

**Albertinen-Akademie**

Weiterbildung DEMERGO

Kurs 5

Kursleitung: Gudrun Schaade

**Über den (Un-)Sinn?  
des Einsatzes neuer Medien in der Ergotherapie bei Demenz  
im Seniorenheim – zwei Beispiele**

Iris Ullrich

Abgabetermin: 22.04.2017

# **Über den (Un-)Sinn? des Einsatzes neuer Medien in der Ergotherapie bei Demenz im Seniorenheim – zwei Beispiele**

- 1. Der unaufhaltsame Einzug neuer Medien in den persönlichen Arbeitsalltag**
  - 1.1 Ausgangssituation mit Themenbegründung und Problemstellung
  - 1.2 Vorgehensweise
- 2. Theoretische Grundlagen**
  - 2.1 Demenz
  - 2.2 Demenz und Wahrnehmung
  - 2.3. Beispiele ergotherapeutischer Ziele bei Demenz
- 3. Das mediadementia – Tablet: Neuheit für die Arbeit mit Menschen mit Demenz**
  - 3.1 Allgemeine Informationen
  - 3.2 Überblick über Aufbau und Inhalt
  - 3.3 Der Teilbereich *Spiele*
    - 3.3.1 Inhalt und allgemeine Konzeption der Übungen
    - 3.3.2 Übungsbeispiele mit Anforderungs- und Eingnungsanalyse
  - 3.4 Zusammenfassung und Reflexion
- 4. Bowling mit der Nintendo-Wii® - ein Spaß auch für Demenzkranke?**
  - 4.1 Allgemeine Informationen
  - 4.2 Nintendo-Wii® Bowling – Ablauf
  - 4.3 Anforderungsanalyse aus ergotherapeutischer Sicht
  - 4.4 Wii®-Bowling im Praxiseinsatz
    - 4.4.1 Allgemeine Erfahrungen in der Gruppe, Probleme und Lösungsansätze
    - 4.4.2 Fallbeispiel Herr J.
      - 4.4.2.1 Kurzbefund
      - 4.4.2.2 Wii®-Bowling mit Herrn J.
      - 4.4.2.3 Kegeln mit Herrn J.
  - 4.5 Kegeln – Anforderungsanalyse
  - 4.6 Erfahrungen aus der Kegelgruppe
  - 4.6 Wii® – Bowling oder Kegeln bei Demenz?
- 5. Fazit und Ausblick**

# **1. Der unaufhaltsame Einzug neuer Medien in den persönlichen Arbeitsalltag**

## **1.1 Ausgangssituation mit Themenbegründung und Problemstellung**

Vor einiger Zeit sollte auf Wunsch der Pflegedienstleitung im Haus eine „Wii®-Bowling Gruppe“ ins Leben gerufen werden. Während und nach einem Selbstversuch kamen viele Fragen bezüglich der praktischen Einsetzbarkeit auf - zumal bei Menschen mit Demenz, deren Behandlung aufgrund der Erkrankung ganz besondere Erfordernisse mit sich bringt. Welche Fähigkeiten erfordert die Bedienung, und gibt es irgendwelche Vorteile im Hinblick auf ergotherapeutische Ziele bei Demenz im Vergleich zum „normalen“ Kegeln? Oder ist es zwar zeitgemäß und außenwirksam, geht aber an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbei? Bereits vor vier Jahren testete eine Studie die „Auswirkungen von Nintendo-Wii® Bowling auf Alzheimbewohner“, unter anderem auch auf den Demenzstatus, was bestätigt, dass das Bowling spielen mit der Konsole offenbar in vielen Einrichtungen verbreitet ist. <sup>1</sup>

Aufgrund des Engagements des Pflegedienstleiters hatte unsere Einrichtung im vergangenen Jahr zudem die Gelegenheit, das erste sogenannte „Demenz-Tablet“ im Rahmen eines Pilotprojekts zu testen. Obwohl sich unsere Einrichtung nach reiflicher Reflexion aus verschiedenen Gründen gegen die Übernahme des Geräts entschieden hatte, gehört das Tablet mittlerweile zum Inventar des Hauses, da der Betreiber des Pflegeheims in seiner selbsternannten Funktion als „Trendgeber“ all seine Häuser mit diesen Geräten ausstattete. <sup>2</sup>

Der zunehmende Einzug neuer Medien in den eigenen Arbeitsalltag und ihre generell zunehmende Verbreitung motivierten mich zu einer kritischen Auseinandersetzung mit der Frage, ob solche Geräte tatsächlich in der Ergotherapie bei Menschen mit Demenz sinnvoll einzusetzen sind und den Betroffenen Vorteile bringen kann.

## **1.2 Vorgehensweise**

Nach einer Zusammenfassung wichtiger theoretischer Grundlagen über Demenz, die Bedeutung der Wahrnehmung und mögliche ergotherapeutische Ziele erfolgt zunächst eine allgemeine Vorstellung des „Demenz-Tablets“. Inhalte und deren Konzeption werden betrachtet und im Hinblick auf ihre therapeutische Relevanz bei Menschen mit Demenz hinterfragt.

Nach einer Kurzbeschreibung der Wii®-Konsole werden Anforderungen der Angebote Wii®-Bowling und „normales“ Kegeln analysiert sowie Erfahrungen bei der Durchführung mit demenziell veränderten Menschen beschrieben und bewertet.

Zentraler Punkt soll immer wieder die Frage nach der Eignung der Medien für die Therapie bei Menschen mit Demenz sowie eventuelle Vor- oder Nachteile ihres Einsatzes sein.

---

1 Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5·2013, S. 425

2 Von Mensch zu Mensch, Ausgabe 1 / 17, S. 12-13

## 2. Theoretische Grundlagen

### 2.1 Demenz

Das Zusammenspiel der verschiedenen Abschnitte und Funktionen des Gehirns ermöglicht die Steuerung aller motorischen und kognitiven Fähigkeiten des Menschen. Im Verlauf einer Demenzerkrankung ist das gesamte Gehirn von Veränderungen betroffen. Somit ergeben sich abhängig vom Stadium komplexe Störungsbilder.<sup>3</sup>

Man unterscheidet primäre Demenzen, deren Ursache das Gehirn selbst betrifft und die nicht reversibel sind, und sekundäre Demenzen. Unter den primären Demenzen wird nochmals zwischen degenerativen und vaskulären Demenzerkrankungen differenziert. Die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT), welche mit ca. 65% die am häufigsten diagnostizierte Demenz darstellt, gehört zu den degenerativen Demenzerkrankungen, ebenso die Lewy-Body-Demenz und die frontotemporale Demenz. Vaskuläre Demenzen haben als Ursache meist Gefäßveränderungen, die durch Hirninfarkte hervorgerufen werden. Ungefähr 15% aller demenziell Erkrankten sind von einer Mischform der vaskulären und degenerativen Demenz betroffen, deren Auftreten sich mit zunehmendem Alter häuft.<sup>4</sup>

Sekundäre Demenzen (etwa 15% aller Demenzerkrankungen) treten als Folge anderer Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, Alkohol- & Medikamentenabusus und kardiovaskulären Erkrankungen auf. Die damit einhergehenden kognitiven Defizite können – rechtzeitige Behandlung der Grunderkrankung vorausgesetzt – manchmal reversibel sein<sup>4</sup>.

Die verschiedenen Arten der Demenz unterscheiden sich in der Art ihres Beginns (vielfach langsam-schleichend, meist plötzlich bei vaskulärer Demenz), in der Verlaufsform (langsam oder „treppenartig“ schwankend) und der auftretenden Frühsymptomatik<sup>5</sup>

Der Verlauf einer Demenz wird in drei Stadien unterteilt, wobei diese oft schwer abzugrenzen sind. Bei leichter Demenz können die Betroffenen bei Einschränkungen in den Bereichen Arbeit und soziale Aktivitäten ihr tägliches Leben noch weitestgehend selbstständig und unabhängig gestalten. Das mittlere Stadium ist gekennzeichnet durch zunehmende Verhaltensauffälligkeiten bei schwerer Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag. In der schweren Demenz geht die Selbstständigkeit im Alltag gänzlich verloren. Der Betroffene ist aufgrund des Verlusts des Sprachverständnisses auf der verbalen Ebene kaum noch zu erreichen. Durch Erhöhung des Muskeltonus kommt es auch zum Abbau motorischer Funktionen.<sup>4</sup>

Laut ICD-10 geht die Demenz „mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Spre-

---

3 G. Schaade, 2009, S.14

4 G. Schaade, 2008, S. 4, S.5 & S. 8

5 Dr. J. Lange, 2015, Skript DEMERGO Modul 1, S.4-5

chen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung“<sup>6</sup> bei klarer Bewusstseinslage einher. Die Symptome einer Demenz sind demnach weitreichend.

Das abstrakte und logische Denken wird im Verlauf einer Demenz vollkommen zerstört. Damit einhergehend gehen die Vorstellungskraft, die Fähigkeit zur Handlungsplanung und das Verständnis von Sprache verloren. Außerdem kommt es zum Verlust der Kulturtechniken: während die Rechenfähigkeit früh im Verlauf betroffen ist, bleibt die mechanische Lesefähigkeit deutlich länger erhalten, auch wenn das Gelesene inhaltlich nicht mehr erfasst werden kann. Das Schreiben kann nicht mehr umgesetzt werden. Im motorischen Bereich zeigen sich allgemeine motorische Unruhe und Gangstörungen. Im Verlauf der Erkrankung kommt es zu immer stärkerer Einschränkung der Bewegungsfähigkeit und im schwersten Stadium zu völliger Akinese. Auch auf der psychischen Ebene führt eine Demenz zu Veränderungen. Affektlabilität tritt auf, es kann zu Stimmungslagen der Euphorie / Depression, Angst, Aggression und Wahn sowie einem u. U. enthemmten Sozialverhalten kommen. Außerdem kommt es zu Harn- und Stuhlinkontinenz. Dadurch, dass die Verarbeitung von Reizen zunehmend eingeschränkt ist, nehmen Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf den eigenen Körper und die Umwelt im Krankheitsverlauf immer mehr zu (→ Kap. 2.2). Hiervon sind auch die Wahrnehmung und Lokalisation von Schmerz (auch: Hunger) aufgrund der Einbuße der Körperstruktur betroffen.<sup>7</sup>

## **2.2 Demenz und Wahrnehmung**

„Wahrnehmung (auch Perzeption) ist der Prozess und das Ergebnis der Informationsgewinnung und -verarbeitung von Reizen aus der Umwelt und dem Körperinnern eines Lebewesens“.<sup>8</sup>

Ursache für die Wahrnehmungsstörungen bei Demenz ist die gestörte Reizverarbeitung im Gehirn.

Über die Fernsinne (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen mit den entsprechenden Organen Augen, Ohren, Nase, Mund und Haut) werden Reize aus der Außenwelt aufgenommen und eine Orientierung in der Umwelt ermöglicht. Voraussetzung, um angemessen auf Reize reagieren zu können, ist zunächst die Funktionsfähigkeit der entsprechenden Sinnesorgane. Um Rauch als Warnsignal vor Feuer einordnen und entsprechend darauf reagieren zu können, muss erst einmal gegeben sein, dass er gerochen werden kann. Die Fernsinne dienen also zum Schutz sowie der Kommunikation.<sup>7</sup>

Bei Verlust der auditiven Wahrnehmung beim demenziell Erkrankten können Worte und Ge-

---

6 Dres. Krollner, ICD Code, 2017

7 G. Schaade, 2009, S. 8 & S. 35

8 Wikipedia, 2017

räusche nicht mehr interpretiert und lokalisiert werden, was den Betroffenen sehr verunsichern kann. Auch die visuelle Wahrnehmung geht im schweren Stadium der Erkrankung verloren und Inhalte von Gesehenem können nicht mehr erfasst und benannt werden – es kommt zu Agnosien, welche sich auf Gegenstände ebenso wie auf Gesichter beziehen. Die olfaktorische und gustatorische Wahrnehmung, die eng miteinander gekoppelt sind, entwickeln sich im Verlauf einer Demenz ebenfalls zurück. Durch die degenerativen Prozesse im Gehirn verändert sich die Geschmackswahrnehmung dahingehend, dass nur noch die Qualität „süß“ wahrgenommen werden kann, und der Geruchssinn nimmt ebenfalls ab.<sup>9</sup>

Nahsinne (auch: Propriozeptoren) vermitteln Informationen über den eigenen Körper wie dessen Grenze, Stellung und Position im Raum sowie über eigene Bewegung oder die eines anderen Gegenstandes. Sensoren messen Stellungen und Bewegungen der Gelenke und die Längen und Spannung von Muskeln und Sehnen. „Propriozeption ist gleichbedeutend mit Tiefensensibilität. Sie besteht aus Stellungs-, Bewegungs- und Kraftsinn“<sup>9</sup>.

Um die Informationen verarbeiten und auf Reize adäquat antworten zu können, muss deren sensorische Integration erfolgen. Hierbei „geht es darum, die Informationen aus den zahllosen sensorischen Eindrücken zu filtern, zu organisieren und zu koordinieren, sie zu einem sinnvollen Ganzen zusammen zu fügen [...]“<sup>9</sup>. Hierfür sind verschiedene Systeme von Bedeutung: Das taktil-kinästhetische System vermittelt Informationen über Druck und verschiedene Berührungsqualitäten der Haut und ermöglicht das Erkennen unterschiedlicher Oberflächenstrukturen (wie z.B. spitz oder stumpf). Wie der Name „kinästhetisch“ schon impliziert - das Wort setzt sich zusammen aus den beiden altgriechischen Wörtern *kineō* „bewegen, sich bewegen“ und *aisthēsis* „Wahrnehmung, Erfahrung“<sup>10</sup> - gehören Wahrnehmung und Bewegung eng zusammen.

Eine ganz besonders hervorzuhebende Rolle haben in diesem Zusammenhang die Hände. In den Fingerspitzen sind Tastsinnesorgane besonders konzentriert lokalisiert. Erst durch das Befühlen von Gegenständen durch Bewegung der Finger können diese erkannt und „begriffen“ werden.

Der Gleichgewichtssinn nimmt Informationen über die Schwerkraft, die Stellung des Kopfes, über eigene Bewegung oder Bewegung von Gegenständen u.a. aus dem vestibulären System auf und verarbeitet diese. Bewegungen über die Körpermitte – als die für den Menschen wohl wichtigste ist hierbei das Gehen zu nennen – sind nur über die Funktion des vestibulären Systems möglich.<sup>11</sup>

---

9 G. Schaade, 2009, S. 35-36 & S.31 & S.43

10 Wikipedia, 2015

11 G. Schaade, 2009, S. 32 & S. 33

Auch der vibratorische Sinn ist von Bedeutung für die Wahrnehmung, da Vibrationen an das vestibuläre System und somit das System der Tiefensensibilität weiter geleitet werden. Somit kann durch vibratorische Reize die Tiefensensibilität stimuliert werden.<sup>11</sup>

Aufgrund der unwiederbringlichen Zerstörung von Gehirnstrukturen bei Demenz ist es somit evident, dass es bei einer demenziellen Entwicklung zu Wahrnehmungsstörungen kommt. Diese treten bereits im frühen Stadium auf. Oft zeigen sich bei Menschen mit Demenz Verhaltensweisen, die vom Umfeld als herausfordernd und aggressiv interpretiert werden - wie beispielsweise das Verschieben von (Roll-)Stühlen, Anfassen aller Dinge und Personen, permanentes Aufstehen und Laufen oder auch andauerndes Singen oder Schreien. Für den Demenz-erkrankten haben dessen Verhaltensweisen jedoch zu jeder Zeit eine Bedeutung! Auf der Suche nach Reizen werden die Sinne eingesetzt, um Wahrnehmung zu erzeugen und sich selbst besser spüren zu können. Eine der wichtigsten Aufgaben derer, die mit Menschen mit Demenz arbeiten, ist das immer wiederkehrende Analysieren von gezeigten Verhaltensweisen, damit passende Situationen geschaffen werden können, um Wahrnehmung zu ermöglichen.

### **2.3 Beispiele ergotherapeutischer Ziele bei Demenz**

Für eine sinnvolle therapeutische Intervention ist es unerlässlich, sich immer wieder bewusst zu machen, dass einmal verloren gegangene Fähigkeiten aufgrund der zunehmenden Zerstörung der Gehirnstrukturen nicht „trainiert“, zurückgeholt oder dauerhaft erhalten werden können. Ebenso ist das Erlernen neuer Fähigkeiten nicht möglich. Auf diese besonderen Gegebenheiten muss die ergotherapeutische Zielformulierung ausgerichtet sein. Der demenziell erkrankte Mensch kann nur „in seiner Welt“ abgeholt werden und übergeordnetes Ziel sollte sein, dem Betroffenen die Hilfestellung zu geben, die er benötigt, um sein Leben besser bewältigen zu können.<sup>12</sup>

Zu Beginn der Erkrankung können bestimmte kognitive Leistungen wie Handlungsorientierung, Konzentration und Aufmerksamkeit noch gefördert werden. Es ist dabei stets darauf zu achten, den Schwierigkeitsgrad so zu wählen, dass es den Betroffenen nicht überfordert, da dies schnell zu Frustration führen kann. Es sollte immer flexible Anpassungsmöglichkeiten einer Übung geben, die spontan umgesetzt werden können – unabhängig vom Stadium der Erkrankung.

Ein möglichst langer Erhalt von Alltagskompetenzen kann im Anfangsstadium ein Ziel sein. Im späteren Stadium ist ein Arbeiten an den ADL nicht mehr möglich. Der Abbau von Ängsten und Unruhe und die Förderung positiven Erlebens bleibt bis ins fortgeschrittene Stadium wichtig. Da Wahrnehmungsstörungen bereits bei beginnender Demenz auftreten (z.B. beim Auto- oder Fahrradfahren), sollte ein Fokus in der Ergotherapie schon von Beginn der Be-

---

12 G. Schaade, 2008, S.12

handlung an auf die Aktivierung der Körperwahrnehmung gerichtet werden. Hierbei stehen die Nahsinne im Vordergrund, da auf die Fernsinne wenig Einfluss genommen werden kann. Angebote hierfür können gleichzeitig der Sturz- & Kontrakturenprophylaxe sowie der Förderung des Gleichgewichts und der vorhandenen motorischen Fähigkeiten im Allgemeinen dienen. Wie bereits erwähnt, kommt den Händen eine besondere Bedeutung zu und die Anregung zum Einsatz der Arme und Hände zur Vorbeugung von Kontrakturen ist ein bedeutsames Ziel. Die Körperwahrnehmung so lange als möglich zu erhalten, bleibt auch in der Behandlung schwerst Betroffener ganz besonders wichtig. Auch die Vermeidung sozialer Isolation durch Förderung von Kontakten bleibt ein Ziel, ebenso wie die Anregung zu Kommunikation und Sprache sowie die Regulation des sich im fortgeschrittenen Stadium aufbauenden hohen Muskeltonus.<sup>13</sup>

### **3. Das mediadementia – Tablet: Neuheit für die Arbeit mit Menschen mit Demenz**

#### **3.1 Allgemeine Informationen**

Die Entwicklung des 2015 mit dem Innovationspreis „Deutschland – Land der Ideen“ ausgezeichneten Tablets begann bereits 2013 mit der Motivation, „mehr Lebensfreude mit Demenz zu ermöglichen“<sup>14</sup> - für Betroffene ebenso wie für betreuendes Personal und Angehörige.

An der Entwicklung waren verschiedene Berufsgruppen beteiligt, unter anderem ein Sprachheilpädagoge, Logopäden, eine Physiotherapeutin und auch zwei Ergotherapeutinnen. Die Inhalte werden stetig weiter entwickelt und stehen teilweise nicht nur in deutscher Sprache zur Verfügung. Das Tablet kann zur Vergrößerung der Ansicht an einen Fernseher oder Beamer angeschlossen werden und soll so auch in Gruppen einsetzbar sein. Die Steuerung ist intuitiv, man erreicht sämtliche Inhalte schnell über den Startbildschirm.

#### **3.2 Überblick über Aufbau und Inhalt**

Laut Website des Anbieters enthält der Tablet-PC „eine umfassende Sammlung an demenzgerechten Medien, die in der Einzel- und Gruppenbetreuung eingesetzt werden können.“ Es soll „den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen eines jeden einzelnen Demenzkranken bestmöglich gerecht werden [können]“.<sup>14</sup>

Sie besteht aus verschiedensten Texten wie z.B. Sprichwörtern – nach Themen oder alphabetisch sortiert, Märchen usw., ebenso wie Fotobüchern mit Bildersammlungen zu zahlreichen Themengebieten. In verschiedenen Unterbereichen wird eine Vielzahl von Kurzfilmen angeboten. Lieder können wahlweise mit oder ohne eingeblendeten Liedtext abgespielt werden und sind mit thematisch entsprechenden Videos unterlegt. Filme zum Thema „Bewegung“ zeigen verschiedene Übungen mit Tüchern oder Bällen zum Mit- bzw. Nachmachen. Außer-

---

13 G. Schaade, o.J., Skript DEMERGO Modul 4

14 Media4Care, 2016



dem kann auf verschiedene thematisch sortierte Mediensammlungen (z.B. zu den Jahreszeiten) oder „Wochenthemen zur Aktivierung“ mit Film, Bildersammlungen, einem passenden Rätsel und biographischen Fragen zum entsprechenden Thema zugegriffen werden. Zum Thema „Ostern“ beispielsweise gibt es einen Film, der die Tätigkeit „Ostereier färben“ zeigt, zudem Fotos von Osterhasen, bunten Eiern, Frühlingsblumen etc., einem Rätsel zum Thema sowie Fragen an die Betroffenen zur Erinnerungspflege.

Das Anlegen individueller Profile für Patienten ist ebenso möglich wie Zugriff auf YouTube, Wikipedia und Skype, sofern ein Internetzugang vorhanden ist.

### **3.3 Der Teilbereich Spiele**

#### ***3.3.1 Inhalt und allgemeine Konzeption der Übungen***

Hier werden verschiedene Übungen in Form von Rätseln und Aufgaben angeboten, die in den Bereich des kognitiven Trainings anzusiedeln sind. Der Schwierigkeitsgrad ist je nach Übung meist wählbar zwischen leicht, mittel und schwer und es stehen häufig verschiedene Antworten zur Auswahl. Hat man ein Spiel ausgewählt, erscheint zunächst eine kurze Anleitung. Zum Beantworten einer Frage wird mit dem Finger auf die entsprechende Lösung getippt. Ist diese richtig, erfolgt ein akustisches sowie optisches Feedback zur Bestätigung – es „plingt“ und die Antwort erhält einen grünen Rahmen. Wird eine falsche Antwort gegeben, so erhält diese einen roten Rahmen, der nicht nur kurz aufleuchtet, sondern dauerhaft rot bleibt.

Es werden verschiedene Themen im Frage-Antwort-Spiel abgefragt (*Texträtsel*) und in *Foto- und Geräuschrätseln* wird das Erkennen, Beurteilen und Zuordnen von Gegenständen und Geräuschen verlangt. Außerdem gibt es *Musik- und Rechenrätsel*, *Alltagsübungen*, *Aufmerksamkeitsspiele* und *Gedächtnisspiele* sowie Übungen zur *Problembewältigung*.

#### ***3.3.2 Übungsbeispiele mit Anforderungs- & Eignungsanalyse***

**Alltagsübungen – Alltagsabläufe:** verschiedene Alltagshandlungen sind in ihre einzelnen Handlungsschritte zerlegt. Diese sollen in die richtige Reihenfolge gebracht werden. Davon abgesehen, dass hier ein „richtig“ oder falsch“ ohnehin nicht ganz klar ist, da man manche Tätigkeiten durchaus auch in anderer als der vom Tablet als „richtig“ vorgegebenen Reihenfolge erledigen könnte, fragt diese Übungen Fähigkeiten ab, die eine intakte Kognition erfordern. Vor dem Hintergrund des Verlusts der logisch-abstrakten Denkfunktion, ohne die keine Handlungsplanung und kein Leseverständnis möglich sind, scheint diese Art von Übungen bestenfalls im beginnenden Stadium noch für den Betroffenen erfolgreich durchzuführen zu sein. Außerdem ist die Zielsetzung zu hinterfragen. Ein „Trainieren“ von Handlungsplanung und Alltagsaktivitäten per Computer, um diese zu erhalten, kann kein Ziel sein. Dies ist schlichtweg nicht möglich. Es gibt Alltagshandlungen und Haushaltstätigkeiten, die aufgrund von gespeicherten Bewegungen im Verlauf der Erkrankung noch längere Zeit abgerufen werden kön-

nen. Ein Beispiel hierfür ist das Backen. Hier muss jedoch ganz klar sein, dass es nicht um den Erhalt der Tätigkeit geht, sondern um die Aktivierung der Wahrnehmung und die sensorische Integration<sup>15</sup>, zu der es beim tatsächlichen Durchführen der Tätigkeit bis zu einem gewissen Stadium der Erkrankung kommt.

**Gedächtnisspiele – Reihenfolge merken:** bei dieser Übung leuchten auf einem Spielfeld mit drei mal drei weißen Kreisen übereinander je nach gewähltem Schwierigkeitsgrad zwei, drei oder vier Kreise nacheinander blau auf. Man kann dies beliebig oft ansehen. Im nächsten Schritt sollen dann auf dem ursprünglichen Spielfeld in der richtigen Reihenfolge die Kreise angetippt werden, die geleuchtet haben. Für diese Übung wird die Merkfähigkeit benötigt – deren Einschränkung eines der Symptome bei Demenz ist, welches sich schon im frühen Stadium zeigt.

Sehr viele Übungen aus dem großen Bereich Spiele – seien es Rechen- oder Geldzählaufgaben, die die Rechenfähigkeit erfordern, oder Aufgaben zur Problembewältigung, in denen Bilder erkannt und in Kategorien eingeteilt werden müssen – setzen die Fähigkeit zu abstraktem und logischen Denken voraus. Die Frage, welche Zielsetzung die Entwickler des Tablets hatten und ob diese in das therapeutische Konzept für die Behandlung demenziell veränderter Menschen passt, ist unvermeidlich. Man scheint davon auszugehen, dass ein Trainieren kognitiver Fähigkeiten möglich sei. Auf die Tatsache, dass auf nur sehr wenige Bereiche der Kognition - wie Aufmerksamkeit und Konzentration - bei Beginn der Erkrankung noch fördernd Einfluss genommen werden kann, scheint keine Rücksicht genommen zu werden. Bedenkt man, dass einem demenziell erkrankten Menschen im frühen Stadium seine kognitiven Defizite sehr bewusst sind und durch zunehmende Orientierungslosigkeit und das sich verändernde Gespür für den eigenen Körper die Betroffenen oft von Angst und Unruhe erfüllt sind, scheint diese Art von Gedächtnistraining, zumal mit deutlicher Rückmeldung für eine nicht richtige Antwort, problematisch und birgt das Risiko der Frustration und Verstärkung von Angst und Stress.

In jedem Fall setzt die Anwendung dieses Bereiches voraus, dass die Inhalte sehr gut bekannt sind, um genau die Übungen zu finden, deren Schwierigkeitsgrad exakt auf den einzelnen Klienten zugeschnitten ist, um Über- ebenso wie Unterforderung zu vermeiden. Problematisch ist auch die sehr eingeschränkte Möglichkeit zur Anpassung zu sehen. Es werden zwar unterschiedliche Schwierigkeitsgrade angeboten, den Übungsablauf in sich kann man jedoch nicht adaptieren.

---

15 G. Schaade, 2008, S.94 & G. Schaade, 2008, S.53

### **3.4 Zusammenfassung und Reflexion**

Inwieweit eignet sich nun das Demenz-Tablet zum therapeutischen Einsatz bei demenziell erkrankten Menschen?

Bereits die Bedienung ist eine Herausforderung für viele Betroffene, da die Hemmschwelle, mit dem Finger auf einen „Miniaturfernseher“ zu tippen, als der das Tablet mitunter betrachtet wird, zunächst recht hoch ist. Dies kann aber durch Imitieren oder auch Führen der Bewegung durch die Ergotherapeutin meist überwunden werden.

Dass eine breite Palette an Materialien unmittelbar zur Verfügung steht und die fast unerschöpfliche Vielzahl unterschiedlicher Themengebiete die früheren Interessen vieler abdecken, ist unbestreitbar. Die Möglichkeit, biographisch zu arbeiten und individuelle Profile anzulegen, klingt zunächst positiv – man sollte jedoch die Tatsache nicht aus den Augen verlieren, dass die Möglichkeit des biographischen Bezugs bei Fortschreiten der Erkrankung nicht unbegrenzt gegeben ist – gerade, wenn vertraute Gegenstände nur auf Bildern angeboten werden und nicht direkt. Denn ein entscheidendes Manko des Geräts ist das völlige Fehlen haptischer Informationen. In vielen Übungen geht es um das Erkennen von Dingen. „Das Sehen wird oft überschätzt. [...] Immer wieder werden die meisten Sinneseindrücke mit dem taktil-kinästhetischen Sinn überprüft. [...] Ein Gegenstand auf einem Bild kann oft nicht mehr erkannt werden, aber wenn der Gegenstand dem Patienten direkt in die Hand gegeben wird, erkennt er ihn häufig noch. Es ist nicht möglich und nicht sinnvoll, die bildliche Wahrnehmung um jeden Preis zu trainieren“<sup>16</sup>

Wie wichtig es ist, bereits ab der beginnenden Demenz die Körperwahrnehmung zu aktivieren, wurde ja bereits eruiert. Ein „echter“ Gegenstand, z.B. ein Ball, gibt taktil-kinästhetische Informationen, beim Werfen und Fangen wird ein gespeichertes Bewegungsmuster abgerufen<sup>16</sup>, er wird weggerollt – der Betroffene bewegt sich und so wird sein Gleichgewichtssinn stimuliert. Je nachdem, wie schwer der Ball ist, gibt er auch propriozeptive Reize. All dies kann mit der einfachen Abbildung eines Balles nicht erreicht werden. Der Umgang mit echten Gegenständen kommt den Bedürfnissen der Erkrankten wohl definitiv mehr entgegen. Denn auch, wenn der biographische Zugang nicht mehr möglich ist, aktiviert er weiterhin die Körperwahrnehmung, kann Sprache anregen, fördert die Handöffnung, beugt so Kontrakturen vor und sorgt für positives Erleben.

Dass mit dem Tablet, wie durch den Anbieter suggeriert, auch durch Angehörige und Betreuungskräfte für ein wenig Abwechslung im Alltag gesorgt werden kann, ist kritisch zu betrachten. Die Bereiche, die über das Ansehen von Filmen und Fotos oder gemeinsames Singen hinausgehen, sollten in Hände gehören, die sich genau bewusst sind, was bei einer Demenz im

---

16 G. Schaade, 2008, S.22 & S.51

Gehirn passiert und welche Auswirkungen sie auf den Betroffenen hat. Und ob zum gemeinsamen Singen und Ansehen von Fotos ein Tablet nötig ist, sei außerdem dahingestellt.

#### **4. Bowling mit der Nintendo-Wii® - ein Spaß auch für Demenzkranke?**

##### **4.1 Allgemeine Informationen**

Die Wii® funktioniert mit einer Konsole, welche zur Visualisierung an einen Fernseher oder Beamer angeschlossen wird. „Ihr wesentliches Merkmal ist ein Controller, der herkömmlichen Fernbedienungen ähnelt, aber über eingebaute Bewegungssensoren verfügt. Diese registrieren die Lage und die Bewegungen des Controllers im Raum und setzen sie in entsprechende Bewegungen von Spielfiguren oder -elementen auf dem Bildschirm um<sup>17</sup>“ Durch die Bewegung des Controllers, den der Nutzer in der Hand hält, wird das Spiel gesteuert.

##### **4.2 Nintendo-Wii® Bowling – Ablauf**

Beim Bowling mit der Wii® steht der Spieler in ca. 2m Abstand vor dem Fernseher. Eine Durchführung im Sitzen auf einem Stuhl oder auch Rollstuhl ist ebenfalls möglich. Der Controller wird in der Wurfhand gehalten, die vorab für jeden Spieler individuell auf rechts oder links eingestellt werden kann. Ebenso ist es möglich, zwischen zwei Wurfmodalitäten zu wählen. Im Modus „Auto“, welche laut Anleitung für Anfänger gut geeignet sein soll, wird beim Wurf während des gesamten Bewegungsablaufs permanent der hintere Knopf des Controllers gedrückt, das Loslassen der Kugel erfolgt automatisch. Im Wurfmodus „Manuell“ wird der hintere Knopf des Controllers gedrückt gehalten und am Ende der Ausschwingbewegung losgelassen, um die Kugel auf die Bahn zu bringen. Lässt der Spieler den Knopf (zu früh) los, stoppt das Spiel, es ertönt ein akustisches Signal und auf dem Bildschirm erscheint eine Meldung. Pro Spiel ist jeder Teilnehmer zehn Mal an der Reihe, auf die Vollen zu werfen. Der Punktestand wird vor jedem neuen Wurf auf die Vollen eingeblendet.

##### **4.3 Anforderungsanalyse aus ergotherapeutischer Sicht**

Das Bowlingspiel mit der Wii® ist äußerst komplex und erfordert viele Fähigkeiten im motorischen sowie kognitiven Bereich.

Man muss stehen bzw. sitzen können, es bedarf also eines angemessenen Gleichgewichts und der Haltungskontrolle (erfordert Rumpfstabilität). Zudem werden zum Handhaben des Controllers Kraftdosierung und Handfunktion benötigt, es muss gegriffen und – je nach eingestellter Wurffunktion – selektiv mit einem Finger wieder losgelassen werden können. Hier können Probleme entstehen, da gerade das Greifen und Loslassen von Gegenständen durch die Erhöhung des Tonus zunehmend schwierig wird. Retro- und Anteversion im Wurfarm müssen

---

17 Wikipedia, 2017

möglich sein und zum Koordinieren des Wurfes wird Auge – Hand – Koordination benötigt. Es erfordert ein gewisses Maß an Konzentration auf die eigene Bahn, da im Bild auf den benachbarten Bahnen ebenfalls Kugeln rollen, was nicht ausgeblendet werden kann. Das Bild auf dem Fernsehgerät (Bowlingbahn, Kegel, Spielfigur) muss primär gesehen, wahrgenommen und zugeordnet werden. Es erfordert eine Handlungsplanung, und diese ist ebenso wie die Durchführung einer Handlung nicht möglich ohne abstraktes und logisches Denken. Demnach sind sehr hohe Funktion der Kognition zur Umsetzung des Spiels notwendig.

#### **4.4 Wii® Bowling im Praxiseinsatz**

##### **4.4.1 Allgemeine Erfahrungen in der Gruppe, Probleme und Lösungsansätze**

Das Wii® Bowling wurde im Gruppensetting mit acht demenziell erkrankten Menschen im mittleren bis fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung durchgeführt. Anfangs wurde die Wurfeinstellung „Auto“ gewählt (→ Kap. 4.2). Nach einer Ein- und Vorführung durch die Ergotherapeutin ließen sich die Teilnehmer mehr oder weniger zögerlich auf die Aktivität ein.

Alle Patienten hatten – was anhand der Anforderungsanalyse zu erwarten war – kognitive Probleme beim Umsetzen der Tätigkeit. Die Ergotherapeutin begleitete mit verbaler Anleitung jeden einzelnen Handlungsschritt bei jedem Wurf von Neuem. Eine große Schwierigkeit bestand darin, den Knopf des Controllers während der gesamten Wurfbewegung gedrückt zu halten und nicht – wie beim Kegeln die Kugel – den Knopf oder sogar den gesamten Controller loszulassen. Manchen Teilnehmern fiel es außerdem schwer, die Wurfbewegung zu initiieren, vermutlich aufgrund der nicht mehr vorhandenen Fähigkeit zur Abstraktion. Je nach Schwergrad der Erkrankung half hier verbale Anleitung und teilweise auch ein stimmliches Kommando, mit dem die Bewegung begleitetet wurde. Einigen Teilnehmern half eine wiederholte visuelle Kontrolle der zu haltenden Taste vor dem Wurf, um diesen in der Bewegung dann gedrückt halten zu können.

Wenn nötig und möglich – nicht alle Teilnehmer konnten sich darauf einlassen - griff die Therapeutin auf ein Führen der Bewegung zurück bzw. übernahm diese teilweise, indem der Patient den Controller festhielt und die Therapeutin die Tastensteuerung übernahm. Wenige Teilnehmer schienen ihren Wurf mit dem Geschehen auf dem Fernsehbildschirm in Verbindung bringen zu können und das Spiel kognitiv tatsächlich momentan zu erfassen.

Jeder, der mochte, konnte - mit unterschiedlichem Grad an Unterstützung – am Angebot teilnehmen. Erfolgreiche Würfe und die Anteilnahme der Gruppe daran, z.B. in Form von durch die Therapeutin initiiertem Applaus, sorgten für lachende Gesichter und schien die Teilnehmer in ihrem Selbstwert zu bestärken. Von einigen wurde eigeninitiativ Spaß an der Tätigkeit ge-

äußert.

Nicht verschwiegen werden sollen allerdings auch diejenigen, die passiv an der Gruppe teilnahmen und keinen Zugang zum Bowling mit der Konsole fanden. Sie lehnten eine aktive Teilnahme auch nach Motivation durch die Ergotherapeutin und andere Teilnehmer ab und konnten das Handeln der Personen vor dem Fernsehbildschirm nicht mit dem Geschehen auf dem Bildschirm in Verbindung bringen. Die kognitiven Anforderungen der Tätigkeit konnten nicht mehr umgesetzt werden. Teilweise wurden auch Unverständnis und Unmut geäußert.

#### **4.4.2 Fallbeispiel Herr J.**

##### ***4.4.2.1 Kurzbefund***

**Hr. J.** ist 79 Jahre alt, verwitwet und hat eine demenzielle Erkrankung (nicht näher bezeichnet). Weitere Diagnosen: Hypertonie und Herzrhythmusstörungen. Er lebt seit Juni 2016 im Pflegeheim, ein Leben allein in der Häuslichkeit war aufgrund der Demenz nicht mehr möglich. Hr. J. neigt zu Stürzen, in den vergangenen Monaten gab es mehrere Sturzereignisse. Er wirkt altersentsprechend, ist ohne Hilfsmittel mobil bei je nach Situation zögerndem Gangbild. Bewusstseinszustand wach bei stark eingeschränktem Auffassungsvermögen und angemessener Aufmerksamkeit. Sofortgedächtnis vorhanden, Abrufen des Kurzzeitgedächtnisses sehr stark eingeschränkt, Langzeitgedächtnis vorhanden. Zur Person orientiert, situativ eingeschränkt orientiert, örtliche und zeitliche Orientierung stark eingeschränkt. Hr. J. wurde bereits wiederholt durch die Polizei zurück ins Pflegeheim gebracht. Sprache teilweise paraphrasierend und für den Zuhörer keinen Sinn gebend. Hr. J. hat Wortfindungsstörungen, die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen ist eingeschränkt. Psychischer Antrieb teilweise gesteigert. Hr. J. ist Stets auf der Suche nach körperlicher Betätigung. Zurückhaltend im Kontakt zur Therapeutin, kann Blickkontakt halten. Versucht sich im Kontakt zur Gruppe eigeninitiativ sprachlich einzubringen. Affektiv meist freundlich, teilweise unruhig und gespannt, in Einzelfällen aggressionsenthemmt. Visuelle und räumlich-visuelle Wahrnehmung eingeschränkt, vestibuläre Wahrnehmung leicht eingeschränkt. Bewegungsmöglichkeit altersentsprechend, Muskeltonus situativ erhöht, gesteigerte Kraftdosierung. Lesen möglich, eigener Name kann geschrieben werden. Toilettengang, Essen & Trinken selbstständig. Sich kleiden mit Anleitung. Häusliches Leben nicht möglich.

##### ***4.4.2.2 Wii®-Bowling mit Herrn J.***

Hr. J. fiel im Wurfmodus „Auto“ vor allem das Gedrückthalten des Knopfes auf der Rückseite des Controllers sowie generell die Initiation der Bewegung schwer. Beim ersten Wurf warf er die Fernbedienung in deren Funktion als Kugel tatsächlich Richtung Fernseher. Durch das erwähnte akustische Signal und die „Fehlermeldung“ auf dem Bildschirm wurde er jedes Mal auf sein Scheitern hingewiesen, wenn er die Taste losließ. Auch ein Umstellen des Wurfmo-

dus auf „Manuell“, bei der die Taste losgelassen werden muss, führte nicht zum gewünschten Erfolg, da der Punkt, an dem losgelassen werden muss, kaum variabel ist.

Das Führen der Bewegung bzw. der Übernahme der Tastensteuerung durch die Ergotherapeutin führte zu einer Erhöhung des Muskeltonus, was in der ergotherapeutischen Behandlung bei Demenz ja definitiv kontraproduktiv ist. Zudem zeigte Herr J., der normalerweise bei Gruppenangeboten stets gelöst wirkt und in Interaktion mit den anderen Teilnehmern tritt, deutliche körperliche Symptome von Aufregung – er atmete schneller, hatte Flatulenz, sein Muskeltonus war erhöht und er zeigte eine generelle motorische Unruhe<sup>18</sup>.

Offenbar stellte das Bowling mit der Konsole – im Gegensatz zum normalen Kegeln – für Herrn J., dessen demenzielle Entwicklung zur Zeit recht schnell voranschreitet, eine deutliche kognitive Überforderung dar. Aufgrund der Tatsache, dass das Spiel mit der Konsole kaum adaptierbar und im Schwierigkeitsgrad anpassbar ist, gab es für die Ergotherapeutin beim Einsatz der Wii® wenig Möglichkeiten, eine Frustration beim Patienten zu vermeiden und positives Erleben zu fördern. Im weiteren Verlauf des Angebots sah Herr J. dann überwiegend zu, um weitere negative Erfahrungen zu vermeiden. Am Ende der Einheit half Hr. J. mit, den Raum wieder in seinen Ursprungszustand zu versetzen, schob Tische und trug Stühle, so dass er dennoch mit einem positiven Gefühl aus der Gruppe ging.

#### ***4.4.2.3 Kegeln mit Herrn J.***

In der Kegelgruppe verhielt sich Herr J. sehr selbstständig. Er wirkte gelöst und selbstsicher, interagierte und scherzte mit den anderen Teilnehmern. Es bedurfte nur sehr wenig verbaler Anleitung durch die Ergotherapeutin. Ein Führen der Bewegung war nicht notwendig. Mit dem in die Hand geben der Kugel waren Hr. J. die Anforderungen klar und der bekannte Bewegungsablauf konnte abgerufen werden. Es waren keinerlei Zeichen von Aufregung und Überforderung zu erkennen. Zusätzlich half Herr J. der Ergotherapeutin beständig beim Wiederaufstellen der Kegel, was seinem Bedürfnis nach körperlicher Betätigung sehr entgegen kam und ein positives Selbstwertgefühl unterstützte.

#### **4.5 Kegeln - Anforderungsanalyse**

Beim Kegeln handelt es sich um eine bei vielen älteren Menschen beliebte Beschäftigung mit bekanntem Bewegungsablauf. Auf kognitiver Ebene müssen die Kegel und die Kugel einander zugeordnet und das Ziel muss erkannt werden, was wieder eine Handlungsplanung bedeutet, die abstraktes und logisches Denken verlangt. Das Rollen / Werfen der Kugel erfordert Hand-Auge-Koordination. Die meist bunten Kegel und vor allem die große, schwere Kugel haben einen hohen Aufforderungscharakter. Beim Kegeln kommt es im Gegensatz zum Konsolen-Bowling nicht so sehr auf eine ausgefeilte Technik an, so kann z.B. die Kugel auch von

---

18 Dr. Born, o.J.

oben – wie beim normalen Werfen eines Balles – auf die Kegel geworfen werden. Da das Ballspielen meist schon im frühen Kindesalter erlernt wird, ist die Wurfbewegung gespeichert und auch bei Demenzerkrankten noch lange abrufbar<sup>19</sup>. Somit ist davon auszugehen, dass auch schwer Betroffene noch kegeln können, auch wenn die kognitive Fähigkeit zur Handlungsplanung bereits verloren gegangen ist. Der Praxistest bestätigte dies.

Die benötigten motorischen Fähigkeiten für das Kegeln sind mit denen beim Wii®-Bowling weitgehend identisch (→ Kap. 4.3), wobei die benötigte Greiffunktion aufgrund der Größe der Kugel im Vergleich zum Controller viel grober ist. Abhängig von der Performance des Worfens / Rollens der Kugel kann dies auch eine bimanuelle Tätigkeit sein. Aufgrund des Gewichts der Kugel ist im Vergleich ein höheres Maß an Kraft erforderlich, auch Kraftdosierung wird benötigt.

#### **4.6 Erfahrungen aus der Kegelgruppe**

Die Gruppe wurde mit denselben acht Teilnehmern durchgeführt wie das Wii®-Bowling. Während die Ergotherapeutin beim Spiel mit der Konsole häufig die Bewegung führen musste, da diese selbstständig nicht initiiert werden konnte, war eine Unterstützung beim Kegeln wenn überhaupt eher daher nötig, dass die Kraft zum Rollen oder Werfen der Kugel nicht ausreichte. Auch den (in dieser Gruppe) am schwersten Betroffenen war es möglich, relativ selbstständig zu agieren, was zu positivem Erleben führte. Ein Zeigen auf die Kegel genügte oft, um die Bewegung anzubahnen. Zudem kam es unter den Teilnehmern über das Tun zu Gesprächen über frühere Erlebnisse auf der Kegelbahn und zu viel Interaktion. Erfolgreiche Würfe wurden mit Applaus quittiert und die Stimmung in der Gruppe war sehr positiv. Alle Teilnehmer machten ausnahmslos aktiv mit, sitzend oder stehend, wirkten wach und bewegten sich gerne und viel.

#### **4.7 Wii® – Bowling oder Kegeln bei Demenz?**

Als ergotherapeutische Ziele beim Angebot Kegeln können u.a. die Aktivierung der taktil-kinästhetischen, vestibulären und propriozeptiven Wahrnehmung genannt werden, zudem die Förderung sozialer Kontakte und Kommunikation sowie die Stärkung des Selbstbildes. Sind diese Ziele auch beim Bowling mit der Wii zu erreichen?

Beim Kegeln bietet die Kugel und deren Handhabung Input für das taktil-kinästhetische System. Auch der Controller der Wii®, der verschiedene Knöpfe und zudem eine gummierte Hülle hat, gibt viel haptische Information. Deutlich stärkere propriozeptive Reize bietet durch die Schwere der Kugel und evtl. auch durch die Bewegungen beim Wiederaufstellen der Kegeln (in die Knie gehen und wieder aufrichten) definitiv das normale Kegeln, da der Controller sehr leicht ist. Bei beiden Formen wird durch die Bewegung das vestibuläre System stimu-

---

19 G. Schaade, 2008, S.51



liert. Größter Nachteil beim Wii®-Bowling ist sicherlich die extrem komplexe kognitive Anforderung, sich vorzustellen und abstrahieren zu müssen, dass der Controller die Kugel ersetzt, das schemenhafte Männchen auf dem Bildschirm die eigene Person spiegelt, das die eigenen Bewegungen ausführt und man ohne Bahn, Kugel werfen und Kegel trotzdem Bowling spielt. Zu einem so hohen Maß an Abstraktionsfähigkeit kann ein demenziell erkrankter Mensch mit Fortschreiten der Erkrankung nicht mehr in der Lage sein.

Ruft man sich noch einmal das beschriebene Verhalten der Teilnehmer in den unterschiedlichen Gruppen ins Gedächtnis, werden die Vorteile des konventionellen Kegeln umso deutlicher. Es waren keinerlei Anzeichen von Überforderung erkennbar, die Betroffenen hatten einen Bezug zur Tätigkeit, konnten diese umsetzen und es kam zu viel Interaktion und Kommunikation in der Gruppe.

Für das betreuende Personal bedeutet das Bowling mit der Wii® sicher eine Zeitersparnis und weniger körperliche Arbeit, da das Wiederaufstellen der Kegel wegfällt. Dies ist allerdings eine Tätigkeit, bei der sehr mobile Teilnehmer mit positiven Effekten auf Selbstwert und Körperwahrnehmung auch gerne helfen, und darf daher kein Argument gegen das Kegeln sein.

Die eingangs erwähnte Studie zu „Auswirkungen von Nintendo-Wii®-Bowling auf Altenheimbewohner“, im Rahmen derer die Interventionsgruppe im Alter von 49 bis 95 Jahren über einen Zeitraum von sechs Wochen wöchentlich Bowling an der Konsole spielte und eine Kontrollgruppe (Alter 52 bis 80 Jahre) keine Intervention erhielt, untersuchte die Wirkung des Angebots auf mögliche Verbesserungen – gemessen anhand von Fragebögen und kognitiven Tests - im Bereich *Alltagsfunktionen* (u.a. sich kleiden, sich pflegen, selbstständig essen), *Demenzstatus* (MMST), *Lebensqualität* (seelisches und körperliches Wohnbefinden) und *Kognition* (Zahlen-Verbindungs-Test sowie Wortlisten – Reproduktion und Wiedererkennen). Zudem wurden motorische Komponenten (Kraft, Koordination, Beweglichkeit, Schnelligkeit) getestet. Im Ergebnis zeigten sich positive Auswirkungen auf Kraft und Koordination, die Schnelligkeit verschlechterte sich und andere Komponenten veränderten sich nicht signifikant. Im kognitiven Bereich konnte kein positiver Effekt auf die untersuchten Bereiche festgestellt werden<sup>20</sup>. Da ja bekannt ist, dass der Erhalt und das Training kognitiver Fähigkeiten bei demenziell veränderten Menschen auf längere Sicht nicht möglich sind, verwundert dieses Ergebnis nicht.

Somit kann resümiert werden, dass das Bowling mit der Wii® verglichen mit dem normalen Kegeln für den demenziell erkrankten Menschen keine Vorteile bringt.

---

20 Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5·2013, S. 426-429

## 5. Fazit und Ausblick

Digitale Angebote zur Unterstützung von Therapie werden sicherlich in den kommenden Jahren auf dem Vormarsch sein. Sie werden weiter entwickelt und als tolle Neuheiten in Seniorenheimen angeschafft werden, die Wert darauf legen, Trends zu folgen. Letztlich bedarf ihr Einsatz der gründlichen Reflexion der Ergotherapeutin, ob das gewählte Medium dasjenige ist, mit dem die therapeutischen Ziele bestmöglich erreicht werden können und es den Bedürfnissen des einzelnen Klienten entspricht. Diese sollte aber ohnehin vor dem Einsatz eines jeden Mediums und einer jeden Methode stehen.

Ich habe für mich entschieden, vorläufig in der Ergotherapie mit demenziell erkrankten Menschen weitestgehend auf den Einsatz der an meinem Arbeitsplatz vorhandenen digitalen Geräte zu verzichten – gerade nach den Erfahrungen mit einigen Teilnehmern beim Wii®-Bowling. Dem höheren Aufwand zum Trotz biete ich also das Bowling mit zehn Kegeln und einer Kugel statt einer Fernbedienung an und bringe ein buntes Potpourri an Materialien zum Begreifen und Assoziieren in meine Gruppenangebote mit statt eines kleinen Computers. Egal wie weit eine Software entwickelt werden kann, bleibt ein Tablet doch immer nur ein kleines Rechteck mit glatter Oberfläche.

Neugierde, Hinterfragen, Offenheit für Veränderungen und Flexibilität in der Wahl der Medien zum Wohle des Patienten sind für mich in meiner Arbeit selbstverständlich. Dennoch werden sich die Auswirkungen einer Demenz auf die Erkrankten, deren daraus resultierende Bedürfnisse sowie die ergotherapeutischen Ziele für die Behandlung nicht mit dem technischen Fortschritt verändern. Nach meinen Erfahrungen, bestätigt auch durch die Nintendo-Wii® Studie, haben die Betroffenen keinen Vorteil durch die Verwendung der getesteten neuen Medien im Vergleich zu den althergebrachten Mitteln und Methoden.

## **Literatur / Quellenangaben:**

Born, Dr. K (o. J.), <http://www.born-psychotherapie.de/koerper.htm> (aufgerufen am 13.4.)

Krollner, Dr. B & Krollner, Dr. D. (2017), ICD Code  
[http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-\\*.html](http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html) (aufgerufen am 19.4.)

Lange, Dr. J. (2015), Skript „Verschiedene Demenzerkrankungen“, DEMERGO-Schulung am 25.11.2016

Media4Care (2016), <http://www.mediadementia.de/der-tablet-pc/> (aufgerufen am 6.4.)  
<http://www.mediadementia.de/ueber-uns/> (aufgerufen am 6.4.)

Schaade, G. (2009) Demenz – Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung, Springer Medizin Verlag Heidelberg

Schaade, G. (2008) Ergotherapie bei Demenzerkrankungen – Ein Förderprogramm, 4. Auflage, Springer Medizin Verlag Heidelberg

Schaade, G. (o. J.), Skript DEMERGO, Ziele der ergotherapeutischen Arbeit (Modul 4)

Von Mensch zu Mensch, Ausgabe 1 / 2017, CASA REHA Holding GmbH, Oberursel

Wikipedia (2015), <https://de.wikipedia.org/wiki/Kin%C3%A4sthesie> (aufgerufen am 3.4.)

Wikipedia (2017), <https://de.wikipedia.org/wiki/Wii> (aufgerufen am 13.4.)

Wittelsberger R, Krug S., Tittlbach S, Bös K (2013) Auswirkungen von Nintendo-Wii Bowling auf Altenheimbewohner, Z Gerontol Geriat 2013 46:425-430 Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012