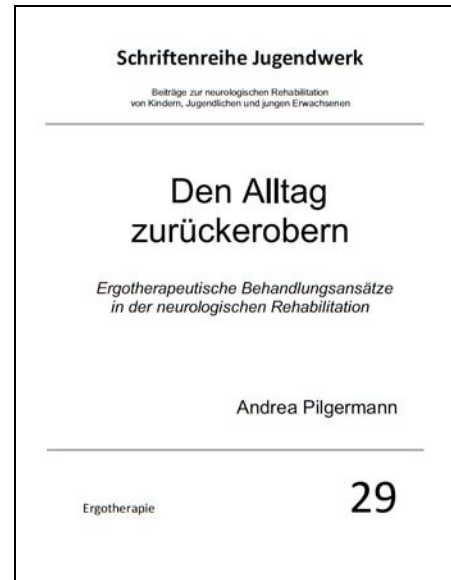


Schriftenreihe Jugendwerk, Heft 29  
Download  
Pilgermann, Andrea :  
Den Alltag zurückerobern,  
Gailingen, 2010



Die Autorin Andrea Pilgermann ist Ergotherapeutin und arbeitet seit 1996 im Hegau-Jugendwerk. Außerdem ist sie als freiberufliche Dozentin an verschiedenen Fachschulen für medizinische Hilfsberufe tätig.

Das Hegau-Jugendwerk in Gailingen ist ein überregionales Rehabilitationszentrum für die neurologische Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Mit zur Zeit 200 Betten bietet es die ganze Rehabilitationkette von der noch intensivmedizinischen Frührehabilitation über alle Formen medizinischer, sozialer und schulischer Rehabilitation bis hin zur beruflichen Rehabilitation zum Beispiel in Form von Förderlehrgängen.

Die Schriftenreihe Jugendwerk ist ein in erster Linie internes Forum für die fachliche Auseinandersetzung mit den Fragen neurologischer Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die einzelnen Hefte der Schriftenreihe stehen aber auch jederzeit allen externen Interessierten zur Verfügung und können als pdf-Datei von der Homepage des Hegau-Jugendwerks kostenfrei heruntergeladen werden.



Neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum Hegau-Jugendwerk  
Kapellenstr. 31, 78262 Gailingen am Hochrhein

Telefon 07734 / 939 - 0  
Telefax Verwaltung 07734 / 939 - 206  
Telefax ärztlicher Dienst 07734 / 939 - 277  
Telefax Krankenhausschule 07734 / 939 - 366  
schriftenreihe@hegau-jugendwerk.de  
www.hegau-jugendwerk.de

Redaktion der Schriftenreihe: Jörg Rinninsland, Wilhelm-Bläsig-Schule

**„ Es ist nichts im Verstand,  
das nicht vorher in den Sinnen  
gewesen wäre.“**

(John Locke)

1. Einleitung .....	3
2. Das Berufsbild Ergotherapeut(in) .....	3
3. Die Ergotherapie im Hegau-Jugendwerk .....	4
3.1. Organisationsabläufe .....	4
3.2. Therapeutische Bereiche .....	6
3.3. Schwerpunktbehandlungen der einzelnen Bereiche .....	8
3.3.1. Frührehabilitation - Stimulation .....	8
3.3.2. Schwerstrehabilitation - Motorisch-Funktionelle Behandlung .....	11
3.3.3. Allgemeine Rehabilitation – Graphomotorik, neuropsychologische Defizite .....	13
3.4. Gruppenarbeit .....	18
3.4.1. Basale Stimulationsgruppe .....	18
3.4.2. Kochgruppen .....	18
3.4.3. Töpfergruppen .....	19
3.4.4. Flechtgruppen .....	20
3.4.5. Kreativgruppe .....	21
3.4.6. Arbeitsfördergruppe .....	22
3.4.7. Waschgruppe .....	23
3.4.8. Graphomotorikgruppen .....	23
3.4.9. Lerntrainingsgruppe .....	24
3.4.10. Tanzgruppe .....	24
3.4.11. Gartenarbeit .....	24
3.4.12. Projekte .....	25
4. Behandlungsverlauf anhand des fiktiven Fallbeispiels J. ....	26
4.1. Frührehabilitation .....	26
4.2. Schwerstrehabilitation .....	27
4.3. Allgemeinrehabilitation .....	29
4.4. Möglichkeiten der heimatischen Weiterbetreuung .....	29
Schlusswort .....	30

## 1. Einleitung

Der Beruf des Ergotherapeuten, bis vor einigen Jahren in Deutschland unter der Bezeichnung Arbeits- und Beschäftigungstherapeut geführt, begegnet vielen das erste Mal, wenn diese Therapie verordnet und notwendig wird. Obwohl man den Beruf seit über einem halben Jahrhundert bei uns erlernen kann, ist er vielerorts noch unbekannt, oder zumindest existiert keine genaue Vorstellung von diesem Berufsbild.

Eine Erklärung wird, abgesehen von der allgemeinen Aussage, dass Personen mit vorhandenen oder erworbenen Defiziten Fähig- und Fertigkeiten neu bzw. wieder erlernen sollen, insofern unterschiedlich ausfallen, als die Einsatzgebiete vielseitig und differenziert sind. Fast alle Bereiche überschneiden sich inhaltlich mit denen anderer Berufsgruppen wie Physiotherapie, Logopädie, Sozialpädagogik oder Pflege. Was das Besondere an der Ergotherapie ausmacht, ist einerseits die ganzheitliche Betrachtung des Zusammenwirkens von Motorik, Wahrnehmung, Kognition, psychologischen und pädagogischen Aspekten, und andererseits die Umsetzung aller Funktionen in den Alltag.

Mit dieser Schriftenreihe wollen wir die ergotherapeutische Arbeit in der neurologischen Rehabilitation vorstellen. Wir möchten anhand von Schwerpunktbehandlungen aus den einzelnen Bereichen des Hegau-Jugendwerks Beispiele für ergotherapeutische Behandlungen darstellen.

Des Weiteren stellen wir unsere Gruppenangebote vor, an denen Patienten je nach Indikation und Interesse teilnehmen können.

Ein Fallbeispiel soll aufzeigen, wie ein Gesamtverlauf der ergotherapeutischen Rehabilitation auf den verschiedenen Stationen aussehen könnte.

## 2. Das Berufsbild Ergotherapeut(in)

Das Wort ergon kommt aus dem Griechischen und bedeutet Aufgabe, Handlung, Tätigkeit, Werk. Der Mensch handelt – er fühlt, er bewegt sich, er arbeitet, er spielt, er denkt.

Wird durch einen Unfall, eine Krankheit oder eine Entwicklungsstörung das Handeln eines Menschen beeinträchtigt, braucht er in der Regel fachliche Hilfe.

Die Ergotherapie charakterisiert sich beim Training fehlender oder verloren gegangener Fähig- und Fertigkeiten durch den Einsatz alltagsbezogener Medien und Techniken (wie lebenspraktische Übungen für Nahrungsaufnahme und Körperpflege, Spiele, handwerklich-gestalterische Tätigkeiten).

Ergotherapie gehört zu den medizinischen Hilfsberufen. Sie muss vom Arzt verordnet werden.

Die Ausbildung dauert drei Jahre und umfasst 3-4 Praktika in unterschiedlichen Bereichen. Durch ein Zusatzstudium kann man einen akademischen Grad erwerben.

### 3. Die Ergotherapie im Hegau-Jugendwerk

#### 3.1. Organisationsabläufe

Die ergotherapeutische Abteilung ist den drei Hauptbereichen des Hegau-Jugendwerks in vier Häusern zugeordnet: Frührehabilitation, Schwerst Rehabilitation und allgemeine Rehabilitation (Kinderhaus und Stationen für Jugendliche und junge Erwachsene). Die Entscheidung, in welchen Bereich ein Patient aufgenommen wird, ist weitestgehend von der Überwachungsbedürftigkeit seiner vegetativen Funktionen und vom Grad seiner Mobilität und Selbständigkeit abhängig.

Nachdem der jeweilige Stationsarzt den Patienten aufgenommen und untersucht hat, wird er im Bedarfsfall Ergotherapie verordnen; ebenso gibt er Empfehlungen für Priorität, Häufigkeit und Rehabilitationsziele. In den meisten Fällen sind die Patienten angekündigt, so dass bereits ab dem ersten oder zweiten Tag Therapiepläne erstellt werden können.

Nach erfolgter Befundaufnahme durch den Ergotherapeuten und dem persönlichen Gespräch mit dem Patienten bzw. dessen Angehörigen richtet sich die therapeutische Vorgehensweise individuell nach dem Störungsbild, dessen Ausmaß, der rehabilitativen Zielsetzung und den Interessen des Patienten.

Die Entscheidung, wie viele und welche Einzel- und/oder Gruppentherapien ein Patient bekommt, wird außerdem vom jeweiligen Indikationskatalog bestimmt:

### **Frührehabilitation**

5x wöchentlich Einzeltherapie; ADL-Angebote;  
Gruppe: Basale Stimulation (mit Anleitung von Eltern)

### **Schwerstrehabilitation:**

3-5x pro Woche 30-45 min. Einzeltherapie; ADL-Angebote; (Schwerstrehabilitation)  
Gruppen: 2 Kochgruppen, Kreativgruppe, Tongruppe, Flechtgruppe, AFG-Gruppe  
(Arbeitsförderung)

### **Allgemeine Rehabilitation:**

**A: Jugendliche und junge Erwachsene:**

3x 30-45 min. pro Woche; ADL-Angebote;

Gruppen: 2 Flechtgruppen, 2 Graphomotorikgruppen, 3 Feinmotorikgruppen

**B: Kinderhaus:**

3-5x pro Woche 30-45 min. Einzeltherapie; ADL-Angebote;

Gruppen: 2 Flechtgruppen, 1 Tongruppe, Kochgruppe, 2 Graphomotorikgruppen,  
Tanzgruppe, „Rasselbande“ (Logo)



Die Einzeltherapien finden in der Regel in den Fachräumen des jeweiligen Bettenhauses statt (außer Patienten der Phase D - Therapien im Ausbildungsbau). Auf der Frührehabilitation finden die Einzeltherapien manchmal auch im Patientenzim-

mer statt. Das gilt meist auch für keimbesiedelte Patienten. Für die Gruppentherapien gibt es spezielle Räume, die sich z.T. in anderen Gebäuden befinden, z.B. Küche, Töpferraum.

### 3.2. Therapeutische Bereiche

Die Ergotherapie trainiert Fähig- und Fertigkeiten in folgenden Bereichen:

1. Selbsthilfe (ADL = Activities of daily life)
2. Hilfsmittelversorgung
3. Motorisch-funktionelles Training
4. Wahrnehmungstraining
5. Training kognitiver Funktionen

Da der Ergotherapeut sehr handlungs- und alltagsorientiert arbeitet, werden oft mehrere Bereiche gleichzeitig abgedeckt. Bestehen in vielen Bereichen Defizite, müssen (in Absprache mit Angehörigen, Ärzten und anderen Berufsgruppen) Schwerpunkte gesetzt werden. Dies ist besonders wichtig, da es eben aufgrund der Vielfältigkeit unseres Berufsbildes zu inhaltlichen Überschneidungen mit anderen Berufsgruppen kommt. Organisatorisches Instrument hierbei sind Case-Sitzungen und individuelle Absprachen.

Der Behandlungsplan legt kurz-, mittel- und langfristige Zielstellungen fest. Diese können im Verlauf einer Behandlung revidiert und aktualisiert werden, da Entwicklungen und Fortschritte nur bedingt vorhersehbar sind.

Die Wahl der Behandlungsmethoden und der Therapiemedien und –mittel ist patientenorientiert. Im Einzelfall kommen Ansätze, Elemente und Mittel verschiedener Methoden, Konzepte und Philosophien zum Einsatz (z.B. Bobath, Perfetti, Affolter, Basale Stimulation, Sensorische Integrationstherapie nach Jean Ayres, Verena Schweizer, Frostig sowie neue therapeutische und Modellansätze).

Hier einige Schwerpunkte zu den oben genannten Bereichen:

#### 1. **Selbsthilfe (ADL)**

- Lagewechsel und Fortbewegung
- An- und Ausziehen
- Körperpflege
- Mahlzeiten zubereiten und einnehmen

## **2. Hilfsmittelversorgung**

- Adaptierte Essbestecke
- Einhänderbrett; rutschfeste Unterlage
- Griffverdickungen
- Schreibhilfen
- Kommunikationstafeln
- Greif-, Körperpflege- und Anziehhilfen
- Einfache Lagerungs- und Funktionsschienen
- Durchführung von Heimabklärungen
- Motorisch-funktionelles Training
- Grobmotorik (Aufbau von Rumpf- und Kopfkontrolle; Körperhaltung und -symmetrie; Schulter-, Arm- und Handfunktion)
- Feinmotorik, Graphomotorik
- Koordination
- Muskelkraft
- Handfunktionstraining in Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten

## **3. Wahrnehmungstraining**

- Körperwahrnehmung (vestibuläre Wahrnehmung, Oberflächen- und Tiefensensibilität, Stereognosie)
- Visuelle Wahrnehmung (visuelles Verfolgen, Wahrnehmungskonstanz, Figur-Grund-Wahrnehmung, Raumlage, räumliche Beziehung)
- Neglectbehandlung

## **4. Training kognitiver Funktionen**

- Merkfähigkeit, Konzentration, Aufmerksamkeit
- Strukturierungs- und Umstellfähigkeit, logisches Denken
- Serielle Leistungen
- Räumlich-konstruktives Arbeiten (Umgang mit zwei- und dreidimensionalem Material)
- Handlungsplanung

### 3.3. Schwerpunktbehandlungen der einzelnen Bereiche

#### 3.3.1. Frührehabilitation - Stimulation

##### ***Basale Stimulation***

Basale Stimulation ist ein Versuch, Menschen mit Wahrnehmungs- und Aktivitätsstörungen Angebote für ihre persönliche Entwicklungs- und Wahrnehmungsfähigkeit zu machen (Lückhoff/Götzfried).

Die Basale Stimulation wurde vor über 30 Jahren entdeckt, um Dauerpflegefälle, in deren Entwicklung keine Hoffnungen gesetzt wurden, aus der Isolation zu holen (Fröhlich). Die Angebote sollten elementar und voraussetzungslos sein; d.h. die Patienten müssen weder sprechen noch Anweisungen verstehen können, weder sehen noch sich gezielt bewegen können. Früher wurde Stimulation als Anregung von außen, von den Förderern gesehen. Wahrnehmungsfähigkeit als Voraussetzung für Intelligenz verlangte demzufolge nach primitiven Grundreizen, vor allem im körperlichen, akustischen und optischen Bereich in der Hoffnung auf assoziative Verknüpfungen.

Im Verlauf wurde die Ganzheitlichkeit immer wichtiger, so dass die Basale Stimulation immer stärker zu einer Grundidee zwischenmenschlicher Beziehungen wurde (mit dem Ziel, zunächst Nähe und Grundgemeinsamkeit zwischen den Kommunizierenden herzustellen).

Schwere Behinderungen lassen kaum Aktivitäten, also Kontaktaufnahme mit der Umwelt und Reaktion auf sie zu, es existiert sozusagen nur der eigene Körper mit seinen elementarsten Bedürfnissen. Ausgehend vom Wissen über vorgeburtliche Erfahrungen, die auch behinderte Menschen im Mutterleib machen konnten, wurden drei Bereiche für die Basale Stimulation herausgearbeitet:

1. somatische Wahrnehmung und Anregung
2. vibratorische Wahrnehmung und Anregung
3. vestibuläre Wahrnehmung und Anregung

Dazu kommen noch Erfahrungen und Empfindungen bezüglich Geruch, Geschmack, Hören, Sehen und feineres Tasten.

Somatische Wahrnehmung: Unsere Haut ist Begrenzung, aber auch Kontaktfläche zur Umwelt. Infolge Bewegungsunfähigkeit, Spastizität oder Dystonien wird das Körperbild stark verändert. Statt negativer Erfahrungen (Schmerzen, Intimitätsverletzungen usw.) sollen positive Erfahrungen ermöglicht werden. Von der Körpermit-



te ausgehend bis hin zu den distalen Punkten der Extremitäten wird die Berührung mit der Hand oder therapeutischen Materialien (Fellhandschuh, Tücher...) angeboten.

Vibratorische Wahrnehmung: Über sie werden Knochen und Gelenke erreicht. Die Stellung der Gelenke beispielsweise gibt uns Auskunft, in welcher Lage sich unsere Körperteile befinden. Zugrunde liegt die Beobachtung, dass vibratorische Angebote bei gleichzeitiger Entspannung zu mehr Wachheit und Aufmerksamkeit führen.

Vestibuläre Anregung: Das Vestibulärsystem steuert unser Handeln zur Schwerkraft und Raumlage, hält uns im Gleichgewicht und beeinflusst auch unser Sehen. So können wir durch Schaukelangebote (z.B. Hängematte, Brettschaukel) den Muskeltonus stark beeinflussen.

Für die Umsetzung dieser Behandlungsschwerpunkte bietet sich besonders der Multisensorische Stimulationsraum an.

### ***Stimulationsprogramm***

Für die Frührehabilitation wurde in Zusammenarbeit aller therapeutischen Bereiche des Hegau-Jugendwerks ein „Leitfaden zur sensorischen Stimulation“ erarbeitet. Ziel ist es, den Patienten zu irgendeiner körperlichen Reaktion zu bringen, die mit dem dargebotenen Reiz in Verbindung gebracht werden kann (z.B. Muskelanspannung). Besonders bei komatösen und apallischen Patienten ist die volle Integration von Sinnesmodalitäten oder das Erbringen intermodaler Leistungen noch nicht wieder gegeben, so dass einzelne Sinne gezielt angeregt werden sollen.

Bei der taktilen Stimulation werden früh Berührungs-, Temperatur- und vibratorische Reize eingesetzt, später folgen taktil-haptische Angebote. Beim Einsatz der vielfältigen Materialien müssen immer eindeutige Reize gegeben werden. Arbeitet man gegen den Strich (also gegen die Haarrichtung), wirkt dies eher anregend; das Stimulieren mit dem Strich hat eher beruhigende Wirkung.

Vestibuläre Stimulation erfolgt durch lineare Beschleunigung (Sattelrollen registrieren Kopfstellung im Raum und Wirkung der Schwerkraft), die beruhigend wirken kann (z.B. Schaukeln in Längsrichtung), oder durch Rotationsbeschleunigung (Bogengänge registrieren Verlangsamung und Beschleunigung), die eine erregende Wirkung hat (z.B. Kopf drehen). Erstere bewirkt in Rückenlage eine Streckeraktivierung (also Tonuserhöhung), letztere eine Tonusminderung.



Da bei den Patienten komplexe Reize nicht mehr richtig entschlüsselt werden können, müssen die angebotenen akustischen Reize zunächst intensiv und einfach sein und Pausen beinhalten. Sie sollen über Steigerung von Wachheit und Aufmerksamkeit zu bewussten Antworten führen. Passend sind Medien mit monotonem Rhythmus (ähnlich dem Herzschlag) oder Vibration und Nachklang (z.B. Trommel, Cello).

Bei der visuellen Stimulation geht es anfangs um die Hinwendung zum Reiz (visuelles Verfolgen und Fixieren), später um visuelle Exploration. Zum Einsatz kommen Lichtkästen, die Würzburger Dia-Reihe oder sich bewegende Spielgeräte (z.B. Marmorbahn).

Schließlich werden auch olfaktorische und gustatorische Reize angeboten. Gewürznelken wirken z.B. anregend, Lavendel beruhigend oder Minze konzentrationsfördernd.

### 3.3.2. Schwerstrehabilitation - Motorisch-Funktionelle Behandlung

#### ***Beispiel einer Einzeltherapie – Behandlungsschwerpunkt motorisch-funktionelle Verbesserung von Rumpf und Arm***

Patienten zeigen nach einer Hirnschädigung meistens motorisch-funktionelle Beeinträchtigungen, unter anderem auch des Rumpfes und der Arme. Am Anfang der Behandlung steht dann in jedem Fall die Stabilisation und/oder Mobilisation des Rumpfes (eventuell auch der Aufbau der Kopfkontrolle). Die ist notwendig, weil ohne eine gute Rumpfkontrolle und entsprechende Stellreaktionen keine bzw. nur beeinträchtigte Bewegungen der Arme möglich sind. Wenn wir im Alltag etwas greifen wollen, z.B. einen Pullover aus dem Schrank nehmen oder ein Glas Wasser zum Mund führen, brauchen wir Stabilität im Rumpf. Genauso muss der Rumpf mitkommen, also beweglich sein, wenn das Ziel sich außerhalb der Reichweite unserer Arme befindet. Manchmal stabilisieren wir uns auch mit den Armen, um die Rumpfbeweglichkeit zu gewährleisten. Dies nennt man den Wechsel von mobil-stabil von Rumpf und Extremitäten.

Um diese Vorgänge mit dem Patienten zu üben, arbeiten wir in verschiedenen Ausgangspositionen. Über den Transfer (der schon Bestandteil der Therapie ist und unter verschiedenen Aspekten der Motorik und Wahrnehmung durchgeführt werden kann) gelangen wir auf die Bank, die Bodenmatte oder die Rolle. Anfangs arbeiten wir viel im angelehnten Sitz und führen den Körper des Patienten. Erste zielgerichtete Übungen, z.B. Herunterschleppen von Gegenständen am Tisch oder Greifen am Steckbaum, setzen hier abhängig vom Vorhandensein von Willkürfunktionen vielleicht schon ein. Der Patient lernt das freie Sitzen und das sichere Agieren aus dieser Position heraus. Im Vierfüßlerstand, an der schrägen Ebene, auf dem Pezziball oder in der Hängematte bei Bauchlage wird der Rumpf weiter gestärkt.

Um an der Motorik Verbesserungen erreichen zu können, muss parallel zu praktischen Übungen am Muskeltonus und dessen Folgen gearbeitet werden. Dazu gehören einerseits Anregungen über Tapping, taktile Stimulation oder „Automove“ (siehe dazu auch Seite 13) und andererseits für die Senkung des Tonus vestibuläre und taktile Stimulation (Bürsten, Einsatz von Ölen, Wärmebad) sowie die Aufdehnung der verkürzten Muskulatur. Zum Einsatz kommen auch die Johnstoesplints (Luftdruckbandagen).

Zur Förderung der Motorik setzen wir in der Therapie ganz verschiedene Medien und Mittel ein. Bälle, Seile, Säckchen, Koordinationsspiele und funktionelle Spiele

(z.B. adaptiertes Mühlespiel) ermöglichen das Üben von Greifen, Halten, Loslassen und Werfen genauso wie handwerkliche Techniken (z.B. Flechten) oder Anzieh- und Frühstückstraining.

Wenn der Patient bezüglich seiner Armfunktionen Fortschritte zeigt, werden sich die Übungen immer mehr Richtung Feinmotorik orientieren. Dabei geht es um Hand-Hand-, Hand-Auge- und Fingerkoordination. Bei vielen setzt bald das graphomotorische Training ein, um die Schreibfertigkeiten für eine Rückkehr in die Schule oder Ausbildung zu schaffen.

Hier werden vor allem Therapieknete, Theraband, Therahandtrainer, Qigong-Kugeln, feinmotorische Spiele, Programme mit Schwung- und Lockerungsübungen und entsprechende handwerkliche Techniken eingesetzt. Dabei ist besonders auf Kraftdosierung und Vermeidung von Fixationen und Kompensationen zu achten.

### ***Begleitendes ADL-Training (Activities of Daily Life)***

Die erwähnten Bewegungen können in der Einzeltherapie ergänzend geübt werden. So benötigt man, um ein Brötchen zum Mund zu führen oder um ein Brot zu schmieren, bestimmte Bewegungen, vor allem Streckung und Beugung im Ellbogengelenk, Pro- und Supination des Unterarms und Abduktion im Handgelenk. Alle Bewegungen sollten, soweit dies möglich ist, flüssig und physiologisch ausgeführt werden, pathologische Bewegungen, Kompensationen und Fixationen sollten vermieden werden.

Das Frühstückseinzeltraining findet 1-3x wöchentlich im Gruppenraum statt. Der Patient soll lernen, seine Mahlzeiten möglichst selbständig vorzubereiten (bis hin zum Säubern des Essplatzes) oder/und selbständig zu essen und zu trinken. Dafür benötigt er zunächst eine gute Ausgangsposition (z.B. Rückenlehne und Sitzfläche in geeignetem Winkel oder wenn möglich Umsetzen auf Stuhl); eventuell muss der inaktive Arm auf dem Tisch gelagert werden. Manchmal gelingt das selbständige Handeln mit dem Einsatz von Hilfsmitteln (Einhänderbrett, rutschfeste Unterlage, Besteck mit Griffverdeckung, Halteschlaufe/-spange). Neben den motorischen Kapazitäten muss der Patient die Handlung aber auch planen und strukturieren können. So gelingt es apraktischen Patienten zunächst nicht, Objekte zweckentsprechend einzusetzen oder Einzelschritte in der richtigen Reihenfolge auszuführen. Und schließlich spielt in dieser alltäglichen Situation die Kontaktfähigkeit und Kommunikation eine wichtige Rolle.

Beim Anziehtraining, das 1-4x wöchentlich im Patientenzimmer stattfindet, könnte der Patient stehend am Waschbecken angeleitet werden. Seinen weniger betroffenen Arm kann er in Stützfunktion oder bei guter Lagerung auf dem Rand positionieren. Dann kann er diesen Arm waschen oder andere Körperpflegetätigkeiten ausführen. Zum Waschen der anderen Körperhälfte wird er eventuell vom Therapeuten geführt, was gleichzeitig Bewegungen trainiert. Unterstützt werden die Bewegungserfahrungen durch die Wahrnehmungsempfindungen (sensomotorisches Feedback).

Zum Anziehen muss der Patient über die Körpermittellinie greifen (z.B. Ärmel hochziehen), braucht Rumpffrotation oder Rumpfvorlage (z.B. bei Socken). Viele haben aber auch wegen räumlicher Wahrnehmungsdefizite Schwierigkeiten (z.B. in richtiges Ärmelloch zu schlüpfen).

Hat ein Patient einen visuellen oder körperlichen Neglect, muss in der Einzeltherapie daran gearbeitet werden, z.B. durch Übungen zur Körperwahrnehmung.

### 3.3.3. Allgemeine Rehabilitation – Graphomotorik, neuropsychologische Defizite

#### **3.3.3.1. Die Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen**

##### ***Vorstellung des „Automove“-Gerätes***

Zur Förderung der Handmotorik, besonders der Handgelenksexension und Fingerstreckung, wird unter bestimmten Voraussetzungen das *Automove* eingesetzt, das wir hier kurz vorstellen wollen.

Es handelt sich um eine elektromyographische Biofeedback-Methode. An der betroffenen, paretischen Extremität werden Elektroden angebracht, welche elektrisches Potential an bestimmte Muskeln leiten. Der Muskel wird sozusagen von außen zur Kontraktion angeregt und ruft dadurch eine gewünschte Bewegung hervor. In einem anderen Modus werden EMG-Potentiale (minimalste Muskelaktivität) gemessen und grafisch dargestellt. Der Patient kann so seine eigenen Anstrengungen beobachten und wird motiviert, die Bewegung weiter zu versuchen (evtl. auch nur, sich die Bewegung vorzustellen). Das Gerät erkennt diese Bemühungen und verstärkt das Potential. Diese Methode wird unterstützend und begleitend zu den anderen therapeutischen und praktischen Übungen in der Ergotherapie eingesetzt. Sie bedingt die Kooperation, kognitive Mitarbeit und Aufmerksamkeit des Patienten. Die Klientel ohne kognitive Einschränkungen kann das Automove-Gerät auch für das zusätzliche, eigenständige Üben benutzen.



### ***Graphomotorik***

Da die Handschrift in Schul- oder Berufsausbildung für die jugendlichen Rehabilitanden einen hohen Stellenwert hat, wird in der Einzeltherapie individuell auf die Probleme beim Schreiben eingegangen. Diese können sehr vielseitig sein, z.B. zu hoher Druck am Stift und auf die Unterlage, kein Einsatz von Fingerbewegungen, verkrampfte Stifthaltung, unzureichender Armtransport u.a.

Grundlage eines effektiven Schreibtrainings ist die differenzierte Beobachtung der Schreibbewegungen.

Da die jugendlichen Rehabilitanden in der Regel schon eine individuelle Handschrift entwickelt hatten, ist das Ziel, diese möglichst wieder zu erreichen.

Um den Schreibablauf wieder zu automatisieren, werden verschiedene Stifte, Griffverdickungen und Stifthaltungen erprobt, welche den Schreibvorgang erleichtern sollen.

Für ein individuelles Schreibtraining ist das Verständnis für die Übungsinhalte und die Mitarbeit des Rehabilitanden unerlässlich.

Zunächst geht es nicht vorrangig um die Produktion einer lesbaren Schrift, sondern ausschließlich um die Motorik der Schreibbewegungen. Danach sollten diese motorischen Leistungen bzgl. des Tempos gesteigert werden. Über Buchstabenkombinationen gelangt man zum Schreiben normaler Texte. Als Vorlage dient eine Schriftprobe der individuellen Handschrift vor der Erkrankung.

Ist es nach mehreren Übungseinheiten mit der früher dominanten Hand offensichtlich, dass diese nicht wieder als Schreibhand eingesetzt werden kann, wird versucht, auf die nicht dominante Hand umzutrainieren.

### ***Kognitives Training:***

Die Patienten können vielfältige neuropsychologische Defizite haben, die ihre Teilhabe am Alltag mehr oder weniger beeinflussen. Wir versuchen, durch alltagspraktische Übungen, Spiele, paper-pen-Aufgaben oder handwerkliche Techniken Teilfunktionen zu trainieren.

Als Beispiel soll hier das Verena Schweizer-Material erwähnt werden. Der Patient liest einen Text, anhand dessen er Bilder zuordnen muss, z.B. „Zollfreilager“. Er muss zunächst mit geometrischen Figuren und durch Spiegelung einen Plan des Gebäudes erstellen (Raumlage, räumliche Beziehung). Dann ordnet er die Waren zu, ebenso die Ursprungsländer (Textverständnis). Später soll er die Aufgabe aus dem Gedächtnis heraus wiederholen (Merkfähigkeit, Konzentration).

### ***3.3.3.2. Die Arbeit im Kinderhaus – Einsatz handwerklicher Techniken***

#### ***Die Graphomotorikgruppen***

Diese beinhalten hauptsächlich die Förderung der Handgeschicklichkeit. Um diese adäquat zu entwickeln, sind exakte visuelle, taktile und kinästhetische Informationen nötig.

Es handelt sich also um ein Zusammenspiel aus „Bewegen – Wahrnehmen – Handeln – Lernen“

Vielfältige Handlungserfahrungen sind eine Grundvoraussetzung zur Entwicklung. Bei der Herausbildung der Handgeschicklichkeit wird besonders deutlich, dass Auffälligkeiten im Bereich der Grobmotorik in einem direktem Zusammenhang mit der Entwicklung der Feinmotorik stehen.

Handgeschicklichkeit beinhaltet:

- Hand- und Fingerkraft, Kraftdosierung
- Schulter- und Ellbogengelenkbeweglichkeit
- Handgelenkbeweglichkeit
- Fingergelenkbeweglichkeit

- Zielgenauigkeit (Auge-Hand Koordination)
- Hand-Hand Koordination
- Dominanz/Spezialisierung der Hirnhälften
- taktile und kinästhetische Wahrnehmung

Es gehört ein großes Repertoire an Ideen dazu, Kinder mit feinmotorischen Störungen in einer Langzeittherapie zu gezielten Übungen zu motivieren und die Übungen abwechslungsreich und interessant zu gestalten.

Bei allen Übungen zur Handgeschicklichkeit und zur Graphomotorik ist es hilfreich, ausschmückende Geschichten zu erzählen und motivierende Spielsituationen zu erfinden.

Der Ablauf einer Graphomotorikgruppe könnte z.B. folgendermaßen aussehen:

- Die Gruppe besteht aus höchstens 4 Kindern.
- Bei allen Kindern wird auf die Stifthaltung geachtet und falls notwendig durch Griffverdickungen oder passende Stifte optimiert.
- Zu Beginn werden häufig Schwungübungen durchgeführt. Danach besteht die Möglichkeit, mit Übungsblättern oder gezielten Spielen die Kinder zu fördern.

Weiterer Schwerpunkt mit Kindern ist der Einsatz handwerklicher Medien.

Die Kinder arbeiten mit unterschiedlichen Materialien:

- Holz (bimanuelles Spielzeug wie Summkreisel, Türschilder, Schlüsselbrett ...)
- Mosaiksteine
- Perlen ( Ketten, Armbänder, Ohrringe, ...)
- Playmais
- Ton
- Peddigrohr (Korbflechten)
- Seidentücher, T-Shirts, Taschen usw. bemalen
- Wasserfarben, Fingerfarben, Kreide
- Papier, Pappe

Gefördert werden dabei:

- Handlungsplanung,
- Strukturierung
- Fein- und Grobmotorik
- Koordination (Auge-Hand, Hand-Hand, Gesamtkörper)
- Aufmerksamkeit, Konzentration
- Ausdauer



- Visuelle Wahrnehmung
- räumlich-konstruktive Leistungen
- Oberflächen- und Tiefensensibilität
- Bimanuelles Arbeiten
- Arbeitstempo
- Graphomotorik
- Merkfähigkeit
- Erfolgsorientierung
- Stärkung des Selbstbewusstseins,
- Frustrationstoleranz

Hier nochmals verdeutlicht an Hand eines Werkstücks:

### ***Herstellung eines Summkreisels***

1. Übertragung der Schablone auf Holz (Graphomotorik, Auge-Hand Koordination...)
2. Aussägen an der Tretlaubsäge (Gesamtkörperkoordination, räumliche Wahrnehmung, Kraftdosierung...)
3. Bohren der Löcher (Handlungsplanung, Richtungserkennung, bimanuelles Arbeiten...)
4. Schleifen (Oberflächen- und Tiefensensibilität, Ausdauer, Arbeitstempo...)
5. Bemalen (Graphomotorik, Auge-Hand Koordination, Konzentration, Kreativität...)
6. Schnur und Griffringe anbringen (Planung, Strukturierung, visuelle Wahrnehmung...)
7. Spielen, Ausprobieren!!!

Handwerkliche Arbeiten eignen sich besonders als therapeutisches Medium, da sie eine hohe Motivation und ein Erfolgserlebnis beinhalten.

Ebenfalls können sie hervorragend an die Fähigkeiten des Kindes angepasst und gesteigert werden.

## 3.4. Gruppenarbeit

### 3.4.1. Basale Stimulationsgruppe

Die Basale Gruppe wird von zwei Ergotherapeutinnen mit maximal 4 Patienten vornehmlich der Frührehabilitation angeboten.

Klientel:

- Patienten mit Apallischem Syndrom
- Patienten, die keine Rückmeldung über den eigenen Körper bekommen oder geben können
- Geistig und/oder körperlich schwerstbehinderte Patienten

Ziele:

- Über Wahrnehmungsangebote die Umwelt erfahren zu können
- Förderung der Entspannung (z.B. Tonusregulation)
- Integration der Angehörigen in die Therapie über Anleitung – Umgang mit der reduzierten Rückmeldung

Es werden modalspezifische oder intermodale Sinnesreize angeboten. Bei schweren Hirnverletzungen bemüht sich der Therapeut, die nicht funktionierenden Bestandteile im Wahrnehmungsprozess zu aktivieren. Das geschieht über vertraute Gerüche, Geräusche und Klänge, bekannte Bilder, spezifische Lagerungen und Berührungen und eine entsprechende Beziehungsqualität.

### 3.4.2. Kochgruppen

Kochgruppen werden für fast jede Station angeboten. Inhalt ist die gemeinsame Zusammenstellung, Zubereitung und Einnahme eines Menüs.

Dadurch wird die alltagspraktische Kompetenz der Patienten gefördert. So lernen sie, Handlungen zu organisieren, Einzelschritte zu planen und mit Mengen umzugehen; sie trainieren motorische Fertigkeiten (z.B. beim Schneiden); sie erproben den Einsatz von Hilfsmitteln zum selbständigen Handeln. Das Gruppenerlebnis fördert die Kommunikation und die Auseinandersetzung untereinander. Außerdem ist das Spektrum der Wahrnehmungsangebote hier so vielseitig wie sonst nirgendwo (z.B. Gerüche).

### 3.4.3. Töpfergruppen

#### **Töpfergruppe Schwerstrehabilitation**

Die Tongruppe in einem Töpferraum statt. Eine Ergotherapeutin und eine Sozialpädagogin betreuen 3-4 Patienten vornehmlich der Schwerstrehabilitation .  
Eine weitere Tongruppe wird für das Kinderhaus angeboten.

Indikation:

- Die Patienten können über einen längeren Zeitraum die Situation in der Gruppe aushalten.
- Sie müssen in der Gruppe führbar sein.

Ziele:

1. Verbesserung von Motorik und Wahrnehmung, besonders Kraftaufbau und Kraftdosierung und Oberflächensensibilität
2. Finden eigener Ausdrucksmöglichkeiten
3. Förderung des räumlichen Vorstellungsvermögens
4. Förderung der Kommunikation untereinander

#### **Töpfergruppe:**

Ein Therapeut arbeitet mit maximal 3-4 Patienten.

*Indikation:*

- Feinmotorische Defizite (Einsatz beider Hände muss dabei möglich sein)
- Verminderte Kraft und Kraftdosierung in Arm und Hand Einschränkung der Handlungsplanung und Strukturierung
- Leichte Defizite in der Gruppenfähigkeit

*Ziele:*

1. Verbesserung der Feinmotorik
2. Förderung von Handlungs- und sozialen Kompetenzen
3. Vermitteln von Erfolgserlebnissen

### 3.4.4. Flechtgruppen

Flechtgruppen werden ebenfalls in jedem Haus angeboten. Ziele sind die Förderung von Grob- und Feinmotorik, von kognitiven Funktionen (z.B. Handlungsplanung, Muster verfolgen, räumlich-konstruktives Arbeiten) und der Gruppenfähigkeit.



#### **Flechtgruppe in der Schwerst Rehabilitation**

Ein Therapeut arbeitet mit 3 Patienten.

##### *Indikation:*

- Defizite in Handlungsplanung und Strukturierung
- Mangelndes bilaterales Arbeiten/bilaterale Koordination
- Einschränkungen in der räumlichen Wahrnehmung

##### *Ziele:*

1. Verbesserung in der Planung und Umsetzung von praktischen Tätigkeiten
2. Verbesserung der Fein- und Grobmotorik und der bilateralen Koordination
3. Förderung der räumlichen Wahrnehmungsfähigkeiten
4. Förderung der Oberflächensensibilität

### **Flechtgruppe in der Allgemeinen Rehabilitation**

Ein Therapeut arbeitet mit maximal 4-6 Patienten.

*Indikation:*

- Starke Defizite in Handlungsplanung und Strukturierung
- Einschränkungen in Grob- und/oder Feinmotorik
- Ausdauer und Durchhaltevermögen
- Leichte Defizite in Gruppenfähigkeit

*Ziele:*

1. Verbesserung der Handlungskompetenzen durch gut strukturierte Aufgabenstellung
2. Verbesserung der Grob- und Feinmotorik, u.a. durch repetitives Üben
3. Verbesserung der sozialen Kompetenzen

### **3.4.5. Kreativgruppe**

Diese Gruppe wird vorwiegend für Patienten der Schwerstrehabilitation angeboten. Zwei Therapeuten arbeiten mit 4-5 Patienten.

*Indikation:*

- Die Patienten sollen ein Minimum an Willkürmotorik aufweisen.
- Sie sollten über einen Zeitraum von mindestens 45 Minuten belastbar sein und in dieser Zeit ihre Aufmerksamkeit halten.
- Die Patienten müssen in der Gruppe führbar sein.

*Ziele:*

1. Verbesserung der Handlungsplanung, Strukturierung und Umstellfähigkeit sowie des räumlichen Denkens
2. Förderung von Eigeninitiative und Kreativität
3. Üben motorischer Fertigkeiten oder Anbieten von Kompensationen
4. Wahrnehmungsförderung
5. Gruppenverhalten und Kooperation
6. Saisonale Umweltgestaltung

Da es sich um komplexe Handlungsabläufe dreht, werden Zielstellungen individuell festgelegt. Die Techniken entsprechen den jeweiligen Neigungen und Fähigkeiten des Patienten (z.B. Malen, Serviettentechnik, Flechten, Perlen).

### 3.4.6. Arbeitsfördergruppe

Die AFG findet zweimal wöchentlich für 90 Minuten statt. Maximal 4 Patienten der Schwerst Rehabilitation werden von einem Ergotherapeuten und einer Mitarbeiterin der Arbeitstherapie betreut.

*Indikation:*

- Eine Hand soll funktionsfähig sein.
- Der Rehabilitand sollte am Tisch sitzen können.

*Ziele:*

1. Training von Handgeschick und Feinmotorik, funktionelles Training
2. Gruppen- und beginnende Teamfähigkeit
3. Förderung der Selbständigkeit und Training grundlegender Fähigkeiten (Arbeitsplanung, Arbeitsorganisation, Ausdauer...)
4. Kreativ-gestalterische Fähigkeiten entdecken und fördern

In der Gruppe wird in erster Linie die Belastbarkeit der Patienten zur Vorbereitung auf die Berufstherapie erprobt. Bei einigen Patienten wird langfristig auf eine Tätigkeit in einer WfbM oder Tagesförderstätte hin gearbeitet. Vorhandene Fähigkeiten sollen bei neuen Tätigkeiten eingesetzt werden.

Die Wahl der Arbeitstechniken und Materialien erfolgt in Abhängigkeit von den individuellen Zielsetzungen für den Rehabilitanden und seinem Leistungsvermögen (z.B. Malen auf Stoff, Holz schleifen). Auch Geräte wie Dekupiersäge und Tischbohrmaschine kommen zum Einsatz. In den einzelnen Aufgabenstellungen wird versucht, den Neigungen des Patienten entgegenzukommen.

### 3.4.7. Waschgruppe

Dieses Angebot besteht für Patienten der allgemeinen Rehabilitation. Ein spezieller Ausschnitt des täglichen Lebens soll hier erprobt und erlernt werden. Zur Reinigung der eigenen Kleidung erforderliche Abläufe wie Wäsche sortieren, Maschine bedienen und bügeln werden ausgeführt.

### 3.4.8. Graphomotorikgruppen

In der allgemeinen Rehabilitation wird für Patienten, für die das Schreiben eine große Bedeutung hat (Schule, Ausbildung), Schreibtraining angeboten.

Im Vorfeld ist eine gezielte Förderung der Fingerkoordination und isolierter Bewegungen, der Tonusregulation und adäquater Druckdosierung notwendig. Beim Schreibvorgang selbst geht es je nach Defiziten um die Korrektur verkrampfter Stifthaltungen (auch wenn diese individuell verschieden sind), das Erlernen der vereinfachten Ausgangsschrift oder das Wiedererlangen des früheren Schriftbildes, aber auch um die Steigerung der Schreibgeschwindigkeit.

Bei linkshändigen Kindern wird der Einsatz und Umgang mit der Linkshänderunterlage geübt.

Siehe auch Kapitel 3.3.3.2 für Kinderhaus.

#### **Graphomotorikgruppe Allgemeine Reha**

Ein Therapeut betreut maximal 3-4 Patienten in der Gruppe.

##### *Indikation:*

- Defizite bezüglich Schreibgeschwindigkeit, Schreibfluss
- Schwierigkeiten bei Armtransport, Finger- und Handgelenks-beweglichkeit, Kraftdosierung, Druckanpassung u.a.
- Umtrainieren der Händigkeit

##### *Ziel:*

Festigung des in der Einzeltherapie Erlernen

### 3.4.9. Lerntrainingsgruppe

Das Lerntraining in der allgemeinen Rehabilitation wird von einer Ergotherapeutin und einer Arbeitserzieherin durchgeführt. Es wurde für motivierte Rehabilitanden, vor allem Schüler und Lernende mit Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen geschaffen.

In Kleingruppen werden zielgerichtet und spielerisch Lernstrategien eingeübt. Dies geschieht durch Einbeziehung aller Sinne: durch Visualisieren, Geschichten kreieren und Verknüpfungen herstellen.

### 3.4.10. Tanzgruppe

Zwei Therapeuten mit entsprechender Zusatzausbildung arbeiten hier mit 6-8 Patienten aus dem Kinderhaus.

Indikation:

Die Patienten müssen sich frei im Raum bewegen können, was auch mit Rollator oder Rollstuhl möglich sein kann.

Durch intensive Körperarbeit, Körperwahrnehmung, freie Experimentier- und Probierephasen, wie auch strukturierte und angeleitete Tänze, bekommt das Kind ein breites Spektrum an Bewegungsmöglichkeiten mit auf den Weg. Die Kinder sollen ihre eigene Beweglichkeit und ihr Bewegungspotential entdecken und erweitern.

Tanzen stärkt das Selbstbewusstsein, entwickelt das Körper- und Rhythmusgefühl, fördert die Kreativität und den Gemeinschaftssinn. Eigene Ideen können umgesetzt werden.

Weitere Inhalte sind die Schulung der Körperkoordination, der Orientierung im Raum und des Gleichgewichtes.

### 3.4.11. Gartenarbeit

Im Außenbereich wurden zwei Hochbeete und Begrenzungsbeete angelegt. Hier können auch Rollstuhlfahrer Tätigkeiten wie Säen, Pflanzen, Gießen mit einem hohen Alltags- und Erinnerungswert ausführen. Im Laufe der Jahre wurde der Platz auch kreativ immer mehr ausgestaltet, zum Beispiel durch einen großen Mosaiktisch, Ton- und Holzobjekte oder Weidenzäune, die alle als Projekte realisiert wurden.



### 3.4.12. Projekte

Einmal jährlich führen Therapeuten der Ergotherapie in Zusammenarbeit mit der Ergoschule ein handwerkliches Projekt durch. Daran nehmen Patienten aus verschiedenen Bereichen teil, unabhängig vom Grad der Behinderung. Sie müssen lediglich ausreichend mobil und belastbar sein.

Jedes Projekt steht unter einem bestimmten Motto und dient vor allem der Gestaltung des Hegau-Jugendwerks. Bisher wurden beispielsweise Filz-, Ton-, Holz-, Mosaik- und Faltobjekte gestaltet.

Ebenso in Projektarbeit mit Patienten entstand ein großes Mosaik im Handwerksraum.

Alljährlich führen die Therapeuten der Ergotherapie zusammen mit den Sozialpädagogen im Dezember einen Adventsbasar durch. Hier werden von Patienten, Mitarbeitern und der Kreativ- und Tongruppe hergestellte Objekte angeboten. Die Kochgruppe bereitet Gebäck und Kuchen für den Basar vor.

## 4. Behandlungsverlauf anhand des fiktiven Fallbeispiels J.

### 4.1. Frührehabilitation

Der 18-jährige Patient J. mit einem Schädel-Hirn-Trauma wird nach Behandlung im Akutkrankenhaus auf der Station Frührehabilitation aufgenommen. Sein Zustand ist noch überwachungsbedürftig (Sauerstoffsättigung, Pulsfrequenz). Letzteres ist für die Therapeuten auch eine Hilfe während des Angebots, denn so können sie bei dem noch nicht kommunikationsfähigen Patienten erfassen, wenn es ihm schlecht geht (Schmerzen, Gleichgewichtsschwindel, unangenehme Positionen oder Berührungen) – sein Puls erhöht sich, er wird unruhig, er schwitzt übermäßig. In der ersten Zeit wird J. noch oft im Bett behandelt. Er wird (in Zusammenarbeit mit der Pflege) in verschiedene Lagerungen gebracht. Diese dienen sowohl der Dekubitusprophylaxe als auch der Vermeidung von Fehlstellungen und Kontrakturen wie Spitzfuß. Außerdem beinhalten sie Wahrnehmungsangebote (Oberflächen- und Tiefensensibilität, Gleichgewichtssinn). Die Ausstattung der Station mit Stehbetten ermöglicht zusätzlich eine Vertikalisierung, so dass Kreislauffunktionen angeregt werden können und der Patient über die Füße der Schwerkraft ausgesetzt wird. Der Lagerung dienen Hilfsmittel wie Kissen, Positionsrollen, Keile, Packs und Kuscheltiere.

Der Ergotherapeut wird sich im besonderen den oberen Extremitäten widmen. J. hat aufgrund der linkshemisphärischen Schädigung einen schlaffen rechten Arm. (Dieser wird später eine spastische Tonuserhöhung zeigen.) Es ist noch unklar, wie er die Berührungen des Therapeuten wahrnimmt. Es ist nun wichtig, ihm klare Spürinformationen zu geben (gleichmäßiger Druck und Geschwindigkeit) und auf seine Reaktionen zu achten. Die Bewegungsrichtung hierbei wird vornehmlich distal zu proximal sein. Sie kann die Länge oder Form seiner Körperteile betonen lassen. Beim passiven Durchbewegen der Arme werden in allen Gelenken (Schulter, Ellenbogen, Hand, Finger) die möglichen Bewegungsrichtungen durchgegangen. Natürlich ist auch hier die Beachtung der Patientenreaktionen und des Bewegungsausmaßes wichtig. Besonders subluxierte Schultergelenke müssen behutsam behandelt werden. Die nach einigen Wochen eintretende Tonuserhöhung bewirkt bei J. ständige Fehlstellungen mit Tendenzen zur Verkürzung der Muskulatur: Innenrotation und Adduktion im Schultergelenk, Beugung im Ellenbogen- und Handgelenk, Adduktion des Daumens und Flexion in den Fingergrund- und Mittelgelenken bei Überstreckung in den Endgelenken. Jetzt wird auch manuell an den

Muskeln gearbeitet, um diese zu dehnen. Über Traktion wird versucht, die Bildung von Gelenkflüssigkeit anzuregen. Die antagonistischen Muskeln werden z.B. über Tapping zur Kontraktion angeregt. J. wird immer wieder aufgefordert, seinen Arm entsprechend zu bewegen.

Parallel wird J. immer wieder mobilisiert. Zunächst wird er mit dem Bett aufgerichtet. Dann setzt der Therapeut ihn gehalten an die Bettkante. Dort wird der Rumpf bewegt und J. soll versuchen, seinen Kopf kurzfristig zu halten. J. wird einige Zeit brauchen, um Kopf- und Rumpfkontrolle zu erlernen, frei sitzen zu können, nicht umzufallen, wenn er seinen Kopf hebt, seinen Körper dreht oder etwas mit den Armen macht. Die Zeit, die er im Rollstuhl sitzt und damit seinen Umweltradius erweitert, wird sich steigern. Nun kann er auch in den Therapieräumen behandelt und bald dafür auf die Bank umgesetzt werden.

J. zeigte anfangs wenig Reaktionen auf Wahrnehmungsangebote. Im Durchgangssyndrom ist er motorisch sehr unruhig, kann noch nichts aus seiner Umwelt wirklich einordnen. Neben motorischen Inhalten macht der Therapeut entsprechende Wahrnehmungsangebote. So geht er mit verschiedenen Materialien wie Bälle, Bürsten, Massagegerät über die Körperteile und vermittelt so Spürinformationen zu eigenen Körpergrenzen und –formen sowie zur Oberflächensensibilität.

Bald reagiert J. auf das Erscheinen der Angehörigen und später auch des Therapeuten und erkennt sie wieder. Seine Mimik beweist, dass er Fragen und Aufforderungen versteht. Damit ist das Mitteilen von Wünschen, evtl. über einen zu erarbeitenden Ja-Nein-Code (z.B. Zwinkern, Daumen hoch), möglich. Nach einigen Wochen kommen die ersten zaghaften Sprechversuche, zunächst ganz leise und auf wenige Worte beschränkt.

## 4.2. Schwerstrehabilitation

J. wurde verlegt, da sich inzwischen sein vegetativer Zustand stabilisiert hat. Er wird nach der Körperpflege in den Rollstuhl gesetzt, braucht aber noch einen Bauchgurt, damit seine Versuche aufzustehen ihn nicht hinfallen lassen. Er wirkt noch unruhig, kann sich zeitweise nicht auf die Therapie einlassen, spricht flüchtig, aber nicht immer mit adäquaten Inhalten. Manchmal wird er körperlich oder verbal aggressiv (etwas, an das er sich später nicht mehr erinnern wird).

Der neue Therapeut widmet sich weiter den motorischen und perzeptiven Behandlungsschwerpunkten. Er arbeitet mit J. meist auf der Bank und trainiert das freie

Sitzen. Hier muss J. nicht nur seine Körpermitte und den Schwerpunkt finden, sondern vom Rumpf her so stabil sein, dass er z.B. mit den Armen mobil sein kann. Dies wird beispielsweise mit dem Steckbaum geübt – beim Greifen der Ringe braucht er posturale Kontrolle, bringt den Rumpf in Rotation, kreuzt die Körpermitte und übt schließlich das Greifen mit dem hemiplegischen Arm. Bei letzterem braucht er noch viel Hilfestellung – der Therapeut führt seinen Arm, um möglichst physiologische Bewegungsmuster anzubahnen und fehlende Kraft und Bewegungsmaß auszugleichen. Um dafür besser Voraussetzungen zu schaffen, wird vorher oft an Tonusnormalisierung und Muskellänge gearbeitet (z.B. über Gleichgewicht, taktile Stimulation, Tapping, „Automove“). Manche Übungen werden auch in Rückenlage, auf der Bodenmatte, im Standing, auf dem Ball oder der Rolle oder an der Sprossenwand durchgeführt. Es geht dabei aber immer um Gleichgewichtsreaktionen und Anbahnung von Willkürmotorik. Die häufige Wiederholung von Bewegungen ist für deren Wiedererlernen unabdingbar.

J. wird während des Aufenthalts immer wacher und entwickelt Motivation und Ehrgeiz. Gleichzeitig wird ihm seine Situation bewusster, er fragt nach dem Ereignis des Unfalls, zeigt Gefühle wie Trauer, Wut und Heimweh.

Da J. inzwischen seinen hemiplegischen Arm mit Haltefunktion einsetzen kann, wird mit dem Selbsthilfetraining begonnen. Die Erfahrung zeigt, dass Patienten in alltäglichen Situationen wie Körperpflege oder Mahlzeiten zubereiten auffälligere Fortschritte machen – hier werden ein Stück Normalität und die Chance zu wiederkehrender Selbständigkeit geboten. Der Therapeut zeigt Strategien, wie beide Arme sinnvoll eingesetzt werden können. Er nutzt die Stehposition vor dem Waschbecken aus, die gute Tonusverhältnisse schafft. Beim Frühstück bekommt J. Hilfsmittel (rutschfeste Unterlage, Einhänderbrett, später Besteck mit Griffverdickeung), mit denen er selbst unter Anleitung sein Brötchen schmieren kann.

Neben den motorischen Beeinträchtigungen werden in Tests und bei Beobachtung im Alltag kognitive Defizite festgestellt – J. zeigt zwar ein gutes Altwissen, hat aber Probleme, neue Inhalte wie Namen und Figuren abzuspeichern. Er hat Schwierigkeiten, Handlungen in die richtige Reihenfolge zu bringen. Letzteres fällt auch im Alltag auf, weshalb beim ADL-Training auf regelmäßige Rahmenbedingungen und Abfolge geachtet wird. Die Handlungen werden zunächst aufs Wesentliche reduziert und sehr oft wiederholt, bevor sie langsam modifiziert und variiert werden. Zur weiteren Verbesserung der Motorik arbeitet der Therapeut handwerklich (Anfertigen eines Korbes aus Peddigrohr), um auch hier Handlungsschritte einzustudieren. Später wird J. in die Kreativgruppe aufgenommen. Hier muss er nach Auswahl einer Technik Arbeitsvorbereitung und -ablauf selbst planen. Mittlerweile hat sich seine Armmotorik so weit verbessert, dass schon an der Feinmotorik gearbeitet

wird. Auch diese kann er in der Gruppe mit entsprechenden Techniken trainieren. Außerdem berücksichtigt die Gruppe soziale Aspekte. Und er lernt, seine Ablenkbarkeit zu reduzieren.

### 4.3. Allgemeinrehabilitation

J. bekommt wöchentlich seinen Therapieplan ausgehändigt, anhand dessen er selbständig die entsprechenden Behandlungsräume aufsucht. Die Mahlzeiten nimmt er mittlerweile völlig selbständig im Speisesaal ein. Diese Selbständigkeit und Orientiertheit ermöglichen eine Verlegung in die allgemeine Rehabilitation, was wiederum mit Therapeutenwechsel verbunden ist.

In der Einzeltherapie wird gezielt an der weiteren Verbesserung der Feinmotorik gearbeitet. Parallel nimmt J. an der Graphomotorikgruppe teil, um seine Schreibfertigkeit für eine spätere Rückkehr in eine Ausbildung zu trainieren.

Ein weiterer Schwerpunkt bleibt das kognitive Training. Obwohl J. seinen regelmäßigen Alltag jetzt gut bewältigt, zeigt er doch noch Planungs-schwierigkeiten bei neuen Aufgaben. So werden weiter verschiedene praktische Situationen, handwerkliche Tätigkeiten, Spiele mit Regeln und Reihenfolgen und paper-pen-Aufgaben eingesetzt.

### 4.4. Möglichkeiten der heimatlichen Weiterbetreuung

Der Patient wird schließlich nach Hause entlassen. Da im motorischen und kognitiven Bereich noch eine Restsymptomatik vorliegt, wird eine ambulante Weiterbetreuung empfohlen – bei J. werden für die nächste Zeit zwei Behandlungseinheiten pro Woche vorgeschlagen. Die Eltern haben vorab eine Liste der ansässigen Praxen erhalten, so dass sie sich rechtzeitig um Auswahl und Termin kümmern konnten. Der zuständige Ergotherapeut bekommt nach Absprache unseren Abschlussbericht und telefonische Auskunft.

Eine Hilfsmittelversorgung war nicht notwendig. J. wird zunächst ein berufsnahes Praktikum absolvieren, um eventuell später eine Ausbildung zu beginnen. Zu Hause wird ihn seine Familie weiter unterstützen.

Bei allen Patienten wird im Hinblick auf die Entlassung gemeinsam geschaut, wie es in der Zukunft weitergeht. Kann ein Patient nicht in seinen früheren Alltag zu-

rückkehren, müssen Alternativen gesucht werden. Diese reichen von betreuten Wohngruppen über Tageskliniken, Werkstätten für Behinderte bis hin zum Dauer-aufenthalt in einem Heim oder zur häuslichen Versorgung. Besonders für die letzte Möglichkeit muss eine Heimabklärung durch den hier behandelnden Ergotherapeu-ten stattfinden. Nach einer Checkliste wird mit den Angehörigen besprochen, wie die häusliche Umgebung gestaltet ist und welche Maßnahmen und Hilfsmittel Er-leichterungen schaffen können.

Hier einige Beispiele:

Kann man mit dem Rollstuhl Treppen und Hindernisse überwinden? Sind Wende-kreise ausreichend? Kann der selbständig agierende Klient alle Schalter und Uten-silien erreichen? Wird ein Pflegebett oder ein Badewannenlifter benötigt? Wird die Einnahme der Mahlzeiten durch ein spezielles Besteck vereinfacht?

Da in vielen Fällen die Angehörigen involviert sind, ist es besonders wichtig diese einzuweisen. Dazu gehören Übungen zum rückschonenden Transfer genauso wie Tipps zur Förderung der Wahrnehmung.

## Schlusswort

Unsere Patienten und ihre Angehörigen sind nicht nur durch die auf Grund der Hirnschädigung entstandenen Beeinträchtigungen beeinflusst – die neue Lebenssi-tuation bringt vor allem anfangs meist Wut und Verzweiflung hervor. Trotz jahre-langer Erfahrung kann das klinische Personal kaum einschätzen, wie der Rehabili-tationsprozess verläuft, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten zu welchem Umfang wiederhergestellt oder kompensiert werden können. Die Neuroplastizität des Ge-hirns macht vieles möglich, ist aber nicht vorhersehbar. Manchen steht ein langer, mühevoller Weg bevor. Auf diesem Weg können wir die Betroffenen nur begleiten und Hilfestellung anbieten. Neben den Bemühungen des Patienten selbst, seiner Motivation und Anstrengungsbereitschaft leisten die Angehörigen einen beachtli-chen Teil für das Erreichen von Fortschritten.

Wir möchten ihnen dafür das Rüstzeug geben und sind deshalb auch gern bereit, ihre Fragen zu beantworten und sie für den Alltag anzuleiten.