

Ergotherapie



Götze  
Zenz · Michal



**Neuro-  
psychologisches  
Befundsystem  
für die Ergotherapie**

2. Auflage

 Springer



### **Renate Götze**

- Seit 1988 als Ergotherapeutin tätig mit Berufserfahrung in der Suchthilfe, der neurologischen und der geriatrischen Rehabilitation
- Seit 1992 arbeitet sie in der Abteilung für Neuropsychologie im Klinikum München GmbH Krankenhaus München Bogenhausen
- Über den Zeitraum von 3 Jahren war sie zusätzlich in der Entwicklungsgruppe für klinische Neuropsychologie (EKN) tätig und führte in dem Rahmen eine Therapiestudie zur Alltagsorientierten Therapie (AOT) durch
- Seit 1994 diverse Publikationen und Referententätigkeit über verschiedene Themen aus den Bereichen Neurologie und Neuropsychologie



### **Kathrin Zenz**

- Von 2001 bis 2003 arbeitete sie als Ergotherapeutin in der Geriatrischen Abteilung des Krankenhauses München Neuperlach
- Seit 2004 ist sie in der Neuropsychologischen Abteilung des Klinikum München GmbH Krankenhaus München Bogenhausen beschäftigt



### **Caroline Michal**

- Von 1989 – 1992 war sie als Ergotherapeutin im Universitätsklinikum Großhadern, Neurologie tätig
- Von 1992 – 1997 war sie als Leitende Ergotherapeutin am städtischen Krankenhaus München Neuperlach, Neurologie, Hand- und Unfallchirurgie beschäftigt
- Von 1995 – 2003 war sie Herausgeberin der »Zeitschrift für Handtherapie«, Verbandsorgan der »Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie«
- Seit 1998 Selbständige Ergotherapeutin

Renate Götze

Kathrin Zenz

Caroline Michal

**Neuropsychologisches Befundsystem für die Ergotherapie**

Renate Götze  
Kathrin Zenz  
Caroline Michal

# Neuropsychologisches Befundsystem für die Ergotherapie

2. Auflage, vollständig überarbeitet von R. Götze und K. Zenz  
Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Dipl. Psych. G. Kerkhoff  
Mit 6 Abbildungen und 32 Arbeitsblättern

## **Autorinnen der 2. Auflage**

**Renate Götze**

Reitmorstraße 53  
80538 München

**Kathrin Zenz**

Grütznerstraße 5  
81667 München

## **Autorin der 1. Auflage**

**Caroline Michal**

Kalkbrennerweg 5  
86946 Mundraching

ISBN-10 3-540-25621-0 Springer Medizin Verlag Heidelberg

ISBN-13 978-3-540-25621-0 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Springer Medizin Verlag.**

**Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media**

[springer.de](http://springer.de)

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 1996, 2005

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Marga Botsch, Heidelberg

Projektmanagement: Claudia Bauer, Heidelberg

Design: deblik, Berlin

Titelbild: deblik, Berlin

SPIN 11311607

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

Druck: Strauss, Mörlenbach

# Geleitwort

---

Neuropsychologische Störungen sind eine häufige Folgeerscheinung erworbener Hirnschädigungen und behindern maßgeblich die Rückkehr des Patienten in sein »früheres« Leben vor der Hirnschädigung. Wenngleich die Bedeutung dieser Störungen für die Rehabilitation in den letzten 20 Jahren zunehmend erkannt worden ist, gibt es einen erheblichen Nachholbedarf in der Entwicklung und Evaluation von Diagnostik- und Behandlungsverfahren, die eine individuelle und gleichermaßen standardisierte Erfassung der jeweiligen *Alltagsprobleme* des Patienten ermöglicht. So ist die Erfassung neuropsychologischer Störungen auf der Funktionsebene vergleichsweise weit fortgeschritten, während die Einschätzung von Aktivitäten und Partizipation des Patienten im Alltag, wie sie von der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation gefordert wird, deutlich weniger weit gediehen ist.

Es ist daher ein großes Verdienst der Autorinnen des vorliegenden »Neuropsychologischen Befundsystems für die Ergotherapie«, dass sie systematisch für alle wichtigen Bereiche neuropsychologischer Störungen ein Screening anhand von beobachtbaren Alltagsproblemen erarbeitet haben. Dank ihrer umfangreichen klinischen Erfahrungen ist es den Autorinnen gelungen, ein Befundsystem zu entwickeln, das nicht nur für die orientierende ergotherapeutische Befunderhebung geeignet ist, sondern auch wichtige Hilfestellungen im gemeinsamen Entwickeln von Therapiezielen, in der Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und -einsicht, sowie in der Identifikation von Restdefiziten gibt. Ich bin sicher, dass dieses Arbeitsbuch rasch weite Verbreitung erfahren und dazu beitragen wird, den »Alltag« des Patienten zunehmend mehr in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen, ohne dabei die wissenschaftliche Herangehensweise der klassischen Neuropsychologie zu vernachlässigen. Dies wird die Wirksamkeit und Qualität der neuropsychologischen Rehabilitation weiter verbessern und zu einer möglichst effizienten Nutzung der zunehmend knapper werdenden Ressourcen in diesem Bereich beitragen. Es versteht sich von selbst, dass das vorliegende Befundsystem keineswegs die neuropsychologische Diagnostik anderer Berufsgruppen in der Rehabilitation ersetzt, sondern vielmehr diese ergänzt und somit zu einem möglichst facettenreichen Profil des Patienten beiträgt.

In diesem Sinne ist den Autorinnen für ihre umfangreiche, kompetente Arbeit zu danken und dem vorliegenden Werk eine möglichst weite Verbreitung zu wünschen!

München und Eichstätt, Frühjahr 2005

Prof. Dr. Dipl. Psych. Georg Kerkhoff  
Klinischer Neuropsychologe GNP; Psychologischer Psychotherapeut  
EKN Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie, Abt. für Neuropsychologie, Städt. Klinikum München GmbH; Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Biologische Psychologie und Neuropsychologie

# Danksagung

---

Im Frühjahr 2004 entschieden wir uns, die Aufgabe das Befundbuch zu überarbeiten, zu übernehmen. Uns war bewusst, dass es eine spannende Arbeit werden würde, bei der zu dem Zeitpunkt nicht klar war, wohin sich das Buch wohl in Laufe der Zeit entwickeln würde. Unser erster Schritt war Kolleginnen in verschiedenen Einrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz anzuschreiben. Wir wollten wissen, wie derzeit in den verschiedenen Einrichtungen neuropsychologische Störungen erfasst werden und welche Wünsche an die Überarbeitung des Manuals vorhanden sind. Für die Rückmeldungen bedanken wir uns sehr herzlich. Aus dieser ersten Frageaktion und den Rückmeldungen zu den ersten Kapitelversionen zeigte sich, dass vor allem zu den kognitiven Kapiteln sehr kontroverse Meinungen bestanden. Im Rahmen einer Telefonkonferenz diskutierten wir die aktuelle Stellung der Ergotherapie im Bereich der Kognition und in dem Zusammenhang auch den Stellenwert ergotherapeutischer Modelle für die derzeitige praktische Arbeit der deutschsprachigen Ergotherapeutinnen. Für ihre Bereitschaft sich im Vorfeld einige unserer Kapitel anzuschauen und die genannten Fragen so konstruktiv mit uns zu diskutieren danken wir Sonja Hagmann aus Wien, Carola Habermann aus Bergisch Gladbach und Friederike Kolster aus Berlin. Für die einzelnen Kapitel fanden sich viele liebe aktuelle und ehemalige Kollegen und Kolleginnen aus dem Krankenhaus München Bogenhausen und aus dem Fachkreis Neurologie des DVE bereit, mit ihrem Fachwissen wertvolle Anregungen und Verbesserungen einzubringen. Von ihrem selbstverständlichen Engagement uns zu unterstützen, haben wir in allen Kapiteln profitiert. An dieser Stelle sei jedem Einzelnen, jeder Einzelnen noch Mals versichert: Wir fanden das nicht so selbstverständlich wie ihr und haben uns sehr darüber gefreut!

Nicht zuletzt möchten wir uns bei unseren Partnern und Freunden bedanken, die während der Arbeit an dem Buch auf so manche gemeinsame Zeit mit uns verzichtet haben und uns mit viel Verständnis begleiteten.

München im Frühjahr 2005  
Renate Götze und Kathrin Zenz

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Über das Buch</b> .....	<b>1</b>	5.1.6	Olfaktorischer Neglect.....	33
1.1	Erläuterung zum Aufbau des Buches.....	2	5.1.7	Restphänomen Neglect.....	33
<b>2</b>	<b>Wichtige Aspekte zur Befundaufnahme und Therapie bei Patienten mit neuropsychologischen Defiziten</b> .....	<b>5</b>	5.2	Extinktionsphänomene.....	33
2.1	Befundaufnahme.....	6		Arbeitsblatt 5.1 Protokollblatt für den Tischtest ..	34
2.1.1	Handlungsanalyse.....	6		Arbeitsblatt 5.2 Linie halbieren.....	35
2.1.2	Abgrenzung verschiedener neuropsychologischer Störungen voneinander.....	7		Arbeitsblatt 5.3 Durchstreichtest geordnet.....	37
2.2	Performance.....	7		Arbeitsblatt 5.4 Durchstreichtest ungeordnet....	39
2.3	Reststörungen und Einschätzung von Schweregraden einzelner Störungsbilder.....	9		Zusammenfassung: 5. Ergebnisse im Bereich Neglect/ Extinktion.....	41
2.4	Awareness.....	9	<b>6</b>	<b>Räumliche Leistungen</b> .....	<b>43</b>
2.5	Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung/Coping.....	11	6.1	Räumlich-perzeptive Leistungen.....	44
2.6	Zielsetzung.....	11	6.2	Räumlich-konstruktive Leistungen.....	45
2.7	Therapie.....	12	6.3	Räumlich-kognitive Leistungen.....	46
	Arbeitsblatt 2.1 Dokumentation der Performance.....	13		Arbeitsblatt 6.1 Linienlängen 1.....	47
	Arbeitsblatt 2.2 Beurteilung der Performance....	14		Arbeitsblatt 6.2 Linienlängen 2.....	49
	Anhang zu Arbeitsblatt 2.2 Beurteilung der Performance.....	15		Arbeitsblatt 6.3 Linienlängen 3.....	51
	Arbeitsblatt 2.3 Einschätzung zur Awareness.....	17		Arbeitsblatt 6.4 Linienorientierung 1.....	53
<b>3</b>	<b>Händigkeit</b> .....	<b>19</b>		Arbeitsblatt 6.5 Linienorientierung 2.....	55
	Arbeitsblatt 3.1 Händigkeit.....	21		Arbeitsblatt 6.6 Linienorientierung 3.....	57
<b>4</b>	<b>Sensorik</b> .....	<b>23</b>		Arbeitsblatt 6.7 Positionen schätzen.....	59
4.1	Sehen.....	24		Arbeitsblatt 6.8 Brief kuvertieren.....	61
4.2	Hören.....	26		Arbeitsblatt 6.9 Würfel kopieren.....	63
4.3	Sensibilität.....	27		Arbeitsblatt 6.10 Figuren nachbauen.....	65
4.4	Riechen und Schmecken.....	27		Arbeitsblatt 6.11 Spiegelungsaufgabe.....	67
	Zusammenfassung: 4. Ergebnisse im Bereich Sensorik.....	28		Zusammenfassung: 6. Ergebnisse im Bereich Räumliche Leistungen.....	69
<b>5</b>	<b>Neglect und Extinktionsphänomen</b> .....	<b>29</b>	<b>7</b>	<b>Aufmerksamkeit</b> .....	<b>71</b>
5.1	Neglectmodalitäten.....	30		Arbeitsblatt 7.1 Analyse einer relevanten Alltagshandlung.....	73
5.1.1	Visueller Neglect.....	30		Zusammenfassung: 7. Ergebnisse im Bereich Aufmerksamkeit.....	74
5.1.2	Somatosensibler Neglect.....	31	<b>8</b>	<b>Gedächtnis</b> .....	<b>75</b>
5.1.3	Motorischer Neglect.....	32	8.1	Zeitliche Gedächtnisunterteilung.....	76
5.1.4	Akustischer Neglect.....	32	8.1.1	Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis.....	76
5.1.5	Repräsentationaler Neglect (Neglect in der Vorstellung).....	32	8.1.2	Langzeitgedächtnis.....	76
			8.1.3	Altgedächtnis.....	77
			8.1.4	Prospektives Gedächtnis.....	77
			8.2	Inhaltliche Gedächtnisunterteilung.....	77
			8.2.1	Sprachliche und nichtsprachliche Inhalte.....	77
			8.2.2	Explizites und Implizites Gedächtnis.....	78
			8.3	Orientierung.....	79



Arbeitsblatt 8.1 Analyse von gedächtnis-spezifischen Alltagsanforderungen.....	80		
Arbeitsblatt 8.2 Analyse des bisherigen Lernverhaltens .....	81		
Arbeitsblatt 8.3 Analyse einer relevanten Alltagshandlung .....	82		
Arbeitsblatt 8.4 Orientierung.....	83		
Zusammenfassung: 8. Ergebnisse im Bereich Lernen und Gedächtnis .....	84		
<b>9 Exekutive Funktionen.....</b>	<b>85</b>		
9.1 Antrieb .....	86		
9.2 Planen, Problemlösen, Handlungskontrolle .....	86		
Arbeitsblatt 9.1 Analyse einer relevanten, nicht automatisierten/routinierten Alltagshandlung....	88		
Zusammenfassung: 9. Ergebnisse im Bereich Exekutive Funktionen .....	89		
<b>10 Apraxie .....</b>	<b>91</b>		
10.1 Gestenproduktion.....	92		
10.2 Objektgebrauch und Handlungsfolgen.....	93		
10.3 Bukkofaziale Apraxie .....	94		
Arbeitsblatt 10.1 Imitation bedeutungsloser Handstellungen.....	95		
Arbeitsblatt 10.2 Pantomime des Gebrauchs visuell dargebotener Objekte .....	97		
Arbeitsblatt 10.3 Objektgebrauch und Handlungsfolgen.....	98		
Arbeitsblatt 10.4 Analyse einer relevanten und prämorbid vertrauten Alltagshandlung .....	99		
Arbeitsblatt 10.5 Überprüfung der bukkofazialen Apraxie.....	100		
Zusammenfassung: 10. Ergebnisse für den Bereich Apraxie .....	101		
<b>11 Sprache und Kommunikation .....</b>	<b>103</b>		
11.1 Aphasien .....	104		
11.2 Zentrale, nicht-aphasische Sprachstörungen.....	105		
11.3 Sprechstörungen.....	106		
11.3.1 Sprechapraxien .....	106		
11.3.2 Dysarthrien .....	107		
Arbeitsblatt 11.1 Zeitungsausschnitt.....	108		
Arbeitsblatt 11.2 Bildbeschreibung .....	109		
Zusammenfassung: 11. Ergebnisse im Bereich Sprache und Kommunikation .....	110		
<b>12 Umgang mit Zahlen und Geld (Akalkulie) .....</b>	<b>111</b>		
<b>13 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>113</b>		
Verwendete Literatur .....	114		
Empfohlene Literatur zur Vertiefung in die Thematik.....	115		
Empfohlene Literatur mit Anregungen zur Therapie .....	115		
<b>14 Sachverzeichnis .....</b>	<b>117</b>		

# Über das Buch

## 1.1 Erläuterung zum Aufbau des Buches – 2

Seit der Ersterscheinung des »Neuropsychologischen Befundsystems für die Ergotherapie« 1994 hat sich sowohl in der Neuropsychologie als auch in der Ergotherapie viel gewandelt.

Im Bereich der **Neuropsychologie** wuchs die Erkenntnis, dass gerade für schwerer beeinträchtigte Patienten ein Arbeiten rein auf der Funktionsebene nicht ausreichend ist. Statt dessen wurden der individuelle Alltag und die spezifischen Anforderungen, die der Beruf an den Patienten stellt, zunehmend mit einbezogen.

Auch in der **Ergotherapie** allgemein fand eine Art Paradigmenwechsel statt (Hagedorn 2000). So fanden sich Funktionserhalt und -verbesserung zu Leistungserhalt oder -verbesserung als ergotherapeutische Grundsätze und Werte der Behandlung in den Fachbüchern bis Mitte der 90er Jahre (Habermann 2002). Bei diesem »mechanistisch-reduktionistischen« Paradigma steht die Behandlung der Funktionsstörungen im Vordergrund, durch die der Mensch in seinen Handlungen behindert wird. In den letzten Jahren wird in wachsendem Maße eine ganzheitlichere Sichtweise gefordert. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt vermehrt auf möglichen Aktivitäten und Partizipation wie es auch in der ICF der WHO gefordert wird (WHO 2001, s.a. ► Kapitel 2.1).

Diese beiden voneinander unabhängigen Entwicklungen in der Neuropsychologie und in der Ergotherapie gehen konform und stärken die wichtige Position der Ergotherapie im Bereich der neuropsychologischen Rehabilitation.

In der vorliegenden komplett überarbeiteten Version des Befundsystems war es unser Bestreben, mit den ausgewählten Verfahren den beschriebenen Veränderungen Rechnung zu tragen und soweit wie möglich alltagsnahe Testverfahren anzubieten (s.a. ► Kapitel 2). Das Buch versteht sich als **Arbeitsbuch** und bietet eine **strukturierte Befunderhebung** für die häufigsten neuropsychologischen Störungsbilder. Aus didaktischen Gründen werden die einzelnen Hirnleistungen in eigenen Kapiteln behandelt. Dabei ist aber zu beachten, dass neuropsychologische Störungen **selten isoliert auftreten und sich gegenseitig beeinflussen**. So sind z. B. Aufmerksamkeitsstörungen in Folge einer Hirnschädigung sehr häufig anzutreffen. Ein Neglect geht oftmals mit einer räumlichen Störung einher und apraktische Patienten haben in der überwiegenden Zahl auch eine Aphasie. Ferner sind Beeinträchtigungen der Exekutiven Funktionen häufig mit weiteren kognitiven Einbußen gekoppelt. Anhand dieser Beispiele wird die Notwendigkeit einer genauen differentialdiagnostischen Abklärung deutlich.

Die Komplexität neuropsychologischer Störungen verlangt in der Regel eine Behandlung des Patienten in einem **interdisziplinären Rehabilitationsteam** zur Sicherung des bestmöglichen therapeutischen Erfolgs. Nicht jeder Patient hat das Glück, in einer multiprofessionellen Einrichtung behandelt zu werden und somit leicht alle notwendigen Therapien zu bekommen. Gerade im ambulanten Bereich oder in kleinen Häusern werden sie zunächst zu einem oder vielleicht zwei Fachtherapeuten überwiesen. Diese müssen dann entscheiden, ob noch andere Therapien notwendig sind. Dafür bieten einige Kapitel/Abschnitte (v. a. ► Kapitel 4 und 11) **orientierende Befunderhebungen**.

## 1.1 Erläuterung zum Aufbau des Buches

In ► Kapitel 2 werden störungsübergreifende Aspekte bezüglich der Befundaufnahme und der Therapie bei hirngeschädigten Patienten dargestellt. Hier finden sich auch Befundbögen zur Überprüfung der Awareness und zur Beurteilung der Performance. Zusätzlich werden Hinweise zur Krankheitsverarbeitung und zur Therapie gegeben.

Inhalt des ► Kapitels 3 sind die Händigkeit und deren Bedeutung für Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen.

In ► Kapitel 4 bis 12 werden verschiedene Leistungen des Gehirns behandelt. Vorangestellt ist jeweils die »**Lokalisation**« als erstes voraussagendes Element, ob eine Störung in dem jeweiligen Bereich wahrscheinlich ist. Die sich anschließenden »**typischen Beobachtungen im Alltag**« können teilweise auch erfragt werden und bieten weitere Hinweise bezüglich der zugrunde liegenden Ursachen der bestehenden Probleme. Die aus beiden Aspekten resultierenden Vermutungen werden dann auf der Testebene überprüft. In den unter »**Befundaufnahme**« vorgeschlagenen Tests finden sich häufig gezielte Beobachtungen von Alltagssituationen. Die Beurteilung von Alltagssituationen ist in der Regel schwieriger als die Durchführung von »Papier-Bleistift-Tests« und benötigt deshalb eine gewisse Übung und Routine. Da sie jedoch auch aussa-

gekräftigter ist, haben wir uns bei der Überarbeitung des Manuals bemüht, soweit möglich »Alltagstests« anzubieten.

Die vorgeschlagene Befunderhebung umfasst ergotherapeutische Verfahren, die auch von anderen erfahrenen Kolleginnen empfohlen wurden oder unter Berücksichtigung aktueller Veröffentlichungen und neuer ergotherapeutischer Modelle entstanden sind. Die in den einzelnen Kapiteln beschriebenen Beurteilungskriterien stellen in der überwiegenden Zahl Richtwerte dar, die bei der Einschätzung des Schweregrades helfen. Bisher fehlen für viele in der Praxis bewährte Befundaufgaben noch Studien zur Evaluation. Wissenschaftliche Überprüfungen von Testverfahren und Therapien sind eine große Aufgabe, die sich forschenden und praktisch tätigen Ergotherapeutinnen stellt.

Umfangreiche Befundaufgaben in diesem Buch haben **spezielle Arbeitsblätter**, die für den Gebrauch in der eigenen Einrichtung kopiert werden dürfen. Deren Resultate und die der kürzeren Aufgaben, die im Text beschrieben sind können pro Kapitel auf einem **Dokumentationsblatt** (Zusammenfassung der Ergebnisse) notiert werden. Die vorgeschlagenen Dokumentationsbögen können in die haus- bzw. praxiseigene Dokumentation integriert werden.

Auf einige in der letzten Auflage noch vorhandene Messinstrumente, die überwiegend von anderen Berufsgruppen genutzt werden, haben wir verzichtet, zugunsten gezielter ergotherapiespezifischer Befundaufgaben. Teilweise verweisen wir zusätzlich auf für Ergotherapeutinnen erwerbzbare Testbatterien (s. ► Kapitel 8, 9 und 12). Bei den vorgeschlagenen Testbatterien ist aber zu berücksichtigen, dass die tatsächlichen Einbußen im Alltag oft nur unzureichend erfasst werden und besonders bei schwerbetroffenen Patienten das Durchführen solcher standardisierter Tests oft nur eingeschränkt möglich ist. Grundsätzlich muss angesichts immer kürzer werdender Therapiezeiten je nach Situation gut abgewogen werden, welche Bereiche wie genau und in welchem Umfang untersucht werden sollen.

Im Anhang des Buches befinden sich thematisch gegliederte Literaturhinweise, die sich zum Vertiefen eignen, seltenere neuropsychologische Phänomene beinhalten oder Anregungen zur Therapie geben.

Da in der Praxis die Therapeutinnen zahlenmäßig deutlich überwiegen, verwenden wir im Buch entsprechend die weibliche Form und für PatientInnen jeweils die männliche.

# Wichtige Aspekte zur Befundaufnahme und Therapie bei Patienten mit neuropsychologischen Defiziten

- 2.1 Befundaufnahme – 6**
  - 2.1.1 Handlungsanalyse – 6
  - 2.1.2 Abgrenzung verschiedener neuropsychologischer Störungen voneinander – 7
- 2.2 Performance – 7**
- 2.3 Reststörungen und Einschätzung von Schweregraden einzelner Störungsbilder – 9**
- 2.4 Awareness – 9**
- 2.5 Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung/Coping – 11**
- 2.6 Zielsetzung – 11**
- 2.7 Therapie – 12**
  - Arbeitsblatt 2.1 Dokumentation der Performance – 13
  - Arbeitsblatt 2.2 Beurteilung der Performance – 14
  - Anhang zu Arbeitsblatt 2.2 Beurteilung der Performance – 15
  - Arbeitsblatt 2.3 Einschätzung zur Awareness – 17

In der Rehabilitation sind die Anforderungen an die Therapeutinnen in den letzten Jahren stetig gestiegen. Trotz immer kürzerer Therapiezeiten sollen optimale Ergebnisse für den Patienten erzielt werden. Was aber ist ein optimales Ergebnis? Sicher wäre die vollständige Genesung das wünschenswerte Resultat. Leider ist dieses Ziel für viele Patienten mit erworbener Hirnschädigung nicht mehr zu erreichen. Auf die Frage, was dann für den einzelnen Patienten das Wichtigste wäre, erhält man auch von ähnlich Betroffenen, sehr unterschiedliche Antworten. Die Wünsche an die Rehabilitation sind u. a. abhängig von der Persönlichkeit, den Lebenserfahrungen und dem sozialen Umfeld. All diese Aspekte sollten nicht erst in der Therapie, sondern bereits in der Befundaufnahme berücksichtigt werden.

Wichtige allgemein zu berücksichtigende Besonderheiten bezüglich der Befundaufnahme und der Therapiegestaltung bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung sind im Folgenden aufgeführt.

## 2.1 Befundaufnahme

Die Befunderhebung ist notwendig, um das therapeutische Vorgehen zu spezifizieren, die Eigenwahrnehmung des Patienten kennen zu lernen und später Veränderungen im Therapieverlauf darstellen zu können. Die Auswahl und die Intensität mit der die einzelnen Bereiche untersucht werden, richtet sich nach:

- der Art bzw. Lokalisation der Hirnschädigung.
- den angegebenen bzw. bereits beobachteten Problemen im Alltag.
- den Zielen, die der Betroffene verfolgt.
- den äußeren Faktoren (z. B. sozialer Kontext, Wohnumfeld), die zu berücksichtigen sind.

Die Befunderhebung sollte nicht mehr Zeit als unbedingt erforderlich in Anspruch nehmen und, wie später auch die Therapie, bereits auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sein. Letzteres fordert auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Sie bewertet Leistungen/Defizite des Patienten auf drei Ebenen:

1. Körperfunktion und -struktur,
2. Aktivität und
3. Partizipation unter Berücksichtigung von Umweltbedingungen.

Die Ebene der **Partizipation** erfasst, inwieweit eine Person in die Vielfalt verschiedener Lebenssituationen einbezogen ist. Wichtige Aspekte sind die Krankheitsverarbeitung und die Reaktion der Gesellschaft auf die Krankheit und Behinderung (WHO 2001, Rentsch et. al. 2001). Ergotherapeutinnen sind hier durch ihr berufliches Selbstverständnis in besonderem Maße gefordert, ihre Befunderhebung nicht nur auf der Ebene von Körperfunktionen und -strukturen durchzuführen, sondern auch die Auswirkungen von Störungen auf Aktivitäten und die Ausübung sozialer Rollen zu beurteilen und entsprechend zu behandeln.

Außerdem lassen reine testpsychologische Verfahren beispielsweise im Bereich des Gedächtnisses oder der Exekutiven Funktionen keine klaren Rückschlüsse auf die Fähigkeiten und Probleme in Alltag und Beruf zu. Die Befunderhebung muss sich deshalb an den **individuell empfundenen Einschränkungen** von Aktivitäten und den Anforderungen der verschiedenen Rollen, die der Patient innehat, orientieren. Beispielsweise benötigt ein Zahnarzt höhere kinästhetische und räumliche Leistungen als eine Kellnerin, die vielleicht höhere Ansprüche an ihre Leistungen in der Parallelverarbeitung und an ihr Gedächtnis hat. Deshalb sollte eine genaue Befragung des Betroffenen und seiner Angehörigen durchgeführt werden.

### 2.1.1 Handlungsanalyse

Die Befundaufnahme beinhaltet also neben verschiedenen Tests vor allem eine genaue Analyse der individuellen alltags- und/ oder berufsrelevanten Handlungen. Dabei kann das PRPP = Perceive-Recall-Plan-Perform-System, das im Rahmen des Occupational Performance Model (OPMA Australien) entstanden ist, hilfreich sein (Chapparo u. Ranka 1997). Es fördert eine systematische Verhaltensbeobachtung in Alltags-

handlungen. In dem System werden jedoch keine neuropsychologischen Störungen klassifiziert, sondern die therapeutischen Interventionen direkt aus der Beobachtung abgeleitet. Bislang gibt es noch keine deutsche Übersetzung des PRPP-Systems und somit auch keine Validierung für dessen Gebrauch im deutschsprachigen Raum. Dennoch bot das PRPP für dieses Befundsystem gute Anregungen zur gezielten Überprüfung besonders von kognitiven Fähigkeiten in Alltagshandlungen.

Zur Überprüfung der Auswirkung der festgestellten neuropsychologischen und sensomotorischen Störungen auf die Performance schlagen wir ein evaluiertes Instrument von Götze et al. 2005 vor (siehe ► Kapitel 2.2).

### 2.1.2 Abgrenzung verschiedener neuropsychologischer Störungen voneinander

---

Es bedarf eines fundierten neuropsychologischen Wissens und einiger Erfahrung, um neuropsychologische Störungen voneinander abzugrenzen. So tritt beispielsweise eine Apraxie auf Grund der neuroanatomischen Nachbarschaft der entsprechenden Hirnareale sehr häufig in Kombination mit einer Aphasie auf. Daher muss sichergestellt werden, dass der Patient die verbale oder nonverbale Instruktion einer Aufgabe verstanden hat. Auch Paresen und eine möglicherweise damit einhergehende ungenügende Adaption an die Einhändigkeit bzw. mangelnde Übung mit der nicht dominanten Hand oder sensorische Störungen müssen von neuropsychologischen Beeinträchtigungen abgegrenzt werden. Dies stellt hohe Ansprüche an die Therapeutin. So ist neben dem weiteren Vertiefen des Fachwissens durch Bücher und Fortbildungen, gerade für Berufsanfängerinnen der fachliche Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen wichtig. Durch diese Reflexion werden die eigene Wahrnehmung und die Beobachtungsfähigkeit geschult, Schweregrade und deren Bedeutung für den Alltag zunehmend sicherer einzuschätzen sowie Veränderungen im Verlauf zu erfassen und entsprechend darauf zu reagieren. Gerade die Schulung der Wahrnehmung des eigenen therapeutischen Handelns auf der Verhaltensebene ist ein wichtiger fortwährender Lernprozess, um Art und Umfang der gegebenen Hilfestellung sicher zu erkennen und adäquat anzupassen.

## 2.2 Performance

---

Performance wird in den verschiedenen ergotherapeutischen Modellen unterschiedlich definiert. Eine Definition aus dem »Modell of human occupation« (Moho) lautet: »Performance ist die spontane Ausführung der Handlungen, die für eine Betätigung notwendig sind. Performance ist das Ergebnis einer vereinten Aktion von Geist-Gehirn-Körper innerhalb der sich entfaltenden Umstände und Umweltbedingungen« (Kielhofner, Mentrup u. Niehaus 1999). Die Definition trifft recht gut unser Verständnis von Performance. Gerade an Ergotherapeutinnen wird häufig die Frage nach der Alltagsrelevanz der festgestellten Störungen gerichtet. Das von Götze et al. (2005) entwickelte Therapeutenrating zur Performance lässt Aussagen über noch vorhandene Fähigkeiten in Bezug auf spezifische Handlungen zu. Anders herum betrachtet gibt es Auskunft darüber, wie sensomotorische, neuropsychologische Störungen und psychische Prozesse z. B. bedingt durch die Krankheitsverarbeitung die Ausübung bestimmter Tätigkeiten beeinträchtigen.

### Befunderhebung

**Überprüfung der Performance** (▣ Arbeitsblätter 2.1 und 2.2). Mit der Beurteilung zur Performance werden die Protokolle über die durchgeführten Alltagssituationen u. a. zur Überprüfung spezifischer Störungen nochmals analysiert. Voraussetzung ist, dass die Protokolle wie folgt erstellt wurden.

**Protokollerstellung** (▣ Arbeitsblatt 2.1). In der Alltagssituation wird ein schriftliches Protokoll angefertigt. Die Therapeutin legt den genauen Beginn und das Ende der Verhaltensprobe im Vorfeld fest, um sicher zu stellen, dass zu jedem Untersuchungszeitpunkt die Situation im gleichen Umfang dokumentiert und später bewertet wird (z. B. Beginn und Ende der Dokumentation am Eingang des Supermarkts). Während der Durchführung protokolliert die Therapeutin das Vorgehen des Patienten möglichst detailliert, allerdings ohne zu interpretieren und beschreibt die Art und Weise notwendiger Hilfestellungen (siehe ▣ Abb. 2.1).

**Alltagsituation: Zähne putzen**

Checkliste der wesentlichen Teilhandlungen:

*Zahnpastatube nehmen, öffnen, Zahnbürste nehmen, Zahnpasta auf Zahnbürste geben, Tube zuschrauben, Tube weglegen, Zähne putzen, Mund ausspülen, Zahnbürste reinigen, Bürste weglegen, Mund abwischen.*

Beschreibung der Fähigkeiten des Patienten und der notwendigen Hilfestellungen durch die Therapeutin:

<i>Patient nimmt die Zahnpastatube und öffnet sie einhändig, holt sich die Zahnbürste, hat nun beides in der Hand schaut Therapeutin an und macht deutlich, dass er Hilfe wünscht. Therapeutin zeigt ihm, wie er die Zahnbürste mit der paretischen Hand fixieren kann, um dann Zahnpasta auf die Bürste zu geben. Will Zahnpastatube wieder einhändig schließen, gelingt nicht, benötigt Hinweis, den gleichen Trick wie bei der Zahnbürste zuvor anzuwenden und die Tube in die paretische Hand zu geben. Beginnt zu putzen, bleibt aber nur links. Will aufhören, wird aufgefordert auch rechts zu putzen. Spuckt Zahnpasta aus und wäscht Zahnbürste aus und räumt sie weg. Aufforderung notwendig, dass er Mund ausspült. Wischt sich links das Gesicht ab, übersieht Zahnpasta rechts, benötigt Aufforderung.</i>	++ + - - - + ++ -- 6/11 55 % Selbständig
---	---

■ **Abb 2.1** Beispielprotokoll für die Performance einer einfachen Alltagshandlung

**Protokollbeurteilung** (■ Arbeitsblatt 2.2). Anhand der Protokolle wird die Performance mittels der Rating-skala auf dem Arbeitsblatt beurteilt. Eine genauere Erläuterung der einzelnen Skalenpunkte mit Beispielen befindet sich im Anhang des Arbeitsblattes. Die Ratingskala umfasst vier Beurteilungsmerkmale mit einer vierstufigen Skalierung von 0 = vollständig selbständig, bis 3 = nur sehr wenige Teilhandlungen können ausgeführt werden. In die Bewertungen fließen alle Teilhandlungen ein, die für die Bewältigung der Alltags-situation notwendig sind. **Die einzelnen Teilhandlungen werden für die Gesamtbewertung gleichwertig behandelt.** Die Gesamthandlung kann bereits wenn 1 angekreuzt wurde, nicht selbständig bewältigt werden. Die Einstufungen unter 1, 2 und 3 sagen insofern etwas über den prozentualen Anteil der selbständig bewältigten Teilhandlungen aus. Die Bewertung erfolgt möglichst objektiv, orientiert daran, ob der Patient durch sein Handeln und Verhalten die einzelnen Teilhandlungen bewältigt und nicht daran, wie der Patient subjektiv auf die Therapeutin wirkt.

Für die Bewertung der einzelnen Teilhandlungen wird letztendlich nur in »selbständig« und »mit the-rapeutischer Unterstützung« **egal in welchem Ausmaß dies geschieht** unterschieden. Folglich wird jede Teilhandlung auch nur einmal bewertet, auch wenn der Patient vielleicht mehrmals den Schritt wiederholt und dabei wiederholt auf Hindernisse stößt. Konkret kennzeichnet sich die Therapeutin zur Auswertung am Rand der Dokumentation mit jeweils einem + oder einem - pro identifizierter Teilhandlung, ob diese selbständig oder mit Hilfestellung durchgeführt wurde. Am Ende wird ein klarer Prozentwert errechnet, wie groß der Anteil der Gesamthandlung ist, der bereits selbstständig durchgeführt wurde. Liegt der bei-spielsweise bei 40% so wird im Beurteilungsbogen die 2 angekreuzt, da 40% näher an 50% als an 25% liegt (siehe a. Protokollbeispiel ■ Abb. 2.1).



## 2.3 Reststörungen und Einschätzung von Schweregraden einzelner Störungsbilder

---


Leichte Beeinträchtigungen oder zurückgebildete Symptomatiken zeigen sich zum Teil nicht mehr in der klinischen Befunderhebung oder in der Therapiesituation. Trotzdem können sie **in komplexen alltäglichen oder beruflichen Situationen** noch von großer Bedeutung sein. Ein klassisches Beispiel ist ein Restneglect, der erst bei Multitask-Bedingungen zum Tragen kommt, z. B. auf einem großen Bahnhof. Dort werden (eventuell unter Zeitdruck) hohe motorische, sprachliche, visuelle und akustische Anforderungen an den Patienten gestellt.

Auch die Einschätzung des Schweregrades z. B. einer Apraxie oder räumlichen Störung hängt stark von den **individuellen Anforderungen** ab, die an den Patienten, auch durch seine persönliche Lebenssituation (alleinlebend, Familie etc.), gestellt werden. Deshalb ist es gerade für die Einschätzung der Auswirkungen von Reststörungen auf den Alltag sinnvoll, Haus- oder gegebenenfalls auch Arbeitsplatzbesuche durchzuführen. Die Therapeutin sollte für sich vorab eine Liste anfertigen, auf der die Fragestellungen klar umrissen sind. So ist es möglich, die beschränkte Zeit für die gezielte Abklärung vermuteter Schwierigkeiten bzw. Gefahrensituationen/-quellen zu nutzen.

## 2.4 Awareness


---

Das Nicht-Wahrnehmen von Störungen, die durch eine Hirnschädigung bedingt sind, wird als **Unawareness, fehlende Störungseinsicht, Anosognosie** oder auch **Denial of Illness** bezeichnet (Wenz 1999a). Vor allem Patienten nach posterioren oder frontalen Läsionen zeigen häufig für einige Einschränkungen keine oder nur eine begrenzte Awareness. Insofern gehört die Erfassung der Awareness wie die der Performance zu der den einzelnen störungsspezifischen Kapiteln übergeordneten Aspekten.

Ein Modell von McGlynn und Schacter (1990) beschreibt die Awareness in vier Stufen. Diese haben sich zum Erfassen der Awareness für neuropsychologische Störungen und Veränderungen im Therapieverlauf als sehr hilfreich erwiesen. Die  Tabelle 2.1 beschreibt die vier Stufen und verdeutlicht diese anhand von Beispielen aus verschiedenen Störungsbereichen.

Entsprechend dem **Stand ihres Störungsbewusstseins** berücksichtigen die Patienten die bestehenden Schwierigkeiten in ihren Zielvorschlägen hinsichtlich der Therapie. Im positiven Fall formulieren sie mit zunehmender Awareness vermehrt Ziele auch in Bezug auf zuvor weniger wahrgenommene Schwierigkeiten. Beispielsweise sieht ein Patient mit schlechter Awareness für seine Gedächtnisstörung anfänglich keinen Bedarf, in dem Bereich zu arbeiten. Im Verlauf der Therapie kann er vielleicht formulieren, dass er gerne wieder zuverlässiger Termine mit Freunden einhalten möchte, irgendwie käme er immer zu spät. Mit dieser auftauchenden Awareness ist der Ausgangspunkt für eine gemeinsame Arbeit an dem Grundproblem gegeben. Solange der Patient eine globale Unawareness für seine Störungen hat, steht die Arbeit an deren Wahrnehmung im Vordergrund. Diskussionen mit dem Patienten über Schwierigkeiten, welche die Therapeutin als zu erwarten in den Raum stellt, helfen hier meist nicht weiter. Sinnvoller ist die konkrete Durchführung von für den Patienten relevanten Tätigkeiten, und deren direkte Auswertung gemeinsam mit dem Patienten. Grundvoraussetzung für diese konfrontierende Therapie ist eine gute therapeutische Beziehung. Der Patient wird beim alltagspraktischen Erproben mit für ihn unvorhersehbaren Schwierigkeiten konfrontiert und kann diese besser reflektieren, wenn er bereits sicher weiß, dass die Therapeutin auf seiner Seite ist (Wenz 1999a).

### Befunderhebung

**Einschätzung zur Awareness.** Auf dem  Arbeitsblatt 2.3 wird die Awareness für die festgestellten neuropsychologischen Defizite beurteilt.

**■ Tabelle 2.1.** Darstellung der Unterteilung der Awareness in vier Stufen nach McGlinn und Schacter mit Beispielen aus vier Störungsbereichen

	<b>Globale Unawareness</b>	<b>Informelle Awareness</b>	<b>Auftauchende Awareness</b>	<b>Vorausschauende Awareness</b>
Allgemeine Erläuterung	Defizit wird nicht wahrgenommen, gelegnet. Überraschte Reaktion auf die Demonstration des Defizits durch andere.	Defizit kann verbal beschrieben werden. Im Moment des Auftretens erfolgt jedoch keine Reaktion, es wird nicht wahrgenommen.	Defizit wird im Moment des Auftretens wahrgenommen und verbalisiert, dies hat aber noch keine weitere Konsequenz.	Defizit ist dem Patienten bewusst und wird im Alltag entsprechend berücksichtigt.
Patient mit räumlicher Störung verirrt sich wiederholt im Haus	Therapeutin findet den Patienten nach längerer Suche. Reaktion des Patienten: »Dieses Haus ist unverschämt verwinkelt und schlecht ausgeschildert, deshalb habe ich Sie nicht gefunden.«	Der Patient teilt mit, dass er von verschiedenen Therapeutinnen höre, er habe ein räumliches Problem. Am Ende der Therapie reagiert er empört auf die Nachfrage, ob er auf Station begleitet werden möchte. »Ich finde mich gut alleine zurecht, ich bin noch nie verloren gegangen!«	Patient wird von Therapeutin im Haus aufgegriffen und ruft schon von weitem: »Ich gebe es offen zu, ich habe mich verlaufen. Ich irre schon ewig herum, würden Sie mich bitte zu meiner Therapie bringen.« Am Ende der Therapie will er wieder alleine auf die Station gehen, da er schließlich nicht zu doof sei, sich einen Weg zu merken.	Patient teilt von sich aus mit, dass er gerne auf die Station begleitet werden möchte, da er den Weg noch nicht sicher kennt.
Patient mit Dysexekutiven Syndrom hat große Schwierigkeiten mit der Handlungs- bzw. Impulskontrolle.	Therapeutin ist mitten in einer Besprechung. Plötzlich wird die Tür ohne Vorwarnung aufgerissen und der Patient ruft: »Ist Frau Meier da? Mir ist gerade eingefallen, was ich morgen gerne kochen würde.« Auf den Hinweis, dass er gerade sehr stört, reagiert er seinerseits empört, schließlich hätte er ja den Auftrag gehabt, sich etwas zu überlegen.	Patient kann in einer ruhigen Gesprächssituation sagen, dass es manche wohl stören würde, dass es Gespräche unterbricht oder mitten in eine Behandlung hinein platzt. Das wäre ja auch wirklich nicht ganz passend. Am nächsten Tag platzt er erneut auf die bereits beschriebene Art in eine Behandlungsstunde hinein.	Patient platzt in eine Besprechung hinein, um mitzuteilen, was er an Zutaten benötigt. Gleich im Anschluss meint er: »Das war jetzt wohl nicht der richtige Zeitpunkt. Eigentlich habe ich mir schon vor der Tür gedacht, dass ich das jetzt nicht tun sollte, aber ich konnte mich einfach nicht bremsen.«	Patient sitzt wartend auf dem Flur und unterhält sich mit einem Mitpatienten. Ihm fällt ein, dass er für das nächste Kochtraining eine Einkaufsliste vorbereitet hat und möchte diese am liebsten gleich abgeben. Er vergewissert sich beim Mitpatienten, ob jetzt wohl der richtige Moment dafür wäre, schließlich hätte er in letzter Zeit so oft gestört.
Patient mit Neglect bleibt mit der Fußstütze seines Rollstuhls immer wieder hängen	Auf die mittlerweile defekte Fußstütze angesprochen, erwidert der Patient: »Da kann ich nun wirklich nichts dafür. Erst bekomme ich diesen windigen Rollstuhl und dann mutet man mir ein Zimmer mit viel zu schmalen Türen zu.«	Patient wird auf die defekte Fußstütze angesprochen. »Ja, da bleibe ich wohl immer wieder hängen. Das muss mein Neglect sein. Am Ende der Therapie rammt der Patient mehrmals den linken Türrahmen, schimpft über den Architekten und fährt dann hinaus.	Patient fährt am Ende der Therapie hinaus und bleibt am linken Türrahmen hängen: »Schon wieder! Das ist mein Neglect auf der linken Seite.« Er setzt noch einmal neu an, trifft aber die Tür an der gleichen Stelle.	Am Ende der Therapie sagt der Patient beim Hinausfahren: »Jetzt muss ich mich aber konzentrieren, dass ich nicht wieder links an der Tür hängen bleibe. Sie wissen ja, ich habe links noch diesen Neglect.« Er gelangt ohne Anstoßen durch die Tür.

## 2.5 Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung/Coping

---

Wie bereits erwähnt, stehen viele Patienten vor der großen Aufgabe mit einer bleibenden Behinderung leben zu lernen. Die Notwendigkeit, sich damit auseinander zu setzen, kann ihnen erst nach und nach im Krankheitsverlauf bewusst werden. Die Krankheitsverarbeitung ist ein langfristiger Prozess und führt nicht geradlinig zur Akzeptanz der Behinderung und der veränderten Lebenssituation hin. Vielmehr schwanken die Patienten zwischen Akzeptanz, kämpferischer Eroberung eines neuen Ziels sowie Trauer, Trotz und Wut. Dabei benötigen sie professionelle Unterstützung. Unverhau und Babinsky (2000) weisen darauf hin, dass mangelnde Erfahrung oder die nicht relevante Kliniksituation den Patienten zu der Annahme verleiten kann, dass er zu Hause zurecht kommen werde. Aus diesem Grund plädieren sie für die Formulierung lebenspraktischer Therapieziele. Auf diese Weise wird dem Patienten ein erfahrungsorientiertes Lernen ermöglicht. Dies gilt sowohl für Patienten mit gelungener als auch für Patienten mit problematischer Krankheitsverarbeitung.

Man kann zwei verschiedene Stile der Krankheitsverarbeitung (= Coping) unterscheiden:

### Problembezogenes Coping

Der Patient nimmt die veränderte Situation eher als Herausforderung wahr und zeigt vermehrt aktive Verhaltensweisen.

### Emotionsregulierendes Coping

Der Patient fühlt sich durch die Situation eher bedroht und zeigt demzufolge vermehrt passiv-abwartendes, ängstlich-vermeidendes oder verdrängendes Verhalten.

Wie der Patient sich und seine Situation erlebt und einschätzt, ist nicht abhängig von der *objektiven* Situation, sondern von der *subjektiven* Bewertung, in welche lerngeschichtliche Erfahrungen und gesellschaftliche Normen/Einstellungen mit einfließen.

Bei erworbenen Hirnschädigungen ist zudem zu berücksichtigen, dass die Schädigung selbst Einfluss auf die kognitiven Möglichkeiten zur Problembearbeitung und somit auf die Krankheitsverarbeitung hat. Aber auch Patienten mit einer guten psychosozialen Anpassung, in einem gelungenen Krankheitsverarbeitungsprozess benötigen Unterstützung. Insbesondere in Phasen der Niedergeschlagenheit, Angst oder Wut sollten über fachliche Aufklärung und Hilfestellung hinaus auch Gespräche über den erlittenen Verlust ermöglicht werden. Eine psychotherapeutische Unterstützung ist in der Regel sinnvoll. Näheres ist bei Wenz (1999b) nachzulesen.

## 2.6 Zielsetzung

---

Am Ende der Befundaufnahme, vor Beginn der eigentlichen Therapie, sollten die Zielsetzungen mit dem Patienten und gegebenenfalls mit den Angehörigen abgestimmt werden. Dabei kann die Therapeutin Instrumente wie beispielsweise das Canadian Occupational Performance Measure (COPM, Law et al. 1994) nutzen. Orientiert am Tagesablauf des Patienten, erfasst das Instrument in einem halbstrukturierten Interview Aktivitäten, die dem Patienten Probleme bereiten. In einem zweiten Schritt wird er aufgefordert, bezüglich der einzelnen Aktivitäten deren Wichtigkeit, seine Fähigkeiten und seine Zufriedenheit mit diesen Fähigkeiten auf einer Skala von 1-10 anzugeben. Die klinische Erfahrung und auch Ergebnisse einer Therapiestudie (Götze et al. 2005), in der ein ähnliches Instrument eingesetzt wurde, zeigen, dass es bei Patienten mit neuropsychologischen Defiziten wichtig ist, ihnen die Verantwortung für die Zielsetzung nicht alleine zu überlassen. Die Therapeutin ist stark gefordert, den Patienten durch den Prozess der Zielsetzung zu führen, da einige neuropsychologische Störungen es dem Patienten schwer bis unmöglich machen, realistische Ziele zu formulieren. Auch die mangelnde Erfahrung mit der Erkrankung oder der jeweilige Stand der Krankheitsverarbeitung erfordern eine behutsame Unterstützung bei der Formulierung von Zielen. Die Patienten verstehen zumeist erst langsam mit therapeutischer Unterstützung, dass die postakute Rehabilitation ein Anpassungsprozess an eine bleibende Behinderung darstellt.

Im Verlauf kann der Prozess der gemeinsamen Zielformulierung wichtige Auskunft über Veränderungen beim Patienten geben, die einerseits die Awareness andererseits die Krankheitsverarbeitung betreffen können.

## 2.7 Therapie

---

Bei Patienten mit schweren Einschränkungen und geringem Rehabilitationspotential ist es oft wichtig, die Therapieinhalte auf wenige alltagsrelevante Themen einzuengen, die dann um so sorgfältiger ausgewählt werden müssen. Dagegen kann es bei leichter betroffenen Patienten sinnvoll sein, an der Verbesserung spezifischer Funktionen im Hinblick auf einen flexiblen Einsatz in verschiedenen Situationen zu arbeiten (Goldenberg et al. 2002). Für die meisten Patienten nach Hirnschädigung aber gilt, dass sie nicht von einmaligen Übungen oder einmal gezeigten Strategien profitieren. Auch findet in der Regel kein Transfer bzw. keine Generalisierung von Erlerntem auf andere Situationen statt. Daraus ergeben sich folgende aus der Verhaltenstherapie stammende allgemeine Regeln für das therapeutische Vorgehen bei der Therapie von hirngeschädigten Patienten (Wenz 1999c):

**Seriellles Vorgehen:** Eins nach dem anderen.

Es sollte in den einzelnen Therapiesequenzen soweit wie möglich nur ein Ziel zur Zeit angestrebt werden. Erst wenn dieses beherrscht wird, kann ein neues dazu kommen.

**Redundanz:** Möglichst häufige Wiederholungen.

Eine hohe Redundanz (häufige Wiederholung) hilft dem Patienten, den Focus auf der aktuellen Anforderung zu halten.

**Simplifikation:** Je einfacher desto eingängiger.

Die Therapeutin sollte Erklärungen und Anleitungen so einfach wie möglich halten, da sie so für den Patienten eingängiger sind. Das gleiche gilt für Lösungsstrategien. Sind diese zu komplex, können sie vom Patienten nicht auf einmal erfasst und erlernt werden.