

transferplus

..... Ansätze therapeutischer Konzepte
grenzüberschreitend nutzen



..... Herausgeber

..... G-Plus - Zentrum im internationalen Gesundheitswesen

Inhalt

Editorial: Ansätze therapeutischer Konzepte grenzüberschreitend nutzen Prof. Dr. Elke Donath	3
Marte Meo – Gelungene Kommunikation fördern durch Training der Wahrnehmung	
Marte Meo – Aus eigener Kraft: Eine Einführung in das Konzept Mette Isager, Dr. Ursula Becker	4
Marte-Meo bei Menschen mit Demenz: Einsatz der Methode und organisatorische Rahmenbedingungen - Ergebnisse einer Hospitation in Norwegen Dr. Ursula Becker	9
„Berührungen sind Nahrung für das Gehirn“ – Das Castillo Morales-Konzept	
Das Castillo Morales-Konzept – Chancen und Grenzen Angela Hoffmann-Keining	15
Einsatz des Castillo Morales-Konzeptes im stationären und ambulanten Bereich – Ergebnisse einer Hospitation in Argentinien Tina Broditsch	20
Kognitive Stimulation durch Bewegung – Das Perfetti Konzept	
Kognitiv-therapeutische Übungen nach Prof. Perfetti – Ein neurophysiologisches Behandlungsverfahren in der neurologischen, orthopädischen oder chirurgischen Rehabilitation Birgit Rauchfuß	25
Das kognitive Behandlungskonzept nach Prof. Perfetti in der Pädiatrie – Ergebnisse einer Hospitation in Italien Regina Klossek	32
Physiotherapeutische Ansätze – Gemeinsamkeiten mit anderen Berufsgruppen?	
Nutzen von innovativen Ansätzen zum Vorteil der Patientenversorgung am Beispiel von osteopathischen Techniken – Erste Ergebnisse einer Hospitation in den USA Ute Repschläger	36
Pflege und Therapie im Tandem: Neue Wege in der Ausbildung – Interdisziplinäres Bachelorstudium Pflege und Physiotherapie Prof. Dr. Wiebke Göhner, Prof. Dr. Ulrike Thielhorn	42
Literatur / Allgemeine Hinweise / Impressum	47

Editorial

Ansätze therapeutischer Konzepte grenzüberschreitend nutzen

Prof. Dr. Elke Donath, Leitung G-Plus, Mathias Hochschule Rheine

Die grenzüberschreitende Nutzung von Konzepten steht im Mittelpunkt der von der Robert Bosch Stiftung geförderten Programme Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit und Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz. Seit 2003 haben zahlreiche Fachkräfte im Gesundheitswesen die Möglichkeit genutzt, im Ausland neue Konzepte und deren Umsetzung kennen zu lernen, um die Erkenntnisse in die Versorgung in Deutschland zu integrieren. Grenzüberschreitend darf hier im wortwörtlichen Sinne verstanden werden: Neue Denk- und Handlungsansätze über Landesgrenzen hinweg zu nutzen.

Grenzüberschreitend kann jedoch auch anders verstanden werden: Der Einsatz von Konzeptansätzen über die Grenzen der jeweiligen Fachdisziplinen hinweg. Denn auch heute in der Pflege etablierte Konzepte wie beispielsweise Basale Stimulation oder Kinästhetik sind keine originär pflegerischen Konzepte. Hätte seinerzeit niemand den Blick über den Tellerrand auf andere Fachdisziplinen gewagt, wären diese wohl kaum in die Pflege übertragen worden.

Doch kann man angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Konzepte den geeigneten Ansatz für den eigenen Tätigkeitsbereich finden? Muss es gleich ein neues Konzept sein oder genügen auch einzelne Aspekte und Ansatzpunkte daraus? Diese und ähnliche Fragen sollen die folgenden Fachbeiträge beantworten, die sich vor allem auf therapeutische Konzepte aus der Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie konzentrieren.

Das vorliegende Themenheft basiert auf Vorträgen, die auf dem von der Robert Bosch Stiftung geförderten interdisziplinären Symposium „Transfer_Plus: Ansätze therapeutischer Konzepte ‚grenzüberschreitend‘ nutzen“ im November 2009 am Städtischen Klinikum Braunschweig gehalten wurden. Mit den Einblicken in verschiedene therapeutische Konzepte möchten wir Ihr Interesse für neue Konzepte wecken, zur Offenheit gegenüber Ansätzen anderer Disziplinen anregen und Sie ermuntern, diese Ansätze auch in andere Kontexte zu übertragen.

Wenn Ihnen dieses Heft Lust auf Mehr gemacht hat und Sie Interesse an einer Grenzüberschreitung im doppelten Sinne haben, bieten Ihnen die beiden oben genannten Programme zahlreiche Chancen, die ausgetretenen Wege zu verlassen und neue Impulse für die eigene Praxis zu finden.

Wir möchten Sie zu Beidem herzlich einladen und wünschen Ihnen an dieser Stelle eine anregende Lektüre und „gute Reise“!



..... Marte Meo – Gelungene Kommunikation fördern durch Training der Wahrnehmung

..... Marte Meo – Aus eigener Kraft: Eine Einführung in das Konzept

..... *Mette Isager, Norddeutsches Marte Meo Institut, Oldenburg und Dr. Ursula Becker, systemische Familientherapeutin in eigener Praxis*

Mit Hilfe von Videoaufzeichnungen eigene Stärken erkennen und die eigene Wahrnehmung im Umgang mit anderen trainieren – dieser Ansatz steht im Mittelpunkt der Marte Meo-Methode. Sie richtet sich an alle Menschen in komplementären Beziehungen, beispielsweise Eltern, Erzieher oder Pflegenden. Der Ursprung von Marte Meo liegt in der Erziehungsberatung und gründet u. a. auf videobasierten Erkenntnissen aus der Kommunikation zwischen Eltern und Säuglingen.

1. Marte Meo – Aus eigener Kraft: Eine Einführung in das Konzept

Marte Meo (lat. „aus eigener Kraft“) wurde in den siebziger Jahren von der Niederländerin Maria Aarts zunächst für die Erziehungsberatung entwickelt. Im Zentrum der Entwicklungs- und Kommunikationsmethode steht die Idee, mit Hilfe des Mediums Video und der Analyse der Aufzeichnungen die eigene Wahrnehmung im Umgang mit dem Gegenüber (Säugling, Kind, Jugendlicher, Pflegebedürftiger, etc.) zu schärfen und „aus eigener Kraft“ neue Einsichten auf deren und das eigene Verhalten und die möglicherweise problematische Kommunikation zu erhalten. Mit Marte Meo entwickelte Maria Aarts einen Beratungsansatz, um „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ bestmöglich in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Als „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ bezeichnet sie Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – bestimmte Entwicklungsschritte (noch) nicht vollzogen haben, nicht vollziehen können oder wieder verloren haben.

2. Das natürliche Entwicklungsunterstützungsmodell

Grundlage des Marte Meo-Beratungsansatzes ist das so genannte natürliche Entwicklungsunterstützungsmodell, wie wir es beim Umgang von Eltern mit ihrem Säugling finden. Durch Videoaufnahmen wird deutlich gemacht, welche wesentlichen Elemente

Säuglinge benötigen, um einerseits ausreichend Sicherheit in ihrer Lebenssituation zu erfahren und andererseits den für ihre Entwicklung nötigen Freiraum zu erleben. Wenn man sich an diesem natürlichen Entwicklungsunterstützungsmodell orientiert, profitieren Menschen mit eingeschränkter Entwicklung davon und können unter diesen Bedingungen Entwicklungsschritte nachholen, wieder entdecken oder zumindest die ihnen zur Verfügung stehenden Fähigkeiten in einem größtmöglichen Maß nutzen. Grenzen, die z. B. durch eine Krankheit oder Behinderung vorgegeben sind, können damit nicht überschritten werden. Es ist aber immer wieder erstaunlich, wie viel gelingt, wenn der zur Verfügung stehende Entwicklungsraum genutzt wird.

3. Vermittlung von Orientierung

Worin besteht nun dieses natürliche Entwicklungsunterstützungsmodell, das wir bei Eltern im Umgang mit ihren Säuglingen entdecken können? Sieht man sich eine solche Videoaufnahme an, die Eltern im Gespräch mit Ihren Säuglingen zeigen, fallen an den Eltern drei Dinge als erstes auf: das freundliche Gesicht, die warme, herzliche Stimme und die körperliche Nähe.

Der Mensch zeichnet sich dadurch aus, dass er als unreifes Wesen auf die Welt kommt. Er weiß noch nicht viel über die Welt, er weiß auch noch nicht viel über sich. Bei unserer Ankunft auf der Welt haben wir noch eine sehr mangelhafte Orientierung und sind deshalb darauf angewiesen, dass die Menschen, die uns umgeben, uns diese Orientierung vermitteln. Die wesentliche Orientierung, die uns trägt, ist die Orientierung zur Person:

- Wer bin ich?
- Was zeichnet mich aus?
- Bin ich liebenswert?

Diese Fragen begleiten uns unser ganzes Leben. Sind diese Fragen nicht zufrieden stellend beantwortet, können wir uns auch anderen Herausforderungen nicht gut stellen. Ein freundliches Gesicht, eine warme, herzliche Stimme und körperliche Nähe geben Antwort auf diese Fragen. Gesicht und Stimme signalisieren dem Säugling, dass seine Eltern gern bei ihm sind, er liebenswert ist. Die körperliche Nähe (die so genannte „love-distance“) erleichtert dem Säugling zu wissen, dass er gemeint ist. Säuglinge können noch nicht gut in die Ferne fokussieren, sie können bei mehreren Personen auch nicht gut differenzieren, wer gerade für sie wichtig ist: Sie benötigen Eindeutigkeit. Damit ist auch Kontakt in Augenhöhe als Ausdruck von Respekt verbunden. Auf diese Weise erhält ein Säugling immer wieder die Information, geliebt zu werden, wichtig und gut zu sein und kann darauf aufbauend ein Gefühl von Sicherheit und Selbstbewusstsein entwickeln. Dies ermöglicht es ihm, sich auch der Welt zuzuwenden und diese aktiv kennen zu lernen.

Die „love-distance“, die wir auch geliebten Menschen gegenüber einnehmen, beträgt im Durchschnitt ca. 30 cm.

3.1. Benennen von Handlungen

Bei der weiteren Beobachtung wird deutlich, wie Eltern in vorgegebenen Handlungssituationen, z. B. Waschen, Anziehen, Füttern, immer wieder eine klare Struktur vermitteln. Sie machen Anfang und Ende der Handlung mit Worten deutlich wie beispielsweise „Jetzt geht's los! So! Achtung!“ zu Beginn und „Geschafft! Das war's! Prima! Hervorragend gemacht!“ am Ende. Damit erhält das Kind eine klare Information, wann eine Herausforderung ansteht und wann es sich wieder entspannen kann. Während der Handlung benennen Eltern in kleinen Schritten, was sie jeweils tun. Wenn sie das Gesicht waschen, begleiten sie ihre Handlung mit Worten wie „Ich fange bei der Wange an, jetzt wasche ich die Augen und die Nase kommt auch dran. Und zum Schluss der Mund...“ Auf diese Weise erfährt das Kind, wie sich eine Handlung zusammensetzt, was alles dazu gehört und ganz nebenbei lernt es Sprache und entwickelt Körperbewusstsein.

3.2. Positive Leitung

Nach und nach geben Eltern ihrem Kind in solchen Situationen auch die Möglichkeit mitzuarbeiten. Dies tun sie in Form so genannter positiver Leitung. Sie warten nicht, bis das Kind etwas falsch macht und korrigieren anschließend, sondern geben ihm frühzeitig die notwendige Information, die es benötigt, um den nächsten Schritt zu tun („Jetzt kannst du den Arm in das Ärmelloch stecken – ja, genau!“). Wir finden hier ein wichtiges Element des Respekts, indem dem Kind in Situationen, in denen es noch Anleitung braucht, diese rechtzeitig und in positiver, d.h. zielgerichteter Weise gegeben wird. Bestätigen die Eltern abschließend das Verhalten des Kindes, so geben sie ihm damit Kriterien an die Hand, die es ihm später ermöglichen werden, sich selber zu bestätigen.

3.3. Dialogisierung zwischen Eltern und Kind

Und während der ganzen Handlung bleiben die ersten drei Elemente – freundliches Gesicht, freundliche Stimme, körperliche Nähe – präsent und vermitteln immer wieder die Botschaft „Du bist in Ordnung; es ist schön, dass es dich gibt und genau um dich geht es im Moment!“ Auf diese Weise nehmen Eltern auch die Reaktionen ihres Kindes wahr und können darauf reagieren, indem sie benennen, was das Kind von sich gibt. Dies kann bedeuten, dass sie Laute des Kindes wiederholen und variieren und auf diese Weise so etwas wie einen ersten Dialog in Gang setzen. Sie signalisieren ihrem Kind damit, dass es ein interessanter Gesprächspartner ist und seine Worte ernst genommen werden.

3.4. Modell für schwierige Situationen

Zeigt das Kind Emotionen, so werden diese ebenfalls von den Eltern benannt. Damit erhält es neben der Bestätigung – es ist in Ordnung, wenn ich mich freue, ärgerlich bin usw. – Worte für diese Emotionen; etwas, was ihm später helfen wird, sich in emotionalen Situationen selber zu strukturieren und zu organisieren. Nicht jedes Kind mag es, gewaschen, angezogen usw. zu werden. Unterstützende Eltern nehmen dieses wahr, benennen es auch, nehmen aber auch ihre Verantwortung wahr und machen deutlich, dass diese ungeliebte Handlung jetzt erforderlich ist. Sie vermitteln ihrem Kind damit ein Modell, wie schwierige Situationen durchgestanden werden können.

3.5. Das freie Spiel

Für Kinder hat das freie Spiel eine große Bedeutung. Dieses unterscheidet sich in wesentlichen Aspekten von den zuvor beschriebenen so genannten strukturierten Situationen. Im freien Spiel geht es darum, dass das Kind sich selbst kennen lernt, sich ausprobiert und eigene Initiativen zeigt. Auch wenn viele Eltern dazu neigen, im gemeinsamen Spiel mit ihren Kindern eigene Ideen einzubringen und umzusetzen, ist dies nicht entwicklungsfördernd. Kinder brauchen Eltern, die die Verantwortung für eine Spielsituation bei ihnen belassen, die die kindlichen Ideen und Initiativen wahrnehmen, benennen und darauf eingehen und damit signalisieren, dass sie an der Welt des Kindes interessiert sind und dem Kind Worte geben für das, was es tut. Nach und nach lernt das Kind durch dieses Vorbild, sich, seine Gedanken und Handlungen selbst zu benennen. Auf diese Weise entwickelt sich im wahrsten Sinne des Wortes Selbstbewusstsein. Wenn es älter wird, wird ein Kind, welches gelernt hat, sich selber auszudrücken, auch in der Lage sein, damit in sozialen Kontakt zu anderen Menschen zu treten (z. B. auf dem Spielplatz: „Ich gehe jetzt auf die Rutsche – wer geht mit?“ oder – einige Jahre später: „Ich möchte gerne ins Kino – wer hat Lust mitzukommen?“)

4. Marte Meo – ein Modell für die Pflege?

Auch in der Pflege kann Marte Meo eine hilfreiche Methode sein, beispielsweise um die pflegerische Praxis zu optimieren oder mögliche Kommunikationsprobleme zwischen Pflegenden und Patienten zu verbessern. Wie oben angesprochen dienen als Grundlage der Marte Meo-Anwendung alltägliche Situationen, die auf Video aufgenommen werden: in diesem Fall eine spezifische Pflegesituation. Die Videos werden in der Begegnung zwischen Pflegenden und Patienten oder auch den Angehörigen aufgenommen, wobei der Fokus auf der Interaktion liegt. In einem nächsten Schritt werden die Aufnahmen einer Interaktionsanalyse hinsichtlich der Entwicklungsbedürfnisse der

Patienten und der sichtbaren pflegerischen Kompetenzen unterzogen. Es werden jeweils kleine Arbeitspunkte herausgearbeitet, die mit dem Anliegen der Pflegenden eng verknüpft sind und die an Fähigkeiten anknüpfen, die bereits (in Ansätzen) sichtbar sind. Daraus entwickelt sich eine Aufgabe oder Anregung, die die Pflegenden bis zur nächsten Videoaufnahme ausprobieren können. Die nächste Aufnahme wird dann zeigen, ob die Aufgabe passend und für die Pflege leistbar war und inwiefern sie den gewünschten Erfolg in der Situation für den Patienten mit sich gebracht hat.

Durch die Betrachtung der Aufzeichnungen, des Fortschritts der Patienten und der Beobachtung der eigenen Person werden die Pflegenden selbst zum Modell. Sie beobachten sich selbst in dem, was sie tun, was ihnen gelingt, was sie anwenden oder gebrauchen können und was ihnen bereits an anderer Stelle gelungen ist. Sie sehen sich von außen, wie sie in der jeweiligen Filmsequenz auf die Patienten reagieren und worauf sie reagieren. Anhand der Videobilder können konkrete Informationen über die Entwicklungsbedürfnisse der Patienten sowie praktische Möglichkeiten der Entwicklungsförderung vermittelt werden. Diese Informationen werden nicht allgemein, sondern in einer angemessenen Sprache sehr spezifisch vermittelt, d.h. zugeschnitten auf das Verständnis und die Bedürfnisse in dieser konkreten Pflegesituation und bezogen auf konkretes Verhalten. Die Marte Meo-Methode hat damit immer beides im Blick: die Förderung der Entwicklung des Patienten bzw. dessen Angehörige und die begleitende Förderung pflegerischer Kompetenzen.



..... Marte Meo – Gelungene Kommunikation fördern durch Training der Wahrnehmung

..... Marte Meo bei Menschen mit Demenz: Einsatz der Methode und organisatorische Rahmenbedingungen. Ergebnisse einer Hospitation in Norwegen

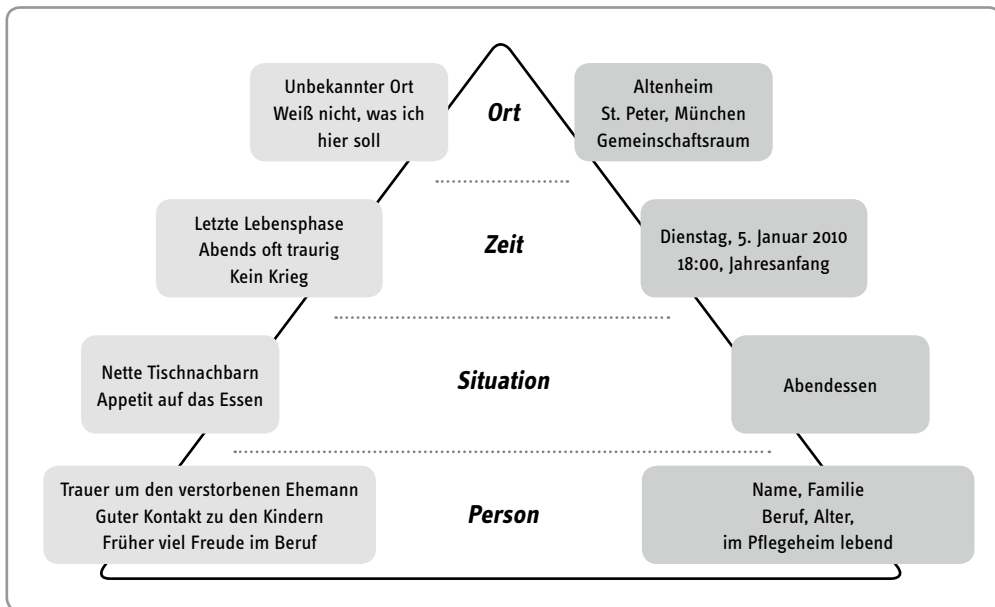
..... Dr. Ursula Becker, systemische Familientherapeutin in eigener Praxis

Während die videobasierte Kommunikations- und Beratungsmethode Marte Meo in Deutschland vorwiegend im Bereich der Jugendhilfe Anwendung findet, wird sie in anderen Ländern auch in Schulen, Krankenhäusern oder Senioreneinrichtungen eingesetzt. Im Rahmen einer von der Robert Bosch Stiftung geförderten Hospitation in Norwegen konnten wichtige Erkenntnisse für den Einsatz der Methode bei Menschen mit Demenz gewonnen werden.

1. Marte Meo als Lösungsansatz im Umgang mit kommunikationseingeschränkten Menschen

Im Rahmen meiner systemisch-familientherapeutischen Ausbildung habe ich das Verfahren Marte Meo kennen gelernt. Bei dieser von der Niederländerin Maria Aarts zunächst für die Erziehungsberatung entwickelten Methode werden alltägliche Situationen zwischen Erziehenden und Kindern mittels Videokamera aufgezeichnet und anschließend gemeinsam analysiert, um die Stärken der Handelnden zu erkennen und hervorzuheben (vgl. Artikel Mette Isager/Dr. Ursula Becker). Durch dieses ressourcenorientierte Vorgehen gelingt es in vielen Fällen, die Kommunikation zwischen Erziehenden und Kindern zu verbessern, da das Medium Video Einblicke eröffnet, die sich den Betroffenen auf einer sprachlichen Ebene oft verschließen.

Besonders in Skandinavien wird die Marte Meo-Methode, die als pragmatisch, kostengünstig und erfolgreich gilt, nicht nur im erziehungsberaterischen Kontext eingesetzt, sondern auch auf den Umgang mit Menschen mit Demenz übertragen. Denn durch die eingeschränkte verbale Kommunikation der Betreuten werden Pflegenden häufig vor erhebliche Probleme gestellt. Mit Hilfe der Marte Meo-Methode gelingt es in vielen Fällen, den Pflegekräften in positiv verstärkender Form Hilfestellung in der Kommunikation zu geben.



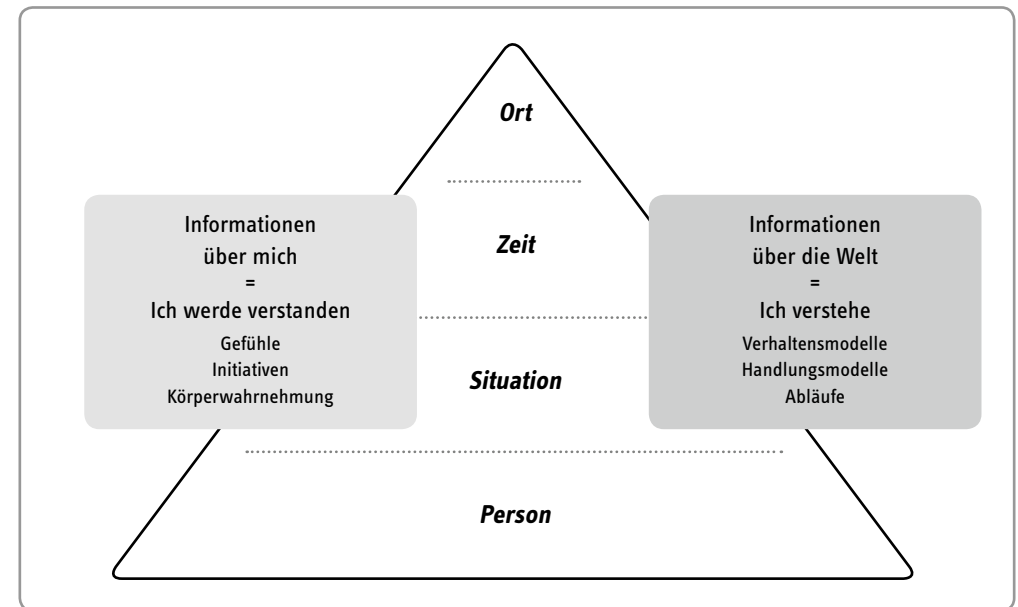
Um mehr über diesen in Deutschland praktisch unbekanntem Anwendungskontext zu erfahren und zu erleben, wie die praktische Umsetzung stattfindet, entschied ich mich für eine Hospitation im Rode Kors Sykehjem in Norwegen, eine Einrichtung in der mit der Marte Meo-Methode erfolgreich gearbeitet wird. Im Zentrum stand dabei die Frage, wie sich Marte Meo auf die Altenpflege, speziell auf den Einsatz in der Betreuung von Menschen mit Demenz übertragen lässt und wie sich dieses erklärt.

2. Marte Meo und Demenz

Menschen mit Demenz haben viele Fähigkeiten verloren; das Wissen um alltägliche Handlungen und um Verhaltensmodelle ist oft nur noch bruchstückhaft vorhanden. Aber auch das Wissen um die eigene Person wird fragmentarisch. Entsprechend benötigen auch sie immer wiederkehrend sowohl die Bestätigung als Person als auch die immer kleinschrittiger werdende Begleitung in Alltagssituationen. Es geht nicht mehr um Orientierung über die Zeit, sondern um Orientierung im Moment.

2.1. Orientierung

Orientierung vermittelt mir Sicherheit und eine Vorstellung meiner Möglichkeiten. Beides brauchen Menschen mit Demenz. Entsprechend dem Satz von Karl Jaspers „Heimat ist da, wo ich verstehe und wo ich verstanden werde“ geht es darum, Menschen mit Demenz wieder eine Heimat zu geben. Sie haben ihre Heimat, die Selbstverständlich-



keit in Bezug auf sich als Mensch und in Bezug auf die Welt um sie herum verloren. Wir können versuchen, über Wohnraumgestaltung, Biographiearbeit u. a. die konkrete Heimat wieder lebendig werden zu lassen. Was sie aber mindestens genauso notwendig brauchen, ist das Gefühl von Heimat in jedem einzelnen Moment. Und dieses Gefühl speist sich aus der Erfahrung, verstanden zu werden (persönliche Ebene) und zu verstehen (Handlungen, Abläufe usw.). Auf beides gibt Marte Meo eine Antwort, indem die wesentlichen Elemente des natürlichen Entwicklungsunterstützungsmodells auf den Umgang mit Menschen mit Demenz übertragen werden.

Schaut man sich diese Dualität von persönlicher und sachlicher Ebene, von Verstanden werden und Verstehen an den vier Ebenen der Orientierung genauer an, so sieht dies beispielhaft für einen fiktiven Altenheimbewohner folgendermaßen aus (siehe Abbildung 1 und 2). Auf der rechten Seite der beiden Abbildungen finden wir Informationen, die es ermöglichen, die Welt zu verstehen; Fakten, die weitgehend neutral sind. Auf der linken Seite finden wir hingegen Informationen über diesen Menschen ganz persönlich, in einer Kombination, wie sie einzigartig für jeden ist. Beide Seiten sind wichtig, um orientiert zu sein. Bezogen auf den zitierten Satz von Karl Jaspers kann man sie folgendermaßen beschreiben:

Als Erwachsene und nicht dementiell Erkrankte haben wir gelernt, diese Bereiche häufig zu trennen. Im persönlichen Kontakt mit Menschen, die uns nahestehen, erfahren wir das Gefühl, verstanden zu werden. Und in sachlichen, z. B. beruflichen Situationen, geht es vorwiegend darum, Handlungs-, Verhaltensmodelle umzusetzen und zu verstehen. Gelingt uns dies in bestimmten Bereichen nicht, nutzen wir unsere Handlungs-

Abb.1 (links)
Vier Ebenen der Orientierung beispielhaft für einen fiktiven Altenheimbewohner

Abb.2 (rechts)
Eine Darstellung von Fakten und Informationen zur Orientierung

möglichkeiten. Wir suchen z. B. aktiv Freunde auf, erinnern uns an frühere angenehme Situationen und holen uns in handlungsbezogenen Situationen Hilfe, indem wir fragen, nachlesen u. a.

Die beschriebene Trennung ist Menschen mit Demenz zunehmend weniger möglich. Aufgrund der tiefen Verunsicherung hinsichtlich der eigenen Person sind sie darauf angewiesen, auch in eigentlich handlungsbezogenen Situationen immer wieder als Person bestätigt zu werden. Maria Aarts hat hierzu die Regel „Kontaktmoment – Aktionsmoment“ aufgestellt. Damit beschreibt sie die Notwendigkeit, vor jeder Handlung zunächst Kontakt herzustellen. Erst wenn die grundlegende menschliche Frage „Bin ich liebenswert? Bin ich von Bedeutung?“ geklärt ist, kann ein Mensch mit Demenz – so wie jeder Mensch – sich anderen Dingen zuwenden. Und diese Frage müssen wir ihm beantworten; er selbst kann nicht mehr dafür sorgen.

Und genau an dieser Stelle können wir das unterstützende Verhaltensmodell, welches wir aus dem Umgang mit Säuglingen kennen, nutzen. Während der Säugling die Fähigkeit, sich selbst zu orientieren, noch nicht erworben hat, hat der Mensch mit Demenz diese Fähigkeit wieder verloren. Er kann immer weniger Zusammenhänge herstellen. Im Gegensatz zu einem Säugling verfügt ein Mensch mit Demenz allerdings über eine eigene Geschichte, die wir anhand unserer biographischen Kenntnisse mit nutzen können. Dies stellt einen großen Schatz dar.

Schaut man sich Videos aus der Altenpflege an, so findet man tatsächlich in gelungenen Situationen all die zentralen Marte Meo-Elemente und wir sehen, wie der Mensch mit Demenz davon profitiert.

2.2. Wie wirkt Marte Meo?

Beim Lesen des zuvor Gesagten werden die meisten Leser häufig gedacht haben, dass dies nichts wirklich Neues darstellt und sie, sofern sie in der Altenpflege tätig sind, genau dies auch tun ohne je von Marte Meo gehört zu haben. Die Leistung von Maria Aarts besteht auch nicht darin, diese Elemente einzeln entdeckt zu haben, das haben andere vor und nach ihr ebenfalls, sondern die Komplexität des menschlichen Verhaltens auf das Wesentliche reduziert und sie in konkretes Handeln in alltäglichen Situationen zu haben und mit Bildern zu versehen.

Damit stellt das Video das wichtigste Handwerkszeug von Marte Meo dar. Genutzt werden Szenen aus alltäglichen Situationen, z. B. Essenssituationen und Pflegemaßnahmen. Die Marte Meo-Therapeutin analysiert ein solches Video und kann darin sowohl die vorhandenen als auch die noch zu entwickelnden Fähigkeiten aller Beteiligten erkennen.

Der Beratungsprozess arbeitet konsequent mit gelungenen Bildern. Von der Marte Meo-Therapeutin werden Szenen ausgesucht, in denen klassische Marte Meo-Elemente, wie „gutes Gesicht, freundliche Stimme“, „Benennen“, „Anfang und Ende deutlich machen“, „Bestätigen“ u. a. deutlich werden und es dadurch den Angehörigen, Pflegenden gelingt, gut auf die Bedürfnisse des/der Erkrankten einzugehen und zu

dessen sichtbaren Wohlbefinden zu führen. Diese „guten Momente“ werden gezeigt, als Standbild groß gemacht und den um Rat Fragenden in drei Schritten erläutert, wann, d. h. in welcher Situation, sie was genau tun und wozu dies wichtig ist. Dieses dreistufige Vorgehen nennt Maria Aarts das „3W-Beratungsprinzip“. Es vermittelt konkrete Information über hilfreiches Verhalten, passende Situationen und die erforderliche Hintergrundinformation. Angehörige/Pflegende erhalten dadurch nicht nur eine Bestätigung ihres Handelns, sondern sie können auch neue Ideen entwickeln, in welchen Situationen dieses Verhalten noch hilfreich sein könnte. Dies schafft auf Dauer Unabhängigkeit von der Beraterin im Sinne eines Coachings. In Situationen herausfordernden Verhaltens gelingt es auch immer häufiger, die „Botschaft hinter dem Verhalten“ (z. B. „Ich habe noch nicht verstanden, worum es hier geht.“, „Ich fühle mich nicht mehr wahrgenommen“, „Ich brauche mehr Zeit“ usw.) zu entschlüsseln. Ein Marte Meo-Beratungsprozess umfasst üblicherweise drei bis fünf Sitzungen im Abstand von mehreren Wochen. In jeder Sitzung steht ein Marte Meo-Element im Vordergrund. Begonnen wird da, wo es am leichtesten ist. Dies motiviert zum Ausprobieren, zur Weiterentwicklung. Es geht darum, Schritt für Schritt vorwärts zu kommen. Jedes Mal dient ein neues Video als Arbeitsgrundlage, in welchem zunächst die seit der letzten Sitzung gemachten Erfolge verdeutlicht werden. Die Ratsuchenden kommen auf diese Art und Weise in Entwicklungsstimmung. Fehler, Defizite werden nicht thematisiert, da sie demotivieren und nicht weiterbringen. Wenn ich weiß, dass etwas nicht hilfreich war, weiß ich deshalb noch lange nicht, was helfen könnte.

3. Wie kommt Marte Meo in die Institution?

Gerade Altenpflegeeinrichtungen mit ihrem hohen Anteil dementiell veränderter Bewohner können von Marte Meo sehr profitieren. Heißt das, von jedem Bewohner ein Video anzufertigen? Das wäre nicht leistbar und nicht sinnvoll und ist auch nicht erforderlich. Die Erfahrung zeigt, dass wir das, was wir bei einem Video lernen, in kurzer Zeit in anderen, vergleichbaren Situationen mit anderen Erkrankten anwenden. Eine Generalisierung findet also automatisch statt.

Vielmehr ist es sinnvoll, eine schwierige Situation mit einem Bewohner zu nutzen, um die Arbeit mit Marte Meo zu verdeutlichen. Durch die einfache, konkrete Sprache ist dieser Ansatz allen in der Altenpflege tätigen Berufsgruppen leicht zu vermitteln. Sind die ersten Erfolge sichtbar, besteht meist Interesse an einer Basisschulung der MitarbeiterInnen in Form eines Praktikerkurses (6 Tage im Verlauf von ca. ½ Jahr), um Schritt für Schritt alle wesentlichen Elemente kennenzulernen, im eigenen Berufsalltag verstärkt wahrzunehmen und umzusetzen. Anhand von Videos aus dem eigenen Arbeitskontext wird der Erfolg sichtbar gemacht.

Darauf aufbauend gibt es die Möglichkeit, sich zum Marte Meo-Therapeuten bzw. Marte Meo-Fachberater weiter zu qualifizieren. Werden einzelne MitarbeiterInnen aus

der Einrichtung entsprechend ausgebildet, kann in der Folge die Marte Meo-Beratung im Haus selbständig erfolgen. „Aus eigener Kraft“ gilt auch in dieser Beziehung. Die weitergehende Qualifizierung zum Marte Meo-Supervisor ist dann verbunden mit der Befähigung, selbständig auszubilden.

Damit ist zugleich ein Modell des Respekts verbunden. Entwicklungsunterstützung bedeutet nicht Kompensation; worauf wir zusätzlich bauen können, ist die Lebensgeschichte und sind die Erinnerungen, über die Menschen mit Demenz verfügen. Die Schwierigkeit besteht für sie darin, diese Erinnerungen sinnvoll mit der Gegenwart zu verknüpfen. Dazu sind sie auf Hilfe von außen angewiesen und wir können sie darin unterstützen, indem wir Biographiearbeit ernst nehmen und versuchen, Zusammenhänge herzustellen.



..... „Berührungen sind Nahrung für das Gehirn“ –
Das Castillo Morales-Konzept

..... Das Castillo Morales-Konzept – Chancen und Grenzen

..... *Angela Hoffmann-Keining, Logopädin und Lehrtherapeutin für das
Castillo Morales-Konzept, Castillo Morales Vereinigung e.V., Rodgau*

Das Castillo Morales-Konzept ist ein umfassendes, neurophysiologisch orientiertes Therapiekonzept für Kinder und Erwachsene mit kommunikativen, sensomotorischen und orofazialen Störungen. Im Gegensatz zu anderen Therapiekonzepten bezieht das in Argentinien entwickelte Konzept die Philosophie und Anthropologie lateinamerikanischer Ureinwohner mit ein. Respekt vor der Person des Gegenübers und das Vertrauen in seine Fähigkeiten und Möglichkeiten bilden die Basis der therapeutischen Arbeit. Auf dieser Grundlage werden die Kommunikations- und Handlungsfähigkeiten der Patienten immer wieder positiv verändert und an alltagsrelevante Situationen angepasst.

1. Das Castillo Morales-Konzept

Betrachtet man den Titel dieses Aufsatzes: „Berührungen sind Nahrung für das Gehirn“ ergeben sich unterschiedliche Fragen: Berühren – berührt werden, wie werde ich berührt oder berühre ich? Welche Rolle spielt bei diesem taktilen Dialog die innere und äußere Haltung des Therapeuten und des Gegenübers? Welche manuellen Techniken wähle ich zu welcher Zeit, in welchem Tempo und mit was für einem Ziel? All diese Aspekte finden sich in der Auseinandersetzung mit dem Castillo Morales-Konzept.

1.1. Manuelle Techniken

Im Castillo Morales-Konzept werden als manuelle Techniken Berührung, Druck, Zug und Vibration genutzt. Dies geht jedoch über die reine Aktivierung der Haut, Gelenks- und Vibrationsrezeptoren hinaus, die TherapeutInnen treten über Berührung in Kontakt mit dem Gegenüber, denn Sinnesreize bzw. Berührungen sind, wie Zimmer (1995) ausführt „Nahrung für das Gehirn“.

Wir arbeiten häufig in engem Körperkontakt mit dem Kind/Patienten, um so mit ihm in Kommunikation/Dialog zu kommen, denn die Kommunikation ist das Wichtigste von allem - „Lo primero del primero es la comunicación“.

*Dr. R. Castillo Morales
ist in Argentinien geboren und aufgewachsen.
Nach seinem Studium der Medizin absolvierte er in Spanien seine Ausbildung zum Rehabilitationsarzt.
In Argentinien arbeitete er viele Jahre als Leiter des Rehabilitationszentrums Centro Modelo de Reeducacion in Cordoba, wo er sein Konzept stetig weiterentwickelte. Seit 1979 unterrichtet er zunehmend auch Europäer.*

Mögliche Ziele im Castillo Morales-Konzept

- Erweiterung der nonverbalen und verbalen Kommunikationsmöglichkeiten
- Zusammenarbeit mit den Eltern – Unterstützung der elterlichen Kompetenz
- Förderung der Eigeninitiative und Selbständigkeit
- Unterstützung der aktiven Aufrichtung und Bewegung
- Veränderung der Körperwahrnehmung und auch der intraoralen Wahrnehmung
- Aktivierung und Regulierung der orofazialen Funktionen, um so sekundäre Pathologien zu vermeiden
(z. B. Aktivierung der Muskulatur, Anbahnung des Saugens, Unterstützung des Prozesses der Kauentwicklung etc.)
- Tonusregulierung
- Stabilisierung der Atmung
- Veränderung bzw. Anpassung der Situation des Essens an die Fähigkeiten des Kindes und die Möglichkeiten der Bezugspersonen (Beratung über Löffel, Sauger, Hilfsmittel beim Essen, Positionen, etc.)

1.2. Ganzheitlichkeit des Konzeptes

Das Castillo Morales-Konzept ist ein ganzheitliches Behandlungskonzept auf neurophysiologischer Basis für sensomotorische und orofaziale, also den Mund und das Gesicht betreffende Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Es fußt auf dem Respekt vor dem Gegenüber und orientiert sich an dessen Fähigkeiten, nicht an seinen Defiziten. Seine Wurzeln liegen in der Anthropologie Lateinamerikas, die sein Autor, der Rehabilitationsarzt Dr. R. Castillo Morales, zur Grundlagenforschung und später für seine therapeutischen Grundideen herangezogen hat.

Durch die orofaziale Regulationstherapie (ORT) ist das Castillo Morales-Konzept vor 25 Jahren in Deutschland bekannt geworden. Seit 1997 unterrichtet Dr. Castillo Morales die ORT nicht mehr getrennt von der Neuromotorischen Entwicklungstherapie (NET), da eine Veränderung orofazialer Dysfunktionen ohne Einbeziehung der sensomotorischen Entwicklung, der Stabilisierung von Tonus und Haltung und der Einbindung in funktionelle Zusammenhänge nicht möglich ist.

2. Anwendungsgebiete des Konzeptes

Die Indikationen haben sich im Laufe der Jahre erweitert. Das ursprünglich für Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Kinder mit muskulärer Hypotonie entwickelte Konzept wird unter Berücksichtigung des orofazialen Schwerpunkts jetzt bei folgenden Indikationen eingesetzt:

- Kinder mit genetischen Syndromen und Muskelhypotonie
- Kinder mit retardierter sensomotorischer Entwicklung
- Kinder und Erwachsene mit zentralmotorischen Störungen und Mehrfachbehinderungen
- Patienten mit peripheren Paresen
- Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen
- Patienten nach Schädelhirntrauma und Koma

Dies berücksichtigt auch die besonderen Anforderungen an den Therapeuten, der das Konzept aufgrund seiner persönlichen beruflichen Erfahrung an Menschen mit zerebralen Bewegungsstörungen anpasst, um Teile davon zur Verbesserung der Kommunikationsmöglichkeiten und Erleichterung des Essens und Trinkens zu nutzen.

2.1. Befunderhebung

In Anlehnung an die Überzeugungen von Dr. Castillo Morales findet der erste Kontakt zwischen Eltern, Kind und Therapeuten auf der Ebene des Kindes, d. h. auf dem Boden und oft auch am Körper der Eltern statt. Dies ermöglicht dem Therapeuten, das Kind in einer für ihn sicheren Situation kennen zu lernen. Anhand der qualitativen Beobachtungskriterien für die unterschiedlichen Bereiche der kindlichen Entwicklung, der Anamnese und der funktionellen Untersuchung wird der Befund erstellt, der an erster Stelle die Fähigkeiten und nachfolgend die Besonderheiten und Schwierigkeiten des Kindes beschreibt. „Die Ausdrucksweise, die wir zur Beschreibung unserer Beobachtungen und unserer Arbeit mit Menschen benutzen, ändert/bestimmt die Art und Weise, wie wir über sie denken“ (Weiß 1992).

2.2. Personenzentrierte Therapieplanung

Unter Einbeziehung der Erwartungen, Bedürfnisse und persönlichen Ressourcen der Eltern werden mit ihnen gemeinsame Ziele/Teilziele (Beispiele siehe Abbildung links oben) für den weiteren Therapieverlauf erarbeitet.

Wir erarbeiten gemeinsam günstige Ausgangsstellungen und eine angemessene Gestaltung des Umfeldes, um so z. B. die Aufrichtereaktionen qualitativ zu verbessern und dadurch Einfluss auf den orofazialen Bereich nehmen zu können. Dies wird mit manuellen Behandlungstechniken, wie Berührung, Dehnung und vor allem Vibration (langanhaltend und intermittierend) und auch durch Aktivierung von sogenannten motorischen Stimulationszonen am Körper und im Gesicht unterstützt.

Im Hinblick auf Teilhabe im Alltag gilt es, Entwicklungspotentiale zu wecken, Eigenaktivität im Prozess der Selbständigkeitsentwicklung zu unterstützen und so dem Kind mit seiner Familie die Möglichkeiten zu geben, mit seinen Fähigkeiten und Schwierigkeiten individuell sein alltägliches Lebensumfeld zu gestalten.

Sensomotorik steht für die Verbindung von sensorischen und motorischen Leistungen und beschreibt die unmittelbare Steuerung und Kontrolle der Bewegungen aufgrund von Sinnesrückmeldungen. Wahrnehmung des Reizes durch ein Sinnesorgan und motorisches Verhalten stehen in einem direkten Zusammenhang und verlaufen parallel, wie zum Beispiel zwischen Auge, Ohr und der gezielten Steuerung von Arm-, Fußbewegungen beim Autofahren.

In der orofazialen Regulationstherapie (ORT) soll mit Hilfe der genannten Behandlungstechniken durch Tonusregulierung und Aktivierung auf die orofazialen Muskulatur eingewirkt werden, um so orofaziale Funktionen (Saugen, Schlucken, Speichelkontrolle, Kauen, Mimik) zu aktivieren.

2.3. Aufrichtung des Kindes am Körper der Eltern

In Anlehnung an die Beobachtungen der argentinischen Aborigines durch Dr. Castillo Morales werden Eltern ermuntert und begleitet, dem Kind spielerische Möglichkeiten zur Aufrichtung am eigenen Körper zu bieten. Mit Hilfe der Behandlungstechniken wie z. B. Vibration in physiologischer Gelenkstellung, werden dem Kind die Wahrnehmung von Körperbewegungen und der Körperlage im Raum (propriozeptive Erfahrungen) unter dem Einfluss der Schwerkraft vermittelt. Eine weitere besonders intensive Möglichkeit für Kommunikation, Körperkontakt, Spüren der eigenen Körpergrenzen und eine erste Form der Vertikalisierung bietet das Tragetuch.

Die schon in der Gebärmutter (intrauterin) zu beobachtenden distalen Impulse sind ein wichtiges Element in der sensomotorischen Entwicklung. Sie können von allen Körperteilen ausgehen und die Aufrichtung gegen die Schwerkraft unterstützen. Asymmetrische Zwischenpositionen können so besser erreicht und stabilisiert werden und wirken sich positiv auf den orofazialen Komplex aus. Durch ein individuell angepasstes Umfeld in Kombination mit ganzkörperlichem Modellieren und Aktivieren bzw. Regulieren der Muskelketten sowie der Nutzung bzw. Aktivierung der motorischen Zonen des Körpers werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, damit das Kind diese distalen Impulse in seinem Alltag einsetzen kann. Dies wird insbesondere beim Essen und Trinken berücksichtigt.

3. Therapieplanung bei Essstörungen

Bedingt durch den orofazialen Schwerpunkt des Castillo Morales-Konzeptes werden häufig Kinder und Patienten mit entsprechender Problematik und meist auch Schwierigkeiten beim Essen vorgestellt. Für die Therapieplanung ist es elementar, die Situation des Essens jedes einzelnen Kindes oder Erwachsenen zu beobachten. Dazu gehört ebenso wie die Überprüfung der anatomischen Strukturen und der physiologischen Funktionen des orofazialen Komplexes die Beobachtung der Haltung, der Kommunikation und Interaktion, der Motivation, soziokultureller Aspekte und der Wahrnehmungsleistungen. Ausgehend von diesen Beobachtungen werden Hypothesen gebildet, kleine Veränderungen vorgenommen und die Aktivität des Kindes bzw. Patienten wieder beobachtet.

Um nicht direkt in dem oft schon mit negativen Erfahrungen belasteten Gesichtsbereich zu arbeiten, beginnen wir mit unserer manuellen Arbeit mit dem Körper, den Händen und Füßen und wirken so indirekt auf den Mundbereich ein. Dies betrifft ganz besonders die Kinder, die ihren Mundraum und das Gesicht nicht ohne Hilfe mit ihren eigenen Händen erfassen bzw. begreifen können. Der Wunsch nach Partizipation am Alltag beinhaltet als vorrangiges Ziel, den Kindern durch die Erweiterung ihrer Fähigkeiten die besten Voraussetzungen für selbständiges Essen zu bieten. Hierfür werden im Sinne von bottom up-Prozessen die muskulären Funktionen gestärkt, Bewegungsübergänge

erspürt und mit Hilfe der therapeutischen Techniken begleitet. Dies alles erfolgt unter Einbeziehung und im ständigen Austausch mit den Erwartungen und Wünschen der Eltern.

Die Situation des Essens soll möglichst harmonisch und stressfrei für Eltern und Kind sein und wird daher, wenn möglich, nicht durch therapeutische Manipulationen gestört, sondern im Hinblick auf Freude, Genuss, Motivation und vor allem Selbständigkeit beim Essen unterstützt. Dies wird bei der Auswahl und Anpassung der Hilfsmittel, der Wahl der Ausgangsstellung und vorbereitenden Übungen zur Erleichterung des Essens und Trinkens berücksichtigt. Bei der Arbeit am orofazialen Komplex muss bedacht werden, dass der Mund- und Gesichtsbereich zu den sensibelsten, verletzlichsten und intimsten Zonen unseres Körpers gehört (Haberstock 2005).

Zur Aktivierung von Zunge und Lippen kann zusätzlich zusammen mit den Übungen zur Unterstützung der orofazialen Funktionen als weiteres Hilfsmittel eine Gaumenplatte individuell für das Kind/ den Patienten angepasst werden. Dies erfolgt nach strengen Indikationskriterien und immer in Zusammenarbeit von KieferorthopädInnen und TherapeutInnen.

4. Weiterbildungsmöglichkeiten in Deutschland

Die Castillo Morales Vereinigung e.V. bietet Einführungswochenenden und sechs-wöchige Grundkurse über „Das Castillo Morales-Konzept“ in Deutschland an. Diese werden im interprofessionellen Team von Dr. Castillo Morales und von ihm ausgebildeten LehrtherapeutInnen geleitet. Voraussetzung ist eine Ausbildung als PhysiotherapeutIn, ErgotherapeutIn, LogopädIn, SprachheilpädagogIn oder ÄrztIn sowie eine mindestens zweijährige ganztägige Berufserfahrung in der Arbeit mit neurologisch auffälligen Kindern und Erwachsenen. Themenspezifische Refresherangebote ergänzen die Grundkursausbildung. Zur Qualitätssicherung und vor allem zum fachlichen Austausch unter den Castillo Morales-TherapeutInnen haben sich in ganz Deutschland Arbeitskreise gebildet.

Im Rahmen der Kurse ist es dem Lehrtherapeutenteam ein großes Anliegen, den Therapeuten neben den manuellen Behandlungstechniken und dem methodischen Vorgehen ganz besonders das Menschenbild der lateinamerikanischen Anthropologie im Umgang miteinander zu vermitteln.

„Zusammen mit den Kindern fügen wir uns ein, wir lassen ihre Hände frei, wenn sie so weit sind selbständig zu sein und selbst zu entscheiden, wenn es an der Zeit ist „Auf Wiedersehen“ zu sagen“ (Dr. Rodolfo Castillo Morales).



..... „Berührungen sind Nahrung für das Gehirn“ –
Das Castillo Morales-Konzept

..... Einsatz des Castillo Morales-Konzeptes im stationären und ambulanten Bereich – Ergebnisse einer Hospitation in Argentinien

..... Tina Brodisch, Logopädin, Castillo Morales-Therapeutin,
Logopädisches Therapiezentrum am Waldkrankenhaus, Erlangen

Wie wird das Castillo Morales-Konzept im ambulanten und stationären Bereich in Córdoba, Argentinien, eingesetzt? Eine von der Robert Bosch Stiftung geförderte Hospitation in der Clínica Castillo Morales zeigte, dass Angehörigenarbeit, Alltagstransfer und eine gute Gestaltung der Umgebung an den Patienten zentrale Themen in der Behandlung eines Patienten sein müssen, um eine effektivere Therapie und eine nachhaltige Verbesserung der Symptome des Patienten zu gewährleisten.

1. Ausgangssituation in Deutschland

Das Castillo Morales-Konzept wird von einem humanistischen Menschenbild und der ganzheitlichen Behandlung des Patienten unter Einbeziehung seiner Individualität und seiner Umwelt geprägt (vgl. Artikel Angela Hoffmann-Keining). Dies ist ein Ideal, das in Deutschland nur schwer erreichbar scheint: Das Streben nach Effektivität und Effizienz unterbindet kreative Behandlungsansätze, denn die meist strikte Trennung von Therapie und Alltag des Patienten lassen ein integratives Arbeiten und einen Transfer der Behandlungsinhalte nicht zu. Vielmehr steht ein „Reparieren“ des Patienten im Vordergrund. In der freien Praxis arbeitet jede Therapeutendisziplin unabhängig und sieht dadurch nur die fachspezifischen Problematiken, einfach zu erreichende interdisziplinäre Ziele werden nicht erkannt.

Die finanziellen Mittel in Argentinien, dem „Geburtsland“ des Castillo Morales-Konzeptes, sind noch knapper als hierzulande und dennoch scheint dort eine menschennähere und nachhaltigere Behandlung möglich. Die Hospitation in der Clínica Castillo Morales im argentinischen Córdoba, sollte klären, welche Aspekte und Strukturen nötig sind, um das Konzept auch in Deutschland in seiner Gesamtheit erfolgreich anwenden zu können.

2. Die Clínica Castillo Morales in Cordoba

Die Clínica Castillo Morales ist eine neurologische Rehabilitationsklinik mit ambulantem Rehabilitationszentrum im Stadtzentrum Córdoba. Es gibt acht Patientenzimmer mit jeweils zwei Betten für die stationären Patienten und deren Angehörige. Die Einrichtung der Klinik ist verglichen mit dem deutschen Standard deutlich älter und einfacher. Der Einsatz von Hygieneartikeln und Hilfsmitteln ist geringer als in Deutschland, dafür aber sehr bewusst. Es gibt zwei große Behandlungsräume, in denen bis zu fünf Patienten gleichzeitig behandelt werden. In der Klinik arbeiten neben Ärzten und Pflegepersonal mehrere Physiotherapeuten, Logopäden, Atemtherapeuten, Musiktherapeuten und Psychologen. Die Betreuung der schwer betroffenen Patienten aller Altersstufen ist sehr intensiv: Pro Patient bis zu acht Therapieeinheiten täglich. Die Angehörigen der Patienten sind rund um die Uhr mit in den Klinikablauf integriert.

3. Durchführung der Hospitation

Während der vierwöchigen Hospitation in der Klinik habe ich bei allen dort beschäftigten Berufsgruppen im stationären und ambulanten Bereich hospitiert und konnte selbst Co-Therapien und eigene Therapien durchführen. Ich konnte Therapieverläufe beobachten und die Philosophie und Behandlungskultur des Konzeptes und das fachübergreifende Arbeiten intensiv erleben. Als Logopädin mit dem Schwerpunkt Dysphagie (Schluckstörung) war ich vor allem an der Behandlung dieses speziellen Störungsbildes interessiert und habe beobachtet, wie das ganzheitliche und disziplinübergreifende Denken speziell auf die orofaziale Regulationstherapie angewandt wird.

4. Ergebnisse der Hospitation

4.1. Logopädische Therapie – patientenorientiert und alltagsnah

Im Rahmen der Hospitation in der Clínica Castillo Morales lernte ich eine ganzheitliche, patientenorientierte und alltagsnahe Therapie kennen. Im Vergleich zu Deutschland, wo häufig das Defizit und die Idee des „Reparierens“ im Vordergrund steht, wurden in Argentinien vor allem die Ressourcen des Patienten beobachtet und daran der Behandlungsplan erstellt. Die Förderung der Selbstständigkeit des Patienten ist stets oberstes Therapieziel. Diese Herangehensweise spiegelt den Umdenkprozess in der Rehabilitation wieder: Der ursprünglich störungs- und defizitorientierte Ansatz der International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH) der World Health Organisation (WHO) wurde überarbeitet und in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wird erstmals die gesellschaftliche Teilhabe des Menschen als therapeutisches Ziel beschrieben.

4.2. Humanistisches Menschenbild

Innerhalb der Klinik herrscht ein von Wertschätzung und Hilfsbereitschaft geprägter Umgang unter den Kollegen, der eine gute, interdisziplinäre Zusammenarbeit ohne hierarchisch bedingte Probleme fördert. Sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal und Therapeuten nehmen sich sehr viel Zeit für den einzelnen Patienten und seine Bedürfnisse. Jeder Patient wird in seiner Individualität wahrgenommen und beständig positiv in seinen Fortschritten bestärkt.

4.3. Kreative Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittel und Therapiematerial werden sehr vielseitig, kostengünstig und alltagsnah eingesetzt. Statt teuren Lagerungsmitteln aus dem Heilmittelkatalog werden Kissen und Handtücher verwendet. Statt Miniaturspielzeug werden Haushaltsgegenstände als Übungsmaterial verwendet. Jeder Patient erhält sein eigenes Atemgerät: Hergestellt aus einem Infusionsbeutel und einem Absaugkatheter. Die Lagerung, speziell der Kinder, findet häufig am Körper der Eltern statt, wodurch kein zusätzliches Material benötigt wird.

4.4. Essensbegleitung als Therapie

Etwa 90% der Patienten in der Clínica Castillo Morales leiden unter Schluckstörungen. Die Behandlung der Dysphagie erfolgt nach dem Grundsatz: „Schlucken lernt man durch Schlucken“. Aus diesem Grund wird der Patient bei jedem Essen von einem Therapeuten begleitet und unterstützt. In der Essenssituation werden Haltungskorrekturen vorgenommen, Hilfsmittel angepasst und Schlucktechniken geübt. Das Essen findet stets in einer Speisesaal mit dem Klinikpersonal und den Angehörigen statt, so dass der Patient statt Isolation Integration erlebt.

4.5. Durchführung von Co-Therapien

Im Rahmen einer schnittstellenübergreifenden Zusammenarbeit finden regelmäßig Co-Therapien statt, d. h. es arbeiten gleichzeitig zwei Therapeuten aus unterschiedlichen Fachrichtungen am Patienten. Die Effektivität in diesen Therapieeinheiten ist sehr hoch, da die Problemstellung des Patienten so gleichzeitig aus unterschiedlichen Blickrichtungen fokussiert wird. Auch die Abstimmung der Therapieziele findet interdisziplinär statt, was für den Patienten Klarheit und Struktur bringt.

4.6. Angehörigenarbeit

Die Arbeit mit Angehörigen ist eines der zentralen Themen in der Clínica Castillo Morales. Ehepartner, Eltern oder Geschwister eines Patienten sind vollkommen im Klinikalltag integriert und werden von allen Klinikmitarbeitern willkommen geheißen. Die Angehörigen werden bezüglich der häuslichen Pflege, Therapieinhalte oder möglicher weiterer Unterstützungsmöglichkeiten angeleitet und übernehmen im Verlauf selbstständig viele Aufgaben, die das Klinikpersonal in Folge entlasten. Aufgrund der ständi-



Abb.1

Patientenorientierte und alltagsnahe Therapie: Kissen als Lagerungsmaterial, Erarbeitung einer guten Sitzposition für eine Alltagssituation gemeinsam mit der Mutter, Übertragung therapeutischer Inhalte (Unterstützung der Kopfhaltung) direkt in die Situation.

gen Anwesenheit der Angehörigen ergeben sich viele spontane Übungssituationen, die direkt von den Therapeuten aufgegriffen und genutzt werden.

4.7. Alltagstransfer und Umgebungsgestaltung

Um bei den schwerbetroffenen Patienten auch nach dem Rehabilitationsaufenthalt längerfristige Verbesserungen zu erzielen, werden ausgewählte Therapieinhalte sobald wie möglich in den Tagesablauf integriert. Mit den Angehörigen werden gemeinsam Umsetzungsmöglichkeiten für die häusliche Umgebung erarbeitet. Auch im ambulanten Bereich spielt die Übertragung der Therapieinhalte in den Alltag des Patienten eine große Rolle. Fragen zum persönlichen Umfeld, zur Wohn- oder Essenssituation gehören selbstverständlich zur ganzheitlichen Therapie und verletzen die Privatsphäre des Patienten nicht.

5. Transfer in den Praxisalltag in Deutschland

Alle Beobachtungen und Erkenntnisse der Hospitation sind in einem völlig anderen Kulturkreis entstanden, weshalb eine direkte Übertragung der Inhalte vermutlich nicht zu erreichen ist. Die Erfahrung zeigt aber, dass es mit einer kleinschrittigen Herangehensweise und dem Mut zu Veränderungen durchaus möglich ist, ein Umdenken bei Patienten, Angehörigen und Kollegen zu erreichen. Es kann dabei ein erster Schritt sein, feste Strukturen zu lösen und die innere Haltung zu verändern.

Seit meiner Rückkehr aus Argentinien beziehe ich Mit-Therapeuten und die Angehörigen der Patienten stärker in die Therapie ein und stelle fest, dass die Bereitschaft zur Mitarbeit sehr groß ist. Mitunter können eine intensive Angehörigenberatung und eine Umgestaltung der Umgebung mit Hilfsmitteln aus dem Hausgebrauch sogar effektiver sein, als einmal wöchentlich „Hands-On“ bei dem Patienten zu leisten. Um das oberste Ziel, die Selbstständigkeit des Patienten zu erreichen, ist eine Übertragung der The-

rapieinhalte nur so möglich und bildet zudem die Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung der Symptome des Patienten.

In der Dysphagietherapie nimmt die Essensbegleitung einen größeren Raum als vor der Hospitation ein. Die Motivation der Patienten ist in einer konkreten Essenssituation mit ausgewählten Nahrungsmitteln und Konsistenzen höher als bei reinen Übungen z. B. zur Muskelkräftigung. Das Ergebnis sind schnellere Teilerfolge und der Patient fühlt sich schneller in der Lage, die in der Therapie erlernten Inhalte auch im Alltag zu üben und umzusetzen.

Für alle Therapien gilt, dass eine positive Bestärkung kleiner Fortschritte nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Therapeuten motivierend ist.

6. Ausblick

Ein afrikanisches Sprichwort besagt: „Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht“. In diesem Sinne kann die therapeutische Arbeit mit dem Castillo Morales-Konzept verstanden werden. Eine ständige Beobachtung, Reflektion und schrittweise Veränderung der Schwierigkeiten jedes individuellen Menschen und seiner stetigen positiven Bestärkung sind die Grundhaltungen einer menschnahen und patientenorientierten Therapie. Wenn es dann möglich ist, die Umgebung den Bedürfnissen des Patienten entsprechend optimal zu gestalten, werden gute Bedingungen geschaffen, eine nachhaltige Verbesserung seiner Symptome zu erreichen.



::::: Kognitive Stimulation durch Bewegung –
Das Perfetti Konzept

::::: **Kognitiv-therapeutische Übungen nach
Prof. Perfetti: Ein neurophysiologisches Behand-
lungsverfahren in der neurologischen, ortho-
pädischen oder chirurgischen Rehabilitation**

::::: *Birgit Rauchfuß, Ergotherapeutin, Praxis für Ergotherapie, Herten*

Bei eingeschränkter Mobilität, z. B. nach Schlaganfall, zielen klinisch etablierte Therapien vor allem darauf ab, bestimmte Bewegungsabläufe wiederzuerlernen. Der Ansatz des italienischen Arztes Prof. Perfetti setzt dagegen auf die Organisation bzw. Reorganisation des geschädigten Zentralen Nervensystems. Laut Prof. Perfetti beginnt die Bewegung nicht erst mit der Kontraktion des Muskels, sondern bereits mit der Bewegungsplanung im Gehirn. Mit gezielten kognitiv-therapeutischen Übungen soll die Hirnstruktur so angeregt werden, dass grundlegende Funktionen des Gehirns wieder aufgebaut werden, um die Bewegungskontrolle neu zu erhalten.

1. Einleitung

Prof. Carlo Perfetti entwickelte zu Beginn der 70er Jahre das Konzept der kognitiv-therapeutischen Übung hauptsächlich für die Behandlung von Patienten mit einer Halbseitenlähmung (Hemiplegie). Auslöser war die Unzufriedenheit mit den Therapieergebnissen bezüglich der Rehabilitation der Hand. Heute findet das Konzept vor allem Anwendung in der Behandlung von neurologischen, orthopädischen, chirurgischen und pädiatrischen Patienten.

Das Ziel dieser kognitiven Rehabilitation ist die Reorganisation des geschädigten und damit veränderten Zentralen Nervensystems. Für Prof. Perfetti steht die Qualität der Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeit in einem engen Zusammenhang mit der konkreten Aktivierung kognitiver Prozesse. Sie sollen ein möglichst physiologisches Bewegungsverhalten ermöglichen. Dies spiegelt sich auch in einem Grundgedanken der Theorie wider, in der er beschreibt, „dass Bewegung nicht mit der Muskelkontraktion, sondern mit der Bewegungsplanung im Gehirn beginnt“ (Perfetti in Beise, 2001, S. 282).

2. Entwicklung des Konzeptes und Grundlagen

Zu Beginn der Arbeit von Prof. Perfetti standen die Erforschung und Definition der sichtbaren Phänomene, „der spezifischen Motorik“ des Hemiplegiepatienten im Vordergrund. Die Therapie war darauf ausgerichtet, dem Patienten die Kontrolle der pathologischen Bewegung zu ermöglichen. In der Weiterentwicklung des Konzeptes wurde es zunehmend bedeutsam, den Patienten zu beobachten, wie er sich mit seiner Pathologie bewegt und auch die Gründe für die Art und Weise seiner Bewegung herauszufinden. Die Auseinandersetzung mit den durch die Läsion bedingten Veränderungen der Denkprozesse und aller Fähigkeiten, die den Erkenntnisprozess ermöglichen, wurde ein zentrales Forschungsthema. Daraus entwickelten sich weitere wichtige Befund- und Therapieinstrumente: das Profil des Patienten, die motorische Imagination, die verbale Beschreibung und die bewusste Erfahrung des Patienten während des Erkenntnisprozesses. Sie alle bilden auch heute aktuelle Forschungsschwerpunkte und haben die Anwendung der Übungen im Laufe der Jahre deutlich verändert.

2.1. Sichtweise der Rehabilitation

Entgegen auf die Körperfunktion reduzierter Anschauungsweisen der 70er Jahre bevorzugt Perfetti eine systemische Sichtweise des Menschen. Fähigkeiten wie Bewegung, Wahrnehmung und kognitive Leistungen werden nicht isoliert betrachtet und behandelt. Sie bilden eine funktionelle Einheit und erst durch das Zusammenwirken verschiedener Elemente ist der Mensch in der Lage, seinen Körper in unterschiedlicher Art und Weise zu organisieren und sein Verhalten variabel an die Bedingungen der Umwelt anzupassen (Perfetti, 2007, S. 242-244).

2.2. Kognitive Vision der Bewegung

Perfetti spricht vom Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen. Kognitiv kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „die Erkenntnis betreffend.“ Es bezeichnet Fähigkeiten des Menschen, die mit Wahrnehmung, Lernen, Erinnern und Denken, also der Erkenntnis- und Informationsverarbeitung im Zusammenhang stehen. Entscheidend für den Erkenntnisprozess ist die Wahrnehmung: Das Zentrale Nervensystem (ZNS) erhält unterschiedliche Informationen von Körper und Umwelt, die bedeutsam für die Planung und Durchführung der Bewegung sind. Der Erkenntnisprozess ist eine zentrale Fähigkeit des Menschen und deshalb ein zentrales Element der kognitiven Rehabilitation. Die Reorganisation des Systems und damit die Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit sind aber ohne Aufmerksamkeit nicht möglich. „Wenn die Rehabilitation sich dem Zentralen Nervensystem (ZNS) zuwenden soll, kann man nicht umhin, die Aufmerksamkeit des Patienten zu berücksichtigen“ (Perfetti, 1997, S. 43). Eine wichtige Frage während der Therapie ist daher, worauf der Patient seine Aufmerksamkeit richtet, um zu erkennen.

2.3. Der Körper als wahrnehmende Oberfläche

Im Rahmen des Konzeptes wird der Körper des Menschen als wahrnehmende Oberfläche und differenzierte Informationsquelle betrachtet (Perfetti, 1997, S. 53ff). Er bezieht sich hierbei u. a. auf die wissenschaftlichen Arbeiten von Strick & Preston (1982) und Gould (1986). Sie haben nachgewiesen, dass es im ZNS mehrfache Repräsentationen für Informationen gibt, die je nach Funktion und Interaktion aktiviert werden. Der Körper ist deshalb in der Lage, dem ZNS Informationen zu liefern und sich optimal in der Interaktion mit der Umwelt anzupassen (Perfetti, 2007, S. 12). Informationen, die vom Körper kommen, sind für den Wiederherstellungsprozess nach einer Läsion besonders wichtig. Aus diesem Grund werden Patienten im Rahmen der Übungen aufgefordert, die Augen zu schließen und ihre Aufmerksamkeit auf Informationen zu richten, die vom eigenen Körper kommen (Perfetti, 1997, S. 40).

Läsion steht für eine Verletzung oder Störung der Funktion eines Organs oder Körperteiles.

3. Analyse der Pathologie des Patienten

Die Grundlage jeder Behandlungs- und Übungsplanung ist die Auseinandersetzung mit der spezifischen Pathologie des Patienten. Dabei gilt es vor allem, die spezifische Motorik, das Profil und die mentalen Strategien des Patienten zu betrachten. Es ist wichtig, die Hindernisse zu identifizieren, die eine normale Interaktion mit der Umwelt unmöglich machen. Der Therapeut muss herausfinden, welche Prozesse und Strategien beim Patienten aktiviert werden müssen, um einen optimalen Lernprozess zu ermöglichen. Im Folgenden wird ein Überblick über die Definition der spezifischen Motorik des Hemiplegiepatienten gegeben.

Zirkumduktion steht für die halbbogenreisende Führung eines spastisch gelähmten Beins beim Gehen nach außen (bei Hemiplegie).

3.1. Die spezifische Motorik

Die traditionelle Rehabilitation hat bei der beurteilenden Beobachtung des Hemiplegikers das definierte Phänomen der „Spastizität“ in den Vordergrund gestellt. Perfetti vertritt jedoch die Ansicht, dass es sich dabei um einen Symptomenkomplex handelt. „Er setzt sich aus verschiedenen Phänomenen bei unterschiedlichen Ursachen zusammen (Perfetti, 1997, S. 79).“

In seiner Forschung definiert Perfetti diese im Rahmen der spezifischen Motorik. Es handelt sich dabei um die abnorme Reaktion auf Dehnung, die abnorme Irradiation, das elementare Schemata und das Rekrutierungsdefizit. Eine genaue Analyse der spezifischen Motorik ermöglicht dem Therapeuten, die Behandlung an den Patienten angepasst, strukturiert und genau auszuarbeiten.

3.2. Abnorme Reaktion auf Dehnung

Hierbei handelt es sich um eine abnorm betonte Reaktion auf Dehnung, deren Reizschwelle durch fehlende oder mangelnde Kontrolle vom ZNS stark herabgesetzt ist.

Beim passiven Bewegen eines Muskels entsteht ein erhöhter Widerstand (abnorme Reaktion) in den bewegten Muskeln. Die Ausprägung der Dehnung ist abhängig von der Lokalisation der Läsion und der Unterstützungsfläche, die dem Patienten zur Verfügung steht. Eine entscheidende Rolle spielt die Geschwindigkeit der Bewegung, je höher desto intensiver und schneller ist das Auftreten eines Widerstandes.

3.3. Abnorme Irradiation

Die abnorme Irradiation steht für die untypische Ausbreitung von Erregungen oder auch von Schmerzen. Sie ist die Strategie, auf die das ZNS zurückgreifen muss, wenn es überfordert ist. Dies ist dann der Fall, wenn von ihm eine Leistung abverlangt wird, zu deren Erfüllen es noch nicht fähig ist. Ein Beispiel: Beim Aufstehen des Patienten kommt es zur Beugung des betroffenen Armes.

Faktoren, die die Irradiation bei einem Patienten begünstigen können, sind zu schnelle, zu kraftvolle oder zu komplexe Bewegungen, Anstrengung, automatische Aktivitäten oder Aktivitäten der nicht betroffenen Extremität und emotionale Faktoren.

3.4. Elementare Schemata

Das elementare Schemata wird verstanden als unveränderliche, globale Bewegungsmuster infolge der Störung des ZNS. Es ist eine grobe Antwort des Systems mit einfachsten, primitiven Bewegungen. Diese Bewegungen bieten kaum eine wahrnehmende Funktion, sie sind wenig variabel und eingeschränkt anpassbar. Es sind meist die ersten Bewegungen, die auftreten und für den Patienten am leichtesten ausführbar.

Als Beispiel kann der spontane Gehversuch beschrieben werden: Das Bein wird durch Hochziehen des Beckens mit einer Schwungbewegung aus dem Rumpf in eine außen rotierende gestreckte Stellung mit anschließender Zirkumduktion nach vorne gebracht und mit dem Vorfuß auf den Boden gestellt.

3.5. Rekrutierungsdefizit

Das Rekrutierungsdefizit ist begründet in der Schädigung absteigender Bahnen vom ZNS. Es bewirkt eine Beeinträchtigung der Kontraktionsfähigkeit der verschiedenen Muskelgruppen und zeigt sich in einer qualitativen (schlechte Koordination) und quantitativen (Anzahl aktivierter Einheiten) Veränderung der Bewegungsfähigkeit auf der betroffenen Seite.

3.6. Das Profil des Patienten

Die von Perfetti definierte kognitive Sicht der Bewegung lässt die menschlichen Fähigkeiten wie Bewegung, Wahrnehmung und die kognitiven Leistungen nicht isoliert betrachten. Sie bilden eine funktionelle Einheit und spielen für die Organisation von Bewegung eine bedeutende Rolle. Eine Schädigung führt zu einer Störung dieser Einheit, der Patient zeigt ein anderes Profil und dementsprechend auch eine andere Interaktion mit der Welt (siehe Abbildung 1).

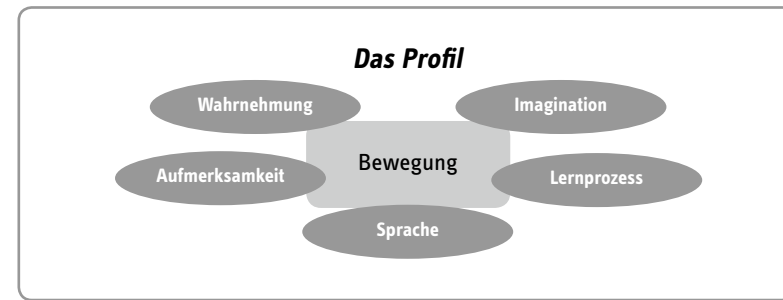


Abb.1

Das Profil des Patienten
(adaptierte Graphik von
Wopfner-Oberleit, 2005)

Neben der Beobachtung und Interpretation der Pathologie des Patienten ist es auch wichtig herauszufinden, inwieweit die kognitiven Prozesse verändert sind oder nicht. Es gilt herauszufinden, wie sie Einfluss auf die Art und Weise der Bewegung nehmen. Hilfreiche Fragen sind: Wie erkennt der Patient? Wie benutzt er seine Aufmerksamkeit? Wie ist seine Vorstellungskraft? Wie kann er einen Lernprozess aktivieren? Welche Sprache benutzt der Patient?

4. Die Übungen

Die kognitiv-therapeutischen Übungen sind in Stufen konzipiert. Jede Übung enthält die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen und stellt ein Problem dar, das der Patient durch den Einsatz seines Körpers lösen muss (Perfetti, 2002). Die Lösung des Problems erfolgt durch die Aktivierung von kognitiven Strategien, wie sie im Profil des Patienten beschrieben sind.

Die Aufgabenstellung einer Übung sollte so gestaltet sein, dass sich der Patient mit folgenden möglichen Fragen auseinandersetzen muss: Was werde ich bei der Bewegung spüren? Was werde ich spüren, wenn ich mich selbst bewege?

In dieser Phase der Übung stellt das ZNS eine Hypothese über die Art und Weise der Wahrnehmung auf und welche Informationen für die Lösung des Problems von Bedeutung sind. Zum Ende der Übung ist der Patient aufgefordert, seine zuvor erstellte Hypothese mit dem zu vergleichen, was er tatsächlich wahrgenommen hat. Der Therapeut begleitet den Patienten während des Prozesses. Hierbei spielt die Sprache des Therapeuten und Patienten ebenfalls eine zentrale Rolle.

Es werden drei Übungsgrade beschrieben:

4.1. Übung 1. Grades

Bei den Übungen ersten Grades werden die Bewegungen des Patienten komplett vom Therapeuten geführt. Die Aufmerksamkeit des Patienten wird dabei auf unterschiedliche Elemente der Bewegung (Richtung, Distanz, Richtungswechsel, Gelenkstellung), aber auch auf Kontaktelemente (Oberflächen) und das (Wieder-)Erkennen der Informationen

Kinästesie beschreibt die Empfindung, Sinneswahrnehmung, Bewegungsgefühl und Muskelsinn während man unter Somästetik oder auch Somatosensibilität alle Wahrnehmungsqualitäten, die vom Körper kommen versteht.

gelenkt. Dabei hält er die Augen geschlossen. Diese Übungen werden dann angewandt, wenn der Patient lernen soll, die abnorme Reaktion auf Dehnung zu kontrollieren. Weitere Ziele sind die Verbesserung der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung und die Verminderung des Rekrutierungsdefizites.

4.2. Übung 2. Grades

Ziel der Übungen zweiten Grades ist die Wiedererlangung der Kontrolle über die abnorme Irradiation. Weitere Ziele sind die Verbesserung der taktil-kinästhetischen und somästetischen Wahrnehmung und die Verminderung des Rekrutierungsdefizites. Bei diesen Übungen beginnt der Patient einen immer größeren Teil der Bewegung aktiv zu übernehmen, aber nur so viel, dass es zu keinen pathologischen Bewegungen kommt. Der Patient hält dabei die Augen geschlossen, damit er seine Aufmerksamkeit auf die relevanten Informationen und die Kontrolle der abnormen Irradiationen lenken kann. Relevante Informationen können taktil-kinästhetischer Art sein, aber auch Druckwahrnehmung und Erkennen des Reibungswiderstandes sein. Im Laufe der Behandlung wird der Therapeut die Unterstützung schrittweise reduzieren, wenn es dem Patienten immer besser gelingt, seine Motorik ohne Pathologie einzusetzen.

4.3. Übung 3. Grades

Bei den Übungen dritten Grades werden die Bewegungsabläufe komplexer und der Patient soll die Bewegungen immer selbstständiger durchführen. Der Patient muss seine Aufmerksamkeit auf das Überwinden der elementaren Schemata lenken und soll lernen, die Bewegung an den gestellten gedanklichen Vorentwurf (perzeptive Hypothese) anzupassen (Perfetti, 1997, S. 104).

Ziel dieser Übungen besteht u. a. darin, den Patienten in die Lage zu versetzen, das Rekrutierungsdefizit so weit zu vermindern, dass feine Bewegungsregulierungen vorgenommen werden können. Auch soll die Wahrnehmung verbessert bzw. normalisiert werden.

5. Planung der Behandlung

Die Planung der Behandlung basiert auf der Analyse der spezifischen Motorik und des Profils des Patienten. Dies ermöglicht die Ableitung von voraussagenden Elementen, die den Rehabilitationsverlauf beeinflussen können und die Erstellung einer Hypothese über ein konkret überprüfbares Rehabilitationsziel. Die Ziele müssen genau definiert werden, sie sollen beobachtbar, messbar und wiederholbar sein. Der Therapeut hat deshalb die Aufgabe, solche Übungen zu entwickeln, die es dem Patienten ermöglichen, unter pathologischen Bedingungen zu lernen. Für jede Übung werden Inhalte, Modalitäten und Ziele definiert.



Abb.1 und Abb.2
Verschiedene Therapie-
mittel

6. Therapiemittel

Der Gebrauch spezieller Therapiemittel resultiert aus der systemischen Sichtweise des Konzeptes. Sie sind als Elemente der Realitätsvereinfachung zu betrachten. Alltagsgegenstände sind keine geeigneten Mittel, weil sie aus dem Gedächtnis globale und auf unerwünschten Kompensationen basierende, bereits vorhandene Antworten hervorrufen. Alltagsobjekte werden erst im Verlauf der Therapie eingeführt; sie dienen dazu, die Therapieergebnisse zu überprüfen.

7. Weiterentwicklung, Informationen

Prof. Perfetti integriert aktuelle Forschung aus den Bereichen der Basiswissenschaften der Neurophysiologie, Neuropsychologie, Neurobiologie und Neurophilosophie auf der Suche nach relevanten Aspekten für die Behandlung des einzelnen Patienten. Der VFCR (Verein für kognitive Rehabilitation) wurde 1998 in Deutschland gegründet. Vereinsziel ist es, die Weiterentwicklung der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Perfetti zu unterstützen und deren Bekanntheitsgrad im deutschsprachigen Raum zu erhöhen. Informationen unter www.vfcr.de.



..... Kognitive Stimulation durch Bewegung –
Das Perfetti Konzept

..... Das kognitive Behandlungskonzept nach Prof. Perfetti in der Pädiatrie – Ergebnisse einer Hospitation in Italien

..... Regina Klosssek, Ergotherapeutin, Logopädisch interdisziplinäres
Therapiezentrum Dr. Volker Middeldorf, Lindlar

Wie können die auf den ersten Blick recht abstrakt erscheinenden kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti auch bei Kindern spielerisch und erfolgreich durchgeführt werden? Diese Frage stand im Mittelpunkt einer von der Robert Bosch Stiftung geförderten Hospitation in Italien, dem Mutterland des Therapiekonzeptes.

1. Ausgangssituation

In unserem Therapiezentrum behandeln wir bereits seit längerem erfolgreich erwachsene Patienten nach den kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti (vgl. Artikel Birgit Rauchfuß), während neurologisch betroffene Kinder weiterhin nach traditionellen und etablierten Therapiekonzepten behandelt werden. Sowohl in meinem Praxisalltag als auch bei meinen Fortbildungskursen wurde jedoch immer häufiger die Frage nach einer kindgerechten Umgestaltung des Behandlungskonzepts laut. Aufgrund des noch in der Entwicklung befindlichen Körpers und des Zentralen Nervensystems (ZNS) war von Anfang an klar, dass die bei erwachsenen Patienten sehr erfolgreiche und geeignete Therapie in derartiger Form nicht bei Kindern angewendet werden kann. Die Übungen für Kinder müssen dem sich noch in Entwicklung befindenden ZNS gerecht werden und auf die jeweilige Entwicklungsphase des Kindes abgestimmt sein.

Vor diesem Hintergrund entschied ich mich, den Einsatz der Übungen nach Prof. Perfetti bei Kindern im Heimatland der Therapie, in Italien, im Rahmen einer Hospitation kennen zu lernen und supervidiert zu erproben. Die zentrale Fragestellung während meines Aufenthalts im „Centro Studi Lev. S. Vygotskij“ lautete: Wie werden die kognitiv-therapeutischen Übungen im Entwicklungsalter bei verschiedenen Pathologien durchgeführt, um die sich z. B. aufgrund einer neurologischen Schädigung ergebenden Folgen für den gesamten Entwicklungsverlauf des Kindes so gering wie möglich zu halten?

2. Ergebnisse der Hospitation

Ausgehend von der mich leitenden Fragestellung möchte ich im Weiteren einen Einblick in die Anwendung des Perfetti-Konzepts bei der Arbeit mit Kindern von der Befundung bis hin zu den kindgerechten Übungen geben.

2.1. Dyspraxie: Detaillierte Befunderhebung durch gezielte Tests

Wenn ein Kind Schwierigkeiten in der Handhabung bestimmter Objekte hat, beispielsweise einer Schere, wird dies als Dyspraxie bezeichnet. Erst in meiner Hospitation in Italien habe ich einen Test kennen gelernt, der einen genauen Befund ermöglicht, auf welches Körperteil sich die Dyspraxie bezieht, z. B. eher auf die obere oder untere Extremität, den Rumpf, den Kopf oder die Augen. Darüber hinaus ermöglicht der Test die Klärung, ob innerhalb der betroffenen Körperabschnitte eher die Transformation visueller Informationen in kinästhetische, in linguistische (usw.) oder umgekehrt in einfacher oder sequenzieller Darbietung betroffen ist. Auf diese Weise ist durch eine qualitative therapeutische Intervention möglich, die defizitäre Reizverarbeitung ganz gezielt aufzuarbeiten. So kann beispielsweise zunächst die kinästhetische Wahrnehmung aufgearbeitet werden, um sie anschließend in die anderen bereits entwickelten Wahrnehmungsbereiche z. B. die visuelle, linguistische usw. zu integrieren. Vor allem bei der Behandlung von Kindern ist die genaue Befunderhebung und Behandlung der Transformationsleistungen von großer Bedeutung. Nur so kann dem sich entwickelnden System eine optimale Basis für den bestmöglichen Rehabilitationsprozess und damit dem heranwachsenden Leben gewährleistet werden.

2.2. Bedeutung des visuellen Systems

Besonders deutlich wurde mir zudem die Bedeutung des visuellen Systems für den Entwicklungsprozess des Kindes sowie die „Auge-Hand“- und „Auge-Fuß“-Koordination. Denn ohne einen gut entwickelten Visus, auch hinsichtlich der Fragmentierung der Augen- und Kopfbewegungen zueinander, ist eine physiologische motorische Entwicklung nur schwer möglich. Zwar konnte ich zu diesem Thema leider nur wenige Behandlungen sehr junger Kinder miterleben, dennoch wurde dabei deutlich, dass bereits bei einem frühen Entwicklungsstand einfache schwarz-weiße Figuren (z. B. einfache geometrische Formen) verarbeitet werden konnten. Nach dem Erwerb der Blickfixierung ist dann bereits eine Blickalternanz oder ein mit einem Erwachsenen geteilter Aufmerksamkeitsfokus (das Kind schaut dahin, wohin der Erwachsene schaut oder zeigt) im Entwicklungsverlauf erkennbar. In diesem Zusammenhang ist auch die Kopfhaltung zu sehen. Denn häufig besteht eine große Schwierigkeit in der Koordination der Augen- und Kopfbewegungen. Sobald der Kopf beispielsweise gedreht wird, kann die Fixierung eines visuellen Referenzpunktes nicht mehr beibehalten werden. Häufig besteht auch eine Schwierigkeit, die Augen in eine bestimmte Richtung zu drehen und dort zu halten. Oft wird als Kompensation der Kopf in einer bestimmten Stellung fixiert,

in der die Augen dann leichter bewegt bzw. gehalten werden können. Dies ist häufig ein Grund dafür, dass sich Kopfschiefhaltungen entwickeln. Anstatt an der Kopfposition zu arbeiten, ist also auch hierbei kausal bei der visuellen Wahrnehmung anzusetzen.

2.3. Spielerische Verpackung der Übungen

Um die Übungen auf Kinder aller Altersstufen übertragen zu können, müssen die klassischen „Perfetti-Übungen“ kindgerecht gestaltet werden, wobei sie aber ihren typischen Grundcharakter beibehalten: die Problemlösung mittels gezielter Konstruktion von aus dem Körper stammender Informationen, d. h. gezielte Erkennung und Differenzierung von peripheren Stimuli. Dieses wird erreicht, indem man anstelle der objektiven Benennung von z. B. taktilen Oberflächen den Kindern die Frage stellt, ob das, was der Zeigefinger gerade spürt, der Teddy (weich und haarig), das Autodach (glatt) oder der Spielteppich (rau) ist.

Für bestimmte Körperwahrnehmungen werden anstelle von numerischen Bezeichnungen Tiere oder Spielzeuge verwendet. Diese können in eine kleine Geschichte verpackt werden: „Wen sollen wir denn jetzt mal besuchen? Möchtest Du lieber zum Hahn oder zur Ente mit deiner Hand gehen?“ oder „Wen packen wir noch in unser Auto ein, wenn wir in den Urlaub fahren? Den Ball, die Puppe oder den Bagger?“. Durch diese Fragen bringt dann das Kind z. B. das Hüftgelenk in die jeweilige Stellung.

Anstatt nur zu fragen, wo sich das schwerere Gewicht befindet, kann beispielsweise je ein Tier auf eine Seite gesetzt werden, um zu fragen, welches Tier mehr gegessen hat als das andere. Auch hierbei sind der Phantasie und dem Einfallsreichtum des Therapeuten keine Grenzen gesetzt. Auf diese Art wird sowohl dem kindgerechten Charakter der Übungen als auch der neurophysiologischen Grundlage der kortikalen Bewegungsplanung und damit einer fachgerechten therapeutischen Intervention gerecht.

Um die Aufmerksamkeit des Kindes für die Therapieinhalte aufzubauen, hat die Physiotherapeutin am Centro Studi Lev. S. Vygotskij sehr oft einen kleinen „Köder“ angewandt. Das Kind durfte sich das erste Spiel selbst aussuchen, bevor die Therapeutin wiederum eines auswählte. Auch sprach sie nie von „Übungen“, sondern immer von „Spielen“. Wenn die Aufmerksamkeit abzuschweifen drohte, wechselte sie die Fragestellung innerhalb der Übung. Dabei sollte das Kind vorher selbst entscheiden, zu welcher Position die Therapeutin den Arm oder das Bein bewegt (Antizipation),

um anschließend zu überprüfen, ob die Therapeutin es richtig oder falsch gemacht hat. Ebenfalls ließ die Therapeutin zu, dass die Kinder die Übungen, die sie vorher machen mussten, auch an der Therapeutin in gleicher Form ausprobierten. Natürlich machte auch die Therapeutin dabei Fehler, um sich nicht als besser oder höherwertig als das Kind darzustellen. Diese kindliche Gestaltung ließ die Übung wie ein Spiel aussehen. Die Kinder kamen gern zur Therapie, machten gern mit und erfuhren sowohl ihre Stärken als auch ihre Defizite.



Abb.1 und Abb.2
Beispiele für kindgerechte Übungen nach Perfetti

3. Erkenntnistransfer und Resonanz in Deutschland

Direkt nach meiner Rückkehr konnte ich die Erkenntnisse der Hospitation im Rahmen unserer internen Fortbildungen in unserem Ergotherapie-Team weitergeben, für die wir pro Woche zwei Behandlungseinheiten zur Verfügung gestellt bekommen. Das Interesse seitens der Kollegen war und ist sehr groß. Auch die Besprechung des in Italien durchgeführten Dyspraxie-Befundbogens wurde thematisiert, inzwischen sogar übersetzt und mit denselben Inhalten in eine deutsche Struktur gebracht. Die Erläuterungen von Übungen für das vestibuläre System, die ich in der Pädiatrie kennen gelernt habe, sind ebenfalls auf die Erwachsenenbehandlung zu übertragen. Davon durfte ich mich schon nach meiner Rückkehr überzeugen und konnte damit recht gute Resultate erzielen. Da ich viele Therapiemittel aus Italien mitbringen konnte, stand nach dem Erläutern der theoretischen Grundkenntnisse der direkten Übertragung in die Praxis nichts mehr im Weg.

Der wohl effektivste Erkenntnistransfer ist die Durchführung von Kinder-Perfetti-Kursen in Deutschland in Kooperation mit den italienischen Experten. Noch im Jahr 2010 finden erste Einführungsseminar und ein Basiskurs statt. Für 2011 plane ich bereit jetzt monographische Kurse. Mögliche Themen könnten die Behandlung der Dyspraxie oder die Bedeutung des visuellen Systems für das sich entwickelnde System sein. Schon mehrfach wurde ich in meinen Erwachsenenkursen darauf angesprochen. Sowohl die Reaktionen in meinem Team, bei Fortbildungsveranstaltungen oder bei Vorträgen bestätigen, dass für die Durchführung von kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti auch in der Pädiatrie ein großer Bedarf besteht.



..... Physiotherapeutische Ansätze – Gemeinsamkeiten mit anderen Berufsgruppen?

..... Nutzen von innovativen Ansätzen zum Vorteil der Patientenversorgung am Beispiel von osteopathischen Techniken – Erste Ergebnisse einer Hospitation in den USA

..... Ute Repschläger, Physiotherapeutin und Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands selbständiger Physiotherapeuten – IFK e.V., Bochum

Was ist Osteopathie und wer soll sie anwenden? Gibt es eine Versorgungslücke in Deutschland, so dass ein neues Berufsbild eingeführt werden muss? Ein von der Robert Bosch Stiftung gefördertes IFK-Rechercheprojekt in den USA – dem Ursprungsland der Osteopathie – diente der Sammlung von Hintergrundinformationen und Erfahrungen zu diesen Fragen. Welche Erkenntnisse gewonnen wurden und wie sie auf das deutsche System übertragbar sind, soll im Folgenden berichtet werden.

1. Berufsbild Osteopath – Ein Konzept für Deutschland?

Die Osteopathie ist ein mehr als 100 Jahre altes medizinisches Verfahren und stammt aus den USA. In Deutschland begann ihre Verbreitung Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts. Sie ist keine Alternativmedizin, sondern eine Ergänzung zur „Schulmedizin“ (Allopathie). Dementsprechend wird sie in den USA gleichberechtigt und unumstritten neben anderen schulmedizinischen Techniken angewandt. In Deutschland hingegen wird die Osteopathie als Leistung im Gesundheitswesen strittig diskutiert.

So ist die Osteopathie in Deutschland z. B. noch nicht Bestandteil des Katalogs erstattungsfähiger Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wird im Bereich der privaten Krankenversicherungen aber durchaus erstattet. Auch die Ausbildung ist nicht einheitlich geregelt. Unterschiedliche Institutionen bieten – häufig in Zusammenarbeit mit osteopathischen Colleges an US-amerikanischen Universitäten – verschiedene Weiterbildungen an. Es gibt aber weder ein gesetzlich geregeltes Berufsbild des Osteopathen noch eine bundesweit koordinierte Weiterbildungsregelung.

Insofern schien es sinnvoll, in dem Land eine Hospitation durchzuführen, in dem das Verfahren Osteopathie ursprünglich entwickelt wurde und mittlerweile einen festen Platz in der Gesundheitsversorgung erreicht hat: den USA. Dieses Vorhaben wurde

mit Unterstützung des Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit durchgeführt. Mithilfe von Experteninterviews konnten Daten mit dem Ziel gesammelt werden, die Ausbildungsstandards und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu begutachten

2. Zum Verständnis der Begrifflichkeit: Osteopathie

Die aus den USA stammende Osteopathie wurde von dem Arzt Dr. Andrew T. Still – geboren in Virginia 1828 – begründet. Dr. Still suchte einen Namen für seine neue Wissenschaft des Heilens und dachte an Bezeichnungen, wie Allopathie, Hydrotherapie und Homöopathie. Letztendlich führte dies zu „start out with the word os and the word pathology, and press them into one word – osteopathy“ (nach Grevitz 1982).

Da keine allgemein anerkannte Definition für „Osteopathie“ existiert, entwickelte eine Expertengruppe im Auftrag der WHO vor acht Jahren ein – bisher unveröffentlichtes – Papier unter anderem mit Positionen zur Beschreibung der Osteopathie (siehe Abb. 1). Aus Sicht der WHO-Expertengruppe zählen unter anderem die Manuelle Therapie sowie cranosacrale und viszerale Techniken zu den Techniken der Osteopathie – dem sogenannten Osteopathic Manipulative Treatment (OMT). Die Experteninterviews des Rechercheaufenthaltes ergaben, dass der osteopathische Fokus in den USA ganz klar auf der Manuellen Therapie liegt. Begründet durch die nicht ausreichende Evidenz cranosacraler und viszeraler Techniken werden diese Techniken nur am Rande gelehrt und nur partiell angewandt.

3. Berufe in der Osteopathie am Beispiel der USA

Den Beruf des Osteopathen gibt es in den USA nicht, die osteopathischen Techniken werden von verschiedenen Berufsgruppen eingesetzt. Dazu gehören in den USA vor allem der Doctor of Osteopathy (D.O.) und Physiotherapeuten.

3.1. Doctor of Osteopathie

Die Ausbildung zum Arzt findet in zwei Stufen statt: Zunächst absolviert man ein normalerweise vierjähriges vormedizinisches Studium. Ein Experte beschreibt es so: „Das Studium selbst kann sehr breit gestreut sein und das Hauptfach beliebig gewählt werden; der Studierende kann Astronomie oder Zoologie, Musik oder Französisch studieren. Um jedoch später in das eigentliche Medizinstudium aufgenommen zu werden, müssen eine Reihe von vorher festgelegten Fächern erfolgreich abgeschlossen worden sein, wie z. B. organische und anorganische Chemie, Physik, Biochemie, Botanik, Anatomie und Physiologie, Mathematik, Psychologie.“

Dann besucht man vier Jahre eine „Medical School“. Hier teilen sich die Wege der

Ärzte. Während zukünftige M.D.s eine allopathische Universität aufsuchen, wird man an einer osteopathischen Universität zum D.O. ausgebildet. Diese vier Jahre teilen sich auf in zwei vorklinische Jahre und zwei klinische Jahre und sind berufsspezifisch angelegt. Nach erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums erfolgt für beide Berufe wieder einheitlich das sogenannte „Internship“, ein Jahr an einer Klinik, woran sich die Facharzt Ausbildung anschließt. Zusätzlich können Ärzte in den USA sich in Manueller Medizin weiterbilden.

3.2. Ausbildung zum Physiotherapeuten

Die Ausbildung zum Physiotherapeuten (PT) findet an akkreditierten Universitäten mit unterschiedlichem Programm statt. Ca. 90 % der Studierenden schließen zurzeit ihre Ausbildung mit einem Dokortitel ab. Die Ausbildung teilt sich z. B. in einen 3-jährigen „pre-professional course“ mit Bachelor-Abschluss und die 3-jährige so genannte „professional phase“ mit Abschluss als Doctor of Physical Therapy (DPT). Auch bei dieser Ausbildung kann das zum Bachelor führende „Pre-program“ in allen berufsfremden Disziplinen erfolgen. Wie bei den Ärzten gibt es allerdings Pflichtfächer, für die Credits nachgewiesen werden müssen, um das Hauptstudium zu beginnen. Bachelorprogramme im Bereich Physiotherapie existieren in den USA nicht. Schon in ihrer Ausbildung lernen Physiotherapeuten Mobilisations- und Manipulationstechniken der Manuellen Therapie. Nach erfolgreichem Abschluss können sie Weiterbildungen entsprechend den Richtlinien der International Federation of Orthopaedic Manual Therapists (IFOMT) besuchen. Insbesondere Physiotherapiepraxen, die auf Sport und Orthopädie spezialisiert sind, wenden in ihrem Behandlungskonzept regelmäßig Techniken der Manuellen Therapie/osteopathische Techniken an.

4. Zusammenarbeit der Berufe

Sowohl bei den Ärzten als auch den Physiotherapeuten liegt der Schwerpunkt der Ausbildung in osteopathischen Techniken im Bereich der Manuellen Therapie, da hier die höchste Evidenz vorliegt. Neben theoretischen Vorlesungen wird bei beiden Berufsgruppen großer Wert auf praktischen Unterricht gelegt.

Aufgrund ihrer Ausbildung gibt es unter den oben genannten Berufsgruppen Überschneidungen in ihrer Berufsausübung. Trotzdem arbeiten insbesondere D.O.s und Physiotherapeuten in den USA gut zusammen. Ein Experte beschreibt: „Auch wenn es einige Überlappungen bei bestimmten von D.O.s und Physiotherapeuten durchgeführten Techniken gibt, der Fokus ist unterschiedlich. Der Schwerpunkt der Physiotherapeuten liegt in der Rehabilitation: Mobilität, Funktion, Anweisung in Übungen, Aktivitäten des täglichen Lebens, Wiedereingliederung in die Arbeit usw. Ärzte hingegen ordnen z. B. Röntgenbilder an, verschreiben Medikamente oder operieren.“ So gibt es Gemeinsames, aber auch berufsspezifische Unterschiede.

Positionen zur Beschreibung der Osteopathie

- Osteopathie ist ein patientenzentriertes System der Gesundheitsversorgung.
- „Osteopathic practitioners“ – also diejenigen, die Osteopathie ausüben – nutzen zur Diagnosestellung und Behandlung der Patienten ein hochentwickeltes Berührungsempfinden.
- Sie nutzen ihr Verständnis über das wechselseitige Verhältnis zwischen Struktur und Funktion, um die Selbstregulierungsmechanismen und Selbstheilungsressourcen zu optimieren.
- Als eine „Hands-on“-Technik in der Patientenversorgung hat die Osteopathie einen Beitrag zum Basiswissen der Manuellen Therapie sowie der Komplementär- und Alternativmedizin geleistet.
- Die Philosophie und die Prinzipien der Osteopathie, die bei der Behandlungsplanung zu berücksichtigen sind, lauten:
 - 1) Der Mensch ist eine dynamische Funktionseinheit, deren Befinden von Körper, Geist und Seele beeinflusst wird.
 - 2) Der Körper besitzt Selbstregulierungs- und natürliche Selbstheilungskräfte.
 - 3) Struktur und Funktion sind auf allen Ebenen verknüpft.
- Wissenschaftliche Plausibilität und Evidenzbasierung haben eine hohe Priorität in der Behandlung der Patienten.
- Für die Osteopathie ist zudem das Patienten-Therapeuten-Verhältnis im Therapieprozess ein wichtiger Faktor.
- Osteopathie beschäftigt sich nicht nur mit der Behandlung des muskulo-skeletalen Systems, sondern mit dem Zusammenhang dieses Systems mit der Physiologie des ganzen Körpers.

5. Osteopathie in anderen Ländern

Betrachtet man die Situation weltweit, gibt es einen weiteren Beruf in der Osteopathie: den Osteopathen. So studiert man z. B. in Australien und Neuseeland direkt Osteopathie und nennt sich nach abgeschlossener Ausbildung Osteopath. In anderen Ländern – wie Belgien – führen Weiterbildungen von Physiotherapeuten zu diesem Titel. Der Unterschied dieser Osteopathen zum D.O. ist, dass sie keine Ärzte sind.

Die unter 2. genannte WHO-Expertengruppe hat ein Modell entwickelt, das zwischen Ärzten und Nicht-Ärzten unterscheidet: den Osteopathic physician und den Osteopathen. Beide Berufe wenden Osteopathie auch im „primary contact“ – Direktzugang – an. Dem Osteopathic physician ist es allerdings zusätzlich möglich, die Grundversorgung durch den Arzt – primary care – sicherzustellen.

Die Ausbildung zum Osteopathic physician sollte wie bei den D.O.s als Studium der osteopathischen Medizin erfolgen oder als Aufbaustudiengang für Medizin mit abgeschlossenem Studium angeboten werden. Ausbildungsprogramme zum Osteopathen könnten als Vollzeitausbildung für Personen mit wenig oder keiner medizinischen Ausbildung und als Weiterbildung für bestimmte nicht-ärztliche Berufe erarbeitet werden.

Abb.1

Ein Auszug aus dem im Auftrag der WHO entwickelten Papier zur Klärung der Beschreibung von Osteopathie

6. Neuregelung der Berufe in Deutschland

Selbstverständlich hat jedes Land seine eigenen strukturellen und politischen Voraussetzungen, die beachtet werden müssen, wenn man die Berufe in der Osteopathie neu regeln möchte. Trotzdem ist es interessant, die Erfahrungen und Meinungen von Experten anderer Länder in die Meinungsfindung mit einzubeziehen. Dementsprechend wurden bei dem Recherche-Aufenthalt in den USA 13 Experten aus dem Hochschulbereich, Verbandswesen sowie Praxisinhaber zu dem Thema befragt:

Die befragten Experten sehen die Einführung eines komplett neuen Berufsbilds sehr kritisch. Führt man einen neuen Beruf ein, muss ein ganzes System an gesetzlichen Regelungen, Ausbildungsstellen und Verbänden aufgebaut sowie die Abgrenzungen zu anderen Berufen neu geregelt werden. Dies führt unweigerlich zu Kosten, die letztendlich von der Gesellschaft getragen werden müssen. Wofür aber ein neues Berufsbild erstellen, wenn keine Lücke in der Patientenversorgung zu schließen ist? Ein zusätzliches Berufsbild und somit mehrere Anbieter osteopathischer Techniken im Gesundheitswesen machen das System für den Patienten zunehmend undurchschaubarer. Welche Leistung aus der Manuellen Therapie soll dann beispielsweise der neue zusätzliche Osteopath abgeben, welche der Physiotherapeut?

Zwei Positionen zeigen die Spannweite der Argumentation der unterschiedlichen Berufsgruppen auf:

Einer der medizinischen Experten erklärt: „Will man die Berufe in der Osteopathie neu regeln, sollte im Zentrum der Patient und die Frage, was er benötigt, stehen. Das System muss für den Patienten überschaubar bleiben und sollte von Berufsverbänden im Sinne eines Qualitätsmanagements kontrolliert werden.“ Aus seiner Sicht ist es möglich, die osteopathische Philosophie und Praxis in die bestehende Welt der Medizin zu integrieren.

Aus physiotherapeutischer Expertensicht stellt sich ein anderes Bild dar: „Physiotherapeuten in den USA sind gut in Manueller Therapie ausgebildet und die Techniken der Manuellen Therapie liegen genau im Rahmen des Betätigungsfelds von Physiotherapeuten. Im Gegensatz zu Ärzten arbeiten Physiotherapeuten viel mit den Händen und das ist eine gute Voraussetzung für Osteopathie. Ein anderer Vorteil ist, dass Physiotherapeuten in den Vereinigten Staaten normalerweise mehr Zeit mit den Patienten verbringen als D.O.s oder M.D.s. Mit diesen Erfahrungen im Hinterkopf sollten deutsche Physiotherapeuten die Chance nutzen und dafür kämpfen, für osteopathische Behandlungen verantwortlich zu sein.“ Den Direct Access sieht er als unproblematisch, gilt doch die Physiotherapie in den USA als „low risk profession“.

7. Bewertung IFK

Nach ausführlicher Bewertung der Rechercheergebnisse kommen Vorstand und Geschäftsführung des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten – IFK zu dem Ergebnis, dass in Deutschland kein neuer Beruf „Osteopath“ erforderlich ist. Es gibt keine Lücke in der Patientenversorgung. Vielmehr ist es sinnvoll, die Weiterbildung von Ärzten und Physiotherapeuten weiter auszubauen. Nach einer bundesweit weitgehend koordinierten Weiterbildung mit einem Curriculum in Anlehnung an internationale Standards sollten mithin „osteopathische Physiotherapeuten“ rechtssicher osteopathisch arbeiten dürfen. Sie benötigen dazu eine neue Leistungsposition für manualtherapeutische/osteopathische Techniken. Diese muss vor allem eine für osteopathische Behandlungen erforderliche ausreichende Behandlungszeit ermöglichen. Sie muss deutlich über den bisherigen Zeiten der bestehenden Leistungspositionen in der Physiotherapie liegen. Entsprechend dem WHO-Vorschlag muss dabei außerdem der Direct Access möglich sein.



::::: Physiotherapeutische Ansätze – Gemeinsamkeiten mit anderen Berufsgruppen?

::::: Pflege und Therapie im Tandem: Neue Wege in der Ausbildung – Interdisziplinäres Bachelorstudium Pflege und Physiotherapie

::::: Prof. Dr. Wiebke Göhner, Prof. Dr. Ulrike Thielhorn,
Katholische Fachhochschule Freiburg

Angesichts der veränderten Bedingungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen, der demografischen und sozialstrukturellen Veränderungen in unserer Gesellschaft und der Notwendigkeit, international anschlussfähig zu bleiben, wird an der Katholischen Fachhochschule Freiburg seit dem Wintersemester 2007 ein interdisziplinäres Konzept für die Ausbildungsgänge Physiotherapie und Pflege angeboten. Die interdisziplinären Bachelorstudiengänge Pflege und Physiotherapie werden von der Robert Bosch Stiftung unterstützt.

1. Einleitung

Die komplexen Anforderungen der Patienten und ihrer Bezugspersonen sowie die sich immer deutlicher ausdifferenzierende Versorgungslandschaft machen deutlich, dass gesundheitsbezogene Fragestellungen grundsätzlich interdisziplinärer Lösungsstrategien bedürfen. Interdisziplinäre Kooperation verstehen wir wie folgt: „..., dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern [...] im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden“ (Kälble 2004, 40). Diesem Verständnis liegt in der Konzeption der B. A. Studiengänge Physiotherapie und Pflege an der Katholischen Fachhochschule Freiburg die Überzeugung zugrunde, dass Kooperation bereits in der Ausbildung entsteht und gefördert werden kann.

Deutlich wird bereits jetzt, dass die Studierenden in ihren Praktika für sich keine Barrieren in der Kooperation mit der jeweils anderen Berufsgruppe wahrnehmen, sondern – im Gegenteil – mitunter dort ein oder zwei Tage hospitieren. Dennoch besteht für die curriculare Entwicklung die Herausforderung, gemeinsames Lernen und eine Profilbildung für den jeweiligen Bereich zu ermöglichen.

2. Die Umsetzung der Interdisziplinarität im Studium

Um die Kooperation der Pflege und der Physiotherapie bereits im Studium entstehen zu lassen und zu fördern sind die Bachelorstudiengänge Pflege und Physiotherapie der KFH Freiburg an verschiedenen Stellen interdisziplinär verknüpft. Diese Verknüpfung findet auf zwei Ebenen statt: der inhaltlichen und der methodischen (siehe Abbildung 1 und 2). Um dieses zu verdeutlichen, werden diese Ebenen nun betrachtet und mit den Erfahrungen aus den ersten Studienjahrgängen abgeglichen.

2.1. Inhaltliche Ebene der Interdisziplinarität

Interdisziplinarität im gemeinsamen Unterricht

Generell ist vorgesehen, dass die Studierenden in einem Großteil der Lehrveranstaltungen gemeinsam unterrichtet werden. Für die erste Kohorte fand im ersten bis vierten Semester der Unterricht für alle Fächer gemeinsam statt, eine Ausnahme bildeten die Lehrveranstaltungen zum praktischen Unterricht. So wurden z. B. im ersten Semester: „Physiotherapeutische bzw. Pflegerische Techniken/hands on skills“ und „Physikalische Therapie und Massage“ getrennt unterrichtet. Andere Themen der praktischen Lehrveranstaltungen, die sowohl für Physiotherapie- wie für Pflegestudierende relevant sind, wie z. B. die Einführung in das Bobath-Konzept, wurden zusammen gelehrt. Insgesamt hat sich diese Verteilung der Lehrveranstaltungen bewährt, dennoch hat sich herausgestellt, dass vor allem in den medizinischen Lehrveranstaltungen bestimmte Lehrinhalte nur für Physiotherapie- bzw. nur für Pflegestudierende sinnvoll gelehrt werden können (z. B. die genauen medizinischen Grundlagen des Muskel-Skelettsystems vs. differenzierte Kenntnis von inneren Organen). Für diese Unterrichtseinheiten werden deshalb die Lehrveranstaltungen zukünftig getrennt abgehalten.

Interdisziplinäres Projekt im 5. Semester

Im fünften Semester der beiden Studiengänge Pflege und Physiotherapie ist vorgesehen, ein umfangreiches interdisziplinäres Projekt durchzuführen. In den Projekten geht es um praxisbezogene und praxisrelevante Themen aus der Physiotherapie und Pflege. Die Projektgruppen werden sich aus 5-6 Studierenden beider Disziplinen zusammensetzen, die von Dozentinnen beider Disziplinen betreut werden. Wenn möglich, werden Arbeitsaufträge in Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Gesundheitswesens durchgeführt. Angedachte Projektthemen sind: Entwicklung einer interdisziplinären Leitlinie oder eines Arbeitspapiers in Bezug auf eine bestimmte Krankheit, Entwicklung eines Primär-Präventionsplans für eine bestimmte Altersgruppe, Erfassung von interdisziplinären Kommunikationsstrategien.

Interdisziplinarität im Rahmen der Bachelor-Thesis

Derzeit sind verschiedene interdisziplinäre Projekte im Rahmen der Bachelor-Thesis

in Planung - da der erste Studienjahrgang im Sommersemester 2010 zum Abschluss kommen wird, kann an dieser Stelle noch keine Beschreibung stattfinden.

2.2. Methodische Ebene der Interdisziplinarität

Interdisziplinarität durch Teamteaching

In einigen Lehrveranstaltungen hat es sich als günstig erwiesen, Interdisziplinarität durch Teamteaching herzustellen. Das bedeutet, dass eine Vertreterin der Pflege gemeinsam mit einer Vertreterin der Physiotherapie den Unterricht gestaltet. Beispielhaft sind Veranstaltungen wie „Theorien und Modelle der Physiotherapie bzw. Pflege“ sowie „Physiotherapie- bzw. Pflegeforschung“. In beiden Fächern kann eine interdisziplinäre Sicht an ähnlichen Inhalten eingebracht werden. Theoretische Modelle der Pflege bzw. Physiotherapie und auch Forschungsstudien zu unterschiedlichen Thematiken können direkt aus physiotherapeutischer und pflegerischer Perspektiven betrachtet und verglichen werden.

Nun kann angemerkt werden, dass dies auch möglich ist allein durch die Anwesenheit einer Person, die in beiden Fächern zu Hause ist. Hier ist zu entgegen, dass auch im Freiburger Team niemand beide Disziplinen bis ins Detail so gut vertreten kann, dass zwei gleichwertige Sichtweisen entstehen. Zum anderen dient das Teaching Team als eine Art Rollenmodell: Zwei Vertreterinnen ihrer jeweiligen Disziplin stellen in ihrer Funktion als Dozentinnen genau das Modell dar, welches sie mit dem Projekt „Interdisziplinäre Ausbildung im Rahmen der Bachelor-Studiengänge Physiotherapie und Pflege“ erreichen möchten.

Interdisziplinarität bei POL

POL (problemorientiertes Lernen) ist eine praxisorientierte Methode, welche die Studierenden dazu bringen soll, selbstständig eigene Fragen zu formulieren. Die Methode POL wird an der KFH Freiburg im Rahmen der ersten vier Semester eingesetzt und soll Interdisziplinarität auf verschiedenen Ebenen fördern: Inhaltlich, sozial und organisatorisch-didaktisch. Inhaltlich dahingehend, dass die Studierenden aus einer Fülle unterschiedlicher Wissensbereiche diejenigen erarbeiten müssen, die bei der Problemlösung weiterhelfen könnten. Bei der Gruppenarbeit kann die Einsicht vermittelt werden, wie unterschiedlich Antworten in den verschiedenen Disziplinen sein können. Darüber hinaus kommt dem sozialen Lernen in der POL-Arbeit besondere Bedeutung zu. Es hat sich gezeigt, dass ein Gelingen des Gruppenprozesses ganz wesentlich mit einem für alle Beteiligten zufriedenstellenden Arbeitsergebnis verbunden ist. Aus organisatorisch-didaktischer Perspektive erfordert der problemorientierte Ansatz nicht nur eine sorgfältige Planung und verlässliche Abstimmung von Lehrveranstaltungen im Sinne eines in sich kohärenten Curriculums, er zwingt auch die Lehrenden zu einem Perspektivwechsel bezüglich ihrer eigenen Rolle.

Inhaltliche Ebene

- Interdisziplinarität im gemeinsamen Unterricht
- Interdisziplinäres Projekt im 5. Semester
- Interdisziplinarität im Rahmen der Bachelor-Thesis

Methodische Ebene

- Interdisziplinarität durch Teamteaching
- Interdisziplinarität bei Problemorientiertem Lernen (POL)
- Interdisziplinarität durch E-Learning
- Interdisziplinarität durch Seminare zur Praktikumsanleitung

Interdisziplinarität durch E-Learning

Im Rahmen der beiden Studiengänge wird die Interdisziplinarität durch folgende Bereiche des E-Learnings intensiv gefördert. Zum einen besteht Transparenz in Bezug auf die Lehrangebote und -inhalte und zum anderen haben die Studierenden die Möglichkeit des Austausches untereinander auch während der Praktika durch Onlineforen. Das E-Learning ermöglicht zudem eine intensive (persönliche) Betreuung während des Praktikums der Studierenden, intensive (persönliche) Betreuung einer anspruchsvollen Aufgabe während der Praktika.

Interdisziplinarität durch Seminare zur Praktikumsanleitung

Derzeit werden einmal jährliche Treffen mit Anleitern und Anleiterinnen aus den Bereichen Pflege und Physiotherapie durchgeführt, um die für die Praktika anstehenden Themen gemeinsam zu bearbeiten: Kennen lernen der Hochschule, Anleitersituation, Anforderungen an die Anleitung, Rolle der Anleiter und Anleiterinnen. Zudem wird die Interdisziplinarität selbst thematisiert, indem Information über Studienaufbau, eine ICF-Einführung, der Wissensstand der Studierenden vorgestellt werden sowie die Praktikumsaufgabe intensiv bearbeitet wird. Nicht zuletzt geben diese Treffen ausreichend Raum für interdisziplinären Informationsaustausch.

3. Kritische Betrachtung der Interdisziplinarität in den Studiengängen BA Pflege und Physiotherapie an der Katholischen Fachhochschule Freiburg

Die Interdisziplinarität in der physiotherapeutischen und pflegerischen Ausbildung findet, wie oben beschrieben, auf unterschiedlichen Ebenen statt. Daraus ergeben sich Kritikpunkte auf inhaltlicher wie auch organisatorischer Ebene, die sich im Rahmen einer ersten Evaluation gezeigt haben.

Abb.1 und Abb.2

Interdisziplinarität in den Studiengängen Pflege und Physiotherapie der KFH Freiburg

3.1. Inhaltliche Ebene

Von Seiten der Studierenden besteht die Sorge, dass die Inhalte zu unspezifisch sein könnten, weil sie auf beide Gruppen abgestimmt sind. Es könnte zu wenig des eigenen, spezifischen Wissens vermittelt werden, dagegen „zuviel“ im Bereich der anderen Disziplin – „was gar nicht benötigt werde“.

Insbesondere interdisziplinäre POL-Gruppen erleben die Problematik, dass die Angst vor zuviel „unwichtigem“ Wissen (und damit zuwenig „wichtigem“, disziplinen Wissen) den Gruppenprozess stört.

Für die Teamteachings sollte eine gewisse persönliche Akzeptanz des Teachingpartners vorhanden sein. Teamteaching bedeutet zum einen, inhaltliche Ergänzungen, aber auch als Persönlichkeiten für Modelllernen bereit zu stehen. Übereinstimmungen wie auch Konflikte müssen also transparent und möglichst vorbildhaft gelebt werden.

3.2. Organisatorische Ebene

Durch die Kombination der beiden Disziplinen entsteht ein hoher Planungsaufwand: Wie oben beschrieben können z. B. medizinische Fächer nur zum Teil gemeinsam unterrichtet werden, es ist also notwendig, z. B. Lehrveranstaltungen je nach Thematik gemeinsam und getrennt zu planen (inhaltlich, personell und räumlich). Die Gruppengröße schnell auf das Doppelte, wenn nicht wieder in „gemischte Gruppen“ geteilt wird. Schließlich entstehen durch Teamteaching höhere (direkte oder indirekte) Lehrkosten.

An positiver Kritik ist anzumerken, dass durch die größeren und interdisziplinären Gruppen viele Diskussionsaspekte deutlicher herausgearbeitet werden können, als wenn kleinere Gruppen einer Disziplin bestünden, für die das Thema Interdisziplinarität sonst lediglich theoretisch bliebe. Dadurch wird der Weitblick im direkten Kontakt und durch eigene Erfahrung geschärft. Die Akzeptanz der anderen Disziplin auf Studierendenseite scheint einfacher, weil zunächst Kontakte auf persönlicher Ebene stattfinden, die fachliche Ebene dann später nur noch eine kleine Rolle spielt (allerdings passiert dies natürlich auch in umgekehrter Form: Bei persönlicher Abneigung wird die fachliche Ebene auch nicht mehr zum guten Kontakt helfen). Von Dozentinnenseite gleicht sich der höhere Vorbereitungsanteil für Teamteaching mit einer ebenfalls erhöhten und positiv empfundenen eigenen Lernleistung aus.

Literatur / Allgemeine Hinweise

Literaturhinweise der einzelnen Beiträge finden Sie unter www.g-plus.org.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

Impressum

Herausgeber

G-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen
Alfred-Herrhausen-Strasse 50
58455 Witten

Leitung: Prof. Dr. Elke Donath

G-plus ist ein Projekt der
UWH Forschungsgesellschaft mbH
Alfred-Herrhausen-Strasse 50
58455 Witten

Koordination des Bandes
Nina Kolbe

Redaktion
Nina Kolbe, Monika Hörr

Konzeption und Gestaltung
Axel Boesten, Essen
www.axel-boesten-plus-x.de

Bildnachweis
Abbildung Titel: ©iStockphoto.com/Nicholas Moore

Druck
Offsetdruck Klaus Dieckhoff, Witten
www.dieckhoff-druck.de

Auflage
500 Exemplare

Juni 2010

Diese Publikation wurde im Rahmen des Projektes Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

