

Landeskonzferenz „Gesund und aktiv älter werden“



GESUND & AKTIV
ÄLTER WERDEN

Dokumentation

Landeskonzferenz
Saarland

7. September 2011



„Lass Dich
überraschen!“

Altern als aussichtsreiche Perspektive

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Impressum

Herausgegeben von der
LandesArbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung Saarland e.V.
(LAGS)
Feldmannstraße 110
66119 Saarbrücken
Tel. 0681/976197-0
Fax 0681/976197-99
E-Mail: mail@lags.de
www.lags.de

Redaktion:
Franz Gigout
Carina König
Heike Lange
Edgar Spengler

Entwurf:
KE-Design_Konrad Erbelding

Drucker: Ollig, Köln

Best.-Nr.: 61412007

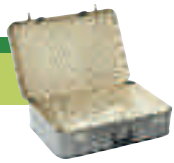
gefördert von der
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA), eine Fachbehör-
de im Geschäftsbereich des Bundes-
ministeriums für Gesundheit
Postfach 910152
51071 Köln
www.bzga.de

Fotos: LAGS
Titelfoto: [artkamalov - Fotolia.com](http://artkamalov-fotolia.com)

© LAGS Saarbrücken, 2011

Inhaltsverzeichnis

Begrüßung	5
Vorträge	
Impulsreferat Dr. Ronald Burger „Der Theodor, der Theodor...“	15
Impulsreferat Prof. Dr. Thomas Altenhörner You'll never walk alone	27
Vortrag Prof. Dr. Annelie Keil Leben ist eine konkrete Utopie und Alter keine Krankheit	31
Gesundheitsforen	
Forum 1 „60 Jahre und kein bißchen weise ...“ Suchtmittel im Alter – Über die Schwierigkeit sein Verhalten zu ändern Dr. Hans Neustädter, Ärztlicher Leiter der SHG Fachklinik Tiefental, Saarbrücken	39
Forum 2 „Kein Schwein ruft mich an ...“ Soziale Beziehungen auch im Alter pflegen Sabine Strauch, Seniorenmoderatorin Landkreis Merzig-Wadern	40
Forum 3 „Ich tanze mit Dir in den Himmel hinein“ Bewegung im Alter – auch mal spielerische Impulse setzen Dr. Ronald Burger, Universität Mainz	41
Forum 4 „Deinen Namen, den hab' ich vergessen“ Zelltherapie fürs Gehirn Maria Hellenbrand, Haus Blandine – Beckingen	42
Forum 5 „Ich esse gerne Sauerkraut ...“ Im Alter kocht man anders Judith Giese, DGE Ernährungsberaterin – Saarbrücken	43
Ausstellung	
AWO LV Saarland , Mobile / Bewegungsbotschafter	43
Das Saarland lebt gesund Projektpräsentation	44
Zentrum für Bewegungsförderung Seniorenbewegungsspiel	45
Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege	46
DRK LV Saarland Bewegungsprogramm	47
Sozialverband VdK Saarland	50
Regionaler Knoten	51
Stabsstelle demografischer Wandel Wanderausstellung „älter, weniger, bunter“	52
Landesvereinigung Selbsthilfe e.V.	53
Verzeichnis der Referenten, der Aussteller und der Kooperationspartner	54



Einleitung

Der demographische Wandel ist in unseren Köpfen präsent. In Deutschland ist die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen.

Im Saarland ist bereits jeder Fünfte über 65 Jahre alt. Berechnungen des Statistischen Amtes im Saarland zeigen, dass in 20 Jahren der Anteil der über 65 Jährigen 31% der Gesamtbevölkerung betragen wird. Der Wunsch liegt nahe, ein hohes Alter in guter Gesundheit und möglichst hoher Lebensqualität zu erreichen. Das stellt eine hohe Herausforderung dar für alle, die an der Gesundheitsförderung älterer Menschen beteiligt sind. Ebenso nimmt auf allen Ebenen die gesellschaftliche Bedeutung einer guten Gesundheit mit steigendem Alter zu. Das kann nur durch zielorientierte Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung gelingen.

Das Motto heißt hier: Je früher, desto besser!

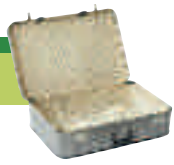
Die Landeskonferenz „Gesund und aktiv älter werden“ thematisierte diese Herausforderungen an die immer älter werdende Gesellschaft. Die Konferenz fand statt im Rahmen der bundesweiten Veranstaltungsreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „gesund und aktiv älter werden“.

Ca. 120 Vertreter aus Politik, Wissenschaft, dem Gesundheitswesen, den Fachkräften der Seniorenarbeit sowie Bürgerinnen und Bürger nutzten diese Landeskonferenz für einen regen interdisziplinären Austausch. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer informierten sich über die wissenschaftlichen Erkenntnisse der aussichtsreichen Perspektive des Älterwerdens. Sie diskutierten, tauschten Erfahrungen und Praxisbeispiele zu den vielseitigen Gesundheitsthemen aus.

Es wurden Impulse für die Gestaltung von Gesundheitsförderung im Alter, zur Erhaltung der Selbständigkeit, zu gesunde Lebensstilen und der Bewegungsförderung bei älteren Menschen gegeben.



Als Hausherr begrüßte Prof. Dr. Dieter Filsinger, Dekan der Fakultät für Sozialwissenschaften an der Hochschule für Technik und Wirtschaft, die Gäste der Landeskonferenz in Saarbrücken.



Grußworte

Grußwort

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Sehr geehrter Herr Prof. Filsinger,
sehr geehrte Frau Ufer,
sehr geehrter Herr Gigout,
sehr geehrter Herr Burgard,
sehr geehrter Herr Dr. Burger,
sehr geehrte Frau Prof. Keil,
sehr geehrter Herr Prof. Altenhöner,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich zur Landeskonzferenz hier in Saarbrücken.

Die heutige Tagung findet im Rahmen der BZgA - Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ statt. Diese Konferenzen führen wir im Rahmen unserer Schwerpunktsetzung „Gesundes Alter“ in allen Bundesländern durch, in Zusammenarbeit mit den zentralen Akteuren in den jeweiligen Bundesländern.

So darf ich mich zunächst beim Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz bedanken – ich freue mich sehr, dass Herr Staatssekretär Pini am Nachmittag zu uns sprechen wird.

Dann geht ein herzlicher Dank an die LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland für die gute Vorbereitung der Tagung. Wir können bereits auf eine langjährige gute Zusammenarbeit zu verschiedenen Themen der Gesundheitsförderung zurückblicken, vor allem auch im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit, im Bereich Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Zielgruppen, bei der Identifizierung guter Praxis. An dieser Stelle dann auch noch einmal ein Glückwunsch, denn die LandesArbeitsgemeinschaft hat gerade ein besonderes Jubiläum gefeiert: 20 Jahre Gesundheitsförderung im Saarland.

Dann vor allem auch ein Dank an die Hochschule für Technik und Wirtschaft für die Gastfreundschaft, ein Dank dafür, dass unsere gemeinsame Tagung heute hier in Ihren Räumlichkeiten stattfinden kann.

Meine Damen und Herren, wir nehmen uns heute gemeinsam die Zeit, uns intensiv mit der wichtigen Thematik „Gesund und aktiv älter werden“ auseinanderzusetzen. Wir wissen um den demographischen Wandel. Die Menschen werden älter, dies ist eine sehr gute Nachricht.

Die Zusammensetzung der Bevölkerung ändert sich – dies hat Auswirkungen auf viele Bereiche. Bereits im Jahr 2005 überstieg die Zahl der über 60-Jährigen (mit ca. 20 Mio) deutlich die der unter 20-Jährigen (ca. 16 Mio) in Deutschland. Im Jahr 2050 werden ca. 28 Millionen Menschen über 60 Jahre in Deutschland leben.

So haben sehr viele Menschen die Aussicht, ein hohes Lebensalter zu erreichen. Es geht allerdings nicht allein darum, ein hohes Lebensalter zu erreichen. Es geht vielmehr darum, die zusätzlichen Lebensjahre mit einer möglichst hohen Lebensqualität zu gestalten. Unser Ziel ist es deshalb, dass ältere Menschen so lange wie möglich aktiv und selbstbestimmt leben, dass sie ihre Ressourcen und Möglichkeiten ausschöpfen können.

Wir wissen allerdings, dass es „die“ älteren Menschen nicht gibt. Wir sprechen über eine äußerst heterogene Zielgruppe. Die persönlichen Voraussetzungen und Lebensverläufe sind unterschiedlich. Wichtig sind die Lebensumstände wie z.B. die fa-



miliäre Einbindung, soziale Kontakte, gesellschaftliche Aufgaben und die Gesundheit. Wichtig sind auch der Bildungs- und berufliche und kulturelle Hintergrund, die finanzielle Absicherung, die persönlichen Interessen, das Freizeitverhalten.

Lassen Sie mich hierzu einige wenige Eckdaten nennen:

Gesundheitszustand:

Nehmen wir die Gesundheit älterer Menschen in den Blick: Über 60% der 55-65jährigen Männer und Frauen bescheinigen sich selbst eine gute Gesundheit. Dies ist eine gute Nachricht.

Allerdings sind bei älteren Menschen die Prävalenz- und Inzidenzraten bei den meisten behandlungsbedürftigen Krankheiten höher, als bei jüngeren. Im Vordergrund stehen Herz-Kreislaufkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates (hierdurch häufig funktionale Einschränkungen und Beeinträchtigungen der Mobilität), Sturzunfälle, bösartige Neubildungen, psychische Erkrankungen, Diabetes. Mit zunehmendem Alter nimmt auch das Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) zu, ebenso die entsprechende Einnahme zahlreicher Medikamente.

Diese Aspekte müssen wir bei unseren Planungen und Konzepten berücksichtigen. Allerdings darf unsere Betrachtung nicht ausschließlich auf Probleme und Belastung gerichtet sein.



Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Familiäre Einbindung:

76% der 55-69jährigen sind verheiratet, 17% leben alleine. 87% haben Kinder, 54% Enkelkinder. D.h. in vielen Fällen ist in diesen Altersgruppen eine familiäre Einbindung gegeben, abhängig allerdings von der räumlichen Nähe zur Familie.

Wohnortnähe zu erwachsenen Kindern und Enkelkindern ist seltener geworden, wodurch der Austausch und die praktische Unterstützung zwischen den Generationen schwieriger werden. Häufig ersetzt der telefonische Kontakt die persönliche Begegnung. Außerfamiliäre Netzwerke gewinnen an Bedeutung

Ansprechen möchte ich in diesem Zusammenhang zudem, dass Familie auch große Herausforderungen mit sich bringen kann, denken wir insbesondere an die Pflege von Angehörigen: In Deutschland werden rund 1,5 Millionen pflegebedürftige Personen zu Hause versorgt. Ein Großteil der pflegenden Angehörigen – es sind dies überwiegend Frauen – fühlt sich durch die Pflege belastet und weist Krankheitssymptome auf.

Erwerbstätigkeit:

37,5% der 55-65jährigen in Deutschland sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Je niedriger der Qualifikationsgrad, desto geringer fällt die Erwerbsbeteiligung im Alter aus. Rund 28% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gehen aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand (Stat. Bundesamt 2010).

Finanzielle Situation:

Die heterogenen sozioökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen z.B. die 55- bis 65-Jährigen im Bundesgebiet leben, erfordern einen differenzierten Blick. Ein großer Teil der „Jungen Alten“ in Deutschland – so die Ergebnisse einer aktuellen BZgA-Expertise – lebt in mate-

riell als zufriedenstellend erfahrenen Verhältnissen. Doch zugleich finden sich auch zahlreiche Gruppen, die in sozioökonomisch schwierigen Lebensbedingungen leben, die besondere Belastungskonstellationen aufweisen. Dies kann Einfluss auf Teilhabe- und Verwirklichungschancen haben, auf das Wohlbefinden und, daran gekoppelt, die psychische und physische Gesundheit.

Diese Rahmenbedingungen müssen wir mit bedenken.

Freizeitaktivitäten.

Wie verbringen ältere Menschen ihre Freizeit? Die Freizeitgestaltung erfordert Eigeninitiative, Mobilität, Informiertheit und nicht zuletzt ökonomische Ressourcen. Die Daten zeigen, dass sich rund ein Drittel der jüngeren Alten, hierbei mehr Männer als Frauen, ehrenamtlich engagiert, z.B. Funktionen in Vereinen übernimmt. Über ein Viertel der 55-65jährigen nimmt an Weiterbildungsangeboten teil.

Sport- und Bewegungsaktivitäten:

Etwa ein Drittel der Altersgruppe ist mehrmals pro Woche sportlich aktiv, einmal pro Woche etwa 20%, fast die Hälfte ist selten oder nie sportlich aktiv.

Informationsverhalten:

Lesen, fernsehen und Radio hören sind an der Tagesordnung, aber auch das Internet als Informationsquelle, auch zu Fragen der Gesundheit, hat in den letzten Jahren bei älteren Menschen an Bedeutung gewonnen.

Welche Aufgaben stellen sich nun angesichts der beschriebenen Ausgangslage für die Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen? Was können wir als Gesundheitsförderer, als Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis, gemeinsam dazu beitragen, dass die derzeit noch nicht ausreichend genutzten Präventionspotenziale in der zweiten Lebenshälfte besser ausgeschöpft werden?



Ein Zitat aus der aktuellen Zahlen-Daten-Fakten-Übersicht des Saarländischen Ministeriums für Gesundheit und Verbraucherschutz passt sehr gut in unsere heutige Diskussion: „Die Folgen des demographischen Wandels müssen nicht als unvermeidbares Schicksal hingenommen werden. Der demografische Wandel ist gestaltbar“. Es gibt viele Optionen und Gestaltungsmöglichkeiten.

Lassen Sie mich auf der Basis der vorliegenden Analysen und der langjährigen Erfahrungen der BZgA auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention einige Empfehlungen für unser Vorgehen formulieren:

Wir müssen uns mit den heutigen Altersbildern auseinander setzen und von einem Blick auf die Defizite zu einem positiveren Blick auf das Alter und ältere Menschen beitragen. Hierzu passt der Titel unserer heutigen Veranstaltung - „Lass Dich überraschen! – Alter als aussichtsreiche Perspektive“.

Dazu ist es notwendig, einen an den Ressourcen orientierten Ansatz zu wählen und Potentiale aufzuzeigen. Ältere Menschen bringen oft viel Know-How mit und sind bereit, sich zu engagieren.

Die Heterogenität der Gruppe(n) älter werdender und älterer Menschen macht es notwendig, für unterschiedliche Teilzielgruppen passgenaue Strategien und Vorgehensweisen zu entwickeln. Um erfolgreich zu sein, müssen die Zielgruppen in die jeweilige Entwicklung und Umsetzung einbezogen werden.

Wichtig aus Sicht der BZgA ist der Zugang über Lebenswelten zum Alltag der Zielgruppen (Wohnung, Wohnumfeld, Stadtteil, Kommune, Betriebe). Die Menschen sollen dort

angesprochen und erreicht werden, wo sie leben. Dieser kommunale Ansatz muss ausgebaut werden. Dazu ist die bessere Vernetzung der Angebote aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich erforderlich.

Zunächst müssen die jeweiligen Voraussetzungen vor Ort analysiert und Transparenz über die bestehenden Angebote hergestellt werden. Dies ist regional sehr unterschiedlich. Welche Möglichkeiten und Angebote gibt es? Wo gibt es Versorgungsengpässe? Wie sieht die Zusammenarbeit vor Ort aus? Und: Wie sehen die Bedarfe aus?

Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure vor Ort muss gestärkt werden, Austausch, Absprachen und Vernetzung sind erforderlich. Die verbindliche, sektorübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die Voraussetzung für Nachhaltigkeit.

Ein weiterer zentraler Aspekt: Der Transfer von Beispielen guter Praxis. Es gibt viele eindrucksvolle Praxisbeispiele und Strategien, die sich in der Umsetzung bewährt haben, hiervon können wir gegenseitig lernen. Die Foren am Nachmittag bieten die Gelegenheit, Praxiserfahrungen zu verschiedenen Themen auszutauschen.

Meine Damen und Herren, die BZgA will mit ihren Angeboten die Arbeit der Akteure vor Ort unterstützen.

Deshalb führen wir, gemeinsam mit den Akteuren vor Ort, Fachtagungen durch.

Deshalb entwickeln wir – gemeinsam mit Kooperationspartnern – Arbeitshilfen und Materialien für die Praxis. Unsere Arbeitshilfe „Aktiv werden für Gesundheit“ liegt heute hier aus und kann auch über die BZgA

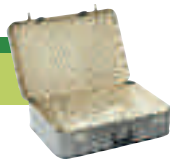
bestellt werden. Für unterschiedliche Handlungsfelder werden Anregungen für die Praxis gegeben: z.B. zu den Aspekten Bewegungsförderung und Sturzprävention, gesunde Ernährung, Förderung psychischer Gesundheit (Themen Demenz, Depression), Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Unterstützung pflegender Angehöriger.

Darüber hinaus bauen wir, vor dem Hintergrund, dass das Internet zunehmend an Bedeutung gewinnt, ein Gesundheitsinformationsportal „Gesund und aktiv älter werden“ auf. Die Plattform geht Ende des Jahres online und stellt aktuelle Daten, fachlich geprüfte Gesundheitsinformationen, relevante Adressen, Tipps und Anregungen bereit.

Meine Damen und Herren, es gilt, gemeinsam alle Chancen für ein aktives und gesundes Altern zu nutzen!

Ich freue mich auf die heutigen Beiträge und den fachlichen Austausch mit Ihnen. Mit Blick auf den im Programmheft abgebildeten Koffer wünsche ich mir, dass wir aus der heutigen Diskussion viele Ideen, Anregungen und Praxisbeispiele zum Thema „Gesund und aktiv älter werden“ im Handgepäck mitnehmen können.

Vielen Dank!



Grußwort Sebastian Pini

Staatssekretär im Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Ihnen herzlich danken, dass Sie an der Veranstaltung teilgenommen haben.

„Gesund und aktiv älter werden“ – das ist ein Thema, das gerade für uns hier im Saarland vor dem Hintergrund des Demographischen Wandels immer wichtiger wird. Der Demographische Wandel und seine Veränderungen der Bevölkerungsstrukturen sind im Saarland bereits heute besonders spürbar. Man kann die bisherige Entwicklung, aber auch die Prognosen für die Zukunft, mit drei Schlagwörtern auf den Punkt bringen: Wir werden weniger, bunter und älter.

Das Saarland altert nicht nur, es schrumpft auch; nicht in der Fläche, sondern in der Anzahl seiner Bürger. Seit 1966, als das Saarland seinen Bevölkerungshöchststand hatte, sinken die Einwohnerzahlen stetig. Wenn wir das Jahr 2010 betrachten wird deutlich, dass in diesem Jahr besonders das Verhältnis zwischen Geburten und Sterbefällen unser Bevölkerungsdefizit bestimmt. Wir haben ein deutliches Geburtendefizit von 5.230 Personen im Saarland, d.h. es wurden 5.230 Kinder weniger geboren als Menschen gestorben sind.

Seit Jahrzehnten verlassen mehr Menschen das Saarland in Richtung anderer Bundesländer als von dort zu uns einwandern. Obwohl das Saarland im Jahre 2010 einen leichten Wanderungssaldo von 190 Einwohnern verzeichnen konnte, gleicht dies nicht annähernd die Wanderungsverluste des vorletzten Jahres (Wanderungssaldo 2009: 2.077) aus.

Der Gesamtbefund fällt noch ernüchternder aus: Nimmt man das

Geburtendefizit und den Wanderungsverlust der letzten zehn Jahre zusammen, dann haben wir im Saarland über 50.000 Einwohner verloren. Dies sind mehr Einwohner als Neunkirchen (ca. 47.000) oder Homburg (ca. 43.000) zählen. Und wir können nicht, trotz einer leicht gestiegenen Geburtenrate, damit rechnen, dass sich an diesem Befund etwas ändert, denn es fehlt uns eine gesamte Generation an gebärfähigen Frauen.

Das positive Wanderungssaldo im Saarland von 190 Personen im Jahre 2010 ist auf Zuwanderung aus dem Ausland zurückzuführen. Das bedeutet, dass das Saarland bunter, sprich multikulturell wird. Im Jahr 2010 lebten hier 77.710 Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Knapp über 50% der 2010 im Saarland lebenden Ausländer kommt aus der Europäischen Union. 23,3% aller ansässigen Ausländer hatten einen italienischen Pass und 16,1 % einen türkischen. Angesichts des dringend benötigten Zuzugs von ausländischen Fachkräften, etwa zur Bewältigung des drohenden Pflegenotstandes, ist von weiterer Zuwanderung auszugehen. Dafür benötigen wir eine erleichterte Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen, ohne unsere hohen Standards zu verwässern.

Sehr geehrte Damen und Herren, der Anteil der über 65-jährigen an der Bevölkerung wird immer größer. Heute sind etwa 20 Prozent der saarländischen Bevölkerung über 65 Jahre alt, für das Jahr 2030 wird ein Anteil von über 30 Prozent prognostiziert. Ebenfalls gestiegen ist der Anteil der sogenannten Hochbetagten, d. h. Menschen über 80 Jahre. Heute machen sie nur 5,8 Prozent der Bevölkerung aus, im Jahr 2030 könnte



ihr Anteil bereits bei 8,5 Prozent liegen. Noch deutlicher wird die Alterung der Gesellschaft, wenn wir uns die durchschnittliche Lebenserwartung betrachten. Sie ist im Saarland seit den 1970er Jahren um rund zehn Jahre gestiegen. Und sie steigt weiter. Für weibliche Säuglinge, die im Jahr 2060 geboren werden, wird eine durchschnittliche Lebenserwartung von 88,2 Jahren prognostiziert. Die Gründe für diese Verbesserung sind vielfältig; sie reichen von der besseren medizinischen Versorgung über bessere Arbeitsbedingungen bis hin zu verbesserten Umweltbedingungen.

Gerade diese Entwicklung ist eine der größten Herausforderungen, denen wir uns im Zuge des Demographischen Wandels stellen müssen, denn mit zunehmendem Alter nimmt auch die Häufigkeit von chronisch-degenerativen Krankheiten, wie beispielsweise Diabetes mellitus, Osteoporose, Schlaganfall und nicht zuletzt Demenz zu. Dadurch muss aber nicht zwangsläufig die Lebensqualität leiden. Durch den individuellen Lebensstil, die soziale Integration und Teilhabe sowie eine entsprechende medizinische Vorsorge und Versorgung kann den Folgen typischer Alterskrankheiten entgegen gewirkt werden.

Sehr geehrte Damen und Herren, in diesem Jahr ist es 25 Jahre her, dass die Ottawa Charta als wesentliches Grundsatzpapier zur Gesundheitsförderung unterzeichnet wurde. In diesem Papier wird unter anderem dazu aufgerufen, Menschen bei

der Entwicklung ihrer persönlichen Kompetenzen Hilfestellungen zu geben, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen und gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen zu unterstützen.

Welche Aktion, im Auftrag unseres Ministeriums umgesetzt von der LAGS, könnte hierfür besser geeignet sein, als die Kampagne „Das Saarland lebt gesund“. Diese Gemeinschaftsaktion im Sinne der Ottawa Charta ist ein gutes Praxisbeispiel für die Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention in unseren Kommunen. Nahezu ein Dutzend saarländischer Gemeinden beteiligt sich bis jetzt an dem Projekt, und es werden noch mehr.

In Völklingen haben wir gesehen, wie erfolgreich Gesundheitsförderung funktionieren kann, wenn alle an einem Strang ziehen und viele Einzelprojekte unter einem (Stadt-) Dach koordiniert zusammenarbeiten. „Völklingen lebt gesund!“ wurde so zum Motto einer ganzen Stadt. Nun können wir einen Schritt weiter gehen und dieses erfolgreiche Projekt weiter ausdehnen. Unter dem (Landes-) Dach „Das Saarland lebt gesund!“ sollen nach und nach weitere Kommunen das Thema Gesundheitsförderung für sich entdecken und aus den bestehenden Projekten im wahrsten Sinne des Wortes eine Bewegung machen.

Dieses Projekt hat unsere Bürgerinnen und Bürger erreicht und ich bin mir sicher, dass die Gesundheit vieler Menschen dadurch gefördert worden ist.

Unser gemeinsames Ziel muss es sein, unser ganzes Bundesland für Bewegung und gesunde Ernährung zu sensibilisieren und jeden Einzelnen dazu zu gewinnen, seinen Teil hierzu beizutragen. Ich bin sehr gespannt!

Sehr geehrte Damen und Herren, Gesundheit ist ein kostbares Gut – für jeden Menschen in jedem Alter. Und das Gute dabei ist: Jeder von uns kann wesentlich dazu beitragen, seinen eigenen Körper gesund und leistungsfähig zu erhalten und damit die eigene Lebensqualität zu steigern.

Die heutige Veranstaltung mit ihren Vorträgen und themenbezogenen Workshops wie „Suchtmittel im Alter“, „Soziale Beziehungen auch im Alter pflegen“, „Bewegung im Alter“, „Zelltherapie fürs Gehirn“ und „Im Alter kocht man anders“, ist ein guter Beitrag dazu, denn es werden die Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft thematisiert und Impulse gegeben, wie Selbstständigkeit erhalten und gesunde Lebensstile und Bewegung bei älteren Menschen gefördert werden können.

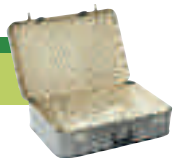
Sehr geehrte Damen und Herren, die Demographie gehört zu den wichtigsten Themen der Zukunft unseres Landes. Diese Landeskonzferenz trägt mit ihren Informationsangeboten dazu bei, das Thema noch stärker in das Blickfeld der Öffentlichkeit zu rücken und zu diskutieren. Darüber freue ich mich.

Mein herzlicher Dank gilt der Landes-Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V., den Akteuren und den zahlreichen Ausstellern, die sich hier präsentieren.

Ich bin überzeugt, Sie alle hatten eine informative und motivierende Veranstaltung und interessante Begegnungen mit zahlreichen Impulsen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.





Beate Ufer

Stellvertretende Vorsitzenden der LAGS

Sehr geehrte Frau Dr. Köster, sehr geehrte Frau Prof. Keil, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Filsinger, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Altenhöner, sehr geehrter Herr Dr. Burger, sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen des Vorstandes der LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland begrüße ich Sie ganz herzlich zu unserer Landeskonferenz „Lass Dich überraschen“.

Ich komme aus dem Bereich der Selbsthilfe, Selbsthilfearbeit, der Selbsthilfeunterstützung. Diese Arbeit setzt immer an den Ressourcen und Stärken der Menschen an. Denn nur so ist Selbsthilfearbeit möglich.

Bereits 1999 hat die Weltgesundheitsorganisation sich intensiv mit dem Thema „aktiv leben – gesund alt werden“ auseinandergesetzt und dabei drei wesentliche Botschaften formuliert: Alter als Chance und Erfolg zu sehen. Altern unter dem Aspekt eines Zugewinns an Lebensqualität zu gestalten und ein positives Bild vom Altern zu entwickeln. Ich denke, dass diese Botschaften auch heute noch eine große und wichtige Bedeutung haben. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung gewinnt das Thema Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen auch im Saarland immer mehr an Bedeutung. In unserem Bundesland leben bereits 226.000 Menschen über 65 Jahre, das sind 22% der Gesamtbevölkerung. Dies heißt auch, dass der Gruppe der älteren Menschen zwischen 60 und 75 Jahren eine wachsende Bedeutung zukommt, wobei diese Altersgruppe gleichzeitig länger gesund und geistig rege bleibt und am Leben in der Gesellschaft aktiv teilnehmen und ihr Umfeld mitgestalten will.

Erfolgreiche Gesundheitsförderung setzt deshalb mit Erfolg auch hier an, an den tatsächlichen Lebenswelten und dem Alltag der Menschen. Sie berücksichtigt die vielfältigen Ressourcen und Stärken der Zielgruppe. Dazu gehört es, die Situation vor Ort zu analysieren, die Interessen der Zielgruppen zu klären und die Bedarfe zu benennen, eine Transparenz über bestehende Angebote herzustellen und eine Verbesserung der Angebotsstruktur durch Vernetzungen und Zusammenarbeit mit anderen anzustreben, wie es bereits in einigen Projekten der LAGS umgesetzt wird. Zum Beispiel: Im Rahmen des nationalen Aktionsplans IN FORM, Deutschlands Initiative für bessere Ernährung und mehr Bewegung. Es wird in diesem Projekt von der Bundesregierung auch Aktivitäten für die höhere Lebensqualität von älteren Menschen unterstützt und acht Zentren für Bewegungsförderung eingerichtet.

Eines davon ist gemeinsam bei der LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V. (LAGS) und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz (LZG) angesiedelt.

Zielgruppe ist die Generation 60 plus. Nähere Informationen dazu finden Sie bei der Ausstellung im Foyer.



Fit im Alter durch Bewegung ist das Thema von Dr. Roland Burger, Bewegungs- und Trainingswissenschaftler an der Universität Mainz, der ein Bewegungsspiel entwickelt hat und uns dies in seinem Vortrag und in seinem Workshop theoretisch und praktisch näher bringen wird. Ein großer Erfolg in unserer Region ist auch die komödiantische Mit-Mach- und Mit-Sing-Revue „Palais Abendrot“ vom Theaterverein Titania aus Völklingen. Alte (bekannte) Schlager und Texte von Heinz Erhardt sollen die Zuschauer anregen, wieder Spaß an Bewegung zu finden. Meist singen die älteren Leute begeistert mit und haben Freude an den einfachen Bewegungsübungen.

Im Saarland existieren auch viele Outdoor-Anlagen, wie Minigolfplätze, Wassertretbecken, Tischtennis- oder Bouleplätze und zahlreiche Spazier- und Wanderwege. Das „Zentrum für Bewegungsförderung“ hat erstmals eine Karte erstellt, damit Freizeitangebote und standortnahe Toiletten schnell auffindig gemacht werden können. Sie finden sie auf der Homepage www.diebewegung.de.

„Lass Dich überraschen – Altern als aussichtsreiche Perspektive“ heißt unsere heutige Landeskonferenz, die eingebettet ist in die Veranstaltungsreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Gesund und aktiv älter werden“ und die enge Zusammenarbeit der BZgA mit den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung unterstreicht.

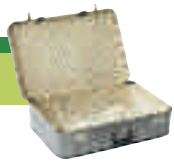
Die Grundlage für eine hohe Lebensqualität im Alter ist neben den individuellen Ressourcen unter anderem soziale Kontakte, Bewegung und Ernährung, drei große Themen die heute im Fokus unserer Betrachtungen stehen.

Bevor ich nun zum Ende komme, lade ich Sie ein, sich in den Pausen auch die Projekte und Ausstellungen hier im Hause anzuschauen, die von den Mitgliedsverbänden der LAGS und unseren Kooperationspartnern gezeigt werden.

Ich danke den Referentinnen und Referenten und den Leiterinnen und Leitern der Workshops für Ihre Unterstützung bei dieser Konferenz und danke auch Herrn Prof. Filsinger für die Gastfreundschaft hier auf dem HTW Campus Rastpfuhl. Ein herzliches Dankeschön auch an die BZgA, die es uns ermöglicht hat, diese Tagung heute durchzuführen.

Ich wünsche uns allen eine interessante und erfolgreiche Veranstaltung. Lassen Sie uns nun gemeinsam den Koffer auspacken und in das Programm einsteigen, bei dem die Titel der einzelnen Beiträge - was ich persönlich sehr ansprechend finde - nach Liedern aus den 40er und 50er Jahren benannt sind. Vielen Dank.





Vorträge

Dr. Ronald Burger

Universität Mainz

Der Theodor, der Theodor, der steht bei uns im Fußballtor!

Bewegung im Alter aus Sicht der Sportwissenschaft

Einleitung

Am demographischen Wandel ist abzulesen, dass es immer mehr Ältere und Hochaltrige in der Gesellschaft geben wird. Durch die verbesserten Lebensbedingungen werden wir immer älter (Zglinicki & Nikolaus, 2007). Damit steigt auch die statistische Wahrscheinlichkeit, dass Krankheiten bzw. Einschränkungen auch absolut zunehmen. Das erkennen sowohl die politischen als auch die religiösen Träger in den letzten Jahren und ergibt so den Anlass für Projektentwicklungen und Maßnahmen, um die Älteren bzw. jene im vierten Quartal zu betreuen (Gassen 2011).



Abb. 1: demographischer Wandel in Deutschland

Dies lässt auch erahnen, dass in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die Nachfrage auf Pflegeheimplätzen weiter ansteigen wird, da viele Ältere aufgrund unterschiedlichster Erkrankungen und Behinderungen nicht mehr in der Lage sein werden, sich selbstständig zu versorgen. Hier entsteht daraus die gesellschaftspolitische Forderung nach umfassenden Gesundheits- und Bewegungskonzepten. Vor dem Hintergrund der steigenden Krankheitszahlen, bzw. auch der Tendenz, dass immer neue Krankheiten entstehen und auch die Verket-

tung verschiedener Ursachen immer komplexer wird, erscheinen die derzeitigen Maßnahmen als Tropfen auf den heißen Stein.

Tab. 1: Darstellung der Prävalenz an bestimmten Krankheiten zu erkranken (RKI 2006)

Erstaunlich in dieser Tabelle sind die auftretenden Verhältnismäßigkeiten bei verschiedenen Krankheiten zwischen Ober- und Unterschicht. So ist Diabetes mellitus bei Frauen eine Unterschichtenkrankheit und bei Männern eine Krankheit die vorzugsweise eher in der Oberschicht vorzufinden ist. Auch wenn der kausale Zusammenhang nicht eindeutig ist, so ist zumindest davon auszugehen, dass mindestens einer der Variablen, die zur Beschreibung der Unterschicht herangezogen werden, gleichzeitig als Grund der Entstehung angeführt werden kann.

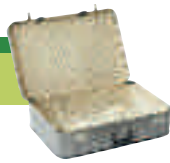
Als vorrangiges Ziel der Gesundheitsvorsorge in den Industrienationen gilt es heutzutage primär nicht mehr das Leben der Menschen zu verlängern, sondern die hinzugewonnenen Jahre mit Lebensqualität, also mit Gesundheit und Aktivität, zu füllen. Daher ist auch bemerkenswert, dass bei einigen Krankheitsbildern eine Verbesserung der Qualität bzw. eine Reduktion der Gefährdungsparameter über regelmäßige, moderat durchgeführte Bewegungen (Sport) möglich ist.



Tab. 2: Übersicht über die möglichen Veränderungen durch Sporttreiben bzw. moderate Bewegung (RKI 2006)

Somit ist in einem ersten Zusammenhang festzustellen, dass einige Krankheiten bzw. Umstände, die gehäuft mit zunehmendem Alter auftreten, durch moderaten Sport vermeidbar bzw. eingeschränkt beobachtbar sind.

Wie kann nun eine aktuell arbeitende Trainings- und Bewegungswissenschaft an das Thema Alter herangehen? Aus einer biomechanisch funktionalen Sichtweise verfolgt die Ontogenese das Konzept, dass der Mensch durch den Geburtskanal mit „weichen“ Knochen auf die Welt kommt. In der Folge werden diese schwammartigen Strukturen „aufgefaltet“ und verknöchert. Am Ende der Adoleszenz gilt der Körper als ausgewachsen und verknöchert. Man erkennt dies an den Epiphysenfugen der Röhrenknochen. Diese Verknöcherung des Gewebes



Dr. Ronald Burger

Uni Mainz

wird durch die Tätigkeit des Menschen (Fußballer, Turner, Bauarbeiter, Sekretär), funktionell begleitet.

Ein Turner erarbeitet sich durch die turnerische Belastung einen muskulären aber auch einen breiten Rundrücken. Ein Fußballer adaptiert mit seinen O-Beinen die Belastungen des Fußballspiels. Ein Bauarbeiter wird über die Belastung durch das Steinheben und Sandschaufeln eine massive Verdickung der Wirbelkörper provozieren.

Durch Alter, und noch schneller durch Nicht- oder Fehlbelastungen, werden sich die verbindenden Strukturen im Körper, wie die Bandscheiben, Bänder und Sehnen mit zunehmendem Alter verhärteten bzw. verknochern. Die Elastizität nimmt ab. Die S-Form der Wirbelsäule nimmt zu. Der Kopf wird nach unten gesenkt. Und die Stellung der Hüfte und der Kniegelenke muss dies ausgleichen.

Dies ist eine zusätzliche Belastung für den älteren Menschen. Der ältere Mensch muss somit für die gleiche Tätigkeit, beispielweise Glas aus dem kopfhohen Schrank holen, mehr leisten und zwar im physikalischen Sinne. Gehen ist mit diesen Bedingungen nicht mehr größtenteils reflektorisch gesteuert, sondern muss über die Willkürmotorik geleistet werden.

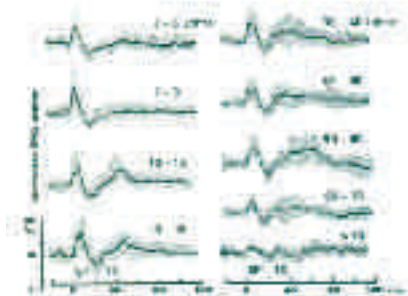


Abb. 2: Entwicklung der Reflexaktivität über das Alter (Noth 1991)

Bei der Betrachtung der Reflexaktivität über das Alter sehen wir, dass nach dem der Reflex mechanisch ausgelöst wurde ($t=0\text{ms}$), die Aktivität ($t=10\text{ms}$) spätestens nach der Dekade des 40-50 Lebensjahres nachlässt. Doch dadurch, dass die Messung am reflexaktivierten Muskel durchgeführt wurde, wird nicht der Reflex gemessen, sondern nur die Muskulatur die von ihm aktiviert wurde. Dies zeigt, dass mit 40 Jahren der Muskel auf Grund der fehlenden Aktivierung immer weniger funktioniert. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die spezielle Muskulatur immer weiter zurückgeht! Sogar der von Noth (1991) benannte transkortikale Reflex ($t=45\text{ms}$), der ab dem 10 – 12 Lebensjahr auftritt, ist ab der 30-40er Dekade immer schwerer nachzuweisen. Damit die Reflexmuskulatur aktiviert werden kann, muss der älter werdende Mensch Krafttraining durchführen.

Vor allem die schnellkräftig arbeitende Muskulatur erfährt hier eine hohe Relevanz. Der Reflex ist angeboren, d.h. er funktioniert bis zum Tod aber die dazugehörige Muskulatur wird durch Training stimuliert.

Dies zeigt sich auch in einer der komplexen Umsetzungen des Reflexes, dem Halten des Gleichgewichts. In der Untersuchung von van Emmerick und van Wegen (2002) zeigt sich, dass Jüngere im beidbeinigen ruhigen Stand ohne weitere Aufforderung die größeren Schwankungen aufweisen.

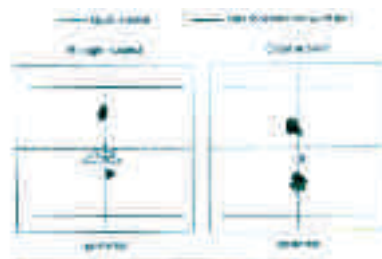


Abb. 3: Posturale Kontrolle bei Jüngeren und Älteren (van Emmerick/ van Wegen 2002)

In einer populärwissenschaftlichen Definition von Gleichgewicht stellen wir uns vor, dass derjenige über ein gutes Gleichgewicht verfügt, der ruhig aufrecht stehen kann. Doch zeigt sich in dieser Untersuchung, dass das gute Gleichgewicht jüngerer Personen sich dadurch äußert, dass die posturale Kontrolle der Muskulatur überlassen wird und über die komplexe Verschaltung einer Vielzahl von Muskeln und Muskelgruppen ein ständiges Bewegens Stabilität erzeugt. Vergleichbar mit einem Fahrrad, welches auch nur ein stabiles Verhalten aufweist, wenn es sich bewegt. Das Resultat zeigt sich nicht in der Aufgabe ruhig auf dem ganzen Fuß zu stehen, sondern entweder in dem sich nach vorne oder nach hinten lehnen. So ist hier ersichtlich, dass bei den Jüngeren über die Muskulatur die Position kontrolliert werden kann, wohingegen bei den Älteren hier größere Schwankungen für eine gefährdete Position sprechen.

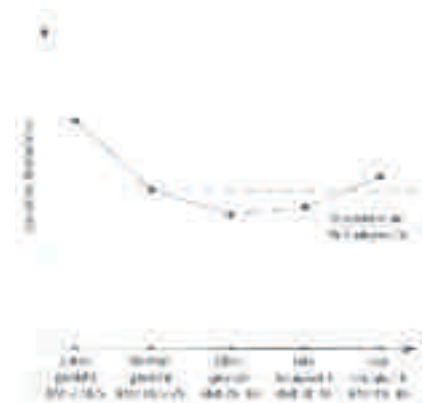


Abb. 4: Lebenserwartung in Abhängigkeit des BMI einmal bei Herzkranken (links) und gesunden Menschen (rechts) (Romero Corral et al. 2006, Flegal 2005, beides aus Frank 2008)

Eine Ernährungspolitik, die sich an einer Kategorisierung des Quetelet-Index oder neuamerikanisch dem BMI orientieren, strukturiert nach einem Mittelwert, der über eine gesellschaftlich veränderbaren Variable gebildet wurde. Wir muten uns gera-

de ein Körper-Ideal zu, welches für durchschnittlich 5-8cm kleinere Gesellschaften passen würde und verlangen so von unseren älteren Mitbürgern, dass sie abnehmen. Erst die vereinfachte Darstellung von Frank (2006) zeigt, dass Personen mit Übergewicht eine höhere Lebenserwartung haben, ob herzkrank oder nicht. Ältere Personen sollten daher nicht mit einem falschen BMI-Konzept psychisch unter Druck gesetzt werden, wo das Problem viel größer ist, einer Mangelernährung vorzubeugen.

Es sollte daher im Bestreben der Heimleitungen aber auch der Bewohner selbst liegen, eine Selbstständigkeit möglichst lange aufrecht zu erhalten. Regelmäßige Bewegung ist ein Baustein, der hierfür zwingend notwendig erscheint. Empirische Untersuchungen zur Trainierbarkeit älterer Menschen belegen, dass auch noch im höheren Lebensalter durch Training eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit möglich ist bzw. der Leistungsrückgang nach dem Höchstleistungsalter deutlich minimiert werden kann (z.B. Bauer, Rietsch, Gröger & Gaßmann, 2009; Rikli & Jones, 1997). Studien mit Pflegeheimbewohnern unterstreichen diese Aussage (z.B. De Carvalho Bastone & Filho, 2004; Oswald, Ackermann & Süß, 2005; Tittlbach, Henken, Lautersack & Bös, 2007).

Auf Grund dieses Forschungsstandes haben wir ein Spiel entwickelt, welches ältere Personen bewegt. Das Spiel wird von zwei oder mehreren Personen gespielt. Ab mindestens vier Spielern können Mannschaften gebildet werden. Je nach Teilnehmerstärke und den verfügbaren Materialien und dem Zeitrahmen kommen die Teilnehmer unterschiedlich oft dran und geben sich nach Bedarf die Materialien zum Nachmachen oder Mitmachen wei-

ter. Daraus leitet sich eine maximale Spieldauer von 40 Minuten ab.

Spielmaterial:

Das Bewegungsrund und die Spielkarten bilden das zentrale Spielinstrument. Es gibt acht Spielkategorien auf der Spielscheibe mit jeweils ca. 14 Übungskarten und zwei Ideenkarten. Ideenkarten sind Karten, auf denen sich kein Übungsvorschlag befindet; stattdessen kann man sich selbst eine Übung ausdenken. Am besten wäre es die Umgebung - den „Spielraum“ - mit einzubeziehen. Gibt es Treppen oder Stufen im Raum? Sind Bücher vorhanden, die man auf dem Kopf balancieren kann? Die Jokerkarten können eingesetzt werden, wenn jemand die vorgeschlagenen Übungen nicht durchführen kann oder möchte. Dieser Mitspieler zieht dann eine weitere Karte der gleichen Spielkategorie oder aber er setzt - z.B. bei Teammannschaften - persönlich aus und lässt die übrigen bzw. andere Teammitglieder die Übung durchführen.

Als Spielgeräte dienen:

Sitzkissen
Stühle
Bettlaken oder Schwungtücher
Seidenschals oder Jongliertücher
Kleine Bällchen oder Jonglierbälle
Handtücher oder Thera-Bänder
Rutschfeste Stoffmatten oder Filz-pads
Wasserbälle (ersatzweise andere leichte Bälle, große Luftballons)
mittelgroße prellfähige Bälle
Luftballons
Reissäckchen

Zwischen den einzelnen Übungen wurden zum Teil feine Differenzierungen vorgenommen. Die Übungsauswahl ist relativ alltagsnah getroffen und hat einen auffordernden Charakter. Neben Einzelübungen werden bewusst Partner- und Grup-

penübungen eingebracht, um den sozialen Aspekt des Spielens hervorzuheben. Da es sich bei den Spielteilnehmern in der Regel um Senioren handelt und dies viel Platz und gute körperliche Bedingungen voraussetzt, wird auf Übungen im Liegen verzichtet. Übungen, die als „Standaufgaben“ gekennzeichnet sind, können meist auch im Sitzen durchgeführt werden, so dass Rollstuhlfahrer gut integriert werden können.



Abb. 5: Spielrad des entwickelten Spiels

Viele Menschen haben negative Erfahrungen mit Sport gemacht und vertreten die Ansicht, sie hätten sich ihren Ruhezustand nach Jahren der Arbeit mehr als verdient und müssten sich nicht mehr sportlicher Anstrengung aussetzen. Dies stellt ein Problem dar, denn wenn die Motivation zum regelmäßigen Sporttreiben nicht gegeben ist, bleiben langfristige Erfolge zwangsläufig aus. Daher scheint es von Bedeutung, die betroffenen Personen auf eine andere Art und Weise zur Bewegung zu bringen und ihnen aufzuzeigen, dass „Sich-Bewegen“ auch Freude bereiten kann.

In der vorliegenden Arbeit sollen daher die Auswirkungen des entwickelten Bewegungsspiels für Senioren



Dr. Ronald Burger

auf Altenheimbewohner untersucht werden.

Spiele und ganz besonders Bewegungsspiele können zu unterschiedlichsten Effekten bei den Teilnehmern führen. Dies gilt für jedes Lebensalter. So können sie die Freude am Sport fördern und vermitteln und zum Abbau von Aggressionen und Spannungen beitragen (Schöttler, 2006). Gruppendynamische Prozesse können unterstützt und somit ältere Menschen aus ihrer Isolation gelockt werden. Das Selbstwertgefühl wird durch regelmäßiges Spielen angehoben und stabilisiert. Dies kann zu einer „Entängstigung“ beitragen.

Die Emotionalität ist in der Regel im Spiel besonders hoch. Sowohl Ärger oder Enttäuschung über sich selbst oder andere, als auch Freude über die individuell oder gemeinschaftlich erbrachte Leistung können während einer Spielsituation entstehen (Ehlen & Perner, 1998). Durch die vielen Möglichkeiten des Spielens kann eine Übungsstunde interessant, abwechslungsreich und erlebnisreich gestaltet werden. Der körperliche Einsatz sollte nicht im Vordergrund stehen (Witte mann, 2001). Kooperation, Kommunikation, Unterhaltung und gemeinschaftsbildende Faktoren sollten betont und direkte Auseinandersetzungen mit den Mitspielern sowie Konkurrenzverhalten vermieden werden.

Regelmäßiges Spielen kann auch Verbesserungen im motorischen Bereich hervorrufen. Je nach Auswahl des Spiels können in den Bereichen Reaktionsschnelligkeit, Koordinationsfähigkeit, sowie Kraft und Beweglichkeit Verbesserungen erzielt werden. Hieraus kann eine Anhebung der gesamten Bewegungsökonomie auf ein höheres Level resultieren. Zudem fördern viele Bewegungsspiele die Konzentrationsfähigkeit und schulen die Wahrnehmung

(Schöttler, 2006). Insgesamt lässt sich sagen, dass den Teilnehmern innerhalb eines Spiels also sowohl motorische Trainingseffekte, als auch kognitive Herausforderungen und psycho-soziale Erlebnisse eröffnet werden (Molkenthin, 1998). Daher hat Spielen eine unverwechselbare, eigenständige Bedeutung, auch im Bereich Alterssport (ebd., 1998). Dies gilt auch für hochaltrige Menschen. Nach eingehender Literaturrecherche ließ sich keine Studie bzgl. Bewegungsspielen im Alter auffinden. Die meisten vorliegenden Studien untersuchten die Auswirkungen spezieller Trainingsprogramme auf die Psyche und die Motorik der hochaltrigen Testpersonen. Mit der vorliegenden Studie wurde also versucht der Frage nach zu gehen, ob eine regelmäßige Anwendung des entwickelten Bewegungsspiels in Alteinrichtungen zum einen zu positiven Emotionen bei den Spielteilnehmern führt und zum anderen ob die körperliche Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen motorischen Bereichen gesteigert werden kann. Zudem sollte die Zufriedenheit mit dem Spiel über einen Evaluationsbogen ermittelt werden.

Testdesign und Stichprobe

Die vorliegende Studie wurde nach dem Prinzip eines Prä-Post-Designs mit Kontrollgruppe durchgeführt. Nach einem Eingangstest erfolgte ein erstes Treatment, ein Zwischentest, ein zweites Treatment und letztlich der Ausgangstest. Das Treatment bestand aus einer dreimal wöchentlich, über sechs Wochen stattfindenden Spielrunde, bei der das Bewegungsspiel jeweils 45 Minuten unter fachlicher Anleitung durchgeführt wurde. Für jeden Teilnehmer wurde die Anwesenheit dokumentiert. Zum Zeitpunkt T1 in Woche 0 wurden sowohl Fragebögen an die Teilnehmer verteilt, als auch die motorische Testbatterie durchgeführt.

Nach der sechswöchigen Interventionsphase folgte ein dritter Test (T3), um mögliche Veränderungen im Vergleich zu T1 oder T2 festzuhalten. Die Teilnehmer der Spielrunde sowie die fachliche Leitung erhielten hier jeweils einen Fragebogen. Der von der Spielleitung geführte Anwesenheitsbogen wurde eingesammelt.



Abb. 6: Zeitlicher Verlauf der Studie

Gleichzeitig zur Interventionsgruppe wurde zu T1 und T3 eine Kontrollgruppe getestet, welche kein Treatment erhielt. Die Interventionsgruppe sollte vor Beginn der Studie das Bewegungsspiel noch nicht angewendet haben, um objektive Ergebnisse zu erhalten. Die Kontrollgruppe wandte das Spiel gar nicht an, sondern ging ihrem „normalen“ Tagesablauf nach.

Insgesamt erklärten sich vier Senioreneinrichtungen aus Rheinland Pfalz bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Die Vorauswahl der Studienteilnehmer nahm die jeweilige Heimleitung vor. Die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Studie waren zum einen der Bewohnerstatus in einem der vier Senioreneinrichtungen und zum anderen die schriftliche Einverständniserklärung des Bewohners am ersten Testtermin. Zudem wurden Personen, die nicht mindestens 75 Prozent der angebotenen Einheiten wahrnahmen, von der Untersuchung ausgeschlossen.

sen. Ausschlusskriterien waren auch akute oder chronisch instabile Erkrankungen, starke Schmerzen, problematische Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Bettlägerigkeit. Die Stichprobe setzte sich insgesamt gesehen aus mobilen Personen, Rollstuhlfahrern, multimorbiden und leicht dementen Personen zusammen, die alle in der Lage waren zu sitzen. Es handelte sich um insgesamt 56 Senioren, von denen 40 der Spielgruppe und 16 der Kontrollgruppe angehörten. Von den 40 Personen, die der Interventionsgruppe angehörten, erfüllten 18 nicht die 75 Prozent der geforderten Anwesenheitspflicht.

Die Gründe für den Drop-Out waren meist in Krankheit zu finden. Zwei Personen der Kontrollgruppe konnten krankheitsbedingt am Ausgangstest nicht teilnehmen, so dass diese ebenfalls aus der Untersuchung ausgeschlossen werden mussten. Insgesamt blieben für die Endauswertung also 22 Probanden der Interventionsgruppe und 14 der Kontrollgruppe übrig.

Nimmt man die für die Endauswertung berücksichtigten Teilnehmer, setzte sich das Gesamtkollektiv aus 30 Frauen und 6 Männern mit einem mittleren Alter von 83,94 | 8,1 Jahren (Median 85,5 Jahre) zusammen. Das Durchschnittsalter der Interventionsgruppe, die aus 22 Probanden bestand, betrug 84,64 | 7,6 Jahre (Median 86,5 Jahre) und das der Kontrollgruppe mit insgesamt 14 Probanden 82,86 | 9,0 Jahre (Median 82,5) (Tab. 1).

Gruppe	n	Alter (Mittelwert)	Alter (Standardabweichung)
Interventionsgruppe (IG)	22	84,64	7,6
Kontrollgruppe (CG)	14	82,86	9,0

Tab. 3: Deskriptive Analyse der Variable Alter getrennt nach Spiel- (TG) und Kontrollgruppe (KG)

Hinsichtlich der geprüften motorischen Funktionen gibt es bis auf die Testitems „Fallstabtest rechte Hand“ und somit auch „Fallstabtest gesamt“ keine signifikanten Gruppenunterschiede (t-Test). Die Kontrollgruppe hatte bei beiden genannten Tests einen signifikant schlechteren Ausgangsstatus als die Interventionsgruppe. Die anderen Tests weisen bei beiden Gruppen einen vergleichbaren Ausgangsstatus auf. Parallel zu den sportmotorischen Tests gingen im April 2010 85 Evaluationsbögen an rheinland-pfälzische Institutionen heraus, welche das Bewegungsspiel bereits erworben und somit auch schon angewendet hatten.

Testtheoretisch kann hier von einer anfallenden Stichprobe gesprochen werden.

Testmethoden

In der folgenden Tabelle lassen sich sowohl die Untersuchungsmethoden als auch deren Ziele nachvollziehen.

Testname	Zielsetzung
Kurzzeit-Terrainlauf	Überprüfung der Ausdauerleistungsfähigkeit bei älteren Menschen.
Fallstabtest	Überprüfung der Balancefähigkeit und des Gleichgewichts.
Friede-Park	Überprüfung der motorischen Fähigkeiten und der Koordination.
Lichtschrittlagen	Überprüfung der Schrittweite und der Schrittgeschwindigkeit.

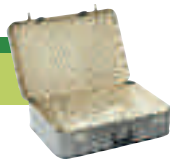
Tab. 4: Kurzdarstellung der verwendeten Tests und deren Untersuchungsziele

Motorische Tests (Testbatterie)

In der beschriebenen Testbatterie wurden die Bereiche Beweglichkeit, Gleichgewicht, Kraft und Reaktions-schnelligkeit ausgewählt. Die motorischen Tests wurden in Anlehnung an erfolgreich praktizierte Studien (Tittlbach, 2006; Tittlbach, 2007; Purath, 2009; Rikli & Jones, 2001; Möllenhoff, 2005) und bereits bestehende Testbatterien (Berg, K. et al., 1989) zusammengestellt, welche sich bereits in der Praxis bewährt haben. Die Auswahl der Tests erfolgte hinsichtlich ihrer Validität, Reliabilität, Funktionalität, Alltagsnähe, Durchführbarkeit in Alteneinrichtungen und ihres geringen Kosten- und Zeitaufwands. Die verwendeten Methoden werden hier nur tabellarisch beschrieben (Tab. 3).

Testname	Zielsetzung
Kurzzeit-Terrainlauf	Überprüfung der Ausdauerleistungsfähigkeit bei älteren Menschen.
Fallstabtest	Überprüfung der Balancefähigkeit und des Gleichgewichts.
Friede-Park	Überprüfung der motorischen Fähigkeiten und der Koordination.
Lichtschrittlagen	Überprüfung der Schrittweite und der Schrittgeschwindigkeit.

Tab. 5: Zusammensetzung der motorischen Testbatterie und deren Untersuchungsziele



Dr. Ronald Burger

Ergebnisse

Die statistische Auswertung wurde mit einfaktoriellen Varianzanalysen (ANOVA) mit Messwiederholung vorgenommen, um Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten zu analysieren. Der t-Test für unabhängige Stichproben wurde zur Ermittlung der Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe genutzt. Zur Veranschaulichung werden die erhobenen Testergebnisse der motorischen Testbatterie graphisch dargestellt. Die Signifikanz der Leistung des Eingangstests gegenüber der des Ausgangstests wird über das „+“-Zeichen dargestellt, die gegenüber der Leistung der anderen Gruppe als „*“-Zeichen.

In der Reaktionsschnelligkeit zeigen sich tendenziell signifikante positive Effekte zugunsten der TG ($p = 0,013$). Die Reaktionszeit in Sekunden hatte sich von T1 (Woche 0) zu T3 (Woche 6) in der Kontrollgruppe im Mittel ($p = 0,432$) nicht signifikant verbessert. Während dem sechswöchigen Treatment hat sich der bereits bestehende Unterschied zwischen den beiden Gruppen von signifikant zu hochsignifikant verbessert. Einen hohen Effekt hatte das regelmäßige Spielen auf die Beweglichkeit. Besonders im Chair-Sit-And-Reach-Test lassen sich nach sechs Wochen hochsignifikante Effekte zugunsten der TG nachweisen, während sich die KG in ihren Werten sogar verschlechterte. Der Test Stabgreifen weist ebenso positive Ergebnisse auf.

Zwar zeigt der Five-Chair-Stand, als Test zur Ermittlung der Kraftausdauer der Beinstrecker nur einen signifikanten Trend ($p = 0,064$; t -Wert = $-1,928$) hinsichtlich der Mittelwertunterschiede von Kontroll- und Interventionsgruppe auf, jedoch erreichte die Interventionsgruppe mit einer Zeit von 17,95 Sekunden nach sechs Wochen eine hochsignifikante ($p = 0,001$) Verbesserung um über acht Sekunden.

Auch die Messung des dynamischen Gleichgewichts lässt ebenfalls positive Effekte erkennen. Während sich die Interventionsgruppe auf einen Punktwert von 2,32 steigert und somit im Vergleich zu ihrem Ausgangsniveau einen sehr signifikanten ($p = 0,002$) Unterschied in Form einer Leistungsverbesserung von 0,96 Punkten aufzeigt, bleibt die Kontrollgruppe annähernd bei ihrem Ausgangswert stehen und kann somit keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,844$) vorweisen.

Die Teilnehmerfragebögen zeigen positive Effekte bzgl. der emotionalen / sozialen Seite auf. 90 Prozent der Teilnehmer konnten neue Kontakte knüpfen bzw. vorhandene Kontakte intensivieren. Betreuer berichten sogar von 100 Prozent. Immerhin 50 Prozent der Probanden sprechen von einer Stimmungsverbesserung. 86 Prozent geben an, das Spiel habe ihnen Spaß bereitet und 63 Prozent wären einer weiterhin regelmäßigen Teilnahme gegenüber nicht abgeneigt. Gut 55 Prozent geben an, dass ihnen durch die regelmäßige Teilnahme am Bewegungsspiel bestimmte Bewegungsausführungen leichter fallen. Hierzu zählte v.a. das leichtere Aufstehen. Betreuer der jeweiligen Teilnehmer bestätigen diese Antwort. Diese gaben sogar an, dass bei rund 63 Prozent eine verbesserte Bewegungsausführung bemerkbar sei. Abb. 8 zeigt die subjektive Einschätzung der Betreuer bzgl. positiver Veränderungen in den motorischen Komponenten Beweglichkeit, Kraft und Reaktionsschnelligkeit bei den Studienteilnehmern nach sechswöchigem Treatment. Am positivsten wurde die Reaktionsschnelligkeit bewertet, am negativsten die Kraft.

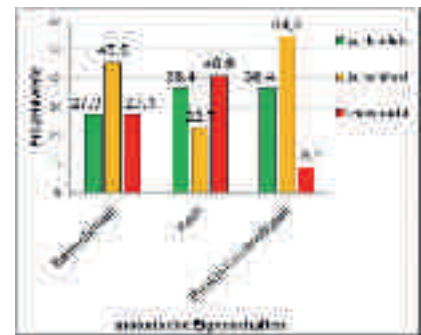


Abb. 8: Subjektive Einschätzung der Betreuer bzgl. positiver Veränderungen in den motorischen Komponenten Beweglichkeit, Kraft und Reaktionsschnelligkeit bei den Studienteilnehmern nach sechswöchigem Treatment.

23 Rücksendungen von ehemals 85 versandten Evaluationsbögen kamen letztlich in die Auswertung. Der Großteil der zurückgeschickten Bögen stammte von Alten- und Pflegeheimen bzw. Privatpersonen, die in solchen Einrichtungen tätig sind (74 Prozent). Ein Bruchteil der Rücksendungen erfolgte durch Sporteinrichtungen für Senioren (13 Prozent). 13 Prozent machten keine Angaben. Der größte Teil der Einrichtungen, die das Bewegungsspiel besitzen, wendet es regelmäßig (zwischen ein bis dreimal pro Woche) an. Hierfür wird hauptsächlich ein Übungsleiter eingesetzt.

Durchschnittlich nehmen über zehn Personen in den befragten Einrichtungen am Bewegungsspiel teil (43,5 Prozent). Jeweils 8,7 Prozent berichten sogar über 20 bzw. 30 Teilnehmer. Fast 50 Prozent der Einrichtungen berichten, dass die angegebenen Personen alle regelmäßig am Spiel teilnehmen. Hauptsächlich kommt es in Gemeinschaftsräumen zum Einsatz. Verletzungen durch die Anwendung des Spiels wurden durchweg von allen Einrichtungen nicht beobachtet.

Rollstuhlfahrer, Senioren mit Rollatoren und Demenzpatienten werden

bei 69 Prozent der Befragten in das Spiel integriert. Die Mehrheit der Befragten (91,3 Prozent) gibt an, Spielern, die bestimmte Übungen nicht durchführen können oder wollen, eine abgeänderte Übung durch den Leiter anzubieten. Das sich auf den Karten befindende Punktesystem kann je nach Situation zum Einsatz kommen oder nicht. Rund 48 Prozent der Befragten geben an, es nie zu benutzen. 39 Prozent nutzen es gelegentlich. Lediglich zwei Einrichtungen spielen ausschließlich mit Punkten.

Rund 91 Prozent der befragten Einrichtungen geben an, dass deren Spielteilnehmer Spaß am Spielen haben. Nur zwei weichen von dieser Aussage ab. Bei der Frage, warum das Spiel keinen Spaß mache, wurde die Aussage getroffen, die Wartezeiten seien zu lange. Über die Hälfte der Befragten (52,2 Prozent) gibt an, bei allen ihren Spielteilnehmern positive Stimmungsänderungen bemerkt zu haben. Zusätzlich fällt 26 Prozent eine Stimmungsänderung zumindest bei einigen ihrer Teilnehmer auf. Lachen, Mimik, regelmäßiges Erscheinen und rege Kommunikation zwischen den Teilnehmern galten u.a. als Anhaltspunkte zur Beantwortung dieser Frage. 17 der befragten Einrichtungen geben an, dass Spielteilnehmer in ihren Bewegungen mehr Sicherheit erhalten haben bzw. diese bestimmten Bewegungsausführungen (sowohl im Spiel als auch im Alltag) leichter fallen. Bei der Frage, anhand welcher Bewegungen eine positive Aussage getroffen werden konnte, wurden die Bereiche Beweglichkeit, Gleichgewicht, Gehen und Aufstehen am häufigsten genannt.

Diskussion

Als Kontrollgruppe dienten Personen aus den Heimen, die zugleich Studienteilnehmer stellten. Dies war anders nicht machbar, da sich kein

anderes Heim bereit erklärte ausschließlich eine Kontrollgruppe zu stellen. Es wurde jedoch Wert darauf gelegt, dass beide Gruppen von ihren motorischen Vorkenntnissen her vergleichbar waren. Da es sich um unterschiedliche Heime handelte und jedes Heim eigene Freizeitaktivitäten anbietet, sind die individuellen Voraussetzungen der Probanden verschieden. Es war leider nicht möglich, eine größere Probandengruppe aus nur einem Heim zusammenzustellen, da dies personaltechnisch nicht zu bewerkstelligen war. Zudem erklärten sich dafür in den einzelnen Heimen auch nicht genug Bewohner bereit.

Aufgrund der Heterogenität der Versuchsgruppen der unterschiedlichen Institutionen, konnten nicht alle Probanden jede Übung, wie auf den Spielkarten beschrieben, durchführen.

Die auf den Karten erklärten Übungen sind zwar grundsätzlich probandengerecht, eine Differenzierung je nach physischem und psychischem Gesundheitszustand ist dennoch nötig. Die Spielleiter waren in der Einweisung dazu ermutigt worden, die jeweiligen Übungen so zu gestalten, dass jeder an der Spielrunde teilnehmen konnte. Ob jede Institution diesen Rat befolgt hat bzw. jeder Spielleiter in der Lage war, eine Ersatzübung zu finden, ließ sich an dieser Stelle nicht nachprüfen.

Allgemein muss angemerkt werden, dass die durchgeführten Tests zwar hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität bestätigt sind, die Ergebnisse der Motoriktests jedoch sehr von der Motivation und der Tagesform des jeweiligen Bewohners abhängt. Je nachdem können die Ergebnisse dadurch variieren. Die getesteten Probanden wirkten jedoch sehr ehrgeizig und recht motiviert. Es ist zu beachten, dass die Kontrollgruppe insgesamt acht Probanden weniger aufweist als die Interventionsgruppe.

Daher sollten vor allem Ergebnisse, bei denen Unterschiede nur knapp ausgefallen sind, mit Vorsicht interpretiert werden.

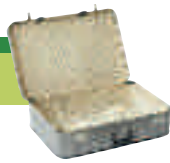
Fallstaptest

Die Untersuchung der Reaktionsgeschwindigkeit und der Auge-Hand-Koordination wurde im Zusammenhang mit Hochbetagten kaum durchgeführt. Dennoch stellt der Test einen einfach durchzuführenden motorischen Test dar, der relativ schnell und platzsparend durchgeführt werden kann. Dass die Interventionsgruppe zumindest mit der linken Hand und somit auch im Gesamtwert Verbesserungen aufzeigt, ist wahrscheinlich auf das vermehrte Reagieren bei entsprechenden Aufgaben des Bewegungsspiels zurückzuführen.

Die Verbesserung ist zwar nur gering (0,03 Sekunden), jedoch ist bekannt, dass durch Training bei Einfachreaktionen Verbesserungen von nur 10 bis 15 Prozent zu erzielen sind. Insgesamt ist die Reaktionsschnelligkeit also nur begrenzt trainierbar (Grosser, 1991).

Chair-Sit-And-Reach Test

Es ist anerkannt, dass Beweglichkeit im Alter abnimmt. Die sechswöchige Intervention führte zu hochsignifikanten Leistungssteigerungen in der Testgruppe. Zu den gleichen Ergebnissen kommen auch die Studien von Taguchi et al. (2009), Tittlbach (2007) und Oswald et al. (2005). Auch McMurdo und Rennie (1992), die ihre Probanden den gleichen Test im Stehen durchführen ließen, erhielten positive Ergebnisse. Es ist zu erwähnen, dass die hier vorliegende Studie unter den genannten die zeitlich kürzeste darstellt. Die anderen umfassen einen Zeitraum von zehn Wochen bis zu zwölf Monaten. Wie vorliegende Ergebnisse zeigen, scheinen also bereits nach kürzester Zeit positive Ergebnisse im Bereich



Dr. Ronald Burger

Beweglichkeit erreichbar und anhand längerfristigen Trainings (wie in den anderen Studien erwiesen) stabilisierbar zu sein.

Five-Chair-Stand

Das selbstständige Aufstehen von einem Stuhl stellt für die Alltagsmobilität und den Erhalt der Selbstständigkeit eines älteren Menschen eine wichtige Fähigkeit dar. Zudem reduziert eine ausreichende Kraft der unteren Extremitäten das Sturzrisiko gefährdeter Personen.

Erfreulicherweise lässt sich insgesamt eine signifikante Verbesserung dieser Fähigkeit von über acht Sekunden bei den Probanden der Interventionsgruppe feststellen. Dieses Ergebnis ist allerdings aus unterschiedlichen Gründen mit Vorsicht zu interpretieren.

Die Probanden durften je nach Könensstand mit drei unterschiedlichen Methoden besagten Test durchführen. Hierzu zählten: freies Aufstehen, Aufstehen unter Zuhilfenahme der Stuhllehne und Aufstehen mit Hilfestellung durch den Tester. Da die prozentuale Verteilung der jeweiligen Gruppenmitglieder bzgl. der Methoden nicht übereinstimmt, darf hier keine allgemeine Aussage getätigt werden. Um eine Aussage treffen zu können, ob sich die Maximalkraftwerte der unteren Extremitäten bei den Probanden im Laufe des Treatments verbessert haben, müssten zusätzlich Maximalkrafttests eingesetzt werden. Anhand der gewonnenen Ergebnisse lässt sich nicht eindeutig sagen, ob die Verbesserungen durch Kraftzuwachs oder eine deutliche Verbesserung der koordinativen Fähigkeiten zustande gekommen sind. Aufgrund der erwähnten Bedeutsamkeit des Stuhlaufstehens für die Testpersonen, wurde der Five-Chair-Stand in vielen Studien als Bewertungskriterium herangezogen. Es ist jedoch zu erwähnen, dass die Durchführung

zum Teil stark variiert, so dass die Studien untereinander nur unter Vorbehalt verglichen werden können. So ließen McMurdo und Rennie (1992) ihre Probanden nur einmal ohne Einsatz von Armlehnen aufstehen und stoppten die Zeit. Protas und Tessier (2009) hingegen ließen ihre Probanden das Aufstehen fünf Mal wiederholen, erlaubten aber ebenfalls keine Lehnen als Hilfsmittel. Oswald et al. (2005) und Tittlbach (2007) wandelten den Test zu einem dreimaligen Aufstehen ab. Die Methode von Möllenhoff (2005) kommt der in der hier beschriebenen Studie benutzten am nächsten. Hier mussten die Probanden ebenfalls fünf Mal aufstehen, durften sich jedoch aussuchen, ob mit oder ohne Zuhilfenahme der Armlehne. Bis auf Tittlbach erzielten alle anderen Studien positive Leistungsverbesserungen zugunsten der jeweiligen Interventionsgruppe.

Stabgreifen

Bereits nach sechs Wochen Treatment erreichte die Interventionsgruppe im motorischen Test „Stabgreifen“ sowohl links, rechts als auch

im Mittel eine signifikante Leistungssteigerung. Das gleiche Ergebnis erzielte auch Tittlbach (2007) in ihrer Studie. Das Ausgangsniveau ihrer Testgruppe war ähnlich wie in der hier vorliegenden Studie. Die Leistungsverbesserung nach zehn Wochen war bei Tittlbach jedoch geringer. Dies lässt sich evtl. damit erklären, dass die Probanden in ihrer Studie nur zwei Mal pro Woche à 45 Minuten ein Trainingsprogramm absolvierten, welches hauptsächlich psychomotorische Übungen beinhaltete. Das Alter der Probanden ist vergleichbar.

Dynamisches Gleichgewicht

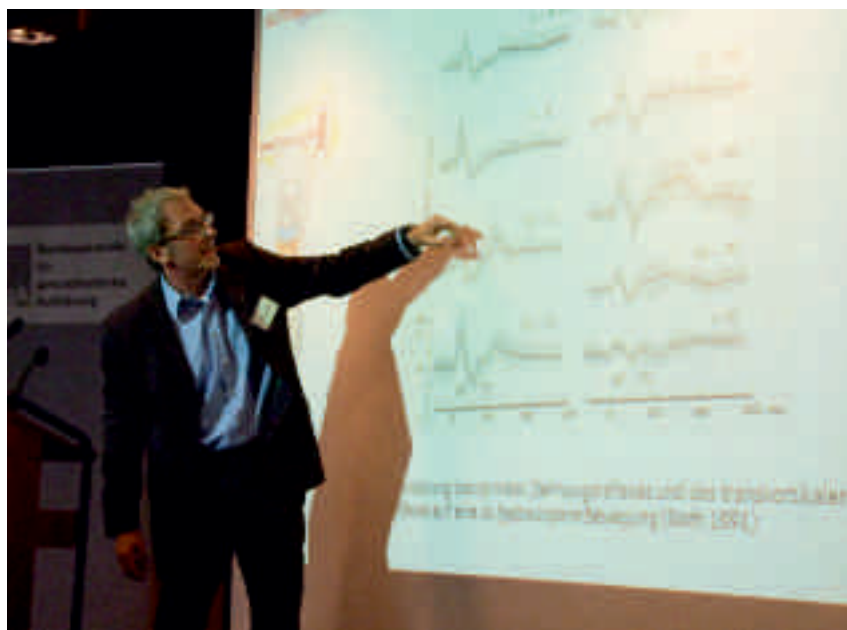
Eine gut entwickelte Gleichgewichtsfähigkeit stellt die beste Sturzprophylaxe dar (Schaller & Wernz, 2010). In diesem Kontext ist das dynamische Gleichgewicht von entscheidender Bedeutung. Umso erfreulicher ist die Tatsache, dass die Interventionsgruppe dieser Studie bereits nach dreiwöchigem Treatment signifikante Leistungsverbesserungen aufweist, während die Leistung der Kontrollgruppe stagniert.



Über ähnlich gute Ergebnisse berichten auch Bauer et al. (2009), die nach einer fünfwöchigen Intervention an 165 selbstständig lebenden älteren Personen über 65 Jahren bei 62 Prozent eine Verbesserung des Gleichgewichts herausfanden. Sie nutzten hierfür unter anderem die Berg Balance Scale, welche in vielen Studien zur Ermittlung des Gleichgewichts genutzt wird. Die Tests zeigten bei der Auswertung signifikante Veränderungen. Dies weist daraufhin, dass bereits Trainingsprogramme von kurzer Dauer zu signifikanten Verbesserungen im Bereich Gleichgewicht führen können. Laut Oswald et al. (2005) stürzt jeder zweite Pflegeheimbewohner über 65 Jahre ein Mal pro Jahr. Im Hinblick darauf sind die erzielten Ergebnisse innerhalb des kurzen Zeitrahmens von großer Bedeutung.

Fragebögen

Probanden und Betreuer bekamen ähnliche Fragen gestellt, um letztlich die gegebenen Antworten miteinander vergleichen zu können. Je nach individueller physischer und psychischer Verfassung des Probanden kann eine Verbesserung oder Verschlechterung im motorischen oder psychischen Bereich mehr oder weniger stark wahrgenommen werden. Daher kann eine weitere objektive Meinung durch den Betreuer die Aussagen des Probanden bestätigen, verstärken oder auch abschwächen. Die Prozentwerte bzgl. der Frage, ob inzwischen mehr Sicherheit beim Probanden vorhanden ist bzw. bestimmte Bewegungsausführungen im Anschluss an die Intervention leichter fallen, ähneln sich auf Probanden- und Betreuerseite. Das leichtere Aufstehen von unterschiedlichsten Positionen wird von beiden Gruppen an vorderster Stelle genannt. Daraus lässt sich schließen, dass sich sehr wahrscheinlich während der Intervention etwas im mo-



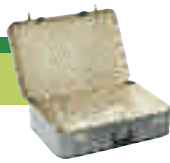
torischen Bereich der Beine verändert hat. Dies lässt sich auch durch die weiteren Antworten der Betreuer bzgl. Verbesserungen von Bewegungsausführungen bestätigen, welche zum Großteil mit den unteren Extremitäten zu tun haben (Hinsetzen, Laufen, Gleichgewicht, Extension/Flexion der Hüfte, vermehrter Einsatz der Beine).

Interessant waren die Ergebnisse der Frage, ob sich Beweglichkeit, Kraft und Reaktionsschnelligkeit nach sechswöchigem Treatment nach objektiver Einschätzung der Betreuer verändert haben. Laut deren Aussagen, ließen sich im Bereich der Reaktionsschnelligkeit die besten Ergebnisse bei den Studienteilnehmern erkennen. Zieht man die Ergebnisse der motorischen Testbatterie hinzu, sind im Bereich der Beweglichkeit deutlich positivere Ergebnisse im Vergleich zur Reaktionsschnelligkeit zu verzeichnen. Das lässt sich evtl. damit erklären, dass Verbesserungen der Reaktionsschnelligkeit besser objektiv zu beobachten sind als solche im Bereich Beweglichkeit. Die wenigsten objektiv bemerkten Veränderungen gaben die Betreuer

im Bereich Kraft an. Dies mag daran liegen, dass sich diese motorische Eigenschaft auf viele Körperpartien bezieht und sich hier ebenfalls Veränderungen objektiv schwer erkennen lassen.

Bei den Fragen bezüglich der sozialen Auswirkungen des Bewegungsspiels innerhalb des Interventionszeitraums von sechs Wochen sind die Antworten von Probanden und Betreuern annähernd vergleichbar. Sowohl das Knüpfen neuer Kontakte als auch die Angaben bzgl. einer Stimmungsveränderung stimmen größtenteils überein. Fast alle Probanden geben an, neue Kontakte durch das Spielen geknüpft zu haben. Viele der Teilnehmer kannten sich zwar vom Sehen, hatten aber laut eigenen Aussagen noch nie richtig miteinander gesprochen. Gut 50 Prozent gaben an, eine positive Stimmungsveränderung durch das regelmäßige Spielen erreicht zu haben. Die Betreuer bewerteten dies ebenso.

Nach Rücksprache berichteten sie über vereinzelte Bewohner, die nur zum Essen aus ihren Zimmern ka-



Dr. Ronald Burger

men und durch die regelmäßig festgelegten Spieltermine aus ihrer Isolation gelockt wurden. Die Ergebnisse sind in etwa vergleichbar mit denen der SimA-P-Studie. Oswald et al. (2005) berichten hier nach Einschätzung des Pflegepersonals über ein verbessertes psychisches Befinden bei 40 Prozent der Treatmentgruppe. Zu bedenken ist hier jedoch, dass der Interventionszeitraum zwölf Monate betrug.

Bauer et al. (2009) zeigen in ihrer MoSi-Studie aber, dass auch nach kürzester Zeit (fünf Wochen) die körperliche Bewegung und der soziale Kontakt durch ein ambulantes Trainingsprogramm zu verbessertem Wohlbefinden führen kann. Hier berichteten 63 Prozent der Probanden über eine Verbesserung. Um herauszufinden ob die positive Stimmung der Probanden in der hier vorgestellten Studie über einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten werden kann, müsste ebenfalls ein längerer Untersuchungszeitraum angesetzt werden.

Insgesamt schienen fast alle Probanden Gefallen am Spielen zu haben. Lediglich zwei Personen bewerteten die regelmäßige Aktivität als mittelmäßig. Sie empfanden nach Rücksprache das drei Mal wöchentlich stattfindende Spieltreffen als zu häufig und waren zum Ende des Treatments hin gelangweilt. 36,4 Prozent sprachen sich ebenfalls dafür aus, das Spiel nicht mehr geregelt, sondern nur hin und wieder mal zu spielen. Positiv ist zu bewerten, dass über 60 Prozent das Spiel gerne weiterhin regelmäßig anwenden würden. Dies würde bedeuten, dass eine regelmäßige physische Aktivität der Bewohner gewährleistet wäre.

Evaluationsbögen

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass das Spiel bei einem Großteil der

Institutionen regelmäßig angewendet wird. Dies ist insofern erfreulich, da somit eine regelmäßige sportliche Betätigung innerhalb einer Gruppe gewährleistet ist. Die Durchführung wird laut den getätigten Angaben größtenteils von Übungsleitern und weiteren Betreuungskräften übernommen. Eine Anleitung der Stunde durch einen Übungsleiter ist einerseits als positiv zu bewerten, da dieser eine entsprechende Ausbildung vorweisen kann und in der Lage sein sollte die Übungen entsprechend zu korrigieren und abzuwandeln. Zum anderen ist es aber schön zu sehen, dass sich auch Betreuungskräfte an das The-

es sich somit geschätzt um 230 Senioren handeln, die eine sportliche Betätigung innerhalb einer Gruppe erfahren. Laut den Aussagen der Absender handelt es sich bei rund 50 Prozent sogar um eine regelmäßige Durchführung des Spiels.

Fragen zur Spieldurchführung ergaben, dass bezüglich der Räumlichkeiten ausreichend Platz in den jeweiligen Einrichtungen vorhanden ist, um eine Spielrunde zu organisieren. Vier Einrichtungen berichteten auch über eine Anwendung im Freien, d.h. außerhalb des Heims. Die niedrige Zahl könnte eventuell mit dem zusammenhängenden Aufwand er-



ma sportliche Betätigung mit ihren Bewohnern herantrauen. Durch die Einführung in das Spiel über einen Workshop und den vorgegebenen Übungen auf den Spielkarten erhalten die Betreuungskräfte zudem weitere Anregungen. Die Angabe, dass in den meisten Einrichtungen über zehn Personen am Bewegungsspiel teilnehmen, ist positiv zu bewerten. Bei 23 zurückgeschickten Evaluationsbögen würde

klärt werden, alle interessierten Bewohner in angemessener Bekleidung nach draußen zu bringen. Dies erfordert Zeit und ausreichend Betreuungspersonal. Zudem muss eine entsprechend nahe gelegene Möglichkeit in Form eines Gartens, Parks oder ähnlichem vorhanden sein, um die Spieldurchführung zu ermöglichen. Für Personen, die nicht im Rollstuhl sitzen, sind zusätzliche Sitzgelegenheiten nötig, um entsprechen-

de „Sitzübungen“ auch ausführen zu können und sich zwischendurch eine Pause zu gönnen. Nur unter diesen Voraussetzungen ist ein Einsatz im Freien auch möglich.

Aufgrund der seniorengerechten Spielgeräte und Übungen sind bisher noch keinerlei Verletzungen aufgetreten. Rollstuhlfahrer, Personen die mit Rollator gehen und Demenzpatienten wurden beim Großteil der befragten Einrichtungen bereits in das Spiel integriert. Dies ist positiv zu bewerten, da somit keine soziale Ausgrenzung entsprechender Personengruppen geschieht und sie aktiv am Spiel teilnehmen können. Studien zeigen, dass vor allem Demenzpatienten von regelmäßiger Bewegung profitieren. Kemoun et al. (2010) ließen 31 Demenzpatienten 15 Wochen drei Mal pro Woche eine Stunde lang ein Trainingsprogramm absolvieren. Sowohl die Punktwerte eines standardisierten kognitiven Funktionstests als auch die Gangqualität betroffener Personen verbesserten sich signifikant.

Fast alle befragten Einrichtungen gaben an, bei „Nicht-durchführen-können“ einer Übung, den entsprechenden Personen eine Ersatzübung vorschlagen zu können.

Dies ist vor allem von großer Bedeutung, wenn man mit relativ heterogenen Spielgruppen, wie sie in Pflegeheimen mit multimorbiden Bewohnern aufzufinden sind, agiert. Betroffene Teilnehmer fühlen sich somit integriert und erfahren eine Stärkung des Selbstbewusstseins. Das auf den Spielkarten vorhandene Punktesystem wird von der Mehrheit der Befragten nicht genutzt. Trotzdem sollte dieses beibehalten werden, da ausreichend Institutionen das System wenigstens gelegentlich nutzen. Auch die im Spiel enthaltenen Ideenkarten sollten weiterhin enthalten bleiben, da rund

drei Viertel diese nutzen, um sich eigene Übungen auszudenken bzw. um die Spielteilnehmer sich eigene Übungen ausdenken zu lassen. Dies fördert die kognitive Komponente und bringt Kreativität mit in die Spielrunde ein.

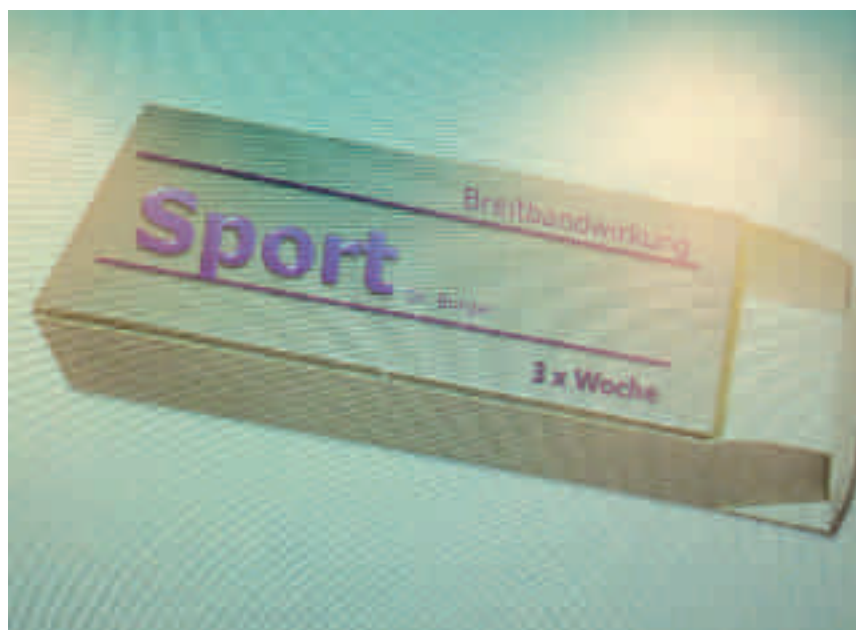
21 Einrichtungen berichten darüber, dass ihre Bewohner Spaß am Spielen hatten. Grundsätzlich schien den Spielteilnehmern alles, was mit dem Spiel zu tun hat, Freude zu bereiten. Die Antwort der Senioren, das Drehen an der Spielscheibe habe sie am meisten begeistert, hebt nochmals den Charakter eines Gesellschaftsspiels hervor. Auch die abgegebene Antwort „Gruppenübungen“ hätten besonders gut gefallen, unterstreicht nochmals, wie wichtig der soziale Aspekt empfunden wurde.

Durch die Anwendung des Bewegungsspiels wurden vom Großteil der befragten Personen und den dahinterstehenden Einrichtungen positive Stimmungsänderungen bei den Spielteilnehmern bemerkt. Die meisten gaben sogar an, bei allen Teilnehmern eine Stimmungssteigerung registriert zu haben. Ein „regel-

mäßiges Erscheinen“ oder „positives Berichten von der Stunde“ als Indikatoren für die Verbesserung der Stimmung, zeigt die positive Einstellung der Teilnehmer zum Spiel und lässt auf eine gute Umsetzung durch die Betreuer schließen.

73 Prozent der befragten Einrichtungen geben an, dass Spielteilnehmer in ihren Bewegungen mehr Sicherheit erhalten haben bzw. diesen bestimmte Bewegungsausführungen leichter fallen. Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem Ergebnis der gleichen Frage an die Probanden und Betreuer der Studie, lässt sich erkennen, dass der Prozentwert bezüglich Veränderungen hier noch höher liegt als in der Versuchsgruppe. Dies bestätigt also die Aussage, dass sich durch die Anwendung des Spiels im Bereich der Motorik gute Ergebnisse erzielen lassen.

Die Auswirkungen des regelmäßigen Spielens auf das soziale „Miteinander“ wurden sowohl von Betreuern, Probanden als auch über die Bewertung des Evaluationsbogens als positiv beschrieben. Scheinbar las-





Dr. Ronald Burger

sen sich in diesem Bereich besonders gute Veränderungen erzielen. Erfreulicherweise gaben fast 80 Prozent der Befragten an, zusätzliche Spielmaterialien zu nutzen. Hiermit können Wartezeiten verkürzt werden.

AUSBLICK

Im Hinblick auf die in dieser Studie erhobenen Daten ist davon auszugehen, dass das regelmäßige Anwenden des Bewegungsspiels zu positiven Veränderungen in bestimmten Teilen des motorischen Bereichs der Kraft, der Beweglichkeit, der Reaktionsschnelligkeit und des Gleichgewichts führt. Das Gleiche gilt ebenfalls für den sozialen Bereich. Um diese These endgültig zu bestätigen, sollte mit Hilfe einer größeren Stichprobe und eines eventuell größeren zeitlichen Umfangs eine weitere Überprüfung stattfinden.

Grundsätzlich zeigt der Vergleich mit vorliegenden Studien bei Pflegeheimbewohnern, dass die erzielten Ergebnisse zum Großteil mit diesen übereinstimmen. Dies ist daher besonders hervorzuheben, da in diesem Fall ein relativ niedrig dosiertes Interventionsprogramm gewählt wurde, bei dem das Spielen und die Freude im Vordergrund stehen.

Um mehr Bewegung in Pflegeheime zu bekommen, stellt diese Methode einen guten Ansatz dar. Interessant wäre eine Vergleichsstudie zwischen einer „herkömmlichen“ Trainingsmethode und der Anwendung des Bewegungsspiels. Hier sollten jedoch nicht alleine die motorischen Auswirkungen miteinander verglichen werden, sondern vor allem die Motivation, die Teilnahme, der Spaßfaktor sowie die Auswirkungen auf die Stimmung der Probanden. Denn nur, wenn die Senioren mit Spaß ein Bewegungsangebot wahrnehmen, kann eine längerfristige sportliche

Betätigung gewährleistet werden. Hierfür sollten also neben der motorischen Testbatterie erneut Fragebögen zur Erhebung dieser Daten für die Probanden und Betreuer zum Einsatz kommen.

Die Durchführung eines Retentions-tests könnte die Frage klären, wie nachhaltig die erzielten Ergebnisse sind. Bereits in dieser Studie litten einige wenige Probanden an einer demenziellen Erkrankung. Aufgrund des ansteigenden Alters und der erhöhten Anzahl hochaltriger Personen werden solche Erkrankungen immer öfter in Pflegeeinrichtungen anzutreffen sein. Daher wäre eine Durchführung des Bewegungsspiels und die Auswertung der Ergebnisse bei ausschließlich an Demenz erkrankten Personen ein weiterer Ansatz. Hier könnte evtl. auch der kognitive Status mit beurteilt und standardisierte Skalen verwendet werden.



Thomas Altenhöner & Mirjam Philippi

Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes
Fakultät für Sozialwissenschaften

You 'll never walk alone.

Soziale Unterstützung – eine wichtige Ressource für Gesundheit im Alter

Demografische Entwicklung

Die Bevölkerung wird immer älter. Bereits heute sind 20% der Menschen in Deutschland über 65 Jahre, dieser Anteil wird in den kommenden Jahrzehnten weiter ansteigen [1]. Mit zunehmendem Lebensalter steigt jedoch auch das Risiko körperlicher Erkrankungen und psychischer Beeinträchtigungen. So gaben 2009 laut Mikrozensus mehr als ein Viertel der über 75-jährigen an, dass bei ihnen innerhalb der letzten vier Wochen eine Krankheit diagnostiziert wurde oder sie aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben eingeschränkt waren [2]. Schätzungen des Robert Koch-Instituts zufolge sind 25% der Personen über 65 Jahren psychisch erkrankt, beispielsweise an einer Depression oder Demenz. Der überwiegende Teil dieser in Verbindung mit dem Alter stehenden Erkrankungen verläuft chronisch und ist dementsprechend nicht heilbar. Die Beeinträchtigungen können jedoch durch gesundheitsfördernde Maßnahmen vermieden oder zumindest abgemildert werden [3]. Mit steigendem Alter erhöht sich zusätzlich das Risiko der Multimorbidität, die Personen leiden zur gleichen Zeit unter mehreren – meist chronischen – Erkrankungen [4]. Zusätzlich führen physiologische altersbedingte Veränderungen zu einer Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit [3].

Soziale Netzwerke und Gesundheit

Inzwischen ist weitgehend akzeptiert, dass soziale Netzwerke und die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld eine wichtige Ressource für Gesundheit bilden. Soziale Unterstützung kann dabei auf mehreren Ebenen erfolgen – beispielsweise durch alltagspraktische Unterstützung und Pflege, die Vermittlung von Rückhalt und Anerkennung oder durch Weitergabe von Emotionen, wie Liebe, Zuneigung und dem Gefühl von Geborgenheit [5]. Der Bedarf an Unterstützung verändert sich im Lebensverlauf in Abhängigkeit von Alter und gesundheitlicher Situation. Unterstützung kann sich einerseits direkt förderlich auf die Gesundheit auswirken, indem die Hilfe anderer die Wahrnehmung von Problemen, die möglicherweise durch alltägliche Herausforderungen, wie etwa einen Gang zum Amt, ausgelöst werden können, reduziert. Die Verringerung des Auftretens von Stress könnte somit die Entstehung von Krankheit verhindern. Andererseits kann, wenn bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen vorhanden sind, eine angemessene Unterstützung einen puffernden Effekt aufweisen, indem sie dazu beiträgt, dass weitere Krankheitsfolgen abgemildert werden [5].

Die konkrete Wirkung sozialer Ressourcen auf Gesundheit konnte in zahlreichen Studien belegt werden. Das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt älterer

Menschen und zugleich häufigste Todesursache bei über 65-jährigen [6], scheint sich zu reduzieren, wenn Menschen sich sozial integriert fühlen [7]. Zwischenmenschliche Kontakte und ein gutes soziales Netzwerk scheinen das Immunsystem zu stärken [8] und sogar das Risiko des vorzeitigen Versterbens zu senken [9]. Eine typische, chronisch verlaufende Erkrankung des höheren Lebensalters ist Diabetes mellitus Typ 2, der sogenannte „Altersdiabetes“ [10]. Die Zuckerkrankheit, wie auch die meisten anderen chronisch-degenerativen Erkrankungen, steht in enger Verbindung mit dem gesundheitsbezogenen Lebensstil. Eine gesunde Lebensführung kann sowohl die Erkrankung selbst als auch die zahlreichen Begleitschäden vermeiden oder verringern [10]. Nehmen an Diabetes erkrankte Menschen oder andere chronisch Kranke eine angemessene soziale Unterstützung durch ihre Umwelt wahr, so wirkt sich dies auf den Umgang mit ihrer Erkrankung aus. Sie halten sich beispielsweise eher an die Therapieempfehlungen ihres Arztes, leben insgesamt gesünder [11] und suchen offenbar seltener ihren Arzt auf [12]. Die Beeinträchtigungen durch die Krankheit im alltäglichen Leben werden gleichzeitig als weniger einschränkend empfunden [13]. Zudem wird das Risiko gemindert, dass die chronischen Gesundheitsbelastungen seelische Beeinträchtigungen hervorrufen [14]. Trotz ihrer Krankheit fühlen sich Menschen, die adäquat sozial unterstützt werden, weniger beeinträchtigt als Erkrankte, die sich einsam fühlen [15].





Thomas Altenhöner & Mirjam Philippi

Gerade diese selbst wahrgenommene gesundheitliche Lage bildet im Alter einen wichtigen Faktor zur Vorhersage von Gesundheit und Lebensqualität und beeinflusst die Lebensdauer oftmals stärker als medizinisch diagnostizierte Erkrankungen [16]. Eine der Lebenssituation angepasste soziale Unterstützung scheint in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung. So stufen ältere Menschen, die sich in ihrem Familien- oder Freundeskreis gut eingebunden fühlen, ihre Gesundheit deutlich besser ein [17]. Auch bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen und bei Menschen mit Demenz wirken sich häufige soziale Kontakte und das Gefühl der sozialen Teilhabe positiv auf die wahrgenommene Lebensqualität aus [18; 19]. Vieles deutet darauf hin, dass umgekehrt soziale Isolation und geringe Unterstützung in Zusammenhang mit dem häufigeren Auftreten psychischer Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, im Alter steht [20]. Im Hinblick auf die Verbreitung depressiver Symptome unter älteren Menschen könnte ein höheres Maß an gegenseitiger sozialer Unterstützung entsprechend dazu beitragen, die Häufigkeit psychischer Krankheiten im Alter zu verringern.

Soziale Situation älterer Menschen

Neben einer immer älter werdenden Gesamtbevölkerung ist der demografische Wandel durch einen Geburtenrückgang und gravierende Veränderungen in den Familienstrukturen gekennzeichnet. Während es früher in der Regel viele gleichaltrige Familienangehörige gab, so verteilen sich die familiären Kontakte heute häufiger über mehrere Generationen. Im Alter wird dieser Änderungsprozess nochmals verstärkt durch Tod oder Erkrankung gleichaltriger Verwandter oder Lebenspartner [21]. Gleichzeitig wohnen aufgrund zunehmender Mobilitätsanforderungen erwachsene Kinder immer weiter weg von ihren Eltern und der Kontakt zwischen ihnen verringert sich [22]. Im Jahr 2007 lebten daher etwa die Hälfte aller Frauen und fast 20% der Männer über 65 Jahren alleine, bei den über 80jährigen Frauen sind es sogar 64% [21]. Diese gesellschaftliche Entwicklung hat gemeinsam mit weiteren altersbedingten Veränderungen in sozialen Netzwerken, wie beispielsweise dem Eintritt in den Ruhestand, Folgen im Hinblick auf die Häufigkeit und auch auf die Herkunft der sozialen Kontakte und damit auf die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung.

So gaben in einer aktuellen Umfrage des Robert-Koch-Instituts ältere Personen häufiger als jüngere an, nur geringe Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld wahrzunehmen. Zudem zeigt sich ein Einfluss sozioökonomischer Bedingungen. Je geringerer der Bildungsabschluss ist, desto seltener wird eine ausgeprägte soziale Unterstützung wahrgenommen [23]. Hier zeigt sich, dass gerade sozial Schwächeren, die im Allgemeinen gesundheitlich stärker beeinträchtigt sind, soziale Unterstützung als gesundheitsfördernde Ressource in geringerem Ausmaß zur Verfügung steht. Neben den sich verändernden gesellschaftlichen Strukturen kommt hinzu, dass sich ältere Menschen wegen altersbedingter und gesundheitlicher Einschränkungen und einer dadurch entstehenden verminderten Mobilität zum Teil auch selbst aus dem sozialen Leben zurückziehen [3].

Fazit und Handlungsempfehlungen

Aufgrund der nachgewiesenen, positiven Effekte zwischenmenschlicher Kontakte und sozialer Unterstützung auf körperliche, seelische sowie subjektive Gesundheit und Lebensqualität sollten soziale Ressourcen in der Gesundheitsförderung älterer Menschen vermehrt beachtet und gefördert werden. Ein besonders aufmerksamer Blick wäre dabei – aufgrund ausgeprägterer gesundheitlicher Belastungen – auf sozial Benachteiligte zu richten. Einerseits könnte somit die allgemeine Gesundheit und Lebensqualität des ansteigenden Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung verbessert werden. Darüber hinaus könnten sich Effekte sozialer Unterstützung auch hemmend auf die Ausgabenabentwicklung im Gesundheitswesen auswirken, die in den kommenden Jahren durch den demografischen Wandel und den damit verbundenen Anstieg altersasso-



ziierter Erkrankungen zu erwarten ist. Von einem solchen Kosteneffekt wäre auszugehen, wenn ein frühzeitiger Einbezug sozialer Ressourcen in die gesundheitliche Versorgung chronisch Kranker zu einem besseren Umgang mit der Erkrankung beiträgt und dadurch eine reduzierte bzw. angemessenere Nutzung des Gesundheitssystems möglich wird [11;12].

Die Förderung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung setzt im Idealfall im direkten Wohnumfeld älterer Menschen an, etwa durch eine stärkere intragenerationale Vernetzung und gegenseitige Unterstützung zwischen Jung und Alt [24] – auch ohne verwandtschaftliche Beziehung. Die Stärkung der Motivation zum gesellschaftlichen, ehrenamtlichen Engagement für ältere Menschen, aber auch durch die älteren Personen selbst, könnte ebenfalls zu einer Verbesserung sozialer Teilhabe und Lebensqualität [26] führen. Im Hinblick auf die Gesundheit und Lebensqualität wäre es zudem wünschenswert, wenn die im Gesundheitsversorgungssystem tätigen Experten wie Ärzte, Pflegekräfte oder Therapeuten die soziale Situation und einen eventuellen Mangel sozialer Unterstützung noch stärker berücksichtigen würden und Möglichkeiten hätten, diesen mit Hilfe geeigneter Maßnahmen auszugleichen. Dies sollte dann stets unter der Voraussetzung erfolgen, das eigenständige, unabhängige Leben und Handeln so lange wie möglich zu erhalten.

Literatur

- [1] Statistische Bundesämter (2011). Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Ausgabe 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- [2] Statistisches Bundesamt (2011). Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit. Kranke und Unfallverletzte. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- [3] Saß, A.-C., Wurm, S., Ziese, T. (2009). Somatische und psychische Gesundheit. In: Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut: 31-61
- [4] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002). Der Alterssurvey - Aktuelles auf einen Blick. Ausgewählte Ergebnisse. Gesundheit und Gesundheitsversorgung.
- [5] Diewald, M., Sattler, S. (2010). Soziale Unterstützungsnetzwerke. In: Stegbauer, C., Häußling, R. (Hrsg.). Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: VS Verlag: 689-699
- [6] Statistisches Bundesamt (2010). Gesundheit im Alter. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- [7] Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer, M.J. & Willett, W.C. (1996). A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50: 245-251
- [8] Uchino, B. (2006). Social Support and Health: A Review of physiological processes potentially underlying links to disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine* 29 (4): 377-387
- [9] Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton J.B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review. *PLOS Med* 7 (7)
- [10] Robert Koch-Institut (RKI) (2007). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsbericht-erstattung des Bundes. 2. Aufl. Berlin: RKI.
- [11] Gallant, M. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior* 30 (2): 170-195
- [12] Baumeister, S.E., Alte, D., John, U. (2004) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Welche Rolle spielt die soziale Unterstützung? – Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP). *Gesundheitswesen* 66: 175-179.
- [13] Bierman, A., Statland, D. (2010). Timing, Social Support, and the Effects of Physical Limitations on Psychological Distress in Late Life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65 (5): 631–639
- [14] Fittig, E., Schweizer, J., Rudolph, U. (2007). Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen: Zur Bedeutung von Depressivität, Krankheitsverarbeitung und Sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 15 (1): 23-31.
- [15] Eller, M, Holle, R., Landgraf, R., Mielck, A. (2008). Social Network effect on self-rated health in type 2 diabetic patients – results from a longitudinal population-based study. *International Journal of Public Health* 2008 (53): 689-699
- [16] Wurm, S., Lampert, T., Menning, S. (2009). Subjektive Gesundheit. In: Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut: 79-91
- [17] von dem Knesebeck, O. (2005). Die Bedeutung sozialer Beziehungen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Alter. *Sozial- & Präventivmedizin* 2005 (50): 311–318



Thomas Altenhöner & Mirjam Philippi

- [18] Drageset, J., Eide, G.E., Nygaard, H.A., Bondevik, M., Nortvedt, M.W. & Natvig, G.K. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents – A questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies* 46: 66-76.
- [19] Oppikofer, S., Albrecht, K., Martin, M. (2009). Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2009: 1-7
- [20] Zietemann, V., Machens, P., Mielck, A., Kwetkat, A. (2007). Soziale Kontakte und Depression bei geriatrischen Patienten: Gibt es einen Einfluss von Geschlecht? *Gesundheitswesen* 2007 (69): 345–352
- [21] Menning, S. (2007). Haushalte, familiäre Lebensformen und Wohnsituation älterer Menschen. *GeroStat Report Altersdaten 02/2007*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- [22] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002). *Der Alterssurvey – Aktuelles auf einen Blick. Familie und Generationen im Wandel*.
- [23] Robert Koch-Institut (RKI) (2011). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. Berlin: Robert Koch-Institut
- [24] Altgeld, T. (2009). Gemeindenahe Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Die Wiederentdeckung des Quartiers als zentrale Handlungsebene. *Prävention & Gesundheitsförderung* 2009 (4): 149-157
- [25] Kümper, S., Rosenbrock, R. (2010). Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In: Naegele, G. (Hrsg.). *Soziale Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden: VS Verlag: 281-308

- [26] Kruse, A. & Schmitt, E. (2008). Partizipation und Engagement im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In: E. Schmitt, H.W. Wahl, A. Kruse (Hrsg.). *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht*. BMFSFJ: Berlin: 89-97.

Kontakt:

Prof. Dr. Thomas Altenhöner
 Fakultät für Sozialwissenschaften
 Department Gesundheit und Pflege
 Goebenstraße 40
 66117 Saarbrücken
 E-Mail:
 taltenhoener@htw-saarland.de



Prof. Dr. Annelie Keil

Bremen

Leben ist eine konkrete Utopie und Alter keine Krankheit

Über die Verborgenheit der Gesundheit beim Älterwerden

Leben ist nur eine Idee, eine biographische Utopie und immer wieder neu eine entwerfende Geste für die Zukunft. Vom Gestern lernen, heute leben, auf ein Morgen hoffen und vor allem nie mit dem Fragen aufhören – so hat Albert Einstein die Aufgabe beschrieben, die der Mensch zu erledigen hat und damit auch eine schöne Beschreibung vom Älterwerden vorgelegt – wie ich meine. Auch die Aufgabe und der Arbeitsprozess von Gesundheit, Genesung und Heilung könnten so beschrieben werden. Das Fragen beginnt, bevor wir sprechen können, mitten im Leben, das uns umgibt. Ohne Wenn und Aber, Versprechungen und Versicherungsschutz bekommt der Mensch mit dem Geschenk der nackten Geburt nur die Möglichkeit zu leben. Leben muss er das Leben selbst. Lebenslang streitet das Erhoffte mit dem Ungewollten, das Glück mit dem Leid, die Gesundheit mit der Krankheit, die Absicht mit dem Zufall, die Wirkung mit den Nebenwirkungen, die Ordnung mit dem Chaos. Leben ist ein Weg durch die Fremde, Widersprüche und Hindernisse säumen den Weg. Die heilsame Provokation des Lebens besteht in der Herausforderung, aus den unbekanntem Möglichkeiten ein konkretes Leben zu machen und der eigenen Biografie subjektive Authentizität zu verleihen.

Gesundheit in eigener Verantwortung ist ein Abenteuer, das nie endet, aber jeden Tag neu beginnt.

Manchmal mit einer Inspektion, deren Ausgang immer ungewiss ist, so genau sie auch verlaufen mag.

Inspektion

Bitte die 30iger Inspektion
Auf Herz und Nieren,
verlangte der junge Mann:
Gelenke abschmieren,
Bandscheibefederung nachsehen,
Pumpleistung überprüfen,
Zündrhythmus einstellen,
den Lack ausbessern
und lockere Schrauben anziehen.
(Gert Udo Jerns)

Der junge Mann braucht neue Impulse, die Fähigkeit zur Selbst-Inspektion. Er muss erkennen, dass ein Gang mit Lebenslust auch gebeugt sein kann und nicht nur auf einer gesunden Bandscheibe beruht, dass die Flamme der Liebe viele Zündfunken braucht, um auch das Denken anzuzünden und dass der Lack auch mit der besten Politur nicht immer zu retten ist, während die Falten der Lebenserfahrung in einem Gesicht es leuchten lassen können. Ganz abgesehen von den vielen lockeren Schrauben der Menschheit, gegen die kein psychiatrisches oder therapeutisches Kraut gewachsen ist. Das Modell der somatischen Inspektion ist aber auch die Leidenschaft der Älteren. „Fit und gesund im Alter“, dieser aufmunternde Slogan kann zur Peitsche des Älterwerdens werden, weil es jung und dynamisch verdrängt, was in der Verborgenheit der Gesundheit sonst noch ans Licht will. Mit Rolle vorwärts in den Sarg? Alle mit Wanderstöcken, dafür ohne Lied im Gänsemarsch durch den Wald? Kampf um den gesunden Seniorenteller? Barrierefreiheit kann nicht das einzige Glück, die einzige Freiheit sein, wenn wir zwar älter, aber eben auch neu werden müssen.



Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit, das hat sich inzwischen herumgesprochen. Dennoch glauben die meisten Menschen, dass sie gesund sind, wenn sie die medizinische Überprüfung auf Herz und Nieren „ohne Befund“ überstanden haben. In der Regel wünschen wir uns Gesundheit als etwas Messbares, Verlässliches, am liebsten als etwas, das man einfach hat und für dessen Überprüfung man ab und zu eine Art TÜV über sich ergehen lässt. Unauffälligkeit ist gefragt. Ein normaler Blutdruck, ein Normalgewicht, eine normale Verdauung, ein normales Gehör, eine normale Hautfarbe, eine normale Körpertemperatur, eine normale Sexualität, normales Denken, normale Gefühle lassen uns schnell vergessen, dass es den Wahnsinn der Normalität als Ausdruck einer tiefen Lebensstörung gibt. Beunruhigendes wird observiert. „Eine Schlaftablette fürs Gewissen, damit der Charakter schnarcht.“ (Jerns) Hauptsache gesund?

Gesundheit, nein Danke?

Die WHO definierte Gesundheit schon in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts (!) als ein umfassendes körperliches, seelisches, geistiges und soziales Wohlbefinden und macht uns die alte Weisheit deutlich, dass Körper, Geist und Seele aufs engste miteinander kooperieren, sich ergänzen, sich gegenseitig herausfordern, aber auch stören und behindern können. Die moderne Gehirnforschung hat nun endlich die Gefühle entdeckt, weiß, dass auch das Gehirn nur denkt, wenn wir es benutzen und hilft uns vielleicht



Prof. Dr. Annelie Keil

beim Umdenken nicht nur in der Medizin, Körper, Geist und Seele als untrennbare Bündnispartner zu betrachten. Nachdem wir Gefühle nun auch auf Geräten abbilden und lokalisieren, Gedanken auf ihren Wegen und in ihren Verwirrungen verfolgen können, wäre es endlich an der Zeit, die Bedeutung der großen Gefühle wie Angst, Wut, Hilflosigkeit und Trauer, aber auch die der unendlichen Wünsche nach Liebe, Glaube, Hoffnung und Vertrauen im Leben von Menschen anzuerkennen. Wo sonst sollten wir die inneren Lebensräume finden, die einen Ort im Außen brauchen? Orte für Trauerarbeit ebenso wie Orte der realen Erfahrung, dass die Hoffnung ins Gelingen verliebt ist und kein Hundeleben will – egal in welchem Alter die Menschen sind! Wir brauchen Orte zum Älterwerden, an denen man nicht nur barrierefrei überwintern kann, sondern sich verlieben kann. Niki Saint Phalle hat das so schön formuliert: „Also: man kann sich in jedem Alter verlieben. Nicht unbedingt in eine Person, es kann eine neue Zivilisation sein oder sonst irgendwas. Wichtig ist, sich zu verlieben.“

Menschliche Gesundheit geht weit über das hinaus, was als körperliche Fitness inzwischen einen großen Markt erobert hat und die Illusion nährt, man könne Gesundheit als Ware kaufen – das Wohlbefinden stelle sich dann schon ein. Dieses Missverständnis ist auch auf der Seite der Krankheit verhängnisvoll. Auch die Reduktion der Krankheit auf einen Defekt oder pathologisches Substrat ohne biographischen Kontext und Sinn, das man zwecklos Reparatur beim Arzt oder im zertifizierten Krankenhaus abgibt, enthält die Vorstellung von einer Ware, die man zu gerne mit Geld und guten Worten gegen Gesundheit umtauschen würde. Wir tun so, als hätte das Leben uns versprochen, von

Krankheit oder spezifischen Problemen abzusehen, damit wir uns wohl fühlen können!

Gesundheit reduziert sich nicht auf Arbeitsfähigkeit, nicht auf unsere wie auch immer umfassende Leistungs- und Funktionsfähigkeit, sondern ist unter Einschluss der Genuss- und Leidensfähigkeit des Menschen eine umfassende Lebenskompetenz, in die die Kräfte und Fähigkeiten des Menschen ebenso eingehen wie seine Schwächen und Unfähigkeiten. Sie ist Ausdruck der Kunst, das Leben in all seinen Herausforderungen anzunehmen und in den dafür notwendigen Antworten zu unserem Werk zu machen. Das gelebte Leben ist das Werk, das wir am Ende hinterlassen, und niemand weiß vorher, ob es ein Meisterwerk, ein Gesellenstück oder der Versuch eines Lehrlings geworden ist. Als diese Lebenskompetenz ist sie der zuständige Vertragspartner bei der Suche nach Lebensräumen, ihrer Gestaltung, Veränderung und eben auch Auflösung, wenn es wie etwa bei der Auflösung einer Wohnung, dem Umzug in eine andere Stadt oder dem Übergang in ein Alten- und Pflegeheim nötig wird.

Die Wirklichkeit einer Gesundheit ist weniger genetisch bedingt, sondern vor allem eine lebendige Geschichte, Ausdruck eines Prozesses, der immer wieder neu um einen spezifischen Zustand der Qualität des Lebens ringt. Die Fähigkeit, das eigene Leben immer wieder neu zu erzeugen und zu erfinden, auch in Krisen und Sackgassen, ist Ausdruck jener Kompetenz zur Gesundheit, die ihrerseits ständig erzeugt und gebildet werden muss. Leben und Gesundheit sind in dieser Weise ein Elternpaar, das nur dann zeugungsfähig und fruchtbar ist, wenn Menschen die ihnen entsprechenden Herausforderungen und Bedingungen bekom-

men und nicht daran gehindert werden, über ihr Leben und seine Perspektiven selbst zu bestimmen oder dauerhaft überfordert werden. Wenn Körper und Seele verrückt spielen oder mit Symptomen um Hilfe rufen, gibt es immer einen geschichtlichen Hintergrund, den zu ergründen nicht leicht ist.

Leben und Gesundheit sind eine Art Zukunftswerkstatt, in der wir unsere Gesundheit mitten durch die Krisen hindurch gestalten lernen. Ein Gespräch über Gesundheit ist immer auch ein Gespräch über uns und unsere Kunst, das Leben zu meistern, ihm Lebensräume zu verschaffen und dabei unsere eigene subjektive Gesundheit wie die der anderen Menschen, die mit uns leben, arbeiten und in Beziehung stehen, also die kollektive Gesundheit zu fördern. Eine Übung mit dem Körper ist immer eine Konfrontation mit den Spuren, die das Leben in unserem Körper hinterlassen hat. Die Auseinandersetzung mit unserer Angst vor Schmerzen oder unserem Sterben ist immer auch eine Erfahrung mit der Ausgesetztheit menschlichen Lebens und seiner Verletzlichkeit.

Leben gefährdet Gesundheit, dessen kann man sicher sein. Aber niemand hat ein Interesse daran, das Leben wegen der Gesundheit abzuschaffen. Die Frage, wie man sein Leben führen und Lebensräume bis ins hohe Alter, aber eben auch schon als Kind mitgestalten kann, enthält die Grundfrage der Lebenskunst. Wie lerne ich mit Widersprüchen zu leben, wie den Umgang mit Mangel oder Abhängigkeit, ohne den eigenen Rhythmus zu verlieren? Wie bleibe ich offen und aufmerksam für Erfahrungen, die mir Angst machen? Kann ich im richtigen Augenblick tief durchatmen oder halte ich gleich die Luft an, wenn ich im Gespräch mit meinem Arzt oder meiner

Ärztin eine kritische Nachfrage habe? Wie lerne ich zu lieben und wie geliebt zu werden, wenn mich die Verletzungen meines Körpers, die Folgen der Chemotherapie oder die Angst vor meiner Zukunft aus dem Rhythmus bringen und ich nur noch im Takt der Behandlungstermine lebe? Was heißt Leben in eigener Verantwortung, wenn ich besser die Verantwortung für andere geübt habe? Wie verbinde ich den Rhythmus meines Herzschlags mit dem der anderen, wie lerne ich für mich Sorge zu tragen und andere Sorgen zurückzustellen? Wie gebe ich meinem Leben mit der Krankheit einen neuen Sinn, wenn der alte sinnlos erscheint? Welche Gewohnheiten schützen mich und wie hilft mir der Rhythmus der Routine? Welche Routinen muss ich aufgeben, weil sie die neuen Lebensbewegungen behindern? Wie lerne ich neu den Rhythmus der Zeit, wie meine Zeit einteilen, wie lerne ich Zeit zu vergeuden? Welchen Lebensraum gebe ich meinen Gefühlen, welche Gestaltungsmöglichkeiten meiner Intuition? Wie ernst nehme ich meinen Körper und wie lerne ich mit den Symptomen sprechen? Wie lerne ich Schmerz und Enttäuschungen akzeptieren und wie gehe ich mit ihnen um? Wie lerne ich die Kunst der Gelassenheit, ohne sie mit Gleichgültigkeit zu wechseln? Wie lerne ich, den Platz, an dem ich lebe, meinen Bedürfnissen anzupassen und was heißt es eigentlich, einen Platz zu hüten und Heimat zu haben? Wie werde ich eine kritische Patientin, die weiß, dass sich die Kunst zu leben nicht nur in der Pflege des privaten Gartens erschöpft?

Wer im Rhythmus des Lebens, in der notwendigen Bewegung bleiben will, muss wissen, wie das Leben lebt und welche Formen der Bewegung, welche Rhythmen Gesundheit fördern

Das wesentliche Kennzeichen der somatischen Seite der Gesundheit ist die Fähigkeit zur biologischen Pulsation, d.h. die Fähigkeit des Organismus zur Pendelbewegung zwischen Anspannung und Entspannung. An der Atmung oder am Rhythmus des Herzens ist dieser Pulsationsprozeß besonders gut zu beobachten. Es gibt keinen Atemzug oder Herzschlag, der die Kopie eines anderen wäre. Das gesamte vegetative System ist auf diesem sich wechselseitig bedingenden Spiel aufgebaut.

Auch die seelische Seite der Gesundheit basiert auf einer Art Pulsation. Sie ist die Fähigkeit, die vegetativen Impulse, die mit Lust und Angst, mit Wut und Ekel, mit Liebe und Hass verbunden sind, angemessen umzusetzen. Die Gefühle gelten als Brücke zwischen Geist und Körper und jedes Gefühl übernimmt in der Ökonomie des Lebens eine bestimmte Aufgabe. Wer in seinen Gefühlen vereinsamt oder diese unterdrückt, gefährdet seine Gesundheit. In der Betreuung alter Menschen erfahren wir im Augenblick, was die Unterdrückung der Angst aus den Tagen des Krieges an seelischer Not erzeugt hat, die plötzlich auf der Palliativstation zum Ausdruck kommt.

Auch geistig müssen wir beweglich bleiben und deshalb gilt das Prinzip der Pulsation auch für die geistige Dimension der Gesundheit. Intellekt und Affekt, Denken und Fühlen gehören zusammen und müssen immer wieder aufeinander bezogen werden, auch wenn sie sich auszuschießen scheinen. Der Intellekt soll begreifen lernen, was um ihn herum

vorgeht, er soll öffnen und uns nicht von der Welt abschotten. Im dogmatischen Denken und in Vorurteilen kann man sehen, welche Blockaden dem freien Denken entgegenstehen können, wenn es von Angst, Rechthaberei und Machtgelüsten beherrscht wird. Im politischen Alltag kann uns das sehr zu schaffen machen: natürlich brauchen Kinder einen Spielplatz, aber nicht in meinem Stadtteil. Natürlich müssen psychisch kranke Menschen am Alltag teilnehmen, aber das Tagescafé soll nicht bei mir um die Ecke sein. Geistige Beweglichkeit ist immer wieder eine Art Notstand!

Die soziale Dimension der Gesundheit gehört zur tragenden Säule eines Lebens, das sich immer wieder der Einsamkeit menschlicher Existenz stellen muss. Soziale Kompetenz kann nur entstehen, wenn primäre Bedürfnisse nicht unterdrückt werden, d.h. wenn die Gesellschaft bereit ist, den natürlichen Formen von Sozialität, Solidarität und Koexistenz Raum zu geben. Arbeit, Liebe und Wissen waren für W. Reich die Quellen des Lebens und sie kennzeichnen den Inhalt der zentralen sozialen Formen des Lebens. Unsere gegenwärtigen innen- wie außenpolitischen Debatten zeigen – um es einmal in psychopathologischen Kategorien auszudrücken – eine aggressive, rechthaberische, selbstbezogene, depressive und fundamentalistische Struktur, die das körperliche, seelische, geistige und soziale Wohlbefinden der einzelnen BürgerInnen wie der Gemeinschaft aufs äußerste belastet.

In der spirituellen Dimension der Gesundheit geht es um die Fähigkeit zur Teilhabe an der Erfahrung eines universellen Rhythmus und um das Gefühl einer übergreifenden Einheit. Albert Schweitzer hat dies die Ehrfurcht vor dem Leben genannt, eine



Prof. Dr. Annelie Keil

tiefe Achtsamkeit, die sich allem Lebenden in Anteilnahme und Teilhabe verbunden weiß. Wie wenig wir alle auf einen interreligiösen Dialog vorbereitet sind, können wir täglich sehen. In unseren Schulen, Altenheimen und auch unseren Friedhöfen tun wir uns noch sehr schwer damit, auf die Fruchtbarkeit der religiösen und spirituellen Koexistenz zu vertrauen.

Gesundheit lernen, Zukunft gemeinsam gestalten, Lebensräume erweitern

Die Anstiftung zum Leben lebt aus der Verborgenheit der Gesundheit

Leben ist Zukunft, aber sind wir zukunftsfähig? Was und wie müssen wir Gesundheit lernen, um gemeinsam eine Zukunft zu gestalten? Ich fasse zusammen:

Zukunftsfähigkeit ist wesentlich Entscheidungsfähigkeit. Wir müssen schrittweise und je nach Ressourcen, die uns zur Verfügung stehen, die Verantwortung für unser eigenes und die Gestaltung des öffentlichen Lebens übernehmen. Auch in der Vernetzung unserer verschiedenen Zugänge zur Gestaltung von Gesundheit als einer komplexen und kommunalen – gemeinsamen Aufgabe – müssen wir uns fragen: wie müssen, sollen, können, wollen oder dürfen wir leben, kooperieren und zusammenarbeiten, um unseren Erfolg zu erhöhen?

Zukunftsfähigkeit ist Beweglichkeit und Kontaktfähigkeit. Das eigene wie das öffentliche Leben in die Hände zu nehmen, meint sinnlichen Austausch, der Sinn schaffen muss, damit es wirklich als unser Leben und unsere Arbeit erlebt und erfahren werden kann. Gesundheit und Leben sind als umfassender Zusammenhang nicht teilbar, aber in diesem Kontext ist Teilen und Mitteilen

die wichtigste Voraussetzung, die Zukunft braucht.

Zukunftsfähigkeit ist ohne den Dialog mit der Angst, dass alles auch ganz anders sein könnte, dass wir verlieren können, was wir gewonnen haben, gerade in Zeiten der Mittelkürzungen und Neuorientierung auf verlorenem Posten. Der Gewinn neuer Orte, die Entwicklung neuer Modelle, die Veränderung alter Lebensmuster ist immer auch mit der Aufgabe alter Orte und Vorstellungen verbunden. Leben bedeutet unterwegs sein – das gilt auch für die Bildung. Die aber entsteht erst dann, wenn wir alles, was wir gelernt haben, vergessen haben – wie eine alte Weisheit lautet.

Zukunftsfähigkeit basiert auf der Infragestellung und Befragung von Vergangenheit und Gegenwart – sie ist reflexiv und vor allem selbst-reflexiv. Die Sehnsucht nach Zukunft ist die Kraft, die uns im Angesicht der Vergangenheit durch die Krise der Gegenwart trägt. Es ist auch die Flamme des Verliebtseins ins Leben, die uns dabei trägt.

Zukunftsfähigkeit ist vor allem Lernfähigkeit. Wer Leben und Zukunft haben und Gesundheit fördern will, muss lernen: spielerisch und ernsthaft, neugierig und vorsichtig, ausprobierend und anpassungsfähig, wütend und mutig, muss Lernen als Aneignung von Welt geübt werden. Soziale Situationen und Beziehungen müssen beurteilt und Gefühle erkannt und gelernt werden. Um leben zu lernen, brauchen wir kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen und vor allem die tiefe Leidenschaft der Neugier, uns der Zukunft auch in schwierigen Zeiten zu stellen. Die größte Gefährdung für die Lust und Bereitschaft zum lebenslangen Lernen und die Gestaltung der eigenen wie gemeinsamen

Zukunft besteht in der Weigerung, sich für das eigene Leben überhaupt zu interessieren, sich zuständig zu fühlen, keine Angst vor Verantwortung und Mitbestimmung zu haben. Null-Bock ist eine Haltung, die kein Leben auf Dauer aushält.

Zukunft findet wie schon die Vergangenheit und auch unsere Gegenwart in Lebensräumen statt. Das wird so bleiben. In Räumen zum Leben, Arbeiten, Genießen und Sterben. Was also bleibt?

Als Teil einer umfassenden Schöpfungsgeschichte und andauernder Evolution müssen wir schöpferisch und kreativ tätig werden. Wir treten als Einzelne und in Gemeinschaften unsere Lebensreise an, ohne ihr Ziel, die Begleitpersonen, die zu lösenden Aufgaben oder die Reisezeit zu kennen. Niemand kann ahnen, was ihn irgendwann und auf welche Weise erwartet, welche Stationen zu erwarten sind, ob Krisen zur Richtungsänderung zwingen, welche Geduld verlangt wird, wie Gewinn und Verlust zueinander stehen, welche Wunden und Verletzungen geheilt werden müssen, welche Ankunft mit welchem Abschied verbunden ist. Ein scheinbar heil-loses Durcheinander liegt unvorhersagbar als Leben vor uns. Weder Krankheit, Verrat, Verlust, Krieg oder Naturkatastrophe, aber auch nicht die Liebe, das Glück oder die Gesundheit treffen Terminabsprachen mit uns. Sie kommen und gehen, wie sie wollen, mit und ohne Erklärung, haben Siege und Niederlagen im Gepäck! Jede Wunde, die sie erzeugen, wird zum Arbeitsauftrag für Heilung ohne Garantie auf Erfolg.

Alles, was geschieht, findet mitten im Leben statt, die Krankheit ebenso wie die Heilung, und ist Teil eines Prozesses, in dem es um das unbe-kannte »Ganze« geht. Eine Ordnung wird erfüllt oder aufgehoben, etwas

zusammengefügt oder geteilt, verletzt oder geheilt. »Ganzheit«, »Heil-Sein« oder eben »Gesundheit« ist kein statischer Zustand von Dauer, nicht messbar, als Ware herstellbar oder käuflich. Was wir fühlen, wenn wir etwas wie Heil-Sein spüren, ist eher die Momentaufnahme eines bewegt-bewegenden Zustandes, der seinerseits einem Prozess geschuldet ist, den der Biologe und Philosoph Hans Jonas »Selbstintegration im tätigen Vollzug« nennt und in dem es für einen Augenblick die Erfahrung von Erfüllung, Einheit, Harmonie, Heilsein oder Heilung gibt. Der schwerkranke Mensch spürt und weiß plötzlich, dass er »über den Berg« ist oder sterben wird. Beides ist Heilung, denn Heilung ist nicht identisch mit dem Verschwinden der Symptome, der Verlängerung des Lebens oder der Überwindung des Todes. Wie unterschiedlich Menschen ihre Krisen durchwandern, was sie über das Wesen von Lebenskrisen, Krankheit und Gesundheit erfahren und dann als Heilung oder Rückkehr zum Ganzen erlebt haben, kann man in autobiografischen Krisen- und Krankengeschichten und in den letzten Jahren auch über den kritischen Prozess des Älterwerdens erkennen. Gesundheit ist nicht, sie wird. Auch Leben ist nicht, sondern wird und zwar nur durch Älterwerden. Eine Hutmacherin weiß davon zu berichten.

**Irma Arndtmann,
Hutmacherin, 89 Jahre
Man muss etwas auf sich halten**

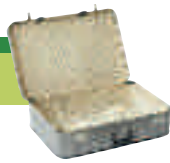
Trotz meines Alters stehe ich noch immer jeden Tag in meinem Hutladen. Oft werde ich gefragt, warum ich immer noch arbeite. Auch mein Sohn schimpft manchmal und sagt: „Du hast in deinem Leben schon so lange gearbeitet, hör doch mal auf. Gönn dir etwas Ruhe!“ Aber was soll ich allein zu Hause in meiner Wohnung sitzen? Ich mache meine Arbeit sehr gern und mit sehr viel Liebe. Ich brauche meine Kundschaft und meine Hüte einfach... Eine Beschäftigung zu haben ist wichtig, im Alter sowieso... Ich lebe seit vielen Jahren allein, mein Mann, er war zehn Jahre älter als ich, ist im Krieg gefallen. Es war kein Problem für mich, ohne Mann zu leben, auch hatte ich hin und wieder Beziehungen, ein Engel war ich nicht... Aber verliebt habe ich mich nie wieder richtig, und jetzt ist es sowieso zu spät dazu. In meinem Alter braucht man das nicht mehr. Ich verlasse mich nur immer wieder in meine Hüte... Wichtig ist, dass man sich pflegt. Ich trage jeden Tag ein schönes Kleid und immer einen Hut, ohne Hut ist man ja nicht angezogen. Ich würde gern öfter Hosen tragen, aber das geht nicht, weil ich mich nicht bücken kann... Junge Leute sind oft ungeduldig mit alten Leuten. Manche Kunden, die mich nicht kennen, denken, ich sei zu alt, um sie zu beraten. Viele sind anscheinend der Meinung, dass Alte im Weg sind, eine Last, das spüre ich überall. Ich denke dann immer, ihr könntet froh sein, wenn ihr überhaupt so alt werdet wie ich. (Schäfer/ Schuck, 2007, S. 157 ff)

Mit und ohne Hut. Unser Leben ist ein fortwährender Prozess der Wandlung, unvorhersehbar und voller Überraschungen. Zwischen Chaos und Ordnung, Anpassung und Widerstand, Freiheit und Abhängigkeit sind wir ohne Navigator in der Fremde unterwegs und herausgefordert, eine einzigartige biografische Welt zu gestalten, die bis ins jeweils erreichte Alter unseren Namen trägt. Liebe und Lust, Glück und Peche, Angst und Mut, Hoffnung, Abschiede, Verzweiflung, Siege und Niederlagen, Gesundheit und Krankheit stehen auf einer Tagesordnung, die wir als solche nicht ändern, aber begreifen und gestalten können. Wer leben will, muss älter werden, Erfahrungen sammeln und Land gewinnen. Wer mehr darüber lesen will, kann zu meinem neuen Buch greifen, das im Hintergrund dieses Vortrags stand. Eine gute Lebensreise!

**Annelie Keil
Auf brüchigem Boden Land gewinnen**

Biografische Antworten auf Krankheit u. Krisen
München 2011, Kösel Verlag

www.anneliekeil.de



Auf die Frage: Was aus den beiden Referaten mitgenommen wird, antwortete Prof. Filsinger:

„Na das erste Referat hat doch mit einigen Thesen aufgeräumt, die bisher so als Allgemeinwissen transportiert worden sind, also etwa was diesen Body-Maß- Index angeht, oder was auch so zu sagen die bestimmten Sporttätigkeiten im Alter angeht. Finde ich sehr wichtig, dass

da aufgeräumt worden ist, in manchen quasi Vorurteilen. Das war für mich auch was Neues und insofern war das eine ganz spannender Vortrag.“ Aber auch die Frage nach der sozialen Ungleichheit in den Lebensbedingungen insbesondere im Alter beschäftigt Prof. Filsinger ganz besonders und fordert in diesem Zusammenhang eine stärkere Auseinandersetzung mit diesem Thema.



Eine Besucherin:

„... Positives Denken, nicht die Krankheiten in den Vordergrund stellen, Bewegung und das soziale Miteinander. Ja, dann kann man gesund alt werden.“





Gesundheitsforen

Forum 1

„60 Jahre und kein bisschen weise ...“ -

Suchtmittel im Alter – Über die Schwierigkeit sein Verhalten zu ändern

Leitung Dr. Hans Neustädter, Ärztlicher Leiter der SHG Fachklinik Tiefental, Saarbrücken

Alkohol im Alter: Das sollten man wissen

Für die meisten Menschen gehören alkoholische Getränke zum Alltag und erst recht zu Feierlichkeiten aller Art. Heute 60-jährigen sind alkoholische Getränke und ihre Wirkungen vermutlich seit mehr als 40 Jahren vertraut. Das Älterwerden bringt jedoch Veränderungen mit sich, die zu einem besonders bewussten und sparsamen Umgang mit Alkohol raten: Die Alkoholverträglichkeit nimmt im höheren Lebensalter ab. Mit steigendem Alter sinkt der Wasseranteil im Körper. Die gleiche Menge getrunkenen Alkohols verteilt sich bei älteren Menschen deshalb auf weniger Körperflüssigkeit und führt zu einem höheren Alkoholspiegel. Zugleich braucht die Leber länger für den Abbau des Alkohols. Im höheren Alter ist evtl. aufgrund chronischer Krankheiten wie Bluthochdruck, Osteoporose, Herzschwäche oder Arteriosklerose die regelmäßige Einnahme von Medikamenten erforderlich.

Zwischen den Wirkstoffen der Medikamente und Alkohol kann es dabei zu gesundheitsschädigen und sogar gefährlichen Wechselwirkungen kommen. Besonders problematisch ist die Kombination von Alkohol und psychisch-wirksamen Medikamenten.

Eine Alkoholabhängigkeit kann sich auch noch im höheren Alter entwickeln bzw. festigen. Wer trinkt, um körperliche Beschwerden zu lindern oder negative Gefühle wie Trauer, Einsamkeit, Langeweile und Angst besser zu ertragen, ist gefährdet. In diesem Fall sollte man sich um angemessene Hilfe bemühen.

Hilfe bei „Sucht im Alter“

Alkohol- oder Tablettenabhängigkeit, auch Nikotinsucht, werden in der Altenhilfe zunehmend als Problem erkannt. Was tun, wenn ältere, gar hochbetagte Menschen davon betroffen sind?

Abhängigkeitserkrankungen im Alter nehmen zu. Beispielsweise hat jeder vierte Patient in der Gerontopsychiatrie der Kliniken Sonnenberg die Nebendiagnose Sucht. Bei Menschen dominiert die Alkoholkrankheit, bei Frauen Missbrauch von Medikamenten. Gerade Alkoholprobleme sind in der Altenhilfe ein großes Thema geworden.

Die Gründe für Suchterkrankungen im Alter können vielfältig sein. Oft spielt die persönliche Biografie eine Rolle.

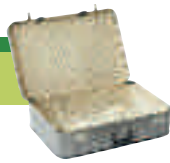
Wie also helfen?

Wichtig ist, die Therapie auf die Bedürfnisse älterer Menschen abzustimmen. „Ältere sind nicht nur älter, sondern auch anders“

Ideal ist ein Modell, das von der stationären Behandlung in eine Tagesklinik und eine ambulante Betreuung überleitet. Dabei gilt es, begleitende Hilfen für die Rückkehr nach Hause sowie Möglichkeiten der Nachsorge zu schaffen.

Eine Therapie älterer Suchtkranker lohnt sich auf jeden Fall. Eine erfolgreiche Therapie bringt nicht nur den Betroffenen ein deutliches Mehr an Lebensqualität, sondern schont auch massiv die Kassen des Sozialsystems.





Forum 2

„Kein Schwein ruft mich an...“

Soziale Beziehungen auch im Alter pflegen

Leitung Sabine Strauch, Seniorenmoderatorin Landkreis Merzig-Wadern

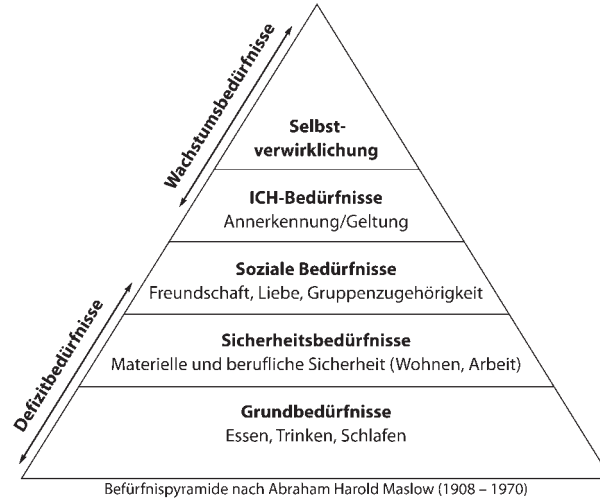
Soziale Kontakte im Alter pflegen und neue Kontakte zu knüpfen war Thema des Workshops von Sabine Strauch, Geschäftsführerin der AG Althilfe e.V. in Merzig. Sie zeigte an Fallbeispielen aus ihrer Praxis, welche Möglichkeiten es gegen Vereinsamung im Alter gibt.

In der Problembeschreibung „Was bewegt Menschen, sich verändern zu wollen oder zu müssen?“, kamen von den TeilnehmerInnen vielfältige Antworten. Sie reichten von „eingeschränkte Mobilität“, „Ängste anderen zur Last zu fallen“ über „Wunsch nach Zuwendung“ und „Wertschätzung“ bis zu „Tod der Partnerin oder des Partners“.

In der Diskussion entwickelte sich die These, daß soziale Kontakte als Grundbedürfnis und als Voraussetzung für Gesundsein zu erkennen sind. Verdeutlicht wurde dies anhand der „Bedürfnispyramide nach Maslow“.

In einem offenen Erfahrungsaustausch wurden persönliche Einstellungen und innere Haltungen, die hilfreich sein können, um sich mit neuen Situationen zu Recht zu finden und die Ansätze bieten für ein selbstbestimmtes Altern, benannt.

Hauptziel des Forums war, Übergangssituationen beim Älter werden, Auslöser von Übergangssituationen, Defizitsituationen, Ressourcen, Bewältigung und Gestaltung von Übergängen, mögliche Ansätze des Übergangs mit Menschen in schwierigen Situationen, zu thematisieren.



Das Fazit zeigte, dass jeder Mensch in der Lage ist, das Leben von anderen Menschen positiv mit zu gestalten.

Soziale Unterstützung muss kein „großes Projekt“ für jeden Einzelnen bedeuten. Vielmehr geht es um die Ansprache, die Wahrnehmung und das Verständnis für die Situation der anderen Menschen.

So können bereits kleine Gesten Signale wie: „Ich sehe Dich, Du bist nicht allein“, senden.



Forum 3

„Ich tanze mit Dir in den Himmel hinein“

Bewegung im Alter – auch mal spielerische Impulse setzen

Leitung: Dr. Ronald Burger, Uni Mainz

Im Rahmen des Workshops: „Ich tanze mit Dir in den Himmel hinein...“ stellte Dr. Ronald Burger, Sportwissenschaftler Universität Mainz, das von ihm entwickelte Bewegungsspiel für ältere Menschen vor. Mit einem bunten Bewegungsrad und Spielkarten bringt dieses Spiel Gruppen mit beliebig vielen Spielern in Schwung.



Ziele des Spiels sind:

- Freude und dauerhaftes Interesse an mehr Bewegung im Alltag
- Förderung von Beweglichkeit, Muskelaufbau und Gleichgewichtssinn
- Steigerung der Lebensqualität
- Förderung der Selbstständigkeit im Alltag
- Verbesserung sozialer Kontakte

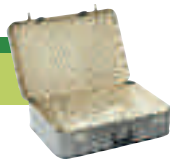
Ältere Menschen müssen immer wieder erneut lernen und gefordert werden, um sich im Alltag weitgehend und so lange wie möglich zu Recht zu finden.

Mit dem hier vorgestellten Spiel bzw. den darin enthaltenen Bewegungsaufgaben wird erreicht, dass bei regelmäßiger Durchführung der Alterungsprozess in seiner Gesamtheit verlangsamt werden kann.

Viele wissenschaftliche Studien be-
scheinen, dass moderates Training
von Kraft und/oder Ausdauer bis ins
sehr hohe Alter wirksam sein kann.
Die alltagsnah gestalteten Übungen
sind sehr offen gehalten, sowohl in
der Anweisung und erst recht in der
Möglichkeit der Ausführung. Die Be-
schreibungen dienen als Rahmen-
konzept für die Ausführung. Oftmals
gibt es bei den Mitspielern körperliche
Einschränkungen, die dazu zwin-
gen eine Lösung zu finden, wie trotz
dieser Hindernisse die Bewegung
ausgeführt werden kann. Damit wird
die Selbstkompetenz gefördert.

**Hier darf nicht vergessen werden:
Oberste Priorität hat immer der
Spaß an der Sache!**





Forum 4

„Deinen Namen hab ich vergessen“

Zelltherapie fürs Gehirn

Leitung: Maria Hellenbrand, Haus Blandine – Beckingen

Mit Praxisbeispielen aus der sozialen Betreuung in einer Altenpflegeeinrichtung vermittelte Maria Hellenbrand in ihrem Workshop, welche Möglichkeiten es beim Gedächtnistraining gibt und wie man ältere Menschen dafür begeistern kann.

„Wer rastet der rostet“, was für den Körper gilt, gilt auch für das Gehirn. Das Gedächtnis ist eine grundlegende Voraussetzung um die alltäglichen Situationen bewältigen zu können. Es spielt keine Rolle, ob es hierbei um die Erinnerungen aus der Kindheit geht oder an welchen Ort der Schlüssel abgelegt wurde. Die Beeinträchtigung des Gedächtnisses bedeutet oft eine Veränderung der Lebensqualität. Die Anforderungen beginnen zu sinken und somit auch die Leistungsfähigkeit des Gehirns.

Ein kontinuierliches und auf die Bedürfnisse älterer Menschen angepasstes Training kann die Leistungsfähigkeit fördern und eine ausdauernde geistige Beweglichkeit erhalten.

Für das Gelingen eines Gedächtnistrainings ist ein ruhiges Umfeld ohne Leistungs- oder Zeitdruck zu empfehlen. Der aktive Einsatz der kleinen grauen Zellen kann anstrengend sein, daher sollten Entspannungselemente immer wieder ins Training integriert werden. Aber auch kleine Bewegungsübungen lockern die Atmosphäre auf und helfen den Trainingserfolg zu verbessern.

Hier ein Beispiel für ein Gedächtnistraining mit Zahlen:

Farbe rot steht für gerade Zahlen. Farbe gelb steht für ungerade Zahlen.

Den Teilnehmern des Trainings wird eine Farbe gezeigt und diese benennen die entsprechenden Zahlen.

Es gilt die Devise: Je früher damit begonnen wird, desto besser!



Forum 5

„Ich esse gerne Sauerkraut ...“

Im Alter kocht man anders

Leitung: Judith Giese, DGE Ernährungsberaterin – Saarbrücken

Die Ernährungsberaterin der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Judith Giese gab in ihrem Workshop praktische Tipps für eine senioren-gerechte Ernährung und zeigte auf, welche Nährstoffe für Senioren besonders wichtig sind.

Qualität statt Quantität!

Eine auf die Bedürfnisse der Senioren ausgerichtete Ernährung ist immer noch eine besondere Herausforderung in Einrichtungen und im häuslichen Bereich.

Die Ernährungspyramide gibt hierzu geeignete Ernährungsempfehlungen. Zudem sollten für eine ausgewogene Ernährung auf die Besonderheiten bei der Auswahl der Nähr- und Mineralstoffe sowie Vitamine und der Flüssigkeitsbedarf bei Senioren geachtet werden. Für die Umsetzung im Alltag bereiteten die Teilnehmer einige Snacks zu und probierten diese gemeinsam.

An Rezepten wurde zubereitet:

- Körözött,
- Zitronen-Senf-Dipp mit Gemüsestücken
- Thunfischaufstrich
- Obstsalat mit Quark und Flocken

Matjestatar

Zutaten für 4 Personen:

- 600 g Matjesfilet
- 200 g Gewürzgurke
- 400 g Rote Bete (gegart)
- 1 Apfel
- 1 Bund Schnittlauch und einige Zweige Dill
- Pfeffer

Zubereitung:

Matjesfilet, Gewürzgurke, Apfel und Rote Bete in kleine Würfel schneiden und gleich vermengen. Mit etwas Gurkenwasser geschmeidiger machen und mit Pfeffer würzen. Dill und Schnittlauch kleinschneiden, zum Teil unter das Tatar geben, ein Teil zum Ausgarnieren nehmen, durchziehen lassen.

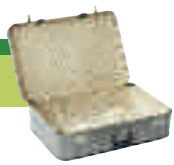
Tipp:

Matjes, Lachs und Makrele haben mehr Fett als andere Fischarten, dafür auch mehr von herzgesunden Omega-3 Fettsäuren. Außerdem helfen sie das Defizit an Vitamin D zu reduzieren. Im Sommer können die Rote Beete durch Radieschen ersetzt und der Apfel weggelassen werden.



Obst, als wichtiger Nährstofflieferant sollte täglich gegessen werden! in Form von Müslis mit Joghurt, Getreideflocken und Nüssen, Obstsalate mit Milchprodukten oder Milchmixgetränken





Ausstellung

AWO LV Saarland

Mobile / Bewegungsbotschafter

mobile

PROJEKT



in Kooperation mit



Für viele Menschen kommt irgendwann der Zeitpunkt, an dem der Gang aus der Wohnung anstrengend, die Teilhabe außerhalb der vier Wände beschwerlich wird. Der Bewegungsradius wird dann immer kleiner und konzentriert sich zunehmend auf das eigene Heim. Vereinsamung, Isolation, nachlassende Beweglichkeit sind mögliche Folgen. Genau an dieser Situation greift das Projekt Mobile an.

Im Projekt Mobile besuchen geschulte Freiwillige hochbetagte und demenzkranke Menschen zuhause, um sie mit gezielten Angeboten körperlich und geistig zu aktivieren.

„Wer sich bewegt, bleibt länger fit“, sagten AWO-Landesgeschäftsführer Dr. Roland Märker und STB Präsident Dr. Kurt Bohr anlässlich der Vorstellung der Initiative im Januar 2008.

Mit dem Mobile-Programm könnten beispielsweise Nachbarn oder Bekannte, aber auch jeder andere Freiwillige viel dazu beitragen, dass demenzerkrankte oder ältere Menschen länger selbständig in ihrem

gewohnten Lebensumfeld verbleiben.

„Die älteren Menschen werden durch das Projekt nicht nur aus ihrer Isolation geholt, sondern spüren auch eine merkbare Verbesserung ihrer Lebensqualität. Sie gewinnen ein besseres Körpergefühl und werden wieder in die Lage versetzt, mehr Dinge allein zu bewältigen“, sagt die Projektleiterin Yvonne Barz-Hackenberger.

Die Schulungen der Freiwilligen finden jährlich im Frühjahr und Herbst statt und sind für die Helfer kostenfrei. Den Umfang ihrer Einsätze bestimmen die Freiwilligen selbst. Die AWO zahlt ihnen für ihren Einsatz eine kleine Aufwandsentschädigung. Über Landesgrenzen hinweg ist das Projekt Mobile auf große Anerkennung gestoßen.

Kontakt

AWO-Landesverband Saarland, Projekt mobile

Hohenzollernstr. 45,
Tel. 0681 - 58 605 159.

ybarz@lvsaarland.awo.org





Das Saarland lebt gesund

Projektpräsentation

Die Kampagne „Das Saarland lebt gesund!“ stellt in elf Kommunen und einem Landkreis des Saarlandes die Gesundheitsförderung eines jeden Bürgers in den Vordergrund. Am 16. Juni 2011 unterzeichneten im Festsaal des Alten Rathauses in Völklingen das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, die Oberbürgermeister, Bürgermeister und der Landrat von St. Wendel sowie die LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland (LAGS) die entsprechende Kooperationsvereinbarung. Damit ist die erste Stufe des Vorhabens erreicht und nun geht es an die konkrete Umsetzung in den Projektgemeinden.

Dabei wird vor Ort auf die individuelle Struktur und die bereits vorhandenen guten Projekte und Ressourcen aufgebaut. In jeder Gemeinde wird zur Koordination und Steuerung des Projektes eine Lenkungsgruppe gebildet. Diese kann bestehen aus Ehrenamtlichen aus der Gemeinde, Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, Verwaltungspersonen öffentlicher Einrichtungen, Ärzten, Apotheken oder Vereinsleitern. Schirmherrschaft hat der Bürgermeister oder Oberbürgermeister jeder Gemeinde.

Kontakt:

LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland

Verena Bernard
Feldmannstr.110
66119 Saarbrücken
Email: bernard@lags.de
www.das-saarland-lebt-gesund.de



DRK LV Saarland

Bewegungsprogramm

Im Rahmen des Programms „Bewegung bis ins Alter“ bietet das Deutsche Rote Kreuz Gymnastik, Wassergymnastik und Tanzen für Menschen in ihrer zweiten Lebensphase an. Im Mittelpunkt stehen präventive Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, verbunden mit einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis. In den von speziell ausgebildeten DRK-Übungsleiterinnen geleiteten Gruppen kommen Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Interessen zusammen. Die Gruppen sind angesiedelt bei den DRK-Ortsvereinen und offen für Jedermann.

Gymnastik für Senioren:

Regelmäßige sportliche Bewegung verbessert gerade bei älteren Menschen das Wohlbefinden. Sanfte gezielte Kräftigungsübungen zur Stärkung der Muskulatur und Übungen zur Beweglichkeit werden ergänzt durch Koordinationsübungen. Geräte und Musik bringen Abwechslung in die Stunde.

Tanzen:

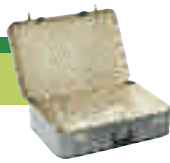
Dieses Angebot richtet sich an Menschen jeden Alters, die Freude an Bewegung nach Musik haben. Internationale Folkloretänze und Elemente sowie Formen aus Mode- und Gesellschaftstanz gehören zum Repertoire. Tanzen ist zugleich ein gutes Gedächtnistraining.

Kontakt:

Claudia Ruppert
Team Allgemeine Sozialarbeit
Gesundheitsförderung/-
Entlastende Hilfen für Pflegende

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Saarland e. V.
Wilhelm-Heinrich-Str. 9
66117 Saarbrücken
Telefon 0681/5004-243
Email: ruppertc@lv-saarland.drk.de





Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege

Wer im Pflegeberuf beschäftigt ist, macht einen wertvollen, aber auch harten Job. Der Arbeitsalltag bringt eine Vielzahl von Gesundheitsrisiken mit sich. In der Pflegebranche Tätige können sich am 7. September 2011 im Rahmen Landeskonferenz „Lass Dich überraschen! – Altern als aussichtsreiche Perspektive“ zu dem Arbeitsprogramm Pflege der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) beraten lassen, wie etwa Muskel-Skelett-Erkrankungen vermieden oder psychische Belastungen reduziert werden können.

Das Arbeitsprogramm Pflege der GDA gastiert in Saarbrücken. Unter der Überschrift „gesund-pflegen-online.de“ wird ein Unterstützungsangebot für die Pflegebranche vorgestellt, das unter der gleichnamigen Internetadresse abrufbar ist. Im Mittelpunkt steht dabei die Online-Selbstbewertung: Mit Hilfe eines Fragebogens überprüfen die Unternehmer selbst einfach und schnell den aktuellen Stand ihres Arbeitsschutzes. Im Anschluss an die Analyse erhalten sie ein, passgenau auf ihre betriebliche Situation zugeschnittenes, Maßnahmenpaket.

Im Rahmenprogramm zur Veranstaltung wird ein Einblick in das umfangreiche Online-Angebot und darüber hinaus die Gelegenheit zum direkten Gespräch über individuelle Problemstellungen gegeben. Gemeinsam mit Frau Dr. Bernhard-Klimt können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mögliche Lösungsstrategien und konkrete Hilfestellungen für die Praxis besprechen.

Ziel ist, Führungskräfte aus Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege zu befähigen, Gesundheitskompetenz und Präventionskultur zu fördern. Für Unternehmen lohnt sich das doppelt: Denn gesunde und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind nicht nur wichtig für die Unternehmenskultur, sondern auch ein entscheidendes Plus im Wettbewerb.

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
gesund-pflegen-online.de/Inf

Kontakt:

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

www.gesund-pflegen-online.de



Landesvereinigung Selbsthilfe e.V.

Die KISS

arbeitet saarlandweit, problemübergreifend, unabhängig und neutral in allen Bereichen der Selbsthilfe. bietet Beratung, Unterstützung, Vermittlung für Interessierte, Selbsthilfegruppen und Profis. fördert die Idee der Selbsthilfe, Kooperation und Vernetzung auf allen gesellschaftlichen Ebenen.

Kontakt:

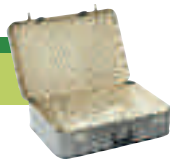
KISS - Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Saarland
Futterstraße 27
D 66111 Saarbrücken
Telefon: 06 81 / 96 02 13-0
Telefax: 06 81 / 96 02 13-29
Email
kontakt@selbsthilfe-saar.de



Die Landesvereinigung SELBSTHILFE e.V. ist ein Zusammenschluss von 27 saarländischen Selbsthilfeorganisationen und -verbänden behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Sie hat sich zum Ziel gesetzt:

- Selbsthilfe zu fördern
- Teilhabe zu unterstützen
- Inklusion zu begleiten
- Selbstvertretung zu ermöglichen
- Diskriminierung zu verhindern





Regionaler Knoten Saarland

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Regionalen Knoten sind Teil des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, einem Verbundprojekt von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen und Ärzteverbänden, Deutschem Städtetag, Bundesagentur für Arbeit, Wohlfahrtsverbänden und vielen weiteren Partnerorganisationen. Er wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ziel des Kooperationsverbundes ist es, die gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen zu stärken.

Der Regionale Knoten Saarland wird finanziert durch alle gesetzlichen Krankenkassen des Saarlands und das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlands. Der Träger ist die LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS).

Kontakt:

LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)

Daniela Kleer
Feldmannstraße 110
66119 Saarbrücken
Tel.: (0681) 97 61 97 - 20
Fax: (0681) 97 61 97 - 99
Email: kleer@lags.de



Sozialverband VdK Saarland

Gegründet wurde der Sozialverband VdK Saarland 1947 unter den Namen „Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Saarland e.V.“. Heute steht der Sozialverband VdK Saarland allen Menschen offen.

Weit über 37.000 Mitglieder vertrauen mit steigender Tendenz der sozialrechtlichen und sozialpolitischen Fachkompetenz des VdK Saarland. Unter dem Motto „Soziales geht uns an“ engagieren sich rund 2.700 Ehrenamtliche in den rund 230 Orts- und sieben Kreisverbänden des Sozialverbandes VdK Saarland. Sie stehen vor Ort in einer Zeit des sozialpolitischen Umbruchs mit starken finanziellen Einschnitten vor allem

Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranken und Rentnern – unterstützt von den hauptamtlichen Mitarbeitern der VdK-Landesgeschäftsstelle – zur Lösung sozialrechtlicher Probleme beratend zur Seite; und zwar vom Schwerbehinderten- bis zum Rentenrecht.

Der Sozialverband VdK Saarland verzeichnet jährlich rund 1.400 Rechtsvertretungen vor Sozial- und Landesozialgerichten sowie dem Bundesozialgericht, Widerspruchsausschüssen und teilweise den Verwaltungsgerichten. Die auf das Sozialrecht spezialisierten Rechtsreferenten des VdK Saarland garantieren eine optimale Beratung und Prozessvertretung.

Kontakt:

VdK-Haus,
Neugeländstraße 11,
66117 Saarbrücken,
Telefon (06 81) 5 84 59-0,
Fax (06 81) 5 84 59-50,
Email: saarland@vdk.de
www.vdk.de/saarland





Stabsstelle demografischer Wandel

Wanderausstellung „älter, weniger, bunter“

Der Demographische Wandel gehört zu den größten Herausforderungen der Neuzeit, deren Folgen bereits heute im Saarland in nahezu allen Lebensbereichen merklich zu spüren sind. Denn das Saarland ist das westdeutsche Bundesland, in dem sich der Demographische Wandel am schnellsten vollzieht. Seine Folgen bilden damit ein gesamtgesellschaftliches Dauerthema, welches nur mit nachhaltigen und langfristigen Strategien erfolgreich gestaltet werden kann. Dafür sind vielfältige Maßnahmen unerlässlich, um die notwendigen Grundlagen für eine praktische Demographiepolitik zu schaffen. Um Grundlagen bilden zu können, werden wissenschaftliche Studien vergeben, die auf das Saarland bezogene Erkenntnisse über demographie-relevante Sachverhalte liefern sollen. Das Handlungsfeld der „Bewusstseinsbildung“ hat zum Ziel, einer-

seits die Kenntnisse über Ursachen und Folgen des Demographischen Wandels in der saarländischen Bevölkerung zu verbreiten, andererseits neues Wissen in Bezug auf den Demographischen Wandel und dessen Folgen innerhalb des Saarlandes zu generieren. Die Wanderausstellung beispielsweise stellt ein Instrument dar, welches die Thematik des Demographischen Wandels in die Fläche trägt. Die dritte Säule der Tätigkeit der Stabsstelle „Demographischer Wandel“ ist die „Aktivierung von Engagement“. Die Herausforderungen des Demographischen Wandels lassen sich nur mit innovativen Lösungen bestehen. Dabei ist das Engagement von Unternehmen, Organisationen, Verbänden und Zivilgesellschaft über das Normalmaß hinaus von entscheidender Bedeutung. Daher sind Impulse notwendig, um neue Projekte anzustoßen und beste-

hende Projekte voranzubringen sowie gute Beispiele engagierter Auseinandersetzung mit dem Demographischen Wandel zu verbreiten. Unter diesen Gesichtspunkten unterstützt die Stabsstelle Demographischer Wandel ehrenamtliches Engagement maßgeblich durch die unmittelbare Förderung von Projekten in Vereinen und die Förderung von Projekten im Rahmen der Wettbewerbe „Ideen für Generation“, „Blickpunkt: Demographischer Wandel“ und einem Foto- und Videowettbewerb an saarländischen Schulen „Leben im Saarland 2030- Wir werden weniger, älter und bunter“.

Kontakt

www.gesundheit.saarland.de



Zentrum für Bewegungsförderung

Seniorenbewegungsspiel

Im Rahmen des nationalen Aktionsplans IN FORM werden von der Bundesregierung auch Aktivitäten für höhere Lebensqualität unserer Senioren unterstützt. Dafür wurden so genannte Zentren für Bewegungsförderung eingerichtet, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert werden. Eines davon ist gemeinsam bei der LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland (LAGS) und der LZG Rheinland-Pfalz angesiedelt.

Kontakt

LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland

Verena Bernard
Feldmannstr.110
66119 Saarbrücken
Email: bernard@lags.de
www.diebewegung.de





Verzeichnis der Referenten, der Aussteller und der Kooperationspartner

Referenten:

Prof. Dr. Dieter Filsinger

Dekan der Fakultät für Sozialwissenschaften an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarland
www.htw-saarland.de

Prof. Dr. Thomas Altenhöner

Fakultät für Sozialwissenschaften
Department Gesundheit und Pflege
Goebenstraße 40
66117 Saarbrücken
Email: taltenhoener@htw-saarland.de

Dr. Ronald Burger

Johannes Gutenberg-Universität
Fachbereich Sozialwissenschaften,
Medien und Sport
Institut für Sportwissenschaft
Abt.: Trainings- und
Bewegungswissenschaft
Albert Schweitzer-Straße 22
55099 Mainz
Email: burger@uni-mainz.de

Judith Giese

Diplom-Oecotrophologin
Mail: beratung@judith-giese.de
www.judith-giese.de

Maria Hellenbrand Seniorenbetreuung Haus Blandine KG

Herrenschwamm 6
66701 Beckingen-Düppenweiler
Tel.: 06832 - 9214000
Email: info@hausblandine.de
www.hausblandine.de

Prof. Dr. Annelie Keil (em.)

Uni Bremen, Sozial- und
Gesundheitswissenschaftlerin
www.anneliekeil.de

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
www.bzga.de

Dr. Hans Neustädter

Facharzt für Psychiatrie, Neurologie,
Psychotherapeutische Medizin
Zusatzbezeichnung:
Rehabilitationswesen
Tel.: 0681 / 889-2514
Email:
h.neustaedter.sb@shg-kliniken.de

Frau Sabine Strauch

AG Altenhilfe Merzig e.V.
Friedrichstr. 1
D 66663 Merzig
Tel.: 06861/78630

Aussteller:

AWO LV Saarland

Mobile/Bewegungsbotschafter

Ansprechpartnerin:
Yvonne Barz-Hackenberger
AWO-Landesverband Saarland
Hohenzollernstr. 45,
Tel.: 0681 - 58 605 159.
www.awo-saarland.de

Das Saarland lebt gesund

Ansprechpartnerin:
Verena Bernard
LandesArbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung Saarland e. V.
Feldmannstraße 110
66119 Saarbrücken
Tel.: 0681 – 9761970
Email: bernard@lags.de
www.das-saarland-lebt-gesund.de

DRK LV Saarland

Bewegungsprogramm

Ansprechpartner:
DRK-Landesverband Saarland
Claudia Ruppert
Wilhelm-Heinrich- St.9
66117 Saarbrücken
Tel.: 0681/5004-243
Email:
rupperts@lv-saarland.drk.de
www.lv-saarland.drk.de

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

www.gesund-pflegen-online.de

Landesvereinigung Selbsthilfe e. V

Futterstraße 27
66111 Saarbrücken
Tel.: 0681-910 2423
Email:
poststelle@selbsthilfe-im-saarland.de
www.selbsthilfe-im-saarland.de

Regionaler Knoten Saarland

Ansprechpartner:
Daniela Kleer
LandesArbeitsgemeinschaft für Ge-
sundheitsförderung Saarland e. V.
Feldmannstraße 110
66119 Saarbrücken
Tel.: 0681 – 9761970
Email: kleer@lags.de
www.gesundheitliche
-chancengleichheit.de

Sozialverband VdK Saarland e.V.

Pflege geht jeden an
Neugeländstr. 11
66117 Saarbrücken
Tel.: 0681/58459-0
Fax: 0681/58459-50
Email: saarland@vdk.de
www.vdk.de

Stabsstelle

demografischer Wandel

Wandersausstellung
„älter, weniger, bunter“
Ministerium für Gesundheit und
Verbraucherschutz
www.gesundheit.saarland.de

Zentrum für Bewegungsförderung

Ansprechpartnerin:
Verena Bernard
LandesArbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung Saarland e. V.
Feldmannstraße 110
66119 Saarbrücken
Tel: 0681 – 9761970
Email: bernard@lags.de
www.diebewegung.de

LAGS

LandesArbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung
Saarland e.V.

Saarland

Ministerium für Gesundheit
und Verbraucherschutz

Hochschule für
Technik und Wirtschaft
des Saarlandes
University of Applied Sciences

