

Arbeitsmaterialien für Seniorenbetreuerinnen und -betreuer

Fertig aufbereitete Konzepte und Übungen, Materialien und Kopier-
vorlagen für ein ganzheitliches Gedächtnistraining mit Senioren

Thema: Kurzaktivierung und Methodenkompetenz, Ausgabe: 02
Titel: Tiere und geometrische Formen (65 S.)

Produkthinweis

Dieser Beitrag ist Teil einer Print-Ausgabe aus dem Programm „Seniorenbetreuung“ des OLZOG Verlags. Ein Hinweis auf die Originalquelle befindet sich in der Fußzeile jedes Dokuments.

▶ Alle Beiträge dieser Ausgabe finden Sie [hier](#).

Die motivierenden, sofort einsetzbaren Übungen und Kurzaktivierungen mit Biografie- und Jahreszeitenbezug sorgen für Abwechslung im Pflegealltag, steigern Selbstwertgefühl und Lebensqualität Ihrer Senioren und bedeuten gleichzeitig Zeitersparnis und Arbeitserleichterung für Sie.

▶ Die Print-Ausgaben aus dem Programm „Seniorenbetreuung“ können Sie auch bequem und regelmäßig per Post im [Jahresabo](#) beziehen.

Hinweis zu den Beiträgen aus der Reihe »**Musik, Bewegung & Sinnesarbeit**«: die Links zu den **Liedern** (Musikdateien im mp3-Format) sowie zu einer **kostenlosen Einführung** finden Sie jeweils direkt in der **Detailansicht des Artikels**.

Nutzungsbedingungen

Die Arbeitsmaterialien dürfen nur persönlich für Ihre eigenen Zwecke genutzt und nicht an Dritte weitergegeben bzw. Dritten zugänglich gemacht werden. Sie sind berechtigt, für Ihren eigenen Bedarf (in Gruppengröße) Fotokopien zu ziehen, bzw. Ausdrucke zu erstellen. Jede gewerbliche Weitergabe oder Veröffentlichung der Arbeitsmaterialien ist unzulässig.

▶ Die vollständigen Nutzungsbedingungen finden Sie [hier](#).

Haben Sie noch Fragen? Gerne hilft Ihnen unser Kundenservice weiter:

[Kontaktformular](#) | ✉ Mail: service@olzog.de

✉ Post: OLZOG Verlag | c/o Rhenus Medien Logistik GmbH & Co. KG
Justus-von-Liebig-Str. 1 | 86899 Landsberg

☎ Tel.: +49 (0)8191/97 000 220 | 📠 Fax: +49 (0)8191/97 000 198
www.olzog.de | www.eDidact.de

1 Einleitung

Frau P. klopft mit der rechten Hand auf den Tisch; sie hat Körperpflege und Frühstück hinter sich und sitzt nun in ihrem Rollstuhl am Tisch im Gemeinschaftsraum der Pflegestation. Die Zeitschrift hat sie durchgeblättert, sie blickt suchend um sich.

Da setzt sich Frau H. zur ihr: „Haben Sie ein wenig Zeit? Schauen Sie, was ich Ihnen mitgebracht habe!“ Und sie zeigt ihr eine Bildkarte von einem Hund. Beide beginnen ein Gespräch über Hunde und Haustiere im Allgemeinen ...

„Aktivierung in der Pflege“ ist in den letzten Jahren ein unverzichtbarer Bestandteil des Betreuungskonzepts für Seniorenheime geworden. Die Bewohner auch geistig zu mobilisieren, erhöht die Zufriedenheit und die Qualität der Kommunikation bei Betreuten und Pflegepersonal.

Doch wie soll man diesem Anspruch im zeitlich ohnehin schon knapp bemessenen Pflegealltag gerecht werden? Zwar gibt es hin und wieder kleine Zeitfenster, und manchmal können sich vielleicht auch Praktikanten, Angehörige oder freiwillige Helfer für eine Viertelstunde um einen Bewohner kümmern. Doch kaum jemand hat Zeit, sich aufwendigen Vorbereitungen zu widmen, Übungsmaterialien zusammenzustellen oder komplizierte Instruktionen zu lesen.

Diesen Bedarf soll das vorliegende Material abdecken: Es bietet Ihnen handliche **Übungskarten** im DIN-A5-Format, die Ihnen die **ressourcenorientierte Kurzaktivierung von kognitiv beeinträchtigten Personen** erleichtern – auch wenn Ihnen nur ein paar Minuten Zeit zur Verfügung stehen!

Der beigefügte Kartensatz besteht aus

- 30 Bildkarten,
- 20 Sprichwortkarten,
- 43 Wortkarten,
- 42 Buchstabenkarten und
- 4 Moderationskarten.

Die Karten passen in jede Tasche und ermöglichen eine **einfache und schnelle Umsetzung** „vor Ort“: Je nach Vorliebe des Bewohners können Sie eine oder mehrere Karten auswählen und sich anhand der Anleitungen auf den zugehörigen Moderationskarten schnell einen Überblick über die Durchführung der jeweiligen Kurzaktivierung verschaffen. Die vorgestellten Aktivierungen können Sie also direkt und **ohne große Vorbereitung** realisieren!

Mit dem vorhandenen Material lassen sich **Wortflüssigkeit, Wahrnehmung** und schnelles **Abrufen** Ihrer Senioren trainieren; es liefert **Gesprächsstoff** und gibt einen **geistigen Input**, der noch über das Training hinaus das Gehirn beschäftigt.

Das bietet Ihnen das Material:

- Die **handlichen Übungskarten** im DIN-A5-Format sind nach den zu fördernden Kompetenzen geordnet.
- Die **Anleitungen** für das Pflegepersonal liegen in Form von **Moderationskarten** vor und sind einfach nachzuvollziehen.

Einleitung

Damit Sie sich schon jetzt einen Überblick über die verschiedenen Durchführungsmöglichkeiten verschaffen können, haben wir alle Anleitungen zusätzlich in Kapitel 3.4 (siehe Seite 14 ff.) noch einmal abgedruckt.

- Die **Ausführung des Materials** ist durch den seniorengerechten Großdruck und das eindeutige Bildmaterial auch und vor allem für Demenzpatienten geeignet.
- Die Kurzaktivierungen sind nach verschiedenen **Themen** geordnet:
 - **Bild- und Sprichwortspiel „Tiere“**
(10 Bildkarten, 20 Sprichwortkarten, 27 Wortkarten, 2 Moderationskarten)
 - **Bildspiel „Geometrische Formen“**
(20 Bildkarten, 16 Wortkarten, 1 Moderationskarte)
 - **Buchstabenspiel**
(42 Buchstabenkarten, 1 Moderationskarte)
- Einige Themen können auch problemlos mit den **Gedächtnistrainings** aus der Reihe „Aktiv & fit von Kopf bis Fuß“ (Olzog Verlag) **verknüpft** werden (Hinweise dazu siehe Seite 15 und Seite 18).
- **Jedes Jahr** erscheint eine Sonderausgabe mit **neuen Themen und Arbeitskarten**.
- Die **Durchführung** kann im Dialog zwischen Pfleger/in und Patient/in stattfinden oder mit einer kleinen Patientengruppe.
- Der **Zeitaufwand** richtet sich nach der Konzentrationsspanne der Patienten bzw. dem Zeitfenster der Pflegenden.
- **Zielgruppe** sind Institutionen der Seniorenbetreuung, Kliniken, mobile Dienste, aber auch pflegende Angehörige, die ihre Patienten auch geistig mobilisieren wollen.
- Das Übungskonzept wurde vor allem für **Demenzranke** am Beginn und im mittleren Stadium der Krankheit entwickelt.

Die Karten wurden in der Pflegestation und in der Tagesbetreuung des „Hauses der Senioren“ in Kuchl/Salzburg erprobt (an dieser Stelle vielen Dank an alle, die das Material ausprobiert haben und so die laufende Verbesserung ermöglichen!). Dort werden Patienten seit einem halben Jahr einzeln gefördert. Nach mehreren Wochen intensiverer Betreuung (3 x wöchentlich) haben sich Aufmerksamkeit und Ansprechbarkeit der Betroffenen verbessert, die Stimmungslage konnte positiv beeinflusst werden, Demenzpatienten wurden ruhiger. Es zeigt sich also: **Aktivierung in der Pflege lohnt sich!**

In diesem Sinne wünschen wir auch Ihnen viel Freude bei der Arbeit mit dem vorliegenden Material!

Dr. Helga Schloffer & Mag. Monika Puck
(Klinische und Gesundheitspsychologinnen)

2 Theoretische Einführung

2.1 Was versteht man unter Demenz?

Unter Demenz versteht man den **erworbenen Verlust von höheren psychischen Funktionen**, die definitionsgemäß das **Gedächtnis** betreffen müssen und nicht mit einer Bewusstseinsstrübung einhergehen dürfen. Die Störungen können vielgestaltig sein, müssen aber, um als Demenz bezeichnet werden zu können, eine verminderte Alltagsbewältigung zur Folge haben und dauerhaft sein (mindestens 6 Monate). Der Verlauf ist chronisch und fortschreitend. Wegen der möglichen Vielgestaltigkeit der konkreten Symptomatik und der Orientierung an bestimmten Leitkriterien spricht man besser von „Demenzsyndrom“ (vgl. www.psychiatriegespraech.de; dort finden sich auch weitere Definitionen).

2.2 Demenzformen

- **Primär degenerative Demenzen** – ca. 50 % aller Fälle
 - Alzheimer Demenz (nähere Informationen dazu vgl. 2.3)
 - Morbus Pick (Rückbildung beginnt frontotemporal; Sprachzentrum und soziale Verhaltensweisen bzw. Antrieb sind als Erstes gestört)
 - Morbus Parkinson (Verminderung dopaminerzeugender Neurone; Akinese; Rigor; Tremor)
 - Chorea Huntington (Degeneration der Basalganglien; erblicher Veitstanz)
- **Hirndurchblutungsstörungen (vaskuläre Demenz)** – ca. 15 % aller Fälle
- **Mischtyp** – ca. 25 % aller Fälle
 - Vaskuläre Demenz und Alzheimer Demenz treten zusammen auf.
- **Sekundäre Demenzen** – ca. 10 % aller Fälle
 - Diese Demenzen werden durch eine andere Grunderkrankung ausgelöst, z.B.:
 - Normaldruckhydrozephalus
 - entzündliche Erkrankungen und Infektionskrankheiten des Gehirns: Syphilis, AIDS, Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Enzephalitis, Multiple Sklerose
 - Demenz nach Hirnverletzungen
 - Metabolische oder Stoffwechselerkrankungen
 - Chronischer Alkoholkonsum (Korsakow-Demenz)
 - Vitaminmangelzustände (Vitamin B12, Vitamin B1, Folsäure)

(Nähere Informationen dazu unter www.psychiatriegespraech.de.)

2.3 Primär degenerative Demenzen (insbesondere Alzheimer Demenz)

Die Alzheimer Demenz ist eine irreversible degenerative Hirnerkrankung und die häufigste demenzielle Erkrankung. 5 – 8 % der über 65-Jährigen sind betroffen. Das Risiko steigt exponentiell mit dem Lebensalter. Von den über 90-Jährigen sind 40 – 50 % von der Alzheimer Demenz betroffen.

Theoretische Einführung

Zwischen den Neuronen im Frontal- und Temporallappen und im Hippocampus lagern sich verklumpte Endprodukte aus der Spaltung größerer Eiweißstoffe an; normalerweise werden diese im Verletzungsfall freigesetzt. Entgleist dieser Reparaturprozess, lagern sich sogenannte **β A4-Proteine** zwischen den Nervenzellen ab und behindern den Kontakt zwischen den Neuronen.

Der sich **in den Nervenzellen** anlagernde Eiweißstoff wird als **Tau-Protein** bezeichnet, das sich in stark phosphoryliertem Zustand zu langen, umeinander gewickelten Spiralen zusammenlagert – es entstehen **Neurofibrillenbündel**. Die Folge ist eine Schädigung des zellulären Transportsystems und somit der Nervenzelluntergang.

Festzustellen sind:

- Atrophie des Cortex
- Vergrößerung der Hirnventrikel als Ausgleich
- drusige Entartungen der Hirngefäße durch Anlagerungen
- Störung des Transmitterstoffwechsels (besonders Acetylcholin, Noradrenalin und Serotonin)
- Verminderung des Glucoseverbrauchs

Abgrenzung der Alzheimer Demenz von anderen Demenzformen:

- Die Erkrankung beginnt schleichend (ca. 30 Jahre bis zum ersten Symptom) mit unspezifischen Erscheinungen wie Apathie, emotionalem Rückzug, Motivationsverlust, Reizbarkeit, Antriebslosigkeit.
- Die Veränderungen (vor allem Gedächtniseinbußen) werden zu Beginn vom Betroffenen wahrgenommen, aber verleugnet.

Im Anfangsstadium können Alzheimer Demenz und Depressionen verwechselt werden. Während Depressive allerdings über kognitive Einbußen klagen, werden diese von Alzheimer-Patienten verleugnet.

- **Kognitive Kernsymptome:**

- Gedächtnisstörungen (beim Abspeichern neuer Informationen)
- Verlust der Problemlösefähigkeit
- Beeinträchtigung des schlussfolgernden Denkens
- Wortfindungsstörungen
- Orientierungsprobleme

- **Affektive Veränderungen und Verhaltensprobleme:**

- Aggression, Ängste, Unruhe, Reizbarkeit (bedingt durch Fehlwahrnehmung oder Fehlinterpretation des Kranken, Reizüberflutung oder Überforderung)
- (Nacht-)Unruhe, bedingt durch zu viel Ruhe am Tag, Unterzuckerung, Angst im Dunkeln, eigene Aktivitäten aufgrund des hektischen Tagesablaufs, Bewegungsdrang zur Spannungsreduktion
- Halluzinationen: Fehlinterpretationen bei Schattenbildung und dunklen Räumen

Stadien der Alzheimer Demenz: (individuell unterschiedlich)• **1. Stadium (über 2 – 4 Jahre)**

- Gedächtnisstörungen (vor allem die Merkfähigkeit und das unmittelbare Kurzzeitgedächtnis sind betroffen)
- Konzentrationsschwäche
- Flexibilität ist beeinträchtigt
- Desorientierung beginnt
- depressive Verstimmungen

• **2. Stadium (ca. 2 Jahre)**

- Der intellektuelle Allgemeinzustand verschlechtert sich durch die fortschreitende Atrophie, es kommt zu Ausfallserscheinungen wie Agnosie (Nichterkennen von Gegenständen), Aphasie (Sprachstörungen) und Apraxie (alltägliche Bewegungsabläufe und Tätigkeiten sind erschwert).
- Das Alltagsleben ist alleine nicht mehr zu bewältigen.
- Ausweitung der Veränderungen auch auf die Persönlichkeitsstruktur (siehe Verhaltensprobleme)
- schwere örtliche Orientierungsstörungen; zielloses Umherwandern

• **3. Stadium (= Endstadium)**

- Die Patienten werden zunehmend antriebsloser.
- Die neurologischen Störungen werden stärker; Inkontinenz; keine Verständigung über die Sprache; vollständiger geistiger Abbau
- Tod oft durch hinzukommende körperliche Erkrankung

2.4 Therapie- und Behandlungsansätze• **Medikamente**

- Die medikamentöse Versorgung erfolgt auf Verordnung eines Arztes bzw. Facharztes.

• **Stärkung des sozialen Umfeldes (insbesondere der Angehörigen)**

- Eine Institutionalisierung kann durch **gute Angehörigenarbeit** hinausgezögert werden. Angehörige sollten bestmöglich über die Erkrankung, den Verlauf und die Behandlung informiert werden. Außerdem ist es wichtig, die Angehörigen im Umgang mit dem Patienten zu unterstützen und sie in die Behandlung miteinzubeziehen (z.B. durch adäquate Angehörigenschulungen).

• **Aktivierungsangebote**

Alle **ressourcenorientierten Aktivierungsangebote** sollten ausgeschöpft werden. Dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Das **Gedächtnistraining** ist besonders im Frühstadium wirksam. Doch auch in späteren Stadien können die vorhandenen kognitiven Ressourcen aktiviert werden. Dabei ist eine selektive Verstärkung in oft engen Kompetenzfenstern möglich.
- Die **Sinne** sollten durch Wahrnehmungsanregungen gestärkt werden.
- **Wortfindung** und **Ausdrucksfähigkeit** werden durch Erzählen, Benennen und Erkennen sowie durch Übungen zur Wortfindung angeregt.
- Bei der **Biografiearbeit** wird das Altgedächtnis gestärkt. Dies trägt zur Erhaltung der Identität bei.