

3. Diagnostik-Schema der ERBSE: Manual

Es wurde ein Transkript des Untersuchungsverlaufs versucht, um Berufsanfängern eine Idee des Ablaufs einer Sitzung zu geben, da die bloße Materialsammlung wenig Anhaltspunkte für die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten gibt. Die Wortwahl ist nicht zwingend, da die ERBSE nur ein Screeningverfahren ist. Der Wortlaut dient als Orientierung und sollte stets an die Sprachverarbeitungsfähigkeit und Informationsbewältigung des Patienten angepasst werden.

Die einzelnen Sätze sind Vorschläge und sollen das diagnostische Vorgehen skizzieren. Im Einzelfall wird die Sitzung davon aber auch deutlich abweichen. Da in der Frührehasituation sehr häufig Probleme beim idealen Ablauf auffallen dürften, wird an den jeweiligen Stellen auf alternative Aufgaben verwiesen, mit denen die Ursache für Fehler oder Nullreaktionen bestimmt werden kann.

Generell nötige Downgrades bei schwerst kognitiv beeinträchtigten oder motorisch hochgradig behinderten Patienten sind kursiv in gelben Flächen gesetzt.

Merke: innerhalb eines Sets sollte die Fragestellung des jeweiligen Termins konstant bleiben, das Material wird an die Fähigkeiten des Patienten angepasst.

Ersttermin: beurteilt Kontaktfähigkeit, Mitarbeits-Modus, Ja-Nein-Kommunikation.

Set 1 „Kalender“ erhebt die sprachlichen und visuellen Fähigkeiten.

Set 2 „Postkarte / Geld / Uhr“ dient der Überprüfung der mnestischen und visuokonstruktiven Fähigkeiten im Rahmen alltäglicher Kulturtechniken, die auch bei ausgeprägten Hirnläsionen meist erhalten sind und dann als Orientierungshilfen genutzt werden können.

Set 3 „Übungen“ vermittelt dem Patienten seinen Trainings-Schwerpunkt je nach relevantem und verständlich rückgemeldetem Problembereich – der Patient hält die Aufgaben für ein „Hirnleistungs-Training“, die Aufgaben erheben aber je nach Fragestellung seine Exekutive, Praxie, Konzentrationsleistung.

Im Idealfall werden Kalender-Informationen und die Versteck-Aufgabe an aufeinanderfolgenden Terminen überprüft (alternativ kann man die langfristige Behaltens-Leistung an einem Vormittag und einem Nachmittag desselben Tages erheben).

3.1 Ersttermin

Es gilt, einen Kontakt zum Patienten herzustellen, einen ersten Eindruck von seiner Mitarbeitsfähigkeit zu bekommen und seinen geeigneten Antwortmodus (Sprechen, Zeigen, Schreiben, Ja-Nein-Code) zu finden. Falls kein sicherer Ja-Nein-Code besteht, muss in den nächsten Sitzungen primär an einer Etablierung der Kontaktmöglichkeiten gearbeitet werden.

Fragestellung:

Kann der Patient

- visuell fixieren
- auf akustischen Reiz reagieren
- auf Berührung gezielt reagieren
- motorische Handlungen ausführen
- kommunizieren

Equipment:

Magnettafel, farbige Magnete, Behälter für Magnete, Boardmarker, Klemmbrett mit Papier und Bleistift, DIN-A4-Blatt, Lichtpointer

Vorlagenblätter:

Ja-Nein, Buchstabentafel, Mensch, 33er-Pack, Zifferngröße

Ablauf:

„Hallo Herr/Frau ..., mein Name ist Wir haben jetzt einen Termin zusammen.“

Der Untersucher sollte abwarten und beobachten, ob der Patient mit mehr Wachheit oder Zuwendung reagiert. Erneut ansprechen und gegebenenfalls am Oberarm berühren. Je nach Sitzhaltung oder Bettlage eine Optimierung der Untersuchungssituation versuchen: Fixierungen lösen, Blickkontakt ermöglichen, idealerweise aufrechter Sitz, beide Arme frei, Brille (falls vorhanden) bereitlegen, Hörgeräte einsetzen. Dabei beobachten, wie viele Reaktionen gezielt erfolgen und ob der Patient die Situation erfasst. Freundlich, langsam und angemessen laut sprechen – die Kontaktaufnahme soll einladend sein.

„Ist das für Sie so bequem? Können Sie mich gut sehen? Dann fangen wir an.“

„Ich bin Herr / Frau Ich bin hier in der Reha Ihre TherapeutIn. Wie geht es Ihnen denn heute?“

„Wie gut können Sie sich denn schon bewegen?“

Der weniger beeinträchtigte Arm soll gefunden, die Einsatzfähigkeit für Greifen oder Schreiben beurteilt werden. Bei motorisch stark eingeschränkten Patienten, die zu schwach oder paretisch sind, wird eher über Blickbewegungen und verbale Reaktionen gearbeitet. Bei Patienten mit akinetischem Mutismus oder zumindest motorischer Restfunktion kann man die Magnettafel (Magnet in Grün oben, Rot unten) anbieten.

„Schauen Sie bitte auf Grün. Und wo ist Rot?“ bzw. „Geben Sie mir mal den grünen Magneten.“

Die Farbauswahl ist bzgl. möglicher Rot-Grün-Blindheit nicht optimal, dient aber der Anbahnung von Ja-Nein-Tafeln, wenn sonst kein Ja-Nein-Code zu etablieren ist (ansonsten ist Rot-Gelb die bei Sehproblemen am besten unterscheidbare Kombination).

„Wie geht es denn mit dem Sprechen? Sagen Sie mir bitte Ihren Vornamen?“

Falls freie Rede spontan nicht gelingt, Vornamen nennen, bestätigen lassen und dann zum Nachsprechen auffordern.

„Sie heißen ..., stimmt das? Sagen Sie mal ganz deutlich“

Falls Ja signalisiert wird und motorisch keine schweren Beeinträchtigungen vorliegen, sollte das Schreiben versucht werden.

„Können Sie mir Ihren Namen aufschreiben?“, „Schreiben Sie bitte ...“

Bei minimal bewussten Patienten (MCS) wird ein Ja-Nein-Signal gesucht:

„Wie können Sie denn ‚Ja‘ sagen? Können Sie nicken?“

Modell sein, evtl. imitiert der Patient. Gleiches gilt für Kopfschütteln. Ist das nicht möglich, wird ausgetestet, ob andere Reaktionen als Kommunikationssignal dienen können.

„Es ist noch schwer für Sie, sich mitzuteilen. Können Sie mir die Hand drücken?“

Falls das gelingt, kann z. B. der Händedruck als Ja-Signal etabliert werden. Wenn einzelne Fingerbewegungen möglich sind, hat sich „Daumen-hoch“ für Ja und „Zeigefinger strecken“ für Nein bewährt.

Falls nur Augenbewegungen möglich sind mit Vorlage „Ja-Nein“:

„Schauen Sie, hier ist eine Blatt. Oben steht JA, unten NEIN. Schauen Sie jetzt auf JA.“

„Schauen Sie auf das grüne JA.“ „Schauen Sie nach oben.“

Wenn keine Reaktion erfolgt, wird auf das Wort getippt, um zu überprüfen, ob zumindest die Augenbewegung ausgeführt wird. Ein paar Versuche mit Aufforderungen zu Ja- oder Nein-Blickbewegungen, dabei Prompting „hoch für JA“ – „runter für NEIN“. Wenn dies nicht zu funktionieren scheint, auch sonst keine gezielten Augenbewegungen oder Reaktionen ersichtlich werden, dann kann Händedruck als interaktive Reaktion mittels basaler Stimulation an der motorisch besseren Hand zu stimulieren versucht werden.

„Jetzt habe ich viel geredet. Lassen Sie uns ein wenig ihre Arme bewegen.

Machen Sie mit?“

Basale Stimulation, geführte Bewegungen mit der besseren Hand am Oberkörper, evtl. auch Gesicht – repetitive Abläufe und beobachten, ob Übernahme durch den Patienten erfolgt?

„Wir fahren zum Ellenbogen /zum Handgelenk /zurück zum Ellenbogen /ganz hoch zur Schulter /bis ans Kinn,...“

„Können Sie mir meine Hand bitte drücken. Drücken Sie mal fest zu.“

Dann kann dies etwas eingeschliffen werden und beim nächsten Termin nochmal versucht werden, ob Händedruck für „Ja“ genutzt werden kann, bzw. ob der Patient diesmal mehr Eigenaktivität zeigt.

Bei Patienten, die beim Ersttermin nicht kommunizieren und wenig visuellen Blickkontakt halten (Aphasie, Blindheit), aber motorisch nicht massiv eingeschränkt sind, kann mittels der Magnettafel das Sortieren nach oben-unten genutzt werden, um die Mitarbeitsfähigkeit und Ausrichtung auf das Material zu beurteilen. Gelingt es nicht, Rot nach unten und Grün/Gelb nach oben zu schieben, so können die Magnete durch Abplücken und in die Box Legen (notfalls geführt mit Animieren zur Übernahme) wieder weggeräumt werden, um zumindest die visuelle Ausrichtung auf das Material zu beurteilen.

Bei **kognitiv fitten** Patienten, die motorisch maximal eingeschränkt sind (Tetraparese mit Beatmung), wird sich das Ja-Nein-Signal meist über Augenbewegungen oder Lidschluss anbieten und rasch eindeutig abrufbar sein. Kommunikation erfolgt hier über Buchstabentafeln. Nun sollte vor der Erklärung der Buchstabentafel zuerst der Visus abgeschätzt werden, um Frustrationen zu vermeiden. Hierzu kann man 5 Ziffern der Vorlage „33er Pack“ untereinander auf die Tafel fixieren und bitten, auf die jeweilige Ziffer zu blicken. Der geübte Untersucher kann anhand der Augenbewegungen sehen, welche Ziffer betrachtet wird. Der Anfänger sollte die 5 Ziffern in den 4 Ecken und der Mitte der Tafel fixieren, da die Augenbewegungen so eindeutiger sind. Er läuft dann allerdings bei Neglect-Symptomen Gefahr, dass Ziffern auf einer Seite nicht gefunden werden.

Zur genaueren Visusbestimmung, um also die vom Patienten auf Armlängendistanz noch lesbare Schriftgröße benennen zu können (weil z. B. später die Bedienung eines Schreibprogramms mittels Augensteuerung am PC angebahnt werden soll), bietet sich anschließend die Vorlage „Zifferngröße“ an. Falls eine Brille vorhanden ist, sollten die Patienten mit und ohne Brille getestet werden. Um Zeit zu sparen, beginnt man mit kleinen Zahlen (4, 5, 6) und passt bei Problemen die Größe nach oben hin an (7, 12).

„Ich möchte sehen, welche Größe der Zahlen sie noch erkennen können. Hier auf dem Blatt sind viele Zahlen. Wo steht eine 6?“

„Schauen Sie jetzt bitte auf die ...“

Mit etwas Routine lässt sich gut ablesen, ob die Augenbewegungen korrekt ausgeführt werden, der Patient also die Ziffern in verschiedenen Größen noch erkennen kann. Bei ausgeprägtem Neglect ist diese Vorlage nicht sinnvoll zu nutzen. Für diese Patienten wird aber auch die Kommunikation mittels Buchstabentafel nicht gelingen – hier sollte bei fehlender Sprechfunktion der Trachealkanüle falls irgend möglich auf Schreibblock und Stift hingearbeitet werden.

Bei Hinweis auf Einschränkungen von Gesichtsfeld oder Augenbeweglichkeit kann mittels Lichtpointer hinter einem im Querformat vor den Patienten gehaltenen DIN-A4-Blatt ein erstes Screening erfolgen. Dazu wird der Pointer ausgehend von der Mitte zu den vier Ecken des Blattes geführt bzw. die vertikalen und horizontalen Blickfolgebewegungen überprüft.

„Schauen Sie bitte auf das Licht.“

Können die 33er-Pack Zahlen gut erkannt werden, ist die Vorlage „Buchstabentafeln“ in gleicher Größe also zu lesen. Vorsichtshalber sollte das Lese-Sinn-Verständnis vor den Buchstabier-Übungen ebenfalls überprüft werden. Hierzu kann man Wörter von Körperteilen der Vorlage „Mensch“ untereinander oder in den Ecken der Magnettafel fixieren (Backe, Wimpern, Schienbein, Nacken, Kniekehle) und den Patienten bitten, auf die jeweiligen Begriffe zu blicken.

„Schauen Sie mal, wo steht denn Wimpern? Und Kniekehle? Und Nacken?“

„Jetzt zeige ich auf ein Körperteil. Wo steht das passende denn?“

Von motorisch fitteren Patienten können die Kärtchen mit den Begriffen der Körperteile auf die Vorlage „Mensch“ an die passenden Stellen gelegt werden, oder es kann gezeigt werden, welchen Körperteil der Schriftzug beschreibt. Gelingt das Lese-Sinn-Verständnis (LSV) nicht, kann mit demselben Material durch Vorlesen das auditive Sprachverständnis (ASV) überprüft werden.

Bestehen beim Patienten motorisch oder verbal keine gravierenden Einschränkungen, und lässt die Wachheit und Ausdauer sowie die Untersuchungszeit noch mehr zu, kann bereits beim Ersttermin zu Set 1 übergegangen werden.

3.2 Set 1: Kalender

Inhalt des Sets sind die Besprechung von Kalenderdaten und die Situation des Patienten. Die Vorlage Kalender ist bewusst optisch nicht zu einfach gestaltet, um bei Einschränkungen die jeweiligen Defizite auch zu bemerken. Die Informationen zu Ort, Zeit, Situation und Rehabilitationsinhalten werden nicht als bereits bekannt vorausgesetzt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass selbst kognitiv nicht beeinträchtigte Patienten das wiederholte Nachfragen zu diesen Orientierungs-Fakten im stationären Setting erwarten und nicht negativ darauf reagieren.

Falls der Patient z. B. durch Beatmung und Tetraplegie weder verbal noch schriftlich antworten kann, sind die verwendeten Ziffern oder Begriffe evtl. von den Lippen abzulesen oder die Blickbewegungen auf dem Kalenderblatt zu verfolgen. Bei der Information über Datum und Reha-Grund ist zu beobachten, wie der Patient reagiert und welche Fakten man auf dem Kalender notiert. Er wird darauf hingewiesen, dass man die Daten beim nächsten Termin wieder erfragen möchte. Auch wird der Kalender sichtbar deponiert, um beim nächsten Termin zu erfragen, ob im Raum bereits ein Kalender hängt und wo dieser sich befindet.

Fragestellung:

Kann der Patient

- sehen und finden
- Sprache verstehen und antworten
- Schrift verstehen
- Ziffern und Mengen verstehen

- Altwissen abrufen
- Objekte und Bilder erkennen
- Handlungen selbständig beginnen und aufrechterhalten über ? Minuten

Equipment:

2 Textmarker (hell, dunkel), Bleistift, Daten des Patienten (Geburtsdatum, Adresse, Diagnose, Zeitverlauf, etc. schriftlich als Gedächtnisstütze für den Therapeuten), Klebestreifen, Magnettafel mit Box für Farbmagnete, farbigen und Punkte-Würfel mit Box

Vorlagenblätter:

Kalender, Motive (DIN-A3), Ziffern, Würfel-Zahl, Würfel-Farbe

Ablauf:

Je nach Reaktionsfähigkeit des Patienten werden die Fragen im Dialog bearbeitet, sonst erklärt der Therapeut die Fakten. Bei mutistischen oder MCS-Patienten ist der Ablauf anfangs beim Kalenderblatt derselbe, hier ist die Verhaltensbeobachtung von Blickbewegungen (Hinschauen bei Erwähnen oder Deuten), Mimik (Überraschung, Betroffenheit, Ratlosigkeit) oder Tonusveränderungen besonders relevant.

„Hallo Herr/Frau Mein Name ist Ich war schon mal bei Ihnen. Wir haben heute wieder einen Termin.“

Wieder optimale Untersuchungssituation gestalten, freien Raum oder Arbeitsfläche bieten (Nachtschränkchen, Rollstuhltisch, Magnettafel), Brille etc. aufsetzen, ...

„Sie sind ja bei uns zur Reha. Das hier ist eine Klinik, und Sie sind Patient. Schauen Sie mal, ich habe einen Kalender für Sie dabei. Finden Sie das Bild von der Klinik?“

Entweder zeigt der Patient auf die Vorlage oder er blickt hin oder liest sogar vor.

Rehazentrum Bad Aibling



Ich bin hier zur Reha.

Warum? _____

Wann war das? _____

Was wird hier trainiert?

Januar

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

2016

„Hier ist ein Bild von der Klinik, in der wir sind. Und hier steht der Ort. Lesen Sie mal vor?“

Der Untersucher sollte beobachten, ob das Bild links gefunden wird (idealerweise in Farbkopie) und bei deutlichen Problemen der Exploration so knicken, dass nur die Kalenderseite bzw. Infohälfte sichtbar ist. Den Ort hell farbig markieren und vorlesen lassen – falls der Patient passend reagiert.

„Da ist ein Foto von der Klinik. Wir sind eine Reha. Da bekommt man eine Therapie.“

Abwarten, wie die Reaktionen sind. Beobachten, ob Verständnis, Überraschung, Interesse, ...

„Hier steht der Monat.“ „Was haben wir denn für einen Monat? Lesen Sie bitte vor.“

Den Monat notfalls nochmal zeigen, mit dem hellen Textmarker markieren.

Bei Patienten, die bis jetzt keine Reaktion gezeigt haben, auch keine eindeutigen Blickbewegungen zur Schrift oder zu den Bildern gemacht haben, wird ein Nachsprechen versucht.

„Wir haben Januar. Sagen Sie mal ‚Januar!‘“

Das Nachsprechen durch eine auffordernde Berührung am Oberarm oder Hand „anstupsen“, wenn das hilfreich erscheint.

*Wenn wie beim Ersttermin wieder **keine eindeutige Reaktion** erfolgt (bzw. wenn der Patient nicht sprech- und bewegungsfähig ist), dann wird zusätzlich der Tag des heutigen Datums farbig markiert.*

„Lesen Sie mir die Zahl vor?“ – „Wo steht denn die X?“

Bei Nullreaktionen endet die Kalenderbesprechung mit dem Eintragen des Datums „Und heute ist der ...“.

„Den Kalender hänge ich Ihnen hier an die Wand, dann können wir immer die Tage anstreichen, an denen Sie schon Therapie gemacht haben.“

Hier wird mit dem Downgrade „Würfel“ fortgefahren, um das Set „Zahlen“ für den Patienten beibehalten zu können (s. u.).

Bei bis zum Monat unauffällig kommunikationsfähigen Patienten fährt man fort mit:

„Welches Datum ist wohl heute? Heute ist der Malen Sie mir den mal an?“
(Hellen Textmarker reichen)

„Was ist dann heute für ein Wochentag? Lesen Sie mal vor.“

„Finden Sie nochmal das Foto von der Klinik?“

„Und was ist Ihnen passiert, dass Sie jetzt hier in der Klinik sind?“