

Film ab!



Videoarbeit in der Ergotherapie

Beweisen, was Ergotherapie bewirkt, und die therapeutische Vorgehensweise für Klienten, Angehörige, Kollegen und Mediziner sichtbar machen. Das gelingt am besten mit Fotos und Videos. Denn Bilder sagen mehr als tausend Worte – und zwar in allen Schritten des therapeutischen Prozesses.

➔ Ich richte das Objektiv meiner Handykamera auf Davids* Hand. „Leg mal los!“, sage ich zu ihm. Der Fünfjährige bemüht sich sichtlich, einen Kreis auf das Papier zu bringen. Er kommt zu mir in die Praxis, weil er den Stift noch nicht sicher halten kann und dadurch in seiner Malentwicklung eingeschränkt ist. Das berichten seine Erzieherinnen und die Eltern. Auf der Heilmittelverordnung steht unter dem ICD-Code „F82.1“ (Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Grafomotorik). Im Kindergarten verweigert David die Mitarbeit, wenn er an den Maltisch soll. Und seine Mutter macht sich Sorgen um die bevorstehende Einschulung: „Wie soll er denn Schreiben lernen, wenn er den Stift nicht halten kann?“

Gemeinsame Betätigungsanalyse → David hat den Kreis beendet. Ich schaue mir die Filmsequenz gemeinsam mit ihm an. „Wie klappt es? Ist es leicht für dich?“, frage ich. Der Junge sieht nicht begeistert aus. Malen findet er doof. Er würde lieber an der Sprossenwand klettern. Andererseits schaut er sich auch gerne selbst im Film an. „Darf ich noch mal gucken?“, fragt er. Das machen wir. Auf dem Video ist einiges erkennbar: David hält den Stift zwischen Daumen und Mittelfinger. Der Zeigefinger ist gebeugt und übernimmt keine Haltefunktion (👁️ VIDEOS, S. 33). Den Arm hebt David vom Tisch ab. Der Stift bewegt sich während des Malens unkontrolliert zwischen den Fingern, da es David nicht gelingt, ihn zu stabilisieren. Seine Haltehand fixiert das Blatt nicht ausreichend, sodass

* Name von der Redaktion geändert

Vor der Therapie



ABB. 1 Das Bild aus der Befunderhebung zeigt: David hält den Stift zwischen Daumen und Mittelfinger, der Zeigefinger übernimmt keine Haltefunktion.

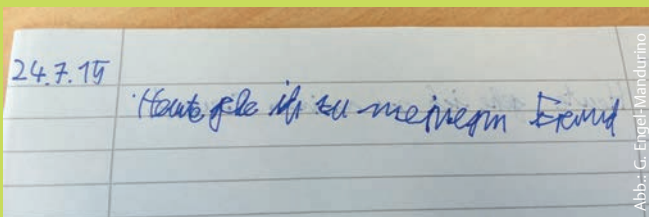


ABB. 3 Sven kann seine eigene Handschrift nicht lesen – kein Wunder, dass er sich nicht richtig auf Klassenarbeiten vorbereiten kann.

Nach der Therapie



ABB. 2 Nachdem David mit „seinen“ Strategien geübt hat, hat sich die Stifthaltung deutlich verbessert.

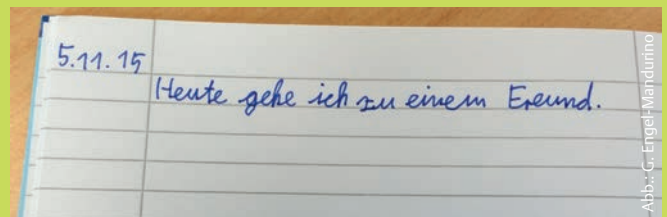


ABB. 4 Drei Monate, einige Videos und hilfreiche Strategien später: Svens Handschrift hat sich deutlich verbessert – auch seine Lehrer sind begeistert.

es sich beim Zeichnen mitbewegt. Mit Mühe malt er ein kreisförmiges Gebilde auf das Papier. Man bekommt das Gefühl, dass nicht David den Stift, sondern der Stift David führt (👁 ABB. 1).

Bei seinem zweitem Versuch verändert sich der Stiftgebrauch leicht: David fixiert den Stift zwischen dem Daumen und den vier Langfingern. Er nutzt verschiedene unökonomische Stifthaltungen, ein stabiler motorischer Plan ist nicht erkennbar – und der Erfolg bleibt erneut aus.

Auf Augenhöhe → Davids motorischer Plan ist fehlerhaft. Trotz unzähliger Anleitungsversuche durch die Eltern und Erzieherinnen im Kindergarten konnte er bis jetzt keine ökonomische Stifthaltung entwickeln.

In der Ergotherapie nutze ich Videos, um einzelne Aspekte des Bewegungsablaufs zu beleuchten und mit den Klienten mögliche Lösungen zu erarbeiten. Wir können uns die Aufnahmen immer wieder ansehen, in Zeitlupe abspielen und Standbilder betrachten. Dadurch kann auch David die Ausführungsfehler besser nachvollziehen. Eine Analyse auf Augenhöhe.

Die Videos helfen mir auch bei der Angehörigenarbeit. In diesem Fall unterstütze ich Davids Mutter dabei, anhand der Filmsequenzen ein Therapieziel auf Betätigungsebene zu formulieren: David malt in acht Wochen (am Ende der Verordnung) einen Kreis und hält dabei den Stift im Dreipunktgriff. Ich wähle den Weg über die Mutter als erweiterte Klientin, da ihr Sohn das Malen zu diesem Zeitpunkt eher ablehnt und von dem Ziel überhaupt nicht begeistert.

tert ist. Da ich aber weiß, dass er sich für Bewegung und Natur interessiert, werde ich ihn im weiteren Verlauf der Therapie über diesen Weg für das Ziel gewinnen.

Eine sichere Stifthaltung erarbeiten → Mithilfe der Videos, Standbilder und Fotos erarbeiten David und ich für ihn passende Strategien. Sie sollen ihm dabei helfen, seinen Stiftgebrauch schrittweise zu verändern. Manchmal ist es sinnvoll, für einige Minuten Bottom-up-Ansätze zu wählen. So darf David zunächst mit einem Holzstab kleine Löcher in Knete drücken. Dabei gebe ich ihm eine Kugel in die Handfläche, damit die Schläfmützen (Ring- und Kleinfinger) eine Beschäftigung haben. Die Bauarbeiter (Daumen, Zeige- und Mittelfinger) dürfen den Stab halten und führen. Die Begriffe für die Finger haben wir gemeinsam ausgewählt. Der Widerstand der Knete hilft David dabei, die Stabilität des Stiftes über die Kraftdosierung zwischen Daumen, Zeige- und Mittelfinger besser nachzuvollziehen und zu variieren. Auch hierbei filme ich und bitte David, den interdigitalen Druck mal zu erhöhen und mal zu senken. Gemeinsam schauen wir uns die verschiedenen Varianten im Film an. Ich frage ihn, was sich am besten angefühlt hat und welche Variante aus seiner Sicht gut aussieht.

Nach dieser kognitiv anspruchsvollen Einheit bitte ich den Jungen, auf die Kletterwand zu steigen. Ich erkläre ihm, dass ich dadurch seinen Stiftplan löschen möchte. Das heißt, ich möchte sehen, ob David die erarbeiteten Inhalte auch nach einer anderen motorischen Aufgabe noch selbstständig abrufen kann. Ich kopple die Inhalte mit positiven Emotionen – in seinem Fall mit dem Klettergerüst. Nach einigen Kletter- und Turnminuten bitte ich ihn nochmals, den Holzstab wie im Video zu benutzen. Dies gelingt ihm auch nach kurzer Zeit. Währenddessen mache ich seine Bewegungen nach und übertreibe von ihm gezeigte Ausführungsfehler, um sie ihm bewusst zu machen. Das hilft David, den neuen Stiftplan fehlerfrei umzusetzen – vor Begeisterung falle ich vom Stuhl. Mit diesem motivierenden Rollenspiel nutze ich wieder den emotionalen Kanal, binde also die Amygdala ein, um die Erfahrungen prägnanter zu machen.

Im weiteren Verlauf tauschen wir den Stab gegen Stifte und vertiefen die Strategien anhand von Übungsaufgaben. Aufgaben bekommt er auch mit nach Hause, wo seine Mutter die Ausführung filmt und die Sequenzen in die Therapie mitbringt. Die Videos zeigen deutlich den veränderten Stiftgebrauch (☞ ABB. 2). David malt von sich aus mehr und variationsreicher (☞ VIDEOS, S. 33). Die Intervention hat zu einer verbesserten Performance der Betätigung geführt. Dass David zum Ende der Verordnung sein Therapieziel erreicht

hat, bestätigt auch die erneute Befragung mittels Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (☞ ERGOPRAXIS 3/16, S. 36).

Die Handschrift optimieren → Sven* ist 12 Jahre alt und besucht die Realschule. Er wird bei mir vorstellig, da seine Lehrer sich massiv über die Handschrift beschwerten. Seine Heftführung sei so „katastrophal“, dass sie seine Arbeiten teilweise nicht bewerten können. Sven gibt zu, dass er auch nicht richtig lernen könne, da er seine Mitschriften selbst nicht immer entziffern kann (☞ ABB. 3).

Mittels Videoanalyse erarbeite ich mit Sven über drei Monate hinweg verschiedene Strategien sowie einen Trainingsplan, um die Handschrift zu optimieren. So haben wir anhand der Fotos zunächst Kriterien für eine lesbare Schrift festgelegt, zum Beispiel auf der Linie schreiben, Buchstaben ausschreiben, Bögen sind erkennbar

etc. In jeder Einheit reflektieren wir die geschriebenen Sätze. In diesem Prozess kommen Film und Foto immer wieder zum Einsatz, um Veränderungen zu erfassen. Hierbei hilft uns das Video, einzelne Aspekte des Schreibprozesses zu beleuchten. Im Sinne der „geleiteten Entdeckung“ erarbeitet Sven die „breakdown points“ und verändert schrittweise die Ausführung. Das bedeutet, dass ich Sven nicht vorsage, was eine lesbare Schrift ausmacht, sondern dies mit ihm zusammen erarbeite. Ich übertreibe zum Beispiel das Schreiben unter der Lineatur, damit Sven den Fehler bei seiner Ausführung selbst erkennt.

„Breakdown points“ sind Schlüsselpositionen, Aspekte oder Momente einer Handlung, ab

denen die Ausführung scheitert oder nicht mehr zum erwünschten Ergebnis führt. Stellt man mehrere Videos gegenüber, kann man die „breakdown points“ ermitteln. Am Ende erhält der Klient das Video mit der erfolgreichen Ausführung – zum Beispiel per E-Mail –, damit er die Strategien im Alltag vertiefen kann. Der Vorteil von Videoarbeit liegt auf der Hand: Sie fördert die Eigenverantwortung des Klienten, wenn er im Alltag keinen Therapeuten an seiner Seite hat. Sobald Unsicherheiten aufkommen, können er und seine Angehörigen jederzeit auf das Bildmaterial zurückgreifen.

Evaluation anhand von Vorher-nachher-Videos → Nach etwa drei Monaten halte ich Svens Schreibprozess nochmals per Video fest. Die Veränderungen sind deutlich zu erkennen: Sven hat sein Tempo leicht reduziert, um die einzelnen Buchstaben genauer ausformen zu können. Die Lineatur hält er weitestgehend ein (☞ VIDEOS, S. 33).

Die Videos sowie diverse Schreibproben aus der Schule dienen zur Evaluation für die Klientenakte, könnten aber auch als Vorlage beim Arzt verwendet werden. So kann ich die erfassten Werte aus



Abb.: klesign/fotolia.com

dem COPM mittels Bildmaterial untermauern. Tatsächlich kann der Klient das Video der veränderten Betätigungsausführung auch zum nächsten Arztbesuch mitnehmen und dem Arzt vorspielen. Die Erfahrung zeigt, dass Mediziner diese Vorgehensweise durchaus spannend finden. So ist auch für sie die Veränderung sichtbar, und sie können die Wirksamkeit der therapeutischen Intervention nachvollziehen.

Videos entstressen die Testauswertung

→ Auch bei der Auswertung standardisierter Tests ist der Einsatz des Videos sinnvoll. Nehmen wir Entwicklungstests wie den ET 6-6 oder die M-ABC-2 [6, 7]. Mithilfe eines Videos kann man sich die Ausführungsqualität einer Bewegung nach der Durchführung des Tests nochmals in Ruhe ansehen. Das hat Vorteile: In der Testsituation sind Ergotherapeuten mit ihren Notizen beschäftigt, müssen evtl. eine Stoppuhr bedienen oder Material bereitlegen. In diesen Momenten teilen sie ihre Aufmerksamkeit und es entgehen ihnen unter Umständen Details bei der Testausführung.

Auf dem Video können sie sich einzelne Aspekte im Nachhinein nochmals anschauen und ihre Hypothesen überprüfen.

Weiterhin können sie Daten zur Verlaufskontrolle nutzen, also den Test nach einiger Zeit wiederholen und die beiden Aufzeichnungen gegenüberstellen. So ist neben den Punktwerten auch ein direkter Vergleich der Bewegungsausführung möglich. Videos sind

zudem eine gute Möglichkeit, um Schulungen im Team zu ergänzen. Unerfahrenere Kollegen können so ihr analytisches Auge und den professionellen Umgang mit sensiblen Testdaten schulen. Letztendlich kann man auch Teile der Testvideos zu Dokumentationszwecken an den Arzt weitergeben. Der Arzt kann anhand der Veränderungen die Wirkweise der ergotherapeutischen Interventionen dokumentieren und nachvollziehen. Neben einem aussagekräftigen Bericht könnten diese Aufnahmen, unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien, dem Arzt bei der Begründung seines Ordnungsverhaltens helfen [8]. Dies ist besonders dann hilfreich, wenn der Kostenträger eine Prüfung ankündigt.

Neben einem aussagekräftigen Bericht könnten diese Aufnahmen, unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien, dem Arzt bei der Begründung seines Ordnungsverhaltens helfen [8]. Dies ist besonders dann hilfreich, wenn der Kostenträger eine Prüfung ankündigt.

Klienten eigene Lösungen finden lassen

→ Man kann auch komplexe Arbeitsabläufe wie eine schulische Hausaufgabe filmen. So ist am Video beispielsweise erkennbar, dass das Kind seine Aufgaben häufig unterbricht und kleine Pausen einlegt. Durch das Video kann es dies von außen betrachten und sein Verhalten bewusst reflektieren (metakognitiver Prozess). Ein Jugendlicher wollte beispielsweise nicht auf seine Pausen verzichten. Durch das Video

erkannte er jedoch, dass die häufigen Unterbrechungen das Problem waren. So entschied er sich, seine Arbeits- und Pausenphasen zeitlich zu strukturieren. Ob er das auch ohne Video geschafft hätte? Definitiv nein! Erst die Beobachtung des eigenen Verhaltens führte zur bewussten Reflexion.

Klienten, die ihre eigenen Lösungen finden, setzen diese auch häufiger ein [1]. So wird beispielsweise in der CO-OP-Methode besonders Wert darauf gelegt, dass der Klient über die geleitete Entdeckung selbstständig Lösungen erarbeitet [1]. Diese Methode lässt sich hervorragend mit der Videoanalyse verbinden.

Ich achte bei der Anfertigung der Vorher-nachher-Videos darauf, dass die Bedingungen weitestgehend gleich sind. So nutze ich ähnliche Bewegungsausführungen und nach Möglichkeit gleiche Materialien wie Stifte etc. Dadurch ist das Vergleichen der Ausführungen leichter und objektiver (👁️ VIDEOS).

Einsatz in der Neurorehabilitation → Die therapeutische Videoarbeit kommt auch in der Neurorehabilitation zum Einsatz [2]. Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen der Bewegungsbeobachtung und dem motorischen Lernen nach einem Schlaganfall. In einer Studie aus dem Jahr 2007 wiesen die Wissenschaftler nach, dass tägliches Videotraining über eine Stunde für die Dauer von vier Wochen die Handmotorik verbessert [3]. Niederländische Forscher fanden 2015 in einer Studie mit 37 Schlaganfall-Patienten heraus, dass ein Training mit Bewegungsbeobachtung in Kombination mit aktiven Übungen das motorische Lernen fördert [4]. In beiden



Abb.: klesign/fotolia.com

 **Gewinnen**

Selfie-Stick

Wir verlosen einen Selfie-Stick von Rollei (www.rollei.de). Wer ihn gewinnen will, klickt bis zum 29.4.2016 unter www.thieme.de/ergopraxis > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort „Selfie-Stick“. Viel Glück!



Studien gehen die Wissenschaftler auf die Nutzung des Spiegelneuronensystems ein, das auch bei der Spiegeltherapie genutzt wird.

Auch in der Sportwissenschaft wird das Medium Film genutzt, um Bewegungsabläufe zu analysieren und zu optimieren. Besonders die Analyse einzelner Bewegungssequenzen ermöglicht es, Bewegungsfolgen zu optimieren und anzupassen. Jedoch sollte die Aufmerksamkeit beim Training der Bewegung auch immer auf das Ziel der Betätigung gerichtet bleiben (externer Fokus/Bewegungseffekt) [5].

Abschließend können wir sagen, dass Videos unseren therapeutischen Alltag bereichern und die Motivation – sowohl auf Therapeuten- als auch auf Klientenseite – deutlich gesteigert hat. Kinder finden das Filmen grundsätzlich toll und haben auch Spaß beim anschließenden Anschauen und Analysieren. Der Aufwand ist im Vergleich zum therapeutischen Nutzen sehr gering. Der große Vorteil von Videos ist, dass wir mit ihnen zeigen können, wie wir in der Therapie vorgehen, welchen Effekt Ergotherapie hat und inwiefern sich die Betätigung unserer Klienten verändert. Und mal ehrlich, ein Smartphone mit Videofunktion hat heutzutage jeder Klient in der Hosentasche. In diesem Sinne: Film ab!

Gregorio Engel-Mandurino und Stefan Kuhrau

➤ Literaturverzeichnis

www.thieme-connect.de/products/ergopraxis > „Ausgabe 4/16“

➤ Videos

www.thieme-connect.de/products/ergopraxis > „Ausgabe 4/16“

Autoren



Gregorio Engel-Mandurino ist seit 1998 Ergotherapeut. Bis er 2005 seine eigene Ergotherapiepraxis in Hilden eröffnete, arbeitete er in verschiedenen Praxen. Für einige Jahre war er nebenbei für einen Träger des ambulant betreuten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe psychiatriererfahrener Klienten tätig. Er sammelte in den Jahren Erfahrungen in der Arbeit mit pädiatrischen, neurologischen und psychiatrischen Klienten. Er ist Mitglied der

Arbeitsgruppe „Alltagsmöglichmacher“, in der er sich mit Kollegen austauschen und neue Ideen entwickeln kann – zum Beispiel die Idee zu diesem Artikel. Kontakt: praxis@engel-ergotherapie.de



Stefan Kuhrau Ergotherapeut seit 2001, gründete nach seiner Tätigkeit in verschiedenen Praxen mit seiner Frau eine eigene Ergotherapiepraxis nahe Bamberg. Zehn Jahre lang war er Kooperationspartner der Frühförderung der Lebenshilfe Bamberg e. V. – seit März 2016 arbeitet er dort. Er interessiert sich für das Themengebiet UEMF, insbesondere für den Umgang mit dem Stift. Erfahrungen sammelte er in diesem Bereich durch den intensiven Austausch mit

Kollegen, Medizinern und Fachleuten aus Industrie und Softwarebranche. Er ist Mitglied der Arbeitsgruppe „Alltagsmöglichmacher“, um gemeinsam innovative Ideen auf den Weg zu bringen. Kontakt: stefankuhrauone@live.de

Die Technik



Abb.: designfotolia.com

Ausstattung, Dokumentation, Archivierung

Für flexible und spontane Videoaufnahmen (z. B. beim Treppensteigen im häuslichen Umfeld) eignet sich das Smartphone. Mithilfe von Video-Apps kann man Clips schnell bearbeiten und an das Tablet, den PC oder das Handy des Klienten schicken. Ein Tischstativ oder Selfie-Stab gewährleistet wackelfreie Videos. Nachteile: geringe Akkulaufzeit, schlechte Aufnahmequalität bei schlechten Lichtverhältnissen und schlechte Tonwiedergabe. Für längere Videosequenzen (z. B. um eine Interaktion festzuhalten) empfiehlt sich eine größere Speicherkarte (je nach Handtyp bis 64 GB).

Weniger flexibel, aber dafür qualitativ am besten geeignet ist der klassische Camcorder. Preislich liegt er bei 200 bis 300 Euro und ist einfach zu bedienen. Er liefert auch bei widrigen Lichtverhältnissen eine hohe Auflösung und eine gute Tonwiedergabe. Wichtig: Man sollte ein externes Mikrofon anschließen können, um trotz störender Umgebungsgeräusche ein klares Sprachbild aufzeichnen zu können. Nützlich können auch hier Tischstativ und Teleskopstativ sein (☞ ABB.). Große Speicherkarten und Ersatzakkus ermöglichen stundenlange Aufnahmen fernab von PC und Ladestation.

Um sich Videos mit dem Klienten sofort anschauen zu können, eignet sich ein Tablet. Der Bildschirm eines Smartphones ist häufig zu klein. Wie Sie mit dem sensiblen Videomaterial rechtssicher umgehen und wie eine Einverständniserklärung aussehen sollte, lesen Sie in *ergopraxis* 7-8/15, S. 41.

Wichtig: Immer im Querformat filmen! Dadurch vermeidet man Balken und kann den gesamten Bildausschnitt nutzen.

Archivierung

Therapeuten müssen schnell und unkompliziert an Videomaterial zu Analyse, Bearbeitung oder Präsentationszwecke herankommen. Ansonsten ist Videoarbeit unnötig. Empfehlenswert ist die Speicherung der Clips an einem zentralen PC oder Laptop mit Benennung von Klient, Aufnahmezeit, Therapeut und Inhalt – am besten in einem Ordner für Klienten.

Für die Verarbeitung von Videos benötigt man ein unkompliziertes Videoschnittprogramm – man muss aber nicht jedes Video bearbeiten. Da Therapeuten objektives Videomaterial benötigen, können sie auf Spezialeffekte verzichten. Eine einfache Software wie der kostenlose Microsoft Movie Maker reicht dafür aus. Für Einrichtungen mit sehr intensiver Videoarbeit kann sich die Investition einer Videolösung mit Archivierung, Videoanalyse und Weitergabe lohnen. Mit Dartfish kann man zum Beispiel Videos in Zeitlupe abspielen, mehrere Videos übereinander oder nebeneinander präsentieren.



Abb.: G. Engel-Mandurino