

Bedürfnisse nicht klar äußert. Es ist die Aufgabe der Ergotherapie, dies im Blick zu behalten, ggf. anzusprechen und den Prozess der Zusammenarbeit entsprechend zu gestalten. Wird nicht festgehalten, von wem die Betätigungsanliegen/-ziele formuliert wurden, geht dies in der Regel im Verlauf der Zusammenarbeit verloren.

Zur Herausarbeitung der Betätigungsanliegen/-ziele wird das Assessment COPM (S. 76) verwendet. Mit diesem Assessment fällt es leicht, die Betätigungsanliegen/-ziele der Person für die Bereiche der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit zu identifizieren. Sie bilden die Grundlage und das Zentrum des ergotherapeutischen Handelns. Sie dürfen von den Therapeut*innen nicht aus dem Blick verloren werden. Das Formulieren von Betätigungsanliegen/-zielen ist für die Person meistens nicht leicht und bedarf vonseiten der Therapeut*innen Unterstützung durch eine personen-zentrierte Gesprächsführung (S. 19).

Die Personen, die zur Ergotherapie gehen, sind es meist nicht gewohnt, dass sie nach den Betätigungen gefragt werden, die in ihrem Alltag eingeschränkt sind. Meistens sind sie Empfänger von Maßnahmen. Dies muss im Erstgespräch berücksichtigt und der Prozess der Zusammenarbeit und die ergotherapeutische Vorgehensweise transparent dargelegt werden.

Die anderen Teilnehmer*innen des interprofessionellen Teams betrachten, wenn überhaupt, jeweils nur einen sehr begrenzten Ausschnitt der Betätigungsfähigkeit der Person. Umso wichtiger ist die Arbeit der Ergotherapeut*innen, die aufgrund ihres Berufsverständnisses die Person als Ganzes, im Kontext zum Umfeld und zur Umwelt mit ihren Betätigungsanliegen/-zielen betrachten.

8.3.2 Ressourcen und Erschwernisse

Bei der REHM-Methode bilden die Ressourcen und die Erschwernisse das Individuum ab. Die Ressourcen sind auch als Stärken zu sehen, die eine Person besitzt und auf die sie im Rahmen des Genesungsprozesses zurückgreifen kann. Sie haben einen hohen Stellenwert bei der Zusammenarbeit. Fragt man die Person selbst oder die Bezugspersonen nach den Ressourcen und Stärken, fällt die Antwort oft schwer. Der Fokus der Menschen liegt

meistens auf dem, was im Alltag oder im Leben allgemein nicht gut funktioniert. Gerade wenn eine Erkrankung vorliegt, geht der Blick für die Dinge, die im Alltag gut gelingen und welche die Stärken der Person sind, häufig verloren bzw. haben nicht die Bedeutung und werden negiert. Hier ist es die Aufgabe der Ergotherapeut*innen, die Person für eine andere Sichtweise zu sensibilisieren und sie auf diesem Weg zu unterstützen.

Deshalb ist es wichtig, dass Ergotherapeut*innen ein Gespür für die Ressourcen einer Person entwickeln und ihr zeigen, dass sie Ressourcen hat, die ihr und ihren Bezugspersonen vielleicht noch verborgen sind. Die herausgearbeiteten Ressourcen werden in der entsprechenden Spalte des Arbeitsbogens notiert.

✓ Beachte

Wird die Person selbst oder werden Angehörige nach den Ressourcen der Person gefragt, fällt es manchen schwer, diese zu benennen. Die meisten richten ihren Fokus auf die Dinge im Leben, die nicht zufriedenstellend sind und verlieren Ressourcen oder Stärken aus dem Blick.

Die Erschwernisse der Person werden mit den entsprechenden Tests, Assessments und durch Beobachtung erhoben. Bei den Erschwernissen handelt es sich aber nicht ausschließlich um körperliche Aspekte. Auch psychische Erschwernisse werden ergründet und schriftlich festgehalten. Sie werden bei der weiteren Arbeit nach der REHM-Methode ebenso berücksichtigt. Gerade in Hinblick auf die Erschwernisse werden auch die subjektiven Aussagen der Person berücksichtigt. Auf diese Aussagen sollte besonders aufmerksam geachtet werden. Manchmal sind es nur beiläufige Bemerkungen, die genau das ausdrücken, was die Person bewegt.

Personen gewichten ihre Erschwernisse unterschiedlich stark und somit wirken sie sich auch sehr unterschiedlich auf das Leben der Person aus. Mit dem Blick auf die körperlichen und psychischen Erschwernisse wird die Person also immer ganzheitlich betrachtet. Die Erkenntnisse werden ebenfalls in der Tabelle des Arbeitsbogens notiert.

Um die Erschwernisse richtig einschätzen zu können und diese in der Strategiebildung angemessen zu berücksichtigen, ist das medizinische Wissen für Ergotherapeut*innen unabdingbar.

Beide Analyseaspekte des Individuums, die Ressourcen und die Erschwernisse, werden im Verlauf der Anwendung der REHM-Methode jeweils mit den Analyseaspekten der Umwelt, also den Hindernissen und den Möglichkeiten, in Beziehung gesetzt.

8.3.3 Hindernisse und Möglichkeiten

Bei der Analyse der Hindernisse und Möglichkeiten wird der Blick nach außen gerichtet, also die Umwelt einbezogen, in der die Person agiert. Es werden die Hindernisse und Möglichkeiten analysiert, welche die gewünschte Betätigungsfähigkeit oder Partizipation der Person beeinflussen.

Neben dem Erkennen und im späteren Schritt der Nutzung der Möglichkeiten, geht es bei der REHM-Methode gleichfalls darum, eventuelle Hindernisse zu erkennen, zu bestimmen und zu erarbeiten, welchen Einfluss sie auf das Ziel der erwünschten Handlungsfähigkeit und Partizipation in Bezug auf die Betätigungsanliegen der Person haben. Die Therapeut*innen und die Person überlegen also auch hier wieder gemeinsam, welche Hindernisse in Bezug auf die Umwelt gegeben sind und sammeln diese in der vorgegebenen Spalte des Arbeitsbogens.

✓ Beachte

Es kann vorkommen, dass sich Hindernisse nicht verringern lassen und sie sich stark auf die Betätigungsfähigkeiten und die Partizipation der Person auswirken.

Bei der Analyse der Möglichkeiten werden diese durch die Erzählungen der Person identifiziert und mit ihr zusammen herausgearbeitet. Dabei kann es sein, dass Möglichkeiten nicht gleich zu erkennen sind und sich erst im weiteren Gespräch als solche offenbaren.

Ähnlich wie bei den Ressourcen geht den Menschen, die von einer Erkrankung betroffen sind,

der Blick für die Möglichkeiten, die ihnen die Umwelt bietet, oftmals verloren. Es obliegt dann den Therapeut*innen, die Person anhand ihrer Berichte über ihre Umwelt durch gezielte Gesprächsführung zu den Erkenntnissen zu leiten. Die Ergebnisse werden im Arbeitsbogen notiert (► Abb. 8.2).

Auch bei der Erarbeitung der Hindernisse und Möglichkeiten ist es die Aufgabe der Ergotherapeut*innen, die Person in die Analyse aktiv einzubeziehen. Damit dies gelingt, ist das Wissen und Anwenden der personenzentrierten Gesprächsführung ein zentraler Punkt.

✓ Beachte

Hindernisse, die bei einer Person als solche definiert werden, können bei einer anderen Person als Möglichkeiten gesehen werden und umgekehrt. Diese Erkenntnis zeigt, wie wichtig es ist, die Person in ihrer Gesamtheit und Komplexität zu erfassen. Denn nur dadurch ist es möglich, mit der Person zusammen die optimalen Lösungsstrategien zu erarbeiten.

8.3.4 Betätigungsfähigkeit und Partizipation der Person

Beide Aspekte sind das zentrale Ergebnis, das hinter den individuellen Betätigungsanliegen/-zielen einer Person steckt. Bei der Zusammenarbeit mit der Person geht es darum, diese für die Person so optimal wie möglich nach ihren Vorstellungen zu erreichen. Dabei haben die Therapeut*innen eine unterstützende und begleitende Funktion, nur selten eine behandelnde.

Jede Person hat ihre eigenen Prioritäten und Wünsche, wenn es um ihre Betätigungsziele geht – und das ist vollkommen in Ordnung. Auch wenn Therapeut*innen aus ihrer Erfahrung heraus andere Schwerpunkte vorschlagen würden, steht die Entscheidung immer bei der Person selbst. Selbst wenn eine bestimmte Reihenfolge der Zielbearbeitung den Therapieprozess verlängern könnte, zählt vor allem, was sich für die Person richtig anfühlt. Nach einer umfassenden Beratung begleiten die Therapeut*innen diesen individuellen Weg unterstützend und vertrauensvoll.

8.4 Analyse

Mit der REHM-Methode wird im ersten Schritt eine Statuserhebung bezüglich der 4 Komponenten Ressourcen, Erschwernisse, Hindernisse und Möglichkeiten erarbeitet. Dieser Schritt erfolgt gemeinsam mit der Person. Durch diese Vorgehensweise werden die gesammelten Informationen transparent gemacht und gebündelt für alle Beteiligten dargestellt (► Abb. 8.2).

Es gilt die Ressourcen wahrzunehmen und die Erschwernisse zu erkennen. Gleiches wird in Bezug auf die Umwelt vorgenommen.

Die schriftliche Darstellung bietet eine intensive Form der Auseinandersetzung mit den Inhalten. Manchen Personen werden ihre Ressourcen und Erschwernisse, aber auch die Hindernisse und Möglichkeiten der Umwelt, erst durch das „Draufschaun“ und Besprechen wirklich bewusst. Dadurch kann der jeweilige Aspekt auch in ein anderes Licht gerückt werden. Möglicherweise erkennt die Person, dass die Hindernisse doch nicht so unüberwindbar sind, wie sie ihr vielleicht derzeit noch erscheinen. Oder sie erkennt, wie viele Ressourcen sie hat, die es nun gilt, zielgerichtet zu nutzen.

Das Notieren der Aspekte kann durch die Person selbst erfolgen. Wird das schriftliche Fixieren situationsbedingt von den Therapeut*innen übernommen, wird die Person einbezogen und ihre Formulierung hat Vorrang. Die Person soll sich schließlich mit dem Arbeitsbogen, *ihrem* Arbeitsbogen, identifizieren.

Aussagen der Person im Lauf der Zusammenarbeit können ebenfalls aufgenommen werden. Sie können Einfluss auf die Entwicklung weiterer Strategien haben.

Abhängig von der Vorgehensweise der Therapeut*innen, der Komplexität der Betätigungsanliegen/-ziele und dem Zeitpunkt des Kennenlernens kann die Methode im Klinikkontext als Instrumentarium dienen, um die Therapie zu strukturieren, den roten Faden für die Zusammenarbeit zu liefern und/oder der Person Ergebnisse der Zusammenarbeit mitzugeben, die sie allein oder mit Ergotherapeut*innen zu Hause weiter bearbeitet.

8.5 Strategieentwicklung

Nach der Analyse der 4 Komponenten werden gemeinsam mit der Person im nächsten Schritt die Strategien entwickelt. Diese bestimmen dann den weiteren Weg der Therapie und damit die Vorgehensweise und die Methodenwahl. Ebenfalls wird aufgrund einer entwickelten Strategie ersichtlich, welche Maßnahmen von wem und wie umzusetzen sind, um das Betätigungsanliegen/-ziel zu erreichen. Beide das Individuum betreffenden Komponenten (Ressourcen und Erschwernisse) werden jeweils mit den Komponenten der Umwelt (Hindernisse und Möglichkeiten) in Beziehung gesetzt, und es werden Strategien erarbeitet, welche die Betätigungsfähigkeit/Partizipation der Person zum Ziel haben. Diese erarbeiteten Strategien können unterschiedliche Vorgehensmöglichkeiten beinhalten. Der gesamte Vorgang erfolgt mithilfe einer Matrix (► Abb. 8.3).

Je nach Lebenssituation der Person oder ihren Betätigungsanliegen/-zielen kann es von Bedeutung sein, Angehörige in diesen Prozess einzubinden. Dies ist bei der Zusammenarbeit mit Klientel in der ergotherapeutischen Praxis möglich.

| | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Ressourcen (Individuum) | Erschwernisse (Individuum) |
| | |
| Hindernisse (Umwelt) | Möglichkeiten (Umwelt) |
| | |

Abb. 8.2 Arbeitsbogen REHM-Methode erster Schritt: Statuserhebung.

✓ Beachte

Bei der Strategieentwicklung wird versucht, den Nutzen aus Ressourcen und Möglichkeiten zu maximieren sowie die Einschränkungen, die sich aus den Erschwernissen und Hindernissen ergeben, zu minimieren.

Bei der Strategieentwicklung können die Person und der Therapeut oder die Therapeut*in vereinbaren, dass am Anfang der Zusammenarbeit die funktionellen Anteile einen höheren Stellenwert haben, um die Basis für die Betätigungsfähigkeit/Partizipation zu legen. Die Methode ermöglicht, dass die entwickelten und/oder zu bearbeitenden Strategien durch die schriftliche Fixierung nicht aus dem Blick verloren werden.

✓ Beachte

Grundsätzlich geht es bei der Strategieentwicklung auch darum, inwieweit Veränderungen an den Verhältnissen vorgenommen werden können bzw. die Person an ihrem Verhalten etwas verändern kann.

Die Aspekte werden folgendermaßen in Beziehung gesetzt (► Abb. 8.3). Dabei zeigen die Attribute an, wie auf die jeweilige Komponente geblickt werden sollte:

a) **Ressourcen-Hindernisse-Strategie** – Ressourcen nutzen, um Hindernissen entgegenzuwirken: In dieser Kombination wird mit der Person überlegt, welche Ressourcen sie nutzen kann, um (vermeintliche) Hindernisse zu überwinden. Dieser Denkprozess bietet den Therapeut*innen sehr gute Möglichkeiten, der Person zu vermitteln, welches Potenzial ihre Ressourcen bieten.

Vor allem, wenn die Person nicht in der Lage ist, dies ohne Unterstützung zu erkennen.

b) **Ressourcen-Möglichkeiten-Strategie** – Ressourcen so einsetzen, dass die Möglichkeiten so gut es geht genutzt werden: Zum einen wird erarbeitet, welche Ressourcen die Person einsetzen kann, um die vorhandenen Möglichkeiten wahrzunehmen. Zum anderen wird geschaut, ob sich durch die vorhandenen Möglichkeiten und die vorhandenen Ressourcen neue Möglichkeiten eröffnen.

c) **Erschwernisse-Hindernisse-Strategie** – Erschwernisse so verringern, dass sie keine Hindernisse werden: Hier können die Therapeut*innen und die Person zu dem Schluss kommen, dass an körperlichen Strukturen gearbeitet werden sollte, um die Funktionalität zu verbessern, damit Hindernisse überwunden werden können bzw. die Erschwernisse nicht zu Hindernissen werden. Vielleicht werden auch weitere Erschwernisse identifiziert, die abgebaut werden können.

d) **Erschwernisse-Möglichkeiten-Strategie** – Erschwernisse so verändern, dass sie zu Möglichkeiten werden: Hier wird zusammen mit der Person festgelegt, welche Erschwernisse überwunden werden müssen, damit vorhandene Möglichkeiten genutzt werden können. Eventuell können Erschwernisse sogar zu neuen Möglichkeiten werden. Auch bei dieser Strategiefindung können die Person und die Therapeut*innen zu dem Schluss kommen, dass funktionell an den körperlichen Strukturen gearbeitet werden muss. Ebenso kann sich herausstellen, dass der Einsatz von Hilfsmitteln eine weitere Strategie darstellen kann.

Im Rahmen der Strategieentwicklung wird deutlich, bei welchen Strategien Folgeschritte zu bearbeiten sind. Hier müssen gemeinsam mit der Per-

| | Ressourcen | | Erschwernisse | |
|---------------|------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|
| Hindernisse | a | RH-Strategie nutzen | c | EH-Strategie verringern |
| Möglichkeiten | b | RM-Strategie einsetzen | d | EM-Strategie verändern |

Abb. 8.3 REHM-Matrix.

son konkrete Maßnahmen entwickelt werden, und es wird eventuell festgelegt, wer für die Umsetzung der Maßnahmen zuständig ist.

Die Therapeut*innen und die Person haben die Möglichkeit, im Verlauf der Zusammenarbeit immer wieder die Arbeitszettel zu nehmen und ggf. zu modifizieren. Eine abschließende Bewertung oder Ähnliches erfolgt nicht, da es sich bei dieser Methode nicht um ein Instrument zur Erfassung einer messbaren Größe handelt. Es ist ein Arbeitsinstrument, das den therapeutischen Prozess unterstützt. Für Aussagen über die Entwicklung der Betätigungsanliegen/-ziele der Person kann das COPM am Ende der Zusammenarbeit oder immer dann, wenn das Betätigungsanliegen/-ziel erreicht wurde, eingesetzt werden.

8.6 Praxisfall

8.6.1 Vorgeschichte

Frau K. absolvierte für 3 Wochen eine teilstationäre Rehamaßnahme. Die Durchführung der Reha erfolgte 4 Wochen nach der operativen Versorgung. Ihre Diagnose lautete: rückläufige Belastungsminde- rung LWS bei Z. n. Sequesterektomie Bandscheibenprolaps 5/S1 rechts.

Sie besuchte Seminare und Vorträge und erhielt diverse therapeutische Angebote.

Aufgrund ihrer Diagnose nahm sie auch an der ergotherapeutischen Gruppe teil, in der anhand von Alltagsaktivitäten Funktionen beübt werden. Im Rahmen des Aufnahmegesprächs für dieses therapeutische Angebot erzählte Frau K. von den Betätigungen, die ihr im Alltag zurzeit schwerfielen. Und sie äußerte in dem Gespräch, dass sie sich in Bezug auf ihre Berufstätigkeit Sorgen machte. Die Äußerungen nahm die Therapeutin zum Anlass, Frau K. zu fragen, ob sie sich in der Ergo- einzeltherapie mit diesen Inhalten auseinandersetzen möchte. Frau K. stimmte zu, woraufhin die Einzeltherapietermine geplant wurden. Aufgrund der teilstationär durchgeführten Rehamaßnahme konnte Frau K. die in der Therapie erarbeiteten neuen Betätigungsstrategien sofort umsetzen bzw. ausprobieren und der Therapeutin eine konkrete Rückmeldung geben.

8.6.2 Vorstellung der Person

Frau K. ist 45 Jahre alt und lebt mit ihrem Mann und ihrer Tochter in einem Einfamilienhaus. Sie wohnen am Rande einer Großstadt mit guter Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel. Einkaufsmöglichkeiten und medizinische Dienstleister sind in unmittelbarer Nähe. Frau K. ist von Beruf zahnmedizinische Fachangestellte in Vollzeit. Sie hat sich seit Jahren auf den Arbeitsbereich der Prophylaxe spezialisiert. In der Praxis ist sie seit über 10 Jahren tätig und kann diese in gut 10 min mit dem Auto erreichen.

8.6.3 Analyse

An einem der von Frau K. benannten Betätigungsanliegen wird die Vorgehensweise exemplarisch vorgestellt: Grundsätzlich schmerzfreies Durchführen der zahnmedizinischen Prophylaxe am Patienten.

Nach der ersten Therapieeinheit werden die Informationen aus dem Aufnahmegespräch für die Einzeltherapie und der Informationsgewinnung aus der Aufnahme für die ergotherapeutische Gruppe in den Arbeitsbogen der REHM-Methode zusammengetragen (► Abb. 8.4). Die Formulierungen von Frau K. werden übernommen. Es wird entschieden, die Methode in der Zusammenarbeit mit Frau K. einzusetzen, um ihr deutlich zu machen, über welche Ressourcen und Möglichkeiten sie verfügt, aber auch, um mit ihr die Erschwernisse und Hindernisse herauszuarbeiten. So kann sie Unterstützung dabei bekommen, wenn sie sich konkrete Strategien für eine Verhaltensveränderung überlegt oder Gedanken darüber macht, wie bzw. ob sie die Verhältnisse verändern kann.

8.6.4 Strategieentwicklung

Im nächsten Schritt wurden gemeinsam mit Frau K. anhand der Analyse Strategien entwickelt, die sie nach der Rehamaßnahme bzw. bei Aufnahme der Arbeitsfähigkeit weiterverfolgen möchte (► Abb. 8.5).

Frau K. muss nun gemeinsam mit der Therapeutin prüfen, was die erarbeiteten Strategien für ihren Alltag konkret bedeuten und welche Maßnahmen erfolgen „müssen“. Für die Umsetzung der Ressourcen-Hindernisse-Strategie muss sie z. B.

| Ressourcen (Individuum) | Erschwernisse (Individuum) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • hohe Motivation gesund zu werden • sportlich; gut trainiert • betätigt sich gerne sportlich • offen für Veränderungen • langjährige Berufserfahrung • Hobbys: Lesen und Handarbeiten | <ul style="list-style-type: none"> • „Schwachstelle“ Rücken • Taubheit im rechten Fuß • Schmerzen im rechten Unterschenkel • das Gehen ist unruhig und schmerzhaft • macht immer viel für andere und passt wenig auf sich auf |
| Hindernisse (Umwelt) | Möglichkeiten (Umwelt) |
| <ul style="list-style-type: none"> • beruflich: gleichbleibende Belastung über den Tag • beruflich: enge zeitliche Taktung • beruflich: keine Veränderungsmöglichkeit der räumlichen Bedingungen in der Praxis | <ul style="list-style-type: none"> • lebt mit Familie zusammen • Fitnessstudio in unmittelbarer Nähe • kurze Wege zu Geschäften u. a. |

Abb. 8.4 Stuserhebung Frau K.

| Ressourcen-Hindernisse-Strategien | Erschwernisse-Hindernisse-Strategien |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • langjährige Berufserfahrung einsetzen, um an der engen Taktung der Patientin etwas zu verändern → Vermeidung von Zeitdruck und „schlechten Bewegungen“ | <ul style="list-style-type: none"> • „Schwachstelle“ Rücken auf keinen Fall größer werden lassen • erlernte Maßnahmen zur Reduzierung der Taubheit am Fuß weiter umsetzen |
| Ressourcen-Möglichkeiten-Strategien | Erschwernisse-Möglichkeiten-Strategien |
| <ul style="list-style-type: none"> • mit Familie zusammensetzen, um eine andere Aufgabenteilung im Haushalt vorzunehmen • regelmäßiges Aufsuchen des Fitness-Studios, um weiter an der Stärkung der körperlichen Strukturen zu arbeiten | <ul style="list-style-type: none"> • bezieht andere Personen mehr mit ein und übernimmt keine Aufgaben für andere, hält sich mehr zurück |

Abb. 8.5 Strategieentwicklung Frau K. Anliegen/Ziel: grundsätzlich schmerzfreies Durchführen der Prophylaxe am Patienten.

überlegen, welche Möglichkeiten sie hat bzw. welche Handlungen sie verändern kann. Aufgrund ihrer langjährigen Berufserfahrung ist Frau K. in der Lage abzuschätzen, was möglich ist und was nicht.

8.6.5 Zusammengefasst

Frau K. konnte durch die Anwendung der Methode, die als selbstverständlich gesehenen Verhaltensweisen als Ressourcen erkennen und lernen, dass sie diese strategisch nutzen kann, um ihren Alltag zu verändern. Gleiches galt für die Möglichkeiten in Bezug auf die Umwelt. Ihr wurde bewusst, dass sie ihre Familie mehr bzw. anders einbinden kann, um ihrer Diagnose im Alltag besser gerecht zu werden.

Der Arbeitsbogen wurde der Rehabilitandin mitgegeben. So bestand die Möglichkeit, diesen zu ergänzen bzw. die bereits erarbeiteten Strategien im Alltag zu verfolgen. Durch den Einsatz dieser Methode setzte sie sich aktiv mit ihrer Erkrankung auseinander und fand Lösungen, um ihr Verhalten bzw. die Verhältnisse zu verändern. Es kam zu einem personenzentrierten Vorgehen, bei dem die Person aktiv eingebunden wurde.

8.7 Literatur

- [95] Pelz W. SWOT-Analyse. www.managementkompetenzen.com/swot-analyse/. Abrufdatum: 08.02.2023
- [96] Romein E (Hrsg.) Ergotherapie – durch Betätigung und Klientenzentrierung Teilhabe verbessern. Stuttgart: Thieme; 2021. DOI: 10.1055/b000000436
- [97] Stiftung Gesundheitswissen. www.stiftung-gesundheitswissen.de/mediathek/videos/kompetenz-gesundheit/was-ist-das-biopsychosoziale-modell. Abrufdatum: 09.09.2023



9 Therapie – Grundlagen, Techniken und Ansätze

| | | |
|-----|-------------------------------------|-----|
| 9.1 | Evidenzbasiertes Arbeiten | 126 |
| 9.2 | Behandlungsgrundlagen | 127 |
| 9.3 | Behandlungsmaßnahmen | 150 |
| 9.4 | Therapieansätze | 180 |
| 9.5 | Warum diese Therapien?. | 211 |
| 9.6 | Literatur. | 212 |

9 Therapie – Grundlagen, Techniken und Ansätze

9.1 Evidenzbasiertes Arbeiten

Auch für Ergotherapeut*innen sollte das Thema der evidenzbasierten Praxis (EBP) in ihrer Arbeit eine wichtige Rolle spielen. Evidenzbasiert vorzugehen bedeutet, dass Ergebnisse aus systematischer Forschung das eigene Wissen ergänzen (durch z. B. Berufserfahrung, Austausch mit Kolleg*innen). Dabei ist es wichtig, auch die Forschungsergebnisse kritisch zu hinterfragen und hinsichtlich der eigenen Fragestellung genau zu betrachten. EBP bedeutet auch, dass praktisch tätige Therapeut*innen sich stetig fortbilden, um so ihr Wissen zu erweitern und neueste Erkenntnisse in ihre Arbeit einfließen lassen zu können.

Eine Möglichkeit ist das Arbeiten mit sog. **Leitlinien**. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. hat ein Online-Portal erstellt, auf dem existierende Leitlinien einzusehen sind.

Definition

Leitlinien

Als Leitlinien bezeichnet man systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen sowie Angehörigen von weiteren Gesundheitsberufen und Patient*innen/Bürger*innen für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen [100].

Die medizinischen Leitlinien lassen sich in 4 unterschiedliche Klassen einteilen [194]:

- S1-Leitlinien sind Handlungsempfehlungen von Expertengruppen.
- S2k-Leitlinien werden von einem Gremium erarbeitet, das repräsentativ für das Fachgebiet ist. Die Empfehlungen basieren auf einer strukturierten Konsensfindung.
- S2e-Leitlinien sammeln Wissen systematisch, es fehlt aber eine strukturierte Konsensfindung.
- S3-Leitlinien haben die höchste Qualitätsstufe, denn das Wissen wird nach klaren Vorgaben gesammelt (systematische Literaturrecherche) und bewertet.

Für die Arbeit in einer Rehaklinik sind bezüglich der medizinischen Rehabilitation die **Therapiestandards** (ehemals Leitlinien für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung) der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu berücksichtigen [185]. Für den Arbeitsbereich der Orthopädie liegen Reha-Therapiestandards (RTS) für „chronischer Rückenschmerz“ und „Hüft- und Knie-Totalendoprothesen (TEP)“ vor. Dort ist festgelegt, welche Leistungen die Person im Rahmen ihrer Reha zu beziehen hat. Eine differenzierte und sinnvoll aufeinander aufbauende Zusammenstellung der Angebote obliegt jeder Rehaklinik. Die in diesem Buch vorgestellten Angebote hinsichtlich der Seminare und Vorträge stellen nur eine Möglichkeit der ergotherapeutischen Arbeit in diesem Kontext dar.

HTA-Berichte (Health Technology Assessment) können in der DAHTA-Datenbank abgerufen, als Volltext kostenlos recherchiert und als PDF-Dokument heruntergeladen werden [118]. Hauptsächlich werden therapeutische und diagnostische Verfahren bewertet.

Als Mitglied im Deutschen Verband Ergotherapie e. V. (DVE) besteht die Möglichkeit, in der **EBP-Datenbank** deutsche Zusammenfassungen von Studien hinsichtlich ergotherapeutischer und ergotherapierelevanter Interventionen zu lesen [129]. Auch Nichtmitglieder können vorhandene Studien einsehen. Cochrane Reviews des deutschen Cochrane-Zentrums stehen den Mitgliedern des DVE zur freien Verfügung. Sämtliche Reviews sind kostenfrei auf der Datenbank Cochrane Library einzusehen [117].

Die Datenbank „**OTseeker**“ enthält systematische Reviews und kontrollierte Studien [172].

Die Suchmaschine **Google Scholar** bietet die Möglichkeit, wissenschaftliche Dokumente zu recherchieren [143].

Mit der Suchmaschine der Universitätsbibliothek Bielefeld **BASE** (Bielefeld Academic Search Engine) lassen sich wissenschaftliche Web-Dokumente auffinden, die zum Teil als Volltexte frei zugänglich sind [112].

Eine weitere Recherchemöglichkeit stellt die bibliographische Datenbank **PubMed** der National Library of Medicine dar, die zahllose medizinische Artikel und Verweise enthält [181].

9.2 Behandlungsgrundlagen

Das Wissen über die hier vorgestellten Behandlungsgrundlagen gehört zur Arbeit im Fachbereich der Orthopädie, Rheumatologie und Traumatologie unabdingbar dazu. Die Verwendung einer einheitlichen Nomenklatur ist für die interprofessionelle Zusammenarbeit Voraussetzung. Nur mit ihrer Kenntnis kann eine einheitliche Sprache gesprochen werden und eine einheitliche Vorgehensweise garantiert werden. Aber auch um die Person bei dem Erreichen ihrer Betätigungsanliegen bzw. bei der Veränderung ihrer Probleme in der Betätigungsperformanz adäquat unterstützen zu können, bedarf es der hier aufgeführten Kenntnisse.

9.2.1 Begriffsbestimmungen

Bei der Zusammenarbeit mit der Person kann es von Bedeutung sein, den Stabilitätsgrad im Hinblick auf die körperliche Belastungsmöglichkeit zu berücksichtigen. Man unterscheidet folgende Stabilitätsgrade [120]:

- **lagerungsstabil:** die geringste Stufe der Belastbarkeit in einer Behandlung. Es erfolgt keine (also weder passiv noch assistiv oder aktiv) Bewegung des betroffenen Körperteils.
- **bewegungsstabil:** Eine Teilbelastung darf erfolgen. Der Körperteil kann in dem vorgegebenen Bewegungsausmaß bewegt werden. Dabei kann die Bewegung passiv, assistiv oder aktiv durchgeführt werden. Es darf eine Bewegung erfolgen, allerdings ohne Belastung.
- **belastungsstabil:** Hier darf eine Vollbelastung vorgenommen werden. Innerhalb der individuellen Grenzen ist der Körperteil bewegungs- und belastungsfähig. Es kann ärztlicherseits noch eine Limitierung des Bewegungsausmaßes vorgegeben sein.
- **trainingsstabil:** Der Körperteil ist vollständig bewegungs- und belastungsfähig. Es können Bewegungsabläufe wiederholt beübt werden, um Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit und Schnelligkeit zu verbessern.

Bei der funktionellen Behandlung gibt es verschiedene Formen des Bewegens, die entsprechend der ärztlichen Vorgabe angewendet werden [120]:

- **passiv:** Das zu behandelnde Gelenk wird in Teilen oder mit dem gesamten Bewegungsumfang vom Therapeuten oder mittels elektromechanischer Geräte, z. B. der Motorschiene bewegt. Die Person hilft nicht mit. Die Muskulatur ist entspannt.
- **assistiv:** Das zu behandelnde Gelenk wird in Teilen oder mit dem gesamten Bewegungsumfang von dem Therapeuten oder der Therapeutin oder mit mechanischer Unterstützung geführt. Die Person bewegt den Körperteil aktiv mit. Das Gewicht der Extremität wird von den Therapeut*innen abgenommen. In der Praxis wird häufig auch der Begriff aktiv-assistiv verwendet.
- **aktiv:** Die entsprechende Bewegung des Gelenks wird von der Person selbstständig oder auch nach Anleitung ausgeführt.

Verletzungs- oder operationsbedingt benötigen Personen manchmal Unterarmgehstützen (UAG), mit denen sie sich, abhängig von der ärztlichen Vorgabe, in unterschiedlichen Gangmustern fortbewegen [120]:

- **Dreipunktgang:** Bei diesem Gang wird die Belastung des Beines nach Vorgabe reduziert, indem beide Stützen oder andere Hilfsmittel dieses Bein entlastend begleiten. Dadurch wird das erforderliche Gewicht abgenommen. Verschiedene Varianten des Gehens sind möglich: entlastend, minimal belastend, teilbelastend oder vollbelastend.
- **Zweipunktgang:** Hierbei erfolgt eine teilweise Entlastung eines oder beider Beine. Die Stütze und das kontralaterale Bein werden zeitgleich oder zeitnah vorgebracht und die Stütze und das Bein der jeweiligen Gegenseite folgen.
- **Durchschwunggang und Zuschwunggang:** Diese Arten des Gehens sind Sonderformen. Bei dem Durchschwunggang wird das Körpergewicht über die Arme an den UAG hochgestützt und die Beine werden gleichzeitig vor die Stütze geschwungen. Bei dem Zuschwunggang erfolgt ebenfalls das Abstützen über die Arme, aber die Beine werden zwischen die Stützen geschwungen und abgesetzt.

Manchmal fühlen sich Personen im Gehen bereits sicher und verzichten auf eine der UAG. Dieses Vorgehen hat zur Folge, dass es zu einer einseitigen Körperbelastung kommt und zu einem unphysiologischen Gangbild. Oft wird dieses Gangbild im Genesungsverlauf beibehalten, weil sich das Bewegungsmuster verinnerlicht hat. Die Personen müssen über diesen Aspekt aufgeklärt werden, damit sie ihr Vorgehen verändern können und beide UAG nutzen, bis sie beim Gehen ohne UAG ein gleichbelastendes und sicheres Gangbild aufweisen.

Für das Gehen gibt es verschiedene Belastungsstufen, zu denen es je nach Diagnose und Behandlungsverfahren ärztliche Vorgaben geben kann [120]:

- **entlastender Gang:** Es erfolgt eine vollständige Entlastung des betroffenen Beines (sehr selten), z. B. mittels UAG oder Gehwagen.
- **minimal belastender Gang:** Die Belastung des Beines wird reduziert. Dafür können z. B. UAG, Gehwagen oder Rollator genutzt werden. Mit der Person wird das Gehen in einem physiologischen Gangrhythmus (Abrollen des Fußes und Bewegung im Hüft- und Kniegelenk) geübt. Beim Stehen oder Sitzen darf das Bein mit seinem Eigengewicht abgestellt werden. Diese Bezeichnung entspricht und ersetzt die nicht mehr verwendeten Begriffe „Gehen mit Bodenkontakt“, „Gehen mit Sohlenkontakt“, „Gehen mit Belastung von 5–10 kg“.
- **teilbelastender Gang:** Bei der Teilbelastung werden immer Hilfsmittel beim Gehen genutzt (z. B. UAG oder Gehwagen). Die erlaubte Belastung wird üblicherweise von ärztlicher Seite aus in Kilogramm angegeben.
- **vollbelastender Gang:** Die Person darf das Bein voll belasten. Dabei kann sie an UAG, Gehstöcken oder auch ohne Hilfsmittel gehen. Das betroffene Bein muss während des Gehens das gesamte Körpergewicht tragen können, auch wenn dies der Person aufgrund von Schmerzen oder Schwäche noch nicht möglich ist.

9.2.2 Biomechanik

Durch Kenntnis der Biomechanik lassen sich Bewegungen und Bewegungszusammenhänge verstehen. In diesem Kapitel wird auf die Theorie von Kaltenborn und Evjenth Bezug genommen [154], [210].

Das Behandlungskonzept nach Kaltenborn und Evjenth bezieht sich neben der in der Medizin genutzten Nomenklatur der „Ebenen“ und „Achsen“ auf die „Behandlungsebene (BE) nach Kaltenborn“. Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass die Behandlungsebene grundsätzlich auf der konkaven Gelenkfläche liegt und zwar rechtwinklig zur ermittelten Traktionsrichtung, unabhängig davon, ob sich der konkave oder konvexe Gelenkpartner bewegt.

Hinsichtlich der Gelenkstellungen wird unterschieden in:

- **Nullstellung:** einheitlich definierte Position der jeweiligen Gelenke, um die Gelenkmessung nach der Neutral-Null-Methode vorzunehmen.
- **Ruhestellung:** In dieser Position sind Muskulatur und Kapsel maximal entspannt. Die Gelenkpartner haben nahezu keinen Kontakt.
- **aktuelle Ruhestellung:** Ruhestellung, die eine Person unter pathologischen Gegebenheiten einnehmen kann.
- **verriegelte Stellung:** Es kommt zu einer maximalen Straffung der Strukturen. Die Gelenkpartner haben maximalen Kontakt.

Im Hinblick auf die Gelenkbewegungen wird zwischen angulären Gelenkbewegungen und Translationen differenziert:

- **anguläre Bewegungen (Rotationen):** Sie „umfassen alle aktiven und passiven Bewegungen im Raum, die sich um Achsen innerhalb oder außerhalb des Körpers vollziehen (Osteokinematik). Der Winkel zwischen 2 mit einem Gelenk verbundenen Knochen verändert sich [210].“ Anguläre Bewegungen sind: Flexion, Extension, Abduktion und Adduktion sowie Innen- und Außenrotation. Im Gelenk kommt es zu Roll- und Gleitbewegungen (Arthrokinematik). Dabei lassen sich 3 Gelenkbewegungen unterscheiden (► Abb. 9.1):
 - **Rollen:** Beim Ausführen der Bewegung verändern sich stetig die Kontaktflächen beider Gelenkpartner.
 - **Gleiten:** Ein Gelenkpartner bleibt stabil. Der stabile Gelenkpartner kommt aber durch die Bewegung des anderen Gelenkpartners immer wieder mit anderen Gelenkflächenabschnitten des aktiven Gelenkpartners in Kontakt.