

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich  
Studiengänge Logopädie und Psychomotorik

# Bachelorarbeit

---

## Präventive Gruppensettings in Alterszentren

---

Befragung über den Ist-Zustand  
von kombinierten  
Bewegungs- und Sprachangeboten  
als Kooperation zwischen  
Logopädie und Psychomotorik  
im Alter

---

Eingereicht von: Petra Bachmann und Manuela Battaglini  
Begleitung: Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner  
Eingereicht am: 24. Mai 2018



## Abstract

Mittels quantitativer und qualitativer Befragung wird in dieser Arbeit der Ist-Zustand an präventiven Gruppenaktivitäten als kooperatives Angebot der Logopädie und Psychomotorik in Alterszentren eruiert. Welche präventiven Settings bieten die Alterszentren an, wer führt diese durch, wie werden sie finanziert? Was ist die Rolle der Logopädie und Psychomotorik in der Geriatrie? Welche Möglichkeit zur Etablierung und Finanzierung sind vorstellbar? Die Befragung zeigt, dass unterschiedlichste Gruppenangebote, eher ohne präventiven Charakter, bestehen. Diese werden vorwiegend von Aktivierungstherapeuten und Aktivierungstherapeutinnen umgesetzt und durch die Zentren finanziert. Interesse an Logopädie und Psychomotorik ist prinzipiell vorhanden, Knackpunkte stellen Umsetzung und Finanzierung dar. Literaturrecherche und zwei Interviews mit Fachpersonen zeigen eine grosse Wirksamkeit von kombinierten Sprach- und Bewegungsangeboten.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>3</b>
<b>1    Ausgangspunkt Bachelorarbeit .....</b>	<b>1</b>
1.1    Motivation .....	1
1.2    Forschungsstand.....	1
1.3    Problemstellung und Zielsetzung .....	2
1.4    Vorgehen und Forschungsdesign .....	2
1.5    Aufbau der Arbeit .....	3
1.6    Fragestellungen .....	3
<b>2    Theorieteil .....</b>	<b>4</b>
2.1    Begriffsdefinitionen .....	4
2.2    Altersbedingte Veränderungsprozesse .....	9
2.3    Präventive Gruppensettings .....	11
<b>3    Auftrag von Logopädie und Psychomotorik zur Prävention im Alter .....</b>	<b>21</b>
3.1    Rolle der Logopädie in Bezug auf Prävention im Alter .....	21
3.2    Rolle der Psychomotorik in Bezug auf Prävention im Alter .....	25
3.3    Rolle der Logopädie kombiniert mit Psychomotorik in Bezug auf Prävention im Alter .....	26
<b>4    Auswertung Fragebögen und persönliche Befragungen.....</b>	<b>29</b>
4.1    Auswertung Ist-Zustand: Befragung Alterszentren .....	29
4.2    Auswertung Interviews: A.C. und E.N.....	37
4.3    Vergleich Ist-Zustand Alterszentren, Interviews und Literatur .....	41
<b>5    Diskussion und Beantwortung Fragestellungen .....</b>	<b>47</b>
5.1    Beantwortung Fragestellungen .....	47
5.2    Diskussion.....	49
5.3    Zusammenfassung und Ausblick .....	53
<b>6    Danksagung .....</b>	<b>54</b>
<b>7    Verzeichnisse .....</b>	<b>55</b>
7.1    Literaturverzeichnis.....	55
7.2    Abbildungsverzeichnis.....	57
7.3    Tabellenverzeichnis .....	58

<b>8</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>59</b>
8.1	Elektronischer Fragebogen.....	59
8.2	Altersheimliste .....	71

# **1 Ausgangspunkt Bachelorarbeit**

In diesem Teil wird unsere persönliche Motivation bezüglich der Themenwahl der vorliegenden Bachelorarbeit dargestellt. Darüber hinaus werden der heutige Forschungsstand, die Problemstellung und Zielsetzung beschrieben, das Vorgehen und Forschungsdesign erwähnt und der Aufbau dieser Arbeit dargestellt. Das Kapitel schliesst mit den Fragestellungen, deren Beantwortung das Ziel dieser Arbeit ist, ab.

## **1.1 Motivation**

Beide Autorinnen sammelten im Zusammenhang mit ihrer Ausbildung Erfahrungen in Projekten mit älteren Menschen. An der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) Zürich konnten im Co-Coaching an Demenz Erkrankte nach dem «KODOP» Konzept (Steiner, 2010) betreut werden. Bei der Forschungsarbeit «Generationen bewegen» im Generationenhaus in Würenlingen ging es darum, ein Miteinander zwischen Jung und Alt zu fördern.

Die Bedeutung eines konzeptuellen Arbeitens wurde uns bewusst und weckte unser Interesse. Das Einlesen in diese Thematik zeigte uns, dass die Wirksamkeit von präventivem, sprach- und bewegungsorientiertem Arbeiten auch im hohen Alter gegeben ist. Weitere Recherchen ergaben, dass Logopädie und Psychomotorik in der geriatrischen Praxis der Schweiz noch nicht ausreichend etabliert sind. Die Diskrepanz zwischen einer Wirksamkeit, die offensichtlich gegeben ist, und dem Aspekt, dass unsere Berufsgruppen nicht vertreten sind, führte uns dazu, eine Recherche über den Ist-Zustand an präventiven Massnahmen in Alterszentren im Kanton Zürich durchzuführen. Ausserdem interessierte uns, warum Logopädie und Psychomotorik bislang keinen angemessenen Platz in der geriatrischen Altersbetreuung haben und wie solche therapeutischen Massnahmen sowohl umgesetzt als auch finanziert werden könnten.

## **1.2 Forschungsstand**

Im Vorfeld unserer Arbeit konnten wir keine Informationen zum Ist-Zustand an präventiven Aktivierungsangeboten in Alters- und Pflegeheimen eruieren. Die Wichtigkeit von sprach- und bewegungsorientierten Angeboten zur Prävention und Aufrechterhalten des sozialen Lebens und des Miteinanders wird in der Literatur belegt. So äussert Eichenseer (2010): «Mit der Aktivierungstherapie stabilisierten sich die Fähigkeiten der Menschen in der Therapiegruppe, während sie in der Kontrollgruppe, die keine spezifische Therapie bekam, weiter abnahmen». Jürgen Steiner (2010, S. 118) schreibt: «Für eine Zusammenarbeit zwischen Logopädie und Psychomotorik gibt es derzeit wenig Konzepte und die

bestehenden wurden bislang nur wenig aufgegriffen». Fässler und Hentschel (2008) erwähnen die Wichtigkeit, den Ist-Zustand von Bewegungsangeboten in Schweizer Alterszentren zu prüfen, um Nischen für unsere Berufsgruppe zu finden.

### **1.3 Problemstellung und Zielsetzung**

In der Schweiz sind heute Logopädie und Psychomotorik nicht Teil eines interdisziplinären Teams in der Geriatrie. Diese Fachrichtungen können einzeln und/oder gemeinsam zum Wohlbefinden und zur Erhaltung der Selbständigkeit von älteren Menschen beitragen. Sowohl die Erfahrungen in den Bereichen Sprache, Stimme, Bewegung und Stärkung des Selbst, als auch das Wissen darüber, wie wichtig der Transfer in den Alltag ist, können einen wertvollen Beitrag zur Prävention und zur Risikoprophylaxe leisten. Mehrere Studien, wie beispielsweise die 1991 begonnene «SimA®»-Längsschnittstudie, belegen die hohe präventive Wirksamkeit von logopädischen und psychomotorischen Interventionen in diesem Zusammenhang.

Mit dieser Arbeit möchten wir eruieren, welche Art von Aktivierungsangeboten es heute in Alterszentren gibt, ob sie präventiven Charakter aufweisen und inwieweit Psychomotorik und Logopädie bei den Aktivierungsangeboten in Alterszentren vertreten sind. Dazu ist es uns ein Anliegen, die Wichtigkeit der Etablierung beider Fachrichtungen in der Geriatrie zu erörtern und Möglichkeiten zu deren Platzierung und Finanzierung aufzeigen.

### **1.4 Vorgehen und Forschungsdesign**

Die Literaturrecherche half uns, relevante Bestandteile für die Erstellung eines Fragebogens zur Durchführung eines teilstandardisierten Surveys mit quantitativen und qualitativen Fragen zu erstellen. Wichtige Inputs für die Befragung bekamen wir ausserdem durch die teilstrukturierten Interviews mit A.C. und E.N., zwei Expertinnen im Bereich Geriatrie, welche im Anhang vollständig transkribiert vorzufinden sind. Diese Primärquellen dienen auch der Beantwortung der Fragestellungen. Vor der Versendung des elektronischen Fragebogens an die Alters- und Pflegezentren in Zürich wurden 235 Alterszentren per Mail angeschrieben, um eine Teilnahme zu erfragen und die Namen möglicher Ansprechpersonen zu erhalten. 43 Heime haben darauf ihre Teilnahme zugesichert. Die Erstellung des elektronischen Fragebogens erfolgte mittels "Limesurvey". Die Aufbereitungs- und Analysemethoden sind jeweils quantitativ und/oder qualitativ.

## 1.5 Aufbau der Arbeit

Im Theorieteil dieser Arbeit werden mittels Literaturrecherche die wichtigsten Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit dem Thema Alter erläutert und die physiologischen Veränderungsprozesse dargestellt. Es wird der Nutzen von Konzepten mit unterschiedlichen Ansätzen hervorgehoben und was die präventive Arbeit von Logopädie und Psychomotorik leisten kann. Die Auswertung der Befragung in Alterszentren und der Interviews mit den Fachpersonen werden den Ergebnissen der Literaturrecherche gegenübergestellt. In der Diskussion erfolgt die Beantwortung der Fragestellungen, eine Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse und der Ausblick auf mögliche weiterführende Arbeiten.

## 1.6 Fragestellungen

Die mangelnden Informationen zum Ist-Zustand in Schweizer Alters- und Pflegeheimen zum Thema Prävention in der Geriatrie und zum Stellenwert, zur Umsetzung und Finanzierung von Logopädie und Psychomotorik im Hochbetagtenbereich führte uns zu folgenden drei Fragestellungen:

1. Welche Aktivierungsangebote gibt es heute in Alterszentren, von wem werden diese angeboten und wie werden sie finanziert?
2. Welche Rolle spielen Logopädie und Psychomotorik in Kombination in der Prävention im Alter und insbesondere in Alterszentren?
3. Welche Möglichkeiten zur Umsetzung und Finanzierung kombinierter Sprach- und Bewegungsangebote von Logopäden/Logopädinnen und Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen werden von den Institutionen gesehen?

Die Beantwortung der Fragestellungen findet sich in Kapitel 6 dieser Arbeit.



## 2 Theorieteil

Begriffsdefinitionen, altersbedingte physiologische Veränderungsprozesse und Informationen zu präventiven Gruppensettings bilden den Inhalt des Theorieteils.

### 2.1 Begriffsdefinitionen

Die im Rahmen dieser Arbeit als wichtig erachteten Begriffe werden im Weiteren beschrieben. Dies wären: demografischer Wandel, das Alter und Altern, Multimorbidität, Gerontologie und Geriatrie, ICF, aktives Altern und präventive Massnahmen.

#### **Demografischer Wandel**

Der demografische Wandel zeigt sich deutlich in der Bevölkerungsentwicklung. Die Gruppe der über 65jährigen Menschen steigt massiv an. Belief sich die Grösse dieser Altersgruppe im Jahr 2008 in Deutschland auf etwa 16,7 Millionen Menschen, so wird sich deren Anzahl im Jahr 2030 voraussichtlich auf 22,3 Millionen erhöhen. Dies entspricht einer Zunahme von etwa einem Drittel. Schätzungen gehen davon aus, dass sich der prozentuale Anteil der Menschen über 80 Jahre an der Gesamtbevölkerung in Deutschland von derzeit 4% bis ins Jahr 2050 auf 12% verdreifachen wird. Auch die durchschnittliche Lebenserwartung wird weiterhin zunehmen. Bis ins Jahr 2030 soll sich diese bei Männern auf 81, bei Frauen auf 85,7 Jahre belaufen (vgl. Grewe, 2017, S.15).

#### **Das Alter und Altern**

Das Alter beschreibt einen Lebensabschnitt ab dem 65. Lebensjahr. Beim Altern findet ein individueller Veränderungsprozess statt. Dieser ist geprägt von Anpassungen an kritische Lebensereignisse wie Tod des Lebenspartners, körperliche Einschränkungen, zunehmende Immobilität, Verlust von Autonomie, eintretende Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit sowie Veränderung der Wohnsituation bis hin zu einer institutionellen Pflege. Die sich daraus ergebenden sozialen Folgen äussern sich in der Quantität als auch Qualität der Beziehungen, der Änderung sozialer Verhältnisse und der Zunahme des Unterstützungsbedarfs. All das kann sich auf die Persönlichkeit auswirken, die Kompetenzen des alternden Menschen und die sozialgesellschaftlichen Rahmenbedingungen (vgl. Corsten, 2017, S. 18f).

Laut Böhm, Tesch-Römer und Ziese (2009, S. 10) beginnt die Lebensphase des Alters mit etwa 60 bis 65 Jahren. Diese Festlegung erscheint zu statisch. Durch die gestiegene Lebenserwartung umfasst das Alter meist mehrere Jahrzehnte und beginnt fliessend. Deshalb wird in der Gerontologie nicht selten ein «drittes» und «viertes Lebensalter» unterschieden (siehe Abbildung 1):

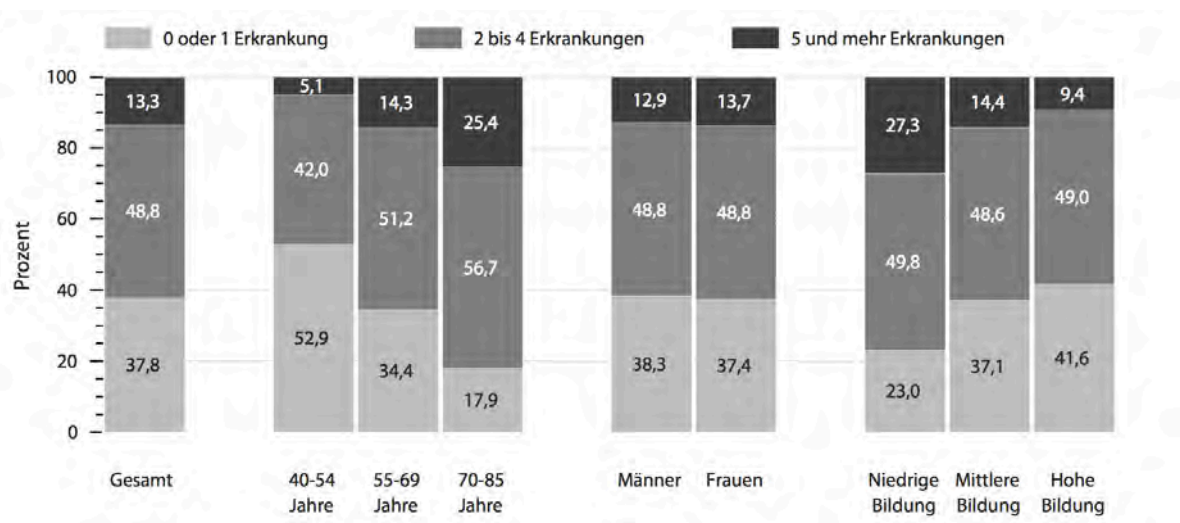
Altersabschnitte	chronologisches Alter	Bezeichnungen (synonyme Verwendung)
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Alter</li> <li>•Drittes Lebensalter</li> <li>•Viertes Lebensalter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•65 Jahre und älter</li> <li>•65 bis unter 85 Jahre</li> <li>•85 Jahre und älter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•alte Menschen, ältere Menschen</li> <li>•junge Alte</li> <li>•sehr alte Menschen, Hochaltrige, Hochbetagte</li> </ul>

**Abbildung 1** - Altersabschnitte mit zugehörigem chronologischem Alter und synonymen Verwendungen (nach Böhm, Tesch-Römer & Ziese, 2009)

### Multimorbidität

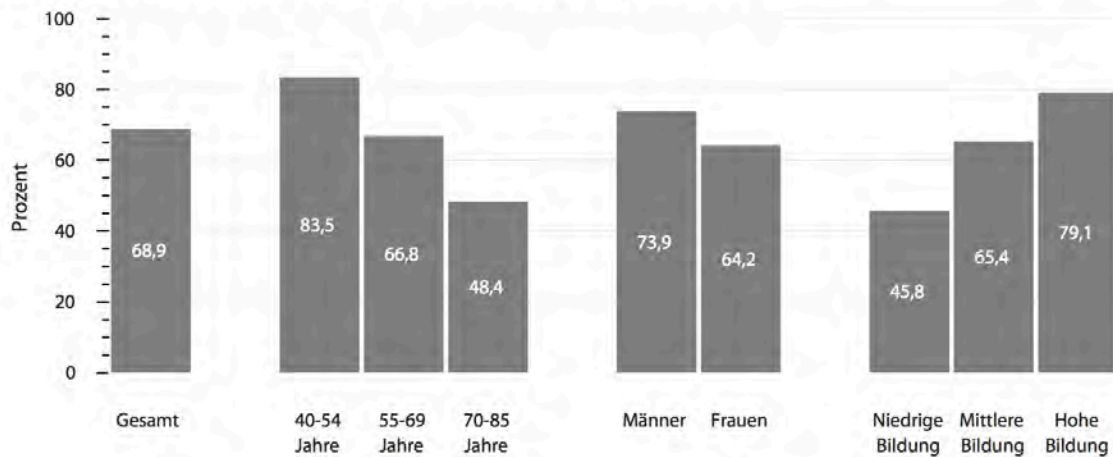
Von Multimorbidität wird gesprochen, wenn mehrere körperliche Erkrankungen gleichzeitig bestehen. Von den über 70-jährigen Menschen sind etwa 90% von Multimorbidität betroffen. Ältere Menschen leiden vermehrt an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zerebrovaskulären Erkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen und Krebserkrankungen. Die Folge davon sind andauernde Einschränkungen in basalen und instrumentellen Aktivitäten sowie in der gesellschaftlichen Teilhabe (vgl. Corsten, 2017, S.20f).

Die Erhebung Deutscher Alterssurvey (DEAS) des Deutschen Zentrums für Altersfragen aus dem Jahr 2014 zeigt die Multimorbidität für verschiedene Bevölkerungsgruppen ab dem 40. Lebensjahr auf. Dabei wird zwischen dem Anteil der Personen mit maximal einer, zwei bis vier und über fünf Erkrankungen unterschieden. Die Multimorbidität nimmt bereits ab dem 40. Lebensjahr zu und liegt im Altersabschnitt 70 – 85 Jahren bei 25 % (siehe Abbildung 2). Interessant ist, dass der Bildungsstand der Menschen einen positiven Einfluss auf die Multimorbiditätsrate zu haben scheint, während das Geschlecht kaum eine Rolle spielt.



**Abbildung 2** - Multimorbidität in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Bildung (DZA, 2014)

Laut dem DEAS gibt es auch Personen, die trotz Mehrfacherkrankungen über eine gute funktionale Gesundheit berichten (siehe Abbildung 3). Vor allem Frauen, aber auch Menschen mit niedrigem Bildungsstand, zeigen hiervon eher eine Abweichung und sollten laut DEAS vermehrt in den Fokus präventiver Massnahmen gestellt werden.



**Abbildung 3** - Gute funktionale Gesundheit trotz Mehrfacherkrankungen (DZA, 2014)

### Gerontologie und Geriatrie

Die Gerontologie bezeichnet die Wissenschaft vom Altern der Menschen. Die Geriatrie ist ein Teil der Gerontologie und eine medizinische Spezialdisziplin, die sich laut der SFGG (Schweizerische Gesellschaft für Geriatrie) mit «physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende». Der Geriater arbeitet interdisziplinär und ressourcenorientiert im Sinne des ICF (vgl. SFGG, 2008).

### ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health

Bei dem von der WHO (World Health Organization) veröffentlichten internationalen Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), werden die Fähigkeiten und Ressourcen einer Person in den Vordergrund gestellt. Es geht einerseits um die Person selbst, andererseits wird das Umfeld miteinbezogen. Betrachtet werden die Körperfunktionen (physiologische und psychologische Sicht) und die Körperstruktur (anatomische Sicht) des Einzelnen, seine Möglichkeit zur Durchführung bestimmter Aufgaben und Aktionen (Aktivitäten) sowie der Einbezug in alltägliche Situationen und in der Gesellschaft (Partizipation) (vgl. Grewe, 2017, S. 57-58).

Bei Menschen im höheren Alter kann dieses Modell eine persönliche Betrachtungsweise liefern und dadurch einen individuellen Umgang mit dem Alterungsprozess. Ältere Menschen mit beginnender Multimorbidität können sich durch ein stabiles soziales Umfeld auch im hohen Alter gesund fühlen.

Grewe (2017) schreibt dazu: «Insgesamt scheint vor allem die familiäre und gesellschaftliche Integration eines älteren Menschen eine wichtige Rolle zu spielen». Das ICF Modell kann Einschätzungen vornehmen, bevor eine medizinische Diagnose vorliegt. Ältere Menschen, die ihren Partner verlieren, ziehen sich ohne stabiles soziales Umfeld zurück. Dies kann zu Depressionen und Isolation führen, aber auch weniger Mobilität und somit vermehrt körperliche Beschwerden können die Folge sein (vgl. Grewe, 2017, S. 58).

### Aktives Altern und präventive Massnahmen

Die WHO schreibt in ihrem Konzept «Aktiv Altern – Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln» (2002, S. 12): «Unter aktiv Altern versteht man den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern ... Aktiv Altern zielt auf eine Ausweitung der Lebenserwartung und Lebensqualität aller Menschen ab, auch derer, die schwach, behindert und pflegebedürftig sind».

Das Konzept der WHO «Aktiv Altern» (2002) verweist auf unterschiedliche Faktoren, die ein gesundes und aktives Altern beeinflussen können (siehe Abbildung 4). Die Kultur zeigt dabei die Einstellungen zu alten Menschen und dem Prozess des Alterns. Wird vor allem Kranksein mit Altsein verbunden, so wird die Gesellschaft eher weniger Wert auf präventive Massnahmen setzen. Auch die gesundheitsbewusste Lebensführung hängt von kulturellen Faktoren ab. Neben der Kultur kann das Geschlecht je nach Gesellschaft das Leben stark beeinflussen. Dies können Schulausbildung, sinnvolle Arbeit, gesunde Ernährung und medizinische Versorgung betreffen (vgl. WHO, Aktiv Altern, 2002).



**Abbildung 4** - Bestimmende Faktoren für aktives Altern (WHO, 2002)

Die Studie «Do-Health» befasst sich ebenfalls mit der Thematik des gesunden Alterns. Diese derzeit umfassendste Altersstudie wurde im Jahr 2012 initiiert und bezieht fünf europäische Länder in ihre Untersuchungen ein. Aus der Schweiz nahmen etwa 1000 Personen über 70 Jahren teil. Das Ziel der Studie ist, die gesunde Lebenserwartung von Menschen über 70 Jahren mittels präventiver Massnahmen in Bezug auf chronische Erkrankungen zu verlängern.

Informationen hierzu sind unter [www.do-health.eu](http://www.do-health.eu) zu finden. Die Studie leitet Prof. Dr. med. Heike A. Bischoff-Ferrari vom Universitätsspital Zürich.

Prävention setzt an, bevor eine Störung entsteht oder sich manifestiert. Schöler und Kany (2007, S. 248) erläutern hierzu: «Prävention verfolgt unterschiedliche Ziele. Allgemein und unspezifisch gilt es Risikofaktoren auszuschalten, zu vermeiden bzw. zu kontrollieren, die die körperliche und psychische Entwicklung zu gefährden drohen... So richtet sich Prävention aus entwicklungspsychologischer und/oder heilpädagogischer Sicht auf die Vermeidung von Störungen beim Aufbau von Kompetenzen und Fertigkeiten, aus medizinischer und allgemeinspsychologischer Sicht (Gerontologie, Entwicklungspsychologie) auf die Vermeidung des Abbaus, d. h. die Vermeidung von Verlusten nach erfolgreichem Aufbau».

Präventive Interventionen können demzufolge helfen, die Risiken des Alterns zu minimieren. Beispielsweise kann durch den Erhalt der Kommunikationsfähigkeit die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Integration begünstigt oder durch frühzeitige Sturzprophylaxe das Risiko von Stürzen und der damit oft verbundenen Immobilität entgegengewirkt werden. Prävention hilft somit Risiken zu vermeiden und in Folge dessen die Kosten im Gesundheitswesen zu senken (vgl. Grewe, 2017, S.243ff). Mittels gezielt eingesetzter präventiver Massnahmen soll die Autonomie und Unabhängigkeit von älteren Menschen möglichst lange gewährleistet werden. Dies wird auch von der WHO als wichtiges Ziel betont (WHO, 2002, S.12).

Grewe beschreibt verschiedene Programme zur Prävention im Alter: Sie nennt das «Keep-on-Talking-Programm», «Berlin bleibt fit», «AKTIVA», kombiniertes Gedächtnis- und Psychomotoriktraining «SimA®» und die «ACTIVE-Study» (2017, S. 249f). Zusammenfassend hält Grewe fest, dass «vor allem die kognitive, körperliche und soziale Fitness sowie die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit» wichtig sind, «für eine gute individuelle Lebensqualität im Alter» (2017). Langzeitstudien verdeutlichen, dass Präventionsprogramme einen positiven Effekt haben im Hinblick auf einen altersbedingten kognitiven Abbau sowie eine dementielle Entwicklung. Kombinierte Programme wie unterschiedliche kognitive Interventionen oder kognitives und physikalisches Training (beispielsweise kombiniert mit Laufband) scheinen den grössten Effekt gegen Abbauprozessen zu erzielen. Grewe betont (2017), dass möglichst frühzeitig und unter Beachtung förderlicher Lernbedingungen mit den präventiven Massnahmen

begonnen werden soll. Hierzu nennt sie die Wiederholung von Aufgaben, angemessene Pausen, die Vernetzung inhaltlicher Zusammenhänge, die Darbietung der Lerninhalte in einem angemessenen Tempo und die Vermeidung von Stress durch Zeit- oder Leistungsdruck oder einer mangelnden Anpassung an den Kommunikationspartner (vgl. Grewe, 2017, S. 254).

## **2.2 Altersbedingte Veränderungsprozesse**

Beim Altern finden verschiedene Veränderungsprozesse statt. Nach Grewe, Corsten, Gäng und Glassl (2017) kann in physiologische und pathologische Veränderungen unterschieden werden:

### **Pathologische Veränderungen im Alter**

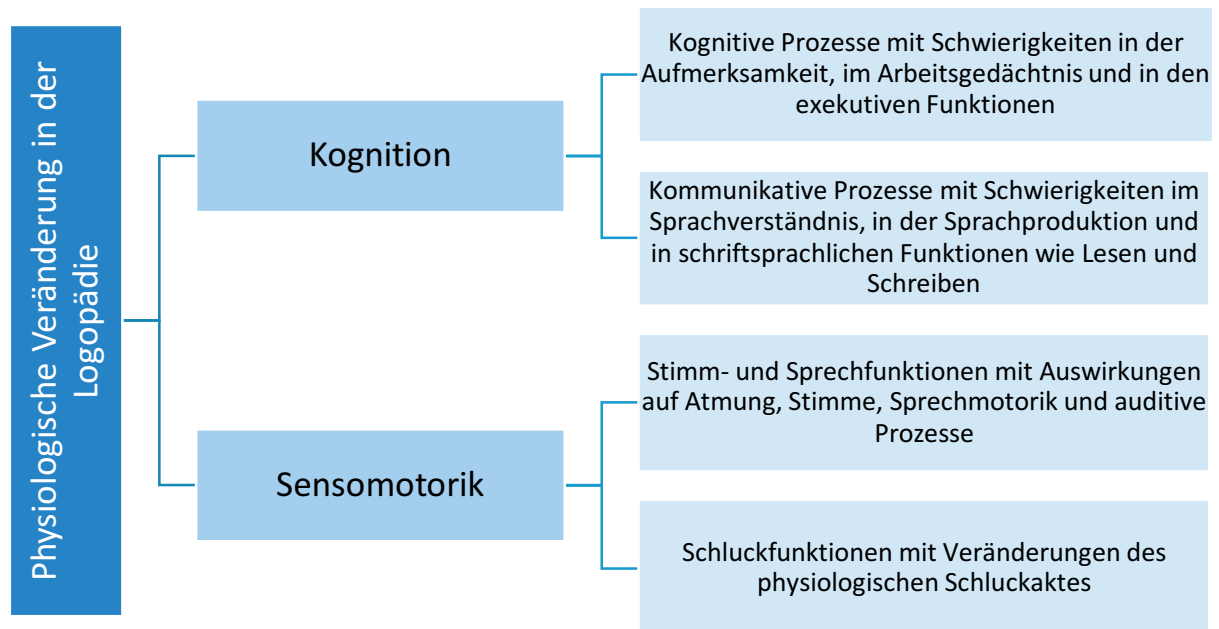
Grewe unterscheidet in plötzlich eintretende Krankheiten (beispielsweise Schlaganfall) und in degenerative Erkrankungen (beispielsweise Demenz und Morbus Parkinson) mit einem schleichenden Übergang von Gesundheit zu Krankheit. Erstere führen zu ad-hoc-Symptomen und sind eindeutig pathologisch zuzuordnen, während degenerative Erkrankungen erst in ihrem Verlauf als pathologisch zu diagnostizieren sind (vgl. Grewe, 2017, S.89). Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit sind die physiologischen Veränderungen im Alter. Aus diesem Grund wird nicht weiter auf die pathologischen Prozesse eingegangen.

### **Physiologische Veränderungen im Alter**

Die mit dem Alter einhergehenden physiologischen Alterungsprozesse ziehen kortikale Veränderungen mit sich (vgl. Grewe, 2017, S. 243). Neurobiologisch findet eine Abnahme der Gehirnmasse statt. Die Fähigkeit zu denken ist eine Grundvoraussetzung für die Erinnerungsfähigkeit, die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit und für die exekutiven Funktionen, wie beispielsweise die Inhibition oder die Problemlösefähigkeiten (vgl. Grewe, 2017, S. 59). Eine kognitive Verlangsamung beeinflusst die Verarbeitungsgeschwindigkeit, die Aufmerksamkeit und Kapazität des Arbeitsgedächtnisses (vgl. Grewe, 2017, S. 61). Dadurch sind kommunikative und sprechmotorische Fähigkeiten betroffen. Veränderungen im neurologischen und muskuloskeletten System wirken sich auf die Stimm-, Sprech- und Schluckfunktionen aus. Die Hörfähigkeit verändert sich (vgl. Grewe, 2017, S. 77). Das Nachlassen der Sinnesleistungen, vor allem im taktil-kinästhetischen Bereich, führt zu einer ungenügenden situativen Orientierung. Es besteht ein korrelativer Zusammenhang zwischen sensorischen und intellektuellen Leistungen im hohen Alter. Zudem wurde eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Intelligenz und dem Gleichgewicht nachgewiesen (vgl. Da Cruz Silva, 2012, S. 38). Die Bewegungskoppelung und besonders der Bewegungsfluss lassen nach. Das Gehen erfolgt abgehackt, schwunglos, als überwiegende isolierte Gliedbewegungen, es ist keine rhythmisch-fließende Gesamteinheit mehr. Ursachen sind verminderte Muskelkraft, geringere Gelenkbeweglichkeit und abnehmende Elastizität des aktiven und passiven Bewegungsapparats (vgl. Meinel & Schnabel, 2015, S. 370f).

### Veränderungsprozesse im Bereich Logopädie

Nach Grewe, Gäng und Glassl (2017) lassen sich kognitive und sensomotorische Veränderungen im höheren Alter unterscheiden (siehe Abbildung 5). Eine detaillierte Beschreibung der Veränderungsprozesse sind bei Corsten & Grewe, Logopädie in der Geriatrie (2017, S. 58f) zu finden.



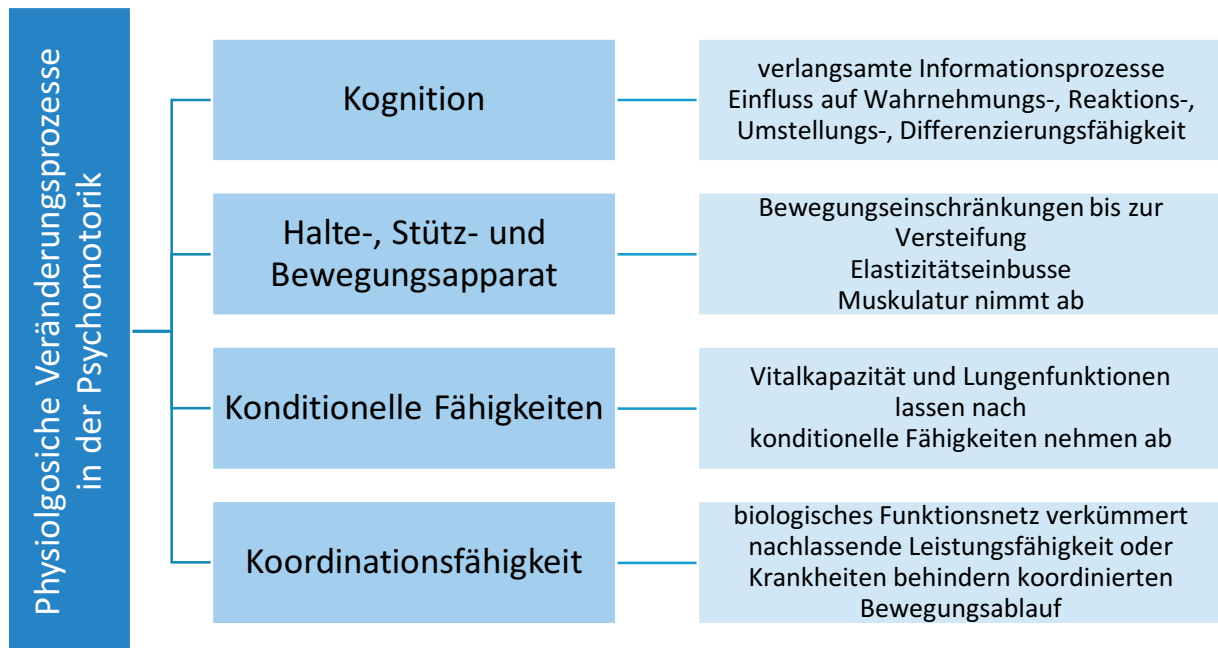
**Abbildung 5** - Physiologische Veränderungsprozesse in der Logopädie (nach Corsten und Grewe, 2017)

### Veränderungsprozesse im Bereich Psychomotorik

Die altersbedingte Verlangsamung der Informationsprozesse hat negative Einflüsse auf die Wahrnehmungs-, Reaktions-, Umstellungs- und Differenzierungsfähigkeiten der betroffenen Personen. Bewegungsausführungen erfolgen in der Regel verhalten und langsam und sind durch eingeschränkte Beweglichkeit, Stereotypie und allmählichen Verlust der Fähigkeit zur Simultanstimulation gekennzeichnet. Letzteres bedeutet, ältere Menschen haben zunehmend Schwierigkeiten, mehrere Handlungen zu koordinieren. Sie bleiben beispielsweise stehen, wenn sie sprechen oder etwas beobachten. In dieser Altersgruppe gibt es erhebliche Unterschiede. Wer bis ins hohe Alter beweglich bleibt, kann sich motorisch leistungsfähiger erhalten. «Wer rastet, der rostet», diese Volksweisheit bestätigt sich besonders bei betagten Menschen (vgl. Meinel & Schnabel, 2015, S. 370f).

Viele Beschwerden, über die alte Menschen klagen, stehen oft im Zusammenhang mit funktionellen Störungen, ausgelöst durch Bewegungsarmut. Daraus ergibt sich ein Teufelskreis: schmerzt das Gelenk, wird die Motivation sich zu bewegen geringer (vgl. Eisenburger, 2012, S. 76).

Ein Überblick stellt die physiologischen Veränderungsprozesse im Alter in der Psychomotorik dar (siehe Abbildung 6):



**Abbildung 6** - Physiologische Veränderungsprozesse in der Psychomotorik (in Anlehnung an Meinel & Schnabel, 2015 sowie Eisenburger, 2012)

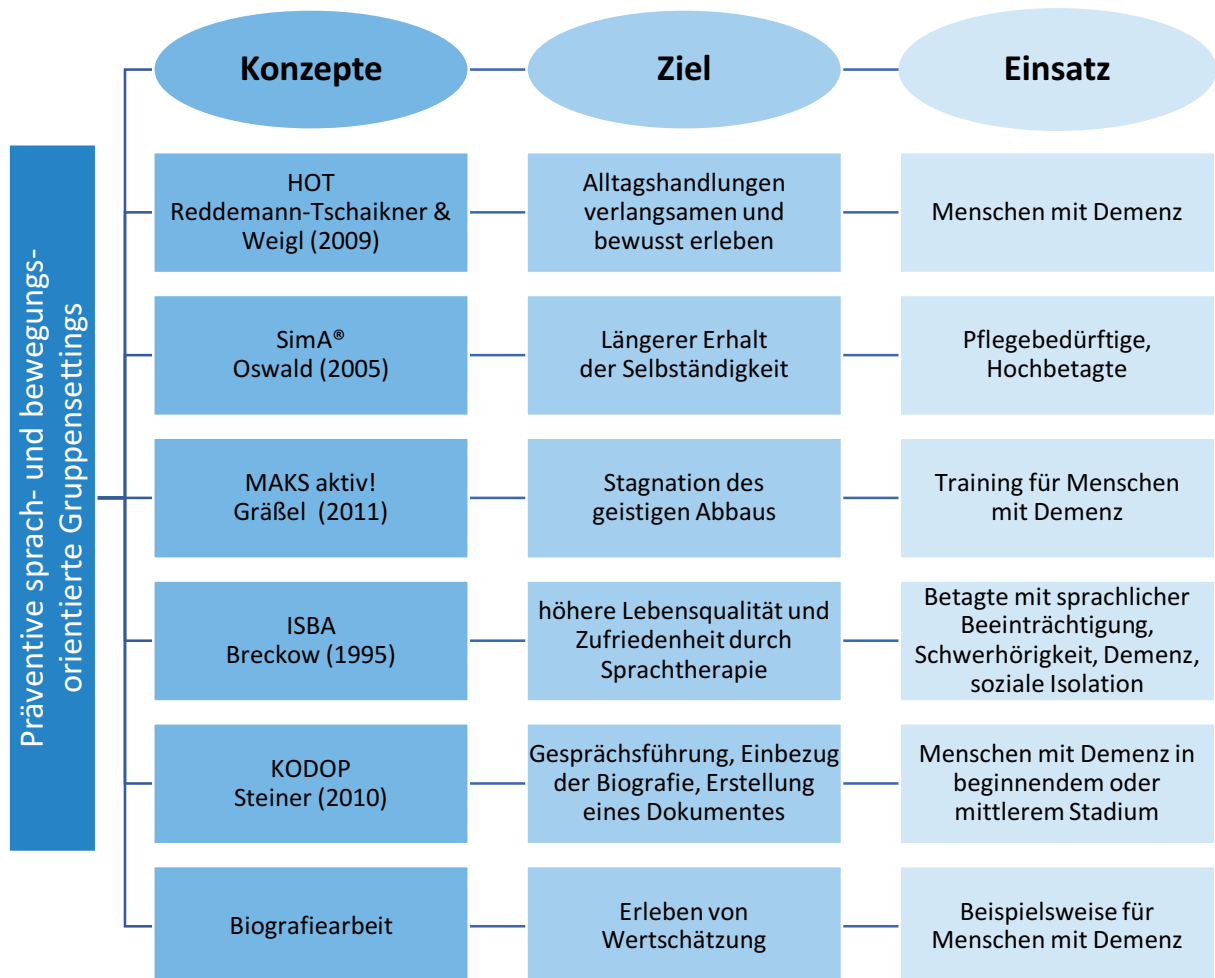
## 2.3 Präventive Gruppensettings

In einem ersten Teil werden die in der Literatur beschriebenen Konzepte zu präventiven Gruppenaktivitäten vorgestellt. Anschliessend folgen Richtlinien für Gruppensettings, die in der Literatur zu finden sind.



## Konzepte für präventive Gruppenaktivitäten

Die folgende Übersicht zeigt gängige kombinierte Bewegungs- und Sprachkonzepte mit Zielsetzung des Konzepts und dessen Einsatzmöglichkeit (siehe Abbildung 7).



**Abbildung 7** - Kombinierte Bewegungs- und Sprachkonzepte zur Prävention in der Geriatrie

Da es sich hier um geläufige Konzepte handelt, wird im Weiteren genauer auf diese eingegangen. Dies auch im Hinblick auf die Frage nach bekannten Konzepten in der Befragung der Alters- und Pflegezentren.

### «HOT» – Handlungsorientierte Therapie nach Reddemann-Tschaikner & Weigl (2009)

Dieser Ansatz eignet sich als Verbindungsglied zwischen Aktivierung und sprachlich-kognitiver Planung, sowie Reflexion mittels Sprache. Der Kerngedanke besteht nach Steiner (2010, S. 113) aus den drei Teilschritten:

- «Metakommunikation (was machen wir, was brauchen wir?),
- Handeln,
- Metakommunikation (was haben wir gemacht, wie kann eine Zusammenfassung aussehen?)».

«HOT» ist fähigkeitsorientiert und setzt beim individuellen Potenzial an. Der Ansatz kann gut bei Alltagshandlungen angewendet werden. Es entsteht dadurch eine Verlangsamung und ein bewusstes Erleben (vgl. Reddemann-Tschaikner & Weigl, 2009, S. 8f).

### «SimA®-Programm» nach Oswald (2005)

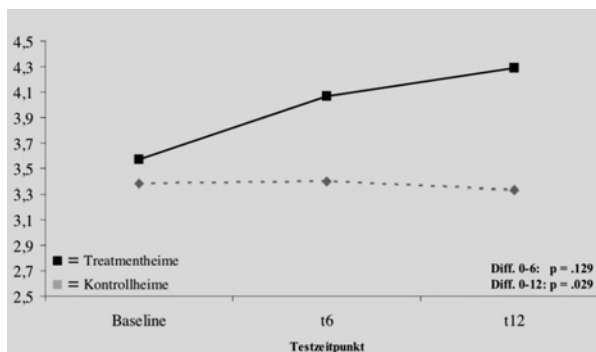
Dies ist ein Forschungsprogramm, in dem untersucht wird, warum die einen länger selbständig sind und die anderen schon relativ früh Hilfe von aussen benötigen oder pflegebedürftig werden. Aus diesen Erkenntnissen sind ein Gruppen-Trainingsprogramm und Übungen entstanden, die wissenschaftlich nachgewiesen helfen, in wichtigen Bereichen langsamer zu altern und die Selbständigkeit länger aufrecht zu erhalten. Alle Teilnehmer und Teilnehmenden dieser Studie waren pflegebedürftig. Das Durchschnittsalter lag bei 82,4 Jahren. Nach Beendigung der Intervention konnte eine Reihe spezifischer Trainingseffekte nachgewiesen werden (vgl. Oswald W. D., Ackermann A. & Süss B., 2012, S. 8f).

Im Wesentlichen geht es um ein:

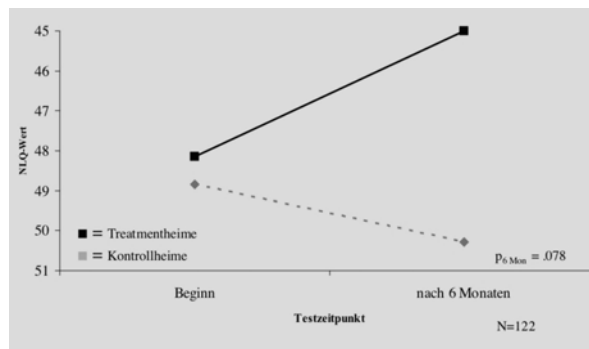
- Kompetenztraining => Alltagskompetenzen
- Gedächtnistraining => nachhaltige Verbesserung der nachlassenden Gedächtnisleistungen
- Psychomotorisches Training => Verbesserung der Wahrnehmung, der Reaktionsfähigkeit, der Beweglichkeit, des Gleichgewichts und der Koordination, also nicht um Sport, bei dem Kraft und Ausdauer im Mittelpunkt steht (vgl. Oswald, 2005, S. 31f).

Die Therapieeinheit beginnt mit zwanzig Minuten psychomotorischer Aktivierung, darauf folgen motorische Basisübungen. Der Hauptteil besteht aus kognitiver und Biografie orientierter Arbeit, zu unterschiedlichen Themen wie Winterurlaub, Wochenendbesuch bei Verwandten, Familienfest oder Erledigungen im Alltag. Dieser Teil dauert dreissig Minuten. Zum Abschluss folgt eine zehnminütige Entspannung.

In den Bereichen Verbesserung Gedächtnisleistung (siehe Abbildung 8) und Erhöhung der Lebensqualität (siehe Abbildung 9) zeigen sich, im Vergleich zur Kontrollgruppe, deutlich positive Ergebnisse.

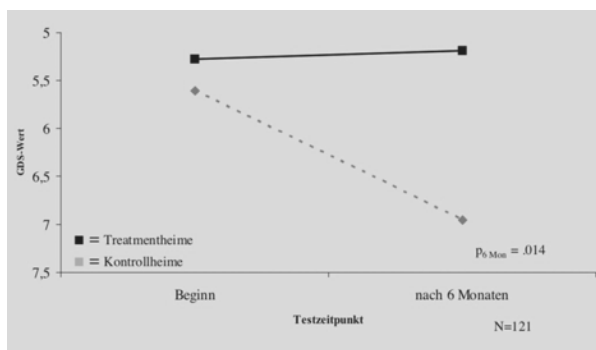


**Abbildung 9** - Verbesserung Gedächtnisleistung im Vergleich zur Kontrollgruppe (Oswald W. D., Ackermann A. & Süss B., 2012)



**Abbildung 8** - Verbesserung Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe (Oswald W. D., Ackermann A. & Süss B., 2012)

Die Wirkung auf die psychische Befindlichkeit wurde durch die Bewohner bzw. Bewohnerinnen selbst beurteilt (siehe Abbildung 10). Für die Relevanz zog man das Pflegepersonal in die Evaluation mit ein. Es wurde nach positiven Auswirkungen auf den Stationsalltag gefragt (siehe Abbildung 11). Die Antworten des Personals unterschieden sich wesentlich von denen der Kontrollgruppe.



**Abbildung 10** - Rückgang Depressivität im Vergleich zur Kontrollgruppe (Oswald W. D., Ackermann A. & Süss B., 2012)



**Abbildung 11** - Positive Auswirkung auf den Stationsalltag im Vergleich zur Kontrollgruppe (Oswald W. D., Ackermann A. & Süss B., 2012)

Weitere Effekte, die getestet wurden, sind allgemeine kognitive Leistungen und Aktivitäten des täglichen Lebens, welche in Mobilität, Essen, Kleiden und Hygiene unterteilt wurden. Hier konnte nur im Bereich Hygiene keine signifikante Veränderung erreicht werden. Dies wird damit begründet, dass spezielle Übungen in einer Einzeltherapie eingesetzt werden müssen. Zur funktionellen Leistungsfähigkeit wurden die Kraft, die Beweglichkeit und die Sturzhäufigkeit festgehalten. In all diesen Bereichen schnitten die Teilnehmer und Teilnehmenden dieses Programms, gemessen an der Kontrollgruppe, wesentlich besser ab (vgl. Oswald W. D., Andreas Ackermann & Barbara Süss, 2012, S. 12f).

«MAKS aktiv!» nach Prof. Dr. Elmar Gräbel (2011)

Es handelt sich um ein ganzheitliches, nichtmedikamentöses Training für Menschen mit Demenz, das vom deutschen Gesundheitsministerium unterstützt wird. Psychogerontologin Birgit Eichenseer, eine der Projektverantwortlichen, gibt in der Pflegezeitschrift «Curaviva» Auskunft über die Auswertung von einjährigen Studiendaten. Eine Kombination von motorischen, kognitiven, alltagspraktischen und spirituellen Übungen führt zu einer Stagnation des geistigen Abbaus mit dem Ziel, so viele Sinne wie möglich anzusprechen. Ein «Leuchtturmprojekt», das in deutschen Pflegeheimen durchgeführt wurde und hoffen lässt. Das spezielle Aktivierungsprogramm wird täglich durchgeführt.

Nach einem spirituellen Einstieg findet - wie beim «SimA®-Programm» - zu Beginn eine psychomotorische Aktivierung statt. Nach einer Pause wird beim Gedächtnistraining innovativ mit computer-gestützten Programmen gearbeitet. Diese Beamerübungen waren trotz anfänglicher Skepsis der Betreuer und Betreuerinnen ein grosser Erfolg. Die Teilnehmenden wurden geistig aktiver und lösten mit grossem Spass die Aufgaben. Weitere gemeinsame Aktivitäten wie zusammen eine Mahlzeit zubereiten und handwerkliches Gestalten fördern die alltagspraktischen Kompetenzen. Die Forscher haben Anhaltspunkte, dass diese Aktivierungstherapie günstige Auswirkungen auf die Lebensqualität der Teilnehmenden zeigt, da sie ein höheres Mass an Selbständigkeit im Alltag bewahren können. Verhaltensauffälligkeiten und Stimmung verbessern sich eindeutig (vgl. Leuenberger, 2010, S. 8f).

«ISBA» – Integrative Sprach- und Bewegungsarbeit nach Jutta Breckow (1995)

«ISBA» ist eine Sprachtherapie für die Arbeit mit alten Menschen. Nach Breckow werden Sprache und Bewegung mit dem Ziel verbunden, «Einzelfunktionen in einem sinnvollen Zusammenhang aktiv auszu-probieren, Alternativen zu suchen, neue Formen zu finden, höhere Lebensqualität und Zufriedenheit zu erreichen» (1995). Es wird in einem interprofessionellen Team zusammengearbeitet.

Von 1992 bis 1994 wurde in Köln ein Projekt mit 16 Senioren und Seniorinnen, davon 11 im Rollstuhl, durchgeführt. Die Teilnehmenden hatten sprachliche Beeinträchtigungen, die vorwiegend den Krankheitsbildern Aphasie und Dysarthrophonie zuzuordnen sind, aber auch der Schwerhörigkeit, der Demenz und der sozialen Isolation (Breckow, 1995, S. 82-83). Die wesentlichen Aspekte, die in der «ISBA» zusammengefasst werden, sind nach Breckow (1995, S. 80-81):

- Bewegungsarbeit: Körpererfahrung und Bewegungserlebnisse führen zu einer Selbsterfahrung und bauen das Selbstwertgefühl auf. Ausdrucksmöglichkeiten werden entdeckt und Wahrnehmung intensiviert.
- Gruppenarbeit: Kommunikation steht im Vordergrund, die Arbeit in einer Gruppe erfordert Sozialkompetenz. Sich anderen öffnen und Interesse zeigen, sieht Breckow als Voraussetzung dafür, dass keine Stagnation eintritt.

- Erinnerungsarbeit: Hier wird eine Verbindung hergestellt zwischen Vergangenem, dem Jetzt und was kommen wird. Die eigene Sicht der Welt wird den Erfordernissen der Umwelt gegenübergestellt.
- Kommunikative Gestaltungsarbeit: Um den Veränderungsprozessen im Alter gerecht zu werden, ist eine Handlungskompetenz erforderlich. Verantwortung, trotz physiologischen Veränderungen im Alter, die Kommunikation aufrechtzuerhalten, sich einer Gruppe anzuschließen, um dadurch die eigene Autonomie sowie das Miteinander zu gewährleisten.

#### «KODOP» – Kommunizieren, Dokumentieren, Präsentieren nach Jürgen Steiner (2010)

Im Einzelsetting arbeitet die Therapeutin mit dem Betroffenen und stellt ein dichtes, verlangsames Zwiegespräch her. In einem Gespräch wird ein biografischer Text angefertigt, der mit dem Früher und dem Jetzt zu tun hat. Die Therapeutin trägt die formale Verantwortung und spürt Bedeutsamem nach. Die inhaltliche Verantwortung wird dem Patienten übertragen. Es entsteht ein Wechsel zwischen Kommunikation, Schriftbruchstücken und Metakommunikation. Der fertige Text ist das Produkt einer gemeinsamen Arbeit. Wie bei der «Handlungsorientierten Therapie» («HOT» nach Reddemann-Tschaikner & Weigl, 2009) wird hier der Dialog verlangsamt und mit Wiederholungsschleifen versehen (vgl. Steiner, 2010, S. 101f).

#### «Biografiearbeit» (vgl. R. N. Butler)

Als Entwickler des «Life Reviews», eines Konzepts der Lebensrückschau, findet man in den Medien Robert Neil Butler (1927 – 2010). Im Kern geht es um den Wunsch älterer Menschen, ihrem vergangenen Leben einen Sinn zu entnehmen. Laut Specht-Tomann (2012) werden unterschiedliche Schwerpunkte in der «Biografiearbeit» gesetzt. Diese sind «Meine Erkrankung - eine Chronik», «Mein Leben - Meine Wurzeln», «Meine Sprache - Meine Welt» und «Mein Leben - Meine Ernte». Vielen Menschen hilft es in Zeiten innerer Unruhe, wenn sie Erlebtes in einer Chronologie ordnen können. Gefühle lassen sich orten und ordnen. Die eigene Geschichte wird aufgeschrieben, gemalt oder erzählt (vgl. Specht-Tomann, 2012).

«Biografiearbeit» kommt in Konzepten wie «KODOP» (Steiner, 2010) und im «SimA®-Programm» (Oswald, 2005) vor. Sie ist ein wertvoller Bestandteil in der Arbeit mit älteren Menschen. Gerade bei Demenz kann auf Inhalte des Gedächtnisses, die weiter zurückliegen, besser zugegriffen werden. Hilfsmittel dabei sind persönliche Fotoalben, Lieder, Gedichte und Filme aus vergangener Zeit, sowie persönliche Hobbies oder Leistungen (vgl. Steiner, 2010, S. 115). Bei der Durchführung ist es wichtig, genau zuzuhören und sich Bedeutsames über die Teilnehmenden aufzuschreiben, um Anknüpfungspunkte für die Planung zu haben. Es sollen immer wieder Verbindungen zum Leben geknüpft und Fragen dazu gestellt werden. Diese Gesprächsanteile sind bei dieser Arbeit nicht zu unterschätzen.

Viele Menschen sind im Laufe der Zeit verstummt und sollen motiviert werden, sich am Gespräch zu beteiligen. Bei der «Biografiearbeit» (erlebt der ältere Mensch Wertschätzung für alles Geleistete in seinem Leben (vgl. Eisenburger, 2012, S. 21f).

### Zusammenfassung präventive Konzepte

Die einzelnen Konzepte zeigen unterschiedliche Schwerpunkte auf. Zentral sind die Ermöglichung von Kommunikation, Stärkung des Selbst, Einbezug der Biografie, Eigenwahrnehmung, Körperbewusstsein, Erleben der eigenen Kompetenz, Aktivitätssteigerung, Befindlichkeitsverbesserung, Gewinn an Selbstsicherheit und Kontaktfähigkeit, Kreativitäts- und Fantasiesteigerung, Gedächtnis- und Konzentrationssteigerung, bessere Geschicklichkeit und Beweglichkeit, Teilhabe und Partizipation und Vermeidung sozialen Rückzugs (vgl. Mertens, 2000).

### **Aktivierungsangebote**

Wie oben erwähnt, bestehen unterschiedliche Konzepte im Aktivierungsbereich für ältere Menschen. Laut wissenschaftlichen Studien haben sich viele davon bewährt, um die Selbstständigkeit und somit Aktivität, Teilhabe und Partizipation möglichst lange aufrecht zu erhalten. Recherchearbeiten zeigen, dass bislang in der Schweiz bestehende Konzepte kaum umgesetzt werden. In Deutschland und Österreich findet man Programme wie «MAKS aktiv!» (Leuenberger, 2010), die getestet und evaluiert wurden. In Österreich hat die Psychomotorik in Alterszentren ihren festen Platz eingenommen. In der Schweiz wird im Unterschied die Aktivierung grösstenteils von Aktivierungstherapeuten und Aktivierungstherapeutinnen durchgeführt. Es geht um das Gruppenerlebnis, sei es durch Singen, Erzählcafés, Werken, alltagsintegrierte Aktivierung, Bewegen im Sitzen, Yoga, Turnen, Gymnastik, Fitness, Walking, Tanzen, Spiele wie Lotto und vieles mehr. Die Angebote können frei genutzt werden.

In der jetzigen Generation der Menschen im höheren Alter fand eine Verschiebung von Altersvorstellungen statt. Ein drittes Lebensalter (siehe Abbildung 1) in Sicherheit, Würde und Selbstbestimmung wird heute erwartet. Die Angebote der Aktivierung im Seniorensport haben sich sehr verändert. Es bestehen vielseitige und ansprechende Angebote (vgl. Eisenburger, 2012, S. 9). Pro Senectute Schweiz bietet beispielsweise ein abwechslungsreiches Programm an. Eisenburger geht vorwiegend auf das «vierte Lebensalter» (siehe Abbildung 1) ein und zeigt auf, dass es hier Probleme zu bewältigen gibt. Häufig bedeutet Alter, alleine zu sein. Bewegungsarbeit wirkt fördernd, aufheiternd und anregend (vgl. Eisenburger, 2012, S. 9f).

Die Arbeit mit Hochbetagten hat eine andere Ausrichtung als die Arbeit mit «jungen Alten». Es gilt Wege zu finden, um alte Menschen, deren Allgemeinzustand reduziert ist, zu aktivieren. Erlebniszentrierte Arbeitsweisen haben sich als geeigneter erwiesen als funktionell orientierte Ansätze. Bei der Arbeit in Gruppen mit Hochbetagten werden viele Erwartungen zu hochgesteckt.

Die Teilnehmenden da abzuholen, wo sie stehen, hat hier viel Gewicht. Bei Menschen in dieser Altersgruppe sind Variationen von unterschiedlichen Schwierigkeitsstufen, gerade in einer heterogenen Gruppe, unabdingbar (vgl. Eisenburger, 2012, S. 11f).

### Gruppengrösse

Nach Eisenburger (2012, S. 15) bestimmt die Zielrichtung der Aktivität die Grösse der Gruppe. Um eine nette Abwechslung von der Eintönigkeit des Tagesablaufs zu erfahren, sind grössere Gruppen möglich. Für eine individuelle Förderung sind Gruppengrössen von 6-10 Teilnehmenden zu empfehlen, damit auf persönliche Vorlieben und Abneigungen eingegangen werden kann. Die Teilnehmenden kommen leichter ins Gespräch miteinander und beteiligen sich aktiver am Geschehen, wenn die Gruppen nicht zu gross sind. Ausserdem ergibt sich daraus die Möglichkeit, genauere Beobachtungen zu den einzelnen Personen zu machen. Steiner (2010, S. 109) tendiert bei dementen Patienten zu Gruppengrössen von 4-6 Teilnehmenden.

### Gruppenzusammensetzung

Empfehlenswert sind rollende Gruppen, bei denen ein Eintreten und Verlassen jederzeit möglich ist (vgl. Steiner, 2010, S. 109). Gemäss Eisenburger (2012, S. 16f) ist die Zusammensetzung der Gruppe oft sehr heterogen. Sie schreibt, wenn es gelingt, eine eher homogene Gruppe zu bilden, lässt sich effektiver arbeiten. Es entsteht eher ein Gruppengeschehen, da es weder zu Überforderung noch zu Unterforderung kommt. Zusätzlich führt es zu weniger störenden Unterbrechungen. Heterogene Gruppen hingegen können gegenseitige Rücksichtnahme fördern.

Steiner beschreibt aus seiner Erfahrung, wenn gegenseitige Akzeptanz und Hilfe im Fokus der Intervention stehen, bewähren sich heterogene Gruppen (2010, S. 115). Das bestätigt Eisenburgers Aussage. Beide Gruppenarten bieten Vor- sowie Nachteile.

### Gruppenraum

Meist sind die räumlichen Gegebenheiten fix vorgegeben. Es ist jedoch trotzdem wichtig, auf eine gute Eignung der Raum- zur Gruppengrösse zu achten. Zu kleine Räume können das Gefühl des Eingesperrtseins, also der Beengung entstehen lassen. Zu grosse Räume hingegen erschweren eine wohlige Atmosphäre und können ein Gefühl des Verlorenseins auslösen (vgl. Eisenburger, 2012, S. 17).

### Zeitplanung

Laut Eisenburger sollen die Aktivitäten höchstens eine Stunde dauern, damit es nicht zu einer Überforderung bzgl. der Aufmerksamkeit und Ausdauer der älteren Personen kommt. Bei dementen Bewohnern und Bewohnerinnen reichen 45 Minuten schon aus (vgl. Eisenburger, 2012, S. 17). Wie wir bei «MAKS aktiv!» (Leuenberger, 2010) sehen, gibt es auch Konzepte, bei denen zwei Stunden mit dementen Patienten gearbeitet wird. Die Meinungen gehen hier auseinander.

### Transfer in Alltag

Wie bereits bei der Vorstellung des «SimA®-Programmes» oder der «Handlungsorientierten Therapie» (Reddemann-Tschaikner & Weigl, 2009) beschrieben, ist ein Transfer der Interventionsschwerpunkte ins Alltagsleben der Teilnehmenden sehr wichtig. Nach Da Cruz Silva (2012, S. 29) sind nicht nur die unmittelbaren Testwerte des «SimA®-Programmes» zentral, sondern die Wirkungsdauer im Alltag der Senioren. Besteht die Möglichkeit, gewonnene Erkenntnisse im täglichen Leben zu nutzen? Kann der Lernaufwand gerechtfertigt werden? Beim reinen Gedächtnistraining ist laut Studien dieser Effekt relativ gering. Da Cruz Silva (2012, S. 104f) erwähnt, dass möglichst alltagsnahe Übungen mehr Effektivität bringen. Weitere beeinflussende Faktoren für einen Transfer sind Motivation und soziale Verstärkung durch das Umfeld. Der Einbezug von Bezugspersonen ist zum einen für einen nachhaltigen Erfolg und zum anderen für eine Aufrechterhaltung der Selbständigkeit relevant (vgl. Da Cruz Silva, 2012, S. 39).

### Finanzierung

Nach Böhm, Tesch-Römer und Ziese (2009, S. 228) entsteht ein enormer Teil der Krankheitskosten im vierten Lebensalter (siehe Abbildung 1). Erkrankungen gewinnen zunehmend an ökonomischer Bedeutung. Ein Grossteil der Kosten fällt in Pflegeeinrichtungen an. Steiner erwähnt im Interview mit Hirschi, Lippuner und Widmer (2013), die Schwierigkeit der Finanzierung in der Prävention liege vorwiegend darin, dass ein Problem behandelt wird, welches in der Zukunft liegt und noch nicht eingetroffen ist. Wichtig seien eine klare Definition des Angebotes und die Zusammenarbeit mit Betroffenen und Ärzten bzw. Ärztinnen. Damit vor Kostenträgern eine Legimitation erwirkt werden kann, ist ein Wirksamkeitsnachweis notwendig. Zudem eine Gegenüberstellung der anfallenden Kosten und der Einsparungen, die durch das Hinauszögern der Pflegebedürftigkeit voraussichtlich gemacht werden können (vgl. Steiner, 2010, S. 91).

Laut der Schweizerischen Alzheimervereinigung (2008) wird ärztlich verordnete Therapie, wie Logopädie, von der Grundversicherung bezahlt, insofern diese von einer diplomierten Therapeutin im Auftrag des Arztes durchgeführt wird. Ethel Nederkoorn (2009, S.47) hatte die Erfahrung gemacht, dass Psychomotoriktherapie von der Krankenzusatzversicherung ganz oder teilweise übernommen wird. Wenn dies nicht zutraf, waren die Bewohner und Bewohnerinnen Selbstzahler. Hirschi, Lippuner & Widmer (2013, S.26) schreiben wie folgt: «Die Finanzierung kann in drei verschiedene Varianten eingeteilt werden. Erstens sind die offiziellen Kostenträger wie Krankenkassen, Sponsoren, Gemeinden, Stadt und Staat zu nennen, zweitens die Betroffenen als Selbstzahler und drittens die ehrenamtliche Arbeit der Logopädin».



### Zusammenfassung

In diesem Kapitel, dem Theorieteil, wurden die Begriffe demografischer Wandel, das Alter und Altern, Multimorbidität, Gerontologie und Geriatrie, ICF, aktives Altern und präventive Massnahmen erläutert. Durch die immer älter werdende Gesellschaft nimmt die Multimorbidität zu und die Erhöhung des Lebensalters steigert die medizinischen Kosten. Das aktive Altern ist kultur- und geschlechterabhängig. Es verfolgt das Ziel, die Lebenserwartung und Lebensqualität zu verbessern und aufrechtzuerhalten. Die Geriatrie arbeitet ressourcenorientiert und beschäftigt sich mit Massnahmen des aktiven Alterns. Präventive Massnahmen nehmen einen immer grösseren Stellenwert ein. Ihre Wirksamkeit ist durch Langzeitstudien belegt. Der Erhalt sozialer Teilhabe und der Partizipation stehen im Zentrum, um den Hochbetagten möglichst lang ein Leben in Würde zu gewährleisten.

Die physiologischen Veränderungsprozesse im Tätigkeitsfeld der Logopädie haben Auswirkungen auf die Kognition und die Sensomotorik, die der Psychomotorik auf Kognition, Halte-, Stütz- und Bewegungsapparat, konditionelle Fähigkeiten und Koordinationsfähigkeit.

Die vorgestellten Konzepte für präventive Gruppenaktivitäten wie «HOT» (Reddemann-Tschaikner & Weigl, 2009), «SimA®» (Oswald, 2005), «MAKS aktiv!» (Leuenberger, 2010), «ISBA» (Breckow, 1995), «KODOP» (Steiner, 2010) und «Biografiearbeit» (Specht-Tomann, 2012) haben unterschiedliche Schwerpunkte und zielen auf eine Aufrechterhaltung und Verbesserung von Kommunikation, Psyche und Bewegung hin und somit auf eine Vermeidung sozialen Rückzugs.

Die Aktivierungsangebote werden heute vorwiegend von Aktivierungstherapeuten und Aktivierungstherapeutinnen durchgeführt. Konzepte werden dazu kaum eingesetzt. Informationen zu Gruppengrösse, -zusammensetzung, Gruppenraum, Zeitplanung, Transfer in Alltag und Finanzierung der Angebote wurden entsprechend den Empfehlungen der Literatur zusammengetragen.

### **3 Auftrag von Logopädie und Psychomotorik zur Prävention im Alter**

Im folgenden Kapitel werden die Rolle der beiden Fachrichtungen Logopädie und Psychomotorik sowie deren Kombination in Bezug auf Präventionsmassnahmen im Alter erörtert.

Die «Disuse-Hypothese» besagt, dass Fähigkeiten und Funktionen, welche nicht mehr gebraucht werden, verkümmern (vgl. Ulich, 2005). Durch die Neuroplastizität unseres Gehirns lernen Menschen ein Leben lang. Unser Gehirn ist formbar, lässt sich trainieren und kann sich an Veränderungen anpassen.

Die Berliner Altersstudie hält fest, dass sich kognitive Fähigkeiten nicht aufgrund biologischer Faktoren zurückbilden, sondern, wie die «Disuse-Hypothese» auch besagt, dadurch, dass Fähigkeiten und Funktionen nicht mehr gebraucht werden und sich dadurch verschlechtern. Ältere Menschen, welche sich aus dem Alltag und dem sozialen Leben zurückziehen, bleiben im Vergleich zu Menschen, welche am sozialen Leben teilhaben, kognitiv und körperlich weniger lange gesund (vgl. Grewe, 2017, S. 249). Ein Grundanliegen des präventiven Arbeitens ist es, Risiken zu vermeiden, welche die Lebensqualität einschränken und die Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben verhindern (siehe Kapitel 3.1). Gesund oder aktiv altern, wie von der WHO beschrieben, zielt auf eine dauerhafte Teilnahme an alltäglichen Aktivitäten. Nach Grewe gehört zum erfolgreichen Altern die Fähigkeit, sich an altersbedingte Prozesse anpassen zu lernen (2017, S. 243). Dies muss zum einen von der Person selbst aus erfolgen, andererseits von seinem sozialen Umfeld. Hier können präventive Massnahmen ansetzen (vgl. Steiner, 2010, S. 27). Die Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen wurde in Kapitel 3.1 aufgezeigt.

#### **3.1 Rolle der Logopädie in Bezug auf Prävention im Alter**

Die Logopädie beschäftigt sich mit den Komponenten Sprache, Sprechen, Schlucken und Stimme. Der Fokus liegt hierbei darauf, die Kommunikation aufrecht zu erhalten und in Austausch zu kommen, um am sozialen Leben teilhaben zu können. In der Literatur finden sich nicht-medikamentöse Interventionen, Interventionen, die Einfluss auf das Kommunikationsverhalten haben, und Interaktionen in Gruppensettings.

### Nicht-medikamentöse Interventionen

Steiner nennt die hier aufgeführten Möglichkeiten präventiven logopädischen Arbeitens (2010, S. 76):

- Interaktionen in *Gruppensettings* für Primär- und Sekundärbetroffene in Zusammenarbeit mit anderen Professionen, beispielsweise Handlungsorientierter Ansatz «HOT» (Reddemann-Tschaikner/Weigl, 2009) oder «KODOP» (Steiner, 2010). Die Grundlage dafür bildet die eigene Biografie (vgl. Steiner, 2010, S. 115).
- Computergestützte *Trainings*, koordiniert zwischen Logopädie und Neuropsychologie.
- *Coaching und Beratung* der Primär- als auch der Sekundärbetroffenen als Mischung aus Information und Instruktion mit dem Ziel, Lesen, Schreiben und Führen von Gesprächen aufrechtzuerhalten. Beispiel: Kommunikationsverhalten der betroffenen Person sowie des sozialen Umfeldes. In der Dysphagietherapie kann die Logopädin Primär-, Sekundärbetroffene, aber auch das Pflegepersonal als Expertin beratend unterstützen (vgl. Steiner, 2010, S. 126).

### Einfluss logopädischer Interventionen auf das Kommunikationsverhalten

Auf die altersbedingten Veränderungsprozesse wurde in Kapitel 3.2 eingegangen. Unterschiedliche Parameter können zu Kommunikationseinschränkungen führen. Kommunikation kann auf verbalem Weg (Sprache) und nonverbalem Weg (Emotionen, Körpersprache) erfolgen. Zum Beispiel ist es ein Ziel in der Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen, sie darin zu unterstützen, sich mitteilen zu können und in den Dialog mit dem Gegenüber zu treten (vgl. Steiner, 2010, S. 56). Steiner benennt drei Hauptsäulen für ein gelingendes Gespräch, am Beispiel mit dementen Personen (2010, S. 55). Diese sind:

- *Tempo*, mit dem Ziel eines angemessenen "Turn-Takings" und der Reduktion des Gesprächstempos
- *Informationsgehalt*, mit dem Ziel, Missverständnisse zu vermeiden und das Gespräch zu entspannen
- *Klima*, mit dem Ziel, im Gespräch zu kooperieren und um ein informatives Gespräch bemüht zu sein

Nach Steiner (2010) sind gelingende Gespräche von «Wohlfühlen, Geduld, Interesse, Echtheit, Humor, Akzeptanz beachtet... mit der Massgabe 'Klima vor Präzision – Information'».

Grewe betont die Gefahr einer übertriebenen Anpassung des Kommunikationsmusters älteren Menschen gegenüber (2017, S. 243). Sie spricht vom sogenannten «Elderspeak», wobei es durch «eine übertriebene Art der Intonation, eine verlangsamte Sprechrate, viele Wiederholungen und eine insgesamt vereinfachte Syntax» (Grewe, 2017) zu einer Abwärtsspirale in der Kommunikationsfähigkeit betagter Personen kommen kann.

Werden ältere Personen in ihren Fähigkeiten unterschätzt, fühlen sie sich angegriffen, es kann zu einer grösseren Abhängigkeit und schliesslich zur Isolation kommen (vgl. Grewe, 2017, S. 243). Grewe (2017) beschreibt eine Studie von Sachweh, wobei es um Kommunikationsformen in der Altenpflege, sowohl seitens des Pflegepersonals als auch der Bewohner und Bewohnerinnen, geht.

Sachweh stellt unterschiedliche Kommunikationsstrukturen fest und beschreibt positive und negative Verhaltensweisen älteren Menschen gegenüber (siehe Abbildung 10), wobei sie auch bemerkt, dass bei Pflegepersonal eine starke Kontextgebundenheit bestehe (Sachweh, 2000 und 2003).

Das Mass der Anpassung stellt in der Kommunikation mit älteren Menschen eine Herausforderung dar. Bei zu starker Anpassung besteht die Möglichkeit, dass sich die Betagten zurückziehen. Bei einer zu geringen Anpassung wird ein gelingendes Gespräch beispielsweise durch zu leises oder zu schnelles Sprechen erschwert. Um den Einsatz der Sprache zu unterstützen, sei es ideal, die Gesprächsperson zu beobachten und sich auf ihre Bedürfnisse einzustellen. Die Prävention setzt hier an, indem sich beide Seiten mit den Kommunikationsformen auseinandersetzen (vgl. Grewe, 2017, S. 246-247).



Positive versus negative Verhaltensweisen in der Kommunikation	
<p>Siezen, mit Nachnamen ansprechen</p> <p>Aufforderungen nicht im Imperativ</p> <p>Nutzen von Infinitiv-, Modalverbkonstruktionen, Ellipsen</p> <p>Höflichkeitsformen (bitte, danke)</p> <p>Wiederholen von Handlungsverben (hinsetzen, aufstehen)</p> <p>Pronomen durch Nomen ersetzen</p> <p>Sätze kurz und einfach</p> <p>Rituelle Gesprächsanfänge und - beendigungen</p> <p>Neue Handlungen ankündigen</p> <p>Gliederungssignale wie «so»</p> <p>Vergewissernde Nachfragen («ne, gell...»)</p>	<p>Vor- oder Kosenamen</p> <p>Häufiger Imperativ</p> <p>Wörter mit wenigen Silben</p> <p>Kindliche Ausdrücke</p> <p>Stark vereinfachtes Vokabular</p> <p>Starker / kein Blickkontakt</p> <p>Starker / kein Körperkontakt</p> <p>Tätscheln, streicheln</p> <p>Einfache Syntax</p> <p>Themen werden vorgegeben, unangemessenes Lob</p> <p>Benennung der Person in der 3. Person</p> <p>Über jemanden sprechen, trotz dessen Abwesenheit</p> <p>Übertriebene Prosodie</p>

**Abbildung 12** - Verhaltensweisen in der Kommunikation (nach Sachweh, 2000 und Sachweh 2003)

### Interaktionen in Gruppensettings

In logopädischen Gruppentherapien geht es um die Herstellung sozialer Kontakte und um Gespräche mit anderen Betagten. Voraussetzungen für eine Teilnahme sind primär Wachheit und Mobilität. In einem geschützten Rahmen werden Verantwortung übernommen, Kontakte geknüpft und Interaktionen mit unterschiedlichen Gesprächspartnern selbst angeregt. Handlungen versprochen, steht in solchen Settings im Vordergrund. Der Therapeut bzw. die Therapeutin, mit Wissen um Kommunikationsstrategien, legt Rahmenbedingungen für gelingende Kommunikation fest, stellt Gruppenregeln auf, übernimmt als Fachperson die Gesprächssteuerung, gibt Feedback und Lob, spricht Gefühle an und hilft Sprechängste abzubauen. Die Betagten erleben auf diesem Weg Normalität, Kompetenz und eine Aufwertung ihres Selbstbildes. Für die Gruppengespräche eignen sich aktuelle, alltagsbezogene, biografische, lebensbedeutsame Themen und solche, die persönlich relevant sind (vgl. Steiner, 2010, S. 108-110 und Steiner, 2016, S. 109f).

### 3.2 Rolle der Psychomotorik in Bezug auf Prävention im Alter

Motogeragogik bedeutet Psychomotorik im Alter. Es setzt sich aus den Wörtern Motologie und Geragogik zusammen. «Der Mensch braucht Bewegung, um beweglich zu bleiben. Und zwar körperlich, geistig und seelisch. Nur dann kann er sich gesund entwickeln - und (relativ) gesund bleiben. Bewegung ist Leben - Leben ist Bewegung» (Eisenburger, Gstöttner & Zak, 2008, S. 6). Der Körper muss in Übung gehalten werden, sonst verkümmert er, nach dem Prinzip «Use it or Lose it».

Die Leistungsfähigkeit eines Menschen hängt vom eigenen Verhalten ab. Wird im Alter die Mobilität vernachlässigt, ist man auf Unterstützung von aussen angewiesen. Das Konzept der Motogeragogik beschränkt diese Anregungen nicht auf funktionales Üben. Der ganze Mensch wird erreicht, denn alle Bereiche brauchen Anreize, damit sich Körper, Geist und Seele weiterhin lebendig fühlen (Eisenburger et al., 2008, S. 6f).

Als Ausgangspunkt ihres Konzepts nennen Eisenburger et al. (2008, S. 7) folgende Aussage der Psychomotorik: «Der Mensch muss mit sich selbst und seinem Körper – in seiner sozialen Gemeinschaft – in seiner Umwelt zurechtkommen». Dazu braucht er die Ich-, Sozial- und Sach-Kompetenz (siehe Abbildung 11).

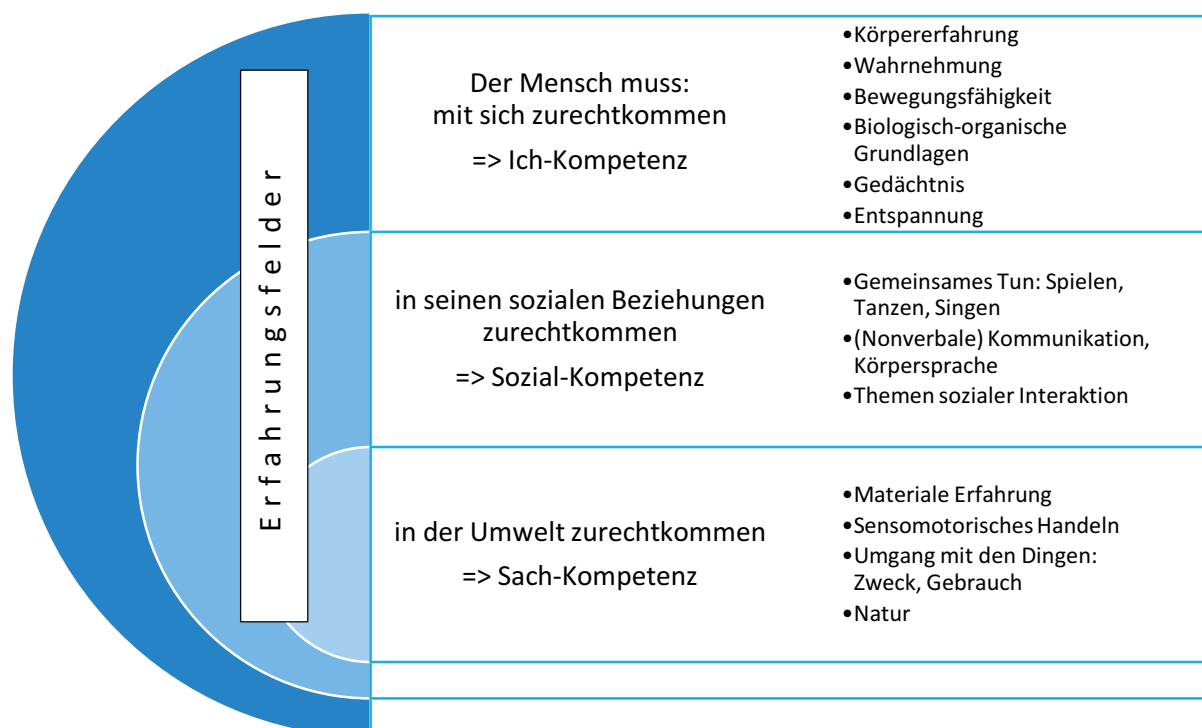


Abbildung 13 - Praxis der Psychomotorik (nach Eisenburger M. et al., 2008)

Motogeragogische Arbeit ist bewegend, abwechslungsreich, überraschend und spannungsvoll. Wichtig sind folgende Grundprinzipien und Haltungen:

- Wer sind die Menschen, denen wir begegnen?
- Wie können wir ihnen respektvoll und wertschätzend begegnen?
- Was bieten wir ihnen an, um ihr Selbstwertgefühl und Wohlbefinden zu steigern?

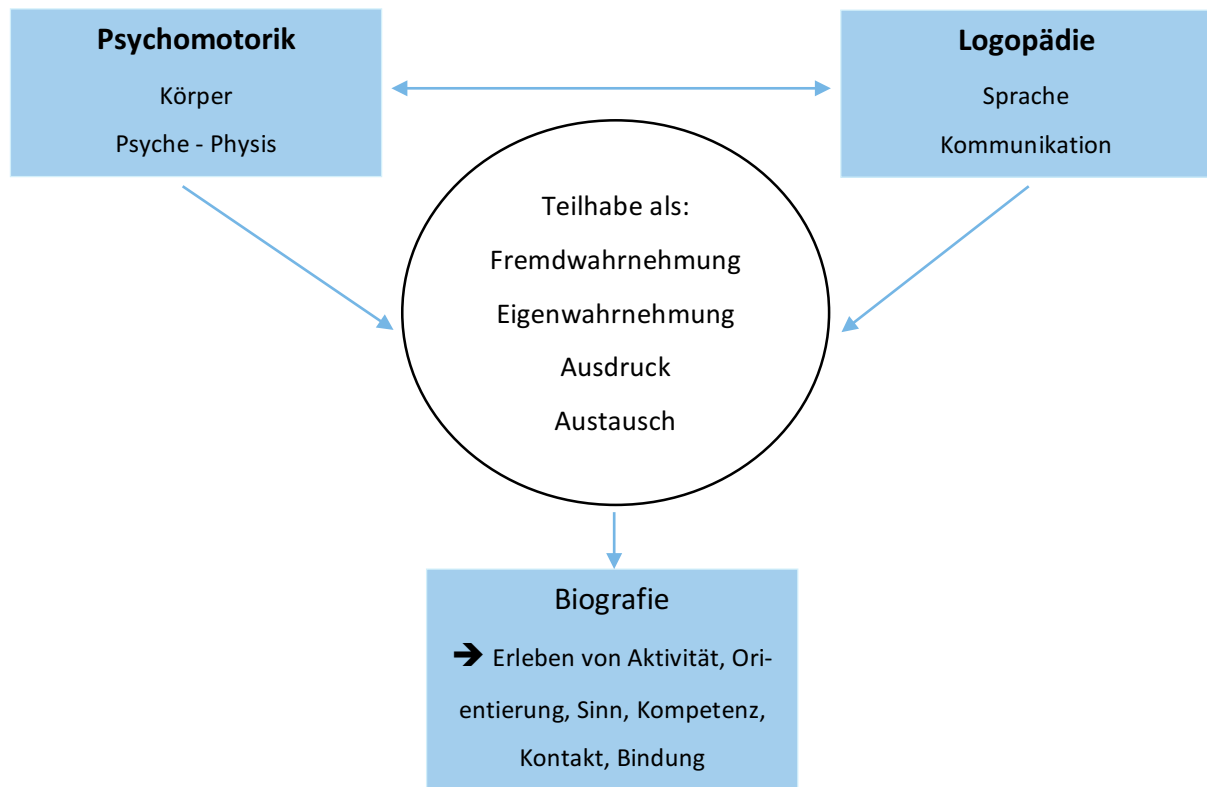
Das ganzheitliche Wahrnehmen und das Würdigen der Lebenserfahrungen dieser Menschen steht im Vordergrund. Aktives Beobachten und Registrieren, sowie Anerkennung von kleinsten Erfolgen sind wichtige Aufgaben. Das Prinzip der Freiwilligkeit hat einen hohen Stellenwert. Niemand ist verpflichtet mitzumachen. Das Wissen und die Erfahrungen der Teilnehmenden werden in die Einheiten miteinbezogen. Rituale sollen Sicherheit und Vertrautheit geben und somit zum Wohlbefinden beitragen. In dieser Atmosphäre ist es möglich, Neues auszuprobieren und selbsttätig zu sein. Dies führt zur Belebung und gibt ein Gefühl von Spannung und Neugier, was wiederum die Interaktion fördert und zu Handlungen anregt, aus denen sich Gesprächsstoff ergibt. Das oftmals zweckentfremdende Experimentieren mit Alltagsmaterialien weckt Erinnerungen und fördert die Kreativität. Nicht das Erbringen einer grösstmöglichen Leistung, sondern die individuelle Entwicklung steht im Vordergrund. Die Stärken eines Einzelnen werden spürbar gemacht. Emotionen werden zugelassen und Gefühle gezeigt. Gemeinsames Lachen wirkt verbindend. Dem individuellen Rhythmus jedes Einzelnen kommt eine grosse Bedeutung zu. Selbsttätiges Agieren fördert ein gesteigertes Reaktionsvermögen. Das tägliche Leben wird dadurch erleichtert und es entsteht Sicherheit (vgl. Eisenburger et al., 2008, S. 14f).

### **3.3 Rolle der Logopädie kombiniert mit Psychomotorik in Bezug auf Prävention im Alter**

«Sprache und Bewegung sind Instrumente des Selbst und ermöglichen Dialog und Austausch mit der Welt» (vgl. Steiner, 2010, S. 116).

Steiner (2010) zeigt die Parallelität von Sprache und Bewegung auf. Beide setzen Achtsamkeit voraus, fördern durch Mobilität und Kommunikation den Kontakt zu anderen Personen, ermöglichen verbalen und nonverbalen Dialog, fördern die Teilhabe und Partizipation im sozialen Umfeld und bei beiden ist die Arbeit an der persönlichen Biografie zentral. Die Logopädie hat die Sprache und somit die Kommunikation im Zentrum, die Psychomotorik Körper, Bewegung und Psyche. Das Ziel von Logopädie und Psychomotorik ist, «sich selbst und andere wahrzunehmen, sich auszudrücken und sich verbunden zu fühlen» (Steiner, 2010). Bewegungsaktivitäten werden instruiert und auch reflektiert. Hier spielt die Sprache eine wichtige Rolle. Psychomotorik kann durch Ausdruck im nonverbalen Bereich eine Ressource darstellen, indem sie einen Ausgleich zum verbalen Sprachabbau durch Einsatz von Haltung, Mimik und Gestik schaffen kann. Emotionen können erlebt und die Körpersprache bewusst wahrgenommen werden (vgl. Steiner, 2010).

Abbildung 12 verdeutlicht die Einflussnahme von Logopädie und Psychomotoriktherapie auf Körper und Sprache (vgl. Steiner 2010). Dies unter Berücksichtigung der im Hochbetagtenalter vorkommende physiologischen Veränderungsprozesse, Multimorbidität, Medikation, Behinderungen und sonstige Beeinträchtigungen:



**Abbildung 14** - Einflussnahme von Logopädie und Psychomotoriktherapie auf Körper und Sprache (nach Steiner, 2010)

Steiner (2010) nennt folgende Punkte als Grundidee, um Sprache und Bewegung zu koppeln:

- Von der willkürlich gesuchten Sprache zur begleitenden Sprache mit und in der Bewegung zu kommen,
- Ausdruck mit dem Körper als Ergänzung des Ausdrucks mit Worten Raum zu geben,
- Spontaneität und Entdeckung statt angestrebter Wortsuche,
- Handlungskompetenz zu erleben und Handlungsabläufe gemeinsam zu realisieren,
- Im Bewegungsrhythmus den roten Faden zu sichern.

Verschiedene Langzeitstudien (siehe Kapitel 3.1) betonen vor allem bei kombinierten Ansätzen, wie beim «SimA®-Konzept» nach Oswald oder bei «AKTIVA» von Tesky und Pantel, die Wirksamkeit präventiver Massnahmen. «Nur lebenslange körperliche und geistige Aktivität gewährleistet eine möglichst lange Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im höheren Alter». (Oswald, Rupprecht & Hagen, 2012).

In Kapitel 3.3 wurden bereits folgende kombinierten Programme vorgestellt: «SimA®-Programm» nach Oswald, «MAKS aktiv!» nach Prof. Dr. Elmar Gräbel und «ISBA» nach Jutta Breckow.



Laut Breckow steht Bewegung nicht nur für physische Bewegung, sondern auch für emotionales Bewegtsein (1995, S. 29). Auch Sprache kann durch plötzlich eintretende Ereignisse oder Krankheiten, wie beispielsweise Demenz oder Schlaganfall mit folgender Aphasie, als Ausdrucksmittel eingeschränkt sein (vgl. Breckow, 1995, S. 38). Für Breckow ist ein rein auf Sprache und Sprechen gerichtetes Training bei Hochbetagten mit einer Kommunikationsstörung aufgrund der Multimorbidität oder eines sozialen Rückzugs ungeeignet. Sobald Erwartungen an die sprachlichen Fähigkeiten gestellt werden, entziehen sich Hochbetagte häufig einer Therapie. Deshalb müsse auf die verbliebene Fähigkeitsstruktur zurückgegriffen werden, was Breckow in ihrem Projekt «Integrative Sprach- und Bewegungsarbeit» («ISBA») zeigt (vgl. Breckow, 1995, S. 2-4).

### Zusammenfassung

Logopädische präventive Interventionen beinhalten Gruppensettings, unter Einbezug Primär- als auch Sekundärbetroffener. Die Grundlage bildet die eigene Biografie. Ausserdem umfassen die Interventionen Trainings, Coaching und Beratung. In Dialog zu treten und im Dialog zu bleiben, sind wichtige Ziele der logopädischen Arbeit. Für ein gelingendes Gespräch müssen das Gesprächstempo, der Informationsgehalt und das Klima des Gesprächs beachtet werden. Eine Gefahr liegt im «Elderspeak», einer übertriebenen Anpassung der Sprache älteren Menschen gegenüber. Gruppentherapien verhelfen dazu, soziale Kontakte zu knüpfen und Gespräche mit anderen Betagten zu führen. Gesprächsgrundlage sind Themen, die für das Leben der Beteiligten relevant sind.

Die Motogeragogik ist die Psychomotorik im Alter. Das Ziel ist, in Bewegung zu bleiben, körperlich, geistig und seelisch. Dazu braucht der Betagte die Ich-Kompetenz, um mit sich zurechtzukommen, die Sozial-Kompetenz, um in seinen sozialen Beziehungen zurechtzukommen und die Sach-Kompetenz, um in der Umwelt zurechtzukommen. Der Mensch wird als Ganzes wahrgenommen, die Lebenserfahrung respektiert, Emotionen und Gefühle sind wichtige Komponenten.

Verbindet man Logopädie und Psychomotorik, so werden Sprache, Kommunikation, Körper, Bewegung und Psyche verbunden. Teilhabe am sozialen Leben wird gefördert, ein Rückzug aus dem Leben vermieden. Verschiedene Studien belegen die Wirksamkeit kombinierter Ansätze.

## 4 Auswertung Fragebögen und persönliche Befragungen

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Umfrage bei den Alters- und Pflegezentren im Kanton Zürich zeigt den Ist-Zustand zu präventiven Gruppenangeboten, zu kombinierten logopädischen und psychomotorischen Angeboten zur Prävention, zu Finanzierung von Präventionsangeboten, zu allgemeinen Gruppenaktivitäten in den Alterszentren und den Beitrag von Logopädie und Psychomotorik zur Prävention im Alter auf. Es folgt die Auswertung der Interviews mit A.C. und E.N., zwei Expertinnen im Bereich Prävention und Geriatrie. Ein Vergleich der Befragung mit den Interviews und den Ergebnissen aus der Literaturarbeit findet sich im Anschluss.

### 4.1 Auswertung Ist-Zustand: Befragung Alterszentren

Für die Umfrage zu präventiven Gruppensettings in Alterszentren wurden 235 Institutionen angefragt, ob sie bereit wären, an der Umfrage teilzunehmen. Pro Senectute Schweiz gab den Hinweis, dass eine Liste aller Heime des Kantons Zürich über die Internetseite von Curaviva abgerufen werden könne. Es haben sich 43 Heime zurückgemeldet, einen direkten E-Mail-Kontakt angegeben und ihre Teilnahme zugesichert. Der elektronische Fragebogen wurde mit dem Tool «Limesurvey» erstellt und an die entsprechenden Zentren versendet. Der eingeräumte Beantwortungszeitraum betrug 4 Wochen. Es haben 26 Institutionen den Fragebogen komplett, weitere 12 teilweise beantwortet. In die Auswertung flossen alle erhaltenen Antworten ein. Es wird jeweils die Anzahl (n) der gesamt antwortenden Institutionen angegeben. Die Kürzel 1a bis 5i beziehen sich auf die jeweilige Frage des Fragebogens.

Die Auswertung der Umfrage erfolgt nach Themengebieten analog zur Umfrage. Die nachstehenden Fragestellungen werden in Kapitel 6.1 beantwortet.

1. Welche Aktivierungsangebote gibt es heute in Alterszentren, von wem werden diese angeboten und wie werden sie finanziert?
2. Welche Rolle spielen Logopädie und Psychomotorik in Kombination in der Prävention im Alter und insbesondere in Alterszentren?
3. Welche Möglichkeiten zur Umsetzung und Finanzierung kombinierter Sprach- und Bewegungsangebote von Logopäden/Logopädinnen und Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen werden von den Institutionen gesehen?

## Präventive Gruppenangebote

In den befragten Alterszentren bieten 88% Gruppenangebote zur Prävention an (n=33) (1a).

Tabelle 1 zeigt, von wem diese Angebote durchgeführt werden (1b):

**Tabelle 1:** Ausführende der präventiven Gruppenangebote in den befragten Alterszentren

• Aktivierungstherapeuten und Aktivierungstherapeutinnen	37%
• Freiwillige	15%
• Zivildienstleistende	10%
• Ergotherapeuten bzw. Ergotherapeutinnen	8%
• Sonstige: Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Gerontologen/Gerontologinnen, Personal allgemein, Bewegungspädagogen/-pädagoginnen, Pflegepersonal, Hauswirtschaftslehrkräfte mit Zusatzausbildung, Psychiatrische Krankenpflege, Pro Senectute, Bewegungsleiter/-leiterinnen und Zentrumsleitung	27%
• Logopädie	0%
• Psychomotorik	3%

85% der Befragten (n=28 von 33) geben an, dass die Präventionsangebote allen Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen des Alterszentrums offenstehen (1c). In den drei Zentren, in denen die Angebote nicht allen Bewohnern offenstehen (1d), sind die Gründe:

- Mobilität
- Bewohner und Bewohnerinnen der Wohnungen können nur an ausgewählten Gruppenaktivitäten teilnehmen
- Es wird derzeit am Aufbau eines Aktivierungsangebotes zur Prävention gearbeitet

Zwei Zentren gaben dazu keine Antwort.

Die nach Themen gruppierten Aussagen der Befragten (n=11) werden in Tabelle 2 aufgelistet. Die Befragten geben hier an, was ihnen in Zusammenhang mit präventiven Angeboten zusätzlich wichtig erschien (1e):

**Tabelle 2:** Offene Aussagen der Befragten in Zusammenhang mit präventiven Gruppenangeboten

<b>Weiterbildung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laufende Weiterbildung der Mitarbeitenden</li> </ul>
<b>Aktivierungs- personen:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da unser Haus eher klein ist, gibt es nur 1 AT (Aktivierungstherapeut/Aktivierungstherapeutin) und zwischendurch Zivis</li> <li>• Ergotherapeuten bzw. Ergotherapeutinnen kommen nur bei den Bewohnern bzw. Bewohnerinnen vorbei, die eine Verordnung haben</li> <li>• Freiwillige machen bei uns meistens nur Begleitungen zu Arztbesuchen</li> </ul>
<b>Angebote:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau eines neuen Aktivierungsangebotes mit Start ca. März 2018</li> <li>• Sind in Planung: ab 2018 Zusammenarbeit mit carefit Zentrum (carefit-MTT – Therapie und Training) mit Anwesenheit einer Physio 2 Std. pro Woche</li> <li>• Grosse Abwechslung möglich, grosse Teilnehmerzahl</li> <li>• Monatlicher Musikanlass im Haus und Film</li> <li>• Maltherapie, Einzelgespräche, Küchenstammtisch</li> <li>• Gutes Leben miteinander auf Ausflügen, Gesprächsgruppen, Männer-Treff</li> <li>• Aufgrund des immer höheren Eintrittsalters unserer Gäste werden diese Angebote immer wichtiger</li> </ul>
<b>Mitbestimmung/ Coaching</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitbestimmung der Bewohner bzw. Bewohnerinnen ist wichtig</li> <li>• Eine gute Begleitung ist wichtig im Sinne von Coaching</li> </ul>

52% der Befragten (n=27) sind logopädische und/oder psychomotorische Angebote zur Prävention bekannt. Genannt werden hier (1 f):

**Tabelle 3:** Logopädische und/oder psychomotorische Angebote zur Prävention, die den Befragten bekannt sind

<b>Bewegungsorientiert</b>	Sturzprävention, alltagsintegrierte Aktivierung, Bewegen im Sitzen, Yoga, Turnen, Gymnastik, Fitness, Bewegen mit Freude, Walking, Tanzen, Bewegung und Singen, Gehtraining, Bewegung im Alltag unter Anleitung
<b>Sprachorientiert</b>	Logopädische Gruppen, Alltagsintegrierte Aktivierung, Gedächtnisstraining, Singen, Gespräche führen, Kaffeekränzchen/Erzählkaffees, Erzähl-tisch, Geschichten Erzählgruppen, Plaudertee-Abende, Stammtisch, Lotto
<b>Sonstige Angebote</b>	Markt-/Museumsbesuche, Spiel-Angebote, Feste feiern, Werken und Gestalten, Themenabende, Ausflüge, Kreativ-Treffpunkt

### Kombinierte logopädische und psychomotorische Angebote zur Prävention

Über die Hälfte der Befragten (56% bei n=27) bieten kombinierte Bewegungs- und Sprachangebote zur Prävention an (2 a). Tabelle 4 zeigt, von wem diese durchgeführt werden (2b):

**Tabelle 4:** Ausführende der kombinierten Bewegungs- und Sprachangebote zur Prävention in den befragten Alters- und Pflegezentren

Aktivierungstherapeuten bzw. Aktivierungstherapeutinnen	43%
Physiotherapeuten bzw. Physiotherapeutinnen	17%
Freiwillige	13%
Ergotherapeuten bzw. Ergotherapeutinnen	4%
Sonstige: Pflegepersonal, Gerontologe bzw. Gerontologin, Pro Senectute	22%

Logopädie und Psychomotorik sind nicht vertreten (2 b).

Die Zentren, welche keine kombinierten Angebote durchführen, begründen dies v.a. mit einem Mangel an dafür geeigneten Personal (44%), Finanzierungsproblemen (28%) und Zeitfaktoren (6%). Als weitere Gründe werden angegeben, dass bereits viele alternative Angebote bestehen, das Zentrum zu klein sei, Kenntnisse über solche Angebote fehlen, nicht genügend Kapazitäten frei und andere Aufgaben vorrangig wären (2c). Gerade drei Institutionen (n=15/20%) meinen, nach einem bestimmten Konzept zu arbeiten (2d). In diesem Zusammenhang wurden ein Aktivierungskonzept, ein peergetragenes Konzept in Zusammenarbeit mit der ZHWA (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften) Bewegung im Alltag und ein nicht näher bekanntes Konzept genannt (2e). 60% der Institutionen (n=27) können sich vorstellen, sprach- und bewegungsorientierte Gruppenaktivierung zur Prävention, durchgeführt von Logopäden/Logopädinnen oder Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen, in ihr Angebot aufzunehmen (2f).

Elf Institutionen äusserten sich ablehnend. Als Gründe dafür wurden angegeben (2g):

- finanziell nicht tragbar
- grosses Angebot ist bereits vorhanden
- bei den Geldgebern sei viel Überzeugungsarbeit notwendig
- zu hohes Durchschnittsalter, steigt gegen 90 Jahre und damit zunehmende Multimorbidität
- bei Menschen mit Demenz gehe es vorwiegend um den Erhalt der Fähigkeiten und Ressourcen, weniger um Therapie
- zu geringe Nachfrage
- zu kleiner Betrieb
- Stellen müssten zu Lasten der Aktivierung abgebaut werden
- Angebot an Kommunikation und Aktivierung genüge

Auf die Frage, ob Raum für Logopädie und Psychomotorik in Alterszentren zur Umsetzung von präventiven Angeboten gesehen wird (2h), antworten zwei Drittel mit ja (n=27). Die offenen Meinungen der Befragten zu logopädischen und psychomotorischen Angeboten sind (2i):

- Wertvoll/offen/positiv
- Bedingungen/Einschränkungen: Angebot wird genutzt. Hohes Durchschnittsalter. Therapeutische Erfolge von Kolleginnen. Weniger für Menschen mit Demenz. Wertvoll für Prävention und Rehabilitation. Aktivierungsangebote werden eher ab- als aufgebaut. Keine Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die ein logopädisches Angebot benötigen. In grösseren Zentren sinnvoll. Nur, wenn die Therapie gezielt eingesetzt wird. Wertvolle Ergänzung, vor allem Psychomotorik. Mit zunehmendem Alter immer wichtiger.
- Benötigen mehr Informationen, um solche Präventionsmassnahmen gegenüber der Trägerschaft vertreten zu können.

Sonstiges:

- Es benötigt keine ausgebildeten Logotherapeuten bzw. Logotherapeutinnen. Alle Aktivitäten müssen in einem geeigneten Umfeld eingebettet sein und dürfen nicht isoliert betrachtet werden.

### Finanzierung von Präventionsangeboten

Wie die heutigen Gruppenangebote finanziert werden (3a), zeigt Tabelle 5 (n=37, Mehrfachantworten möglich):

**Tabelle 5:** Finanzierung der heute in den Alters- und Pflegezentren durchgeführten Gruppenangebote

Alterszentrum	57%
Bewohner als Selbstzahler	24%
Sonstige	14%
Krankenkasse	3%
IV	3%

Die Finanzierungsmöglichkeiten präventiver Massnahmen, durchgeführt von Logopäden/Logopädinnen oder Psychomotoriktherapeuten-/therapeutinnen (3b), werden in Tabelle 6 genannt (n=54, Mehrfachantworten möglich):

**Tabelle 6:** Möglichkeiten einer Finanzierung präventiver Massnahmen, durchgeführt von Fachpersonen der Logopädie oder Psychomotorik, wie sie sich die Institutionen vorstellen könnten

Krankenkassen	31%
Bewohner bzw. Bewohnerinnen als Selbstzahler	27%
Alterszentren	20%
IV	12%
Sonstige (eventuell Stiftung, Extrabezahlung da Extrakurs, Bewohner über Betreuungstaxe)	7%

Nur 23% der Institutionen werden durch Partnerinstitutionen unterstützt (3c). Diese sind (n=10, Mehrfachantworten): Pro Senectute 30%, Curaviva 20% und sonstige, wie andere Alterszentren, Wehntal bewegt, SVAT (Schweizerischer Berufsverband der Aktivierungstherapeuten und Aktivierungstherapeutinnen) und Krankenkassen. Die Möglichkeit, dass sich das eigene Haus an der Finanzierung von Fachpersonen geleiteten, präventiven Interventionen beteiligt, wird vom Grossteil der Befragten (n=26) abschlägig beurteilt (50%). Weitere 23% geben an, dies nicht zu wissen oder sich da nicht sicher zu sein (8%). Lediglich 18% können sich vorstellen, dass sich ihre Institution an solchen Angeboten finanziell beteiligen würde (3d).

### Gruppenaktivitäten im Alterszentrum

Die Gruppengrösse der allgemeinen Aktivitäten beläuft sich bei 27% der befragten Zentren (n=26) auf sechs bis acht, bei 46% auf acht oder mehr Personen. In den restlichen Institutionen sind kleinere oder deutlich grössere Gruppen (4b).

In 47% der Zentren (n=32) finden die Präventionsangebote wöchentlich statt, in 19% täglich oder mehrmals pro Woche, in 16% alle zwei Wochen oder monatlich.

Folgende Aktivierungsangebote für Gruppen bieten die Zentren an (4d/n=24):

**Tabelle 7:** Aktivierungsangebote allgemeiner Art für Gruppen, die von den Zentren heute angeboten werden

<b>Kommunikation, Sprache</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppentreffen um Kontakte zu knüpfen und damit Kommunikation und Interaktionen zu fördern</li> <li>• Gesprächsaustausch</li> <li>• Erhalt der Sprachfähigkeit</li> </ul>
<b>Bewegung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Sturzprävention Yoga und Bewegen mit Freude</li> <li>• Power Plate zur Stärkung der Beinmuskulatur</li> <li>• Gezielte Förderung von Motorik</li> <li>• Mobilisierung und Kräftigung der Hände</li> </ul>
<b>Soziales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an der sozialen Gemeinschaft: Kontakte knüpfen, Förderung von Interaktionen</li> </ul>
<b>Wahrnehmung</b> <b>Wohlbefinden</b>  <b>Biografie</b>  <b>Selbstwert</b> <b>Sinne</b> <b>Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der Wahrnehmung</li> <li>• Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität, Ziel: Spass/Freude/Lachen</li> <li>• Alte Fähigkeiten wecken/Biografie Arbeit</li> <li>• Stärkung des Selbstwertgefühls durch handwerkliche Arbeit</li> <li>• Aktivitäten, die alle Sinne ansprechen</li> <li>• Aktivitäten um Fähigkeiten/Ressourcen zu verbessern/länger zu erhalten, um Einsamkeit zu verhindern/minimieren; Hobbys weiter pflegen</li> </ul>

Offene Äusserungen zu den Angeboten sind:

- Zu wenig Angebote, müssen auf- und ausgebaut werden
- Vielfältigkeit wird sehr geschätzt
- Eine gute Auswahl anbieten
- Angebote müssen den Wünschen der Kunden angepasst sein
- Mehr Gruppenaktivitäten machen keinen Sinn
- Kommt alles sehr gut an und wir haben beinahe zu wenig Zeit, noch mehr anbieten zu können
- Könnte mehr sein mit gezielteren Kleingruppen
- Einzeltherapie/-begleitung ist ausbaubar
- Gäste fühlen sich in den kleinen Gruppen sehr wohl und geborgen
- Beachten der Altersstruktur und Polymorbidität
- Angebote sind für die Bewohner und Bewohnerinnen wichtig
- Gruppen müssen homogen sein
- Nachfrage/Teilnahme rückläufig
- Etwas wenig Personal in der Aktivierung



### **Beitrag Logopädie und Psychomotorik zur Prävention im Alter**

Die Hälfte der Befragten (n=26) bekunden ein mittelgrosses Interesse an logopädischen Themen, 35% ein eher geringes, 8% ein sehr grosses und 8% erwähnen kein Interesse (5a). Bezüglich des Themenkreises der Psychomotorik liegt das mittelgrosse Interesse bei 54%. Geringes Interesse bekunden 27% und 19% geben an, sich sehr für diesen Themenkreis zu interessieren. Die Auswertung der Frage nach dem Interesse an einer Kombination beider Fachthemenkreise Logopädie und Psychomotorik ergab, dass der überwiegende Teil der Befragten dieses als eher gering (42%) bis mittelgross (31%) einstufen (5c). An einer Weiterbildung zu den Themen Logopädie und Prävention im Alter (n=26) sind 42% interessiert, an einer Weiterbildung zum Thema Psychomotorik und Prävention im Alter (n=26) sind es 58% (5d). Das eigene Angebot bezüglich Logopädie zur Prävention im Alter (n=26) finden 65% ausreichend (5f), zum Thema Psychomotorik zur Prävention (5g) im Alter 50% (n=26).

Die Analyse der Befragten (n=26) bezüglich ihrer beruflichen Fachbereiche ergab folgendes Bild (5h):

- Zentrumsleitung (35%)
- Leitung Pflege und Betreuung (28%)
- Aktivierungsfachperson (21%)
- Sonstige: Gerontologie, Ergotherapie, Fachperson Betreuung, Leitung Vermietung und Gästebetreuung

Die Mehrzahl der Häuser sind privat organisiert und liegen im mittleren Preissegment. Die Bewohner bzw. Bewohnerinnen haben einen mittleren Lebensstandard (5i).

## 4.2 Auswertung Interviews: A.C. und E.N.

Auf Empfehlung von Jürgen Steiner (Betreuer dieser Arbeit) wurden zusätzlich zu den Befragungen der Alterszentren A.C. und E.N. als Primärquellen ausgewählt. Die Intention dazu lag darin, tiefere Einblicke in das Verständnis von Präventionsmassnahmen im Alter aus der Sicht zweier Expertinnen zu erlangen. A.C. und E.N. haben wichtige Zusatzinformationen zur Literatur geliefert. Die Transkripte befinden sich im Anhang.

### A.C.

A.C. wuchs in einem von ihren Eltern geleiteten Altersheim auf. Sie ist auf Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung spezialisiert und arbeitet heute als Sonderpädagogin in der Weiterbildung der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) Zürich.

Prävention müsse ihrer Meinung nach sehr früh beginnen. Da die Altersentwicklung grosse Unterschiede aufweisen könne, sei diese auch sehr individuell. Das wichtigste wäre, den Menschen so lange als möglich Selbstbestimmung, Autonomie, Gesundheit und psychisches Wohlbefinden und somit Lebensqualität durch soziale Kontakte zu ermöglichen. In der Aktivierung befürwortet auch A. C. kombinierte Sprach- und Bewegungsangebote in Gruppen und sieht hierin eine längst überfällige Abkehr von einseitigen Gedächtnistrainings. Sie betont, dass sich ein Wechsel der Generationen vollzogen habe und die Ansprüche der heutigen Generation gestiegen seien.

Für die Finanzierung sieht sie eine Umwälzung auf die Bewohner bzw. Bewohnerinnen eher als kritisch, da viele alte Menschen von Ergänzungsleistungen lebten und der Altersarmut angehörten. Es sei zudem wichtig, zwischen Pflege und Betreuung zu unterscheiden. Heute kommen die Gelder vor allem über die Pflege. Die Gerontagogik befähigt Menschen in dem, was sie haben, sie werden gesundheitlich gefördert um Medikamente zu reduzieren, Stürze zu vermeiden und Selbständigkeit auszuüben. Sie betont, dass Psychomotorik in Österreich in den Alterszentren stark vertreten sei, in der Schweiz jedoch weder Logopädie noch Psychomotorik bislang ihren Platz gefunden hätten. Dies käme auch durch die Schwierigkeiten bei der Finanzierung.

Viele Aktivierungsangebote werden deshalb von Freiwilligen durchgeführt. Einschränkungen sieht A.C. auch im Zeitmanagement des Pflegepersonals, welches zeitliche Fixpunkte im Betreuungsalltag der Heimbewohner bzw. Heimbewohnerinnen setzt. Sie schlägt aus diesem Grund ein «walk-in»-Konzept vor, Angebote mit nicht klaren Zeitgefässen, damit die Bewohner zu nicht fixen Zeitpunkten kommen und gehen können. Die Tagesverfassung der Betagten käme erschwerend hinzu, da diese stark variieren könne. Bei Schwindel müsse man beispielsweise achtgeben, da bereits ein leichtes Beugen des Kopfes in einer Aktivierungsübung Probleme hervorrufen könnte. Bei Demenz sei wichtig, dass die Personen orientiert seien. Aber auch die Umgebung spiele eine grosse Rolle, als Beispiele nannte sie Lichtverhältnisse und akustisch Gegebenheiten.

Die Gruppengrösse müsse je nachdem nach unten angepasst werden, manchmal seien vier Teilnehmenden schon die obere Grenze. Eine rollende Planung sei unbedingt wichtig und die Angebote sollten regelmässig stattfinden, um keine Beliebigkeit hervorzurufen. Dadurch werde auch den Bewohnern bzw. Bewohnerinnen ein höheres Mass an Wertschätzung entgegengebracht.

In Gruppentherapien brauche es Verständnis für die anderen Teilnehmenden. Es wären Menschen mit einer Geschichte, mit grosser Lebenserfahrung, die gewürdigt werden müssten, denen auf Augenhöhe zu begegnen sei.

Aus A.C.' Sicht sind Fachpersonen im präventiven Bereich in Alterszentren sehr wichtig. Bewusst gestaltete Präventionsangebote könnten zu einer Verbesserung der Funktionen und einer Reduzierung von Psychopharmaka beitragen. Als Beispiele nennt sie den positiven Einfluss von Bewegung auf innere Unruhezustände oder Darmprobleme, was seinerseits zu einem Wiederentstehen des Hungergefühls führen könnte. In der gruppentherapeutischen Erinnerungsarbeit, dem Bewegungs- und Spracherinnern, sieht A.C. einen hohen Gewinn für die einzelnen Teilnehmenden. Auch hebt sie die Möglichkeit von präventiven Interventionsangeboten für Einzelpersonen hervor. Informationsangebote sieht A.C. eher für Pflegefachpersonen oder für Personen ohne Ausbildung, die in Alterszentren arbeiten. In Bezug auf bestimmte Krankheitsbilder wie Demenz befürwortet sie eine Aufklärung auch bei den Angehörigen.

Zusammenfassend unterstreicht A.C. die bereits aus der Literatur herausgearbeiteten Punkte, wie die Wichtigkeit kombinierter fachspezifischer Prävention, Einsatz von Konzepten und vor allem der «Biografiearbeit» und sieht darin einen Weg hin zu gesteigertem Wohlbefinden und Selbständigkeit und letztendlich auch zu einer Reduktion der Gesundheitskosten. Die Finanzierung sieht auch sie als kritisch, eine Unterscheidung in Betreuung und Pflege sei wichtig. Ein weiteres Problem stellt der Zeitmangel des Pflegepersonals dar. Wie auch in den neuesten Medienmitteilungen zu lesen war, soll hier weiter eingespart werden. Dabei ist man bei präventiven Angeboten auch auf die Pflege angewiesen, denn wie A.C. sagt, fängt Prävention bereits beim «Parat machen» der betagten Menschen an.

## **E.N.**

E.N. schloss ihr Studium zur Psychomotoriktherapeutin 2009 ab. 2010 führte sie während sechs Monaten ein Projekt in fünf Alterszentren des Kantons Zürich durch. Zum einen hat sie mit einzelnen Betagten, welche sie gemeinsam mit der Leitung auswählte, an den Auswirkungen von Vereinsamung und Leidendruck (körperlicher und/oder seelischer Art) gearbeitet. Zum anderen betreute sie gezielt Gruppen von Menschen mit Demenz. Dabei bezog sich E.N. auf das Konzept «Psychomotorik im Alter: Ein Projekt in zwei Schweizer Alters- und Pflegeheimen» von Fässler und Hentschel (2008). Ihr Projekt evaluierte sie unter folgenden Gesichtspunkten: Wie oft haben sich die Teilnehmenden in das Gruppengeschehen eingebracht? Bewegten sie sich erkenntlich (Aktivität der Füße, Beine und Arme)? Äuserten sie sich zu Fragen? Trugen sie eigene Ideen bei? Als Basis für ihre Auswertung beantwortete E.N. diese Fragen nach jeder Lektion. Das Projekt wurde von einer Stiftung finanziert und die Evaluation fiel sehr positiv aus.

Prävention bedeutet für E.N. den Erhalt von Fähigkeiten, um im Alltag zurecht zu kommen. Wenn die Kräfte nachlassen, körperliche Komponenten sich reduzieren und die Psyche Unterstützung braucht, werden die Bewohner bzw. Bewohnerinnen durch ein begleitendes Angebot zur Bewegung und Teilhabe in der Gruppe motiviert. Durch das gemeinsame Erleben und miteinander Spasshaben, beispielsweise über das Singen oder rhythmische Angebote, wird die Psyche beeinflusst, was zu einem nachhaltig positiven Effekt führt.

Präventionsangebote werden laut E.N. meist gezielt mit Fachleuten geplant. Das können Bewegungspädagogen/-pädagoginnen, Rhythmiker/Rhythmikerinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Seelsorger/Seelsorgerinnen sein oder einfach jemand, der mit den Bewohnern/Bewohnerinnen singt. Die Heime sind sehr frei in dem, was sie anbieten, und vieles läuft kurzfristig.

Bestehende Konzepte, die präventive Massnahmen seitens Logopädie und Psychomotorik miteinander verbinden, existieren laut N. leider nicht. Bezogen auf die Alterspyramide und den Anspruch der Leute, die andere Bedürfnisse haben als früher, wären diese sinnvoll.

E.N. sieht einen Platz für Logopädie und Psychomotorik in Alterszentren. Die Schwierigkeiten würden bei der Finanzierung liegen. Es wäre sinnvoll, in einem finanzkräftigen Umfeld wie Zürich oder Zug starten zu können. Laut ihren Aussagen brauche es mehr qualitativ gute Angebote, hinter denen ein Konzept stehe und dessen Nutzen nachgewiesen werden könne. Erfolgserlebnisse müssten aufgezeigt werden, auf die zurückgegriffen werden könne, um das Produkt interessant zu machen.

Gruppengrößen von 5-8 Personen erachtet sie als sinnvoll. Bei grösseren Gruppen sei es nicht realistisch, auf Einzelne einzugehen und einen guten Kontakt zu pflegen.

Singen könne man mit 18 Leuten, für eine befriedigende Durchführung sei aber das persönliche Eingehen auf den einzelnen Menschen und seine Vorlieben wichtig. Sie erwähnt hier die Vorteile von Einzelbetreuung. Es gebe Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die im geschützten Rahmen ihres Zimmers aus sich herauskämen, Persönliches erzählten und Übungen mitmachten, die sie sich in der Gruppe nicht zugetraut hätten. Ein psychomotorisches Angebot sollte mindestens einmal die Woche, besser jeden oder alle zwei Tage durchgeführt werden. Sie erwähnt die Aussage von Jürgen Steiner: ein «Soziozeutikum» anstatt ein Pharmazeutikum, welches regelmässig verabreicht wird, um den Bewohnern bzw. Bewohnerinnen dabei zu helfen spielerisch aus sich rauszukommen und unbewusst an ihren Kompetenzen zu arbeiten.

Auf Grundlage dieser Vorstellung wollte E.N. eine psychomotorische Intervention in der Innerschweiz anbieten, stiess auch auf Interesse, aber es wurde ihr klargemacht, dass keine finanziellen Mittel zur Verfügung ständen. Ihre Überlegung geht dahin, dass sie nach ihrer Pensionierung Freiwilligenarbeit leistet. Bis dann möchte sie aber in einem geregelten Arbeitsprozess sein. E.N. versuchte im Weiteren über das Anbieten von Weiterbildungen Fuss zu fassen, was sich als schwierig erwies. Hier sah sie sich erneut vor dem Problem begrenzter Module, die sich schlecht mit dem eigenen Arbeitspensum organisieren liessen und viel Flexibilität erforderten. Die Erfahrungen vieler Stolpersteine, obwohl man nirgends abgeneigt war, zeigte ihr auf, dass es ein schwieriger Weg ist, sich als Psychomotoriktherapeut bzw. -therapeutin in der Geriatrie zu etablieren. Ihre Überlegungen führten dahin, dass eine Projektgruppe mit Verteilung von Aufgaben realistischer wäre, als sich als Einzelkämpferin durchzuschlagen.

Die Chance, dass unsere Berufsgruppen Weiterbildungsangebote finanzieren würden, schätzt sie als hoch ein. Sie sieht aber einen grossen Aufwand, der damit verbunden ist. Aufwand und Ertrag scheinen ihr nicht sinnvoll. Einmal wurde E.N. in einem Alterszentrum fest angestellt. In der Einarbeitungszeit wurde ihr wieder gekündigt, da sie nicht Teil des interdisziplinären Teams war und die Leitung ihre Funktion nicht klar definiert hatte. Niemand sah sie als Hilfe und Unterstützung. Das führte zu Widerstand. Ihre Stellenprozente mussten an anderer Stelle eingespart werden, alle sahen nur Mehraufwand und keinen Nutzen. Sie erwähnte, dass es berufspolitisch sinnvoll wäre, die Psychomotorik im Gesundheitssystem zu verankern. Sie selbst hat Einzeltherapien als Selbständige über die Krankenkasse abgerechnet. Dafür ist sie dem EMR - Erfahrungs-Medizinischen-Register - beigetreten. Ganz einfach ist dieses System nicht, es gleiche einem Dschungel und die Anerkennung und daraus folgende Finanzierung würde nicht von allen Kassen unterstützt.

Zusammenfassend sieht auch E.N. Prävention als wichtigen Faktor in der Arbeit mit hochbetagten Menschen. Sie befürwortet ebenso die Arbeit mit Konzepten im interdisziplinären Team. Ihre persönlichen Erfahrungen zeigten ihr jedoch viele Hindernisse und Stolpersteine in der aktiven Umsetzung im Alterszentrum.

Die grössten Schwierigkeiten erfuhr sie sowohl in der Anerkennung ihrer Arbeit als auch deren Finanzierung. Ein Meilenstein diesbezüglich wäre, die Psychomotorik im Gesundheitssystem zu verankern.

#### Zusammenfassung Interviews

Die Befragung der beiden Fachpersonen zeigt auf, dass qualitativ hochwertige Angebote, hinter denen ein Konzept steht, in der Geriatrie Bedeutung haben. Diese werden aber erst ihren Platz finden, wenn finanzielle Schwierigkeiten geklärt und unsere Berufsgruppen in ihrer Arbeit klar deklariert sind.

### **4.3 Vergleich Ist-Zustand Alterszentren, Interviews und Literatur**

In den folgenden Ausführungen werden die Antworten der Alterszentren den Antworten der Interviewpartnerinnen und der Literatur gegenübergestellt und ein Fazit gezogen.

#### **Präventive Gruppenangebote**

Sowohl die Literatur als auch C. und N. sehen den Gewinn kombinierter sprach- und bewegungsorientierter, präventiver Interventionen durch gut ausgebildete Fachleute im Alter. Das Ziel ist, Kontakte zu knüpfen, die Kommunikation beizubehalten und somit dem sozialen Rückzug entgegenzuwirken und infolgedessen Medikamente und letztendlich auch Gesundheitskosten zu reduzieren. Es wird vor allem der Erhaltung der Selbständigkeit viel Bedeutung beigemessen. Die Zentren erwähnen Angebote wie Sturzprophylaxe und Erhalt der Gesprächsfähigkeit, es scheint aber nicht das oberste Ziel, damit die Selbständigkeit zu fördern, und die Arbeit nach Konzepten zur Prävention findet so gut wie nicht statt.

Literatur	Alterszentren	Interviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erlebniszentrierte Angebote haben sich als geeigneter erwiesen als funktionell orientierte Ansätze</li> <li>• Konzepte wie «HOT» (Reddemann-Tschaikner &amp; Weigl, 2009), «SimA®» (Oswald, 2005), «MAKS» (Leuenberger, 2010), «ISBA» (Breckow, 1995), «KODOP» (Steiner, 2010) und «Biografiearbeit» (Specht-Tomann, 2012) mit unterschiedlichen Schwerpunkten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprache: Gruppentreffen zur Interaktion und Erhalt der Gesprächsfähigkeit</li> <li>• Bewegung: Sturzprävention, Yoga, gezielte Förderung von Motorik</li> <li>• Sinneswahrnehmung: Aktivitäten die alle Sinne ansprechen</li> <li>• kaum Arbeit nach Konzepten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach A.C. weg von einseitigem Gedächtnistraining</li> <li>• Reduzierung von Medikamenten, Stürzen und Förderung der Selbständigkeit (A.C.)</li> <li>• Laut E.N. werden Präventionsangebote gezielt mit Fachpersonen geplant, die punktuell geholt werden</li> </ul>

**Abbildung 15:** Vergleich präventive Gruppensettings zwischen Literatur, Alterszentren und Befragungen

### **Kombinierte Angebote von Logopädie und Psychomotorik zur Prävention**

Über die Bedeutung und die Wirksamkeit kombinierter Sprach- und Bewegungsangebote herrscht Einigkeit. Angebote in den Alterszentren bestehen zwar, werden bis anhin jedoch nicht von Logopäden/Logopädinnen und Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen durchgeführt. Die beiden Frauen C. und N. sehen einen Gewinn in kombinierten Angeboten und betonen die Wichtigkeit der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team.

Literatur	Alterszentren	Interviews
<ul style="list-style-type: none"><li>• Es existieren kombinierte Sprach- und Bewegungsangebote, diese werden aber nicht in Kooperation Logopädie und Psychomotorik durchgeführt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kombinierte Bewegungs- und Sprachangebote mit präventivem Charakter bestehen</li><li>• Logopädie und Psychomotorik sind nicht vertreten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A.C. befürwortet kombinierte Sprach- und Bewegungsangebote</li><li>• E.N. sieht die Zusammenarbeit vor allem als Gewinn, um die Aufbauarbeit auf mehrere Personen zu verteilen.</li></ul>

**Abbildung 16** - Vergleich kombinierte Angebote von Logopädie und Psychomotorik zur Prävention

### **Finanzierung der Präventionsangebote**

Die Finanzierung von Präventionsangeboten ist problematisch. Sie läuft heute über verschiedene Kanäle. Wichtig sind vor allem die Krankenkassen und die Alterszentren selbst. Bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen als Selbstzahler muss in Betracht gezogen werden, dass viele Hochbetagte Bezüger von EO-Leistungen (EO = Erwerbsausfallentschädigung) sind und keine weiteren Beiträge leisten können. Ehrenamtliche Tätigkeiten sowie der Einsatz von Zivildienstleistenden stellen wichtige Komponenten in der Pflege und Betreuung dar. Bei einer Integration von Logopädie und Psychomotorik in der geriatrischen Arbeit muss entweder in der Aktivierung eingespart werden, das heisst, es findet ein Stellenaustausch statt, oder alternative Konzepte müssen erarbeitet werden.



Literatur	Alterszentren	Interviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Krankenkassen, bei verordneter Logopädie über Grundversicherung, bei Psychomotorik teils über Zusatzversicherung</li> <li>•Sponsoren, Gemeinden, Stadt und Staat</li> <li>•Betroffene als Selbstzahler</li> <li>•Ehrenamtliche Arbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Heute werden 57% der Angebote von den Alterszentren finanziert, 24% von den Bewohnern und Bewohnerinnen als Selbstzahler</li> <li>• Für ein präventives Angebot von Psychomotorik und Logopädie sehen sie eine Finanzierung zu 31% von den Krankenkassen, zu 27% von den Bewohnern und Bewohnerinnen als Selbstzahler, gefolgt von 20% seitens der Alterszentren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kaffeekasse (E.N.)</li> <li>•Betroffene als Selbstzahler</li> <li>•Ehrenamtliche Arbeit</li> <li>•Umwälzung auf Bewohner und Bewohnerinnen steht A.C. kritisch gegenüber</li> <li>•Angebot E.N. wurde von einer Stiftung bezahlt</li> <li>•Festanstellung, muss aber an anderem Ort eingespart werden (E.N.)</li> <li>•Trennung Pflege - Betreuung (A.C.)</li> <li>•Verankerung der Fachgebiete im Gesundheitssystem</li> </ul>

**Abbildung 17** - Vergleich Finanzierung der Präventionsangebote

### Gruppenaktivitäten im Alterszentrum

In der Gruppenzusammensetzung und Gruppengröße gibt es keine generelle Empfehlung. Ob homogene oder heterogene Gruppen, hängt von der Art der Aktivität ab. Auch die Gruppengröße sollte dem jeweiligen Angebot angepasst werden. Um eine Effektivität der Aktivitäten – auch mit nichtpräventivem Charakter - zu erhalten und wertschätzend den Bewohnern gegenüberzutreten, wird für eine regelmässige Durchführung der Angebote plädiert.

Literatur	Alterszentren	Interviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Gruppengrösse wird von der Zielrichtung der Aktivität bestimmt. Für individuelle Förderung, Gruppengrössen zwischen 6-10. Bei dementen Teilnehmenden, Gruppen zu 4-6 Personen</li> <li>•Die Aktivitäten sollen regelmässig stattfinden. «MAKS aktiv!» (Leuenberger, 2010) beispielsweise wird täglich durchgeführt</li> <li>•Vorteile und Nachteile für homogene, sowie heterogene Gruppen</li> <li>•Sinnvoll um Selbständigkeit aufrecht zu erhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•In 46% der Zentren Gruppengrössen von 8 oder mehr Bewohner und Bewohnerinnen</li> <li>•Bei 27% sind es 6-8 Bewohner und Bewohnerinnen</li> <li>•In 47% der Zentren finden die Gruppenaktivitäten wöchentlich statt, bei 19 % mehrmals pro Woche sowie täglich, bei 16% alle zwei Wochen oder monatlich</li> <li>•Gruppen müssen homogen sein</li> <li>•In gewissen Zentren ist das Angebot ausreichend, andere würden es gerne ausbauen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•E.N. tendiert zu Gruppen nicht grösser als 5-8 Teilnehmende, nach A. C. sind vier schon genügend</li> <li>•Die Aktivitäten sollten mindestens einmal die Woche, besser jeden oder alle zwei Tage durchgeführt werden (E.N.). A.C. hebt hervor, dass gerade die Regelmässigkeit den Bewohnern und Bewohnerinnen Wertschätzung entgegenbringe</li> <li>•Laut E.N. sind vor allem Gruppenaktivitäten, deren Nutzen nachgewiesen werden kann, wichtig</li> </ul>

Abbildung 18 - Gruppenaktivitäten in Alterszentren

### Beitrag Logopädie und Psychomotorik zur Prävention im Alter

Die Wirksamkeit von Logopädie und Psychomotorik in der Prävention werden auch im Hochbetagtenbereich unterstrichen. Dies wird in der Literatur belegt und sowohl von A.C. als auch von E.N. bestätigt. Die Alterszentren bekunden nur ein geringes bis mittleres Interesse, oftmals sind die Kenntnisse über die Wirkung der Fachbereiche ungenügend.

Literatur	Alterszentren	Interviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Personal beratend unterstützen</li> <li>•Aufrechterhaltung Kommunikationsfähigkeit und Mobilität der betroffenen Personen</li> <li>•Herstellung von sozialen Kontakten</li> <li>•Unterstützung, damit der Mensch in seinem Körper, in seiner sozialen Gemeinschaft und seiner Umwelt zurechtkommt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Interesse am Themenkreis Logopädie und Psychomotorik als präventive Interventionsangebote in der Geriatrie gering bis mittel</li> <li>•42% der Zentren sind an Weiterbildungen dazu interessiert</li> <li>•50% der Befragten finden das eigene psychomotorische und 65% das bestehende logopädische Angebot als ausreichend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•E.N. hat selbst den Nutzen der Psychomotorik erfahren und sieht viel Potential in einem gemeinsamen Angebot. Die Zentren seien auch offen für Weiterbildungsangebote</li> <li>•A.C. sieht die Wichtigkeit von Fachpersonen im Umgang mit Hochbetagten und befürwortet kombinierte Sprach- und Bewegungsangebote in Gruppen. Sie sieht Informationsbedarf bei Angehörigen und unqualifiziertem Hilfspersonal in Bezug auf Demenz</li> </ul>

**Abbildung 19** - Vergleich Beitrag Logopädie und Psychomotorik zur Prävention im Alter

### Zusammenfassung

Im Vergleich wird deutlich, dass eine Kombination aus sprach- und bewegungsorientierter Präventionsarbeit im Alter befürwortet wird. In den Heimen gibt es Präventionsangebote. Diese werden heute von Aktivierungstherapeuten bzw. -therapeutinnen durchgeführt und basieren nicht auf Konzepten zur Prävention. Die Finanzierung konzeptbezogener Präventionsarbeit durch Fachpersonen der Logopädie und/oder Psychomotorik stellt ein Kernproblem dar. Vielfach ist die Aktivierungsarbeit auf Freiwillige oder Zivildienstleistende angewiesen. Die Gruppengrösse und -zusammensetzung richtet sich nach dem jeweiligen Angebot, welches regelmässig stattfinden sollte. Die Wirksamkeit von Logopädie und Psychomotorik in der Prävention ist nachgewiesen. Seitens der Heime besteht ein geringes bis mittleres Interesse an den Themenkreisen der beiden Fachrichtungen.

## 5 Diskussion und Beantwortung Fragestellungen

Zum Abschluss werden die Fragestellungen beantwortet, es folgt eine Diskussion aus Erkenntnissen dieser Arbeit und schliesslich eine Zusammenfassung mit Ausblick.

### 5.1 Beantwortung Fragestellungen

Die Beantwortung der Fragenstellungen, welche dieser Arbeit zugrunde liegen, basiert auf den Resultaten der Befragungen der Alters- und Pflegezentren und entspricht somit nicht einer persönlichen Interpretation der Autorinnen.

1. Welche präventiven Aktivierungsangebote gibt es heute in Alterszentren, von wem werden diese angeboten und wie werden sie finanziert?

#### Heutige präventive Gruppenaktivitäten in den Alterszentren

Die heute von den Zentren angebotenen, präventiven Gruppenaktivitäten, sind nachfolgend ersichtlich:



**Abbildung 20** - Präventive Aktivierungsangebote in Alterszentren

### Durchführung der Angebote in den Alterszentren

Von den befragten Heimen geben 88% an, präventive Angebote durchzuführen.

Diese werden primär von folgenden Personengruppen durchgeführt:

- Aktivierungstherapeuten bzw. -therapeutinnen (37%)
- Freiwilligen (15%)
- Zivildienstleistenden (10%)
- Ergotherapeuten bzw. -therapeutinnen (8%)
- Sonstige (27%) durchgeführt von: Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Gerontologen/Gerontologinnen, Pflegefachkräfte, Bewegungspädagogen/-pädagoginnen, Hauswirtschaftslehrkräfte mit Zusatzausbildung, Psychiatrische Krankenpflege, Pro Senectute, Bewegungsleiter/-leiterinnen und Zentrumsleitung

Logopädische Fachpersonen wurden nicht genannt, Psychomotoriktherapeuten bzw. -therapeutinnen lediglich zu 3% (n=60, Mehrfachnennungen möglich).

### Finanzierung der Aktivitäten in den Alterszentren

Die Finanzierung der Aktivitäten läuft zu 57% über die Alterszentren und in 24% der Zentren über die Bewohner bzw. Bewohnerinnen. Weiter werden Krankenkassen und IV mit je etwa mit 3% und Sonstige mit 14% genannt.

## 2. Welche Rolle spielen Logopädie und Psychomotorik in Kombination in der Prävention im Alter und insbesondere in Alterszentren?

Die Alterszentren weisen ein breites Spektrum an Aktivierungssettings auf. Ein kombiniertes Präventionsangebot von Logopädie und Psychomotorik besteht derzeit in den befragten Alterszentren nicht. 60% der befragten Institutionen können sich solche Präventionsangebote vorstellen. Dem steht jedoch ein bereits grosses Angebot, finanzielle Gründe, zu hohes Durchschnittsalter, zu geringe Nachfrage und ein Abbau von Aktivierungsstellen zugunsten von Logopäden/Logopädinnen oder Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen entgegen. Trotzdem sehen zwei Drittel der Befragten einen Platz für Logopädie und Psychomotorik in Alterszentren zur Umsetzung von präventiven Angeboten.

3. Welche Möglichkeiten zur Umsetzung und Finanzierung kombinierter Sprach- und Bewegungsangebote von Logopäden/Logopädinnen und Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen werden von den Institutionen gesehen?

Als mögliche Finanzierungsquellen präventiver Massnahmen nennen

- 31% Krankenkassen
- 27% die Bewohner bzw. Bewohnerinnen als Selbstzahler und
- 20% die Alterszentren

Nur 23% der Zentren werden durch Partnerinstitutionen unterstützt.

Diese sind:

- Pro Senectute mit 30%
- Curaviva mit 20% und
- Sonstige mit 50%: andere Alterszentren, Wehntal bewegt, SVAT (Schweizerischer Berufsverband der Aktivierungstherapeuten bzw. -therapeutinnen).

Die Chance, dass sich das eigene Haus an der Finanzierung von präventiven Angeboten von Logopäden/Logopädinnen oder Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen beteiligt, schätzen 50% mit «eher nein» ein, 23% wissen es nicht, 8% sind sich nicht sicher und 18% denken, ihr Haus würde sich beteiligen.

## 5.2 Diskussion

Aus den Erkenntnissen dieser Arbeit, die besagen, dass es heute ein breites Spektrum an bewegungs- und sprachorientierten Aktivitäten in den Zentren gibt, dass Logopädie und Psychomotorik keinen Stellenwert in der Arbeit mit Hochbetagten haben und dass die Finanzierung ein Kernproblem darstellt, stellt sich die Frage: Braucht es Logopädie und Psychomotorik in Kombination in der Prävention in Alterszentren? Wie Kapitel 5.3 gegenüberstellt, sind sich A.C. und E.N. über die Wichtigkeit beider Fachgruppen in der Geriatrie, vor allem in Kombination, einig. Studien über Prävention und Hochbetagte belegen dies, aber auch die in Kapitel 3.3 beschriebenen Konzepte, die Sprache und Bewegung verbinden, wie beispielsweise «SimA®» nach Oswald (2005), «ISBA» nach Breckow (1995) oder «MAKS aktiv!» nach Gräsel (2011). Wenn die Wirksamkeit von Logopädie und Psychomotorik auch im hohen Alter nachgewiesen ist, warum finden sie dann keinen Platz in der Arbeit mit Menschen im 4. Lebensalter? Die Befragung zeigt, dass prinzipiell ein Interesse seitens der Alters- und Pflegeheime vorliegt, Psychomotorik und Logopädie zu integrieren.

Aus den angeführten Gründen, weshalb diese Integration noch nicht stattfindet, schliessen wir folgendes:

- Das genaue Tätigkeitsfeld, die Wirkung und die Rolle von Logopädie und Psychomotorik sind nicht bekannt.
- Die Bedeutung der beiden Fachrichtungen Logopädie und Psychomotorik für die Prävention altersbedingter Beschwerden und Einschränkungen wird unterschätzt. So werden den Tatsachen, dass Logopädie alte Menschen zur Kommunikation bringen kann oder Psychomotorik nicht nur die Bewegung, sondern auch die Psyche anspricht, noch zu wenig Beachtung beigemessen.
- Konzepte, nach denen gearbeitet werden kann, sind nicht geläufig.
- Der wirkliche Bedarf an logopädischen und psychomotorischen Massnahmen vom Standpunkt der Heimleitung, der Angestellten, der Primär- und Sekundärbetroffenen (Angehörigen) sowie deren Rahmenbedingungen sind noch nicht ausreichend erforscht.
- Bereits heute arbeitet das Pflegepersonal in Alterszentren unter Zeitdruck und am Limit ihrer physischen und emotionalen Belastbarkeit. Durch weitere Kosteneinsparungen im Alters- und Pflegebereich, wie sie derzeit in der Politik diskutiert werden, wird die Teilnahme an Gruppenaktivitäten für stark unterstützungsbedürftige Bewohner bzw. Bewohnerinnen zusätzlich erschwert werden. Alternative Konzepte, wie Bildung einer kombinierten Praxis, bestehend aus Therapeuten der Logopädie, Psychomotorik, Ergotherapie und eventuell anderen Therapeuten, sind nicht bekannt.

Um Logopädie und Psychomotorik im geriatrischen Bereich zu etablieren, sind aus unserer Sicht folgende Massnahmen sinnvoll:

- Bedarfsanalyse aller am Prozess Beteiligten, also auch der Primär- und Sekundärbetroffenen
- Informationsveranstaltungen für Betroffene, Angehörige, Leitung und Mitarbeitende der Pflegezentren mit folgenden Themen:
  - ⇒ Aufklärung über die Berufsfelder der Logopädie und der Psychomotorik, deren konkreten Interventionsmöglichkeiten inklusive ihrer Wirksamkeit
  - ⇒ Wichtigkeit präventiver Arbeit, vor allem auch im Hochbetagtenalter darlegen
  - ⇒ Einflussmöglichkeit von Logopädie und Psychomotorik im geriatrischen Bereich aufzeigen
  - ⇒ Einbezug der Berufsverbände Logopädie und Psychomotorik, um die Wichtigkeit dieser Bereiche auch im Geriatrischen zu untermauern
- Weiterbildungsangebote für Heimleitungen und Personal: Wichtigkeit von konzeptuellen Arbeiten aufzeigen, sowie Präsentation präventiver Konzepte in der Geriatrie mit hohem Wirksamkeitsnachweis

Ergibt die Bedarfsanalyse einen tatsächlichen Bedarf an präventiver Arbeit durch Fachpersonen, dann stellt sich die Frage nach dem «wie», der Umsetzung. E.N. nennt in dem im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interview, ihre persönlichen Erfahrungen als Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen in einem Alterszentrum. Hauptprobleme in ihrer Arbeit waren mangelnde Information der Angestellten und unklare Umschreibung ihres Tätigkeitsgebietes. Um in Alterszentren zu arbeiten, gibt es die Möglichkeit als Selbständige oder als Angestellte zu wirken. Sie empfiehlt einen Zusammenschluss von Fachpersonen der Logopädie und Psychomotorik. Daraus ergibt sich im Weiteren:

- Eine Überprüfung unterschiedlicher Praxismodelle mit verschiedenen Therapeuten/Therapeutinnen und einen möglichen Einsatz derer in Alters- und Pflegeheimen, wie beispielsweise einen halben Tag pro Woche. Dies dient der Unterstützung der Aktivierung, Beratung des Personals und/oder Durchführung von Therapieeinheiten.
- Die Notwendigkeit einer klaren Umschreibung des Tätigkeitsgebietes und der fundierten Information der Angestellten.

Menschen im 3. Lebensalter sind häufig noch mobil und wohnselbständig. Prävention muss früh beginnen. Für dieses Alter gibt es bereits zahlreiche Angebote, wie ein Blick auf die Internetseite von Pro Senectute zeigt ([www.prosenectute.ch](http://www.prosenectute.ch)). Hier denken wir für Logopädie und Psychomotorik eher an eine beratende Tätigkeit, da die Arbeit bei Pro Senectute häufig auf die ehrenamtliche Mithilfe von Freiwilligen basiert.

Für beide Fachrichtungen können wir uns eine Verankerung im 4. Lebensalter vorstellen. Auch hier sind die Aufrechterhaltung der Mobilität und der Kommunikation äusserst wichtig und auch möglich. Die betagten Menschen profitieren von der erfahrenen Wertschätzung, der verstärkten Selbständigkeit und der damit verbundenen Aufwertung ihres Selbstwertgefühls. Zudem lassen sich Gesundheitskosten beispielsweise durch Sturzprophylaxe oder Vermeidung sozialen Rückzugs mit eventueller Depression als Folge, reduzieren.



Als Einsatzgebiete von Logopädie und Psychomotorik gäbe es aus unserer Sicht im Geriatrischen verschiedene Möglichkeiten:

- Anstellung in einem Alterszentrum mit klaren Regelungen und in einem definierten Pensum.
- Einsatz als selbständige Mitarbeitende mit festgelegten Einsatzzeiten.
- Die Kombination aus Selbständigkeit und Anstellung.
- Eine Beratungstätigkeit von Heimleitung, Personal, Primär- und Sekundärbetroffenen.
- Kombinierte Arbeit in Gruppen- und Einzelsettings. E.N. betont im Interview, dass die Gefahr für Bewohner bzw. Bewohnerinnen bestehe, in Gruppensettings unterzugehen. Dagegen könnten die Betroffenen in Einzelsettings eher aus sich rauskommen und Hemmungen abbauen.
- Die Finanzierung von Einzeltherapien wäre gegebenenfalls über die Krankenkasse eher möglich, wenn diese von ärztlicher Seite verschrieben würden.
- Ein weiterer Ansatzpunkt ergibt sich aus unserer Sicht im Abrechnungsmodell mit den Krankenkassen, wo es Änderungen bedarf. Nach Informationen seitens E.N. arbeitet der Verband Psychomotorik Schweiz daran. Das Abrechnungsverfahren wäre einfacher, wenn Logopädie und Psychomotorik als medizinische Therapien zugelassen würden. Hier benötigt es ein Umdenken, welches nur stattfindet, wenn die Wirksamkeit dieser Disziplinen und die sich aus der präventiven Arbeit ergebenden Kosteneinsparungen sichtbar werden.

### 5.3 Zusammenfassung und Ausblick

Das Ziel dieser Arbeit war, Informationen zum Ist-Zustand in Alters- und Pflegeheimen zu erhalten und den Stellenwert der Logopädie und Psychomotorik in der Geriatrie zu eruieren. Die erste zu beantwortende Forschungsfrage lautet, welche präventiven Aktivierungsangebote es heute in Alterszentren gibt, von wem diese durchgeführt und wie sie finanziert werden. Die zweite Frage, welche Rolle Logopädie und Psychomotorik in Kombination in der Prävention im Alter und insbesondere in Alterszentren spielen. Die dritte Frage, welche Möglichkeiten zur Umsetzung und Finanzierung kombinierter Sprach- und Bewegungsangebote, von Logopäden/Logopädinnen und Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen, von den Institutionen gesehen werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit liefern Erkenntnisse zu allen drei Fragestellungen, welche im Verlauf der vorliegenden Arbeit hinreichend beantwortet wurden. Unsere Informationen stammen aus der Onlinebefragung zahlreicher Alters- und Pflegezentren, den Aussagen zweier Expertinnen und der Recherche aktueller Fachliteratur. Somit können unsere Aussagen und Schlussfolgerungen als wissenschaftlich fundiert und breit abgestützt angesehen werden. Ebenso die Reflexion unserer Forschungsergebnisse, welche auf die oben genannten Quellen aufbaut und von diesen belegt werden.

In Zukunft sehen wir eine Umfrage bei beiden Berufsgruppen Logopädie und Psychomotorik, um einerseits das Interesse für die gemeinsame Arbeit mit Hochbetagten zu prüfen und um andererseits abzuklären, ob diese bereit wären, ein Projekt für ein präventives Angebot in Alterszentren zu initiieren und zu unterhalten. Die Berufsfelder Logopädie und Psychomotorik können in einer Informationsveranstaltung in Alterszentren vorgestellt werden, um deren Nutzen bei der Präventionsarbeit (Einzel- und Gruppentherapie) aufzuzeigen. Diskussionen mit Alterszentren können geführt werden, damit die Berufsgruppen Logopädie und Psychomotorik Teil des interdisziplinären Teams würden und keine

Konkurrenz darstellten. Der Gedanke einer Beratungstätigkeit wäre zu überlegen. Wichtig erachten wir auch eine Bedarfsanalyse bei Primär- und Sekundärbetroffenen für eine Integration der Berufsgruppen Logopädie und Psychomotorik in der Geriatrie und eine Bereitschaft der Finanzierung eines Angebotes. Die Finanzierung, welche wir als Kernproblem erachten, muss detailliert angeschaut werden: Finanzierungsmöglichkeiten müssen erörtert und bei Institutionen, Stiftungen und Krankenkassen muss abgeklärt werden, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um ein solches Angebot zu bezahlen.

## 6 Danksagung

Für die wertvolle Unterstützung beim Verfassen dieser Arbeit möchten wir allen Beteiligten unseren herzlichen Dank aussprechen.

Für die Betreuung unserer Bachelorarbeit:

Dr. phil. habil. Jürgen Steiner, Dozent an der (HfH) in Zürich.

Für die Interviews:

A.C., Dozentin an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich.

E.N., Psychomotoriktherapeutin in Zürich

Für die Erstellung des elektronischen Fragebogens:

Sandro Ravaene

Für die Teilnahme an der elektronischen Umfrage:

Allen daran beteiligten Alterszentren im Kanton Zürich.

Unseren Korrektoren und Korrektorinnen.

## 7 Verzeichnisse

### 7.1 Literaturverzeichnis

- Böhm K., Tesch-Römer C. & Ziese T. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Breckow J. (1995). *Sprachtherapie mit alten Menschen*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Corsten S. & Grewe T. (2017). *Logopädie in der Geriatrie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Da Cruz Silva M. (2012). *Gedächtnis- und Psychomotoriktraining im Alter. Transfer und Wirksamkeit*. Saarbrücken: AV Akademikerverlag.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2014). *Deutscher Alterssurvey. Zentrale Befunde*. Zugriff am 24.02.2018 unter [www.dza.de](http://www.dza.de)
- Eisenburger M. (2012). *Aktivieren & Bewegen von älteren Menschen*. (7. Aufl.). Aachen: Meyer & Meyer.
- Eisenburger M., Gstöttner E. & Zak Th. (2008). *In Bewegungsrunden aktivieren. Ideen und Anregungen aus der Psychomotorik*. Hannover: Vincentz Network.
- Fässler M. & Hentschel C. (2008). *Ein Projekt in zwei Schweizer Alters- und Pflegeheimen*. Zürich: Unveröffentlichte Bachelorarbeit der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik.
- Grewe T. (2017). In Corsten S. & Grewe T. (2017). *Logopädie in der Geriatrie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Grewe T., Gäng A. & Glassl O. (2017). In Corsten S. & Grewe T. (2017). *Logopädie in der Geriatrie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Grewe T., Corsten S., Gäng A. & Glassl O. (2017). In Corsten S. & Grewe T. (2017). *Logopädie in der Geriatrie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Hirschi M., Lippuner M. & Widmer F. (2013). *Prävention in der Logopädie im Kontext Alter. Chancen und Gefahren*. Zürich: Unveröffentlichte Bachelorarbeit der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik.
- Leuenberger B. (2010). «MAKS aktiv!» – ganzheitliches Training für Menschen mit Demenz. Aktivierungsprogramm verzögert geistigen Abbau. *Fachzeitschrift Curaviva*, 9, 8-11.
- Meinel K. & Schnabel G. (2015). *Bewegungslehre. Sportmotorik*. (12. ergänzte Aufl.). Aachen: Meyer & Meyer.
- Mertens K. (2000). *Psychomotorik - Grundlagen und Wege der Förderung*. Dortmund: modernes lernen.
- Nederkoorn Arnold E. (2009). *Psychomotorik im Alter – Theorie und Praxis*. Zürich: Unveröffentlichte Bachelorarbeit der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik.

- Oswald W. D. (2005). *SimA®-basic-Gedächtnistraining und Psychomotorik*. Göttingen: Hogrefe.
- Oswald W. D., Ackermann A. & Süss B. (2012). *Selbständigkeit im höheren Lebensalter für PflegeHeimbewohnerInnen (SimA®-P). Forschungsprojekt «Rehabilitation im Altenpflegeheim». SimA®-P in Stichworten*. Zugriff am 30.01.2018 unter <http://www.wdoswald.de>
- Oswald W. D., Rupprecht R. & Hagen B. (2012). *Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren (SimA®). SimA® -50 in Stichworten*. Zugriff am 16.04.2018 unter [http://www.sima-akademie.de/fileadmin/user\\_upload/sima/pdf/SIMA-50\\_in\\_Stichworten\\_Okt-2012.pdf](http://www.sima-akademie.de/fileadmin/user_upload/sima/pdf/SIMA-50_in_Stichworten_Okt-2012.pdf)
- Reddemann-Tschaikner M. & Weigl I. (2009). *HOT- ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen*. (2. vollständig überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Sachweh S. (2000). *«Schätzle hinsitze!» Kommunikation in der Altenpflege*. Frankfurt: Lang.
- Sachweh S. (2003). *«So frau adams guck mal ein feines bac-spray gut». Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Schöler H. & Kany W. (2007, S. 248). Schwerpunktthema Prävention in Grohnfeld M. (Hrsg.). (2007). *Lexikon der Sprachtherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2008). *Finanzielle Ansprüche bei Demenzkrankheiten*. Zugriff am 17.04.2018 unter <http://www.alzheimerurischwyz.ch/udoc/52.pdf>
- Schweizerische Gesellschaft für Geriatrie. *Definition der Europäischen Union, 06.09.08*. Zugriff am 28.12.2017 unter <http://www.sfgg.ch/pages/de/home.php>
- Specht-Thomman M. (2012). *Biografiearbeit*. (2. Auflage). Berlin: Springer-Verlag.
- Steiner J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Ernst Reinhardt.
- Steiner J. (2016). *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments*. Bern: SZH.
- Ulich E. (2005). *Arbeitspsychologie*. (6. Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Universität & Universitätsspital Zürich. (n.d.). *Klinische Studie*. Zugriff am 28.12.2017 unter [www.do-health.eu](http://www.do-health.eu)
- World Health Organisation (2002). Herausgeber: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungspolitik, Wien. *Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln*. Zugriff am 24.02.2018 unter [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_ger.pdf?sequence=2](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf?sequence=2)

## 7.2 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b>	Altersabschnitte mit zugehörigem chronologischem Alter und synonymen Verwendungen (nach Böhm, Tesch-Römer & Ziese, 2009).....	5
<b>Abbildung 2</b>	Multimorbidität in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Bildung (DZA, 2014) .....	5
<b>Abbildung 3</b>	Gute funktionale Gesundheit trotz Mehrfacherkrankungen (DZA, 2014) .....	6
<b>Abbildung 4</b>	Bestimmende Faktoren für aktives Altern (WHO, 2002) .....	7
<b>Abbildung 5</b>	Physiologische Veränderungsprozesse in der Logopädie (nach Corsten und Grewe, 2017) .....	10
<b>Abbildung 6</b>	Physiologische Veränderungsprozesse in der Psychomotorik (in Anlehnung an Meinel & Schnabel, 2015 sowie Eisenburger, 2012) .....	11
<b>Abbildung 7</b>	Kombinierte Bewegungs- und Sprachkonzepte zur Prävention in der Geriatrie .....	12
<b>Abbildung 8</b>	Verbesserung Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe (Oswald W. D., Ackermann A. & Süß B., 2012) .....	14
<b>Abbildung 9</b>	Verbesserung Gedächtnisleistung im Vergleich zur Kontrollgruppe (Oswald W. D., Ackermann A. & Süß B., 2012) .....	14
<b>Abbildung 10</b>	Rückgang Depressivität im Vergleich zur Kontrollgruppe (Oswald W. D., Ackermann A. & Süß B., 2012) .....	14
<b>Abbildung 11</b>	Positive Auswirkung auf den Stationsalltag im Vergleich zur Kontrollgruppe (Oswald W. D., Ackermann A. & Süß B., 2012) .....	14
<b>Abbildung 12</b>	Verhaltensweisen in der Kommunikation (nach Sachweh, 2000 und Sachweh 2003) .....	24
<b>Abbildung 13</b>	Praxis der Psychomotorik (nach Eisenburger M. et al., 2008).....	25
<b>Abbildung 14</b>	Einflussnahme von Logopädie und Psychomotoriktherapie auf Körper und Sprache (nach Steiner, 2010).....	27
<b>Abbildung 15</b>	Vergleich präventive Gruppensettings zwischen Literatur, Alterszentren und Befragungen .....	42
<b>Abbildung 16</b>	Vergleich kombinierte Angebote von Logopädie und Psychomotorik zur Prävention .....	43
<b>Abbildung 17</b>	Vergleich Finanzierung der Präventionsangebote .....	44
<b>Abbildung 18</b>	Gruppenaktivitäten in Alterszentren .....	45
<b>Abbildung 19</b>	Vergleich Beitrag Logopädie und Psychomotorik zur Prävention im Alter .....	46
<b>Abbildung 20</b>	Präventive Aktivierungsangebote in Alterszentren .....	47

### 7.3 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b>	Ausführende der präventiven Gruppenangebote in den befragten Alterszentren .....	30
<b>Tabelle 2</b>	Offene Aussagen der Befragten in Zusammenhang mit präventiven Gruppenangeboten.....	31
<b>Tabelle 3</b>	Logopädische und/oder psychomotorische Angebote zur Prävention, die den Befragten bekannt sind.....	31
<b>Tabelle 4</b>	Ausführende der kombinierten Bewegungs- und Sprachangebote zur Prävention in den befragten Alters- und Pflegezentren .....	32
<b>Tabelle 5</b>	Finanzierung der heute in den Alters- und Pflegezentren durchgeführten Gruppenangebote.....	33
<b>Tabelle 6</b>	Möglichkeiten einer Finanzierung präventiver Massnahmen, durchgeführt von Fachpersonen der Logopädie oder Psychomotorik, wie sie sich die Institutionen vorstellen könnten.....	34
<b>Tabelle 7</b>	Aktivierungsangebote allgemeiner Art für Gruppen, die von den Zentren heute angeboten werden.....	35

## 8 Anhang

### 8.1 Elektronischer Fragebogen

#### Auswertung Limesurvey – BARB

Alle Datensätze n = 38

Vollständige ausgefüllte Datensätze n = 26

Teilweise ausgefüllte Datensätze n = 12

#### 1. Präventive Gruppenangebote

1 a) Bieten Sie Gruppenangebote zur Prävention in Ihrem Alterszentrum an? (n=33)		
Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	29	87.88%
Nein	2	6.06%
keine Antwort	2	6.06%

1 b) Von wem werden diese Angebote durchgeführt? (n=60, Mehrfachantworten)		
Antwort	Anzahl	Prozent
Aktivierungs-Therapeut bzw. Therapeutin	22	36.67%
Ergo- Therapeut bzw. Therapeutin	5	8.33%
Logopäde/Logopädin	0	0.00%
Psychomotoriktherapeut/-therapeutin	2	3.33%
Zivildienstleistende	6	10.00%
Freiwillige	9	15.00%
Sonstige	16	26.67%

Sonstige: Physiotherapie, zum Teil von der Pflege, Gerontologin, Personal, Bewegungsagogin, Pflegepersonal, Pflegepersonal, Hauswirtschaftslehrerin mit Zusatzausbildung, Physiotherapeutin, Psych. KP, Physiotherapie und Turnen, Pro Senectute, Bewegungsleiterin, Leitung des Zentrums, Physiotherapeut, Pflege



**1 c) Stehen die Präventionsangebote allen Mitbewohnern Ihres Alterszentrums offen? (n=33)**

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	28	84.85%
Nein	3	9.09%
keine Antwort	2	6.06%

**1 d) Nennen Sie mögliche Ausschlusskriterien, um an den Präventionsangeboten teilzunehmen:  
(Bezug auf 1 c, n=3)**

Antwort	Anzahl	Prozent
Medikamente	0	0.00%
Schwindel	0	0.00%
Mobilität	1	33.33%
geistige Einschränkungen	0	0.00%
Sprache	0	0.00%
Sehfähigkeit	0	0.00%
Gehör	0	0.00%
Tagesform	0	0.00%
Sonstiges	2	66.67%

Sonstiges: siehe nächsten Punkt; Bewohner der Wohnungen können nur an ausgewählten Gruppenaktivitäten teilnehmen

**1 e) Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen, im Hinblick auf präventive Gruppenangebote in Ihrem Haus? (n=33)**

	Anzahl	Prozent
Antwort	11	33.33%
Keine Antworten	22	66.67%

- Für die Mitarbeitenden und Bewohner/Bewohnerinnen wird sehr viel angeboten. Die Mitarbeitenden werden in Arbeitsgruppen/Themengruppen weitergebildet
- Wir sind aktuell am Aufbau eines neuen Aktivierungsangebotes, welches Präventionsangebote enthalten wird. Start ca. März 2018
- Wir haben jeden Monat einen Musikanlass im Haus und Film
- Wir bieten auch Maltherapie, Einzelgespräche, Küchenstammtisch
- Mitbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner ist uns wichtig
- Grosse Abwechslung möglich, grosse Teilnehmerzahl
- Da unser Haus eher klein ist, gibt es nur 1 AT und zwischendurch Zivis. Ergotherapeuten kommen nur bei den Bewohnern vorbei, die eine Verordnung haben. Freiwillige machen bei uns meistens nur Begleitungen zu Arztbesuchen
- eine gute Begleitung ist wichtig im Sinne von Coaching
- Sind in Planung: ab 2018 Zusammenarbeit mit carefit Zentrum mit Anwesenheit einer Physio 2 Std pro Woche
- Gutes Leben miteinander auf Ausflügen, Gesprächsgruppen, Männer-Treff etc.
- Aufgrund des immer höheren Eintrittsalters unserer Gäste, werden diese Angebote immer wichtiger

**1 f) Welche logopädischen und/oder psychomotorischen Angebote zur Prävention als Gruppensetting sind Ihnen bekannt? (n=27)**

	Anzahl	Prozent
Antwort	14	51.85%
Keine Antwort	13	48.15%

- Bei uns gibt es: Erzählkaffees, Plaudertee-Abende, Kochgruppen, Gartengruppe, Turnen, Chairyoga, Geschichten Erzählgruppen, Stammtisch, Turnen, Singen, Ausflüge, Themenabende, Bewohnerferien, Tageszentrumaufenthalte, Walking, Marktbesuche, Museumsbesuche, Lotto, Gedächtnistraining, Feste feiern, Tanzen, Werken und Gestalten, Alltagsintegrierende Aktivierung, Fitnessgang, Fitnessweg, Fitnessraum
- Wir haben eine Gymnastikstunde, im Gedächtnistraining wird es zum Teil auch angewendet. Durch Übungen, Gespräche
- Yoga, Bewegen mit Freude
- Gedächtnistraining, Kaffee-Kränzchen, Kreativ-Treffpunkt, Turnen, Rüsten, Spiel-Angebote
- Turnen
- Sturzprophylaxe
- Wir bewegen uns im Sitzen. Wir bewegen Körper (von Kopf bis Fuss), Geist und Seele. Auch mit Bewegung zu Musik.
- Keine
- Sturzprävention, Logopädische Gruppen, Bewegung und Singen
- keine weiteren
- Keine
- Keine
- Sturzprophylaxe
- Gehtraining/Bewegung im Alltag unter Anleitung etc.

## 2. Kombinierte logopädische und psychomotorische Angebote zur Prävention

### 2 a) Bieten Sie kombinierte bewegungs- und sprachorientierte Angebote zur Prävention an? (n=27)

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	15	55.56%
Nein	12	44.44%

### 2 b) Von wem werden diese Angebote durchgeführt? (n=23)

Antwort	Anzahl	Prozent
Aktivierungs- Therapeut/Therapeutin	10	43.48%
Ergo- Therapeut/Therapeutin	1	4.35%
Physio-Therapeut/Therapeutin	4	17.39%
Logopäde/Logopädin	0	0.00%
Psychomotoriktherapeut/-therapeutin	0	0.00%
Freiwillige	3	13.04%
Zivildienstleistende	0	0.00%
Sonstiges	5	21.74%

Sonstige: Pflegepersonen, Gerontologin, Pflegepersonal, s. oben, Turnen (Pro Senectute)

### 2 c) Was ist der Grund, weshalb keine solche Aktivitäten angeboten werden? (n=18, Mehrfachantworten; in Bezug auf 2a/n=12=44%)

Antwort	Anzahl	Prozent
Personal	8	44.44%
Finanzierung	5	27.78%
Zeit	1	5.56%
Sonstiges	4	22.22%

Sonstiges: Wir bieten sehr viele Angebote. Siehe Homepage, Grösse des Hauses, keine Kenntnisse, Kapazität, andere Aufgaben

### 2 d) Arbeiten Sie nach einem bestimmten Konzept? (n=15)

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	3	20.00%
Nein	12	80.00%

**2 e) Wie heisst dieses Konzept? (Bezug auf 2 d, n=3)**

Aktivierungskonzept; weiss nicht; Peer getragenes Konzept zusammen mit der ZHWA Bewegung im Alltag

**2 f) Können Sie sich vorstellen, sprach- und bewegungsorientierte Gruppenaktivierung zur Prävention, durchgeführt von Logopäden/Logopädinnen oder Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen, in Ihr Angebot aufzunehmen? (n=27)**

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	16	59.26%
Nein	11	40.74%

**2 g) Welches sind die Gründe, weshalb Sie präventive Angebote mit Logopäden/Logopädinnen oder Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen nicht anbieten möchten? (Bezug 2 f, n=11)**

	Anzahl	Prozent
Antwort	10	90.91%
Keine Antwort	1	9.09%

- Wir sind mit einer Aktivierungsfachperson am Aufbau eines Angebotes. Um ein von Ihnen vorgeschlagenes Angebot machen zu können, ist wohl noch viel Überzeugungsarbeit bei den Geldgebern notwendig
- Unser Angebot ist riesig und wir werden es nicht erweitern, da wir bereits mehr Stellen für Aktivierung anbieten weder alle vergleichbaren Häuser in der Stadt Zürich
- Erachte die Nachfrage als zu gering. Unser Turnangebot wird schon jetzt immer weniger benutzt, da Durchschnittseintrittsalter gegen 90 steigt und die Multimorbidität zunimmt
- Zu kleiner Betrieb, finanziell nicht tragbar
- Bei Menschen mit Demenz geht es vorwiegend um die Erhaltung von Fähigkeiten und Ressourcen, weniger um Therapien
- Das Thema ist bereits abgedeckt
- Mit dem, was wir bzgl. Kommunikation und Aktivierung anbieten, denke ich, dass wir da gut gefahren sind
- Die Nachfrage ist nicht da!
- Finanzielle Gründe
- Im Moment nein: wir müssten Stellen in der Aktivierung abbauen zugunsten von Logopäden/Logopädinnen und Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	18	66.67%
Nein	9	33.33%

**2 i) Welche Meinung haben Sie zu logopädischen und psychomotorischen Angeboten? (in Bezug auf 2 h – 9 mit nein geantwortet) (n=27)**

	Anzahl	Prozent
Antwort	18	66.67%
Keine Antwort	9	33.33%

- Sehr wertvoll
- Ich stehe ihm grundsätzlich offen gegenüber. Muss jedoch näheres Wissen, um mir eine Meinung, welche ich auch gegenüber der Trägerschaft vertreten kann, zu bilden
- Ich habe zu wenig Erfahrung damit. Was ich darüber weiss, finde ich gut
- Eine positive
- Finde ich gut, wenn die Betroffenen dieses Angebot nutzen möchten
- Grundsätzlich bin ich sehr positiv, aber aus oben genannten Gründen in Altersheimen wenig vorstellbar
- Therapeutische Erfolge von Kolleginnen
- Diese Angebote sind sehr wertvoll, ich denke einfach weniger für Menschen mit Demenz
- Grundsätzlich sind diese sehr sinnvoll!!!
- Ist für die Prävention resp. Rehabilitation eine sehr gute Lösung
- Häufig werden Aktivitätsangebote eher gestrichen als aufgebaut
- Zurzeit hätten wir auch keine BW (Bewohner) die ein logopädisches Angebot bräuchten
- In grösseren Zentren kann dies evtl. schon Sinn machen
- Sollten nur gezielt eingesetzt werden
- Wertvolle Ergänzung zum bereits bestehenden Angebot, insbesondere Psychomotorik
- Wird mit zunehmenden Alter immer wichtiger
- Weiss wenig darüber
- Es benötigt keine ausgebildeten Logotherapeuten aus meiner Sicht!
- Alle Aktivitäten müssen in einem geeigneten Umfeld eingebettet sein und dürfen nicht isoliert betrachtet werden

### 3. Finanzierung von Präventionsangeboten

#### 3 a) Wie werden die heutigen Gruppenangebote finanziert?

Antwort (n = 37)	Anzahl	Prozent
Alterszentrum	21	56.76%
Krankenkasse	1	2.70%
IV	1	2.70%
Bewohner als Selbstzahler	9	24.33%
Sonstiges	5	13.51%

#### 3 b) Welche Finanzierungsmöglichkeit sehen Sie für Präventionsangebote, die durch Logopäden /Logopädinnen oder Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen durchgeführt werden? (n=54, Mehrfachantworten)

Antwort	Anzahl	Prozent
Alterszentrum	11	20.37%
Krankenkasse	17	31.48%
IV	7	12.96%
Bewohner als Selbstzahler	15	27.78%
Sonstiges	4	7.41%

Sonstige: Müsste ich die Heimleitung fragen; evtl. Stiftung; Im Altersheim siehe oben oder als Extrakurs mit Extrabezahlung; Bewohner zahlen durch Betreuungstaxe mit

#### 3 c) Gibt es Partnerinstitutionen/Kooperationspartner, die präventive Aktivierungsangebote in Alters- bzw. Pflegezentren unterstützen würden? (n=26)

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	6	23.08%
Nein	20	76.92%

#### 3 d) Welche Institutionen sind dies? (Bezug auf 3 c, n=6/Mehrfachantworten n=10)

Antwort	Anzahl	Prozent
Pro Senectute	3	30.00%
Curaviva	2	20.00%
Sonstige	5	50.00%

Sonstige: andere Alterszentren; Wehntal bewegt; Ich weiss es nicht; SVAT; Krankenkassen

**3 e) Wie schätzen Sie die Chance ein, dass sich Ihr Haus an der Finanzierung von präventiven Angeboten (durchgeführt von Logopäden/Logopädinnen oder Psychomotoriktherapeuten/-therapeutinnen) beteiligt? (n=26)**

Antwort	Anzahl	Prozent
Beteiligt sich sicher	2	7.69%
Eher ja	3	11.54%
Weiss ich nicht	6	23.08%
Eher nein	13	50.00%
Sicher nicht	2	7.69%

#### 4. Gruppenaktivitäten in Ihrem Alterszentrum

**4 a) Wie viele Bewohner/Bewohnerinnen können an den Gruppenaktivitäten teilnehmen? (n=26)**

Antwort	Anzahl	Prozent
4-5	3	11.54%
6-8	7	26.92%
>8	12	46.15%
Sonstiges	4	15.38%

Sonstige: 12-16; max. 17; je nach Gruppe unterschiedlich; individuell

**4 b) Wie viele Personen sind in ihrem Alterszentrum wohnhaft? (n=26)**

	Anzahl	Prozent
Antwort	26	100.00%

180 / 150 / 77 / 60 / 46 / 170 / 56 / ca. 65 / 44 / 60 / 157 / ca. 50 / 92 / 84 / 83 / 27 / 76 / n 138 / 29 / im Alters- und Pflegeheimbereich 185 Bewohner / 107 / 59 im Heim und ca. 60 in den Wohnungen / 104 / 84 / 125 / 44

**4 c) Wie regelmässig finden die präventiven Angebote statt? (n=32)**

Antwort	Anzahl	Prozent
Täglich	6	18.75%
Wöchentlich	15	46.87%
14tägig	2	6.25%
monatlich	3	9.37%
Sonstiges	6	18.76%

Sonstige: Turnen 2x wöchentlich; 2 x wöchentlich; 2-3 x Woche; 2-4 Mal wöchentlich; 2x pro Woche; mehr als wöchentlich und weniger als täglich

<b>4 d) Welche Aktivierungsangebote für Gruppen bieten Sie heute konkret an?</b>		
<b>(n=26)</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Antwort	24	92.31%
Keine Antwort	2	7.96%

- Wir haben ein riesiges Angebot. Die Bewohner können unter mehreren Angeboten pro Tag auswählen. Auch auf den Abteilungen werden Gruppenaktivierungen durchgeführt. Die Aktivierung und die Pflege laufen Hand in Hand. Die Pflegenden und Aktivierenden werden von Freiwilligen unterstützt
- Es ist in Ordnung, Ausbauen kann man immer, in Anbetracht unserer Altersstruktur und Polymorbidität ist es in Ordnung
- Viel zu wenig. Muss auf- und ausgebaut werden
- Es ist sehr wichtig für die Bewohner
- Es gibt ihnen Struktur, sie können Kontakte knüpfen, die Kommunikation, Bewegung etc. bleibt länger erhalten. Die Bewohner schätzen das Angebot sehr. Es muss einfach immer wieder überprüft und angepasst werden
- Absolut genial. Vor allem bei sturzgefährdeten Menschen hilft Yoga und Bewegen mit Freude sehr
- Auf der Power Plate wird die Beinmuskulatur ganz vorsichtig gestärkt
- Die Vielfältigkeit wird sehr geschätzt
- Die Gruppen müssen homogen sein
- Sie müssen den Wünschen der Kunden angepasst sein
- Nachfrage/Teilnahme rückläufig
- Gut unterwegs
- Erhalt, Förderung und Teilnahme an der sozialen Gemeinschaft
- Förderung von Interaktionen
- Förderung von Sozialkontakten
- Gesprächsaustausch
- Förderung der Wahrnehmung
- Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität
- Spass/Freude/Lachen
- Aktivierung des Langzeitgedächtnisses
- Aktivierung des Kurzzeitgedächtnisses
- Erhalt der Sprachfähigkeit
- Wecken alter Fähigkeiten
- Mobilisierung und Kräftigung der Hände
- Stärkung des Selbstwertgefühls durch die Freude an der handwerklichen Arbeit
- Stärkung des Sozialverhaltens durch die Freude am gemeinsamen Erleben
- Ich finde die Aktivitäten sehr abwechslungsreich und es hat für jeden etwas dabei
- Unsere Aktivitäten sind sehr vielfältig, sprechen alle Sinne an, viele verschiedene Interessen, man kann daran teilnehmen oder nicht, Gäste lernen sich in verschiedenen Situationen kennen
- Finden grossen Anklang. Schade ist, dass es nur 1 AT hat und so nicht mehr als 6 - 8 Bewohner jeweils bei den Morgenaktivitäten dabei sein können. Am Nachmittag gibt es immer offene Angebote, bei denen alle mitmachen können, die wollen
- Eine gute Auswahl anbieten



- Die Bewohner schätzen die Aktivitäten sehr, sie werden rege genutzt
- Für unser kleines Haus hat sich unser Angebot bewährt und es wird als dicht empfunden
- Bietet Möglichkeit Fähigkeiten/Ressourcen zu verbessern/länger zu erhalten; verhindert/minimiert Einsamkeit; Hobbys können weiter gepflegt werden; fördert Bewegung, da Räumlichkeiten in einer gewissen Distanz liegen; Interaktion wird gefördert; Beziehungen werden gepflegt, etc.
- Etwas wenig Personal in der Aktivierung
- Könnte mehr sein mit gezielteren Kleingruppen
- Mehr Gruppenaktivitäten machen keinen Sinn. Einzeltherapie/-begleitung ist ausbaubar
- Sollte spezifiziert werden, gezielte Förderung von Motorik
- Breites Angebot
- Kommt alles sehr gut an und wir haben beinahe zu wenig Zeiten noch mehr anbieten zu können
- Die Gäste fühlen sich in den kleinen Gruppen sehr wohl und geborgen

## 5. Beitrag Logopädie und Psychomotorik zur Prävention im Alter

### 5 a) Wie gross ist Ihr Interesse am Themenkreis Logopädie im Alterszentrum? (n=26)

Antwort	Anzahl	Prozent
Sehr gross	2	7.69%
Mittel	13	50.00%
Klein	9	34.62%
Nicht vorhanden	2	7.69%

### 5 b) Wie gross ist Ihr Interesse am Themenkreis Psychomotorik im Alterszentrum? (n=26)

Antwort	Anzahl	Prozent
Sehr gross	5	19.23%
Mittel	14	53.85%
Klein	7	26.92%
Nicht vorhanden	0	0.00%

### 5 c) Wie gross ist Ihr Interesse am Themenkreis Logopädie kombiniert mit Psychomotorik im Alterszentrum? (n=26)

Antwort	Anzahl	Prozent
Sehr gross	3	11.54%
Mittel	8	30.77%
Klein	11	42.31%
Nicht vorhanden	4	15.38%

### 5 d) Haben Sie Interesse an einer Weiterbildung zum Thema Logopädie und Prävention im Alter? (n=26)

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	11	42.31%
Nein	15	57.69%

### 5 e) Haben Sie Interesse an einer Weiterbildung zum Thema Psychomotorik und Prävention im Alter? (n=26)

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	15	57.69%
Nein	11	42.31%

**5 f) Finden Sie das derzeitige Angebot „Logopädie zur Prävention im Alter“ ausreichend? (n=26)**

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	17	65.38%
Nein	9	34.62%

**5 g) Finden Sie das derzeitige Angebot „Psychomotorik zur Prävention im Alter“ ausreichend? (n=26)**

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	13	50.00%
Nein	13	50.00%

**5 h) Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (n=29)**

Antwort	Anzahl	Prozent
Zentrumsleitung	10	34.48%
Aktivierungsfachfrau	6	20.69%
Leitung Pflege und Betreuung	8	27.59%
Sonstiges	5	17.24%

Sonstige: Leiterin Tageszentrum; Gerontologin; Ergotherapeutin; Leiterin Aktivierung, Fachfrau Betreuung; Verantwortliche Vermietung und Gästebetreuung

**5 i) Welcher Gruppe gehört Ihr Haus an? (n=53)**

Antwort	Anzahl	Prozent
Öffentlich	9	16.99%
Privat	16	30.19%
Mittleres Preissegment	11	20.75%
Hohes Preissegment	1	1.89%
Bewohner/Bewohnerin mit mittlerem Lebensstandard	9	16.98%
Bewohner mit hohem Lebensstandard	3	5.66%
Sonstige	4	7.54%

Sonstige: Gemeinde Horgen; Bewohner/Bewohnerinnen mit verschiedenen Lebensstandards; Tiefes Preissegment; Stiftung

## 8.2 Altersheimliste

### Adressen- und Mailliste für Fragebogen

Betrieb	Strasse	PLZ	Ort	Telefonnummer	E-Mail	Art des Kontakts
Abendruh	Weissenrainstrasse 53	8707	Uetikon am See	043 843 31 31	<a href="mailto:martin.meier@abendruh.ch">martin.meier@abendruh.ch</a>	Zentrumsleiter
Am Bach	Bachstrasse 1	8903	Birmensdorf	044 739 39 39	<a href="mailto:aktivierung@alterszentrumambach.ch">aktivierung@alterszentrumambach.ch</a>	Aktivierungsfachfrau (Sybille Noser)
Amalie Widmer	Amalie Widmerstrasse 11	8810	Horgen	043 336 44 52	<a href="mailto:Manuela.Steinauer@sawh.ch">Manuela.Steinauer@sawh.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Blumenrain	Blumenrain 1	8702	Zollikon	044 395 45 00	<a href="mailto:elisabeth.gohies@zollikon.ch">elisabeth.gohies@zollikon.ch</a>	Leiterin Pflege und Betreuung
Bruggwiesen	Märtplatz 19	8307	Effretikon	052 355 56 18	<a href="mailto:i.bucher@apzb.ch">i.bucher@apzb.ch</a>	Aktivierungsfachfrau (Irene Bucher)
Clenia Bergheim AG	Hollanderstrasse 80	8707	Uetikon am See	044 929 87 11	<a href="mailto:r.ka.freda-gwerder@clenia.ch">r.ka.freda-gwerder@clenia.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Eichl-Niederglatt	Grafchaftsstrasse 53	8172	Niederglatt	044 851 82 10	<a href="mailto:h.felchlin@altersheim-eichl.ch">h.felchlin@altersheim-eichl.ch</a>	Zentrumsleiter (Hansruedi Felchlin)
Enge	Bürglistr. 7	8002	Zürich	<b>043 344 32 20</b>	<a href="mailto:treffpunkt.tschumi@awhenge.ch">treffpunkt.tschumi@awhenge.ch</a>	Aktivierungsfachfrau (Irma Tschumi)
Gilbeleich	Talackerstrasse 70	8152	Glattbrugg	044 829 85 22	<a href="mailto:adrian.burri@oplikon.ch">adrian.burri@oplikon.ch</a>	Leiter Pflege und Betreuung
Haus St. Otmar	Minervastrasse 8	8032	Zürich	044 268 80 68	<a href="mailto:pd@haus-st-otmar.ch">pd@haus-st-otmar.ch</a>	Aktivierungsfachfrau (Zentrumsleiterin = Frau Werz, leitet es an diese weiter)
Haus Tabea	Schärbächlistrasse 2	8810	Horgen	044 718 44 01	<a href="mailto:regula.bruckbach@tabea.ch">regula.bruckbach@tabea.ch</a>	Leiter Pflege und Betreuung
Haus zum Seewadel	Obere Seewadelstrasse 12	8910	Affoltern am Albis	043 322 74 74	<a href="mailto:Monica.Weber@affoltern-am-albis.ch">Monica.Weber@affoltern-am-albis.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Hochweid	<b>Stockenstrasse 124</b>	8802	Kilchberg	044 716 36 00	<a href="mailto:zita.ochsner@hochweid.ch">zita.ochsner@hochweid.ch</a>	Zentrumsleiterin (Zita Ochsner)
Hottingen & Rehalp	Forchstrasse 366	<b>8008</b>	Zürich	044 387 55 52	<a href="mailto:m.baumgartner@azhr.ch">m.baumgartner@azhr.ch</a>	Zentrumsleiter (Michel Baumgartner)
Im Spitz	Kirchgasse 23	8302	Kloten	044 815 18 20	<a href="mailto:iris.aeberhard@kloten.ch">iris.aeberhard@kloten.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Imris	Schwarzbächlistrasse 1	8041	Zürich	<b>044 711 94 00</b>	<a href="mailto:aktivierung@imris.ch">aktivierung@imris.ch</a>	Aktivierungsfachfrauen
Ilkus Park	<b>Asylstrasse 130</b>	8032	Zürich	044 414 03 33	<a href="mailto:susanne.luessi@zuerich.ch">susanne.luessi@zuerich.ch</a>	Zentrumsleiterin
Kohlfirst	Rütenenweg 6	8245	Feuerthalen	052 647 11 13	<a href="mailto:ursula.leu@kohlfirst.ch">ursula.leu@kohlfirst.ch</a>	Leiter Pflege und Betreuung
Neuhof	Hiltinauerstrasse 34	8330	Pfäffikon	044 950 14 83	<a href="mailto:heimleitung@ah-pf.ch">heimleitung@ah-pf.ch</a>	Heimleitung (Markus Hunziker)
Neumünster Park	Neuweg 16	8125	Zollikerberg	<b>044 397 31 62</b>	<a href="mailto:Katrin.wittke@residenz-neumuensterpark.ch">Katrin.wittke@residenz-neumuensterpark.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Oase	Ilfangstrasse 23	8153	Rümlang	044 818 40 00	<a href="mailto:christoph.elmer@oaseruemlang.ch">christoph.elmer@oaseruemlang.ch</a>	Zentrumsleiter
Oase am Rhein AG	Murstrasse 15	8193	Eglisau	044 868 12 12	<a href="mailto:thomas.miotti@oaseamrhein.ch">thomas.miotti@oaseamrhein.ch</a>	Zentrumsleiter
Perlapark	Freiestrasse 210	8032	Zürich	044 385 92 00	<a href="mailto:heimleitung@perlapark.ch">heimleitung@perlapark.ch</a>	Zentrumsleiter Walter Winteler (leitet es weiter)
Peteracker	Landstrasse 94	8197	Rafz	044 879 16 16	<a href="mailto:stephan.kunz@peteracker.ch">stephan.kunz@peteracker.ch</a>	Zentrumsleiter
Peteracker	Landstrasse 94	8197	Rafz	044 879 16 16	<a href="mailto:ellen.binder@peteracker.ch">ellen.binder@peteracker.ch</a>	Leiterin Pflege und Betreuung
Riedhof	Riedhofweg 4	8049	Zürich	044 344 66 66	<a href="mailto:petra.collenberg@hotmail.com">petra.collenberg@hotmail.com</a>	Aktivierungsfachfrau
Senevita Limmatfeld	Limmatfeld-Strasse 5	8953	Dietikon	044 744 92 00	<a href="mailto:Susanne.Baumann@senevita.ch">Susanne.Baumann@senevita.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Seniorama	<b>Im Tiergarten, Sieberstrasse 10</b>	8055	Zürich	044 454 47 00	<a href="mailto:s.fueglistaller@tiergarten.ch">s.fueglistaller@tiergarten.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Serata	<b>Tischenloosstrasse 55</b>	8800	Thalwil	<b>044 723 71 43</b>	<a href="mailto:vera.uetz@serata.ch">vera.uetz@serata.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Sihlsana	Badstrasse 4	8134	Adliswil	044 711 97 05	<a href="mailto:rosa.ochsner@sihlsana.ch">rosa.ochsner@sihlsana.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Sonnenweid	Bachtelstrasse 68	8620	Wetzikon	044 931 59 28	<a href="mailto:Regula.Steiner@sonnweid.ch">Regula.Steiner@sonnweid.ch</a>	<b>Team Activent</b>
Stadt Dietikon	Bremgartnerstrasse 39	8953	Dietikon	044 746 99 95	<a href="mailto:karin.neuenschwander@dietikon.ch">karin.neuenschwander@dietikon.ch</a>	<b>Team Activent</b>
Stammertal	Kirchweg 2	8477	Oberstammheim	052 744 11 33	<a href="mailto:daniel.wulle@apz-stammertal.ch">daniel.wulle@apz-stammertal.ch</a>	Leiter Pflege und Betreuung
Studacker	Studackerstrasse 22	8038	Zürich	043 399 80 21	<a href="mailto:richard.lendi@wollisofer-heime.ch">richard.lendi@wollisofer-heime.ch</a>	Zentrumsleiter
Tertianum AG	<b>Asylstrasse 18</b>	8810	Horgen	043 244 16 10	<a href="mailto:mathias.knecht@tertianum.ch">mathias.knecht@tertianum.ch</a>	Zentrumsleiter
Tertianum Brunnehof	Industriestrasse 10	8610	Uster	044 905 26 26	<a href="mailto:maris.altorfer@tertianum.ch">maris.altorfer@tertianum.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Tertianum Bubenholz	Müllackerstrasse 2/4	8152	Glattbrugg	043 544 91 10	<a href="mailto:daniel.widmer@tertianum.ch">daniel.widmer@tertianum.ch</a>	Zentrumsleiter (leitet es weiter)
Tertianum Residenz Segeten	Carl-Spittelei-Strasse 70	8053	Zürich	044 388 18 28	<a href="mailto:carmen.cadera@tertianum.ch">carmen.cadera@tertianum.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Tertianum Villa Böcklin	Böcklinstrasse 13	8032	Zürich	044 389 90 80	<a href="mailto:sascha.korinth@tertianum.ch">sascha.korinth@tertianum.ch</a>	Leiter Pflege und Betreuung
Tödi	Tödistrasse 20	8810	Horgen	044 718 15 13	<a href="mailto:elke.temmen@horgen.ch">elke.temmen@horgen.ch</a>	Leiterin Pflege und Betreuung
Trotte	Birmensdorferstrasse 489	8055	Zürich	044 414 20 00	<a href="mailto:Carmen.D'Aloia@zuerich.ch">Carmen.D'Aloia@zuerich.ch</a>	Aktivierungsfachfrau
Wehntal	<b>Chleweg 14</b>	8165	Schöfflisdorf	<b>044 857 14 14</b>	<a href="mailto:vischer@alterszentrum-wehntal.ch">vischer@alterszentrum-wehntal.ch</a>	Zentrumsleiter (Georg Vischer)
Weierbach	Weierbachstrasse 4	8193	Eglisau	044 868 11 11	<a href="mailto:info@weierbach.ch">info@weierbach.ch</a>	Aktivierungsfachfrau (Claudia Weber)
Weihermatt	Weihermattstrasse 44	8902	Urdorf	044 735 56 52	<a href="mailto:gudrun.friedli@az-weihermatt.ch">gudrun.friedli@az-weihermatt.ch</a>	Aktivierungsfachfrau