

## 4.3 Lösungen für Mia-Marie, Vorschulkind mit Entwicklungsstörung grobmotorischer Funktionen

Nicole Roleff-Correll

### Lernziele

In diesem Kapitel üben Sie:

- eigene Lösungen zu überprüfen und zu reflektieren,
- Arbeitsergebnisse auszuwerten,
- wichtige Erkenntnisse und Hinweise für die Praxis zu formulieren,
- neue Ziele zu setzen und Maßnahmen für weiteres Lernen zu überlegen.

### Lösungen und Kommentare

#### a. Informationen über Mia-Marie

Jeder Befund beginnt zunächst mit der Informationssammlung bezüglich des Klienten. Die Einsortierung der Informationen sollte mit einem offenen Blick geschehen. Hieraus ergibt sich für den Befund- und den folgenden Behandlungsprozess eine wertneutrale Erfassung der gültigen Daten und die Auswahl des entsprechenden Behandlungsansatzes. Damit die Informationssammlung individuell auf die zu behandelnden Betätigungsbedürfnisse des Klienten zutrifft, können Ergotherapeuten konzeptionelle Praxismodelle mit ihren entsprechenden Assessments nutzen. In dem vorliegenden Fall von Mia-Marie wurde das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) mit dem dazugehörigen Messinstrument dem Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ausgewählt. Somit hat sich die behandelnde Ergotherapeutin für eine klientenzentrierte Vorgehensweise entschieden. Des Weiteren unterstützt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, DIMDI 2004) mit ihren Komponenten Partizipation, Aktivitäten, Körperfunktionen und Kontextfaktoren die ergotherapeutische Vorgehensweise.

Wenn möglich, werden ohne bereits vorhandene Interpretation die Bereiche Partizipation, Aktivitäten, Körperfunktionen und Kontextfaktoren berücksichtigt. In der folgenden Tabelle finden Sie die Einsortierungen der Informationen und damit die **Lösungen für die folgenden Fragen**:

- Wie ist Mia-Maries **Partizipation** zu Hause und im Kindergarten?
- Welche **Aktivitäten** in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit kann sie ausführen, bei welchen hat sie Beeinträchtigungen?
- Was erfahren Sie dabei über Mia-Maries **Körperfunktionen** im Hinblick auf sensorische, motorische, kognitive und affektive Fähigkeiten?
- Was wissen Sie über ihre **Kontextfaktoren**? Welche sind unterstützend (Ressourcen) und welche hemmend (Barrieren)?
- Sortieren Sie aus den vorhandenen Informationen Mia-Maries Stärken und die Schwierigkeiten/Barrieren und Ressourcen. Sie können Ihre Lösungen in einer Tabelle zusammenfassen (Tab. 4.5).

Tab. 4.5 Informationen über Mia-Marie nach ICF und COPM

<i>Einsortierung der Informationen nach dem COPM und der ICF</i>	<i>Stärken</i>	<i>Schwierigkeiten/Barrieren</i>	<i>Ressourcen</i>
<b>Partizipation</b>			
Familie	Sie hat ein gutes Verhältnis zu ihren Eltern, Geschwistern und Großeltern. Sie spielt gern mit ihren Schwestern.	Ihre besonderen Wünsche und Bedürfnisse führen zu Streitigkeiten zwischen den Eltern. Ihr Vermeidungsverhalten bezüglich Ausflügen und gemeinschaftlicher motorischer Aktivitäten belastet das familiäre System. Zeigt ein Problembewusstsein, das zur Verweigerung, z. B. bei der U-Untersuchung der Kinderärztin führt Sie möchte keinen Sportverein besuchen.	Wird mit ihren Wünschen und Bedürfnissen von ihrer Familie gesehen Großeltern kümmern sich um ihre Enkelin und fördern sie. Die Eltern wollen die Entwicklung ihrer Tochter unterstützen.
Freundeskreis	Sie spielt gern mit ihrer Freundin. Sie hat eine feste Freundin. Sie spielt gern Gesellschafts- und Rollenspiele.		Sie kann in bekannter, nicht häuslicher, Umgebung übernachten.
Kindergarten	Sie besucht regelmäßig den Kindergarten.	Sie meidet Gruppenaktivitäten, die draußen stattfinden bzw. grobmotorische Schwerpunkte enthalten.	Sie hat aufmerksame Erzieherinnen, die im Austausch mit ihren Eltern stehen und diese über Ereignisse im Kindergarten informieren.
<b>Aktivitäten</b>			
<b>Selbstversorgung</b>			
Körperliche Versorgung	Keine Angaben vorhanden. Vermutlich o. B., aber noch genauer zu erfragen.	Keine Angaben vorhanden. Vermutlich o. B., aber noch genauer zu erfragen.	Keine Angaben vorhanden.
Mobilität	Sie fährt Dreirad.	Stolpert über ihre Füße beim Gehen und Laufen. Sie kann sich nicht im Wasser fortbewegen.	Ihre Eltern, Großeltern erledigen den Transport zum Kindergarten, kaufen ein etc.
Regelung persönlicher Angelegenheiten	Keine Angaben vorhanden.	Keine Angaben vorhanden.	Keine Angaben vorhanden.

Fortsetzung ▶

## 4 Lösungen zur Problemanalyse

Tab. 4.5 Informationen über Mia-Marie nach ICF und COPM

<i>Einsortierung der Informationen nach dem COPM und der ICF</i>	<i>Stärken</i>	<i>Schwierigkeiten/Barrieren</i>	<i>Ressourcen</i>
<b>Produktivität</b>			
Haushaltsführung	Sie hilft beim Kochen und Backen. Sie versorgt selbstständig ihre Fische.	Keine Angaben zum Umgang mit Gegenständen vorhanden. Vermutlich o.B., aber noch genauer zu erfragen.	Ihre Familie gibt ihr Aufgaben, die sie für die Gemeinschaft ausführen kann.
Spiel	Sie kann mit anderen Kindern spielen, andere Rollen einnehmen.	Sie meidet Bewegungsspiele. Kein ausdauerndes Sitzen am Tisch.	Hat Bewegungsräume, in denen sie sich ausprobieren kann.
Schule	Ist im Vorschulalter, möchte am liebsten in die Schule.	Ärztin diagnostiziert eine nicht altersentsprechende grobmotorische Entwicklung und gibt dies hinsichtlich der bevorstehenden Einschulung zu Bedenken.	Die Ergotherapie ist hier als gesellschaftliche Ressource zu sehen, da sie Mia-Marie Unterstützung bieten kann, ihre vorhandenen Fertigkeiten weiter auszubauen, neue zu entwickeln, um sie dann in den schulischen Alltag einbringen zu können.
Kindergarten	Muss noch genauer erfragt werden.	Sie spielt ungern draußen. Ihre Ungeschicklichkeit fällt auf.	
<b>Freizeit</b>			
Ruhige Erholung	Sie bevorzugt Malen, Basteln, Puzzeln, Kartenspiele.	Vermutlich keine Schwierigkeiten vorhanden.	Familie und Kindergarten bieten die Möglichkeit, diese Aktivitäten auszuführen.
Aktive Erholung		Sie ist unsicher und ängstlich beim Klettern, Karussell- und Fahrradfahren. Kann nicht hüpfen, keinen Einbeinstand, balancieren. Kann nicht schwimmen, sich nicht anschaukeln. Nimmt ungern an Ausflügen teil.	Sie zeigt Interesse am Fahrradfahren- und Schaukelnlernen. Sie probiert das Trampolin in der ersten Ergotherapie stunde aus.
Soziales Leben	Bevorzugt Gesellschafts- und Rollenspiele. Sie übernachtet bei ihrer Freundin Sophie.	Es gibt keine Informationen über ihr Verhalten in der Gruppe. Sie scheint Kontakt zu älteren Kindern zu bevorzugen.	Im Kindergarten sind Gruppenmöglichkeiten vorhanden.

Fortsetzung ▶

Tab. 4.5 Informationen über Mia-Marie nach ICF und COPM

<i>Einsortierung der Informationen nach dem COPM und der ICF</i>	<i>Stärken</i>	<i>Schwierigkeiten/Barrieren</i>	<i>Ressourcen</i>
<b>Körperfunktionen</b>			
Sensorisch	Schnell im visuellen Erfassen.	Lehnt Bauchlage ab. Hat Angst vor Bewegung bzw. bewegt werden. Hat Angst vor Höhe. Vermeidet wackelige Untergründe. Hat Angst vor tiefem Wasser.	Sie probiert trotzdem Geräte in einer sicheren Umgebung aus, z. B. das Trampolin in der Praxis.
Motorisch	Manuelle Geschicklichkeit scheint ausgebildet zu sein. Noch einmal die Qualität der Bewegungs-ausführung beobachten.	War ein eher träges Baby. Hat eine Seitenbevorzugung im Babyalter. Ist nicht gekrabbelt. Ist ungeschickt. Stolpert oft. Stützt sich nicht ab. Kann nicht ausdauernd aufrecht sitzen. Ist unsicher in der Bewegungsanpassung. Hat ein unsicheres Gleichgewicht. Haltungsschwäche beobachtbar	Der Kindergarten, der Garten der Familie sowie die Wünsche der Schwestern und des Vaters nach gemeinsamen sportlichen Aktivitäten bieten ihr Möglichkeiten der Erfahrung und Entwicklung.
Affektiv	Neugierig Motiviert, etwas zu lernen und zu verändern. Teilt Wünsche und Bedürfnisse mit. Geht Beziehungen ein.	Ängste bezüglich motorischer Angebote. Problembewusstsein führt zur Vermeidung.	Sie hat eine hohe Motivation, die Schule zu besuchen. Sie möchte Bewegungen lernen.
Kognitiv	Sprachliche Fertigkeiten werden als herausragend angegeben. Wissen bezüglich Natur und Technik. Hohe Aufmerksamkeit, hört aktiv zu. Interesse an Zahlen und Buchstaben.	Keine kognitiven Einschränkungen vorhanden. Problemlösungsverhalten bezüglich motorischer Schwierigkeiten ist reduziert. Altersentsprechende Selbsteinschätzung muss noch abgeklärt werden.	Entwicklungsmöglichkeiten in diesem Bereich v. a. auch durch die Großeltern vorhanden. Hohes Sprachverständnis.
Kontextfaktoren	Sicheres Eingebundensein in ein soziales Netz. Gute finanzielle und geografische Voraussetzungen sind vorhanden. Positive Einstellung der Eltern zur Ergotherapie.	Vater ist nur an Wochenenden zu Hause. Mutter muss Entscheidungen allein treffen und will Tochter nicht überfordern.	Großeltern übernehmen Aufgaben und entlasten dadurch schwelende Konflikte. Erzieherinnen haben Kontakt zu den Eltern, können fördernde Umwelt schaffen.

### b. Informationen über das Krankheitsbild

- Welche allgemeinen Informationen aus der Diagnose und dem Krankheitsbild sind für Ihre ergotherapeutische Vorgehensweise relevant?
- Wo können Sie diese Informationen finden? Tragen Sie die Informationen zusammen und geben Sie die Quellen korrekt an.

Die Diagnose „umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik“ führt zur Indikation der Ergotherapie. Zunächst geht hieraus hervor, dass Mia-Maries momentaner Entwicklungsverlauf von der Alterskurve der Normalentwicklung abweicht. Der Kinderarzt erkennt einen Rückstand in der Qualität grobmotorischer Fertigkeiten und in der Körperwahrnehmung. Aus familiärer Sicht werden Betätigungsprobleme in diesen Bereichen bestätigt.

In dem zuvor beschriebenen Fall werden biomechanische Funktionsstörungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes als weitere Diagnosen angegeben. Mia-Maries Mutter fasst dies unter der positiv behandelten, aber fortwährend zu kontrollierenden, Kopfgelenk-Induzierten-Symmetriestörung (KISS) zusammen. In dem vorgestellten Fall wird kein Zusammenhang zwischen der KISS-Problematik und der grobmotorischen Entwicklungsstörung dargelegt.

#### Definitionen

Das Kapitel V der ICD-10-GM Version 2008 umfasst Diagnosen der Psychischen- und Verhaltensstörungen. Entwicklungsstörungen werden in diesem Bereich aufgeführt. Laut der Klassifikation werden bei Entwicklungsstörungen folgende Gemeinsamkeiten beschrieben:

- „Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit;
- eine Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind;
- stetiger Verlauf ohne Remissionen und Rezidive. In den meisten Fällen sind unter anderem die Sprache, die visuellräumlichen Fertigkeiten und die Bewe-

gungskoordination betroffen.“ (ICD-10-GM Version 2008, [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)).

Entwicklungsstörungen der Motorik sind näher beschrieben unter **F. 82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen**:

„Hauptmerkmal ist eine schwerwiegende Entwicklungsbeeinträchtigung der motorischen Koordination, die nicht allein durch eine Intelligenzminderung oder eine spezifische angeborene oder erworbene neurologische Störung erklärbar ist. In den meisten Fällen zeigt eine sorgfältige klinische Untersuchung dennoch deutliche entwicklungsneurologische Unreifezeichen wie choreoforme Bewegungen freigehaltener Glieder oder Spiegelbewegungen und andere begleitende motorische Merkmale, ebenso wie Zeichen einer mangelhaften fein- oder grobmotorischen Koordination.“ ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de))

International gebräuchlicher ist der Begriff „Developmental Coordination Disorder (DCD)“, als Diagnosekriterien werden in der DSM-IV (Saß et al. 2003) genannt:

#### 315.40 DSM-IV: Störungen der Motorischen Fertigkeiten

Eine merkliche Störung in der Entwicklung der motorischen Koordination, die:

- erheblich den schulischen Erfolg und die Alltagsaktivitäten beeinträchtigt,
- nicht auf eine allgemeine Erkrankung zurückzuführen und
- unabhängig von den intellektuellen Fähigkeiten des Kindes ist.

Laut ICD-10 gibt es genetische, angeborene oder erworbene Ursachen für Entwicklungsstörungen. Oftmals bleiben sie ungeklärt. In der Phänomenologie zeigen alle Kinder mit Entwicklungsstörungen Auffälligkeiten, welche die Geschwindigkeit oder die Qualität der Entwicklung betreffen. „In den meisten Fällen zeigt eine sorgfältige klinische Untersuchung (...) deutliche entwicklungsneurologische Unreifezeichen wie choreoforme Bewegungen freigehaltener Glieder oder Spiegelbewegungen und andere begleitende motorische Merkmale, ebenso wie Zeichen einer mangelhaften fein- oder grobmotorischen Koordination.“

**Synonym benutzte Begriffe** sind: Entwicklungsbedingte Koordinationsstörung, Entwicklungsdyspra-

xie, Syndrom des ungeschickten Kindes. “ (ICD-10-GM Version 2008)

## Symptome

In den Leitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie beziehen sich die aufgeführten Symptome auf die Entwicklungsstörung der Grob- und Feinmotorik. Als Leitsymptome werden angegeben: „verzögerte motorische Entwicklung (vor allem verspätetete Aufrichtung und freies Laufen), unflüssiger Bewegungsablauf, ungeschicktes Gangbild, häufiges Hinfallen, Schwierigkeiten beim Treppensteigen, Roller- und Fahrradfahren, ungeschickte Feinmotorik beim Malen, Basteln, Schuhbänderbinden“ (AWMF-Leitlinie: Motorische Koordinationsstörungen: Umschriebene Motorische Entwicklungsstörung, Kurzfassung 2002). Es wird darauf hingewiesen, dass Auffälligkeiten in der Feinmotorik Auswirkungen auf die Entwicklung des Schreibenlernens haben.

Die Symptomatik wird von medizinischer Seite oftmals mittels neurologischer Untersuchungen zur motorischen Koordination, teilweise bildgebender Verfahren und Tests zur Körperkoordination, visuellen Wahrnehmung, Einschätzung der Intelligenz abgeklärt. Dies geschieht zunehmend in sozialpädiatrischen Zentren, neuropädiatrischen Einrichtungen, die ein Netzwerk und die Zusammenarbeit von medizinischen und therapeutischen Berufsgruppen zur Diagnostik und Behandlung bieten.

Neben der deutlichen Symptomatik im Bereich der Aktivitäten beobachten Ergotherapeuten bei Kindern mit Entwicklungsstörungen in der Grob- und Feinmotorik Symptome auch auf der Körperfunktionsebene. Diese können erfasst werden in der Körperwahrnehmung, den Basissinnen (nach Ayres), der Haltung, der Bewegung, der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Mundmotorik, der visuellen Wahrnehmung, der Visuomotorik, der räumlich-zeitlichen Orientierung, der auditiven Wahrnehmung, dem Sprachverständnis, der expressiven Sprache, der Praxie und serialen Leistungen, der Kognition und Aufmerksamkeit sowie im psychosozialen Bereich. Die benannten Symptome sollen für die durchzuführende Intervention im Zusammenhang mit dem benannten Alltagsproblem stehen.

## Prognose

Blickt man in die Zukunft dieser Kinder, ist prognostisch zu sagen, „mit dem Älterwerden der Kinder vermindern sich die Störungen zunehmend, wenn auch geringere Defizite oft im Erwachsenenalter zurückbleiben“ (ICD-10-GM Version 2008). Der Entwicklungsverlauf kann positiv gestärkt werden. Von Loh (2003, S.26) weist darauf hin, dass man Entwicklungsstörungen „durch Förderung und Therapie wesentlich bessern“ kann. Zusätzlich hat die Wechselwirkung des Kindes mit seiner Umwelt, den individuellen Möglichkeiten der jeweiligen Familie, ihrer Einstellung zum Kind, einen wesentlichen Einfluss auf den positiven Entwicklungsprozess der Situation. Dies macht die Notwendigkeit der Elternberatung und -anleitung sowie die Zusammenarbeit mit dem Kindergarten deutlich und unerlässlich. In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin wird das Kleinkind- und Vorschulalter als günstigster Zeitpunkt für eine effektive ergotherapeutische Behandlung benannt.

Untersuchungen von Segal und Kollegen (2002, zitiert in Polatajko & Mandich 2008, S.10) bestätigen, dass sich eine effektive Behandlung von Koordinationsstörungen nachhaltig positiv auf die sozialen und schulischen Erfahrungen des Kindes und auf das familiäre Zusammenleben auswirken. Dadurch, dass altersentsprechende und bedeutungsvolle Aktivitäten von den Kindern nach der Behandlung ausgeführt werden konnten, „erreichten die Kinder wesentliche Sekundäreffekte wie größere soziale Anerkennung und weniger soziale Isolation“ (Polatajko & Mandich 2008).

## Mögliche Bezugsrahmen für das therapeutische Vorgehen

Die ergotherapeutische Vorgehensweise bei Entwicklungsstörungen orientiert sich am Auftrag, an den Befundergebnissen, an der Erfahrung der Therapeutin und den jeweiligen Möglichkeiten in der Einrichtung.

Zu Beginn der Behandlungsplanung wählt die Ergotherapeutin einen oder mehrere kompatible Bezugsrahmen aus. Hierzu stehen ihr im Falle der oben angegebenen Diagnose der neurophysiologische, der kognitiv-verhaltensorientierte und der biomechanische Bezugsrahmen zur Auswahl. Therapieansätze oder -kon-

## 4 Lösungen zur Problemanalyse

zepte gehören in der Regel zu einem bestimmten Bezugsrahmen.

### *Neurophysiologischer Bezugsrahmen*

Entscheidet sich die behandelnde Ergotherapeutin für den neurophysiologischen Bezugsrahmen, der auf Kenntnissen der Entwicklungsphysiologie beruht und die Entwicklung und das Wiedererlernen motorischer Steuerung unterstützt, kann sie im Fall von Mia-Marie z.B. den Ansatz der Sensorischen Integrationstherapie, das Bobath-Konzept (Ritter & Welling 2008, Viebrock & Forst 2008) oder das Pörnbacher-Konzepts (Priebe & Malies 2007) nutzen. In der Literatur zur Sensorischen Integrationstherapie (Bundy et al. 2007, Schaeffgen 2007) werden Gründe für einen ungünstigen Entwicklungsverlauf darin gesehen, dass eine gestörte Verarbeitung von Wahrnehmungsinformationen zu fehlangepasstem Betätigungsverhalten führt. Das Konzept der **Sensorischen Integrationstherapie** bietet hierzu eine Vielzahl von Assessments, die Körperfunktionen messen. Die Behandlung erfolgt in einem spielerischen Kontext, der sich an den Bedürfnissen des jeweiligen Kindes orientiert. Für Mia-Maries Behandlung spricht dieser Ansatz, da die Ärztin bereits in der Leitsymptomatik die Körperwahrnehmung als eingeschränkt beschreibt. Ebenfalls ergeben die vorhandenen Informationen einen Hinweis auf eine Schwierigkeit in der Verarbeitung vestibulärer und propriozeptiver Reizinformationen, die zu den Einschränkungen in der grob-motorischen Koordination führen können.

Die Kenntnisse aus dem **Bobath-Konzept** unterstützen den Aufbau physiologischer Bewegungsmuster, die Mia-Marie für die Ausführung ihrer Betätigungen benötigt. Das **Pörnbacher-Konzept** wirkt durch aktivierende Lagerungen im Liegen und im Sitzen leichten Asymmetrien entgegen und unterstützt eine Regulation der statodynamischen Prozesse. Bezogen auf die behandelte KISS-Problematik könnte dieser Ansatz ergänzend bei Mia-Marie eingesetzt werden.

### *Kognitiv-verhaltensorientierte Bezugsrahmen*

Der kognitiv-verhaltensorientierte Bezugsrahmen befasst sich mit der fehlerhaften Interpretation und Verarbeitung von Informationen aus der Umwelt. Dadurch kommt es zu ungünstigem Problemlösungsverhalten bei motorischer Betätigungsausführung, sozialer Interaktion, emotionaler Steuerung und kognitiver Strategie.

Die Autoren Polatajko und Mandich entwickelten zur Behandlung entwicklungsbezogener Koordinationsstörungen den CO-OP-Ansatz (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance Approach, Polatajko & Mandich 2008). Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen den während einer Betätigung stattfindenden Denkprozessen und der Betätigungsausführung von Kindern. Sie stellte fest, dass Kinder mit Koordinationsstörungen weder durch Nachahmung noch durch Versuch und Irrtum Bewegungen lernen. Die Kinder erkennen nicht, worauf es bei einer Aufgabe ankommt, was schiefgegangen ist, und wiederholen deshalb ihre Fehler immer wieder. Sie wenden ineffektive Strategien an und kommen deshalb nicht zum Erfolg. Generalisierung und Transfer auf andere Betätigungen bleiben ebenfalls erfolglos. Meist vermeiden Kinder ab dem Schulalter bereits neue Fertigkeiten, da sie um ihre Probleme wissen. Im Rahmen der Behandlung wird das Kind mittels Fragen und Handlungsstrategien so begleitet, dass es selbst erkennt, welche Strategien ihm helfen, die gewünschte Fertigkeit zu erlernen. Es erarbeitet und erlebt, wie es die gewünschte Aktivität ausführen kann. Der Ansatz bezieht Grundlagen aus den Lerntheorien, dem motorischen Lernen und der kognitiven Verhaltenstheorie mit ein. Es werden z.B. Verstärker eingesetzt, um Verhalten aufzubauen, zu formen und zu verketteten. Feedback und Übungsaufbau werden an den Stadien des motorischen Lernens ausgerichtet.

Aufgrund Mia-Maries ausgeprägter sprachlicher Fertigkeiten, ihrer Motivation und ihrer Neugierde sowie der deutlichen Zielvorgabe kann dieser Ansatz bei ihr eingesetzt werden. Hier ist zu beachten, dass Mia-Marie aufgrund ihres jungen Alters vermutlich ein hohes Maß an Unterstützung zur Reflexion ihrer ausgeführten Betätigungen benötigt. Im CO-OP ist beschrieben, wie der Ansatz für jüngere Kinder adaptiert werden kann: Die Adaptionen bestehen aus einem abwechslungsreicheren Vorgehen im Rahmen der Sitzungen. Zur Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit und Konzentration benötigen die Kinder verkürzte Behandlungszeiten. Zur Speicherung und Generalisierung der Abläufe sind mehr Wiederholungen notwendig. Eltern spielen eine bedeutende Rolle bei Generalisierung und Transfer der Fertigkeiten in den Alltag. Das CO-OP ist für den beschriebenen Fall geeignet. Es sind ausreichend Ressourcen in der Familie vorhanden, die eingesetzt werden können, um Mia-Marie zu unterstützen

(Mutter, Großeltern, Schwestern können involviert werden, es gibt genügend räumliche und materielle Möglichkeiten für grobmotorische Aktivitäten).

#### Biomechanischer Bezugsrahmen

Mithilfe des biomechanischen Bezugsrahmens können die Anforderungen aus der Umwelt entsprechend der funktionellen, körperlichen Bedürfnisse von Mia-Marie gestaltet werden. Ansätze des Bezugsrahmens stellen die Erarbeitung funktioneller Bewegungen und ihrer Kompensation mithilfe adaptierter Aktivitäten oder Geräte in den Vordergrund. Dies kann vor dem Hintergrund des behandelten KISS-Syndroms und der bestehenden Haltungsschwäche, die einen Einfluss auf die motorische Ausdauer, Kraft und grobmotorische Koordination hat, in Erwägung gezogen werden. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass der neurophysiologische und der biomechanische Bezugsrahmen inkompatibel sind (Hagedorn 2000, S.72).

#### Literatur über das Krankheitsbild

##### Medizinische Lehrbücher

- Flehmig I. Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. 4. unveränderte Auflage. Stuttgart: Thieme; 1990
- von Loh S. Entwicklungsstörungen bei Kindern. Stuttgart: Kohlhammer; 2003
- Saß H et al. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevison – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe; 2003

##### Bücher zum KISS-Syndrom:

- Biedermann H. KISS-Kinder. 2. unveränderte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2001
- Sacher R. Handbuch KISS KIDDs. Dortmund: verlag modernes lernen; 2004
- Casper B. Kopfgelenkinduzierte Symmetriestörung (KISS). In: Becker H, Steding-Albrecht U. Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie. Stuttgart: Thieme; 2006

##### Bücher zur Ergotherapie

- Augustin A. Ergotherapie bei Kindern mit Entwicklungsstörungen. In: Becker H, Steding-Albrecht U. Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie. Stuttgart: Thieme; 2006

- Becker H. Kinder mit Wahrnehmungsstörungen. Ein Ratgeber für Eltern, Pädagogen und Therapeuten. Idstein: Schulz-Kirchner; 2005
- Bundy AC, Lane SJ, Murray EA. Sensorische Integrations-therapie. 3. Auflage. Heidelberg: Springer; 2007
- Hagedorn R. Ergotherapie – Theorien und Modelle. Stuttgart: Thieme; 2000
- Polatajko HJ, Mandich A. Enabling Occupation in Children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach. Ottawa: CAOT; 2004
- Polatajko HJ, Mandich A. Ergotherapie bei Kindern mit Koordinationsstörungen – der CO-OP-Ansatz. Stuttgart: Thieme; 2008
- Priebe C, Malies F. Das Pörnbacher-Konzept in Ergotherapie in der Pädiatrie. Karlsbad: DVE-Broschüre; 2007
- Ritter G, Welling A. Die 10 Prinzipien des Bobath-Konzepts in der Kindertherapie. Stuttgart: Thieme; 2008
- Viebrock H, Forst B. Bobath. Stuttgart: Thieme; 2008

##### Internetseiten

- <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>; Einsichtnahme am 03.02.2008
- <http://leitlinien.net>; Einsichtnahme am 03.02.2008

## c. Aufträge und Wünsche an die Ergotherapeutin

- Fassen Sie zusammen, welche Aufträge von den beteiligten Personen formuliert werden. Bedenken Sie dabei: Kinderärztin, Vater, Mutter, Kind, Geschwister, Großeltern, Kindergarten.

Mit jedem Befund- und Behandlungsfall erhält die Ergotherapeutin von verschiedenen Bezugspersonen Aufträge und Wünsche. Diese werden zum Teil direkt formuliert, aber auch verdeckt übermittelt. Die Ergotherapeutin soll sich diese vergegenwärtigen, um die Komplexität eines Falls zu erfassen. In dem beschriebenen Fall sind es die Kinderärztin, Vater und Mutter, Geschwister, Großeltern und Kindergarten, die Anliegen an die Therapeutin haben könnten. Dem Text lassen sich die folgenden Aufträge entnehmen.

**Kinderärztin:** Sie möchte, dass Mia-Marie ihre Körperwahrnehmungsverarbeitung verbessert und eine altersentsprechende grobmotorische Entwicklung erreicht. Sie hat deshalb eine ergotherapeutische Heilmittelverordnung ausgestellt, mit dem Schwerpunkt der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung. Die Therapie soll 1-mal wöchentlich erfolgen und muss innerhalb von 14 Tagen begonnen werden. Der Ergotherapeutin wird aufgetragen, die Eltern anzuleiten, um Therapieinhalte in den Alltag zu übertragen. Die Ergotherapeutin muss konkrete, alltagsbezogene Nahziele formulieren. Den Behandlungsverlauf muss sie für den Kostenträger dokumentieren und in Form eines Berichts der Kinderärztin darlegen.

**Vater und Mutter:** Beide Eltern nehmen großen Anteil an der Entwicklung ihres Kindes. Sie benennen 5 Aktivitäten, die ihrer Tochter schwerfallen und von denen sie sich wünschen, dass sie diese im Rahmen der Ergotherapie erlernt. Geklärt werden muss, wie im Rahmen der Elternberatung und -anleitung die Aufgaben verteilt werden können, um Mia-Marie alltagsnah zu unterstützen.

**Kind:** Mia-Marie möchte gern Fahrrad fahren und sich selbstständig anschaukeln können.

**Geschwister:** Es wird kein Auftrag benannt. Aufgrund der Erzählungen besteht die Möglichkeit abzuklären, ob sich die Schwestern wünschen, gemeinsame Familienausflüge mit dem Fahrrad oder in das Schwimmbad unternehmen zu können.

**Großeltern:** Hierzu gibt es keine Angaben. Dennoch ist davon auszugehen, dass sie Wünsche an die Ergotherapeutin haben, da sie die Mutter im Alltag und der Kindererziehung unterstützen. Diese müssen noch erfragt werden.

**Kindergarten:** Ein Auftrag wird nicht benannt. Aus dem Fallbeispiel ist zu entnehmen, dass den Erzieherinnen Mia-Maries Ungeschicklichkeit aufgefallen ist. Dadurch besteht eine hohe Unfallgefahr. Eventuell besteht der Wunsch, dass Mia-Marie mit den anderen Kindern zusammen draußen spielt und sie sich mehr in das Gruppengeschehen integriert. In den meisten Situationen ist Mia-Marie vermutlich ein unauffälliges Kind, da sie

gern malt, puzzelt, an Gesellschafts- und Rollenspielen teilnimmt. Bezüglich einer Auftragsabklärung und Zusammenarbeit mit dem Kindergarten muss noch ein Kontakt mit der Einrichtung hergestellt werden.

### d. Fehlende Informationen

- Würden Sie eher ein Top-down- oder Bottom-up-Vorgehen wählen? Geben Sie eine Begründung für Ihre Entscheidung!

Der ergotherapeutische Grundgedanke beinhaltet das Ziel, den zu behandelnden Menschen so zu unterstützen und zu begleiten, dass er in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit für sich bedeutungsvolle Betätigungen entsprechend seiner individuellen Möglichkeiten und seiner persönlichen Umwelt durchführen kann. Durch die gestärkte Handlungsfähigkeit im Alltag sollen gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität ermöglicht werden (DVE 2007).

Das Ergebnis einer zielgerichteten Therapie wird auf Partizipationsebene gemessen. Somit wird jede Behandlung eines Klienten einzigartig. Das Erleben von erfüllter Partizipation ist bestimmt durch die individuellen Möglichkeiten, bedeutungsvolle Betätigungen ausführen oder an ihnen teilhaben zu können. Um dies zu erreichen, findet zu Beginn jeder zielgerichteten Behandlung eine genaue Befunderhebung statt. Derzeit haben im Rahmen des Befund- und Behandlungsprozesses 2 Herangehensweisen ihre Gültigkeit und werden in der ergotherapeutischen Befunderhebung angewandt. Hierbei handelt es sich um die **funktionsorientierte und die betätigungsorientierte Herangehensweise**. Diese werden wie folgt in der Literatur zusammengefasst (Tab. 4.6).

Wird funktionsorientiert vorgegangen, so wählt die Ergotherapeutin den Bottom-up-Ansatz, nutzt sie die betätigungsorientierte Herangehensweise, so geht sie nach dem Top-down-Ansatz vor. Mit beiden Ansätzen kann das Ziel der Ergotherapie erreicht werden. „Dies ist gewährleistet, wenn wir unser Wissen um medizinische Zusammenhänge und unser Wissen um Betätigung verknüpfen und im Gleichgewicht halten“ (Weinstock-Zlotnik & Hinojosa 2004, zitiert in und nach Heller 2006). Die Vorgehensweise entscheidet darüber, welche weiteren Informationen man noch erheben

Tab. 4.6 Funktionsorientierte, betätigungsorientierte Herangehensweise

Vorgehensweise Überweisung	Funktionsorientiert Kind und Eltern kennenlernen	Betätigungsorientiert Kind und Eltern kennenlernen
Befunderhebung	Ergotherapeuten untersuchen Körperfunktionen und kognitive Funktionen. Zum Teil werden auch Aktivitäten und Partizipation erfasst. Kontextfaktoren werden meist nicht systematisch erfasst.	Klient formuliert Partizipationsprobleme und Probleme bei der Ausführung von Betätigungen. Therapeutin und Klient klären die möglichen Ursachen für die Probleme gemeinsam (z. B. Körperfunktionen, Kontextfaktoren, Rollenerwartungen, ...)
Zielformulierung	Ergotherapeuten formulieren meist die Behandlungsziele auf Funktionsebene, basierend auf Fachwissen und Erfahrung. Bsp.: Verbesserung der Handfunktion, Verbesserung der Tonusregulation, Verbesserung der Körperwahrnehmung	Therapeutin und Klient formulieren gemeinsam für den Klienten alltagsrelevante Betätigungsziele für einen bestimmten Zeitraum. Bsp.: Kind kann auf Klettergerüst hoch- und herunterklettern.

(aus Heller B. Ergotherapeutischer Behandlungsprozess. In: Becker H, Steding-Albrecht U. Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie. Stuttgart: Thieme; 2006, S.92)

Tab. 4.7 Möglichkeiten und Grenzen

	Bottom-up-Vorgehen	Top-down-Vorgehen
<b>Möglichkeiten</b>	Einfache Anwendung mit allen Klienten (auch wenn sie keine Betätigungswünsche formulieren können, oder nicht befragt werden können) Kompatibel mit dem biomedizinischen Modell Geeignet für Akutbehandlung und Settings, in denen die Diagnostik im Vordergrund steht Oft vorgegeben bei wissenschaftlicher Befunderhebung, gut geeignet für klinischen Gebrauch	Im Einklang mit den Wurzeln der Ergotherapie Erfasst Informationen über den ergotherapeutischen Kernbereich „Betätigung“ Holistischer Ansatz Identifiziert Klienten mit Betätigungsdysfunktionen, weniger Klienten mit medizinischen Bedürfnissen oder Beeinträchtigungen Erzeugt theoretische Autonomie für den Beruf
<b>Grenzen</b>	Nutzung von Theorien und Befundungsinstrumenten aus anderen Disziplinen (z. B. Medizin und Sozialwissenschaft) Keine Unabhängigkeit von Theorien anderer Fachbereiche	Schwierigkeiten, bestimmte Befunderhebungsinstrumente oder Behandlungsansätze in diesen Ansatz zu implementieren Einige Modelle werden noch erforscht und sind noch nicht für die praktische Anwendung ausgereift.

(aus Heller B. Ergotherapeutischer Behandlungsprozess. In: Becker H, Steding-Albrecht U. Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie. Stuttgart: Thieme; 2006, S.93)

## 4 Lösungen zur Problemanalyse

muss. Sie können deshalb Ihre Lösungen jeweils entweder mit dem Abschnitt „Top-down-Vorgehen“ oder „Bottom-up-Vorgehen“ vergleichen, abhängig davon wie Sie sich entschieden haben. Lesen Sie auch jeweils die Argumente und Möglichkeiten der alternativen Vorgehensweise und vergleichen Sie sie mit Ihren Argumenten.

In der Tabelle (Tab.4.7) werden die Möglichkeiten und Grenzen beider Ansätze gegenübergestellt.

Die Entscheidung für den einen oder anderen Ansatz wird von der ausgehenden Problematik, den therapiebegleitenden Rahmenbedingungen wie Zeit, Zielen, Setting, Klinischen-Reasoning-Fertigkeiten etc. beeinflusst. Aufgrund der starken Professionalisierung, des erweiterten Wissens über ergotherapeutische Modelle, der Forderung nach nachweisbaren Behandlungsergebnissen und der Orientierung an internationalen Niveaus rückt die klientenzentrierte und betätigungsorientierte Vorgehensweise immer mehr in den Vordergrund der praktisch tätigen Ergotherapeuten.

Bezogen auf Mia-Maries Situation lassen sich Argumente für beide Wege finden. Im Folgenden werden die jeweiligen Vorgehensweisen, mögliche Argumente dafür und mögliche Maßnahmen zur Durchführung dargestellt.

### Top-down-Vorgehen

Bei einem Top-down-Vorgehen werden die zugrunde liegenden Körperfunktionen, Kontextfaktoren, Rollenerwartungen bezüglich der von dem Klienten benannten Partizipations- und Betätigungsprobleme erfasst. Hierbei konzentriert sich die Analyse nur auf die gewünschte Aktivität, die zuvor genau erfasst wurde.

Mögliche **Argumente** für das Top-down-Vorgehen:

- Das Hauptziel der Behandlung ist das Erreichen altersentsprechender Betätigungen, um eine effektive Partizipation in der Familie bei Aktivitäten mit der Peergroup zu erreichen.
- Mia-Marie kann von sich aus Ziele benennen, die sie für eine Partizipation z.B. einen gemeinsamen Fahrradausflug mit der Familie benötigt. Die Körperfunktionen sind dafür Voraussetzungen, aber nicht das eigentliche Ziel.
- Mia-Marie scheint in anderen Bereichen wenige bzw. gar keine Auffälligkeiten zu haben, die sie in ihren schulischen Fertigkeiten einschränken werden.

Wenn man sich auf die gewünschten Aktivitäten konzentriert, können schneller Erfolge sichtbar werden.

- Die Ärztin und die Eltern wollen eine klare Unterstützung für den Transfer in den Alltag. Hierfür ist es hilfreich, die gewünschten Aktivitäten in den Vordergrund zu stellen, um alltagsnah beraten zu können.
- Aufgrund des bestehenden Problembewusstseins wird Mia-Marie auch in der Ergotherapie ungern mit Testsituationen konfrontiert werden. Sie wird leichter zu motivieren sein, wenn sie eine Aktivität ausführen kann, die für sie von Bedeutung ist.
- Aufgrund des direkten Arbeitens im Bereich der gewünschten Aktivitäten erwirbt Mia-Marie Fertigkeiten, die sie im Alltag bei anderen, ähnlichen Aktivitäten ausprobieren kann.

### Mögliches Vorgehen

- Nennen Sie in tabellarischer Form Assessments, Tests, Tätigkeitsanalysen, Befragungen zur Befundaufnahme und Umfeldanalyse etc., die Sie verwenden können, um fehlende Informationen zu gewinnen (Tab.4.8).

### Bottom-up-Vorgehen

Wird die Bottom-up-Vorgehensweise angewandt, so untersucht man hauptsächlich die Körperfunktionen und versucht diese zu verbessern. Man geht davon aus, dass der Klient dadurch seine Fertigkeiten im Alltag erweitert. Selten stehen bedeutungsvolle Betätigungen im Zentrum der Befunderhebung. Die Erfassung der Aktivitäten und Partizipation geschieht eher unsystematisch und ist nicht immer kontextbezogen.

Mögliche **Argumente** für das Bottom-up-Vorgehen:

- Mit der medizinischen Leitsymptomatik und der vorgegebenen sensomotorisch-perzeptiven Behandlungsmaßnahme besteht bereits auf der medizinischen Seite ein Verdacht der gestörten Körperwahrnehmungsverarbeitung. Dieser Verdacht kann anhand anamnestischer Informationen in den Bereichen der vestibulären und propriozeptiven Wahrnehmung untermauert werden. Daher sollte der Verdacht weiter untersucht werden.
- Mit dem Ansatz der sensorischen Integrationstherapie können Mia-Maries Ängste vor Bewegung erklärt und den Eltern verständlich gemacht werden. Somit könnte eine Entlastung der angespannten Situation