

# “Gesund werden mit Spaß”

## Ergotherapie in der Kinder- und Jugendrehabilitation

Janina Brand, 27 Jahre: Ergotherapeutin seit 1999, seitdem in der Pädiatrie tätig.

Eva Noll, 30 Jahre: Ergotherapeutin seit 1999, seitdem in der Pädiatrie tätig.

Simone Debus, 35 Jahre: Ergotherapeutin, SI-Therapeutin, seit 1994, seitdem in unterschiedlichen Einrichtungen in der Pädiatrie tätig.

### Die Klinik und ihr Angebot

*Gesund werden mit Spaß:* Dies ist das Motto der Kinder- und Jugend-Rehabilitationsklinik Viktoriastift in Bad Kreuznach, unter dem Kinder und Jugendliche unterstützt werden, trotz ihrer Erkrankung den Alltag so selbständig wie möglich zu bewältigen. Das Viktoriastift besteht seit 125 Jahren und gehört heute als Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche zu den großen Einrichtungen in Deutschland. 140 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sorgen jährlich für ca. 1300 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 4 - 26 Jahren aus der ganzen Bundesrepublik.

Kostenträger sind überwiegend die Rentenversicherungsträger und Krankenkassen, bzw. das Sozialamt. Der / die behandelnde Arzt/Ärztin attestiert die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme. Nach Sicherung der Kostenübernahme kann die Aufnahme erfolgen. Besteht eine medizinisch bedingte Notwendigkeit für eine Begleitperson, so werden die Kosten ebenfalls von den Versicherungsträgern übernommen. In diesem Fall wohnen die Begleitpersonen mit ihren Kindern in einem Appartement und sind für diese in der therapiefreien Zeit verantwortlich. Das Therapiekonzept des Viktoriastift ist für eine Dauer von 6 Wochen ausgelegt, nach den neuen Verfahrensweisen werden neuerdings von den Leistungsträgern teilweise nur 4 Wochen eingeplant. Innerhalb dieser Zeit werden vorab 3-4 Besuchstage festgelegt. Kinderärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Mototherapeut, Sportlehrer und Physiotherapeuten, medizinische Bademeisterin und Masseurin und Logopädin, Diätköchin, Diätassistentin und natürlich Erzieher, Pflegefachkräfte und Stationshelfer, sowie die vielen “unsichtbaren Helfer” in Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik und Verwaltung setzen sich gemeinsam dafür ein, dass

die Kinder und Jugendlichen sich wohl fühlen können und das Beste für ihre Gesundheit getan wird.

### **Indikationen**

- chronischen Krankheiten der Atemwege und allergischen Erkrankungen (Asthma bronchiale, rezidivierende obstruktive Bronchitiden usw.)
- atopische Dermatitis/ Neurodermitis
- Adipositas
- Kontinenz- Entwicklungsstörungen: Enuresis, Enkopresis
- Stoffwechselerkrankungen (PKU, Diabetes mellitus)
- psychosomatische Erkrankungen (z. B. Kopfschmerzen, Migräne, Missempfindungen)
- Entwicklungsstörungen (mentale und motorische Retardierungen)
- neuropädiatrische Erkrankungen (Spina bifida, Epilepsien, Cerebralpareesen)

### **Behandlungsziele**

Ziele der Behandlung sind die Integration in eine Gruppe mit Beobachtung in einer alltagsähnlichen Situation, Erprobung von Strategien zur Symptomverminderung, angemessene Therapie der bestehenden Erkrankung und daraus abgeleitet das Erstellen eines Therapie- und Förder- Konzepts für die Zeit nach der Rehabilitationsmaßnahme zu Hause, sowie ein angemessener Umgang mit der Erkrankung, und möglichst weitgehende Teilhabe am "normalen Alltag" eines sich entwickelnden Kindes, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Oft sind auch die im Gruppenalltag erreichten "kleinen" Lernerfolge besonders wertvoll, wie z.B. sich einfügen in einen geregelten Tagesablauf mit gemeinsamen Essen und Teilnahme an gemeinsamen Freizeitaktivitäten.

### **Multiprofessionelles Team und therapeutisches Konzept**

Durch die Zusammenarbeit von Medizinern, Therapeuten, sowie Pädagogen und Pflegekräften wird eine umfassende Beobachtung des einzelnen Kindes in alltagsnahen Situationen gewährleistet. Diese Beobachtung dient der Formulierung

von Behandlungszielen und der Planung der individuellen Behandlung zur Erreichung der Rehabilitationsziele. Zur Stabilisierung dieser Ziele ist es notwendig ein sinnvolles, realisierbares Konzept für zu Hause zu erstellen. Vorberichte und mindestens zwei Elternkontakte, die Aufschluß über die häusliche Situation und den sozialen Kontext geben, dienen als Basis. Unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen und Fähigkeiten werden zusammen mit den Klienten die Gestaltung des ambulanten Therapie- und Freizeitkonzeptes überlegt.

Aktivitäten wie Schwimmen, Solebad, allgemeine Gymnastik und Entspannungstraining finden für Alle zwei mal wöchentlich zu festen Zeiten statt.

Spezifische Maßnahmen bzw. Therapien werden aufgrund der vorgelegten Diagnosen, Information von zu Hause und Eingangsuntersuchung ärztlich verordnet. Zu diesen multiprofessionell erarbeiteten Therapien gehören je nach Rehabilitationszielen neben Ergotherapie noch Mototherapie, Logopädie, Physiotherapie, Sporttherapie, Psychologische Betreuung, aber auch Asthaschulung, Adipositaschulung, Essverhaltenstraining, Kontinenztraining und Atem- und Haltungsgymnastik.

Schulpflichtige Kinder erhalten außerhalb der Ferienzeiten eine begleitende schulische Betreuung. 10 Lehrer bieten einen Stützunterricht im eigenen Schulgebäude an. Die Zahl der Unterrichtsstunden wird in Abstimmung mit dem Therapieplan festgelegt. Die Lerngruppen umfassen nur wenige Teilnehmer, so können die Lehrkräfte in der Regel intensiver und individueller auf die Schüler eingehen.

Ein weiterer Bestandteil ist die Sporttherapie, zu der die Kinder in der Stationsgruppe (ca. 20 Kinder) kommen. Der Spaß an der Bewegung und die Anstrengungsfreude stehen im Vordergrund. Beim freien Spiel, Regelspielen, Ballspielen, sowie beim Inline-Skaten oder Klettern an der Kletterwand können die Kinder ihre Grenzen und Fähigkeiten kennenlernen und neue Sportarten für sich entdecken. Der Sportlehrer kann durch Beobachtung die sportlichen und sozialen Fähigkeiten der kleinen Patienten einschätzen.

Im Gegensatz zur Sporttherapie findet die Mototherapie in Kleingruppen (ca. 6-8 Kinder) statt. Die motorische Entwicklung steht in engem Zusammenhang mit der Entwicklung der Persönlichkeit. Die Mototherapie geht davon aus, dass durch

entsprechend gestaltete Bewegungsarbeit eine Stabilisierung und Förderung der gesamten Person möglich ist. In der angewandten Motologie ist die Motodiagnostik ein wichtiger Bestandteil. Durch das Medium Bewegung wird die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit des Kindes im Sinne einer ganzheitlichen Persönlichkeit gefördert.

## **Konzept der Ergotherapie**

Die ergotherapeutische Befunderhebung und Behandlung basieren auf Kenntnissen aus der Entwicklungspsychologie, Neurophysiologie und Pädagogik. Außerdem werden die Kenntnisse der normalen sensomotorischen Entwicklung und deren Abweichungen berücksichtigt. Arbeitsschwerpunkte sind die ergotherapeutische Befunderhebung, Verhaltensbeobachtung, Wahrnehmungsförderung, Förderung von kognitiven Leistungen, Hand- und Körpermotorik, Kontakt- und Sozialverhalten und der Alltagskompetenz. Gemeinsam mit dem Patienten werden die individuellen Ziele anhand von Gesprächen und Fragebögen erarbeitet und die entsprechenden Behandlungsmethoden und Medien ausgewählt. Die Behandlung erfolgt überwiegend in Kleingruppen.

### Beispiel: Graphomotorik- Gruppe

Ziele sind das Überprüfen und Verbessern der unterschiedlichen Voraussetzungen für den Schreiblernprozess, z.B. die Hand- und Fingergeschicklichkeit, Stifthaltung, visuelle Wahrnehmung und das Kreuzen der Körpermittellinie. Angefangen mit Körpererfahrung und Koordinationsspielen über großflächiges Malen, Schwung- und Flussübungen, bis hin zum feinkoordinierten Arbeiten sollen Grundvoraussetzungen für graphomotorische Leistungen vermittelt werden. In spielerischer Form wird versucht, Spaß und Freude beim Arbeiten mit Papier und Stiften zu wecken und spezifische und individuelle handmotorische Fähigkeiten anzubahnen, sowie die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes zu erkennen. Dies dient als eine Grundlage, wie die Förderung in den nächsten Monaten gestaltet werden sollten.

Um dem Leser einen Einblick in die Arbeit der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation zu geben, stellen wir im folgenden unsere Arbeit am Beispiel von "Tim" dar.

## **Grundschüler "Tim"**

Einweisungsdiagnosen des Hausarztes sind ADHS, aggressive Verhaltensstörung und Störung der Handmotorik. Er ist jetzt 8,6 Jahre alt und besucht die 2. Klasse der Grundschule. Die "Meilensteine" seiner Entwicklung und seiner geistigen Fähigkeiten werden vom Kinderarzt als unauffällig berichtet.

### **Beobachtungs- und Diagnostikphase**

Tim ist ein groß gewachsener, schlanker, muskulär hypotoner Junge. Er wirkt spitzbübisch und kess. Von den Eltern wird Tim als unruhig, vergesslich und planlos beschrieben. Häufig wisse er nicht, welche Hausaufgaben er auf habe. Er beginne viele Dinge, ohne sie zu beenden. Dennoch könne er sich gut allein beschäftigen.

Die Schule beschreibt ihn als unaufmerksam und unruhig und in letzter Zeit vermehrt zu aggressivem Verhalten neigend.

Entsprechend seinem Alter wird Tim für die nächsten 6 Wochen in eine von 10 Stationsgruppen aufgenommen.

*Stationsgruppe: Hier haben die ca. 20 Stationskinder durch feste, also klare und für die Kinder insoweit verlässliche Strukturen und Rituale einen geregelten Tagesablauf. Langjährige Erfahrungen haben gezeigt, dass dies den Kindern Halt und Sicherheit geben kann; gruppensdynamische Prozesse werden angeregt und das Sozialverhalten gefördert.*

Für Tim wurden zusätzlich zur Stationsgruppe als Behandlungsschwerpunkte Ergotherapie, Mototherapie und Psychologische Betreuung ausgewählt.

Im Erstkontakt in der Ergotherapie zeigte sich Tim eher passiv. Zu Beginn erkundete Tim allein den Raum, suchte von sich aus keinen Kontakt zur Therapeutin und

beschäftigte sich alleine, indem er vorhandenes Spielmaterial ausprobierte. Er ging aber auf Vorschläge ein.

Anhand von Tests (DTVP2, D2, MZT), Screenings und freien Beobachtungsverfahren, die in möglichst realistischen Situationen mittels alltäglichen Spielen und Materialien durchgeführt werden sollten, beobachteten wir Folgendes:

Tim war in der Lage die einzelnen Regeln eines Spiels, z.B. ein Würfelspiel wie "Mix-Max", zu erfassen und wiederzugeben, konnte diese aber dann in keine sinnvolle Reihenfolge bringen (würfeln, Karte ziehen, entsprechend nummeriertes Körperteil ziehen und zuordnen). Er brach daraufhin die begonnene Aktivität ab und begann etwas Neues. Forderte man von ihm, eine Tätigkeit zu Ende zu bringen, gelangte er schnell an seine Grenzen und reagierte mit Verweigerung und motorischer Unruhe.

Beim Spiel mit konstruktivem Material (Lego, Holzbausteine) hatte er stets eine Vorstellung von dem, was er bauen wollte, konnte dies aber meist nicht umsetzen. Zum einen war es ihm nur schwer möglich, die einzelnen Handlungssequenzen zu ordnen, zum anderen mangelte es ihm an feinmotorischem Geschick. Da dann das Ergebnis nicht seinen Erwartungen entsprach, war er häufig frustriert.

Handwerkliche Tätigkeiten (Peddigrohr, Ton, Holz) fielen ihm besonders schwer, da er schon die Arbeitsplatzgestaltung kaum bewältigen konnte und handmotorische Defizite die Umsetzung zusätzlich erschwerten. Bekam er ausreichend Hilfestellung und differenzierte Anleitung, erreichte er zufrieden stellende Ergebnisse, auf die er sehr stolz war.

Bei Arbeiten mit Stift und Papier (Arbeitsblätter, Arbeiten mit Ton- und Flechtpapier) wurden die Schwierigkeiten, die auch bei den anderen Tätigkeiten aufgefallen waren, noch deutlicher.

Alle Aufgaben, die die visuelle Wahrnehmungsverarbeitung ansprachen ohne dabei die Fingergeschicklichkeit zu fordern, bereiteten ihm keinerlei Probleme (motor-reduced-Aufgaben des DTVP2)! Hier zeigte sich somit eher eine relative Stärke Tims.

Zusammenfassend lässt sich sagen, daß Tims Hauptprobleme die Schwierigkeiten beim Strukturieren von Aufgaben und die verkürzte Konzentrationsspanne sind. Ein Plus von Tim sind seine Begeisterungsfähigkeit, Anstrengungsbereitschaft und das er nicht nachtragend ist.

verwendeten Testinstrumente:

- DTVP2: Screeningverfahren zur Überprüfung der visuellen Wahrnehmungsverarbeitung
- MZT: diagnostisches Hilfsmittel zur Überprüfung der Schulreife 6 – 14 J.
- D2: Aufmerksamkeitsbelastungstest
- Graphomotorische Testbatterie (GMT): 4,6 – 6,11 J., im Bsp. als Screening zur Überprüfung des Entwicklungsstandes der Graphomotorik

### **Behandlungsplanung**

Zur Überprüfung der Diagnose und zur Erstellung eines gemeinsamen Behandlungskonzepts treffen sich alle Personen, die mit den entsprechenden Kindern arbeiten, zu einem gemeinsamen ersten Teamgespräch, das innerhalb der ersten Woche nach Rehabeginn stattfindet.

Die Stationsmitarbeiter berichteten, dass sie sein Verhalten oft als provozierend empfanden, was auch so von Eltern und Lehrern zu Hause geschildert wurde. Im Kontakt mit Anderen sei Tim sehr dominierend, er versuche Spielsituationen zu bestimmen, breche diese scheinbar willkürlich ab. Dies führte leider zu Unverständnis bei den anderen Kindern der Gruppe. Es komme dann häufig zu Streitigkeiten, bei denen Tim über wenig Strategien zur Konfliktbewältigung verfüge. In der Mototherapie sei Tim etwas "planlos", aber in der motorischen Entwicklung unauffällig. Durch die entsprechende Lenkung des Motologen konnte er sich bereits in diese Kleingruppe integrieren.

Der Psychologe berichtet nach Gesprächen mit den Eltern von Konfliktsituationen zu Hause. Sie empfänden das Verhalten ihres Kindes ebenfalls als provozierend. Er räume sein Zimmer nicht auf, befolge Anweisungen nur teilweise. Die Eltern sähen keine Möglichkeit adäquat auf das Verhalten zu reagieren. Es entstehe insofern der Eindruck einer häuslichen Überforderung bezogen auf die Anforderungen, die Tims Entwicklung an die Eltern stellt.

Der Lehrer berichtet, dass Tim auch im Unterricht des Viktoriastift während der Rehabilitation unaufmerksam, unruhig und ständig in Bewegung sei. Trotzdem konnte er, in der (allerdings mit fünf Kindern kleinen) Lerngruppe, die ihm gestellten Aufgaben altersgerecht lösen.

Zusammenfassung:

Aufgrund der Informationen und der eigenen Beobachtungen bestätigte sich der Verdacht, dass bei Tim ein Zusammenhang zwischen Verhaltensauffälligkeit und Strukturierungsstörung besteht. Das heißt, für Tim ist es ungeheuer schwer, gestellte Aufgaben systematisch zu lösen und fertig zu stellen. In der Folge kommt es zu den beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten.

### **Behandlungsphase**

Der ergotherapeutische Schwerpunkt lag auf dem Strukturieren von Aufgaben unter Berücksichtigung der fein- und graphomotorischen Fähigkeiten z.B. Spiele und Techniken zur Auswahl stellen, die durch gezielte Adaptionen zum Erfolg für das Kind führen. Bei Tim bot sich hier insbesondere das Arbeiten mit Ton oder Seidenmalerei (ohne Gutta) an, da hier die Technik entsprechend angepasst werden kann. Gemeinsam mit Tim wurden einzelne Handlungssequenzen erarbeitet, die im Laufe der Therapie selbständig durchgeführt werden sollten. Dies kann von einfachen bis hin zu komplexen Handlungen gesteigert werden. (z. B. beim Arbeiten mit Ton Daumenschale, bei der man keinerlei Hilfsmittel benötigt, bis hin zum Erstellen eines Türschildes mit aufwendigen Verzierungen).

Im Laufe des Aufenthalts gelang es zunehmend, Tim in diesem Setting über konkrete Aufgabenstellungen und feste Regeln die bisher in einigen Situationen fehlende aber notwendige Struktur zu geben und ihm so die Folgen seines Planen und Handelns erlebbar zu machen, damit er an Hand der Vorgaben Erfolge erreichen konnte.

### **Abschluss und Entlassungsvorbereitung**

Im Abschluss-Team-Gespräch in der letzten Rehawoche wurden die Beobachtungen aus allen Fachrichtungen erneut zusammengetragen. Dabei zeigte sich, dass Tims Verhalten sich aufgrund der nun vorhandenen Strukturierung in Ansätzen verändert hatte. Er wurde (nach anfänglichem Heimweh) insgesamt ausgeglichener. Überforderungssituationen wurden weniger. So konnte er die ihm gestellten Aufgaben besser bewältigen, womit auch seine Misserfolgserwartung sank! Er traute sich jetzt neue Anforderungen eher zu.



Damit Tim seinen Alltag besser strukturieren kann, erscheint eine Beratung zu diesen Zusammenhängen für das soziale Umfeld (Eltern, Lehrer, usw.) sinnvoll. Im Abschlußgespräch zwischen behandelndem Arzt und den Eltern werden Möglichkeiten der Umsetzung besprochen und Kontaktadressen zu Erziehungsberatungsstellen und Ergotherapie - Praxen weitergegeben, außerdem erhalten der behandelnde Arzt und die Eltern eine Kopie des Abschlußberichtes. In der nachfolgenden ambulanten ergotherapeutischen Behandlung soll Tim möglichst weiter lernen, Aufgaben und Arbeitsabläufe selbstständig zu strukturieren (durch weiteres Training und Erleben solcher Situationen).

Die hier erreichten Erfolge sind nach einer Zeit von einigen Wochen noch nicht als stabile Fähigkeiten des Kindes anzusehen, zeigen aber, mit welchen Mitteln die nächsten Entwicklungen erreichbar sein können. Die Möglichkeiten einer Fortführung der hier erprobten Ansätze für den Alltag zu Hause wird nun bewertet, damit nur solche Vorschläge weitergegeben werden, die nach Einschätzung aufgrund von Äußerungen der Eltern und der Helfer vor Ort (Jugendamt? Beratungsstelle?) auch realistisch erscheinen – einschließlich einer Einschätzung der Frage “wer tut jetzt was?”. Dabei sollen nicht nur Tims Schwächen und Chancen auf deren Besserung dargestellt werden, sondern auch seine Stärken und die Chancen, diese für die Weiterentwicklung zu nutzen.

Für Tim zeigt sich, dass seine Eltern froh waren über sein in der Reha-Klinik gewonnenes Zutrauen in die eigene Leistung. Sie empfanden es als ein wertvolles Ziel, ihm Mut zu machen, seine eigenen Lernfortschritte (“das kann ich schon”) selbst zu erkennen und nicht nur auf seine “Pannen” - die er immer wieder mal produzieren wird - zu achten (bzw. diese auch dann nicht mehr leugnen zu müssen, weil ihm als Gegengewicht Erfolge bewusst sind). Erleichtert waren sie zum Schluss auch, dass die stationäre Beobachtung keine Notwendigkeit für die dort gestellten Anforderungen ergeben hat, die Leistungen und sein Verhalten mit Medikamenten zu beeinflussen.

Eine pädagogisch geleitete Freizeitgruppe (als Sportgruppe oder als soziale Gruppe z. B. Pfadfinder) könnte ihm die Möglichkeit geben, nicht nur unter Leistungsdruck zu üben und zu spüren, wie er im Alltag Rückmeldungen als Kraftquelle nutzen kann (“da hast du was Gutes gemacht” – oder “ ...war dein Anteil an dem, was Ihr gemacht habt OK” usw.). Die verhaltenstherapeutische Elternberatung der

ambulanten Erziehungsstelle kann helfen, die Verunsicherung mit der Gefahr des "Aufschaukelns" von Problemverhalten zu vermindern, indem die Eltern Sicherheit darin gewinnen, deren Entstehung und den Verlauf zunächst besser beschreiben und in der Folge verstehen und steuern zu können. Solche Arbeit mit den Eltern, die von uns als sehr sinnvoll erachtet wird, ist leider in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen noch nicht als eigenständiges Arbeitsgebiet institutionalisiert ist. Aber ein erster Anstoß für die Information der Eltern kann auch in den orientierenden Entlassungsgesprächen bereits mit der jetzigen Form der Kinder-Rehabilitation als Weiterentwicklung der alten Kinderkur gegeben werden. Zusätzliche Absprachen mit den Mitarbeitern des Jugendamts waren für Tim nicht nötig, da die Chancen zu Hause groß waren, dass die genannten Unterstützungen mit dem engagierten Kinderarzt und den Eltern gemeinsam eingeleitet werden können.

Wir bewerten es als positiv, dass es immer wieder zu solchen ermutigenden Erfolgen in der Kinder-Rehabilitation kommt. Das multiprofessionelle Arbeiten ist eine der wertvollsten Traditionen dieser gewachsenen Struktur unseres Gesundheitswesens.

Korrespondenzadresse:

Viktoriastift Bad Kreuznach  
Rehabilitations- und Vorsorgeklinik  
für Kinder und Jugendliche  
Cecilienhöhe 3  
55543 Bad Kreuznach  
Telefon: 0671/8355-0; Fax: 0671/35084  
[www.viktoriastift.de](http://www.viktoriastift.de), [info@viktoriastift.de](mailto:info@viktoriastift.de)  
stellvertretende Autorin: Janina Brand