

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: 05
Titel: Wohnzimmer, Küche und Badezimmer (73 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 handliche **Übungskarten** im DIN-A5-Format, die Ihnen die **ressourcenorientierte Kurzaktivierung von kognitiv beeinträchtigten Personen** erleichtern – auch wenn nur ein paar Minuten Zeit zur Verfügung stehen!

Der beigefügte Kartensatz besteht aus

- 30 Bildkarten,
- 20 Sprichwortkarten,
- 66 Wortkarten und
- 5 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** 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:
 - **Bildspiel „Wohnzimmer“**
(10 Bildkarten, 21 Wortkarten, 1 Moderationskarte)
 - **Bildspiel „Küche“**
(10 Bildkarten, 21 Wortkarten, 1 Moderationskarte)
 - **Bildspiel „Badezimmer“**
(10 Bildkarten, 24 Wortkarten, 1 Moderationskarte)
 - **Sprichwortspiel**
(20 Sprichwortkarten, 2 Moderationskarten)
- **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 **Demenzkranke** am Beginn und im mittleren Stadium der Krankheit entwickelt.

Die Karten wurden in den Pflegestationen Kuchl, Anif und Gröding (alle Salzburg) und in der Tagesbetreuung des „Haus 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 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,

Ausbildungsreferentinnen des Österreichischen Bundesverbandes für Gedächtnistraining (siehe: www.gedaechtnistraining-oebv.at)

2 Theoretische Einführung

2.1 Was versteht man unter Demenz?

Demenz ist der **erworbene Abbau von kognitiven Fähigkeiten**, der schließlich zu einem **Verlust von Alltagsfertigkeiten** führt. Ursachen können degenerative bzw. nicht degenerative Hirnerkrankungen sein.

Demenzen werden in den nächsten Jahren zu den **größten Herausforderungen** im Bereich der Seniorenbetreuung und -pflege zählen: Ca. 5 % der über 65-Jährigen leiden an einer Demenz; die Diagnose ist die häufigste Ursache für den Umzug in ein Pflegeheim. Entsprechend der demografischen Entwicklung ist zudem ein Anstieg an demenziell erkrankten Heimbewohnern zu erwarten (Anstieg der an Demenz erkrankten Menschen in Europa von derzeit 7 Millionen auf 16 Millionen im Jahr 2050).

Die **Diagnose „Demenz“** wird in **zwei Schritten** gestellt: Zunächst wird das Syndrom Demenz erfasst, danach folgt die Differenzialdiagnose, also die genaue Bestimmung der zugrunde liegenden Hirnerkrankung.

Die gängigen diagnostischen Kriterien (ICD -10) orientieren sich an der Alzheimer Demenz als häufigster Demenzform. Sie umfassen folgende Punkte:

- Gedächtnisstörung
- Defizite in mindestens noch einer weiteren kognitiven Fähigkeit
- Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung
- Verhaltensstörung
- Dauer dieser Symptome: mindestens 6 Monate
- Ausschluss von Bewusstseinsstörungen und zeitbegrenzter Verwirrtheit

Diese Kriterien werden allerdings diskutiert, denn sie sind problematisch für Erkrankungen, bei denen die Gedächtnisstörung nicht am Beginn steht (z. B. Frontotemporale Demenzen).

Die Gehirne alter, an Demenz erkrankter Menschen zeigen zudem eine sogenannte „Multi-Morbidität“, d.h. es finden sich vielfältige Veränderungen, deren Ursache mehr als eine Hirnerkrankung ist. Eine scharfe Abgrenzung der einzelnen Erkrankungen entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. Förstl 2008).

2.2 Demenzformen

- **Alzheimer Demenz** (nähere Informationen dazu vgl. 2.3)
- **Vaskuläre Demenzen** (ca. 15 %):
sind auf zerebrovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen, oft plötzliches Auftreten von kognitiven Defiziten, stufenweiser Verlauf mit abrupten Verschlechterungen; kein einheitliches klinisches Bild, verschiedene Ausprägungen.
- **Mischformen** (bis zu 15 %)
- **Frontotemporale Demenzen** (5 bis 10 %):
Schädigung vor allem des frontalen Kortex und/oder des temporalen Kortex: Gemeinsame Merkmale dieser Gruppe von Erkrankungen sind Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen und Beeinträchtigungen der Sprache; selten beginnen die Erkrankungen nach dem 75. Lebensjahr.

Theoretische Einführung

- **Lewy-Körperchen-Demenzen** (bis zu 15 %):

Degeneration dopaminergener Neurone in der Substantia nigra, Lewy-Körperchen im Kortex; Halluzinationen, Störungen der Aufmerksamkeit und visuell-räumlicher und konstruktiver Leistungen; Gedächtnisstörungen (bei freier Wiedergabe) nicht im Frühstadium; Demenz bei Morbus Parkinson: klinisches Profil gleicht der Lewy-Körperchen-Demenz, motorische Störungen treten zuerst auf; mindestens 40 % der Patienten mit Morbus Parkinson entwickeln im Laufe der Erkrankung eine Demenz.

- **Andere neurodegenerative Erkrankungen** (z. B. Chorea Huntington):

gehen mit Bewegungsstörungen, kognitiven und psychiatrischen Symptomen einher.

- **Prionenerkrankungen** (verursacht durch ein infektiöses Protein, z. B. Creutzfeld-Jakob)

- **Symptomatische Demenzen**

Diese Demenzen werden durch eine andere Grunderkrankung ausgelöst, die auch behandelbar oder heilbar sein kann.

- Normaldruckhydrozephalus (Störung der Verteilung des Nervenwassers mit Ausweitung der Hirnkammern)
- entzündliche Erkrankungen und Infektionskrankheiten des Gehirns: Syphilis, AIDS, Enzephalitis
- Autoimmunkrankheiten (Multiple Sklerose)
- Demenz nach Kopfverletzungen (z. B. Boxer-Demenz oder einmalige schwere Verletzungen)
- Tumore, Subduralhämatom
- Metabolische Erkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen
- Chronischer Alkoholkonsum (Korsakow-Demenz)
- Vitaminmangelzustände (Vitamin B12, Vitamin B1, Folsäure)
- schwere Epilepsien

(geschätzte Häufigkeiten bei senilen Demenzen)

2.3 Alzheimer Demenz

Die Alzheimer Demenz ist mit ca. 50 % die häufigste Demenzerkrankung.

Veränderungen im Gehirn

Durch die vermehrte Ablagerung pathologischer Eiweißstoffe und deren Spaltprodukte kommt es zu einem fortschreitenden Verlust von Neuronen und zu einer Verarmung von Synapsen.

Die erhöhte Konzentration des sogenannten „Amyloid- β -Peptids“ führt zur Bildung von Plaques, die sich zwischen den Nervenzellen und um die Gefäße, vor allem im Kortex, ablagern; weiter kommt es zu entzündlichen Prozessen. Aus dem pathologisch veränderten Tau-Protein bilden sich sogenannte „Neurofibrillen“, die das zelluläre Transportsystem schädigen.

Zu Beginn ist der Schläfenlappen betroffen, in der Folge das gesamte limbische System mit Hippocampus und benachbarten Strukturen, die für das Gedächtnis wichtig sind. Neben der Hirnrinde sind im weiteren Verlauf auch tiefer liegende Gebiete betroffen.

Es kommt zu einer Abnahme der Hirnsubstanz, im Verlauf der Krankheit sterben so bis zu 50 % der Zellen ab. Das Gehirn schrumpft (Atrophie), die Ventrikel erweitern sich.

Abgrenzung der Alzheimer Demenz von anderen Demenzformen:

- Die Erkrankung beginnt schleichend 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. Anfangsstadium – Leichte Demenz

- Gedächtnisstörungen (vor allem das episodische Neugedächtnis)
- milde Sprachstörungen
- Probleme bei komplexen Aufgaben
- räumliche Orientierungsstörungen
- depressive Verstimmungen

• 2. Mittelschwere Demenz (ca. nach 3 Jahren)

- 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. Schwere Demenz

- Die Patienten werden zunehmend antriebsloser, die Affekte verflachen.
- keine ganzen Sätze, Neologismen bis hin zum Verlust der Sprache
- Gangunsicherheit, Bewegungsverarmung