

**MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IM HÖHEREN
LEBENSALTER:
GESUNDHEIT UND LEBENSQUALITÄT DURCH BEWEGUNG
UND SPORT**

**FREIE UNIVERSITÄT BERLIN
KATRIN KOENEN UND CLAUDIA STURA
PROJEKTLEITUNG PROF. DR. GUDRUN DOLL-TEPPER
MIT FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG DER
FÜRST DONNERSMARCK-STIFTUNG**

Inhalt

1 Einleitung	3
2 Begriffsbestimmung	5
2.1 Alter – Wann ist man eigentlich „alt“?	5
2.2 Was heißt „behindert“?.....	7
2.2.1 Fakten und Zahlen.....	7
2.2.2 „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der WHO	8
2.2.3 Möglichkeiten der Differenzierung.....	10
2.3 Die Zielgruppe	12
2.4 Sport und Bewegung.....	12
3 Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation durch Sport	14
3.1 Zur Bedeutung von Sport im Alter.....	14
3.1.1 Gesundheitliche Aspekte.....	15
3.1.2 Sozialer Aspekt.....	17
3.1.3 Aspekt der Lebensqualität.....	19
3.2 Zielsetzungen des Sports.....	20
3.2.1 Sport zur Prävention.....	20
3.2.2 Sport zur Rehabilitation	22
3.2.3 Psychomotorik	23
3.2.4 Motogeragogik.....	24
3.2.5 Sport im Freizeit- und Breitensport.....	25
4 Zur Zuständigkeit von Trainern, Übungsleitern, Pflegepersonal und Betreuern	26
4.1 Was wird benötigt?.....	26
4.2 Mögliche Qualifikationskriterien	27
4.3 Welche Ausbildungen gibt es?.....	27
4.3.1 Ausbildung von Trainern und Übungsleitern (Beispiele).....	28
4.3.2 Ausbildung im pflegerischen Alltag (bundeseinheitliche Ausbildung)	31
5 Vorhandene Angebote	32
5.1 Beispiele aus der Praxis.....	34
5.1.1 SimA-Studie der Universität Erlangen-Nürnberg	34
5.1.2 Modellprojekt des Behinderten-Sportverbandes Nordrhein-Westfalen.....	35
5.1.3 Modellprojekt der TU München und der Universität Dortmund in Zusammenarbeit mit der Lebenshilfe Freising.....	35
5.2 Was bieten andere Länder auf diesem Gebiet?	36
5.2.1 Belgien: „Tachtig Maar Krachtig“	36
5.2.2 Niederlande: „The Groningen Active Living Model (GALM)“.....	37
6 Schlussfolgerung	38
Zielsetzungen für Theorie und Praxis	39
7 Literatur	41
8 Anhang	44

1 Einleitung

Eine der größten Veränderungen in den letzten Jahrzehnten ist mit Sicherheit der demographische Wandel: In Deutschland hat sich bereits und wird sich das Verhältnis der prozentualen Anteile von älteren und jüngeren Menschen noch erheblich verschieben. Im Jahr 2050 wird – nach der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2003) – die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre und ein Drittel 60 Jahre oder älter sein. Ein niedriges Geburtenniveau wird dazu führen, dass die Altersjahrgänge bis zum 50. Lebensjahr generell schwächer besetzt sind als die Älteren. Die Zahl der unter 20-Jährigen wird von aktuell 17 Millionen (21 Prozent der Bevölkerung) auf 12 Millionen im Jahr 2050 (entspricht 16 Prozent der Bevölkerung) zurückgehen. Die Gruppe der mindestens 60-Jährigen wird mehr als doppelt so groß sein (28 Millionen bzw. 37 Prozent). Im Jahre 2050 werden 9,1 Millionen Personen 80 Jahre oder älter sein. Dies entspricht 12 Prozent der Bevölkerung (im Jahre 2001: 3,2 Millionen bzw. 3,9 Prozent).

Der so genannte Altenquotient zeigt die zu erwartenden Verschiebungen im Altersaufbau besonders deutlich: Für das derzeitige tatsächliche durchschnittliche Rentenzugangsalter von 60 Jahren lag er 2001 bei 44, d. h. 100 Menschen im Erwerbsalter (von 20 bis 59 Jahren) standen 44 Personen im Rentenalter (ab 60 Jahren) gegenüber. Nach der Vorausberechnung wird der Altenquotient bis 2050 bis auf 78 steigen. Aber diese „Alterung“ der deutschen Gesellschaft wird nicht erst in 50 Jahren zu Problemen führen, sondern bereits in den nächsten beiden Jahrzehnten eine Herausforderung darstellen. Der Altenquotient zeigt nämlich auch die Beschleunigung der Alterung zwischen 2010 und 2030. Von 2001 bis 2010 erhöht sich der Altenquotient in der Abgrenzung bei 60 Jahren „nur“ von 44 auf 46, steigt dann bis 2020 deutlich auf 55 an und nimmt bis 2030 sprunghaft auf 71 zu!

Mit der allgemeinen „Veralterung“ nimmt auch die Anzahl derer zu, die durch eine Einschränkung ihrer Fähig- und Fertigkeiten pflegebedürftig werden. Mit ihnen erhöht sich die Anzahl der Menschen mit Einschränkungen und Behinderungen im Alter

enorm. Nach einer Modellrechnung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) werden bereits in den nächsten Jahren 10.000 Pflegeheimplätze zusätzlich erforderlich, wenn es in der ambulanten Versorgung keine Verbesserungen gibt. Nach der Modellrechnung, die der Leiter der Abteilung Sozialwirtschaft im KDA, Dr. Willi Rückert vorgestellt hat (KDA, 2001), wird sich die Zahl der Leistungsempfänger und die Zahl der benötigten Pflegeplätze - vorausgesetzt an den derzeitigen Bedingungen ändert sich nichts - bis zum Jahr 2050 weiter stark ansteigen. „In 50 Jahren müssen wir mit zwischen 1,1 bis 1,3 Millionen Heimbewohnern rechnen - das sind etwa doppelt so viele wie derzeit“, erläuterte Rückert. „Falls es nicht durch verstärkte Prävention und Rehabilitation gelingt, die Pflegehäufigkeiten zu verringern, steigt die Zahl der Pflegebedürftigen mit Leistungsanspruch an die Pflegeversicherung schon bis zum Jahr 2020 um über ein Drittel.“

Aber auch heute schon ist die Situation von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen in höherem Lebensalter eine andere als noch vor einigen Jahren. Die Menschen, die durch die moderne medizinische Versorgung zwar länger leben, haben dennoch altersbedingte Einschränkungen. Aufgrund dieser Restriktion kann man auch sie bei der Betrachtung von Menschen mit Behinderungen einbeziehen. Auch Menschen mit angeborenen und frühzeitig erworbenen Behinderungen werden durch die heutigen Möglichkeiten der medizinischen Versorgung sehr viel älter (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006).

Die Bewältigung der aktuellen und der zu erwartenden Situation wirft viele Fragen auf – zum Beispiel auch den Aspekt der Finanzierung. Die Sportwissenschaft ist eine von mehreren Teildisziplinen, die einige davon mit beantworten könnte. Denn die Bedeutung von Bewegung und Sport im höheren Lebensalter in Form von Präventions- und Rehabilitationssport ist durch zahlreiche Forschungsprojekte bekannt.

Körperliche Bewegung ist bekanntlich für Menschen jeden Alters bedeutend. Welche Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation es für Menschen in höherem

Lebensalter mit Behinderungen gibt, welche Ausbildungen für die Fachkräfte (Trainer, Pflegepersonal etc.) und welche Sportangebote im organisierten Sport in Deutschland existieren, ist jedoch bisher noch nicht detailliert eruiert worden. Um eine Bestandsaufnahme dieser genannten Aspekte geht es im Rahmen dieses Berichtes.

Das Wissen, dass Altern ein Prozess ist, der das Leben von Menschen physisch, psychisch oder auch sozial zum Negativen verändern kann (eben durch z. B. Alterskrankheiten, Verletzungen durch erhöhte Sturzgefahr, Austritt aus der Arbeitswelt, Mobilitätseinschränkungen) und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Anteil der deutschen Bevölkerung mit Alterskrankheiten und deren Folgen und mit bereits existierenden Behinderungen bereits groß ist und immer noch größer werden wird, zeigt einen großen Handlungsbedarf auf, der in der folgenden Studie untermauert und konkretisiert werden soll. Vorliegende Untersuchungen aus den genannten Bereichen werden ausgewertet und zusammengefasst. Schlussfolgerungen und auch Forderungen zur Verbesserung der momentanen Situation, unter anderem durch eine Veränderung im Betreuungs- und Pflegebereich, stehen am Ende dieser kurzen Studie.

2 Begriffsbestimmung

Die Formulierung „ältere Menschen mit Behinderungen“ ist in zweierlei Hinsicht sehr vage: Die Begriffe „älter“ und „Behinderungen“ sind beide nicht genau zu definieren und lassen viele Interpretationen zu. In diesem Kapitel wird versucht, für beide Begriffe eine etwas präzisere Zuordnung als Grundlage für diese Studie festzulegen, um somit eine Zielgruppe festlegen zu können. Gleichzeitig wird auch eine für diesen Zusammenhang sinnvolle Definition von Sport und Bewegung festgelegt.

2.1 Alter – Wann ist man eigentlich „alt“?

Zunächst bleibt festzustellen, dass es keine allgemein verbindliche Definition von „Alter“ in der wissenschaftlichen Literatur gibt. Die Bandbreite der

Begriffsbeschreibungen reicht von biologischen und sozialen bis hin zu psychologischen und psychiatrischen Definitionsversuchen.

Am häufigsten wird „Alter“, wie in der soziologischen Perspektive, mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben gleichgesetzt. Auch wenn der gesetzliche Rahmen des Übergangs in den Ruhestand für die meisten eine starke Zäsur in der Lebenswirklichkeit darstellt, bleiben doch viele qualitative Kriterien, die die Aspekte des Alters betreffen, dabei unberücksichtigt. So weicht beispielsweise das Altersbild der 40- bis 85-jährigen Männer und Frauen gravierend von ihrem tatsächlichen biologischen Alter ab: Sie fühlen sich im Durchschnitt zehn Jahre jünger.

In der Literatur findet man verschiedene Alterseinteilungen, die die verschiedenen Lebenswirklichkeiten älterer Menschen besser abzubilden versuchen. Dabei gibt es unter anderem die beiden folgenden Einteilungen (Der Zukunftsradar, 2006):

1. 40 bis 60 Jahre – Junge Alte, 60 bis 75 Jahre – neue Alte, 75 bis 90 Jahre – Alte, über 90 Jahre – Hochbetagte.
2. 60 bis 80 Jahre – dritter Lebensabschnitt, jenseits der 80 Jahre – vierter Lebensabschnitt.

Eine sinnvolle Bestimmung von Altersmarken gestaltet sich somit schwierig, da „Altern“ ein sehr individueller Prozess ist und gleichermaßen von unterschiedlichen persönlichen Wahrnehmungen und gesellschaftlichen Faktoren abhängt. Hier könnte der Sport als maßgeblicher Faktor in der persönlichen Wahrnehmung z. B. des eigenen Körpers und seiner Leistungsfähigkeit aber auch des sozialen Umfeldes Erwähnung finden. Sein Einfluss auf den Aspekt der Lebensqualität wird aber unter 3.1.3 ausführlicher berücksichtigt. Als Fazit ist daher an dieser Stelle festzustellen, dass es nicht zufrieden stellend gelingt, „Alter“ zu definieren. Dennoch hat sich als gebräuchliche Größe in Deutschland das durchschnittliche Renteneintrittsalter von rund 60 Jahren durchgesetzt und auf diese Altersgruppe, also 60 und älter, wird sich diese Studie beziehen.

2.2 Was heißt „behindert“?

2.2.1 Fakten und Zahlen

Menschen gelten entsprechend dem SGB IX ¹ als behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Mikrozensus, 2003) (Stand 31. Dezember 2003) leben in Deutschland 6.639.000 Menschen mit einer Schwerbehinderung. Ein hoher Anteil von ihnen (52 Prozent) sind ältere Menschen über 65 Jahre. Jeweils 22 Prozent umfassen die Altersgruppen von 55 bis unter 65 Jahre und von 25 bis unter 55 Jahre. Die restlichen vier Prozent sind unter 25 Jahre alt. 68 Prozent der Behinderungen werden von dieser Statistik als „körperliche“ Behinderung und 17 Prozent als „geistig-seelische“ Behinderung eingeordnet; 84 Prozent der Behinderungen seien durch Krankheit, zwei Prozent durch Unfall erworben.

Eine solche Statistik erfasst allerdings nicht alle Betroffenen, sondern nur Personen, die den rechtlichen Status eines Schwerbehinderten (Behinderungsgrad über 50 Prozent) und den damit verbundenen Schwerbehindertenausweis erhalten haben. Weil es keine Meldepflicht für Behinderungen gibt, lässt sich die tatsächliche Zahl der Menschen mit Behinderung nur schätzen, wobei häufig die Zahl von 10 Prozent der Gesamtbevölkerung genannt wird. Nationale und internationale Schätzungen divergieren erheblich, da eine einheitliche und verbindliche Definition von Behinderung nicht existiert. Alles in allem lebten im Mai 2003 ca. 8,4 Millionen amtlich anerkannte behinderte Menschen, von denen fast drei Viertel 55 Jahre oder älter waren. Dabei steigt die Behindertenquote – also der Anteil der Menschen mit Behinderungen an der Bevölkerung der jeweiligen Altersklasse – mit zunehmendem Alter an und liegt bei den über 80-Jährigen bei 33 Prozent!

¹ § 131 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“.

Auch die oben genannte Definition ist sehr allgemein und bedarf konkreter Abgrenzung. Diese kann einerseits mit Hilfe der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der WHO (ICF) oder in Form von Differenzierung in Kategorien und Pathogenese vorgenommen werden.

2.2.2 „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der WHO²

Gemäß der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF), Nachfolgerin der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (ICIDH, 1980) werden die folgenden Komponenten unterschieden:

- Körperfunktionen und -strukturen
- Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)
- Umweltfaktoren
- personbezogene Faktoren

und werden wie folgt mit den sie beeinflussenden Faktoren in Beziehung gesetzt:

² „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005).

Tabelle 1: Überblick über die ICF

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktor	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Umweltfaktoren	Personbezogene Faktoren
Domäne	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperfunktionen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)	Fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation (Teilhabe)	Positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivitäten Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe)	Negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

Aus den Komponenten resultiert wiederum eine Wechselwirkung, die von der WHO wie folgt dargestellt wird.

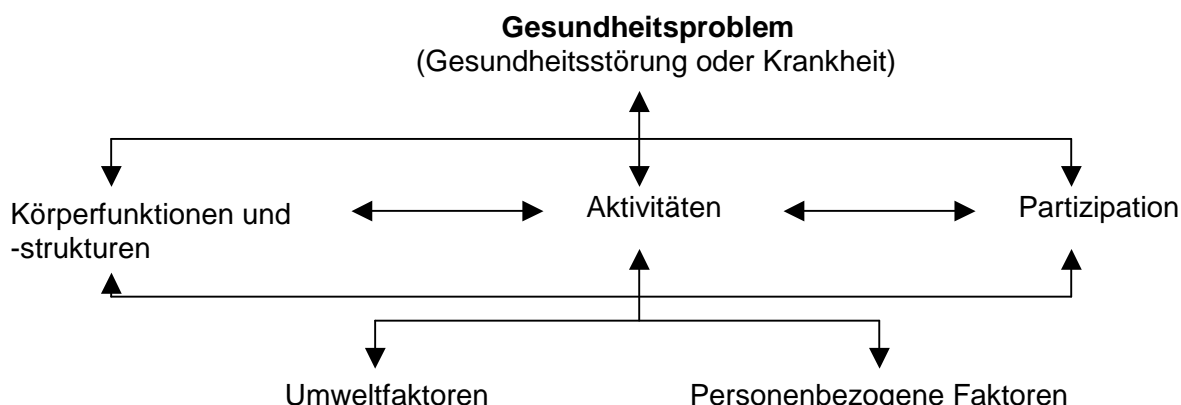


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten

„In der Abbildung ist die Funktionsfähigkeit eines Menschen in einer spezifischen Domäne als eine Wechselwirkung oder komplexe Beziehung zwischen Gesundheitsproblem und Kontextfaktoren (d. h. Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) dargestellt. Es besteht eine dynamische Wechselwirkung zwischen diesen Größen: Interventionen bezüglich einer Größe können eine oder mehrere der anderen Größen verändern. Diese Wechselwirkungen sind spezifisch, stehen aber nicht immer in einem vorhersehbaren Eins-zu-Eins-Zusammenhang. Die Wechselwirkungen wirken in zwei Richtungen: Eine bestehende Behinderung kann sogar das Gesundheitsproblem selbst verändern. Es kann oft vernünftig erscheinen, eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus einer oder mehreren Schädigungen oder eine Einschränkung der Leistung aus einer oder mehreren Einschränkungen der Leistungsfähigkeit abzuleiten. Soll der gesamte funktionale Gesundheitszustand beschrieben werden, sind alle Komponenten nützlich“.

2.2.3 Möglichkeiten der Differenzierung

Eine Differenzierung von Behinderungen kann wie folgt vorgenommen werden: Differenzierung von Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung und Differenzierung durch die Pathogenese der Behinderung.

Differenzierung von Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung

In den meisten Lebensbereichen und insbesondere auch im Sport werden Menschen mit Behinderungen in die Kategorien „Menschen mit körperlichen Behinderungen“ oder „Menschen mit geistiger Behinderung“ eingeteilt.

Nach Christoph Leyendecker (1983) wird eine Person als körperbehindert bezeichnet, „die infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungsapparates, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Krankheit so in ihren Verhaltensmöglichkeiten beeinträchtigt ist, dass die Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion erschwert ist“. Und obwohl es häufig noch die Differenzierung zu den Sinnesbehinderungen gibt, können auch diese zu den Körperbehinderungen gezählt

werden. Darunter werden solche Behinderungen zusammengefasst, die die Fern-Sinnkanäle betreffen. Zu ihnen gehören Hörbehinderungen (Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit), Sehbehinderungen (Blindheit, Fehlsichtigkeit) und Taubblindheit. Die Fern-Sinnkanäle gelten als wichtige Träger der Informationsaufnahme.

Der Begriff geistige Behinderung bezeichnet einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten eines Menschen sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens. Eine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition gibt es hier allerdings auch nicht. Medizinisch orientierte Definitionen sprechen von einer „Minderung oder Herabsetzung der maximal erreichbaren Intelligenz“ und somit könnte die geistige Behinderung auch als Steigerung oder Erweiterung der Lernbehinderung verstanden werden.

Der alters- oder krankheitsbedingte Verlust einmal besessener Fähigkeiten (und damit auch der Intelligenz) wird als Demenz bezeichnet.

Differenzierung durch die Pathogenese der Behinderung

Angeborene Behinderungen

Unter dem Oberbegriff genetisch bedingte Erkrankungen und Behinderungen werden allgemein solche Erkrankungen und Besonderheiten zusammengefasst, die durch untypisch veränderte Erbanlagen ausgelöst werden oder zu bestimmten Erkrankungsdispositionen führen. Im engeren Sinne zählt man jedoch nur jene Erkrankungen und Besonderheiten zu den genetisch bedingten Erkrankungen und Behinderungen, die durch von Anfang an untypisch veränderte Gene ausgelöst und durch Vererbung von den Vorfahren auf ihre Nachkommen übertragen werden.

Als pränatale Veränderungen bezeichnet man in der Medizin solche körperlichen und psychischen Veränderungen bei der Schwangeren oder dem Fetus, die durch die Schwangerschaft und die Geburt hervorgerufen werden.

Erworbene Behinderungen

Behinderungen können Folge von Krankheiten und Unfällen bzw. Gewalteinwirkungen sein. Viele davon entstehen bereits in jungen Jahren, sodass ein Großteil der betroffenen Personen bereits vor Eintritt in die Gruppe der über 60-

Jährigen gelernt hat, mit der Behinderung umzugehen. Dazu gehören auch Spina bifida, Muskeldystrophie, die Infantile Zerebralparese (ICP) und des Weiteren körperliche Schädigungen wie chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Epilepsie, Hämophilie u. a.

Davon abgrenzen lassen sich die typischen Alterskrankheiten, die sich direkt oder deren Folgen sich als Einschränkung oder „Behinderung“ auf den Menschen auswirken: Arteriosklerose (Herzinfarkt, Schlaganfall), Arthrose, Demenz, Diabetes mellitus, Krebs, Osteoporose, Parkinson-Syndrom, Rheuma.

2.3 Die Zielgruppe

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich diese Studie auf die Gruppe der Menschen ab 60 Jahren mit Behinderungen jeglicher Art und Pathogenese bezieht. Großer Wert wird auf die Tatsache gelegt, dass auch alters- und krankheitsbedingt eingeschränkte Menschen mit zur Zielgruppe gehören und nicht nur diejenigen, die mit ihrer Behinderung bereits vor dem angegebenen Alter gelebt haben, da sie einen erheblichen Anteil der Menschen in höherem Lebensalter mit Behinderungen bilden. Menschen mit Schwerst-Mehrfach-Behinderungen können nur teilweise zur Zielgruppe gezählt werden, da ein großer Teil in höherem Lebensalter nicht mehr in der Lage ist, sich „sportlich“ zu betätigen bzw. zu bewegen (siehe 2.4 Sport und Bewegung) und somit auch keine rehabilitativen und präventiven sportlichen Maßnahmen ergriffen werden.

2.4 Sport und Bewegung

Die Begriffe Sport und Bewegung umfassen ein weites Feld und rufen bei den meisten Menschen unterschiedliche Vorstellungen hervor. Unter Sport wird vermutlich sehr häufig der Leistungssport verstanden, bzw. der Bereich des Breitensports, bei dem die zu erbringende Leistung im Vordergrund steht. Auch im Definitionsversuch von Prof. Dr. Claus Tiedemann von der Universität Hamburg steht

das „Sich-Messen“ im Vordergrund (Tiedemann, 2006): „Sport ist ein kulturelles Tätigkeitsfeld, in dem Menschen sich freiwillig in eine wirkliche oder auch nur vorgestellte Beziehung zu anderen Menschen begeben mit der bewussten Absicht ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten insbesondere im Gebiet der Bewegungskunst zu entwickeln und sich mit diesen anderen Menschen nach selbst gesetzten oder übernommenen Regeln zu vergleichen, ohne sie oder sich selbst schädigen zu wollen“. Geht man aber gerade vom Gesundheits- bzw. auch Alterssport aus, so stehen dabei sicherlich insbesondere die eigene Gesundheit und Sozialkontakte im Mittelpunkt des Interesses. Somit wäre eventuell der Begriff „Bewegung“ bzw. nennt es Tiedemann „Bewegungskultur“ näher an den Zielen des Sports im Alter: „Bewegungskultur“ ist ein Tätigkeitsfeld, in dem Menschen sich mit ihrer Natur und Umwelt auseinandersetzen und dabei bewusst ihre insbesondere körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln, gestalten und darstellen, um einen für sie bedeutsamen individuellen oder auch gemeinsamen Gewinn und Genuss zu erleben.“

Eine weitere Definitionsmöglichkeit ergibt sich aber auch noch aus der Spezialisierung auf den Sport von Menschen mit Behinderungen und Krankheiten. Im Deutschen wird der Sport von Menschen mit Behinderungen sehr häufig als Präventionssport, Rehabilitationssport oder Behindertensport bezeichnet. Jeder Begriff einzeln steht nur für einen speziellen Bereich, umfasst aber nicht die übergeordnete Bedeutung, die eigentlich gemeint ist. Am konkretesten kann wohl die englische Bezeichnung „Adapted Physical Activity“ (APA) und deren internationaler Definitionsversuch (Doll-Tepper et al., 1990) den Inhalt zusammenfassen: „Adapted Physical Activity bezeichnet den Bereich von Bewegung und Sport, in dem die Interessen und Möglichkeiten von Menschen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen, wie Menschen mit Behinderungen, Krankheiten oder älteren Menschen im Mittelpunkt stehen“. Körperliche Aktivität steht also für Rekreation, Sport, Therapie, Fitness und Ausdruck und der Bereich APA kann somit nach dem Europäischen Curriculum in Adapted Physical Activity (2006) als „Bereitstellung von adaptierter Praxis, physischem und sozialem Umfeld, Ausrüstung, Regeln und anderen Faktoren, die es Menschen mit Beeinträchtigungen ermöglicht, einen

aktiven Lebensstil durch die Teilnahme an körperlichen Aktivitäten zuführen“, beschrieben werden.

Die Bedeutung von APA und dessen Handlungsraum eignet sich besonders gut als Grundlage für den Sport von Menschen mit Behinderungen in höherem Alter und bildet daher die Basis für diese Studie. Die Begriffe Sport und Bewegung werden weiterhin genutzt, stehen aber für die hier beschriebene Art der „Bewegungskultur“.

3 Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation durch Sport

Viele wissenschaftliche Untersuchungen haben bereits die positive Wirkung von sportlichen Aktivitäten bei älteren Menschen bewiesen. Da in hohem Alter der Großteil von ihnen mit Einschränkungen leben muss, ist es von besonderer Bedeutung, den Sport auf diese Gruppe von Menschen zuzuschneiden und zu planen. Welche Aspekte dabei besonders zu berücksichtigen sind, und welche Formen der körperlichen Bewegung besonders wichtig sind, wird in dem folgenden Kapitel dargelegt.

3.1 Zur Bedeutung von Sport im Alter

THENAPA II fasst die Rolle des Sports für ältere Menschen in den folgenden Punkten zusammen: 1. Minimierung des Risikos von Folgeerkrankungen, 2. Erhalt von Körperfunktionen in höherem Alter, 3. Vermeidung von frühzeitigem Altern und 4. Erhalt von lebenslangem Wohlfühlen.

Insbesondere die Punkte eins bis drei sind grundlegender Bestandteil der gesundheitlichen Aspekte des Sports. Auch der Erhalt eines lebenslangen Wohlfühls beeinflusst natürlich die gesundheitlichen Aspekte (und umgekehrt), wird aber unter 3.1.3 Aspekt der Lebensqualität konkreter aufgegriffen.

3.1.1 Gesundheitliche Aspekte

Wie alte Menschen mit Behinderungen ein möglichst gesundes und sicheres Leben führen können, ist ein Problem, für das aufgrund seiner wachsenden Bedeutung dringend Lösungsansätze gefunden werden müssen. Viele ältere Menschen erleiden zusätzliche Verletzungen durch Stürze, die sie häufig über einen langen Zeitraum, wenn nicht sogar für den Rest ihres Lebens, in ihren Möglichkeiten einschränken. Forschungen im Bereich Sturz- und Sturzprophylaxe sind daher von großer Bedeutung und werden bereits im Zusammenhang mit älteren Menschen allgemein durchgeführt (siehe Anhang zur Sturzprophylaxe). Spezielle Studien in Bezug auf Menschen mit Behinderungen und einem erhöhten Sturzrisiko konnten im Rahmen unserer Recherchearbeiten nicht gefunden werden.

Zusätzlich weisen behinderte Menschen oder chronisch Kranke, unabhängig von der Art der Behinderung, eine ausgeprägte körperliche Inaktivität mit einer Vielzahl negativer Folgen auf (Schmidt, 2004). Dies ist unter anderem verbunden mit peripherer Insulinresistenz, erhöhter Inzidenz an pathologischer Glucosetoleranz, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Hyperkoagulabilität, Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose und Erkrankungen der Bewegungsorgane und geminderten Leistungsfähigkeiten. Darüber hinaus führt Bewegungsmangel und fehlende körperliche Aktivität zu unterschiedlichen behinderungsspezifischen Einschränkungen, wie zum Beispiel der koordinativen Fähigkeiten und der Mobilität bei Sehbehinderung und Blindheit oder der Körperwahrnehmung und des Selbstvertrauens bei geistiger oder seelischer Behinderung (Wegner, 2001). Die körperliche Aktivität ist daher nicht nur in Form von rehabilitativen Maßnahmen zur Verbesserung einer körperlichen, geistigen oder seelischen Einschränkung von besonderer Bedeutung, sondern insbesondere auch zur Prävention von Folgeerkrankungen, die durch Bewegungsmangel zum bestehenden Krankheitsbild und vorhandenen Behinderungen noch hinzukommen (Scheid, 2002).

Bei der Auswahl der körperlichen Betätigung müssen die Funktionseinschränkungen unter körperlicher Belastung durch die Behinderung und das Belastungsprofil der jeweiligen Sportart selbstverständlich berücksichtigt werden. Studien haben jedoch

gezeigt, dass selbst extreme Belastungen, die durch Sport bedingt sind, keine zusätzlichen Behinderungen oder dauerhaften Verschlimmerungen der Behinderungen verursachen (Zimmer, 1998).

Einige Beispiele:

1. Die WHO hat die *Osteoporose* auf die Liste der zehn bedeutendsten Krankheiten gesetzt. Besonders erschwert wird diese Krankheit durch die Tatsache, dass schon harmlose Stürze zu komplizierten Knochenbrüchen führen können. „Da nur ein belasteter Knochen seine Masse erhält“, so Dieter Felsenberg, Leiter des Zentrums für Knochen- und Muskelforschung der Charité, (2006), „kann durch körperliches Training, bei dem die Muskelkräfte auf den Knochen einwirken, dem Abbau vorgebeugt werden.“ „Und obwohl die Muskelleistung auch bei den Leistungssportlern mit dem Alter abnimmt“, so Felsenberg, „liegt ein 70-jähriger Leistungssportler (Geher oder Sprinter) ungefähr 40 bis 70 Prozent über der Leistung eines nicht Sport treibenden Gleichaltrigen“. Osteoporose-Vorbeugung, auch bei den bereits Betroffenen, ist also ein gewichtiger Grund, sich im mittleren oder höheren Lebensalter sportlich zu betätigen.

Durch die erhöhte Osteoporoseanfälligkeit bei Menschen mit Behinderungen (s.o.) ist somit eine Osteoporose-Vorbeugung von ganz besonderer Bedeutung.

2. Diabetes Typ 2, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall

Die Tipps zur wirkungsvollen Prävention dieser häufigen Krankheiten fein säuberlich zu trennen, ist fast unmöglich. Denn sie haben meist eine gemeinsame Wurzel. „Wir wissen heute, dass es Zusammenhänge zwischen der Unempfindlichkeit gegenüber Insulin auf der einen Seite und Veränderungen des Stoffwechsels des Fettgewebes, die mit Entzündungen einhergehen, auf der anderen Seite gibt. Als Folge entsteht nicht nur Diabetes, sondern es werden auch Frühschäden an den Blutgefäßen verursacht, die sich später zu einem Infarkt oder Schlaganfall auswachsen können“, erläutert Christof Schöfl (2006). Gegen Insulin unempfindlich werden besonders häufig Menschen, die übergewichtig sind. Bei ihnen steigt der Blutzucker, weil das Hormon Insulin, das zu seinem Abbau in Aktion treten muss, in den Zellen nicht mehr ausreichend wirkt. „Diabetiker haben aber auch ein zwei- bis vierfach erhöhtes

Risiko, einen Infarkt oder Schlaganfall zu bekommen“, so Schöfl, „vor allem, wenn sie gleichzeitig an erhöhtem Blutdruck und erhöhten Blutfetten leiden.“

Ein erster Ratschlag der Mediziner ist häufig, Übergewicht zu vermeiden oder „loszuwerden“. Von Übergewicht sprechen Mediziner ab einem Body Mass Index (Gewicht in Kilo geteilt durch Größe in Metern im Quadrat) über 25. Vor allem das im Bauchraum konzentrierte Fett erhöht das Risiko, Diabetes vom Typ 2 zu entwickeln. Wer einen BMI von über 35 hat, trägt gegenüber Schlanken ein 40fach erhöhtes Risiko, eine Zuckerkrankheit zu bekommen.

Neben gesunder Ernährung steuert dem vor allem Bewegung entgegen. „Ein aktiver Lebensstil ist neueren Erkenntnissen zufolge genauso wichtig wie das Idealgewicht“, so Schöfl weiter, „30 Minuten zügiges Gehen oder eine vergleichbare Aktivität haben sich in Studien als wirksam erwiesen.“

3. Verringerung der Sturzgefahr

Durch gezieltes *Gleichgewichtstraining* (siehe Anhang) mit älteren Menschen kann nach Katsuo Fujiwara „das dynamische Gleichgewicht und die allgemeine Fitness soweit verbessert werden, dass das bei älteren Menschen erhöhte Sturzrisiko deutlich verringert werden kann“ (Fujiwara, 1994).

Dieses gilt, ebenso wie die unter 2. genannten Krankheiten, für Menschen mit Behinderungen/Einschränkungen in noch höherem Maße als für diejenigen ohne (Schmidt, 2004). Daher hat ein angepasstes Bewegungsangebot für diese Personengruppe eine besondere Bedeutung zur Verringerung der Risiken.

3.1.2 Sozialer Aspekt

Für viele Menschen bedeutet der Austritt aus der Arbeitswelt auch ein Ende des aktiven Lebens. „Vor allem auch Menschen mit geistiger Behinderung erwarten den Übergang in den Ruhestand häufig mit Befürchtungen und gelegentlich auch mit Abwehrhaltung. Die Arbeit ist sehr oft ihr einziger sozialer Raum, so dass sich ihnen ihr Leben ohne die Arbeit wie eine große Leere darstellt. Weder die Mitmenschen und Familien noch zahlreiche Einrichtungen der Behindertenhilfe sind auf die Berufsaussteiger eingerichtet, weder personell noch durch die Tagesorganisation: In

den meisten Wohngruppen gibt es am Vormittag keine Beschäftigung, die Bewohner sind häufig einsam und isoliert“ (Landesverband Nordrhein-Westfalen, 2004). Und auf die Aufgabe der eigenständigen Gestaltung eines von gesellschaftlich definierten Anforderungen und Pflichten weitgehend freien Lebensraumes sind sehr viele Menschen nach einem langen Arbeitsleben kaum eingestellt (Kolb, 1995 b), insbesondere nicht Menschen mit Behinderungen und anderen Einschränkungen. Um ihnen aus dieser Situation herauszuhelfen, brauchen sie Beratung, Unterstützung und Organisationshilfen. Ein starkes soziales Netz kann in Zeiten des Stresses, der Veränderung und der Angst ein Gefühl von Sicherheit vermitteln, emotional unterstützen, Hilfe leisten und den richtigen Rahmen für die Kommunikation mit Gleichgesinnten bieten. Der Sport in Gruppen kann unter anderem ein neues soziales Umfeld bieten, dem sozialen Austausch dienen, er lenkt von Alltagsorgen ab und schafft neue persönliche Ziele (Gebhart, 2006). Im Vordergrund stehen in den Sport- bzw. Rehabilitationsgruppen neben den physiologischen Verbesserungen daher häufig auch die psychologischen Aspekte: Betroffene können sich gegenseitig in der Bewältigung ihrer Krankheit und der Wahrnehmung und Verarbeitung des Alterns helfen (Kolb, 1995 b). Die Wiederherstellung eines neuen sozialen Umfeldes ist wiederum auch Grundlage für Zufriedenheit und somit für Gesundheit. Hurrelmann hebt die Bedeutung eines positiven sozialen Umfeldes für die Gesundheit hervor: „Gesundheit spiegelt die subjektive Verarbeitung und Bewältigung gesellschaftlicher Verhältnisse wider. Gesundheit ist nur möglich, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Umfeldes anpassen kann, dabei individuell Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann“ (Hurrelmann, 1991). Denis Drouin bestätigt wiederum in seinem Artikel „The Credo Project: Adapted Physical Activity for Autonomous Active and Sedentary Elderly“ (Drouin, 1994) den Zusammenhang zwischen aktivem Lebensstil und erhöhter Lebensqualität. Auf der Basis zahlreicher Studien geht er davon aus, dass ein aktiver

Lebensstil bei älteren Menschen zu einer höheren Lebensqualität führt und somit auch zu einer positiveren Wahrnehmung der Gesundheit und des Wohlfühlens.

3.1.3 Aspekt der Lebensqualität

Wenn von Lebensqualität gesprochen wird, so sollten in Bezug auf ältere Menschen mit Behinderungen vor allem die folgenden Aspekte als besonders wichtige Grundlagen berücksichtigt werden: lebensaltergemäßes Leben, Integration und Selbstbestimmung.

Ein *lebensaltergemäßes Leben*: Das „Normalisierungsprinzip“ – eines der Leitbilder der Behindertenhilfe – besagt nach Jürgen Hohmeier: „Zielperspektive ist ein lebensaltergemäßes Leben. Damit integriert das Prinzip ältere Menschen mit Behinderungen in die Population der älteren Menschen insgesamt. Die Bedürfnisse älterer Menschen und die für diese entwickelten Lebensperspektiven, z. B. in den Bereichen Wohnen und gesellschaftliche Partizipation, gelten damit auch für sie“. Er fordert weiter: „Wissenschaftliche Leitdisziplinen für die Untersuchung der Belange dieser Teilpopulation sollten nicht mehr so sehr die Behinderten- oder Sonderpädagogik sein, sondern eher die Erwachsenen- und Altenbildung“ (Hohmeier, 2005).

Integration und Selbstbestimmung können als zwei zusammengehörige Aspekte gesehen werden, da Integration ohne Selbstbestimmung und Selbstbestimmung ohne Integration nicht wirklich möglich sind. „Die Gesellschaft gesteht nur denjenigen volle Teilhabe zu, die ihr Interesse aktiv formulieren und in die Öffentlichkeit bringen“, so Hohmeier. Im Mittelpunkt der Bemühungen um den Erhalt der Lebensqualität von Menschen in höherem Lebensalter mit Behinderungen muss also die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe und die Verhinderung einer doppelten Randständigkeit als „Alte“ und „Behinderte“, sowie die Verfolgung der Zielsetzungen der allgemeinen Bedürfnisse von älteren Menschen stehen.

Was bedeutet das aber nun für den Sport?

Immer mehr Senioren treiben Sport. Der Deutsche Sportbund (DSB) registrierte vom Jahr 1999 auf das Jahr 2000 einen Zuwachs an alten Menschen in den

Sportvereinen von 8,1 Prozent. Insgesamt waren in den Landessportbünden rund 2,55 Millionen Mitglieder über 60 Jahre alt, zehn Jahre zuvor waren es nur 1,34 Millionen (Kellner, 2002) – nicht nur aus gesundheitlichen Gründen. Alte Menschen profitieren auch nach Ansicht von Professor Klaus Bös (1998), Sportwissenschaftler und Professor an der Universität Karlsruhe, nicht nur körperlich vom Sport. Viel wichtiger seien oft die psychischen und sozialen Auswirkungen. Die Senioren fühlten sich selbstbewusster und glaubten mehr an ihre eigene Kompetenz. „Sie haben viel eher das Gefühl, ihr Leben selbst in der Hand zu haben.“ Daneben eröffnet der Sport Möglichkeiten zu sozialen Kontakten. „Wer mit anderen Sport treibt, nimmt am gesellschaftlichen Leben teil.“ Wer sich im Alter fit halte, bewältige auch Alltagssituationen besser, „und wenn man nur einen Einkaufskorb eine Treppe hinauftragen muss“, so Bös. Zusätzlich kann Sport helfen, Stress abzubauen und das allgemeine Wohlbefinden zu verbessern (Gebhart, 2006).

Folgt man nun dem Normalisierungsprinzip, so sind diese für Senioren die Lebensqualität steigernden Aspekte des Sporttreibens vollständig auf ältere Menschen mit Behinderungen übertragbar und somit grundlegend auch für sie von großer Bedeutung. Abgesehen von den rein medizinischen Gesichtspunkten sollten also diese Argumente bereits ausreichen, Menschen mit Behinderungen bzw. mit Einschränkungen in höherem Lebensalter Möglichkeiten zum Sporttreiben zu bieten.

3.2 Zielsetzungen des Sports

3.2.1 Sport zur Prävention

Zahlreiche erwünschte Wirkungen von Sport und Bewegung, wie beispielsweise die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gehirns, positive Effekte auf das Immunsystem, den Sauerstofftransport, den Stoffwechsel und die Wirbelsäule, sowie Grundmechanismen, wie zum Beispiel Anpassung an Belastungen und die Wiederherstellung nach Belastung (Regeneration) sind keine Neuigkeit und wurden beim 37. Deutschen Kongress für Sportmedizin und Prävention der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention im September 2001 erneut bestätigt. Es wurde weiterhin festgestellt, dass darüber

hinaus bestimmte körperliche Aktivitäten gezielt bei chronischen Erkrankungen (arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus) als Therapie eingesetzt werden können und sollten.

Unser Gesundheitssystem vermochte aber bisher leider nicht, Prävention adäquat umzusetzen (Windler, 2004). Trotz zunehmender Kenntnis der Gründe für z. B. arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen stirbt daran die Hälfte der Bevölkerung und noch mehr erkranken. Allgemein wird die Korrektur von Risikofaktoren als die maßgebliche Therapie angesehen, wie z. B. die Beeinflussung des Fettstoffwechsels, des Blutzuckers oder des Blutdrucks. Diesen Risikofaktoren liegt aber meist ein ungünstiger Lebensstil zugrunde, so dass die eigentliche Therapie die Korrektur des Lebensstils sein sollte. Sie muss prinzipiell der Ansatz für eine Primärprävention sein, während die Pharmakotherapie allenfalls unterstützend eingesetzt werden sollte. Hier und auch bei vielen anderen Erkrankungen gelten Fehlernährung, körperliche Inaktivität und Rauchen als die wesentlichen Risikofaktoren. Insbesondere auch bei Menschen in höherem Alter mit Vorerkrankungen bzw. Behinderungen steigt das Risiko von Folgeerkrankungen. Änderung der Ernährung, Nikotinabstinenz sowie körperliche Aktivität können einen wirksamen Beitrag zur Vermeidung dieser Folgeerkrankungen und somit zum Erhalt der Gesundheit leisten.

Aber neben der Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Vorbeugung von Stürzen und somit von Verletzungen durch körperliche Fitness und der konkreten Prävention von speziellen Erkrankungen durch spezifische Sportprogramme (siehe z. B. Osteoporose) beschreibt der Ehrenpräsident des Weltverbandes für Sportmedizin (FIMS) und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e. V. (DGSP) Prof. Dr. Wildor Hollmann 2001 die Auswirkungen von Bewegung auf die Psyche wie folgt (Hollmann, 2001): „Hochkomplexe Verschaltungen der Nervenzellen ermöglichen die Bewertung (mit positiven oder negativen Gefühlen) des Erlebten in einem Zusammenspiel von circa 100 Milliarden Neuronen und bilden auch die Grundlage für unser Bewusstsein. Den stärksten Reiz für die Erhaltung von Nervenzellen und für den Ausbau und Erhalt ihrer Funktionsfähigkeit, insbesondere durch das Knüpfen vielfältiger Synapsen

untereinander, stellt die Bewegung dar: Körperliche Aktivität ist der entscheidende Faktor, Alterungsprozessen im Gehirn mit der Minderung der Zahl der Synapsen entgegenzuwirken.“ Körperliche Aktivität steigert – erstmals in Untersuchungen von Hollmann (2001) gezeigt – die regionale und globale Hirndurchblutung und auch den Gehirnstoffwechsel bei moderater körperlicher Aktivität um circa 30 Prozent. Körperliche Aktivität verbessert über Änderungen des Stoffwechsels die Stimmung und mindert über die Produktion von Endorphinen im Gehirn die Schmerzempfindung.

Die genannten präventiven Wirkungen von Sport für ältere Menschen sind von größter Bedeutung und auch unbestritten. Welchen Einfluss die auf die Voraussetzungen abgestimmten sportlichen Aktivitäten für ältere Menschen mit bereits vorhandenen Einschränkungen und Krankheiten haben, kann aus den bereits beschriebenen Gründen wie Vorbelastung des Körpers durch die Vorerkrankungen, das erhöhte Gesundheitsrisiko und die erhöhte Anfälligkeit für Verletzungen gefolgert werden.

3.2.2 Sport zur Rehabilitation

Zusammenfassend kann die Aufgabe der Rehabilitation wie folgt beschrieben werden: Rehabilitation soll die Fähigkeiten der Menschen unter Berücksichtigung der neu gegebenen, eingeschränkten körperlichen Belastungsfähigkeiten so weit stärken und beeinflussen, dass sie zu einer persönlich befriedigenden Lebensführung finden können. Rehabilitative Maßnahmen dürfen sich, nach Michael Kolb, auch nicht darin erschöpfen, einzelne Risikofaktoren isoliert zu bekämpfen, „sondern sie müssen die Menschen dazu befähigen, eine neue Balance zwischen den Anforderungen, die das Leben ihnen stellt, und den eigenen Möglichkeiten zu finden, personale und soziale Bewältigungsressourcen müssen gestärkt werden“ (Kolb, 1995 a). Dieses ist insbesondere von großer Bedeutung, wenn sich die eigenen Möglichkeiten grundlegend und für den Rest des Lebens verändern oder verändert haben. Rehabilitative Maßnahmen sollten getroffen werden, um eine Pflegebedürftigkeit zu überwinden und eine Entwicklung zum Schlechteren hin zu vermeiden. Problematisch ist dabei allerdings häufig eine nur für einen kurzen Zeitraum

ermöglichte Rehabilitation, d. h. unter Betreuung, die eine selbstständige Weiterführung von Übungen auch nach der Behandlung einkalkuliert. Auch die Begleitung einer sich laufend verschlechternden körperlichen oder seelischen Situation kann man somit häufig nicht gerecht werden, obwohl bei einer erfolgreichen Rehabilitation noch vorhandene Potentiale reaktiviert werden könnten. Was es z. B. für ein Individuum bedeutet, auch nur ein Minimum an schon verlorener Selbstständigkeit zurückzugewinnen, kann dabei gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.

3.2.3 Psychomotorik

„Die Psychomotorik versteht sich als eine ganzheitliche Methode der Entwicklung und Förderung der Persönlichkeit auf der Grundlage eines humanistischen Menschen- und Weltbildes. Die optimale Entwicklung des menschlichen Potentials steht hierbei im Mittelpunkt, wobei die Achtung der Würde des einzelnen Menschen verlangt, dass er als selbständig handelnder Akteur seiner eigenen Entwicklung verstanden wird – eingebunden in seinen gesellschaftlichen und lebensweltlichen Kontext.“ (Aktionskreis Psychomotorik, 2006). Die Psychomotorik betont den engen Zusammenhang von Wahrnehmen, Erleben und Handeln.

Die Psychomotorik als Prinzip bildet deshalb eine wichtige Grundlage für die Organisation von Lernprozessen und zur Gestaltung des Alltags, vor allem auch in pädagogischen und therapeutischen Einrichtungen. Sie hat sich als präventive und rehabilitative Maßnahme seit vielen Jahren in Einrichtungen der Frühförderung und Kindergärten, in Schulen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinder- und Jugendhilfe sowie im Arbeitsfeld der Erwachsenen (Psychiatrien) und in der Geriatrie bewährt. Körper, Bewegung und Spiel sind dabei zentrale Inhalte der psychomotorischen Entwicklungsbegleitung, wobei die Auseinandersetzung mit dem Körper und der bewusste Einsatz von Materialien wichtiger Bestandteil dieser Maßnahme darstellt. Neben den Aspekten der Körper- und Materialerfahrung wird bei psychomotorischen Trainingseinheiten auch darauf geachtet, dass nicht ausschließlich physiologische Sinnesreize dargeboten werden, sondern auch übergeordnete Wahrnehmungen, wie z. B. Raum- und Körperorientierung sowie

Sozialerfahrungen. Daher finden Maßnahmen der Psychomotorik in Gruppen statt, um auch die Aneignung/Wiedergewinnung sozialer Verhaltensweisen wie Toleranz, Rücksicht und Kooperation sowie die Bewältigung von Konflikten und Misserfolgen zu ermöglichen.

Dr. E. Freiburger vom Institut für Sportwissenschaften und Sport Erlangen hebt die Besonderheiten der Psychomotorik wie folgt hervor: „Um die multiplen Risikofaktoren bei Pflegeheimbewohnern zu beeinflussen, ist ein multifaktorielles Interventionsprogramm notwendig. Der Ansatz der Psychomotorik mit seinen ganzheitlichen Aspekten eignet sich hervorragend für die Zielgruppe der Pflegeheimbewohner“ (Freiburger, 2005, siehe auch Anhang). Da auch bei Menschen mit Behinderungen häufig multiple Risikofaktoren zu Grunde gelegt werden können, selbst wenn sie noch keine Pflegeheimbewohner sind, lässt sich das Argument von Dr. Freiburger auf diese Personengruppe übertragen: Sport in Form von Psychomotorik bietet sich mit Sicherheit als eine Form der Aktivitäten für die Zielgruppe dieser Studie an.

3.2.4 Motogeragogik

Motogeragogik ist eine bereits spezialisierte Form der Psychomotorik, ein ganzheitliches Konzept, das sich mit der Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung im dritten und vierten Lebensalter durch gezielte Bewegungsangebote beschäftigt. „Es bedeutet soviel wie Persönlichkeitsbildung und Persönlichkeitsförderung durch Bewegung im Alter und ist auf die speziellen Bedürfnisse und Möglichkeiten älterer und alter Menschen ausgerichtet. Ziel dieser ganzheitlichen Bewegungsarbeit ist der Erhalt, der Wiedererwerb und die Weiterentwicklung von Kompetenzen, die nötig sind, um ein möglichst selbständiges Leben führen zu können. Über vielfältige Bewegungsangebote wird die „ganze Person bewegt“ und dabei werden körperliche, emotionale, soziale und kognitive Bereiche angesprochen“ (Valeo, 2006).

Diese spezielle Form des „Alterssports“ zeichnet sich bereits durch die besondere Anpassung an die Voraussetzungen der Zielgruppe, und zwar die Fähigkeiten und Fertigkeiten der älteren Menschen, aus. Es sollte daher Möglichkeiten geben, sie auch auf Menschen mit Krankheiten und Behinderungen zu übertragen. Durch die

Berücksichtigung altersbedingter Einschränkungen könnten durch Abwandlung einfacher Bewegungsformen sicherlich auch Menschen mit Bewegungseinschränkungen durch Krankheit oder Behinderung mit einbezogen werden. Anscheinend hat sich die Motogeragogik bisher noch nicht mit Menschen mit Krankheiten und Behinderungen explizit beschäftigt, obwohl sich ein Großteil ihrer Zielgruppe sicherlich im Laufe der Zeit krankheitsbedingt auch dorthin entwickeln wird.

3.2.5 Sport im Freizeit- und Breitensport

Das Angebot des Deutschen Behindertensport-Verbandes, seiner Landesverbände und der Vereine für Behindertensport unterscheiden sich grundsätzlich nicht vom Breitensport nichtbehinderter Menschen, wobei die Angebote an Sportarten und -disziplinen aber auf die Funktionsstörung ausgerichtet sind.

Flächendeckend gibt es in der Bundesrepublik Breitensportangebote, die neben regelmäßigem Training und Wettkämpfen auf Freizeitebene z. B. auch das Deutsche Sportabzeichen für Menschen mit Behinderungen und ein Seniorensportfest beinhalten. „Zusätzlich gilt im Behindertensport auch noch regelmäßige ärztliche Betreuung, Stärkung und Erhaltung verbliebener Leistungsfähigkeit und somit auch die Entlastung der Familie von Betreuungsaufgaben.“ (DBS, 2006).

Im Vordergrund des Breitensports steht der Spaß an Bewegung, Spiel und Sport im Zusammenhang mit den sozialen Komponenten, die das Vereinsleben bietet. Dabei sind Leistungsvergleiche durchaus inbegriffen. Sie werden in Form von Breitensportturnieren, Spiel- und Sportfesten durchgeführt. Hierbei steht allerdings nicht die absolute Spitzenleistung im Vordergrund, sondern vielmehr das Miteinander, die Begegnung und das gemeinsame Sporttreiben. Die qualifizierte Betreuung der Gruppen durch ausgebildete Trainer und Übungsleiter gewährleistet auch, dass der Breitensport eine weitere Stufe in der Rehabilitation und insbesondere in der gesellschaftlichen Integration für die betroffene Person darstellt. Zusätzlich werden von jedem Landesverband spezielle Reha-Sportgruppen angeboten, die sich zumeist durch ihre Spezialisierung auf bestimmte Behinderungen und Krankheiten unterscheiden. Somit kann der Breitensport auch

einen entscheidenden Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten. Auffällig ist aber, dass keiner der Landesverbände Seniorensport explizit auf seinen Internetseiten ausweist. Es scheint ihn in der Form, in der er im Breitensport der Nichtbehinderten organisiert ist, nicht zu geben.

4 Zur Zuständigkeit von Trainern, Übungsleitern, Pflegepersonal und Betreuern

In allen bereits genannten Feldern des Sports ist bei der Herangehensweise die Tatsache zu berücksichtigen, dass ältere Menschen mit Behinderungen sehr oft mehrere gesundheitliche Risikofaktoren aufweisen. Es bestehen neben der eigentlichen Behinderung noch mehrere Erkrankungen gleichzeitig (Multimorbidität), womit auch meist eine erhöhte Medikamenteneinnahme einhergeht. Zusätzlich kommen in höherem Alter noch kognitive und visuelle Einschränkungen sowie der Verlust an funktioneller Leistungsfähigkeit, insbesondere bei Kraft- und Gleichgewichtsfunktionen dazu. Was also wird benötigt, um ein Konzept zu erstellen und einen erfolgreichen Ablauf in die Praxis umzusetzen und dabei diesen Voraussetzungen gerecht zu werden? Welche Qualifikationskriterien gibt es und in welcher Aus-, Fort- oder Weiterbildung können sie erlernt werden?

4.1 Was wird benötigt?

Um multiplen Behinderungs- und Krankheitsfaktoren entgegenwirken zu können, ist ein multifaktorielles Interventionsprogramm notwendig. Altersbedingte Voraussetzungen müssen dabei ebenso berücksichtigt werden, wie die der bestehenden Behinderung oder Krankheit.

Eine Ausbildung/Fortbildung zur Befähigung in diesem Bereich sollte also die oben genannten Faktoren abdecken. Denkbar wäre dann ein solches Programm z. B. in Form von regelmäßigen Bewegungsangeboten in Alten- und Pflegeheimen oder auch Freizeitsportangebote im Bereich Seniorensport mit dem Schwerpunkt

Behinderung. Um dieses umzusetzen, bedarf es aber ausgebildeter Trainer bzw. Pfleger und Pflegerinnen, die sich in diesem speziellen sportwissenschaftlichen Bereich ausbilden bzw. fort- und weiterbilden.

Gleichzeitig muss auch bedacht werden, dass in einer wirtschaftlich schwierigen Zeit die Ziele von Bewegung und Sport im Alter für Menschen mit Behinderungen so gesteckt werden, dass die Verbesserung der Mobilität und Lebensqualität auch eine positive Rückwirkung auf den Pflegeaufwand und somit auch auf die Kosten der Pflegeversicherung hat. Entstehende Kosten könnten so abgedeckt eine nachhaltige Umsetzung ermöglichen.

4.2 Mögliche Qualifikationskriterien

Um ein solches multifaktorielles Interventionsprogramm umzusetzen, bedarf es speziell dafür ausgebildeter Personen. Grundsätzlich müsste ein solcher Übungsleiter/Trainer/Therapeut wohl mindestens die folgenden Qualifikationskriterien erfüllen:

- Erfahrungen im Umgang mit älteren und Menschen mit Behinderungen
- Grundkenntnisse aus dem Präventions- und Rehabilitationssport
- Grundkenntnisse aus dem Gesundheitssport
- Wissen über krankheitsbedingte Einschränkungen
- Erfahrungen im Bereich Behindertensport
- Sportmedizinische Kenntnisse

4.3 Welche Ausbildungen gibt es?

Für den Sport von Menschen mit Behinderung in höherem Lebensalter werden durch ihre besondere Situation auch spezifisch ausgebildete Trainer, Übungsleiter und Personal aus dem Pflegebereich benötigt (siehe oben). In welcher Form der genannte Personenkreis für diese Aufgabe die Qualifikation erhalten kann, welche Ausbildungsformen es gibt und ob, und wenn ja, inwiefern Pflegepersonal im Bereich

Sport ausgebildet bzw. geschult wird, wird in einer kurzen Zusammenfassung an Beispielen dargestellt.

4.3.1 Ausbildung von Trainern und Übungsleitern (Beispiele)

Berufsverband staatlich geprüfter Gymnastiklehrerinnen und -lehrer Deutscher Gymnastikbund, DGymB e. V.

Der Berufsverband staatlich geprüfter Gymnastiklehrerinnen und -lehrer Deutscher Gymnastikbund, DGymB e. V. ist der Dachverband der Ausbildungszentren für staatlich geprüfte Gymnastiklehrer/innen. Diese werden, laut des Bundesministeriums der Justiz (Bundesministerium der Justiz, 2005) den Gesundheitsberufen zugeordnet und befassen sich auch mit dem Thema Gesundheitssport. Der Schwerpunkt der Ausbildung liegt laut DGymB e.V. meist auf Prävention oder Rehabilitation durch Gymnastik und Bewegung, wobei die Ausbildungen mit Schwerpunkt Rehabilitation auf Berufe in den Bereichen Behinderung und Alter, Behindertensport und Sport mit chronischen Krankheiten vorbereiten soll.

Ein Beispiel aus den Ausbildungsrichtlinien zur Staatlich Geprüften Gymnastiklehrerin der Anna Hermann Schule, Nordrhein-Westfalen (Anna Hermann Schule, 2006): „Staatlich geprüfte Gymnastiklehrer/innen haben in ihren Berufsfeldern steigende Zukunftschancen, da sie in den Wachstumsmärkten Prävention/Rehabilitation und Wellness/Fitness tätig sind. Sie sind Bewegungspädagogen mit fließenden Übergängen in den Bereichen Medizin, Therapie, Bewegungserziehung und Psychohygiene. Ihr Beruf zielt auf die Verbesserung von Lebensqualität und dient der Vorbeugung und Beseitigung von Leistungsschwächen. Die Wahrnehmung, Erkennung und Selbsterfahrung körperlicher Entwicklungsmöglichkeiten in jedem Alter stärkt das Selbstvertrauen, schafft zusätzliche Lebensfreude und fördert das Verantwortungsbewusstsein für den eigenen Körper.

Aufgrund des fundierten wie breit gefächerten Wissens bieten sich ihnen Berufsmöglichkeiten in folgenden Bereichen:

- Kurbäder und Rehabilitationskliniken

- Heil- und Fachkliniken
- Privat- und Gymnastikschulen
- Fitness- und Wellnesszentren
- Sportvereinen und Behinderteneinrichtungen
- Gesundheitszentren und Beautyfarmen.“

Die „BodeSchule München“ hingegen bietet neben der Grundausbildung den Bereich Gesundheitserziehung nur als Wahlpflichtfach an. Hat man sich für diesen Bereich entschieden so ist Sport für ältere Menschen und Sport für Menschen mit Behinderung Teil der Ausbildung im dritten Lehrjahr:

„Wahlpflichtfach „Gesundheitserziehung“, mit Theorie und Praxis in den folgenden Fächern:

- Gesundheits- und Fitness-Sport für besondere Zielgruppen
- Sportförderunterricht
- *Sport für ältere Menschen*
- *Sport für Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten*
- Psychomotorik
- Fitness
- Ausgleichsgymnastik
- Atemgymnastik, Organgymnastik, Entspannungstechniken
- Massage“ (Bode Schule, 2006)

Da die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen landesrechtlich geregelt werden, ist hier keine Einheitlichkeit gegeben und die Befähigung, Sport und Bewegung mit Menschen mit Krankheiten und Behinderungen durchzuführen, wird nicht grundsätzlich erlangt.

Der Deutsche Behindertensportverband

Der Deutsche Behindertensportverband und die Landesverbände bieten Ausbildungen zu sportspezifischen Übungsleitern und zum „Fachübungsleiter Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des DBS an. Das folgende Beispiel zur Ausbildung von Trainern und Übungsleitern zum „Fachübungsleiter

Rehabilitationssport“ ist der Internetseite des Berliner Behinderten-Sportverbandes 2006 entnommen und steht exemplarisch für die Angebote der Landesverbände:

„Die Lizenz „*Fachübungsleiter Rehabilitationssport*“ kann mit verschiedenen Profilen erworben werden und ist als Blocksystem aufgebaut. Grundlage bilden die Grundlagenblöcke „Allgemeine Informationen über Rehabilitationssport“ und „Allgemeine Informationen über Behinderungen“, hierauf aufbauend entscheidet man sich je nach späterer Zielgruppe für eines der folgenden Profile: Profil „Stütz- und Bewegungsapparat“, Profil „Innere Organe“, Profil „Sensorik“, Profil „Neurologie“, Profil „Geistige Behinderung“, Profil „Psychische Erkrankungen“. Nach der 120-stündigen Ausbildung erhält man eine Fachübungsleiter C-Lizenz des DBS Rehabilitationssport mit dem entsprechenden Profil.

Neben der Teilnahme an den Lehrgängen, die mit einer schriftlichen Überprüfung und einer Lehrübung abschließen, sind Hospitationen in bestehenden Gruppen zu absolvieren. ... Aufbauend können Spezialisierungen in den einzelnen Profilen belegt werden, diese werden als Fortbildung anerkannt und in die Lizenz eingetragen. Hier bietet der BS Berlin z. B. 2006 noch Spezialisierungen im Bereich „Sport mit Schlaganfallbetroffenen“ und „Sport mit Parkinsonbetroffenen“ an. ...

Der *Kompaktlehrgang für Physiotherapeuten* ist ein spezielles Angebot für Teilnehmer, die ausgebildete Physiotherapeuten oder Medizinische Bademeister sind. Nach erfolgreicher Absolvierung des Kompaktlehrganges sowie des Nachweises von drei Hospitationen, einem aktuellen Erste-Hilfe-Nachweis und der Mitgliedschaft bzw. Tätigkeit in einem Mitgliedsverein kann diesen Teilnehmern eine Lizenz mit dem Profil „Stütz- und Bewegungsapparat u./o. Neurologie“ auf Antrag ausgestellt werden.“ (Behinderten-Sportverband Berlin, 2006).

Die hier genannten Ausbildungsschwerpunkte durch den Deutschen Behindertensportverband und die Landesverbände zeigen, dass einzelne Betroffene der Zielgruppe, nämlich z. B. Schlaganfall- und Parkinsonbetroffene geeignete Sportangebote finden können, da es für diese Bereiche auch Ausbildungen gibt. Allgemeine Ausbildungen zu einem multifaktoriellen Interventionsprogramm, das in Form von Seniorensport allgemein angeboten werden könnte (siehe auch

Senioren-sport beim DOSB), gibt es im Angebot der Landesverbände nur in wenigen Ausnahmen (siehe auch 5. Vorhandene Angebote).

4.3.2 Ausbildung im pflegerischen Alltag (bundeseinheitliche Ausbildung)

Die Ausbildung im pflegerischen Alltag ist bundeseinheitlich geregelt und im „Gesetz über die Berufe in der Altenpflege“ festgelegt (siehe Anhang). Im Abschnitt 2 „Ausbildung in der Altenpflege“, Paragraph 3, wird festgelegt: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung älterer Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere: 5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung, und 9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte“ (Gesetz über Berufe in der Altenpflege, 2005). Die unter 5. und 9. formulierten Anforderungen könnten eine Einbeziehung von Sport und Bewegung nach den oben genannten Möglichkeiten mit Sicherheit begründen, ihre Integration in den pflegerischen Alltag wird aber weder empfohlen noch erwähnt. Es scheint somit eine Interpretationssache der ausbildenden Institutionen zu sein, ob sie eine Weiterbildung zum Thema „Sport und Bewegung mit älteren Menschen“ mit in die Ausbildung hineinnehmen und ist mit Sicherheit abhängig von der persönlichen Handhabung/Einstellung. Eine Überprüfung, ob es bereits Ausbildungen im pflegerischen Alltag gibt, in dem Sport und Bewegung eine Rolle spielen, müsste im Rahmen einer weiteren Studie überprüft werden.

5 Vorhandene Angebote

Zur Erfassung der Sportangebote für ältere Menschen mit Behinderungen, ist nicht nur die Betrachtung des organisierten Sports notwendig, sondern auch die der Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Um im Rahmen dieser Bestandsaufnahme einen Überblick über die Angebote zu erhalten, wurden die Behindertensportverbände aller Bundesländer zu den Angeboten in den ihnen angeschlossenen Vereinen mündlich befragt.

Die Befragung ergab folgende Ergebnisse: Vor dem Hintergrund, dass der Großteil der Teilnehmer der Sportangebote über 60 Jahre alt ist, gibt es somit auch eine entsprechende Altersstruktur. Diese Gruppen sind jedoch nicht erst in diesem höheren Lebensalter entstanden, sondern ihre Mitglieder sind in der Regel gemeinsam gealtert.

In zehn Bundesländern gibt es keine spezifischen Angebote für Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter. Die Sportangebote sind hier nur nach Art und Grad der Behinderung bzw. der Sportart ausgerichtet. Teilweise bestehen die Sportgruppen auch aus jüngeren und älteren Teilnehmern, die dann nach einer gemeinsamen Aufwärmphase getrennt voneinander trainieren. In Schleswig-Holstein gibt es nach Auskunft des Geschäftsstellenleiters des Behindertensportverbandes Herrn Tennhagen Sportangebote, die in einer Kombination zwischen Sportart und Alter ausgerichtet werden. Als weiteres Beispiel ist der Behindertensportverband des Landes Bremen zu nennen: Hier sind 35 Prozent aller Sportangebote explizit für die Zielgruppe „ältere Menschen mit Behinderungen“.

Nur vereinzelt sind Vereine zu finden, die ihr Angebot explizit auf diese Zielgruppe ausgerichtet haben. Als Beispiel sei hier der Verein „Aktiv Rehabilitations-, Gesundheits- und Seniorensport e.V.“ (kurz: ARGuS e.V.) aus Mecklenburg-Vorpommern zu nennen. ARGuS ist aus einem Zusammenschluss der beiden Abteilungen „Seniorensport“ und „Behindertensport“ des Schweriner Sportclubs e.V. und der anschließenden Ausgliederung im Jahre 2004 entstanden. 1700 Mitglieder

hat der Verein heute, das Durchschnittsalter der Mitglieder beträgt 70 Jahre. Die Mitgliederstruktur besteht zu 5 Prozent aus Menschen, die mit einer Behinderung geboren wurden oder im Laufe ihres Lebens eine Behinderung erworben haben. 95 Prozent der Mitglieder weisen aufgrund ihres Alters Behinderungen bzw. Einschränkungen in ihren Bewegungsmöglichkeiten auf. Das Sportangebot gliedert sich auf in 80 Prozent Seniorensport (ganzheitlich) und in 20 Prozent Rehabilitationssport.

Teilweise wussten die Befragten der Behindertensportverbände jedoch auch nicht genau Bescheid über die Angebote in ihren Mitgliedsvereinen. Dies zeigt, dass für eine detaillierte Eruierung des Sportangebots eine Befragung der Behindertensportverbände nicht ausreichend ist.

Darüber hinaus ist aufgrund der Problematik der Abgrenzung der Zielgruppe – Behinderung von Nicht-Behinderung – wie bereits zu Beginn dieses Kapitels angemerkt, eine Befragung der Landessportbünde und der Pflegeheime nötig. Es gibt viele Angebote, die sich mit speziellen Krankheitsbildern beschäftigen und deren Betroffene in dieser Bestandsaufnahme auch mit zur Zielgruppe gehören. Ganzheitliche Angebote, die aber für den größten Teil der Zielgruppe von Bedeutung wären, nämlich für multimorbide, ältere Menschen, sind selten. Es bedarf einer ausführlichen Studie, in der die einzelnen anbietenden Institutionen separat befragt werden, um herauszufinden, welche Angebote es gibt, die als „Sport für Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter“ identifiziert werden können.

Zwei der Projekte, die in diese Richtung gehen, sollen unter 5.1. vorgestellt werden. Auch wenn sie sich ein wenig in der Zielgruppe unterscheiden, sind sie dennoch übertragbar.

Zum Vergleich werden noch zwei Beispiele aus dem Ausland aufgezeigt, um einen Eindruck vom Stand der Bundesrepublik im Vergleich zu anderen Ländern der EU zu geben: „Tachtig Maar Krachtig“ aus Belgien und „The Groningen Active Living Model (GALM)“ aus den Niederlanden. Beide Projekte sind zunächst einmal vorgesehen für ältere Menschen ohne Behinderungen, inkludieren aber auch ältere Menschen mit

Behinderungen, da die Grenzen zwischen beiden Gruppen fließend sind (siehe Kap. 2.3).

5.1 Beispiele aus der Praxis

Innerhalb der Suche nach Beispielen aus Deutschland, fallen die „SimA-Studie“ der Universität Erlangen-Nürnberg, das Projekt der TU München in Kooperation mit der Universität Dortmund „Kompetentes Altern sichern“ sowie das Projekt des Behinderten-Sportverbandes Nordrhein-Westfalen „Bewegung, Sport und Spiel mit älteren und behinderten Menschen in Sportvereinen“ besonders auf, da sie neben den Zielen des Sports auch die entstehenden Kosten und somit eine realistische Umsetzung berücksichtigen.

5.1.1 SimA-Studie der Universität Erlangen-Nürnberg

Im Rahmen der Nürnberger SimA-Studie (SimA: „Selbstständig im Alter“) wurde eine Kombination aus Gedächtnis- und Fitnesstraining über einen Zeitraum von sechs Monaten in einer Gruppe 80-jähriger, demenziell eingeschränkter Personen durchgeführt. In dem Modellprojekt zum Thema „Rehabilitation in Pflegeheimen“ konnte die Forschergruppe im funktionellen Bereich eine Stabilisierung vor allem von Kraft und Beweglichkeit erreichen, die Anzahl der Stürze und deren Folgen wesentlich reduzieren und positive Effekte hinsichtlich der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit am Ende der Studie nachweisen. Eine über mehrere Jahre anhaltende Verbesserung sowohl der Gehirnleistung als auch der Selbstständigkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Training konnte bewirkt werden. Zudem traten psychisch-geistige Einschränkungen durchschnittlich vier Jahre später auf als in der Kontrollgruppe.

Pfleger und Betreuer, die vor Beginn der Studie der befürchteten Mehrarbeit kritisch gegenüber standen, empfanden im Anschluss eine Arbeitserleichterung, ohne dass in der Projektzeit die Zahl der Mitarbeiter erhöht werden musste. (Ausführliche Studie siehe Anhang).

5.1.2 Modellprojekt des Behinderten-Sportverbandes Nordrhein-Westfalen

Das Modellprojekt „Bewegung, Sport und Spiel mit älteren und behinderten Menschen in Sportvereinen“ in Nordrhein-Westfalen wurde zwischen 1996 und 2000 durchgeführt.

Die „Bewegungsveranstaltungen“ wurden nach dem Ansatz „Sport und Bewegung zum Menschen bringen, wenn der Mensch nicht zum Sport kommen kann“ durchgeführt und erwies sich als großer Erfolg. Insgesamt wurden über 100 Sportgruppen aufgebaut.

Einmal wöchentlich wurde mit in Pflegeheimen und Senioreneinrichtungen lebenden Menschen ein Bewegungstraining durchgeführt. Die dafür speziell ausgebildeten Übungsleiter trafen sich vor jeder Übungsstunde mit dem Sozialen Dienst, um den Stundeninhalt auf das aktuelle Befinden der Teilnehmer abzustimmen.

Neben den Sportstunden wurde den Teilnehmern auch ein soziales Begleitangebot offeriert. Einbezogen wurden nicht nur ältere Menschen, die im Laufe ihres Lebens eine Behinderung erworben haben, sondern auch insbesondere demente Menschen. Finanziert wurde das Projekt vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen. Das Projekt erhielt diverse Auszeichnungen, wie z. B. die Auszeichnung „Best Practice“ des 1998 verliehenen Awards of Excellence des United Nations Centers of Human Settlements (Behindertensportverband Nordrhein-Westfalen, 2000).

5.1.3 Modellprojekt der TU München und der Universität Dortmund in

Zusammenarbeit mit der Lebenshilfe Freising

Die Zielsetzung des Modellprojektes „Kompetentes Altern sichern (KompAs)“ war es, anhand eines geeigneten praxisnahen Gesundheitsprogrammes – vernetzt mit Freizeit- und Bildungsangeboten – zu prüfen, inwiefern sich die Chancen verbessern, um zusätzliche Beeinträchtigungen zu vermeiden und lange Jahre gesund zu altern (Lehrstuhl für Sport und Gesundheitsförderung der TU München. 2006)

Darüber hinaus sollte erforscht werden, inwiefern Bewegungsförderung neben einer Verbesserung bzw. einem Erhalt der körperlichen Beweglichkeit und Leistungsfähigkeit im Alter auch die Selbstständigkeit erhält.

Dazu absolvierten 7 männliche und 21 weibliche Personen mit geistiger Behinderung (Mindestalter: 40 Jahre) ein über 11-monatiges Übungsprogramm. Dies beinhaltete fünf Schwerpunkte: Gleichgewichts- und Gangsicherheitsübungen im Rahmen einer Gangschule, Verbesserung der Eigen-, Fremdwahrnehmung und Entspannung, Krafttraining der Arm- und Beinmuskulatur, Auge-Hand-Koordination und ein Ausdauertraining. Zu Beginn des Bewegungsprogrammes wurde die Leistungsfähigkeit in den einzelnen Schwerpunkten getestet, am Ende wurden diese Tests wiederholt. Alle Teilnehmer zeigten leichte Verbesserungen in ihren Leistungsfähigkeiten.

5.2 Was bieten andere Länder auf diesem Gebiet?

5.2.1 Belgien: „Tachtig Maar Krachtig“

In Belgien gibt es das Projekt „Tachtig Maar Krachtig“ („Achtzig aber stark“) vom Belgischen Sportverband „S-sport federation“, das extra für ältere Menschen konzipiert wurde, die in betreuten Wohn- und Pflegeheimen leben.

Der Sportverband bietet Physiotherapeuten, Therapeuten und Trainern kostenlose Ausbildungen an, in denen sie lernen, wie ein sportliches Übungsprogramm durchzuführen ist. Die Ausbildungen sind gegliedert in eine Grundausbildung (ganzheitliches Training) und spezifische Ausbildungen in verschiedenen Sportarten. Nach Abschluss der Ausbildungen bietet der Verband eine beratende Begleitung bei der Implementierung der Übungsprogramme in die jeweiligen Wohn- bzw. Pflegeheime an.

Darüber hinaus bekommt jedes Wohn- und Pflegeheim eine Grundausstattung und ein Handbuch, zehn Schaubilder mit Übungsbeispielen, zehn Übungsbälle und ein Poster vom Verband kostenlos zur Verfügung gestellt. Außerdem bietet der Verband den Bewohnern der Heime Infoabende, eine kostenlose Krankenversicherung der sportlichen Aktivitäten, einen Ausleihservice für Sportmaterialien und organisiert Einführungsstunden in neue Sportarten.

Bisher haben sich bereits 439 Mitarbeiter aus Wohn- und Pflegeheimen von insgesamt 270 Wohn- und Pflegeeinrichtungen Belgiens entsprechend ausbilden lassen (S-Sport, 2004).

5.2.2 Niederlande: „The Groningen Active Living Model (GALM)“

GALM ist ein seit 1997 landesweit eingesetztes verhaltensorientiertes Konzept, das zum Ziel hat, die körperliche Aktivität älterer Menschen in ihrer Freizeit zu verbessern.

Das Konzept wurde von dem sportwissenschaftlichen Institut der Universität Groningen in Kooperation mit dem Niederländischen Institut für Sport und körperliche Bewegung entwickelt und ist in das lokale und regionale Gesundheitssystem sowie in die Infrastruktur des Breitensports integriert. Finanziert wird es von der nationalen, der regionalen und der lokalen Gesundheitsbehörde.

Zielsetzung des Projektes ist, dass die Teilnehmer einen gesunden Lebensstil erlernen. Das GALM-Projekt besteht aus drei Projektphasen: einer Rekrutierungsphase, einer Einführungsphase und einer Aufbauphase.

Zur Rekrutierung der Teilnehmer werden Menschen im höheren Lebensalter zu Hause von einem Mitarbeiter des GALM-Teams besucht und beantworten einen kurzen Fragebogen. Nach der Zusage an der Teilnahme am Projekt absolvieren die Teilnehmer einen Fitnesstest („The Groningen Fitness Test for the Elderly“).

Das GALM-Programm hat seinen Schwerpunkt auf einer möglichst vielseitigen körperlichen Bewegung. Es besteht aus 45 Übungsstunden (jeweils 60 Minuten), davon 14 Stunden in Phase II und 30 Stunden in Phase III. Es wird wöchentlich mit einem moderaten Intensitätslevel durchgeführt. Die Basis des Projektes ist die biologische Spieltheorie. In der Aufbauphase werden die Teilnehmer dazu angeregt, ihre tägliche körperliche Aktivität auszuweiten. Nach 18 Monaten wird ein weiterer Fitnesstest durchgeführt.

Bisher haben bereits mehr als 520.000 Niederländer im höheren Lebensalter an dem Projekt teilgenommen. Eine Untersuchung zeigt, dass 70 Prozent der Teilnehmer nach Ende des Programms weiter körperlich aktiv blieben. Das Projekt wurde mit dem „European Health Promotion Award“ des Jahres 2000 ausgezeichnet (Stevens/Bult/de Greef, 1999).

6 Schlussfolgerung

Der Bedeutung von Sport und Bewegung für Menschen mit Behinderungen in höherem Lebensalter wird in Literatur und Praxis in Deutschland zu wenig Bedeutung beigemessen. Aufmerksamkeit wird der Vorsorge und Behandlung von Alterskrankheiten und deren Folgeerscheinungen bereits geschenkt, sie sollten aber unbedingt auch auf die Gruppe mit den höchsten Gesundheitsrisiken (und geringeren Möglichkeiten im Umgang damit) gelenkt werden. Bisher aber finden gerade Menschen mit Behinderungen nur wenig Berücksichtigung.

Da in Zukunft nicht nur medizinische, sondern auch ökonomische/wirtschaftliche Notwendigkeiten zunehmend dazu zwingen werden, Prävention auf der Basis von Gesundheitsvorsorge und Lebensstiländerungen zu einem Grundpfeiler der Medizin werden zu lassen, könnte auch Sport und Bewegung eine bedeutendere Rolle zukommen. Um einer solchen Rolle aber gerecht zu werden, müssen konkrete Zielsetzungen verfolgt und weitere Forschungsprojekte zur Bestätigung der präventiven und rehabilitativen Wirkung von Bewegung und Sport bei Menschen mit Behinderungen in höherem Lebensalter durchgeführt werden. Darüber hinaus ist die Entwicklung eines Interventionsprogrammes, das Bewegungs- und Gesundheitskultur beinhaltet, dringend erforderlich. Eine Zielsetzung sollte dabei auch sein, körperliche Betätigung als eine persönliche Lebensbereicherung zu sehen. Weiterhin sind eine Auswertung der bereits vorhandenen Projekte, die Überprüfung auf eine mögliche Übertragbarkeit und die Entwicklung praktischer Ausbildungsformen notwendig. Als ein weiterer bedeutender Aspekt ist die Berücksichtigung der möglichen Kostenersparnis durch präventive sportliche Aktivität zu nennen.

Eine Liste von Zielen zu erstellen und konkrete Forschungsprojekte zu formulieren, ist nach dieser Bestandsaufnahme nicht möglich, sondern bedarf ausführlicher Studien. Die folgenden Zielsetzungen und Projektideen sollen aber eine erste Basis bilden und als Grundlage für einen Maßnahmenkatalog dienen.

Zielsetzungen für Theorie und Praxis

- Sport und Bewegung sollten in Form eines multifaktoriellen Interventionsprogrammes in die Aus- und Weiterbildung im Pflegerischen Alltag (wieder) aufgenommen werden.
- Vielen Älteren ist eine Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld besonders wichtig. Eine bedeutende Person in ihrem Umfeld ist häufig der Hausarzt. Dieser weiß häufig aber zu wenig über die vorbeugende und heilende Wirkung von körperlichen Aktivitäten bzw. über die Möglichkeiten Gesundheitssport zu verschreiben und unterstützt folglich den Patienten nicht in der Aufnahme von gesundheitsbezogenen Bewegungsangeboten. Schick (2005) schlägt daher vor, den Themenbereich Bewegung und Gesundheit in die Approbationsordnung für Ärzte aufzunehmen.
- Intensivere Kooperationen zwischen Pflegeheimen/Hauspflege und dem Behinderten-Sportverband sollten entwickelt und Seniorensportgruppen für Menschen mit Behinderungen sowohl vom Behinderten-Sportverband als auch von Krankenversicherungen/Pflegeversicherungen initiiert und angeboten werden.
- Die Entwicklung von speziellen Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Trainer und Übungsleiter im Bereich „Seniorensport für Menschen mit Behinderungen“ sind eine weiterer wichtiger Aspekt. Dabei sollte auch den Älteren selbst die Übungsleitertätigkeit eröffnet werden.
- Mit den Sportangeboten werden Rahmenbedingungen nötig, die es den Menschen mit Behinderungen ermöglichen, an den jeweiligen Sportangeboten teilzunehmen. Eine mögliche Barriere stellt zum Beispiel die An- und Abfahrt zur Sportstätte dar. Deshalb müssen bei der Entwicklung von Sportangeboten die Rahmenbedingungen unbedingt mit berücksichtigt werden.
- Eine intensive Kooperation mit den Krankenkassen/Pflegeversicherungen muss bei jeder Form von Sport und Bewegung mit Menschen mit Behinderungen in höherem Lebensalter angestrebt werden. Zum Beispiel

sollten körperliche Aktivitäten und Sport in ihrer präventiven Funktion in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen und Rehabilitationssport grundsätzlich dauerhaft finanziert werden.³

³ Bei allen Punkten, bei denen eine Kooperation mit den Krankenkassen angedacht ist, müssten allerdings die Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag „Rehabilitation vor Pflege“ erfüllen. Dieses wird allerdings noch erschwert, da die Pflegeausgaben, die durch eine erfolgreiche Reha-Maßnahme eingespart werden, nicht den Kostenträgern der geriatrischen Rehabilitation – also den Krankenkassen – zugute kommen. Sie entlasteten vielmehr den davon getrennten Etat der Pflegekassen (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2006).

7 Literatur

Aktionskreis Psychomotorik e.V. In: Internetseite: <http://www.psychomotorik.com>.
Letzter Zugriff: 2. Oktober 2006.

Anna Hermann Schule Nordrhein-Westfalen: In: Internetseite:
<http://www.praeha.de/ausbildungen/gymnastiklehrer.html>, Nordrhein-
Westfalen. Letzter Zugriff: 9. Oktober 2006.

Behinderten-Sportverband Berlin e.V., Aus- und Fortbildung, In: Internetseite:
<http://www.bsberlin.de>. Letzter Zugriff: 12. Oktober 2006.

Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen, Mobil bleiben - aktiv sein (Video).
Meyer & Meyer, 2000.

BodeSchule München, Ausbildung > Wahlpflichtfächer. In: Internetseite:
<http://www.bode-schule.de/index.php/Ausbildung/Wahlplichtfach>, 2006.
Letzter Zugriff: 18. September 2006.

Bös, K., Gesundheitssport. In: Beiträge zu Lehre und Forschung im Sport, Bd. 120.
Karl Hofmann Verlag, 1998.

Bundesministerium der Justiz, Bekanntmachung des Verzeichnisses der
anerkannten Ausbildungsberufe und der Verzeichnisse der zuständigen
Stellen. In: Bundesanzeiger 218 a. Bundesanzeiger Verlag, 2005.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Gender Datenreport -
9.6 Behinderte Frauen und Männer im Alter. In: Internetseite:
[http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/9-Behinderung/9-6-
behinderte-frauen-und-maenner-im-alter.html](http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/9-Behinderung/9-6-behinderte-frauen-und-maenner-im-alter.html). Letzter Zugriff: 25. Oktober
2006.

Der Zukunftsradar 2030, Projekt der Zukunftsinitiative Rheinland-Pfalz (ZIRP),
Auswirkungen des demographischen Wandels. In: Internet: www.zukunftsradar2030.de.
Letzter Zugriff: 18. Oktober 2006.

Deutscher Behindertensportverband e.V. In: Internetseite: <http://www.dbs-npc.de>.
Letzter Zugriff: 27. September 2006.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI),
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und
Gesundheit. In: WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler
Klassifikation. Verlag Deutsches Ärzteblatt, 2005.

Doll-Tepper, G. et al., Preface. In: G. Doll-Tepper, C. Dahms, B. Doll, H.v. Selzam
(Hrsg.): Adapted Physical Activity. Springer Verlag, 1990.

- Drouin, D., The Credo Project: Adapted Physical Activity for Autonomous Active and Sedentary Elderly. In: Adapted Physical Activity, Health and Fitness. Springer Verlag, 1994.
- Europäisches Curriculum in Adapted Physical Activity, THENAPA, Katholieke Universiteit Leuven. <http://www.kuleuven.be/thenapa/>. Letzter Zugriff: 10. Oktober 2006.
- Felsenberg, D., Sport beugt Osteoporose vor. In: Internetseite: http://www.osteoporose.de/Osteoporose_News/Aktuelles.html, 07. August 2006. Letzter Zugriff: 27. September 2006.
- Freiberger, E., Möglichkeiten und Effekte einer psychomotorischen Aktivierung auf Kraft, Beweglichkeit und Sturzrisiko bei Pflegeheimbewohnern. Vortrag bei der Fachtagung zum Thema „Rehabilitative Maßnahmen in Pflegeheimen“ der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 2005.
- Fujiwara, K. et al., Dynamic Balance Training by Balance Board for the Elderly. In: Adapted Physical Activity, Health and Fitness. Springer Verlag, 1994.
- Gebhart, C., Institut für Sport und Sportwissenschaften Heidelberg. In: Journal for Advanced Nursing. Blackwell Publishing, März 2006.
- Gesetz über Berufe in der Altenpflege, BGBl I 2005, 1513, zuletzt geändert 8.6.2005.
- Hohmeier, J., Ältere Menschen mit Behinderungen – Anfragen an die Leitbilder der Behindertenhilfe. Positionsartikel. In: Sonderpädagogik 35, Heft 3, S. 145-149. Wissenschaftsverlag Volker Spiess, 2005.
- Hollmann, W., Gehirn – Geist – Psyche – körperliche Aktivität. Vortrag beim 37. Deutschen Kongresses für Sportmedizin und Prävention der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP), September 2001.
- Hurrelmann, K., Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Juventa, 1991.
- Kellner, C., Sport stärkt nicht nur den Körper. In: Stern, Sport. Gruner und Jahr, März 2002.
- Kolb, M., Die Perspektiven einer spielorientierten Bewegungstherapie. In: Spiele für den Herz- und Alterssport, Perspektive und Praxis einer spielorientierten Bewegungstherapie. Meyer & Meyer, 1995a.
- Kolb, M., Die Theoretischen Grundlagen. In: Spiele für den Herz- und Alterssport, Perspektive und Praxis einer spielorientierten Bewegungstherapie. Meyer & Meyer, 1995b.

- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), „Modellrechnung zur Pflegeentwicklung“, 2001. In: Internetseite: http://www.kda.de/german/showarticles.php?id_art=33.
Letzter Zugriff: 3. Oktober 2006.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, In: Internetseite: <http://www.kda.de>. Letzter Zugriff:
6. Oktober 2006.
- Landesverband Nordrhein-Westfalen für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.,
Neuland entdecken – Wenn Menschen mit Behinderungen in den Ruhestand
gehen. Erdnuss Druck, Oktober 2004.
- Lehrstuhl für Sport und Gesundheitsförderung der TU München, In: Internetseite:
<http://www.sp.tum.de/lsg/kompas/kompas.htm>. Letzter Zugriff: 16. Oktober
2006
- Leyendecker, C., Neumann, K., Besonderheiten der Entwicklung von Wahrnehmung,
Lernen, Gedächtnis und Intelligenz bei Körperbehinderten. In: Haupt, U. und
Jansen, G. (Hrsg.), Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. Pädagogik der
Körperbehinderten, S. 410-438. Marhold, 1983.
- Mikrozensus – Leben und Arbeiten in Deutschland, Statistisches Bundesamt 2003.
- Präha Gruppe, Ausbildung zur/m staatl. geprüften Gymnastiklehrer/in, Schwerpunkt:
Prävention und Rehabilitation. In: Internetseite: [http://www.privatschulen-
nrw.de/ausbildungen/gymnastiklehrer.html](http://www.privatschulen-nrw.de/ausbildungen/gymnastiklehrer.html). Letzter Zugriff: 10. Oktober 2006.
- Scheid, V., Facetten des Sports behinderter Menschen. Meyer & Meyer, 2002.
- Schick, G., Heuristisches Modell der Bewegungs- und Sportaktivitäten in den
subjektiven Gesundheitstheorien Älterer. Dissertation, Köln 2005.
- Schmidt, A., Medizinische Aspekte im Behindertensport. In: Deutsches Ärzteblatt
101, Ausgabe 31-32. Deutscher Ärzte-Verlag, 2. August 2004.
- Schöfl, C., Vorbeugen ist besser als hinterher leiden. In: Der Tagesspiegel,
Gesundheit, 7.8.2006. Der Tagesspiegel, August 2006.
- Stevens M.; Bult, P.; de Greef, M.H.G., Groningen Active Living Model (GALM):
Stimulating Physical Activity in Sedentary Older Adults. In: Preventive
Medicine, Volume 29, Number 4, S. 267-276. Academic Press, Oktober 1999.
- S-Sport, Valpreventie in Huis, Internetseite:
[http://www.socmut.be/NR/rdonlyres/AB959795-C0E7-4AF3-B5C2-
8135200E28CD/0/rugboekjeok.pdf](http://www.socmut.be/NR/rdonlyres/AB959795-C0E7-4AF3-B5C2-8135200E28CD/0/rugboekjeok.pdf). Letzter Zugriff: 4. Oktober 2006.
- Tiedemann, C., Internetseite der Universität Hamburg, Fachbereich
Sportwissenschaft: <http://www.sport.uni->

hamburg.de/infodoc/digitalepublikationen/tiedemann/sportdefinition.html.
Letzter Zugriff: 9. Oktober 2006.

Valeo, Zusatzqualifikation Motogeragogik. In: Internetseite:
<http://www.valeo.at/Zusatzqualifikation-Motogeragogik.htm>, Psychomotorische
Entwicklungsbegleitung GmbH. Letzter Zugriff: 12. Oktober 2006.

Wegner, M., Sport und Behinderung. Hofmann Verlag, 2001.

Windler, E. et al., Primärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ein Stiefkind
der Inneren Medizin. In: Der Internist, Band 45, Nr. 2, S.173-181. Springer
Verlag, Februar 2004.

Zimmer, M., Dokumentation und Auswertung aller Behandlungsfälle bei den
Paralympics seit Barcelona 1992. In: Behindertensport. In: Klümper, A (Hrsg.),
Sport-Traumatologie; Handbuch der Sportarten und ihre typischen
Verletzungen. S. 1–24. Ecomed 1998.

8 Anhang

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege

Tagungsband „Rehabilitative Maßnahmen in Pflegeheimen“ (in Auszügen)

SIMA-Studie in Stichworten

Projekt KompAs