

Evangelische Hochschule Nürnberg

Bachelorstudiengang Soziale Arbeit

Bachelor – Thesis

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts B.A.

**Theoretische und konzeptionelle Überlegungen
zur Gesundheitsförderung von an Demenz
erkrankten Menschen**

Nele Mühlenbrock

Erstgutachterin: Jutta Jäger M.A.

Zweitgutachterin: Dipl. Soz.Päd. (FH) Hanna Moritzen

Abgabetermin: 26.06.2015

Zusammenfassung

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Entwicklung eines Konzeptes für die Gesundheitsförderung von älteren dementen Menschen. Die theoretische Einführung zum Thema beginnt mit der Definition der Begriffe „Alter“ und „Altern“, zudem wird auf die wichtigsten biologischen und soziologischen Alternstheorien eingegangen. Dies dient dem grundsätzlichen Verständnis, was im Alter mit den Menschen passiert und es wird anhand der Theorien begründet welche Verhaltensweisen bei ihnen auftreten können. Da das Thema Gesundheit im Alter immer wichtiger und elementarer wird, definiere ich im nächsten Abschnitt die Themen Gesundheit und Krankheit und erläutere sie zusätzlich anhand des biomedizinischen und salutogenetischen Modells von Gesundheit und Krankheit. Im nächsten Kapitel wird eine sehr verbreitete Form von Krankheit, die Demenz näher betrachtet. Der Fokus liegt dabei auf der Alzheimer-Demenz – zusätzlich habe ich verschiedene, zu beachtende Aspekte in der Kommunikation mit demenzkranken Menschen erarbeitet. Im letzten Kapitel des Theorieabschnitts geht es um die Gesundheitsförderung durch Bewegung. Zuerst werde ich allgemein auf die Entwicklung und das Konzept der Gesundheitsförderung eingehen. Auch hier konzentriere ich mich auf das Element „Bewegung“ als ein Aspekt der Gesundheitsförderung und werde beschreiben, was Gesundheitsförderung durch Bewegung konkret bei älteren und dementen Menschen bewirken kann. Die Aufführung der theoretischen Fakten soll den Hintergrund und die Basis für die darauffolgende konzeptionelle Darstellung bilden. Das Konzept wurde für stationäre und teilstationäre Einrichtungen mit einer bestimmten Zielgruppe entwickelt, angelehnt an den Sechs-Schritt von A. Limbrunner. Es beginnt mit einer Analyse der Rahmenbedingungen im Bereich der Altenarbeit. Danach folgt eine Situations- und Problemanalyse der Menschen in (teil-) stationären Einrichtungen. Anschließend wurden Ziele entwickelt, die im Rahmen des Angebots erfüllt werden sollen. Um die Ziele zu erreichen ist es wichtig, die Mittel und auch Methoden vorher genau zu planen. Im nächsten Schritt folgt die konkrete Durchführung eines Moduls des Konzeptes und abschließend werden mögliche Evaluationsmethoden dargestellt. Im Resümee werde ich versuchen, die in der Einleitung beschriebene Fragestellung zu beantworten und einen Ausblick über die aktuelle Situation und die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zu geben.

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung.....	4
A) Theoretische Grundlagen.....	5
1. Theoretische Aspekte des Alters und des Alterns	5
1.1 Definition.....	5
1.2 Biologische bzw. zelluläre Alternstheorien.....	6
1.2.1 Stoffwechseltheorie bzw. Rate-of-living-Theorie.....	6
1.2.2 Theorie der freien Radikale	7
1.2.3 Theorie der Akkumulation molekularer Schäden an DNA.....	7
1.2.4 Telomer-Theorie	7
1.2.5 Gentheorie	8
1.3 Soziologische bzw. psychologische Alternstheorien.....	8
1.3.1 Theorien des erfolgreichen Alterns.....	9
1.3.2 Weitere ausgewählte Theorien des Alterns	10
2. Theoretische Aspekte von Gesundheit und Krankheit	11
2.1 Definitionen.....	11
2.2 Ausgewählte Modelle zu Gesundheit und Krankheit.....	13
2.2.1 Biomedizinischer Ansatz	13
2.2.2 Salutogenetisches Modell	15
3. Theoretische Aspekte der Demenz	16
3.1 Charakterisierung der Demenz.....	16
3.2 Die Alzheimer-Demenz	17
3.2.1 Klassifikation und Symptome	17
3.2.2 Ursachen	18
3.2.3 Behandlung.....	19
3.3 Kommunikation mit demenzkranken Menschen	19
4. Theoretische Aspekte der Gesundheitsförderung.....	21
4.1 Begriffsbestimmung von Gesundheitsförderung.....	21
4.1.1 Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung	22
4.1.2 Setting-Ansatz.....	24

4.2	Bedeutung der Bewegung bei der Gesundheitsförderung	24
4.3	Gesundheitsförderung durch Bewegung bei älteren dementen Menschen.....	26
B)	Konzept: Förderung der Gesundheit von an Demenz erkrankten älteren Menschen (durch Bewegung).....	29
1.	Analyse der Rahmenbedingungen	29
2.	Situations- und Problemanalyse.....	31
3.	Zielformulierung	33
4.	Planung der Mittel	36
4.1	Geeignete Räumlichkeiten	36
4.2	Zeitplanung	36
4.3	Finanzielle Grundlagen	37
4.4	Gruppengröße und –Zusammensetzung.....	37
4.5	Stundenthemen.....	37
4.6	Sitzordnung.....	37
4.7	Materialien	38
4.8	Verhalten und Rolle des Gruppenleiters.....	38
4.9	Methodenwahl.....	39
5.	Durchführung	41
6.	Evaluation	44
C)	Resümee.....	45
D)	Literaturverzeichnis	47
E)	Anhang.....	60
F)	Erklärung.....	94

In dieser Arbeit wird aufgrund sprachlicher Vereinfachung und besserer Lesbarkeit lediglich die männliche Form verwendet. Die Ausführungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen.

Einleitung

Der demografische Wandel, also die zunehmende Überalterung der Gesellschaft, ist überwiegend ein Phänomen der westlichen Industriestaaten (Hartogh, 2005, S.21). Durch verbesserte sozialhygienische und medizinische Versorgung, gesündere und veränderte Ernährung, Senkung der Kindersterblichkeit, verbesserte Wohn- und Arbeitsbedingungen, ausgebliebene Kriege und Seuchen, etc. ist die Lebenserwartung der Menschen stetig angestiegen. Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei 37 Jahren (Schroeter & Prahl, 1999, S.26-27). Die heutige Lebenserwartung für Neugeborene liegt laut dem Statistischen Bundesamt für Männer bei 77,72 Jahren und für Frauen bei 82,73 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2015). Gleichzeitig ist die Geburtenrate stark gesunken und dieser Trend hält an, die Geburtenrate pro Frau liegt in Deutschland bei 1,36. Es sind also zwei Tendenzen in der Gesellschaft erkennbar – auf der einen Seite sinkt die Gesamtbevölkerung kontinuierlich (von 1998 bis 2030 von 82,1 Mio. auf 77,5 Mio. Einwohner), auf der anderen Seite steigt der Anteil der alten Menschen in der Bevölkerung (siehe Anhang A) und die Bevölkerungsstruktur hat sich von einer Pyramide zu einer Pilzstruktur gewandelt (siehe Anhang B und C) (Kramer, 2009, S.19-21). Durch die Überalterung wird die Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung immer stärker, da die jungen Menschen zusätzlich zu sich und ihren Kindern nun auch die Eltern und Großeltern mitversorgen müssen, wenn diese nicht mehr arbeiten (Wolf, 2003, S.33). Durch die gestiegene Lebenserwartung steigt mit gesunden Lebensjahren jedoch auch das Risiko für chronische Leiden und psychische und dementielle Erkrankungen. Deshalb stellt die demografische Entwicklung auch die Altersversorgungssysteme, das Gesundheitswesen und die Altenpflege vor eine Herausforderung, die sich in den nächsten Jahren ebenso auf andere gesellschaftliche Bereiche auswirken wird (Hartogh, 2005, S.23). Für ein möglichst gesundes Altern ist ein wichtiger Ansatz, Krankheiten und Behinderungen zu vermeiden und zu bewältigen (Geuter & Holleder, 2012, S.166).

Nachdem all diese Fakten hinreichend bekannt sind und uns alle diese Auswirkungen der demografischen Veränderungen betreffen werden, ist auch für mich eine der dringendsten Fragen, wie die Gesundheit von älteren Menschen erhalten bzw. gefördert werden kann. Wie im Kapitel 3 noch ausführlich erläutert, wird ebenfalls die Zahl der Demenzerkrankungen kontinuierlich steigen. Aus diesem Grund habe ich mich bei meiner Bachelorarbeit für das Thema „Gesundheitsförderung bei dementen Menschen“ entschieden. Auch durch meine Arbeit in einem Seniorenzentrum konnte ich erfahren, wie wichtig es ist, hier früh anzusetzen und ältere Menschen zu fördern, damit sie gar

nicht erst erkranken oder bei bereits vorhandener Erkrankung, die Lebensqualität¹ zu verbessern. Das Ziel dieser Arbeit wird sein, einen groben Überblick über die verschiedenen Themenschwerpunkte zu geben und ein Konzept zu entwickeln, mit dem die Gesundheit dieser Menschen gefördert werden kann.

A) Theoretische Grundlagen

1. Theoretische Aspekte des Alters und des Alterns

Zum besseren Verständnis muss zunächst einmal unterschieden werden zwischen den Begriffen „Alter“ und „Altern“, da sie unterschiedliche Bedeutungen beinhalten. Im Folgenden werde ich diese zwei Begriffe kurz charakterisieren bzw. definieren.

1.1 Definition

„Alter“ meint den Zustand des alt seins - also Alter als Lebensabschnitt - und drückt bereits verlebte Zeit aus. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2010, S.27; Ruiz-Torres, 2004, S.3). Alt sein wird unter anderem durch das biologische Alter und die soziale Position bestimmt (Schlicht & Schott, 2013, S.32). Es kann unterschieden werden zwischen biografisches bzw. kalendarisches Alter oder biologisches Alter, sowie soziales bzw. funktionales Alter und psychisches bzw. psychologisches Alter. Das biografische Alter bezeichnet das am Kalender ablesbare Alter (Menche, 2003, S.381) und bedeutet, wie viel Zeit von der Geburt eines Menschen bis zu seiner gegenwärtigen Lebenszeit vergangen ist (Buchka, 2012, S.13). Das biologische Alter sagt aus, in welchem Zustand und wie funktionstüchtig der menschliche Körper ist, d.h. er informiert über den Gesundheitszustand und die Belastbarkeit eines Menschen (Marwedel, 2003, S.23-24; Witterstätter, 1997, S.18). Das biologische Alter kann zudem anhand äußerlicher Merkmale, wie z.B. Haare, Falten etc. geschätzt werden (Marwedel, 2003, S.23-24). Das soziale Alter besagt, dass der Mensch in seinem Alternsprozess von verschiedensten gesellschaftlichen Einflüssen geformt wird - das soziale Alter zeigt sich in den Funktionen, Kompetenzen und Kapitalien der Menschen, also z.B. in der Konfliktfähigkeit, sozialer Wertschätzung und Kontrolle, dem Lebensstil, etc. (Schroeter & Prah, 1999, S.47). Das psychische Alter beschreibt das subjektive Altersgefühl eines Menschen - jeder ist also so alt wie er sich fühlt (Buchka, 2012, S.14).

¹ „Lebensqualität korrespondiert mit Wohlbefinden und basiert auf bedürfnisorientierten Kriterien und Faktoren.“ (Miller, 2012, S.62). Sie wird subjektiv empfunden und beinhaltet körperliche, soziale und psychische Gesundheitsdimensionen (Ravens-Sieberer & Cieza, 2000, S.15). Zur Lebensqualität gehören die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse und dazu notwendige Ressourcen, also z.B. gute Ernährung, Schlaf, Bewegung, Sicherheit, Selbstwert, etc. (Miller, 2012, S.62).

„Altern“ steht für den Prozess des Älterwerdens und führt im Individuum zu Veränderungen (BMFSFJ, 2010, S.27; Schlicht & Schott, 2013, S. 33). Nach dem sechsten Altenbericht des BMFSFJ ist Altern „ein von der Geburt bis zum Tode andauernder Prozess, der eher kontinuierlich als diskontinuierlich verläuft und sowohl biologische und psychologische als auch soziale Veränderungen umfasst“ (BMFSFJ, 2010, S.22). Altersvorgänge sind universal (also für alle höheren Lebewesen gültig), irreversibel, schädlich und biologisch-genetisch vorbestimmt, d.h. sie können nicht verhindert werden (Menche, 2003, S.379). Das frühere Altersbild war negativ – für die Menschen bedeutete Altern Verlust und sowohl psychischen als auch physischen Abbau des Körpers. Dies hat sich heute geändert und es herrscht ein eher positives Altersbild vor, d.h. Alter und Altern wird differenzierter wahrgenommen und es werden auch die vorteilhaften Seiten des Alters gesehen (Walter, 2008, S.256). Darauf werde ich unter Kapitel 1.3 noch weiter eingehen.

In der Fachliteratur herrscht Uneinigkeit über die Begriffe Alterstheorien und Alternstheorien. Da es mir bei den folgenden Theorien um den Prozess des Alterns geht, habe ich mich dazu entschieden, den Begriff Alternstheorien zu wählen. Natürlich gibt es zu jeder Theorie gewisse Kritikpunkte – diese werde ich jedoch nicht weiter erläutern, da es mir nur darum geht, eine grobe Übersicht über die Ansätze zu geben.

1.2 Biologische bzw. zelluläre Alternstheorien

Die Menschen in der heutigen Zeit werden immer älter durch verbesserte Hygienebedingungen, veränderte Ernährung und weiterentwickelte Behandlungsmethoden in der Medizin (Behl, 2004, S.67). Dennoch gibt es eine Grenze in der Lebenserwartung, ein Grund dafür sind biologische bzw. zelluläre Alternsmechanismen – der älteste Mensch weltweit wurde 122 Jahre alt (Behl & Moosmann, 2008, S.10). Bisher gibt es keine wissenschaftlich belegte Theorie, die alle Ursachen des Alterungsprozesses eindeutig erklärt, sondern viele verschiedene Theorien, die vermutlich alle zusammenwirken (Backes & Clemens, 1998, S.88). Im Folgenden werde ich die relevantesten Theorien kurz vorstellen.

1.2.1 Stoffwechseltheorie bzw. Rate-of-living-Theorie

Eine bereits früh vertretene Theorie von Rubner im Jahr 1908 ist die Stoffwechseltheorie (Rensing & Rippe, 2014, S.17). „Die Stoffwechselrate bezeichnet die Geschwindigkeit, mit der endogene und exogene Energiequellen für Wachstum, Fortpflanzung und Erhaltung eines Organismus verwendet werden“ (Neuhäuser-Berthold & Lührmann, 2007, S.49). Rubner fand heraus, dass eine höhere Temperatur und ein erhöhter Stoffwechsel bei verschiedenen Tierspezies eine verkürzte Lebensdauer zur Folge haben. Diese Theorie ist auch heute bei verschiedenen Spezies gültig – sie trifft jedoch

nur teilweise zu, wenn Arten mit unterschiedlichen Stoffwechselraten verglichen werden (Rensing & Rippe, 2014, S.17).

1.2.2 Theorie der freien Radikale

Im Verlauf der mitochondrialen Atmung in der Zelle können durch eine unvollständige und fehlerhafte Reduktion von Sauerstoff freie Sauerstoffradikale entstehen (Reactive Oxygen Species ROS) (Große, 2007, S.28). Wenn sich in den Zellen das fein austarierte Gleichgewicht zwischen Bildung und Abbau der ROS verschiebt und es so zu einer höheren Konzentration an ROS kommt, entsteht oxidativer Stress. Innerhalb der Zelle gibt es Reparatur- und Schutzsysteme – Antioxidantien, wie z.B. Vitamin C und E, sowie die Reparatursysteme der DNA (Behl & Moosmann, 2008, S.22-23; Nikolaus, 2008, S.63). Sobald allerdings die Menge an ROS die Entgiftungs- und Reparaturmechanismen der Zelle übersteigt, kommt es zu molekularen Schäden. Wenn die DNA-Schäden zu groß für eine Reparatur sind, wird eine Apoptose, d.h. ein programmierter Zelltod eingeleitet (Nikolaus, 2008, S.62-63). Die Sauerstoffradikale können allerdings auch bei anderen Prozessen entstehen (Behl & Moosmann, 2008, S.20.) Diese von Harman im Jahr 1956 entwickelte Theorie bildet auch heute noch die Grundlage von Prävention und Therapie verschiedener altersassozierten und neurodegenerativen Krankheiten, wie z.B. Morbus Parkinson (Behl, 2004, S.70-71).

1.2.3 Theorie der Akkumulation molekularer Schäden an DNA

Ein Grund für die DNA-Schädigung sind die im vorherigen Kapitel beschriebenen Sauerstoffradikale. Bei jedem Menschen entstehen während seines Lebens durch Zufall fortwährend kleinste Verletzungen, z.B. durch Schadstoffe am Arbeitsplatz, Radioaktivität, UV-Strahlung, chemische Gifte, etc. (Backes & Clemens, 1998, S.89). In der DNA sind die Informationen für Proteine sämtlicher Zellen gespeichert, d.h. eine Zelle ist nur überlebensfähig, wenn die Proteincode von äußeren Einflüssen geschützt werden (Behl & Moosmann, 2008, S.18). Durch die schädlichen Umwelteinflüsse, wird die DNA jedoch oft geschädigt und somit der Alterungsprozess beschleunigt (Große, 2007, S.29).

1.2.4 Telomer-Theorie

Die normale menschliche Zelle enthält 46 Chromosomen. Am Ende dieser Chromosomen befinden sich die sogenannten Telomere (informationslose Chromosomenenden), die die Chromosomen vor möglichem Abbau schützen und verhindern, dass sich zwei Chromosomen miteinander verbinden (Große, 2007, S.30). Ende letzten Jahrhunderts wurde entdeckt, dass sich die Telomere bei jeder Replikationsrunde verkürzen und dadurch jede Zelle nur eine begrenzte Anzahl an Teilungen hat (Rensing & Rippe, 2014, S.17). Dieses Limit wird Hayflick-Limit genannt, da es 1965 von Hayflick entdeckt

wurde. Nach Erreichen des Limits gehen die Zellen in einen Zustand der replikativen Seneszenz über, d.h. die Zellen können zwar ihre Funktion noch ausführen, allerdings geht ihre Teilungsfähigkeit verloren. Wenn sie also beschädigt werden, können sie nicht mehr ersetzt oder repariert werden und das wiederum beschleunigt den Alterungsprozess. Mit zunehmendem Alter erreichen zudem immer mehr Zellen das Hayflick-Limit und gehen in die replikative Seneszenz über (Große, 2007, S.30). Dies gilt jedoch nicht für Keim-, Stamm- und Krebszellen – diese Zellen tragen das Enzym Telomerase mit sich, das die Telomere nach jeder Teilung wieder verlängert (Behl, 2004, S.78).

1.2.5 Gentheorie

Manche Forscher nehmen an, dass das Altern entsprechend eines genetischen Programms abläuft und es Gene gibt, die den Alterungsprozess beeinflussen, sogenannte „Langlebigkeits-Gene“ (verlangsamen Alterungsprozess) und „Alterns-Gene“ (beschleunigen Alterungsprozess) (Backes & Clemens, 1998, S.89-90). Beleg dafür sind die unterschiedlichen Lebensspannen verschiedener Lebewesen (Buchka, 2012, S.90-91; Grune, 2014, S.6). Bislang konnten aber noch keine eindeutigen Gene der Langlebigkeit identifiziert werden, nur Genveränderungen die durch eine bestimmte Stoffwechsellage zu einer längeren bzw. durch Erkrankungen zu einer verkürzten Lebensspanne führen (Grune, 2014, S.6).

1.3 Soziologische bzw. psychologische Alternstheorien

Wie verhält sich ein Mensch wenn er altert? Bis jetzt besteht noch keine einheitliche Theorie, da je nach Interesse und Richtung der Soziologie und anderen Wissenschaften unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Außerdem altert jeder Mensch unterschiedlich und das Altern findet auf verschiedenen Ebenen statt, z.B. auf psychischer, körperlicher, sozialer und gesellschaftlicher Ebene (Clemens, 2008, S.43; Schroeter & Prahl, 1998, S.102). Die Art, wie ein Mensch altert beeinflusst sein Gesundheitsverhalten und damit auch seine Gesundheit. Um bei der Gesundheitsförderung individuell ansetzen zu können, ist es wichtig zu wissen, welche Verhaltensweisen bei alternden Menschen auftreten können (Kuhlmeiy, 2008, S.86-87; Rupprecht, 2008, S.23). Im Folgenden werde ich auf die wichtigsten klassischen gerontologischen Ansätze eingehen. Diese haben zwar mittlerweile teilweise an Bedeutung verloren, bilden aber die Grundlage für alle weiter entwickelten Ansätze (Clemens, 2008, S.34).

1.3.1 Theorien des erfolgreichen Alterns

Die Frage, die sich viele Forscher stellen, ist, wie im Alter Zufriedenheit und das Gefühl eines sinn-erfüllten Lebens erreicht werden kann (Mahs, 2009, S.95). Der Begriff „erfolgreiches Altern“ (successful aging) wurde vor allem von Havighurst (1963) geprägt. Havighurst geht davon aus, dass Menschen nur dann zufrieden sind, wenn sie sich gelungen an den Alternsprozess anpassen können (Rupprecht, 2008, S.18-19). Die Theorien erfolgreichen Alterns stellen eine Art Gegenposition zu dem eher Defizit orientierten Ansatz dar, den ich unter Kapitel 1.3.2 noch näher erläutern werde.

1.3.1.1 Aktivitätstheorie

Nach dieser Theorie entsteht Zufriedenheit im Alter dann, wenn der ältere Mensch aktiv bleibt und das Gefühl hat, gebraucht zu werden und nützlich zu sein (Marwedel, 2008, S.161). Das erfolgreiche Altern ist also davon abhängig, wie sehr ein Mensch sich bemüht, aktiv in der Gesellschaft mitzuwirken und soziale Kontakte zu erhalten (Rupprecht, 2008, S.19-20). Bei eventuellem Verlust von Aktivitäten sind die Menschen dazu angehalten, sich Ersatz dafür zu suchen (Backes & Clemens, 1998, S.115-117). Dies ist jedoch nicht oder nur eingeschränkt möglich, z.B. bei Tod des Lebenspartners (Rupprecht, 2008, S.20).

1.3.1.2 Disengagementtheorie

Die Disengagementtheorie wurde von Cumming und Henry als Reaktion auf die Aktivitätstheorie entwickelt (Backes & Clemens, 1998, S.118). Sie besagt, dass alternde Menschen einen Rückzug aus sozialen Beziehungen vollziehen und dies bei ihnen zu einer höheren Lebenszufriedenheit führt (Rupprecht, 2008, S.19). Die Zufriedenheit im Alter entsteht also durch einen Rückzug aus Rollen, Aufgaben und Aktivitäten (Marwedel, 2008, S.163). Durch den Rückzug können sich die älteren Menschen einerseits mehr auf sich und ihren nahenden Tod besinnen und andererseits machen sie so der nachfolgenden jüngeren Generation in beruflichen, politischen und gesellschaftlichen Positionen Platz (Marwedel, 2008, S.163; Schroeter & Prah, 1998, S.103). Allerdings konnten die meisten Forschungsergebnisse diese Theorie nicht stützen (Rupprecht, 2008, S.19).

1.3.1.3 Kontinuitätstheorie

Die Kontinuitätstheorie übernimmt die Vermittlerrolle zwischen der Aktivitäts- und der Disengagementtheorie. Bei inneren und äußeren Veränderungen im Alternsprozess strebt der Mensch immer noch danach, Kontinuität zu bewahren (Rupprecht, 2008, S.20). Der Anpassungsprozess an die durch das Altern bedingten Veränderungen verläuft also positiver, wenn er seinen über die Jahre hinweg erworbenen Lebensstil beibehalten kann (Marwedel, 2008, S.164). Aktivere Menschen sind glücklicher, wenn sie

auch im Alter diesen Lebensstil beibehalten können und weniger aktive Menschen sind auch mit mehr Zurückgezogenheit zufrieden (Backes & Clemens, 1998, S. 124).

1.3.1.4 SOK-Modell (Selektive Optimierung mit Kompensation)

Baltes & Baltes (1989, 1990) knüpfen mit diesem Ansatz an bisherige Theorien an und erweitern diese. SOK steht für Selektion, Optimierung und Kompensation (Rupprecht, 2008, S.20). Durch eine Interaktion dieser drei Prozesse können ältere Menschen aktiv in ihren Alterungsprozess eingreifen und Auswirkungen von in bestimmten Bereichen entstandenen Defiziten ausgleichen (Backes & Clemens, 1998, S.167; Rupprecht, 2008, S.21). Durch Selektion, also eine Beschränkung auf bestimmte Lebensbereiche können die älteren Menschen sich auf dort vorhandene Potenziale und Ressourcen konzentrieren und diese bündeln. Diese Kompetenzen werden optimiert, indem sie gewahrt oder sogar verbessert werden. Mit Kompensation ist eine Anpassungsleistung gemeint, d.h. der Ausgleich von eingeschränkten oder ausgefallenen Potenzialen und Ressourcen (Rupprecht, 2008, S.20-21; Schroeter & Prah, 1998, S.126).

1.3.2 Weitere ausgewählte Theorien des Alterns

1.3.2.1 Defizitmodell

Das Defizitmodell stammt aus der Frühperiode empirischer gerontologischer Forschung und geht davon aus, dass Altern vor allem durch den Abbau wichtiger Funktionen gekennzeichnet ist (Schroeter & Prah, 1998, S.15). Nach diesem Modell erreicht die Leistungsfähigkeit ihren Höhepunkt im frühen Erwachsenenalter (ca. 25-30 Jahren) und sinkt danach unaufhaltbar ab. Dieses Bild vom Altern war geprägt von psychophysischem Funktionsverlust und irreversiblen sowie vorhersehbaren Veränderungen, die letztendlich zum Tod führen (Klott, 2014, S.43; Martin & Kliegel, 2014, S.53).

1.3.2.2 Altersschichtungstheorie bzw. Stratifikations- und Kohortenansatz

Riley entwickelte mit diesem Ansatz einen der einflussreichsten Ansätze der Alterssoziologie. Das Alter wird als Verbindungsglied zwischen dem Individuum und seinem Lebenslauf sowie der Gesellschaft und ihrer Geschichte gesehen (Schroeter & Prah, 1998, S.109). „Altersschichtung (Altersstratifikation) bezeichnet die Zusammensetzung von Individuen (oder Gruppen), die zu einer bestimmten Zeit ein ähnliches Alter haben.“ (Schroeter & Prah, 1998, S.109). Durch die Zugehörigkeit zu einer Schicht werden den Menschen von der Gesellschaft soziale Rollen, Rechte und Privilegien zugeschrieben. Diese Altersschichten unterscheiden sich zudem nach Kohorten. Menschen, die eine gemeinsame Zeitspanne zusammen durchlebt haben, also z.B. Schuleintritt, Ruhestand, Krieg, etc. haben durch die gleichen Ereignisse ähnliche Orientierungs- und Handlungsmöglichkeiten entwickelt. Die Mitglieder einer Kohorte unterscheiden

sich von anderen Kohorten, da diese wieder in einer anderen Zeit mit anderen Möglichkeiten und Einschränkungen aufgewachsen sind. Dadurch kann es auch zu Generationenkonflikten kommen z.B. zwischen einer Kriegsgeneration und der nächsten Generation, die in relativem Wohlstand aufwächst (Schroeter & Prahl, 1998, S.111). Die Frage, die hier gestellt wird, ist, welchen Einfluss historisch-gesellschaftliche Prozesse auf einzelne Altersschicksale nehmen (Schaffer, 1993, S.33).

2. Theoretische Aspekte von Gesundheit und Krankheit

Der Volksmund sagte schon immer: „Gesundheit ist das größte Gut“ (Franke, 2010, S.47). Der Begriff Gesundheit ist schwer zu fassen, da es viele verschiedene Ansichten und Interpretationen von sowohl Wissenschaftlern als auch Laien darüber gibt - abhängig davon, worauf ihr jeweiliger Fokus liegt (Becker, 2006, S.26). Die früheren Versuche einer Definition und Klassifikation sind meist von der Opposition zum Begriff Krankheit ausgegangen (Hurrelmann & Franzkowiak, 2011, S.100). Im Folgenden werde ich versuchen, die Begriffe Gesundheit und Krankheit zu charakterisieren und dies anhand zweier Modelle verdeutlichen.

2.1 Definitionen

Von Gesundheit und Krankheit gibt es verschiedenste Definitionen, ich habe die aus meiner Sicht relevantesten herausgegriffen.

Gesundheit

- Definition der World-Health-Organisation WHO: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1946, S.1).
- In der Medizin ist Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit, d.h. Menschen sind dann gesund wenn keine medizinisch diagnostizierbare Krankheit bei ihnen vorliegt (Faltermaier, 2005, S.33).
- Soziologisch nach Parsons ist Gesundheit „der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert worden ist“ (Waller, 2002, S.11).
- Ein integrativer Gesundheitsbegriff sagt:
Gesundheit ist das Ergebnis eines dynamischen Gleichgewichts (Balance) zwischen dem Individuum mit seinen Ressourcen und den Anforderungen seiner sozioökonomischen Umwelt. Umwelt wird als prozesshaftes Geschehen aufgefasst, dass sich im aktuellen Bezug herausbildet.

Gesundheit und Krankheit sind als Extrempole eines mehrdimensionalen Kontinuums (physisch, psychisch und sozial) zu sehen auf dem sich eine Person jeweils lokalisieren lässt. (Werle, Woll und Tittlbach, 2006, S.27)

Gesundheit ist, wie bereits oben beschrieben, kein eindeutig definierbares Konstrukt - sie ist nur schwer in Worte fassbar. Eine Person kann z.B. körperlich gesund sein, sich aber trotzdem nicht wohl fühlen, oder sie kann sich krank fühlen obwohl bei ihr keine Krankheit festgestellt werden konnte. Das subjektive Wohlbefinden hängt also von zahlreichen Aspekten (u.a. körperliche, seelisch-geistige und soziale) ab, die miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen (Becker, 2006, S.13; Hurrelmann & Franzkowiak, 2011, S.101)

Krankheit

- Im Sozialrecht ist Krankheit gesetzlich nicht definiert, die Rechtsprechung versteht jedoch unter Krankheit „einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (Kookemoor, 2010, S.85). Bei der Regelwidrigkeit wird sich am „Leitbild eines gesunden Menschen“ orientiert. Als regelwidrig gelten beispielsweise Suchterkrankungen, psychische Krankheiten (z.B. Depressionen, Neurosen), Legasthenie, etc. (Kookemoor, 2010, S.85-86).
- Krankheit ist die „Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen“ (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 2012, S.1127).
- Soziologisch nach Parsons: Wir können also „Krankheit als einen Zustand der Störung des ‚normalen‘ Funktionierens des Menschen bezeichnen, sowohl was den Zustand des Organismus als auch was seine individuellen und sozialen Anpassungen angeht“ (Parsons, 1958, S.12).

Im Gegensatz zum Gesundheitsbegriff findet sich bei der WHO keine Definition von Krankheit, die international akzeptiert wird. Auch hier gibt es verschiedenste Begriffe, die jeweils aus theoretischen Kontexten und Krankheitsmodellen entwickelt wurden (Becker, 2006, S.20). Eine Klassifikation der Krankheiten findet durch das ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), entwickelt von der WHO, oder dem DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) in den USA statt (Davison, Neale und Hautzinger, 2007, S.59). Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006 sind die häufigsten Krankheiten in der

deutschen Bevölkerung Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen. Zu weiteren Risikofaktoren gehören Übergewicht, mangelnde körperliche Bewegung, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck – sie sind für einen großen Teil der Erkrankungen in Deutschland verantwortlich. Durch den demografischen Wandel erkranken zudem immer mehr Menschen an Demenz, Diabetes, Osteoporose, Schlaganfällen und Krebs. Bei psychischen Krankheiten liegen Depressionen und Angststörungen vorne und spielen bei Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung eine wichtige Rolle (Robert Koch Institut [RKI], 2006, S.19).

Bei älteren Menschen wird es oft schwierig, zwischen einfachen Alternsprozessen und behandlungsbedürftigen Krankheit zu unterscheiden. Insgesamt kommt es zu einem Anstieg an Erkrankungen im Alter, da altersphysiologische Veränderungen der Organe zu altersabhängigen Erkrankungen und Funktionsverlusten führen. Manche Erkrankungen haben zudem eine lange Latenzzeit, die dazu führt, dass Krankheiten erst im mittleren oder höheren Alter auftreten (z.B. Krebserkrankungen). Die Schwierigkeit, zwischen Altern und Krankheit zu unterscheiden führt oft dazu, dass behandelbare Krankheiten nicht erkannt werden und sich daraus Folgeerkrankungen bilden (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S.12).

2.2 Ausgewählte Modelle zu Gesundheit und Krankheit

Der biomedizinische Ansatz und das salutogenetische Modell waren richtungsweisend und prägend in der Entwicklung des Krankheits- und Gesundheitsgedankens. Deshalb werde ich sie im weiteren Verlauf kurz erläutern.

2.2.1 Biomedizinischer Ansatz

Das biomedizinische Krankheitsmodell ist im 19. Jahrhundert in den Zeiten der Aufklärung und der naturwissenschaftlichen Wende der Medizin entstanden. Es prägte alle wissenschaftlichen Konzepte über Gesundheit und Krankheit und beherrscht bis heute die Theorie und Therapie der Medizin (Faltermaier, 2005, S.44; Naidoo & Wills, 2010, S.9). Das Modell nimmt folgende Grundlagen an:

- Es findet ein naturwissenschaftlicher Zugang zum Körper und zur Krankheit als Gegenstand statt (Faltermaier, 2005, S.45).
- Der Körper des Menschen wird hier als Maschine ohne Emotionen und ohne eigene Ziele betrachtet, die in verschiedene Funktionen und damit auch in Funktionsstörungen zerlegbar ist (Faltermaier, 2005, S.45; Homfeld & Sting, 2006, S.69).

- Krankheiten sind Störungen im normalen Funktionieren des Organismus und stellen einen Defekt dar. Gesundheit dagegen bedeutet Abwesenheit von Krankheit (Faltermaier, 2005, S.45; Knoll, Scholz & Rieckmann, 2005, S.19).
- Jede Krankheit hat eine spezifische Ursache (Ätiologie) und einen beschreibbare und vorhersehbare Verläufe (Pathogenese) mit typisch äußeren Zeichen (Symptome) die von wissenschaftlich geschultem Personal (Ärzten) erkannt werden. Ohne medizinische Intervention verschlimmern sich die Krankheiten (Trabert & Waller, 2013, S.15).
- Der körperlich-somatische Teil und der psychische Teil des Menschen werden getrennt voneinander betrachtet, d.h. Körper und Geist sind in diesem Ansatz getrennte Einheiten (Faltermaier, 2005, S.46; Knoll et al., 2005, S.19).
- Der kranke Mensch ist nur passiver Träger der Krankheit, er ist für seine Krankheit nicht verantwortlich und befindet sich in der sozialen Rolle vom Patienten (Franke, 2010, S.129).

Dem biomedizinischen Modell liegt das dichotome Konzept von Gesundheit und Krankheit zugrunde (Franke, 2010, S.91). Es definiert „Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Zustände, die sich gegenseitig ausschließen und nicht gleichzeitig vorhanden sein können“ (Franke, 2010, S.91). Das Modell eignet sich gut für Infektionskrankheiten, da hier durch eindeutige Symptome und Normwerte Krankheit klar beschreibbar ist. Für psychische Störungen ist es jedoch weniger gut geeignet, da ein Mensch nach einer Therapie seiner psychischen Störungen nicht einfach wieder gesund ist (Franke, 2010, S.92). Der biomedizinische Ansatz war bzw. ist auch Kritik ausgesetzt. Die Krankheit wird als rein körperliches Phänomen betrachtet und soziale, psychische und verhaltensmäßige Aspekte einer Krankheit werden unbeachtet gelassen. Es wird zudem rein kurativ gedacht und die Medizin wird erst wirksam, wenn eine Krankheit bereits eingetreten ist – der Gedanke der Prävention wird nicht oder nur unzureichend berücksichtigt (Trabert & Waller, 2013, S.16-19). Auf Grundlage seiner Kritik entwickelte G. Engel 1979 deshalb das Biopsychosoziale Modell. Es beinhaltet die Vorstellung, dass Krankheit immer auf drei Dimensionen zu betrachten ist – bisher ist es jedoch noch keine ausgearbeitete Theorie (Faltermaier, 2005, S.49).

2.2.2 Salutogenetisches Modell

Der Begriff „Salutogenese“ wurde vom amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Antonovsky geprägt, der es als Gegenbegriff zur „Pathogenese“ (Krankheitsprävention) entwarf (Franke, 2011, S.487). Statt sich wie bei der Pathogenese zu fragen, was die Menschen krank macht, stellte er sich die Frage, was die Menschen trotz vielfacher Risiken und gefährlicher Bedingungen gesund hält (Faltermaier, 2005, S.51; Trabert & Waller, 2013, S.154). Zudem liegt seinem Modell statt der dichotomen Betrachtung bei dem biomedizinischen Modell, der Gedanke des Gesundheit-Krankheit-Kontinuums zugrunde (Antonovsky, 1997, S.22-23). Wie in Anhang D gezeigt, werden Gesundheit und Krankheit als entgegengesetzte Pole eines Kontinuums gesehen. Der Mensch kann sich darauf entweder mehr in die eine Richtung oder mehr in die andere Richtung bewegen, d.h. Gesundheit und Krankheit sind keine Gegensätze mehr und Menschen können sich mehr oder weniger gesund bzw. krank fühlen (Faltermaier, 2005, S.215; Franke, 2010, S.94). Für Antonovsky sind Krankheiten keine Abweichung von der Normalität, sondern normale Erscheinungen im Leben des Menschen (Franke, 2010, S.164). Das salutogenetische Modell basiert auf der Entwicklung eines Kohärenzgefühls (sense of coherence SOC). Es steht für die Überzeugung eines Menschen, dass es in seinem Leben einen inneren und äußeren Zusammenhang gibt (Trabert & Waller, 2013, S.154). Die Entwicklung des Kohärenzgefühls ist abhängig von

1. „generalisierten Widerstandsressourcen“ zur Bewältigung der Stressoren (z.B. Tod eines Angehörigen, Scheidung, Karrieresprung, etc.) (Franke, 2011, S.487)
2. Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit

Die Verstehbarkeit bezieht sich auf das Ausmaß in dem Menschen interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnehmen, d.h. inwieweit es begreifbare Zusammenhänge gibt und die Welt verstehbar erscheint. Mit Handhabbarkeit ist das Ausmaß, mit dem man seine zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Stressbewältigung wahrnimmt, gemeint – inwieweit der Mensch sich also als wirksam erfährt. Die Bedeutsamkeit ist das motivationale Element. Menschen, für die das Leben sinnvoll erscheint und für die es wichtige Lebensbereiche gibt, haben beispielsweise ein hohes SOC (Antonovsky, 1997, S.34-35; Trabert & Waller, 2013, S.154). Von der Stärke dieser Faktoren ist abhängig, wo der Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum platziert ist. Je häufiger eine Person die Erfahrung macht, dass sie mithilfe ihrer generalisierten Widerstandsressourcen dem Stress die Stirn bieten kann, desto mehr steigt ihre Überzeugung, dass sie versteht, was um sie herum passiert und dass sie fähig ist, das Leben zu meistern (→ Kohärenzgefühl) (Franke, 2010, S.168). Antonovsky plädierte für eine stärkere Orientierung am Konzept der Salutogenese – allerdings ergänzend zur

Pathogenese, nicht um diese zu ersetzen (Faltermaier, 2005, S.51). Das Ziel der Salutogenese ist, dass der Mensch sich, durch die weiter oben erklärten Elemente, mehr auf den Pol der Gesundheit zubewegt (Antonovsky, 1997, S.23; Franke, 2010, S.16).

3. Theoretische Aspekte der Demenz

In Deutschland sind aktuell etwa 1,5 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt – davon wurde bei etwa 2/3 die Alzheimer-Demenz diagnostiziert. Jedes Jahr erkranken ca. 300.000 Menschen neu an einer Demenz (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. [DAIzG], 2014, S.1). Das höchste Risiko haben ältere Menschen, wie in Anhang E ersichtlich wird. Der Anteil der älteren Menschen in der Gesellschaft wird durch den demografischen Wandel weiter zunehmen. Dies wird auch eine Steigerung der Demenzerkrankungen zur Folge haben (Falk, 2009, S.20). Weltweit wurde die Zahl der Demenzkranken im Jahr 2013 auf ca. 44,4 Millionen Menschen geschätzt (DAIzG, 2014, S.1).

3.1 Charakterisierung der Demenz

Eine Demenz ist „eine allmähliche, sich über Jahre hinziehende Verschlechterung intellektueller Fähigkeiten, die so weit, geht, dass schließlich auch die sozialen Funktionen und die Handlungsfähigkeit beeinträchtigt sind“ (Davison et al., 2007, S.596). Die Demenz wird häufig auch als Demenzsyndrom bezeichnet – sie bezeichnet lediglich ein Syndrom, dem unterschiedliche Erkrankungen zugrunde liegen können (Falk, 2009, S.46). Klassifiziert und diagnostiziert wird die Demenz in Deutschland nach dem ICD-10 (siehe Anhang F) (Falk, 2009, S.40-41). Es gibt zudem verschiedene Arten von Demenz: Primär auftretende Demenzen werden durch direkte Schädigung des Hirns hervorgerufen und haben neurodegenerative und vaskuläre Ursachen (z.B. Alzheimer-Demenz, Vaskuläre Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz, etc.). Sekundäre und reversible Demenzen sind Folgedemenzen, deren Ursache andere Erkrankungen oder Infektion des Gehirns sind. Weitere Ursachen können auch Hirntumore, endokrine Störungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Mangel- und Fehlernährung, etc. sein (Falk, 2009, S.46; Rissmann, 2014, S.477-478). Zudem wird unterschieden in eine Demenz mit frühem Beginn (vor 65. Lebensjahr) und spätem Beginn (meist in späten 70ern) (Bartsch, 2015, S.52). Ich werde in dieser Arbeit auf die Demenz mit spätem Beginn eingehen, da sie häufiger auftritt als die Demenz mit frühem Beginn (DAIzG, 2014, S.2). Zudem werde ich mich im Folgenden gezielt mit der Alzheimer-Demenz befassen, da sie, wie oben beschrieben, die häufigste Demenzerkrankung ist.

3.2 Die Alzheimer-Demenz

Die Krankheit wurde 1908 erstmals von dem deutschen Psychiater und Neurologen Alzheimer entdeckt und beschrieben. Seine erste Patientin war die 52-jährige Auguste D., die Alzheimer auffiel, da ihr Gedächtnis nach und nach abbaute und sich bei ihr Sprach- und Handlungsstörungen entwickelten (Falk, 2009, S.57). Die Alzheimer-Krankheit wurde nach ihm benannt und ist „eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt gewöhnlich schleichend und entwickelt sich langsam, aber stetig über Jahre“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010, S.65). Die Alzheimer-Demenz verläuft vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Tod durchschnittlich etwa sieben bis acht Jahre mit großen Schwankungen von Mensch zu Mensch (Falk, 2007, S.50; Sifton, 2011, S.130).

3.2.1 Klassifikation und Symptome

Auch die Alzheimer-Krankheit wird klassifiziert und diagnostiziert nach dem ICD-10 (siehe Anhang G). Bei der Alzheimer-Demenz wird das Hirngewebe irreversibel geschädigt (Davison et al., 2007, S.597). Es ist i.d.R. eine sehr langsam fortschreitende Krankheit – bereits Jahrzehnte bevor erste Krankheitszeichen sichtbar sind, beginnen bereits die Abbauprozesse im Gehirn (Maier, Schulz, Weggen und Wolf, 2011, S.32-33). Bei Demenzkranken treten im Laufe der Krankheit viele verschiedene Symptome auf, ich werde nun die meiner Meinung nach elementarsten davon aufzählen. Die ersten Symptome sind Gedächtnisstörungen und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses², d.h. Betroffene stellen immer wieder gleiche Fragen, obwohl sie die Antwort darauf bereits erhalten haben. Das Lern- und Merkvermögen verschlechtert sich und auch das abstrakte Denken fällt diesen Menschen immer schwerer. Erkrankte leben zunehmend in der Vergangenheit und sind immer weniger dazu in der Lage, Alltagsaufgaben zu bewältigen. Dazu kommen oft Probleme beim Gehen und der Bewegungskoordination, Sprachstörungen, Schlaf-Wach-Störungen, Verlust der Realitätskontrolle, d.h. Halluzinationen und kein Wiedererkennen von vertrauten Personen. Weitere Symptome sind depressive Verstimmungen, Apathie, Stimmungsschwankungen, Weglauftendenzen und Reizbarkeit. Im weiteren Verlauf der Demenz kommt es auch häufig zu Inkontinenz, beeinträchtigter Nahrungsaufnahme, Schluckbeschwerden und im Endstadium zu Bettlägerigkeit (Bartsch, 2015, S.51; Rissmann, 2014, S.479-480; Kastner & Löbach, 2007, S.32; Meier et al., 2010, S.24-25). Demenzkranke Menschen sterben

² Im Kurzzeitgedächtnis werden Entscheidungen getroffen. Sobald eine Information dort ankommt, hat sie bis zu 15 Sekunden Zeit, um bearbeitet zu werden – durch Wiederholungen kann die Dauer verlängert werden. Bei dementen Menschen verschlechtert sich das Kurzzeitgedächtnis, da die Menschen sich nicht mehr lange konzentrieren können und sie werden „vergesslich“ (Schmidt-Hackenberg, 1996, S.19).

meist an sekundären Erkrankungen, z.B. an einer Lungenentzündung oder Infektionen (Kastner & Löbach, 2007, S.32). Natürlich variieren die Symptome von Person zu Person und die Tagesform der Menschen ist oft auch sehr unterschiedlich, es gibt also nicht das „typische“ Krankheitsbild Demenz (Sifton, 2011, S.130-131). Am wenigsten eingeschränkt wird das Gefühlsleben, d.h. die Fähigkeit emotional und auf Emotionen (z.B. Freude, Schmerz, Trauer, Wut, etc.) zu reagieren, bleibt meist über den gesamten Erkrankungsverlauf erhalten (Maier et al., 2011, S.33).

3.2.2 Ursachen

Die Ursachen der Alzheimer-Demenz sind bis heute noch nicht ausreichend erforscht - bislang existieren nur verschiedene Hypothesen über die Entstehung (Kastner & Löbach, 2007, S.30). Durch folgende Vorgänge kommt es zu einer physiologischen Veränderung des Gehirns.

- *Neuritische Plaques*: Amyloid-Plaques (bestehend aus Protein Beta-Amyloid) lagern sich auf der Oberfläche der Neuronen ab. Sie bilden sich im Hypocampus und Neocortex, die v.a. für das Gedächtnis zuständig sind.
- *Neurofibrilläre Bündel*: Verdrehte Fasern (bestehend aus dem Tau-Protein) die im Inneren der Neuronen entstehen.
- *Zerebrale Atrophie*: Durch die Plaques degenerieren die Nervenzellen, die Hirnmasse schwindet und wird immer kleiner und leichter – das Gehirn schrumpft stärker als beim normalen Alterungsprozess (Davison et al., 2007, S.597; Falk, 2009, S.50).

Weiterhin wurde ein Mangel des Transmitters Acetylcholin festgestellt, der Informationen zwischen den Zellen übermittelt. Bei Alzheimer verringert sich also die Neubildung des Botenstoffes, der Abbau findet jedoch unvermindert statt. Damit kann ein Teil der Lern- und Erinnerungsstörungen bei Demenzkranken erklärt werden (Falk, 2009, S.51). Zudem ist die Synapsen- und Neuronenfunktion anscheinend entscheidend für intellektuelle Leistungen, d.h. es existiert eine enge Korrelation zwischen einer geringeren Synapsendichte und einer zunehmenden Demenz (Förstl, Kurz, Calabrese & Hartmann, 2001, S.55).

3.2.3 Behandlung

Die hirnrnorganischen Vernderungen knnen nach heutigem Stand der Medizin noch nicht medikamentos geheilt werden, allerdings ist es mglich, die fortschreitende Verschlechterung durch Antidementiva zu verzgern (Marwedel, 2008, S.271). Antidementiva sollen durch unterschiedliche Wirkmechanismen den Gehirnstoffwechsel anregen und positiv beeinflussen. Durch Acetylcholinesterase-Hemmer (wirksam in frheren und mittleren Stadien) wird beispielsweise versucht, das wenige verbleibende Acetylcholin lnger verfubar zu machen, es werden also die Abbauaktivitten des Enzyms gehemmt (Falk, 2009, S.147-148). Ein weiteres Medikament ist NMDA-Rezeptorantagonist Mementin – es ist wirksam in mittleren und spateren Stadien (Kastner & Lblich, 2007, S.77).

Auch die nicht-medikamentose Therapie kann zu einer verbesserten Lebensqualitt der Demenzkranken beitragen. Mglichkeiten dabei sind: Validation, Erinnerungs- und Biografiearbeit, Milieu- oder Soziotherapie, Kreativtherapie (Musik-, Kunst- und Tanztherapie), Ergo- und Physiotherapie, Logopdie, Realittsorientierung, Kognitives Training, Selbst-Erhaltungstherapie, etc. (DAIzG, n.d., S.1-2; Deutsche Gesellschaft fr Neurologie, 2012).

3.3 Kommunikation mit demenzkranken Menschen

„Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2007, S.53). Diese Aussage ist eine der fnf Axiome, die Watzlawick aufstellte, um die menschliche Kommunikation zu erklren. Jeder Mensch kommuniziert die ganze Zeit, entweder verbal, non-verbal oder durch sein Verhalten (Watzlawick et al., 2007, S.50-70). Kommunikation ist die Grundlage und Voraussetzung fr zwischenmenschliche Beziehungen und durch sie knnen Gedanken, Vorstellungen und Gefhle vermittelt werden. Mithilfe von Kommunikation knnen wir Kontakt zu anderen Menschen aufnehmen. Demenzkranke Menschen verlieren im Verlauf ihrer Krankheit die Fhigkeit, verbal zu kommunizieren (Sifton, 2011, S.174). Um dies auszugleichen, werden sie sehr empfnglich fr Gefhle und emotionale Botschaften, d.h. sie achten auf die Stimmlage, Krperhaltung, Mimik, etc. ihres Kommunikationspartners /Gegenbers (Sifton, 2011, S.188-189). Die non-verbale Kommunikation gewinnt also fr demente Menschen stark an Bedeutung. Im Folgenden mschte ich einen kurzen berblick ber die wichtigsten Aspekte geben, die beispielsweise Sozialpddagogen bei der non-verbalen und verbalen Kommunikation beachten sollten.

Non-verbale Kommunikation: Zentral ist hierbei eine entspannte und freundliche Umgangsweise mit dementen Menschen. Sozialpädagogen sollten Ruhe und Zuversicht ausstrahlen und immer genügend Zeit und Geduld im Umgang mit den dementen Menschen mitbringen. Dabei ist eine gute Methode, sich selbst in die Lage des demenzkranken Menschen hineinzusetzen und sich vorzustellen, wie man selbst in dieser Lage handeln und reagieren würde (Hagg-Grün, 2008, S.159). Demente Menschen senden viele emotionale Botschaften und Gefühle, deshalb ist es wichtig diese zu interpretieren und auch beim Betroffenen nachzufragen, ob sie richtig verstanden wurden. Auch Berührungen und Gesten spielen eine elementare Rolle - Berührungen spenden Trost und Geborgenheit, Gesten regen den Menschen an, die Gesten zu imitieren (z.B. Winken zum Abschied) (Sifton, 2011, S.177-186). Ein weiterer Aspekt ist, diesen Menschen Wahlmöglichkeiten (z.B. beim Essen) einzuräumen, damit das Gefühl der Autonomie und Selbstbestimmtheit gewahrt wird (Hagg-Grün, 2008, S.159).

Verbale Kommunikation: Demente Menschen sollten immer wie erwachsene Menschen behandelt und auch angesprochen werden, da eine abwertende Behandlung negative Folgen haben kann (z.B. Verärgerung und/oder Rückzug) (Sifton, 2011, S.184-185). Wenn jemand einen demenzkranken Menschen anspricht, ist es wichtig, sich ihm von vorne zu nähern, Augenkontakt aufzunehmen und sich auf Augenhöhe zu bewegen, ihn zu berühren und sich vorzustellen (Hagg-Grün, 2008, S.159). Bei einem Gespräch sollten kurze und einfache Sätze gebildet und einfache, eindeutige Informationen vermittelt werden. Der Tonfall beim Sprechen sollte ruhig und tief sein. Da die erkrankten Menschen oft schlecht hören muss laut und deutlich gesprochen. Dem demenzkranken Menschen sollten keine W-Fragen (Wieso, Warum, Weshalb, Wozu) gestellt werden, da sie oft keine Antworten darauf wissen und dadurch verunsichert und ängstlich werden können. Besser ist es beispielsweise zu fragen, wie es einem Menschen geht oder auch was er gerade macht (Haberstroh, Neumeyer & Pantel, 2011, S.69-70). Da Demenzkranke oft Wortfindungsstörungen haben, kreieren sie neue Wörter oder benutzen ähnliche Wörter, die für den Gesprächspartner im ersten Moment nicht verständlich sind. Sozialpädagogen sollten in solchen Situationen versuchen, die emotionale Botschaft zu erfassen und eventuell mit dem gewünschten Wort aushelfen oder durch gezieltes Fragen eine Brücke schlagen und Lösungsanregungen geben (Kern, Kötschau, Pfeifer & Pietchotta-Henze, 2011, S.23-24). Eine andere Methode ist, auf unbekannte Wörter auch unkonkret zu reagieren, um so ein Gespräch anzuregen und weiter zu kommunizieren (Haberstroh et al, 2011, S.52). Fördernd in einem Gespräch sind zudem Wiederholungen (Worte des Demenzkranken wiederholen) und typische Sprüche und Redewendungen aufzunehmen (Sifton, 2011, S.196-200). Um seine Achtung zu wahren, sollte immer mit dem erkrankten Menschen gesprochen

werden und nicht über ihn während seiner Anwesenheit. Weiterhin sind positive Formulierungen für demente Menschen besser verständlich als Verbote und Befehle (Statt „Ich will Ihnen nicht weh tun“, zu sagen „Ich will ihnen Gutes tun“) (Haberstroh et al., 2011, S.72). Eine Methode der verbalen Kommunikation ist die Validation von Feil. Die Grundhaltung der Validation ist, den erkrankten Menschen Respekt und Einfühlung entgegenzubringen, zudem setzt sie verschiedene humane Wertvorstellungen voraus, z.B. alle Menschen sind einzigartig, individuell und wertvoll (Feil, 2010, S.44-45). Feil entwickelte 14 Techniken, die dabei helfen, „die Würde der Menschen wiederherzustellen und zu verhindern, dass sie in die Phase des Vegetierens absinken“ (Feil, 2010, S.44). Diese Techniken sind leicht zu erlernen und verbessern deutlich das Leben sowohl der dementen als auch der pflegenden Menschen (Feil, 2008, S.56). Die Validationsmethode setzt ein hohes Maß an Empathie und Geduld voraus – sie hilft allerdings auch mit dem dementen Menschen in Kontakt zu bleiben und bewirkt ein liebevolles und respektvolles Miteinander (Meier et al., 2010, S.105).

Natürlich gibt es noch weitere Methoden zur Kommunikationsförderung (z.B. auf auditiver oder visueller Ebene). Auch Musik-, Kunst-, und Tanztherapie (siehe Kapitel 4.3) sind wichtige Elemente der non-verbalen Kommunikation (Böhme, 2008, S. 111-119, 122).

4. Theoretische Aspekte der Gesundheitsförderung

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ ist stark geprägt von Antonovsky und der europäischen WHO (Waller, 2002, S.150) – er wurde im Anschluss an die Definition der Gesundheit der WHO entwickelt. Um den Gesundheitsbegriff umzusetzen wurde das Konzept Gesundheitsförderung in der Ottawa-Konferenz 1986 entwickelt, auf die ich im Kapitel 4.1.1 spezifischer eingehen werde (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010, S.13). Ich werde zunächst einen allgemeinen Überblick über Gesundheitsförderung in der Gesellschaft geben und mich dann auf Gesundheitsförderung durch Bewegung (bei älteren Menschen) fokussieren.

4.1 Begriffsbestimmung von Gesundheitsförderung

Das Gesundheit-Krankheit-Kontinuum aus dem bereits weiter oben erklärten Modell der Salutogenese spielt bei der Gesundheitsförderung eine maßgebliche Rolle. Bei einer Erkrankung eines Menschen verschiebt sich die Position auf dem Kontinuum in Richtung Krankheit. Krankheitsprävention versucht, diese Verschiebung zu verhindern – die Gesundheitsförderung will die Position eher wieder in Richtung Gesundheit verschieben (Becker, 2006, S.226). Die Tabelle im Anhang H soll die Unterschiede bzw. Abgrenzungen zwischen den Begriffen Krankheitsprävention und Gesundheitsförde-

rung verdeutlichen. Die Tabelle erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie soll nur eine kurze Charakterisierung der zwei Begriffe für ein besseres Verständnis darstellen. Es wäre jedoch falsch, beide Begriffe zu trennen und nur einen davon als den richtigen Weg zu betrachten. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung müssen als ergänzend gesehen werden (siehe Anhang I), d.h. mal ist die eine Form angemessener und bei einer anderen Situation die andere (Hurrelmann et al., 2010, S.17). Beide Begriffe beschreiben Interventionen, beinhalten ein gezieltes Eingreifen von Akteuren und haben als Ziel die Verbesserung der Gesundheit und kollektive gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung (Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011, S.229; Hurrelmann et al., 2010, S.14). Der Unterschied liegt dabei nur in der Art des Eingreifens und den unterschiedlichen Methoden, die sich wiederum auf verschiedene theoretische Grundlagen bezieht (Hurrelmann et al., 2010, S.14). Die Definition der WHO besagt:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1)

Bei dementen Menschen gestaltet sich die Selbstbefähigung zur Stärkung ihrer Gesundheit oft schwierig, da die Menschen durch ihre Demenz dazu eventuell nicht mehr in der Lage sind. Umso wichtiger ist es, dass ihnen dabei geholfen wird, ihre Gesundheit zu fördern, um ihnen ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu ermöglichen.

4.1.1 Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung

Auf der Konferenz von Alma-Ata 1978 wurde das Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 – GFA 2000“ beschlossen (Kaba-Schönstein, 2011b, S.145). Die Ottawa Charta wurde wesentlich vom Regionalbüro Europa der WHO mitentwickelt und 1986 gestartet (Naidoo & Wills, 2010, S.85). Sie ist das Programm zur Umsetzung der in der GFA 2000 festgelegten Ziele und gibt zusätzlich einen Überblick über die Grundlagen und das Konzept der Gesundheitsförderung (Waller, 2002, S.156). Auch heute noch gilt die Ottawa-Charta als Orientierungsrahmen für nachfolgende Weiterentwicklungen der Gesundheitsförderung (Naidoo & Wills, 2010, S.85). Die Charta beinhaltet fünf Grundprinzipien (siehe Anhang J), formuliert drei Handlungsqualifikationen und beschreibt fünf Handlungsstrategien. Grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit

sind nach der WHO Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Chancengleichheit, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem, soziale Gerechtigkeit, Einkommen und eine sorgfältige Verwendung der vorhandenen Ressourcen der Natur. Ohne Erfüllung dieser Voraussetzungen kann auch keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eintreten (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1986, S.1-2).

Handlungsstrategien/-Grundlagen für die Gesundheitsförderung:

- **Interessen vertreten:** Die Menschen sollen für ihre Gesundheit aktiv eintreten und politische, ökonomische und soziale Faktoren beeinflussen, um ihre eigene Gesundheit zu fördern (Kaba-Schönstein, 2011a, S.139).
- **Befähigen und ermöglichen:** Ziel des gesundheitsfördernden Handelns ist, bestehende Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und alle Menschen dazu befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu entfalten (Franzkowiak et al., 2011, S.228)
- **Vermitteln und Vernetzen:** Ein koordiniertes Zusammenwirken und dauerhafte Kooperation aller Beteiligten innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens ist vonnöten, um gute Voraussetzungen und Perspektiven für die Gesundheit zu schaffen (Kaba-Schönstein, 2011a, S.140; Waller, 2002, S.158).

Gesundheitsförderndes Handeln erfordert: (Handlungsbereiche bzw. Handlungsebenen für die Gesundheitsförderung):

- **Persönliche Kompetenzen entwickeln:** Die Menschen sollen ihre Persönlichkeit entwickeln, indem sie soziale und lebenspraktische Kompetenzen bilden und verbessern. Diese helfen den Menschen ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt besser beeinflussen zu können (Waller, 2002, S.159).
- **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen:** Die Menschen werden aufgefordert, Nachbarschaften und Gemeinden zu unterstützen, um ihnen zu mehr Selbstbestimmung zu verhelfen und die Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken
- **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen:** Es wird als globale Aufgabe formuliert, die natürlichen Ressourcen zu erhalten. Mensch und Umwelt sind eng verbunden und stellen die Basis für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit dar. Durch Gesundheitsförderung werden anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen geschaffen
- **Gesundheitsdienste neu orientieren:** Einzelpersonen, Gruppen, Ärzte, etc. sollen ein professionelles Gesundheitssystem entwickeln, das die Gesundheit stärker fördert. Dies beinhaltet eine respektvolle Haltung, Aufgreifen der indivi-

duellen Wünsche und eine bessere Koordination des Gesundheitssektors mit anderen Bereichen, z.B. mit der Politik

- **Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln:** Das Thema Gesundheit sollte auf allen politischen Ebenen und Bereichen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Die Politiker sollten sich zudem ihrer Verantwortung für die Gesundheit und Gesundheitsförderung besser bewusst werden

(WHO Regionalbüro für Europa, 1986, S.3-5).

In den nachfolgenden Konferenzen in Adelaide, Sundsvall, Jakarta, Mexiko-City, Bangkok und Nairobi wurde das Konzept der Gesundheitsförderung immer wieder aktualisiert und angepasst (Kaba-Schönstein, 2011, S.151c). Auch das Programm GFA 2000 wurde auf der Gesundheitsförderungskonferenz der WHO von Jakarta 1998 überarbeitet und an die Anforderungen des 21. Jahrhunderts angepasst (Kaba-Schönstein, 2011b, S.149-150).

4.1.2 Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz ist bis heute eine führende Strategie für die Umsetzung der Ottawa-Charta und damit auch der Gesundheitsförderung (Faltermaier, 2005, S.306). Mit dem Setting-Ansatz wurde bzw. wird versucht, Gesundheitsförderung in ausgewählten „settings“, also in eingegrenzten und überschaubaren sozialen Kontexten und Räumen, umzusetzen (Faltermaier, 2005, S.298). Beispiele für Gesundheitsförderung in Settings sind das Gesunde-Städte-Programm, Gesundheitsförderung in Betrieben, Schulen, Krankenhäusern und Gemeinden bzw. Stadtteile, etc. (Franzkowiak et al., 2011, S.237; Waller, 2002, S.164).

4.2 Bedeutung der Bewegung bei der Gesundheitsförderung

Wie aus den vorherigen Kapiteln ersichtlich, umfasst der Begriff Gesundheitsförderung viele verschiedene Faktoren. Ich werde nun speziell auf die Bewegung als gesundheitsfördernden Aspekt eingehen, da Bewegung und auch körperliche Aktivität „zu den wichtigsten Einflussfaktoren der Lebensqualität und...zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden“ (Rütten, Abu-Omar, Lampert & Ziese, 2005, S.7) gehören. Zudem kann sie praxisorientiert und alltagsnah in Einrichtungen wie Altenheimen, Tagesstätten, etc. eingesetzt werden kann. Es gibt viele Möglichkeiten der Bewegung, da der Begriff äußere und innere Bewegung umfassen kann. Bewegung betrifft immer den ganzen Menschen. Körperliche Aktivität oder Tanz beispielsweise können auch innere Bewegtheit bei einer Person auslösen, d.h. sie beeinflusst ihre Emotionen, Verhalten, Kognition und sozialen Bezüge. (Mayer, 2004, S.203-204). Um innere Bewegtheit auszulösen, können z.B. körperliche Aktivität, Tanz, Musik, bildnerisches Gestalten, Poe-

sie, etc. angewandt werden. Da es im Rahmen dieser Arbeit zu umfangreich wäre, alle Aspekte zu beschreiben und ich durch meine Arbeit im Seniorenzentrum die Erfahrung gemacht habe, dass mit diesen Elementen alle Menschen gut erreicht werden können, werde ich in der Theorie exemplarisch nur auf körperliche Aktivität, Musik und Tanz eingehen. Im Konzept dagegen werden auch andere Methoden der Bewegung zur Anwendung kommen.

Ursprünglich waren die Menschen „Bewegungswesen“, durch die Industrialisierung und der folgenden Modernisierung der Arbeitswelt wurden sie mehr und mehr zu sogenannten „Kopfwesen“ (z.B. Büroarbeit, Computerberufe, etc.) (Völker, 2012, S.24). Ein großer Teil der Erwerbsarbeit findet heutzutage im Sitzen statt und auch in der Freizeit sind die Menschen weniger aktiv (Robert Koch Institut [RKI], 2003, S.3). Viele Menschen leiden deshalb mittlerweile an einem Mangel an Bewegung, der auch gesundheitliche Folgen mit sich bringt, z.B. Zivilisationskrankheiten (Völker, 2012, S.24). Mit körperlicher Aktivität sind alle sportlichen Tätigkeiten und auch Alltagsaktivitäten gemeint (Fuchs & Schlicht, 2012, S.3). Sie „beinhaltet jede durch die Skelettmuskulatur hervorgebrachte Bewegung, die den Energieverbrauch substantiell ansteigen lässt“ (RKI, 2003, S.3). Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Studien belegen, dass eine regelmäßige körperliche Aktivität eine positive Wirkung auf die Gesundheit hat (Völker, 2012, S.30; RKI, 2003, S.3). Bei fehlender körperlicher Beanspruchung treten öfter Beschwerden auf und das Risiko einer Krankheit steigt (Werle, Woll & Tittlbach, 2006, S.101). Auf körperlicher Ebene reduziert Bewegung das Risiko von Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck und Schlaganfall. Sie fördert das Immunsystem, das skelettale System und das Kreislaufsystem, was sich wiederum risikomindernd auf verschiedene Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose auswirkt (Erickson, Miller & Weinstein, 2012, S.254-255). Bei älteren Menschen, deren Muskelkraft durch Bettlägerigkeit oft vermindert ist, verringert sich durch gezielte Förderung der Balance und durch Stärkung der Muskeln das Sturzrisiko (Titze & Oja, 2012, S.53). Auf psychischer Ebene fördert Bewegung das Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein. Sie reduziert außerdem Angst und Depressionen und erhöht die Zufriedenheit der Menschen (Meusel, 1996, S.60). Nach einer Bewegungsempfehlung der World Health Organisation [WHO] sollten sich Kinder und Jugendliche pro Tag mindestens 60 min mit mittlerer bis höherer Intensität bewegen. Für Erwachsene und ältere Menschen wurden 150 min pro Woche mit mittlerer Intensität bzw. 75 min mit höherer Intensität angesetzt (WHO, 2010, S.20, 26). Bei den Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurveys des RKI zeigt sich, dass die sportliche Aktivität der Deutschen im Vergleich zu den Ergebnissen des Bundessurveys von 1998 (durchgeführt

vom RKI) zwar zugenommen hat, jedoch die empfohlene Mindestaktivität der WHO bei etwa vier Fünfteln der Bevölkerung nicht gegeben ist (Krug et al., 2013, S.767).

„Ohne Musik wäre das Leben ein Irrtum“ (Nietzsche, 1999, S. 64). Bisher gab es keine Kulturen, in denen keine Musik gespielt oder getanzt wurde, ein Leben ohne Musik oder Tanz ist kaum vorstellbar (Kraus, 1998, S.13). Auch den Anthropologen ist keine Kultur ohne Musik bekannt (Hartogh & Wickel, 2008, S.20). Dabei sind diese Medien sehr vielfältig, allein der Bereich Musik umfasst Hören von Musik, aktives Musizieren, Singen, etc. (Hartogh & Wickel, 2008, S.49). Das Spektrum von Musik umfasst dabei Schlager, Hip-Hop Musik, Volksmusik, Klassikmusik, Weltmusik und vieles mehr. Musik hat viele Funktionen und löst verschiedene Gefühle aus in Menschen: sie kann dabei entspannend, aber auch anregend wirken, sie kann zur Alltagsbewältigung dienen, trösten, Erinnerungen hervorrufen und Geselligkeit schaffen. Dabei ist die Definition von (guter) Musik nicht von Experten abhängig – was Menschen als Musik empfinden bestimmen sie selbst und sehr individuell (Hartogh & Wickel, 2012, S.203-204). Der Psychotherapeut und Mediziner Schiffer zeigte 2001 auf, dass mit dem Einsatz ästhetischer Medien die Gesundheit gefördert werden kann – innere Widerstandsressourcen werden dadurch mobilisiert und die seelische und körperliche Gesundheit gefördert. Dies trägt natürlich auch zu einer besseren Lebenszufriedenheit und Lebensqualität bei (Hartogh & Wickel, 2008, S.50). Auch Tanz und Bewegung sind eng mit dem Körper verbunden, eigentlich hat jeder Mensch in seinem Leben schon einmal getanzt oder geschunkelt. Tanz und Bewegung können dabei helfen, den eigenen Körper besser zu spüren und die Grenzen und Potenziale herauszufinden und zu respektieren. Zudem können mithilfe des Tanzes der Muskelaufbau, die Motorik, der Gleichgewichtssinn und die Koordination gefördert werden (Behrens & Tiedt, 2012, S.145-147).

4.3 Gesundheitsförderung durch Bewegung bei älteren dementen Menschen

Bewegung ist, wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, ein möglicher Weg um die Altersprozesse zu beeinflussen ist. Für ältere Menschen heißt Gesundheitsförderung „bestehende Reserven auszubauen, verloren gegangene Fähigkeiten wiederzugewinnen oder psychosoziale Benachteiligung durch körperliche Einschränkungen zu verhindern“ (Meier-Baumgartner, Dapp & Anders, 2006, S.32). Die Zielgruppe der älteren Menschen wurde erstmals in der Jakarta-Deklaration (1997) beschrieben (Walter, 2008, S.245). Bei Menschen kann zwischen fluider und kristalliner Intelligenz unterschieden werden. Kristalline Intelligenz beinhaltet vor allem allgemeines Wissen, Erfahrungswissen und Sprachverständnis, sowie die Fähigkeit, vertraute Probleme bewältigen zu können. Fluide Intelligenz hängt von der Fähigkeit ab, neuartige Probleme ver-

arbeiten zu können und ist abhängig von der Geschwindigkeit, mit der Informationen verarbeitet werden (Meusel, 1996, S.43). Im Verlauf des Alterns sinkt die fluide Intelligenz, wohingegen die kristalline Intelligenz eher steigt oder gleich bleibt (Kruse, 2008, S.18-19). Metaanalysen sprechen dafür, dass körperliche Betätigung die fluide Intelligenz positiv beeinflussen kann – ein möglicher Grund dafür könnte die bessere Durchblutung des Gehirns sein (Alfermann & Linde, 2012, S.307; Meusel, 1996, S.44, 60). Andere Studien zeigen, dass durch körperliche Aktivität die kognitive Leistungsfähigkeit gefördert wird. Sportliche Aktivität kann also als eine Interventionsstrategie zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit gesehen werden (Kruse, 2008, S.20). In der Demenzforschung zeigten verschiedene prospektive Studien, dass körperlich aktive Menschen ein geringeres Risiko haben, an einer Demenz zu erkranken. Die Effekte des körperlichen Trainings für eine Prävention von Demenz konnten allerdings bisher noch nicht empirisch belegt werden (Huxhold, 2012, S.262). Aus Längsschnittstudien wird ersichtlich, dass durch körperliche Aktivität das Volumen der grauen Hirnsubstanz steigt. Das höhere Volumen wiederum korreliert, verbunden mit körperlicher Aktivität, mit einem geringeren Risiko an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken (Erickson et al., 2012, S. 257). Auch wenn bei einem Menschen bereits Abbauprozesse oder Demenz eingesetzt haben, verbessert physische Aktivität die kognitiven Leistungen und kann demenzielle Veränderungen verzögern – gut eignen sich vor allem Ausdauer- und Kraftsportarten (Alfermann & Linde, 2012, S.312). Zusätzlich zu der körperlichen Betätigung wird vermutet, dass bei einem Sportangebot auch die sozialen Kontakte, die dabei geknüpft werden, einen positiven Einfluss auf die Kognition der Menschen haben (Schlicht & Schott, 2013, S.109). Zudem steigert strukturierte sportliche Aktivität das subjektive Wohlbefinden von älteren Menschen (Schott & Schlicht, 2012, S.328).

Bei älteren dementen Menschen geht es oft nicht mehr darum, die Gesundheit zu fördern, sondern die Lebensqualität zu verbessern und Leiden zu lindern (Kraus, 1998, S.197). In der Altenarbeit werden vor allem Gesellschaftstänze, Volkstänze und Sitztänze verwendet. Mithilfe des Tanzes werden, wie auch bei der Musik, Erinnerungen geweckt (Biografiearbeit) und Beweglichkeit, Geselligkeit und soziale Kontakte sowie Lebenszufriedenheit gefördert (Hartogh & Wickel, 2008, S.23, 126). Demenzkranke Menschen verlieren als Erstes ihre innere Sicherheit, ihre kognitiven Fähigkeiten und auch ihre kommunikativen Fähigkeiten (siehe Kapitel 3.3). Durch Musik, Tanz sowie andere Medien wird (wie in Kap. 3.3 beschrieben) eine non-verbale Kommunikation möglich, wodurch demente Menschen die Möglichkeit haben, sich anderen Menschen mitzuteilen, mit ihnen in Interaktion treten können und damit, trotz eventueller sprachlicher Grenzen oder Einschränkungen, ihr innerstes Empfinden und Fühlen zum Ausdruck zu bringen (Behrens & Tiedt, 2012, S.147; Hartogh & Wickel, 2008, S.26; Har-

togh & Wickel, 2012, S.205; Rissmann, 2014, S.496). Musik kann demente Menschen aus ihrer Teilnahmslosigkeit herausreißen und dabei helfen, die individuelle Identität zu wahren, also beispielsweise ihre Vorlieben oder Abneigung für Schlager, bestimmte Werte, etc. Durch Musik wird auch gemeinsames Erleben mit anderen Menschen ermöglicht, was vor allem bei Demenzkranken nur noch selten passiert (Josties, 2011, S.131). Damit wird der sozialen Isolation entgegengewirkt, in die demente Menschen durch das Schwinden von sozialen Kontakten oft verfallen (Hartogh & Wickel, 2008, S.23). Eine weitere positive Auswirkung ist, wie bereits erwähnt, dass Musik zu einem Schlüssel der Erinnerung werden kann, d.h. Menschen können sich trotz dementieller Erkrankung an Momente aus der Vergangenheit erinnern (Hartogh & Wickel, 2008, S.33). Beispielsweise ist ein Aspekt der Musik, zu dem auch ältere und demente Menschen jederzeit Zugang haben und der ihnen oft Freude bereitet, der Gesang. Ältere Menschen singen meist gerne Volkslieder und Schlager weil es bei ihnen Erinnerungen an die frühere Zeit weckt (Hartogh & Wickel, 2008, S.22). Zudem kann Musik natürlich auch zu Tanz und körperlicher Bewegung animieren und damit die Beweglichkeit des Körpers positiv beeinflussen (Hartogh & Wickel, 2004, S.362). Musik ist zwar kein Heilmittel gegen Demenz, aktives Musizieren und das Üben über viele Jahre hinweg scheinen allerdings eine präventive Wirkung zu haben (Hartogh & Wickel, 2008, S.53). Auch Tänze können, wie bereits oben beschrieben, Erinnerungen bei demenzkranken Menschen wecken und ihre Beweglichkeit fördern (Hartogh & Wickel, 2008, S.126).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass es viele Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bei älteren (dementen) Menschen gibt. Eine davon ist die körperliche Aktivität, deren Einfluss durch eine Vielzahl von wissenschaftlichen Studien untermauert worden ist. Auch Methoden wie Musik und Tanz scheinen eine positive Wirkung auf die Gesundheit und Lebensqualität zu haben.

B) Konzept: Förderung der Gesundheit von an Demenz erkrankten älteren Menschen (durch Bewegung)

Nachdem nun in der Theorie erläutert wurde, welche Bedeutung Gesundheitsförderung bei älteren dementen Menschen hat, soll im folgenden Konzept gezeigt werden, wie ein solches Angebot gestaltet und durchgeführt werden kann.

1. Analyse der Rahmenbedingungen

Das folgende Konzept ist konzipiert für Menschen die in stationärer und teilstationärer Pflege leben - es wird also nicht auf eine bestimmte Einrichtung bezogen, sondern auf einen Einrichtungstyp. Teilstationäre Versorgung wird nach § 41 SGB XI gewährt, wenn „häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“ (SGB-Textsammlung SGB XI, 2015, S. 35). Sie kann als Tages- oder auch als Nachtpflege konzipiert sein. Tagespflege findet meist statt, wenn die Angehörigen der erkrankten Menschen berufstätig sind und im Tagesverlauf nur zeitweise Betreuung notwendig ist. Stationäre Pflege wird nötig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr ausreichend ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2014a). Der Anspruch beruht hier auf § 43 SGB XI (SGB-Textsammlung SGB XI, 2015, S. 36-37). Die Leistungen sind dabei abhängig davon, in welche der drei Pflegestufen die Erkrankten von der Pflegekasse eingeteilt wurden (Bundesministerium für Gesundheit, 2014b). Als pflegebedürftig gelten nach § 14 SGB XI „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen“ (SGB-Textsammlung SGB XI, 2015, S. 14). Zu den Einrichtungen der teilstationären Pflege zählen, wie oben genannt, Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege. Stationäre Pflege und Kurzzeitpflege³ gibt es meist in Altenwohnheimen, Altenheimen oder Pflegeheimen. Für ein besseres Verständnis werde ich kurz die drei Einrichtungstypen charakterisieren. In Altenwohnheimen leben die Bewohner relativ eigenständig in kleinen Wohnungen mit Küche – es ist ihnen allerdings auch möglich, das Essen in der Gesellschaft der anderen Bewohner einzunehmen. Auch in Altenheimen wohnen die Menschen in kleinen Wohnungen bzw. Apartments, bekommen jedoch pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung. In Pflegeheimen dagegen

³ Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht nach § 42 SGB XI dann, wenn „die häusliche Pflege zeitweise nicht oder noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang“ (SGB-Textsammlung SGB XI, 2015, S. 35) erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Kurzzeitpflege beinhaltet Pflege in einer vollstationären Einrichtung für 4 Wochen pro Kalenderjahr (SGB-Textsammlung SGB XI, 2015, S. 35).

leben die Menschen in Einzel- oder Doppelzimmern und haben eine umfassende pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung. Die meisten heutigen Einrichtungen bestehen aus einer Mischung dieser drei traditionellen Einrichtungstypen (Bundesministerium für Gesundheit, 2014a). Im Folgenden einige Zahlen, um die Situation in Deutschland zu verdeutlichen. In Deutschland gab es im Jahr 2013 insgesamt ca. 2,6 Millionen pflegebedürftige Menschen. Davon wurden 1.861.775 Menschen zu Hause gepflegt. In insgesamt ca. 13.000 Einrichtungen wurden 764.431 Personen vollstationär und 57.216 teilstationär versorgt. Im Vergleich zum Jahr 2011 gibt es 2013 allein in Deutschland 5% mehr pflegebedürftige Menschen (Statistisches Bundesamt, 2015, S.7-23). Anhand der Zahlen kann man erkennen, welche wichtige Rolle die Gesundheitsförderung und auch Krankheitsprävention einnimmt. Im Gesundheitssystem findet jedoch durch das vorwiegend herrschende biomedizinische Verständnis von Gesundheit und Krankheit eine Untergewichtung von Gesundheitsförderung und auch Prävention statt (Waller, 2002, S.129). Dies wird auch an der Verteilung der finanziellen Ressourcen ersichtlich – für Prävention wird weniger als 4% des gesamten Budgets der gesetzlichen Krankenversicherungen angesetzt. Durch gesetzliche Rahmenregeln (Grundlage: SGB V) werden Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention schwerpunktmäßig den Krankenkassen übertragen. Allerdings sind die Krankenkassen strukturell nicht auf Prävention vorbereitet, da das Gesetz vorsieht, dass sie erst tätig werden sollen, wenn es bereits zu einer Erkrankung gekommen ist. Eine wichtige Neuerung dieser Situation ist, dass im Rahmen der Gesundheitsreformen seit 2000 die Aufgaben der Krankenkassen zur Prävention erweitert wurden – finanziert wird dies über Zwangsabgaben von den Krankenkassen der gesetzlichen Versicherung. Allerdings ist noch fraglich, ob dies zu einer Verbesserung und Stärkung der Elemente Gesundheitsförderung und Prävention führt (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010, S.18). Eine weitere Möglichkeit der Krankenkassen ist § 20 SGB V (SGB-Textsammlung SGB V, 2015, S. 29), nach dem sie spezifische Präventionsmaßnahmen für ältere Menschen anbieten können. Allerdings könnte ein gutes Präventionsangebot schlechte (d.h. Mitglieder mit erhöhtem Versorgungsbedarf) Risiken anziehen und damit ihre Wettbewerbsposition schwächen, was ein großes Hindernis für viele Krankenkassen darstellt (Walter, 2008, S.258).

Da ich nun die institutionellen Rahmenbedingungen und die Situation in Deutschland beschrieben habe, möchte ich noch kurz darauf eingehen, welche Überlegungen wichtig sind für eine Institutionsanalyse. Ein neu entwickeltes Konzept sollte je nach Einrichtung und Einrichtungstyp individuell angepasst werden, dabei können folgende Leitfragen helfen.

- Welche Leitbilder und welches Menschenbild herrschen in der Einrichtung?
- Was ist der Anlass meines Handelns? Liegt es in meiner Aufgabe, ein neues Angebot für Menschen mit Demenz zu entwickeln? Wenn ja: welche institutionellen Rahmenbedingungen müssen dabei beachtet werden? Wenn nein: an wen gebe ich diese Aufgabe weiter?
- Wie sieht meine Aufgabe als Gruppenleitung aus? Welche Aufgaben und Befugnisse habe ich und welche hat mein Team? Wo gibt es Freiräume? Mit wem muss ich das Angebot absprechen?

(Entwickelt in Anlehnung an Limbrunner, 2004, S.61-62)

2. Situations- und Problemanalyse

Die Zielgruppe des Konzepts sind ältere Menschen mit einer leichten bis mittleren Demenz, die körperlich noch in der Lage sind, sich zu bewegen und die Bewegungsübungen mitzumachen. Natürlich gibt es auch bei einer bereits weiter fortgeschrittenen Demenz Menschen, die in dieses Profil passen – auch sie sind eine mögliche Zielgruppe, allerdings müssen eventuell einzelne Übungen an sie angepasst und modifiziert werden.

Der Aufenthalt bzw. Umzug in eine stationäre Einrichtung bedeutet eine einschneidende Veränderung im Leben dieser Menschen. Durch die Demenz und eingeschränkte Bewegungsfähigkeit sind sie immer mehr auf Hilfe von außen angewiesen und verlieren ihre Autonomie und Selbstständigkeit. Sie müssen ihre eigene Tagesstruktur aufgeben und sich an die Regeln der Einrichtung anpassen und ihr unterordnen. Durch ihre Pflegebedürftigkeit kann es sein, dass sie sich inkompetent, krank, unselbstständig und hilflos empfinden. Dies ist für viele Betroffene frustrierend und sie sind oft wütend und zugleich ängstlich (Eisenburger, 2005, S.11). Manche versuchen, sich von anderen Bewohnern abgrenzen, da sie deren Verlauf der Demenz nicht erleben möchten. Dadurch und auch durch ihre eigenen oft bereits eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten kommt es, wie bereits im Theorieteil beschrieben, zu Einsamkeit und damit zu einer sozialen Isolierung. Auch das Pflegepersonal hat meist nicht die Zeit und die Ressourcen, dies auszugleichen. Aufgrund ihrer symptomatischen Apathie und Antriebslosigkeit, sind viele demente Menschen zudem gelangweilt und unzufrieden. Sie interessieren sich nicht mehr für das alltägliche Leben oder soziale Kontakte und stumpfen ab. In stationären Einrichtungen gibt es meist auch zu wenig Ablenkung vom Heimalltag, um sie aus dieser Apathie und Unzufriedenheit herauszulösen (Falk, 2009,

S.128). Durch die Konzentration auf Körperpflege und Krankheiten sowie Behinderungen wird der innere Rückzug der dementen Menschen gefördert. Dadurch, dass sie keine Aufgaben und auch manchmal keinen Lebensinhalt mehr haben ziehen sich viele Menschen in Pflegeheimen in die Bewegungslosigkeit zurück. Sie haben eine starre Körperhaltung, eingefrorene Gesichtszüge und gehen in gehemmten kleinen Schritten. Da ihre eigenen Energien oft nicht reichen, um diese Starrheit und Bewegungslosigkeit zu überwinden, ist es wichtig, ihnen dabei zu helfen und Anreize zur Bewegung zu bieten, wie z.B. etwas Interessantes zu sehen, eine freundliche Berührung geben oder ein vor der Nase tanzender Luftballon, der zu körperlicher Bewegung animiert (Eisenburger, 2005, S.15). Auch durch den Aufenthalt in teilstationären Einrichtungen verändert sich die gewohnte Tagesstruktur der Menschen und sie müssen sich an die Struktur der Einrichtung anpassen. Gerade für demente Menschen ist eine gewohnte Umgebung wichtig, um sich geborgen zu fühlen, da häufiger Ortswechsel und immer neue Kontakte sie schnell überfordern. Tagesstätten sind vor allem dann gut geeignet, wenn die Angehörigen berufstätig sind, sich nicht den ganzen Tag um sie kümmern können und ein Pflegeheim nicht in Frage kommt (BMFSFJ, n.d.). Sie bietet also ein Mittel der Entlastung der Angehörigen. Aber auch in Tagesstätten kann das Bewegungsangebot noch erweitert werden um auch hier die Gesundheit und Lebensqualität der dementen Menschen ausreichend zu fördern.

In (teil-) stationären Einrichtungen gibt es noch andere gesundheitsgefährdende Faktoren. Insgesamt ist das Niveau der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen bereits zu niedrig (Kruse, 2010, S.91). Durch den Umzug in eine (teil-) stationäre Einrichtung kommt es oft zu einem weiteren Bewegungsmangel, da es an Möglichkeiten und Angeboten fehlt. Bei Personen, die sich zu wenig bewegen, bildet sich die Muskulatur zurück, die Leistungsfähigkeit des Kreislaufsystems lässt nach und auch andere Fähigkeiten wie Gleichgewicht und Koordination verschlechtern sich – das bedeutet, dass bei ältere Menschen, die sich zu wenig körperlich bewegen, das Risiko einer Erkrankung steigt (Meusel, 1996, S.16). Auch in der Zeit, in der ich in einem Seniorenzentrum gearbeitet habe, ist mir aufgefallen, dass Bewohner in stationären Einrichtungen oft ungesund und zu viel Essen bekommen. Dadurch kann es zu einer Gewichtszunahme kommen, die wiederum die Bewegungsfähigkeit einschränkt und dadurch zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen kann. Da in stationären und teilstationären Einrichtungen viele Menschen auf eher engem Raum wohnen bzw. sich zur Tagespflege dort aufhalten, kommt es bei viral und bakteriell verbreiteten Krankheiten zu einer erhöhten Ansteckungsgefahr. Magen-Darm-Erkrankungen, Grippe, Erkältungen, etc. können sich schnell ausbreiten und stellen eine große Gefahr für viele ältere demente Menschen dar. Diese haben oft ein schwaches Immunsystem und nicht

mehr ausreichende Kräfte, sich nach einer Erkrankung wieder schnell zu erholen. Auch durch das Pflegepersonal und das gemeinsame Essen können sich Krankheitserreger schneller verbreiten. Eine weitere Gefährdung kann durch die Verbreitung der antibiotikaresistenten Bakterien (z.B. MRSA Bakterien) entstehen. Ein häufiger Wechsel zwischen Krankenhaus und Pflegeheim erhöht das Risiko, sich mit diesem Keim anzustecken. Gerade bei bereits geschwächten älteren Menschen, die offenen Wunden haben, ist dies eine große Gefahr für ihre Gesundheit (Ruscher, Schaumann & Mielke, 2012, S.1445-1449). Zudem kann eine körperliche Erkrankung auch einen weiteren dementiellen Schub zur Folge haben, durch den sich der gesundheitliche Zustand der Menschen noch weiter verschlechtert.

3. Zielformulierung

Wie aus Kapitel 4.2 und 4.3 des Theorieteils ersichtlich wird, ist ein wichtiges Globalziel die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität durch Bewegung. Da dieses Ziel eher allgemein gehalten ist, werde ich es, um es zu präzisieren, im Folgenden in Grob- und Feinziele untergliedern. Die Ziele werden mithilfe der SMART-Formel formuliert.

Spezifisch	Ist das Ziel so konkret wie möglich beschrieben?
Messbar	Mit welchen Kriterien können Sie feststellen, ob das Ziel erreicht ist?
Angemessen	Ist der Aufwand für das Ziel gerechtfertigt?
Realistisch	Ist das Ziel erreichbar?
Terminiert	Bis wann soll das Ziel erreicht sein?

(Eigene Darstellung nach Bohinc, 2010, S.49)

Bei diesem Konzept geht es nicht darum, sich mit dem eigenen Leben auseinanderzusetzen (mit eventuell positiven und negativen Erfahrungen) und es soll keine Biografiearbeit geleistet werden. Vielmehr geht es darum, den Menschen eine schöne Zeit zu ermöglichen, in der sie vom Heimalltag und ihren täglichen Sorgen und Nöten abgelenkt werden. Natürlich kommen bei Musik oder Gesprächen bei den Teilnehmern Erinnerungen auf, damit muss die Gruppenleitung umgehen können und genügend Raum dafür lassen. Viele Menschen möchten auch kleine Anekdoten aus ihrer Vergangenheit erzählen – auch dafür sollte Zeit sein. Oft kann sich daraus eine angeregte Diskussion und Gesprächsrunde ergeben, die allen Teilnehmern gut tut und sie stimuliert bzw. anregt. Ziel ist es, die Menschen sowohl innerlich als auch äußerlich zu akti-

vieren, ihnen Wertschätzung und Bestätigung ihrer Person zu geben und ihnen ein Gefühl der Gemeinschaft zu ermöglichen. Bei dementen Menschen liegt der Fokus der Angehörigen und des Pflegepersonals oft auf deren Defiziten. Durch das Konzept soll dieser Blick von den Defiziten abgelenkt und auf noch vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten gelenkt werden. Natürlich sollte bei der Entwicklung der Ziele auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der verschiedenen Menschen eingegangen werden, um eine Überforderung zu verhindern. Zudem verfolgt jeder Mensch andere Ziele und es muss damit gerechnet werden, dass sich manche Menschen gar nicht oder erst später an dem Angebot beteiligen.



4. Planung der Mittel

Um einen reibungslosen Ablauf des Angebots zu garantieren, müssen vorher verschiedene Rahmenbedingungen geklärt und abgesprochen werden. Limbrunner stellt sich hier die Frage, „Mit welchen Mitteln, direkten und indirekten Formen der Einflussnahme, mit welchen Ressourcen können die Ziele, Absichten und Intentionen erreicht werden?“ (Limbrunner, 2004, S. 66).

4.1 Geeignete Räumlichkeiten

Da dieses Angebot ein Gruppenangebot ist, sollte ein ausreichend großer Raum dafür zur Verfügung stehen, da die Teilnehmer motiviert werden, sich zu bewegen und dabei natürlich entsprechend Platz benötigen. Dieser Raum darf nicht zu weit abgelegen sein, damit die Teilnehmer ihn gut finden können und sich nicht von der Einrichtung isoliert fühlen. Allerdings sollte er auch nicht in der Mitte des Geschehens liegen, da dies zu Ablenkung und einer Störung des Angebots führen kann. Damit sich die Teilnehmer wohl fühlen, empfiehlt es sich, ihn gemütlich und wohnlich einzurichten, z.B. mit Vorhängen, komfortablen Stühlen, einen Tisch mit Getränken und Obst, etc. Wichtig ist es, sie öfters zum Trinken zu animieren, da demente Menschen oft vergessen zu trinken und zu wenig Flüssigkeit zu Phasen der Verwirrung führen kann. Es sollte auch darauf geachtet werden, eventuelle Stolperfallen zu entfernen, da gerade bei Bewegungsangeboten für demente Menschen wichtig ist, dass sie ungefährdet durch den Raum laufen können. Zudem ist ein heller Raum von Vorteil, da sich die Teilnehmer dann besser zurechtfinden. Da ältere Menschen schnell frieren, ist es wichtig darauf zu achten, dass der Gruppenraum warm genug ist, damit sie sich dort auch entspannen können. Allerdings muss die Gruppenleitung für genügend frische Luft sorgen, damit die Teilnehmer sich gut konzentrieren können. Dies ist die Beschreibung einer idealen Räumlichkeit, die natürlich nicht in jeder Einrichtung zur Verfügung steht. Gegebenenfalls muss die Gruppenleitung improvisieren und eventuell manche Übungen an die vorhandenen Räumlichkeiten anpassen.

4.2 Zeitplanung

Demente Menschen haben, wie bereits in der Theorie beschrieben, eine kürzere Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne. Wenn ein Angebot zu lange andauert, fällt es ihnen schwer, sich darauf noch zu konzentrieren und zu beteiligen. Daher habe ich in meinem Angebot kürzere Einheiten von ca. 30 Minuten geplant, die dafür zweimal täglich mit einem gewissen Abstand (idealerweise 10 Uhr und 16 Uhr) durchgeführt werden können. Generell muss das Angebot natürlich mit dem Zeitplan der Einrichtung, dem Pflegepersonal und verschiedenen Mitarbeitern abgeklärt werden um Überschneidungen mit anderen Terminen und Angeboten zu vermeiden. Da für demente

Menschen Ordnung und Struktur sehr wichtig ist, sollte das Angebot regelmäßig zur gleichen Uhrzeit durchgeführt werden und auch pünktlich gestartet werden.

4.3 Finanzielle Grundlagen

Das Angebot müsste von der jeweiligen Einrichtung finanziert werden. Die Räumlichkeiten sind in den meisten Einrichtungen bereits vorhanden, d.h. dafür würden keine weiteren Kosten entstehen. Für die Gruppenleitung kommen Betreuungskräfte oder auch Sozialpädagogen der Einrichtung in Frage, es wäre vielleicht auch eine ehrenamtliche Gruppenführung vorstellbar. Allein die Materialien müssten von der Einrichtung zusätzlich finanziert werden, hier gibt sie die Grenzen des Budgets vor. Damit eine Einrichtung diese Kosten übernimmt, ist es wichtig, dass das Angebot gut begründet und durchdacht ist – nur so kann es gegenüber der Heimleitung legitimiert werden.

4.4 Gruppengröße und –Zusammensetzung

Um sich ausreichend jedem Teilnehmer widmen zu können empfiehlt es sich, eine Gruppengröße von ca. 8-10 zu bilden. Je nach Selbstständigkeit und Bedürfnissen der Teilnehmer kann dies selbstverständlich variieren. Allerdings besteht bei größeren Gruppen die Gefahr, den einzelnen Teilnehmern nicht ausreichend gerecht zu werden. Es ist auch möglich, dass sie bei einem Gefühl der Über- bzw. Unterforderung nicht weiter an dem Angebot teilnehmen wollen. Andererseits kommt bei zu wenigen Teilnehmern kein Gruppengefühl auf und es entwickeln sich möglicherweise keine Gespräche mehr zwischen den Menschen.

4.5 Stundenthemen

Bei den jeweiligen Stundenthemen sollte die Gruppenleitung dort anknüpfen wo sich die Teilnehmer gedanklich und emotional befinden, damit sie daran anknüpfen und sich gut auf das Angebot einlassen können. Vor der Durchführung des Angebots sollte die Gruppenleitung den Teilnehmern kurz erklären, was sie heute erwartet. Bei negativen Reaktionen ist es wichtig, das Angebot anzupassen und darauf einzugehen, worauf die Teilnehmer Lust haben. Dann kommt bei ihnen auch mehr Motivation auf, die Übungen auszuprobieren und auszuführen. Während des Angebots sollte die Gruppenleitung die Teilnehmer aufmerksam beobachten um manche Übungen an ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten anzupassen.

4.6 Sitzordnung

Die Teilnehmer sollten im Kreis sitzen, damit sich jeder sehen kann und jeder zu Wort kommen kann. Ein Kreis gibt ein Gefühl der Gemeinschaft und auch Akzeptanz, da jede Person gleichwertig an der Runde beteiligt ist. Da bei Bewegungsangeboten verschiedene Übungen im Stehen stattfinden, empfiehlt es sich hier ebenfalls, diese

Übungen im Kreis durchzuführen – außer bei Übungen, bei denen sich die Teilnehmer durch den Raum bewegen. Damit die Teilnehmer die Übungen gut nachahmen können und auch gut verstehen, sollte die Gruppenleitung darauf achten, dass sie alle Personen sehen können. Umgekehrt muss die Leitung selbst alle Teilnehmer im Blick haben, um bei möglichen Stürzen oder benötigter Hilfe schnell zur Stelle zu sein.

4.7 Materialien

Um möglichst viele Sinneskanäle (z.B. Hören, Riechen, Fühlen, etc.) der Demenzkranken anzusprechen, sollte ein breites Spektrum an Materialien verwendet werden. Grenzen werden dabei nur durch das finanzielle Budget und die Verfügbarkeit gesetzt. Vor allem bei dementen Menschen sollte darauf geachtet werden, ungefährliche Materialien einzusetzen, sonst kann es schnell passieren, dass sie sich bei deren Gebrauch erschrecken oder sogar verletzen. Da manche ältere Menschen schlecht hören, ist es wichtig, laut zu sprechen oder auch die Musik laut zu stellen. Weiterhin kann eine Sehschwäche von anderen Teilnehmern erfordern, Texte oder Buchstaben möglichst groß zu schreiben bzw. auszudrucken.

4.8 Verhalten und Rolle des Gruppenleiters

Die Rolle der Gruppenleitung bedeutet immer, die Koordination und Rolle des Moderators zu übernehmen. Bei der Arbeit mit dementen Menschen gibt es einige Aspekte, die eine Gruppenleitung beachten muss. Damit die Menschen sich entspannen und wohlfühlen können ist eine zentrale Aufgabe, einen guten Rahmen zu schaffen und ihnen Vertrauen und Sicherheit zu geben. Hilfreich ist dabei, ihre Interessen zu kennen, um ein Gespräch über Lieblingsthemen anzuregen und so ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Aspekte, die bei der Kommunikation mit demenzkranken Menschen beachtet werden sollten, habe ich bereits im Kapitel 3.3 beschrieben. Ergänzend dazu kann die Gruppenleitung dabei auch persönliche Dinge von sich selbst erzählen, also z.B. Vorlieben, Abneigungen, Erfahrungen die sie gesammelt hat. Daraus kann sich ein anregendes Gespräch entwickeln und es gibt den Demenzkranken das Gefühl, als gleichwertiger Gesprächspartner angenommen zu werden. Zentral ist natürlich auch, sie mit all ihren Gefühlen, Sorgen und Nöten ernst zu nehmen und sie wie Erwachsenen zu behandeln, die sie sind. Demente Menschen haben manchmal Gefühlsausbrüche oder verweigern sich, wenn sie an Erlebnisse aus ihrer Vergangenheit erinnert werden oder sich durch ein Ereignis ihrer Demenz wieder stärker bewusst werden. Dies sollte die Gruppenleitung nicht persönlich nehmen, da dafür oft verschiedenste Gründe die Ursache sind, oft auch die Ohnmacht gegenüber ihrer Krankheit, den Kontrollverlust, etc. Auch sollte sie auf ihre eigenen Gefühle achten und diese reflektieren, da demente Menschen sehr empfänglich für Gefühle und Stimmungen sind und diese

leicht übernehmen. Bei vielen Situationen ist es förderlich, mit Humor heranzugehen, es wirkt entspannend und vertreibt Trübsinn. Demente Menschen haben oft viel Spaß, lachen gerne und reißen Witze. In meiner Zeit im Seniorenzentrum gab es immer viel zu Lachen und es herrschte überwiegend eine positive Stimmung. Um die Menschen zu verstehen, sollte die Gruppenleitung versuchen, sich in sie und ihre Situation hineinzuversetzen. Es ist nicht förderlich, sie mit der Wahrheit zu konfrontieren wenn sie in der Vergangenheit leben, da ihnen das nur ihre Gedächtnisschwäche aufzeigt. Es kommt zudem auch nicht auf das Tempo oder das Ergebnis an, sondern auf das gemeinsame Tun und Erleben in der Gruppe. In der Arbeit mit dementen Menschen kommt es trotz ihrer Krankheit immer wieder zu kleinen Erfolgserlebnissen. Es ist wichtig, sich auch über kleine Fortschritte zu freuen und die Teilnehmer immer wieder zu loben, wenn etwas gut geklappt hat. Das motiviert sie, weiterzumachen und stärkt außerdem ihr Selbstwertgefühl. Dennoch sollten die Menschen nicht gezwungen werden, an dem Angebot teilzunehmen. Manchmal brauchen sie etwas Motivation, um sich das Angebot anzusehen und oft gefällt es ihnen dann auch. Bei den Übungen ist es hilfreich, den Teilnehmern konkrete Anweisungen zu den Aktivitäten zu geben, da es dementen Menschen oft schwer fällt etwas zu beginnen – sie wissen dann oft nicht, was von ihnen erwartet wird und womit sie anfangen sollen.

4.9 Methodenwahl

Da das Angebot mit mehreren Personen durchgeführt wird, eignet sich als grundlegende Methode am besten die „soziale Gruppenarbeit“. „Ziel der sozialen Gruppenarbeit ist es, durch die Erfahrung der Gruppe den einzelnen Mitgliedern Sicherheit, Anerkennung, Unterstützung und Hilfe zu geben, zweitens ihnen Werte und Normen zu vermitteln und drittens, Möglichkeiten der Konfliktlösung zu bieten“ (Schilling & Zeller, 2010, S.211). Folgende Gründe sprechen für eine Gruppenarbeit: Die Menschen werden von anderen erwartet und sind ‚wer‘. Sie merken, dass sie noch etwas leisten können, erleben Geselligkeit und Gemeinschaft und können am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilhaben (Joppig, 2006, S.11). Um den Menschen bei Hemmungen und Selbstzweifeln den Zugang zur Gruppenarbeit zu erleichtern sind drei Grundprinzipien wichtig.

Freiwilligkeit. Die Menschen sollten auf keinen Fall gezwungen oder überredet werden, an dem Angebot teilzunehmen. Es kann zum einen zu Unruhe führen, sowie die Harmonie der Gruppe und ihre Prozesse stören. Zum anderen nimmt es den dementen Menschen ihre Autonomie und Selbstbestimmung auch in diesen Bereichen, was wiederum zu Gefühlen der Ohnmacht und einem Verlust des Selbstwertgefühls führen kann.

Niedrigschwelligkeit. Auch wenn die älteren Menschen nicht sofort an dem Angebot teilnehmen möchten, kann es sein, dass sie ab und zu vorbeikommen und die Gruppe beobachten. Dies sollte ihnen ermöglicht werden, da sie, wenn es ihnen gefällt, möglicherweise doch daran teilnehmen wollen. Es ist auch normal, dass manche Teilnehmer erst später dazukommen oder vor Ende des Angebots die Gruppe bereits verlassen. Zudem ist es wichtig, dass die Teilnehmer keine bestimmten Fähigkeiten besitzen müssen, um daran teilzunehmen – jeder sollte dabei die gleichen Möglichkeiten haben.

Ressourcenorientierung. Demente Menschen haben trotz ihrer Krankheit viele Ressourcen und Stärken. „Als Ressourcen werden allgemein ‚Kraftquellen‘ (Vogt et al. 2000) bezeichnet, die den Adressat/innen sowie deren sozialem Umfeld zur Verfügung stehen bzw. die mit und von ihnen aktiviert werden können“ (Möbius, 2010, S.14). Da bei alten und kranken Menschen eine Heilung oft nicht mehr möglich ist, ist es gerade in der Versorgung und Betreuung wichtig, ihre Ressourcen als „wichtiges Potenzial für die Genesung und Förderung des Wohlbefindens“ (Bölicke et. al, 2007, S.9) zu begreifen. So zielt Ressourcenorientierung darauf hin, den Verlauf der Krankheit günstig zu beeinflussen und die mit einer Demenz einhergehenden Belastungen (psychisch, physisch und sozial) so gut wie möglich einzugrenzen (Bölicke et. al, 2007, S.10). Bei älteren Menschen bedeutet dies, ihre vorhandenen Ressourcen so lange wie möglich zu erhalten, sie also dazu zu befähigen ihre Defizite und Probleme mithilfe ihrer verfügbaren Ressourcen selbst auszugleichen und ihnen nur so viel Unterstützung wie notwendig zu geben (Bölicke et. al, 2007, S.10; Möbius, 2010, S.23). Wichtig ist dabei, an den individuellen Fähigkeiten der Teilnehmer anzusetzen um sie nicht zu überfordern bzw. unterfordern.

Mögliche Methoden innerhalb der sozialen Gruppenarbeit in Verbindung mit dem Bewegungsangebot können sein:

- Zur Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses⁴ am Anfang des Angebots: Singen von bekannten Volksliedern, Sprüchesammlungen, Geschichten oder Redewendungen rezitieren bzw. ergänzen lassen
- Körperwahrnehmungsübungen, um den Menschen zu helfen, seinen eigenen Körper besser zu spüren und seine Möglichkeiten und Grenzen auszuloten
- Bewegungs- und balancefördernde Methoden, wie z.B. Tänze, Ballübungen
- Geschicklichkeitsübungen

⁴ Das Langzeitgedächtnis ist bei dementen Menschen oft noch abrufbar - was hier gespeichert wurde kann für immer behalten werden. Allerdings brauchen sie dabei Hilfe von außen, also z.B. ein Erinnerungsimpuls, Schlüsselreiz, etc. (Schmidt-Hackenberg, 1996, S.19). Durch die Arbeit mit dem Langzeitgedächtnis können demente Menschen aktiviert werden und es treten oft ungeahnte Fähigkeiten auf.

- Gruppenbildende Methoden für ein Gefühl der Gemeinsamkeit und Geselligkeit
- Partnerübungen
- Materialienvielfalt um so viel Abwechslung wie möglich zu bieten
- Zum Ausklang am Ende des Angebots: Achtsamkeits- und Entspannungsübungen, Dehn- und Ausschüttelübungen, Fantasiereisen, etc.
- u.v.m.

Außerdem sollte die Gruppenleitung darauf achten, dass immer alle Gruppenmitglieder mit einbezogen werden, da sich manche Teilnehmer sonst vielleicht ausgeschlossen fühlen. Eine weitere hilfreiche Methode, um über den Gesundheitszustand der Teilnehmer informiert zu sein, ist, mit ihren Angehörigen darüber zu sprechen, da diese oft mehr wissen, als das Pflegepersonal.

5. Durchführung

Das Konzept ist in Modulen aufgebaut, die jeweils verschiedene Themen beinhalten. Diese Module sind frei kombinierbar und können in einer beliebigen Reihenfolge durchgeführt werden. Es ist auch möglich, ein Modul zeitlich auszuweiten, wenn die Teilnehmer daran Gefallen gefunden haben (bzw. es abzukürzen, wenn es nicht gefällt) oder ein Modul zu wiederholen und zu erweitern. Eine mögliche Anwendung des Konzepts wäre, zwei bis viermal pro Woche ein Modul durchzuführen – dabei die erste Phase vormittags und die zweite Phase nachmittags. Innerhalb der Module gibt es oft verschiedene Themen – die Aufgabe der Gruppenleitung ist hierbei, von einem Thema zum anderen überzuleiten und den Teilnehmern die Übungen anschaulich und übersichtlich zu erklären. Im Folgenden werde ich nun Modul 4 (Bewegung II: „Rund um den Ball“) detaillierter ausführen. Das gesamte Konzept des Gruppenangebots befindet sich im Anhang K.

Idee der Einheit

Ballübungen sind bei der Altengymnastik sehr beliebt, da bei den Spielen auch körperlich eingeschränkte Menschen teilnehmen und die Übungen ausführen kann. Zudem sind die Regeln meist leicht verständlich und die Spiele mit einem großen Spaßfaktor verbunden. So ist es leichter, die Teilnehmer zu den Übungen zu motivieren.

Ziele der Einheit

Die Feinziele der Einheit sind im Konzept im Anhang K aufgeführt.

Vorbereitung der Einheit

Um optimal auf das Angebot vorbereitet zu sein, empfiehlt es sich, vorher den Gruppenraum vorzubereiten und alle Materialien griffbereit hinzulegen. Zur Übersicht ist es von Vorteil, ein großes Plakat mit dem jeweiligen Modulthema zu gestalten und im Raum zu positionieren, damit es für alle Teilnehmer gut sichtbar ist. Es ist auch möglich einen Verlaufsplan vorzubereiten, allerdings muss dabei darauf geachtet werden, ob die Teilnehmer diesen hilfreich finden oder ob es sie eher irritiert. Die Gruppenleitung sollte die Teilnehmer alle persönlich zum Angebot einladen und sie kurz vor Beginn nochmal daran erinnern. Es ist sinnvoll, sich mit dem Pflegepersonal abzusprechen und sie über das Angebot zu informieren, da es sonst zu Missverständnissen kommen kann. Zudem kann es förderlich sein, wenn das Pflegepersonal dabei hilft, die Teilnehmer zum Gruppenraum zu begleiten.

Modul 4: Phase I

Um eine harmonische und angenehme Atmosphäre zu schaffen, sollte die Gruppenleitung zu Anfang alle Teilnehmer begrüßen und sich bedanken, dass alle gekommen sind. Da für demente Menschen Rituale und Struktur sehr wichtig sind, wird zu Anfang des Angebots immer gemeinsam ein Lied gesungen. Dazu können die Teilnehmer sich ein Lied aus den ausgeteilten Liederheften aussuchen, vor allem Schlager und Volkslieder sind immer sehr beliebt. Da diese Lieder oft sehr bekannt sind, kennen die Menschen meist die Texte und Melodien und können dadurch gut mitsingen. Zudem schafft es eine Basis der Gemeinschaft, da alle zusammen singen. Schön ist es, wenn das Singen mit einer CD begleitet wird, da die Hintergrundmusik über eventuelle Unsicherheiten im Lied hinweghelfen kann und zugleich mehr Stimmung schafft. In der Hauptphase des Angebots wird eine Übung mit Pezzibällen durchgeführt. Jeder Teilnehmer erhält einen kleinen Pezziball und soll versuchen, ihn in die Luft zu werfen und wieder aufzufangen. Dies kann mit beiden Händen geschehen, weitere Variationen wären, es abwechselnd mit der rechten oder linken Hand zu versuchen. Zusätzlich kann es auch zu einer Partnerübung umgewandelt werden, d.h. zwei Teilnehmer finden sich zusammen und werfen sich gegenseitig den Ball zu. Eine gute Eigenschaft von Pezzibällen ist, dass sie weich und leicht sind, d.h. sie verursachen keine Verletzungen, wenn sie außer Kontrolle geraten und beispielsweise aus Versehen an den Kopf geworfen werden. Nach der Einzel- bzw. Partnerübung setzen die Teilnehmer sich in einen Sitzkreis. Nun wird erst ein Ball in die Runde geworfen, den sich die Teilnehmer dann gegenseitig „zuprellen“, d.h. sie werfen ihn auf den Boden, damit er einen anderen Teilnehmer erreicht. Nach und nach können mehr Bälle dazu genommen werden, auch dies hat meist einen großen Spaßfaktor unter den Teilnehmern. Zum Abschluss der Übung wird

eine Entspannungsphase eingeleitet. Dazu teilt die Gruppenleitung Igelbälle aus und führt vor, wie die Teilnehmer diese nutzen können, um sich damit verschiedene Körperteile (z.B. Arme, Beine, Schultern, etc.) zu massieren. Die Massage kann mit unterschiedlich viel Druck ausgeführt werden und lockert die Muskeln etwas. Danach verabschiedet sich die Gruppenleitung von allen Teilnehmern und bedankt sich auch hier nochmal für die Teilnahme. Zudem kann zum Angebot am Nachmittag eingeladen werden. Danach sollten die Teilnehmer zu ihren Zimmern zurückbegleitet und der Raum aufgeräumt werden.

Modul 4: Phase II

Auch in der zweiten Phase gibt es ein Einstiegsritual. Dabei liest die Gruppenleitung eine Kurzgeschichte, Redewendungen, Zitate, Gedichte, Bibelzitate, etc. vor – das kann sie je nach Thema variieren. Es sollten jedoch bekannte Gedichte oder Geschichten aus der Zeit der dementen Menschen sein, damit diese sich damit identifizieren können. Vor allem Sprichwörter und Zitate (z.B. aus Märchen) eignen sich gut, um sie von den Teilnehmern ergänzen zu lassen. In der Hauptphase bekommt jeder Teilnehmer einen Luftballon. Wenn sie es schaffen, können sie auch versuchen, diesen Luftballon selbst aufzublasen – für alle Fälle sollte die Gruppenleitung jedoch bereits aufgeblasene Luftballons bereit gelegt haben. Nun sollen sie sich den Luftballon „am Körper befestigen“, ihn also z.B. unter das Oberteil stecken, unter den Arm oder das beiklemmen, etc. und versuchen, damit durch den Raum zu laufen ohne ihn herunterfallen zu lassen. Nach 2-3 Minuten sollen sie den Position des Luftballons wechseln und es erneut probieren. Danach stellen sich die Teilnehmer zu zweit zusammen. Nun versuchen sie, den Luftballon von einem Ende des Raums zum anderen zu bewegen ohne den Ballon festzuhalten oder zu tragen. Ziel ist es, ihn ohne Bodenkontakt in eine Kiste am anderen Ende des Raumes hineinfallen zu lassen. Auch Luftballons haben die Eigenschaft, dass dabei niemand verletzt werden kann. Die Abschlussübung dient erneut der Entspannung und ist ein gemütlicher Ausklang des Tagesangebots. Dazu stellen sich die Teilnehmer erneut in einem Stehkreis auf. Jeder hält ein Ende einer durchsichtigen Abdeckfolie, auf der sich die bunten Luftballons befinden. Nun können sich 1-2 Teilnehmer darunter auf eine Matte legen und die anderen Teilnehmer bewegen die Abdeckfolie sanft auf und ab. Dadurch bewegen sich die Luftballons und es hat oft eine entspannende Wirkung die Bewegung der Luftballons und das Auf und ab der Folie zu verfolgen. Nach ca. 1 Minute wechseln die Teilnehmer, bis alle einmal darunter gelegen sind. Auch hier bedankt und verabschiedet sich die Gruppenleitung und lädt ein zum nächsten Angebot. Zudem sollte sie, wie beim Angebot am Vormittag die Teilnehmer zu ihren Zimmern zurückbegleiten und anschließend den Raum aufräumen.

6. Evaluation

„Die Auswertung ist ein wichtiges Instrument, um Ziele, den Einsatz der Mittel, das Resultat der Arbeit zu reflektieren“ (Limbrunner, 2004, S.67). Sie ist also ein Mittel der Erfolgskontrolle und sollte immer nach dem Angebot durchgeführt werden. Durch die Evaluation kann die Zielerreichung überprüft werden und es ist zusätzlich ein Mittel der Legitimation des Angebots gegenüber der Einrichtungsleitung. Die Erfüllung der Ziele des Bewegungsangebotes trägt dazu bei, die Gesundheit der dementen Menschen zu fördern bzw. die Lebensqualität zu erhalten oder sogar zu verbessern. Optimal wäre es, nach jedem Modul zu evaluieren und zudem am Ende des Angebots eine Evaluation des gesamten Angebots durchzuführen. Um das Angebot zu evaluieren, ist es möglich, die Teilnehmer selbst zu befragen. Jedoch muss damit gerechnet werden, dass sie nicht immer ehrlich antworten um die Gruppenleitung nicht zu enttäuschen oder auch um eigenen Schwierigkeiten nicht offen zu legen. Zusätzlich kann anhand der Teilnehmeranzahl gemessen werden, ob das Angebot gefällt. Es empfiehlt sich für die Gruppenleitung, die Teilnehmer zu beobachten und das Angebot zu dokumentieren und besondere Reaktionen und die Verfassung der Teilnehmer zu vermerken. Dies kann bei weiteren Angeboten oder eventuellen Wiederholungen benutzt werden, um das Angebot zu verbessern oder zu erweitern. Zusätzlich können auch die Angehörigen und das Pflegepersonal anhand eines Fragebogens befragt werden, wie sich das Angebot ihrer Meinung und Beobachtung nach auf die Teilnehmer auswirkt. Für die Gruppenleitung kann es zudem hilfreich sein, sich in Teambesprechungen zu reflektieren und bei möglichen Problemen Rat einzuholen um das Angebot weiterzuentwickeln.

C) Resümee

Im Rahmen dieser Arbeit habe ich versucht, einen kurzen Überblick über das Thema „Gesundheitsförderung bei dementen Menschen“ zu geben – als Basis zum Verständnis habe ich mich zudem mit dem Thema Alter bzw. Altern und dazugehörigen Alternstheorien und auch mit Definitionen und Modellen von Gesundheit und Krankheit beschäftigt. Ich denke, aus der Arbeit wird ersichtlich, wie wichtig das Thema Gesundheitsförderung ist, da es jeden Menschen individuell betrifft. Die Dringlichkeit ist in der Politik und bei den Krankenkassen jedoch noch nicht oder nur unzureichend angekommen. Bisher herrscht, wie bereits oben beschrieben, vorwiegend das biomedizinische Verständnis, d.h. erst einzugreifen, wenn die Menschen bereits erkrankt sind. Durch eine bessere Integration der Gesundheitsförderung und Prävention in das Gesundheitssystem könnte das Niveau der Gesundheitsqualität der gesamten Bevölkerung erhöht werden und die Ungleichheit der Gesundheitsqualität zwischen verschiedensten Bevölkerungsgruppen vermindert werden (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010, S.20).

Ob das von mir erarbeitete Konzept sich in der Praxis bewährt und die Gesundheit der Menschen fördert, müsste erst getestet werden. Wie ich aber in Kapitel 4 bereits beschrieben habe, ist es wissenschaftlich gesichert, dass Bewegung beim Erhalt oder Förderung der Gesundheit grundsätzlich sehr hilfreich ist. Insgesamt mangelt es für gesundheitlich beeinträchtigte, immobile oder pflegebedürftige ältere Menschen an Angeboten und Möglichkeiten der Bewegungsförderung. Auch in Institutionen wie Tagesstätten und Altenpflegeheime müssten solche Angebote für ältere Menschen besser ausgebaut werden (Geuter & Holleder, 2012, S.171). Um der Bewegungsbeeinträchtigung vorzubeugen wäre ein weiterer Schritt, bereits früher mit Bewegungsförderung anzufangen, also im Kindergarten, der Schule, dem Arbeitsleben, etc. und bereits dort zu verankern, wie wichtig Bewegung ist und wie einfach und bereichernd es sein kann, sich mehr zu bewegen.

Ein positives Beispiel, das zeigt, dass die Idee der Gesundheitsförderung durch Bewegung tatsächlich funktioniert ist die Initiative Gesundes Kinzigtal im Schwarzwald, das von Helmut Hildebrandt mitbegründet wurde. Durch verschiedenste Präventionsprogramme und eine optimierte Gesundheitsversorgung sind die an dem Angebot teilnehmenden Menschen gesünder und leben länger als die vergleichbare Personen, die daran nicht teilgenommen haben – dies ist durch Studien wissenschaftlich belegt. Auch die dort involvierten Krankenkassen sparen im Vergleich zu anderen Kassen Geld ein mit einer steigenden Tendenz (Thelen, 2015; Gesundes Kinzigtal GmbH, n.d.).

Abschließend ist zudem zu sagen, dass es nie zu spät ist, mit körperlicher Aktivität zu beginnen, da das Gehirn über die gesamte Lebensspanne zu Veränderungen und Verbesserungen fähig ist. Auch Erwachsene, die in ihrem Leben wenig aktiv waren, können von einem späten Beginn der Bewegung profitieren (Erickson, Miller & Weinstein, 2012, S.259).

D) Literaturverzeichnis

Alfermann, D. & Linde, K. (2012). Physische Aktivität und kognitive Leistungsfähigkeit. In R. Fuchs & W. Schlicht (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität* (Sportpsychologie, Bd. 6) (S.294-314). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Altgeld, T. & Kolip, P. (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3., neu bearbeitete Aufl.) (S.45-58). Bern: Hans Huber Verlag.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36). Tübingen: Dbvt-Verlag.

Backes, G. & Clemens, W. (1998). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (Grundlagentexte Soziologie). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Bartsch, T. (2015). *Störungen der Gedächtnisfunktion. Ein Überblick* (essentials). Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.

Baersch, T. (2009). *97 Übungen für die Arbeit mit Gruppen*. Zugriff am 01.06.2015. URL: <http://www.baer-sch.de/download/uebungen.pdf>

Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Behl, C. (2004). Molekulare Grundlagen des Alterns – Eine Einführung. In D. Ganten, K. Ruckpaul & A. Ruiz-Torres (Hrsg.), *Molekularmedizinische Grundlagen von altersspezifischen Erkrankungen* (S.67-86). Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Behl, C., Moosmann, B. (2008). Molekulare Mechanismen des Alterns. Über das Altern der Zellen und den Einfluss von oxidativem Stress auf den Alternsprozess. In U. M. Staudinger & H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage* (Schriften der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Nr. 18). (S.10-32). Heidelberg: Springer Verlag.

Behrens, C. & Tiedt, W. (2012). Bewegung und Tanz als Gegenstand der ästhetisch-kulturellen Bildung in der Sozialen Arbeit mit Jugendlichen. In M.-S. Meis & G.-A. Mies (Hrsg.), *Künstlerisch-ästhetische Methoden in der Sozialen Arbeit. Kunst, Musik, Thea-*

ter, *Tanz und neue Medien* (Soziale Arbeit Grundwissen, Bd. 8) (S.145-176). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Bohinc, T. (2010). *Grundlagen des Projektmanagements. Methoden, Techniken und Tools für Projektleiter*. Offenbach: Gabal-Verlag.

Böhme, G. (2008). *Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz*. Bern: Hans Huber Verlag.

Bölicke, C., Möhle, R., Romero, B., Sauerbrey, G., Schlichting, R., Weritz-Hanf, P. & Zieschang, T. (2007). *Ressourcen erhalten* (aus der Buchreihe: Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz). Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Hogrefe: Hans Huber Verlag.

Broich, J. (2005). *Körper- und Bewegungsspiele* (2., neu bearbeitete Aufl.). Köln: Maternus Verlag.

Buchka, M. (2012). *Das Alter. Heil- und sozialpädagogische Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ]. (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft*. Zugriff am 20.04.2015. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

BMFSFJ. (n.d.). *Wegweiser Demenz. Tagespflege – Kranke in guter Gesellschaft*. Zugriff am 22.05.2015. URL: <http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/tagespflege.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2014a). *Stationäre Pflege*. Zugriff am 19.05.2015. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/leistungen/stationaere-pflege.html>

Bundesministerium für Gesundheit (2014b). *Pflegestufen*. Zugriff am 19.05.2015. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html>

Clemens, W. (2008). Sozialwissenschaftliche Aspekte des Alter(n)s. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S.33-45). Bern: Hans Huber Verlag.

Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII. Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG). (2015). (19., neu bearbeitete Aufl., Rechtsstand: 1. Februar 2015). Regensburg: Walhalla und Praetoria.

Davison, G., Neale, J. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie* (7., neu bearbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. [DAIzG]. (2014). *Das Wichtigste 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. Zugriff am 1.05.2015.

URL: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. [DAIzG]. (n.d.). *Das Wichtigste 6. Die nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit*. Zugriff am 1.05.2015. URL:

https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet06_01.pdf

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012). *Leitlinien der Neurologie. Degenerative Erkrankungen. Diagnose und Therapie von Demenzen*. Zugriff am 15.05.2015. URL:

<http://www.dgn.org/leitlinien/2341-II-15-2012-diagnose-und-therapie-von-demenzen>

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (7., neu bearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

Dilling H., Mombour W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (4., neu bearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

Eisenburger, M. (2005). „Zuerst muss die Seele bewegt werden...“. *Psychomotorik im Pflegeheim. Ein theoriegeleitetes Praxisbuch*. Dortmund: Verlag modernes lernen.

Erickson, K., Miller, D. & Weinstein, A. (2012). Verbesserung der Gehirnfunktion und der kognitiven Leistungsfähigkeit durch körperliche Aktivität. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (2., neu bearbeitete Aufl.) (S.254-260). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Falk, J. (2009). *Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität* (2., neu bearbeitete Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie* (Grundriss der Psychologie Bd. 21). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Feil, N. (2010). *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen* (6., neu bearbeitete Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Förstl, H., Kurz, A., Calabrese, P. & Hartmann, T. (2001). Alzheimer-Demenz. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (S.43-61). Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2., neu bearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Franke, A. (2011). Salutogenetische Perspektive. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S.487-490). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit* (Studienmodule Soziale Arbeit). Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Friese, A. (2007). *Sommerfrische. 28 Kurzaktivierungen im Sommer für Menschen mit Demenz* (Altenpflege: Vorsprung durch Wissen). Hannover: Vincentz Network Verlag.
- Fuchs, R. & Schlicht, W. (2012). Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität: Zum Stand der Forschung. In R. Fuchs & W. Schlicht (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität* (Sportpsychologie, Bd. 6) (S.1-11). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Gesundes Kinzigtal GmbH. (n.d.). *Gesundes Kinzigtal im Überblick*. Zugriff am 25.05.2015. URL: <http://www.gesundes-kinzigtal.de/die-idee-von-gesundes-kinzigtal/>
- Geuter, G., Holleder, A. (2012). Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S.165-177). Bern: Hans Huber Verlag.
- Große, F. (2007). Biologie der Alterungsprozesse. In U. Wedding, L. Pientka, K. Höfken & B. Strauß (Hrsg.), *Grundwissen Medizin des Alterns und des alten Menschen* (S.25-32). Bern: Hans Huber Verlag.
- Grune, T. (2014). *Alterungsprozesse und Neurodegeneration. Ein Überblick* (essentials). Wiesbaden: Springer Spektrum Verlag.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K. & Pantel, J. (2011). *Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende*. Berlin und Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Hagg-Grün, U. (2008). Demenz, Delir, kognitive Einschränkung. In A. Zeyfang, U. Hagg-Grün & T. Nikolaus (Hrsg.), *Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen* (S.139-164). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hartogh, T. (2005). *Musikgeragogik-ein bildungstheoretischer Entwurf. Musikalische Altenbildung im Schnittfeld von Musikpädagogik und Geragogik* (Forum Musikpädagogik, Bd. 68). Augsburg: Wissner.
- Hartogh, T. & Wickel, H. (2004). Musik in der Altenarbeit. In T. Hartogh & H. Wickel (Hrsg.), *Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit* (S.359-272). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Hartogh, T. & Wickel, H. (2008). *Musizieren im Alter. Arbeitsfelder und Methoden*. Mainz: Schott Music GmbH & Co. KG.
- Hartogh, T. & Wickel, H. (2012). Musik in der Sozialen Arbeit – aufgezeigt am Arbeitsfeld Soziale Altenarbeit. In M.-S. Meis & G.-A. Mies (Hrsg.), *Künstlerisch-ästhetische Methoden in der Sozialen Arbeit. Kunst, Musik, Theater, Tanz und neue Medien* (Soziale Arbeit Grundwissen, Bd. 8) (S.203-222). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Homfeldt, H. & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (4., neu bearbeitete Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P. (2011). Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S.100-105). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3., neu bearbeitete Aufl.) (S.13-23). Bern: Hans Huber Verlag.
- Huxhold, O. (2012). Einfluss körperlichen Trainings auf dementielle Erkrankungen. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (2., neu bearbeitete Aufl.) (S.261-266). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Jasper, B. (2014). *Das Bewegungsbuch. Mit Alltagsmaterial trainieren und Spaß haben* (Altenpflege: Vorsprung durch Wissen). Hannover: Vincentz Network Verlag.

Joppig, W. (2006). *Gruppenarbeit mit Senioren*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.

Josties, E. (2011). Musik und ihre potentiellen Wirkungen auf Menschen mit Demenz. In G. Piechotta-Henze, E. Josties, R. Jakob & M. Ganß (Hrsg.), *„Ein Zaun kennt viele Farben“*. Ein Plädoyer für eine kreative Kultur der Begegnung mit Menschen mit Demenz (S.131-133). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Kaba-Schönstein, L. (2011a). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S.137-144). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kaba-Schönstein, L. (2011b). Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge (bis zur Ottawa-Charta 1986 und den Folgekonferenzen). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S.145-150). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kaba-Schönstein, L. (2011c). Gesundheitsförderung III: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S.151-163). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kastner, U. & Löbach, R. (2007). *Handbuch Demenz*. München: Urban & Fischer Verlag

Kern, I., Kötschau, J., Pfeifer, J. & Piechotta-Henze, G. (2011). Aus der Praxis für die Praxis. In G. Piechotta-Henze, J. Josties, R. Jakob & M. Ganß (Hrsg.), *„Ein Zaun kennt viele Farben“*. Plädoyer für eine kreative Kultur der Begegnung mit Menschen mit Demenz (S.23-26). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Klott, S. (2014). Theorien des Alters und des Alterns. In S. Becker & H. Brandenburg (Hrsg.), *Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe* (S.37-74). Bern: Hans Huber Verlag.

Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst-Reinhardt Verlag

- Kokemoor, A. (2010). *Sozialrecht. Lernbuch. Strukturen. Übersichten (Lernen im Dialog)* (4. neu bearbeitete Aufl.). München: Franz Vahlen Verlag.
- Kramer, D. (2009). Demografische Grundlagen: Die Entjüngung des Wohlfahrtsstaates. In C. Zippel & S. Kraus (Hrsg.), *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis* (S.18-46). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Kraus, W. (1998). *Die Heilkraft der Musik. Einführung in die Musiktherapie*. München: Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- Krowatschek, D. & Hengst, U. (2006). *Mit dem Zauberteppich unterwegs. Entspannung in Schule, Gruppe und Therapie für Kinder und Jugendliche*. Dortmund: Borgmann Media Verlag.
- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G., Müters, S., Finger, J. & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2013, Bd. 56, 765-771. Zugriff am 24.04.2015. URL: <http://link.springer.com.evhnlm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs00103-012-1661-6.pdf>
- Kruse, A. (2008). Psychologische Veränderungen im Alter. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S.15-32). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kruse, A. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3., neu bearbeitete Aufl.) (S.88-98). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kuhlmeier, A. (2008). Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S.85-96). Bern: Hans Huber Verlag.
- Limbrunner, A. (2004). *Soziale Arbeit als Beruf. Berufsinformationen und Arbeitshilfen für Ausbildung und Praxis*. (2., neu bearbeitete Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Mahs, C. (2009). *Glückliches Alter(n)* (Kulturwissenschaftliche Beiträge der Alanus-Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Bd. 4). Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag

- Maier, W., Schulz, J., Weggen, S. & Wolf, S. (2011). *Alzheimer & Demenzen verstehen. Diagnose, Behandlung, Alltag, Betreuung* (2., neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: TRIAS-Verlag.
- Martin, M. & Kliegel M. (2014). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie* (4., neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Marwedel, U. (2008). *Gerontologie und Gerontopsychiatrie. Lernfeldorientiert.* (Fachwissen Pflege). (3., neu bearbeitete Aufl.). Haan-Gruiten: Europa-Lehrmittel Verlag.
- Mayer, B. (2004). Tanz. In J. Jäger & R. Kuckhermann (Hrsg.), *Ästhetische Praxis in der Sozialen Arbeit. Wahrnehmung, Gestaltung und Kommunikation* (Grundlagentexte Soziale Berufe) (S.203-221). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Meier-Baumgartner, H., Dapp, U. & Anders, J. (2006). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren* (2., neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Menche, N. (Hrsg.) (2003). *Biologie Anatomie Physiologie. Kompaktes Lehrbuch für Pflegeberufe* (5., neu bearbeitete Auflage). München und Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Mensink, G. (2003). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland.* Robert Koch Institut [RKI] (Hrsg.). Berlin: Mercedes –Druck.
- Meusel, H. (1996). *Bewegung, Sport und Gesundheit im Alter* (Gerontologie Geriatrie). Wiesbaden: Quelle & Meyer Verlag.
- Miller, T. (2012). *Inklusion Teilhabe Lebensqualität. Tragfähige Beziehungen gestalten. Systemische Modellierung einer Kernbestimmung Sozialer Arbeit.* Katholische Stiftungsfachhochschule München (Hrsg.) (Dimensionen Sozialer Arbeit und der Pflege, Bd. 13). Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft.
- Möbius, T. (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S.13-30). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauf-*

lage (2., neu bearbeitete Aufl.). BZgA (Hrsg.). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Neuhäuser-Berthold, M. & Lührmann, P. (2007). Die Stoffwechselrate als Uhr des Lebens. Energiehomöostase und Altern. *Spiegel der Forschung. Wissenschaftsmagazin*, 24.Jg./Nr. 1, 49-53.

Nikolaus, T. (2008). Gesundes Altwerden. In A. Zeyfang, U. Hagg-Grün & T. Nikolaus (Hrsg.), *Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen* (S.59-76). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Nietzsche, F. (1999). *Der Fall Wagner. Götzen-Dämmerung. Der Antichrist. Ecce homo. Dionysos-Dithyramben. Nietzsche contra Wagner* (Band 6) (2., neu bearbeitete Auflage). G. Colli & M Montinari (Hrsg.). München: dtv-Verlag.

Parsons, T. (1958). Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In R. König (Hrsg.), *Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Neue Folge der Kölner Vierteljahrshefte für Soziologie, Sonderheft 3, 10. Jahrgang*, 10-57. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag.

Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch. (2011). (263., neu bearbeitete Aufl.). Berlin und Boston: Walter de Gruyter Verlag.

Ravens-Sieberer, U. & Cieza, A. (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung*. Landsberg: Ecomed Verlagsgesellschaft.

Rensing, L. & Rippe, V. (2014). *Altern. Zelluläre und molekulare Grundlagen, körperliche Veränderungen und Erkrankungen, Therapieansätze*. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.

Rissmann, W. (2014). Demenz. In M. Girke (Hrsg.), *Geriatric. Grundlagen und therapeutische Konzepte der Antroposophischen Medizin* (S.437-504). Berlin: Salumed-Verlag

Robert Koch Institut [RKI]. (2006). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland*. Zugriff am 30.04.2014. URL: https://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=35249128&p_lfd_nr=1

- Ruiz-Torres, A. (2004). Einführung. In D. Ganten, K. Ruckpaul & A. Ruiz-Torres (Hrsg.), *Molekularmedizinische Grundlagen von altersspezifischen Erkrankungen* (S.3-7). Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rupprecht, R. (2008). Psychologische Theorien zum Alternsprozess. In W. Oswald, G. Gatterer & U. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (2., neu bearbeitete Aufl.) (S.13-25). Wien: Springer Verlag.
- Ruscher, C., Schaumann, R. & Mielke, M. (2012). Herausforderungen durch Infektionen und mehrfach-resistente Bakterien bei alten Menschen in Heimen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2012, Bd. 55, 1444-1452. Zugriff am: 22.05.2015. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Heime/MRSA_Heime.pdf?__blob=publicationFile
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T. & Ziese, Z. (2005). *Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26. RKI* (Hrsg.). Zugriff am 24.04.2015. URL: https://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9590&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=86744698&p_lfd_nr=1
- Schaffer, H. (1993). *Zeitwende im Alter. Individuelle Zeitstile älterer Frauen* (Europäische Hochschulschriften: Reihe 22, Soziologie, Bd.251). Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Schilling, J. & Zeller, S. (2010). *Soziale Arbeit. Geschichte, Theorien, Profession*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schlicht, W., Schott, N. (2013). *Körperlich aktiv altern*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Schmidt-Hackenberg, U. (1996). *Wahrnehmen und Motivieren. Die 10-Minuten-Aktivierung für die Begleitung Hochbetagter* (Altenpflege Bibliothek). Hannover: Vincentz Verlag.
- Schöttler, B. (2006). *Bewegungsspiele 50 Plus* (3., neu bearbeitete Aufl.). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Schroeter, K. & Prahl H.-W. (1999). *Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe. Ein Lehrbuch für die Fach(hoch)schule*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Seyffert, S. (1996). *Ein Himmel voller Luftballons. Spiele mit Luftballons zum Toben, Entspannen und Träumen*. Münster: Menschenkinder Verlag.

SGB-Textsammlung. (2015). SGB Sozialgesetzbuch für die Praxis. (Redaktionsschluss 1. Jan. 2015). Freiburg im Breisgau: Haufe Verlag.

Sifton, C. (2011). *Das Demenz-Buch. Ein „Wegbegleiter“ für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten* (2., neu bearbeitete Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Statistisches Bundesamt. (2015). *Lebenserwartung in Deutschland*. Zugriff am 14.04.2015. URL:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungDeutschland.html>

Statistisches Bundesamt. (2009): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Zugriff am 15.03.2015. URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf;jsessionid=9962B8E82107E2D8AD12CDA52AEC6725.cae3?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt. (2014). *Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2013 (Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011)*. Zugriff am 16.03.2015. URL:

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/_Grafik/Zensus_Grundlage2011_Altersaufbau.png?__blob=poster

Statistisches Bundesamt. (2015). *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Zugriff am 20.05.2015. URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile

Stöhr, U. (1993). *Das Seniorenspielbuch. 250 praktische Anregungen für die Gruppenarbeit*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Tageszentrum am Geiersberg. (2003). *Schlager nach 1945. Band 1*. Wetzlar: Tageszentrum am Geiersberg.

Tageszentrum am Geiersberg. (2011a). *Schlager nach 1945. Band 2*. Wetzlar: Tageszentrum am Geiersberg.

Tageszentrum am Geiersberg. (2011b). *Hören und Erinnern. Teil 1*. Wetzlar: Tageszentrum am Geiersberg.

Teml, H. & Teml, H. (1992). *Komm mit zum Regenbogen. Phantasie Reisen für Kinder und Jugendliche. Entspannung, Lernförderung, Persönlichkeitsentwicklung* (2., neu bearbeitete Aufl.). Linz: Veritas Verlag.

Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter, 7-20*. Berlin: Oktoberdruck.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_gesundheit.pdf;jsessionid=95EAFD2565080913DBD3A815D2D1E15B.2_cid390?__blob=publicationFile

Thelen, R. (2015). *Herr Hildebrandt sorgt vor*. Zugriff am 25.05.2015. URL: <http://enorm-magazin.de/herr-hildebrandt-sorgt-vor>

Titze, S. & Oja, P. (2012). Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegungen. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S.49-63). Bern: Hans Huber Verlag.

Trabert, G. & Waller, H. (2013). *Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis* (7., neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Völker, K. (2012). Zusammenhang von körperlicher Aktivität mit physischer und psychischer Gesundheit – eine Einführung. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S.23-32). Bern: Hans Huber Verlag.

Waller, H. (2002). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health* (3., neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Walter, A. (2008). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S.245-262). Bern: Hans Huber Verlag.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (2007). *Menschliche Kommunikation. Formen. Störungen. Paradoxien* (11. unveränderte Auflage). Bern: Hans Huber Verlag

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. (1946). *Satzung der World-Health-Organisation [WHO]*. Zugriff am 16.04.2015. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 24.05.2015. URL:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1

Werle, J., Woll, A. & Tittlbach, S. (2006). *Gesundheitsförderung. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter* (Grundriss Gerontologie Bd.12). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

World Health Organisation WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Zugriff am 30.05.2015. URL:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1

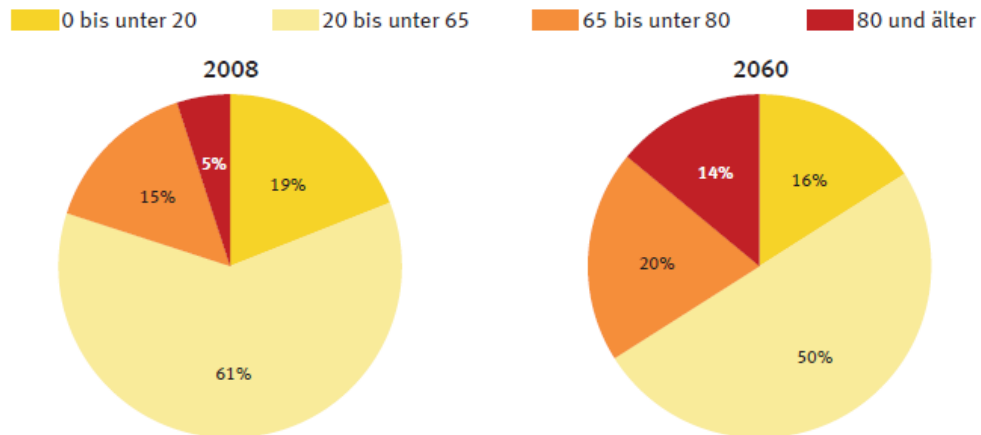
Witterstätter, K. (1997). *Soziologie für die Altenarbeit* (11., neu bearbeitete Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Wolf, J. (2003). Wandel der Altersstruktur in unserer Gesellschaft – notwendige Reaktionen des Rechts. In Geiger, H. (Hrsg.), *Die Würde des alten Menschen ist unantastbar. Rechtliche, medizinische, wirtschaftliche und soziale Probleme der letzten Lebensphase* (edition akademie 3/2003) (S.28-43). Bad Boll: Evangelische Akademie.

E) Anhang

Anhang A: *Bevölkerungsverteilung nach Altersgruppen*

Bevölkerung nach Altersgruppen

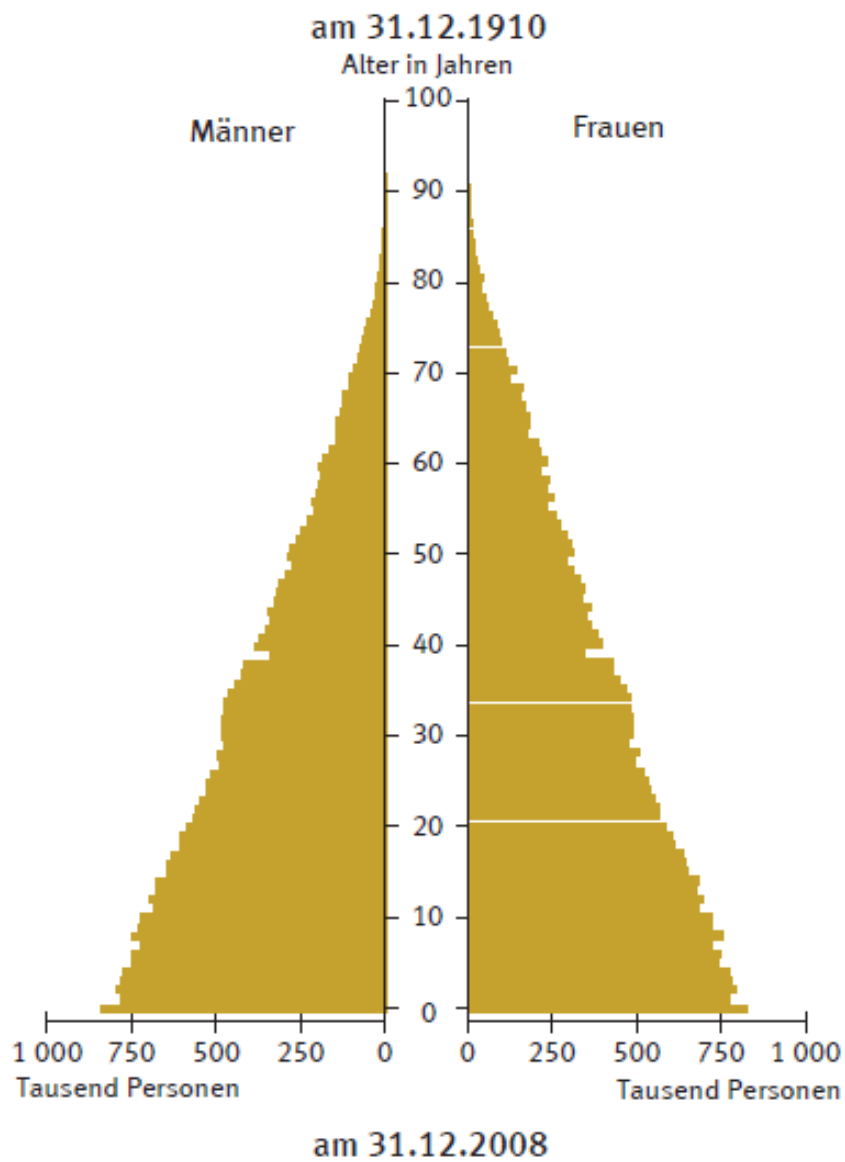


12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung,
Untergrenze der "mittleren" Bevölkerung

Statistisches Bundesamt

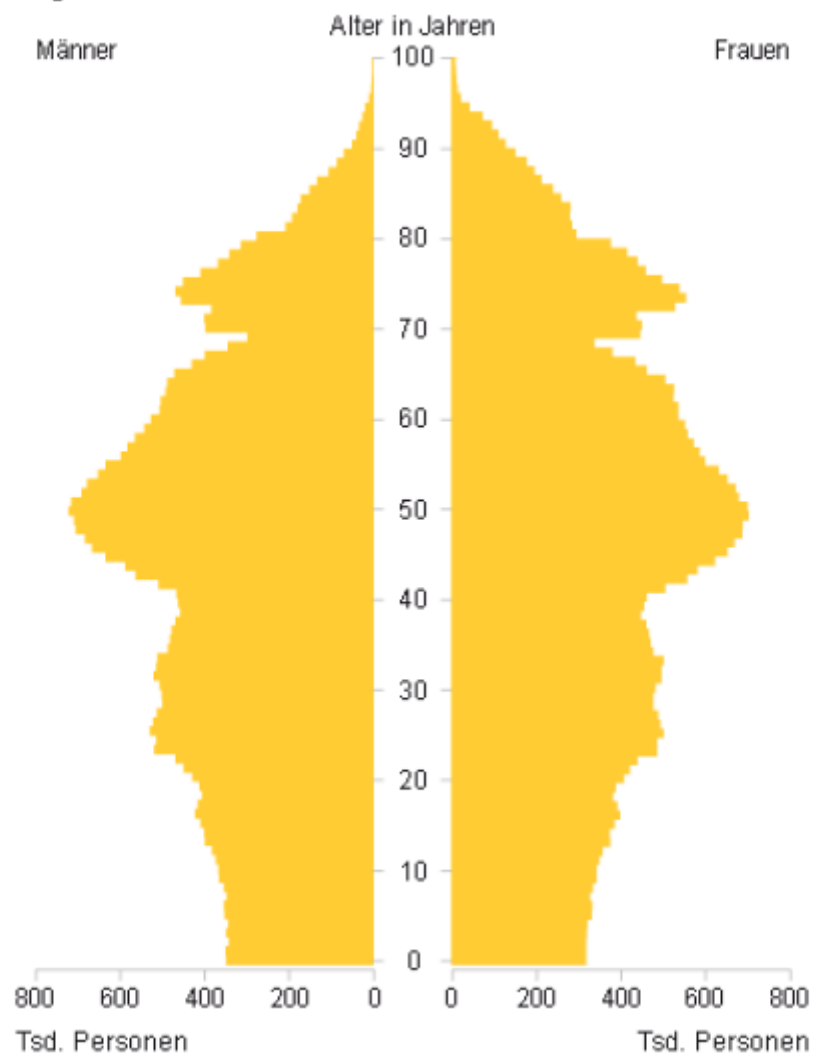
(Statistisches Bundesamt, 2009, S.16)

Anhang B: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 1910



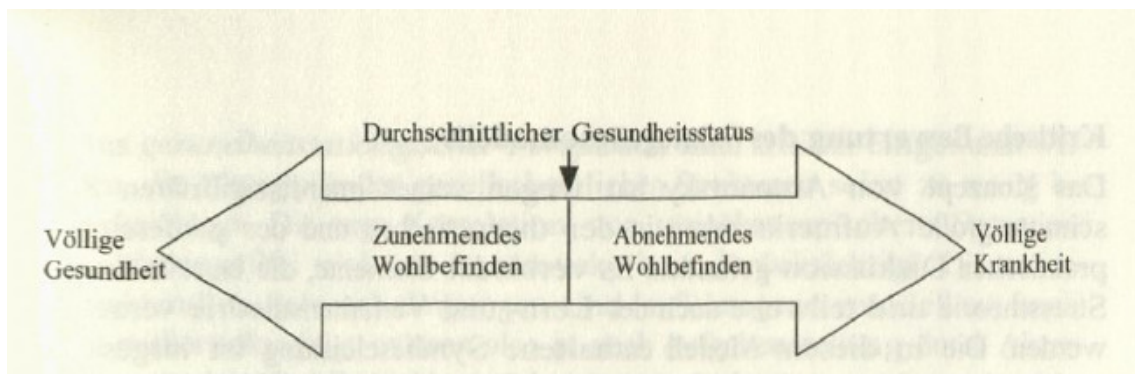
(Statistisches Bundesamt, 2009, S.15)

Anhang C: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2013 (Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011)



(Statistisches Bundesamt, 2014)

Anhang D: *Das Gesundheit-Krankheit-Kontinuum der Salutogenese*



(Hurrelmann, 2000, S.125)

Anhang E: *Prävalenzrate von Demenzerkrankungen in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2012*

Altersgruppe	Insgesamt (%)	Männer (%)	Frauen (%)
65-69 Jahre	1,6%	1,79	1,43
70-74 Jahre	3,5%	3,23	3,74
75-79 Jahre	7,31	6,89	7,63
80-84 Jahre	15,6%	14,35	16,39
85-89 Jahre	25,11 %	20,85	28,35
90 und älter	40,95%	29,18	44,17

(Eigene Darstellung nach DAIZG, 2014, S.2)

Anhang F: *Klassifikation der Demenz nach dem ICD-10*

ICD-10: Demenz (F 0)	
1.1.	Abnahme des Gedächtnisses (Fällt am deutlichsten beim Lernen neuer Informationen auf) und
1.2.	Abnahme anderer kognitiver Fähigkeiten (z.B. Urteilsfähigkeit, Denkvermögen)
2.	kein Hinweis auf vorübergehenden Verwirrtheitszustand → Wahrnehmung der Umwelt muss ausreichend lange erhalten geblieben sein
3.	Störung bzw. Verminderung von Affektkontrolle, Antrieb oder Sozialverhalten (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit, Apathie oder Vergröberung des Sozialverhaltens) sowie
4.	Dauer der unter 1. genannten Störungen mindestens 6 Monate

(Eigene Darstellung nach Förstl, 2001, S.3; Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2006, S.50)

ICD-10: Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F 00)

Degenerative zerebrale Krankheit mit folgenden Merkmalen:

1. Vorliegen einer Demenz (Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens sowie Beeinträchtigung des täglichen Lebens)
2. Beginn schleichend mit langsamer Verschlechterung
3. Fehlen von Hinweisen auf eine System- oder Hirnerkrankung
4. Fehlen eines plötzlichen durch einen Schlaganfall bedingten Beginns und keine neurologischen Herdzeichen bei Beginn

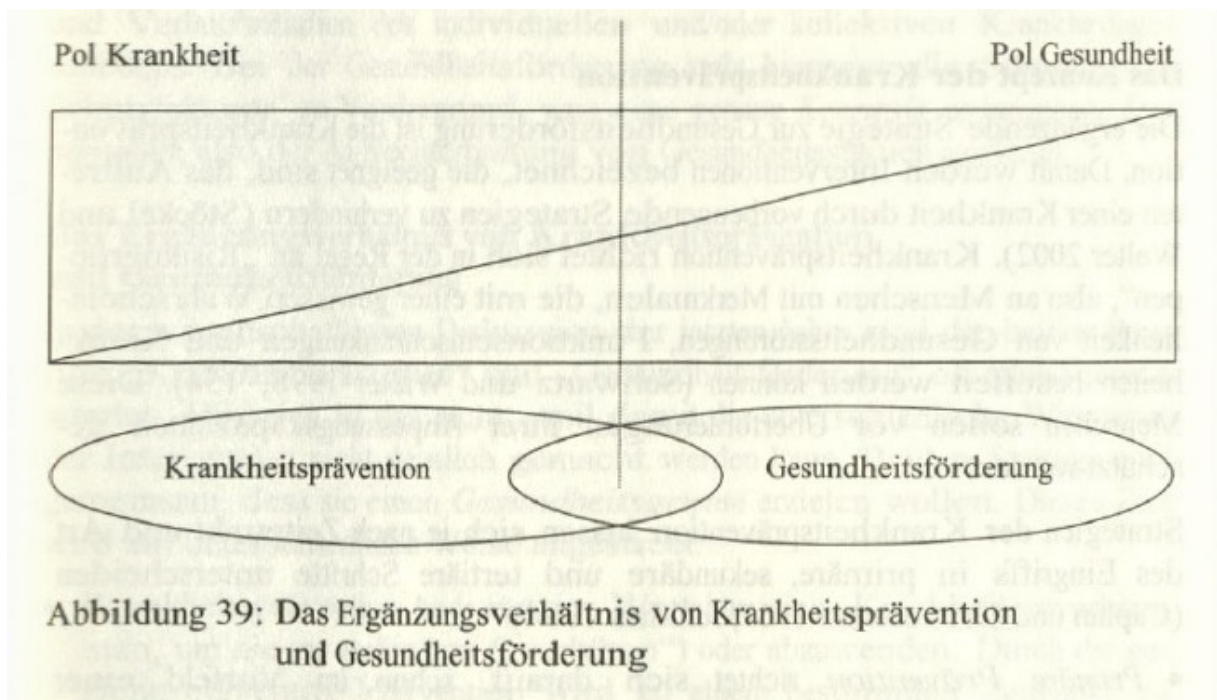
(Eigene Darstellung nach Davison et al., 2007, S. 597; Dilling et al., 2010, S.66)

Anhang H: Unterscheidung der Begriffe
 Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

	Krankheitsprävention (K.prävention)	Gesundheitsförderung (G.förderung)
Theoretische Grundlagen	Grundlage sind biomedizinische Ansichten und Risikoprognosen zur Pathogenese von Krankheiten (Franzkowiak et al., 2011, S.217)	Salutogenetische Perspektive: G.förderung möchte Gesunderhaltung durch eine Stärkung und Aufbau der Ressourcen von Gesundheit erreichen (Faltermaier, 2005, S.299; Waller, 2002, S.150;)
Ziele	Bekannte Risiken sollen vermieden oder abgebaut werden, um die Entstehung einer Krankheit oder ihre negativen Folgen zu verhindern. Dies setzt natürlich auch das Wissen über die Entstehung der Krankheiten voraus (Faltermaier, 2005, S.294; Waller, 2002, S.150)	Bezieht sich auf den einzelnen Menschen (höheres Maß an Selbstbestimmung – Menschen sollen dazu befähigt werden, ihre Gesundheit zu stärken) und auch auf gesellschaftlicher Ebene (z.B. Neuorientierung der Einrichtungen im Gesundheitswesen). Das Ziel dabei ist, die Ungleichheiten in sowohl Gesundheits- als auch Lebenserwartung zu reduzieren (Faltermaier, 2005, S.341; Walter., 2008, S.245) Setzt bei Schutzfaktoren und Ressourcen an und will diese fördern. Hat das Ziel, Gesundheit und Wohlbefinden zu steigern (Altgeld & Kolip, 2010, S.46)
Methoden	<u>Primäre Prävention:</u> Maßnahmen vor dem Beginn einer Krankheit <u>Sekundäre Prävention:</u> Eingriff bei bereits eingetretenen Krankheitssymptomen, sie soll die Krankheit möglichst früh erkennen und das Fortschreiten verhindern <u>Tertiäre Prävention:</u> setzt bei der bereits entwickelten Krankheit an und soll schwerwiegende Folgen verhindern (Faltermaier, 2005, S.294-295; Franzkowiak et al., 2011, S.219)	Stärkung von bio-psycho-sozialen Handlungskompetenzen, Schaffung von Kohärenzstrukturen, soziale und gerechte Ausgestaltung von Verwirklichungsräumen für eine Verbesserung der Gesundheit (Franzkowiak et al., 2011, S.228)

(Eigene Darstellung)

Anhang I: *Ergänzungsverhalten von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*



(Hurrelmann, 2000, S.147)

Anhang J: *Grundprinzipien zur Gesundheitsförderung aus der Ottawa-Charta:*

1. Gesundheitsförderung umfasst die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht nur spezifische Risikogruppen.
2. Gesundheitsförderung hat das Ziel, die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen.
3. Gesundheitsförderung verbindet unterschiedliche, aber einander ergänzende Maßnahmen oder Ansätze. Diese beinhalten Kommunikation, Gesetzgebung, Erziehung, steuerrechtliche Maßnahmen, Gemeinwesenarbeit, Veränderungen von Organisationen, Kommunalentwicklung, und spontane lokale Aktionen gegen Gesundheitsgefährdungen.
4. Gesundheitsförderung bemüht sich vor allem um eine konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit. Sie fördert die Selbsthilfe der Bevölkerung und die Kompetenzen der Menschen, damit diese besser auf ihre eigene Gesundheit einwirken können.
5. Gesundheitsförderung ist nicht nur eine Aufgabe für den Gesundheits- und Sozialbereich, sondern eine für alle gesellschaftlichen Bereiche relevante Aufgabe. Dennoch fällt den Gesundheitsberufen primär eine wichtige Rolle dabei zu.

(Eigene Darstellung nach Naidoo & Wills, 2010, S.84; Trabert & Waller, 2013, S. 150-151;)

Anhang K: Gruppenangebot zur Gesundheitsförderung von dementen Menschen durch Bewegung

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien
1. Modul Themenstunde I „Urlaub am Meer“ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die Teilnehmer (T.) äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte
	Hauptphase (ca. 20 min)	Baden gehen „Heidesand backen“	Sitz-/Stehkreis, Bewegungsübungen, Körperwahrnehmungsübung	Der Kreislauf der T. wird angeregt und sie geraten ins Schwitzen.	Schwämme,
	Schlussphase (ca. 5 min)	Ausschütteln	Entspannung, Lockerung des Körpers	Die T. sind entspannt.	Musik
Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
	Hauptphase (ca. 15 min)	„Platzwechsel“ „Ball schleudern“	Stehkreis, Körperwahrnehmungsübung	Die T. führen so viele Schritte wie möglich selbst durch und werden dabei von der Gruppenleitung ermutigt.	Fallschirm, leichter Ball oder Luftballons
	Schlussphase (ca. 10 min)	Fantasiereise	Gemütlich hinlegen oder hinsetzen auf Stuhl oder Matten	Die T. sind entspannt.	Entspannungsmusik, evtl. Matten

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien	
2. Modul Bewegung I „Darf ich um einen Tanz bitten?“ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die T. äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte	
	Hauptphase (ca. 20 min)	Sitztanz	Sitzkreis, Bewegungsübung, Gemeinschaftsübung	Die T. lachen während des Angebots und nehmen gerne daran teil. Die T. ahmen die Bewegungen der Gruppenleitung nach.	Tücher und Tanzmusik	
	Schlussphase (ca. 5 min)	„Eigenmassage“	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Knetsäckchen, Entspannungsmusik	
	Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
		Hauptphase (ca. 20 min)	Kreistanz	Stehkreis, Bewegungsübung, Gemeinschaftsübung	Der Kreislauf der T. wird angeregt und sie geraten ins Schwitzen. Die T. lachen miteinander und unterhalten sich.	Tanzmusik
		Schlussphase (ca. 5 min)	Atemübung	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Entspannungsmusik

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien	
3. Modul Körperwahrnehmung „Sich spüren“ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die T. äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte	
	Hauptphase (ca. 15 min)	Balanceübungen mit Gymnastikbällen	Bewegungs- und Balanceübung	Die T. ahmen die Bewegung der Gruppenleitung nach. Die T. führen so viele Schritte wie möglich selbst durch und werden dabei von der Gruppenleitung ermutigt.	Gymnastikbälle, Matten	
	Schlussphase (ca. 10 min)	Fantasiereise	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Entspannungsmusik, evtl. Matten	
	Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
		Hauptphase (ca. 20 min)	Rhythmische Bewegungskette Rückendrücken	Sitzkreis, Bewegungs- und Körperwahrnehmungsübung, Partnerübung	Die T. gehen auf die Gruppenleitung ein und ahmen ihre Bewegungen nach. Die T. sitzen in einem Sitzkreis beisammen und es werden alle mit einbezogen.	Luftballons
		Schlussphase (ca. 5 min)	Achtsamkeitsübung	Entspannung	Die Teilnehmer sind entspannt.	Rosinen (oder Nüsse, Obst, etc.)

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien
4. Modul Bewegung II „Rund um den Ball“ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die T. äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte
	Hauptphase (ca. 20 min)	Kleine Pezzibälle	Sitz-/ Stehkreis, Bewegungsübung, Gemeinschaftsübung	Der Kreislauf der T. wird angeregt. Die T. treten miteinander in Interaktion und helfen sich ggs. bei Schwierigkeiten. Die T. lachen während des Angebots und nehmen gerne daran teil.	Pezzibälle
	Schlussphase (ca. 5 min)	Eigenmassage mit Igelbällen	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Igelbälle
Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
	Hauptphase (ca. 15 min)	Luftballon in Bewegung „Dicke unter sich“	Körperwahrnehmung, Bewegungsübung, Partnerübung	Die T. lachen miteinander und unterhalten sich. Die T. führen so viele Schritte wie möglich selbst durch und werden dabei von der Gruppenleitung ermutigt.	Luftballons
	Schlussphase (ca. 10 min)	„Ein Himmel voller Luftballons“	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Durchsichtige Abdeckfolie, bunte Luftballons, Matte

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien	
5. Modul Themenstunde II „Arbeit und Freizeit“ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die T. äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte	
	Hauptphase (ca. 20 min)	Waschtag Einmachen	Sitz-/ Stehkreis, Bewegungsübung, Partnerübung, Geschicklichkeitsübung	Die T. gehen auf die Gruppenleitung ein und ahmen ihre Bewegung nach. Die T. führen so viele Schritte wie möglich selbst durch und werden dabei von der Gruppenleitung ermutigt.	Wäscheklammern, Korb, kleine Wäschestücke, Weckgummis	
	Schlussphase (ca. 5 min)	Dehn- und Kräftigungsübungen	Entspannung, Kräftigung	Die T. sind entspannt.	Entspannungsmusik	
	Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
		Hauptphase (ca. 20 min)	Fahrrad fahren	Bewegungsübung, Gemeinschaftsübung	Der Kreislauf der T. wird angeregt und sie geraten ins Schwitzen. Die T. lachen während des Angebots.	Gymnastikreifen Gehstöcke
		Schlussphase (ca. 5 min)	Ausschütteln	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Musik

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien
6. Modul Kommunikation bzw. Interaktion „ Zusammen sind wir stark “ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die T. äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte
	Hauptphase (ca. 15 min)	Schollenfluss	Bewegungsübung Gemeinschaftsübung,	Die T. treten miteinander in Interaktion und helfen sich ggs. bei Schwierigkeiten. Die T. lachen miteinander und unterhalten sich.	Zeitungen
	Schlussphase (ca. 10 min)	Partnermassage (Wettermassage)	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Entspannungsmusik
Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
	Hauptphase (ca. 15 min)	Gordischer Knoten	Gemeinschaftsübung, Bewegungsübung, Balanceübung	Die T. treten miteinander in Interaktion und helfen sich ggs. bei Schwierigkeiten. Die T. nehmen gerne am Angebot teil. Die T. führen so viele Übungen wie möglich selbst durch und werden dabei ermutigt.	
	Schlussphase (ca. 10 min)	Partnermassage mit Knetsäckchen	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Entspannungsmusik, Knetsäckchen

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien
7. Modul Bewegung III „Sport und Spiele“ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die Teilnehmer (T.) äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte
	Hauptphase (ca. 15 min)	Lustige Polonaise	Bewegungs- und Balanceübung, Gemeinschaftsübung	Der Kreislauf der T. wird angeregt und sie geraten ins Schwitzen. Die T. treten miteinander in Interaktion und helfen sich ggs. bei Schwierigkeiten. Sie lachen miteinander und unterhalten sich	Bunte Luftballons
	Schlussphase (ca. 10 min)	Atemübung	Entspannung und Kräftigung des Körpers	Die T. sind entspannt.	Musik
Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
	Hauptphase (ca. 20 min)	„Flaschen fangen“ Jonglieren mit Tüchern	Stehkreis, Bewegungsübung, Körperwahrnehmungsübung, Geschicklichkeitsübung	Die T. führen so viele Schritte wie möglich selbst durch und werden dabei ermutigt. Die T. lachen während des Angebots und nehmen gerne daran teil.	Flaschen, Gardinenringe, Schnur, Stäbe
	Schlussphase (ca. 5 min)	Dehn- und Kräftigungsübungen	Entspannung, Kräftigung	Die T. sind entspannt.	Entspannungsmusik

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien	
8. Modul Themenstunde III „Essen und Trinken“ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die T. äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte	
	Hauptphase (ca. 15 min)	Kirschen	Sitz-/ Stehkreis, Bewegungsübung, Paarübung	Die T. führen so viele Schritte wie möglich selbst durch und werden dabei ermutigt. Ihr Kreislauf wird angeregt.	Kirschsteinsäckchen	
	Schlussphase (ca. 10 min)	Massage mit Kirschsteinsäckchen Kirschen essen	Entspannung und gemeinschaftliches Ausklingen	Die T. sind entspannt. Sie sitzen in einem Sitzkreis und es werden alle mit einbezogen.	Kirschen	
	Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
		Hauptphase (ca. 20 min)	Bier („Bunte Scheiben“) Wein („Korken schnippen“)	Stehkreis, Bewegungsübung, Körperwahrnehmungsübung, Geschicklichkeitsübung	Die T. gehen auf die Gruppenleitung ein und ahmen ihre Bewegungen nach. Die T. nehmen gerne und oft am Angebot teil.	Bierdeckel, Karton Korken, Flasche
		Schlussphase (ca. 5 min)	Fantasiereise	Entspannung	Die T. sind entspannt	Entspannungsmusik, evtl. Matten

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien	
9. Modul Ästhetik „Hören, Riechen, Fühlen“ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die Teilnehmer (T.) äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte	
	Hauptphase (ca. 15 min)	Krabbelbeutel	Sitzkreis, Körperwahrnehmungsübung, Gemeinschaftsübung, Materialienvielfalt	Die T. sitzen in einem Sitzkreis beisammen und es werden alle mit einbezogen. Sie treten miteinander in Interaktion und helfen sich ggs. bei Schwierigkeiten.	Verschiedene Gegenstände zum Fühlen, z.B. Münze, Feder, Löffel, etc.	
	Schlussphase (ca. 10 min)	Geräusche erraten	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Geräusche (z.B. auf CD)	
	Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
		Hauptphase (ca. 20 min)	Riechen	Sitzkreis, Körperwahrnehmungsübung, Gemeinschaftsübung, Materialienvielfalt	Die T. sitzen in einem Sitzkreis beisammen und es werden alle mit einbezogen. Sie treten miteinander in Interaktion und helfen sich ggs. bei Schwierigkeiten.	Verschiedene Gerüche in kleinen Schachteln (z.B. Seife, Cornflakes, Aromen, etc.)
		Schlussphase (ca. 5 min)	Dehn- und Kräftigungsübungen	Entspannung, Kräftigung	Die T. sind entspannt	Entspannungsmusik

Modul	Phase und Zeit	Übungen/Spiele	Methoden	(Fein-) Ziele	Materialien	
10. Modul Themenstunde IV „Natur“ Teil I (z.B. vormittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Lied singen (Wunschlied)	Stehkreis, gemeinschaftliches Singen	Die Teilnehmer (T.) äußern ihre Bedürfnisse verbal und non-verbal. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Liederhefte	
	Hauptphase (ca. 20 min)	Steine Bäume	Sitz- oder Stehkreis, Körperwahrnehmungsübung, Bewegungsübung	Der Kreislauf der T. wird angeregt. Die T. nehmen gerne am Angebot teil und lachen dabei.	Steine, Holzstäbchen	
	Schlussphase (ca. 5 min)	Hören von Geräuschen aus der Natur	Entspannung	Die T. sind entspannt.	Geräusche aus der Natur z.B. auf CD	
	Teil II (z.B. nachmittags)	Einstiegsphase (ca. 5 min)	Geschichte/Gedicht vorlesen oder Redewendung und Sprichwörter ergänzen lassen	Sitzkreis, Anregung der Erinnerung, Aktivierung des Körpers und Langzeitgedächtnisses	Die T. hören aufmerksam zu und beteiligen sich am Gespräch. Sie machen einen wacheren Eindruck als vor dem Angebot.	Gedichtband, Märchenbuch, Kurzgeschichten, Bibel, etc.
		Hauptphase (ca. 15 min)	Malen mit Sand	Sitzkreis, kreative und Geschicklichkeitsübung	Die T. führen so viele Schritte wie möglich selbst durch und werden dabei von der Gruppenleitung ermutigt. Die T. nehmen gerne am Angebot teil.	Sand, DIN A3 Blätter, Kleber
		Schlussphase (ca. 10 min)	Betrachten und Aufhängen der geschaffenen Werke	Entspannung, Gemeinschaftsübung	Die T. treten miteinander in Interaktion. Die T. sind entspannt.	

Anhang L: *Beschreibung der Übungen und Spiele aus dem Konzept*

1. Spiele der Einstiegsphase

Mögliche Lieder:

- Aber dich gibt's nur einmal für mich (Nilsen Brothers)
- Ein Schiff wird kommen (Caterina Valente)
- La Paloma (Hans Alter, Freddy Quinn)
- Machen wir's den Schwalben nach (Bela Jenbach)
- Rote Rosen, rote Lippen, roter Wein (René Carol)
- Rosamunde (Rudi Schurike)
- Tanze mit mir in den Morgen (Gerhard Wendland)
- Anneliese (Peter Alexander)
- Aus Böhmen kommt die Musik (Gitti und Erika)
- Ganz in Weiss (Roy Black)
- Liebeskummer lohnt sich nicht (Conny Francis)
- Marmor, Stein und Eisen bricht (Drafi Deutscher)
- Schön ist es, auf der Welt zu sein (Roy Black & Anita)
- u.v.m.

Die Liederhefte aus dem Tageszentrum am Geiersberg sind übersichtlich gestaltet und in großer Schrift abgedruckt. Zur Begleitung werden CD's mit Gesangsstimme und ohne angeboten – dies wäre eine hilfreiche und passende musikalische Untermalung für das Angebot.

(aus: Tageszentrum am Geiersberg, 2003 und 2011a)

Mögliche (Kurz-)Geschichten, Gedichte, Redewendungen oder Sprichwörter:

(Kurz-) Geschichten

- Von meiner Schulzeit (Cäcilie Alt)
- Beim „Honigkochen“ (Hoink Kochen) von Helga Rücker
- Kirmes (Cäcilie Alt)
- Wie es früher war (Ingeburg Wörner)
- Der spanische Hund (Sigrid Zeevaert)

(Tageszentrum am Geiersberg, 2011b)

- Weitere Bücher:
 - Omas Kuchen ist der beste. Geschichten zum Vorlesen für Demenzkranke von Ulrike Strätling (2015)
 - Als die Kaffeemühle streikte. Geschichten zum Vorlesen für Demenzkranke von Ulrike Strätling (2015)
 - 5-Minuten-Vorlesegeschichten für Menschen mit Demenz: Humoristische Anekdoten von Petra Bartoly y Eckert (2013)
 - 5-Minuten-Vorlesegeschichten für Menschen mit Demenz: Stationen im Leben von Annette Weber (2013)

Bekannte Märchen

- Rotkäppchen
- Aschenputtel
- Schneewittchen
- Der Froschkönig oder der eiserne Heinrich
- Frau Holle
- Die Sterntaler
- Der Wolf und die sieben Geißlein
- Tischlein deck dich
- Das tapfere Schneiderlein
- u.v.m.

Empfehlung: Das Märchenbuch von Petra Fiedler (2008)

Bekannte Gedichte

Je nach Thema

- Die Geschichte vom Zappelphillip (aus Der Struwwelpeter von Heinrich Hoffmann)
- Max und Moritz (Wilhelm Busch)
- Der König in Thule (Johann Wolfgang von Goethe)
- Das Lied von der Glocke (gekürzt) (Friedrich von Schiller)
- Herbsttag (Reiner Maria Rilke)
- Der Erlkönig (Johann Wolfgang von Goethe)
- Dunkel war's der Mond schien helle (unbekannter Autor)
- Abendlied (Matthias Claudius)
- Ich weiß nicht, was soll es bedeuten... (Heinrich Heine)
- Das Hexen-Einmaleins (Johann Wolfgang von Goethe)
- Das verhexte Telefon (Erich Kästner)
- Kicherfritzen (Erich Kästner)
- Der tugendhafte Hund (Heinrich Heine)
- Ein Männlein steht im Walde (August Heinrich Hoffmann von Fallersleben)
- Vom Schlaraffenland (August Heinrich Hoffmann von Fallersleben)
- Die Feder (Joachim Ringelnatz)
- Die Affen (Wilhelm Busch)
- Glück (Joseph von Eichendorff)
- Mutters Hände (Kurt Tocholsky)
- u.v.m.

Bekannte Redewendungen und Sprichwörter

- Abwarten – und Tee trinken
- Aller guten Dinge – sind drei
- Aufgeschoben – ist nicht aufgehoben
- Besser ein Ende mit Schrecken – als ein Schrecken ohne Ende
- Blut ist dicker – als Wasser
- Der Klügere – gibt nach

- Der Zweck – heiligt die Mittel
- Die Augen sind oft größer – als der Magen
- Ein gutes Gewissen – ist ein sanftes Ruhekissen
- Ein Unglück – kommt selten allein
- Ende gut – alles gut
- Erst die Arbeit – dann das Vergnügen
- Es wird nichts so heiß gegessen – wie es gekocht wird
- Essen und Trinken – hält Leib und Seele zusammen
- Hochmut kommt – vor dem Fall
- In der Ruhe – liegt die Kraft
- In der Kürze – liegt die Würze
- Kommt Zeit – kommt Rat
- Man muss das Leben nehmen – wie es kommt
- Morgenstund – hat Gold im Mund
- Ohne Fleiß – kein Preis
- Papier ist – geduldig
- Reden ist Silber – Schweigen ist Gold
- Voller Bauch – studiert nicht gern
- Was lange währt – wird endlich gut
- Was du heute kannst besorgen – das verschiebe nicht auf morgen
- Was ich nicht weiß – macht mich nicht heiß
- Wenn du glaubst es geht nicht mehr – kommt von irgendwo ein Lichtlein her
- Wenn zwei sich streiten – freut sich der Dritte
- Wer die Wahl hat – hat die Qual
- Wer einmal lügt dem glaubt man nicht – und wenn er auch die Wahrheit spricht
- Wer schön sein will – muss leiden
- Wer zuerst kommt – mahlt zuerst
- Wer zuletzt lacht – lacht am Besten
- Zeit heilt – alle Wunden
- u.v.m.

(Tageszentrum am Geiersberg, 2011b; Friese, 2007; Jasper, 2014)

2. Spiele der Hauptphase und Schlussphase

Bei allen Übungen werden die TN von der Gruppenleitung angeleitet und sie unterstützt sie, wenn sie von selbst nicht weiterkommen. Bei einigen Spielen führt die Gruppenleitung die Übungen vor und die TN ahmen sie nach.

Modul 1: „Urlaub am Meer“

Hauptphase

Baden gehen: Pro Teilnehmer 1 Bade- oder Topfschwamm. Die TN sollen den Badeschwamm (BS) betrachten, betasten, beschreiben. Danach können sie mit dem BS experimentieren, also werfen, kneten, wringen... Danach den BS mit beiden Händen kneten und zusammendrücken. Den BS in einer Hand kneten und zusammendrücken, rechts und links im Wechsel, mehrere Wiederholungen. Den BS stetig von einer Hand

in die andere geben. Bei jedem Wechsel die Hände um den BS fest zur Faustballen und gleichzeitig die Finger der freien Hand so weit wie möglich spreizen. Mehrere Wiederholungen. Den BS um den Körper herumgeben – durch die Beine hindurch, unter einem Knie, hinter den Rücken, usw. Den BS auf einer Fingerspitze balancieren. Mit allen Fingern nacheinander ausprobieren. Mehrere Durchgänge mit rechter und linker Hand. Den BS von einer Hand in die andere werfen. Den Abstand zwischen beiden Händen langsam vergrößern. Mehrere Wiederholungen (Jaspers, 2014, S.80-81).

„Heidesand backen“ (Bewegungsübung): „Zunächst nehmen wir 259 g weiche Butter, die wir sehr schaumig rühren. *(Der linke Arm umfasst eine imaginäre Rührschüssel, der rechte Arm macht die Rührbewegungen.)* Da dies sehr lange dauert, nehmen wir die Rührschüssel in den anderen Arm und rühren mit der linken Hand. *(Wechsel der Bewegungen.)* Nun geben wir 200g Zucker, das Mark einer halben Vanilleschote sowie eine Prise Salz hinein und rühren das Ganze schnell schaumig. *(Schnell rühren.)* Puh, ist das anstrengend! *(Mit der Hand über die Stirn fahren.)* Nun noch 375g Mehl hinzufügen und das Ganze zu einem festen Teig kneten. Das machen wir nun mit den Händen. *(Mit den Händen Knetbewegungen durchführen.)* Aus dem Teig wird eine lange Rolle geformt. *(Mit beiden Handflächen nebeneinander über den Tisch „rollen“.)* Von dieser Rolle werden nun 3-4cm dünne Scheiben abgeschnitten und auf ein Backblech gelegt. *(Entsprechende Handbewegungen machen.)* Das Blech in den Ofen schieben *(Arme nach vorne strecken.)* und auf 160 Grad backen. Nach 12-15 Minuten können wir dann unseren Heidesand probieren: mmmh, lecker! *(Mit beiden Händen genussvoll über den Bauch streichen.)*“ (Frie-se, 2007, S.12).

„Wind, Sturm, Orkan“: Die TN verteilen sich um den Fallschirm herum. Sind zu starke Größenunterschiede zwischen den einzelnen TN vorhanden, sollten auch diese vorher ausgeglichen werden. Der Fallschirm wird zunächst gemeinsam auf- und abgeschwungen. Ziel ist es, die gemeinsamen Bewegungen so gut zu koordinieren, dass er sich aufbläht und fast in der Luft steht. Dies erreicht man am leichtesten, wenn alle Mitspielenden bei der Aufwärtsbewegung einen kleinen Schritt nach innen gehen und die Arme anschließend strecken. Nach einiger Zeit bewegen sie ihn immer stärker (Orkan) und können ihn auch mit Geräuschen begleiten. Zum Ende flaut der Orkan oder Sturm ab und sie schwingen ihn wieder ruhiger auf und ab bis er zum Stillstand kommt (Schöttler, 2006, S.102-103).

„Ball schleudern“: Die TN versuchen, durch heftige, gemeinsame Bewegungen mit dem Fallschirm einen oder mehrere Bälle/Luftballons möglichst hoch zu schleudern. Wenn die Hälfte der Mitspieler den Fallschirm loslässt, kann sie versuchen, die herausgeschleuderten Bälle zu fangen (Schöttler, 2006, S.104).

Schlussphase

Ausschütteln: Erst die Hände nacheinander ausschütteln, dann die Füße ausschütteln. Hände und Füße kreisen lassen (erst nacheinander und am Ende alles zusammen). Kopf vorsichtig kreisen lassen (von rechts nach links und wieder zurück). Schultern kreisen lassen (vorwärts und rückwärts). Am Ende Hände, Füße, Kopf, Schultern schütteln und auslockern (Eigene Darstellung).

Fantasiereise: Auf dem Wasser

Die TN sollen sich eine bequeme Position suchen, entweder auf einem Stuhl oder auf einer Matte. Im Hintergrund läuft Entspannungsmusik. Der folgende Text sollte langsam, mit ruhiger Stimme und eingelegten Pausen vorgelesen werden.

„Du machst es dir jetzt ganz bequem. Du atmest ruhig ein und aus. Allmählich vergisst du alles, was um dich herum geschieht. Nichts stört dich mehr. Wenn noch Gedanken da sind, haben die Gedanken ein Recht da zu sein. Du kannst jetzt allmählich deine Augen schließen und beginnst dich zu entspannen. Du kannst dich jetzt auf die folgende Übung einlassen. Du liegst auf einer Luftmatratze in einer Lagune im Südpazifik. Du fühlst dich sicher. Du hast überhaupt nichts zu tun. Die Sonne ist heiß, aber eine kühle angenehme Brise macht die Situation für dich angenehm. Du hast dich dicke mit Sonnenmilch eingeschmiert und musst keine Angst haben, einen Sonnenbrand zu bekommen. Du hörst, wie die Wellen in regelmäßigen Rhythmus gegen die Luftmatratze schlagen. Die Blätter einer Palme schützen dich vor dem grellen Licht. Du fühlst dich ganz schläfrig.“

Wenn ich jetzt gleich von Drei bis Eins zähle, kommst du allmählich zurück aus dieser Übung. Bei Drei ballst du dann bitte die Hände zur Faust, bei Zwei streckst du die Arme und atmest tief ein und bei Eins öffnest du die Augen.

Drei: Du ballst jetzt die Hände zur Faust (unter Umständen mehrfach wiederholen, wenn die TN sehr tief entspannt sind und nicht gleich aus der Entspannung zurückkehren).

Zwei: Du streckst die Arme und atmest tief ein und aus.

Eins: Du öffnest die Augen und bist zurückgekehrt ins Hier und Jetzt.“

(Krowatschek & Hengst, 2006, S.172-173).

Modul 2: „Darf ich um einen Tanz bitten?“

Hauptphase

Sitzanz: Schneewalzer. 3/4 . Vorspiel: Auftakt und 16 Takte. In jeder Hand bunte Krepppapierbänder (Herstellung: 5 bunte Krepppapierbänder (ca. 2cm breit, 60cm lang) bis zur Mitte durch einen Ring (ca. 3cm Durchmesser) ziehen und unterhalb des Rings zusammen-tackern.

Vor Musikbegleitung sollte die Gruppenleitung den Teilnehmern die verschiedenen Übungen vormachen und nachmachen lassen. Der Tanz ist schnell und es kann sonst zu viel Verwirrung führen wenn die Übungen vorher nicht bekannt sind.

Takt A	Schritte
1-8	Rechten Arm 4mal vor- und rückschwingen
9-16	Wie Takt 1-8, linker Arm
17-24	Rechte Hand 8 mal vor Körper eine liegende Acht schwingen
25-32	Wie Takt 17-24, linke Hand
Takt B	Schritte
33-34	Rechte Hand schwingt vor dem Körper einen senkrechten Kreis im Uhrzeigersinn
35-36	Rechte Hand schwingt vor dem Körper einen senkrechten Kreis gegen Uhrzeigersinn
37-40	Wie Takt 33-36, linke Hand
41-48	Beide Hände gegeneinander liegende Achten schwingen
49-64	Wie Takt 33-48

Der Tanz hat zwei Durchspiele und Teil B (Eigene Darstellung).

Kreistanz: „Ich habe noch nicht genug geliebt“ (Od lo ahavti dai (israelisch) von Naomi Shemer)

4er Tanz, rechter Fuß beginnt (kein Tip, immer normale Schritte), immer 8 Zählzeiten pro Einheit
Front zur Kreismitte
Tanz beginnt gegen Tanzrichtung (Im Uhrzeigersinn)
Rechte Hand ist nehmende Hand (Handfläche zeigt nach oben), linke Hand ist gebende Hand (Handfläche nach unten, Arme in V-Fassung (hängen entspannt nach unten)
Teil A: <ul style="list-style-type: none">• Beginn mit rechtem Fuß, kreuzt vor links (4er), links kreuzt hinter rechts (dazwischen Seitenschritt) → 2mal wiederholen• Rechter Fuß frei, Schritt vor (links am Platz), Schritt zurück (links am Platz) Arme bei vorgehen in W-Form nach oben (2mal)• Teil A wiederholen (als Gesamtes)
Teil B: <ul style="list-style-type: none">• 4 Schritte in Kreismitte, Hände schwingen zur Decke und wieder zurück• 4 Anstellschritte (rechts seit, links ran), Hände auseinanderstellen in W-Form
Teil A und B wiederholen

(Eigene Darstellung)

Schlussphase

„**Eigenmassage**“: Jeder TN erhält 1-2 Knetsäckchen. Damit klopf er sich erst die Schultern ab und geht über den Bauch, den Oberschenkel und den Schienbeinen zu den Füßen. Auch die Arme werden gegenseitig abgeklopft. Zum Schluss die Knetsäckchen mit den Händen fest zusammendrücken und lockerlassen. Dreimal wiederholen (Eigene Darstellung).

Atemübung:

- Beim Einatmen die Arme nach vorn, dann nach oben strecken. In dieser Position kurz die Spannung halten. Beim Ausatmen die Arme langsam wieder runter nehmen.
- Beim Einatmen die Arme zu den Seiten ausstrecken, kurz die Spannung halten. Beim Ausatmen die Arme vom Körper über Kreuz zusammenbringen.
- Arme angewinkelt vor der Brust halten, Fingerspitzen berühren sich. Beim Einatmen die Ellenbogen soweit es geht nach hinten ziehen, Schultern sind weit nach hinten gebogen. Kurz die Spannung halten. Beim Ausatmen kommen die Ellenbogen wieder vor, sodass, die Fingerspitzen sich wieder berühren (Eigene Darstellung).

Modul 3: „Sich spüren“

Hauptphase

Balanceübung mit Gymnastikbällen: Jeder der TN erhält einen großen Gymnastikball. Die TN setzen sich darauf und heben zuerst den rechten Fuß. Das Gleiche probieren sie mit dem linken Fuß. Danach probieren sie das Gleichgewicht zu halten, wenn

sie beide Füße kurz vom Boden nehmen. Danach kreisen die TN die Hüfte auf dem Gymnastikball und schieben sie mal nach rechts, nach links, nach vorne und nach hinten. Danach legen sich die TN mit dem Bauch auf den Gymnastikball und heben auch hier abwechselnd das rechte und linke Bein, wer möchte kann auch versuchen, beide Beine vom Boden zu heben. Dabei können auch die Arme zu Hilfe genommen werden. Nun legt sich jeder TN auf eine Matte und legt die Beine auf den Ball ab. Nun lassen sie abwechselnd die Beine auf dem Ball nach rechts und links kippen. Wichtig dabei ist, dass der Rücken bis unten hin nicht den Kontakt mit dem Boden verliert. Zur Kräftigung legt sich jeder TN auf eine Matte, legt die Beinenden auf den Ball und versucht, die Hüfte ein Stück hochzuheben. Zum Abschluss legen sich die TN mit dem Rücken auf den Ball, lassen die Arme zur Seite oder über den Kopf fallen und rollen etwas vor, zurück und zur Seite, um den Rücken zu entspannen (Eigene Darstellung).

Rhythmische Bewegungskette: Alle Spieler sitzen im Kreis. Die Gruppenleitung beginnt mit einer Bewegungseinheit, die alle Mitspieler ausüben können, also z.B. Mit Händen auf Knie schlagen, mit der rechten Hand den linken Ellenbogen anfassen, dann mit linker Hand rechten Ellenbogen anfassen und wieder von vorn. Jeder Spieler übernimmt diese Bewegung und sie wird ein paarmal hintereinander durchgeführt. Nun nimmt die Gruppenleitung eine neue Bewegung dazu. Auch hier schließen sich die Mitspieler an. Wenn die Mitspieler möchten, können sie selbst auch neue Bewegungen dazu erfinden, allerdings muss bei dementen Menschen darauf geachtet werden, dass es nicht zu viele neue und komplizierte Bewegungen sind, da sie sonst leicht durcheinander kommen (Eigene Darstellung nach Stöhr, 1993, S.78).

Rückendrücken: Die TN stellen sich zu etwa gleicher Größe in Paaren zusammen. Nun stellen sie sich Rücken an Rücken, einer geht vorwärts, einer rückwärts durch den Raum. Es soll Rückenkontakt mit Schultern und Gesäß gehalten werden. Nach einiger Zeit gibt es einen Richtungswechsel. Sie können auch versuchen, sich im Kreis zu drehen (Broich, 2005, S.13).

Schlussphase

Fantasiereise: Schneeflocke

Die TN sollen sich eine bequeme Position suchen, entweder auf einem Stuhl oder auf einer Matte. Im Hintergrund läuft Entspannungsmusik. Der folgende Text sollte langsam, mit ruhiger Stimme und eingelegten Pausen vorgelesen werden.

„Hast du auch schon einmal dem Tanz der Schneeflocken zugesehen, wenn sie ganz leicht und sanft zur Erde schweben? In deiner Phantasie kannst du dich in eine Schneeflocke verwandeln. Setze oder lege dich dazu entspannt hin...Schließe deine augen...Mache es dir noch ein wenig bequemer...Stell dir vor, du bist eine Schneeflocke..., ganz klein..., und leicht..., Und du schwebst sanft in der Luft..., mit vielen anderen Schneeflocke..., ganz leicht und sanft herab vom Himmel..., immer tiefer... Und dann kommt ein sanfter Windstoß..., hebt dich empor in die Luft..., und trägt dich nach oben..., und du schwebst wieder herab..., ein lustiges Spiel..., schweben..., steigen..., und sinken..., wie ein Tanz. Und nun kommst du langsam..., in deinem Tempo... wieder hierher zurück...du bewegst deine Finger..., atmest etwas tiefer ein und aus... Du dehnt und räkelst dich...und öffnest deine Augen...Du fühlst dich erfrischt und ausgeruht, als wärest du gerade aufgewacht...“ (Teml & Teml, 1992, S.62.)

Achtsamkeitsübung (Rosinen): Die Gruppenleitung geht herum und jeder darf sich etwas aus der Schale nehmen (z.B. Rosinen, Nüsse, Obst, etc.). Nun sollen sie ihre

Aufmerksamkeit auf das Objekt in ihrer Hand richten und sich vorstellen, dass sie es etwas noch nie gesehen haben. Bei den folgenden Instruktionen soll zwischen den Sätzen immer eine kurze Pause gemacht werden.

„Richten Sie ihre Aufmerksamkeit auf das Sehen dieses Objekts...Erkunden Sie seine Oberfläche mit den Fingern...Nun riechen Sie an dem Objekt. Nehmen Sie es und halten Sie es unter ihre Nase. Mit jedem Einatmen nehmen Sie den Geruch dieses Objekts wahr...Nun betrachten Sie es wieder...Jetzt machen wir ein weiteres Experiment mit dem Objekt. Halten Sie es an die Ohren und drehen Sie es zwischen den Fingern, vielleicht können Sie es hören...Um den Geschmack zu erkunden, stecken Sie das Objekt zwischen ihre Lippen, aber noch nicht in den Mund...Jetzt nehmen Sie es langsam in den Mund, aber beißen Sie noch nicht zu...Erkunden Sie das Empfinden dieses Objekt im Mund zu haben...Und dann, wenn Sie bereit sind, beißen Sie langsam und bewusst in das Objekt und bemerken Sie den Geschmack, der dadurch freigesetzt wird...Kauen Sie ganz langsam, bemerken Sie den Speichel in ihrem Mund, die Veränderung der Konsistenz des Objekts...Dann, wenn Sie dazu bereit sind, können Sie das Objekt schlucken“ (Eigene Darstellung).

Modul 4: „Rund um den Ball“ → siehe Durchführung Kapitel 5

Hauptphase

Kleine Pezzibälle: Jeder TN bekommt einen kleinen Ball. Nun wirft jeder den Ball vor sich in die Luft und fängt ihn wieder. Dies kann abwechselnd mit rechter und linker Hand durchgeführt werden. Danach gehen zwei TN zusammen und werfen sich den Ball gegenseitig zu – zuerst nur mit einem, danach mit beiden Bällen. Danach setzen sich die TN in einen Sitzkreis. Zuerst wird ein Ball in die Runde geworfen und die TN können ihn sich gegenseitig zuprellen. Nach und nach werden mehr Bälle in die Runde gegeben, die sich die TN alle gegenseitig zuwerfen und prellen können (Eigene Darstellung).

Luftballon in Bewegung: Jeweils 2 Spieler probieren, einen Luftballon von einem Ende des Raumes zum anderen zu bewegen und ihn dort in einen großen Karton oder Kasten hineinfallen zu lassen. Er darf dabei nicht festgehalten oder getragen werden und sollte zwischendurch nicht herunterfallen (Stöhr, 1993, S.74).

„**Dicke unter sich**“: Jeder TN nimmt sich einen Luftballon, klemmt ihn sich unter die Arme, Beine, Zehen, etc. oder stopft ihn sich unter den Pulli. Dann darf er damit im Raum herumspazieren und soll aufpassen, dass der Ballon nicht herunterfällt (Seyffert, 1996, S. 35).

Schlussphase

Eigenmassage mit Igelbällen: Jeder TN erhält einen Igelball und massiert sich nacheinander die Schultern, die Arme, die Hände, den Bauch, die Beine und die Füße. Angenehm ist auch, die Schuhe auszuziehen und mit den Fußunterflächen über den Ball am Boden zu rollen (Eigene Darstellung).

„**Ein Himmel voller Luftballons**“: Die TN stellen sich im Kreis um die durchsichtige Abdeckfolie auf und legen die Luftballons darauf. Nun können sich immer zwei unter die Folie legen während die anderen TN diese sanft auf und ab bewegen, sodass die Luftballons „tanzen“. Nach einer Minute wird gewechselt und die nächsten zwei legen sich unter die Folie (Seyffert, 1993, S.37).

Modul 5: „Arbeit und Freizeit“

Hauptphase

Waschtag: Die Gruppenleitung legt viele verschiedene Wäscheklammern (WK) aus. Die TN probieren die WK aus und sortieren sie nach Gängigkeit der Federn (schwer gängigen, mittlere und leichte). Auf einem Tisch oder am Boden verteilt die Gruppenleitung viele verschiedene Wäschestücke, die TN befördern diese mithilfe der WK in einen Korb. Dabei können sie die Finger wechseln und mit rechter und linker Hand abwechseln. Danach müssen die Wäschestücke mit den WK wieder an eine Leine geklemmt werden (Jasper, 2014, S.54).

Einmachen: Die TN fassen die Weckgummis mit beiden Händen, halten sie mit gebeugten Armen auf Brusthöhe und ziehen sie mit dem Handrücken noch vor auseinander. Spannung kurz halten und lockerlassen im Wechsel. Mehrere Wiederholungen. Danach ziehen sie sie mit gestreckten Armen auseinander, Handrücken nach außen. Nach mehreren Wiederholungen ziehen sie die Weckgummis vertikal auseinander, ein Arm oben, der andere nach unten. Nun finden sich die TN erneut in Paaren zusammen. Ein TN wirft den Weckgummi aus kürzerer Entfernung wie ein Lasso über die Hand des anderen TN, wobei der andere TN dabei entgegenkommt, sodass es wie ein Ring über seinen Arm fällt. Dann wird gewechselt und mehrmals wiederholt (Jasper, 2014, S.90).

Fahrrad fahren: Jeder TN erhält einen Gymnastikreifen (GR) und experimentiert kurz, was sich damit machen lässt (z.B. Hula-Hoop). Dann legen sie den GR auf den Boden, stellen beide Füße hinein und treten in gleichmäßiger Folge in, auf und neben den GR (wie es die Gruppenleitung vorgibt). Dabei kann Reihenfolge und Tempo verändert werden, empfehlenswert ist dazu musikalische Begleitung. Danach stellen sie den GR neben dem Körper auf und rollen ihn mit einer Hand vor und zurück, wechseln dabei die Hand und wiederholen dies öfter. Danach können ihn die TN durch den ganzen Raum rollen, müssen dabei jedoch aufpassen, dass sie nicht zusammenstoßen. Auch hier kann die Hand gewechselt oder verschiedene Finger genommen werden. Eine Partnerübung könnte hier sein, dass sich die TN die GR gegenseitig zurollen. In der nächsten Übung fassen sie den GR außen, halten ihn waagrecht und führen ihn weit nach oben und senken ihn ab, so dass er den eigenen Körper umschließt. Wenn noch Zeit ist, kann ein TN einen GR senkrecht in die Luft halten und ein anderer TN versucht, einen kleinen Ball (z.B. kleinen Pezziball) durch den GR hindurch zu werfen (Jasper, 2014, S.56-57).

Schlussphase

Dehn- und Kräftigungsübungen: Alle folgenden Übungen werden öfter wiederholt. Die TN drehen ihren Kopf vorsichtig nach rechts, um Hals und Schulter zu dehnen, dann nach links. Danach lassen sie ihn auf den Brustkorb fallen und kippen ihn leicht nach rechts und nach links. Nun kreisen sie ihre Schultern nach vorne und nach hinten. Auch die Arme und die Handflächen werden gedehnt. Jetzt lassen die TN langsam ihren Oberkörper soweit sie kommen nach unten zu ihren Beinen sinken. Sie setzen sich in einen Sitzkreis und heben nacheinander ihre Beine hoch, erst rechts, dann links, dann beide Beine. Danach heben ihren Körper hoch, indem sie ihn mit ihren Ar-

men an den Stuhllehnen nach oben schieben. Dabei können sie zusätzlich abwechselnd das rechte und linke Bein hochheben (Eigene Darstellung).

Ausschütteln: siehe Modul 1

Modul 6: „Zusammen sind wir stark“

Hauptphase

Schollenfluss: Bis auf einen TN bekommt jeder ein Blatt Zeitung. Nun versuchen sie von einer Seite des Raumes zur anderen Seite zu kommen, ohne den Boden zu berühren. Die TN dürfen den Kontakt zur Gruppe und zu jedem einzelnen Blatt nicht verlieren. Wenn ein Blatt „verloren“ geht, springt die Gruppenleitung ein und gibt es der Gruppe zurück. Bei dieser Übung müssen die TN manchmal engen Körperkontakt halten. Deshalb sollte darauf geachtet werden, ob den TN dies recht ist. Wenn nicht, können sie auch einfach zuschauen. Zudem kann es sein, dass die Gruppenleitung bei dieser Übung helfend eingreifen muss, wenn die TN von selbst nicht weiterkommen (Baersch, 2009, S.1-2).

Gordischer Knoten: Die TN stellen sich im Kreis auf, schließen die Augen und strecken die Arme aus. Danach gehen sie in die Mitte des Kreises. Nun greift jeder nach zwei Händen. Wenn der Knoten richtig sitzt dürfen die Mitspieler ihre Augen öffnen. Nun sollen die TN versuchen, den entstandenen Knoten zu lösen, ohne dass sie die Hände ihrer Nachbarn loslassen. Am Ende sollten alle TN möglichst in einem großen Kreis stehen. Auch hier kann es sein, dass die Gruppenleitung die Knotenlösung etwas anleiten muss (Baersch, 2009, S.2).

Schlussphase

Partnermassage (Wettermassage am Rücken): Die TN finden sich zu zweit zusammen und setzen sich hintereinander auf zwei Stühle. Nun massiert zuerst der eine dem anderen den Rücken nach den Instruktionen der Gruppenleitung. Die Wettermassage kann sein: Sonne (Hände auflegen), leichter Regen (mit den Fingerspitzen leicht auf den Rücken tippen), stärkerer Regen (etwas stärker tippen), Hagel (Fingerspitzen relativ stark auf den Rücken fallen lassen), Wind (mit den Handflächen über den Rücken streichen), etc. Nach einem Durchgang wird gewechselt (Eigene Darstellung).

Partnermassage mit Knetsäckchen: Auch hier finden sich die TN zu zweit zusammen, setzen sich jeder auf einen Stuhl und jeder nimmt sich 1-2 Knetsäckchen. Nun massiert zuerst der eine dem anderen die Schultern, den Nacken und den Rücken indem er mit den Knetsäckchen immer wieder leicht darauf tippt. Dies kann abwechselnd in stärkerem und leichterem Modus durchgeführt werden. Auch hier wird nach einiger Zeit gewechselt (Eigene Darstellung).

Modul 7: „Sport und Spiele“

Hauptphase

„Lustige Polonaise“: Jeder Spieler klemmt sich einen Luftballon zwischen die Knie und versucht, damit durch den Raum zu laufen. Danach stellen sich alle TN hinterei-

inander auf, fassen sich an den Schulter und versuchen, in einer Polonaise kreuz und quer durch den Raum zu laufen. Hilfreich ist es wenn die Gruppenleitung vorne steht, um die Schlange zu steuern. Schön ist es allerdings auch, wenn einer der Mitspieler die Führungsrolle ausprobieren möchte (Seyffert, 1993, S.41).

„Flaschen fangen“: Für dieses Spiel braucht man mindestens drei Flaschen und drei Gardinenringe in jeweils unterschiedlicher Größe. Die Ringe werden an eine Schnur von ca. 30-50cm Länge gebunden. Das andere Ende der Schnur wird an einen etwa 30cm. langen Stab befestigt. Die Spieler bekommen nun nacheinander die Stäbe und die entsprechenden Flaschen dazu (großer Ring für große Flasche, etc.) und versuchen, die Flaschen einzufangen (Stöhr, 1993, S.102).

Jonglieren mit Tüchern: Jeder TN erhält drei Chiffontücher in möglichst unterschiedlichen Farben. Zwei werden in die Hand genommen, eins in die andere. Nun wird ein Tuch aus der Hand mit den zwei Tüchern geworfen und das fliegende Tuch gefangen (Schöttler, 2006, S.101).

Schlussphase

Atemübung: siehe Modul 2

Dehn- und Kräftigungsübungen: siehe Modul 5

Modul 8: „Essen und Trinken“

Hauptphase

Kirschen: Jeder TN erhält zwei Kirschsteinsäckchen (KS). Sie betasten die KS mit beiden Händen, fassen dabei immer wieder einen einzelnen Kirschstein durch den Stoff, halten daran das KS kurz und greifen den nächsten Stein. Diese Übung kann mit verschiedenen Fingern ausprobiert werden, rechte und linke Hand werden immer gewechselt. Danach werfen die TN die KS im ständigen Wechsel von einer Hand in die andere. Danach können sie versuchen, währenddessen die Augen zu schließen. Nun nehmen die TN in jede Hand ein Säckchen, werfen gleichzeitig und fangen mit der jeweils anderen Hand. Bei der nächsten Übung legen die TN die KS auf den Fußrücken, heben das Bein kurz an und setzen es wieder ab ohne dass das KS zu Boden fällt. Auch das wird mit beiden Beinen wiederholt. Zum Abschluss werfen die TN die KS hoch und fangen sie mit beliebigen Körperteilen, also z.B. Schulter, Rücken, Oberschenkel (Jasper, 2014, S.66).

Bier („Bunte Scheiben“): Jeder Spieler im Kreis bekommt einen Bierdeckel. Reihum versucht nun jeder TN, den Deckel in die Kreismitte zu werfen. Hier kann ein Reifen liegen oder ein Karton stehen (Stöhr, 1993, S.101). Danach wird zuerst ein Bierdeckel, dann in schneller Folge mehrere Bierdeckel im Kreis reihum weitergegeben, mit Richtungswechsel (Eisenburger, 2005, S.85).

Wein (Korken schnipsen): Jeder TN erhält einen Korken. Die Korken werden hochgeworfen und gefangen, rechte und linke Hand nacheinander, dann zusammen. Danach werfen sie ihn hoch und fügen eine Zusatzaufgabe ein (z.B. in die Hände klatschen). Die TN wenden sich einem Nachbarn zu und werfen sich gegenseitig die Korken zu.

Danach stellt die Gruppenleitung in der Mitte einen Eimer auf, die TN versuchen nun die Korke in den Eimer zu werfen (Eisenburger, 2005, S.87).

Schlussphase

Massage mit Kirschsteinsäckchen: Jeder TN erhält ein Kirschsteinsäckchen und klopft sich als Massage damit nacheinander die Schultern, die Arme, die Hände, den Bauch, die Beine und die Füße ab, auch hier kann mit der Stärke variiert werden (Eigene Darstellung).

Kirschen essen: Wenn das Modul im Sommer durchgeführt wird, ist ein schöner Abschluss passen zum Thema, zusammen frische Kirschen zu essen (Eigene Darstellung).

Fantasiereise: Der Schlaraffenplanet

Die TN sollen sich eine bequeme Position suchen, entweder auf einem Stuhl oder auf einer Matte. Im Hintergrund läuft Entspannungsmusik. Der folgende Text sollte langsam, mit ruhiger Stimme und eingelegten Pausen vorgelesen werden.

„Du setzt dich ganz ruhig hin und atmest tief ein und aus. Nichts stört dich mehr. du machst es dir ganz bequem. Du schließt die Augen und entspannst dich. Du stellst dir vor, dass du mit einem Raumschiff ins Weltall fliegst, zu einem fernen Planeten. Alles ist dunkel um dich. Das Raumschiff setzt Kurs auf einen Planeten den es den Schlaraffenplaneten nennt. Unten siehst du eine seltsame Landschaft und kaum ist das Schiff gelandet, da öffnest du auch schon die Luke. Draußen duftet es verführerisch und ein bisschen wie Weihnachten. Du stehst auf einem Pfad, der aus Lebkuchen besteht. Der Pfad führt durch eine Wiese, die auf der linken Seite aus Krapfen, auf der rechten aus Salzstangen ist. Weiter hinten siehst du einen Wald mit Schokoladenbäumen. Du weißt gar nicht, wo du zuerst hingehen sollst. Schließlich entscheidest du dich, ein Stückchen vom Lebkuchenpfad zu naschen. Kaum hast du ein Stück herausgebrochen, ist es auch schon wieder nachgewachsen. Dann gehst du durch den Schokoladenwald und brichst hier und da einen Zweig ab. Hinter dem Schokoladenwald gibt es ein kleines Häuschen; auch das ist aus Lebkuchen. Um das Häuschen ist ein hübscher Garten aus Bonbons angelegt und darin stet ein Brunnen. Du beugst dich über den Brunnen und merkst, dass das genau dein Lieblingsgetränk ist. Du probierst überall ein wenig, bis du schließlich satt bist, dann gehst du zurück zum Raumschiff und machst dich auf den Rückweg zur Erde.

Wenn ich jetzt gleich von Drei bis Eins zähle, kommst du allmählich zurück aus dieser Übung. Bei Drei ballst du dann bitte die Hände zur Faust, bei Zwei streckst du die Arme und atmest tief ein und bei Eins öffnest du die Augen.

Drei: Du ballst jetzt die Hände zur Faust (unter Umständen mehrfach wiederholen, wenn die TN sehr tief entspannt sind und nicht gleich aus der Entspannung zurückkehren.

Zwei: Du streckst die Arme und atmest tief ein und aus.

Eins: Du öffnest die Augen und bist zurückgekehrt ins Hier und Jetzt.“

(Eigene Darstellung nach Krowatschek & Hengst, 2006, S.279-281).

Modul 9: „Hören, Riechen, Fühlen“

Hauptphase

Krabbelbeutel: Die Gruppenleitung hat alltägliche Gegenstände gesammelt, wie z.B. Zwirnrolle, Bleistift, Streichholzschachtel, Joghurtbecher, leere Toilettenrolle, Schraube, Korke, etc. und in einen Beutel getan. Dieser Beutel wird soweit verschnürt, dass alle Spieler noch nacheinander in den Beutel hineingreifen können. Der erste in der Runde bekommt den Beutel. Mit geschlossenen Augen muss jeder Spieler nun einen Gegenstand erfühlen und ihn ungesehen benennen. Danach wird der Beutel dem nächsten Spieler übergeben. Der Beutel sollte mehr Gegenstände enthalten als gebraucht werden, damit jeder Spieler eine Auswahl hat. Hier sind mehrere Durchgänge möglich (Stöhr, 1993, S.135).

Riechen: Die Gruppenleitung hat auch hier verschiedenste Gerüche gesammelt und in kleine Dosen verpackt, z.B. Seife, Cornflakes, Rosinen, Brot, Gräser, etc. Möglich ist auch einen Wattebausch mit Aromaölen zu tränken um weitere Gerüche anbieten zu können. Jeder TN darf sich eine Dose nehmen um den Geruch zu erraten. Auch hier sind mehrere Durchgänge möglich (Eigene Darstellung).

Schlussphase

Geräusche erraten: Die TN schließen die Augen und die Gruppenleitung führt verschiedene Geräusche vor (z.B. Topfschlagen, Musikinstrument, Besteck klappern, Glas einfüllen, Rühren im Topf, etc.) (Eigene Darstellung).

Dehn- und Kräftigungsübungen: siehe Modul 5

Modul 10: „Natur“

Hauptphase

Steine: Die Gruppenleitung bringt eine Auswahl von Kieselsteinen unterschiedlicher Formen, Farben und Größen mit. Jeder TN nimmt sich einen Kieselstein, umschließt ihn mit allen Fingern und versteckt ihn möglichst in der ganzen Hand. Dann öffnen sie die Hände wieder und nehmen ihn in die andere Hand, dies wird im Wechsel rechts und links wiederholt. Danach zeichnen sie mit dem Stein in der Hand Kreise und „Achten“ in die Luft, auch hier abwechselnd mit rechts und links. In der nächsten Übung bekommt jeder TN zwei Kieselsteine. Sie können damit Klänge erzeugen und ausprobieren. Nun kann ein TN einen Rhythmus vorgeben, den die Gruppe nachklopft (Frieze, 2007, S.86; Jasper, 2014, S.84).

Bäume: Jeder TN erhält ein Holzstäbchen (HS) von ca. 24-30cm Länge und 2-4cm Durchmesser. Die TN fassen die HS mit beiden Händen und halten sie waagrecht vor dem Körper. Sie strecken die Arme aus, schieben die HS so weit wie möglich nach vorn und ziehen sie wieder heran, diese Übung wird mehrmals wiederholt. Danach drehen sie den Oberkörper und schieben bzw. ziehen den HS möglichst weit zur Seite, links und rechts im Wechsel. Nun fassen sie den HS mit einer Hand oben und schwingen ihn seitlich vom Körper, auch hier rechts und links im Wechsel. Sie halten den HS zwischen Daumen und Zeigefinger und lassen ihn vor und zurückpendeln, erneut mit

Handwechsel. In der nächsten Übung tippen sie mit dem HS von unten gegen die Schuhsohle des ggü. liegenden Fußes, abwechselnd mit rechts und links. Zum Abschluss geben sie die HS senkrecht wie ein Staffelholz im Kreis herum – dabei hat mindestens ein TN am Anfang keinen Stab, damit die Weitergabe ohne Stocken funktioniert (Jasper, 2014, S.44-45).

Malen mit Sand: Jeder TN erhält ein großes Blatt (DIN A3), Klebstoff und einen kleinen Eimer mit Sand. Es empfiehlt sich hier, im Raum eine große Plane auszulegen, da sich der Sand wahrscheinlich im Raum verstreut. Nun kann jeder TN ein Bild malen, indem er mit dem Klebstoff Figuren auf das Papier malt, den Sand drüberstreut und es kurz trocknen lässt. Danach wird der überschüssige Sand wieder zurück in den Eimer geschüttet und das Bild wird sichtbar. Die TN können auch mehrere Bilder kreieren (Eigene Darstellung).

Schlussphase

Hören von Geräuschen aus der Natur: Die TN setzen sich bequem auf ihren Stuhl oder legen sich auf die Matte. Die Gruppenleitung spielt von einer CD verschiedene Naturgeräusche ab (z.B. Wellenrauschen, Töne von Walen und Delfinen, Vogelzwitschern, etc.) (Eigene Darstellung).

Betrachten und Aufhängen der geschaffenen Werke: Zum Abschluss der kreativen Stunde werden zusammen alle Bilder betrachtet und von der Gruppenleitung wertgeschätzt. Wer möchte, kann seine Bilder mitnehmen oder im Gruppenraum aufhängen (Eigene Darstellung).

F) Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird

Nürnberg, den 26.06.2015