

THENAPA II Konferenz

**Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter:
Die Bedeutung von Bewegung und Sport**

Dokumentation

**10.-11. November 2006
Im Gästehaus der Fürst Donnersmarck-Stiftung,
Bad Bevensen**

Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen

*Eine Einrichtung des Senats von Berlin,
des Deutschen Olympischen Sportbundes und
der Freien Universität Berlin*

IMPRESSUM

Dokumentation

**Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter:
Die Bedeutung von Bewegung und Sport**

Herausgeber:
Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen
Fabeckstr. 69
14195 Berlin

Redaktion:
Claudia Stura
Berlin
Dezember 2006

Auflage: 200 Exemplare

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite		
1 Grußworte		3 Workshops	
1.1 Erika Schmidt-Gotz (Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen)	5	3.1 Wie sieht die Nachfrage nach Sportangeboten in der Praxis aus? (Erika Schmidt-Gotz, Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen)	49
1.2 Prof. Dr. Gudrun Doll-Tepper (Beirat der Informationsstelle)	6	3.2 Bewegung und Sport als Inhalte der Ausbildung (Dr. Kirsten Fath, Johannes-Anstalten Mosbach)	57
1.3 Wolfgang Schrödter (Fürst Donnersmarck-Stiftung)	7		
1.4 Sybill De Vito-Egerland (Freie Universität Berlin)	8	4 Präsentationen von Praxisbeispielen	
2 Hauptreferate		4.1 Sport im höheren Lebensalter...und Behinderung? (Dr. Lutz Worms, von Bodelschwingsche Anstalten Bethel)	63
2.1 THENAPA II – Was ist das? Ein Überblick (Prof. Dr. Herman Van Coppenolle Katholieke Universiteit Leuven, Belgien)	11	4.2 Bewegung und Sport – Integraler Bestandteil der Angebote der Fürst Donnersmarck-Stiftung (Michael Schmidt, Michael Klopp, Fürst Donnersmarck-Stiftung)	69
2.2 Präsentation der Studie Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter: Gesundheit und Lebensqualität durch Bewegung und Sport (Prof. Dr. Gudrun Doll-Tepper, Katrin Koenen, Claudia Stura, Freie Universität Berlin)	15		
2.3 Sport für alle – auch für ältere Menschen? Ein Plädoyer in pädagogischer Perspektive (Prof. Dr. Detlef Kuhlmann, Universität Hannover)	25	5 Diskussion und Präsentation eines Maßnahmenplanes für Deutschland	73
2.4 Die Bedeutung von Bewegung und Sport für ältere Menschen (Prof. Dr. Heinz Mechling, Deutsche Sporthochschule Köln)	39		

1 Grußworte

1.1 Erika Schmidt-Gotz

Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie sehr herzlich zu unserer Konferenz „Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter: Die Bedeutung von Bewegung und Sport“.

Die Konferenz ist Teil der internationalen Veranstaltungsreihe des europäischen „Thematischen Netzwerkes für den Sport von Menschen mit Behinderungen“ (THENAPA II). Als Repräsentantin dieses Netzwerkes für Deutschland dürfen wir Frau Prof. Dr. Gudrun Doll-Tepper begrüßen, die auch Vorsitzende des Beirats der Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen ist und hier außerdem den Deutschen Olympischen Sportbund vertritt.

Dank ihres Einsatzes können wir uns heute und morgen dem Thema Sport von Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter widmen und möchten über sie unseren Dank an den DOSB für die Unterstützung dieser Tagung ausdrücken.

Diese Tagung wäre natürlich ohne den Koordinator und Initiator des Thematischen Netzwerkes Prof. Van Coppenolle gar nicht entstanden, den wir hier ganz herzlich begrüßen. Er wird uns später noch genauer über diese europäische Initiative informieren. An dieser Stelle möchte ich ihm herzlich für die finanzielle Unterstützung dieser Veranstaltung danken.

Mein besonderer Dank richtet sich an die Fürst Donnersmarck-Stiftung, die in herausragender Weise nicht nur diese Tagung sondern auch die Bestandsaufnahme über die Bedeutung von Bewegung und Sport für Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter gefördert hat. Ich freue mich, dass wir bereits mit unserer Tagung im Jahre 2005 in einem Haus der Fürst Donnersmarck-Stiftung sein konnten: Damals in Rheinsberg, heute sind wir hier in Bad Bevensen.

Ganz besonders freue ich mich, dass Frau De Vito-Egerland als Vertreterin der Freien Universität Berlin hier anwesend ist, die diese Veranstaltung unterstützt – auch wenn sie weit weg von Berlin in Bad Bevensen stattfindet.

Ich wünsche uns allen eine anregende und erfolgreiche Tagung.

1.2 Prof. Dr. Gudrun Doll-Tepper Freie Universität Berlin

Herzlich willkommen im Gästehaus Bad Bevensen im Namen des Beirats der Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen und im Namen des Deutschen Olympischen Sportbundes.

Vor 20 Jahren hat sich in Europa eine sehr kleine Gruppe aus etwa fünf Leuten gebildet, die sich zum Ziel gesetzt hat, zu dem Thema Menschen mit Behinderung „mehr zu tun“: Es entstand der Begriff „Adapted Physical Activity“. Ein Netzwerk wurde gegründet und die Programme Erasmus Mundus und Sokrates wurden unter der Leitung von Prof. Herman Van Coppenolle mit Sitz in Leuven (Belgien) eingerichtet.

In diesen Tagen wird viel über den immer stärkeren demographischen Wandel gesprochen. Die Gesellschaft in Deutschland wird aus demographischer Perspektive immer älter: Lag der Anteil der über 60-Jährigen heute bei 24 Prozent, wird er im Jahre 2010 voraussichtlich bei fast 50 Prozent liegen. Diese Entwicklung bringt Herausforderungen und Chancen mit sich. Ein wesentlicher Aspekt ist die Förderung der Lebensqualität bis ins hohe Alter. Die Gesundheit gilt dabei als maßgeblicher Aspekt. Bewegung spielt hierbei eine bedeutende Rolle, sie kann dazu beitragen, dass diese Lebensphase gesund und mit Freude zu gestalten ist, sie kann Lebensqualität und Wohlbefinden deutlich verbessern.

Die facettenreiche Wirkung von regelmäßigem Sport im Alter ist inzwischen wissenschaftlich belegt. Aber inwieweit lassen sich diese Ergebnisse der Untersuchungen auch auf Menschen mit Behinderungen übertragen? Diese Fragestellung hat die Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen aufgegriffen und Informationen über die Situation in Deutschland gesammelt und im Rahmen einer vorläufigen Bestandsaufnahme zusammengestellt.

Konferenzen zu diesem Thema wurden bisher in vier Ländern Europas durchgeführt. Das nächste Zusammentreffen findet Ende Januar 2007 in Italien statt. In Deutschland ist dies die erste Tagung zum Thema und ich wünsche allen Beteiligten viel Erfolg und interessante Diskussionen.

1.3 Wolfgang Schrödter Fürst Donnersmarck-Stiftung

Sehr geehrte Frau Prof. Doll-Tepper, sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich im Namen des Kuratoriums der Fürst Donnersmarck-Stiftung.

1916 wurde die Stiftung in Frohnau am Rande Berlins vom wohlhabenden und sozial engagierten Guido Graf Henckel Fürst von Donnersmarck gegründet, und zwar für Kriegsverletzte des Ersten Weltkrieges. Neben der Förderung ihrer medizinischen Versorgung stärkte er die Stellung der Verehrten des Ersten Weltkrieges, sie sollten in Wissenschaft und Therapie einen hohen Stellenwert erlangen.

Ein paar Schlaglichter zur Stiftung: Im Herbst 2006 feierte die Stiftung ihr 90-jähriges Bestehen. Im Oktober 2006 erhielt sie in Hamburg den Preis „Kompass“ in der Kategorie „Strategisches Projekt-PR“ mit ihrer Kampagne „Blickwechsel - Volles Leben“. In Bayern beraten Betroffene andere Betroffene.

In Berlin-Frohnau wurde die stationäre Neurologie für die Rehabilitation speziell für Menschen mit Schädigungen am Zentralnervensystem erweitert. Anlässlich des 90jährigen Bestehens wurde der Forschungspreis für neurologische Rehabilitation in diesem Jahr an Bruce H. Dobkin, Professor an der University of California, Los Angeles für sein Lebenswerk verliehen.

Des Weiteren ist eine Erweiterung des Gästehauses Bad Bevensen mit starker Ausrichtung auf Bewegung und Wellness geplant.

Auch für die Fürst Donnersmarck-Stiftung ist das Thema dieser Tagung von zentraler Bedeutung mit folgenden Aspekten: Was ist heute zu tun? Was motiviert die Stiftung, Bewegung und Sport in ihren Einrichtungen zu fördern? Welchen Beitrag kann sie darüber hinaus leisten? Es ist von besonderer Bedeutung, dass in verschiedenen Ansätzen eine Intensivierung der sportlichen Aktivitäten der älteren Generationen eruiert und erprobt wird. Darum sind wir hier zusammengekommen.

Es ist mir eine besondere Freude, Sie im Namen der Fürst Donnersmarck-Stiftung und im Namen von Herrn Klopp, dem Leiter des Gästehauses und seinem Team hier begrüßen zu dürfen.

1.4 Sybill De Vito-Egerland Freie Universität Berlin

Liebe Frau Doll-Tepper, liebe Frau Schmidt-Gotz, sehr geehrte Referenten und Gäste unserer Tagung! Ich heiße Sie im Namen des Präsidiums der Freien Universität Berlin herzlich willkommen.

Ich möchte Ihnen ein wenig von der historischen Entwicklung der Freien Universität Berlin berichten.

Die Berliner Universität, ab 1949 "Humboldt-Universität zu Berlin," nahm ihren Lehrbetrieb ab 1946 wieder auf. Allerdings wurden die politischen Auseinandersetzungen der Nachkriegszeit auch in die Hochschule hineingetragen und führten zu einer immer stärker werdenden kommunistischen Einflussnahme auf die Universität. Dies hatte starke Proteste innerhalb der Studentenschaft und von Teilen des Lehrkörpers zur Folge. Die Folge waren unter anderem die Verhaftung und Verurteilung mehrerer Studenten durch die sowjetische Geheimpolizei. Die Urteile wurden mit angeblicher Bildung einer „Untergrundbewegung an der Universität Berlin“ begründet.

Im Jahre 1947 gab es bereits die ersten Forderungen zur Neugründung einer freien Universität. Die Proteste hielten an, so dass im Jahre 1948 der Magistrat von Groß-Berlin der Errichtung einer freien Universität mit für die damalige Zeit außergewöhnlich starken Einflussmöglichkeiten der Studenten zuließ. Den Entscheidungsgremien trug man ihrem maßgeblichen Engagement bei der Gründung Rechnung. Diese Neuerungen waren bis dahin einzigartig und wurden an keiner anderen Universität praktiziert.

Ihre Gründungsziele hat die Freie Universität Berlin auch in ihrem lateinischen Wahlspruch ausgedrückt: „veritas - justitia - libertas“, also die Werte der Wahrheit, der Gerechtigkeit und der Freiheit.

Frau Professor Dr. Gudrun Doll-Tepper stellt im Bereich der Sportwissenschaft an der FU Berlin eine äußerst bedeutende Persönlichkeit dar, die viel erreicht hat. Meine besondere Anerkennung und mein ausdrücklicher Dank gelten der Einführung des Bereiches Behindertensport innerhalb der Sportwissenschaft sowie der Gründung der Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen. Beide Institutionen stellen eine Bereicherung der Freien Universität dar („Clusters of Excellence“).

Darüber hinaus möchte ich mich ausdrücklich persönlich und im Namen des Präsidiums der Freien Universität Berlin dafür bedanken, dass ich in den letzten Jahren häufig Gast und Teilnehmerin bei zahlreichen Symposien, Konferenzen und Kongressen in diesem Zusammenhang sein durfte – wie auch hier.

Ich wünsche Ihnen bei dieser Tagung eine erfolgreiche und zukunftsorientierte Zusammenarbeit und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

2 Hauptreferate

2.1 THENAPA II – Was ist das? Ein Überblick

Prof. Dr. Herman Van Coppenolle

Katholieke Universiteit Leuven (Belgien)

Grußwort und Hauptreferat

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin Professor an der Fakultät für Bewegungs- und Rehabilitationswissenschaften der Katholieke Universiteit Leuven in Belgien.

An unserer Universität gibt es das Sokrates-Programm der Europäischen Union. Dieses Programm ist ein Aktionsprogramm zur Förderung der transnationalen Zusammenarbeit im Bildungsbereich, es unterstützt und fördert seit Ende der 80er Jahre die Zusammenarbeit von Hochschulen innerhalb der EU und anderer europäischer Länder. Dozenten wie Studenten dieser Länder haben seitdem ein gemeinsames Arbeitsforum.

Teil des Sokrates-Programms ist das Erasmus-Programm. Namensgeber des Erasmus-Programms ist der im Mittelalter geborene humanistische Lehrer Erasmus von Rotterdam. Später wurde dem Namen der Begriff „World“ zugefügt, dieser wiederum in „Mundus“ geändert; also in „Erasmus Mundus-Programm“. Zu diesem Programm gehören thematische Netzwerke (European Thematic Network – THEN) verschiedener Bereiche seit Mai 1996.

Ende der 90er wurde die Idee der europäischen Zusammenarbeit in dem Bereich Bewegung - Sport und Behinderung in ein solches Netzwerk eingebunden, dem European Thematic Network „Educational and Social Integration of Persons with a Handicap through Adapted Physical Activity“, gekürzt: Thematic Network Adapted Physical Activity – THENAPA I.

Dieses Netzwerk wurde erstellt, um mit zukunftsorientierter, strategischer Reflektion von wissenschaftlichen, pädagogischen und institutionellen Themen in den Hauptfeldern des Hochschulwesens

umzugehen. Es ist eine Kooperation zwischen Fachbereichen von Hochschulen und weiteren Partnern. Das Hauptziel des Programms ist die Verbesserung der Qualität der Lehre und damit letztlich die der Ausbildung.

Teilnehmende Institutionen sind Universitäten, Fakultäten, Fach-/Arbeitsbereiche sowie weitere Institutionen wie akademische Verbände, Lehranstalten, Ausbildungseinrichtungen und andere Partner von sozio-ökonomischer Bedeutung im öffentlichen oder im privaten Sektor.

Ein Schwerpunkt des Netzwerkes wurde „Behinderung und Alter“: THENAPA II (Thematic Network Adapted Physical Activity – Ageing and Disability). Im Rahmen dieses Netzwerk-Programms werden Konzepte entwickelt, die es ermöglichen, durch körperliche Aktivität lebenslanges Wohlbefinden zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Zielsetzungen sind neben der Verringerung der Risikofaktoren von sekundären Behinderungen, die Aufrechterhaltung der funktionalen Unabhängigkeit, dem vorzeitigen Altern vorzubeugen und letztlich die Gesundheit zu fördern.

Darüber hinaus ist ein Master-Programm zur Ausbildung von Experten entwickelt worden, in dem die Studenten lernen, wie man mit älteren Menschen mit Behinderungen arbeitet. Das Netzwerk dient außerdem dazu, die Qualität der Lehre und Ausbildung in den folgenden Studiengängen zu verbessern:

- § Sportunterricht
- § Physiotherapie
- § Freizeit- und Breitensport
- § Rehabilitation
- § Gesundheitswissenschaften
- § Kinesiologie
- § Sport- und Bewegungswissenschaften

66 Institutionen aus 29 Ländern sind mittlerweile Partner von THENAPA II. Durch die verstärkte Kooperation zwischen den universitären Instituten und Arbeitsbereichen werden die Studenten in der Entwicklung ihres Fachwissens weiter gefördert.

Das europäische Curriculum sieht vor, das Fachgebiet „Adapted Physical Activity“ für ältere Menschen mit Behinderungen in bereits existierende Universitätsprogramme zu implementieren.

Für die Zielgruppe der Menschen im höheren Lebensalter bedeutet diese Entwicklung die Förderung ihrer Unabhängigkeit, ihrer Produktivität, Selbstbestimmung, Integration sowie Zugehörigkeit zur Gesellschaft, um ihre Lebensqualität zu steigern.

Außerdem heißt THENAPA II auch, einen lebenslangen Lernprozeß zu ermöglichen, in dem Bewusstsein, dass nicht nur die Adaption und Aufrechterhaltung von gesundheitsbewusstem Verhalten äußerst wichtig für eine immer stärker alternde Gesellschaft ist.

Experten der Gerontologie, des Sports und der Behinderung arbeiten gemeinsam an diesem Projekt. Jedes Land hat einen nationalen Repräsentanten und Ansprechpartner, der für die Arbeit auf nationaler Ebene zuständig ist. Alle Repräsentanten treffen sich regelmäßig auf dem jährlichen Netzwerk-Forum. Auch zusätzliche Treffen in kleineren Gruppen werden – wenn nötig – durchgeführt.

Warum ist es notwendig?

Zum einen ist zu beobachten, dass Menschen im höheren Lebensalter die am schnellsten wachsende Altersgruppe sind und zum anderen steigt die Zahl der älteren Menschen mit Behinderungen rapide.

Das Bildungssystem weist in diesem Zusammenhang eine Lücke auf: Existierende Programme beinhalten körperliche Bewegung für Ältere oder körperliche Bewegung für Behinderte, aber kein Programm berücksichtigt beide Aspekte.

Das europäische Masters Programm ist ein Zwei-Jahres-Programm, das im ersten Jahr Theorie und im zweiten Jahr ein Praktikum und eine Masterarbeit beinhaltet. Die Zielgruppe besteht aus Studenten des Lehramtsstudiengangs Sport (oder ähnliches), Physiotherapie und Sportwissenschaft (oder ähnlicher Studien- oder Ausbildungsbereiche).

Die Module des Studiengangs bestehen aus:

1. Übersicht über Altern, Behinderung und körperliche Bewegung

2. Psychologische, sozio-kulturelle und physiologische Aspekte der körperlichen Bewegung bei älteren Menschen
3. Beratung und Motivation zur körperlichen Bewegung
4. Reflexion, Beurteilung und Zielsetzung
5. Design eines Übungsprogramms für ältere Menschen
6. Erstellen eines Programms für Ältere mit besonderen Bedürfnissen
7. Sicherheitsaspekte und Erste Hilfe
8. Führungsverhalten und Kommunikation
9. Verhaltensweisen nach ethischen und professionellen Aspekten
10. Forschungsmethoden
11. Praktika
12. Masterarbeit

Neben der Erstellung des Curriculums wurde auch eine Motivations-CD/DVD erstellt. Sie beinhaltet Beispielübungen, ausgeführt von älteren Menschen (mit Behinderungen), verschiedenartige Übungsformen für Gruppen/Einzelpersonen für drinnen und draußen sowie Interviews mit Teilnehmern und Trainern.

Das Europäische Curriculum und die Motivations-CD tragen gemeinsam zur Förderung eines aktiven Lebensstils von älteren Menschen (mit Behinderungen) bei.

2.2 Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter: Gesundheit und Lebensqualität durch Bewegung und Sport Eine Bestandsaufnahme

Katrin Koenen und Claudia Stura

Freie Universität Berlin

Der demographische Wandel ist eine der größten Veränderungen in den letzten Jahrzehnten: In Deutschland hat sich bereits und wird sich das Verhältnis zwischen älteren und jüngeren Menschen noch erheblich verschieben. Der so genannte Altersquotient zeigt die zu erwartenden Verschiebungen im Altersaufbau besonders deutlich: Für das derzeitige tatsächliche durchschnittliche Rentenzugangsalter von 60 Jahren lag er 2001 bei 44, d.h. 100 Menschen im Erwerbsalter (von 20 bis 59 Jahren) standen 44 Personen im Rentenalter (ab 60 Jahren) gegenüber. Nach der Vorausberechnung wird der Altersquotient bis 2050 bis auf 78 steigen.

Durch die so genannte „Veralterung“ nimmt die Anzahl auch derer zu, die mit Einschränkungen ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten leben müssen. Nach einer Modellrechnung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) werden bereits in den nächsten Jahren 10.000 Pflegeheimplätze zusätzlich erforderlich, wenn es in der ambulanten Versorgung keine Verbesserungen gibt. Die Zahl der Leistungsempfänger und die Zahl der benötigten Pflegeplätze wird sich bis zum Jahr 2050 mehr als verdoppeln. Falls es nicht durch verstärkte Prävention und Rehabilitation gelingt, die Pflegehäufigkeiten zu verringern, steigt die Zahl der Pflegebedürftigen mit Leistungsanspruch an die Pflegeversicherung schon bis zum Jahr 2020 um über ein Drittel. Für sie würden über 40 Prozent mehr Heimplätze gebraucht.

Wie sollte man nun mit der aktuellen und vor allem mit der zu erwartenden Situation umgehen? Es besteht akuter Handlungsbedarf: Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität bzw. auch Wege der Finanzierung müssen geschaffen werden.

Die Formulierung „ältere Menschen mit Behinderungen“ ist in zweierlei Hinsicht sehr vage: Die Begriffe „älter“ und „Behinderungen“ sind beide nicht genau zu definieren und lassen viele Interpretationen zu. Deshalb möchten wir nun zunächst die für unsere Studie relevanten Definitionen erläutern.

Zur Zielgruppe – Wie sieht sie aus?

Wann ist man eigentlich „alt“?

- Es gibt keine verbindliche Definition für „Alter“.
- Altern ist ein sehr individueller Prozess.
- Es gilt meistens das durchschnittliche Renteneintrittsalter, ab 60 Jahren, dieses wurde als Grundlage genommen.

Was heißt „behindert“?

- Es gibt viele unterschiedliche Definitionen und Klassifikationen von Behinderungen.
- Sie können angeboren und erworben sein.
- Sie können Alterserscheinungen und -krankheiten sein.

Die Zielgruppe für diese Studie wurde als die Gruppe der Menschen, die 60 Jahre und älter sind und eine Behinderung jeglicher Art und Pathogenese oder aber auch alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen haben, festgelegt.

Bewegung und Sport – eine Begriffsbestimmung

Der Begriff „Sport“ wird in der Regel mit Leistung, Wettbewerb, Auspowern und Erschöpfung assoziiert. Geht man aber gerade vom Gesundheits- bzw. auch Alterssport aus, so stehen insbesondere die eigene Gesundheit und Sozialkontakte im Mittelpunkt des Interesses. Eine weitere Abgrenzungsmöglichkeit ergibt sich aus der Spezialisierung auf den Sport von Menschen mit Behinderungen und Krankheiten. Im Deutschen wird der Sport von Menschen mit Behinderungen sehr häufig als „Präventionssport“, „Rehabilitationssport“ oder „Behindertensport“ bezeichnet. Jeder einzelne Begriff steht jedoch nur für einen speziellen Bereich, umfasst aber nicht die übergeordnete Bedeutung, die eigentlich gemeint ist. Am konkretesten kann wohl die englische Bezeichnung „Adapted Physical Activity“ (APA) und deren internationaler Definitionsversuch den Inhalt zusammenfassen: Adapted Physical Activity bezeichnet

den Bereich von Bewegung und Sport, in dem die Interessen und Möglichkeiten von Menschen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen, wie Menschen mit Behinderungen, Krankheiten oder älteren Menschen im Mittelpunkt stehen.

Zur Bedeutung von Sport im Alter

Viele wissenschaftliche Untersuchungen haben bereits die positive Wirkung von sportlichen Aktivitäten bei älteren Menschen bewiesen. Da in hohem Alter der Großteil von ihnen mit Einschränkungen leben muss, ist es von besonderer Bedeutung, den Sport auf diese Gruppe von Menschen zuzuschneiden und zu planen. Dabei sind folgende Aspekte besonders zu berücksichtigen:

Der gesundheitliche Aspekt

- Er ist unbestritten und durch zahlreiche Studien erwiesen.
- Es gibt Seniorensport in allen Varianten und Gesundheitssport jeweils für spezielle Krankheitsbilder.

Multimorbidität findet allerdings kaum Berücksichtigung.

Der soziale Aspekt

Auf die Aufgabe der eigenständigen Gestaltung eines von gesellschaftlich definierten Anforderungen und Pflichten weitgehend freien Lebensraumes sind sehr viele Menschen nach einem langen Arbeitsleben kaum eingestellt, insbesondere nicht Menschen mit Behinderungen und anderen Einschränkungen. Es entsteht häufig eine gesellschaftliche Isolation nach Ende des Berufslebens.

Vor allem bei Menschen mit geistiger Behinderung ist die Arbeit sehr oft ihr einziger sozialer Raum, ihr Leben, das sich ihnen ohne die Arbeit wie eine große Leere darstellt. Sie bilden häufig eine „doppelte Randgruppe“ und haben vielfach nur geringe Möglichkeiten, selbst aktiv zu werden.

Lebensqualität

Wenn von Lebensqualität gesprochen wird, sollten im Bezug auf ältere Menschen vor allem die Aspekte „lebensaltergemäßes Leben“, „Integration“ und „Selbstbestimmung“ im Mittelpunkt stehen.

Zielsetzungen von Sport im Alter

Prävention

Sport trägt zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gehirns bei, hat einen positiven Effekt auf das Immunsystem, den Sauerstofftransport, den Stoffwechsel wie auch die Wirbelsäule und trägt zur Anpassung an Belastung und Regeneration bei. Darüber hinaus wird er speziell bei chronischen Krankheiten und zur Sturzprävention eingesetzt. Problematisch ist dabei, dass für eine sportliche Betätigung vielfach eine Korrektur des Lebensstils notwendig ist und dass der Therapie im heutigen Gesundheitssystem immer noch ein viel größerer Stellenwert beigemessen wird als der Prävention.

Rehabilitation

Sport in der Rehabilitation erhöht die Fähigkeit des Menschen, unter Berücksichtigung der neu gegebenen, eingeschränkten körperlichen Situation zu einer befriedigenden Lebensführung zu finden.

Er sollte in seiner Zielsetzung Menschen befähigen, eine neue Balance zwischen Anforderungen und eigenen Möglichkeiten zu finden. Darüber hinaus sollten rehabilitative Maßnahmen getroffen werden, um eine Pflegebedürftigkeit zu überwinden und eine Entwicklung zum Schlechteren hin zu vermeiden.

Spezielle Methoden

Die Psychomotorik ist eine ganzheitliche Methode der Entwicklung und Förderung der Persönlichkeit auf der Grundlage eines humanistischen Menschen- und Weltbildes. Die optimale Entwicklung des menschlichen Potenzials steht hierbei im Mittelpunkt, betont wird der enge Zusammenhang von Wahrnehmen, Erleben und Handeln.

Sie bildet die Grundlage für die Organisation von Lernprozessen und zur Gestaltung des Alltags.

Motogeragogik

Die Motogeragogik ist eine spezialisierte Form der Psychomotorik. Sie beschäftigt sich mit der Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung im dritten und vierten Lebensalter durch gezielte Bewegungsangebote und ist auf die speziellen Bedürfnisse und Möglichkeiten älterer und alter Menschen ausgerichtet. Ziel dieser ganzheitlichen Bewegungsarbeit ist der Erhalt, der Wiedererwerb

und die Weiterentwicklung von Kompetenzen, die nötig sind, um ein möglichst selbständiges Leben führen zu können.

Erfordernisse

Was wird benötigt? Zum einen ist ein multifaktorielles Interventionsprogramm notwendig, das Alter und Behinderungsarten berücksichtigt. Darüber hinaus werden Aus- bzw. Fortbildungsprogramme zur Vermittlung dieser Inhalte benötigt wie auch Verantwortliche auf „sportlicher“ und pflegerischer bzw. medizinischer Ebene.

Um ein solches multifaktorielles Interventionsprogramm umzusetzen, bedarf es speziell dafür ausgebildeter Personen. Grundsätzlich sollte ein Übungsleiter bzw. Trainer/Therapeut aus unserer Sicht mindestens die folgenden Qualifikationskriterien aufweisen:

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

Welche Ausbildungen gibt es?

Der Deutsche Gymnastikbund, DGymB e. V. ist der Dachverband der Ausbildungszentren für staatlich geprüfte Gymnastiklehrer/innen. Die dort angebotene Ausbildung hat ihren Schwerpunkt in der Prävention oder Rehabilitation durch Gymnastik und Bewegung, wobei die Ausbildungen mit Schwerpunkt Rehabilitation auf Berufe in den Bereichen Behinderung und Alter, Behindertensport und Sport mit chronischen Krankheiten vorbereiten soll.

Der Deutsche Behindertensportverband und die Landesverbände bieten Ausbildungen zu sportspezifischen Übungsleitern, zum „Fachübungsleiter Rehabilitationssport“ und einen Kompaktlehrgang für Physiotherapeuten an. Ein exemplarisches Beispiel ist die Lizenz „Fachübungsleiter Rehabilitationssport“. Sie ist als Blocksystem aufgebaut. Grundlage bilden die Blöcke „Allgemeine Informationen über Rehabilitationssport“ und „Allgemeine Informationen über Behinderungen“, hierauf aufbauend entscheidet man sich je nach

späterer Zielgruppe für eines der folgenden Profile: Profil Stütz- und Bewegungsapparat, Profil Innere Organe, Profil Sensorik, Profil Neurologie, Profil Geistige Behinderung, Profil Psychische Erkrankungen.

Die Ausbildung im pflegerischen Alltag ist bundeseinheitlich geregelt und im „Gesetz über die Berufe in der Altenpflege“ festgelegt. Sie beinhaltet die Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung älterer Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung, und die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte. Diese Anforderungen könnten eine Einbeziehung von Sport und Bewegung nach deren oben genannten Möglichkeiten mit Sicherheit begründen, ihre Integration in den pflegerischen Alltag wird aber weder empfohlen noch erwähnt.

Vorhandene Angebote – Eine erste Bestandsaufnahme

Um einen Überblick über die in den deutschen Vereinen vorhandenen Angebote zu erhalten, wurden die Behindertensportverbände aller Bundesländer mündlich befragt.

Die Befragung ergab folgende Ergebnisse: In zehn Bundesländern gibt es *keine* spezifischen Angebote für diese Zielgruppe. Die Sportangebote sind hier nur nach Art und Grad der Behinderung bzw. der Sportart ausgerichtet. Teilweise bestehen die Sportgruppen auch aus jüngeren und älteren Teilnehmern, die dann nach einer gemeinsamen Aufwärmphase getrennt voneinander trainieren.

In Schleswig-Holstein gibt es Sportangebote, die in einer Kombination zwischen Sportart und Alter ausgerichtet sind. Ein weiteres Beispiel ist der Behindertensportverband des Landes Bremen: Hier sind 35 % aller Sportangebote explizit für die Zielgruppe „ältere Menschen mit Behinderungen“ gedacht.

Besonders hervorzuheben ist aus unserer Sicht der Verein „Aktiv Rehabilitations-, Gesundheits- und Seniorensport e. V.“ (kurz:

ARGuS e. V.) aus Mecklenburg-Vorpommern. ARGuS e. V. hat heute 1700 Mitglieder, das Durchschnittsalter der Mitglieder beträgt 70 Jahre. Die Mitgliederstruktur besteht zu 5 % aus Menschen, die mit einer Behinderung geboren wurden oder im Laufe ihres Lebens eine Behinderung erworben haben. 95 % der Mitglieder weisen aufgrund ihres Alters Behinderungen bzw. Einschränkungen in ihren Bewegungsmöglichkeiten auf. Das Sportangebot gliedert sich auf in 50 % Seniorensport (ganzheitlich) und 50 % Rehabilitationssport.

Diese Beispiele sind jedoch leider eher die Ausnahme. In der Regel sind nur vereinzelt Vereine zu finden, die ihr Angebot explizit auf diese Zielgruppe ausgerichtet haben.

Praxisbeispiele:

Modellprojekt des Behinderten-Sportverbandes Nordrhein-Westfalen

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

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

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

Das Projekt beinhaltete neben den Sportstunden auch soziale Begleitangebote. Einbezogen wurden nicht nur ältere Menschen, die im Laufe ihres Lebens eine Behinderung erworben haben, sondern auch insbesondere an Demenz Erkrankte.

Belgien: „Tachtig Maar Krachtig“

„Tachtig Maar Krachtig“ („Achtzig aber stark“) ist ein Modellprojekt des belgischen Sportverbandes „S-sport federation“. Es ist speziell für ältere Menschen entwickelt worden, die in betreuten Wohn- und Pflegeheimen leben.

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

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

Schlussfolgerungen

Aus den Ergebnissen unserer Bestandsaufnahme leiten wir folgende Schlussfolgerungen ab:

Es sind Forschungen zur Bestätigung der präventiven und rehabilitativen Wirkung von Bewegung und Sport bei Menschen mit Behinderungen in höherem Lebensalter notwendig.

Darüber hinaus ist die Entwicklung eines Interventionsprogrammes, das Bewegungs- und Gesundheitskultur beinhaltet, dringend erforderlich. Die Zielsetzung sollte die Vermittlung sein, dass körperliche Betätigung eine persönliche Lebensbereicherung ist.

Außerdem ist eine Auswertung der bereits vorhandenen Projekte sowie eine Prüfung auf Übertragbarkeit und die Entwicklung praktischer Ausbildungsformen notwendig.

Als weiterer Aspekt ist die dringend notwendige Berücksichtigung der möglichen Kostenersparnis durch präventive sportliche Aktivität zu nennen.

Zielsetzungen für Theorie und Praxis

Aus unserer Sicht sollten dies die Zielsetzungen für Theorie und Praxis sein: Sport und Bewegung sollen in die Aus- und Weiterbildung im pflegerischen Alltag (wieder) aufgenommen werden, weil

vielen Älteren die Unterstützung durch ihren Sozialkreis, insbesondere durch ihren Hausarzt, besonders wichtig ist. Leider weiß aber der Hausarzt häufig zu wenig über die vorbeugende und heilende Wirkung von körperlichen Aktivitäten und unterstützt folglich den Patienten nicht in der Aufnahme von gesundheitsbezogenen Bewegungsangeboten. Aus diesem Grund sollte Bewegung und Gesundheit Bestandteil der Approbationsordnung für Ärzte werden.

Darüber hinaus sollten aus unserer Sicht intensivere Kooperationen zwischen Pflegeheimen/Hauspflege und dem Behinderten-Sportverband entwickelt werden und Sportgruppen für Menschen mit Behinderungen sollten sowohl vom Behinderten-Sportverband als auch von Krankenversicherungen bzw. Pflegeversicherungen initiiert und angeboten werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Entwicklung von speziellen Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Trainer und Übungsleiter im Bereich „Senioren-sport für Menschen mit Behinderungen“. Auch den Älteren selbst sollte dabei die Übungsleitertätigkeit eröffnet werden.

Mit der Schaffung von Sportangeboten werden Rahmenbedingungen nötig, die es ermöglichen, an den jeweiligen Sportangeboten teilzunehmen. Eine mögliche Barriere stellt zum Beispiel die An- und Abfahrt zur Sportstätte dar.

Als letzten Punkt möchten wir darauf hinweisen, dass eine intensive Kooperation mit den Krankenkassen und Pflegeversicherungen bei jeder Form von Sport und Bewegung mit Menschen mit Behinderungen in höherem Lebensalter angestrebt werden sollte. So sollten zum Beispiel körperliche Aktivitäten und Sport in ihrer präventiven Funktion in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden. Rehabilitationssport sollte grundsätzlich dauerhaft finanziert werden.

2.3 Sport für alle - auch für ältere Menschen? Ein Plädoyer in pädagogischer Perspektive

Prof. Dr. Detlef Kuhlmann

Leibniz Universität Hannover

Das Anliegen meines Vortrages ist sehr bescheiden. Im Grunde geht es nur um ein kleines grammatikalisches Problem. Ich möchte Sie davon überzeugen, dass die Interpunktion im Vortragstitel verändert werden sollte. Noch konkreter: Ich schlage vor, aus dem Fragezeichen am Ende der ersten Zeile ein Ausrufezeichen zu machen. Der Untertitel „Ein Plädoyer in pädagogischer Perspektive“ soll dafür jedenfalls eine Begründung sein. Es soll damit die Notwendigkeit eines „Sport für alle“ auch im höheren Lebensalter und für Menschen mit Behinderungen herausgestellt werden ...

Als am 20. Mai dieses Jahres der neue Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) in Frankfurt mit einem großen Festakt feierlich gegründet wurde, da hat Präsident Dr. Thomas Bach dem DOSB das Anliegen des Sports für ältere Menschen in seiner viel beachteten Grundsatzrede quasi in die Geburtsurkunde geschrieben. Gleich zu Beginn seiner rund 30-minütigen Ansprache referierte er über die dramatische Alterung unserer Gesellschaft auch und gerade als Herausforderung für den Sport insgesamt. Wenig später heißt es dann an einer Stelle sogar wortgetreu: „Demographische Alterung bedeutet aber auch, dass wir mehr aktive ältere Menschen haben als jemals zuvor. Zu dieser Entwicklung hat der Sport mit seinen gesundheits- und fitnessorientierten Angeboten nicht unerheblich beigetragen. Wir sollten deshalb auch versuchen, aus dieser wichtigen Gruppe unserer Gesellschaft mehr Menschen für sportliches und ehrenamtliches Engagement zu gewinnen. Dies wird aber nur gelingen, wenn wir der gewandelten Lebensplanung dieser älteren Menschen, die von mehr Individualität und mehr Spontaneität geprägt wird, Rechnung tragen.“

Dieses wichtige Anliegen ist dann auf der ersten (Klausur-) Sitzung des neu zusammengesetzten DOSB-Präsidiums als ein Eckpfeiler für die zukünftige Arbeit benannt worden. Der für Breitensport und Sportentwicklung - und demnach auch für den Sport für ältere

Menschen - zuständige DOSB-Vizepräsident Walter Schneeloch hat seinerzeit dazu wörtlich u. a. formuliert: „Gerade der Zielgruppe der über 50-Jährigen müssen wir über unsere 90.000 Vereine maßgeschneiderte Angebote präsentieren ...“

Aus diesen beiden präsidentialen Statements können wir als Quintessenz festhalten: Der Sport für ältere Menschen beginnt demnach kalendarisch bei den über 50-Jährigen. Aus der Sicht des organisierten Sports lässt sich das erwartbare Engagement dieser wichtigen Zielgruppe in das rein sportliche, also das „Selbst-aktiv-sein“, und bzw. oder das rein ehrenamtliche Engagement, also das „Für-andere-da-sein“ weiter differenzieren. Was Art und Ausmaß dieser Engagementformen anbelangt, ist auch die sich wandelnde Lebensplanung in Betracht zu ziehen. Und schließlich und endlich ist es geradezu naheliegend, dass ein Repräsentant des DOSB zuerst und allein die 90.000 Sportvereine im Lande „anmahnt“, für diese Zielgruppe maßgeschneiderte Angebote bereitzustellen, wenn dies nicht schon längst der Fall ist. Diese „Basics“ lassen sich allemal in sportpädagogischer Perspektive nutzen und weiter konkretisieren.

Sie bilden eine Art Folie für den weiteren Aufbau meines Vortrags, mit dem ich Sie - ich beginne mich zu wiederholen - überzeugen will, das Fragezeichen im Titel durch ein Ausrufezeichen zu ersetzen. Nach dieser Einleitung werde ich zunächst ein allgemeines Beschreibungsmodell vorstellen, mit dem sich das Sporttreiben insgesamt, aber im Speziellen für ältere Menschen mit und ohne Behinderungen „verorten“ lässt. Darauf aufbauend folgt dann ein systematischer Durchgang durch die von mir jetzt sog. Handlungsfiguren, die wir im Sport der Älteren, aber auch prinzipiell vorfinden (können). Sie merken, das alles klingt ziemlich idealtypisch. Dahinter steht nämlich der Anspruch, dass und wie Menschen - gleich welchen Alters und welcher Behinderung - das Sporttreiben für sich entdecken und in ihren Lebensalltag integrieren. Die Wirklichkeit sieht jedoch vielerorts ganz anders aus. Deswegen müssen wir uns den Herausforderungen stellen, um die Wirklichkeit zu verbessern. Davon wird im dritten und letzten Teil meines Vortrags noch knapp die Rede sein.

Wie lässt sich das Sporttreiben älterer Menschen „verorten“?

Wo treiben eigentlich ältere Menschen ihren Sport? Wer so fragt, hat als Antwort meist eine Aufzählung von geläufigen Sportanbietern parat ... doch so einfach will ich es mir und uns nicht machen. Ich möchte vielmehr ein allgemein gültiges Beschreibungsraster vorstellen, das dazu dienen kann, das Sporttreiben von älteren Menschen unabhängig von Organisationen zu „verorten“. Es geht also nicht per se um die typischen Instanzen der Sportausübung, sondern mehr um eine Art „sozio-ökologisches Mobile“, mit dessen Hilfe alle möglichen Anbieter mit ihren je speziellen Angeboten lokalisiert werden können. Dieses idealtypische Beschreibungsraster besteht aus acht Komponenten, die jeweils durch Pole gekennzeichnet sind. Das hört sich kompliziert an ... ist aber ganz einfach zu lesen, nämlich so:

(1) *Sporttreiben zwischen Individuum und Team – Gruppierung:* Sporttreiben kann man zwar prinzipiell auch allein, meistens ist es aber in eine soziale Gruppierung eingebunden. Trotzdem sind solche Kollektivierungen höchst unterschiedlich. Das Schwimmen im öffentlichen Freibad stellt ein anderes soziales Setting dar als beispielsweise das Spiel von zwei Mannschaften mit einem Ball aus Elefantenhaut in einer Turnhalle.

(2) *Sporttreiben zwischen Pflicht und Freiwilligkeit – Bindung:* Dem Sporttreiben liegen generell ganz unterschiedliche Freiheitsgrade zugrunde. Die Teilnahme am Sportunterricht in der Schule ist in aller Regel Pflicht für alle Kinder und Jugendlichen, während beispielsweise die Mitgliedschaft in einem Sportverein auf einem freiwilligen Entschluss eines jeden Einzelnen beruht. Darauf basieren dann wiederum unterschiedliche Formen der (zeitlichen) Bindung und der (sozialen) Verpflichtung.

(3) *Sporttreiben zwischen Treff und Training – Betriebsform:* Bei diesem Kriterium geht es um die organisatorische Rahmung. Wir verwenden dabei unterschiedliche Bezeichnungen, auch um das didaktische Arrangement anzudeuten: jemand geht zum „Training“, besucht einen „Kurs“, hat „Unterricht“ ... oder aber jemand macht mal so ganz nebenbei seine Rückengymnastik. Dennoch: So ganz

unorganisiert ist das Sporttreiben wohl nie - schließlich bedarf es einer „Inbetriebnahme“ durch die organisatorische Herstellung und Nutzung von Raum und Zeit - gerade auch, aber nicht nur für ältere Menschen mit Behinderungen.

(4) *Sporttreiben zwischen Lust und Leistung – Motive:* Mit dem Sporttreiben verbinden wir meist bestimmte Interessen und Erwartungen ... und das alles soll uns Spaß machen. Dahinter stehen ganz unterschiedliche Motive: Wer im Fitness-Studio Übungen mit vorgegebener Wiederholungszahl an den diversen Geräten absolviert, will vermutlich etwas für seine Figur bzw. seine Gesundheit tun. Und wer allwöchentlich zum Tanzen in einem VHS-Kurs zusammenkommt, schätzt vermutlich auch das Miteinander in der Gruppe bzw. mit wechselnden Partnern.

(5) *Sporttreiben zwischen Sportarten und Bewegungserfahrung – Inhalte:* Sporttreiben ist meist, aber nicht immer an die Ausübung von Sportarten gebunden. Die Frage nach den Inhalten stellt sich aber in einer Seniorentagesstätte anders als im Sportunterricht der Schule. Wer im Verein Sport treibt, trifft meist eine Entscheidung für eine ganz bestimmte Sportart und damit gegen zahlreiche andere. Und was speziell den Sport mit älteren Menschen mit Behinderungen anbelangt, geht es womöglich weniger um das Erlernen von Sportdisziplinen, sondern auch um das Wiederentdecken elementarer Bewegungsformen bzw. -erfahrungen.

(6) *Sporttreiben zwischen Tour und Turnhalle – Räume:* Meist suchen wir zum Sporttreiben eigens dafür geschaffene Räume wie Sporthallen, Sportplätze, Schwimmbäder etc. auf. Doch Sport treiben kann man prinzipiell auch anderswo – entweder in solchen Räumen, die für eine so genannte sekundäre Nutzung freigegeben sind (z. B. Pausenhof einer Schule) oder in eigens dafür (auch temporär) eingerichteten Räumen (z. B. durch Auslegen von Turnmatten in einem Vortragssaal). Je mehr wir beim Sporttreiben den Wettkampfgedanken zu realisieren versuchen, desto mehr sind wir dabei auf normierte Bedingungen angewiesen, die einen Leistungsvergleich ermöglichen helfen.

(7) *Sporttreiben zwischen Unterricht und Betreuung – Anleitung:* Je nach dem, wo und mit wem wir Sport treiben, können wir dabei auf eine fachgerechte Anleitung hoffen bzw. in anderen Fällen getrost auf eine Unterweisung verzichten. Wer einen Tanzkurs besucht, kann davon ausgehen, von einer ausgewiesenen Lehrkraft unterrichtet zu werden. Wer dagegen als erfahrener Wanderer zu einer längeren Tour aufbricht, kann allenfalls davon ausgehen, dass mindestens einer die Strecke kennt oder eine Wanderkarte dabei hat und insofern die Gruppe zeitweilig betreut.

(8) *Sporttreiben zwischen Privatsphäre und Kommerz – Zugang:* Der Zugang zum Sporttreiben ist nicht überall gleich. Ein höchstes Maß an Offenheit hat im Grunde nur der, der für sich ganz allein am Basketballkorb auf dem Privatgrundstück vor der Garage Positionswürfe übt. Meist ist das Sporttreiben durch unterschiedliche Formen des Zugangs geregelt, wobei finanzielle Aufwendungen ein (wesentliches) Kriterium sein können. Selbst wer nur mal so bei einer Laufveranstaltung als Walker oder als Rollifahrer an den Start gehen möchte, muss sich mindestens vorher für fünf Euro eine Startnummer besorgen ...

Mag sein, dass es noch weitere Bestimmungsstücke gibt, die sich hier anschließen ließen. Außerdem wird Ihnen aufgefallen sein, dass nicht alle Bereiche trennscharf sind, sondern einige gemeinsame Schnittmengen aufweisen. Das Beschreibungsraster bleibt idealtypisch, es macht aber auch deutlich, dass sowohl die Interessen als auch die Partizipationschancen am Sport nicht per se für alle älteren Menschen gleich sind bzw. sein müssen bzw. dazu noch von Art und Grad der Behinderung abhängig sein können. So kommt es in pädagogischer Verantwortung darauf an, sich der prinzipiellen Chancen zu vergewissern und nach vorhandenen Möglichkeiten zu suchen, um die Chancen auch verwirklichen zu können bzw. neue Wege zu beschreiten. Nur so kann es gelingen, die Formel „Sport für alle“ wenigstens richtungweisend zu realisieren. Und für die älteren Menschen, die wir gewinnen wollen, kann das Raster möglicherweise eine erste Hilfe sein, sich selbst mit seinen Wünschen und Interessen und Erwartungen irgendwo und irgendwie „anzusiedeln“ ...

Welche Handlungsfiguren kommen im Sport der älteren Menschen vor?

Ich komme noch einmal zurück auf das Eingangszitat von DOSB-Präsident Bach, der in seiner ersten Rede davon spricht, dass mehr Menschen für ein sportliches und ein ehrenamtliches Engagement gewonnen werden sollen. Damit unterscheidet er prinzipiell zwei große mögliche Handlungsbereiche - nämlich im Sport selbst aktiv zu werden als auch sich ehrenamtlich im Sport zu engagieren. Ich will dieses zweiteilige Engagement überhaupt nicht in Frage stellen, auch wenn wir zunächst das Augenmerk auf das sportliche Aktivsein selbst legen sollten, was immer auch ein beiläufiges ehrenamtliches Aktivsein mit einschließen kann. Ich will vielmehr diese beiden Aktivitätskerne zum Anlass nehmen, um mit Ihnen gemeinsam darüber nachzudenken, welche Handlungsrollen wir im Sport prinzipiell übernehmen können ... und was das gerade für ältere Menschen bedeuten kann.

Im sportpädagogischen Fokus soll und muss der sporttreibende ältere Mensch sein und bleiben, auch wenn man - genau genommen - mit dem Sport auch verbunden sein kann, ohne ihn selbst zu betreiben. Freilich ist der passive Sportkonsum aber nicht das zentrale pädagogische Anliegen, weder für ältere noch für jüngere Menschen. Trotzdem können wir uns dem Sportkonsum niemals ganz entziehen ... und wer möchte schon auf die Bundesliga-Ergebnisse, geschweige denn auf die Sportschau am Samstag ganz verzichten. Es kann also nur darum gehen, sich dieser anderen Aktivitätskerne außerhalb des Aktivseins zu vergewissern, um sie ggf. sinnvoll in das eigene Sporttreiben zu integrieren. Im Grunde sind sie implizit mit dem Aktivsein verbunden. In ihnen kommen auch unterschiedliche Formen von persönlicher Anteilnahme am Sport bzw. für den Sport zum Ausdruck. Die von mir so bezeichneten Handlungsfiguren der Reihe nach sind:

1. **der Akteur:** Diese Handlungsfigur zielt auf jene Situationen, in denen wir selbst aktiv Sport betreiben. Der Akteur ist nach unserem pädagogischen Verständnis die zentrale Figur des Sportengagements. Darauf richtet sich unser besonderes

Augenmerk. Alle weiteren sind demnach „nur“ Zusatzrollen; die konzentrischen Kreise verweisen darauf:

2. **der Arrangeur:** Diese Handlungsfigur zielt auf jene Situationen, bei denen wir neben oder anstatt unserer Rolle als Aktive selbst noch an der Inszenierung unseres eigenen Sporttreibens oder an dem der anderen aktiv mitwirken können (manchmal sogar müssen) - sei es bei der Wahl bzw. Vereinbarung von Mannschaften für ein Spiel auf der Wiese oder bei der Streckenplanung für eine ganztägige Radtour mit der Familie oder mit Freunden etc.
3. **der Instrukteur:** Diese Handlungsfigur zielt auf jene Situationen, bei denen wir ganz offiziell oder eher beiläufig anderen helfen, etwas im Sport zu lernen, und etwas von unserem Wissen und unseren Erfahrungen an andere weitergeben - sei es als Tipp zur angemessenen Kleidung oder Ausrüstung für eine Sportart oder sei es als ausgearbeiteter Trainingsplan zur Verbesserung der aeroben Ausdauer etc.
4. **der Konsument:** Diese Handlungsfigur zielt auf jene Situationen, in denen wir den Sport anderer passiv miterleben können (manchmal sogar müssen), sei es live im Stadion oder medial inszeniert via Bildschirm oder über den Live-Ticker im Internet sowie in Zeitungen, Fachmagazinen etc.
5. **der Kommunikator:** Diese Handlungsfigur zielt auf jene Situationen, bei denen wir mit anderen über Sport reden, indem wir uns selbst ein Urteil bilden oder mit Nachdruck eine Meinung vertreten, um auf dringend notwendige Verbesserungen aufmerksam zu machen (z.B. Entwicklungen in der Gesundheitspolitik oder im Schulsport). Die Figur des Kommunikators deutet auch an, dass der Sport ein gesamtgesellschaftliches Phänomen darstellt, dem man sich kaum mehr entziehen kann.

Mag sein, dass Ihnen noch weitere Handlungsrollen im Sport einfallen, auch und gerade für den Sport der älteren Menschen, womöglich lassen sich diese Rollen dann auch in die fünf aufgeführten ganz gut integrieren. Meine Absicht ist es, neben dieser systematischen Aufstellung Ihnen auch deutlich zu machen, wie geradezu selbstverständlich das rein sportliche mit dem ehrenamtlichen Engagement verbunden sein kann. Andererseits

können wir mit Hilfe dieser Handlungsrollen Überlegungen anstellen, wie wir für eine „altersgerechte“ Mischung des Engagements von älteren Menschen (auch mit Behinderungen) sorgen können. Vielleicht ist dieser Aspekt noch viel zu wenig beachtet worden, gerade was den Sport der älteren Menschen mit ihrer zum Teil sogar lebensbegleitenden Sportkarriere und ihren vermeintlichen Brüchen anbelangt. Mit dem Stichwort Sportkarriere möchte ich auch überleiten:

Welchen Herausforderungen müssen wir uns im Sport für Ältere stellen?

Nach diesem ersten weitgehend deskriptiven Teil will ich mich nun perspektivisch einigen Herausforderungen zuwenden, die vor uns liegen, wenn wir gemeinsam dem per se utopischen Ziel eines Sports für alle älteren Menschen wenigstens schrittweise näherkommen wollen. Dabei werde ich hauptsächlich solche Aspekte herausgreifen, die in pädagogischer Hinsicht von Bedeutung sind. Dafür ist auch immer noch das Eingangszitat vom Anfang in Erinnerung zu behalten. Die Nähe meiner Ausführungen zum organisierten Sport bzw. zum DOSB als Anwalt des Sports für alle und als Anbieter Nummer eins von Sport in unserem Lande muss ich nicht eigens nochmals betonen.

Im Grunde handelt es sich im Folgenden nur um den Beginn einer Aufzählung, die es mit weiteren Herausforderungen fortzusetzen gilt. Es kann aber auch sein, dass einzelne Aspekte für Ihren Bereich derzeit gar nicht von Relevanz sind. Dann ist das gut so. Offen und revidierbar bleibt die thesenartige Auflistung so oder so. Ich beschränke mich auf die folgenden vier. Die ersten beiden sind fokussiert auf die Zielgruppe älterer Menschen selbst, bleiben aber noch unspezifisch, was die Behinderungen angeht. Die beiden anderen beziehen sich auf die jeweils sport anbietende Instanz. Die Überschriften dazu sollen pointiert, vielleicht sogar ein wenig provozierend sein:

(1) Sport für alle ... bedeutet: Immer mehr Lebensläufe von immer mehr älteren Menschen versportlichen sich!

Was ist damit gemeint? Wir alle kennen die üblichen Typisierungen im Seniorensport. Da ist von unterschiedlichen Zielgruppen die Rede: Personen, die angeblich noch nie Sport getrieben haben, die früher mal aktiv waren usw. Da gibt es die Lebenszeitsportler, die Wiedereinsteiger usw. Ich denke, diese Zuschreibungen sind lediglich Hilfskonstruktionen, und sie sollten es bleiben. Sie sind deswegen unscharf, weil sie niemals die vollständige Sportbiografie eines einzelnen angemessen abdecken können. Versportlichung meint, dass es durch die weitere Ausbreitung des Sports sowohl auf der gesellschaftlichen als auch auf der individuellen Ebene vermehrt zu einer Veralltäglicung und damit zu einer Individualisierung der sportlichen Praxis von immer mehr älteren Menschen kommt. Mit dieser Individualisierung geht eine Pluralisierung von Biografie-Typen einher. Jürgen Baur hat dies einmal thesenartig auf den Punkt gebracht:

„Für immer mehr Menschen werden Sportaktivitäten zu selbstverständlichen Elementen ihrer alltäglichen Lebensführung, und aufgrund der zunehmenden Wahlmöglichkeiten können sie sich ihre eigenen Varianten des Sporttreibens aussuchen und in ihre Lebensführung und in ihren Lebenslauf je individuell einpassen“ (Baur u. a., 1996, S. 27).

Wenn wir also das Ziel „Sport für alle“ ernst nehmen, dann muss tatsächlich irgendwann der Lebenszeitsporttreibende der Idealtypus sein: Das sind dann Menschen, die sich entschieden haben, das Sporttreiben als eine Art „Lebensbegleiter“ in ihre Lebensführung und damit in ihren Lebensalltag zu integrieren, ganz gleich auf welchem Niveau, in welcher Form, in welchem Ausmaß, mit welcher Intensität und mit welcher Behinderung. Meine Verortung des Sporttreibens und die Handlungsfiguren im Sport stehen in diesem Fokus. Versportlichung bedeutet aber auch, dass sich die Interessen dieser Menschen immer mehr vervielfältigen, was letztlich zur Konsequenz haben könnte: Aus dem ehemals jugendlichen Sport-hopper wird über kurz oder lang der Senioren-Sporthopper als die Normalbiografie.

(2) Sport für alle ... soll helfen, gelingendes Altern zu unterstützen!

Was ist damit gemeint? In diesem Aspekt kommt das pädagogische Anliegen des Sports für ältere Menschen wohl am deutlichsten zum Ausdruck: Das „Selbst-aktiv-sein“ und das „Für-andere-da-sein“ im Sport sollen ein gelingendes Altern unterstützen helfen. Der Sport stellt per se eine Art Lebensbereicherung dar. Trotzdem gilt: Lebensbereichernd kann auch im hohen Alter noch eine zeitweise Gartenarbeit oder das aktive Engagement in der Kirchengemeinde sein. Doch wer sich für Sport entschieden hat, der hat für sich herausgefunden, dass Sport etwas Sinnvolles sein kann, das an sich gar keinen Sinn macht.

Wer sich für Sport entschieden hat, der hat sich für ein besonderes Wirken im Hier und Jetzt entschieden, und zwar mit all den körperlichen Möglichkeiten, die einem im Alter noch zur Verfügung stehen ... oder die dann erst gerade wieder neu entdeckt werden, aber auch mit allen Behinderungen und Einschränkungen, die vorliegen oder noch dazu kommen. Ein gelingendes Altern mit Sport heißt auch, „eine gewisse paradoxe konstruktive Resignation“ zu bewältigen, wie dies Michael Kolb (früher Köln und Kiel, jetzt Wien) einmal genannt hat. Das bedeutet, einerseits zeitliche und körperliche Begrenztheiten bedauernd (also resignativ) zur Kenntnis zu nehmen, aber andererseits genau diese Begrenztheiten dennoch als lebensbereichernde Möglichkeiten eines Aktivseins im Sport bzw. einer Verbundenheit mit Sport für sich einzusetzen. Dann kann Altern gelingen ... und darauf gilt es pädagogisch hinzuwirken.

(3) Sport für alle ... muss mit der sozialen Öffnung des Sportanbieters beginnen!

Was ist damit gemeint? Zunächst eine Einschränkung vorab: Nicht jeder kann und soll alles machen. Mehr noch: Denkt man bei Sportanbietern an Sportvereine, dann kann sich gerade deren Struktur und Angebotspalette als „sperrig“ für den Seniorensport, zumal für den von Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungen erweisen. Sportvereine sind traditionell nach

Sportarten und Sparten organisiert. Sie werden diese Strukturen nicht allein wegen dieser Zielgruppe aufgeben wollen und müssen. Aber: Sie können sich mit Angeboten für speziell diese Zielgruppe neu profilieren, wenn sie es denn wollen. Die Alternative zur sozialen Öffnung ist soziale Schließung - Separation oder Integration lautet dann die Frage. Wer sich jedoch als Anbieter profilieren will, der kommt an der apostrophierten sozialen Öffnung nicht vorbei.

Der sozialen Öffnung können die Vereine, aber auch andere Anbieter von Seniorensport auf unterschiedliche Weise nachgehen. Unter der Überschrift „Wunschprogramm an die Vereine“ werden in der neueren Schrift des früheren DSB mit dem Titel „Richtig fit ab 50“ dazu zahlreiche Vorschläge gemacht u. a.:

- eine Lobby für Ältere schaffen
- Leistungsdifferenzierung in den Sportarten anbieten
- Mitgliedschaft – keine Bedingung

Mund-zu-Mund-Propaganda und gezielte Öffentlichkeitsarbeit sind sicher weitere „Öffnungsschneisen“ gerade im Sport für ältere Menschen mit und ohne Behinderungen. Was gut ist, spricht sich ohnehin rum ... und wo lässt sich (im negativen Fall) leichter mit Füßen abstimmen als im Sport bzw. im Sportverein! Damit leite ich über:

(4) Sport für alle ... lebt von der Schaffung „seniorensportlicher Netzwerke“!

Was ist damit gemeint? Diese Aufgabe hat sich der ehemalige DSB selbst auf die Fahnen geschrieben. Ich beziehe mich damit speziell auf den zwölften und letzten Aspekt zur Schaffung von attraktiven Angeboten aus der eben erwähnten DSB-Broschüre. Die Schaffung von „seniorensportlichen Netzwerken“ wird aber auch im sportpädagogischen Diskurs (vgl. Luh, 2006, S. 52) inzwischen aufgegriffen und unterstrichen. Es geht beispielsweise darum, Ressourcen zu bündeln und neue Zielgruppen zu erschließen. Schaut man sich die DSB-Broschüre etwas genauer an, dann werden zwar auf der einen Seite kommunale Stellen bis hin zu Tourismusagenturen als mögliche Partner für den Seniorensport

genannt, aber nicht mehr explizit die Verbände als angeschlossene Mitgliedsorganisationen des DOSB.

Ich möchte daher anmahnen, dass Verbände in erster Linie für die Vereine da sind und nicht umgekehrt. Die Schaffung „seniorensportlicher Netzwerke“ darf die Verbände keinesfalls ausblenden, sondern muss sie einschließen. Im Grunde stellen die DOSB-Mitgliedsorganisationen den Kern solcher Netzwerke: Sie sind der Branchenführer im Sport insgesamt und sollten es auch im Sport für Senioren sein. Für die Verbände ist es dann nicht nur eine Notwendigkeit, sondern sogar eine Herzensangelegenheit, sich programmatisch dem Sport für ältere Menschen zu widmen, um sich dann in ein Netzwerk zu integrieren. Im Übrigen hat der DSB im Positionspapier des damaligen Bundesvorstandes zur Neubewertung des Handlungsfeldes Seniorensport vom 21.2.2006 die Aufgabe und Rolle der Mitgliedsorganisationen ausdrücklich genannt. Nur könnte es sein, dass hier dann z.B. der Deutsche Hockey-Bund und der Deutsche Schwimmverband ziemlich weit auseinander liegen, wenn es darum geht, ihre Sportarten und Sportformen „seniorensportlich“ bzw. „behindertengerecht“ aufzubereiten, wenn dies gefordert wird ...

Zum Schluss: Ein Ausrufezeichen ... und dennoch ein Fragezeichen

Ich hatte Ihnen zu Beginn Ziel und Anliegen meines Vortrags erläutert. Jetzt steht die Entscheidung an: Sind Sie einverstanden, wenn das Fragezeichen nun durch ein Ausrufezeichen ersetzt wird? Der Sport für ältere Menschen ist dann auch und gerade als ein Sport für alle anzusehen und auszulegen und in diesem Fokus konzeptionell zu modellieren und praktisch zu gestalten.

Aber: Ausrufezeichen hin oder her ... ein Fragezeichen bleibt. Das Fragezeichen ist der sog. „weiße Fleck“. Vielleicht sind es auch mehrere. Dahinter verbergen sich alte und neue Arbeitsaufträge oder – wie man heute so schön im Architektenjargon sagt – „Baustellen“, die bearbeitet werden müssen, damit Fortschritte sichtbar werden und gewünschte Entwicklungen auch tatsächlich eintreten.

Dem Sport für ältere Menschen werden zahlreiche Wirkungsversprechen zugeschrieben: Erhalt und Förderung von geistiger und körperlicher Fitness, Verbesserung sozialer Kontakte, Verfestigung der Alltagsmotorik usw. Solche allgemeinen „Ansprüche“ an den Seniorensport werden jedoch nicht automatisch realisiert. Und: Gilt das dann auch so oder so ähnlich für alle älteren Menschen mit Behinderungen? Das Gelingen manifestiert sich in den personellen, räumlichen und materiellen Voraussetzungen und den sozialen Rahmenbedingungen. Über solche gelingenden Konstellationen wissen wir im Grunde noch viel zu wenig. Jedenfalls haben Michael Kolb und jüngst noch einmal Henning Allmer auf die diesbezüglichen Defizite in der deutschen Forschungslandschaft hingewiesen, wo der Sport für ältere Menschen nach wie vor ein marginales Dasein fristet.

Welche Effekte können mit welchen Interventionsmaßnahmen erzielt werden? Welche tragfähigen Empfehlungen lassen sich daraufhin an andere weitergeben? Wer solche Fragen zu beantworten vorgibt, der stellt auch Ansprüche an die Qualität von Sportangeboten für ältere Menschen - egal, ob man bestimmte Angebote zertifiziert, wie dies im Gesundheitssport hierzulande schon längst der Fall ist, oder ob man durch Ermittlung und Auszeichnung von sog. „Best-Practice-Modellen“ Gutes weiter bekannt macht und anderswo in Serie gehen lässt. Insofern ist der aktuelle Aufruf von Ute Blessing-Kapelke, der Referentin für Seniorensport im DOSB, nur zu unterstützen und längst überfällig: Sie sucht noch bis zum 15. November nachahmenswerte Vereinsbeispiele für attraktive Bewegungsangebote für Ältere und Hochbetagte, um sie in einer Broschüre zu bündeln und anderen schmackhaft zu machen. Qualitätsentwicklung ist im Grunde ohnehin als eine Daueraufgabe zu begreifen. Dem Ansehen und der Akzeptanz eines „besseren“ Sports für ältere Menschen könnte dies so oder so gut tun.

Auch unsere Tagung hier und heute ist ein Schritt in Richtung eines „besseren“ Sports für ältere Menschen mit Behinderungen. Eine komplette Zielerreichung „Sport für alle ... älteren Menschen“ wird dennoch wünschenswerte Utopie bleiben. Realistisch angehen sollten wir dagegen die Herausforderungen, die damit einhergehen.

Nur so können Realität und Utopie wenigstens Schritt für Schritt zusammenkommen ... und der Maßnahmenplan für Deutschland, den wir am Ende der Tagung verabschieden wollen, könnte ein wichtiger Wegweiser dabei sein.

2.4 Die Bedeutung von Bewegung und Sport für ältere Menschen

Prof. Dr. Heinz Mechling

Deutsche Sporthochschule Köln

Zunächst eine Vorbemerkung: Es ist wichtig zwischen allgemeiner Bewegung und Sport zu unterscheiden. Deshalb wird im Folgenden vielfach der Begriff der „körperlich-sportlichen Aktivität“ verwendet.

Die Tatsache, dass es relativ wenig Untersuchungen zu dem Thema bezogen auf ältere Menschen mit Behinderung gibt, lässt möglicherweise darauf schließen, dass es vielfach keine grundlegenden funktionalen Unterschiede zwischen Menschen mit oder ohne Behinderung gibt.

Ein Zitat zur Geschichte des Alterns soll unsere heutige Situation illustrieren: „Mit krachenden Beinen und triefender Nase, kahlköpfig, taub und blind schleppt sich der alte Mensch aus dem Mittelalter heraus und kriecht auf Krücken gestützt unter dem Spott der Jugend über die Schwelle der Neuzeit“ (nach Peter Borscheid).

Die Lebenserwartungen der Menschen sind gestiegen. Von der Bronzezeit bis 1900 war der Anstieg der Lebenserwartung des Menschen rund 27 Jahre. Alleine im 20. Jahrhundert bis heute ist sie um mehr als 40 Jahre gestiegen. 40 % aller Menschen, die jemals 50 Jahre alt geworden sind, leben heute.

Es stellt sich die Frage, ob körperlich-sportliche Aktivität überhaupt eine Bedeutung hat?

Alle Lebewesen, die denken können, bewegen sich. Die Gründe für eine körperliche Aktivität und Sporttreiben sind wie folgt im Rahmen einer Befragung angegeben worden:

Motive	Deutschland (%), n=1.159	EU (%), n=14.91
Gesund bleiben	49	42
Entspannen	24	30
Fit bleiben	34	30
Sich im Freien aufhalten	25	20
Menschen begegnen	13	14
Gewichtskontrolle	11	13
Spaß haben	7	10
Keine Teilnahme	7	11

Abb.1: Motive für die Teilnahme an körperlicher Aktivität und Sport Gewichtet nach Populationsgröße (Quelle: Zunft et al., 1999)

Zur Häufigkeit der sportlichen Betätigung: Ca. 67 % der 60-69Jährigen, ca. 80 % der 70-79Jährigen und über 90 % der älter als 79Jährigen treiben keinen Sport.

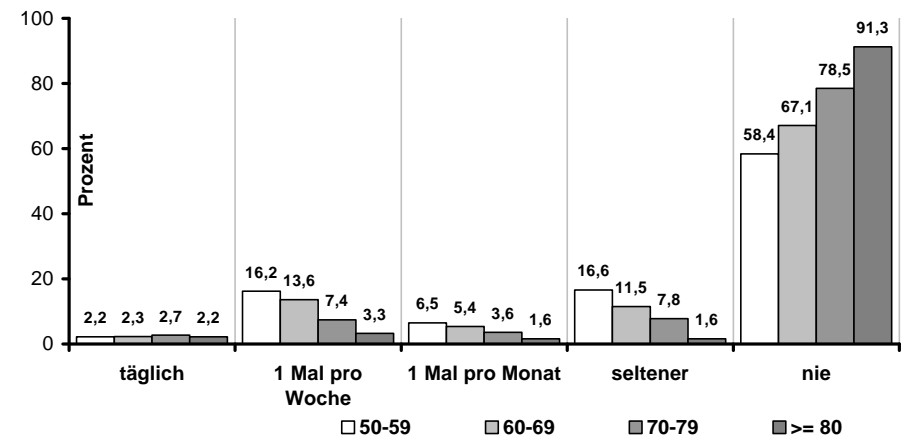


Abb.2: Häufigkeit der sportlichen Betätigung – nach Altersgruppe
Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, (SOEP), Berlin 1993
Analyse: Institut für Sportwissenschaft und Sport, Universität Bonn, H. Mechling

Eine Begründung hierfür liegt möglicherweise in folgenden zwei Mythen zum Altern. Der 1. Mythos lautet: „Altersbedingte Verände-

rungen sind unvermeidlich“. Der 2. Mythos lautet: „Ab einem bestimmten Alter ist es für Interventionen, für Training und Änderungen des Lebensstils zu spät“.

Ab wann hat körperlich-sportliche Aktivität im Leben eine Bedeutung?

Wenn sich trüchtige Mäusemütter viel bewegen, haben ihre Jungen später mehr Hirnsubstanz. Für Menschen liegen ähnliche Ergebnisse vor (Bick-Sander, A. et al. 2006, Proceed Nat. Acad. Of Science): Diese und andere Forschungsergebnisse zeigen, dass zwischen körperlicher Aktivität und Hirnfunktionen ein Zusammenhang besteht. Viel Bewegung der Mutter während der Schwangerschaft hat Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Die Bedeutung körperlich-sportlicher Aktivität bleibt darüber hinaus ein Leben lang bestehen.

Der Effekt physischer Aktivität kann von der Mutter auf die Nachkommen weitergegeben werden. Möglicherweise erhöht sportliche Aktivität die Produktion verschiedener Wachstumsfaktoren und Hormone, die die Entwicklung der Abkömmlinge beeinflussen (Bick-Sander, A. et al. 2006, Proceed. Nat. Acad. of Science)

Hört die Bedeutung körperlich-sportlicher Aktivität im Leben irgendwann auf?

Ein Beispiel aus Finnland belegt die Bedeutung und Wirkung bis ins hohe Alter: Die Universität von Lappland hat im Rahmen einer Studie einen Spielplatz für Ältere entwickelt. Ein Trainingsprogramm mit den Spielgeräten hat bei 40 älteren Menschen im Alter von 65 bis 81 Jahren signifikante Verbesserungen in ihrem Gleichgewicht, ihrer Geschwindigkeit und in ihren koordinativen Fähigkeiten sowie ihrer mentalen Gesundheit bewirkt.

Es kann aufgrund von Ergebnissen der Entwicklungspsychologie davon ausgegangen werden, dass die Entwicklungsmöglichkeiten nach der Jugend auch im Alter nicht aufhören. Neue Prozesse können zu jedem Zeitpunkt beginnen. Also können auch Menschen, die sich in ihrer Kindheit oder Jugend wenig bewegt haben, zu jeder Zeit mit körperlicher Aktivität beginnen und sollten es auch tun („Konzept der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“).

Die menschliche Entwicklung ist zu jedem Zeitpunkt der Lebensspanne durch Gewinne und Verluste gekennzeichnet. Darüber hinaus verändert sich im Lauf des Lebens das Verhältnis der Gewinne und Verluste zueinander – zu Ungunsten der Gewinne.

Biologie und Kultur sind die beiden *zentralen* Einflussgrößen auf die Entwicklung. Darüber hinaus ist der biokulturelle Ko-Konstruktivismus („Biocultural Co-Constructivism“), das wechselseitige Zusammenspiel und die reziproke Beeinflussung zwischen Gehirn und Kultur (Baltes 1990, 2003, Baltes et al. 2006) eine weitere zentrale Einflussgröße.

Wir dürfen nicht nur auf Verbesserungen der Gesundheit durch die Medizin bauen, sondern sollten im Sinne von Verhaltensänderungen zu handeln beginnen.

Faktoren, die die individuelle Lebenserwartung beeinflussen sind zu 50 % externe Faktoren, wie Medizin, Ernährung, Umwelt und Verhalten. Zu 25 % ist es die genetische Ausstattung (Apoliproteine und geringere Risiken) und zu weiteren 25 % sind es die ersten 30 Lebensjahre, d. h. die Versorgung, Infektionen, Gewohnheiten und das Verhalten (Vaupel, 1998).

Das Genom bestimmt die maximale Lebensspanne – Umweltfaktoren die durchschnittliche Lebenserwartung. Man kann davon ausgehen, „dass es bei uns Menschen kein einzelnes Gen des Lebens gibt“, so H. Höhn (2002, 41). Der „genetische Schalter“ ist also noch nicht erfunden, d. h. dass wir nach wie vor den „Funktions-schalter“ suchen und den „Verhaltensschalter“ bedienen müssen.

Was gibt es Neues zur Zielgruppe?

Die Bevölkerungspyramide steht Kopf. Die Bevölkerungsentwicklung bewegt sich in Deutschland in diese Richtung:



Die Zunahme der über 60jährigen wird seit Jahrzehnten prognostiziert. Dafür gibt es zwei Gründe: Der Geburtenrückgang – die Geburtenrate in Deutschland beträgt zurzeit 1,35 – und die erhöhte Lebenserwartung. Sie liegt heute bei Frauen bei 82 und bei Männern bei 74,6 Jahren. Frauen, die heute 60 Jahre alt sind, haben noch eine weitere Lebenserwartung von 24 Jahren und Männer noch weitere 21 Jahre (Statistisches Bundesamt 2005).

1964 gab es in Deutschland 265 Hundertjährige, im Jahre 2000 waren es bereits 7.200. Die Langlebigkeit steigt enorm, auch bei Menschen mit Behinderung. Im Jahre 2050 werden voraussichtlich 114.700 Menschen 100 Jahre alt sein.

Es gibt im Moment 8,4 Millionen Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung in Deutschland (54 % Männer, 46 % Frauen, nach dem Statistischen Bundesamt Mikrozensus 2004). Davon sind 6,7 Mill. schwer behindert und 1,7 Mill. leicht behindert. 72 % der Menschen mit Behinderungen sind über 55 Jahre alt.

Erfolgreiches Altern bedeutet für viele – rückblickend und aktuell betrachtet – einen inneren Zustand der Zufriedenheit und des Glücks (nach Havighurst 1963). Erleben und gebraucht werden, soziale Kontakte, Gesundheit und eine positive Verarbeitung von Lebensereignissen, die gesundheitliche Funktionsfähigkeit und Selbständigkeit soll beibehalten werden. Um dies zu erreichen, muss die

Bedeutung der körperlichen Aktivität anerkannt und berücksichtigt werden.

Die Funktionsfähigkeit ist nach Baltes (1989) ein weiterer Faktor, der sowohl den objektiven als auch den subjektiven Gesundheitszustand („sich gesund fühlen“) fördert. Filipp und Ferring (1989) ergänzen den Begriff des erfolgreichen Alterns mit der Erhaltung der Selbständigkeit bis ins hohe Alter.

Wird die Bedeutung der körperlich-sportlichen Aktivität ausreichend erkannt und berücksichtigt?

Zunächst zum Stand von Gesundheit und körperlicher Aktivität bei Kindern und Jugendlichen: 20 bis 30 % haben Übergewicht, zwischen 35 und 65 % haben Haltungsschwächen. Das gesundheitliche Wohlbefinden wird in der Jugend trotzdem von mehr als zwei Dritteln als „sehr gut“ oder „gut“ bezeichnet (nach Sygusch, Brehm & Ungerer-Röhrich 2003).

Bei den über 70jährigen liegen in hohem Maße Erkrankungen vor: Störungen des Fettstoffwechsels (76 %), Durchblutungsstörungen (72 %), Arteriosklerose (65 %), Herzinsuffizienz (56 %), Osteoarthritis, Rückenschmerzen (46 %), und Bluthochdruck (46 %).

Studien zeigen, dass sportliche Aktivitäten die Funktionsfähigkeiten des Körpers verbessern: Beeinflussbare Funktionsbereiche sind das Herz-Kreislauf-System und die Atmung durch Ausdauertraining, der Energiestoffwechsel durch Ausdauer- bzw. Kraftausdauertraining, die Muskulatur durch Krafttraining, das vegetative Nervensystem, das Immun- sowie das Hormonsystem durch Ausdauer- und Vielseitigkeitstraining. Morphologische Veränderungen lassen sich durch Ausdauer-, Kraftausdauer- und Vielseitigkeitstraining erzielen und die Kognition kann durch Wahrnehmungstraining, Koordinations- und Gleichgewichtsübungen positiv verändert werden.

Auch für das psychische Wohlbefinden spielt körperlich-sportliche Aktivität älterer Menschen eine große Rolle. Unmittelbar nach dem Sport fühlen sie sich merklich wohler. Die Dauer dieses Effektes ist jedoch noch unklar, allerdings werden sogar Angst und Depressionen vermindert. Die Verschlechterung der kognitiven Leistungs-

fähigkeit geht einher mit einer Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Morley 2004, S.24).

Ergebnisse aus vielen Untersuchungen belegen eindeutig, dass lebenslange Trainierbarkeit möglich ist und Leben verlängert.

Sportliche Aktivität und Gesundheit

Bei einer zusätzlichen körperlichen Aktivität mit einem Energieverbrauch von 150-300 kcal/Tag (3 bis 4 Stockwerke Treppensteigen oder 2 bis 4 km zu Fuß gehen) wird zum Beispiel das Infarktrisiko um 20 % gesenkt (Harvard Alumni Health Study). Joggen, Krafttraining, Rudern und schnelles Spaziergehen vermindert das Risiko der Verkalkung der Herzkranzgefäße (Tanasesku, M. et al. JAMA 2002, S. 1994). Des Weiteren senkt ein mittleres Gehtempo von ca. 4 km/h (entspricht 2,5 Stunden die Woche) das Risiko von Herz-Kreislauf-Krankheiten um ca. 25 % („Women’s Health Initiative“, Studie mit 70.000 Frauen, Manson et al., 2002, S. 716). Ein Rehabilitationstraining bei Herzpatienten (Infarkt und Bypass) verringert die Sterblichkeitsrate im Vergleich zu Patienten ohne körperliches Training um 25 bis 30 % (Cochrane Review 2003). Wenn sich die Belastungsfähigkeit auf dem Laufband- oder dem Fahrradergometer auch nur um 1 MET erhöht, geht dies mit einer Reduktion der Infarktrate um 14 % bei unter 65Jährigen und um 18 % bei Älteren einher (Myers et al. 2002, p. 799, Lee & Paffenbarger 2000, Jolliffe et al. 2003).

Sportliche Aktivität und Fitness im Alter

Die lebenslange Trainierbarkeit aller motorischer Fähigkeiten wurde empirisch bestätigt. Zum Beispiel belegte Fiatarone (1999) die Trainierbarkeit und deutliche Verbesserung der Maximalkraft bei 96Jährigen. Die Steigerung der maximalen Sauerstoffaufnahme-fähigkeit bei 60- bis 70Jährigen wies bereits Seals (1984) nach. Darüber hinaus wurde bereits eine Verbesserung der Haltungs-stabilität und des Gleichgewichts bei 60- bis 90Jährigen empirisch bestätigt (Hu & Woollacott 1994).

Welche Bereiche haben oder gewinnen besondere Bedeutung?

Bei fast allen Studien führt die sportliche Aktivität zu einer positiven Veränderungen der Befindlichkeit unmittelbar nach dem Sport-treiben. Wie lange dieser Effekt anhält, ist jedoch unklar. Es ist

allerdings ein Trend zur Verbesserung des Selbstkonzepts und der habituellen Befindlichkeit sowie zur Verminderung von Angst und Depression zu erkennen. Außerdem weist sportliche Aktivität eindeutig positive Wirkungen auf kognitive Funktionen auf.

Sportliche Aktivität und psychische Faktoren

Die Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit geht einher mit der Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Eine spektakuläre aktuelle Studie belegt, dass aerobe Fitness den Verlust von Hirngewebe reduziert (Colcombe, Erickson & Raz et al. 2003; Morley 2004, S. 24). Damit „konnte gezeigt werden, dass Belastungstraining die funktionellen Prozesse bei Demenzkranken verbessert“ (Robison et al. 2002).

Aerobes Training hat positive Effekte auf die Kognition: Auf die kortikale Kapillarisation, die Anzahl synaptischer Verbindungen und die Bildung neuer Neurone. Dies führt zur Verbesserung der Effizienz, der Plastizität und der Adaptabilität (nach Colcombe et al. 2004, Hollmann & Strüder 2003).

Eine Interventionsstudie nach Colcombe et al. (2004) mit cardio-vaskulärem Fitness-Training (CFT) mit einer Experimentalgruppe und einem allgemeinen Fitness-Training (AFT) mit einer Kontrollgruppe hat ergeben, dass CFT und CFT/AFT die größten Effekte auf die Entscheidungskontrolle haben. Stabile Effektstärken konnten ebenfalls für die Prozess-Kontroll-Aufgaben nachgewiesen werden. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass Vielseitigkeits-training stärkere Effekte hat als ausschließlich aerobes Training.

Kausalbeziehungen: Körperliche Aktivität – kognitive Leistungsfähigkeit

Direkt. Körperliches Training schützt durch eine verbesserte Sauerstoffversorgung und einen gesteigerten Transmittermetabolismus sowie durch die perzeptiven und kognitiven Herausforderungen bei Handlungsentscheidungen. *Indirekt* reduziert körperliches Training Risiken, welche die Kognition beeinträchtigen (Blutversorgung, Blutdruck, Diabetes etc.). Daraus ergeben sich folgende Schlussfolgerungen: Die neuronalen Aktivitätsmuster trainierender Älterer sind eher mit jüngeren Erwachsenen vergleichbar und „die biologische Uhr lässt sich etwas zurückdrehen“ (Colcombe et al. 2004).

Welche Perspektiven eröffnen sich für die körperlich-sportliche Aktivität?

Freie Spielplätze für Ältere (wie bereits beschrieben) wären eine Möglichkeit. Eine andere ist das Bewegungsangebot für Hochaltrige „fit für 100“. Es ist ein Modellprojekt unter meiner Leitung in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (NRW) der Landes-Seniorenvertretung NRW und dem Landessportbund NRW und beinhaltet ein Bewegungsangebot für Menschen im hohen Alter. Kräftigungsübungen, spezielle Angebote zur Koordinationsschulung sowie ein breites Spektrum an Alternativübungen sind Inhalte des Programms. Hier finden neuste Erkenntnisse aus den Bereichen Trainingswissenschaft, Sozialarbeit und gerontopsychiatrische Pflege Berücksichtigung.

Der Hintergrund ist folgender: Das „vierte Alter“, die Gruppe der über 80Jährigen, ist durch einen Rückgang der Muskelkraft (bis zu 20 % pro Jahrzehnt) und die Einschränkungen in den Alltagstätigkeiten gekennzeichnet. Für diese Gruppe gibt es ein nur sehr geringes Sport- und Bewegungsangebot, obwohl diese Gruppe die am schnellsten wachsende Altersgruppe in Deutschland ist! Dies sollte u.a. bei sozialpolitischen Entscheidungen berücksichtigt und zugrunde gelegt werden.

Die funktionellen Aktivitäten des täglichen Lebens haben sich durch dieses Programm bei den beteiligten Gruppen erheblich verbessert. Aus diesen Erkenntnissen werden weitere Gründe für körperlich-sportliche Aktivität bei älteren Menschen auch mit Behinderungen benannt:

- § Selbstbestätigung
- § Grenzen ausloten
- § Autonomie erhalten
- § Soziale Kontakte stärken.

Die Kostenseite lässt sich exemplarisch verdeutlichen:

Bei angenommenen jährlichen Kosten von 3000 € für eine Übungsgruppe amortisieren sich diese für die Pflegekasse bereits, wenn 5 Teilnehmer mit Pflegestufe I einen Monat länger ambulant anstatt

stationär versorgt werden als ohne Training (Differenz der Leistungen für Pflegestufe I stationär vs. ambulant: 639 €).

Viele positive Effekte sind mit einer einzigen Pille zu haben – diese enthält: Bewegung und Sport.

3 Workshops

Um die beiden Workshops in einem kleineren Rahmen abzuhalten, wurden sie jeweils zwei mal nacheinander und parallel zueinander durchgeführt, so dass jeder Tagungsbesucher die Möglichkeit hatte, bei jedem Workshop teilzunehmen. Nach einer kurzen Einleitung der beiden Workshops durch die Workshopleiter sind beide Diskussionen nacheinander dokumentiert.

3.1 Wie sieht die Nachfrage nach Bewegungs- und Sportangeboten in der Praxis aus?

Erika Schmidt-Gotz Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen

Einleitung

Für Menschen mit Behinderungen besteht ein Informationsdefizit bei der Suche nach Sportmöglichkeiten. Aus diesem Defizit ist die Idee und die Realisierung der Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen entstanden. Sie ist eine Institution des Senats von Berlin, des Deutschen Olympischen Sportbundes und der Freien Universität Berlin. Mein Name ist Erika Schmidt-Gotz, ich bin die Leiterin dieser Einrichtung.

Wir bieten folgende Serviceleistungen an mit abnehmender Häufigkeit in der Nachfrage:

- § Erfassung von praktischen Sportmöglichkeiten/-angeboten
- § Bereitstellung von Informationsmaterial wie z.B. Videos und Literatur
- § Adressenzusammenstellung von Institutionen, Organisationen und Experten
- § Erstellung von Veranstaltungskalendern

Die Datenbank umfasst folgende Bereiche:

- § Behinderten-Sportvereine und -verbände
- § Allgemeine Sportvereine und -verbände
- § Organisationen der Behindertenhilfe
- § Allgemeine Freizeitangebote
- § Eigene Recherche

Wie sieht die Nachfrage nach Sportangeboten in der Praxis aus?

Im DOSB (Deutscher Olympischer Sportbund) sind 24 % der männlichen Bevölkerung über 60 und 9,6 % der weiblichen Bevölkerung über 60 Jahre organisiert. Im Vergleich dazu sind im DBS (Deutscher Behindertensportverband) nur 3,9 % der Menschen mit anerkannter Behinderung über 60 Jahren organisiert, aber über 50 % der Mitglieder im DBS sind mindestens 60 Jahre alt! Dazu möchte ich zwei mögliche Gründe als Thesen anführen:

- § Ältere Menschen mit Behinderungen sind auch in Vereinen anderer Fachverbände als dem DBS organisiert, insbesondere wenn die Behinderung erst später erworben wurde und sie vorher bereits einem Verein angehörten.
- § Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter sind körperlich aktiv auch ohne in einem Verein des DOSB organisiert zu sein. Unterstützt wird diese These vom DOSB in ihrer Broschüre „Richtig fit ab 50“: Nur etwa 40 % der sporttreibenden Älteren nehmen Angebote von Sportvereinen wahr. Ein weiterer Beleg: Selbständig sportlich aktive Herzpatienten zeigten 6 Monate nach ihrer Anschlussheilbehandlung die höchste Zunahme ihrer Ergometer-Leistung.

Hemmende Bedingungen für sportliche Aktivitäten

Hemmende personale Bedingungen

Auf der physischen Ebene:

- ∪ subjektive Verschlechterung des gesundheitlich-funktionalen Status (z. B. Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer, Sehvermögen)
- ∪ Beschwerden
- ∪ Schmerzen
- ∪ Krankheit
- ∪ **Behinderung**

Auf der psychischen Ebene:

- ∪ negative Erfahrungen
- ∪ Inkompetenz-Annahmen
- ∪ fehlende Erwartung einer Bedürfnisbefriedigung durch BSpA
- ∪ defizitäre Kontrollwahrnehmungen

- ∪ konkurrierende Tätigkeiten
- ∪ Aufwand
- ∪ Trägheit/Bequemlichkeit
- ∪ volitionale Defizite
- ∪ mangelnde Selbstverpflichtung

Auf der psychophysischen Ebene:

- ∪ schnelle Ermüdbarkeit
- ∪ Angst vor Belastung, Überforderung und gesundheitlichem Schaden (z.B. Sturz, Verletzung, Herzinfarkt)

Hemmende Umweltbedingungen:

Auf der sozialen Ebene

- ∪ negatives Altersbild
- ∪ Normen und Rollenerwartungen
- ∪ ageism/Intoleranz
- ∪ fehlende adäquate role models
- ∪ fehlende (v. a. formelle) soziale Unterstützung
- ∪ soziale Benachteiligung

Auf der ökologischen Ebene:

- ∪ ungünstige Wohnort-/Transportbedingungen
- ∪ inadäquate Angebotslage
- ∪ Information/Aufklärung: Mangel an Impulsen

Auf der historisch-epochalen Ebene:

- ∪ historische Belastungen
- ∪ Bewegungsmangel fördernde epochale Trends (wie zum Beispiel die zunehmende Technisierung/Automatisierung)

Hemmende Verknüpfungsbedingungen

Auf der psycho-sozialen Ebene

- ∪ soziale Ängste (vor Kontakt, körperlicher Bloßstellung, vor Neuem, vor Versagen und Misserfolg)
- ∪ kritische Lebensereignisse
- ∪ Alltagsbelastungen

Auf der Lebensstil-Ebene:

- ∪ eine auf Bewegungs- und Sportaktivitäten bezogene Inaktivität als Lebensgewohnheit
- ∪ veränderungsresistente Alltagsheuristiken (Problemlösungsversuche) kontra Bewegungs- und Sportaktivitäten

Barrieren

Neben den hemmenden Bedingungen zu Bewegungs- und Sportaktivitäten gibt es weitere Barrieren. Ich möchte an dieser Stelle Georg Schick aus seiner Studie mit dem Thema „Heuristisches Modell der Bewegungs- und Sportaktivitäten in den subjektiven Gesundheitstheorien Älterer“ von 2005 zitieren:

„Die weitverbreitet und international dokumentierte fehlende Kooperationsbereitschaft von Ärzten stellt die gravierendste Zuwendungs- und Ausübungsbarriere für Ältere dar“ (Schick, G. 2005, S.121).

In seiner Studie weist Schick auch auf das Informations- und Aufklärungsdefizit hin. Häufig ergibt es sich nur durch Zufall, dass Ältere zum Sport finden.

Schlussfolgerung

Die äußeren Rahmenbedingungen sind primär für das sportlich orientierte Verhalten älterer Menschen verantwortlich. „Die externalen Einflüsse erweisen sich bei der überwiegenden Mehrheit der Älteren in Bezug auf die Zuwendung zur Ausübung von Bewegungs- und Sportaktivitäten als entscheidende Voraussetzung und Basis für internale, Bewegungs- und Sportaktivitäten verankernde Prozesse“ (Schick, G. 2005, S. 297).

Diskussion 1

Ein Teilnehmer kritisiert das Fazit. Er berichtet von gegensätzlichen Erfahrungen: Er arbeitet in einer Einrichtung mit 1.700 Älteren, von denen viele auf Anraten ihres Arztes bei ihm mit Bewegungs- und Sportangeboten beginnen.

Ein anderer Teilnehmer fragt, inwiefern die Fortschritte der Medienberichterstattung im Rahmen der Paralympics positiven Einfluss auf das Problemfeld haben. Herr Wiesel (DBS) antwortet: Es gibt keine klaren Erkenntnisse darüber. Der DBS bemüht sich, Informationen über nationale Sportereignisse und regionale Veranstaltungen und Meisterschaften zu verbreiten, um neues Interesse zu entwickeln. Ein anderer Teilnehmer fügt hinzu, dass viele von ihren Krankenkassen auf die sportliche Aktivität aufmerksam gemacht werden. Dies sollte seiner Meinung nach von *allen* Krankenkassen aufgegriffen werden.

Eine Frage eines Teilnehmers: Wie soll man mehr Menschen zum Sport motivieren? Jemand aus dem Publikum antwortet, dass die Betroffenen seiner Meinung nach am besten über ihre Freunde und Verwandte erreicht werden. Wenn sie ihnen den Sport nahelegen, beginnen sie am ehesten damit. Ein anderer Teilnehmer fügt hinzu: Es muss auch mehr in den Medien davon berichtet werden. Das Thema muss der Allgemeinheit nahegebracht werden – als Vehikel.

Ein weiterer Teilnehmer merkt an, dass derzeit über Möglichkeiten diskutiert wird, die ältere behinderte Menschen zum Sporttreiben motivieren sollen.

Ein Teilnehmer greift einen weiteren Problempunkt auf: Zu den Vereinen gibt es auch konkurrierende Dienstleister. Sie besitzen formal die Rechtsform eines Vereins, um über die Krankenkassen abrechnen zu können, gehören aber eigentlich direkt zu medizinischen Einrichtungen. Wenn also Sport ärztlich verordnet wird, nehmen die Menschen regelmäßig daran teil. Sie empfinden Verbesserungen. Wenn die Kurse beendet sind, werden leider meist keine weiteren Kurse verordnet und somit fehlt den Teilnehmern ein weiteres, kontinuierliches Bewegungsangebot, da sie selten in ein anderes Angebot einsteigen können. Es sollte dringend dafür gesorgt werden, dass diese Menschen weiterhin sportlich aktiv bleiben.

Prof. Kuhlmann betont daraufhin, dass der Sport an die Menschen herangetragen werden muss. Dr. Worms fügt hinzu, dass man sich

respektive der Zielgruppe nicht so festlegen sollte. Junge wie Alte sollten zum Sport gewonnen werden.

Folgende gute Beispiele werden vom Publikum berichtet: 1. Eine Busausflugsfahrt wurde zu sportlichen Zwischenaktivitäten genutzt. Die Ausflügler waren begeistert. 2. Da ältere Männer im Vergleich zu Frauen weniger sportlich präsent sind, hat eine Gruppe von Frauen, deren Männer regelmäßig Skat spielen, ihre Männer aufgefordert Sport zu machen, anstatt Skat zu spielen. Es hat funktioniert!

Ein weiterer Vorschlag aus dem Publikum: Regionale Broschüren sollten erstellt und neue Sportideen ausprobiert werden. Ehrenamtliche könnten Informationen von Sportangeboten übermitteln; wie zum Beispiel Gratulanten. Sie könnten über die Kommunen oder Gemeinden Geburtstagsglückwünsche übermitteln. Ein weiteres Vehikel ist die Mund-zu-Mund-Propaganda. Da entschliesst sich schnell mal ein Freund oder Bekannter auch zum Sport mitzugehen.

Frau De Vito-Egerland berichtet von ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit, in der sie 80-Jährige und Ältere zu Hause besucht und ihnen zu ihren Geburtstagen gratuliert. Viele alte Menschen leben isoliert, haben keinen Kontakt nach außen. Auf diese Menschen sollte man aktiv zugehen.

Eine Teilnehmerin vom BSG Wagenburg berichtet, dass ihr Verein ungewöhnlich gross ist. Sie begründet dies durch den sozialen Aspekt, der für diesen Verein besonders wichtig ist. Es wird viel für die Mitglieder organisiert, zum Beispiel ein sehr gut funktionierender Fahrdienst. Diese Rahmenbedingungen sind sehr wichtig für eine Motivation zur regelmäßigen Teilnahme an sportlichen Aktivitäten und kann als gutes Beispiel für andere Vereine oder Einrichtungen dienen.

Diskussion 2

Ein Teilnehmer bestätigt aus seinen Erfahrungen, dass neben dem Transportproblem die dauerhafte Aktivierung der Teilnehmer sehr schwierig ist. Er fügt hinzu, dass die Verordnungen von Rehasport häufig den Antrieb darstellen. Nach der Verordnung, vielleicht auch

nach einer Folgeverordnung hören viele auf. Ihnen fehlt der eigene Antrieb, aktiv zu bleiben.

Ein anderer Teilnehmer kritisiert das Informationsdefizit der Ärzte. Sie raten ihren Patienten vielfach von der körperlichen Aktivität ab.

Weiterhin wird aus dem Publikum beanstandet, dass Rehabilitationssport in keinerlei Verbindung zum Heilmittelbudget steht, d.h. dass kein Budget für das Verschreiben bzw. „Nicht-verschreiben“ von körperlicher Bewegung vorhanden ist.

Jemand aus dem Publikum wirft die Frage auf, wem eigentlich Rehabilitationssport zusteht? Den Menschen mit einer Behinderung oder denen mit einer drohenden Behinderung? Und welche Sportangebote fallen eigentlich unter Rehasport? Sind die auch für psychisch Kranke geeignet? Das Publikum zählt daraufhin gemeinsam Sportarten auf, die unter Rehasport zu verstehen sind: Gymnastik, Schwimmen, Bewegungsspiele, Leichtathletik sowie allgemeines Funktionstraining (orthopädische Ausrichtung).

Es wird darauf hingewiesen, dass Vereine diese Bewegungsangebote offerieren. Die Angebote müssen nur als Reha-Sportgruppe ausgewiesen sein und eine ausgebildete Fachkraft als Übungsleiter haben.

Ein Teilnehmer berichtet aus seinem Verein, dass die Nachfrage enorm groß ist und weist daraufhin, dass die im Rehasport Aktiven nicht Vereinsmitglieder werden müssen.

3.2 Bewegung und Sport als Inhalte der Ausbildung

Dr. Kirsten Fath

Johannes-Anstalten Mosbach

Einleitung

Mein Name ist Kirsten Fath und ich bin Dozentin an der Fachschule für Sozialwesen der Johannes-Anstalten Mosbach.

Die Johannes-Anstalten Mosbach sind die größte Behinderteneinrichtung in Baden Württemberg mit 3.000 Heimplätzen und weiteren 3.000 Betreuungsplätzen mit der Einbindung von Wohnen, Beschäftigung, Gesundheit und Bildung.

Folgende Ausbildungen bieten wir an:

- § Heilerziehungspflege
- § Heilerziehungshilfe
- § Sonderpädagogische Zusatzqualifikation „Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen (gFAB)“
- § Mentorenqualifikation
- § Fachübungsleiter für „Sport mit Menschen mit geistiger Behinderung – (R06)“

Für das Berufsbild „Heilerziehungspfleger“ ist eine Doppelqualifikation im sozialpflegerischen und sozialpädagogischen Bereich erforderlich. Hier stehen Menschen mit Behinderungen im Mittelpunkt. Unter Beachtung der Persönlichkeit und der Selbstbestimmung eines jeden Menschen übernimmt der Heilerziehungspfleger selbstständig und eigenverantwortlich folgende Aufgaben:

- § Assistenz (Beratung, Begleitung, Pflege, Versorgung)
- § Bildung und Erziehung
- § Alltagsmanagement

Die Ausbildung umfasst 3 Jahre mit 2.000 Stunden Unterricht und 1.600 Stunden fachpraktischer Ausbildung (eine Woche Schule – zwei- bis dreiwöchiger Einsatz in der Praxisstelle).

Der Fächerkanon besteht aus:

- § Heilerziehungspflegerische Theorie (670 Stunden)

(Pädagogik, Psychologie/Soziologie, Didaktik und Praxis, Dokumentation)

- § Pflegerischer und medizinischer Lernbereich (490 Stunden) (Gesundheits- und Krankheitslehre, Pflege, Psychiatrie und Neurologie, Hauswirtschaft)
- § Musisch-pädagogischer Lernbereich (450 Stunden) (Spiel, Sport- und Motopädagogik, Werken/bildhaftes Gestalten, Musik, Rhythmik)
- § Organisation, Recht und Verwaltung (170 Stunden) (Rechts- und Berufskunde, Betriebswirtschaft, EDV)

Im Bereich Sport-Motopädagogik werden den Schülern theoretische Grundlagen und praktische Beispiele vermittelt, damit sie später Sport- und Bewegungsangebote unter sonderpädagogischen Aspekten durchführen können.

Schwerpunktt Themen der Ausbildung sind:

- § Didaktik und Methodik des Behindertensports
- § Psychomotorik
- § Trainingslehre
- § Gymnastik – Tanz
- § Schwimmen
- § Sportspiele – Bewegungsspiele
- § Körpererfahrung – Entspannung

Unterrichtsformen sind:

- § 90 Stunden Fächerunterricht Sport-/Motopädagogik
- § 24 Stunden Seminar „Die Bedeutung von Bewegung für Menschen mit sehr schweren Behinderungen“
- § 48 Stunden Projektwoche mit Menschen mit Behinderungen zu ausgewählten sportpädagogischen Themen wie „Sport, Spiel und Bewegung für Menschen im höheren Lebensalter“ und „Bewegungstherapie bei Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten“
- § 36 Stunden Seminar „Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter“ (Medizin, Pädagogik, Sport-/Spielpädagogik)
- § 24 Stunden Prüfungsseminar Fachübungsleiter für „Sport mit Menschen mit geistiger Behinderung – (R06)“

Betrachtet man die Studentafel von Altenpflegeschulen in Baden-Württemberg, so sieht man, dass sich das Thema „Bewegung“ in verschiedenen Bereichen findet:

- § im Schwerpunkt „Aktivierung und Rehabilitation“ (240 Stunden),
- § in den Lernbereichen „Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege“ sowie „Unterstützung bei der Lebensgestaltung“,
- § in den Fachgebieten: Bewegung und Tanz, Musik, Gestalten und Werken sowie Spiele.
- § als Inhalte von Bewegung und Tanz in Form von: Seniorengymnastik, Bewegungsspiele, Seniorentanz, Tanzspiele, themenorientierte Aktivierungsangebote, eigene Körpererfahrung, Bedeutung der Bewegung, Angebote für bettlägerige Menschen.

Zur Diskussion bieten sich nun folgende Fragestellungen an:

- § Welche Inhalte sollen vermittelt werden? (Wie und in welchem Umfang?)
- § In welchen Ausbildungen?
- § Begründung für die Aufnahme des Themas „Bewegung und Sport für Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter“ in die jeweiligen Curricula
- § Wie sollen die Vorschläge konkret umgesetzt werden?

Inhaltliche Vorschläge für die Ausbildung:

- § Konzepte des Alterns – Optimistisches Gesamtkonzept des Alterns
- § Spezielle Krankheitsbilder
- § Didaktik und Methodik des Sports mit Menschen im höheren Lebensalter
- § Konzepte für Ausbildungsgänge in der Heilerziehungspflege/ Heilpädagogik, Altenpflege, Sportpädagogik/ Sportwissenschaft, Sonderpädagogik/Rehabilitationspädagogik, Gesundheitswesen, Medizin

Diskussion 1

Herr Wiesel stellt die Frage in den Raum, inwiefern in der Ausbildung der Weg der Professionalisierung oder der Laienausbildung (Übungsleiter) sinnvoll ist. Im Rahmen einer sich anschließenden Diskussion wird von einigen Teilnehmern der Standpunkt vertreten, dass eine Zusatzqualifikation, eingebunden in schon bestehende Ausbildungsgänge oder Fortbildungen, ausreichen würde. Andere befürworteten eine ausgeprägte sportwissenschaftlich orientierte Professionalisierung. Die Zielgruppe würde Kontinuität und Professionalität erwarten. Am besten hätten die Trainer einen Dokortitel, der würde dann mit dem Arzt assoziiert, der sie zum Sport geschickt hat. Herr Wiesel stellt dem gegenüber, dass Fachübungsleiter flächendeckend die beste Lösung sind. Das ehrenamtliche Engagement ist seiner Meinung nach für die Verbreitung besonders wichtig. Am Ende der Diskussion wird deutlich, dass beides sinnvoll sein kann. Je nach Einsatzbereich und Anforderungen wird es Bedarf nach hoch qualifizierten Therapeuten mit wissenschaftlichem Hintergrund oder nach Fachübungsleitern geben.

Ein Teilnehmer schlägt vor, dass innerhalb der Ausbildung der Bereich der geistigen Behinderung einen besonderen Stellenwert haben sollte – nicht nur inhaltlich sondern auch bei der Betrachtung der Rahmenbedingungen. Viele stationär Untergebrachte sind nicht mehr mobil. Man fragt sich, wie man die Menschen zum Sport bewegen kann. Ein anderer Teilnehmer fügt hinzu, dass dies ein generelles Problem ist. In sämtlichen Pflegeeinrichtungen sind nicht die entsprechenden Rahmenbedingungen vorhanden.

Weiterhin wird angemerkt, dass die Anforderungspalette an die Leiter der Bewegungsgruppen sehr breit ist. Teilweise muss zum Beispiel ein Arzt anwesend sein.

In Österreich trainieren Behinderte häufig gemeinsam mit Nicht-Behinderten, so eine Teilnehmerin. Das ergab sich ursprünglich, weil hier nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden konnte. Dieses Konzept ist sehr erfolgreich! Frau Dr. Fath stellt die Frage, warum dieses Verfahren nicht auch in Deutschland angewendet wird. Herr Wiesel weist darauf hin, dass dies bereits im (Hoch-) Leistungssport praktiziert wird. Hier trainieren Behinderte und Nicht-

Behinderte gemeinsam. Im Verein ist es seiner Ansicht nach häufig nicht so einfach umzusetzen, da viele Übungsleiter dies aufgrund möglicher Risiken ablehnen. Dr. Fath fügt hinzu, dass es manchmal schon ausreichen würde, wenn die Behinderten eine Betreuungsperson zum Sport mitnehmen würden. Ausserdem ist ihrer Ansicht nach hier Aufklärungsarbeit nötig.

Als „Zugpferd“, so eine Teilnehmerin, sollte auch Leistungssport im Behindertensport angeboten werden. Ein anderer entgegnet, dass die Hemmschwelle häufig groß ist, Breitensportler mit Leistungssportlern zusammenzubringen.

Diskussion 2

Frau Dr. Fath berichtet von Beispielen aus der Praxis, die auch in ihrer Veröffentlichung "Verhaltensauffälligkeiten und Bewegungstherapie bei Menschen mit sehr schweren Behinderungen" zusammengefasst dargestellt sind.

Ein Teilnehmer merkt an, dass viele Ärzte die Verordnungsmöglichkeiten nicht kennen. Es sei ein eklatantes Wissensdefizit vorhanden. Viele wissen nicht, dass es eine Verordnung für Rehabilitationssport gibt!

Ein anderer Teilnehmer fordert, dass die Übungsleiter in die Pflegeheime gehen sollen, um mit den Bewohnern körperliche Bewegung durchzuführen. Außerdem sollte seiner Meinung nach Grundlagenwissen über Sport mit Menschen mit Behinderungen in der Grundausbildung zum Übungsleiter vermittelt werden. Darüber hinaus, so ein anderer, sollte eine Zusatzzertifizierung von Sport in Alten- und Pflegeheimen konzipiert und angeboten werden. Das Ehrenamt sollte hier eine besondere Rolle spielen.

4. Präsentation von Praxisbeispielen

4.1 Sport im höheren Lebensalter...und Behinderung?!

Dr. Lutz Worms

Bodelschwinghsche Anstalten Bethel

Seit 26 Jahren bin ich Sportarzt in Bethel. Im Jahre 1989 habe ich den Langzeitbereich Sporttherapie für Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung übernommen. Seit 2005 bin ich Mitglied im Präsidium des DBS. Außerdem bin ich in dem Bereich „Kirche und Sport“ aktiv.

Es folgt die Anregung zur gemeinsamen Durchführung eines Bewegungskonzepts.

Ohne Grenzen miteinander Sport treiben – geht das denn noch mit 75 und was bringt das? Krafttraining im Rollstuhl? Gleichgewichtstraining bei angeborener Hemiparese? Gedächtnistraining bei geistiger Behinderung? Fahrradergometer bei schwerer psychischer Erkrankung? Tanz gemeinsam mit jungen Menschen?

Länger leben durch Prävention wird derzeit ganz groß geschrieben. In der Regel wird dies älteren Menschen mit Behinderung jedoch nicht zugesprochen. Die Praxis hingegen überzeugt vom Gegenteil und wird durch folgendes Zitat bestärkt:

„Der sicherste Weg zur Gesundheit ist es, jedem Menschen möglichst genau die erforderliche Dosis an Nahrung und Belastung zu verordnen – nicht zu viel und nicht zu wenig (Hippokrates, 460 – 377 v.Chr.).“

Auch Menschen mit Behinderungen werden immer älter. Jeder Mensch kann bis ins hohe Alter trainieren, lernen und leisten. Das Gehirn ist auch im Alter noch jung und plastisch, und die Lust an der Bewegung steckt in jedem Menschen und kann zu jeder Zeit geweckt werden. Je fitter die Menschen - auch mit Behinderung -, desto weniger Hilfe benötigen sie. Dies steigert wiederum die Lebensqualität, nicht nur individuell sondern auch gesellschaftlich. Also: Bewegung bedeutet Lebensqualität!

Entsprechend den Zahlen des statistischen Bundesamtes weisen 6,7 Millionen Menschen einen Behinderungsgrad von über 50 % auf. 53 % von ihnen sind älter als 65 Jahre und 21 % sind zwischen 55 und 65 Jahre alt. Beim Bundesdurchschnitt fällt auf, dass 20,2 Millionen älter sind als 60 Jahre. 20,2 % von ihnen sind 60 und älter und 4,3 % sind älter als 80 Jahre. Und die Steigerungsrate ist überproportional!

Im Deutschen Behindertensportverband sind mehr als 350.000 Menschen in mehr als 3500 Vereinen aktiv. 50 % von ihnen sind älter als 60 und 25 % sind älter als 40. Außerdem gibt es immer mehr Menschen mit schweren Behinderungen.

Und nun einige Eckdaten zu Bethel. 20.000 Menschen mit Behinderungen werden in 200 Einrichtungen von Düsseldorf bis Berlin durch etwa 14.000 Mitarbeitende betreut. Der Behinderungsgrad beträgt überwiegend 100 %. Schwere Mehrfachbehinderungen sind im stationären Bereich prägend, im Bereich der Behindertenhilfe sind 40 % der Bewohnerinnen und Bewohner älter als 65!

Warum gehören Körper, Geist und Seele zusammen? Anhand eines Pianisten möchte ich dies verdeutlichen: Bei ihm sind die Informationsverarbeitung im Gehirn, die Automatisierung von Hand- und Fingerbewegungen und die emotionale Komponente in einem ständigen Austausch. Es ist ein ständiger Lernprozess, der durch den Aspekt der Kreativität erleichtert wird. Kreativität ist also der Schlüssel!

Sport und Bewegung im Alltag behinderter Menschen (im hohen Lebensalter) haben positive psychische, physische und soziale Effekte im gesamten Lebenskontext, verursachen einen erhöhten Endorphinausschuss und steigern das Selbstbewusstsein. Darüber hinaus wirkt Sport präventiv gegen Stürze, Pneumonie, Infekte, Osteoporose und Arteriosklerose und bewirkt eine bessere Fitness, eine höhere Arbeitsbelastbarkeit, mehr Selbständigkeit im Alltag (s. a. SIMA-Studie), eine bessere Tonusregulierung und trägt zum inneren Gleichgewicht bei.

„Also lautet der Beschluss, dass der Mensch was lernen muss!“ (Wilhelm Busch in Max und Moritz, im Jahre 1865).

Erklärungsmodelle der Neurophysiologie haben bis ins hohe Alter Gültigkeit - auch bei Menschen mit Behinderungen. Negative Faktoren hemmen, stören und erschweren das Lernen. Lernen geht nur mit Lust, negative Assoziationen stören – ein Leben lang! Deshalb sollten immer Überforderungen oder falsche Anforderungen und negative Assoziationen vermieden werden.

„Nicht die behinderten Menschen müssen unsere Sprache lernen, wir müssen ihre Sprache lernen.“ (Friedrich von Bodelschwingh bei der Eröffnung des Hauses Patmos)

Es gibt verschiedene Lerntypen. Anhand des Beispiels des Erlernens der Formel zur Berechnung des Rauminhaltes einer Kugel werden sechs verschiedene Lerntypen unterschieden:

§ Der auditive Typ

Er kann sich die Formel „Radius hoch drei und mit $\frac{4}{3} \pi$ multiplizieren“ durch bloßes Hören merken.

§ Der Einsicht anstrebenden Typ

Er benötigt unbedingt den Beweis; vor allem stört ihn die Zahl $\frac{4}{3}$ oder π . Bekommt er den Beweis nicht, hat dieser Typus immer Schwierigkeiten, sich die Formel zu merken.

§ Der visuelle Typ

Er muss ein Bild vor sich haben, also in diesem Fall eine Schemazeichnung der Kugel mit den entsprechenden Maßen.

§ Der kontakt- bzw. personenorientierte Typ

Er benötigt „seinen Lehrer“. Von einem unsympathischen Lehrer nimmt er keine Erklärungen an.

§ Der abstrakt - verbal denkende Typ

Ihm genügt die Formel $\frac{4}{3} \pi \times r^3$

§ Der Medium orientierte Typ

Er entwickelt die Formel lieber selbständig am Computer.

Neben den wissenschaftlichen Aspekten stehen bei unserer Arbeit in Bethel die menschlichen Komponenten im Mittelpunkt : Den Menschen mit Ruhe so annehmen, wie er ist, mit allen seinen Stimmungen und seiner Körpersprache. Es gilt aber auch, Potentiale wachzurufen, die Motivation zu wecken und Bildung und Forschung zu fördern. Dabei sollen besondere Spezifika und Gender Mainstreaming beachtet werden und das Qualitätsmanagement gesichert werden. Leitworte unserer Arbeit sind „Vertrauen“, „Freude“, „Konzentration“, „Wir“, „Eigenwahrnehmung“, „Ich kann“ und „Zusammen“.

Einige unserer Projekte in Bethel:

§ Sturzprävention (Beginn 2005)

§ Bewegung schafft Handlungsspielräume – Älter werden mit Behinderung (Beginn 2000)

§ Bewegungsimpulse im Alltagskontext (Beginn 2000)

§ Aktivierende Pflege (Beginn 2001)

§ Ergometertraining und psychische Erkrankungen (2002 - 2004)

§ Klettern und Epilepsie (Beginn 2001)

§ Judo und Epilepsie (Beginn 1994)

§ Ausbildung und Begleitung der Mitarbeitenden

Wohnen - Arbeit – Freizeit gehören in Bethel zusammen. Das Verhältnis zwischen Bewohnern und Mitarbeitern nimmt einen zentralen Raum ein. Motivation, Einstellungen und Verhalten sind bei Bewohnern und Mitarbeitern gleichermaßen wichtig. Gesundheitsförderung durch Bewegung gilt für Mitarbeiter und Bewohner – für jung und alt. Bei Mitarbeitern bedeutet dies: Fortbildung und Beratung, Qualitätsentwicklung und Prävention durch eine betriebliche Gesundheitsförderung. Bei unseren Bewohnern bedeutet dies Fortbildung und Umsetzung neuer Konzepte sowie die Angebotserweiterung und Nachhaltigkeit durch die Organisationsentwicklung.

Kommen wir zu unseren Eingangsfragen zurück: Krafttraining im Rollstuhl geht auch noch mit 75! Genau wie Gleichgewichtstraining bei angeborener Hemiparese, Gedächtnistraining bei geistiger Behinderung, Fahrradergometertraining bei schwerer psychischer Erkran-

kung sowie auch Tanz und Rhythmus gemeinsam mit jungen Menschen. Und es bringt auch was!

Zum Abschluss wird noch einmal der Bewegungsanion vom Beginn durchgeführt sowie ein kurzer Film über die Arbeit in Bethel gezeigt.

4.2 Bewegung und Sport – Integraler Bestandteil der Angebote der Fürst Donnersmarck-Stiftung

Michael Klopp, Michael Schmidt

Fürst Donnersmarck-Stiftung

Zunächst möchten wir etwas zur Historie der Fürst Donnersmarck-Stiftung erzählen.

Der Gründer Guido Graf Henckel Fürst von Donnersmarck (1830 - 1916) war ein vielseitig begabter und interessierter Unternehmer in der Montageindustrie und Immobilienentwicklung. Im Jahre 1916 errichtete der Fürst die Stiftung und das Fürst Donnersmarck-Institut, eine größere Einrichtung zum Zwecke wissenschaftlicher Verarbeitung und therapeutischer Verwertung der besonders im ersten Weltkrieg gesammelten Erfahrungen. Die Stiftung wurde mit 250 Hektar Land in Berlin Frohnau und 4 Millionen Goldmark ausgestattet.

Die heutige Stiftung ist in drei Bereichen tätig:

- § Rehabilitation, Wohnen, Assistenz, Pflege
- § Freizeit, Bildung, Beratung
- § Reisen, Touristik, Gästehäuser

Sie hat folgende Tochtergesellschaften:

- § Haus Rheinsberg gGmbH
- § Servicegesellschaft am Grienericksee
- § FDS Gewerbebetriebsgesellschaft

Sowie folgende Beteiligungen:

- § Nordbahn GmbH
- § BWB gGmbH

Die Stiftung hat über 500 Mitarbeiter im Rehabilitationsbereich und verfügt über ein Kapital von ca. 115 Mio. €

Ein Beispiel für das Dienstleistungsangebot der Stiftung ist das Reisebüro. Hier bieten wir Reisen für Menschen mit Behinderungen an – auch mit sportlicher Ausrichtung. Workshops Rollstuhltanz,

Radreisen für behinderte Jugendliche und Tauchen für Behinderte sind nur einige Beispiele unseres Angebotes.

Ein umfangreiches Sport- und Bewegungsprogramm gehört auch zum Service unserer Häuser Rheinsberg, Bad Bevensen und der Villa in Berlin. Hier gelten hohe ästhetische Ansprüche bei größtmöglicher Funktionalität unter Einhaltung der DIN-Normen.

Unser Haus in Rheinsberg hat eine erstklassige Lage – es liegt ca. 450 m entfernt vom Schloss und vom Schlosspark, vom Theater und von der Stadt. Das Hotel hat einen eigenen Bootssteg, ein Apartmenthaus, eine eigene Arztpraxis, ein Café mit Biergarten sowie eine Physiotherapie im restaurierten Warmbad. Darüber hinaus verfügt es über eine Sport- und Kongresshalle, die besonders für Behindertensport geeignet ist und eine Tribüne und eine berollbare Bühne hat. Zurzeit finden hier Bewegungsangebote für MS-Betroffene statt, sowie Rollstuhl-Rugby, Bogenschießen, Rollstuhltanz, Qigong, verschiedene Entspannungskurse und Boccia. Neben einem Billardtisch, der speziell für Rollstuhlfahrer geeignet ist, bietet das Haus Rheinsberg auch einen barrierefreies Schwimmbad für Wasserspiele, Wassergymnastik und Schwimmen einschließlich einer rollstuhlgerechten Sauna. Eine weitere Rarität ist die mit einer Kugelablaufampen versehene Kegelbahnanlage, die besonders für Rollstuhlfahrer geeignet ist. Handbike- und Fahrradtouren wie auch Kanufahrten (möglich durch einen Einstiegslift) erweitern das Programm. Außerdem finden hier Theater- und Videovorführungen, Kongresse und Bankette statt.

Das Gästehaus Bad Bevensen wurde im Jahre 1972 erbaut und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt und erneuert. Es hat 43 behindertengerechte Einzel- und 32 Doppelzimmer und bietet seinen Gästen regelmäßige Kultur- und Freizeitangebote, wie zum Beispiel Ausflüge, Tanzabende, Gymnastikkurse und Entspannungstraining. Darüber hinaus hat unser Haus eine eigene Physiotherapiepraxis.

Neben dem ausgedehnten Wander- und Radwandernetz in der direkten Umgebung hat das Gästehaus seit September 2005 auch einen barrierefreien Rundwanderweg im anliegenden Waldgelände.

Der Weg wurde den Möglichkeiten und Bedürfnissen der Gäste angepasst. Hier bieten wir auch Programme: von einem Waldkaffee über eine kulinarische Runde und eine Baumpflanzaktion ist für jeden etwas dabei.

Die Jod-Sole-Therme im Kurzentrum der Stadt wird häufig und gern von unseren Besuchern genutzt. Unser Haus bietet übrigens einen Shuttle-Service zur Therme an, die weitgehend barrierefrei zugänglich ist und besonders für Menschen mit Erkrankungen am Bewegungs- und Gelenkapparat geeignet ist.

Derzeit planen wir den Anbau eines Vitalzentrums an unser Gästehaus. Es soll eine Sauna, ein Sanarium, ein Dampfbad, einen Entspannungsraum, eine Sonnenwiese, einen Gymnastikraum, eine Tischtennisplatte und eine Physiotherapiepraxis beinhalten. Darüber hinaus planen wir drei neue Seminar- und Gruppenräume, die auch bessere Voraussetzungen für Tagungen bieten. Es ist hier derzeit etwas improvisiert, wir hoffen, es gefällt Ihnen trotzdem bei uns.

5. Diskussion eines Maßnahmenplanes für Deutschland

Frau Prof. Gudrun Doll-Tepper leitet die Diskussion ein und regt an, Gruppen zu bilden. Es werden fünf Gruppen gebildet, in denen Maßnahmen erarbeitet und auf Flip-Charts festgehalten werden. In einer sich anschließenden Diskussionsrunde aller Teilnehmer werden die Gruppenergebnisse in einem Maßnahmenkatalog zusammengestellt:

- § Das Bewusstsein für körperliche Bewegung und Sport soll auf den drei Ebenen Politik, Bevölkerung und Ärzteschaft gestärkt werden. Die Bewusstseinsänderung bei der Bevölkerung ist auch deshalb wichtig, weil sie Auswirkungen auf die Politik hat.
- § Die Zielgruppe der älteren Menschen identifiziert sich in der Regel nicht mit ihrer Behinderung und hat deshalb vielfach eine Hemmschwelle davor, Behindertensportangebote zu nutzen. Es soll aktive Aufklärungs- bzw. Überzeugungsarbeit geleistet werden.
- § Für das Management von Einrichtungen, die mit älteren Menschen (mit Behinderungen) arbeiten, sollten Fortbildungen im Bereich Bewegung und Sport angeboten werden.
- § Die Kommunikation innerhalb dieses Tätigkeitsfeld sollte intensiviert werden, Netzwerke müssen geschaffen werden.
- § Es müssen Wege zur Finanzierung von Bewegungsaktivitäten geschaffen werden.
- § Gesetzesänderungen sollten erwirkt werden. Dafür müssen die Studien bei den entsprechenden Gremien, Ausschüssen und Kommissionen der politischen Ebene vorgelegt werden.
- § Kooperationen zwischen den Betreuungseinrichtungen und Vereinen etc. werden angestrebt.
- § Vereine sollten sich auf die Thematik einstimmen und den Behindertensport stärken.

- § Den Berührungspunkten von Nicht-Behinderten sollte insbesondere auf der Ebene des Breitensports aktiv begegnet werden.
- § Die Ausbildung von Übungsleitern für Sport mit Menschen mit Behinderungen soll in die Ausbildung von Altenpflegern und Heilerziehungspfleger integriert werden.
- § Es sollten Stellen eingerichtet werden, die Kontakte von Interessenten zu Sportgruppen im Rehasport vermitteln. Außerdem sollte ein Info-Pool geschaffen werden, der über die neusten Erkenntnisse und Projekte informiert. Neben einer Homepage wäre eine Zeitschrift („Newsletter“) sowie Materialien zur Aufklärung und für die konkrete Arbeit wünschenswert.
- § Gute Rahmenbedingungen mit entsprechenden materiellen Anreizen für Übungsleiter und Stellen für Sportlehrer wurden als wichtige Voraussetzungen identifiziert.
- § Die Wissenschaft sollte spezielle Curricula entwickeln (z. B. zur Sturzprophylaxe und Gehschule).
- § Forschung und Praxis sollten eng zusammenarbeiten, zum Beispiel die Wissenschaft und die Vereine.
- § Bei Betrachtung des Umsetzungskonzepts des DOSB bleibt offen, was der einzelne Verein tun muss.
- § Die Wertigkeit des Sports in der Gesellschaft insgesamt sollte gefördert und die Bedeutung des Sports für eine höhere Lebensqualität propagiert werden. Seitens der Regierung sollte diese Entwicklung aktiv unterstützt werden.
- § Gezielte Ansprechmöglichkeiten zur Aufklärung und Zusammenarbeit mit den Hausärzten müssen gefunden werden. Die Ärzte könnten als „Wegweiser“ fungieren. In Niedersachsen ist geplant, ein Handlungspapier zu entwickeln, das an Ärzte weitergegeben wird.
- § Die Vereine sollen ältere Menschen „abholen“, wo sie stehen.

- § Kreative Sportangebote können z. B. für den Partner des Sporttreibenden geschaffen werden (Beispiel „vom Skat zum Sport“). Ausserdem kann kreativ nach geeigneten Räumen gesucht werden.
- § Die Medien sollen als Multiplikatoren fungieren. Eine Erweiterung der TV- Programme durch Bewegungskurse wäre denkbar. Ehemalige Leistungssportler, die jetzt selbst zur älteren Generation gehören, könnten als Vorbilder dienen, um mehr ältere Menschen zum Sport zu bewegen.
- § In der Ausbildung müsste die Zielgruppe der Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung im höheren Lebensalter stärker in den Mittelpunkt gerückt werden.
- § Ein Bewegungsprogramm sollte Pflichtbestandteil des Angebots von Pflegeeinrichtungen werden.
- § Es besteht die Notwendigkeit für eine einheitliche Definitionen innerhalb der Sportwissenschaft für die Begriffe „Rehabilitation“, „Prävention“ und „Behindertensport“.
- § Ziele und Methoden aus der Sportwissenschaft sind grundsätzlich auf den Sport für Menschen mit Behinderung im höheren Lebensalter übertragbar. Durch gezielte Konzepte müssen sie Anwendung finden.

Nach der Vorstellung und Diskussion der Gruppenarbeitsergebnisse werden folgenden Punkte als besonders wichtig herausgestellt:

- § Menschen mit geistiger Behinderung müssen stärker in den Blickpunkt gerückt werden.
- § Die Wahrnehmung dieser Fragen durch die Politik muss verbessert werden.
- § Die Ressourcen müssen besser vernetzt werden.