigen Decken, Lichteffekten, bunter Beleuchtung und Projektionen, Wasserspielen, Windspielen, Glocken, Abspielgeräten für Musik und Geräusche (z.B. Meeresrauschen, Vogelgezwitscher) etc. ausgestattet. Es soll ein Raum geschaffen werden, wo sich der Betroffene wohl und angstfrei fühlen kann. Eine Reizüberflutung ist allerdings zu vermeiden und zu beachten ist, dass abgedunkelte Räume in der Kriegsgeneration eventuell Assoziationen von Bunkern und Flugangriffen hervorrufen könnten. Bei der Auswahl der Stimuli ist die biografische Arbeit ein wichtiger Bestandteil (Stechl et al., 2012).

Die Kunst- und Musiktherapie, die auf die Kreativität und Emotionalität der Menschen mit Demenz abzielt, bietet ebenfalls auch in späteren Stadien noch eine Möglichkeit, der Sprachlosigkeit und Isolierung entgegenzuwirken. Musik kann aktiv, also durch Beteiligung mit Instrumenten und Stimme, oder rezeptiv, also durch Abspielen von Musik (vorzugsweise mit biografischem Bezug) erlebt werden und ermöglicht den Zugang zu Gemeinschaft. Mitunter kann anfangs eine gewisse Skepsis (Aussagen z.B. "was soll ich denn in diesem Kindergarten") und aktiver Widerstand beobachtet werden. Es liegt aber in der Natur der Demenzerkrankung, dass der Umgang mit neuen Situationen schwierig ist. Menschen, die ihr Leben lang kreativ oder musikbegeistert waren, finden leichter Zugang zu diesen Therapieformen und es muss jeweils bedacht werden, dass etwaige körperliche Einschränkungen z.B. in der Feinmotorik zusätzliche Erschwernisse bedeuten. Für die Gruppenzusammensetzung wird eher empfohlen, die verschiedenen Demenzstadien nicht zu mischen (Stechl et al., 2012).

Auch wenn immer noch nicht hinreichend erforscht, gibt es gesundheitsfördernde Effekte durch Mensch-Tier-Beziehungen, weshalb auch die tiergestützte Therapie immer öfter zum Einsatz kommt. Es gibt Animal-assisted Activities (AAA), wo es um ein ungezwungenes Zusammentreffen von Mensch und Tier ohne konkrete Zielsetzung geht, d.h. die Tiere sind einfach durch einen Tierbesuchsdienst anwesend, oder es gibt gemeinsame Aktivitäten mit ihnen. Bei der Animal-assisted Therapy (AAT) werden vorab Ziele formuliert und der Prozess wird auch genau dokumentiert. Das Tier ist integrativer Bestandteil des Konzepts und wünschenswerte Verhaltensweisen sollen durch die Beziehung mit ihm gefördert werden. Die Tiere können professionelle Therapeuten nie ersetzen, und der Einsatz dieser Therapieform erfordert geschulte Personen, aber auch eigens dafür ausgebildete Tiere. Die Patient*innen kommunizieren einerseits mit den Tieren und andererseits über und durch das

Tier. Die Kommunikation erfolgt über die Beziehungsebene und kommt damit der Sprachlosigkeit gut entgegen. Auch hier ist der biografische Faktor wichtig. Jemand, der mit Tieren aufgewachsen ist oder immer mit Tieren Kontakt hatte, wird besser darauf ansprechen, als jemand, dem Tiere immer fremd waren (Stechl et al., 2012).

Grundsätzlich haben Tiere aber meist eine positive Wirkung auf die Menschen. Schon der Anblick löst zumeist positive Emotionen aus, und das Berühren des Fells wird angenehm empfunden. Der Wunsch, das Tier zu streicheln oder zu pflegen, holt die Menschen aus ihrer Passivität heraus und aktiviert Handlungen. Die Tiere stört es nicht, wenn sie immer die gleichen Dinge erzählt bekommen, und auch für sie ist nur das Hier und Jetzt, die Zuneigung und der Körperkontakt wichtig. Tatsächlich lächeln und lachen die Teilnehmer*innen einer tiergestützten Therapiegruppe laut einer Studie von Hogarth-Scott, Salomon und Lavelle (1983; zit. n. Stechl et al., 2012) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe viel häufiger und zeigen auch einen stärkeren Lebenswillen. Männer profitierten interessanterweise am stärksten von diesen Maßnahmen. Obwohl der Einsatz der tiergestützten Therapie sehr empfehlenswert ist, dürfen etwaige Gefahren nicht außer Acht gelassen werden. Neben dem Hygieneaspekt ist zu bedenken, dass sich die Sturzgefahr erhöht, und auch die Tiere sind vor etwaiger Überforderung zu schützen (Stechl et al., 2012).

Dementia Care Mapping (DCM) ist ein Beobachtungsverfahren für Menschen mit Demenz, das zur Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung vorwiegend im stationären Bereich eingesetzt wird. Das Verfahren wurde 1992 von Tom Kitwood und Kathleen Bredin in England entwickelt, und stellt ein strukturiertes und standardisiertes Erhebungsverfahren dar, welches das Verhalten von Menschen mit Demenz, ihr Wohlbefinden, ihre Affektäußerungen und sämtliche Interaktionen erfasst. Ausgebildete Dementia-Care-Mapper beobachten kontinuierlich bis zu acht Personen mindestens sechs Stunden am Tag. Sie notieren, welches Verhalten die Bewohner zeigen und welches Wohlbefinden oder Unwohlsein dabei beobachtet werden kann. Es gibt 24 Situations- bzw. Handlungskategorien, die von Essen und Trinken bis hin zu Halluzinationen reichen (Stechl et al., 2012).

Das Wohlbefinden wird in den einzelnen Situationen oder Handlungen mittels Skalierung eingeschätzt. Einflüsse der Umwelt, wie z.B. Täuschung, Disempowerment, Infantilisierung, Stigmatisierung, Objektivierung werden ebenfalls mit einbezogen. Problematische Umgangsstrategien werden gespiegelt und sollen zu einer differenzierten Wahrnehmung und einem reflektierten eigenen Verhalten führen. Im Prinzip ist DCM eine Supervision für Pflegeteams und kann als Qualitätsmerkmal verstanden werden (Stechl et al., 2012).

Ein weiteres Verfahren zur Beurteilung des subjektiven Befindens bzw. der empfundenen Lebensqualität von Menschen mit Demenz ist H.I.L.D.E, das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität demenzkranker Menschen, welches 2011 von Becker, Kaspar und Kruse entwickelt wurde. Auch hier werden strukturierte und standardisierte Kriterien eingeschätzt und eingetragen, und bilden die Basis für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte und vor allem menschenwürdige Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Das H.I.L.D.E-Instrument orientiert sich dabei an Ressourcen und hat eine besondere Relevanz für die aktive Gestaltung bzw. positive Beeinflussung der Lebens- und Erlebsumstände (Stechl et al., 2012).

Pflegende sollen sensibilisiert werden und einen Zugang zur Individualität des Erlebens und Verhaltens bekommen. Darüberhinaus sollen sie sich dem Einfluss ihres Handelns bewusst und zur Selbstreflexion aufgerufen werden. Das emotionale Erleben ermöglicht zwischenmenschliche Begegnungen, die als befriedigend wahrgenommen werden, wodurch sich Arbeitsfreude und Arbeitszufriedenheit erhöhen. Dies kommt wiederum der Lebensqualität der Patient*innen zugute (Stechl et al., 2012).

Biografische Faktoren werden berücksichtigt und entsprechend bewertet. Lebte ein demen-ter Mensch z.B. Zeit seines Lebens eher als Einzelgänger*in und weist jetzt wenige Sozialkontakte auf, würde sich die Erhöhung dieser wohl kaum positiv auf seine Lebensqualität auswirken. Zusammenfassend ist H.I.L.D.E. ein sehr differenziertes und ausreichend objektives Verfahren zur Erfassung und Förderung der Lebensqualität von Demenzerkrankten im stationären Bereich (Stechl et al., 2012).

Technische Hilfen für Demenz, als Milieutherapie bezeichnet, umfassen dinglich-räumliche Maßnahmen, die darauf abzielen, eine selbständige Lebensführung und somit Lebensqualität zu erhalten und zu fördern. In fortgeschritteneren Stadien können sie darüberhinaus problematische Verhaltensweisen verhindern oder abbauen. Dazu gehört eine optimale Lebensraumgestaltung, die sich flexibel auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz einstellt (Stechl et al., 2012).

Die Milieutherapie bezieht sich aber nicht nur auf die dinglich-räumliche Welt, sondern auch auf die soziale Umwelt, denn die Technik darf nie menschliche Beziehungen ersetzen. Technische Hilfsmittel sollen Freiräume erweitern, Gefahrensituationen mindern, und zu einer Entlastung in der häuslichen Pflege beitragen. Zum optimalen Einsatz bedarf es eines Wis-

sens über das Krankheitsbild Demenz und deren Folgen und Einschränkungen, und zahlreiche Beratungsmöglichkeiten durch qualifizierte und objektive Personen stehen z.B. bei regionalen Alzheimerorganisationen zur Verfügung (Stechl et al., 2012).

Kleine Veränderungen, die manchmal große Probleme lösen sind z.B. Abschaltautomatiken beim Herd, Temperatur- und Wasserflussregler, Entschärfung von Stolperfallen, Vereinfachung des Wohnumfeldes (wenig Möbel, keine Schubladen, die offen gelassen werden können, nicht zu viele Muster an Wänden, aber starke Kontraste z.B. farbige WC-Brille etc.), gute Ausleuchtung, Beschriftungssysteme zur Orientierungshilfe (z.B. WC-Männchen). Zu bedenken ist, dass z.B. eine Trennung von liebgewonnenen Gegenständen oder der gewohnten Umgebung nicht einfach ist und Konflikte ausgelöst werden können (Stechl et al., 2012).

Die Angehörigenberatung hat in allen Stadien eine große Bedeutung. Angehörige haben oft ähnliche Probleme mit der Diagnoseakzeptanz und dem Krankheitsverlauf wie die Erkrankten selbst, und Hilfs- und Entlastungsangebote werden nicht oder viel zu spät in Anspruch genommen. Es ist psychisch sehr belastend, hilflos zusehen zu müssen, dass ein geliebter Mensch geistig immer mehr abbaut und immer weniger zu leisten vermag. Selbst wenn die Begleitung und Pflege als sinnerfüllend betrachtet wird, ist die physische und psychische Belastung enorm hoch, und führt leicht zu Erschöpfung oder eigenem Medikamentenmissbrauch (Stechl et al., 2012).

Nicht vergessen werden dürfen emotionale Bindungen in Verbindung mit persönlich-moralischen Verpflichtungen, das Schamgefühl und auch der finanzielle Faktor. Zu bedenken ist weiters, dass chronischer Stress und Überforderung immer wieder Auslöser für Gewalt in der Pflege sind. Dazu zählen auch alle Handlungen, die menschliche Bedürfnisse einschränken oder deren Befriedigung verhindern. In vielen Bereichen und für diverse Entscheidungen benötigen die Angehörigen eine effiziente und gefühlvolle Unterstützung (Stechl et al., 2012).

Ein Wissen über die verschiedenen Interventionen und deren Wirksamkeit ist wichtig für Psychomotoriker*innen, die mit älteren Menschen arbeiten. Fast alle Interventionen können in psychomotorischen Stunden Anwendung finden und zur Förderung der Teilnehmer*innen herangezogen werden. In den Stunden werden die Psychomotoriker*innen vermutlich immer wieder auf demente Menschen in den verschiedensten Stadien treffen, also auf Teilnehmer*innen, die die Demenz noch verleugnen und verstecken wollen, bis hin zu sichtbaren, starken Beeinträchtigungen. Die Psychomotorik ist jedenfalls als eine Möglichkeit zu sehen,

Menschen mit Beeinträchtigungen lebenslang zu fördern und ihnen Lebensqualität und Zufriedenheit zu vermitteln.

4 Die Salutogenese – oder wie Selbstheilungskräfte aktiviert werden können

Die vorangegangenen Ausführungen sehen Beeinträchtigungen, Erkrankungen und Probleme im Alter als „normale“ Prozesse an, die in unserem Kulturkreis seit Jahrzehnten umso mehr in Erscheinung treten, als dass die Lebenserwartung stark angestiegen ist. Immer noch prägen alte Vorstellungen unsere Denkmuster. Der menschliche Organismus funktioniert darin ähnlich einer komplex aufgebauten Maschine, und wie bei Maschinen kommt es unweigerlich zu Abnützerserscheinungen und Defekten, die möglichst früh erkannt und mit entsprechenden Eingriffen und Reparaturen behoben werden sollen. In vielen Bereichen war und ist diese Reparaturmedizin auch sehr erfolgreich. Dennoch ist in den letzten Jahrzehnten ein Umdenken in der Medizin, Heilkunde und Therapie zu erkennen. Immer öfter liegt der Fokus nicht auf der Krankheit bzw. deren Bewältigung (Pathogenese), sondern auf der Entstehung und Erhaltung der Gesundheit (Salutogenese) (Hüther, 2017).

Gerald Hüther (2017) betrachtet in seinem Buch „Raus aus der Demenz-Falle!“ die Demenzerkrankung aus diesem Blickwinkel heraus. Ausgangspunkt für seine Überlegungen ist die sogenannte „Nonnenstudie“, die in den 80er Jahren an der Kentucky-Universität durchgeführt wurde. Diese zeigt, dass das Gehirn von etwa 600 untersuchten Nonnen zwar ebenfalls degeneriert und mit Ablagerungen übersät war, jedoch bis ins hohe Alter kein Gedächtnisverlust oder andere Demenzsymptome auftraten. Da die natürlichen Abbauprozesse somit scheinbar nicht die Ursache der Demenz sind, stellt sich die Frage, was sich im Leben der Nonnen von demjenigen „normal“ altender Menschen unterscheidet, und welche Bedingungen neuroplastische Kompensationen ermöglichen (Hüther, 2017).

Die Nonnen litten auch viel seltener an anderen Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, Hypertonie, Adipositas, chronischen Schmerzen und Haltungsschäden. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass Nonnen hinter den Klostermauern weitgehend von täglich belastenden Problemen abgeschirmt sind. Sie sind unverheiratet, haben keine Kinder, arbeiten nicht für

Geld und materiellen Besitz, sind vor Jobverlust und finanziellen Problemen gefeit und haben eine relativ gesunde Lebensweise ohne Schönheits- und Fitnesswahn. Sie führen einfach ein „gottgefälliges, sinnerfülltes und von Gott geschütztes“ Leben (Hüther, 2017).

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky beschäftigte sich in seinen Untersuchungen mit den Faktoren, die eine Person seltener krank oder schneller gesund werden lassen und prägte den Begriff der Salutogenese. Im Zentrum steht ein subjektiv empfundenes Gefühl, bei dem alles gut zusammenpasst, und das er als Kohärenzgefühl bezeichnet. Wenn das tagtägliche Erleben und Wahrnehmen mit den eigenen Erwartungen stimmig ist, oder alle Geschehnisse bearbeitet, bewältigt und angepasst werden können, besteht ein Gleichgewicht, und mit diesem Kohärenzgefühl sind Menschen in der Lage, ihr Leben mit Freude, Leichtigkeit und Zufriedenheit zu leben. Auch im fortgeschrittenen Alter entwickeln sie sich weiter und gestalten ihre Umwelt, wodurch neuroplastische Botenstoffe und Wachstumshormone freigesetzt werden, die die Nervenzellen dazu bringen, sich neu zu bilden und zu verknüpfen (Hüther, 2017).

Sind die Menschen aber in einem freudlosen, lustlosen und sinnlos erscheinenden Routinealltag gefangen, und permanent mit unlösbaren Problemen, Ängsten und Stress konfrontiert, werden jene Mechanismen, die für die Neubildung von Nervenzellfortsätzen und neuen Verknüpfungen notwendig sind, unterdrückt. Das permanente Gefühl der Inkohärenz führt zu Störungen und Erkrankungen (Hüther, 2017).

Laut Antonovsky (1997) können Menschen ihre Wachstums- und Entwicklungspotentiale nur dann voll entfalten, wenn sie in einer Welt leben,

- in der sie das Gefühl haben zu verstehen, was geschieht (Verstehbarkeit)
- in der sie das, was sie verstanden haben, auch umsetzen und gestalten können (Gestaltbarkeit) und
- in der ihnen das, was sie verstanden und gestaltet haben, als sinnvoll erscheint (Sinnhaftigkeit) (Antonovsky, 1997).

Dass die Nonnen in einer Welt leben, die sie verstehen und gestalten können, und in der sie sich sinnvoll in einen größeren Kontext eingebunden fühlen, erklärt den besseren gesundheitlichen Zustand der Nonnen. Ihr Kohärenzgefühl ist wesentlich größer als das der Menschen außerhalb der Klostermauern, die immer schwerer verstehen können, was in der hektischen, digitalisierten, technisierten und globalisierten Welt um sie herum geschieht (Hüther, 2017).

Selbst wenn diese Umwelt verstanden wird, sind die Menschen kaum in der Lage, wirksam auf die Gestaltung Einfluss zu nehmen und eine Sinnhaftigkeit lässt sich für viele gar nicht mehr erkennen. Der Einwand, dass sich in der kleinen Welt hinter den Klostermauern das Kohärenzgefühl leichter aufrecht erhalten lässt, ist objektiv richtig. Es kommt aber nicht darauf an, was in der jeweiligen Lebensumwelt geschieht, sondern darauf, wie es bewertet und wie darauf reagiert wird. Entscheidend ist also die persönliche, subjektive Komponente, wodurch auch außerhalb der Klostermauern das neuroplastische Potential genutzt werden kann (Hüther, 2017).

Es geht nicht darum, ein Schlaraffenland, wo es an nichts fehlt, zu schaffen, denn ein permanentes Kohärenzgefühl wäre ebenfalls kein Schlüssel zum Glück. Der Mensch benötigt Störungen und Erfahrungen, die nicht passen. Nicht der Zustand der Kohärenz macht uns glücklich, sondern die Verwandlung eines inkohärenten in einen kohärenten Zustand aus eigener Kraft. Eine schwierige Situation oder ein Problem selbst gelöst zu haben, setzt wirksame Botenstoffe frei, die die Bildung von neuen Nervenzellenfortsätzen anregen. Solche Erfolgs- und Glücksgefühle „düngen“ das Gehirn regelrecht, wodurch es sämtliche im Körper ablaufenden Prozesse und Systeme, wie das kardiovaskuläre, das neuroendokrine, das periphere sympathische und parasympathische, das Neuroimmunsystem und das neurogastrointestinale System regulieren kann (Hüther, 2017).

Viele Menschen merken nicht mehr, wenn ihnen etwas nicht guttut, weshalb sie auch keine Veranlassung sehen, nach einer anderen Vorgangsweise oder Lösung zu suchen. Oft haben sie schon lange das feine Gespür für sich und ihren Körper verloren. Heilsam ist, den eigenen Körper und die Empfindungsfähigkeit wieder zu entdecken. Massagen, Tanzen, Sport, Pflegeprogramme und psychomotorische Angebote sind gute Möglichkeiten dazu, allerdings nur, wenn die Aktivität aus eigenem Antrieb erfolgt, lustbetont ist und Freude macht. Eine bloße Aufgabenerfüllung oder Zwang und Druck lösen lediglich weitere Inkohärenzgefühle aus (Hüther, 2017).

Gerade im Alter ist es gewiss nicht immer einfach, zufrieden mit sich selbst und der Umwelt zu sein. Körperliche Einschränkungen führen zum Gefühl der Unzulänglichkeit und Unzufriedenheit und zu häufiger Inkohärenz. Wer sich selbst nicht mag und spürt, wird kaum eine gute Beziehung zu anderen Menschen aufbauen und halten können. Die Griesgrämigkeit wird unter Umständen sogar zu einem Teil des Selbstverständnisses und der eigenen Identität und die aufgebaute Mauer verhindert, dass die Schönheiten des Lebens und die Menschen darin (auch Partner, Kinder und Enkelkinder) gesehen werden können. Das Durchbrechen

einer solchen Mauer ist besonders schwierig, wenn sie durch jahrelange Verletzungen entstanden ist. Es bedarf einfühlsamen Bezugsperson, damit sich zurückgezogene Menschen wieder öffnen, und das Kohärenzgefühl und die Neuroplastizität wieder wachsen können (Hüther, 2017).

Beziehungen und tiefe Verbundenheit sind weitere wichtige Aspekte für ein gesundes und zufriedenes Altern. Auch wenn dieses Grundbedürfnis während des Lebens immer wieder verletzt wird, bleibt es zeitlebens erhalten und nicht dazugehören zu dürfen, nicht ernst genommen, ausgegrenzt oder abgewiesen zu werden, löst in jedem Alter großen und tiefen Schmerz aus. Ständige Erwartungen, Bewertungen und Belehrungen führen zu Kränkungen, die tatsächlich krank machen. Unter solchen Bedingungen geht jede Neuroplastizität allmählich verloren. Alte Menschen wollen sich nicht als Objekte innerhalb von Fürsorge- und Dienstleistungen fühlen, sondern als wertvolle und einzigartige Personen, die aufrichtige und liebevolle Zuwendung verdienen und erhalten (Hüther, 2017).

Wer seine Lust am Lernen verliert, hat auch bald keine Lust mehr am Leben. Leider geht die Freude am Lernen, die Neugierde und der Forscherdrang vielen Menschen schon früh verloren, und sie sehen sich nicht mehr als Gestalter ihrer eigenen Lern- und Lebensprozesse. Diese verlorengegangene Freude am Lernen kann auch im Alter wiedergefunden werden. Kreuzworträtsel, Sudokospiele und Lernprogramme sind dazu eher wenig dienlich. Es bedarf Möglichkeiten, sich auf Neues einzulassen, Überraschungen, Wunder, aber auch Enttäuschungen und Probleme zu erleben (Hüther, 2017).

Verstehbarkeit, Gestaltbarkeit und Sinnhaftigkeit – so lauten die drei salutogenetischen Grundprinzipien, die es dem Menschen ermöglichen, jenes wichtige Kohärenzgefühl zu entwickeln, das die Voraussetzung für die Aktivierung der im Körper angelegten Selbstheilungskräfte ist. Für die Integration dieser Prinzipien im Alltag integriert bedarf es vermutlich noch einiger gesellschaftlicher und politischer Veränderungen. Psychomotorische Interventionen bieten eine Vielfalt an Möglichkeiten, wie Lebendigkeit entwickelt und gespürt werden kann, und für dieses Lebensgefühl, das uns auch Gesundheit und Zufriedenheit vermittelt, ist es niemals zu spät (Hüther, 2017).

5 Die Psychomotorik, unter anderem dargestellt im Projekt „Bewegte Klasse“

Immer öfter begegnet uns, besonders im Kindergarten- und Grundschulbereich, der Begriff Psychomotorik, und im gegenständlichen Kapitel soll ein Einblick darüber gegeben werden. Die Psychomotorik ist eine neue wissenschaftliche Disziplin, in der Bewegung, Lernen und Persönlichkeitsentwicklung im Vordergrund stehen. Bewegung wird in der Psychomotorik als Motor für die lebenslange körperliche und geistige Entwicklung des Menschen gesehen. Durch Bewegungs- und Wahrnehmungslernen mit allen Sinnen wird die intrinsische Motivation forciert und der Mensch ist fähig, autonom, sinnerfüllt und mit Freude zu handeln (Fischer, 2019).

Ausgehend von den Aussagen der Salutogenese (Antonowsky, 1997) und den Ausführungen Hüthers (2017) dazu, sind dies genau jene Aktivitäten und Faktoren, die ein gesundes und zufriedenes Altern ermöglichen. Der Einsatz der Psychomotorik im Senior*innenbereich ist deshalb als sinnvoll und empfehlenswert anzusehen. In verschiedensten Institutionen stehen, hauptsächlich Kindern, in geringerem Umfang auch Erwachsenen, psychomotorische Angebote zur Verfügung. Dabei handelt es sich meist um Einzelinitiativen oder Möglichkeiten innerhalb anderer Angebote, z.B. in Sportvereinen. Eine interdisziplinäre und interprofessionelle Form, die sich über ein ganzes Bundesland erstreckt, stellt das Projekt „Bewegte Klasse“ dar. Da ein solch mehrdimensionales Angebot auch im Senior*innenbereich eine gute Handlungsbasis darstellen könnte, wird in diesem Kapitel näher auf die Psychomotorik selbst, und auf dieses Projekt eingegangen.

Bewegungsarmut und mangelndes Bewusstsein über die Auswirkungen von Bewegung bzw. Bewegungsmangel stellen ein großes Problem in unserer modernen Gesellschaft dar. Ein psychomotorisch gestalteter Rahmen bietet Raum und Zeit, um sich zu bewegen, sich selbst zu spüren, Erfahrungen mit allen Sinnen machen zu können, experimentieren, ausprobieren und variieren zu dürfen, Überraschungen zu erleben und Emotionen ausleben zu dürfen. In einer vielfältigen, anregenden und sinnstiftenden Umgebung mit großer emotionaler Sicherheit kann begriffen, gespielt und gelernt werden, wodurch Handlungsfähigkeit erworben bzw. im Senior*innenbereich erhalten werden kann (Voglsinger, 2004).

In der Psychomotorik geht es darum, die Wechselwirkung von Bewegung, Kognition und sozial-emotionaler Kompetenz zu verstehen und zur Entwicklungsförderung zu nutzen. In-

ternational hat sich der Begriff „embodiment“ (Körperlichkeit) etabliert und es wird ein enger Zusammenhang zwischen der Motorik und dem Wahrnehmen, Erleben, Erfahren und Handeln, jeweils in sozial-ökologischer Einbettung gesehen. In diesem Verständnis hat sich seit den 1950er Jahren ein praxisbezogenes, pädagogisch-therapeutisches Konzept entwickelt, in das verschiedenste Erkenntnisse aus der Leibeserziehung und Gymnastikbewegung, der Heil-, Sonder- und Sportpädagogik, der Sinnes- und Bewegungsschulung und der rhythmischen Erziehung einfließen. Erst im zweiten Schritt wurde durch Theorieanleihen eine Stimmigkeit von Theorie und Praxis hergestellt und versucht, auf wissenschaftlicher Ebene zusammenzufassen, zu begründen, zu ordnen und weiterzuentwickeln. Der Begriff der Psychomotorik ist eng mit dem Namen E. J. Kiphard (1923 – 2010) verbunden, der in seiner langjährigen Arbeit am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Hamm (Deutschland) einen engen Zusammenhang zwischen Entwicklungsstörungen oder seelischen Behinderungen mit motorischen Verzögerungen sah, und mittels Bewegung zu fördern versuchte. Spielerische Übungen zur Sinnesschulung, Körper- und Raumwahrnehmung, Achtsamkeit, Selbstbeherrschung und rhythmisch-musikalische Schulungen haben das Ziel, über die Motorik eine leibseelische Harmonisierung und Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit zu bewirken (Fischer, 2019).

Selbst junge Kinder wissen am besten, mit welchem Material, mit wem und wie sie gerne spielen wollen. Wenn sie frei spielen können und nicht beeinflusst sind, was erwünscht und von ihnen erwartet wird, wenn sie ihre Stärken und Schwächen einbringen können, und ihr Tun, auch Fehler, wertgeschätzt werden, entsteht ein Raum, wo sie ihre Themen, ihre Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte präsentieren können. In einem solchen Raum kann auch gelernt werden, wie mit Schwächen umzugehen ist (Voglsinger, 2004).

In psychomotorischen Einheiten können Kinder einerseits ihren Bewegungsdrang ausleben, und haben andererseits die Möglichkeit, ihre alltäglichen postmodernen Lebenswelten, ihre Themen und „ihre Welt“ zu gestalten, zu (er)finden und darzustellen. Ohne Zwang und Leistungsdruck erfahren sie ihre eigenen Grenzen und schaffen ihre erlebnis- und lebensgeschichtlichen Räume. In diesen Räumen werden Geschehnisse und Geschichten thematisiert, seelische Dramen erzählt, und dort werden diese auch „be-handelt“, „er-spielt“ und „er-lebt“. In psychomotorischen Stunden wird die kindliche Realität zum inhaltlichen Thema und auch (innere) Konflikte, Kränkungen, Leid und Bewältigungsversuche werden gespiegelt. Es gibt keine Eingrenzung, Ablehnung und kein Kritisieren, sondern Authentizität, Vertrauen, Achtung, Achtsamkeit, Wertschätzung und Empathie (Voglsinger, 2004).

Im Senior*innenbereich ist zwar der Bewegungsdrang weit geringer, aber auch diese Menschen können von eigens gestalteten psychomotorischen Räumen, die ihren Bedürfnissen und Lebensthemen angepasst sind, profitieren.

Innerhalb von möglichst wenigen, aber klar definierten Grenzen und Regeln hat das Kind die Möglichkeit, seinen Bedürfnissen Raum zu geben. Entsprechend den eigenen Bedürfnissen kann es laufen, rutschen, springen, schwingen, sich drehen, etwas bauen und gestalten und es darf, im sozialen Kontext, sogar auch etwas zerstören, um es wieder neu aufzubauen. Raum, Zeit, Materialauswahl und die soziale Gruppe selbst werden zum Raum für Bewegungsaktivitäten und zum Raum für Emotionen, wo auch Verletzlichkeit, Angst, Aggression oder Trauer Platz haben dürfen (Voglsinger, 2004).

Das Kind als „Akteur seiner Entwicklung“ (Kautter et al., 1988; zit. n. Passolt, 2004) inszeniert seine inneren Themen und nützt die Angebote von außen, die es jetzt gerade für seine Entwicklung benötigt. Kinder handeln niemals ohne Grund und für sie ist jedes Tun sinnvoll. Es liegt an den Erwachsenen, dies zu verstehen und entsprechend zu berücksichtigen. Die Aufgabe der Psychomotoriker*innen besteht deshalb darin, wahrzunehmen, was sich hinter den sichtbaren Handlungen der Kinder tatsächlich verbirgt. Ihre Aufgabe ist nicht, die Kinder zu Höchstleistungen zu motivieren, sondern ihr selbstständiges Tun aufmerksam und wertschätzend zu begleiten (Voglsinger, 2004).

Durch Beobachtung und Offenheit erkennen sie, was die Kinder brauchen, was ihnen fehlt und wie sie diese Wünsche und Bedürfnisse stillen können. Die Beobachtung, die ein aktives Mitschwingen im Sinne von „hautnah dabei sein/mitgehen“ sein soll, hat grundsätzlich einen wichtigen Stellenwert für die Gestaltung des Lernraums. In der wachen Begleitung erfahren sie von biografischen Gewordenheiten und lernen, den Kontext mehr und mehr zu verstehen (Voglsinger, 2004).

Ebenso wie Kinder handeln z.B. auch demente Menschen niemals ohne Grund, und ihr Tun ist, zumindest für sie, als sinnvoll anzusehen. Die genannten Aufgaben der Psychomotoriker*innen können somit auf den Senior*innenbereich übertragen werden.

Es ist nicht der Blick zum Besten, Ersten, Mächtigsten und Prächtigsten, sondern der Blick zu Offenheit, Flexibilität, Kreativität, Gestaltungen und Improvisationen. Mit dieser Haltung wird das Individuum mit all seinen Schwierigkeiten und Eigenarten angenommen, und gemeinsam werden Räume gestaltet, wo es kein gut und schlecht, kein richtig und falsch gibt und wo Abwertung, Kritik, Korrektur und Belehrung keinen Platz haben. In diesem Raum

können Fehler gemacht werden und Normen dürfen auch mal über Bord geworfen werden. „Nicht-Normal-Sein“ ist erlaubt oder sogar erwünscht ist, andere Sichtweisen können eingenommen werden und durch Fragen und Ausprobieren werden Antworten gesucht und gefunden. In der Psychomotorik wird alles respektiert, was einen Menschen einmalig und „eigenartig“ macht und auch „merk-würdige“ Menschen haben ihren Platz (Passolt, 2004).

Die Psychomotorik ist kein Programm, keine Methode und auch keine Angebots- oder Übungssammlung. Sie ist ein Raum, der es ermöglicht, sich frei und offen mit den eigenen Themen zu beschäftigen und sich freizuspielen und falls notwendig, das Spielen wieder zu erlernen und wieder Freude am Lernen zu gewinnen. Wie oft geht oder ging die Fähigkeit, sich auf ein Spiel einzulassen, mit Freude zu lernen und frei vom Kopf zu sein, schon frühzeitig verloren? Lebenslanges Lernen ist jedenfalls ein wichtiger Faktor für ein zufriedenes Leben und Altern (Passolt, 2004).

Zu Lernen ist aber für viele Menschen, von Kindheit an, mit Problemen und Schwierigkeiten verbunden. Schon Anfang des 20. Jahrhunderts stellte der Reformpädagoge John Dewey (2000; zit. n. Vogelsinger, 2004) die Frage, warum Kinder außerhalb der Schule so voller Fragen und Neugier sind, im Hinblick auf den eigentlichen Unterrichtsstoff dann aber wenig Wissbegier zeigen. Er beantwortete sie damit, dass mehr wirklicher Stoff, mehr greifbare Gegenstände, mehr Geräte und Werkzeuge, und mehr Gelegenheit zum wirklichen Tun benötigt werden, um diese Kluft zu überbrücken (Voglsinger, 2004).

Dieser Forderung kommt zum Beispiel das Konzept der Waldorfschule nach, wo intellektuelle, handwerklich-technische und künstlerische Fähigkeiten gleichermaßen gefördert werden. In schulischen und außerunterrichtlichen Erfahrungen mit Menschen, Sachen und Ideen werden die Kinder unterstützt, ihre eigene Identität zu finden und zu bewahren. Leben und Lernen stehen eng miteinander in Verbindung und das Grundprinzip lautet: Lernen an und aus Erfahrung und nicht primär aus Belehrung (Voglsinger, 2004).

Unterschiedliche Fähigkeiten und Bedürfnisse werden als Bereicherung gesehen und in den Bildungsangeboten berücksichtigt. Die Forderung nach einer sozialen, emotionalen, intellektuellen und körperlichen Persönlichkeitsbildung ist seit 2001 in den österreichischen Lehrplänen für Grundschulen verankert, und der Unterricht soll methodisch-didaktisch so gestaltet sein, dass er sich an den Interessen der Kinder orientiert und ihre Persönlichkeitsentwicklung unterstützt. Es gilt, Neugier und Lernfreude früh zu fördern, damit sie lebenslang, selbst bis ins hohe Alter, erhalten bleiben (Voglsinger, 2004).

Ein aktuelles psychomotorisches Projekt, in dem das individuelle Lernen und die Persönlichkeitsentwicklung im Zentrum stehen, ist die „Bewegte Klasse“. Aufgrund erkennbarer Parallelen zwischen Kindern und älteren Menschen könnten Möglichkeiten und Erkenntnisse dieses mehrdimensionalen Projektes eventuell auch Senior*innenbereich Anwendung finden.

Das Projekt „Bewegte Klasse“ gibt es seit dem Schuljahr 2003/04 in Niederösterreich, und alle niederösterreichischen Grundschullehrer sind dazu eingeladen. Das Projekt ist offen gestaltet und entwickelt sich auf Basis reflexiver Prozesse ständig weiter. Es soll konkrete Hilfestellungen und Impulse für die Unterrichtsgestaltung geben und das Hauptanliegen ist, die Bedeutung der Bewegung als zentrales Phänomen der Persönlichkeitsentwicklung bewusst zu machen. Grundlage ist ein holistisches Menschenbild, in dem die physische, psychische, kognitive und soziale Dimension des menschlichen Seins als untrennbar gesehen wird. Der Mensch ist eine Einheit aus Körper, Seele und Geist, die in eine Sozietät eingebunden ist (Voglsinger, 2004).

Alle Ebenen sind sowohl aufeinander als auch auf das Ganze bezogen und es besteht eine ständige Wechselbeziehung miteinander. Die vier Dimensionen des menschlichen Seins sind

- die kognitive Dimension
- die psychische Dimension
- die physische Dimension
- die soziale Dimension (Voglsinger, 2004).

Der Mensch und seine Umwelt bilden ein Gesamtsystem, das ständig aktiv und in Veränderung ist. Jede Aktivität oder Veränderung in einem Bereich führt automatisch zu Reaktionen und Veränderungen in den anderen Dimensionen. Die einzelnen Bereiche organisieren sich nach ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten selbst, beeinflussen sich jedoch immer gleichzeitig auch gegenseitig (Voglsinger, 2004).

Der Mensch wird als Gestalter seiner Entwicklung betrachtet, und Lernen ist ein aktiver Prozess, in dem sich das Individuum mit der Umwelt auseinandersetzt. Bewegungsräume, die vielfältige sinnesphysiologische Körper-, Bewegungs- und Handlungserfahrungen bieten, werden zu Lernräumen, wo ganzheitliches Lernen, bei dem alle Sinne aktiv sind und integrative Denkprozesse im Mittelpunkt stehen (Voglsinger, 2004).

Der Unterricht soll sich grundsätzlich am Kind orientieren und die methodisch-didaktische Gestaltung die jeweils aktuellen Bedürfnisse der Schüler*innen berücksichtigen. Die Unterrichtsformen, durch die sich Differenzierung und Individualisierung verwirklichen lassen, reichen von Einzelarbeit über Partnerarbeit bis zur Gruppenarbeit und offenen Formen des Lernens. In Lehrplänen festgeschriebene Grundsätze und Ziele sind zwar notwendig, es reicht aber nicht aus, sie nur auf die Inhaltsebene zu reduzieren. Die Lernzielanalyse geht von der Handlungsstruktur aus und berücksichtigt den kompletten Vorgang des Austausches mit der Welt, die immer komplexer wird (Voglsinger, 2004).

Neben lerntheoretischen, produktorientierten und operationalen Verhaltenszielen werden auch Prozesse, die der Persönlichkeitsentwicklung dienen, als wichtig gesehen. Das „offene Lernen“ mit vielen Wahlmöglichkeiten gilt als ideale Form des Lernens. Lehrer*innen beobachten die Schüler*innen, und fördern sie auf Basis dieser Beobachtungen individuell (Voglsinger, 2004).

Ausgehend vom vierdimensionalen Menschenbild gilt es den Begriff Bewegung zu interpretieren und die daraus resultierenden Möglichkeiten für ganzheitliche Lernprozesse aufzuzeigen. Ein „Bewegungsraum“ muss als initiiertes, räumlich-atmosphärisches Rahmen verstanden werden, wo

- bewegtes Denken (Kognition, Kreativität, Flexibilität)
- eine bewegte Seele (Psyche, Emotion, Motivation)
- ein bewegter Körper (Motorik/Biologie, Aktivität, Handlungsfähigkeit)
- und aufeinander zubewegen (Sozialität, Dialog, Kommunikation)

möglich ist (Voglsinger, 2004).

Beim Projekt „Bewegte Klasse“ stehen im Rahmen des Grundangebotes folgende Themenbereiche zur Wahl:

- Aktives Lernen – Anregungen für einen bewegten, ganzheitlichen Unterricht, wo mit allen Sinnen die Welt aktiv erforscht und erfahren werden kann.
- Bewegungserziehung – Impulse zur Gestaltung von Bewegungseinheiten im Turnsaal und im Freien.
- Tanz – ein Spiel mit Rhythmus und Musik.
- Wasser – spielen, schwimmen und genießen.
- Körpererfahrung – Bewegung als Wechselspiel von Spannung und Entspannung.
- Rückenschule – für eine bewegliche Wirbelsäule.

- Ernährung (er)leben – essen und trinken mit Spass (Vogelsinger, 2004).

Das Zusatzangebot enthält unter anderem orthopädische Untersuchungen, BMI- und Körperfettmessungen, Angebote zum Fühlen, Schmecken und Riechen („Spürnasen und Feinschmecker“) oder zur Pausen(raum)gestaltung (Voglsinger, 2004).

Im betreuenden Team finden sich z.B. Sonder- und Heilpädagog*innen, Sportwissenschaftler*innen, Rhythmiker*innen, Ernährungswissenschaftler*innen, Mediziner*innen und Psychomotoriker*innen. Im Akademielehrgang „Psychomotorische Förderung“ wird das integrativ ganzheitlich orientierte Konzept der Entwicklungsförderung über das Medium Bewegung an die Teilnehmer*innen vermittelt. Lernen wird als hochmotivierter, äußerst aktiver Prozess gesehen, der nur dann effektiv ist, wenn alle Möglichkeiten, alle Sinne und alle psychischen Funktionen aktiviert werden. (Vogelsinger, 2004).

6 Bewegung und Psychomotorik im Erwachsenenalter

Körper und Bewegung haben in jeder Lebensphase einen besonderen Stellenwert für die Entwicklung, aber immer in unterschiedlichen Ausprägungen. In der Kindheit haben Bewegung und Wahrnehmung, wie bereits im vorangegangenen Kapitel beschrieben, eine enorm große Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung, und die Psychomotorik, die hier schon viel angewendet wird, trägt dazu bei, gestörte oder schwierige Entwicklungsverläufe nachzubessern (Eisenburger, 2012).

In der Jugendzeit haben Bewegung und Wahrnehmung allgemein weniger Bedeutung und es gibt eher noch wenige psychomotorische Angebote. Im Erwachsenenalter steht Bewegung meist einfach zur Verfügung, hat aber eine untergeordnete Rolle. Sie wird im Sinne einer „Life-work-balance“ genutzt, um das Leben zu gestalten und zu realisieren. Es liegt am Individuum, ob es sich bewegt und damit die Gesundheit verbessert, oder ob es mit Bewegungsmangel die Entstehung von Krankheiten begünstigt (Eisenburger, 2012).

Erst ab etwa 60 Jahren nimmt der Einfluss der Bewegung wieder zu. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Bewegung den Prozess des Alterns verlangsamt. Spätestens jetzt muss begonnen werden, das „Instrument“ (den Körper) sorgsam zu pflegen, damit das eigene Leben gut weitergeführt werden kann. Bei hochaltrigen Menschen können die Veränderungen/der Gestaltwandel wieder ähnlich sichtbar wie zum Beginn des Lebens werden, das heißt, dass es im Vergleich eines 95jährigen mit einem 50jährigen ebenso enorme Unterschiede geben

kann, wie wenn man einen Säugling mit einem 10jährigen Kind vergleicht (Eisenburger, 2012).

Dass die Psychomotorik für erwachsene Menschen noch weniger präsent ist, mag eventuell auch daran liegen, wie die Umwelt von Erwachsenen in unserer modernen Gesellschaft gestaltet ist. In allen Lebensbereichen sind (Höchst-)Leistungen gefragt und gefordert und die Menschen hetzen Idealen nach, die ihnen durch Medien und Werbung vermittelt werden. Hypermoderne Fitnessstudios laden in erster Linie zum Auspowern ein und es gilt als „in“, auch in späteren Altersabschnitten noch sportliche Höchstleistungen wie z.B. einen Marathon laufen, zu vollbringen. In den meisten Sportarten werden Trainingsmöglichkeiten und Bewerbe für alle Altersklassen angeboten. Das Angebot für Bewegung ist grundsätzlich riesig, aber problematisch ist, dass diese Möglichkeiten oft sehr einseitig sind und Teilnehmer*innen eventuell aus ihrem sozialen Umfeld herausfallen, wenn körperliche oder altersbedingte Einschränkungen ihnen eine weitere Teilnahme plötzlich unmöglich machen.

Ein gewisses Umdenken ist seit einigen Jahren insofern zu erkennen, dass immer mehr Fitnessstudios und andere Einrichtungen auch Aktivitäten anbieten, wo Körperbewusstsein, Körperwahrnehmung und Entspannung gefördert werden. So liegt z.B. Yoga derzeit sehr im Trend und sämtliche Stunden sind überall gut besucht.

Auf der anderen Seite gibt es aber auch sehr viele Erwachsene, die sich viel zu wenig oder oft auch gar nicht bewegen. Die Gründe dafür sind vermutlich vielfältig, und neben Menschen, die schon als Kind keinen Zugang zu Sport und Bewegung hatten, kommt später noch das Unverständnis über die Wichtigkeit von Bewegung, besonders in Stresszeiten, und möglicherweise auch noch eine gewisse altersbedingte Bequemlichkeit hinzu. Da Bewegungsmangel unweigerlich zu körperlichen Defiziten und Problemen wie z.B. Unbeweglichkeit und Übergewicht führt, muss auch das natürliche Schamgefühl beachtet werden. Eine übergewichtige, unbewegliche Person wird sich eher weniger von den Fitnessangeboten, die meist mit jungen, durchtrainierten Menschen beworben werden, angesprochen fühlen.

Psychomotorische Angebote, wo Bewegung keinen Leistungsanspruch hat und wo man sich in seinem eigenen Tempo in einem sozialen Umfeld weiterentwickeln kann, stellen besonders für diese Gruppe eine ideale Form dar. Allerdings besteht das gleiche Problem wie bei allen anderen Angeboten: wie kommt man, vor allem rechtzeitig, an dieses Klientel heran?

Da diese Menschen aufgrund ihrer Blutdruck-, Bewegungsapparat- und Stoffwechselproblemen meist regelmäßig Ärzt*innen konsultieren, wäre eine Möglichkeit, ein neues Körperbewusstsein über eben diese zu schaffen.

Eine Unterstützung durch Sozialversicherungsträger im Sinne einer Gesundheitskasse, anstelle der bisherigen Krankenkasse, wäre im Erachten der Autorin hilfreich. Namentlich ist diese Änderung mittlerweile schon vollzogen, es wird aber vermutlich noch einige Zeit dauern, bis das Umdenken soweit abgeschlossen ist, dass auch Präventivmassnahmen und nicht nur medizinische Reparaturmassnahmen bezahlt werden.

In jedem Fall ist die Botschaft, dass es niemals zu spät für Bewegung und ein aktives Leben ist, und dass selbst bei Einschränkungen, egal ob körperlicher oder kognitiver Natur, Bewegung das Medium ist, über das ein zufriedeneres Leben und Altern erreicht werden kann.

7 Psychomotorik im Alter

7.1 Zuerst muss die Seele bewegt werden

Wie eingangs erwähnt, ist in unserer Gesellschaft mit permanent steigender Lebenserwartung, eine körperliche und geistige Fitness jenseits des 60. Lebensjahres sowohl ein persönlicher Wunsch, als auch ein gesellschaftliches Erfordernis. Die Generation 65+, die jetzt heranwächst, ist in völlig anderer Verfassung als die bisherigen Generationen.

Die Menschen haben keine Kriegs- und/oder Nachkriegserfahrungen, und lebten zumeist von Beginn an in einer aufstrebenden Konsumgesellschaft, in der persönliche Entwicklung, Individualisierung, Selbstverwirklichung und Meinungsfreiheit gegeben waren. Ein heute 65jähriger Mensch ist anders als ein 65jähriger vor 20 Jahren. Senior*innen wünschen sich bis ins hohe Alter eine unangestregte, stressfreie Nachberufszeit mit viel Abwechslung und vielen Angeboten und Möglichkeiten (Eisenburger, 2012).

Im Alter rückt die Bewegung wieder aus ihrem Schattendasein heraus. Viele Jahrzehnte war sie einfach da und wurde genützt, ohne dass sie groß beachtet wurde. Lediglich bei Krankheit, nach Verletzungen oder bei Schmerzzuständen bei oder nach Bewegung, rückte sie manchmal ins Bewusstsein. So wie am Lebensanfang die Fähigkeit wuchs, unseren Körper und damit die Welt zu beherrschen, können die Einschränkungen, die der Körper verursacht, unseren Zugang zur Welt beherrschen (Eisenburger, 2012).

Lassen die motorischen Fähigkeiten nach, und ist man auf Hilfe angewiesen, so ist diese im Alter nicht so naturgesetzlich gegeben wie normalerweise in der Kindheit. Der Mensch hat ein genetisches Programm, nach dem er sich entwickelt. Dieses besagt aber nicht, dass wir Fähigkeiten im Alter zwangsläufig wieder verlieren. Gewisse Veränderungen, z.B. Hautfalten sind biologisch gegeben, aber wie wir alt werden, hängt zum großen Teil vom Individuum selbst ab. Selbst bei schweren Krankheitsverläufen gibt es einen Teil Selbstverantwortung (Eisenburger, 2012).

Über diverse Medien und die Werbung erhalten Menschen jeden Alters ständig Informationen darüber, was gut für ihre Lebensführung wäre. Tatsächlich fühlen sich auch immer mehr ältere Menschen davon angesprochen. Zum Teil betreiben sie mehrmals pro Woche den Sport ihrer Wahl um gesund zu bleiben, aber Begriffe wie Achtsamkeit, Selbstbewusstsein, Körpergefühl und Kooperation bleiben weiter nebensächlich. Mittlerweile gibt es schon viele gute Angebote aus dem Gesundheitsbereich, aber es gibt immer noch keinen Markt für die Psychomotorik, d.h. psychomotorische Angebote für ältere Menschen werden immer noch wenig angeboten und genutzt. (Eisenburger, 2012).

Es gilt als wissenschaftlich bewiesen, dass Bewegung den Alterungsprozess verlangsamt, weshalb eine Bewegungsförderung möglichst früh einsetzen sollte. Die Bewegungsangebote sind allerdings den Möglichkeiten und Interessen dieser Generation entsprechend zu gestalten. Senior*innen benötigen keinen rein funktionellen Bewegungsansatz, der einzelne Körperfunktionen isoliert verbessern soll, sondern eine ganzheitliche Persönlichkeits- und Entwicklungsförderung (Krus, 2012).

Die Psychomotorik umfasst nicht sportliches Handeln, sondern Bewegung in ihren vielfältigen Dimensionen. Neben der körperlichen und geistigen Fitness werden auch allgemeine Handlungskompetenzen und soziale Kontakte gefördert. Sie ist nicht nur ein Konzept, sondern eine Haltung und sollte mit all ihren Ansätzen, Arbeitsweisen, Impulsen und Reflexionen vorangetrieben werden (Krus, 2012).

Die Psychomotorik hat sich von jeher den Menschen zugewandt, die besonderen Förderbedarf haben, und ihnen Entwicklungsbegleitung angeboten. Meist richtete sie sich bisher aber an Kinder, die „anders“ waren. Mittlerweile ist aber bekannt, dass sie nicht nur dazu beiträgt, sich zu einem gesunden, selbstsicheren Menschen zu entwickeln, sondern auch, dass Bewegung hilft, bis ans Lebensende selbständig und zufrieden zu leben (Eisenburger, 2012).

Älterwerden bedarf ebenso wie eine normale Kindheit normalerweise keiner besonderen Förderung, jedoch entstehen im Alter eine Reihe neuer Themen, die mit psychomotorischen Interventionen gut begleitet und unterstützt werden können, z.B. müssen sich Menschen im Alter immer wieder mit diversen körperlichen Veränderungen auseinandersetzen, und nicht selten muss auch von bisherigen Lebensträumen und Zielen Abschied genommen werden, und neue definiert werden. Während sich Kinder damit auseinandersetzen müssen, sich mit (noch) nicht vorhandenen Fähigkeiten in der Welt zurechtzufinden und Kompetenzen zu erwerben, ist das große Thema des Älterwerdens, Kompetenzen möglichst lange zu erhalten und die Balance zu finden zwischen dem, was ältere Menschen wollen und dem, was sie (noch) können (Eisenburger, 2012).

Auch wenn dem Geist eine große Vormachtstellung zugeschrieben wird, bestimmt letztlich der Körper wie wir sind! Der Körper zeigt uns, wie/wer wir sind und was wir tun/können/wollen. So wie es gestörte Kindheitsverläufe gibt, gibt es auch gestörte Altersverläufe und bei allen gestörten Entwicklungsverläufen bietet die Psychomotorik eine vielfältige Unterstützung an. Es ist zu überlegen, ob nicht der Begriff selbst, das Wort „psycho“ oder Bewegungsförderung, eventuell (immer noch) das Gefühl „defekt“ zu sein, suggerieren? (Eisenburger, 2012).

Besonders problematisch wird die Situation, wenn die körperliche oder geistige Verfassung eine selbständige Lebensführung nicht mehr zulässt, und der selbständige Lebensraum mit dem Einzug in ein Heim aufgegeben werden muss. Ein Pflegeheim hat ein, von der Umwelt abgeschiedenes, eigenes System. Die medizinisch-pflegerische Versorgung der kranken oder alten Menschen erfolgt nach einem festgelegten Dienstplan und bestimmt den Tagesablauf und die Beziehungen der Menschen untereinander. Stehen den vorhandenen körperlichen Einschränkungen auch noch schlechte, einengende, demotivierende und starre Lebensbedingungen gegenüber, die Bewegung nicht oder nur wenig zulassen, sind die Folgen fatal (Eisenburger, 2012).

Der Einzug in ein Heim bedeutet sehr oft die Aufgabe vertrauter Selbstverständlichkeiten, einseitige Unterordnung an die dort herrschenden Regeln und ein Zerreißen von sozialen Netzen. Die eigene Selbstbestimmung muss zumindest teilweise zugunsten von Heimordnung und Dienstplänen aufgegeben werden und die Bewältigung der belastenden Lebenssituation reduziert sich weitgehend auf Anpassung. Die Anpassung an die Erwartungen anderer lassen aber eigene Gefühle, Wünsche, Meinungen undeutlich werden und allmählich verschwinden (Eisenburger, 2012).

Letztendlich wird die eigene Identität verleugnet und das Individuum „verliert sich selbst“. Der Körper baut mehr und mehr ab, denn das biologische Funktionsgesetz, das sagt „was nicht gebraucht wird, verkümmert“, hat auch im Alter seine Gültigkeit. Hände werden schlaff und leblos, weil sie nichts mehr zu tun haben, der Blick bleibt gesenkt, weil es nichts Interessantes mehr zu sehen gibt. Die Beine bleiben ruhig, weil es sich nicht mehr lohnt, in die Welt zu gehen, und irgendwann sind die Fähigkeiten dann tatsächlich verloren. Es wird zwar selbstverständlich, sich schwach, abhängig und schutzbedürftig zu fühlen, aber die Diskrepanz zum früheren Lebensgefühl bleibt tief verborgen spürbar, und die Folge ist ein Rückzug in sich selbst (Eisenburger, 2012).

Die Energie und Fähigkeiten von alten Menschen reichen oft nicht aus, um eigene Bedürfnisse entgegen den (vorgegebenen) Erwartungen umzusetzen, und obwohl die Menschen völlig unterschiedliche Biographien und Persönlichkeiten aufweisen, haben sie letztlich gemeinsame Themen: den Rückzug aus dem Alltag, ständige Eingriffe in intimste Bereiche und in Erinnerungen, das Entfernen und Desinteresse an der Gegenwart und Bewegungslosigkeit. Die Bewegungslosigkeit ist nicht nur an den motorischen Einschränkungen wie im gehemmten Gang, an kleinen Schritten oder steifen Armen, Händen und Fingern zu sehen, sondern auch an den eingefrorenen Gesichtszügen und der starren Körperhaltung im allgemeinen (Eisenburger, 2012).

Solange Menschen leben, können sie sich bewegen, auch wenn dies völlig anders aussieht als früher. Durch praktischen Vollzug gehorcht der Körper allmählich wieder mehr, die Muskeln werden kräftiger und die Gelenke wieder etwas beweglicher. Bevor diese Prozesse stattfinden können, muss etwas im Bewusstsein geschehen. Der Mensch muss auf seinem Rückzug erreicht werden, und zuerst die Seele bewegt werden (Eisenburger, 2012).

Sobald es wieder etwas Interessantes zu sehen, hören, riechen, schmecken und fühlen gibt, und die Aufmerksamkeit steigt, werden kleine „Körpersensationen“ wieder spürbar. Der Mensch wird sich wieder seiner selbst bewusst. Eine freundliche Berührung, ein wertschätzendes Lächeln, ein vor der Nase tanzender Luftballon, ein schönes Musikstück etc. – schon kleine Impulse genügen, dass sich ein zurückgezogener Mensch plötzlich wieder bewegen will und kann. Und genau hier kann die Psychomotorik gute Arbeit leisten. Sie bietet viele Möglichkeiten, damit sich jemand wieder aus seiner Zurückgezogenheit in die Welt bewegt und eine individuelle Persönlichkeit sein kann (Eisenburger, 2012).

Die Psychomotorik kann kein sinnentleertes Dasein füllen oder für eine umfassende Lebensgestaltung sorgen, aber sie kann die Bewegung zurückholen. Die Bewegung, die notwendig ist, um die Menschen aus ihrem Verstummen und ihrer In-sich-Gekehrtheit zurückzuholen (Eisenburger, 2012).

Jeder Mensch, auch wenn er alt und immobil ist, und im Pflegeheim betreut wird, hat Bedürfnisse, die über Essen, Trinken, Schlafen und Wärme hinausgehen. Dazu zählt auch das Bedürfnis nach Genuss und Selbstvergewisserung. Psychomotorische Angebote sind ein geeignetes Instrument, sämtliche Bedürfnisse zu stillen. Motorisch-sensorische Erfahrungen sind immer verbunden mit Gefühlen und ermöglichen Lebensfreude und Lebensgenuss, und sind diese auch noch so klein. Sich selbst spüren können ist Voraussetzung, um in der Welt und Teil einer Gemeinschaft zu sein (Eisenburger, 2012).

Der Umgang, besonders mit sehr alten Menschen, ist auch für Psychomotoriker*innen nicht einfach. Meist sind sie es gewohnt, dass ihre Stunden sehr lebendig sind und dass immer etwas passiert. Im Gegensatz zu Kindergruppen, wo meist von Anfang an herumgetollt wird, herrscht in Stunden für alte Menschen anfangs oft eine enorme Stille und Bewegungslosigkeit. Schon einfache Angebote sind für die alten Menschen schwierig, und es ist so ruhig, weil sich alle konzentrieren um z.B. einen Ball weiterzugeben. Für die Übungsleiter*innen entsteht leicht das Gefühl, dass ihr Angebot eventuell zu langweilig ist (Eisenburger, 2012).

Dass es für die Teilnehmer*innen aber gar nicht langweilig ist, sieht man spätestens, wenn sich die Mienen ein klein wenig verändern. Wenn der Blick wacher erscheint, ein Lächeln im sonst unbewegten Gesicht sichtbar wird, oder wenn sich Füße, Zehen, Beine, Arme oder auch nur die Finger millimeterweise bewegen. Meist sind es ganz kleine Zeichen, aber diese zeigen Momente auf, in denen sich die Menschen (relativ) wohl fühlen. Auch wenn die Menschen nach der psychomotorischen Einheit wieder in den, vielleicht tristen, Alltag entlassen werden, konnten sie kurzzeitig erreicht und aus einer (selbstgewählten) Versunkenheit, Einsamkeit und Leere in die Welt zurückgeholt werden. Die psychomotorische Intervention stellt jedenfalls eine salutogene Quelle dar, aus der die alten Menschen schöpfen können (Eisenburger, 2012).

Die in Kapitel 3.3. beschriebenen kognitiven Veränderungen durch Demenzerkrankungen sind in psychomotorischen Angeboten mit älteren und alten Menschen ebenfalls zu berücksichtigen. Der Leitsatz lautet: „Wenn der Geist schwindet, bildet Bewegung die Brücke, auf der wir Menschen mit Demenz erreichen und sie stützen“ (Eisenburger, 2012).

Neue Pflgetheorien sind sich längst einig, dass bei Demenz mehr als ein rein medizinisches Denken notwendig ist. Es bedarf der Entwicklung einer neuen Demenzpflegekultur mit stützenden Interaktionsformen und wertschätzendem Verhalten. Die Psychomotorik ist hierfür eine ideale Ergänzung, denn sie zeigt,

- dass „Ich-stützende Erfahrungen“ auch jenseits der Kognition möglich sind
- dass Beziehung und Milieu Handwerkszeug für Sozial- und Sachkompetenz sind
- dass mit leiblichen Erfahrungen die Ichkompetenz wirksam verbessert werden kann (Eisenburger, 2012).

Lt. Eisenburger (2012) ist dem sogenannten „Leibgedächtnis“ große Bedeutung zu geben. Das verstandesmäßige Gedächtnis (explizites Gedächtnis) macht nur einen Bruchteil unseres Gedächtnisses aus. Der Mensch hat auch ein Gedächtnis des Erlebens (implizites Gedächtnis), ein Gedächtnis der Sinne, Klänge, etc., wo alle emotional bewerteten Erfahrungen und Erlebnisse abgespeichert werden (Eisenburger, 2012).

Dieses Leibgedächtnis bleibt auch erhalten, wenn durch die Demenzerkrankung das rationale Gedächtnis abnimmt. Jede neue Erfahrung wird im Leibgedächtnis, wenngleich auch unbewusst, mit früheren Erfahrungen verglichen. Um eine neue Anforderungen zu bewältigen, wird unbewusst darauf zurückgegriffen und über das implizite Wissen reagiert. Das Leibgedächtnis verbindet, unabhängig vom Bewusstsein, alle Wahrnehmungen und Tätigkeiten mit dem Vertrauten aus dem eigenen Leben. Wird z.B. ein Kaffeegeruch wahrgenommen, entstehen sofort Bilder einer Konditorei oder von Familienjause. Werden Hände unter Wasser gehalten, wird automatisch begonnen, sie zu waschen (Eisenburger, 2012).

Auch wenn das explizite Gedächtnis nachlässt, gibt das Implizite weiter Orientierung und Sicherheit, im Sinne von „das kenn ich, das ist mir vertraut – hier bin ich sicher“. Bei demennten Menschen sind im expliziten Gedächtnis viele biographische Episoden verloren gegangen. Über das rationale Denken, das Nachdenken, gibt es keinen Zugriff mehr. Auch die Erinnerung an sich selbst geht mehr und mehr verloren. Im Leibgedächtnis aber ist vieles noch gespeichert. Tauchen durch Anregungen wieder Szenen, Situationen des eigenen Lebens auf, entsteht auf vorbewusster Ebene wieder das Gefühl „ich bin“. Die Psychomotorik erreicht mit ihren Angeboten die Menschen auf der Ebene jenseits des Denkens, denn sie spricht bewusst das Leibgedächtnis an (Eisenburger, 2012).

Menschen mit Demenz sind besonders gefährdet zu vereinsamen. Die Sprache in ihrer komplexen Form steht ihnen oft nicht mehr zur Verfügung, trotzdem bleibt aber das Bedürfnis

nach Kommunikation. Eine Interaktion auf „erwachsenen Bahnen“ ist nicht mehr möglich, der Wunsch nach Interaktion bleibt jedoch aufrecht. Auch der demente Mensch will weiter gemocht und verstanden werden, und sich geborgen fühlen (Eisenburger, 2012).

Menschen mit Demenz sprechen „eine andere Sprache“, die für ihre Mitmenschen zunächst nicht verständlich ist. Sie können kommunizieren, aber in einer anderen Art, nämlich in ihrer Art. Das Umfeld muss entsprechend auf sie zugehen und diese Sprache lernen. In der Psychomotorik kann nonverbal über Bewegung, Berührung, Wahrnehmung und Sinneseindrücke eine Beziehung aufgebaut werden. Und genau diese Beziehungen braucht der Mensch mit Demenz, um sein Menschsein zu halten. Der Mensch braucht das du, um Ich zu werden – und der Mensch mit Demenz braucht das du, um Ich zu bleiben (Eisenburger, 2012).

Laut Antonowsky (1997) sind Erfahrungen der Selbstwirksamkeit, Autonomie und Kontrolle wichtig für die menschliche Selbstsicherheit, und Demenzkranke brauchen diese Erfahrungen erst recht, unmittelbar und immer wieder. Sie können nichts speichern, sich nicht erinnern und sie können die aktuelle Situation auch nicht Kraft ihres Denkens „entschärfen“. Demente Menschen können eine anregungsarme Umwelt auch nicht mehr durch innere Bilder verschönern, denn dazu bräuchten sie ebenfalls Gedanken, die ihnen nicht mehr zur Verfügung stehen. Das Erleben im hier und jetzt ist ungefiltert und stark, und genau diese Momentaufnahmen und -erlebnisse stärken die Person (Eisenburger, 2012).

Menschen mit Demenz erleben oft genau das Gegenteil. Sie werden beschämt, belächelt, verspottet, übergangen, zurückgewiesen, und sie leben ständig mit dem Gefühl, dass das, was sie machen, falsch ist. Sie fühlen sich ähnlich einem Kind, das ständig schlecht gemacht wird und reagieren dementsprechend „unerwachsenhaft“. Die Psychomotorik hat einen anderen Blick auf eigenes Handeln und Selbstbestimmung. Durch wertschätzende Rückmeldungen zum Tun der Teilnehmer*innen, werden psychomotorische Angebote zu „Bausteinen für das Selbst“ (Eisenburger, 2012).

Generell hat alles, was der Mensch macht, einen Sinn – zumindest für den, der es tut. Dies gilt vor allem für Kinder und demente Menschen. Die Gesunden müssen aufhören, bestimmen zu wollen, was sinnvoll ist und was nicht. Es gilt nur, darauf zu achten, dass sich niemand selbst oder andere verletzt, dies passiert aber ohnehin nicht allzu oft (Eisenburger, 2012).

Das zweckfreie, spielerische und kreative Handeln hat in der Psychomotorik einen großen Stellenwert. Es tut den Menschen gut, dass nicht immer alles ein Ziel haben, oder für etwas gut sein muss. Vielleicht wurde der Zweck eines Gegenstandes schon vergessen, aber es besteht weiter die Motivation, mit ihm umzugehen. Die Psychomotorik ermutigt und lässt es zu (Eisenburger, 2012).

Alte Menschen, vor allem mit Demenz, kehren eventuell in eine Abhängigkeit zurück, wie sie sie am Anfang ihres Lebens hatten. Je weiter die Einschränkungen fortschreiten, desto größer wird die Abhängigkeit. Sie brauchen wieder Menschen, die ihnen das geben, was in der Kindheit mit „primärer Bindung“ umschrieben ist. Diese Aufgabe können, wie in der Kindheit, wieder verschiedene Personen übernehmen. Das Pflegepersonal übernimmt die Versorgung anstelle der Eltern, und Psychomotoriker*innen die stützende Rolle, wie sie seinerzeit z.B. die Kindergartenpädagog*in einnahm (Eisenburger, 2012).

Vertrauensvolle Beziehungen brauchen keine Sprache. Mag bei dementen Menschen auch der Geist geschwunden sein, der Leib und die Seele nicht. Bewegung baut die Brücke, um die Menschen mit Demenz zu erreichen. Die Psychomotorik hat das Handwerkszeug und die Haltung dazu. Die Wege selbst sind nicht neu - neu wäre es aber, wenn sie wirklich und öfters gegangen werden würden (Eisenburger, 2012).

Helen Schneider (2012) befasst sich in ihrem Beitrag im Buch „Ein bewegtes Leben“ damit, wie alte Menschen psychomotorische Angebote erleben. Sie merkt an, dass auch hochbetagte Menschen nicht als homogene Gruppe angesehen werden können, und dass alle Teilnehmer*innen als einzelne Individuen wahrgenommen werden müssen. In jeder Gruppe gibt es Teilnehmer*innen, die positiv und optimistisch, und andere, die mutlos und resigniert, sind. Gruppenangebote für alte Menschen sind meist sehr still und ruhig. Der Alltag im Pflegeheim ist oft komplett durchgeplant und monoton, es passiert kaum etwas Spontanes und manchmal sind die Menschen schon apathisch geworden (Schneider, 2012).

Im Unterschied zu Kindern, die sich meist sofort über Materialien stürzen, sind alte Menschen zuerst oft ideenlos. Die Teilnehmer*innen müssen erst lernen, wieder Teil eines neuen Angebotes zu sein, das eben nicht monoton ist. Es kann schon eine Weile dauern bis erste, und oft sehr winzige, Reaktionen sichtbar werden, und auch weitere Steigerungen vollziehen sich sehr langsam (Schneider, 2012).

Das auszuhalten fällt besonders jungen Psychomotoriker*innen nicht immer leicht. Es gibt interessante Selbstversuche mit einem Alterssimulationsanzug, wo auch jüngere und gesunde Menschen nachempfinden können, wie Menschen mit Einschränkungen ihre Umwelt erleben und sich möglicherweise dabei fühlen. Im Unterschied zu den betagten Menschen können sie den behindernden Anzug aber wieder ablegen (Schneider, 2012).

Nicht simuliert werden kann, wie es sich anfühlt, immer mehr Beweglichkeit und Ressourcen zu verlieren und was es bedeutet, nicht mehr selbstständig leben zu können, abhängig zu sein und sich ständig von liebgewonnenen Menschen verabschieden zu müssen. Betreuende Personen können aber versuchen, sich diese Gefühle vorzustellen und sie in die Interventionen einbauen. Es gilt immer die Sichtweise, dass die alten Menschen schon viele Hürden gemeistert haben und eine respektvolle und wertschätzende Begegnung, sowie Freude verdienen (Schneider, 2012).

In psychomotorischen Einheiten werden auch soziale Komponenten sichtbar. Die Menschen haben verschiedene Einschränkungen und machen, was sie selbst gut können. Teilnehmer*innen, die noch in besserer Verfassung sind, unterstützen meist gerne andere, schwächere Mitglieder. Während die einen ihre stützende Funktion genießen, sind die anderen dankbar und fühlen sich sozial gestützt. Bewegung ist immer auch Begegnung. Mehr Bewegung bedeutet mehr Begegnung und Bewegungsstunden sind immer auch Begegnungsstunden (Schneider, 2012).

Wichtig ist, dass Übungsleiter*innen ihre helfende Rolle ablegen, und auch bei Problemen nicht sofort ins Geschehen eingreifen. Die Teilnehmer*innen sollen ihre eigenen Erfolgserlebnisse bekommen. Denn genau das „nicht helfen“ ist jenes stützende Verhalten, das die Menschen brauchen. Entscheidend ist, es probieren zu können, egal wie und ob die Aufgabe letztlich geschafft werden kann. Während in den ersten Einheiten oft schnell von den diversen Einschränkungen berichtet wird (z.B. das kann ich mit meinen Armen nicht mehr), und noch Motivation zum Versuchen notwendig ist, steigen durch die Erfolgserlebnisse Selbstvertrauen, Begeisterung und Selbstwertgefühl (Schneider, 2012).

Die Gruppendynamik hat zumeist einen positiven Einfluss. Trotz vieler und verschiedener Einschränkungen bewältigt die Gruppe gemeinsam eine Herausforderung, und das stärkt die ganze Gruppe, die sonst nur nebeneinander lebt. Gemeinsame Erfolge und Erinnerungen

(wie z.B. an Liedtexte) schaffen Verbundenheit. Freundschaften entstehen, die eventuell sogar dazu führen, dass auch andere Angebote gemeinsam angenommen werden (Schneider, 2012).

7.2 Praxis der Psychomotorik im Senior*innenbereich

Grundsätzlich können psychomotorische Interventionen überall stattfinden. Im Freien, in Turnsälen, in Gemeinschaftsräumen von Wohneinrichtungen oder Institutionen, in Behandlungsräumen oder sogar in den Kranken- und Pflegezimmern. Das Angebot muss nur jeweils an die Räumlichkeiten und Teilnehmer*innen abgestimmt werden.

Ein fixer psychomotorischer Raum, wie er in Abschnitt 8 als „moving seniors“-Raum von der Autorin kreiert wird, würde ein Optimum darstellen.

Unabhängig von der Örtlichkeit ist die Gruppenzusammensetzung ein Thema, das von Psychomotoriker*innen gut überlegt werden muss. Sollen die Teilnehmer*innen ähnliche Einschränkungsgrade haben, oder sollen auch große Entwicklungsunterschiede bewusst für soziale Beziehungen genützt werden?

Ein Konzept, das eher auf Homogenität abzielt, und eventuell mit Altersklassen in der Schule oder altershomogenen Gruppen in Kindergärten, verglichen werden könnte, ist das „Drei Welten Konzept“ von Held und Ermini-Fünfschilling (2004; zit. n. Kastner & Löbach, 2010).

Bei diesem Konzept handelt es sich um ein spezielles, dreistufiges Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz, die in einem Heim leben. Das Konzept beschreibt die, sich im Krankheitsverlauf verändernde Art und Weise, wie demente Menschen ihre Umwelt erleben, und ordnet das jeweils dominante Erleben einer typischen Erlebenswelt zu. In vorzugsweise homogenen Gruppen erfolgt die Milieugestaltung, Beziehungsgestaltung, sowie das Angebot von Anregung und Entspannung entsprechend der „Erlebensweltebene“ (Kastner & Löbach 2010).

Der Verlauf der Demenz wird reflektiert, die Abnahme der Kompetenzen bewusst anerkannt. Die noch vorhandenen Fertigkeiten sollen durch entsprechende Anregung und Förderung möglichst lange erhalten bleiben. Bei Fortschreiten der Demenzerkrankung erfolgt ein Umzug in die nächstfolgende Erlebenswelt. Der Umzug in die andere, speziell auf die aktuellen Bedürfnisse ausgerichtete Wohngruppe, stellt kein „Versagensereignis“ dar, sondern

ist unter dem Aspekt zu sehen, dass die Betroffenen entsprechend ihrem Krankheitsverlauf weiterhin flexibel und angemessen begleitet und betreut werden können. Es schützt sie vor Überforderung und erhöht ihre Lebensqualität. Nachfolgend eine kurze Beschreibung der drei Welten (Kastner & Löbach 2010).

In der “Welt der Erfolglosigkeit” finden sich Menschen mit leichter Demenz. Ihre Merkfähigkeit, Wortfindung, Aufmerksamkeit und die Konzentration sind meist schon gestört. Gesprächsinhalten kann nicht mehr aufmerksam gefolgt werden, und es fällt zunehmend schwerer, sich an Inhalte oder Absprachen zu erinnern. Die Beeinträchtigungen werden von den Betroffenen meist noch wahrgenommen und es wird versucht, diese selbst zu kaschieren. Im Kontakt mit anderen Personen geraten die dementen Menschen aber immer mehr unter Druck und sie befinden sich in einer permanenten Anspannung, um ihre Fassade aufrecht zu erhalten. Aus Angst vor einer Bloßstellung oder Kränkung verstummen sie häufig und ziehen sich zurück. Mittels ausgewählten Betreuungsangeboten werden einerseits Alltagskompetenzen und das Selbstwertgefühl gestärkt und andererseits angenehme, nicht bedrohliche, Sozialkontakte ermöglicht. Die Psychomotorik bietet viele Möglichkeiten dazu (Kastner & Löbach, 2010).

Der “Welt der kognitiven Ziellosigkeit” werden Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz zugeordnet, die immer weniger planen und absichtsvoll handeln können. Die nonverbale Kommunikation hat hier einen hohen Stellenwert, da demente Menschen sie besser verstehen und sich damit auch besser mitteilen können. Die Erkenntnisfähigkeit und Orientierung sind meist schon stark beeinträchtigt. Vieles muss immer wieder neu entdeckt, erkundet, genau betrachtet, betastet und geschmeckt werden. Die Betroffenen sind schnell abgelenkt und laufen oft, scheinbar ziellos und suchend, umher. Die Umwelt ist so gestaltet, dass sie viel Raum für den Bewegungsdrang und die individuelle Autonomie bietet, aber vor Gefahren schützt. Absichtslosigkeit und Spontanität werden zugelassen und Kontakt und Verständigung gefördert. Bedingungslose Wertschätzung, Toleranz, Flexibilität und Empathie haben oberste Priorität für die Betreuenden. Auch auf dieser Ebene kann die Psychomotorik vielfältig eingesetzt werden (Kastner & Löbach, 2010).

Menschen in der “Welt der kognitiven Schutzlosigkeit” befinden sich bereits in einem schweren Demenzstadium und können weder verbal noch nonverbal ihre Bedürfnisse und Empfindungen äußern. Gezielte Bewegungen sind kaum mehr möglich, sie werden vollständig immobil und können manchmal auch Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr selbst zu sich nehmen. Sie erleben völliges Ausgeliefertsein, können Außenreizen nicht ausweichen und

sie auch nicht abwehren. Ziele der Betreuung sind hauptsächlich, angenehme Reize und Wohlbefinden zu schaffen und Schmerz und Stress zu vermeiden. Den eigenen Körper zu empfinden, die Lage im Raum und Körpergrenzen zu spüren, kann mit psychomotorischen Angeboten unterstützt werden (Kastner & Löbach, 2010).

Werden hingegen Teilnehmer*innen mit verschiedenen Entwicklungsständen gemischt, kommt dem sozialen Faktor eine große Bedeutung zu. Personen, die noch in besserer Verfassung sind, unterstützen schwächere Teilnehmer*innen und fühlen sich gebraucht und in ihrem Selbstwert gestärkt. Schwächere Gruppenmitglieder wiederum können sich an ihren Gruppenkolleg*innen orientieren und profitieren von deren Unterstützung.

Sehr gut sichtbar wird diese Dynamik in einer sogenannten “altersgemischten” Kindergartengruppe. Hier ist oft zu beobachten, wie sich ältere und bereits mehrentwickelte Kinder stolz um die jüngeren kümmern, und wie sich umgekehrt die jungen Kinder viel von den Großen abschauen.

Ein weiterer Vorteil einer heterogenen Gruppenkonstellation ist, dass das vertraute soziale Umfeld erhalten bleibt, weil bei Entwicklungsveränderungen keine Gruppenwechsel stattfinden.

Als Nachteil ist allerdings ein eventuell höheres Konfliktpotential zu sehen. Ein durch die Demenz ausgelöstes, eigenartiges Verhalten trifft meist auf Unverständnis. Sowohl Kinder, als auch Erwachsene wollen nicht in ihrem Tun unterbrochen werden und tolerieren plötzliche Störungen und vor allem Zerstörungen nicht. Während Kinder im Unterbewusstsein wissen, dass sie es einfach nur noch nicht können oder verstehen, es aber bald lernen werden, fehlt alten dementen Menschen dieser Hoffnungsschimmer. Generell können verschiedene Entwicklungsstufen in der psychomotorischen Arbeit sehr dxgut berücksichtigt und ausgeglichen werden.

7.3 ABEDL-Kompetenzen im Alter

Welche Kompetenzen gilt es konkret zu unterstützen und möglichst lange zu erhalten? Monika Krohwinkel (2004; zit. n. Kastner & Löbach, 2010), entwickelte das sogenannte “AEDL-Pflegemodell”, worin ursprünglich in 13 Bereiche von “Aktivitäten und Erfahrungen des täglichen (daily) Lebens”, die keiner Hierarchie unterliegen und in ständiger Wechselbeziehung zueinander stehen, eingeteilt wurde. Später modifizierte sie diese

Strukturhilfe zu “Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens” (ABEDL), damit auch Beziehungen und der Umgang mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen enthalten sind. Hauptbestandteil des Konzepts sind Alltagsaktivitäten und dazugehörige Werthaltungen der Pflegenden, um diese Aufgaben erfüllen zu können. Wenngleich sich dieses Modell hauptsächlich auf die Pflege von Demenzerkrankten bezieht, können die ABEDL als Kompetenzen gesehen werden, die es gilt, möglichst lange zu erhalten. Wichtige Bestandteile des Konzepts stellen wieder die Kommunikation, Beobachtung und Empathie dar (Kastner & Löbach, 2010).

In der Praxis erfolgt die Pflege tatsächlich eher defizitorientiert und/oder lediglich versorgend, und die ABEDL werden meist isoliert betrachtet, wodurch individuelle Ressourcen und Bedürfnisse schnell übersehen oder nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Erkrankten fühlen sich dadurch unwohl und abhängig, und ihre Lebensqualität ist stark beeinträchtigt. Um zu gewährleisten, dass an Demenz erkrankte oder alte Menschen möglichst lange unabhängig sind, gilt es, die ABEDL unter anderem mit psychomotorischen Interventionen zu fördern (Kastner & Löbach, 2010).

Nachfolgend eine Aufstellung der ABEDL (Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens”), deren Erhalt wichtig für ein unabhängiges, zufriedenes Altern sind:

1. ABEDL Kommunizieren können
2. ABEDL Sich bewegen können
3. ABEDL Sich pflegen können
4. ABEDL Vitale Funktionen aufrecht halten können.
5. ABEDL Essen und trinken können
6. ABEDL Ausscheiden können
7. ABEDL Sich kleiden können
8. ABEDL Ruhen, schlafen und sich entspannen können
9. ABEDL Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können
10. ABEDL Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können
11. ABEDL Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können
12. ABEDL Soziale Beziehungen und Bereiche des Lebens gestalten und sichern können
13. ABEDL Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können (Kastner & Löbach, 2010).

Da die ABEDL sehr gut mit psychomotorischen Interventionen gefördert werden können, folgt eine eingehendere Betrachtung.

Kommunizieren zu können (ABEDL 1) und die Qualität der Kommunikation bestimmen das Gefühl, sozial integriert zu sein. Die Fähigkeit zu kommunizieren ist bei Demenzerkrankten oder alten Menschen aber möglicherweise eingeschränkt. Sie können weniger aufmerksam teilhaben und sind durch äußere (z.B. Geräusche) und innere Reize (z.B. Hunger, Schmerzen) leicht ablenkbar. Sinneseinbußen wie Fehlsichtigkeit oder Schwerhörigkeit erschweren die Aufnahme zusätzlich und führen zu Fehldeutungen und Missverständnissen. Die Fähigkeit, sich verbal mitzuteilen kann durch Wortfindungsstörungen, Wortverständnisstörungen oder auch das Verstummen so eingeschränkt sein, dass Äußerungen nicht verstanden werden können. Den nonverbalen Botschaften und Gefühlsäußerungen kommt deshalb eine wichtige Rolle zu. Biografisches Wissen ist hilfreich für die richtige Interpretation, sowie zur Auswahl geeigneter Förderangebote (Kastner & Löbach, 2010).

Mit dem ABEDL-Bereich "Sich bewegen können" ist zweifelsohne der zentrale Aspekt der Psychomotorik angesprochen. Bewegung ist ein Charakteristikum des Lebens und ein menschliches Grundbedürfnis. Sie kann aktiv aus eigener Kraft oder durch äußere Einwirkung (bewegt werden) erfolgen. Zu beachten ist auch die innere Bewegung, die nicht immer sichtbar ist, z.B. Emotion und Motivation, und ein ausgewogenes Verhältnis von Anspannung und Entspannung ist wichtig. Typische Bewegungseinschränkungen sind Probleme beim Treppensteigen, Gleichgewichtsstörungen, Koordinationsstörungen und Raumorientierungsstörungen. Die Bewegungsfähigkeit und auch Bewegungsfreude soll möglichst lange aufrecht erhalten und z.B. durch psychomotorische Angebote gefördert werden (Kastner & Löbach, 2010).

Der ABEDL-Bereich "sich pflegen können" umfasst mehr als die technische Seite der Körperpflege. Körper und Seele bilden eine Einheit, und wer seinen Körper pflegt, pflegt auch seine Seele. Das Pflegebedürfnis ist sehr individuell und erfolgt meist nach persönlichen Gewohnheiten und Ritualen. Die Frisur, das Make-up oder ein bestimmter Duft sind untrennbar mit der eigenen Persönlichkeit verbunden und auch alte oder demente Menschen wollen nicht darauf verzichten. Abgesehen davon, dass die eingeschränkte Fähigkeit, sich selbst pflegen zu können, Ängste vor einer Abhängigkeit auslöst, stellen Unterstützungen dabei auch einen Eingriff in die Intimsphäre dar und lösen Gefühle der Scham aus. Damit die Körperpflege möglichst lange selbstständig erfolgen kann, bedarf es einer einfühlsamen Unterstützung und Förderung z.B. der Feinmotorik (Kastner & Löbach, 2010).

Der ABEDL-Bereich “vitale Funktionen aufrecht erhalten können” betrifft in erster Linie die pflegenden Personen, weniger Psychomotoriker*innen. Atmung, Kreislauf und Körpertemperatur werden als Vitalfunktionen bezeichnet, die meist erst bewusst werden, wenn sie beeinträchtigt sind. Plötzliche Atemnot oder Schmerz lösen Ängste aus, die aber aus kognitiven Gründen eventuell nicht mehr verstanden und verbalisiert werden können. Es ist wichtig, alle Äußerungen ernst zu nehmen und entsprechend zu behandeln (Kastner & Löbach, 2010).

Dem ABEDL-Bereich “essen und trinken” kann wieder mit psychomotorischen Interventionen gerecht werden. Die Nahrungsaufnahme gehört zu den frühesten Erfahrungen im Menschenleben und sie ist immer mit Körpererfahrung und Beziehung verbunden. Die meisten Menschen essen lieber in angenehmer Gesellschaft und auch hier haben Erfahrungen und Rituale aus der Biografie eine enorme Bedeutung. Düfte und Geschmäcker können Stimmungen und Bilder aus scheinbar längst vergessenen Zeiten wieder hervorholen. Eine wohlschmeckende und schön angerichtete Mahlzeit in angenehmer Umgebung und Gesellschaft ist eine positive sinnliche Erfahrung und löst Wohlbefinden aus. Brauchen Demenzerkrankte anfangs eventuell nur Unterstützung beim Einkauf oder Kochen, kann es sein, dass später z.B. das Besteck nicht mehr als solches erkannt und damit gespielt wird. Auch im sozialen Bereich können Beeinträchtigungen sichtbar werden. Betroffene können durch andere Patienten eventuell abgelenkt oder überfordert sein und auch gegenseitige Ablehnung bei Tisch ist nicht selten (Kastner & Löbach, 2010).

Eine funktionierende Ausscheidung (ABEDL 6) über Blase, Darm und Haut zu haben, hat sehr viel mit Selbstbestimmung und Wohlbefinden zu tun und der Verlust der Kontrolle hat gravierende Auswirkungen auf Autonomie und Selbstwertgefühl. Aufgrund der Tabuisierung des Themas “Ausscheidung” ist es für manche Menschen immer noch schwer, den Verlust zu ertragen und sie ziehen sich deshalb zurück. Sie benötigen Unterstützung, ihr Bedürfnis angemessen zu äußern, um den Weg zur Toilette zu finden oder beim Aus- und Anziehen und Säubern, wobei wieder das Gefühl eines Eingriffs in die Intimsphäre zu respektieren ist. Wenngleich dieser Bereich ebenfalls in erster Linie für Pflegekräfte wichtig ist, sollen auch Psychomotoriker*innen damit umgehen können, da Teilnehmer*innen in den Stunden diesbezüglich eventuell Unterstützung brauchen könnten (Kastner & Löbach, 2010).

Die Kleidung dient nicht nur dem Schutz des Körpers, sondern ist auch Ausdruck der Persönlichkeit oder Zugehörigkeit, und hat einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden. Kleidung wird oft auch als zweite oder soziale Haut des Menschen bezeichnet. Der Verlust,

sich individuell und selbstständig kleiden zu können, kann sich stark auf das Selbstwertgefühl auswirken. Auch hier ist eine große Toleranz notwendig, egal ob es nur um das Zusammenpassen der Kleidungsstücke oder das Thema Verschmutzung geht. Bestimmte Kleidungsstücke oder Accessoires z.B. eine Handtasche oder eigene Schlüssel sind mit der eigenen Person untrennbar verbunden und deren Fehlen löst Unruhe, Verzweiflung und Unbehagen aus. Biografiearbeit hilft auch hier, den gewohnten Kleidungsstil und Vorlieben mit praktischen Gedanken zu verbinden. Konflikte um das Thema Kleidung sollten möglichst vermieden werden und eine permanente Förderung der Feinmotorik hilft, das selbständige Ankleiden möglichst lange zu erhalten (Kastner & Löbach, 2010).

Der ABEDL-Bereich “ruhen, schlafen und sich entspannen können” betrifft zwar wieder hauptsächlich die Pflegenden, psychomotorische Interventionen haben aber einen positiven Einfluss. Schlafstörungen und sich nicht entspannen können ist ein weit verbreitetes Phänomen bei alten Menschen mit und ohne Demenz. Schlaflosigkeit und Verwirrtheit in der Nacht könnten ein Zeichen von Überforderung bei Tag sein, da gemachte Erfahrungen nicht mehr eingeordnet und verarbeitet werden können. Demente Menschen bleiben nicht einfach im Bett liegen, sondern gehen ihren Impulsen nach. Es ist dafür zu sorgen, dass tagsüber weder eine Reizüberflutung noch eine Angebotsarmut vorliegt und auch Medikamentennebenwirkungen sind zu bedenken (Kastner & Löbach, 2010).

Dem ABEDL “sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können” kann mit der Psychomotorik wieder voll Rechnung getragen werden. Viele Tätigkeiten und Aktivitäten gehören zum Alltagsleben und dürfen auch in höheren Alters- und Pflegestufen nicht vernachlässigt werden. Sich frei nach eigenen Bedürfnissen und Lust und Laune, ganz ohne Leistungszwang oder Verpflichtungen betätigen und beschäftigen zu können, ist ein Grundbedürfnis, dem unbedingt Rechnung zu tragen ist. Das Spiel bietet vielfältige Möglichkeiten, um einerseits den menschlichen Spieltrieb zu befriedigen, andererseits aber auch kognitive und motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten zu fördern und festigen. Nicht vergessen werden darf, dass das “Arbeiten” über lange Zeit große und vielleicht sogar zentrale Bedeutung für viele Menschen hatte und eng mit dem Identitätsgefühl verbunden ist. Getreu dem Sprichwort “Zuerst die Arbeit, dann das Vergnügen” müssen die Angebote durch entsprechende Biografiearbeit gut angepasst und eingesetzt werden (Kastner & Löbach, 2010).

Über das Lernen ist der Mensch in der Lage, sich immer wieder an eine, sich verändernde, Umgebung anzupassen. Die Förderung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis durch passende Interventionen und Lernangebote wirken sich positiv auf die Entwicklung

und Entfaltung, auch von Demenzerkrankten, aus. Menschen, die sich nicht mehr selbst beschäftigen können, zeigen oft Verhaltensweisen wie suchendes Umherlaufen, Ein- und Ausräumen oder Herumschieben von Gegenständen, Betasten und Begreifen von Dingen der Umgebung, und immer wieder auch die Selbststimulation oder Selbstberührung. Es sind Interventionen auszuwählen, die das Gefühl eines Erfolges auslösen. Sie dürfen aber nicht überfordern oder als Bedrohung wahrgenommen werden, wie z.B. Quizspiele, Wettbewerbe oder Angebote, wo eine schnelle Reaktion erforderlich ist. Die Vorlieben und Interessen durch Biografiearbeit zu kennen hilft, passende, vielfältige und befriedigende Angebote zu finden (Kastner & Löbach, 2010).

Der ABEDL-Bereich "sich als Mann oder Frau fühlen können" ist bei psychomotorischen Interventionen nicht unerheblich. Die Überlegungen dazu sind nicht auf die Sexualität reduziert, sondern umfassen eine viel weitreichendere Thematik. Das geschlechtsspezifische Rollenverhalten wird im Laufe des Lebens entwickelt und erworben und ist in der persönlichen Identität integriert. Unter Umständen haben die heutigen alten Menschen noch eine eher körperfeindliche Erziehung mit vielen Tabus genossen und im Vergleich zu jüngeren Generationen, komplett konträre oder unverständliche Rollenbilder, Moralvorstellungen und Benimmregeln. Da in Stresssituationen automatisch auf vertraute Verhaltensmuster zurückgegriffen wird, kann es zu unangemessenen Verhaltensweisen und Reaktionen kommen. Ebenso können auch Zärtlichkeiten fehlgedeutet werden oder Störungen in der Impulskontrolle und Enthemmung zu unverständlichem Verhalten führen. Extremes Abwehrverhalten hat manchmal in traumatischen Erfahrungen ihre Ursache, weshalb Biografiearbeit auch betreffend dieses ABEDL-Bereichs wichtig ist. Die geschlechtsspezifische Identität und ein damit einhergehendes Rollenverhalten muss erkannt, aufgegriffen und respektiert werden. Eine klare und eindeutige Kommunikation sowie ein angemessenes Nähe- und Distanzverhalten sind die Basis der Beziehung, und Grundprinzip ist immer die Wertschätzung (Kastner & Löbach, 2010).

Der ABEDL "für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können" hat in psychomotorischen Angeboten eine wichtige Rolle. Obwohl Sicherheit ein subjektiver Begriff ist, haben Menschen in jedem Alter prinzipiell das Bedürfnis nach z.B. wirtschaftlicher, sozialer und technischer Sicherheit. Alte oder demente Menschen sind nicht mehr in der Lage, flexibel und angemessen auf Bedrohungen und Gefahren zu reagieren. Sie können eine Gefahr eventuell nicht rechtzeitig erkennen, vor ihr fliehen oder schnell Hilfe herbeiholen. Deshalb

ist vorausschauendes Denken bei der Planung notwendig, damit Gefährdungen und Risiken ausgeschlossen sind (Kastner & Löbach, 2010).

Den Aussagen des ABEDL “soziale Beziehungen und Bereiche des Lebens gestalten und sichern können” kann mit psychomotorischen Angeboten wieder gerecht werden. Der Mensch ist ein soziales Wesen und hat ein angeborenes Bedürfnis nach Beziehung und Bindung. Erfahrungen in der frühen Kindheit prägen das Sozial- und Bindungsverhalten stark. Beachtung, Anerkennung und “Ansehen haben” (also gesehen werden), sowie sich in einer Gruppe oder Gemeinschaft integriert fühlen, tragen wesentlich zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität bei. Nichtbeachtung, Geringschätzung und Ausgrenzung werden auch von alten oder dementen Menschen als existenzbedrohend empfunden. Dem Bedürfnis nach befriedigenden Sozialkontakten, Anerkennung und Wertschätzung, aber auch Sicherheit und Nähe muss stets Rechnung getragen werden. Es ist zu berücksichtigen, dass Handlungen oft spontan und impuls gesteuert sind, und eventuell kognitiv nicht mehr planbar und angepasst werden können. Dem wiederholten Erzählen von früheren Erlebnissen, Gebrauch von (nichts aussagenden) Floskeln oder auch umständlichen Handlungen ist mit Geduld zu begegnen (Kastner & Löbach, 2010).

In schweren Stadien erkennen Demenzerkrankte manchmal nicht einmal ihr eigenes Spiegelbild oder sie sehen in den Pflegenden fälschlicherweise die Mutter, die ihnen wieder Geborgenheit und Sicherheit geben soll. Je fortgeschrittener die Demenz ist, desto kleiner sollte die Gruppe sein, und in Endstadien ist oft nur mehr ein Einzelkontakt möglich, der sehr liebevoll sein muss. Isolation und Einsamkeit wirken sich, genauso wie zu viele oder unpassende Kontakte, negativ aus. Genaues Beobachten ist wichtig (Kastner & Löbach, 2010).

Auch der ABEDL-Bereich “mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können” kann psychomotorisch begleitet werden. Alte Menschen sind mit vielen Verlusterfahrungen konfrontiert. Abgesehen vom allmählichen Verlust eigener Fertigkeiten gehen z.B. durch einen Umzug in ein Heim oder durch den Tod Freunde und Bekannte verloren. Gefühle der Isolation, Ausgrenzung und Ohnmacht werden wahrgenommen und bedrohend empfunden. Herausforderndes Verhalten, wie Abwehr, Aggressionen und Unruhe sind oft ein Zeichen, dass mit der Bedrohung nicht mehr angemessen umgegangen werden kann. Aufgrund von Zeitgitterstörungen können auch traumatische und schwierige Erfahrungen aus der Vergangenheit plötzlich wieder auftauchen. Empathisches Verhalten und Biografiearbeit helfen, den alten Menschen zu verstehen, zu unterstützen und herausfordernde Situationen zu meistern (Kastner & Löbach, 2010).

7.4 Parallelen in der Elementarpädagogik und im Senior*innenbereich

Die Autorin, die jahrelange Erfahrung in der sogenannten „alterserweiterten und offenen Elementarpädagogik (Kinderbetreuung)“ hat, sieht – aus psychomotorischer Sicht - zwischen jungen Kindern und älteren Menschen einige Parallelen.

Im Zentrum der modernen Elementarpädagogik steht ein bewusst gestalteter Kindergartenraum mit der sogenannten „vorbereiteten Umgebung“, in welchem die verschiedensten Kompetenzen, die unter anderem im „Bundesländerübergreifenden BildungsRahmenPlan“ (BMUKK, 2009) definiert sind, gefördert werden. Einen solchen Raum – in Folge „moving seniors“-Raum genannt, sieht die Autorin als eine visionäre Möglichkeit für den Senior*innenbereich.

Der bundesländerübergreifende BildungsRahmenPlan (BMUKK, 2009) unterstützt die professionelle Kinderbetreuung und ermöglicht den Kindern, die alle die gleichen Chancen haben sollen, beste Startbedingungen in der Schule. Oberstes Ziel ist, die Kinder ohne Leistungsdruck auf die Schule vorzubereiten und deren Schulfähigkeit zu erreichen. Besonders das letzte Kindergartenjahr soll eine „Brücke zur Grundschule“ darstellen (BMUKK, 2009).

Neben der fachlichen Diskussion darf die Menschlichkeit und Wärme im Kinderalltag nicht verloren gehen. Im Zentrum aller Überlegungen stehen das Wohl und die individuellen Bedürfnisse der Kinder. Es wird anerkannt, dass jedes Kind anders ist, eine einzigartige Persönlichkeit und individuelle Begabungen hat, und an einem völlig anderen Punkt seiner Entwicklung steht. Der BildungsRahmenPlan (BMUKK, 2009) umfasst ein großes Spektrum frühkindlicher Entwicklungsmöglichkeiten und Kinder werden dort abgeholt, wo sie in ihrer persönlichen Entwicklung gerade stehen. Es gilt als bewiesen, dass Kinder, die individuell erkannt und gefördert werden, bessere Entwicklungschancen haben und zwar unabhängig davon, ob sie begabt sind oder mehr Förderung brauchen (BMUKK, 2009).

Primär steht nicht die Wissensvermittlung im Vordergrund, sondern die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit. Lernen wird als ein Prozess gesehen, der mit der Geburt beginnt und ein Leben lang andauert, und Kinder sollen Fähigkeiten und Strategien entwickeln, mit denen sie ihre Umwelt jeweils auf ihre individuelle Art und Weise bewältigen können. Sie benötigen dafür Menschen, neben den familiären Bezugspersonen z.B. das Kindergartenpersonal, die ihnen begleitend und unterstützend zur Seite stehen. Ein wichtiges Ziel des gesetzlichen

Bildungsauftrages ist die ganzheitliche Förderung der Kinder, wozu es aber keinen vorgegebenen Lehrplan gibt. Im Vordergrund stehen bedarfsgerechte, spielerische Erfahrungen ohne Leistungsdruck und ohne Überforderung und große Bedeutung wird sozialen Kompetenzen und sprachlichen Fähigkeiten gegeben. Die Vielfalt der pädagogischen Methoden wird in keiner Weise eingeschränkt und es besteht viel Spielraum für das Einbringen und Weiterentwickeln von eigenen Ideen (BMUKK, 2009).

Elementare Bildungseinrichtungen sind Orte für entdeckendes, erforschendes und spielerisches Lernen und bieten vielfältige und entwicklungsgemäße Anregungen. Der Rahmenplan ist einerseits eine solide Grundlage und Orientierung für die pädagogische Arbeit und andererseits eine Unterstützung bei der Weiterentwicklung der pädagogischen Qualität. Er ist grundsätzlich sehr offen gestaltet, wodurch künftige Entwicklungen und auch regionsspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden können (BMUKK, 2009).

Während Kindergartenräume eine Brücke in die Schule darstellen, ist der visionäre „Moving seniors“-Raum für Senior*innen die Brücke in ein zufriedenes Altern. In diesen Entwicklungsraum sollten ebenfalls alle alternden Menschen Zugang haben und der Grundgedanke ist, ohne Leistungsdruck und Überforderung eigene Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten, bzw. Strategien zu entwickeln, damit die Umwelt auch mit veränderten Bedingungen und Einschränkungen möglichst lange selbstständig bewältigt werden kann.

Auch in diesem Lebensabschnitt kann sich die Gesamtpersönlichkeit, in einem Klima der Anerkennung und mit individueller und ganzheitlicher Förderung, weiterentwickeln. Begleitende und unterstützende Menschen, unter anderem Psychomotoriker*innen stehen zur Seite. Soziale Kompetenzen und die Kommunikation haben im Senior*innenbereich ebenfalls eine enorm große Bedeutung, gilt es doch, das Risiko der Vereinsamung drastisch zu reduzieren.

Es gibt keine Methodeneinschränkung und das Angebot ist vielfältig ausgerichtet. Es bietet vielseitige, entwicklungsgemäße Anregungen zum Probieren, Entdecken, Forschen, zum gemeinsamen Tun und auch zum Spielen. Ein Rahmenplan als Grundlage für eine gemeinsame, österreichweite Qualität in der Senior*innenbetreuung, und zur Orientierung für die Mitarbeiter*innen wäre ideal.

Ein ganzes Kapitel des bundesländerübergreifenden BildungsRahmenPlanes (BMUKK, 2009) ist dem Bild vom Kind und dem Rollenverständnis der Pädagog*innen gewidmet. Das Kind wird als kompetentes Individuum betrachtet, das seine Lebensumwelt von der Geburt

an mit allen Sinnen wahrnimmt und erforscht. Im Austausch mit den betreuenden Personen entwickeln Kinder diverse Kompetenzen und ihre Persönlichkeit. Der angeborene Wissensdurst, ihre Neugierde, Kreativität und Spontanität, aber auch Begabungen sind die Antriebskräfte für ihre individuelle Entwicklung (BMUKK, 2009).

Jedes Kind hat ein Recht darauf, in seiner Individualität respektiert zu werden und sich nach seinem eigenen Lern- und Lebensrhythmus zu entwickeln. Kinder sollen ihre eigenen Lernprozesse, aber auch ihr soziales und kulturelles Umfeld aktiv mitgestalten können und werden als „Ko-Konstrukteure von Wissen, Identität, Kultur und Werten“ bezeichnet. Pädagog*innen begleiten und moderieren in einem Klima der Wertschätzung und des Vertrauens die kindlichen Strategien, sich die Welt verfügbar zu machen. Sie gestalten ein anregendes Umfeld, das eine Balance zwischen vielfältigen Impulsen und Bildungsangeboten und selbstgesteuerten Lernprozessen ist. Pädagog*innen benötigen zahlreiche professionelle Kompetenzen und viel Sensibilität für die Ausdrucksformen jedes einzelnen Kindes, und auch der Selbstreflexion wird große Bedeutung zugemessen (BMUKK, 2009).

Es wäre ideal, auch vom alternden Menschen ein solches Bild zu gestalten. Das Wahrnehmen mit allen Sinnen, Neugier, Kreativität und Spontanität haben auch im Alter eine hohe Antriebskraft zum Kompetenzerhalt. Alte Menschen wollen aktiv mitgestalten können und als Ko-Konstrukteure ihrer Identität und ihrer Umwelt gesehen werden. Wie Kinder haben sie ein Recht auf Respekt und Individualität und sie benötigen ebenfalls ein anregend gestaltetes Umfeld mit verschiedensten Impulsen und Angeboten, wo sie im eigenen Lern- und Lebensrhythmus selbstgesteuerte Lern- und Entwicklungsprozesse durchlaufen können.

Die begleitenden und betreuenden Personen benötigen, ebenfalls wie die Elementarpädagog*innen, zahlreiche professionelle Kompetenzen, vor allem viel Sensibilität für die verschiedenen Ausdrucksformen der alternden Menschen.

Der BildungsRahmenPlan (BMUKK, 2009) enthält weiters Prinzipien für eine ko-konstruktive Gestaltung von Bildungsprozessen, die sich sowohl an wissenschaftlichen Erkenntnissen, als auch an gesellschaftlichen Entwicklungen orientieren. Diese Prinzipien sind:

- Ganzheitlichkeit und Lernen mit allen Sinnen, wo auch sozial-emotionale, kognitive und motorische Fähigkeiten angesprochen werden.
- Im Sinne der Individualisierung wird das Recht jedes Kindes ernst genommen, auf seine spezielle Art und in seinem Rhythmus zu lernen und sich zu entwickeln.

- Das Prinzip der Differenzierung bezieht sich auf die Gestaltung von Angeboten und die breitgefächerte Ausstattung an Bildungsmitteln. Individuelle Begabungen, Fähigkeiten und Interessen jedes einzelnen Kindes werden berücksichtigt.
- Empowerment (Ermächtigung), ein Handlungskonzept, das sich an den Stärken und Potenzialen des Kindes orientiert, unterstützt, Räume und Ressourcen besser wahrzunehmen und zu nutzen, wodurch das autonome und selbstverantwortliche Handeln gestärkt wird.
- Sämtliche Angebote sollen sich an der Lebenswelt der Kinder orientieren und an die individuellen und unterschiedlichen Lebens- und Lernerfahrungen anknüpfen und zur selbsttätigen Auseinandersetzung motivieren. Neues soll mit Vertrautem in Verbindung gesetzt werden, wodurch sich neuronale Netzwerke im Gehirn aufbauen, differenzieren und verstärken.
- Die Diversität, die sich auf individuelle Unterschiede, wie z.B. Geschlecht, Hautfarbe, ethnische Zugehörigkeit, unterschiedliche Erfahrungen und Rollenbilder bezieht, wird als vielfältige Ressource gesehen.
- Abhängig von ihrer individuellen Sozialisation haben Kinder unterschiedliche Erfahrungen und Vorstellungen zu Geschlechterrollen und benötigen eine geschlechtersensible Entwicklungsbegleitung.
- Durch entwicklungsgemäße Möglichkeiten zur Beteiligung, Mitgestaltung und Mitbestimmung wird dem Prinzip der Partizipation Rechnung getragen. Kinder können Verantwortung für sich und für andere übernehmen.
- Erwähnt werden auch noch die Prinzipien der Transparenz und Bildungspartnerschaft, durch die das Bildungsgeschehen nachvollziehbar und zu einem gemeinsamen Auftrag wird (BMUKK, 2009).

Alle oben genannten Prinzipien entsprechen dem psychomotorischen Grundgedanken und können 1:1 in den Senior*innenbereich übernommen werden.

Der BildungsRahmenplan (BMUKK, 2009) charakterisiert weiters folgende Rahmenbedingungen für eine dynamische Umgebung:

- Es bedarf Räumen, die Kinder mitgestalten können, die zu verschiedensten Aktivitäten anregen, wo kreative Ideen umgesetzt werden können, die aber auch Platz für Erholung und zum Nachdenken bieten.
- Es bedarf weiters qualitativvollen Bildungsmitteln mit hohem Aufforderungscharakter, wozu unter anderem Experimentiermaterial, Rollenspielmaterial, Material zum

kreativen Gestalten, Bauen und Musizieren oder auch für hauswirtschaftliche Tätigkeiten zählt.

- Es gibt eine freie Wahl von Materialien, Spielpartner*innen und Aktivitäten, und die Selbstbestimmung sowie die intrinsische Motivation steuern die Prozesse.
- Differenzierte Angebote knüpfen an die individuellen Erfahrungen der Kinder an und stimulieren die Aufmerksamkeit und Konzentration. Sie regen soziale Beziehungen an und ermöglichen das Äußern eigener Wünsche und Interessen. Neben gemeinsamen Spaß wird auch Frustration verarbeitet.
- Durch ausreichend Zeit und Muße können die Kinder eigene kreative Ideen entwickeln und sich die Welt stückweise verfügbar machen. Das völlige Aufgehen in einer Tätigkeit und die dabei erlebte Freiheit ermöglicht ein motivierendes Glücksgefühl, einen „Flowzustand“ und einen großen Schritt zur Selbstfindung.
- Grundvoraussetzung ist immer eine Atmosphäre des Vertrauens und der Akzeptanz. Jedes Kind wird als aktiv und kompetent respektiert und wertgeschätzt, wodurch es sein Lern- und Entwicklungspotential bestmöglich ausschöpfen kann (BMUKK, 2009).

Diese Rahmenbedingungen können ebenfalls komplett in den „Moving seniors“-Raum übernommen werden.

Die Bildungsprozesse betreffen laut bundesländerübergreifendem BildungsRahmenPlan (BMUKK, 2009) mehrere Bildungsbereiche, die einander auch überschneiden können. Diese Bildungsbereiche stellen pädagogische Handlungsfelder dar und ermöglichen eine Strukturierung der pädagogischen Arbeit in elementaren Bildungseinrichtungen. Durch Berücksichtigung aller Bildungsbereiche im Alltag wird die Bedeutung dieser Lernfelder für die Entwicklung und Differenzierung kindlicher Kompetenzen unterstrichen und eine hohe Bildungsqualität gesichert. Auf ein Ausformulieren der Kompetenzen wird bewusst verzichtet, um die Freiheit und Kreativität der Pädagog*innen nicht einzuschränken. Die Bildungsbereiche laut dem RahmenBildungsPlan sind

1. Emotionen und soziale Beziehungen,
2. Ethik und Gesellschaft,
3. Sprache und Kommunikation,
4. Bewegungund Gesundheit,
5. Ästhetik und Gestaltung,
6. Natur und Technik (BMUKK, 2009).

Wenngleich es vielleicht eigenartig klingt, im Senior*innenbereich von Bildungsbereichen zu sprechen, haben die einzelnen Bereiche mit ihren Themen bei älteren und alten Menschen ebenfalls eine große Bedeutung. In den Aussagen und im Vergleich mit den ABEDL-Bereichen sind zahlreiche Parallelen zwischen der Frühkindheit und dem (höheren) Alter zu erkennen. Sämtliche ABEDL-Kompetenzen stellen auch in der Elementarpädagogik wichtige Förderbereiche dar, z.B. schon junge Kinder lernen, sich selbst anzukleiden, selbständig zu essen, sauber zu sein etc..

Nachfolgend ein Einblick in die sechs Bildungs- und Kompetenzbereiche der Elementarpädagogik mit gleichzeitiger Gegenüberstellung zum Seniore*innenbereich.

Der Bildungsbereich „Emotionen und soziale Beziehungen“ geht davon aus, dass der Mensch von Beginn an ein soziales Wesen ist, aber Fähigkeiten wie Impulskontrolle, Emotionskontrolle, Kooperation, Toleranz, Verantwortungsübernahme und Konfliktbewältigung jeweils im sozialen und kulturellen Kontext erlernt oder variiert werden. Emotional und sozial kompetente Menschen sind ihren Emotionen nicht hilflos ausgeliefert, können ihre eigenen Gefühle wahrnehmen, verbalisieren und kanalisieren und auch mit belastenden Gefühlen konstruktiv umgehen. Sie können Empathie aufbringen und Beziehungen aufbauen (BMUKK, 2009).

Der Begriff der Identität, der die einzigartige Persönlichkeit eines Menschen bezeichnet, und deren Entwicklung hat zentrale Bedeutung. Wichtiger Teil der Identität ist das Selbstkonzept, das affektive und kognitive Anteile umfasst. Dazu gehören das Selbstwertgefühl, das Selbstvertrauen, die Selbstwahrnehmung und das Wissen über sich selbst. In einer anregenden Umwelt mit vielen Beziehungen und dem Gefühl des Angenommenseins können Stärken individuell gefördert und Schwächen vermindert werden. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ermöglicht das aktive Zugehen auf schwierige Situationen, selbst wenn Unterstützung durch andere Menschen, egal ob von Gleichaltrigen (peers) oder Erwachsenen, notwendig ist (BMUKK, 2009).

Stabile und sichere Beziehungen vermitteln Geborgenheit und Wohlbefinden und die emotionale Sicherheit zählt zu den zentralen Lernvoraussetzungen, welche die Stabilisierung komplexer neuronaler Verschaltungsmuster im Gehirn begünstigen. Elementare Bildungseinrichtungen bieten Kindern die Chance, vielfältige Beziehungen aufzubauen, Freundschaften zu schließen, aber auch, unterschiedliche Rollen zu erproben und zu gestalten. Können

eigene Interessen wahrgenommen und ausgedrückt werden, wird auch ein respektvoller Umgang mit anderen und solidarisches Handeln möglich. In Alltags- und Spielsituationen wird gelernt, sich zu behaupten, andere für eine Idee zu gewinnen und Konflikte zu bewältigen. Spannungen zwischen eigenen Interessen und der sozialen Umwelt können ausgeglichen werden (BMUKK, 2009).

Betreffend dem Bereich „Emotionen und soziale Beziehungen“ kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Senior*innen im Laufe des Lebens eine eigene Identität aufbauen konnte. Vermutlich waren die meisten auch in ein soziales Umfeld eingebettet, sei es im beruflichen oder privaten Bereich. Mit dem Eintritt in das Rentenalter und mit zunehmendem Alter kann es aber ebenfalls noch zu Identitätskrisen kommen. Möglicherweise können die Veränderungen und Einschränkungen nicht akzeptiert werden, vielleicht konnten persönliche Lebensziele nicht erreicht werden, eventuell sind Partner*innen und Freund*innen verstorben, oder Beziehungen sind zerbrochen und konnten nicht mehr oder noch nicht wieder aufgebaut werden. Es ist durchaus möglich, dass in den vorangegangenen Jahrzehnten das eigene ICH verloren gegangen ist, erst wieder gelernt werden muss, auf den Körper zu hören, ihn sorgsam zu behandeln, die eigenen Interessen wahrzunehmen und eigene Bedürfnisse einzufordern. Die Aussagen des BildungsRahmenPlanes zum Bereich Emotionen und soziale Beziehungen sind im Senior*innenbereich sehr treffend, und der psychomotorische „moving-seniors“-Raum mit professioneller Begleitung, stellt einen idealen Ort zur Umsetzung dar.

Der Bildungsbereich „Ethik und Gesellschaft“ befasst sich mit Fragen nach dem Wert und der Würde des Menschen sowie nach gerechtem und ungerechtem Handeln. Werte stellen die Grundlage für Normen und Handeln dar und geben den Kindern Orientierung für ihr eigenes Denken und Handeln. In den Kindergärten erleben die Kinder eine Vielfalt von Wertesystemen und werden mit entsprechend verschiedenen Handlungsnormen konfrontiert, wodurch sich ein ethisches Grundverständnis entwickeln kann (BMUKK, 2009).

Sinnfragen und moralische Fragestellungen werden aufgegriffen und unter anderem auch philosophisch bearbeitet. Der Diversität, die sich auf individuelle Unterschiede wie z.B. Alter, Geschlecht, Hautfarbe, ethnische Zugehörigkeit, soziale Herkunft sowie auf geistige und körperliche Fähigkeiten von Menschen bezieht, wird ebenfalls eine wichtige Rolle zugestanden. Sich der Vielschichtigkeit menschlicher Identität bei gleichzeitiger Zugehörigkeit zu mehreren Bezugsgruppen bewusst zu sein, ist eine wichtige Voraussetzung im interkulturellen Zusammenleben (BMUKK, 2009).

Die Kinder sollen sich aktiv und kritisch mit Vorurteilen und Diskriminierung auseinandersetzen. Innerhalb einer inklusiven Pädagogik sollen sowohl die Bedürfnisse jedes einzelnen Menschen, als auch die Gesamtheit einer Gruppe berücksichtigt werden. Die Bedürfnisse, Interessen und Begabungen aller Kinder werden einbezogen und Unterschiede wertgeschätzt. In einem Gefühl der Zugehörigkeit und Sicherheit können sich die Kinder mit Interesse und Neugier der Erforschung ihrer Umwelt widmen und sind gleichzeitig motiviert, sich auch gegenseitig zu unterstützen. Der Bildungsbereich Ethik und Gesellschaft umfasst weiters die Entwicklung und Förderung der Partizipationsfähigkeit. Es ist ein menschliches Bedürfnis, Entscheidungen, die das eigene Leben und das Leben in der Gemeinschaft betreffen, tätigen zu können und es ist wichtig, mit seinen Wünschen, Vorstellungen und Meinungen ernst genommen und in offene Dialoge eingebunden zu sein (BMUKK, 2009).

Auch das Werte- und Normensystem ist bei den meisten Senior*innen vermutlich ausgereift, und sie fühlen sich verschiedenen Gruppen, die sie größtenteils selbst gewählt und eventuell sogar mitgestaltet haben, zugehörig. Durch körperliche oder dementielle Einschränkungen oder beim Umzug in ein Senior*innen- oder Pflegeheim kann aber die Angst entstehen, nicht mehr mit den eigenen Wünschen und Vorstellungen ernst genommen und eingebunden zu sein. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Senior*innen mit der Diversität, Inter- und Multikulturalität problemlos umgehen können, zumal dies in ihrer Kindheit vermutlich weniger Thema war, als dies heutzutage der Fall ist. Damit Differenzen bewältigt und die Partizipationsfähigkeit erhalten bleibt, hat der Kompetenzbereich „Ethik und Gesellschaft“ somit auch im Senior*innenbereich eine große Bedeutung.

Im Bildungsbereich „Sprache und Kommunikation“ wird der Ansicht Rechnung getragen, dass die Sprache das wichtigste Medium zur Auseinandersetzung eines Menschen mit der Umwelt ist. Sprache ist die Grundlage für die Gestaltung sozialer Beziehungen und die Partizipation am kulturellen und politischen Leben. Sie trägt auch dazu bei, Handlungen zu planen, Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten und weiterzugeben. Grundsätzlich ist in jeder Phase des Spracherwerbs das Sprachverständnis umfassender als die eigene Sprachproduktion. Der Erstsprache, dazu zählen auch regionale Dialekte und die Gebärdensprache, kommt eine besonders wichtige Bedeutung zu, da jede weitere Sprache auf deren Kompetenzen aufbaut. Sprache bezieht sich immer auf verbale, nonverbale und paraverbale Aspekte der Kommunikation. Körpersprache und Sprachmelodie verdeutlichen Sprechinhalte und unterstützen das Sprachverständnis und vor allem der Erhalt der Sprechfreude ist wichtig. Der Begriff „Literacy“ wird ebenfalls im Rahmenplan angeführt und umfasst den Umgang

und die Auseinandersetzung mit Büchern, Erzähl- und Schriftkultur. Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (digitale Medien), die heutzutage den Alltag bestimmen, machen eine hohe Medienkompetenz notwendig, damit diese selbstgesteuert und kritisch genutzt werden können. Medien ermöglichen das kreative Gestalten eigener Produkte und bieten zusätzliche Möglichkeiten, sich auszudrücken (BMUKK, 2009).

Sprache und Kommunikation haben auch im Alter eine große Bedeutung und es gilt, die Sprachfähigkeit und die Sprechfreude möglichst lange zu erhalten. Selbst wenn die Sprachfähigkeit durch eine Demenzerkrankung stark eingeschränkt ist, braucht der Mensch Kommunikationsmöglichkeiten und -strategien, die über psychomotorische Angebote erlernt und geübt werden können. Ein Rückzug und eine Verstummung sind unbedingt zu verhindern. Da moderne Medien auch im Alltag von Senior*innen nicht mehr wegzudenken sind, ist die Förderung von Medienkompetenzen bei älteren Menschen ebenfalls als sinnvoll anzusehen.

Durch Bewegungserfahrungen und vielfältige Sinneseindrücke erobern Kinder ihre Umwelt, erfahren sich als selbstwirksam und werden dazu motiviert, sich weiteren Herausforderungen zu stellen. Neue Informationen und Wahrnehmungen werden mit bereits Bekanntem verknüpft, wodurch sich die Erfahrungsspielräume und Handlungskompetenzen permanent erweitern. Das Wissen über den Körper und dessen Empfindungen, sowie ein entwickeltes Körperschema sind Voraussetzung für exaktes Planen und Ausführen von Bewegungen und Handlungen als Reaktion auf Wahrnehmungen (BMUKK, 2009).

Im Bildungsbereich „Bewegung und Gesundheit“ werden psychomotorische Erfahrungen definitiv als wirksames Instrument bezeichnet. Bewegung wird als fundamentale Handlungs- und Ausdrucksform gesehen und anregend gestaltete, vielfältige und reichhaltige Bewegungsanlässe motivieren zur Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt. Die körperliche Leistungsfähigkeit, eine realistische Selbsteinschätzung und das Erleben von Selbstwirksamkeit motivieren zu weiterer Bewegung, wodurch sich fein- und grobmotorische Fertigkeiten, das Körpergefühl und ein Körperbewusstsein kontinuierlich entwickeln können (BMUKK, 2009).

Die physische, psychische und psychosoziale Gesundheit ist schon bei Kindern die wesentliche Voraussetzung für ihre Bildung, Entwicklung und ihr Wohlbefinden. Eine positive Grundeinstellung zum Körper und das Wissen über präventive Maßnahmen zur Gesunderhaltung wie z.B. gesunde Ernährung oder Entspannungstechniken zur Stressbewältigung, ermöglichen das selbstbestimmte Übernehmen von Verantwortung für den eigenen Körper

und das eigene Wohlbefinden. In diesem Bildungsbereich des Rahmenplans wird auch das Thema Sexualität angesprochen, zumal ein unbefangenes Verhältnis dazu und zur eigenen Geschlechtsidentität, Teil des sozialen und emotionalen Wohlbefindens darstellen (BMUKK, 2009).

Bewegung und der Erhalt der Beweglichkeit, sowie körperlichen Leistungsfähigkeit hat im Alter einen enorm großen Stellenwert. Möglicherweise konnte in früheren Jahren keine positive Grundeinstellung dazu, und zum Körper selbst, erlangt werden und eventuell bedarf es einem neuen Körper- und Gesundheitsbewusstsein, das altersgemäße Bedingungen berücksichtigt. Psychomotorische Interventionen verhelfen auch älteren Menschen zu mehr physischer und psychischer Gesundheit sowie zu mehr Wohlbefinden. Da das Thema Sexualität und Geschlechtsidentität auch im Alter existiert, mancherorts aber immer noch mit vielen Tabus behaftet ist, kann ein unbefangenes Verhältnis dazu ebenfalls mit psychomotorischen Angeboten angestrebt werden.

Im Bildungsbereich „Ästhetik und Gestaltung“ wird davon ausgegangen, dass das Denken in Bildern die Grundlage für Prozesse des Gestaltens und Ausgestaltens darstellt. Unter den Begriff „Kultur“ fallen sowohl Alltagshandlungen wie z.B. die Esskultur oder Bräuche und Traditionen, als auch kulturelle Produkte und Werke aus den Bereichen Malerei, Bildhauerei, Architektur, Theater, Tanz, Musik, Literatur und Medien (BMUKK, 2009).

Der Kreativität und schöpferischen Prozessen soll viel Raum und Zeit gegeben werden, und auch ungewöhnliche Denk- und Handlungsmuster mit außergewöhnlichen Antworten sollen zugelassen sein. Durch den Umgang mit verschiedensten Materialien und der sachgemäßen Verwendung von Werkzeugen wird auch die Sachkompetenz ständig erweitert. Erst nach einer Explorationsphase folgt die schöpferische Phase und dem Gestaltungsprozess ist ein wichtigerer Stellenwert zu geben, als dem Werk selbst (BMUKK, 2009).

Senior*innen sind kulturellen Angeboten meist sehr aufgeschlossen und Theater, Konzerte oder literarische Veranstaltungen bereichern ihren Alltag, meist auch in Pflegeeinrichtungen. Schöpferische Prozesse und die kreative Selbstwirksamkeit benötigen aber eventuell noch einen höheren Stellenwert. Neben der Möglichkeit, sich kreativ auszudrücken, bleibt die Handlungsfähigkeit durch das Hantieren mit Werkzeugen und Materialien länger erhalten.

Im Bildungsbereich „Natur und Technik“ werden naturwissenschaftlich-technische und mathematische Kompetenzen als wichtige Handlungskompetenzen für lebenslanges Lernen gesehen. Schrittweise werden Ursachen, Wirkungen, Strukturen und Gesetzmäßigkeiten erkannt und für Problemlösestrategien eingesetzt. Naturbegegnungen und die Auseinandersetzung mit der Natur und Umwelt fördern die Einsicht in ökologische Zusammenhänge und ermöglichen einen verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen. Technische Geräte und Maschinen üben auf Kinder eine große Faszination aus. Das Wissen über Funktionsweisen und physikalisch-technische Gesetze ermöglicht bewusste Planungen und das Verwirklichen von Ideen (BMUKK, 2009).

Mathematisches Denken wird als elementarer Baustein der kognitiven Entwicklung gesehen und umfasst z.B. Erfahrungen zu Raum und Zeit, wiederkehrende Muster und Strukturen sowie Regeln und Gesetzmäßigkeiten. Das Verständnis für Mengen und Mengenrelationen, die Zählfertigkeit sowie visuell-analytische und räumlich-konstruktive Fähigkeiten zählen ebenfalls dazu (BMUKK, 2009).

Naturbegegnungen sind auch für ältere Menschen eine große Bereicherung, und die Natur kann für viele gesunderhaltende Interventionen genützt werden. Aufgrund der ständigen technischen Erneuerungen, Veränderungen und Errungenschaften ist es sinnvoll, auch in dieser Hinsicht auf dem aktuellen Stand zu sein und zu bleiben, um sich in der immer mehr technisierten Umwelt gut zurechtfinden zu können und auch Vorteile und Unterstützung daraus zu ziehen.

Ein eigenes Kapitel des bundesländerübergreifenden BildungsRahmenPlanes (BMUKK, 2009) befasst sich mit den Transitionen, womit die Übergänge von Familie in eine elementare Bildungseinrichtung und später der Übertritt in die Volksschule gemeint sind. Beiden Transitionsprozessen muss eine besondere Aufmerksamkeit gewährt werden und eine gute Begleitung und Vorbereitung unterstützen das Kind, sich in der neuen Umwelt zurechtzufinden (BMUKK, 2009).

Im Senior*innenbereich gibt es ebenfalls Transitionen, die eine einfühlsame Begleitung und Unterstützung erfordern, z.B. der Umzug aus der bisherigen Wohnung in eine betreute Wohnform (z.B. Senior*innenwohnheim), oder von einer solchen in eine Pflegeabteilung. Weiters kann es sein, dass aufgrund von altersbedingten Einschränkungen die Teilnahme an bisher genutzten Angeboten nicht mehr möglich ist, und psychomotorische Impulse begleiten den Transitionsprozess in alternative Möglichkeiten oder andere Gruppen.

8 „Moving Seniors“ – ein psychomotorischer Raum für ein zufriedeneres Altern

8.1 Allgemeines zur Gestaltung des „Moving seniors“-Raumes

Wie in Abschnitt 7 erläutert, gibt es zahlreiche Parallelen zwischen der Elementarpädagogik und psychomotorischen Erkenntnissen betreffend der Betreuung von Senior*innen. Die Autorin legt deshalb aktuelle und gängige Vorgehensweisen und Raumgestaltungen im Kindergartenbereich auf ältere und alte Erwachsene um, und kreiert einen visionären, psychomotorischen Raum, den sie „moving-seniors“-Raum nennt. Grundgedanke ist die Entwicklungsförderung und der möglichst lange Kompetenzerhalt für ein zufriedeneres Altern.

Räume im elementarpädagogischen Bereich sind so zu gestalten, dass alle in Punkt 7.4. genannten Bildungsbereiche und Grundkompetenzen darin gefördert werden können. In der Praxis ergibt sich meist eine Aufteilung in folgende Bereiche:

- den Kreativbereich,
- den Bau- und Konstruktionsbereich,
- eine Buchecke, die oft gleichzeitig auch eine Relaxzone darstellt,
- einen Rollenspielbereich, oft gekoppelt mit der Puppenwohnung,
- eventuell einen hauswirtschaftlichen Bereich (z.B. mit richtigem Backofen),
- zumeist einen möbelfreien Bereich für kleine Bewegungseinheiten oder Gemeinschaftsaktivitäten wie z.B. Morgen- oder Gruppenkreise.

Im Kindergartenraum befinden sich jeweils ausreichend Tische und Sessel für Tischspiele und Aktivitäten bei Tisch, aber auch für die Einnahme von Mahlzeiten. Moderne oder größere Kindergärten verfügen oft über einen Bewegungsraum, und besonders im sonderpädagogischen Bereich sind Snoezelenräume derzeit sehr aktuell. Ein, vielleicht sogar direkter, Zugang in einen Garten oder auf eine Terrasse, bereichert zusätzlich den Kindergartenraum.

Meist befinden sich die genannten Bereiche alle in ein und dem selben Raum und stehen einer bestimmten Kindergartengruppe zur Verfügung. Es gibt aber auch offene Konzepte, wo jeder Gruppenraum einem Schwerpunkt gewidmet ist, und die Kinder ihren individuellen Interessen entsprechend, frei zwischen den Räumen wechseln können. In diesem Fall gibt es meist eine Stammgruppe, die dem einzelnen Kind als Zentrum oder „Nestchen“ dient und wo gruppendynamische Interventionen (z.B. das Feiern von Festen) stattfinden.

Aufgrund der, von der Autorin, in psychomotorischer Hinsicht, festgestellten Parallelen zwischen der Elementarpädagogik und dem Senior*innenbereich, kann der „Moving seniors“-Raum ähnlich gestaltet werden. Dieser visionäre Raum ist ebenfalls in beiden Varianten möglich. Das heißt, sämtliche Bereiche können sich in einem großen Raum befinden, oder es gibt einen zentralen Raum für gemeinsame Aktivitäten und „externe“ Schwerpunkträume für die individuellen Interessen und Angebote.

Die Ausstattung ist in allen Altersbereichen stets so zu wählen, dass sie zu den Gruppenzugehörigen passt. Auf dem Möbelmarkt gibt es jeweils ein breites Angebot von sehr niedrigen und speziellen Möbeln für Krippenkinder oder eben für größere und ältere Kinder. Die Wahl der richtigen Sitzhöhe ist auch für ältere Menschen optimal zu wählen. Während z.B. Krippenkinder Armlehnersessel benötigen, um seitlich nicht runterzurutschen, benötigen Senior*innen eventuell solche Armlehnen, um sich leichter setzen bzw. erheben zu können.

Ein heller und ansprechender, am besten in natürlichen Farben, gestalteter Raum ist für beide Altersgruppen ideal. Eine optische Reizüberflutung ist unbedingt zu vermeiden. Pflanzen, die von den Gruppenteilnehmern gleich gepflegt werden können, schaffen ein gutes Raumklima.

Stolperfallen (z.B. Teppiche) oder gefährliche Stellen (z.B. Stufen) sind ebenfalls in beiden Altersbereichen auszuschalten, der Raum für Senior*innen verlangt darüber hinaus eine absolute Barrierefreiheit, damit die Benützung auch mit einem Rollstuhl möglich ist. Auf ausreichend breite Durchgänge ist zu achten und vorhandene Sitzgelegenheiten sollen mit Rollstühlen ausgetauscht oder erweitert werden können. Alle Regale, Kästen und auch der Küchenbereich müssen auch für Personen im Rollstuhl ohne Fremdhilfe benützbar und bedienbar sein.

Das Mobilar soll – ebenfalls in beiden Räumen – flexibel einsetzbar sein. Niedrige und offene Regalkästen trennen die einzelnen Bereiche optisch voneinander und bieten einen ansprechenden und auffordernden Präsentationsrahmen für die Materialien. Bei Bedarf können die Bereiche kurzzeitig oder auch für einen längeren Zeitraum flexibel verändert und angepasst werden. Dadurch kann der kleine, gemütliche „Literacy-Bereich“ z.B. für eine Diskussionsrunde rasch vergrößert, oder mehrere Bereiche zusammen z.B. für ein Fest genützt werden. Ist der Andrang und das Interesse z.B. im kreativen Bereich gerade sehr groß, kann dieser für den entsprechenden Zeitraum leicht vergrößert werden, sodass rasch auf die Wünsche und Bedürfnisse der Gruppe eingegangen werden kann.

Tische und Stühle sind ebenso so zu wählen, dass sie grundsätzlich in bestimmten Bereichen zur Verfügung stehen, aber flexibel und schnell in andere Konstellationen gebracht werden können, z.B. in einen Sesselkreis oder eine Reihenbestuhlung. Die Anzahl an Tischen und Stühlen entspricht der Personenzahl, die den Raum maximal gleichzeitig benutzen kann. Für besondere Situationen, wo kurzfristig mehr Menschen anwesend sind (z.B. bei einem gemeinsamen Filmabend), können eventuell zusätzliche Klappsessel bereitgestellt werden. Betreuende Personen achten darauf, dass nur bewegungssichere Personen sie benutzen.

Ideen und Wünsche aller Benutzer*innen sollen einfließen können und im Senior*innenbereich ist zusätzlich der Vorteil gegeben, dass sich unter den Teilnehmer*innen vermutlich auch ehemalige Professionist*innen oder geschickte Personen befinden, die beim Gestalten gleich selbst Hand anlegen und z.B. neu ausmalen, etwas reparieren oder umbauen.

Bei der Materialauswahl in den einzelnen Bereichen ist zu überlegen, welche Möglichkeiten damit gegeben werden sollen. Ist das Material als Realgegenstand oder auch für symbolische Handlungen gedacht, soll es der kreativen Ausdrucksweise dienen, wird es für Bewegungserfahrungen und Interaktionsgestaltungen eingesetzt, oder einfach zum gemeinsamen Tun und Kommunizieren auffordern? Viele Materialien können für unterschiedliche Zwecke und Themen eingesetzt werden, und es ist sinnvoll, sie vorab immer selbst auszuprobieren (Haas, Golmert und Kühn, 2014).

Haas, Golmert und Kühn (2014) nennen folgende Leitfragen im Hinblick auf die Materialauswahl hilfreich:

- wie werden Interaktionen gestaltet, wenn dieses Material genutzt wird (z.B. spielerisch leicht oder eher kraftvoll, nahe oder distanziert)?
 - welche Assoziationen kann das Material hervorrufen (z.B. zu Alltagsaktivitäten oder zu bekannten sportlichen Aktivitäten)?
 - welche Gefühle kann das Material wecken (z.B. Freude, Spass, Angst, Aggression)?
 - wieviel Platz wird für die Verwendung benötigt?
 - besteht ein Verletzungsrisiko?
 - bedarf es bestimmter Regeln und wie werden diese transparent gemacht?
 - welche symbolische Bedeutung kann das Material haben (z.B. Decken assoziieren Umsorgtsein, schwere Sandsäckchen eventuell Last und Bürde)
- (Haas, Golmert & Kühn, 2014).

Dem Thema Musik ist ebenfalls große Bedeutung zuzumessen. Musik kann dazu genutzt werden, Atmosphären herzustellen und die Stimmung zu beeinflussen. Leere Räume können zur Begrüßung und Einstimmung mit Musik gefüllt und gestaltet werden. Bei der Auswahl ist einerseits die Zielgruppe zu beachten (z.B. Alter und Herkunft), andererseits zu bedenken, dass sie eine Aktivität entsprechend unterstützen und erleichtern soll.

Eine Reizüberflutung ist zu verhindern, und zu bedenken ist, dass Musikstücke bei den Teilnehmer*innen mit Assoziationen und Erinnerungen, im positiven wie auch negativen Sinn, verbunden sein könnten. Biographiearbeit kann etwaige Pannen verhindern. Idealerweise ist die Musikanlage geeignet, z.B. bei einem Fest den ganzen Raum zu beschallen, oder auch mobil in Teilbereichen eingesetzt zu werden (Haas, Golmert & Kühn, 2014).

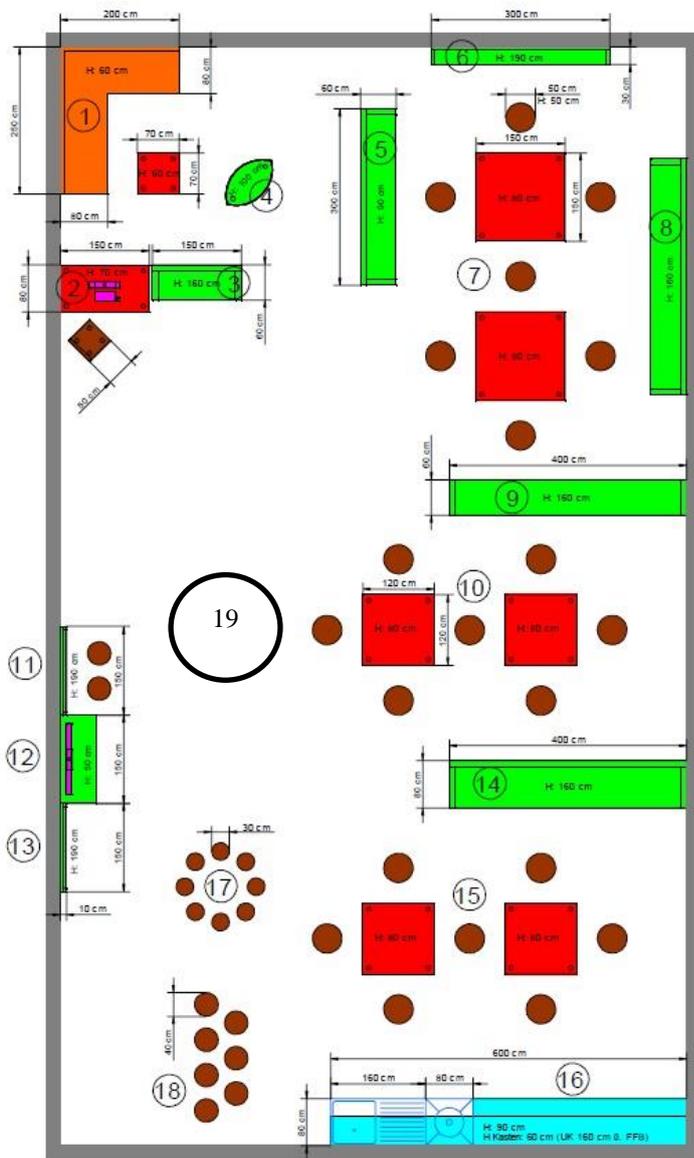
Sehr aktuell ist, ein Wohlfühlklima auch mit Düften zu fördern. Hier ist einerseits zu beachten, dass, um Allergien und negative Reaktionen zu vermeiden, nur natürliche Öle und Materialien verwendet werden, und andererseits, dass nicht jeder Duft bei jedem Menschen gleich gut ankommt. Düfte können ebenfalls, wie Musik, Assoziationen und Erinnerungen in jede emotionale Richtung auslösen.

8.2 Gestaltung der Bereiche im psychomotorischen „Moving seniors“-Raum

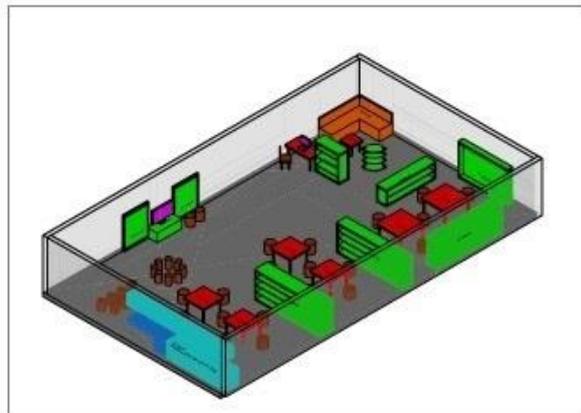
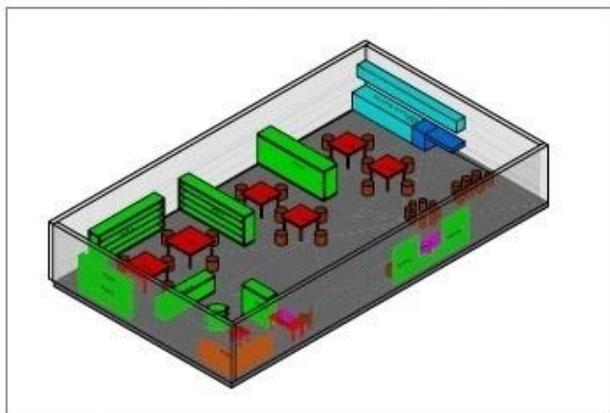
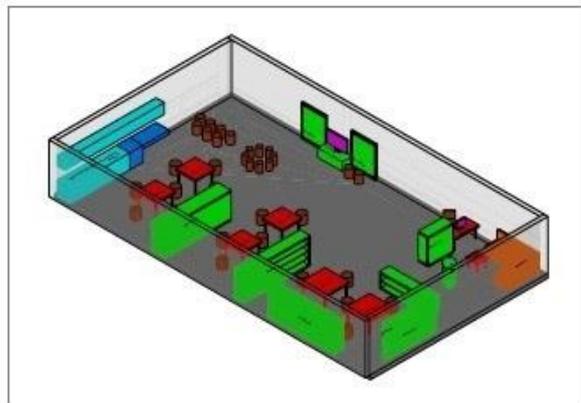
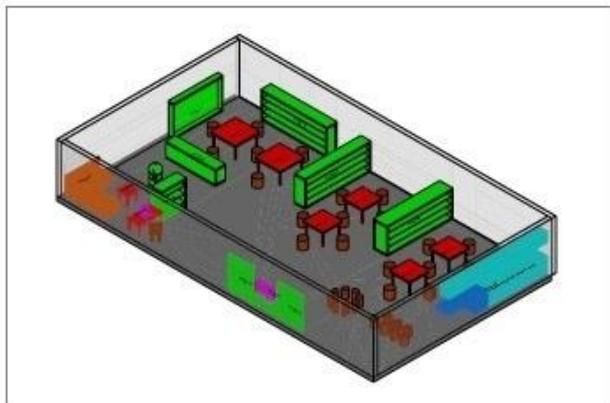
8.2.1 Raumplan

Zur besseren Verständlichkeit und Vorstellbarkeit wird an dieser Stelle (als Abbildung 1), vor der detaillierten Beschreibung des „Moving-seniors“-Raumes und der einzelnen Bereiche, ein graphischer Raumplan dargestellt. Die Numerierung der Bereiche und des Inventars erleichtert die Zuordnung, und ist bei der Beschreibung jeweils in Klammer z.B. (Raumplan Nr. 19) angeführt.

Neben der Sichtweise von oben, gibt es auch dreidimensionale Darstellungen aus vier verschiedenen Perspektiven.



- 1 Sitzzecke
- 2 EDV-Corner
- 3 Bücherregal
- 4 Literaturbereich - Literaturablage
- 5 Malutensilien
- 6 Malwand
- 7 Kreativbereich
- 8 Kreativmaterial, Anleitungen
- 9 Spiele, Puzzles
- 10 Spielebereich
- 11 Bewegungsmaterialien
- 12 TV/Bildschirm
- 13 Bewegungsmat./Ideenwand
- 14 Geschirrrregal
- 15 Hauswirtschaftlicher Bereich
- 16 Küchenzeile
- 17 alternativ: Sesselkreis
- 18 alternativ: Reihenbestuhlung
- 19 multifunktionaler Bereich



8.2.2 Der multifunktionale Bereich

Der multifunktionale Bereich (Raumplan Nr. 19) nimmt einen etwas größeren Teil des Raumes ein und befindet sich idealerweise in zentraler Lage nahe dem Eingang. Diese, relativ möbelfreie, Zone dient unter anderem

- Bewegungseinheiten aller Art,
- Gruppenkreisen z.B. zum Singen und Musizieren, Diskutieren,
- Vorträgen, Filmabenden, dem gemeinsamen Ansehen von Liveübertragungen von z.B. Sportereignissen oder kulturellen Events, ähnlich dem sogenannten „public viewing“,
- als Tanzfläche oder für eine lange Tafel bei einem Fest.

Je nach Angebot bzw. Veranstaltung bleibt der Bereich leer oder erfolgt eine passende Bestuhlung z.B. im Kreis oder in Reihen (Raumplan Nr. 17 und 18). Soweit die Stühle nicht von anderen Teilnehmer*innen in anderen Bereichen benötigt werden, können diese verwendet werden. Andernfalls stehen Klappsessel oder Klappbänke als zusätzliche Reserve zur Verfügung. Auf eine entsprechende Benützungssicherheit ist zu achten. Ein großer Fernsehbildschirm und/oder eine Fläche, wo mittels Beamer Mediendateien und Inhalte projiziert werden können, stehen zur Verfügung.

Unter diesem Bildschirm oder der Projektionsfläche ist Platz für ein Regal, das Bewegungs- und Sinnesmaterialien, oder auch Materialien zum gemeinsamen Musizieren enthält. Beispielsweise kann es folgendes beinhalten: Balancierscheiben, Aero-Stepper, Matten, Rollbretter, Schnüre, Seile, Sandsäcken, verschiedene Bälle, Massagegeräte, Therabänder, Augenbinden, Reifen, Ringe, Stäbe, Markierungspunkte, Tücher, Teppichfliesen, Schwungtuch, Netze, Kegeln, Fühlsäcke oder Fühlboxen, Fliegenklatschen, Luftballons, Trommeln und Percussion-Instrumente – es sind nahezu keine Grenzen gesetzt.

Um den Bereich interessant zu halten, empfiehlt es sich, nicht alle Materialien gleichzeitig anzubieten, sondern immer wieder das Sortiment auszutauschen und neu zu variieren. Laufende Themen oder Schwerpunkte, sowie die Wünsche und Bedürfnisse der Gruppe fließen jeweils ein. Zur Visualisierung und zum Festhalten von Ideen kann z.B. eine Magnettafel oder Pinwand eingesetzt werden.

8.2.3 Der hauswirtschaftliche Bereich

Abgesehen davon, dass viele Senior*innen vielleicht immer gerne gekocht und gebacken haben und in ihrer aktuellen Wohnform eventuell keine Gelegenheit mehr dazu haben, ist das gemeinsame Kochen und Backen eine Möglichkeit, viele Fertigkeiten zu erhalten und immer wieder zu üben.

Gemeinsam und kreativ einen Nachmittag, Abend oder ein Fest kulinarisch vorzubereiten, macht im allgemeinen Spass, und ist eine Möglichkeit, sich in einem sozialen Umfeld zu bewegen und zurechtzufinden. Begnadete Bäcker*innen und Köch*innen können eine Führungsrolle übernehmen und auch weniger Begabte erweitern und erfahren ihre Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit.

Idealerweise enthält der hauswirtschaftliche Bereich eine kleine Küchenzeile (Raumplan Nr. 16) mit einem Kühlschrank, Herd und einem Backrohr. Ob auch ein Geschirrspüler enthalten sein soll, ist zu überlegen. Zum einen sind es auch die heutigen Pensionist*innen schon gewohnt, einen zur Verfügung zu haben, zum anderen fördert das gemeinsame Geschirrspülen und Abtrocknen aber viele Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Sämtliche Utensilien müssen gut und leicht erreichbar und zu benützen sein, z.B. Töpfe mit großen Griffen, die keinesfalls heiß werden, und gute Erreichbarkeit auch für Personen im Rollstuhl.

Eine ausreichend vorhandene Menge an Tellern, Tassen, Gläsern und Besteck, sowie jeweils passende Tischdekormaterialien – möglichst von den Senior*innen hergestellt oder eingebracht – lassen jeden kleinen Anlass zu einem Festtag werden, an den sich alle gerne erinnern (Raumplan Nr. 14).

Wieviele Tische und Stühle in diesem Bereich vorhanden sind, hängt unter anderem auch davon ab, ob ein Frühstück oder eine Jause fixer Bestandteil des Gruppenangebots ist. Empfehlenswert sind zwei bis drei Tische für jeweils vier Personen, die bei Bedarf auch zu einer Festtafel zusammengeschoben werden können und die neben der Einnahme von Mahlzeiten auch Aktivitäten (z.B. Kekse ausstechen, Salatzutaten klein schneiden) in diesem Bereich dienen.

8.2.4 Der Spielebereich

Da Spielen ein lebenslanges Bedürfnis darstellt, und viele Menschen es gerne tun, enthält der psychomotorische „Moving seniors“-Raum auch einen Bereich, der diesem Gedanken nachkommt. Im Spielebereich (Raumplan Nr. 10) befinden sich ebenfalls zwei bis drei Tische für jeweils vier Personen und ein Regal (Raumplan Nr. 9) mit einer Auswahl an Erwachsenenspielen. Diese Spiele können Neuheiten auf dem Spielmarkt sein, wie z.B. die derzeit begehrten Escapespiele oder auch traditionelle Spiele, die die Senior*innen vielleicht sogar schon seit ihrer Kindheit kennen, z.B. Mensch ärgere dich nicht, DKT oder klassische Kartenspiele (Jolly, Canasta, Tarokieren). Wie die Spiele eingebracht und wie oft sie ausgetauscht werden, ergibt sich aus der Gruppenzusammensetzung und den Gruppenbedürfnissen.

Zu bedenken ist, dass es für nahezu jedes Spiel verschiedene Regeln, Spielweisen und Interpretationen gibt und die Gruppe eventuell diesbezüglich auf einen einheitlichen Stand zu bringen ist, damit Konflikte vermieden werden.

8.2.5 Der Literacy-Bereich

Übersetzt bedeutet „Literacy“ Lese- und Schreibkompetenz. Sie umfasst aber auch Kompetenzen wie Textverständnis, Sinnverstehen, sprachliche Abstraktionsfähigkeit, Lesefreude, Vertrautheit mit Büchern, Schriftsprache und Medienkompetenz.

Dieser Bereich (Raumplan Nr. 4) kann z.B. mit Stehlampen gemütlich gestaltet sein, und soll zum Lesen, Schmökern und Diskutieren einladen. Dazu stehen entweder gemütliche Lesesessel oder eine bequeme Sitzlandschaft zur Verfügung. Wichtig ist, dass die Sitzmöbel eine, für ältere Menschen, geeignete Sitzhöhe haben und z.B. Armlehnen das Hinsetzen und Aufstehen erleichtern. Ein Regal mit Büchern und Zeitschriften (Raumplan Nr. 3), die gerne auch ausgeborgt werden können, steht zur Verfügung. Entsprechend den aktuellen Themen und Interessen werden jeweils passende Bücher und Medien ausgewählt und angeboten, sowie Diskussionen dazu angeregt.

Da Computer und Internet auch im Senior*innenbereich nicht mehr wegzudenken sind, könnte in diesem Bereich auch ein „Internetcorner“ eingerichtet werden (Raumplan Nr. 2).

Eine Idee für diesen Bereich ist auch das Abhalten von Sprachkursen oder Konversationsrunden in anderen Sprachen, wozu wiederum die Fähigkeiten von Gruppenzugehörigen genutzt werden können.

Über diesen Bereich können viele neue Interessensgebiete entstehen, auf die flexibel eingegangen und reagiert wird – z.B. Autor*innen zu einer Lesung einladen, gemeinsame Theaterbesuche oder Ausflüge zu den Orten, die in den Büchern vorkommen oder beschrieben werden.

8.2.6 Der Kreativbereich

Betreffend dem Kreativbereich (Raumplan Nr. 7) ist damit zu rechnen, dass es sowohl Teilnehmer*innen gibt, die ihr Leben lang gerne kreativ gestaltet haben, aber auch welche, die keinen Zugang dazu fanden oder sich niemals Zeit dafür nahmen. Neben der Möglichkeit, einfach frei gestalten zu können, braucht es in manchen Gruppen eventuell mehr Anleitung und Motivation. Diese kann sowohl von den Psychomotoriker*innen, als auch von den Teilnehmer*innen kommen. Spezialist*innen und begnadete Künstler*innen können ihre Stärken und Fähigkeiten einbringen, und sich in einer leitenden und wertgeschätzten Rolle erleben und erfahren. Weniger begabte oder ungeübte Künstler*innen erweitern und erleben ihre Handlungsfähigkeit und ihre Selbstwirksamkeit.

Auch hier sind in etwa zwei Tische angedacht, wo gezeichnet, gemalt, verschiedene Techniken erprobt oder auch modelliert werden kann. Neben der Möglichkeit, bei Tisch zu arbeiten, gibt es auch einen Wandmalbereich oder Staffeleien (Raumplan Nr. 6), wo im Stehen gearbeitet werden kann.

In einem offenen Regal (Raumplan Nr. 5) werden verschiedenste Materialien, wie z.B. Malfarben, Kreiden, Stifte, Papiere, Kleber, Schneidgeräte oder Natur- und Restmaterialien einladend angeboten. Bastelbücher oder auch Kunstbände (Raumplan Nr. 8) komplettieren das Angebot. Bestimmte Materialien und Angebote wie z.B. das Modellieren mit Ton, welches die Feinmotorik optimal fördert, werden eher nur in einem bestimmten, begrenzten Zeitraum angeboten, da sie mit stärkerer Verunreinigung einhergehen und mit anderen Tätigkeiten kollidieren könnten.

In diesem Bereich ist das Aufstellen von Benützungsregeln sehr wichtig, da andernfalls die Gefahr besteht, dass unnötig Ressourcen verschwendet werden, z.B. weil nicht richtig verschlossene Farben eintrocknen oder etwa nicht ausgewaschene Pinsel brechen.

Die Arbeit in diesem Bereich birgt enorm viele Möglichkeiten. Sie kann dazu anregen, gemeinsam Museen, Galerien und Ausstellungen zu besuchen oder die hergestellten Werke und Produkte werden in einer Ausstellung oder z.B. bei einem Adventmarkt präsentiert und verkauft.

Angebote und Projekte finanziell zu nützen, ist auch in oder über die anderen Bereiche möglich. So können im hauswirtschaftlichen Bereich Bäckereien, Liköre, Öle und vieles mehr für den anschließenden Verkauf hergestellt werden oder die Senior*innen gestalten ein Theaterstück, Musical, Konzert oder einen Chorabend.

Mit dem Erlös können karitative Zwecke unterstützt, oder eigene Pläne und Wünsche, z.B. ein mehrtägiger gemeinsamer Ausflug, finanziert werden.

8.2.7 Weitere Bereichsmöglichkeiten

Die bisher genannten Bereiche stellen eine Art Basisanlage für den psychomotorischen „Moving seniors“-Raum dar. In diesem Raum sollen möglichst viele, vielfältige und ganzheitliche Impulse und Angebote stattfinden können. Stehen weitere Räumlichkeiten oder mehr Platz zur Verfügung, kann z.B. zusätzlich ein Snoezelenraum/-bereich eingerichtet werden. Besteht die Möglichkeit einer Garten- oder Terrassenbenützung, können Kräuter, Obst und Gemüse, aber auch Blumen selbst gesetzt, gepflegt und geerntet werden. Psychomotorische Stunden und Bewegungseinheiten, sowie Naturerfahrungen können direkt vor der Tür im Freien stattfinden.

Auch wenn der Raum eher klein ist, kann das daraus resultierende und fördernde Programm unglaublich riesig werden, wenn schnell auf die Interessen und Bedürfnisse reagiert wird. Ist ersichtlich, dass z.B. ein Spiel mit Kegeln großen Spass macht, kann ein Kegelabend auf einer richtigen Kegelbahn organisiert werden. Voraussetzung für ein solches umfassendes Programm sind engagierte Psychomotoriker*innen, Gruppenbetreuer*innen und auch Senior*innen.

Ist der psychomotorische Raum das Zentrum sämtlicher Aktivitäten, verringert sich das Risiko der Vereinsamung deutlich. Damit ist gemeint, dass es problematisch werden könnte,

wenn ein Mensch aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen plötzlich nicht mehr bei der Gruppe, wo er bis dahin einen Großteil seiner Zeit verbrachte, z.B. in einer Wandergruppe, mitmachen kann. Sich im Alter plötzlich eine neue Gruppe suchen zu müssen, gestaltet sich schwierig bis unmöglich und die Gefahr des Rückzugs und der Vereinsamung ist groß. Innerhalb des psychomotorischen Raumes sind aber von vornherein auch andere Möglichkeiten und viele verschiedene Teilnehmer*innen bekannt und es ist leichter, sich woanders anzuschließen bzw. kann dieser Anschluss besser gefördert und begleitet werden.

8.3 Wie kann der psychomotorische „Moving seniors“-Raum genutzt werden?

Je nachdem, wo der Raum untergebracht ist, z.B. als eigener Raum, ähnlich einem Club oder als Gemeinschaftsbereich in einer Senior*innenreinrichtung, sind verschiedenste Nutzungen möglich.

Der Grundgedanke der Autorin ist, dass der Raum jedenfalls permanent von Psychomotoriker*innen oder anderen dazu ausgebildeten Personen betreut wird. Diese planen ein adäquates Programm, beobachten die Stunden und gehen auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmer*innen ein.

Da ein solcher Raum auch Kosten verursacht, ist eine effiziente Auslastung und Finanzierung essentiell. Eine Möglichkeit ist, an Werktagen jeweils Vormittags z.B. 9 – 12 Uhr und Nachmittags z.B. 14 – 17 Uhr „Gruppenkurse“ anzubieten. Ein Durchgang umfasst jeweils zehn Einheiten und ein Kostenbeitrag, der aus sozialen Gründen auch reduziert oder erlassen wird (denn es soll ja jeder Zugang haben) ist zu entrichten. In den übrigen Zeiten könnte es für die Senior*innen eventuell die Möglichkeit geben, selbst Veranstaltungen oder Treffen zu organisieren, und dafür z.B. eine Nutzungsgebühr zu entrichten.

Die Betreuer, die die Gruppen beobachten und das Geschehen reflektieren, gestalten und verändern die Gruppenkonstellationen und das Gruppenprogramm immer wieder so, dass es für die Teilnehmer*innen passt und alle Potentiale ausgeschöpft, und Fähigkeiten und Fertigkeiten individuell erhalten und gefördert werden können.

Es können sowohl Gruppen entstehen, die in ihren Einschränkungen sehr ähnlich sind, wie z.B. eine reine Rollstuhlgruppe oder eine Gruppe, in der die Teilnehmer*innen bereits alle eine mittelschwere Demenz aufweisen oder eben gemischte Gruppen. Die Betreuer ermitteln

über die Beobachtung die geeignetste Form und Gruppe und teilen die Senior*innen entsprechend sinnvoll ein, motivieren sie zu einem Wechsel und unterstützen die Transition.

Der Gestaltung und Nutzung des „moving-seniors“-Raums sind nahezu keine Grenzen gesetzt. Dieser psychomotorische Raum eröffnet eine vielfältige und spannende Welt, in der Menschen Partizipation und Gemeinschaft erleben, lebenslang lernen und sich entwickeln, sowie zufrieden(er) alt werden können.

Abgeschlossen wird diese Arbeit mit zwei Zitaten von Hermann Gmeiner aus der SOS-Kinderdorf-Broschüre „So sind wir groß geworden – Edition 2020“:

„Ziele motivieren einen, in der Früh aufzustehen, jeden Tag aufs Neue anzugehen, auch wenn es mühsam ist.“ (Hermann Gmeiner)

„Alles Gute in unserer Welt geschieht nur, wenn jemand mehr tut, als er tun muss“.
(Hermann Gmeiner)

Behalten wir Psychomotoriker*innen unsere Ziele im Auge und motivieren wir andere Menschen mit all unserem psychomotorischen Wissen und Handeln, damit auch sie ihre Lebensziele, vor allem aber gesund, vital und zufrieden zu altern, erreichen können. Und lassen wir uns nicht abbringen, neue Wege zu gehen und mehr zu tun als nur unsere Arbeit (Elisabeth Kraus).

9 Diskussion

Aufgrund ökonomischer, sozialer und medizinischer Fortschritte ist die Lebenserwartung in den westlichen Industrieländern erheblich gestiegen, und Senior*innen wünschen sich einen langen und aktiven Lebensabend mit vielseitigen und qualitativen Angeboten.

Wenngleich diese Lebensphase nicht mehr mit Gebrechlichkeit und Unproduktivität gleichgesetzt werden kann, lässt es sich nicht verhindern, dass die Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter allmählich sinkt und körperliche und dementielle Einschränkungen das Leben erschweren. Wie am Lebensanfang sind alte Menschen teilweise wieder auf Unterstützung und Zuwendung bis hin zu intensiver Betreuung angewiesen (Eisenburger, 2012).

Motorische und kognitive Veränderungen und Einschränkungen im Alter werden aus wissenschaftlicher Sicht dargestellt, und trotz intensiver und weltweiter Forschungen gibt es bis dato in Hinblick auf Demenzerkrankungen noch keine effizienten Behandlungsmethoden.

Gerald Hüther (2017) zeigt auf, wie es gelingen kann, die Selbstheilungskräfte rechtzeitig zu aktivieren, um lange fit zu bleiben. Er erkennt die permanente Zunahme von Beeinträchtigungen, Erkrankungen und Problemen im Alter nicht ab, will sie aber auch nicht als „normalen“ Alterungsprozess, dem der Mensch machtlos ausgesetzt ist, sehen (Hüther, 2017).

Ausgangspunkt für seine Überlegungen im Buch „Raus aus der Demenzfalle“ (2017) ist die sogenannte „Nonnenstudie“, die in den 80er-Jahren an der Kentucky-Universität durchgeführt wurde. Diese besagt, dass die Gehirne von etwa 600 Nonnen zwar ebenfalls degeneriert und mit Ablagerungen übersät waren, dennoch bis ins hohe Alter keine Demenzsymptome auftraten. Die Nonnen litten auch wesentlich seltener an anderen Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, Hypertonie, Adipositas, chronische Schmerzen und Haltungsschäden (Hüther, 2017).

Eine mögliche Begründung sieht Hüther (2017) in der sogenannten „Salutogenese“, die der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1997) prägte. Im Zentrum der Salutogenese steht das Kohärenzgefühl, das dann gegeben ist, wenn das tagtägliche Erleben und Wahrnehmen mit den eigenen Erwartungen übereinstimmt oder wenn, den Erwartungen entgegenstehende Geschehnisse vom Individuum bearbeitet, bewältigt und angepasst werden können (Hüther, 2017).

Mit diesem Kohärenzgefühl sind Menschen jeden Alters in der Lage, ihr Leben mit Freude, Leichtigkeit und Zufriedenheit zu leben, wodurch selbst in fortgeschrittenem Alter noch neuroplastische Botenstoffe und Wachstumshormone freigesetzt werden, die die Nervenzellen dazu bringen, sich neu zu bilden und zu verknüpfen. Ein ständiges Gefühl der Inkohärenz, ausgelöst durch Stress, Inaktivität und Unzufriedenheit führt hingegen zu Störungen, Erkrankungen und Problemen im Alter. Der Mensch benötigt Erfolgs- und Glücksgefühle, damit sämtliche im Körper ablaufenden Prozesse und Systeme, wie das kardiovaskuläre, das neuroendokrine, das periphere sympathische und parasympathische, das Neuroimmunsystem und das neurogastrointestinale System, optimal funktionieren können (Hüther, 2017).

Die drei salutogenetischen Grundprinzipien Verstehbarkeit, Gestaltbarkeit und Sinnhaftigkeit ermöglichen die Entwicklung jenes Kohärenzgefühls, das Voraussetzung für die Aktivierung der im Körper angelegten Selbstheilungskräfte ist. Die Psychomotorik mit ihrem vierdimensionalen Menschenbild ist eine optimale Möglichkeit, Menschen jeden Alters in ihrer Entwicklung zu unterstützen, zu begleiten und zu fördern. Mit ihren vielfältigen Möglichkeiten auf allen Ebenen des Menschseins kann sich selbst in fortgeschrittenem Alter noch Lebendigkeit entwickeln und trotz Einschränkungen ein zufriedenes, lebendiges Alter erlebt werden (Hüther, 2017).

Die bisherigen Forschungen und Konzepte bezogen sich größtenteils auf die Kindheit. In der Elementarpädagogik, sowie im Grundschulbereich hat sich die Psychomotorik bereits gut etabliert. Hervorgehoben wird das Projekt „Bewegte Klasse“, zu dem seit dem Schuljahr 2003/04 alle niederösterreichischen Grundschullehrer eingeladen sind (Voglsinger, 2004).

In der Master Thesis „Moving seniors“ – ein psychomotorischer Raum für ein zufriedeneres Altern“ wird deshalb die Frage gestellt, ob oder wie weit Konzepte, die sich bei Kindern schon gut etabliert haben, auch im Senior*innenbereich umgesetzt werden können?

Ziel ist, einen Raum für Senior*innen zu gestalten, wo einerseits mittels psychomotorischer Angebote lebenslanges Lernen ermöglicht wird, und andererseits Kompetenzen und Fertigkeiten, auch bei Einschränkungen, möglichst lange erhalten werden können.

Der besondere Vorteil des visionären „moving-seniors“-Raumes liegt vor allem in der sozialen Komponente. Die Gruppe der Senior*innen stellt heute, wirtschaftlich gesehen, ein interessantes Klientel dar, und der Markt boomt. Fitnessstudios, Volkshochschulen und viele

andere Vereine und Institutionen bieten Programme für Menschen jeden Alters, auch speziell für Senior*innen an, und es gibt auch viele, speziell begleitete Seniorenreisen und Kulturangebote.

Viele der Pensionist*innen waren es Zeit ihres Berufslebens gewohnt, etwas „auf die Beine zu stellen“ und organisieren auch in der Pension verschiedenste private Möglichkeiten, wie z.B. Wandergruppen, Kegelgruppen, Theatergruppen, Reisegruppen, etc. Problematisch wird es aber, wenn Teilnehmer*innen aufgrund von Alterseinschränkungen plötzlich nicht mehr in der Lage sind, an einem bestimmten Angebot teilzunehmen. Kann ein begeisterter Wanderer z.B. wegen einer körperlichen Einschränkung nicht mehr mitwandern, fällt er früher oder später meist aus dem kompletten, damit verbundenen sozialen Umfeld heraus. Anfangs werden vielleicht noch Einladungen z.B. zu Weihnachtsfeiern oder anderen Vereinstreffen angenommen, aber die Distanz zur „aktiven“ Gruppe wird immer größer, und irgendwann bleiben die „außerordentlichen und fördernden“ Mitglieder dann doch fern.

Obwohl das Angebot an Möglichkeiten riesig ist, haben viele Menschen Probleme damit, sich woanders neu anzuschließen, erst recht, wenn sie durch Einschränkungen zusätzlich gehandicapt sind. Die Gefahr der allmählichen Vereinsamung ist groß, und da soziale Beziehungen einen wichtigen Aspekt für das zufriedene Altern darstellen, gilt es, Isolation und Rückzug unbedingt zu verhindern.

Innerhalb des psychomotorischen Raumes gibt es eine Vielfalt an Möglichkeiten und Angeboten, die von der jeweiligen Gruppe individuell gestaltet und genutzt werden können. Die Teilnehmer*innen sind Mitgestalter ihres sozialen Umfeldes, innerhalb dessen sie leichter zwischen den Teilgruppen und Möglichkeiten switchen können. Kann z.B. eine bisher lesefreudige Person aufgrund demenzieller Beeinträchtigungen nicht mehr an Buchbesprechungen teilhaben, wird sie sofort motiviert, sich innerhalb des Raumes einer anderen Teilgruppe, z.B. beim Malen oder Modellieren oder bei den Bewegungseinheiten anzuschließen. Psychomotoriker*innen begleiten und unterstützen diese kleinen Transitionsprozesse jeweils einfühlsam.

Anhand des niederösterreichischen Projektes „Bewegte Klasse“ wird die psychomotorische Handlungsweise dargestellt. Es wird festgestellt, dass Lernen über den Austausch des Individuums mit seiner Umwelt erfolgt, wobei Bewegungs- und Wahrnehmungslernen mit allen Sinnen die intrinsische Motivation forciert und der Mensch fähig wird, autonom, sinnerfüllt und mit Freude zu handeln. Bewegungsmangel und fehlendes Körperbewusstsein hingegen

hemmen die körperliche und geistige Entwicklung des Menschen. Ein psychomotorisch gestalteter Rahmen bietet Raum und Zeit, um sich zu bewegen, sich selbst zu spüren, Erfahrungen mit allen Sinnen machen zu können, experimentieren, ausprobieren und variieren zu dürfen, Überraschungen zu erleben und Emotionen ausleben zu dürfen. In einer vielfältigen, anregenden und sinnstiftenden Umgebung mit großer emotionaler Sicherheit kann begriffen, gespielt und gelernt werden, wodurch Handlungsfähigkeit erworben bzw. erweitert werden kann (Voglsinger, 2004).

Im psychomotorischen Raum kann entsprechend den eigenen Bedürfnissen Bewegung aller Art stattfinden, es kann gestaltet werden und es darf, im sozialen Kontext, sogar auch etwas zerstört werden, um es (vielleicht gemeinsam) wieder neu aufzubauen. Raum, Zeit, Materialauswahl und die soziale Gruppe selbst werden zum Raum für Bewegungsaktivitäten und zum Raum für Emotionen, wo auch Verletzlichkeit, Angst, Aggression oder Trauer Platz haben dürfen. Das Kind als „Akteur seiner Entwicklung“ (Kautter et al., 1988; zit. n. Passolt, 2004) inszeniert seine inneren Themen und nützt die Angebote von außen, die es jetzt gerade für seine Entwicklung benötigt.

Kinder handeln niemals ohne Grund und für sie ist jedes Tun sinnvoll. Es liegt an den betreuenden Personen, dies zu verstehen und entsprechend zu berücksichtigen. In diesem Raum der Offenheit und Kreativität, wo Fehler gemacht werden können, wo Normen auch mal über Bord geworfen werden dürfen, wo „Nicht-Normal-Sein“ erlaubt oder sogar erwünscht ist, wo andere Sichtweisen eingenommen werden können und wo durch Fragen und Ausprobieren Antworten gesucht und gefunden werden können, werden Menschen in ihrer Einmaligkeit und manchmal auch „Eigenartigkeit“ respektiert (Passolt, 2004).

Diese psychomotorische Sichtweise des Kindes kann ohne Weiteres auf ältere Menschen übertragen werden. Auch sie sollen und wollen weiter „Akteure ihrer eigenen Entwicklung und Wirklichkeit“ sein, und so eigenartig die Handlungsweisen von z.B. Demenzerkrankten auch aussehen mögen, wie beim Kind, sind sie für den Ausführenden gerade jetzt wirklich und sinnvoll.

Die Forderung nach einer sozialen, emotionalen, intellektuellen und körperlichen Persönlichkeitsbildung, der im Projekt „Bewegte Klasse“ Rechnung getragen wird, ist seit 2001 in den österreichischen Lehrplänen für Grundschulen verankert und der Unterricht soll methodisch-didaktisch so gestaltet sein, dass er sich an den Interessen der Kinder orientiert und

ihre Persönlichkeitsentwicklung unterstützt. Es gilt, die Neugier und Lernfreude zu fördern, damit lebenslanges Lernen möglich wird (Voglsinger, 2004).

Für die Gestaltung eines „Bewegungsraumes“, wo ausgehend vom vierdimensionalen Menschenbild, ganzheitliche Lernprozesse und Entwicklung möglich sind (Voglsinger, 2004), gibt es auch im Senior*innenbereich viele Möglichkeiten. Psychomotorische Einheiten und Angebote können nahezu überall durchgeführt werden, wobei es immer wieder das Problem zu überwinden gilt, die Senior*innen rechtzeitig dafür zu gewinnen. Laut Eisenburger (2012) muss „zuerst die Seele bewegt werden“, das heißt, es muss etwas im Bewusstsein geschehen, damit einem Rückzug und frühzeitigem Verlust von Fertigkeiten entgegengewirkt werden kann.

Der „moving seniors“-Raum als eigens gestalteter psychomotorischer Raum für Senior*innen lehnt sich grundsätzlich an die Aussagen des bundesländerübergreifenden BildungsRahmenPlanes für Elementareinrichtungen (Kindergärten) an. Sämtliche Prinzipien und Darstellungen können nahezu 1 : 1 übernommen und in den Senior*innenbereich übertragen werden. In einem Wohlfühlambiente, einem sicheren sozialen Umfeld und mit vielseitigen Möglichkeiten können wichtige Alltagsfertigkeiten und Beziehungen erhalten und aufgebaut werden, wodurch ein zufriedeneres Altern möglich wird.

Ein moderner Raum in der Elementarpädagogik, in dem die Kompetenzen laut bundesländerübergreifendem BildungsRahmenPlan als Orientierung dienen, ist ein gutes Modell für die Gestaltung des „Moving-seniors“-Raum für Senior*innen. Die einzelnen Bereiche können auch für ältere Menschen ein ansprechendes Betätigungsfeld darstellen, wo jeder, seinen Interessen und Fähigkeiten entsprechend Raum und Zeit hat, aktiv zu sein und zu bleiben.

Lediglich für die Schwierigkeit, die Senior*innen rechtzeitig zu erreichen, sind im BildungsRahmenPlan keine Lösungen angeführt, welche übernommen werden könnten. Nicht nur die Schulpflicht, zumindest auch das verpflichtende, letzte Kindergartenjahr ist in Österreich mittlerweile gesetzlich verankert.

Abgesehen davon, dass Erwachsene grundsätzlich kaum zur Teilnahme an Bildungs- und Persönlichkeitsangeboten verpflichtet werden können, sieht die Salutogenese die Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit als wichtiges Kriterium an, und es liegt an jedem einzelnen Menschen, sein Altern zu gestalten.

Die Psychomotorik stellt viele Möglichkeiten zur Verfügung, zufrieden(er) alt zu werden, und der visionäre „moving-seniors“-Raum wäre ein idealer Ort dafür.

10 Zusammenfassung

Die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema „Altern“ hat in den letzten Jahrzehnten nicht nur in Österreich an Bedeutung gewonnen. Aufgrund ökonomischer, sozialer und medizinischer Fortschritte hat sich die Lebenserwartung in den Industriestaaten in den letzten 150 Jahren nahezu verdoppelt, und bis zum Jahr 2050 wird der Anteil der Menschen mit einem Alter von über 65 Jahren mit etwa einem Drittel der Bevölkerung prognostiziert (Statistik Austria, 2018).

Die Menschen beschäftigten sich von jeher mit dem Altern, aber das Bild vom Älter werden hat sich im Laufe der Geschichte immer wieder verändert. Zum einen wurde der große Wissens- und Erfahrungsschatz älterer Menschen vielerorts wertschätzend anerkannt und viele wichtige Ämter wurden mit „weisen Alten“ bekleidet, zum anderen stellte das Leben im Alter selbst in Österreich lange Zeit alles andere als einen angenehmen, ruhigen Lebensabend dar. Der „Bundesplan für Seniorinnen und Senioren“, der 2012 erstmals veröffentlicht wurde und auf wissenschaftlichen Aussagen und Analysen beruht, stellt einen Meilenstein in der Geschichte des Alterns dar. Oberste Zielsetzung dieses Bundesplanes ist, die Lebensqualität aller älteren Menschen zu wahren bzw. zu verbessern, und zwar sowohl bezogen auf die objektiven Bedingungen als auch auf deren subjektive Bewertung im Sinne von Zufriedenheit und Wohlbefinden. Ungleichheiten und Diskriminierungen sollen vermindert bzw. verhindert werden und ein großes Angebot an Diensten, Aktivitäten und Infrastruktur soll zur Verfügung stehen. „Aktives Altern“ wird als fundamentales Prinzip betrachtet und lebenslanges Lernen angestrebt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012).

Trotz aller sozialer und medizinischer Fortschritte können altersbedingte Einschränkungen aber nicht verhindert werden. Die Leistungsfähigkeit und körperlichen Fähigkeiten nehmen mit zunehmenden Alter ab. In Kapitel drei wird ein Einblick in die motorische Entwicklung und Einschränkungen im Alter gegeben. Auf dementielle Erkrankungen, die weltweit, vermutlich bedingt durch die ständig steigende Lebenserwartung, stark ansteigen, wird genauer eingegangen. Über diese Einschränkungen Bescheid zu wissen ist wichtig für psychomotorische Interventionen.

Dass der Mensch altersbedingten Einschränkungen und dem Verfall aber nicht machtlos ausgeliefert ist, zeigt Gerald Hüther in seinem Buch „Raus aus der Demenzfalle“ (Abschnitt vier). Gemäß den Aussagen der Salutogenese, die der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky

(1997) prägte, können auch im fortgeschrittenen Alter durch Aktivität und Selbstwirksamkeit noch neuroplastische Botenstoffe und Wachstumshormone freigesetzt werden, wodurch sich Nervenzellen neu bilden und verknüpfen können. Es liegt in der Verantwortung des Individuums, die Selbstheilungskräfte zu aktivieren, die Psychomotorik stellt jedenfalls eine optimale Begleitung und Unterstützung dar (Hüther, 2017).

Anhand des niederösterreichischen Projektes „Bewegte Klasse“ wird die Psychomotorik in der Arbeit mit Schulkindern im Abschnitt fünf beleuchtet und Wirkungsweisen erklärt. Während sich die Psychomotorik bei Kindern schon gut etabliert hat, ist das Anwendungsfeld bei Erwachsenen noch relativ klein. Dies mag auch daran liegen, dass das Leistungsdenken und der Wettbewerb sowohl im Berufsleben, als auch in der Freizeit vorherrschend ist. Ein Trend zu mehr Körperbewusstsein und Achtsamkeit ist jedoch bemerkbar (Abschnitt sechs).

Ab Abschnitt sieben geht es definitiv um ältere Menschen. Psychomotorische Interventionen sind bestens geeignet, um Fähigkeiten lange zu erhalten und Beziehungen zu gestalten, beides wichtige Faktoren für ein zufriedenes Altern. Die Psychomotorik umfasst nicht sportliches Handeln, sondern Bewegung in ihren vielfältigen Dimensionen. Neben der körperlichen und geistigen Fitness werden auch allgemeine Handlungskompetenzen und soziale Kontakte gefördert (Krus, 2012).

Laut Eisenburger (2012) können sich Menschen, solange sie leben bewegen, auch wenn die Bewegung anders aussieht als in früheren Alterabschnitten. Durch regelmäßige Aktivität gehorcht der Körper allmählich wieder mehr, Muskeln werden kräftiger und Gelenke wieder beweglicher und auch der Geist wacher. Bevor diese Prozesse aber stattfinden können, muss der Mensch auf seinem Rückzug erreicht, und die Seele bewegt werden (Eisenburger, 2012).

Die Autorin konnte zwischen der Arbeit im elementarpädagogischen Bereich und mit älteren Menschen viele Parallelen feststellen. Während sich Kindergartenkinder in ihrer Umwelt zurechtfinden müssen, obwohl sie Kompetenzen noch nicht haben, ist es bei Senior*innen genau umgekehrt. Sie müssen sich in ihrem Umfeld weiter zurechtfinden, obwohl sie Kompetenzen nicht mehr haben.

Die Aussagen des bundesländerübergreifenden BildungsRahmenPlanes wurden näher beleuchtet, und es wurde festgestellt, dass sie 1: 1 in den Senior*innenbereich übernommen werden können. Das Konzept des offenen Arbeitens und der Alterserweiterung bietet auch in der Förderung von älteren Menschen vielversprechende Möglichkeiten.

Letztendlich wurde mit den Grundsätzen und Aussagen des BildungsRahmenPlanes und der Psychomotorik der visionäre „moving seniors“-Raum kreiert. Ein Raum, der verschiedenste Möglichkeiten bietet, sich aktiv und selbstwirksam zu betätigen, und in dem Beziehungen gestaltet werden können. Ein Rahmen, wo Alterseinschränkungen nicht zu Rückzug und Isolation führen und wo Menschen kompetent, gemeinsam und zufrieden altern können.

Die Psychomotorik stellt jedenfalls viele Möglichkeiten zur Verfügung, zufrieden(er) alt zu werden, und der visionäre „moving-seniors“-Raum wäre ein idealer Ort dafür.

Literaturverzeichnis

- Antonovksy, A. (1997). Salutogenese. In A. Franke (Hrsg.), *Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S. 33-43). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Beauvoir, S. (1970). *Das Alter (La Vieillesse)*. Hamburg: Rowohlt Tb.
- Becker, S., Kaspr, R. & Kruse, A. (2011). *H.I.L.D.E. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.D.E.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Blischke, K. & Schott, N. (2010a). Haltungskontrolle im höheren Lebensalter. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 49-68). Göttingen: Hogrefe.
- Blischke, K. & Schott, N. (2010b). Fortbewegung im höheren Lebensalter. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 89-102). Göttingen: Hogrefe.
- Blischke, K. (2010a). Entwicklung der Haltungskontrolle. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 30-47). Göttingen: Hogrefe.
- Blischke, K. (2010b). Entwicklung der Fortbewegung. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 69-87). Göttingen: Hogrefe.
- Blischke, K. (2010c). Entwicklung von Zielbewegungen. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 103-125). Göttingen: Hogrefe.
- Blischke, K. (2010d). Motorik, Diagnostik und Intervention bei Morbus Parkinson. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 207-229). Göttingen: Hogrefe.
- Bobath, B. (1998). *Die Hemiplegie Erwachsener – Befundaufnahme, Beurteilung und Behandlung*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012). *Altern und Zukunft - Bundesplan für Seniorinnen und Senioren*. Wien: BMASK.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020). *Gesundheitsportal*. Wien: BMSGPK.
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2009). *Bundesländerübergreifender BildungsRahmenPlan für elementare Bildungseinrichtungen in Österreich*. Wien: BMUKK.
- Caritas Pflege (2015). Zugriff am 15. Oktober 2020 unter <https://www.caritas-pflege.at>
- CS – Caritas Socialis (2020). Zugriff am 15. Oktober 2020 unter <https://www.cs.at/>

- Eisenburger, M. (2012). Nehm'n Se „n Alten!“? – Über die Möglichkeiten, in der Psychomotorik (neue) Wege zu gehen. In A. Krus (Hrsg.), *Ein bewegtes Leben – Psychomotorisches Arbeiten mit älteren Menschen und Menschen mit Demenz*. (Psychomotorik Band 11, S. 10-25). Lemgo: Verlag Aktionskreis Psychomotorik.
- Fischer, K. (2019). *Einführung in die Psychomotorik*. München: Reinhardt, Gmbh & Co KG
- Fond Soziales Wien (2020). Zugriff am 15. Oktober 2020 unter <https://www.fsw.at/>
- Förstl, H., Kurz, A. & Hartmann, T. (2011). Alzheimer-Demenz. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (S. 48-72). 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Haas, R., Golmert C. & Kühn, C. (2014). *Psychomotorische Gesundheitsförderung in der Praxis – Spiel- und Dialogräume für Erwachsene*. Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Hüther, G. (2017). *Raus aus der Demenz-Falle! Wie es gelingen kann, die Selbstheilungskräfte des Gehirns rechtzeitig zu aktivieren*. München: Arkana.
- ICD10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).
- Kastner, U. & Löbach R. (2010). *Handbuch Demenz* (2. Auflage). München: Urban & Fischer. ..
- Krus, A. (2012). Einleitende Worte zum Tagungsband. In A. Krus (Hrsg.), *Ein bewegtes Leben – Psychomotorisches Arbeiten mit älteren Menschen und Menschen mit Demenz* (Bd. 11, S. 5-9). Lemgo: Aktionskreis Psychomotorik.
- Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (2020). Zugriff am 15. Oktober unter <https://kwp.at/>
- Munzert, J. (2010). Entwicklung und Lernen von Bewegungen. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 9-29). Göttingen: Hogrefe.
- ÖAG – Österreichische Alzheimer Gesellschaft (2020). Zugriff am 15. Oktober 2020 unter <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/>
- ÖPV – Österreichischer Pensionistenverband (2020). Zugriff am 15. Oktober 2020 unter <https://pvoe.at/>
- ÖSB – Österreichischer Seniorenbund (2020). Zugriff am 15. Oktober 2020 unter <https://www.seniorenbund.at/>
- Passolt, M. (2004). PsychOMOTORIK – „Mit-Sein“ in der psychomotorischen Arbeit. In S. Kuntz & J. Voglsinger (Hrsg.), *Humor, Phantasie und Raum in Pädagogik und Therapie* (S. 197-205). Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Pensionistenklubs (2020). Zugriff am 15. Oktober 2020 unter <https://kwp.at/pensionistenklubs/>

- Rentsch, T. & Vollmann, M. (2015). *Gutes Leben im Alter - Philosophische Grundlagen*. Stuttgart: Reclam jun. GmbH & Co KG, Stuttgart.
- Schneider, H. (2012). Eine Reise in die eigene Zukunft – Wie erlebe ich psychomotorische Angebote als alter Mensch? In A. Krus (Hrsg.), *Ein bewegtes Leben – psychomotorisches Arbeiten mit älteren Menschen und Menschen mit Demenz* (Bd. 11, S.36-47). Lemgo: Aktionskreis Psychomotorik.
- Schott, N. (2010a). Entwicklung des Werfens. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 127-147). Göttingen: Hogrefe.
- Schott, N. (2010b). Entwicklung des Fangens. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 149-167). Göttingen: Hogrefe.
- Schott, N. (2010c). Motorische Ungeschicklichkeit. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 169-184). Göttingen: Hogrefe.
- Seniorenbüro (2020). Zugriff am 15. Oktober 2020 unter <https://www.senior-in-wien.at/>
- Statistik Austria (2018): *Bevölkerungsprognose 2018: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2017-2100 laut Hauptszenario*. Wien: Statistik Austria.
- Stechl, E., Knüvener C., Lämmler, G., Steinhagen-Thiessen, E. & Brasse, G. (2012). *Praxishandbuch Demenz, Erkennen-Verstehen-Behandeln*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Voglsinger, J. (2004). Bewegungsräume als Lernräume. Grundlagen, Praxis und Perspektiven der „Bewegten Klasse“ und der psychomotorischen Förderung. In S. Kuntz & J. Voglsinger (Hrsg.), *Humor, Phantasie und Raum in Pädagogik und Therapie* (S.73-96). Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Vojta, V. & Peters, A. (1992). *Das Vojta-Prinzip*. Heidelberg: Springer.
- Walterskirchen, A. (2014). *Rezension zu Cicero – Cato der Ältere über das Alter*. Ecobookstore.de.
- Wygotski, L. (1987). *Ausgewählte Schriften. Band 2: Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit*. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Zentgraf, K. (2010). Motorik, Diagnostik und Intervention nach Schlaganfall. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung*. (Sportpsychologie Band 5, S. 230-249). Göttingen: Hogrefe.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stadienabhängige Interventionen lt. H.I.L.D.E.

Seite 37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Moving-seniors“-Raumplan

Seite 91

Abstract

In gegenständlicher Master-Thesis wird die Wichtigkeit von Bewegung für ein zufriedenes Altern thematisiert. Die Psychomotorik bietet gemeinsam mit den Aussagen von österreichischen Rahmenplänen für Grundschulen und Elementareinrichtungen eine übertragbare Basis für die entwicklungsfördernde Betreuung und Begleitung von Senior*innen. Ein speziell gestalteter Raum, der „moving-seniors“-Raum, wird als Vision beschrieben und bietet einen Leitfaden, der unmittelbar in die Praxis umsetzbar ist. Der „moving-seniors“-Raum soll den idealen Rahmen bieten, um in einem sicheren sozialen Umfeld gemeinsam, aktiv, selbstwirksam und zufrieden zu altern.