



Stiftung  
**Neuronales**  
Netzwerk

MERKBLATT JUNI 2015

Hinweise für Betroffene, Angehörige und Interessierte

## HoDT - Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie

**Herausgeber:**

©Neuronales Netzwerk  
Deutsche Stiftung für Menschen mit erworbenen Hirnschäden  
[info@neuronales-netzwerk.org](mailto:info@neuronales-netzwerk.org)  
[www.neuronales-netzwerk.org](http://www.neuronales-netzwerk.org)

**In Zusammenarbeit mit:**

Susanne Waldow-Meier, Ergotherapeutin & HoDT-Instruktorin  
Juni 2015

Hinweise für direkt Betroffene, An- und Zugehörige sowie Interessierte von einer Ergo- und HoDT-Therapeutin und direkt Betroffenen. Sozialmedizinisches Fachvokabular haben wir durch möglichst verständliche Begriffe ersetzt und durch Zitate einer Betroffenen ergänzt.

## 1. Mit einer erworbenen Hirnschädigung leben lernen

---

Was macht es so schwer mit einer erworbenen Hirnschädigung den eigenen Platz im Leben wiederzufinden?

Menschen mit erworbener Hirnschädigung erleben meist, dass ihr Leben „wie mit einem Schlag“ aus den Fugen geraten ist: Alltag, Gewohntes, Rollen und soziale Beziehungen werden abrupt unterbrochen. Neben den offensichtlichen körperlichen Behinderungen erschweren die „unsichtbaren“ neuropsychologischen Störungen den Alltag deutlich (wie z.B. Aufmerksamkeitsstörungen, Neglect und Apraxie).

Doch wie erleben Sie als Betroffene diese Lebenssituation? Wie verändern die neuropsychologischen Störungen das subjektive Erleben?

„Nichts ist wie gewohnt, alles ist anstrengend.“

Es sind neuropsychologische Störungen, die zu einer besonderen Verschiedenartigkeit der Wahrnehmungen zwischen direkt Betroffenen und ihrem Umfeld führen. Die Veränderung ihrer Wahrnehmung ist für direkt Betroffene anfangs meist nicht bemerkbar. Irritation und Überforderung durch Alltagsgeschehnisse sind häufig die Folge.

Die HoDT geht davon aus, dass die subjektive Erlebenswelt der direkt betroffenen Person der Ausgangspunkt für den therapeutischen Prozess ist.

## 2. Was ist die HoDT, wofür steht sie?

---

Ziel der HoDT ist, für Betroffene und Angehörige die nachhaltige Teilhabe und Entwicklung einer individuell bedeutsamen Lebensperspektive zu ermöglichen, trotz des Vorhandenseins von komplexen neuropsychologischen Störungen.

Es geht um die Fragen: „Wie kann ich mit dieser Behinderung leben lernen, was würde im Moment wieder Lebensfreude bringen? Was möchte ich langfristig erreichen? Wie möchte und kann ich leben, wie wohnen, arbeiten und lieben? Was ist derzeit hinderlich?“

Die Ursachen werden gemeinsam mit der Therapeutin erforscht (Handlungsorientierte Diagnostik) und bedeutsame Aktivitäten können entdeckt und entwickelt werden (Therapie).

In diesem Prozess ist aus Sicht der HoDT wesentlich, dass Sie selbst bestimmen, was für Sie und Ihr Umfeld bedeutsam und notwendig ist.

## 3. Für wen ist HoDT sinnvoll?

---

Die HoDT ist ein Konzept, welches die Rehabilitation vom Standpunkt des direkt Betroffenen aus beginnen möchte: Wie sehen Sie Ihre Situation? Welche Anliegen an die Therapie haben Sie, was möchten Sie verändern?

Ausschlaggebend für die Therapie sind Ihre Handlungsanliegen, -Wünsche und Bedarfe, sowie die Ihres Umfeldes (Familie, Freunde, Hilfspersonen etc.). In diesem Sinne arbeiten wir personen- oder klientenzentriert. Die HoDT ist ein Konzept, welches dem therapeutischen Fach- und Pflegepersonal ermöglicht „Hand-in-Hand“ zu arbeiten, um bestmöglich auf die Bedarfe der betroffenen Person eingehen zu können. Sie lässt sich sehr gut mit anderen therapeutisch- pflegerischen Konzepten verbinden und unterstützt eine angemessene Berücksichtigung von neuropsychologischen Störungsbildern in jeder Phase der Rehabilitation. Entwickelt wurde die HoDT von Friederike Kolster (Ergotherapeutin) und Sangha Schnee (Sozialpädagogin).

#### **4. 3 Felder der Rehabilitation – ein Modell für Alltag, Begleitung und Therapie**

---

Wir gehen in der HoDT davon aus, dass durch teilhabe-orientierte Therapie Ihre Lebensqualität fortbestehen oder wachsen kann (entsprechend der Forderungen des SGB IX).

Auch wenn gerade zu Beginn der Reha vor allem das „Besser werden!“, „Wieder laufen lernen!“ oder anderes im Vordergrund aller Bemühungen und Anstrengungen steht, sollte in jedem Tagesablauf auch Zeit für ein müheloses Leben im Jetzt sein. „Einfach jetzt sein, so wie ich bin.“ In diesem Feld geht es nicht um den Zugewinn von Fähigkeiten, sondern um das Nutzen von aktuell verfügbaren Ressourcen. Hier braucht es gute Absprachen mit dem Umfeld, damit eventuell nötige Hilfe angepasst oder gegeben werden kann.

Demgegenüber gibt es zwei weitere Felder, die auf Zugewinn ausgerichtet sind.

Zum einen das Funktionstraining, bei welchem das Training und die Verbesserungen von Fähigkeiten zentral sind. Es kann zum Beispiel um motorisches Funktionstraining gehen, aber auch um das Training kognitiver Funktionen, folglich um Basisfähigkeiten, die direkt Ihren angestrebten Handlungen dienen sollen. In diesem Bereich ist es sehr sinnvoll, dass sich Therapeuten verschiedener Fachrichtungen untereinander und mit Ihnen abstimmen, wer gerade welches Funktionstraining anbietet (z.B. in Bezug auf Bewegung, Sprache, kognitive Funktionen etc.).

Zum anderen betrachten wir das Feld „Mit der Behinderung leben lernen“. Hier geht es um die Auseinandersetzung, wie Sie jetzt und in Zukunft mit bestehenden Beeinträchtigungen leben lernen können. Eventuell sind Hilfsmittel zu erproben oder neue Strategien zu erarbeiten: „Wie komme ich jetzt ins Auto? Was ist nötig, um gut mit Bus oder Bahn zu fahren?“. Darüber hinaus ist „Hilfe nehmen und geben lernen“ Bestandteil dieses Bereichs: Welche Anteile einer Handlung möchten Sie selbst ausführen, wann und wie möchten Sie Hilfe? Es geht um ein Bewusstwerden der Auswirkungen der erworbenen Hirnschädigung, aber auch um Trauer, Wut, Abschied und Veränderungen im eigenen Leben. Im gleichen Maße geht es darum anzuerkennen, was Bestand hat, wo die eigenen Stärken und die Ihres Umfeldes liegen.

Alle drei Felder können gleichberechtigt Beachtung in der Behandlung und Begleitung nach HoDT finden.

## 5. Ein echtes Beispiel

---

Frau M., Mitte 30, als Geschäftsführerin tätig, erlitt eine akute Hirnblutung. Sehr plötzlich wurde ihr berufliches und privates Leben unterbrochen. Viele Monate in verschiedenen Reha-Einrichtungen liegen mittlerweile hinter ihr. Sie wechselte den Wohnort und lebt mit Unterstützung in einer eigenen Wohnung. Dort lernte ich sie im Rahmen der Ergotherapie kennen. Sie berichtete mir in unseren ersten Gesprächen, dass ihr der Sport und Bewegung sowie intellektuelle Herausforderungen sehr fehlen. Gleichzeitig sei sie viel schneller erschöpft und habe einen großen Erholungsbedarf, „was manchmal echt nervig“ sei.

Ein geliebter Sport von Frau M. war das Klettern.

Wir fingen an darüber nachzudenken, ob und wie das Klettern mit Halbseitenlähmung, Aufmerksamkeitsstörung und Neglect möglich sein könnte. Sie sagte: „Damit wir uns nicht falsch verstehen: Ich möchte nicht an eine therapeutische Kletterwand, ich möchte das Klettern für meine Freizeit, für den Spaß.“. Mir als Therapeutin schien dieses Vorhaben eine echte Herausforderung, gleichzeitig hatte ich großes Verständnis für das Bedürfnis nach Bewegung und einem geliebten Hobby. Meine Bedenken waren, dass das Klettern unter den jetzigen körperlichen Voraussetzungen das Bedürfnis nicht würde erfüllen können, es vielleicht eine sehr frustrierende Erfahrung werden würde.

Diese Gedanken teilte ich mit Frau M., worauf sie entgegnete: „Ja, kann sein, aber das muss ich eben herausfinden und probieren.“

Wir besprachen, wer Frau M. in dieser Phase psychisch-emotional unterstützen könnte, wenn der Bedarf auftauchte. Daraufhin recherchierten wir gemeinsam eine Kletterhalle, einen Kletterlehrer, der auch Physiotherapeut war und somit Wissen zu den Folgen von erworbenen Hirnschäden hatte. Wir besprachen mit diesem Kletterlehrer vorab, worum es Frau M. ging.

Sie kletterte mit ihm 3 Meter an einer Kletterwand empor! Sie fluchte, es war enorm anstrengend und begeisternd zugleich.

Im Nachgespräch sagte sie, es sei nicht mehr das Gleiche wie früher. Der Verlust der körperlichen Fähigkeiten sei schmerzlich. Gleichzeitig sei sie enorm stolz auf sich. Diese Erfahrungen müsse sie selber machen und erleben. Es sei jedoch sehr beruhigend, den Weg nicht alleine gehen zu müssen.

Wir überlegten weiter aufbauend auf der ersten konkreten Erfahrung: wenn sie erneut klettern gehen wollte, welche Vorbereitungen wären nötig, welche Tageszeit wäre günstig, um bestmöglich die eigenen Kräfte zu nutzen, wann wären Pausen nötig, um die Aufmerksamkeitsstörung zu berücksichtigen und sicher wieder den Boden der Kletterhalle zu erreichen.

Es ging insgesamt um ein Kennenlernen der veränderten eigenen Fähigkeiten. In welcher Form waren nun bedeutsame Tätigkeiten, wie hier das Klettern, möglich? Es ging um selbstbestimmte Erfahrungen, eingeschlossen der Möglichkeit zu scheitern. Die Wertschätzung und Anerkennung der aktuellen Möglichkeiten schaffte die Grundlage für das Eröffnen von Entwicklungsspielräumen.

## 6. Fazit oder Rehabilitation geht auch etwas anders

---

In der HoDT möchten wir, abgestimmt auf Ihre Bedürfnisse und die Ihres Umfeldes, arbeiten, uns sehr alltagsnah und konkret bedeutsamen Aktivitäten widmen. Dabei berücksichtigen wir die Auswirkungen und Wechselwirkungen von neuropsychologischen Störungsbildern auf Ihre Handlungsfähigkeit.

Wir möchten mit Ihnen gemeinsam herausfinden, was aktuell für Sie eine geeignete Form ist, um zu lernen und zu leben und Sie darin unterstützen, einen eigenen Platz im Leben wieder zu finden.

## 6. Wer bezahlt´s?

---

HoDT kann von allen Berufsgruppen der neurologischen Reha unterstützt werden. Bisher wird sie vor allem im Rahmen der Ergotherapie oder Physiotherapie angewandt. Sie ist regulär durch eine Verordnung für Ergotherapie oder Physiotherapie abrechenbar mit den Krankenkassen.

## 6. Hinweise

---

### **Autorin:**

Susanne Waldow-Meier  
Ergotherapeutin & HoDT-Instruktorin  
susanne.waldow@hodt-institut.de

### **Literatur:**

HoDT für Fachpersonal:

Habermann, C. & Kolster, F. (2009). Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart / New York.

### **Interessantes für Betroffene und Angehörige:**

Kerkhoff, G., Neumann, G. & Neu, J. (2008). Ratgeber Neglect - Leben in einer halbierten Welt. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Lorenzen, H. (2010). Fatigue Management: Umgang mit chronischer Müdigkeit und Erschöpfung. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Fachleute des Gesundheitswesens. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein.

Pullwitt, E. & Winnecken, A. (2012). Aphasie - wenn Sprache zerbricht. Die Betroffenheit der Mitbetroffenen. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein.

Großhans, L. (2003). Und wo bleibt mein eigenes Leben? Hilfe für pflegende Angehörige. Kreuz-Verlag, Stuttgart.