

Johanna Schafft-Sommer
Fachärztin f. Kinder- und Jugendmedizin
Akupunktur



Neue Str. 6
34376 Immenhausen
Tel.: 05673/6518
Fax.: 05673/6519

Sprechzeiten: Mo. - Fr. 8:30 - 12:30
Mo. - Die. - Do. - Fr. 15:00 - 17:30

www.kinderaerzte-im-netz.de/schafft-sommer

J. Schafft-Sommer, Neue Str. 6, 34376 Immenhausen

Sehr geehrte Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, *liebe Frau Robert und
mitarbeitende Kollegen,*
wir wenden uns heute als Kinderärzte an Sie, weil uns ein Teil der gängigen Verordnungspraxis für
Ergotherapie große Sorgen bereitet.

Folgende Entwicklungen machen aus kinderärztlicher Sicht eine differenzierte Betrachtung der Ergotherapie
notwendig:

- 1. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten 20 Jahre stellen den Nutzen einer Therapie so genannter basaler Wahrnehmungsdefizite in Frage.** Diese defizitorientierte Therapie beruht auf der Annahme einer stadienspezifischen Entwicklung, welche neuropsychologisch nicht mehr vertretbar erscheint. Stadienspezifische Entwicklung bedeutet, eine Entwicklung kann nur erfolgreich sein, wenn die vorausgegangenen Entwicklungsschritte bewältigt wurden. Nach diesem Modell kann z.B. ein Kind nur richtig Laufen lernen, wenn es vorher gekrabbelt ist. Diese Annahme war seit den 70er Jahren für viele Ärzte ein Grund, eine Therapie zur Behandlung eines unterdurchschnittlichen Wahrnehmungspotentials an sich zu verschreiben. Ein solches defizitorientiertes Vorgehen erscheint aus heutiger Sicht nicht mehr sinnvoll.
Wir wünschen uns: Eine Ergotherapie, die lösungsorientiert und patientenzentriert arbeitet und das Erreichen alltagsrelevanter Ziele in den Mittelpunkt stellt. Im Buch "Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie" wird in Kapitel 5 diese Sicht- und Arbeitsweise als „Top-down“-Herangehensweise beschrieben. Die (zum Teil noch) praktizierte „Bottom-up“-Vorgehensweise, bei der eine möglichst umfassende Integration der basalen Wahrnehmung und das Erreichen funktionaler Ziele im Vordergrund steht, scheint uns für den Bereich der ambulanten Ergotherapie nur in seltenen Fällen angebracht zu sein.
- 2. Neben vielen Kindern, die von einer Ergotherapie profitieren sehen wir Kinderärzte auch Nebenwirkungen einer übereifrigen Testdiagnostik.**
Immer mehr Eltern trauen sich nicht mehr zu, die Entwicklung ihres Kindes einzuschätzen und ihrem Kind wesentliche Dinge für sein Leben mitzugeben. Sie sind verunsichert von der zunehmenden Testung auf Wahrnehmungsstörungen und überblicken nicht, dass viele unterschiedliche Wahrnehmungen Teil der wertvollen biologischen Vielfalt der Spezies Mensch ist. „Es ist normal, verschieden zu sein“ (Lebenshilfe)
Wir wünschen uns: gezielte Befunderhebung am Therapiebeginn, mehrstündige Testungen nur nach Rücksprache in besonderen Fällen.
- 3. Wir Kinderärzte sehen therapeutische Abhängigkeiten.**
Auch nach über 40-60 Sitzungen empfehlen manche Therapeuten immer noch die Weiterbehandlung des Kindes, auch wenn die für Eltern und Ärzte feststellbaren Fortschritte nur minimal sind.
Wir wünschen uns: Spätestens am Ende der Regelfallverordnung eine Therapiepause, in der das Erlernte im Alltag weiter geübt wird.
- 4. Die immer noch praktizierte Anforderung von Rezepten zur Behandlung von Kindern im Kindergarten zwingt uns zu einer strikten Trennung in heilpädagogisch und therapeutisch angewendete Ergotherapie.**
Nach den Heilmittelrichtlinien ist es nicht gestattet, Ergotherapie an Stelle von gebotenen (Heil)pädagogischen Maßnahmen zu verschreiben. Eine differenzierte Betrachtung von Pädagogik und Therapie findet sich bei Kobi, Emil E.: Heilpädagogische Daseinsgestaltung, Haupt 1992. Hier ein Auszug:

Therapie	Erziehung
hat Krankheit/Leiden zur Voraussetzung	ist durch die Natur des Menschen erforderlich
ist etwas zusätzliches, außer-gewöhnliches	ist imperativ (Nicht-Erziehung käme Verwahrlosung gleich)
ist auf Gesundheit ausgerichtet	ist auf Bildung/Erziehung ausgerichtet
ist zeitlich begrenzt	ist kontinuierlich
ist auf einen Teilaspekt des Menschen ausgerichtet	ist ganzheitlich
Der Mensch ist behandeltes Objekt	Der Mensch ist handelndes Subjekt

Wir wünschen uns: Therapie in der Regeln *nur* mit Einbeziehung der Bezugspersonen, mit „Hausaufgaben“ nach jeder Stunde.

Das Ergotherapie-Lehrbuch aus dem Thieme Verlag (siehe Literatur) greift schon im Titel „Vom Behandeln zum Handeln“ diese Sichtweise auf. Darin steht im Kapitel „Ergotherapeutische Behandlungsprinzipien“ auf S. 108f:

1. „Ziel der Ergotherapie ist es, individuelle Handlungskompetenzen im täglichen Leben und Beruf zu entwickeln, wiederzuerlangen und/oder zu erhalten.“
Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der DVE 1998, S. 106“
2. „Sorgfältig erstellte, hierarchisierte und ausgewählte Therapieziele sind Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung“
3. „Die Ziele müssen der Prognose angepasst und realistisch, d.h. erreichbar und überprüfbar sein“

Ziele sollten also konkret, überprüfbar, realistisch und alltagsrelevant sein („küra“-Ziele). Zur Erarbeitung dieser Ziele in einem klientenzentrierten Vorgehen empfiehlt das Buch „Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie“ die Verfahren COSA und COPM (s. Literatur), die auf dem Modell of Human Occupation (MOHO) von Gary Kielhofer beruhen.

Kinderärztliche Erfahrung zeigt, dass eine solche zielorientierte, kompetenzfördernde Ergotherapie in der Regel in 10 Sitzungen sichtbare Erfolge in Hinblick auf das Therapieziel bringt und häufig nach 20-30 Sitzungen erfolgreich beendet werden kann, wenn die Eltern mit einbezogen werden und das Erlernete auch Eingang in den Familienalltag findet.

Nur eine solche zielorientierte, kompetenzfördernde und damit effektive Ergotherapie erfüllt die Voraussetzungen für eine Verschreibung zur Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Alle kassenärztlichen Tätigkeiten müssen der „WANZ-Regel“ entsprechen, also wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein. **Diese** Ergotherapien können und werden auch weiterhin von uns verschrieben werden.

Was bedeutet das für zukünftige Verordnungen?

Auf allen zukünftigen Verordnungen werden Sie - wenn irgend möglich - unter „Therapieziel“ ein konkretes, überprüfbares Therapieziel finden. Bitte verfolgen Sie das Erreichen des Therapiezieles von der ersten Stunde an. Bitte informieren Sie uns, wenn sie das Erreichen des Therapieziels für nicht realistisch halten, oder wenn sie aus ihrer Erfahrung die Arbeit an einem anderen Therapieziel für sinnvoller erachten.

Was bedeutet das für die laufenden Behandlungen?

Für die bei Ihnen laufenden Behandlungen bedeutet dies, dass Sie die auf der Verordnung verbleibenden Stunden nutzen um (sofern noch nicht geschehen) mit dem Patienten und seinen Eltern zu überlegen, ob es ein realistisches Ziel gibt, das dem Patienten in seiner konkreten Alltagssituation eine notwendige Handlungskompetenz verschafft. Notieren Sie dieses Ziel im Therapiebericht, damit wir es gemeinsam mit den Eltern besprechen und ggf. als neues Therapieziel in die nächste Verordnung schreiben können.

„Wahrnehmungsdefizite“, „Förderbedarf“ oder unterdurchschnittliches Abschneiden bei Wahrnehmungstestungen sind an sich keine Indikation für eine weitere Verordnung. Entscheidend ist, ob ein Therapieziel vorliegt und der bisherige Therapieverlauf das Erreichen des Therapieziels realistisch erscheinen lässt.

Um dies beurteilen zu können benötigen wir Angaben zum Therapiefortschritt **in Hinblick auf das Therapieziel** und zur Elternarbeit.

Der **Therapiebericht** sollte folgende Angaben enthalten: Anfang und Ende der Behandlung, Frequenz, Art der elterlichen Hausaufgaben und ob diese umgesetzt werden konnten. Falls das Therapieziel nicht im Rahmen der Verordnungsmenge erreicht werden konnte, geben Sie bitte an, welches Teilziel Sie

gemeinsam erreicht haben und über welchen nächsten Schritt Sie das Therapieziel zu erreichen versuchen. Hinweise jeder Art sind immer willkommen.

Dazu ein Beispiel:

Diagnose:	Entwicklungsdyspraxie
Therapieziel:	Das Kind soll lernen, sich alleine anzuziehen
Elternaufgabe:	Die Eltern legen dem Kind die Kleidungsstücke in eine immer gleiche Reihenfolge hin, bestehen darauf, dass das Kind die in der Therapie erlernten Kleidungsstücke auch alleine anzieht.
Die Elternaufgaben konnten umgesetzt werden:	Anfangs nur schwer, zuletzt immer.
Stand der Therapie in Richtung auf das Therapieziel:	Kann schon Unterwäsche, Hose und Pullover anziehen.
nächste Teilziele:	auch Socken anziehen, Schleife binden.
Hinweise:	Anfängliche Abwehr konnte überwunden werden, Eltern und Kind jetzt voll motiviert, das Erreichen des Therapiezieles erscheint realistisch.

Mit solch einem Therapiebericht geben Sie uns die Gelegenheit für eine Wertschätzung Ihrer Arbeit sowie der Erfolge des Patienten und der Mühe der Eltern. Wie müssen dann bei den (in den Heilmittelrichtlinien zwingend vorgeschriebenen) Kontrollterminen nicht vor den Ohren des Kindes mit den Eltern über die weiter bestehenden Defizite diskutieren, um eine Fortsetzung der Therapie indizieren zu können. Wir dürfen uns mit den Eltern an den strahlenden Augen des Kindes erfreuen, wenn wir seine Fortschritte würdigen und können dies für die Motivation zum nächsten Schritt nutzen.

Was bedeutet das für die ergotherapeutische Befunderhebung?

Standardisierte Tests beinhalten aus unserer Sicht neben den Vorteilen der Vergleichbarkeit ein erhebliches Negativpotenzial. Bei Testserien besteht immer die Gefahr, dass auch in Bereichen auffällige Werte gemessen werden, in dem das Kind im Alltag keine Probleme hat. Außerdem wird der prognostische Aussagewert einiger Tests überschätzt. So hören wir immer noch die Überzeugung, dass die Motorik wesentliche Voraussetzung für alle höheren geistigen Funktionen sei - obwohl die Mannheimer Risikokinderstudie an 1800 Kindern zeigen konnte, dass es zwischen Motorik einerseits und Schulleistungen andererseits keine wegweisende Korrelation gibt. Eltern wissen in der Regel nicht um diese Zusammenhänge. Für die meisten Eltern ist ein von einem Experten festgestelltes Defizit eine unumstößliche Wahrheit die den Lebenserfolg ihres Kindes in Frage stellt. Die Gefahr der Schaffung von sich selbst erfüllenden Prophezeiungen ist nicht zu unterschätzen.

Unsere Bitte an Sie:

- Führen Sie die diagnostische Befunderhebung bitte nur in dem Umfang durch, wie es für ihr Verständnis der Störung erforderlich ist.
- Begrenzen Sie die Testdiagnostik auf das für die Zielerreichung notwendige Minimum.
- Teilen Sie den Eltern Normalbefunde (zwischen 97 % und 3% der aus der Normalbevölkerung gewonnenen Stichprobe) als bestandenen Test mit - und nicht etwa alles unter 50% oder 30% als therapiebedürftige Erkrankung!

Sollten Sie bei Ihrer Befunderhebung auf Umstände stoßen, die Ihnen die Erreichung eines anderen Zieles als vordringlich erscheinen lassen, so nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit dem Arzt auf.

Was bedeutet das für die Elternarbeit?

„Hilf mir, es selbst zu tun“ – dieser Gedanke der Ärztin Maria Montessori wird nach unserer Erfahrung in der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern optimal umgesetzt. Mit Bewunderung sehen wir, wie Ergotherapeuten selbst schwierigste Kinder zum (Mit-)Machen bewegen – schließlich ist das eigene Handeln wesentliche Voraussetzung für eine Weiterentwicklung. Andererseits kann dieser Satz noch längst nicht immer auf die Elternarbeit angewandt werden. Die ergotherapeutische Kunst, komplexe Tätigkeiten in bewältigbare Schritte zu zerlegen und kleinste Fortschritte wertzuschätzen ist ein Erfolgsrezept für viele Lebensprobleme. Leider werden vielerorts die Eltern noch nicht so in die Therapie mit einbezogen, dass sie nachher das Gefühl haben, einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung der Schwierigkeiten ihres Kindes beigetragen zu haben. Und leider entsteht gelegentlich aus der Ergotherapie eine therapeutische Abhängigkeit, bei der die Eltern beim nächsten Problem wieder hilflos davor stehen, weil Sie nicht gelernt haben, das Kind selbst zu fördern.

Unsere Bitte an Sie:

- Sehen Sie sich als Experten, die den Eltern einen Weg weisen, um ihr Kind in neuem Licht zu sehen und wieder selbst fördern zu können.
- Beziehen Sie die Eltern mit konkreten „Hausaufgaben“ ein, verstärken Sie positive Interaktion und korrigieren Sie übersteigerte Erwartungshaltungen.
- Ermutigen Sie die Eltern, mit Ihnen und uns über Schwierigkeiten bei der Umsetzung zu Hause zu sprechen. Unerkannte elterliche Ambivalenzen („Das Kind soll ja groß und selbständig werden, aber...“) sind ein schwerwiegender Entwicklungsballast, der nicht dadurch beseitigt werden kann, dass Sie dem Kind die Dinge beibringen, die es noch nicht kann. Ihre Angaben auf dem Therapiebericht, ob die Eltern ihre Anregungen umsetzen konnten sind ein wichtiger Hinweis für uns, ob das gewählte Ziel auch tatsächlich von allen verfolgt wird oder ob es an den momentanen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Familie oder des Kindes vorbeigeht.

Zusammenfassend kann man unsere kinderärztliche Wunschvorstellung von effektiver Ergotherapie mit einer Bootsfahrt vergleichen: Die Ärztin/der Arzt legt mit den Eltern das Ziel fest, stößt das Boot vom Land ab und kontrolliert in größeren Abständen den Kurs. Die Ergotherapie hilft, Stromschnellen und Untiefen zu umfahren, die Eltern rudern anfangs, um das Schiff in Fahrt zu bringen und lernen dann, auch das Steuer zu führen.

Eine solche zielorientierte Vorgehensweise steigert kindliche und elterliche Alltagskompetenz, bringt rasche und anhaltende Erfolge und erleichtert die Kommunikation im therapeutischen Quartett zwischen Kind, Eltern, Therapeutin und Arzt.

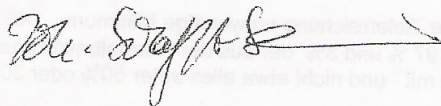
Bitte teilen Sie uns mit, in welchem Ausmaß Sie uns in dem Bemühen, zielorientierte und wirtschaftliche Ergotherapie zu verschreiben, unterstützen können.

Von Interesse wäre vor allem:

1. Definieren Sie bereits am Therapiebeginn konkrete, realistische, überprüfbare und alltagsrelevante Therapieziele?
2. Besitzen Sie Erfahrungen mit klientenzentrierten Assessments wie COSA und COPM oder planen Sie die Anwendung in naher Zukunft?
3. Welchen Stellenwert hat die Elternarbeit in Ihrer Praxis?
4. Bieten Sie zeitlich begrenzte Gruppentherapien für Kinder an (z. B. Marburger Konzentrationstraining, „Training für Aufmerksamkeitsgestörte Kinder“ nach Lauth und Schlottke) an?
5. Was können wir als Ärzte tun, um den gegenseitigen Informationsfluss zu verbessern?

Wir Kinderärzte freuen uns auf eine solche, für alle Seiten erfreuliche Zusammenarbeit mit Ihnen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Ihre



Anlagen:

1. Beispiele für die Präzisierung von Zielen als „kura“-Ziele
2. Entwurf für einen Therapiebericht bei zielorientierter Ergotherapie

Literatur:

Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. Herausgegeben von Clara Scheepers, Ute Steding-Albrecht, Peter Jehn.. 2., neu bearbeitete Auflage, Georg-Thieme Verlag, 2000.

Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie. Von Heidrun Becker, Ute Steding-Albrecht, Thieme, 2006

COPM: Don't tell, ask. Helen Strelbel, Verlag Schulz-Kirchner (2005) (in deutsch)

COSA: Weißt du eigentlich, was mir wichtig ist? Ines Pätzold, Verlag modernes Lernen (2005)

Beispiele für Präzisierung von Zielen als „kürza“-Ziele (kürza = konkret, überprüfbar, realistisch, alltagsrelevant)

<i>suboptimale Zielformulierung</i>	<i>Präzisierungsfragen</i>	<i>Beispiel für „kürza“-Ziel</i>	<i>Überprüfung durch</i>
„Verbesserung der Konzentration“ Problem: nicht konkret, nicht überprüfbar, Verbesserung der Konzentration schlechthin ist unrealistisch, Therapieende unbestimmt.	Welche Tätigkeit(en) soll das Kind erlernen besser konzentrieren können? Wie soll das Kind merken, dass sich die Konzentration genug gebessert hat?	Grundschul-Hausaufgaben in 30-45 Minuten bewältigen Nicht mehr als eine Sache (Turnzeug, Federtasche, Jacke) pro Woche vergessen Schleife binden	Zeit messen und in Erfolgskalender eintragen Strichliste für vergessene Sachen vornmachen
„Verminderung der Dyspraxie“ Problem: nicht konkret, nicht überprüfbar, Therapieende unbestimmt	Welche Fertigkeiten soll das Kind beherrschen?	6 von 7 Tagen alleine Anziehen Malen von Haus, Baum, Mensch, korrekte Stifthaltung nicht durch das Papier durchdrücken Kreis, Dreieck, Viereck nachmalen	Sticker für selbständiges Anziehen als Motivation Demonstrieren oder Bilderserie aus der Therapie und den häuslichen Übungen zeigen
„Förderung der Visuomotorik“ Problem: nicht konkret, Therapieende unbestimmt	Welche andere feinmotorisch-koordinative Kompetenz könnte das Kind erwerben, die im Alltag weiter genutzt werden kann?	Brot selber schmeieren, Gemüse/Obst schälen/schneiden, Abwaschen /Abtrocknen	Überprüfung durch ET in der Praxis
„Socken stopfen“ Problem: zwar konkret und überprüfbar, aber in den meisten Familien nicht alltagsrelevant und daher nicht realistisch, dass die erworbene Kompetenz auch genutzt wird	Für welche Alltagsrichtungen könnte die paretische Hand bei intensivem Training realistischerweise mit genutzt werden? Für welche Alltagsrichtungen ist das Erlernen von Kompensationsstrategien sinnvoller? Wodurch würde sich diese bemerkbar machen?	Hose/Jacke anziehen Knöpfe knöpfen Schleife binden Heft festhalten Einhänderschleife lernen	Demonstration
„Vollständige sensorische Integration der paretischen Hand“ Problem: unrealistisch, nicht konkret, fraglich alltagsrelevant, für Laien nicht überprüfbar			
„Soziale Integration“ Problem: zwar alltagsrelevant und meist realistisch, aber nicht konkret, schlecht überprüfbar		Sich erfolgreich mit einem anderen Kind zum Spielen verabreden?	Bericht der Eltern