

Esther Scholz-Minkwitz | Christina Ovesiek

Special Edition Neurologie

Seltene Krankheitsbilder in Anleitung und Praxis

Herbsttagung DVE der Fachausschüsse Lehrende und Neurologie 2015

Neue Reihe Ergotherapie
Herausgeber:
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
Reihe 10: Fachbereich Neurologie
Band 18



Die Herausgeberinnen

Foto: Fria Hagen



Esther Scholz-Minkwitz, Jahrgang 1971, Ergotherapeutin M.Sc. in Occupational Therapy. Nach ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin 2002 schloss sie 2003 ein Studium an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL) ab, wo sie den Bachelor-Abschluss erwarb. Berufsbegleitend studierte sie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft Hildesheim/Holzminden/Göttingen, um 2014 ihren Masterabschluss in Ergotherapie zu erwerben. Sie arbeitet in einer ergotherapeutischen Praxis in Hannover in den Fachbereichen Neurologie, Psychiatrie und Schmerzsyndrome. Zusätzlich unterrichtet sie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft in Hildesheim im Bachelorstudiengang Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in unterschiedlichen Forschungsprojekten mit. Für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten ist sie seit 2003 für den Fachausschuss Neurologie ehrenamtlich tätig. Zusätzlich arbeitet sie im Netzwerk „TATKRAFT“ mit, welches sich mit Gesundheitsförderung bei älteren Menschen beschäftigt.
Kontakt: e-scholz@gmx.de

Foto: Ellen Druwe



Christina Ovesiek, Jahrgang 1967, Diplom Ergotherapeutin und MA in Erwachsenenbildung. Nach ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin arbeitete sie auf einer gerontopsychiatrischen Station, wechselte anschließend in eine Klinik für Neurologie, Orthopädie und Rheumatologie, wo sie neben dem theoretischen Unterricht Schülerinnen auch in der praktischen Ausbildung begleitete. Ihre Lehrtätigkeit begann sie als Honorarkraft für motorisch-funktionelle Behandlungsverfahren, ging als Vollzeitkraft an eine Ergotherapieschule in die Lehre und erweiterte ihre Schwerpunkte um neurophysiologische und -psychologische Behandlungsverfahren. Von 2005–2007 studierte sie berufsbegleitend Diplom Ergotherapie (FH Idstein), von 2009–2011 Erwachsenenbildung (TU Kaiserslautern). In ihrer Masterarbeit entwickelte sie ein lernfeld- und handlungsorientiertes Didaktik-Konzept zur frühzeitigen Förderung der beruflichen Handlungskompetenz in der Ergotherapieausbildung plus Lernportfolio, das als Modell seit 2012 integrativer Bestandteil der Ergotherapieausbildung an ihrem Berliner Lehrort ist. Seit 2010 ist sie im Fachausschuss Lehrende ehrenamtlich für den DVE tätig, 2014 übernahm sie den Vorsitz. Zusätzlich bringt sie sich seit 2013 in die Projektgruppe „Entwicklung von Ausbildung“ des DVE ein, die sich mit der Neugestaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie des Berufsgesetzes befasst.
Kontakt: c.ovesiek@dve.info

Esther Scholz-Minkwitz | Christina Ovesiek

Special Edition Neurologie

Seltene Krankheitsbilder in Anleitung und Praxis

Herbsttagung DVE der Fachausschüsse
Lehrende und Neurologie 2015



**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Anmerkung des Verlags

Die Informationen in diesem Buch wurden von den Herausgeberinnen, den Verfasserinnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Herausgeberinnen, der Verfasserinnen oder des Verlags und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2016

ISBN 978-3-8248-1150-2

e-ISBN: 978-3-8248-9966-1

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2016

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Lektorat: Petra Schmidtman

Layout: Susanne Koch

Umschlagfoto: Paulista – fotolia.com

Druck und Bindung: MedienHaus Plump GmbH,

Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Inhalt

Ulrike Dünwald

Vorwort

Special Edition Neurologie

Seltene Krankheitsbilder in Anleitung und Praxis 7

Stefan Krüger

Schädel-Hirn-Trauma – kein Fall für eine

„Schema-F“-Behandlung/Anleitung 9

Bernhard Kunz

Therapie der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) –

eine interdisziplinäre Herausforderung 23

Kirstin Allek, Regina Klink

Praxis trifft Lehre – der ergotherapeutische Prozess in der

Behandlung von Querschnittgelähmten und die Vermittlung

an Schülerinnen/Studierende der Ergotherapie 37

Claudia George

Besonderheiten von Menschen mit Epilepsie in der Ergotherapie 51

Johannes Freytag, Christina Ovesiek

Anleitung in der praktischen Ausbildung anhand

des Phasenmodells 71

Patience Higman

Der Sinn des Professional Reasoning bei neurologischer

Klientel in der Ergotherapie. 87

Ralf Möller

Ziele gibt es viele

Zielvereinbarungen und Denkstrategien bei der Planung und

Vereinbarung mit Schülerin und Klientin. 101

Elke Patz

Lernen und Lehren in der Praxis: kollegiales Arbeiten in Gruppen 115

Felix C. Haase

Lernen und Therapie durch emotionale Prozesse
unterstützen – eine Einführung in die Neurodidaktik 131

Nicola Thapa-Görder

„Neurologie unterrichten“. 149

Nachwort 173

Der Fachausschuss Neurologie 174

Der Fachausschuss Lehrende 175

Der besseren Lesbarkeit halber verwenden wir im Folgenden überwiegend die weibliche Form von Personenbezeichnungen. Selbstverständlich sind damit stets Männer und Frauen gemeint.

Ulrike Dünnwald

Vorwort

Special Edition Neurologie Seltene Krankheitsbilder in Anleitung und Praxis

Seltene Krankheitsbilder? Neben den jährlich 196.000 Menschen, die in der Bundesrepublik einen Schlaganfall erleiden, und nahezu 300.000 Menschen, die von einem Schädeltrauma betroffen sind, stellen die Neuerkrankungen mit Multipler Sklerose (3000–4000), ALS (100–200) etc. eher seltene Krankheitsbilder in der ergotherapeutischen Versorgung dar. „Betroffen“ sind, wie alle in der Neuro-Rehabilitation Tätigen sehr wohl wissen, nicht nur die Erkrankten bzw. die Unfall-opfer selbst, sondern ebenso sehr ihre Familien und ihre Freunde. Nichts wird mehr sein, wie es war.

Einzigartig sind diese Krankheitsbilder in ihrem Verlauf und in ihrer Bedeutung für das Leben der Betroffenen jedoch immer. Selten – oder nie – wird eine Ergotherapeutin auf einen verlässlichen Algorithmus für die Therapie zurückgreifen können. Zu individuell sind die Kombinationen der sensomotorisch-orthopädisch-internistischen, kognitiven und seelischen Folgen des Ereignisses bzw. der Erkrankung, beeinflusst zudem von Umweltfaktoren wie auch biografischen und kulturellen Prägungen. Selten? Nein. Immer einzigartig, noch nie da gewesen, jedenfalls nicht in dieser individuellen Schicksalsfügung.

Was können Vertreterinnen des Gesundheitssystems tun? Es gibt, zum Teil sehr differenzierte, Leitlinien, die Orientierung bieten. Das Fortbildungsangebot ist groß. Die Herausforderungen für die Reha-Teams sind jedoch gewaltig: Die Rehabilitation beginnt beispielsweise oft bei den (polytraumatisierten) SHT-Patienten auf der Intensivstation und führt über die berufliche (Wieder-)Eingliederung zu – in der Regel – einer langjährigen ambulanten Begleitung, denn erreichte Fortschritte bedürfen der Stabilisierung angesichts lebenslaufimmanenter und/oder krankheitsbedingter Veränderungen. Auch palliative Maßnahmen sind häufig erforderlich. Ein Vorgehen nach „Schema F“ kann den individuellen Problemstellungen nicht gerecht werden.

Die Neurologie ist nur ein Fachgebiet in der Ausbildung von Ergotherapeutinnen. Welche Möglichkeiten gibt es angesichts der oben skizzierten großen Herausforderungen an menschlichem und fachlich kompetentem Handeln, um sie in der Ausbildung gut darauf vorzubereiten? Die üblichen, durchaus bewährten Wege der fachlichen Urteilsbildung reichen für Ergotherapieschülerinnen/-studentinnen nicht immer aus, um der Komplexität der Fragestellungen gerecht zu werden. Hier kann sich das Konzept der Kollegialen Beratung oder, während der Ausbildung, der Kollegialen Betreuung als sinnvoll erweisen. Die Kollegiale Betreuung ermöglicht die Einübung sowohl metakognitiver Denkansätze, häufig entlang vertrauter Clinical/Professional Reasoning-Aspekte, als auch die kollegiale Reflexion und lösungsorientierte Diskussion schwieriger Probleme. Damit wird ein Beitrag zum lebenslangen Lernen etabliert.

Die Behandlung und Begleitung von Menschen mit Hirnschädigungen erfordert ein tiefes Verständnis dafür, wie Lernen „geht“, insbesondere das Lernen unter doppelt erschwerten Bedingungen: Das Gehirn, das für Lernprozesse von zentraler Bedeutung ist, hat eine Schädigung erlitten, die das Lernen deutlich erschwert. Aber auch die Seele der erkrankten Person ist in einer Ausnahmesituation und steht vor der Herausforderung, eine existenzielle Krise zu bewältigen, den biografischen Einschnitt in die Lebensgeschichte zu integrieren und eine neue Perspektive ins Leben zurück zu entwickeln. Ergotherapeuten sollten diese spezifischen Lernbedingungen kennen und berücksichtigen, um den Therapieprozess möglichst lernoptimal zu gestalten.

Die Herbsttagung bietet die Gelegenheit, die Vernetzung von Ausbildung, Theorie und therapeutischer Praxis zu diskutieren und neue Wege zu suchen.



Kontakt

Ulrike Dünwald
ETOS Ergotherapieschule Osnabrück e. V.
Senator-Wagner-Weg 2
49088 Osnabrück
duennwald@osnanet.de

Schädel-Hirn-Trauma – kein Fall für eine „Schema-F“-Behandlung/Anleitung

Zusammenfassung

Rund 270.000 Menschen erleiden in Deutschland jährlich ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Je nach Schweregrad der Verletzung können leichte Funktionseinschränkungen bis hin zu schwersten Störungen vorliegen. Bei über der Hälfte der Verletzten liegt zudem ein Polytrauma vor. Vor allem die Komplexität des SHT stellt nicht nur Berufseinsteigerinnen oder Praktikantinnen in der Befunderhebung und Behandlung vor große Herausforderungen, sondern auch berufserfahrene Kolleginnen innerhalb der Anleitung. In der ergotherapeutischen Behandlung befinden sich Menschen mit unterschiedlichen Symptomen: von motorisch schwer eingeschränkten und kognitiv unauffälligen Patienten bis hin zum motorisch nicht betroffenen aber kognitiv schwer beeinträchtigten Menschen. Vor allem durch die hohe Komplexität der Erkrankung – verschiedene Schweregrade, unterschiedliche neurologische Defizite mit diversen kognitiven Störungen sowie diversen orthopädischen Polytraumen – ergibt sich ein großer Behandlungsspielraum in der Therapie. Verschiedene Fachbereiche (u. a. Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Psychiatrie) müssen eng vernetzt kooperieren. Dies impliziert, dass Behandlungskonzepte und -ideen stetig neu, individuell auf die einzelnen Patienten angepasst, überprüft und mit den verschiedenen Rehabilitationsphasen verknüpft werden müssen. Ein theoretisch fundiertes Wissen um Befundinstrumente, Behandlungskonzepte sowie der alltagsrelevanten Symptome ist daher dringend notwendig. Hier besteht aus Sicht des Autors die große Herausforderung in der Behandlung und Anleitung bei SHT-Verletzten. Das Ziel der Anleitung von Praktikantinnen/Berufseinsteigerinnen bei der Behandlung von SHT-Verletzten besteht einerseits darin, ihnen eine strukturierte, kleinschrittige und praktische Vertiefung der theoretischen Grundlagen – Befund, Zielentwicklung, Behandlungsideen – und den Umgang mit schwer erkrankten Menschen zu vermitteln. Eine leitfadengestützte Anleitung bietet sich zur Strukturhilfe an. Andererseits erfordert gerade die Komplexität des Krankheitsbildes ein patientenorientiertes Vorgehen, verbunden mit einer hohen Anforderung an fachüber-

greifendem Wissen und damit ein hohes Maß an Flexibilität. Die Besonderheit der Anleitung in diesem Bereich besteht darin, auf der einen Seite strukturierend vorzugehen und auf der anderen Seite viel Flexibilität zulassen zu können. Der Autor versucht seit einigen Jahren diesen Spagat zu bewältigen, denn ein komplexes Krankheitsbild erfordert eine komplexe Behandlung sowie eine komplexe Anleitung.

Schlüsselworte

Schädel-Hirn-Trauma, Komplexität, Behandlung, Anleitung, Leitfaden

Rund 270.000 Menschen erleiden allein in Deutschland jährlich ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Die häufigsten Ursachen für ein SHT sind Verkehrsunfälle, Haushaltsunfälle, Stürze oder Sportverletzungen. Etwa 15 % aller SHT werden durch Arbeits- und Wegeunfälle verursacht (Lang, Krauss 2013).

Vor allem die Komplexität des SHT stellt nicht nur Berufseinsteigerinnen oder Praktikantinnen in der Befundung und Behandlung vor große Herausforderungen, sondern auch berufserfahrene Kolleginnen innerhalb der Anleitung.

Um die komplexe Anleitung im Bereich der Neurologie, speziell mit SHT-Verletzten, besser verstehen zu können, muss man das Krankheitsbild und seine Folgen kennen.

Denn das SHT in der Neurologie ist im Gegensatz zu Läsionen in anderen Fachbereichen der Ergotherapie – wie beispielsweise der Orthopädie – nicht als ein isoliertes Ereignis zu sehen, sondern vielmehr als ein zeitlich andauernder komplexer Krankheitsprozess.

„Ein SHT ist die Folge einer Gewalteinwirkung, welche zu einer Funktionsstörung oder Verletzung des Gehirns geführt hat und mit einer Verletzung oder Prellung der Kopfschwarte, des knöchernen Schädels, der Gefäße oder der Dura verbunden ist“ (Lang, Krauss 2013, S. 258).

Eingeteilt werden können SHT-Verletzungen nach Dauer der Bewusstlosigkeit beziehungsweise in ein offenes oder geschlossenes SHT. Von einem offenen SHT spricht man, wenn es zu einer offenen Verbindung des Gehirns mit der „Außenwelt“ kommt, d. h. die Dura mater hierbei defekt ist; es muss keine Fraktur der Schädeldecke bestehen (Lang, Krauss 2013).

In der Klinik werden heutzutage jedoch drei Schweregrade des SHT unterschieden, welche sich an der Glasgow Coma Scale (GCS) orientieren.

Die GCS ist eine einfache Skala zur Graduierung des Bewusstseinszustandes und ermöglicht es, die Schwere des SHT einfach, schnell und übersichtlich darzustellen, wobei 3 (tief komatös) die niedrigste und 15 (wach) die höchste Punktzahl darstellt (Rollnik 2013).

Man unterscheidet daher folgende Schweregrade:

- das SHT I° (leichtes SHT) mit einer Bewusstseinsstörung unter einer Stunde (GCS 13-15),
- das SHT II° (mittelschweres SHT) mit einer Bewusstseinsstörung unter 24 Stunden (GCS 9-12)
- das SHT III° (schweres SHT) mit einer Bewusstseinsstörung mit mehr als 24 Stunden (GCS 3-8).

Tabelle 1: Glasgow Coma Scale (angelehnt an Rollnik 2013, S. 48)

Reaktion	Bewertung (Punkte)
Augen öffnen	
Spontan	4
Auf Ansprache	3
Auf Schmerzreize	2
Keine Reaktion	1
Sprache/verbale Reaktion	
Orientiert	5
Verwirrt	4
Unangemessen	3
Unverständlich	2
Keine verbale Reaktion	1
Beste motorische Reaktion	
Gezielt nach Aufforderung	6
Gezielte Schmerzabwehr	5
Massenbewegungen (ungezielte Schmerzabwehr)	4
Beugesynergien (Beugereaktion)	3
Strecksynergien (Streckreaktion)	2
Keine motorische Reaktion	1

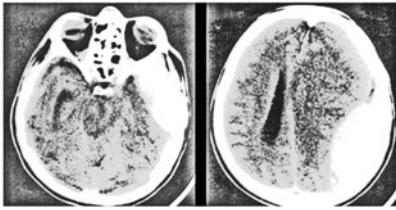


Abbildung 1: Epidurales Hämatom III°
(Unfallkrankenhaus Berlin, OA Dr. Rogge)



Abbildung 2: Subdurales Hämatom III°
(Unfallkrankenhaus Berlin, OA Dr. Rogge)

So können bei einem SHT unterschiedliche Hirnverletzungen nachgewiesen werden.

Beispielsweise treten als sogenannte ‚primäre Schädigungen‘ diverse Schädelfrakturen (offene oder geschlossene Fraktur, Berstungs- oder Bieungsfrakturen), intrakranielle Hämatomate (Epidural-, Subdural-, Subarachnoidalhämatomate), diverse Kontusionen (Coup- und Contre-coup-Bewegungen des Gehirns) oder andere fokale oder diffus axonale Schädigungen mit all ihren Symptomen und Nebenwirkungen auf. Diese Prozesse – wie etwa Hirnödeme, Hirndruckzunahmen, Ischämien, verzögerte Nervenzelltode etc. – werden als ‚sekundäre Schädigungen‘ bezeichnet und sind im Gegensatz zu den ‚primären Schädigungen‘ therapeutisch (notfallmedizinisch) beeinflussbar (Lang, Krauss 2013).

Je nach Schweregrad und Lokalisation der Verletzung können leichte Funkti-

onseinschränkungen bis hin zu schwersten Störungen vorliegen. Meist führt ein SHT vor allem zu diffusen Funktionseinschränkungen des gesamten Gehirns. Bei über der Hälfte der Verletzten liegt zudem ein Polytrauma vor. So finden sich zusätzlich Gesichtsschädelverletzungen (59%), Verletzungen der Extremitäten (20%), Verletzungen der Halswirbelsäule (9%), des Thorax (7%) sowie des Beckens und Abdomens (6%) bei den Patienten (Lang, Krauss 2013).

Daher befinden sich in der neurologischen ergotherapeutischen Behandlung des SHT Menschen mit sehr unterschiedlichen Symptomen – vom motorisch schwerst eingeschränkten und kognitiv unauffälligen Patienten bis hin zum motorisch nicht betroffenen aber kognitiv schwerst beeinträchtigten Menschen.

Betroffene können zum einen neuropsychologische Defizite aufweisen, welche abhängig von der Lokalisation der Schädigung, aber auch von der primären „prä-traumatischen Persönlichkeit“ (Rüsseler 2009, S. 19) unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Hierunter fallen vor allem Defizite im Bereich der Wahrnehmung, Selbstkontrolle oder auch der Kommunikation, was vor allem bei Patienten mit frontalen Hirnschädigungen vorkommen kann.

Zum anderen weisen SHT-Betroffene häufig weitere vielfältige kognitive Defizite auf. Hier stehen vor allem Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, der kognitiven Belastbarkeit, des Gedächtnisses, der Planung und Informationsverarbeitung im Vordergrund der Behandlung.

Zumeist treten einhergehend mit den kognitiven Störungen diverse sensomotorische Defizite, wie beispielsweise Hemi- oder Tetrasymptomatiken, Bewegungskoordinationsstörungen, Sensorikdefizite etc. auf.

Zusätzlich können vor allem im frühen Stadium der Erkrankung Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen vorhanden sein. Bei einer Verletzung der oder eines Hirnnervenkerne/-s können Patienten zudem an Schwindel, Doppelbildern, Hörverlust oder gar am Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn leiden (Rüsseler 2009).

Des Weiteren können Betroffene berufsrelevante Defizite aufweisen. Diese Defizite im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten, wie etwa Daueraufmerksamkeit, Belastbarkeit, schriftliche und praktische Handlungsplanung oder -durchführung, sind nur schwer zu befunden. Einige Patienten (beispielsweise nach einem SHT I°) bemerken zunächst keine Einschränkungen nach einem Unfall, sondern erst viel später bei komplexen oder stressigen Aufgaben während ihrer täglichen oder beruflichen Tätigkeit. Sie können gereizter reagieren, bemerken zunehmend starke Kopfschmerzen, eine erhöhte Lärm- oder Lichtempfindlichkeit und eine verkürzte Aufmerksamkeitsspanne. Diese Defizite können Anzeichen eines SHT sein und hindern den Menschen an der Ausführung seines Alltags, wobei diese auf Körperstrukturebene (im MRT oder CT) nur schwer diagnostisch nachweisbar sind.

Vor allem durch diese hohe Komplexität der Erkrankung – verschiedene Schweregrade, unterschiedlichste vielfältige neurologische Defizite mit diversen kognitiven Störungen sowie diversen orthopädischen Polytraumen – ergibt sich ein großer Behandlungsspielraum innerhalb der Therapie.

Dies wiederum impliziert ein hohes Maß an interdisziplinärer Zusammenarbeit (u.a. mit Ärztinnen, Kranken- und Gesundheitspflegerinnen, Neuropsychologinnen, Physio- und Ergotherapeutinnen, Logopädinnen, Neurolinguistinnen,

Sozialarbeiterinnen, Psychotraumatologinnen, Kostenträgern), um gemeinsame Zielstellungen für den einzelnen SHT-verletzten Menschen festlegen zu können. Die einzelnen Fachbereiche müssen das Rehabilitationsziel des Einzelnen in fachspezifische Ziele umwandeln. Diese ergotherapeutischen Zielsetzungen und damit verbundenen Behandlungskonzepte sind je nach Schweregrad und Folgen des SHT sehr unterschiedlich. Dies impliziert, dass Behandlungskonzepte und -ideen stetig neu, individuell auf den Einzelnen angepasst, überprüft und mit den verschiedenen Rehabilitationsphasen verknüpft werden müssen.

Ein theoretisch fundiertes Wissen um Befundinstrumente, Behandlungskonzepte sowie der alltagsrelevanten Symptome ist daher dringend erforderlich, denn SHT-Rehabilitandinnen weisen sowohl im Bereich der Körperstruktur und -funktionsebene als auch auf Handlungsebene (Aktivität und Partizipation) Defizite auf.

Im Verlauf der Rekonvaleszenz verändert sich zunehmend der Bereich der Umweltfaktoren. Zum einen wird die familiäre Situation durch das eigentliche Krankheitsereignis und dessen Folgen beispielsweise durch eine Änderung der psychischen Situation der Betroffenen (u.a. bei Frontalhirnschädigungen, durch gereiztes Verhalten, Psychosyndrome durch ein nicht adäquates Verarbeiten des Unfalls) verändert. Zum anderen können durch fehlende oder mangelhafte Kenntnisse über die Erkrankung, fehlende Verarbeitung des Unfalls und finanzielle oder behördliche Drucksituationen Belastungen bei den Angehörigen entstehen. Dies kann sich langfristig negativ auf die Kommunikation oder aber auch auf die Sexualität und somit auf die Partnerschaft auswirken. Im späteren Verlauf der Erkrankung können Barrieren im Wohnraum oder Arbeitsplatz Einschränkungen in der sozialen Teilhabe darstellen.

Ziel der ergotherapeutischen Behandlung ist es, individuelle Handlungskompetenzen der Patientin im täglichen Leben entwickeln, wiedererlangen und erhalten zu können.

Hier besteht aus Sicht des Autors die große Herausforderung in der Behandlung und Anleitung bei SHT-Verletzten. Denn umgangssprachlich gesprochen bedeutet es: „Ein SHT gleicht nicht dem anderen“. Somit sind auch die patientenbezogenen Zielsetzungen und Behandlungskonzepte sehr vielfältig. Eine ‚Schema-F‘-Behandlung oder -Befundung ist nicht möglich.

Bei Patienten mit schwersten SHT steht meist eine Förderung der Wahrnehmung (bezogen auf Körper und Umwelt) im Vordergrund der Behandlung. Konzepte wie Basale Stimulation, Kinästhetik, Bobath, Affolter (Lagewechsel, Transfere, Lagerung) sowie „neuro-kognitive Ansätze“ (Lautenschläger et al. 2013, S. 69) wer-

den hier verfolgt. Weiterhin geht es bei SHT-Patienten (schwer bis mittelgradig betroffen) um senso-perzeptive und senso-motorische Therapien. Hier stehen vor allem eine Wiederherstellung der posturalen Haltungskontrolle sowie eine Verbesserung der Mobilität (Lagewechsel, Transfere) sowie eine kognitive, neuropsychologisch angepasste Therapie im Vordergrund. Bei beginnender und ausreichender kognitiver Mitarbeit der Rehabilitandinnen setzt das ADL-Training mit Körperpflege, An-/Ausziehen, Toilettengang, Ernährung, Mobilität und Kommunikation und das Therapiekonzept der HoDT (Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie) ein, welches sich bei erreichter primärer Versorgung anschließt. Das erweiterte ADL-Training würde (bei Verbesserung der Symptomatik) mit beispielsweise einem Einkaufs- und Koch-, Sozial-, Mobilitäts-, ÖPNV- oder Autofahrtraining fortgeführt werden (Lautenschläger et al. 2013).

Zudem müssen weitere durch ein Polytrauma hervorgerufene Symptome und Nebenwirkungen (wie etwa ein Fixateur externe¹ oder Teilbelastungen nach komplizierten Frakturen) beachtet werden. Begleitend werden Hilfsmittel verordnet, Angehörige unterstützt oder der Wohnraum bzw. Arbeitsplatz an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst. Weiterhin kann bei Patienten mit leichten SHT oder bei Verbesserung der Symptomatik eine Steigerung der Grundarbeitsfähigkeiten aber auch der sozialen Interaktion durch Hilfe einer Arbeitstherapie erzielt werden (im Unfallkrankenhaus Berlin [UKB] in einer Holzwerkstatt).

Des Weiteren ergeben sich in der Behandlung von SHT-Patienten zusätzlich besondere Probleme, welche in anderen Fachgebieten nicht gehäuft vorhanden sind und bei Außenstehenden (Angehörigen), Berufseinsteigerinnen oder Praktikantinnen zu Problemen oder Konflikten führen können. Hierzu zählt beispielsweise die Behandlung von Wachkomapatienten. Eine Kommunikation ist hier nur erschwert oder gar nicht möglich. Ein adäquates Patientenfeedback ist daher meist nicht abrufbar. Die Kommunikation der Behandelnden muss sich durch eindeutige Formulierungen entsprechend anpassen. Eine Befundung und damit verbundene Zielformulierung ist daher nur sehr erschwert für Praktikantinnen möglich. Angehörige müssen meist fachkundig informiert und über das weitere Vorgehen oder den Umgang aufgeklärt werden. Des Weiteren ist der Umgang mit SHT-Patienten erschwert, die exekutive Dysfunktionen aufweisen.

Hier stellt vor allem die unangemessene Interaktion der Patientin ein Problem im Umgang dar. Praktikantinnen müssen ihre eigene Kommunikation stets reflek-

1 Definition (franz.: Befestiger): außerhalb des Körpers befindlicher Kraftträger, der über i. d. R. perkutan eingebrachte Knochenschrauben überbrückend zur Stabilisierung von Knochen und Gelenken bei Erkrankung und Verletzung des Skelettsystems eingesetzt wird.

