Birthe Hucke | Andreas Hörstgen (Hrsg.)

Update Schlaganfall

Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie

Herbsttagung DVE Fachausschuss Neurologie 2011

Neue Reihe Ergotherapie
Herausgeber:
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

Reihe 10: Fachbereich Neurologie
Band 16

Die Herausgeber



Birthe Hucke, Jahrgang 1971, Ergotherapeutin B.Sc.; Diplom-Sozialwirtin (FH), M.A. Sozialmanagement
Nach ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin 1994 arbeitete sie zunächst im Bereich Akut-Neurologie und neurologische Früh-Reha, bevor sie 2003 die organisatorische Leitung des Reha-Zentrums des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinkums Bergmannsheil in Bochum übernahm. Berufsbegleitend erwarb sie einen Bachelor-Abschluss in Ergotherapie an der FH Hildesheim und ein Diplom sowie einen Masterabschluss für Sozialmanagement an der FH Münster. Seit 2002 ist sie Referentin für die Themengebiete Management, Qualitätsentwicklung und ICF. Für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten ist sie seit 2002 für die Fachausschüsse Neurologie und Angestellte ehrenamtlich tätig.

Kontakt: birthe.hucke@rub.de



Andreas Hörstgen, Jahrgang 1966, Ergotherapeut
Nach seiner Ausbildung als Ergotherapeut 1991 war er zu Beginn in einem Pflege-und Therapiezentrum beschäftigt, bevor er 1993 in den Bereich Frührehabilitation von Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma wechselte. Seit 1998 ist er Abteilungsleiter der Geriatrischen Rehabilitationsklinik in Mühlacker. Seit 2002 ist er ehrenamtlich für den DVE in den Fachausschüssen Neurologie und Angestellte tätig.

Kontakt: hoerstgen@web.de

Birthe Hucke | Andreas Hörstgen (Hrsg.)

Update Schlaganfall

Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie

Herbsttagung DVE Fachausschuss Neurologie 2011

Das Gesundheitsforum
Schulz-Kirchner Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Anmerkung des Verlags
Die Informationen in diesem Buch wurden von den Verfasserinnen, den Verfassern und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserinnen, der Verfasser oder des Verlags und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2011
ISBN 978-3-8248-0878-6
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2011
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner
Lektorat: Petra Schmidtmann
Layout: Susanne Koch
Umschlagfotos: Bertolt Werkmann, fotolia.com
Druck und Bindung: Konrad Triltsch Print und digitale Medien GmbH
Johannes-Gutenbergstr. 1–3, 97199 Ochsenfurt-Hohestadt
Printed in Germany

Dieses Buch ist als E-Book erhältlich unter der ISBN 978-3-8248-0905-9

Inhalt

Ulrike Dünnwald
Vorwort 7

Bettina Weber | Ulla Pott
Internationale Entwicklungen in der Ergotherapie – Occupation-based, context-based, client centered, evidence based practice 9

Sonja Hagmann | Uschi Prem | Anneliese Dieplinger-Falchetto | Adelheid Grabner | Judith Müller
Bewusstes Bewegungslernen – Sensorische, motorische und kognitive Lernschritte im therapeutischen Prozess 21

Jens Heber
Neurorehabilitation heute 35

Sybille Roschka
Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall. Eine S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR) 47

Björn Crüts | Natina Röbke (Übersetzung)
Messungen der Gehirnströme als Grundlage des Neurofeedbacks 63

Sonja Dahncke | Olaf Dahncke
Biofeedback mit Hilfe der Spielekonsole Wii® 79

Anke Heß
„Die Welt neu begreifen" – Das Armlabor als sinnvolle Ergänzung zur Optimierung der Armrehabilitation 93

Bettina Walther
Ergotherapie auf der Stroke Unit 109

Mares Woltering
LiN – Lagerung in Neutralstellung® 123

Frank Weckwerth
Angehörigen-Workshops als ambulantes Angebot der ergotherapeutischen Praxis 133

Sonja Bernartz | Friederike Kolster
Empathie, Wertschätzung, Kongruenz – Gewaltfreie Kommunikation als ein Weg zur Klientenzentrierung 141

Peter Frommelt
Zählen und Erzählen – Komplementäre Wege in der Neurorehabilitation 149

Arnd Longrée
Update Schlaganfall – Der rote Faden 159

Dank/Nachwort 167

Der Fachausschuss Neurologie 168

Ulrike Dünnwald

Vorwort

Das Thema der diesjährigen Herbsttagung des Fachausschuss Neurologie des DVE lautet: Update Schlaganfall. Neben einem Schwerpunkt in der Behandlung von Bewegungsstörungen geht es um Wege, klientenzentriert zu kommunizieren, um Angehörige, aber auch um Erzählungen zur Wiederherstellung des durch die Erkrankung erschütterten Selbst. „Betätigung" als Kern unseres Berufes sollte auch das therapeutische Vorgehen prägen, wie immer wieder gefordert wird. Ergotherapeuten sollten „betätigungsbasiert" arbeiten.

Die sensomotorischen Auswirkungen eines Schlaganfalls können sehr unterschiedlich sein. Sie reichen von schwersten neuroorthopädischen Problemen bis hin zu (vermeintlich) leichten Muskelschwächen. Bei Letzteren erscheint die Umsetzung des betätigungsbasierten Ansatzes einerseits leicht, andererseits verlockt hier ein funktionsorientiertes Traning mit kurzfristig erreichbaren Verbesserungen. Wie kann ein solcher betätigungsorientierter Ansatz bei einem Menschen mit sehr schweren Bewegungsstörungen aussehen?
Die frühere „Beschäftigungstherapie" nutzte auch bei Menschen mit Schlaganfällen „Beschäftigungen", also v. a. handwerkliche und gestalterische Techniken, um Bewegungsstörungen positiv zu beeinflussen. Als sich für Ergotherapeuten die Möglichkeit bot, z. B. an Bobath-Kursen teilzunehmen, eröffneten sich dadurch neue Tätigkeitsfelder: Es wurde möglich, auch sehr schwer betroffene Patienten, die eben kaum von den bis dahin genutzten „Beschäftigungen" profitieren konnten, ergotherapeutisch zu behandeln. In der Neurorehabilitation tätige Ergotherapeuten reduzierten den beschäftigungsbasierten Anteil ihrer Behandlungen zugunsten eines als „motorisch-funktionell" oder „neurophysiologisch" bezeichneten Vorgehens.

Wir stehen vor der Herausforderung, den Kern unseres Berufes – Betätigung, Tätigsein – angesichts der in Deutschland klar definierten Leitlinienempfehlungen für die Neuro-Rehabilitation (aktivitäts- und alltagsorientiertes Üben, repetitives Üben, massed versus random practice, gezielter Feedback-Einsatz, angemessenes Shaping etc.) in der Praxis erkennbar werden zu lassen. Wir agieren dabei zwischen den Ansätzen Top-down und Bottom-up. Immer wieder neu ist

zu entscheiden und möglichst evidenzbasiert zu begründen, welche Bedeutung funktions- und strukturorientierte Therapieansätze gegenüber aktivitäts- oder gar partizipationsorientiertem Vorgehen haben.
Aber warum „gegenüber"? Eine Synthese dieser Ansätze und v. a. auch die Berücksichtigung der Kontextfaktoren eines Patienten/Klienten sowie seiner Persönlichkeit und seiner ganz eigenen Weltsicht sollten der ergotherapeutische Weg sein, um einen Beitrag zur bestmöglichen Teilhabe zu leisten.
Update Schlaganfall (und das vorliegende Buch mit den Artikeln zu den Beiträgen der Tagung) bietet die Gelegenheit, sowohl den aktuellen Stand evidenzbasierter Therapieansätze – die nicht alle betätigungsorientiert sein müssen – kennenzulernen als auch weitere Aspekte ergotherapeutischen Vorgehens, die den Blick auf die Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen in einer Lebenskrise richten.
Eine einfache Lösung gibt es nicht: Wir werden immer wieder neu, gemeinsam mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem behandelnden Team, entscheiden müssen, wie das Zusammenspiel von funktions-/strukturorientierten und betätigungsorientierten Anteilen des (ergo-)therapeutischen Prozesses aussieht, ob es vorrangig um Restitution oder eher um Kompensation bzw. Substitution geht. Betätigung als Baustein von Teilhabe ist unser Ziel, aber die Ergotherapie würde ohne Not Terrain aufgeben, sollte Betätigung zum einzigen Weg dorthin erklärt werden.



Kontakt:
Ulrike Dünnwald
ETOS Ergotherapieschule Osnabrück e.V.
Senator-Wagner-Weg 2
49088 Osnabrück
E-Mail: duennwald@osnanet.de

Bettina Weber | Ulla Pott

Internationale Entwicklungen in der Ergotherapie

Occupation-based, context-based, client centered, evidence based practice

Rachel Thibeault [1], eine international anerkannte kanadische Ergotherapeutin, sagte auf dem WFOT Kongress 2006 in Sydney: „*We train tomorrows decision makers with yesterdays obsolent paradigms*" ... „*Nobody ever taught me about the big picture*" (frei übersetzt: Wir schulen zukünftige Entscheidungsträger mit gestrigen überholten Paradigmen, und keiner hat mir bisher das Gesamtbild vermittelt.) Was ist nun das „big picture"? Oder mit anderen Worten: In welchem Paradigma, mit welchen Wertvorstellungen leben wir und welche gesundheitswissenschaftlichen Entwicklungen beeinflussen unsere ergotherapeutische Arbeit? Und wie zeigt sich dies im Fachbereich Neurologie?

Schaut man auf die Paradigmen-Entwicklung, so befindet sich die Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma (contemporary paradigm). Dieses begann ca. im Jahr 1980 und dauert bis heute an. Es ist gekennzeichnet durch eine holistische Sichtweise auf den Menschen. Clara Scheepers fasst dies folgendermaßen zusammen: „*Im Mittelpunkt ergotherapeutischen Interesses steht nicht mehr die Wiederherstellung von Funktionen oder die Behebung von pathologischen Zuständen, sondern die menschliche Handlungsfähigkeit im Alltagsleben*" [2, S. 2]. Anders ausgedrückt: Neben der Person an sich werden die Betätigungen betrachtet, die ausgeführt werden wollen, sollen oder müssen. Die Kompetenzen und Ressourcen einer Person sowie ihre Betätigung und Partizipation im häuslichen, sozialen und beruflichen Umfeld stehen im Vordergrund. Betätigung verleiht Motivation und Sinn. Sich nicht betätigen zu können oder zu dürfen, wirkt sich negativ auf Gesundheit und Lebensqualität aus [3, 4].

Wohlbefinden, Lebensqualität und Partizipation bzw. Inklusion sind heute Schlüsselbegriffe in unserem Gesundheitssystem. Sie beschreiben gesundheitsrelevante menschliche Erlebensqualitäten. Sie sind wichtige Komponenten im ganzheitlichen und multidimensionalen Gesundheitsverständnis, wie sie in der WHO von 1946 [5], in der Ottawa-Charta 1986 [6] und in der ICF 2001 [7] beschrieben werden.

Ein verstärktes Informations- und Mitsprachebedürfnis, steigende Erwartungen an die Selbstverantwortung und die Zunahme an chronischen Erkrankungen sowie das Aufkommen der E-Health verändern die Klientenrolle [8].
Nach Coulter [9] möchten Klienten vor allem

- die Ursachen und den Hintergrund ihrer Erkrankungen verstehen,
- eine realistische Vorstellung von ihrer Prognose haben,
- über die infrage kommenden Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ausführlich informiert werden,
- Alternativen, Risiken und Nebenwirkungen kennen,
- Klarheit darüber erhalten, was sie selbst zur Heilung beitragen können und wie Rückfälle oder Neuerkrankungen vorgebeugt werden kann oder verhindert werden können,
- erfahren, wo sie die beste Behandlung für ihre Erkrankung erhalten.

Die Dauerhaftigkeit bzw. Nichtheilbarkeit der chronischen Erkrankungen, die Unvorhersehbarkeit des weiteren Krankheitsverlaufes, mögliche bleibende Funktionseinschränkungen in Alltag, Beruf und Freizeit, die Einschränkungen der Lebensqualität und das eventuelle Angewiesensein auf informelle und professionelle Fremdhilfe, stellen als Konsequenz auch andere Ansprüche an die therapeutischen Inhalte.
Als Ziel der Ergotherapie gilt es zu ermöglichen, dass Klienten selbstständig handeln können, dieses Handeln als zufriedenstellend erleben und zudem sinngebende Erfahrungen in der Interaktion mit der Umwelt machen können [10, 11, 12]. Diese Gedanken sind uns allen sehr wohl bekannt, der Schwerpunkt mag je nach Situation bzw. Setting ein wenig anders gelegt werden.
Um zu wissen, welche Form der Intervention diejenige ist, die am besten für den jeweiligen Klienten geeignet ist, und um dies auch dem Klienten, seinen Angehörigen, anderen involvierten Parteien wie z.B. den jeweiligen Kostenträgern gegenüber darstellen zu können, ist es notwendig, dass genutzte Verfahren, Strategien, Methoden, Interventionen, Assessments der Ergotherapie mit „Evidenced Based Practice" (EBP) untermauert sind [13, 14].
Zur Verknüpfung der EBP mit dem ergotherapeutischen Handeln werden Sie noch einige Anregungen innerhalb der Tagung bekommen. Wir weisen auf den Vortrag von Sybille Roschka „Eine S2e-Leitlinie der DGNR" hin.

Im niederländischen Berufsprofil [15] werden vier Säulen der Ergotherapie genannt. Ergotherapie soll klientenzentriert, evidenzbasiert, kontextbezogen und betätigungsorientiert sein. Keines dieser Konzepte ist der Ergotherapie in Deutschland fremd.

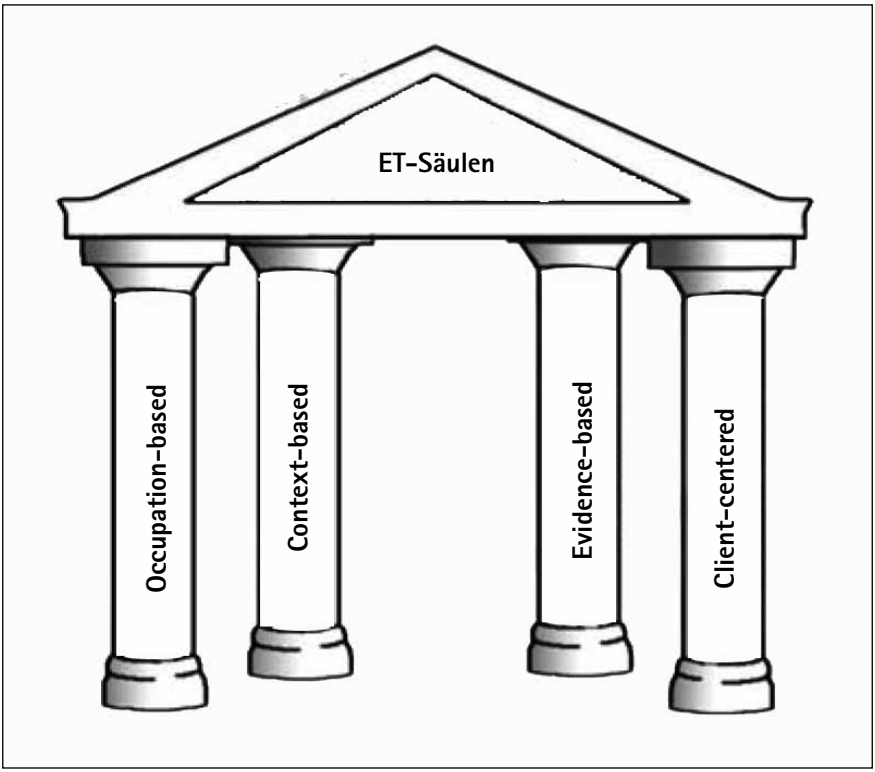

Abb. 1: Säulen der Ergotherapie (Quelle für die Säulengrafik: Quadromedica-Heilpraktikerschule-Stuttgart; adaptiert durch BSG Ergotherapie Hogeschol Zuyd)

Ungewohnt mag auf den ersten Blick die grafische Darstellung sein. Diese Säulen können enger sein, wenn sie sich nur auf einen Fachbereich beziehen, oder größer, wenn sie auf die Ergotherapie generell angewendet werden.

Klientenzentrierung

Hierbei steht der Klient/die Klientengruppe mit seinen/ihren Wünschen und Bedürfnissen im Zentrum des ergotherapeutischen Handelns. Zu diesem Thema sei auch auf die Veröffentlichungen von Sumsion [16], Law, Baum und Baptiste [17], Pollock, McColl und Carswell [18] sowie Flotho [19] verwiesen. Studien zum Einsatz des klientenzentrierten Ansatzes im Arbeitsfeld Neurologie gibt es genügend. Wir verweisen auf die Arbeit von Boettger, Hoeynck und Kohn (2009)

„Bedeutung ergotherapeutischer Leitgedanken für die Behandlung von Menschen mit Apraxie" [20]. Phipps und Richardson (2007) [21] führen als Ergebnis eines Literaturreviews an, dass bereits verschiedene Studien existieren, die belegen, dass ein klientenzentrierter Zielsetzungsprozess in der Neurorehabilitation zu einem Zuwachs an subjektiver Performanzeffizienz führen kann. Andere Autoren wie z. B. Trombly, Radomski, Trexel und Burnet-Smith [22], Jansa, Sicherl, Angleitner und Law [23]; sowie Phipps und Richardson [24] konnten nachweisen, dass das COPM als Assessment zur Erhebung sowie Messung von individuell bedeutsamen Betätigungszielen bei Klienten mit Schädigung des ZNS eingesetzt werden kann. Doig, Fleming und Kuipers [25] interviewten Ergotherapeutinnen zu der Fragestellung, welche Behandlungsansätze sie in der ambulanten Rehabilitation von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen als unterstützend bei der Erzielung eines optimalen Outcomes wahrnehmen. Als Ergebnis fassten die Autoren Hauptprinzipien für die praktische Arbeit zusammen, u. a. die Notwendigkeit einer klientenzentrierten Vorgehensweise bei der Therapiezieldefinition und Intervention sowie die Berücksichtigung und den Einbezug des natürlichen individuellen Kontextes.
Ebenso möchten wir die Konferenz in Maastricht vom 19. bis 22. Juni 2011 erwähnen: „6th International Shared Decision Making Conference: Bridging the gap between research and practice: patient pull or clinician push?" [26], bei der über 250 Vorträge und Poster zum Thema partizipative Entscheidungsfindung referiert bzw. vorgestellt wurden. Hiermit wird nochmals deutlich, wie aktuell das Thema klientenzentriertes Vorgehen ist.

Kontext

Ergotherapeuten sagen von sich, dass sie die Klienten holistisch betrachten. Kontextbezogenes Handeln zu ermöglichen ist ein Grundanliegen der Ergotherapie. Die Kontextbezogenheit zeigt sich in der Einbezogenheit des Klienten in die individuelle Umwelt bzw. den Kontext, in der der Klient oder die Klientengruppe lebt, und somit in dessen Lebenssituation.
Die Begrifflichkeit „Partizipation" wird innerhalb der Fachliteratur unterschiedlich beschrieben. Laut ICF ist Partizipation *„das Einbezogensein in eine Lebenssituation"* [27, S. 95]. Fortführend beschreibt die ICF, dass Partizipation alle Lebensbereiche umfasst [27, S. 95ff]. Kielhofner erklärt Partizipation wie folgt: *„The term occupational participation refers to engaging in work, play, or activities of daily living that are part of one's sociocultural context and that are desired and/or necessary to one's well being"* [28, S. 101]). Das Ziel einer partizipationsorientierten und klientenzentrierten Therapie kann umso effizienter und

nachhaltiger erreicht werden, je besser die Klienten und Angehörigen selbst mit ihren Bedürfnissen und Anforderungen gesehen und unterstützt werden [29, S. 117]. Bernartz und Kolster [29, S.185] bezeichnen Angehörige als ‚Tor' zur Partizipation. Eine klientenzentrierte, wirksame und nachhaltige Therapie ist dann am besten möglich, wenn alle Gelegenheiten genutzt werden, die Angehörigen mit in den Therapieprozess einzubeziehen [30, S. 829]. Unverständnis der Angehörigen über die Probleme des Klienten kann den Therapiefortschritt ernsthaft erschweren [31, S. 282]. Einbeziehung des Kontextes bezieht sich nicht nur auf Familie oder Freunde oder Personen, mit denen interagiert wird, sondern auch auf die Umgebung, in der gehandelt wird. Kontext umfasst somit auch Wohnraum, Transportsysteme, Einkaufzentren, Museen etc. An der Universität Coventry werden seit einiger Zeit Forschungsprojekte mit der Zielsetzung *„To promote quality of life within the context of the broader community by working with and for disabled people in researching issues pertinent to the participation of disabled people in all aspects of society"* durchgeführt. Als ein Beispiel sei hier ein Projekt genannt, welches in Kooperation mit einem gemeinnützigen Wohnungsbauunternehmen 2007 stattfand. Thema war die konkrete Erfassung der Bedürfnisse bezüglich des Wohnraumes von Menschen, die mit einer Einschränkung leben, sowie die Entwicklung von Vorschlägen aus einer ergotherapeutischen Perspektive, wie diesen Bedürfnissen entsprochen werden kann. Ein weiteres Projekt in Coventry untersucht und entwickelt Schulungsmöglichkeiten für die Benutzung des öffentlichen Nahverkehrs von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung [32]. Auch hier wurde eine ergotherapeutische Perspektive zugrunde gelegt.

Betätigungsorientiert/Handlungsorientiert

Wie zentral Betätigung bzw. Handlung oder die Betätigungsorientierung für unseren Beruf ist, kann man an folgenden Beispielen sehen: Die Fakultät Ergotherapie der Universität York stellt auf ihrer Homepage sieben Bereiche vor, zu denen aktuell Forschung betrieben wird. Fünf der Bereiche sind direkt mit dem Thema Betätigung (occupation) verbunden [33]. Die Bedeutung von Betätigung und die Auswirkung dessen auf die Lebensqualität des Menschen, ist schon seit Längerem ein Thema von Untersuchungen [34, 35]. Welcher Art die Betätigung ist, ist sehr unterschiedlich, aber sicherlich von dem jeweiligen Zeitgeist und Trends geprägt [36]. Neben der Bedeutung von Betätigung für Menschen wird ebenfalls untersucht, wie Individuen auf den Verlust von Handlungsfähigkeit reagieren und wie Ergotherapeuten Handlungsfähigkeit ermöglichen können.

Die Schweizerin M. Th. Nieuwesteg-Gutzwiller [37] untersuchte, wie Menschen mit der chronischen Erkrankung Multiple Sklerose, die Veränderung ihrer Handlungsfähigkeit erfahren. Thema der Studie waren unter anderem die Strategien, die die Betroffenen anwenden, um ihre Handlungsfähigkeit zu erhalten. Ein Fazit der Autorin war, dass *„Kenntnisse über den Einsatz und die Anpassungsmöglichkeiten von IT-Technologien für Ergotherapeuten unabdingbar"* sind [37, S. 56], weil diese elektronischen Hilfen Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit in einem hohen Maß verbessern können. Ebenfalls mit genutzten Strategien von MS Betroffenen beschäftigt sich die Studie von Valorie, Dale Stone und Owen [38], die im Februar dieses Jahres in Kanada veröffentlicht wurde. Auch hier wurde unter anderem die Bedeutung von technischen Hilfsmitteln aus dem Computerbereich als hilfreich identifiziert. Gemeinsam ist diesen beiden Studien, dass sie sich mit Strategien beschäftigen und dadurch auch technische Hilfsmittel ansprechen.

Ein Beispiel, das sich in erster Linie nur mit dem Einsatz einer Strategie innerhalb der Intervention beschäftigt, ist die Diskussion innerhalb der Ergotherapie über den CO-OP Ansatz (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance treatment approach). Ursprünglich für Kinder mit Betätigungsproblemem entwickelt, wird der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz mittlerweile auch von einer Forschungsgruppe um Sara Mc Ewen bei erwachsenem neurologischen Klientel intensiv untersucht [39, 40]. Erste Ergebnisse zeigen, dass die genutzten Strategien – aus Sicht der Probanden – es ermöglichen, besser zu lernen und eine gesteigerte Autonomie zu erleben. Ähnliche Ergebnisse konnten auch von Henshaw, Polatajko, McEwen, Ryan und Baum [41] aufgezeigt werden. Eine weitere Studie von Mc Ewen, Polatajko, Huigtsregts und Ryan [42] schlussfolgert, dass mittels des CO-OP bei selbstausgewählten Zielen eine signifikante Verbesserung der Betätigungsausführung erreicht werden kann [37].

Die zuvor genannten Studien von Nieuwesteeg-Gutzwieler und Valorie, Dale Stone und Owen [38] haben neben Strategien auch das Thema Computer als Hilfsmittel angesprochen. Wenn wir den Gedanken ein wenig weiterführen, kann man ein weiteres Gebiet betrachten, das sich mit der Ermöglichung sowie dem Erhalt von Betätigung beschäftigt: die assisstive Technologie. Im Grunde genommen ist der Bereich nicht neu [43], aber ihm wird in Zukunft mehr Bedeutung zukommen. Ursache dafür sind unter anderem der demografische Wandel, höhere Lebenserwartung, eine steigende Anzahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen, eine steigende Anzahl von Menschen mit Multimorbidität und die zunehmende Nutzung von Technik im Alltag. Veröffentlichungen zu diesem Thema sind sehr unterschiedlich. Nach der Standard-Klassifikation assistiver Produkte für Personen mit Behinderungen (ISO 9999) [44] umfasst der Begriff

assistive Technologie auch elektronisch assistive Technologien. Seit einiger Zeit wird in der internationalen Ergotherapie die Nutzung elektronischer Hilfsmittel untersucht. In der Studie Boman, Lindberg Stenvall, Hemingsson und Bartfall [45] wurde die Verwendung elektronischer Erinnerungshilfen für Menschen mit Gedächtnisproblemen nach erworbener Hirnschädigung erforscht. Die Ergebnisse der Studie bestätigten, dass die Betroffenen in der Lage sind mit Hilfe der Erinnerungshilfen in dem Apartment zu leben. Die Ergebnisse zeigten aber auch die Notwendigkeit eines Trainings unter möglichst realen Bedingungen. Eine in Irland durchgeführte Studie kommt im April 2011 unter anderem zu dem Schluss, dass den Einsatz elektronischer Technologien die Unabhängigkeit und die Selbstbestimmung der Klienten positiv beeinflussen und Handlungsfähigkeit steigern kann [46].
Die Artikel von Bernd, van der Pigl und de Witte [47] und Friedrich, Bernd und de Witte [48] gehen der Frage nach, welche Modelle und Instrumente es in der Rehabilitation zwecks der Beratung assistiver Technologie gibt bzw. genutzt werden und wie sie unterbaut sind. Die Ergebnisse zeigen einerseits, dass es wenig evidenzbasierte Vorgehensweisen bzgl. der Auswahl und Beratung assistiver Technologie gibt, auf der anderen Seite aber auch, dass die Auswahl assisitver Technologie durch Fachpersonen evidenzbasiert sein sollte, um einen Erfolg zu erzielen.

Evidenced Based Practice (EBP)

Die vierte Säule, auf der die Ergotherapie basiert, ist EBP. Da eine absolute Trennung der Säulen untereinander nicht möglich ist, ist EBP schon in den vorherigen Ausführungen immer wieder eingeflossen. Leitlinien können Evidenz in einer für den Anwender (Ergotherapeuten) freundlichen Form darstellen. Anwenderfreundlich deswegen, weil sie eine Art Zusammenfassung von spezifischen Wissen bzgl. Assessments sowie Interventionen zu einem spezifischen Störungsbild zusammenfassen. Leitlinien können je nach Herausgeber die Ergotherapie mehr oder weniger stark berücksichtigen. Der DVE hat sich mittlerweile an der Erstellung von ca. 50 Leitlinien beteiligt bzw. beteiligt sich noch [49].
Weiter helfen zur Auswahl von geeigneten Studien bereits angefertigte Beurteilungen derselben. Ein Beispiel hierfür ist die EBP-Seite des DVE, auf der über 1400 Studien zur Verfügung stehen [50].
Über die Bedeutung von EBP für die Ergotherapie hinzuweisen, ist an dieser Stelle nicht notwendig. Die Frage, die sich jedoch stellt ist, wie sich der Einsatz von EBP in der Praxis gestaltet. Carolin Unsworth [51] vertritt die Meinung, dass die Ergotherapie zwar intern davon überzeugt ist, dass die genutzten Maßnahmen