

## 4. „Vom starren Eisenmantel umhüllt“

Die „Parkinson-Krankheit“, wie sie von James Parkinson (1755–1824) beschrieben wurde, macht ca. 80 % aller Fälle von Parkinsonismus<sup>62</sup> aus. Synonyme Begriffe sind IPS oder Morbus Parkinson.

Die Parkinson-Syndrome werden nach den aktuellen Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Neurologie folgendermaßen eingeteilt:

Beim **Idiopathischen Parkinson Syndrom**<sup>63</sup> (**IPS oder Morbus Parkinson**) kann die Ursache nach wie vor nicht eindeutig benannt werden. Die heutige wissenschaftliche Erkenntnis geht davon aus, dass für die Entstehung des Morbus Parkinson mehrere Faktoren verantwortlich sind, die auf komplexe Weise zusammenwirken.

**Genetische Formen** des Parkinson-Syndroms

Beim **symptomatischen oder sekundären Parkinson Syndrom** sind Ursachen zu benennen. So können die Symptome zum Beispiel durch kleine Schlaganfälle in den Basalganglien, Gehirntumore, Giftstoffe (Kohlenmonoxid), Medikamente (z. B. Antipsychotika) oder Stoffwechselstörungen (Schilddrüsenunterfunktion) ausgelöst werden.

**Atypische Parkinson-Krankheiten** entstehen im Rahmen von anderen neurodegenerativen Erkrankungen, z. B. Demenz vom Lewy-Körper-Typ (DLK).<sup>64</sup>

Die nun folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Idiopathische Parkinson-Syndrom:

### Alles

von Stephan  
Weißmeier<sup>65</sup>

*„Alles was ich habe, das habe ich nicht mehr –  
und was ich einmal konnte, vermisste ich so sehr.  
Ich habe zwar zwei Beine, doch bleibe ich oft stehen –  
und kann dann keinen Schritt alleine weitergehen.  
Hab’ Arme und auch Hände, die machen, was sie wollen –  
Nur selten tun sie das, was sie gerade sollen.  
Ich habe einen Körper, der mir nicht mehr gehört –,  
die innere Verbindung zu ihm, die ist gestört.  
Im Kopf hab’ ich Gedanken, die ich gern sagen will –  
kann man mich nicht verstehen, dann bleib’ ich lieber still.  
Im Herzen hab’ ich Sorgen, die ich nicht jedem sag’ –,  
sonst müsste ich wohl jammern den lieben langen Tag.  
Und trotzdem habe ich Humor, der ist mir noch geblieben –  
darum bin ich mit meinem Leben trotz alledem zufrieden.“*

62 <http://www.medicin-netz.de/umfassende-berichte/morbus-parkinson/>

63 Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie 2016

64 ebd., S. 52

65 Weißmeier in Schnabel 2009, S. 6

Stephan Weißmeier gehört zu den seltenen Fällen, die vor dem 40. Lebensjahr an Morbus Parkinson erkranken. Der Großteil der Betroffenen ist über 60 Jahre alt.

Bei Morbus Parkinson handelt es sich ebenfalls wie bei der Demenz um eine Erkrankung, deren Erkrankungsrisiko mit steigendem Alter zunimmt. Weltweit sind ca. vier Millionen, in Deutschland ca. 280.000 Menschen betroffen.<sup>66</sup>

*Herr Kaiser<sup>67</sup> ist 68 Jahre alt und nimmt seit einem halben Jahr an den motogeragogischen Stunden teil. Vor seinem Ruhestand war er als Lehrer in einem Gymnasium tätig und unterrichtete dort Englisch und Sport. Er ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder. Neben sportlichen Aktivitäten in der Natur (Wandern, Radfahren, Skifahren) spielte er in einer Freizeitgruppe Volleyball und ging jede Woche mit seiner Frau in eine Tanzschule. Beide haben gemeinsam das Gold-Tanzabzeichen für Gesellschaftstanz erworben.*

*Morbus Parkinson gab es in seiner Familie bisher noch nicht.*

*Die Diagnose Morbus Parkinson wurde nach einer Odyssee von einem zum anderen Facharzt vor vier Jahren gestellt. Herr Kaiser war wegen Schulterschmerzen bei einem Orthopäden in Behandlung, er wurde aufgrund von Schwächegefühlen bei einem Internisten vorstellig und suchte auf Drängen seiner Frau einen Psychiater auf. Sie konnte sein immerwährendes „Gejammer“ sowie seine Sätze „ich muss mich zu allem zwingen, ich mag überhaupt nicht mehr aufstehen“ nicht mehr ertragen.*

*Herr Kaiser war nicht mehr zu den gemeinsamen Tanzveranstaltungen zu bewegen, er zog sich zurück.*

*Der Wechsel des Hausarztes brachte dann den Durchbruch. Der Arzt wurde auf den verlangsamten Bewegungsablauf von Herrn Kaiser aufmerksam, sowie darauf, dass er obwohl Rechtshänder seine linke Hand dazu benutzte die Knöpfe seiner Jacke zuzumachen. Außerdem machten ihn die Verdauungsprobleme gepaart mit Verstopfungen hellhörig.*

*Mit der richtigen Diagnose und der Gabe von L-Dopa (und einem Kombinationspräparat) verbesserten sich Herrn Kaisers Stimmung und die motorischen Schwierigkeiten schlagartig. Seine Lebensfreude kam zurück.*

*Inzwischen ist Herr Kaiser bei den Alltagshandlungen eingeschränkt. Seine Steifigkeit beschreibt er mit dem Gefühl, rundherum von einem starren Eisenmantel umhüllt zu sein.*

<sup>66</sup> Eggert & Berg 2015, S. 3

<sup>67</sup> Name geändert

*Gerade am Morgen fällt ihm das Laufen schwer und er behilft sich manchmal mit einem Rollator. Als ehemals sportlich aktiver Mensch, der es gewohnt war, seinen Körper unter Kontrolle zu haben, bereitet ihm das zunehmende „auf Hilfe angewiesen sein“ große Schwierigkeiten. Auch am Anfang in der Motogeragogikgruppe stand er sich selbst mit seinen körperlichen Ansprüchen im Weg. Es bedurfte einer empathischen Unterstützung, um ihm andere „Bewegungswege“ aufzuzeigen.*

Wie aus dem obigen Fallbeispiel deutlich wird, handelt es sich bei Morbus Parkinson um eine Störung der Bewegungsabläufe in Kombination mit vielfältigen vegetativen und psychosozialen Begleiterscheinungen.

Die Herausforderung für den Betroffenen besteht darin, den Körper anzunehmen und Wege zu finden, identitätsstiftende Kompetenzen zu verlagern und trotz massiver körperlicher Einschränkungen Ressourcen (wieder) zu entdecken. Morbus Parkinson ist eine progressive degenerative Erkrankung des extrapyramidal-motorischen Systems (EPS) oder der Basalganglien. In diesem Gehirnareal befindet sich die Substantia nigra (schwarze Substanz), deren dopaminproduzierende Zellen langsam absterben. Durch das Zellsterben kommt es zu einem Dopaminmangel und zu einem Übergewicht des Neurotransmitters Azetylcholin. Die Aktivität hemmender Neuronen erhöht sich und als Folge wird die Willkürmotorik unterdrückt. Bewegungsimpulse können nur unzureichend gesteuert werden, ebenso ist die Anpassung des Verhaltens an den emotionalen und motivationalen Kontext erschwert.

Zur **Ursache des Absterbens**<sup>68 69</sup> der dopaminergen Nervenzellen in der Substantia nigra gibt es verschiedene Mutmaßungen:

- Genetik
- Proteinfehlfunktionen<sup>70</sup>
- Umwelt (z. B. Umweltgifte)
- Innere Faktoren (z. B. Eisenanstieg, oxidativer Stress)

---

68 Thümler & Thümler 2016

69 Gerschläger 2017

70 Weiterführende und tiefere Einblicke in die aktuellen Forschungsergebnisse gibt das Themenheft Bild der Wissenschaft: Leben mit Parkinson: Therapie, Forschung, Alltag / Chefredakteur: Alexander Mäder 2017

## 4.1 Symptome bei Parkinson

Die Hauptsymptome bei Parkinson sind die Bewegungsarmut (Akinese) sowie die Muskelsteifigkeit (Rigor). Bei zwei Drittel aller Menschen, die von Parkinson betroffen sind, kommt das Zittern (Tremor) hinzu<sup>71</sup>.

### **Bradykinese**

**Bewegungsarmut:** Eine Verminderung der Bewegung (**Hypokinese**), eine Verlangsamung der Bewegung (**Bradykinese**) bis hin zur Bewegungslosigkeit (**Akinese**) tritt bei vielen Parkinson-Patienten auf.

Besonderheiten, die sich daraus entwickeln sind:

- **Hypophonie** (leise, unbetonte Sprache). Sie wird vor allem durch eine verminderte Beweglichkeit des Brustkorbes, die zu einer **verringerten Atemtiefe** führt, bedingt.
- **Hypomimie** (starrer Gesichtsausdruck oder „Maskengesicht“) mit ihren Auswirkungen auf die Interaktion und Kommunikation.
- **Mikrografie:** Das Schriftbild verändert sich dahingehend, dass die Buchstaben im Laufe des Schreibens immer kleiner werden, bis hin zur Unleserlichkeit, dies auch bedingt durch einen gleichzeitig auftretenden Tremor.<sup>72</sup>
- **Freezing-Phänomen:** Es handelt sich hierbei um das Einfrieren der Bewegung. Dieses Erstarren der Bewegung erfolgt plötzlich, die Füße scheinen wie festgeklebt. Typisch ist auch das Erstarren vor Hindernissen wie Bordsteinen, Türschwellen (sogenannte Engpasschwierigkeiten).

In einem späteren Krankheitsstadium kann es zu einer **Störung der Halte- und Stellreflexe** kommen. Kleine, aber schnelle reflektorische Ausgleichsbewegungen werden verzögert, dies führt zu Gang- und Haltungsabnormalitäten, Haltungsinstabilität, posturaler Instabilität, und je nach Ausprägung spricht man von Gangunsicherheit bis erhöhter Sturzanfälligkeit. Bei früh stark gestörten Stellreflexen muss ein atypisches Parkinson-Syndrom bedacht werden.

Lebensbedrohlich kann die selten auftretende **Akinetische Krise** werden. Hierbei kommt es rasch zu einer dramatischen Verschlechterung der Parkinson-Symptome. Diese kann Stunden bis Tage anhalten und zu einer vollständigen Bewegungsblockade führen. Die Betroffenen können nicht mehr Atmen und trocknen sehr schnell aus. Im Spätstadium der Parkinson-Krankheit führt die akinetische Krise zum Tod.

**Augensymptome:** Seltener Lidschlag führt zu Augentrockenheit, eingeschränkte und veränderte Augenmotorik sowie eine gestörte visuelle Verarbeitung im Ge-

<sup>71</sup> Gerschlagner 2017

<sup>72</sup> <http://www.grafologie.ch/files/parkinson.pdf>

hirn haben Auswirkungen auf das Sehvermögen. Unter Umständen kann auch eine falsche Dosierung der Medikamente Sehstörungen hervorrufen<sup>73</sup>.

### **Rigor**

Der **Rigor** (lat. Starre, Steifheit) bezeichnet ein weiteres Kardinalsymptom der Krankheit. Es handelt sich hierbei um einen grundsätzlich erhöhten Muskeltonus, der v. a. die Beugemuskulatur betrifft.

Folgen bzw. Auswirkungen dieses erhöhten Muskeltonus sind Verspannungen und Schmerzen hauptsächlich im Nacken-, Schulter-, Rücken- und Armbereich. Rigor der Fuß- und Wadenmuskulatur kann schmerzhafte Krämpfe hervorrufen. Die Muskeln befinden sich in jeder Bewegungsphase in einem erhöhten Tonus, aktive Bewegungen werden gegen den Widerstand der eigenen Muskulatur durchgeführt.

Auch in völliger Ruhe ist keine vollständige Entspannung möglich. Dies zeigt sich zum Beispiel im sogenannten **Kopfkissenphänomen**. Trotz eines psychisch und physisch entspannten Zustandes lässt sich der Kopf nur leicht in das Kissen senken. Die Halsmuskulatur ist nach wie vor unwillkürlich angespannt.

Das „**Zahnradphänomen**“ tritt auf, wenn der Rigor durch einen Tremor überlagert wird. Und der Widerstand des Rigors ruckartig unterbrochen wird. Der Muskeltonus gibt bei passiver Bewegung eines Gelenks (z.B. Handgelenk) ruckartig nach – wie bei einer Zahnradbewegung.

Rigor und Akinese führen zu der typischen Körperhaltung.

Kopf und Oberkörper sind nach vorne gebeugt und der verschobene Körperschwerpunkt zieht die Person nach vorne. Die Schultern fallen nach vorne und nach innen, die Arme sind im Ellbogengelenk leicht gebeugt und an den Oberkörper herangezogen. Ebenso sind die Handgelenke und Grundgelenke leicht gebeugt.

Ausgleichsbewegungen können nicht mehr vorgenommen werden, Schritte werden immer schneller. Das führt schließlich dazu, dass die Betroffenen leicht fallen, weil sie die Bewegung nicht mehr abbremsen können und die fehlende Mitbewegung der Arme einen Sturz nicht verhindert.

Hinzu kommt die Entwicklung einer Angst vor dem Fallen. Das führt dazu, dass auch das kleinste Hindernis oft unüberwindlich erscheint, z. B. ein Bordstein oder eine Türschwelle (siehe Freezing-Phänomen). Diese Angst kann zur völligen Bewegungslosigkeit, der eigentlichen Akinese, führen.

### **Tremor**

Beim Tremor handelt es sich um „unwillkürliche, ziemlich regelmäßige, rhythmische Hin- und Her-Bewegungen von Körperabschnitten“<sup>74</sup>. Hauptsächlich betroffen sind hierbei die Hände. Der Bewegungsablauf des Tremors im Bereich

---

73 Thümler & Thümler 2016

74 Thümler & Thümler 2016, S. 34

der Finger führte zu der Bezeichnung „Pillendreher“ oder „Geldzählertremor“. Der Tremor wird nach den Frequenzzahlen seiner Bewegungsamplitude, seiner Aktivierungsbedingungen klassifiziert. So unterscheidet man den **Ruhetremor**, der bei vollständiger Muskelentspannung auftritt (Hände ruhen im Sitzen auf der Stuhllehne). Der Aktions-/Haltetremor tritt zum Beispiel beim Halten einer Tasse (**Haltetremor**) oder beim Führen der Tasse zum Mund (**Aktionstremor**) auf. Gerade der Halte- und Aktionstremor führt zu Stigmatisierungen und beeinträchtigt die feinmotorischen Kompetenzen erheblich.<sup>75</sup>

Neben den motorischen Beeinträchtigungen treten vielfältige **vegetative Begleitsymptome** auf:

- Kreislaufschwierigkeiten (Schwindel)
- Atemfrequenz ist in Ruhe erhöht; Atemminutenvolumen herabgesetzt
- Mundtrockenheit
- Schluckstörungen führen zu einem vermehrten Speichelfluss, da der Patient die normale Speichelmenge nicht vollständig hinunterschlucken kann. Dies gilt ebenso für Nahrungsmittel sowie Medikamente. Kommt noch ein abgeschwächter Hustenreflex hinzu, können Nahrungsreste in die Luftröhre und von dort in die Lunge gelangen. Die Gefahr an einer Lungenentzündung zu erkranken steigt (stille Aspiration)<sup>76</sup>
- Schlafstörungen
- gestörte Wärmeregulation (Schweißausbrüche, Schwitzattacken)
- übermäßige Talgproduktion, besonders im Gesicht
- Störungen der Darmfunktion (Obstipation) und Blasenfunktion (vermehrtes nächtliches Wasserlassen und/oder häufiges Wasserlassen sowie Inkontinenz)
- männliche Parkinson-Erkrankte klagen über Sexualfunktionsstörungen

## 4.2 Krankheitsverlauf bei Parkinson

Zu den **Frühsymptomen** gehören **motorische wie auch nicht-motorische** Krankheitszeichen. Erste Anzeichen sind meist unspezifisch und oft einseitig, wie Missempfindungen bzw. Schmerzen im Nacken-Schultergürtel-Bereich (siehe Herr Kaiser), im Rücken oder in einem Arm/Bein. Dem Umfeld oder der Person selbst fällt eine zunehmende Ungeschicklichkeit auf. Insgesamt wird die körperliche und psychische Belastbarkeit vermindert erlebt. Auftretende Riechstörun-

---

75 ebd. S. 35

76 Thümler & Thümler 2016, S. 94–95

77 ebd., S. 89

gen (Oregano-Test / Pizzatest<sup>77</sup> als Diagnostikverfahren) oder Verstopfung<sup>78</sup> sind mögliche Symptome. Auch depressive Verstimmungen sowie Versagensängste können vorkommen.

Die Konstellation aus Schmerzbeschwerden, allgemeiner Verlangsamung und Vitalitätsverlust wird **häufig fälschlicherweise dem Älterwerden zugeschrieben**.

Hoehn und Yahr (1967) haben eine Einteilung der Parkinson-Krankheit veröffentlicht, die nach wie vor in modifizierter Form ihre Anwendung findet:

„**Stadium 0**: Keine Erkrankungsanzeichen.

**Im Stadium 1** besteht nur eine geringe funktionelle Beeinträchtigung des Betroffenen bei einseitiger Symptomatik

**Im Stadium 1,5** zeigen sich eine einseitige und eine axiale Symptomatik.

**Im Stadium 2** ist die Parkinson-Symptomatik beidseits ausgeprägt, die Betroffenen haben keine Gleichgewichtsstörungen.

**Im Stadium 2,5** zeigen sich neben einer leichten beidseitigen Beteiligung ein Ausgleich im Zug-Test. Bei diesem Test prüft der Arzt die Standunsicherheit des Patienten, indem er ihn ruckartig an der Schulter zieht, während dieser mit dem Rücken zu ihm steht.

**Im Stadium 3** zeigen sich erstmals gestörte Stellreflexe, die Betroffenen können aber noch unabhängig leben und sich eigenständig versorgen. Man kann die Behinderung als schwach bis mäßig ausgeprägt bezeichnen.

**Im Stadium 4** ist die Parkinson-Symptomatik voll entwickelt, Betroffene können noch gehen und stehen, sind aber schon deutlich behindert.

**Im Stadium 5** ist der Parkinson-Kranke auf den Rollstuhl angewiesen, wenn er sonst keine direkte Hilfe bekommt, oder er ist sogar bettlägerig.“<sup>79</sup>

Neben den motorischen und sensorischen sowie vegetativen Störungen seien abschließend die psychischen Begleiterkrankungen benannt: So können kognitive Störungen, Demenz, Depressionen, Angststörung (mit Panikattacken)<sup>80</sup> und auch Schmerzen die Psyche belasten. Letztere entstehen vorwiegend durch Rigor, Tremor und nachlassende Medikamentenwirkung.

### 4.3 Motogeragogische Begleitung

Die Parkinson-Krankheit ruft erhebliche motorische und sensorische Defizite hervor. Die vegetativen sowie psychischen und psychosozialen Begleiterschei-

<sup>78</sup> Gerschlagler 2017, S. 24 ff.

<sup>79</sup> <http://www.vitanet.de/krankheiten-symptome/morbus-parkinson/stadien>

<sup>80</sup> Thümler & Thümler 2016 S. 70 ff.

nungen schränken die Lebensqualität oftmals stärker ein, als die motorischen Beeinträchtigungen. Daher ist in der therapeutischen Begleitung ein ganzheitlicher Ansatz wesentlich, um zum Wohlbefinden des Patienten beitragen zu können. Neben der medizinisch-medikamentösen Behandlung<sup>81</sup> und der differenzierten physiotherapeutischen Übung kann die Motogeragogik das leibseelische Wohlbefinden und damit einhergehend das Selbstwertgefühl steigern. Sie kann Rückzugstendenzen mit der damit einhergehenden sozialen Vereinsamung entgegenwirken und einen Schonraum bieten, um neue Handlungsstrategien für die Begegnung mit anderen zu entwickeln.

Basierend auf den krankheitsbedingten Besonderheiten kann es sinnvoll sein, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Das Individuum steht im Mittelpunkt – die Krankheit und die damit einhergehenden Veränderungen werden unterschiedlich verarbeitet und brauchen daher auch eine individuelle Begleitung.
- Die Uhrzeit kann, wenn möglich, den individuellen Bedingungen der Teilnehmer angepasst werden; so klagen Patienten häufig, dass gerade morgens „das in Gang kommen“ mehr Zeit braucht (Schlafstörungen/Medikation).
- Mundtrockenheit wird häufig bei körperlicher Aktivität noch intensiver wahrgenommen – daher ist es günstig Trinkpausen einzuplanen.
- Darauf achten, dass beide Körperhälften bei den Aktivitäten spielerisch eingesetzt werden können.
- In einem späteren Erkrankungsstadium vermehrt auf mögliche Sturzgefahren achten.
- Rhythmische Begleitung und Aufgaben erleichtern Bewegungsabläufe und helfen auch, das Freezing-Phänomen zu überwinden. So können sensorische Trigger-Mechanismen erlernt oder mit eingebracht werden. Dies können akustische, visuelle oder haptische Trigger oder eine Kombination aus diesen sein:
  - akustische Trigger: Eigen- oder Fremdkommandos wie „LOS“ oder „HOPP“, Lautes, Zählen, Klatschen, Marschmusik
  - visuelle Trigger: kleine Hindernisse (Schuh, Stein, Sandsäckchen), Bodenmarkierungen
  - haptische Trigger: auf den Oberschenkel klatschen, Ball drücken.<sup>82</sup>
- In Absprache mit der Physiotherapie können Inhalte aus der Gangschule spielerisch aufgegriffen werden.

---

81 Eine Heilung der Parkinson-Erkrankung ist derzeit noch nicht möglich, über eine differenzierte medikamentöse Therapie können die motorischen Symptome sowie Begleitstörungen gelindert oder verbessert werden.

82 Thümler & Thümler 2016, S. 149

### **Praxiskonzept Schwerpunkte motogeragogischer Begleitung<sup>83</sup>:**

- Erleben des Gemeinsames Tuns (positives Erleben in der Gruppe)
- Kommunikationsfähigkeit, neue Wege des Ausdrucks für das soziale Miteinander im Schonraum ausprobieren (Pantomime, Tätigkeiten, Emotionen)
- Interaktion durch Gesprächspausen, Reflexionen oder Kooperationsspiele (eigene Bedürfnisse erkennen und realisieren, Kompromisse eingehen Grenzen setzen und erfahren)
- Erhalten der Bewegungsfähigkeit. Beispiele aus der Funktionsgymnastik in den Stundenablauf aufnehmen<sup>84</sup>
- Gleichgewichtsfähigkeit: große Aufbauten, wie große Schaukeln oder Trampolinspringen, sollten aber wohldurchdacht und gut abgesichert sein
- Feinmotorische Kompetenzen spielerisch im Sinne von materialen Erfahrungen
- Ebenso Reaktionsfähigkeit in Maßen, nicht im Sinne einer defizitären Herausforderung
- WICHTIG: Wahrnehmen und Spüren des Körpers (Veränderungen des Leibes wahrnehmen und akzeptieren / auch die mehr betroffene Körperseite in das Körperbild aufnehmen)
- Räumliche Wahrnehmung/Raumorientierung
- Atmung: Bewusstmachen der Atemräume spielerisch und Entspannung
- Methodisches Vorgehen impliziert, selbst kreativ sein zu können, und eigene Bewegungslösungen werden ausdrücklich erwünscht – Dies führt zu Erfolgserlebnissen und einem positiven Selbstkonzept

Insgesamt stellt die motogeragogische Begleitung eine Ergänzung zu den notwendigen physiotherapeutischen und medizinischen Maßnahmen dar. In den motogeragogischen Einheiten stehen die Interessen und Kompetenzen im Vordergrund. Es geht darum, den eigenen Körper mit seinen Möglichkeiten positiv zu erfahren und spielerisch in Kontakt mit anderen zu kommen. Dies kann sich positiv auf die Grundstimmung, das allgemeine leibseelische Wohlbefinden und damit auf den Krankheitszustand auswirken.

Auf den folgenden Seiten dazu einige exemplarische Praxisbeispiele.

---

83 Frangos 2005

84 Tutt 2017

## Spinnennetz

→ Abb. 51, 52

### Material:

Lange Seile, Duschschwämme

### Anforderungen

Die Seile werden spinnennetzartig auf den Boden gelegt.

- Gehen Sie durch das Spinnennetz, ohne die Seile zu betreten.
- Die Duschschwämme werden an die TeilnehmerInnen verteilt. Suchen Sie sich eine Lücke im Spinnennetz und spielen Sie den Schwamm hinein. Wechseln Sie beim Werfen Ihren Wurfarm.
- Ein Schwamm liegt in einem Feld des Spinnennetzes. Versuchen Sie den roten Schwamm abzutreffen.

### Physische Ressourcen

- Koordination: Dynamisches Gleichgewicht
- Gangbild/Aufrichtung
- Bewegungssteuerung

### Kognitive Kompetenz

- Aufgabenverständnis

### Sensomotorische Kompetenz

- Auge-Hand-Koordination
- Auge-Fuß-Koordination

### Soziale Kompetenz

- Rücksichtnahme

### Psychische Ressource

- Hilfe/Unterstützung annehmen

### Individuelle Herausforderungen

- Frau S. steigt über das am Boden liegende Seil.
- Herr L. nimmt heute Unterstützung an.
- Frau M. führt die Aufgabe ohne Unterstützung aus.
- Herr K. wirft mit Freude die Schwämme.
- Frau L. nimmt Hilfestellung zur Bewältigung der Aufgabe (Gleichgewicht) an.



Abb. 51



Abb. 52

## Luftballontennis

→ Abb. 53

### Material:

gekürzte Pool Noodle, Luftballon

### Anforderungen

- Spielen Sie sich den Luftballon mit Hilfe der Pool Noodle zu.
- Wechseln Sie Ihre Schlaghand!

### Physische Ressourcen

- Kraft
- Bewegungssteuerung

### Kognitive Kompetenzen

- Aufgabenverständnis

### Sensomotorische Kompetenzen

- Auge-Hand-Koordination
- Kraftdosierung

### Soziale Kompetenzen

- Kontaktaufnahme
- Interaktionsfähigkeit

### Psychische Ressourcen

- Freude am gemeinsamen Tun
- Offenheit und Neugierde

### Individuelle Herausforderungen

- Frau L. hält die Pool Noodle fest.
- Herr K nimmt über den Ballon Kontakt zu den Mitspielern und Mitspielerinnen auf.
- Herr K. wendet seine Kenntnisse auf ein neues Material an.
- Frau M. beteiligt sich über einen Zeitraum von 10 Minuten an dem Spiel.



Abb. 53

## Murmelbahn

→ Abb. 54

### Material:

Heulrohre, Verbindungsstücke, Murmeln

### Anforderungen

Mehrere Heulrohre werden zu einer Murmelbahn zusammengesteckt.

- *Bringen Sie die Murmeln (gemeinsam) in Bewegung.*
- *Probieren Sie unterschiedliche Geschwindigkeiten aus.*
- *Wechseln Sie die Richtung.*
- *Setzen Sie Ihren gesamten Körper bei der Bewegung ein.*

### Physische Ressourcen

- Kraft (Arme und Hände)
- Beweglichkeit
- Bewegungssteuerung

### Kognitive Kompetenzen

- Kreativität
- Problemlösestrategien

### Sensomotorische Kompetenzen

- Auge-Hand-Koordination
- Kraftdosierung
- Taktil-kinästhetische Wahrnehmung

### Soziale Kompetenz

- Interaktionsfähigkeit

### Psychische Ressource

- Freude am gemeinsamen Tun

### Individuelle Herausforderungen

- Frau L. hält die Murmelbahn mit beiden Händen fest.
- Herr L. passt seine Bewegung dem Verlauf der Murmeln an.
- Frau T. freut sich, wenn sie die Murmel beim Durchrollen spüren kann.
- Herr K. nimmt aktiv am Geschehen teil.
- Frau P. zeigt Ausdauer.



Abb. 54

## Vier gewinnt

→ Abb. 55

### Material:

„Vier gewinnt“-Spiel aus Holz ([www.spielend-erleben.de](http://www.spielend-erleben.de))

### Anforderungen

Das Spiel steht in der Mitte des Kreises auf einer Erhöhung.

- Legen Sie abwechselnd eine Holzkugel auf das Spielgerüst, so dass vier gleichfarbige Kugeln waagrecht, senkrecht oder diagonal liegen.
- Benutzen Sie hierzu mal die rechte, mal die linke Hand.

### Physische Ressourcen

- Feinmotorik
- Bewegungssteuerung
- Dynamisches Gleichgewicht

### Kognitive Kompetenzen

- Aufgabenverständnis
- Spielverlauf verfolgen

### Sensomotorische Kompetenzen

- Auge-Hand-Koordination
- Kraftdosierung

### Psychische Ressourcen

- Freude am gemeinsamen Tun

### Individuelle Herausforderungen

- Frau G. nimmt Unterstützung beim Gehen an.
- Herr L. nimmt Unterstützung beim Spiel an.
- Frau H. benutzt beim Spiel beide Körperhälften.
- Herr K. legt die Kugeln gezielt auf das Spielgerüst.
- Frau M. zeigt sich motiviert.

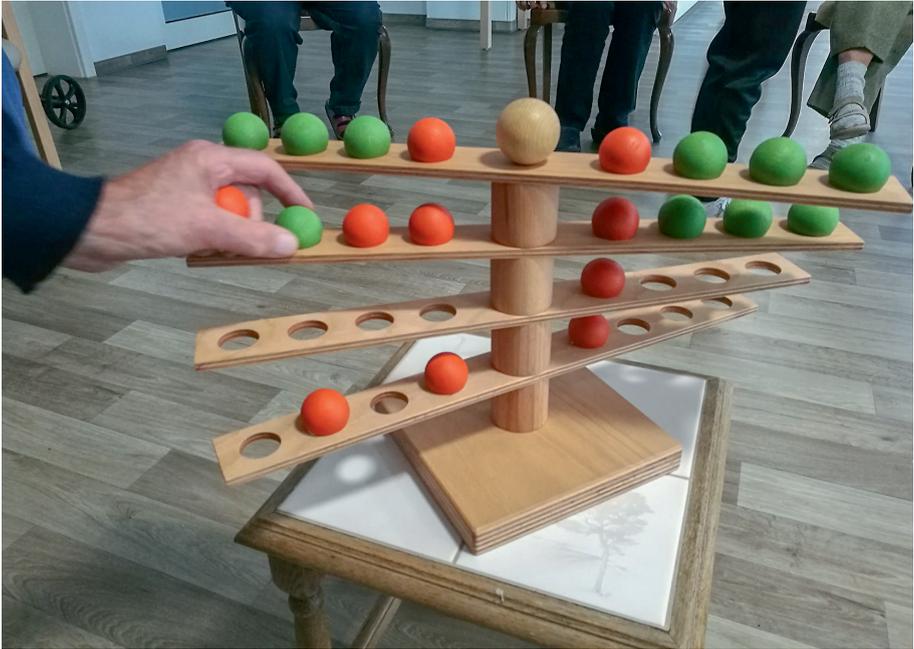


Abb. 55