



Barbara von Zombat
Dipl. Ergotherapeutin (FH),
HoDT-Instruktorin



Birgit Rauchfuß
Ergotherapeutin bc. (NL)

Bewährtes neu kombiniert –

die sinnvolle Kombination der neurokognitiven Rehabilitation nach Prof. Perfetti mit der handlungsorientierten Diagnostik und Therapie (HoDT) nach F. Kolster und S. Schnee

Auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse aus verschiedenen Forschungsbereichen entwickelte Prof. Carlo Perfetti seit den 1970er Jahren mit Unterstützung seiner Mitarbeiterinnen **das Konzept der neurokognitiven Rehabilitation (NKR)** zur Behandlung von Klienten mit Erkrankungen aus dem neurologischen, orthopädischen, chirurgischen und pädiatrischen Fachbereich. Das Konzept ist international verbreitet und bietet so vielen Klienten die Möglichkeit einer qualitativen, wissenschaftlich fundierten Behandlung. Im Fokus der Behandlung liegt die Reorganisation des Nervensystems, um ein möglichst physiologisches Bewegungsverhalten zu erzielen, als Grundlage für die Ausführung alltäglicher Handlungen. Da den Lesern das Konzept der neurokognitiven Rehabilitation bekannt ist, wird das Konzept an dieser Stelle nicht ausführlich erläutert.

Die Behandlung der Apraxie, „die ein Kernthema des gegenwärtigen rehabilitativen Wissens darstellt“ (Perfetti 2007, S.88) und „am meisten mit der Arbeit des kognitiven Reablitateurs verbunden ist“ (Perfetti 2007, S.88), hat einen hohen Stellenwert in der neurokognitiven Rehabilitation.

Klienten mit apraktischen Störungen, die nach der neurokognitiven Rehabilitation behandelt wurden, zeigen uns bei der praktischen Arbeit, dass sie zu nachhaltigen Funktionsverbesserungen gelangen, die die Bewältigung der Alltagsanforderungen erleichtern. Warum kann es aber bei Klienten mit apraktischen Störungen sinnvoll sein, die handlungsorientierte Diagnostik und Therapie mit der neurokognitiven Therapie zu verbinden? Was ist die handlungsorientierte Diagnostik und Therapie? Auf diese und andere Fragen sollen im nachstehenden Artikel Antworten gefunden werden.

Die handlungsorientierte Therapie und Diagnostik (HoDT) ist ein personenzentriertes Therapiekonzept zur Behandlung und Begleitung von Klienten mit Beeinträchtigungen aufgrund einer erworbenen Hirnschädigung. Dieses Therapiekonzept wurde seit den 1990er Jahren von F. Kolster in Zusammenarbeit mit S. Schnee entwickelt.

Ziel der HoDT ist es, Klienten und ihren Angehörigen in jeder Phase ihres Rehabilitationsprozesses individuell bedeutsame Teilhabe zu ermöglichen und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Richtungsweisend für die Therapie ist der/die Handlungswunsch/-notwendigkeit der Betroffenen. Ein wesentlicher Aspekt der HoDT ist die Überzeugung, dass erst ein Verständnis für das subjektive Erleben der Klienten und die daraus resultierende Handlungslogik therapeutische, personenzentrierte Arbeit möglich macht. Es wird beachtet, dass der Klient erst dann nachhaltig lernen kann, wenn er selbst die Notwendigkeit zum Verändern bemerkt. Aus diesem Grund kommt der Erarbeitung der Awareness eine zentrale Rolle in der HoDT zu.

Kernelement des Befundes, der Zielsetzung, der therapeutischen Intervention und der Evaluation der Behandlung in der HoDT ist die (Alltags-)Handlung.

Das eigene Handeln und selbstbestimmte Entscheidungsprozesse werden von Anfang des Rehabilitationsprozesses an unterstützt und wirken sich damit positiv auf das Erleben von Selbstwirksamkeit aus und stärken Klienten.

Die Vereinbarkeit der HoDT mit der ICF unterstützt bei Anwendern der HoDT die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kolster in Habermann und Kolster, 2009, S.823ff).

Bei der Behandlung von Klienten mit apraktischen Störungen liegt der Schwerpunkt der Behandlung in der frühestmöglichen Handlungs- und damit Teilhabefähigkeit der Klienten. Die Ansätze der HoDT zur Funktionsverbesserung werden in diesem Artikel nicht weiter thematisiert.

Die Ausgangslage aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten bei der Behandlung von Klienten mit apraktischen Störungen:

Maßgebend für die Arbeit an Klienten in Deutschland ist das Sozialgesetzbuch IV, in dem die rechtlichen Grundlagen zur Rehabilitation aufgeführt sind.

Demnach erhalten Klienten von den Rehabilitationsträgern Leistungen, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (SGBIV).

Um dieses Ziel zu erreichen, gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Im SGB V steht dazu: „Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108) (...) weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (SGB V).

Gleichzeitig fordern die Kostenträger hohe Leistung bei niedriger Vergütung (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie). Dies hat meist zur Folge, dass die Dauer der Behandlung sowohl stationär als auch ambulant sinkt (z. B. durch Fallpauschalen, Frequenz Änderungen oder Ausstellungsverringerung bei Rezepten für Heilmittelerbringer).

Hinzu kommt, dass das Umfeld der Klienten große Probleme hat, die apraktische Störung zu begreifen, was die Behandlung erschwert.

Apraktische Klienten fallen durch eine Störung

- der Imitation von bedeutungsvollen oder abstrakten Gesten,
- des zweckmäßigen Gebrauchs von Objekten
- und/oder der Geschicklichkeit der Bewegungsausführung auf.

Abb.1: Definition der Apraxie (Binkowski et al., 2013)

Der Handlungsspielraum für Klienten mit apraktischen Störungen

Klienten mit apraktischen Störungen sind von Beginn ihrer Erkrankung an mit dem Alltag konfrontiert. Handlungen, wie ein Glas Wasser einschenken oder sich die Haare zu kämmen werden zum unüberwindbaren Hindernis. Die täglichen Abläufe sind bei genauer Analyse sehr komplex

und bedürfen einer Vielzahl von kognitiven Prozessen, die miteinander im Einklang funktionieren müssen. Da bei Klienten mit apraktischen Störungen eine wichtige Komponente in diesem Zusammenspiel gestört ist, werden in Abhängigkeit zur Betroffenheit der Klienten nur wenige Handlungen erfolgreich gelöst. Diese Misserfolge führen bei vielen Klienten zum Rückzug. Handlungen werden nicht ausgeführt, dadurch verringert sich die Betätigung der Klienten und damit der Partizipation und führt häufig zur sozialen Isolation.

Für die therapeutische Behandlung von Klienten unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der Behandlung und der Handlungsspielräume der Klienten bedeutet dies, dass die Therapeuten der verschiedenen Disziplinen in kurzer Zeit Teilhabe ermöglichen und soziale Isolation vermieden werden sollen.

Um dies zu unterstützen hilft uns bei der Behandlung ein Prinzip aus der HoDT:

die Rehabilitation findet in drei Feldern statt (vgl. Kolster in Habermann/Kolster 2009, S. 825f).

Dies bedeutet in der HoDT, dass sowohl im ganzen Rehabilitationsprozess, als auch in einem Tag oder in einer Therapieeinheit die unten erläuterten drei Felder von Bedeutung und in gleichen Anteilen gleichberechtigt vorhanden sind, auch wenn in einzelnen Sequenzen ein Feld etwas mehr Raum in Anspruch nimmt. Um eine erfolgreiche Rehabilitation zu erreichen, ist die transparente Beachtung dieser Felder von hoher Bedeutung.

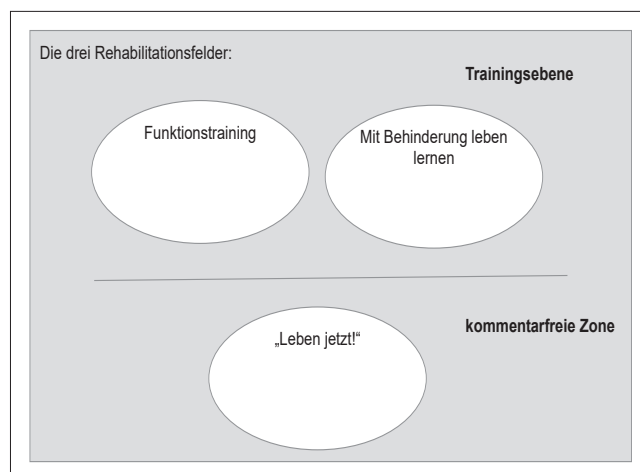


Abb.2 Felder der Rehabilitation (vgl. Kolster in Habermann/Kolster 2009, S. 825)

Erläuterung Schaubild:

Die Trainingsebene ist auf das Lernen und den Zugewinn ausgerichtet.

Rehabilitationsfeld „Funktionstraining“:

Hier gilt die Ausrichtung auf die Verbesserung der einzelnen Funktionen (Motorik, Sensibilität, Praxie, Aufmerksamkeit, Gedächtnis etc.).

Rehabilitationsfeld „Mit Behinderung leben lernen“:

Schwerpunkt in diesem Rehabilitationsfeld ist der Umgang mit der eigenen Behinderung, das Erlernen von geeigneten Kompensationsstrategien, dem adäquaten Einsatz mit Hilfsmitteln,.

Die kommentarfreie Zone ist nicht auf Lernen und Zueginn ausgerichtet.

Rehabilitationsfeld „Leben jetzt!“:

In diesem Bereich bewältigt der Klient sein Leben selbstbestimmt ohne große Mühen, so wie er es in diesem Moment mit seinen Möglichkeiten schafft, ohne dabei etwas Neues zu lernen.

Kombination der genannten theoretischen Aspekte der HoDT und der NKR anhand eines Fallbeispiels

Auf die ausführliche Erläuterung der beiden Konzepte (NKR, HoDT) wird in diesem Artikel verzichtet. Der Schwerpunkt soll in dem Nutzen der Kombination einiger Teilaspekte der Konzepte liegen und wird im nachstehenden Fallbeispiel anhand praktischer Beispiele erklärt.

Frau X., 82 Jahre, linkshemisphärischer Infarkt mit Hemiparese rechts; Apraxie und Aphasie. Sie lebt in einem Seniorenpflegeheim.

Der vom Umfeld (Angehörige, Pflegefachkräfte, verordnender Arzt) erwartete Erfolg der Behandlung liegt in der Verbesserung der motorischen Funktion und zeitgleich in der Versorgung mit adäquaten Hilfsmitteln, und dass Frau X ihren Alltag schnellstmöglich selbstständiger bewältigt (Nahrungsaufnahme, Bremsen des Rollstuhls beim Transfer und Übernahme von einzelnen Handlungen bei der Körperhygiene).

Frau X. wurde nach dem Prinzip der drei Rehabilitationsfelder behandelt. Im folgenden Abschnitt sind einige Beispiele zu lesen, wie die beiden Konzepte im Zusammenspiel angewandt wurden.

Die Behandlung im Feld „mit Behinderung leben lernen“:

In diesem Feld wurde nach den Prinzipien der HoDT behandelt.

• Erarbeitung der Awareness:

Mit Frau X wurde in einem Gespräch anhand eines von ihr nicht gelösten Alltagsproblems (Benutzen des Messers beim Schneiden), die Ursache des Scheiterns erarbeitet. Ihr wurde verständlich gemacht, dass nicht allein die motorische Störung der rechten Hand die Ursache für das Nichtgelingen war, sondern, dass sie zusätzlich eine Störung namens „Apraxie“ hat, die durch die durchgeführten Übungen der neurokognitiven Rehabilitation behandelt wird. Damit stieg ihre Bereitschaft, sich auf die Übungen einzulassen, ohne direkt in der Motorik eine Verbesserung zu erreichen (vgl. dazu Kolster in Habermann/Kolster 2009, S. 828).

• Lernen, gezielte Hilfestellung zu nehmen

Weiterhin wurde in diesem Gespräch darauf aufmerksam gemacht, dass diese Störung auch zu Gefahren führen kann und es beim Umgang mit spitzen, scharfen und elektrischen Gegenständen ratsam ist, sich gezielt Hilfe zu suchen. Auch wenn diese Hilfe im Sinne einer Supervision genutzt wird.

• Erlernen von Kompensationsstrategien

Einige Alltagshandlungen wurden mit Hilfe von Kompensationsstrategien erlernt. Frau X hatte gute räumliche Fähigkeiten und konnte mit diesen z. B. das Betätigen der Bremse und das Benutzen der Zahnbürste selbstständig erlernen.

Sowohl die Klingel für die Pflege als auch die Fernbedienungen wurden mit farblichen Markierungen gekennzeichnet (rot: aus, grün: an, gelb: umschalten, blau: Lautstärke).

• Einbezug des Umfeldes/Angehörigenintegration nach HoDT (vgl. dazu Kolster in Habermann/Kolster 2009, S. 829)

Das Umfeld (in diesem Fall das Pflegepersonal) wurde informiert, dass Frau X sich zwar die Zähne putzen kann, aber bei den vorbereitenden Handlungen (Zahnpasta auf die Zahnbürste geben, Becher zum Mundspülen füllen) übernommen werden müssen.

Zusätzlich wurde dem Umfeld (Pflege und Familie) Informationsmaterial zur Störung frühzeitig ausgehändigt. Damit wurde vermieden, dass Frau X unmotiviert wirkt.

Um die Störung „Apraxie“ nicht nur theoretisch zu begreifen, wurde eine Pflegekraft und die Tochter bei dem Apraxiebefund hinzugebeten. So konnten sie auch sehen, welche Auswirkungen die Störung auf den motorischen Output hat.

Die Behandlung im Feld „Funktionstraining“:

Die Funktionsstörung Apraxie wurde ausschließlich mit Hilfe der neurokognitiven Rehabilitation behandelt. Da Frau X verstanden hatte, dass viele ihrer Alltagsprobleme mit der Apraxie verbunden waren, war sie hochmotiviert in der Therapie.

Im Folgenden werden Beispiele für mögliche Übungen der Neurokognitiven Rehabilitation vorgestellt, die im Rahmen der Therapie mit der Klientin durchgeführt und in Zukunft durchgeführt werden. Nicht zu allen Übungen entstanden entsprechende Fotos. Die verwendeten Bilder stellen aber die durchgeführten und geplanten Übungen dar.

In der Behandlung nach der neurokognitiven Rehabilitation möchte die Therapeutin die Klientin dazu befähigen

- ihre Aufmerksamkeit auf Gelenkkomponenten zu lenken, die in eine Handlung involviert sind (Dekodierung/ Entschlüsselung)
- verschiedene Informationsquellen (visuell, verbal, somästhetisch) zu dekodieren und zu transformieren
- sowie Bewegungsabläufe zu verbessern

Hierfür setzte sie zu Beginn Übungen vor allem mit somästhetischen Bezug ein. Die Therapeutin bewegte entweder die Schulter, den Ellbogen, das Handgelenk oder die Finger am rechten Arm und Frau X sollte diese Bewegung erkennen und auf das jeweilige Gelenk zeigen. Da dies am Anfang sehr schwer war, markierte die Therapeutin die einzelnen Gelenke mit einem farbigen Klebepunkt, damit sie einen klaren Bezug für die Aufmerksamkeit hatte. Die Übungen wurden im 1. Grad durchgeführt und für das bessere Verständnis wurden sie mit geöffneten Augen und ggfs. auf der weniger betroffenen Seite durchgeführt.



Fotos 1-3
Erkennen von Gelenkbewegungen

Eine Variation bzw. Steigerung war das Erkennen von einer Figur und dem Gelenk. Auch diese Übung wurde im 1. Grad durchgeführt. Die Therapeutin bewegte in **einem** Gelenk (Schulter, Ellbogen oder Handgelenk). Die Klientin sollte erkennen, welche Form (Kreis, Dreieck, Viereck) sie wahrgenommen hat. Sie konnte diese auf einem Bild zeigen. Auch hier wurde zu Beginn und für das bessere Verständnis die Übung mit geöffneten Augen und auf der weniger betroffenen Seite durchgeführt.



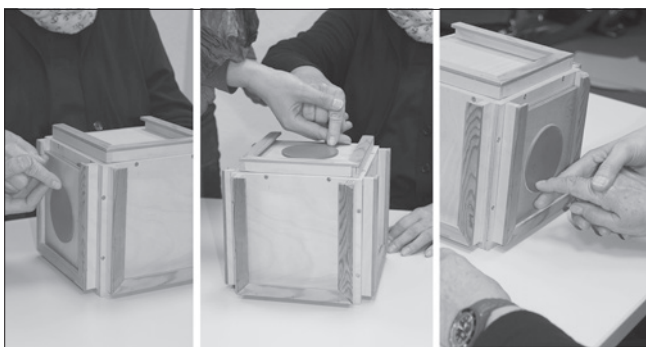
Foto 4
Erkennen von Figur und Gelenk

Im weiteren Verlauf wurden Übungen durchgeführt, bei denen es um die Beziehungen zwischen Körper und Außenwelt ging. Hier sollte die Klientin Figuren erkennen, die in verschiedenen Ebenen des Raumes lagen. Die Therapeutin erklärte die Übung und führte sie erst auf der weniger betroffenen Seite durch. Sie führte den Arm und den Finger der Klientin über die Kante der verschiedenen Formen, die entweder auf dem Tabellone lagen (Fotos 5-7) oder in einem Holzwürfel (Fotos 8-10) und diese musste

- die Form erkennen oder
- die Ebene erkennen oder
- die Form und die Ebene erkennen



Fotos 5-7

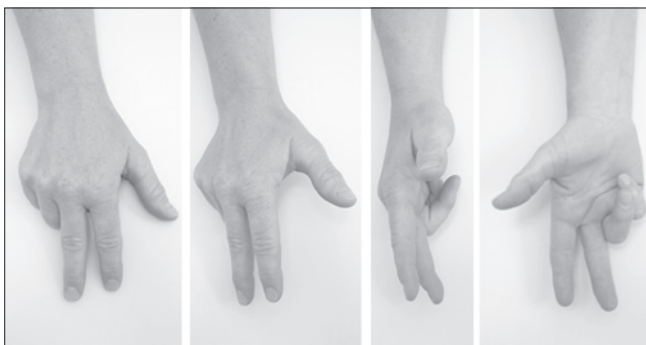


Fotos 8-10

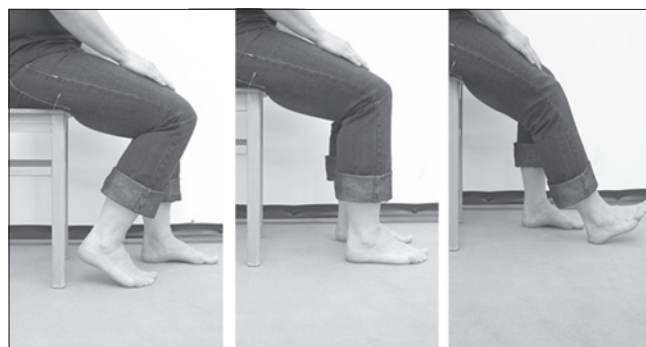
Eine weitere geplante Übungsreihe dient dazu, die Fähigkeiten der Klientin zu verbessern, verschiedene Transformationen von unterschiedlichen Informationsquellen (visuell, kinästhetisch, hören) richtig umzusetzen. Als Therapiemittel dienen speziell angefertigte 45 Fotoserien (Bodynek, Jung, Rauchfuß®) von je 3-4 Bildern.



Fotoserie Beispiel 1 (Veränderung obere Extremität)



Fotoserie Beispiel 2 (Veränderung der Hand)



Fotoserie Beispiel 3 (Veränderung untere Extremität)

Für das Dekodieren von visuellen Informationen z. B., soll die Klientin eine Position des Körpers (z.B. eine bestimmte Armstellung), die die Therapeutin dreidimensional vorzeigt, auf einer zweidimensionalen Abbildung wiedererkennen.



Fotos 11-12

Als Übung für das Dekodieren somästhetischer Informationen wird die Therapeutin ebenfalls die Fotokarten verwenden. Hierbei soll die Klientin eine Abbildung wählen und diese dann verdecken. Die Therapeutin bringt den Arm in eine Position, die die Klientin mit geschlossenen Augen erfassen und wiedererkennen soll.



Fotos 13-15

Ebenfalls für das Dekodieren von somästhetischen Informationen eignet sich die Übung, bei der die Klientin eine Position des Körpers, in die die Therapeutin sie bringt, mit geschlossenen Augen erfassen und danach mit offenen Augen auf einer Abbildung wiedererkennen soll.



Fotos 16-18

Die Behandlung im Feld „Mit Behinderung leben lernen“:

In diesem Feld wurden wieder Prinzipien der HoDT angewandt. Frau X hatte, wie viele andere Apraktiker, Schwierigkeiten beim Öffnen von Verpackungen, Benutzen von Gegenständen im Bad oder beim Frühstück. Damit ihr der Alltag gelang, ohne ständig zu scheitern, wurden nachstehende Maßnahmen ergriffen.

Umgestaltung des Umfeldes

Im Bad, welches sie sich mit der Zimmernachbarin teilt, wurden farbige Körbe (weiß für Frau X und braun für die Nachbarin) angeschafft. An jedem dieser Körbe wurde ein Symbol für den Inhalt befestigt. Es gab einen Korb für Waschlotionen (Bild einer Seife), einen mit Zahnbürste und Zahnpasta (Symbol Zahnbürste), einen mit Kamm und Bürste (Symbol Bürste) etc. So konnte Frau X den jeweils richtigen Gegenstand finden und diesen z.T. mit Unterstützung nutzen. Sie verwechselte so nicht mehr ihre eigenen Sachen mit denen der Nachbarin.

Die Nachtschublade wurde nur mit Dingen bestückt, die die Pflege brauchte. Alle für Frau X bedeutsamen Dinge wurden auf den Nachtschrank gelegt (Brille, Taschentücher, Trinken, Süßigkeiten, Fernbedienung). Zusätzlich wurden die Dinge, die Frau X benötigt, an einem Beistelltisch angeordnet.

Vereinfachung von Handlungen:

Handlungen von Frau X, die sie täglich mehrfach vornahm, wurden insofern vereinfacht, dass diese auf ihren räumlichen Anspruch reduziert wurden. Frau X benutzte eine Kippkanne für ihr Wasser (keine Flasche mit Drehverschluss), Taschentücher aus einer Box zum Herauszie-

hen (kein Öffnen von Plastikverpackungen). Süßigkeiten wurden nach Erhalt direkt in eine Schale gegeben, damit Frau X auch hier keine Verpackung öffnen muss und ihre Brille wurde in eine Schale gelegt, da sie das gewohnte Brillenetui nicht alleine öffnen konnte.

Insgesamt wurde nur wenig Zeit aufgewendet, um Frau X handlungsfähig im Alltag (Betätigungsorientierung bei kleinen Handlungen) zu machen. Trotzdem war sie natürlich auch auf Hilfe von außen angewiesen.

Fazit der Kombination der beiden Konzepte:

Anhand des beschriebenen Fallbeispiels wird die Kombination der beiden Konzepte deutlich. Frau X wurde durch ein wenig Umgestaltung in vielen kleinen Alltagsleistungen handlungsfähig. Auch das Erlernen von Kompensationen benötigt im Gesamtverlauf der Behandlung nur wenig Zeit. Die Familie erlebte die gewonnen Alltagsfähigkeit als guten Erfolg der Behandlung. Gleichzeitig wurden viele Kapazitäten frei, um gute (Lern-) Bedingungen für die neurokognitive Rehabilitation zu erhalten:

- die Klientin hatte ein „offenes Ohr“ für die Übungen der NKR, da sie den Zusammenhang zwischen der Ursache des Scheiterns und der Störung erfassen konnte und so die Übungen in direkten Bezug zur Störung und deren Verbesserung setzen konnte
- da der Alltag strukturierter ablief und Frau X weniger Misserfolge hatte, war sie hochmotiviert in der Therapie (Einfluss des limbischen Systems auf Lernprozesse)
- die Beachtung der Rehafelder in der Therapieeinheit führte zu Zeitgewinn im Lernprozess (wenn Frau X z.B. Durst hatte oder auf das WC musste) wurde gezielt durch die Therapeutin unterstützt, um die restliche Zeit wieder den Übungen der NKR widmen zu können.

Im Verlauf der Behandlung mit der NKR kam es zu deutlichen Funktionsverbesserungen der Praxie, so dass einige Handlungen nicht mehr vereinfacht oder durch Strategien bewältigt werden mussten.

Aufgabe der Therapeutin ist es, neben der qualifizierten Durchführung der Übungen der NKR, den Alltag der Klientin nicht aus den Augen zu verlieren und Anpassungen und deren Notwendigkeit zu überprüfen.

Die Verbindung der beiden Therapieansätze führte zu einer transparenten hochqualifizierten Apraxiebehandlung auf der Basis der neurokognitiven Rehabilitation und gleichzeitig zu einer betätigungsorientierten Behandlung von Beginn des Rehabilitationsprozesses an nach der HoDT, in dem jedes einzelne Konzept seine Berechtigung hatte, ohne sich zu konkurrieren, sondern sich gegenseitig zum Wohl der Klientin zu unterstützen.

Literatur- und Quellennachweise auf Seite 54.