

Hochschule Fresenius

Fachbereich Gesundheit

Studiengang Ergotherapie: Angewandte Therapiewissenschaft (B.Sc.)

Studienort: Hamburg

Welche unterschiedlichen Grundannahmen für den ergotherapeutischen Therapieaufbau können bei Patienten mit juvenilem Schlaganfall im Vergleich zu älteren Schlaganfallpatienten gemacht werden, und welchen Einfluss hat dies auf die Therapie?

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science

Daniela Wall

Geboren in Herford

Matrikelnummer HHGH122581

1. Gutachter/in: Birthe Holland

2. Gutachter/in: Prof. Dr. Gabriele Hanne - Behnke

Abgabetermin: 08.06.2016

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	IV
Abstract	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1 Schlaganfall.....	2
2.2 Definition juveniler Schlaganfall	2
2.3 Langzeitprognose von Schlaganfällen.....	3
2.4 Entwicklungspsychologie: Lebensphasen junger und alter Menschen.....	4
2.4.1 Entwicklungsaufgaben des frühen und mittleren Erwachsenenalters.....	4
2.4.2 Entwicklungsaufgaben des hohen Erwachsenenalters und im hohen Alter	5
2.5 Relevanz für die Ergotherapie	6
3 Methodik.....	6
3.1 Methodisches Vorgehen der Literaturrecherche	7
3.2 Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung von Grundannahmen	9
4 Ergebnisse	9
4.1 Psychische Folgen des Schlaganfalls	10
4.2 Veränderungen im sozialem Leben	13
4.3 Berufliche Integration	15
4.3.1 Berufliche Teilhabe in Deutschland	15
4.3.2 Einfluss der Arbeit auf die Person	17
4.4 Gegenwärtige Rehabilitation von juvenilen Schlaganfallpatienten.....	18
4.5 Ergebnisse aus der Ergotherapie	20
4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	20
5 Entwicklung von Grundannahmen für die ergotherapeutische Behandlung	23
6 Diskussion.....	27

7	Fazit und Ausblick	28
	Literaturverzeichnis	VIII
	Anhang	XI
	Eidesstattliche Erklärung	

Zusammenfassung

Bislang wird in den deutschen Leitlinien zur Behandlung von Schlaganfall keine abweichende Behandlung für jüngere Patienten vorgeschlagen. In der Ergotherapie wird das Wissen um die speziellen Bedürfnisse und den Einfluss dieser auf die Therapie wenig bedacht. In dieser systemischen Übersichtsarbeit werden Studien untersucht, die sich mit psychischer Belastung, sozialem Leben, Rollen und Berufsleben von juvenilen Schlaganfallpatienten befassen. Für diese sind Familie, Kindererziehung, Partnerschaft und berufliche Wiedereingliederung, anders als bei älteren Schlaganfallpatienten, wichtige Faktoren. Die psychische Belastung hat Auswirkungen auf die Ich – Identität, die Selbstwirksamkeit und dem Ausführen von Lebensrollen für sie selbst und das soziale Umfeld. Um Therapien ganzheitlicher zu gestalten, ist es wichtig diese Bedürfnisse in die Rehabilitation zu integrieren. Anhand der Ergebnisse werden Grundannahmen für die ergotherapeutische Praxis entwickelt.

Schlagwörter: juveniler Schlaganfall - Ergotherapie

Abstract

Which basic principles can be made for occupational therapy of young people with stroke in comparison to old stroke survivors, and which influence does this have on the therapy?

German guidelines for rehabilitation of stroke do not include a different treatment for younger stroke patients. Occupational therapy puts little attention on their special needs and the influence it has on the therapy. In this systematic review studies are reviewed focusing on psychological stress, social life, life roles and work life of younger stroke patients. For them family, child care, partnership and reintegration into work are important factors. The psychological stress has influence on the self-identity, self-efficacy and on the fulfilling of life roles. This affects themselves as their social environment. To create a more holistic view on the patient, it is important to include these needs into rehabilitation. Through the study results basic principles for the occupational therapy treatment got modeled.

keywords: young stroke patients – occupational therapy

Abkürzungsverzeichnis

DEGAM	- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
gbe	- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes
SIPSO	- Subjective Index of Physical and Social Outcome
BAG MBR Phase II	- Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch – beruflichen Rehabilitationseinrichtungen
AWMF	- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fach- gesellschaften e.V.
ADL	- Aktivitäten des täglichen Lebens
YESS	- Young Empowerment Stroke Support

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Übersicht der einbezogenen Studien</i>	10
Tabelle 2: <i>Prämorbidie Lebenssituation und Unterkunft nach der Entlassung von juvenilen Schlaganfallpatienten</i>	13
Tabelle 3: <i>Psychosoziale Aspekte in der Rehabilitation von juvenilen Schlaganfallpatienten (durch Mitarbeiter berichtet)</i>	14
Tabelle 4: <i>Grundannahmen für die Ergotherapie</i>	25

1 Einleitung

Der Schlaganfall gehört in Deutschland zu einer der häufigsten Erkrankungen. Es wird deutlich, dass in der medizinischen Forschung schon Erkenntnisse für den juvenilen Schlaganfall dargelegt werden können. Dies betrifft z.B. die Art der Insulte, die Häufigkeit von juvenilem Schlaganfall und die Ätiologie. In den Leitlinien zur Behandlung von Schlaganfall wird derzeit keine Altersunterscheidung in der Therapie gemacht (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [DEGAM], 2012). Diese Bachelorarbeit legt den Fokus auf die jungen Menschen mit Schlaganfall und soll dazu beitragen einen Überblick über die bisherige Forschung im Bereich des juvenilen Schlaganfalls zu geben. Die in dieser Arbeit berücksichtigten Studien zeigen auf, dass es neben klinischen Faktoren, besondere Bedürfnisse von Menschen mit juvenilem Schlaganfall gibt, die es in der Rehabilitation zu berücksichtigen gilt.

Junge Schlaganfallpatienten/innen¹ treffen auf Herausforderungen, die teilweise denen von älteren Schlaganfallpatienten entsprechen. Dennoch gibt es Bereiche, die spezifisch sind für diese Personengruppe. Dies hängt in erster Linie damit zusammen, dass sie in einer anderen Lebensphase sind (Morris, 2011). Fragen, die sich stellen, sind: *welche Bedürfnisse haben junge Patienten? Oder was ist jüngeren Patienten in der Therapie wichtig? Was sind ihre Ziele?* Betrachtet wird, wie junge Menschen nach einem Schlaganfall ihr soziales Leben gestalten, wie die psychische Belastung ist, wie sich Rollen im Alltag ändern, wie der Wiedereinstieg in den Beruf ermöglicht werden kann und welche Rolle die Ergotherapie in der erfolgreichen Rehabilitation spielt.

Im Fachgebiet der Ergotherapie ist dies bislang ein noch wenig diskutiertes Thema. Die Ergebnisse der dargestellten Studien, zeigen jedoch, dass eine hohe Relevanz für die Ergotherapie besteht. Vor allem die psychische Komponente spielt bei jungen Menschen mit Schlaganfall eine entscheidende Rolle. Durch den Schlaganfall entstehen Einschränkungen in vielen Lebensbereichen, wie z.B. Familie, Partnerschaft und Arbeit, was sich auf die Psyche des Menschen auswirkt. Es wird eine Übersicht von Studienergebnissen aus diesem Bereich gegeben. Aus den Erkenntnissen der Studien werden für die ergotherapeutische Behandlung Empfehlungen entwickelt. Als Ergebnis der Bachelorarbeit soll ein Überblick für Ergotherapeuten/innen² geschaffen werden, den sie als Leitfaden oder Therapieempfehlung für die praktische Arbeit am Patienten mit einem juvenilen Schlaganfall, nutzen können. Besonders die ganzheitliche Betrachtung und die Berück-

¹ Im Folgenden wird ausschließlich die männliche Form verwendet. Dies schließt die weibliche Form selbstverständlich mit ein.

² Im Folgenden wird ausschließlich die männliche Form verwendet. Dies schließt die weibliche Form selbstverständlich mit ein.

sichtigung des sozialen Umfeldes stehen hier im Vordergrund. Die Grundannahmen können eine Hilfestellung sein um ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse zu entwickeln und um die Entwicklung von Zielen zu verbessern.

2 Theoretischer Hintergrund

Um zunächst die medizinischen Unterschiede zwischen dem juvenilem Schlaganfall und dem Schlaganfall bei älteren Menschen zu verstehen, werden diese nun vorgestellt. Außerdem wird die Definition von juvenilem Schlaganfall benannt.

2.1 Schlaganfall

Der Schlaganfall ist die häufigste neurologische Erkrankung (Glawar, 2005) und gehört in Deutschland neben dem Herzinfarkt und malignen Krebserkrankungen zu den Haupttodesursachen (Siepmann, Penzlin und Bodechtel, 2015). Die Inzidenz eines Schlaganfalls liegt in Deutschland bei 1,82/1000 Einwohnern (bei Frauen 1,7, bei Männern 2,0/1000 Einwohner) (DEGAM, 2012). Von den ca. 150 000 neuen Schlaganfällen pro Jahr in Deutschland sind 78 % Hirninfarkte (ischämischer Schlaganfall), 13 % Hirnblutungen (hämorrhagischer Schlaganfall), 4 % Subarachnoidal – Blutungen und 9 % unklarer Genese. Nach einem Schlaganfall sterben ca. 40 % der Patienten im ersten Jahr. Von den Überlebenden haben ca. 65 % Defizite und sind auf fremde Hilfe angewiesen (DEGAM, 2012).

Das Kompetenznetz Schlaganfall befasst sich mit den Kosten von Schlaganfall (2006):

Es zeigte sich: Die Kosten pro Patient im ersten Jahr, die erstmals einen Schlaganfall erlitten haben und das erste Jahr nach Schlaganfall überlebten, betragen 18 517 Euro. Davon entfielen 37 Prozent auf die Rehabilitation, wohingegen in den darauf folgenden vier Jahren mit 49 Prozent die ambulante Behandlung der Hauptkostenpunkt war. Die lebenslangen direkten Behandlungskosten betragen durchschnittlich 43 129 Euro pro Patient mit ischämischen Schlaganfall.

2.2 Definition juveniler Schlaganfall

Für den juvenilen Schlaganfall besteht keine allgemeingültige Definition, sodass laut Siepmann et al. (2015, S.279) die meisten Autoren diesen definieren mit, „zerebraler Infarkt bei Patienten, die älter als 18 Jahre, jedoch jünger als 45 (oder 55) Jahre sind“.

Durch die unterschiedlichen Definitionen der Forscher können keine genauen Zahlen der Vorfälle in Deutschland benannt werden. Je nach Studie wird die Altersgrenze unterschiedlich definiert und sodass die Prävalenz von juvenilem Schlaganfall zwischen 4,5 % und 15,1 % aller Schlaganfallpatienten liegt. In Europa liegt die Prävalenz bei 5,8 % bis 11,4 % von 100 000 Schlaganfallpatienten (Barlas et al., 2013). Durch die Häufigkeit des Vorkommens von juvenilem Schlaganfall wird deutlich, dass eine hohe klinische Bedeutsamkeit besteht (Siepmann et al., 2015). Zur Vereinfachung der Lesbarkeit dieser Arbeit, werden Menschen zwischen 18 und 45 (oder 55) Jahren als jüngere Menschen bezeichnet über 45 (oder 55) Jahren als älteren Menschen.

Die weltweite Inzidenz der letzten 40 Jahre wird laut Einhäupl und Jahn (2014) als heterogen beschrieben. So wurde zum einen festgestellt, dass ein Rückgang von juvenilen Schlaganfällen in einkommensreichen, aber ein Zuwachs in einkommensarmen Ländern, besteht (Feihin, Lawes, Bennett, Barker – Collo und Parag, 2009; zitiert nach Einhäupl et al., 2014). Zum anderen ergaben mehrere Studien, dass es einen einheitlichen signifikanten Anstieg der ischämischen Schlaganfälle gibt (Bejot et al., 2013 und Kissela et al., 2012; George, Tong, Kuklina und Labarthe, 2014; zitiert nach Einhäupl et al., 2014). Es wird ein Anstieg der Inzidenz von ischämischen Schlaganfällen in den letzten 27 Jahren um 123% angeführt, während hämorrhagische Insulte annähernd stabil blieben (Bejot et al., 2013; zitiert nach Einhäupl et al., 2014).

Im Geschlechtervergleich überwiegen weibliche Patienten < 30 Jahren, männliche hingegen ab einem Alter von > 30 Jahren (Nabavi, Allroggen und Ringelstein, 2004; zitiert nach Raupp, 2006). Eine Übersicht zur Alters- und Geschlechterverteilung bietet die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (gbe) (s. Anhang 1).

Es lassen sich relevante Unterschiede in der Population von juvenilen Insulten im Vergleich zu älteren Patienten feststellen. Dies beinhaltet die Ätiologie, den Verlauf und die Langzeitprognose. Bei Menschen älter als 45 Jahren stehen atherosklerotischer Erkrankungen der kleinen und großen Gefäße im Vordergrund (Glawar, 2005). Bei Patienten mit einem juvenilen Insult hingegen, bleiben die Ursachen trotz umfassender Abklärung in 39% der Fälle kryptogen. Andere wichtige Ursachen sind bei Jüngeren Dissektionen und kardinal embolische Genesen (Einhäupl et al., 2014).

2.3 Langzeitprognose von Schlaganfällen

Die Langzeitprognose ist für ischämische Insulte bei jüngeren Menschen besser als bei Älteren. Das Mortalitätsrisiko jedoch ist bei juvenilen Schlaganfallpatienten viel höher als in der generellen Population im gleichen Alter (Varona, Bermejo, Guerra und Molina,

2004). „Die Prognose des ischämischen Schlaganfalls im jungen Erwachsenenalter ist zunächst einmal gut: die Mortalität liegt bei 4,5 % im ersten Jahr und fällt anschließend auf unter 2 %, auch Rezidive sind selten (1,6 % im 1. Jahr, danach 1 %/Jahr).“ (Einhäupl et al., 2014, S.40).

Langzeitprognosen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit von juvenilen Schlaganfallpatienten werden unterschiedlich benannt. Varona et al. (2004) beschreiben, dass 90% der Patienten (240 von 272 Patienten), unabhängig seien. 53 % konnten wieder arbeiten, 23 % davon brauchten allerdings Adaptionen. Eine weitere Studie benennt bessere Prognosen. 94 % seien völlig unabhängig. Davon seien 80 % wieder berufstätig, jedoch nur die Hälfte davon im ursprünglichen Beruf (Leys et al., 2002; zitiert nach Einhäupl et al., 2014).

2.4 Entwicklungspsychologie: Lebensphasen junger und alter Menschen

Wie oben erwähnt wird der juvenile Schlaganfall in dieser Studien zwischen 18 bis 45 (oder 55) Jahren definiert (s. Kap. 2.2). In der Entwicklungspsychologie wird das Erwachsenenalter in vier Altersbereiche eingeteilt. Der juvenile Schlaganfall würde hiernach im frühen und mittleren Entwicklungsalter auftreten. Im hohen Erwachsenenalter und im hohen Alter der Schlaganfall bei älteren Menschen. Der juvenile Schlaganfall tritt damit in einer Lebensspanne auf, die sich individuell unterscheiden kann. Ein 18-Jähriger z.B. beendet gerade die Schule, während ein 45-Jähriger z.B. in der Mitte seines beruflichen Lebens ist und eine Familie hat.

2.4.1 Entwicklungsaufgaben des frühen und mittleren Erwachsenenalters

Der erste Altersbereich im Erwachsenenalter ist das frühe Erwachsenenalter. Es wird definiert mit der Lebensspanne vom 18. bis 29. Lebensjahr. In dieser Zeit kommt es zur Ablösung von der Primärfamilie und zur beruflichen Orientierung, wodurch es zur Investition und Differenzierung von sozialen Beziehungen und Verantwortlichkeiten kommt (Krampen und Reichle, 2008). Dies betrifft überwiegend folgende Bereiche:

- „das Privatleben und das Freizeitverhalten (Aufbau persönlicher Partnerschaften, Lebensformen, Freundes- und Bekanntenkreis),
- die Einbettung in soziale und gesellschaftliche Gruppen (definiert durch Sport, Hobbys, Religion, Politik, soziales Engagement etc.),

- Ausbildung und Studium, den Berufseintritt und Berufstätigkeit“ (Krampen et al., 2008, S.333).

Nach Havighurst sind Entwicklungsaufgaben in dieser Zeit der Aufbau einer Partnerschaft, das Zusammenleben mit diesem, Gründung eines Haushaltes, Gründung einer eigenen Familie, Berufseinstieg, Versorgung der Familie, Verantwortungsübernahme als Bürger und der Anschluss an eine soziale Gruppe (Krampen et al., 2008).

Wichtige psychologische Themen in diesem Alter sind die Findung der Selbstbestimmung über die eigene Person, die Autonomie gegenüber anderen gleichaltrigen Personen und die Autonomie in der Eltern – Kind Beziehung (Krampen et al., 2008).

Das mittlere Erwachsenenalter schließt sich dem jungen Erwachsenenalter an und geht bis etwa zum 65. Lebensjahr. Die Entwicklungsaufgaben zwischen den Altersbereichen sind fließend. Diese Lebensspanne befasst sich mit der Differenzierung und Expansion von Aufgaben, Kompetenzen und Ressourcen aus dem vorherigen Altersbereich (Staudinger und Bluck, 2001; zitiert nach Lindenberger und Schaefer, 2008). In diesem Alter rückt die Familie an erste Stelle. Wichtig sind Menschen im mittleren Erwachsenenalter ebenso die Beziehungen zu Freunden, die Arbeit, sowie kognitive Leistungsfähigkeit. Zum Ende dieser Altersphase rückt die eigene Gesundheit weiter in den Vordergrund, während die Entwicklungsaufgabe des Berufes endet (Lindenberger et al., 2008).

2.4.2 Entwicklungsaufgaben des hohen Erwachsenenalters und im hohen Alter

Das hohe Erwachsenenalter wird beschrieben mit etwa 65 bis 80 Jahren. Das hohe Alter gilt ab etwa dem 80. Lebensjahr. Im hohen Erwachsenenalter kommt es durch biologisch bestimmte Einschränkungen zu einer Konzentration der Kräfte und zu einem Nutzen der vorhandenen Stärken (Lindenberger et al., 2008). Während es bei dem jungen und mittleren Erwachsenenalter zu einem Hinzufügen von neuen Bereichen des Lebens kommt, z.B. Elternschaft und Beruf, kommt es mit zunehmenden Alter, und vor allem im hohen Alter, zu einer Reduzierung der Bereiche (Lindenberger et al., 2008). Je älter eine Person wird, desto wichtiger ist ihr der Bezug zur eigenen Familie und der Erhalt des ausgeweiterten Freundeskreises nimmt ab. Außerdem gewinnt die eigene Gesundheit, neben der kognitiven Leistungsfähigkeit weiterhin an Bedeutung. Das Nachdenken über das eigene Leben tritt im hohen Alter als neues Thema hinzu. (Staudinger, 1996; zitiert nach Lindenberger et al., 2008).

2.5 Relevanz für die Ergotherapie

Schlaganfall ist ein häufiges Krankheitsbild, das in der Ergotherapie behandelt wird. Daher ist es wichtig, dass Ergotherapeuten über dieses Krankheitsbild und die Behandlungsmethoden informiert sind. Die Zahl der juvenilen Schlaganfallpatienten ist nicht gering und das Ergotherapeuten junge Menschen mit Schlaganfall behandeln daher wahrscheinlich. Durch die verschiedenen Lebensphasen unterscheidet sich auch grundsätzlich die Zielsetzung des jüngeren Menschen mit einem Schlaganfall. Diese Bedürfnisse muss der Therapeut bedenken. Zielsetzungen werden in der Ergotherapie individuell gestaltet, allerdings lassen sich hier zwischen älteren Menschen und (jungen) Erwachsenen grundsätzliche Unterschiede festlegen.

Im Rahmen dieser Arbeit erfolgt eine Untersuchung, wie junge Patienten mit Schlaganfällen umgehen. Besondere Themen bei jüngeren Menschen sind Partnerschaft und Familie, die Berufstätigkeit und die soziale Integration. Laut Glawar (2005) sind die sozioökonomischen Folgen für den jungen Schlaganfallpatienten noch bedeutender als bei Älteren, da durch die Erkrankung häufig familiäre und berufliche Veränderungen entstehen. Auch wenn die neurologischen Konsequenzen für ältere und jüngere Insultpatienten ähnlich sind, unterscheiden sich doch ihre individuellen Bedürfnisse, dadurch dass sie andere Rollen haben und in anderen Lebensphasen sind, besonders hinsichtlich des Familienleben, der Arbeit und dem Autofahren. Psychologische Folgen können das Auseinandersetzen mit einer *Alte – Menschen – Krankheit* sein, was die Identität, Beziehungen und Rollen auf langfristige Weise ändern kann (Muller, Toth - Cohen und Mulcahey, 2014). Vestling, Tufvesson und Iwarsson (2003) betonen, dass die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt für diese Altersgruppe relevant ist, um subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität zu erreichen. Die Rehabilitation von jungen Schlaganfallpatienten wird mit einer Varietät von verschiedenen sozialen Problemen in Zusammenhang gebracht. Darunter gehören die Kinderversorgung, Scheidungen und die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt, was besonders für diese Altersgruppe relevant ist (Teasell, McRae, Hillel und Finestone, 2000).

3 Methodik

Im Folgenden Kapitel wird die Methodik vorgestellt nach der die Literaturrecherche erfolgt ist. Ebenso wird erläutert wie das methodische Vorgehen bei der Erstellung der Grundannahmen durchgeführt wurde.

3.1 Methodisches Vorgehen der Literaturrecherche

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine systematische Übersichtsarbeit (Ressing, Blettner und Klug, 2009). Im Folgenden werden die vorher definierten Ein- und Ausschlusskriterien dargestellt. Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien mit unterschiedlichen Studiendesign wurde mit der Fragen zur Beurteilung von Studien nach Preldu, Röhring und Blettner (2009) überprüft (s. Anhang 2). Bei systematischen Zusammenfassungen wurde zur genaueren Beurteilung mit weiteren Fragen erweitert (Ressing, Blettner und Klug, 2009) (s. Anhang 2).

Bei folgenden Datenbanken wurden Studien gesucht:

Pubmed, Dimdi, Cochrane, OT seeker, PsycBITE, tandfonline

Folgende Kataloge/ Zeitschriften wurden auf passende Studien hin untersucht:

JAMA - Journal of the American Medical Association, Thieme-connect, EZB – Elektronische Zeitschriftenbibliothek, Ergoscience

Außerdem wurden folgende Seiten zur Recherche genutzt:

kataloge.uni-hamburg.de, google scholar, karger – Medical and Scientific Publishers und archives of physical medicine and rehabilitation

Es wurde unter anderem mit englische Begriffe gesucht, da vermehrt Studien in englischer Sprache veröffentlicht sind. Es wurde deutschsprachige, sowie internationale englischsprachige Literatur eingeschlossen. Dementsprechend sind die Suchwörter auf Deutsch und auf Englisch. Diese Suchwörter wurden bei der Literatursuche verwendet:

- Junge Schlaganfallpatienten	-	Young stroke patients
- Juveniler Schlaganfall	-	juvenile stroke
- Junge Erwachsene	-	Young adults
- Alte Schlaganfallpatienten	-	old stroke patients
- Jung	-	young
- Alt	-	old
- Altersgruppen	-	age groups
- Mittleren Alters	-	middle aged
- Schlaganfall	-	stroke
- Schlaganfallpatienten	-	stroke patients
- Ergotherapie	-	Occupational Therapy

-	Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)	-	Activities of daily living (ADL)
-	Sozial	-	Social
-	Soziale Veränderungen	-	Social change
-	Soziale Rehabilitation	-	Social rehabilitation
-	Soziales Leben	-	Social life

Die genutzte Operationalisierung ist AND. Je nach Thema (und Sprache) werden z.B. *Juveniler Schlaganfall (younger stroke patients)* mit der Operationalisierung AND und ein weiteres Suchwort z.B. *Rehabilitation*, oder *Arbeit (work/ occupation)* in den Datenbanken gesucht, um Zusammenhänge der Themen zu filtern. Ergab dies eine zu hohe Trefferzahl, wurde die Suche mit einem weiteren Suchwort und dem Operator AND verfeinert. Ergab die Suche mit zwei Stichwörtern keine Treffer, wurde sie erweitert, sodass auch Studien einbezogen wurden, die sich z.B. allgemein auf Schlaganfälle beziehen oder allgemein auf junge Menschen mit neurologischen Erkrankungen.

Der Fokus der Arbeit liegt auf der Entwicklung von Grundannahmen für junge Schlaganfallpatienten. Im Kapitel *Rollen* werden die Unterschiede zwischen den Altersgruppen dargestellt, um die Relevanz zu verdeutlichen. Im weiteren Suchverlauf der Literaturrecherche liegt der Fokus auf jungen Menschen mit Schlaganfall oder auch auf dem Vergleich zwischen alt und jung. Es werden keine Studien zu den Oberthemen gesucht, die nur alte Menschen betreffen.

Die Studien wurden in verschiedene Oberthemen unterteilt und sortiert. Diese lauten *medizinische Rehabilitation, Soziales Leben, Rollen im Alltag, Berufsleben* und *Ergotherapie*.

Bei dem Oberthema *medizinische Rehabilitation* wurden Studien eingeschlossen, die Aussagen darüber treffen wie Schlaganfälle bei jüngeren Menschen im Vergleich zu älteren Menschen verlaufen, , wie die statistische Verteilung ist, wie Langzeitprognosen sind und wie hoch die Gefahr eines zweiten Schlaganfalls ist. Beide Insultformen, ischämischer und hämorrhagischer, werden in die Suche eingeschlossen.

Bei dem Oberthema *Soziales Leben* wurden Studien einbezogen, die sich mit dem sozialen Leben und der Integration der jüngeren Menschen befassen und welche Probleme bei Integrationsprozessen auftreten können.

Das Oberthema *Rollen im Alltag* verdeutlicht die Unterschiede der Rollen und der Rollenanforderungen, die an junge Schlaganfallpatienten gestellt werden. Es geht darum

herauszufinden, inwieweit sich Rollen bei jungen Schlaganfallpatienten verändern und wie die Betroffenen und das Umfeld mit dieser Herausforderung umgehen.

Berufsleben ist ein wichtiges Thema für Menschen im berufstätigen Alter, daher wurde dieses Oberthema inkludiert. Studien wurden gesucht, die verdeutlichen, ob und wie eine berufliche Integration wieder möglich ist, welche Hilfsmittel oder Anpassung hierfür gemacht werden müssen und wie die Zufriedenheit der Patienten mit der Situation ist. Auch Studien, die keine genaue Altersgrenze haben, sondern Menschen im berufsfähigen Alter beschreiben, wurden inkludiert und könnten damit die Grenze zwischen juvenilem Schlaganfall und Schlaganfall bei älteren Menschen überschreiten (s. Kap. 2.2).

Für das Oberthema *Ergotherapie* wurde nach Studien recherchiert, die sich mit der Partizipation der Patienten durch die ergotherapeutische Behandlung beschäftigt. Wichtig sind hier teilweise die Themen aus den oben genannten Oberthemen, wie Arbeit oder soziales Leben. In der Recherche für dieses Oberthema liegt der Fokus jedoch noch mal spezifiziert und konkret auf der ergotherapeutischen Arbeit und es wurde nach Ergotherapeutischen Studien zu diesen Themen gesucht. Ziel ist, herauszufinden, ob es Ergotherapeutische Studien gibt, die sich mit jungen Menschen mit Schlaganfall beschäftigen und welche Erkenntnisse diese Studien liefern. So können Inhalte der Studien beispielsweise Therapieaufbau oder Therapieinhalte sein.

Ausgeschlossen wurden Studien ohne Zugangsberechtigung zu Volltexten und Studien, die vor 2000 veröffentlicht worden sind, um einen zeitlich aktuellen Stand zu erhalten.

3.2 Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung von Grundannahmen

Anhand der gewonnen Ergebnisse werden prägnante Aussagen formuliert, die die Inhalte zusammenfassen. Anhand dieser Aussagen und Problemstellungen werden Grundannahmen für die ergotherapeutische Behandlung entwickelt. Es werden Vorschläge gemacht, wie die Ergotherapie bei den Probestellungen Hilfe geben kann.

4 Ergebnisse

Durch die Literatursuche wurden elf passende Studien gefunden. Bei genauere Betrachtung wurden aus inhaltlichen Gründen fünf ausgewählt um die Forschungsfrage zu bearbeiten. Diese werden in Tabelle 1 mit Namen der Studie, Autor, Studiendesign und Thema vorgestellt. In den weiteren Unterkapiteln wird auf diese eingegangen.

Tabelle 1: *Übersicht der einbezogenen Studien*

	Name	Autor	Studiende- sign	Thema
St.1	The Subjective Index of Physical and Social Outcome: its usefulness in a younger stroke population.	Kersten, George, Low, Ashburn und McLellan (2004)	vom Autor nicht benannt (empirische Studie)	Soziales Leben
St.2	The Psychology of Stroke in Younger Adults: The Roles of Service Provision and Return to Work	Morris (2011)	Review Artikel	Psychologische Folgen; Beruf
St.3	Die medizinisch – berufliche Rehabilitation in der Neurologie.	Rollnik, Platz, Böhm, Weber und Wallesch (2013)	vom Autor nicht benannt (Fachartikel)	Arbeit
St.4	Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients.	Teasell, McRae, Hillel und Finestone (2000)	retroperspectives Review n=83	Soziales Leben
St.5	Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction.	Vestling, Tufveson und Iwarsson (2003)	Nicht vom Autor benannt (empirische Studie)	Psychologische Folgen; Beruf

Die Literaturrecherche ergab, dass zurzeit Leitlinien für die Therapie von Schlaganfall von der Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2012) bestehen. Hier gibt es keine Hinweise darauf, dass aktuell keine Unterscheidung bezüglich der Altersgruppen vorliegt.

Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit den Themen: psychischen Folgen eines Schlaganfalls, welche Veränderungen im sozialen Leben eines jungen Menschen durch einen Schlaganfall entstehen und wie die berufliche Wiedereingliederung möglich ist. Nachfolgend wird auf die Therapie von juvenilem Schlaganfall eingegangen. Zunächst wird die gegenwärtige Situation der Rehabilitation von juvenilem Schlaganfallpatienten vorgestellt, anschließend die Ergebnisse aus der Ergotherapie.

4.1 Psychische Folgen des Schlaganfalls

Ein Schlaganfall hat aufgrund seiner unvorhersehbaren Folgen und den verschiedensten Symptomen zum Teil gravierende Auswirkungen. Dies kann auch auf die Psyche des

Menschen beeinflussen. Morris (2011) stellt in ihrem Review Artikel eine Zusammenfassung von Studien auf, die sich mit den Auswirkungen auf die Psyche von jungen Schlaganfallpatienten beschäftigt. Sie inkludiert Studien, bei denen die Teilnehmer 18 bis 65 Jahre alt sind.

Es kann bei jüngeren Schlaganfallpatienten zu einer Reduzierung der Lebensqualität, durch die Abhängigkeit von anderen Menschen, Depressionen, Partnerlosigkeit, psychische Erschöpfung und durch Arbeitslosigkeit, kommen (Naess, Waje-Andreassen, Thomassen, Nyland und Myhr, 2006; zitiert nach Morris, 2011). Bei älteren Schlaganfallpatienten handelt es sich eher um andere Faktoren, wie z.B. die Art des Schlaganfalls, visuelle Gesichtsfeldeinschränkungen und Krämpfe (Kim, Choi-Kwon, Kwon, Lee, Park und Seo, 2005; zitiert nach Morris, 2011). In einer britischen Umfrage zeigten ein Drittel bis ein Viertel der Befragten jungen Schlaganfallpatienten Verleugnung, Wut, Frust oder soziale Ablehnung. Es wurde von Problemen bei der beruflichen Wiedereingliederung, Finanzen, soziale Teilnahme, Eheproblemen, sowie sexuellen Problemen berichtet (Kersten, Low, Ashburn, Georg und McLellan, 2002; zitiert nach Morris, 2011).

Junge Schlaganfallpatienten fühlen sich häufig wie psychisch gelähmt. Diese Erschöpfung hemmt sie bei alltäglichen Aktivitäten, dem Ausleben von Geschlechterrollen, und hier besonders bei den Rollen als Mutter, Vater, Versorger und als Hausfrau. Hinzu kommt das Gefühl vom ausgeschlossen sein und das kognitive und psychische Einschränkungen nicht wahrgenommen werden. Dies kommt zustande durch fehlende Informationen, fehlende Beachtung von den Bedürfnissen von jungen Schlaganfallpatienten, dem Mangel an altersentsprechenden Aktivitäten und dem Nicht - Wahrnehmen ihrer kognitiven Einschränkungen (Röding, Lindström, Maim und Öhmann, 2003; zitiert nach Morris, 2011).

In einer Studie beschreiben mehr als die Hälfte der jungen Schlaganfallpatienten, dass sie bleibende physische und kognitive Einschränkungen haben und dass sie unzufrieden mit dem Leben nach dem Schlaganfall sind (Röding, Glader, Malm, Lindstrom, 2010; zitiert nach Morris, 2011). Außerdem erfahren viele Probleme dadurch, dass ihnen Aufgaben mehr Anstrengung kosten und dadurch dass Einschränkungen nicht unbedingt offensichtlich sind. Was Kollegen, Familie oder Freunde dazu neigen lässt, dies unberücksichtigt zu lassen, zu ignorieren oder die Authentizität der Einschränkungen der Betroffenen zu verleugnen (Stone, 2005; zitiert nach Morris, 2011). Eine schnelle und offensichtliche Besserung der physischen Funktionen lässt einen falschen Eindruck von der generellen Genesung entstehen und stimmt nicht mit der kognitiven Bereich überein (Edwards, Hahn, Baum und Drornerick, 2006; zitiert nach Morris, 2011).

Zusätzlich müssen sich junge Schlaganfallpatienten an den Widerspruch gewöhnen, dass sie in jungen Jahren an einer Krankheit leiden, die sonst ältere Menschen betrifft (Stone, 2005; zitiert nach Morris, 2011). Sie werden in einem Dienstleistungssystem behandelt in dem alte Menschen dominieren. Dies fordert die Ich - Identität, oder soziale Identität, also das eigene Selbstverständnis, und ihre Beziehung zu nahestehenden Personen und sozialen Gruppen, heraus (Tajfel und Turner, 1979; zitiert nach Morris, 2011). Um sich selbst und seine Umstände verstehen zu können, ist die Anpassung der Identität ein zentraler Aspekt (Gracey et al., 2008; zitiert nach Morris, 2011). Es wurde nachgewiesen, dass der Fortbestand der Ich - Identität das psychische Wohlbefinden von Schlaganfallpatienten positiv beeinflusst (Cantor et al., 2005; zitiert nach Morris, 2011).

Der Erhalt der eigenen Identität und das Gefühl von Selbstwirksamkeit haben daher einen hohen Stellenwert in der Therapie von Schlaganfallpatienten. Um diese zu erreichen sind den Patienten folgende Dinge in der Rehabilitation wichtig: Unabhängigkeit und Selbstvertrauen sind als sehr wichtig eingeschätzt worden. Des Weiteren Entschlossenheit, sich hohe Ziele zu setzen und Fortschritte im Genesungsprozess anzuerkennen. Um mehr Selbstwirksamkeit zu erreichen ist den Patienten der Umgang mit den Fachkräften, ebenso wie der Kontakt zu anderen Patienten, wichtig (Dixon, Thornton und Young, 2007; zitiert nach Morris, 2011). Aufgefallen sind zwei unterschiedliche Herangehensweisen an den Rehabilitationsprozess. Zum einen wollen einige die Rückkehr zu ihrem vorherigen Leben, andere sehen den Rehabilitationsprozess als Prozess in dem sie Unterstützung bei der Anpassung erhalten und sich verändern müssen, um den neuen Herausforderungen gerecht zu werden (Dixon et al., 2007; zitiert nach Morris, 2011).

Um sich in der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten nicht nur an körperlichen Einschränkungen zu orientieren und ein gutes Outcome nicht ausschließlich an der Verbesserung dieser festzumachen, wurde der Fragebogen *Subjective Index of Physical and Social Outcome* (SIPSO) erstellt (Trigg und Wood, 2000; zitiert nach Kersten, George, Low, Ashburn und McLellan, 2004) (s. Anhang 3). Er enthält zehn Fragen, bei denen es um Selbstständigkeit im Alltag geht, wie z.B. Anziehen und Einkaufen, mit der Zufriedenheit von alltäglichen Handlungen und Freizeitaktivitäten, sowie um den Kontakt zu Freunden und Familie (Kersten et al., 2004). Kersten et al. (2004) führten diesen bei 390 jungen Schlaganfallpatienten (18 bis 65 Jahren) durch um herauszustellen, ob dieser auch bei jüngeren Menschen angewendet werden kann. Die Test-Retest Reliabilität ist gut und spiegelt die Werte der Originalarbeit von Tigg et al. (2000) wieder (Kersten et al., 2004). Es zeigt sich auch bei dem Durchlauf mit jüngeren Menschen eine bessere

physische Integration als eine soziale. Der SIPSO kann damit für die Outcomemessung bei jungen Menschen mit Schlaganfall genutzt werden (Kersten et al., 2004).

4.2 Veränderungen im sozialem Leben

Die Studie *Social Issues in the Rehabilitation of Younger Stroke Patients* von Teasell et al. (2000) beschreibt soziale Veränderungen bei jungen Patienten mit Schlaganfall und hat die Bereiche Familienstand, Status des Anstellungsverhältnis, Monate bis zur Entlassung, Wohnort nach der Entlassung, Anwesenheit von eigenen Kindern unter 16 Jahren, und psychosoziale Schwierigkeiten, untersucht.

In 53 % der Fälle (von insgesamt 83 Patienten unter 50 Jahren) war der Ehepartner, die betreuende Person. Acht von 55 Paaren (15 %) trennten sich innerhalb von drei Monaten nach dem Schlaganfall, wobei die meisten dieser Beziehungen schon zuvor problematisch waren.

Tabelle 2 beschreibt die Lebenssituation vor dem Schlaganfall und die Unterkunft nach der Entlassung. Bei den 14 jüngsten Patienten (alle unter 28 Jahren alt) übernahmen Eltern oder Großeltern die Pflege und Betreuung. 18 % der Patienten (15/83 Patienten) waren nicht in der Lage an ihren vorherigen Wohnort zurück zu kehren.

Tabelle 2: *Prämorbide Lebenssituation und Unterkunft nach der Entlassung von juvenilen Schlaganfallpatienten* (Eigene Darstellung nach Teasell et al., 2000)

	N=	%
Prämorbide Lebenssituation		
- Mit Ehepartner	55	66
- Mit Eltern	14	17
- Alleine	14	17
- Mit Kindern < 16 Jahren	35	42
Unterkunft nach der Entlassung		
- Wie vor dem Schlaganfall	68	82
- Benötigten alternative Unterkunft	15	18
- Eltern	8	10
- Institution	4	5
- bei einer anderen Person zu Hause	3	4

Durch den Schlaganfall konnten bei den Patienten in der Studie von Teasell et al. (2000) verschiedene psychosoziale Aspekte bemerkt werden. Die für diese Arbeit relevanten Aspekte werden in Tabelle 3 dargestellt. Die Rehabilitation von jungen Schlaganfallpatienten hängt mit vielen einzigartigen Faktoren zusammen. Dies beinhaltet eine recht hohe Trennungsrate von Ehepaaren, eine hohe Rate von Ängsten bezüglich des Arbeitslebens und der Kinderversorgung. Für viele Patienten, insbesondere für jüngere, bedeutet es einen großen Verlust der Selbstständigkeit und eine Steigerung der Abhängigkeit von den Eltern (Teasell et al., 2000). Weitere wichtige Aspekte sind verweigerndes Verhalten, Wut und Frustration, schlechtes Selbstwertgefühl, Coping Probleme, Substanzenmissbrauch und Konflikte mit Angehörigen.

In der Rehabilitation von juvenilen Schlaganfallpatienten sollte nach Teasell et al. (2000) dies beachtet werden und ein größerer Fokus auf die psychosozialen Faktoren in Betracht gezogen werden.

Tabelle 3: *Psychosoziale Aspekte in der Rehabilitation von juvenilen Schlaganfallpatienten (durch Mitarbeiter berichtet)* (Eigene Darstellung nach Teasell et al., 2000)

	Total	%
Depression	39	47
Ängste	55	66
- Rückkehr zum Arbeitsplatz	31/64	48
- Kinderversorgung	10/59	17
- Genesung	21	25
- Weiterer Schlaganfall	8	10
- Rückkehr nach Hause	12	15
verweigerndes Verhalten	19	23
Wut/ Frustration/ Ablehnung	26	31
Schlechtes Selbstbewusstsein	18	22
Coping Probleme	15	18
Substanzenmissbrauch	9	11
Konflikte mit Partner	21/55	38
Konflikte mit Kindern	13/59	22
Konflikte mit anderen	13	16
Trennung nach Schlaganfall	8/55	15

4.3 Berufliche Integration

Im folgenden Kapitel wird zunächst die berufliche Wiedereingliederung, wie sie in Deutschland gehandhabt wird, vorgestellt. Anschließend wird beschrieben welche psychischen Auswirkungen die Arbeit auf den Menschen hat und welche Hinderungs- und Förderfaktoren es gibt.

4.3.1 Berufliche Teilhabe in Deutschland

Leistungen zur Teilhabe sind in Deutschland gesetzlich festgelegt und haben sozialrechtlichen Vorrang vor Rentenleistungen (§8(2) SGB IX). Die Rehabilitation wird in drei Phasen geteilt: Phase I die medizinische Rehabilitation, Phase II die medizinisch – berufliche Rehabilitation und Phase III die berufliche Rehabilitation Die medizinisch – berufliche Rehabilitation ist das Bindeglied zwischen Phase I und III (Rollnik, Platz, Böhm, Weber und Wallesch, 2013). Phase II „bietet vor allem solchen Rehabilitanden eine Chance auf berufliche Teilhabe, die nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ... noch nicht wieder erfolgreich beruflich integriert werden konnten und dann Gefahr laufen, berentet zu werden“ (Rollnik et al., 2013, S.274).

In ganz Deutschland gibt es seit Jahrzehnten ein flächendeckendes Netz an Phase II Einrichtungen. Sie werden durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch – beruflichen Rehabilitationseinrichtungen organisiert (Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch – beruflichen Rehabilitationseinrichtungen [BAG MBR Phase II], n.d.). Zu den Leistungen der medizinisch – beruflichen Rehabilitation gehören:

- die medizinische Betreuung,
- psychologische Betreuung,
- behindertengerechte und ganzheitliche Förderung,
- behindertengerechte technische Hilfen,
- behindertengerechtes Wohnen und Umfeld,
- Wiedereingliederung und
- nachgehende Betreuung und sozialarbeiterische und sozialpädagogische Betreuung (BAG MBR Phase II, n.d.).

Dieses Konzept bewährt sich besonders bei schwer betroffenen neurologischen Patienten, „da diese nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation (z.B. nach einer Anschlussheilbehandlung) oft noch über so gravierende Beeinträchtigungen (z.B. kognitive Störungen) klagen, dass sie (noch) nicht auf den ersten Arbeitsmarkt zurückkehren

können“ (Rollnik und Allmann, 2011; zitiert nach Rollnik et al., 2013, S.274). Kostenträger der medizinisch - beruflichen Rehabilitation von neurologischen Patienten in Phase II - Einrichtungen sind vor allem die Deutsche Rentenversicherung (in etwa 55 %), die Bundesagentur für Arbeit (29,5 %) und die gesetzliche Unfallversicherung 12,7 % (Rollnik et al., 2011; zitiert nach Rollnik et al., 2013). In Kapitel 2.1 sind die durchschnittlichen Kosten eines Schlaganfalls beschrieben. Diese Zahlen beinhalten nur die direkten Kosten, nicht die indirekten Kosten, die durch unentgeltliche Pflege durch Angehörige oder durch frühzeitige Erwerbsunfähigkeit entstehen (Kompetenznetz Schlaganfall, 2006).

Unserer Gesellschaft wird durch den demografischen Wandel einerseits, und durch den steigenden Fachkräftemangel andererseits, dazu gezwungen die Lebensarbeitszeit zu verlängern und auch älteren Rehabilitierten nach schwerer Erkrankung die berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen (Rollnik et al., 2013). Es kehren 26,7 % der Schlaganfallpatienten nach einem Jahr in ein Beschäftigungsverhältnis zurück (Wilz und Soeilner, 2009; zitiert nach Rollnik et al., 2013). In einer wissenschaftlichen Untersuchung wurde die Ergebnisqualität einer medizinisch – beruflichen Rehabilitationseinrichtungen in Bremen untersucht, die zeigte, dass „ein Jahr nach Entlassung ca. 50 % der medizinisch beruflichen Rehabilitanden auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert waren, nach fünf Jahren immerhin noch 40 %“ (Spranger, 2009; zitiert nach Rollnik et al., 2013, S.278).

Die Internetseite von *Different Stroke* bietet Unterstützung speziell für junge Patienten mit einem Schlaganfall in England. Es wurden Dokumente veröffentlicht die Menschen mit Schlaganfall helfen wieder zu arbeiten. Auch gibt es Dokumente mit speziell zugeschnittenen Informationen zu diesem Thema für die Angehörigen, für die Arbeitgeber und für Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen (Different Stroke, 2015). Die Informationen sind auf die Personengruppe zugeschnitten und bieten ihr einen guten Überblick. Diese Informationen wurden in England erstellt und sind auf den englischen Arbeitsmarkt zugeschnitten.

Eine vergleichbare Arbeit wäre für den deutschen Arbeitsmarkt empfehlenswert. Zurzeit gibt die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) ein angemeldetes Leitlinienvorhaben zu dem Thema *Schlaganfall und Beruf: berufliche Perspektiven und Wiedereingliederung nach Schlaganfall an* (AWMF, n.d.).

4.3.2 Einfluss der Arbeit auf die Person

Zu den ökonomischen Gründen kommen die persönlichen der Patienten. Das geregelte Arbeitsleben ist ein wichtiger Faktor für das Wohlergehen von Partnerschaften und für die Partizipation in der Gesellschaft. Außerdem kommt dies den psychosozialen Bedürfnissen nach und hilft eine individuelle Identität, soziale Rollen und sozialen Status zu entwickeln und zu festigen. Es steht im Zusammenhang mit physischer und mentaler Gesundheit. Umgekehrt hängen Arbeitslosigkeit mit einer größerer Mortalitätsrate, schlechterer mentaler und physischer Gesundheit und mit einem größeren Bedarf an medizinischer Versorgung zusammen (Waddell und Burton, 2006; zitiert nach Morris, 2011).

Viele junge Menschen arbeiten bevor es plötzlich zu einem Schlaganfall kommt. Genau so entscheidend ist, dass es die meisten ihrer Partner bis dahin auch getan haben (Morris, 2011). Die veränderte Arbeitssituation hat auf den Patienten und auch auf den Partnern einen substantziellen psychosozialen Einfluss (Koch, Egbert, Coeling und Ayers, 2005, zitiert nach Morris, 2011).

Zahlen darüber, wie viele Schlaganfallpatienten wieder nach der Rehabilitation arbeiten, variieren stark. Dies hängt von den unterschiedlichen Kontexten und methodischen Faktoren ab (Morris, 2011). Zwei Studien zeigen, dass die Werte zwischen 3 % und 84 % schwanken (Black-Schaffner und Osberg, 1990; Adunsky, Herschkowitz Rabbi, Asher-Sivron und Ohry, 1992; zitiert nach Vestling et al., 2003). Ein Review mit 16 Studien aus 12 Industrieländern zeigt eine Breite von 14 % bis 73 %, mit einem Mittelwert von 50 % (Treger, Shames, Giaquinto und Ring, 2007; zitiert nach Morris, 2011). Eine Studie beschreibt, dass von 64 Patienten, die zuvor angestellt waren oder zum Zeitpunkt des Schlaganfalles studierten, nur 13 (20,3 %) innerhalb von drei Monaten nach Entlassung zu ihrer Arbeit zurückkehren konnten (Teasell et al., 2000).

Die meisten, die wieder beginnen zu arbeiten, tun dies in den ersten drei bis sechs Monaten. Allerdings sei auch eine zweite Welle vom 12. bis zum 18. Monat nach dem Schlaganfall festgestellt worden, vermutlich weil dann die Folgen der Langzeitarbeitslosigkeit einsetzen (Treger et al., 2007; zitiert nach Morris, 2011). Arbeitnehmer, die in Büro-, Handels- und Dienstleistungsberufen arbeiten, schaffen dreimal häufiger die berufliche Wiedereingliederung als Menschen in Industrie- und Handwerkerberufen (Vestling, Tufvesson und Iwarsson, 2003).

Vestling et al. (2003) weisen durch ihre Studie an 120 Personen nach, dass berufliche Integration im Zusammenhang mit einer höheren Lebensqualität, stärkerem Wohlbefinden und größerer Zufriedenheit im Leben, steht. 41 % der Untersuchten arbeiteten nach

dem Schlaganfall und gaben durchschnittlich bessere Ergebnisse im Bereich des physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens an. In einer weiteren Umfrage wurde deutlich, dass 75 % gerne wieder arbeiten würden, aber 36 % das Gefühl hatten dies nicht zu können. 43 % waren nicht in der Lage wieder zu arbeiten und 31 % haben seit dem Schlaganfall wieder gearbeitet (Barker, 2006; zitiert nach Morris, 2011). Als Gründe weshalb die 43 % der Betroffenen, nicht wieder an den Arbeitsplatz zurückkehrten, gaben sie u.a. an: Vom Arbeitgeber zum Renteneintritt gedrängt, waren nicht in der Lage Erwartungen zu erfüllen, nicht in der Lage Auto zu fahren oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen, Angst davor Sozialleistungen zu verlieren, nicht gesund genug für die Arbeit oder weil sie den vorherigen Arbeitsplatz nicht mehr durchführen konnten. Barrieren um den Arbeitseinstieg zu schaffen sind, die Inflexibilität des Arbeitgebers, wenig Aufklärung seitens des Arbeitgebers über Schlaganfall sowie eine negative Einstellung. Förderfaktoren sind eine verständnisvolles und flexibles Arbeitsumfeld, ein unterstützendes soziales Netzwerk, ebenso wie die instrumentelle und emotionale Unterstützung der Mitarbeiter des Gesundheitswesens (Barker, 2006; zitiert nach Morris, 2011).

Jedoch zeigt sich auch, dass der persönliche intrinsische Umgang und die Einstellung des Einzelnen einen großen Einfluss darauf haben, wie der Arbeitseinstieg verläuft. Diejenigen, die den eigentlichen Wert der Arbeit honorierten, waren am zufriedensten mit ihrer Situation (Koch, Egbert, Coeling und Ayers, 2005; zitiert nach Morris, 2005).

4.4 Gegenwärtige Rehabilitation von juvenilen Schlaganfallpatienten

Durchgängig erhalten junge Schlaganfallpatienten eine Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen in denen die Mehrheit der Patienten über 65 Jahre alt ist (Morris, 2011). Junge Patienten beschreiben unbefriedigte Bedürfnisse während der Rehabilitation. Am häufigsten wurde angegeben, dass sie sich mehr personalisierte Informationen über ihren Schlaganfall wünschen, ebenso wie Hilfestellung bei Finanzen, bei sozialen Aktivitäten, intellektueller Befriedigung, Adaptionen, Fahrzeuganpassungen und bei soziale Kontakten (Kersten, et al., 2004). Sie wünschen sich Leistungen, die sich auf die Bedürfnisse von jungen Menschen fokussieren, die ihre familiäre Situation berücksichtigen, den Bedarf an beruflicher Rehabilitation sehen, Hilfestellung bieten bei Schwierigkeiten mit dem Beantragen von Sozialhilfeleistungen, bei Schwierigkeiten in der Kinderversorgung und bei Fragen bezüglich der beruflichen Situation des Partners (Morris, 2011).

Zwei Untersuchungen zeigen, dass medizinisches Personal sich nicht genügend auf die Bedürfnisse und Bedenken von jungen Schlaganfallpatienten einstellen und deren Probleme nicht effektiv formulieren oder adäquate Ziele setzen. Während sich die jungen Menschen mit Schlaganfall mit dem Verlust von Kontrolle, psychischer Ermüdung, der Angst vor einem weiteren Schlaganfall auseinandersetzen, fokussierten sich die Mitarbeiter auf funktionelle Probleme und auf das Training. Es wird ein Mangel an altersentsprechender Aktivitäten und in der Umgebung wahrgenommen, und auch beim Erkennen von den nicht sofort offensichtlichen kognitiven Einschränkungen (Rödling, Lindström, Malm und Öhman, 2003; Bendz, 2003; zitiert nach Morris, 2011).

Viele der Leistungsdefizite werden jedoch nicht ausschließlich von jüngeren Patienten angesprochen. Auch ältere Schlaganfallpatienten bemängeln Defizite bei den Leistungsangeboten, schlechter Kommunikation, Mangel an personalisierten Informationen, Mangel an Verständnis für die Effekte des Schlaganfalls auf den Patienten und dessen Familie, wenig Beteiligung des Patienten am Entscheidungsprozess, Lücken in der Nachversorgung, Lücken in der Unterstützung für eine soziale Integration (Banks und Pearson, 2000; zitiert nach Morris, 2011). Die schlechten Erfahrungen, die junge Schlaganfallpatienten während des Rehabilitationsprozesses machen, können zum einen teilweise dem medizinischen Personal zugerechnet werden, welche es verpassen Bedürfnisse wahrzunehmen und auf sie einzugehen. Zum anderen kann die Unzufriedenheit auch psychisch bedingt sein, angesichts der Bedrohung des Selbstkonzeptes und der Identität von jungen Schlaganfallpatienten (Stone, 2005; zitiert nach Morris, 2011).

Viele von ihren Bedürfnissen werden mit aktuellen Schlaganfallprogrammen nicht abgedeckt. Auf internationaler Ebene scheint es keine Pläne für getrennte, speziell auf junge Menschen angepasste, Programme zur Schlaganfallbehandlung zu geben. Deshalb ist es wichtig, dass bestehende Programme die besonderen Bedürfnisse erkennen und angemessene Maßnahmen einleiten (Morris, 2011). Um zu ermöglichen, dass die grundsätzliche Vorgehensweise in der Therapie von Schlaganfall geändert wird und eine Zusammenarbeit mit nicht medizinischen Organisationen geschaffen wird, ist es nötig das medizinische Personal zu schulen. Zurzeit gibt es keine psychologischen Interventionen, die auf juvenilen Schlaganfall spezialisiert sind. Obwohl es praktisch vielleicht nicht umsetzbar ist eine komplett neue altersspezifische Schlaganfalltherapie zu entwickeln, so ist doch Potential da Grundprinzipien für die adaptierte psychologische Betreuung von Schlaganfallpatienten dieser bestimmten Altersgruppe zu schaffen (Morris, 2011).

4.5 Ergebnisse aus der Ergotherapie

Bei Schlaganfallpatienten, die Ergotherapie erhalten, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sich ihr Zustand verschlechtert und es ist wahrscheinlicher, dass sie unabhängiger in der Durchführung der persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens sind (Legg, Drummond & Langhorne, 2006; zitiert nach Krug und McCormack, 2009). Ergotherapie zielt darauf ab die funktionelle Unabhängigkeit in Alltagsaktivitäten durch die Verbesserung von Defiziten in der Performanzfähigkeit (u.a. Kraft, Bewegungsausmaß, motorische Kontrolle und Kognition) wiederherzustellen. Wenn die erfolgreiche Wiederherstellung der Performanzfähigkeit unwahrscheinlich ist, hilft die Ergotherapie beim Erlernen von Kompensationsstrategien (Steultjens, Dekker, Bouter, Van de Ness, Cup und Van den Ende, 2003; zitiert nach Krug und McCormack, 2009). Durch die Ergotherapie zeigen sich Verbesserungen im Bereich der funktionellen Durchführung von Aufgaben und in den für die Handlung grundlegenden Fähigkeiten wie Motorik, Kognition und Perzeption (Latham, Jette & Coster, 2006; zitiert nach Krug und McCormack, 2009).

Die Profession der Ergotherapie ist jedoch nicht nur auf die Bereiche der Motorik, Kognition und Performanz beschränkt, sondern ist mit ihrer holistischen, ganzheitlichen Sichtweise sensibel für die Bedürfnisse der Schlaganfallpatienten. Daher sollten von Ergotherapeuten die psychosozialen Faktoren, die das Engagement bei Betätigung nach dem Schlaganfall beeinflussen, angesprochen werden. Dabei kann es sich um eine verschlechterte Zufriedenheit mit den Lebensrollen, Veränderungen im Selbstwertgefühl und um Copingstrategien handeln (Ch´Ng, French & Mclean, 2008; zitiert nach Muller et al., 2014).

4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Folgen eines Schlaganfalls in vielen Bereiche des Lebens eines Menschen Auswirkungen haben. Teilweise sind die Unterschiede zu älteren Menschen offensichtlich. Ab über 65 Jahren beginnt zur Zeit in Deutschland die Rente und jüngere Menschen sind noch im Arbeitsalter. Hieraus ergeben sich unterschiedliche Rollen (vgl. Kap. 2.4). Andere Bereiche in denen sich junge Schlaganfallpatienten eingeschränkt fühlen, sind weniger offensichtlich.

Dabei sind psychische Folgen, die von jungen Schlaganfallpatienten berichtet werden, häufig umfangreich (vgl. Kap. 4.1). Es beschäftigt sie, dass sie nicht mehr die Geschlechterrollen ausüben können, ebenso wie Einschränkungen in den Rollen als Mutter, Vater, Versorger oder Hausfrau (Röding et al., 2003; zitiert nach Morris, 2011). Junge

Schlaganfallpatienten sind unzufrieden, wenn ihre psychischen und kognitiven Einschränkungen, die nicht sofort offensichtlich sind, von ihrer Umwelt nicht wahrgenommen oder ernst genommen werden (Röding et al., 2003; zitiert nach Morris, 2011). Dass sie an einer Erkrankung leiden, die eher ältere Menschen betrifft, fordert ihre eigene Identität und die Beziehung zu anderen Menschen heraus (Tajfel et al, 1979; Stone, 2005; zitiert nach Morris, 2011). Wichtig für den Erfolg der Therapie und für das Wohlbefinden des Patienten ist das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Der Rehabilitationsprozess kann von Patienten einerseits als Prozess der Anpassung an die neuen Umstände gesehen werden. Andere Patienten wollen andererseits durch ihn die Rückkehr in ihr vorheriges Leben erreichen (Dixon, 2007; zitiert nach Morris, 2011). Um das physische und soziale Outcome der Rehabilitation zu messen, kann der SIPSO genutzt werden (Kersten et al., 2004).

Der Schlaganfall bedeutet für viele jüngere Patienten eine Veränderung im sozialen Leben. Eltern, Partner oder auch Großeltern übernehmen die Pflege des Schlaganfallpatienten. Der Schlaganfall zwingt manche zu einer anderen Unterkunft als vor dem Schlaganfall. Dies bedeutet einen Rückschritt in der Selbstständigkeit (Teasell et al., 2000). Fast die Hälfte der Patienten haben Depressionen (Teasell et al., 2000). Viele junge Schlaganfallpatienten zeigen Ängste in Bezug auf die Rückkehr zum Arbeitsplatz und auf ihre Genesung. Verweigerndes Verhalten, Wut, Frustration und Ablehnung können häufig beobachtet werden, eben sowie ein schlechtes Selbstbewusstsein und Konflikte mit Partnern oder Kindern (Teasell et al., 2000).

Als Zwischenschritt zwischen der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Rehabilitation gibt es in Deutschland die medizinisch – berufliche Rehabilitation (Rollnik et al., 2013). Sie bietet dem Patienten medizinische, psychologische und sozialpädagogische Betreuung, behindertengerechte Förderung, technische Hilfen und Wohnen. Durch sie soll die berufliche Wiedereingliederung bei Menschen mit Behinderung erhöht werden. Vor allem für die Patienten bei denen eine berufliche Rehabilitation auf Grund von Beeinträchtigungen, z.B. kognitiver Art, nicht möglich ist. Durch die medizinisch – berufliche Rehabilitation kann die Anzahl der Menschen, die in einen Beruf zurückkehren, erhöht werden (Rollnik et al., 2013). Zahlen darüber wie viele Menschen nach einem Schlaganfall wieder zurück an einen Arbeitsplatz kehren können, variieren stark (Treger et al, 2007; zitiert nach Morris, 2011; Black-Schaffner et al., 1990; Adunsky et al., 1992; zitiert nach Vestling et al. 2003). Vielen jungen Menschen ist die Rückkehr in das Arbeitsleben sehr wichtig. Es bedeutet Partizipation an der Gesellschaft und kommt damit psychosozialen Bedürfnissen nach. Es hat einen prägnanten Einfluss auf die physische und mentale Gesundheit sowie auf das soziale Wohlbefinden (Vestling et al., 2003).

Als Barriere um die Wiedereingliederung erfolgreich zu erleben, stellen sich verschiedene Gründe heraus, beispielsweise kein verständnisvolles und flexibles Arbeitsumfeld, die Erwartungen sind zu hoch, der Arbeitsweg kann nicht selbstständig bewältigt werden, sie sind nicht gesund genug oder weil der vorherige Arbeitsplatz nicht ausgeführt werden kann (Barker, 2006; zitiert nach Morris, 2011).

Junge Schlaganfallpatienten beschreiben unbefriedigte Bedürfnisse, dadurch dass sie in Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden in denen die Mehrheit der Schlaganfallpatienten über 65 Jahre alt ist (Morris, 2011). So sind Maßnahmen und Informationen nicht auf ihre Altersgruppe angepasst. Junge Schlaganfallpatienten wünschen sich mehr Hilfestellung bei den Finanzen, bei sozialen Aktivitäten und Kontakten, bei Adaptionen und Fahrzeuganpassungen sowie bei der intellektuellen Befriedigung (Kersten et al., 2004). Aber auch bei der Kinderversorgung und der beruflichen Situation des Partners (Morris, 2011). Während sich junge Schlaganfallpatienten mit psychischen Belastungen beschäftigen, legt das medizinische Personal häufig den Schwerpunkt auf die funktionelle Verbesserung (Rödling et al., 2003; zitiert nach Morris 2011). Aber auch ältere Schlaganfallpatienten bemängeln ein Defizit an Informationen oder fehlendes Verständnis für die Effekte des Schlaganfalls auf das persönliche Leben und auf das soziale Umfeld (Banks et al., 2000; zitiert nach Morris, 2011). Diese Unzufriedenheit lässt sich teilweise auf einen Mangel der Wahrnehmung seitens des medizinischen Personals zurückführen. Andererseits kann die Unzufriedenheit auch durch die psychische Bedrohung des Selbstkonzeptes und der Identität herrühren (Stone, 2005, Morris, 2011). Wichtig für die zukünftige Behandlung von juvenilem Schlaganfall ist das Ernstnehmen der Bedürfnisse seitens des medizinischen Personals. Es ist notwendig, Maßnahmen an die Altersgruppe anzupassen, psychologische Interventionen zur Verfügung zu stellen, medizinisches Personal zu schulen und eine Zusammenarbeit mit nicht medizinischen Organisationen zu schaffen (Morris, 2011).

Ergotherapie hat zum Ziel die Unabhängigkeit in täglichen Aktivitäten zu erreichen. Hierzu zählt die Verbesserung der Defizite in der Performanzfähigkeit. Die Ergotherapie nutzt dabei die holistische Sichtweise auf den Patienten. Es werden psychosoziale Faktoren beachtet, die das Betätigungsverhalten beeinflussen. Dazu gehören bei Schlaganfallpatienten z.B. die Verschlechterung in der Zufriedenheit bei der Durchführung von Rollen sowie Veränderungen im Selbstwertgefühl und von Copingstrategien (Ch'Ng, French & Mclean, 2008; zitiert nach Muller et al., 2014).

5 Entwicklung von Grundannahmen für die ergotherapeutische Behandlung

Ziel von Rehabilitation ist es dem Menschen eine möglichst gute Hilfestellung zu bieten um ein selbstständiges Leben führen zu können und mehr Lebensqualität zu erreichen. Dies geht über rein medizinische Hilfe weit hinaus. Die gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das alle Aspekte des individuellen Lebens im Kontext von Gesundheit sieht. Diese Aspekte beinhalten physische Funktionsfähigkeit, wahrgenommene Gesundheit, soziales Wohlbefinden, kognitive Funktionen, Integration von neuen und prä-morbiden Rollen, persönliche Aspekte (wie z.B. Selbsteffektivität und Körperbild), Sozialisation und die Fähigkeit mit Einschränkungen um gehen zu können (Fitzpatrick, Davey, Buxton und Jones, 1998; zitiert nach Muller et al., 2014).

Die, in dieser Arbeit vorgestellten Studien machen deutlich, dass ein Bedarf da ist, der von jetzigen Rehabilitationsprozessen für junge Schlaganfallpatienten noch nicht ausreichend ist. Vor allen scheinen die psychische Komponente und der Umgang mit den Herausforderungen des Schlaganfalls im sozialen Umfeld und Leben wenig bedacht zu werden.

Die berufliche Wiedereingliederung ist ein großes Anliegen von jungen Menschen mit einem Schlaganfall. In Deutschland findet sich ein System wieder durch das junge Menschen mit Behinderungen zurück in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden können. Die Leistungen der medizinisch – beruflichen Rehabilitation geben eine umfangreiche Hilfe bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und versuchen eine vorzeitige Berentung zu vermeiden. Hierbei lässt sich zurzeit noch nicht herausstellen, ob diese auch für die speziellen Bedürfnisse von juvenilen Schlaganfallpatienten passend sind. Auffällig ist, dass die Studien, die zu diesem Thema herangezogen wurden (ergotherapeutischer oder medizinischer Art), sich zumeist mit dem Thema der beruflichen Wiedereingliederung bei juvenilem Schlaganfall beschäftigen. Dies ist für die Patienten selbst sehr wichtig, auch die Forschung scheint ihren Schwerpunkt hierauf zu legen.

Die in Kapitel 2.4 vorgestellten Unterschiede in den Entwicklungsaufgaben von jüngeren und älteren Menschen sind groß. Dies hat Auswirkungen auf die Rehabilitation und die Ziele der Patienten. Morris (2011) fasst in ihrer Studie zusammen, dass für junge Schlaganfallpatienten die Versorgung von jungen Kinder, die Beziehungen zu Partnern, Sexualität, nicht sofort offensichtliche kognitive Einschränkungen, psychische Ermüdung, die Einfluss hat auf das Engagement in gleichaltrigen Gruppen, der Verlust des Arbeitsplatzes, verminderte intellektuelle Befriedigung und finanzielle Probleme besonders hervorstechende Anliegen sind. Menschen mit einem juvenilen Schlaganfall sind

nicht in der Lage die normalen Erwartungen an junge Menschen im Bereich Freizeit und Arbeit zu erfüllen. Durch das reduzierte Gefühl der Selbstwirksamkeit durch die Behinderung, erfahren sie eine große Lücke zwischen ihrem jetzigen Selbst und dem vor dem Schlaganfall. Zudem erfahren sie eine Erkrankung, die als *Alte - Leute - Krankheit* wahrgenommen wird. Ihnen sollte die Möglichkeit für eine psychologische orientierte Betreuung gegeben werden (Morris, 2011). Diese Bedürfnisse adäquat anzusprechen fordert nicht nur geschulte Therapeuten, sondern auch die Zusammenarbeit mit Netzwerken außerhalb des Gesundheitswesens, wie z.B. Arbeitgebern, Sozialen Netzwerken, Arbeitsagenturen, Paartherapeuten und Freizeitangebietern (Morris, 2011).

Es stellt sich die Frage welchen Einfluss die oben genannten Herausforderungen auf die Ergotherapie haben und in wie weit die Ergotherapie Menschen mit juvenilem Schlaganfall helfen kann damit umzugehen. Die Ergebnisse der Ergotherapie zeigen auf, dass es in diesem Bereich bisher keine relevanten Ergebnisse gibt, die konkrete Antworten spezifisch für die Arbeit in der Ergotherapie bieten. Im Allgemeinen beschreiben jüngere und ältere Menschen Defizite in der Rehabilitation. Dies betrifft z.B. schlechte Kommunikation, Mangel an Verständnis für die Effekte des Schlaganfalls auf den Patienten und dessen Familie, Mangel an personalisierten Informationen, wenig Beteiligung des Patienten am Entscheidungsprozess, Lücken in der Nachversorgung und fehlende Unterstützung bei der sozialen Integration. Zudem empfinden junge Menschen mit Schlaganfall in einem Rehabilitationssystem, das für ältere Menschen mit Schlaganfall ausgerichtet ist, dass ihren Bedürfnissen nicht adäquat berücksichtigt werden. Medizinisches Personal geht nicht spezifisch genug auf die individuellen Bedürfnisse und Bedenken von jungen Schlaganfallpatienten ein. Ziele werden häufig nicht effektiv oder adäquat formuliert und orientieren sich eher an Funktionsverbesserungen. Dies sind nach Morris (2011) Herausforderungen, die in der Versorgung von jungen Schlaganfallpatienten mehr berücksichtigen müssen. Es gibt bis jetzt keine Erkenntnisse darüber in wie weit dies auch für das deutsche Gesundheitssystem zutrifft.

Auch wenn die Ergotherapie einen ganzheitlichen Ansatz an den Menschen in der Behandlung verfolgt und das Ziel hat Therapieziele mit dem Patienten auf Partizipationsebene zu formulieren, kann dies eine gute Hilfe sein um die Relevanz der psychischen Unterstützung dem Therapeuten deutlicher zu machen. Gerade mit dem alltagsbezogenen und ganzheitlichen Ansatz hat die Ergotherapie viele Möglichkeiten Patienten Unterstützung zu bieten. Denn immerhin arbeitet die Ergotherapie auf der Funktionsebene in den Bereichen Motorik, Sensorik, Kognition, psychische Stabilität und berücksichtigt hierbei das physische und soziale Umfeld im Hinblick auf die Verbesserung der Partizipation sowie der Lebensqualität. Die wenige Forschung im Bereich des juvenilen Schlaganfalls in der Ergotherapie zeigt jedoch auch, dass bis jetzt in der Ergotherapie keine

grundsätzliche Unterscheidung in der Therapie durchgeführt wird. Junge Schlaganfallpatienten benötigen Hilfe, um zu verstehen, dass das umfangreiche Ziel der Rehabilitation eher ein Prozess der Anpassung und Adaption an die veränderten Möglichkeiten und Umstände ist, als nur eine Rückkehr zu den alten Aktivitätsmustern (Morris, 2011).

Um das ergotherapeutische Handeln in der Therapie von juvenilem Schlaganfall zu verbessern, werden im Folgenden Grundannahmen für die Therapie vorgestellt, die bei dieser Patientengruppe, laut der vorherigen Ergebnissen von den Studien, besonders zu berücksichtigen sind (s. Tabelle 4). Die Grundannahmen betreffen die verschiedenen Lebensbereiche eines jungen Patienten mit Schlaganfall und sind relevant für sein tägliches Leben und um eine gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erreichen. Wichtig für alle Punkte ist, dass die Ergotherapie den Lebenshintergrund des Patienten berücksichtigt. So ist es dem Patienten wichtig Unterstützung in den Lebensbereichen Familie, häusliches Wohnen, Arbeit, Finanzen, soziales Umfeld und Freizeit zu bekommen.

Tabelle 4: *Grundannahmen für die Ergotherapie*

Faktoren	Evidenz	Grundannahmen für die Ergotherapie
Geschlechterrollen können nicht mehr wie zuvor ausgeübt werden und es zeigen sich Einschränkungen in Lebensrollen z.B. als Mutter, Vater, Versorger oder Hausfrau.	Röding et al., 2003; zitiert nach Morris, 2011	Es ist wichtig Familie, pflegende Angehörige oder Partner in die Therapie einzubeziehen. Ergotherapeuten sollten das ganze Familiensystem im Blick haben und Lebensrollen in die Therapie einbeziehen.
Junge Schlaganfallpatienten können folgende psychische Auffälligkeiten zeigen: Depressionen, verweigerndes Verhalten, Wut, Frustration und Ablehnung, mangelndes Selbstbewusstsein, Konflikte mit Partnern oder Kindern, Ängste in Bezug auf die Rückkehr zum Arbeitsplatz und auf ihre Genesung.	Teasell et al., 2000	Ergotherapeuten benötigen eine Wahrnehmung der psychischen Bedürfnisse. Die Therapie sollte psychische Stabilität, Ich – Identität und Copingstrategien fördern. Es sollte in Betracht gezogen werden, wenn nötig an Psychologen zu verwiesen.
Der Rehabilitationsprozess kann von Patienten entweder als Prozess der Anpassung an die neuen Umstände gesehen werden, andere Patienten wollen die Rückkehr in ihr vorheriges Leben erreichen. Wichtig für den Therapieerfolg und für das Wohlbefinden des Patienten ist das Gefühl der Selbstwirksamkeit.	Dixon, 2007; zitiert nach Morris, 2011	In Zusammenarbeit mit dem Patienten sollten erreichbare und realistische Ziele auf der Partizipationsebene formuliert werden. Durch das Erreichen wird die Selbstwirksamkeit gestärkt.

<p>Für viele juvenile Schlaganfallpatienten ist die berufliche Wiedereingliederung sehr wichtig. Es bedeutet Partizipation an der Gesellschaft und hat Einfluss auf die physische und mentale Gesundheit und auf das soziale Wohlbefinden.</p> <p>Hinderungsgründe können z.B. sein kein verständnisvolles und flexibles Arbeitsumfeld, die Erwartungen sind zu hoch, der Arbeitsweg kann nicht selbstständig bezwungen werden, funktionelle oder kognitive Gesundheit ist nicht ausreichend oder der vorherige Arbeitsplatz kann nicht ausgeführt werden.</p>	<p>Vestling et al., 2003; Barker, 2006; zitiert nach Morris, 2011</p>	<p>Ergotherapeuten sollten im Blick haben, dass die berufliche Wiedereingliederung elementar für junge Schlaganfallpatienten ist und ausführlich über die berufliche Wiedereingliederung und die Hilfestellung informieren (wie z.B. die medizinisch – berufliche Rehabilitation).</p> <p>Weitere Möglichkeiten sind Arbeitgebergespräche um besser Arbeitsplätze zu adaptieren und das Training alltagspraktischer Fähigkeiten, die nötig sind zur beruflichen Wiedereingliederung.</p>
<p>Junge Schlaganfallpatienten wünschen sich mehr Hilfestellung bei den Finanzen, bei sozialen Aktivitäten und Kontakten, bei Adaptionen und Fahrzeuganpassungen und bei der intellektuellen Befriedigung.</p>	<p>(Kersten et al., 2004).</p>	<p>Ergotherapeuten sollten umfangreich über den Bedarf von Hilfestellungen informieren können, die über den medizinischen Bereich hinausgehen und bei Bedarf weitervermitteln. Die Zusammenarbeit mit anderen nicht medizinischen Professionen z.B. Sozialarbeitern, Freizeit Anbietern, Arbeitgebern, Psychologen sollte angestrebt werden.</p>

Da dies ein sehr umfangreiche Aufgabe ist, kann dies nicht von Ergotherapeuten allein bewerkstelligen werden. Hier wird das multiprofessionelle Team benötigt. Dafür ist die Arbeit mit Mitarbeitern aus dem medizinischen, aber auch dem nicht medizinischen Berufen von größter Wichtigkeit. Ergotherapeuten sollten sich auf die Bedürfnisse von juvenilen Schlaganfallpatienten spezialisieren und diese im Blick haben. Doch auch bei Bedarf an andere Professionen verweisen. Es gilt als multiprofessionelles Team den Bedarf zu erkennen und das berufliche Handeln anzupassen um eine bestmögliche Rehabilitation im Sinne des Patienten schaffen zu können.

Zur Einschätzung des physischen und sozialen Outcomes in der Therapie von juvenilen Schlaganfällen, kann neben anderen ergotherapeutischen Assessments das SIPSO genutzt werden (Kersten et al., 2004).

6 Diskussion

Die Möglichkeiten der praktischen Umsetzung sehen sicherlich je nach Arbeitsort des Ergotherapeuten unterschiedlich aus. Für Therapeuten in der medizinisch - beruflichen Rehabilitation, in Stroke Units oder in der Nachbehandlung in Ergotherapiepraxen oder Tageskliniken kann die Arbeit mit juvenilen Schlaganfallpatienten unterschiedlich sein. Zum Teil sind sie vielleicht spezialisiert im Fachbereich der Neurologie und in der Rehabilitation von Schlaganfällen, für andere ist es eher selten einen jungen Menschen mit Schlaganfall zu therapieren und Unterschiede zu älteren Schlaganfallpatienten sind nicht bewusst. Die Ergebnisse aus dieser Arbeit zeigen jedoch, dass es ganz bestimmt Bedürfnisse von jungen Menschen mit Schlaganfall gibt, die individuell für diese Altersgruppe sind. Für eine erfolgreiche Therapie sollten diese beachtet werden, konsequenterweise bei Bedarf die Therapie darauf hin verändert werden. Im Verlauf des Therapieprozesses gilt es gerade die psychische Komponente und die Copingstrategien des Patienten im Blick zu behalten und Hilfen anzubieten.

Es zeigt sich anhand dieser Arbeit, dass die Themen psychischer Umgang mit der Situation und das Umdenken in den Lebensrollen in der Therapie von jungen Menschen mit Schlaganfall eine wesentlich höhere Rolle spielen als z.B. Funktionsverbesserung oder Wahl der Therapiemethode. Aufgefallen bei der Literaturrecherche ist, dass mehr Studien zu dem Thema berufliche Wiedereingliederung und zur psychischen Befindlichkeit gefunden werden konnte, als z.B. zu dem Thema Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) oder wie genau die Arbeit in der Ergotherapie aussehen sollte.

Ausgeschlossen wurden Studien zu dem Thema wie Selbsthilfegruppen in der Rehabilitation von juvenilen Schlaganfallpatienten unterstützen können. Einen Einblick, wie die Arbeit mit Selbsthilfegruppen für junge Schlaganfallpatienten von Ergotherapeuten gestaltet werden kann und über die Effizienz dieser Arbeit bietet das Young Empowerment Stroke Support (YESS), dass in der Studie *Development and evaluation of a hospital - based peer support group for younger individuals with stroke* vorgestellt wird (Muller et al., 2014).

In dieser Arbeit wurden die Unterschiede zwischen den Arten des Schlaganfalls, also ob es sich um einen hämorrhagischen oder ischämischen Insult, ein linkshemisphärischen oder rechtshemisphärischen, handelt nicht unterschieden. Außerdem hat auf die Therapie Einfluss welche konkreten Ausfälle eine Person hat (z.B. motorischer, sensorischer und kognitiver Art). Daher gibt diese Arbeit nur einen allgemeinen Überblick und keine spezialisierten Informationen.

Es muss kritisch betrachtet werden, dass die gefunden Studien unterschiedlicher Qualität sind und durch die unterschiedlichen Studiendesigns auch nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind. Nebeneinander stehend kann durch sie aber ein Überblick über diese Thematik geschaffen werden.

Außerdem bedacht werden muss, dass die gefundene Literatur überwiegend aus dem internationalen Raum stammt. Wie übertragbar Informationen und Werte für Deutschland sind, kann daraus nicht entnommen werden. Die Beachtung des kulturellen Hintergrundes ist wichtig, um spezifische Aussagen treffen zu können. Dennoch kann durch die Studien über das internationale Bild von juvenilem Schlaganfall informiert werden. Im deutschsprachigen, aber auch im englischsprachigen Raum, scheint die Relevanz der speziellen Therapie für juvenile Schlaganfallpatienten bisher wenig Bewusstsein gefunden zu haben. Dies gilt im Besonderen in Bezug auf die Ergotherapie. Wie die Therapie aufgebaut sein sollte oder welche Merkmale besonders wichtig sind, ist weitestgehend unerforscht. Bisher lässt sich nur von medizinischen Erkenntnissen auf die Ergotherapie schließen.

7 Fazit und Ausblick

Insgesamt ist deutlich geworden, dass die Relevanz für die Beachtung von Bedürfnissen von juvenilen Schlaganfällen in häufigen Fällen noch nicht erkannt werden. Diese Arbeit zeigt, dass junge Menschen mit einem Schlaganfall in einer anderen Lebensphase sind als ältere Schlaganfallpatienten und, dass dies große Auswirkungen auf die Rehabilitation hat. Junge Schlaganfallpatienten haben andere Erwartungen an das Leben und müssen andere Rollen erfüllen. Statt der funktionellen Verbesserungen, die häufig von medizinischem Personal als Ziel gesetzt werden, ist vielen wichtig wieder berufstätig zu werden, dass psychische und kognitive Defizite anerkannt werden und dass ihre Familien- und Lebenssituation in der Rehabilitation berücksichtigt werden. Die Ergotherapie hat durch die ganzheitliche Sichtweise des Menschen die Möglichkeit Defizite und Bedürfnisse auf unterschiedlichen Ebenen wahrzunehmen und partizipationsorientiert Ziele zu formulieren. Die resultierenden Grundannahmen können in der praktischen Arbeit von Ergotherapeuten helfen die Bedürfnisse wahrzunehmen und die Therapie auf junge Menschen mit einem Schlaganfall anzupassen und dadurch bessere Therapieerfolge zu schaffen.

Um die Schlaganfalltherapie von jungen Menschen noch effektiver zu gestalten, müssten die Studien auch für Deutschland durch weitere Forschungsergebnisse bestätigt werden. Zur Spezifizierung der Grundannahmen, wären weitere Forschungsfragen, wie juvenile

Schlaganfallpatienten Lebensrollen an die neuen Umstände adaptieren und wie hier die Rolle der Ergotherapie sein kann. Des Weiteren, welche Bedeutung die Selbstständigkeit in den ADLs bei jüngeren Menschen mit Schlaganfall hat, und wie die berufliche Integration bei juvenilen Schlaganfallpatienten in Deutschland umgesetzt wird und ob Handlungsbedarf für Verbesserungen besteht. Es zeigte sich, dass es Unterschiede in der grundsätzlichen Herangehensweise bei juvenile Schlaganfallpatienten gibt. Hier stellt sich die Frage, wie Therapiekonzepten und Methoden gestaltet sind und wie diese an jüngere Schlaganfallpatienten angepasst werden müssten. Unterschiede in Altersvergleich könnten dargestellt werden, ebenso welche Therapiemethode bessere Erfolgchancen für jüngere Schlaganfallpatienten bieten.

Abschließend zeigt sich in der Arbeit, dass die psychische Belastung, die der Schlaganfall bei jungen Menschen häufig bewirkt, Einfluss auf viele Lebensbereiche hat. Für Ergotherapeuten ist es relevant für eine erfolgreiche Therapie, die psychischen Bedürfnisse des jungen Schlaganfallpatienten zu berücksichtigen und zu intervenieren. Die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen und nicht medizinischen Professionen kann helfen Bedürfnisse der juvenilen Schlaganfallpatienten wahrzunehmen. Darüber hinaus sind auch die ganzheitliche Sichtweise der Ergotherapeuten in der Therapie und der Einbezug des sozialen Umfelds Aspekte, die bei der Therapie von jungen Schlaganfallpatienten vermehrt berücksichtigt werden müssen.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (n.d.). *Angemeldetes Leitlinienvorhaben Schlaganfall und Beruf: berufliche Perspektiven und Wiedereingliederung nach Schlaganfall*. Aufgerufen am 15.04.2016
- Barlas, N.Y., Putaalab, J., Waje-Andreassenc, U., Vassilopouloud, S., Nardie, K., Odierf, C. et al. (2013). *European Journal of Neurology*, 20: 1431–1439
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Hrsg.). (2012). *DEGAM-Leitlinie Nr. 8: Schlaganfall*. Frankfurt am Main: Autor.
- Different Stroke (2015). *Work After Stroke Information For Stroke Survivors*. [Broschüre]. Wolverton Mill: Autor.
- Different Stroke (2015). *Work After Stroke Information For Family & Friends*. [Broschüre]. Wolverton Mill: Autor.
- Different Stroke (2015). *Work After Stroke Employers' Guide*. [Broschüre]. Wolverton Mill: Autor.
- Different Stroke (2015). *Work After Stroke Information Health and Social Care Professionals*. [Broschüre]. Wolverton Mill: Autor.
- Einhäupl, M. & Jahn, K. (2014). Ursache bleibt häufig unklar. *DNP - Der Neurologe und Psychiater*, 15 (3), 40-51.
- Gesundheitsberichtserstattung (gbe) (2016). *Schlaganfall Kapitel 1.2.2.2 [Gesundheit in Deutschland, 2006]*. Aufgerufen am 14.11.2015.
- Glawar, B. (2005). Ätiologische Faktoren beim juvenilen ischämischen Insult. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 6 (4), 7-12.
- Kersten, P., George, S., Low, J., Ashburn, A. & McLellan L. (2004). The Subjective Index of Physical and Social Outcome: its usefulness in a younger stroke population. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27, 59–63.
- Kompetenznetz Schlaganfall. (2006). *Wie viel kostet die Schlaganfallbehandlung?*. Zugriff am 16.05.2016
- Krampen & Reichle (2008). Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter. In Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S.333-365). Weinheim,

Basel: Beltz Verlag.

Krug, G. & McCormack, G. (2009). Occupational Therapy: Evidence-Based Interventions for Stroke. *Missouri Medicine*, 106 (2), 145-149.

Legg, L., Leonardi-Bee, J., Gladman, J. R. F., Corr, S., Donkervoort, M., Edmans, J. et al. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. *BMJ*. 335: 1-8. Zugriff am 13.02.2016.

Leng, C. M. (2008). Description of a return-to-work occupational therapy programme for stroke rehabilitation in Singapore, *Occupational Therapy International*, 15 (2), 87-99.

Lindenberger, U. & Schaefer, S. (2008). Erwachsenenalter und Alter. In Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S.366-409). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Morris, R. (2011). Review Article The Psychology of Stroke in Younger Adults: The Roles of Service Provision and Return to Work. *Stroke Research and Treatment*, 2011, 1-10

Muller, M., Toth - Cohen, S. & Mulcahey, M.J. (2014). Development and Evaluation of a Hospital-Based peer support group for younger individuals with stroke. *Occupational Therapy in Health Care*, 28 (3), 277-295.

Prel du, J.B., Röhring B. & Blettner M. (2009). Kritisches Lesen wissenschaftlicher Artikel. *Deutsches Ärzteblatt* 106(11), 184-189.

Raupp, M.E. (2006). *Juvenile Schlaganfälle und deren Veränderung über die Zeit*. Dissertation, Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwig-Universität Freiburg im Breisgau.

Ressing, M., Blettner, M. & Klug, S.J. (2009). Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (27), 456-463.

Richards, L.G., Latham, N.K., Jette, D.U., Rosenberg L., Smout, R.J. & DeJong, G. (2005). Characterizing Occupational Therapy Practice in Stroke Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 51-60.

Rollnik, J.D., Platz, T., Böhm, K.D., Weber, R. & Wallesch, C.W. (2013). Die medizinisch – berufliche Rehabilitation in der Neurologie. *Aktuelle Neurologie*, 40 (5), 274-

278.

Siepmann, T., Penzlin, A. I. & Bodechtel, U. (2015). *Juveniler Schlaganfall – Ätiologie, Diagnostik und Therapie*. New York: Georg Thieme Verlag KG Stuttgart.

Tanaka, H., Toyonaga, T. & Hashimoto, H. (2011). Functional and Occupational Characteristics Associated With Very Early Return to Work After Stroke in Japan. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 743-747.

Teasell, R.W., McRae, M.P. & Finestone, H.M. (2000). Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 205-209.

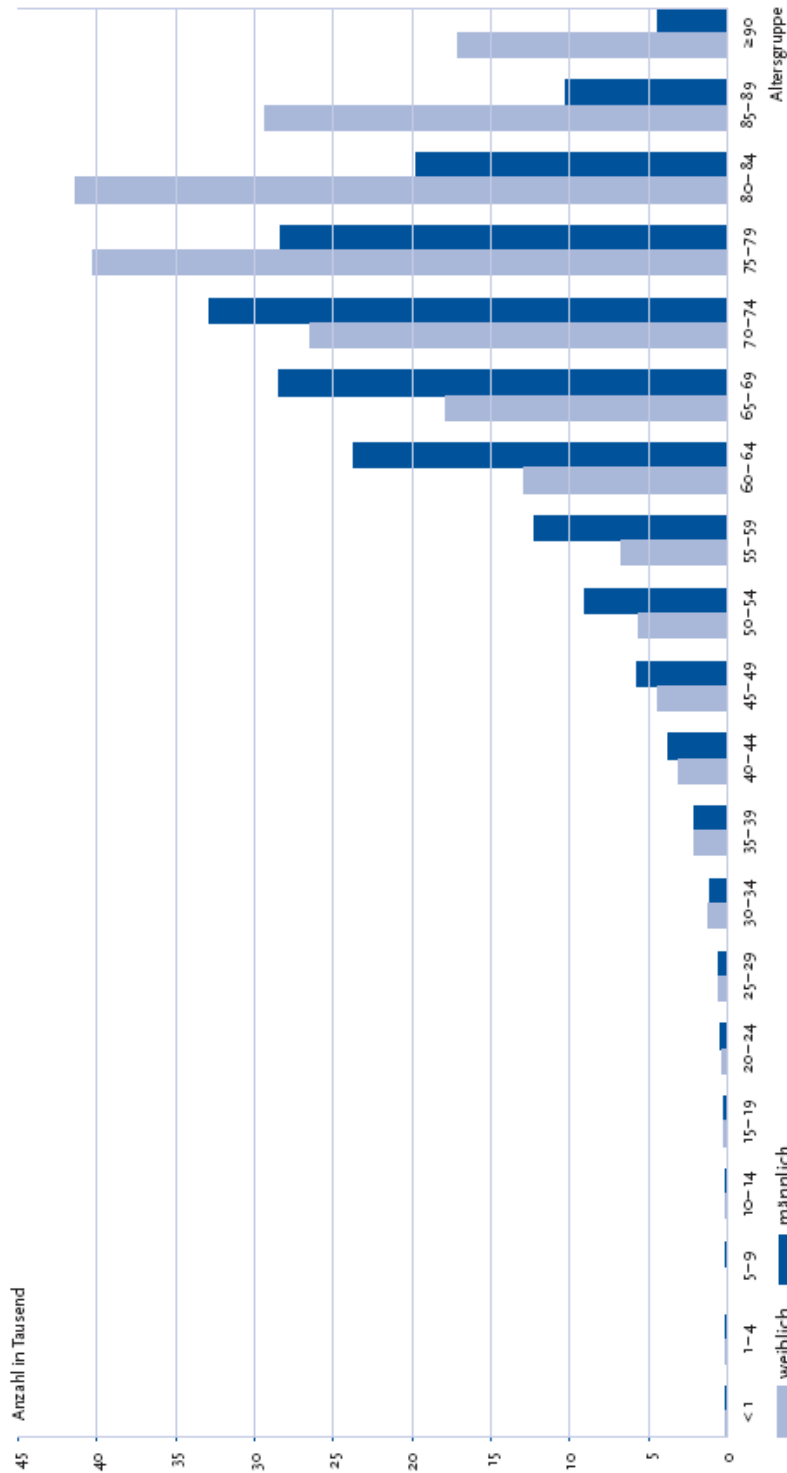
Turner-Stokes, L., Pick, A., Nair, A., Disler, P.B. & Wade, D.T. (2015). Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, 1-67. Zugriff am 01.03.2016.

Varona, J.F., Bermejo, F., Guerra, J.M. & Molina, J.A. (2004). Long-term prognosis of ischemic stroke in young adults. Study of 272 cases. *Journal of Neurology*, 251(12), 1507-1514.

Vestling, M., Tufvesson, B. & Iwarsson, S. (2003). Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35, 127-131.

Anhang

Anhang 1: Anzahl der im Jahr 2002 aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten mit zerebrovaskulären Krankheiten nach Alter und Geschlecht. (Gesundheitsberichtserstattung (gbe), 2016)



Anhang 2: Beurteilung der Studien

Beurteilung der Studien (Prel du, Röhring und Blettner, 2009)

	St.1		St.2		St.3		St.4		St.5	
	Ja	Unklar	Nein	Ja	Unklar	Nein	Ja	Unklar	Ja	Unklar
Kann auf Grundlage des Studiendesigns die forschungsleitende Fragestellung beantwortet werden?	X			X			X		X	
Wird beschrieben, ob es sich um eine konfirmatorische (beweisführende), eine explorative (Hypothesen generierende) oder eine deskriptive (beschreibende) Untersuchung handelt?	X			X	X		X		X	
Weicher Studientyp wurde gewählt und ist dieser angemessen zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung?		X		X			X			X
Wird der Endpunkt der Untersuchung genau definiert?	X				X			X	X	
Welche statistische Maßzahl wird zur Charakterisierung des Endpunktes verwendet? Wird, etwa bei epidemiologischen Studien, die Inzidenzrate (Neuerkrankungsrate), die Prävalenz (Krankenstand), die Mortalitätsrate (Anteil der Bevölkerung, der an einer Krankheit stirbt), die Letalität (Anteil der Erkrankten, der an einer Krankheit stirbt) oder die Hospitalisierungsrate (Anteil der Bevölkerung, der krankheitsbedingt ins Krankenhaus eingewiesen wird) angegeben?		X		X			X	X		X
Wird das Untersuchungsgebiet, die Population und der Erhebungszeitraum (einschließlich Follow-up-Zeit) beziehungsweise das Zeitintervall zwischen den Untersuchungen detailliert beschrieben?	X				X					X

Anmerkung: Unklar bedeutet, dass zu diesem Punkt keine Informationen vorliegen, oder die Frage auf den Studientyp nicht anwendbar ist.

Beurteilung von systematischen Zusammenfassungen (Ressing, Blettner und Klug, 2009)

	St.1		St.2		St.3		St.4		St.5	
	Ja	Nein	Ja	Unklar	Ja	Unklar	Ja	Unklar	Ja	Unklar
Lag ein a priori angefertigtes Studienprotokoll vor?										
Lag eine a priori festgelegte Hypothese vor?					X					
Wurde die Literaturrecherche detailliert beschrieben?			X							
Wurden a priori festgelegte Ein- und Ausschlusskriterien angewendet und klar beschrieben?						X				
Wurde eine möglicherweise vorhandene Heterogenität zwischen den Studien berücksichtigt?				X						
Wurden die verwendeten statistischen Methoden klar beschrieben?				X						
Wurden die Limitationen der jeweiligen Zusammenfassung diskutiert?						X				

Anmerkung: Unklar bedeutet, dass zu diesem Punkt keine Informationen vorliegen, oder die Frage auf den studententyp nicht anwendbar ist.

Anhang 3: The Subjective Index of Physical and Social Outcome (Kersten et al., 2004)

1. Since your stroke, how much difficulty do you have dressing yourself fully?

No difficulty at all 4; Slight difficulty 3; Some difficulty 2; A lot of difficulty 1; I cannot dress myself fully 0

2. Since your stroke, how much difficulty do you have moving around all areas of the home?

No difficulty at all 4; Slight difficulty 3; Some difficulty 2; A lot of difficulty 1; I cannot move around all areas of the home 0

3. Since your stroke, how satisfied are you with your overall ability to perform daily activities in and around the home?

Completely satisfied 4; Mostly satisfied 3; Fairly satisfied 2; Not very satisfied 1; Completely dissatisfied 0

4. Since your stroke, how much difficulty do you have shopping for and carrying a few items (1 bag of shopping or less) when at the shops?

No difficulty at all 4; Slight difficulty 3; Some difficulty 2; A lot of difficulty 1; I cannot shop for and carry a few items 0

5. Since your stroke, how independent are you in your ability to move around your local neighbourhood?

I am completely independent 4; I prefer to have someone else with me 3; I need occasional assistance from someone 2; I need assistance much of the time 1; I am completely dependent on others 0

6. Since your stroke, how often do you feel bored with your free time at home?

I am never bored with my free time 4; A little of my free time 3; Some of my free time 2; Most of my free time 1; All of my free time 0

7. Since your stroke, how would you describe the amount of communication between you and your friends/ associates?

A great deal 4; Quite a lot 3; Some 2; A little bit 1; None 0

8. Since your stroke, how satisfied are you with the level of interests and activities you share with your friends/ associates?

Completely satisfied 4; Mostly satisfied 3; Fairly satisfied 2; Not very satisfied 1; Completely dissatisfied 0

9. Since your stroke, how often do you visit friends/ others?

Most days 4; At least once a week 3; At least once a fortnight 2; Once a month or less 1; Never 0

10. Since your stroke, how do you feel about your appearance when out in public?

Perfectly happy 4; Slightly self-conscious 3; Fairly selfconscious 2; Very self-conscious 1; I try to avoid going out in public 0

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „*Welche unterschiedlichen Grundannahmen für den ergotherapeutischen Therapieaufbau können bei Patienten mit juvenilem Schlaganfall im Vergleich zu älteren Schlaganfallpatienten gemacht werden, und welchen Einfluss hat dies auf die Therapie?*“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Die Stellen der Arbeit, einschließlich der Tabellen und Abbildungen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall kenntlich gemacht und die Herkunft nachgewiesen. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen und wurde auch noch nicht veröffentlicht.

Hamburg, den 08.06.2016

(Daniela Wall)