

Grundlagen der Ergotherapie

Herausgegeben von
Mieke le Granse
Margo van Hartingsveldt
Astrid Kinébanian



Grundlagen der Ergotherapie

Herausgegeben von
Mieke le Granse
Margo van Hartingsveldt
Astrid Kinébanian

113 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

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

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter:
www.thieme.de/service/feedback.html

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2019 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Deutschland
www.thieme.de

Die Originalausgabe
Grondslagen van de ergotherapie, 5. Auflage,
ist erschienen bei:
Bohn Stafleu van Loghum
Het Spoor 2
Postbus 246
3990 GA Houten
Niederlande

Printed in Germany

Übersetzer: Markus Vieten, Aachen
Umschlaggestaltung: Thieme Gruppe
Satz: Ziegler und Müller, Kirchentellinsfurt
Druck: Aprinta Druck GmbH, Wemding

DOI 10.1055/b-006-163235

ISBN 978-3-13-241794-6

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-241795-3
eISBN (epub) 978-3-13-241796-0

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die abgebildeten Personen haben in keiner Weise etwas mit der Krankheit zu tun.

Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patienten, ihren Angehörigen und Freunden, z.T. auch bei weiteren Personen, die z.B. in die Behandlung von Patienten eingebunden sind.

Vorwort zur 1. deutschen Auflage

„Einfach machen!“

„Grundlagen der Ergotherapie“ ist die erste deutschsprachige Version des niederländischen Standardlehrbuchs für die Ergotherapie „Grondslagen van de ergotherapie“, das in den Niederlanden 2017 bereits in seiner fünften Auflage erschienen ist und etwa alle 6–7 Jahre überarbeitet wird, um den aktuellen und zukünftigen Entwicklungen in der Ergotherapie Rechnung zu tragen.

Das Herausgeberteam freut sich sehr darüber, dass es gelungen ist, dieses Buch gemeinsam mit dem Thieme Verlag auch dem deutschsprachigen Markt zur Verfügung zu stellen.

Das Buch richtet sich an Studierende der Ergotherapie, Lehrer, praktisch tätige Ergotherapeuten unabhängig von ihrem Arbeits- und Praxiskontext sowie an Klienten und Interessengruppen, die sich für Ergotherapie interessieren.

Über 50 Autoren aus den Niederlanden, Flandern, Deutschland, Österreich und der Schweiz haben an dieser fünften Auflage mitgewirkt. Dabei sind mit den therapeutischen Bereichen, der Forschung und der Lehre alle Tätigkeitsfelder der Ergotherapie vertreten. Dank ihrer Expertise spiegelt das Buch die gesamte Bandbreite der Ansichten und Ideen in der Ergotherapie wider, sodass die Inhalte dem Beruf einen ganz neuen Impuls verleihen können.

Wir freuen uns sehr darüber, dass wir auch deutsche, österreichische und schweizerische Autoren finden konnten, die bereit waren, konkrete Textbeiträge über ihr Land zu verfassen. Dies betraf vor allem die Kapitel zur Geschichte und Professionalisierung des Berufsstandes (Kap. 1) und zur Qualitätssicherung (Kap. 29). Im gesamten Buch wurden zudem niederländischsprachige Websites so weit wie möglich durch deutschsprachige ersetzt. Die Übersetzung des Buches war eine große Herausforderung, aber wir sind als Herausgeberteam sehr stolz auf das Ergebnis und hoffen, dass viele deutschsprachige Ergotherapeuten vom Inhalt des Buches profitieren und es einen weiteren Beitrag zur Entwicklung der Ergotherapie in den deutschsprachigen Ländern leisten wird. Das bedeutet, dass einige Wörter einen größeren Erklärungsbedarf haben, so steht z. B. im Niederländischen das Wort „professional“ für Menschen aus den verschiedensten Berufsgruppen (innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens), mit denen man als Ergotherapeut zusammenarbeitet. Diesen Begriff haben wir auch in der vorliegenden Übersetzung übernommen, da er als Sammelbezeichnung griffig erscheint.

Die neuesten nationalen und internationalen Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Ergotherapie sowie die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen bilden die inhaltliche Basis dieses Buches. Denn um eine gute Intervention anbieten zu können, wird von einem Fachmann

erwartet, dass er gesellschaftliche Entwicklungen und immer komplexere Fragen der Klienten antizipiert. Die Arbeit mit den Klienten erfordert eine Balance zwischen den besten wissenschaftlichen Erkenntnissen, der Expertise des Fachmanns und der des Klienten. Daher sollte ein Ergotherapeut in der Lage sein, professionell zu denken und sein Handeln ständig an den Klienten mit seinem Kontext anzupassen. Er sollte aber auch den Mut mitbringen, sich in neue Bereiche innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens zu wagen. Die Berufskompetenzen in der Ergotherapie spielen in diesem Buch eine wichtige Rolle. Sie stehen für die Identität und das Fachgebiet des Berufes aber auch für seine Dynamik. Die Berufskompetenzen verdeutlichen, was der Ergotherapeut tut und in welcher Weise er Personen, Organisationen und Populationen mit Fragen zum Betätigten und zur Partizipation unterstützt. Sie beschreiben das Qualifikationsniveau des angehenden Ergotherapeuten in der heutigen Berufspraxis. Im Anhang dieses Buches findet sich ein kurzer Überblick über die 12 Berufskompetenzen in der Ergotherapie (Kap. 32). Über einen Internetlink können diese in vollem Umfang beim Thieme-Verlag abgerufen werden (www.thieme.de/ergotherapie_grundlagen).

Im Kern des Buches geht es immer um das Betätigten, das dem Klienten durch Ergotherapie, also durch die Durchführung sinnvoller Aktivitäten in einem realitätsnahen Kontext, ermöglicht werden soll. Dies basiert sowohl auf der individuellen als auch auf der sozialen Perspektive, in der dem Klienten und der Gesellschaft eine wichtige Rolle für die Verwirklichung von Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensqualität und Partizipation aller zugewiesen wird.

Im Mittelpunkt stehen dabei die Erkenntnisse über eine klientenzentrierte (client centred), betätigungsbasierte (occupation based), kontextbasierte (context based), evidenzbasierte (evidence based), technikgestützte (technologybased) und gemeindenähe (community based) Vorgehensweise.

Unser herzlicher Dank geht zunächst an den Übersetzer des Buches Markus Vieten. Ohne ihn wäre die Umsetzung unseres Vorhabens nicht möglich gewesen. Die Zusammenarbeit war sehr angenehm und führte zu vielen Diskussionen über die oftmals komplexe ergotherapeutische Terminologie. Natürlich möchte ich auch Rosi Haarer-Becker, Programmbereichsleiterin Therapieberufe, und Simone Gritsch, Chefherausgeberin der Zeitschrift *ergopraxis* im Thieme-Verlag, danken, die den gesamten Übersetzungsprozess ermöglicht und begleitet haben.

Ein weiteres Dankeschön geht an die Kollegen des deutschen Ergotherapie-Bachelorstudiengangs in Heerlen: Uta Roentgen, Nicole Kaldewei, Bettina Weber und Claudia Merklein. Sie waren immer dann eine besonders

große Hilfe, wenn es für niederländische Ausdrücke aus der Ergotherapie nicht sofort ein deutsches Pendant gab und über alternative Begrifflichkeiten nachgedacht werden musste.

Wir wünschen allen Lesern viel Freude beim Lesen und hoffen, dass das Buch zu vielen neuen Einsichten führt und Diskussionen über die Inhalte des Berufes anstößt.

Zudem möge es Anlass dazu sein, sich gemeinsam mit den Klienten auf die Entdeckungsreise durch das weite Feld des Betätigens zu begeben.

Im Namen der Herausgeber

Mieke le Granse

Vorwort zur 5. niederländischen Auflage

Ergotherapie – aktueller denn je!

Die Versorgung erfolgt heute in einer sich rasch wandelnden Gesellschaft. Zuvorderst sind da die demografischen Verwerfungen mit immer mehr Menschen über 65 und über 85 Jahren, mit einer Häufung chronischer Erkrankungen beim Einzelnen und vor allem der „Multimorbidität“ (das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Erkrankungen über einen bestimmten Zeitraum). Es gibt wissenschaftliche und technologische Entwicklungen, die tief greifende Auswirkungen auf das Gesundheitswesen haben: Die derzeitigen Möglichkeiten der Informationstechnologie bieten neue Möglichkeiten wie Assistenzsysteme, Hausautomation und Haushaltsroboter. Die sozioökonomischen Schwierigkeiten bleiben eine große Herausforderung: In vielen europäischen Ländern nimmt das soziale Gefälle zu. Die Kluft in der Erwartung eines gesunden Lebens zwischen Menschen mit niedrigem und höherem Bildungsniveau vergrößert sich. Die vielleicht „störendste Innovation“ der letzten 20 Jahre ist der tief greifende Wandel in der Position des Patienten in der Versorgung: Heute ist der „Pflegebedürftige“ ein aktiver Partner im gesamten Versorgungsprozess. Immer häufiger wird der Begriff „Klient“ statt „Patient“ verwendet. Schließlich wird die Versorgung immer multikultureller: Globalisierung bedeutet auch, dass die irgendwo auf der Welt abspielenden Konflikte sehr schnell im Wartezimmer der Professionals zu sehen sind (Flüchtlinge, Migration usw.).

In dieser sich wandelnden Gesellschaft ist die Ergotherapie wichtiger denn je. Schließlich geht es bei ihr um das Funktionieren und die soziale Teilhabe. Dies sind genau die beiden Bereiche, die von Menschen mit chronischen Erkrankungen als die wichtigsten identifiziert werden, vor allem wenn sie mit einer Multimorbidität belastet sind. Für diese Menschen gerät die Hilfe ins Stocken, wenn wir uns auf einen klassischen krankheitsorientierten Ansatz beschränken: krankheitsorientierte Leitlinien und Standards lassen uns bei der Multimorbidität im Stich, weil genau diese Betroffenen von der wissenschaftlichen Forschung, auf der die Leitlinie basiert, ausgeschlossen wurden.

Die Versorgung braucht heute einen grundlegenden Paradigmenwechsel von einem krankheitsorientierten zu einem zielorientierten Ansatz. Im Mittelpunkt stehen dabei die Ziele des Klienten im weitesten Sinne: die „Ziele des Lebens“, die dem Betroffenen wirklich wichtig sind. Dabei geht es oft um Autonomie (z. B. in Bezug auf Aktivitäten, Ernährung, Hygiene, Bewegung) und um soziale Partizipation: Es geht um „Autonomie und Teilhabe“. Genau hier kommt die integrierende Expertise des Ergotherapeuten ins Spiel. Für diese Expertise liefert dieses Buch nicht nur den historischen Hintergrund, sondern auch die wissenschaftlichen Grundlagen und Werkzeuge für die systematische Praxis. Lebensziele werden in Ziele über-

setzt, die durch den Einsatz der am besten geeigneten Strategien und Methoden tatsächlich erreicht werden können. Ausgangspunkte sind hierbei die Fähigkeiten der Person und nicht ihre Beeinträchtigungen.

Der Fokus im Gesundheitswesen ändert sich von „Was ist los mit Frau Müller?“ zu „Was zählt für Frau Müller?“ Es geht um die Relevanz der Versorgung, um eine Versorgung, „die dazu führt, dass ...“

Die Ergotherapie fügt sich nahtlos in die „neue Professionalität“ ein, in der generalistische Kompetenz und technische Fähigkeiten Hand in Hand gehen, oder wie es im Bericht „Health professionals for the 21st century“ formuliert ist:

„Die Essenz professioneller Arbeit besteht darin, dass jedes Versorgungs- und Assistenzsystem letztlich auf die einzigartige Begegnung zwischen denen, die Versorgung und Hilfe benötigen, und denen, die mit der Erfüllung dieser Bedürfnisse betraut werden, zurückgeht. Dieses Vertrauen wird durch eine besondere Mischung aus technischen Fähigkeiten und einer Ausrichtung auf Dienstleistung und menschlicher Präsenz im Zusammenspiel mit einem ethischen Engagement und sozialer Verantwortung, verdient.“

Es ist klar, dass eine Ausbildung nicht darauf abzielt, „Superhelfer“ heranzuzüchten, sondern dass der Fokus auf der „Teamarbeit“ liegt, bei der Fachleute aus verschiedenen Disziplinen mit dem Klienten oder Patienten zusammenarbeiten, um die notwendige Versorgung und Hilfe zu gewährleisten. Das Buch „Grundlagen der Ergotherapie“ hilft durch ein breites Spektrum an Wissen, Einsichten und Inspiration dabei, dies in die Praxis umsetzen. Die Ergotherapie positioniert sich damit als zentrale Disziplin in dem sich wandelnden Verständnis von Krankheit und der Verwirklichung einer zielgerichteten Versorgung.

Prof. Jan De Maeseneer

Direktor des International Centre for Primary Health Care and Family Medicine an der Universität Gent, Belgien

Ehem. Vorsitzender des European Forum for Primary Care

www.euprimarycare.org

Einleitung

Die gemeinsame Arbeit mit den Autoren an der vorliegenden 5. überarbeiteten Auflage von Grundlagen der Ergotherapie hat uns als Herausgebern viel Freude gemacht und entsprechend zufrieden sind wir mit dem Ergebnis. Im Vergleich zu den unveränderten 3. und 4. Nachdrucken wurde der Aufbau weitgehend gleich gelassen. Inhaltlich wurden jedoch viele Neuerungen eingeführt, die zeigen, dass sich der Beruf des Ergotherapeuten derzeit einer Phase rasch voranschreitender Professionalisierung befindet. Die Innovationen basieren auf der Zunahme der wissenschaftlichen Forschung in der Ergotherapie, welche die theoretischen Grundlagen des Berufes verstärkt. Darüber hinaus führen die Veränderungen in der Gesundheitsversorgung sowie die verstärkte Ausrichtung auf Gesundheit, Verhalten und Lebensstil und die gesellschaftliche Verantwortung zu vielen Entwicklungen in der Ergotherapie. Wir freuen uns, dass dieses Werk Mitte 2019 auch in deutscher Sprache veröffentlicht werden kann, sodass es nun auch in Deutschland, Österreich und in der Schweiz genutzt werden wird.

Realisierung

Dieses Buch ist in den Niederlanden und in Flandern, dem niederländischsprachigen Teil Belgiens, weit verbreitet. Die Überarbeitung begann mit einer Umfrage unter Lehrern und Studierenden der 12 Ergotherapieausbildungsstätten in den Niederlanden und in Flandern. Diese Umfrage, die von Studierenden und Auszubildenden von 11 Instituten durchgeführt wurde, zeigt, dass das Buch in allen Fachhochschulen verwendet wird und fast überall zur Pflichtlektüre zählt.

Diese 5. Auflage ist der Mitarbeit von 50 Autoren aus den Niederlanden und aus Flandern zu verdanken. Die große Zahl der Autoren, die in unterschiedlichen Praxis-kontexten, Fachhochschulen und Forschungsverbänden arbeiten, spiegelt die Vielfalt in der Ergotherapie wider. Das Ergebnis ist ein buntes Kaleidoskop, das alle Farben dieses Berufes aufzeigt und dem Diskurs über die Inhalte des Berufes neue Impulse verleiht.

Diese 5. Auflage basiert auf dem Berufsbild des niederländischen „Berufsprofil Ergotherapie“ (Hartingsveldt et al. 2010), in dem die vier Grundprinzipien der Ergotherapie festgehalten sind: (1) klientenzentriert, (2) betätigungs-basiert (occupation based), (3) kontextbasiert (context-based) und (4) evidenzbasiert (evidence-based). Auf der Grundlage der aktuellen Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialwesen und der daraus resultierenden stärkeren Fokussierung auf Technologie und bevölkerungsbezogene Versorgung wurden diese Grundprinzipien um zwei Prinzipien ergänzt: (5) technologiebasiert und (6) bevölkerungsbezogen. Mit diesen sechs Prinzipien fügt sich die Ergotherapie nahtlos in die aktuellen

Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialwesen ein (RVZ 2010, Kaljouw et al. 2015):

1. ein sich wandelndes Klient-Professional-Verhältnis; das Verhältnis wird gleichwertiger.
2. mehr Lebensstilberatung und Selbstmanagement sowie mehr Coaching und unterstützende Formen der Beratung, die auf das Betätigen der Menschen ausgerichtet sind
3. Weil die Aufnahmen im stationären Bereich zurückgefahren werden, verlagert sich die Versorgung mehr in den ambulanten Sektor, der seine Angebote zunehmend in der unmittelbaren Wohnumwelt bereithält.
4. verstärkte wissenschaftliche Unterfütterung der medizinischen und therapeutischen Praxis und zunehmend angewandtes Reasoning auf Basis der evidenzbasierten Praxis (EBP)
5. zunehmender Einsatz von Unterstützungstechnologie
6. mehr Fürsorge füreinander, sodass die Menschen zunehmend selbst und gemeinsam mit ihrer sozialen Umwelt Lösungen anbieten.

Wie im „Berufsprofil Ergotherapie“ wird der „Klient“ auch in dieser 5. Auflage sehr breit gefasst: der Klient als Person mit seinem System, der Klient als Organisation und der Klient als Population.

Die Ergotherapie zielt darauf ab, das Betätigen zu ermöglichen (enabling occupation). In dieser Auflage werden zwei Perspektiven in der Ergotherapie berücksichtigt: erstens die individuelle Perspektive (enabling individual change; Townsend et al. 2013a), die Gesundheit und Wohlbefinden als etwas sieht, das vom sich betätigenden Menschen selbst beeinflusst werden kann. Aus dieser Perspektive konzentriert sich die Ergotherapie auf die Interaktion zwischen dem Menschen, seinen Aktivitäten und dem Kontext. Zweitens, die soziale Perspektive (enabling social and societal change; Townsend et al. 2013b), die den Einfluss der Gesellschaft für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen betrachtet. Das Betätigen von (Gruppen von) Menschen wird auf der Grundlage des Prinzips der sozialen Eingliederung und Teilhabe für alle betrachtet.

Neu in der 5. Auflage

In diesem Buch steht Hubers neues Gesundheitskonzept im Zentrum: Gesundheit als Fähigkeit, sich im Lichte der sozialen, geistigen und körperlichen Herausforderungen des Lebens anzupassen und selbst Regie zu führen (Huber et al. 2011). Dieses neue Gesundheitskonzept steht im Einklang mit einer Ergotherapie, die sich auf das Stützen und Stärken der Belastbarkeit von Menschen und ihren Netzwerken konzentriert, wobei das Betätigen den Ausgangspunkt bildet. Es steht auch im Einklang mit der In-

tegration des biomedizinischen und sozialen Modells, das die Stärke und den Mehrwert des Berufsstandes darstellt. Townsend et al. (2013c) bezeichnen die Ergotherapie als eine „translational profession“, einen Beruf, der für die Umsetzung in die Praxis steht. Ergotherapeuten übersetzen Ideen, Sprache, Praxis und Forschung zwischen dem medizinischen und dem sozialen Bereich in beiden Richtungen. Ergotherapeuten kennen den medizinischen Sektor und können die Folgen einer Diagnose oder Erkrankung in die Möglichkeiten umsetzen, die der Klient täglich zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Nachbarschaft hat (Townsend et al. 2013c).

„Einfach machen“ – bedeutungsvolle Aktivitäten in einem Kontext durchzuführen, ist ein wichtiger Faktor für das Erleben von Gesundheit und Wohlbefinden. Die Ergotherapie leistet dazu einen Beitrag, indem sie es Menschen mit Betätigungsfragen ermöglicht, sich zu betätigen.

Zwei wichtige richtungsweisende Arbeiten zur Versorgung und Ausbildung von Kaljouw et al. (2015) und Vliet et al. (2016) setzen das „Funktionieren“ in den Mittelpunkt. Funktionalität wird als die Fähigkeit des Menschen beschrieben, möglichst das Leben zu führen, das er leben möchte. Genau das bietet die Ergotherapie. Ergotherapeuten stehen an der Spitze der aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung und tragen durch das Ermöglichen von Betätigung zur Partizipation der Menschen bei. Sie spielen eine Rolle in der Aufklärung der Gesellschaft darüber, dass die Betätigung des Menschen als bestimmender Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden angesehen wird, denn es geht im Leben darum, „einfach zu machen“ (Hartingsveldt 2016).

In der Ergotherapie haben die Umwelt und der Kontext, als der Ort, an dem die Betätigungen stattfinden, einen zentralen Platz. Die Rolle der Umwelt und des Kontextes als wichtige Faktoren für das Betätigen und Partizipieren wird immer wichtiger. Dabei fällt der sozialen Umwelt aus Familie, Freunden, Kollegen und Nachbarn als wichtigem Faktor für das Erleben von Gesundheit und Wohlbefinden eine besondere Relevanz zu. Diese Umwelt ist Teil der individuellen Perspektive in der Ergotherapie. Der größere soziale Kontext wird von der Zugänglichkeit zu Einrichtungen und von sozialen Aspekten wie politischen, kulturellen, wirtschaftlichen und ökologischen Faktoren geprägt, die ebenfalls einen großen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen haben. Dieser Kontext ist Teil der sozialen Perspektive in der Ergotherapie.

In der Intervention wird bei der Gestaltung der ergotherapeutischen Intervention mehr Wert auf den Dialog gelegt. So entsteht eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen Klient und Ergotherapeut. Der Klient wird zum Leiter des Prozesses und seine Hoffnungen, Wünsche und Träume für die Zukunft stehen im Mittelpunkt (Mroz et al. 2015).

Ergotherapeuten gehen von den Möglichkeiten der Menschen aus, und die ergotherapeutische Intervention zielt darauf ab, das Betätigen zu ermöglichen. In der vorherigen Ausgabe dieses Buches wurde das Wort „Problem(e)“ fast 500 Mal verwendet. In der aktuellen Auflage findet Sie das Wort kaum noch. So wird auch von einer Betätigungsfrage die Rede sein, nicht von einem „Betätigungsproblem“, und das Kapitel über das methodische Handeln zeigt die Wege zur Fragenidentifikation und -analyse statt zur „Problemidentifikation“ und „Problemanalyse“.

In dieser 5. Auflage wird die Betätigung als Kernelement der Ergotherapie bezeichnet. Der Begriff des „Handelns“ ist (auch) in der niederländischen Alltagssprache noch weiter gefasst und vieldeutiger. Über diese Frage wurde mit den Autoren des Buches und mit Angehörigen der Zielgruppe viel diskutiert. Am Ende wurde entschieden, das Kernelement konkreter herauszustellen und (im Niederländischen) vom „Betätigen“ zu sprechen. In einigen Kapiteln wurde dennoch weiterhin der Begriff des „Handelns“ dem des „Betätigens“ vorgezogen, was dann die Entscheidung der jeweiligen Autoren war.

Diese Auflage enthält auch eine Reihe neuer Kapitel. Das Kap. 3 „Ergotherapie im gesellschaftlichen Kontext“, ist neu und fasst die bisherigen Kapitel 3 und 5 der vorangegangenen Auflagen zusammen. Es Kapitel zielt darauf ab, Ergotherapeuten (in Ausbildung) zu aktivieren und ihnen bewusst zu machen, wie Gesundheit und Wohlbefinden von den verschiedenen sozialen Faktoren beeinflusst werden. Ungleichheit in unserer Gesellschaft wirkt sich auf die Gesundheit und das Wohlergehen der Bürger aus. Deshalb sind Ergotherapeuten nicht nur daran beteiligt, das Betätigen des Menschen und seines Systems zu ermöglichen, sondern auch Veränderungen im sozialen Bereich, z. B. in der Arbeit mit Organisationen und Populationen, zu ermöglichen.

Ein neues Kapitel ist das Kap. 11.10.1 zur Technologie in der Versorgung. Die zunehmende Bedeutung dieses Themas hat große Auswirkungen auf die Ergotherapie. Der Beruf wird die neuen Technologien zunehmend in die tägliche Berufspraxis integrieren, wobei der Schwerpunkt auf der Unterstützung, Beratung und Begleitung der Klienten beim Einsatz der Technologien liegt. Technologische Anwendungen können die Versorgung effizienter machen und neue und andere Formen der Versorgung entstehen lassen.

Das Kap. 22 widmet sich gänzlich dem Person-Environment-Occupation-Performance-(PEOP)-Modell und dem zugehörigen Prozessmodell. Das erneuerte Modell entspricht den aktuellen Entwicklungen in der Ergotherapie und in der Gesellschaft. Das PEOP-Modell unterstützt die Klientenzentrierung, indem es den Klienten mit seiner Lebensgeschichte oder Erzählung in den Mittelpunkt stellt. Darüber hinaus richtet sich das Modell an den Klienten als Person mit seinem System, als Organisation und als Population. Dies ist das erste ergotherapeutische

Modell, das den Klienten auf den verschiedenen Ebenen beschreibt. Es bildet eine gute Grundlage für die breitere Perspektive auf den Klienten, die in den Niederlanden seit einigen Jahren Einzug hält.

Eine weitere Neuerung ist die Zusammenarbeit mit (der niederländischen Website) www.meetinstrumentenzorg.nl in Kap. 28, die sich mit Assessments beschäftigt. Das Kapitel enthält Tabellen mit Informationen zu vielen Assessments, die in der ergotherapeutischen Praxis eingesetzt werden. Die klinischen Merkmale dieser Bewertungen finden sich auf dieser Website der Zuyd Hogeschool.

Teil I – Standortbestimmung in der Ergotherapie

Dieser Teil schafft die Grundlagen für die Arbeit der Ergotherapeuten.

Das Kap. 1 befasst sich mit der Geschichte der Ergotherapie. Es beginnt mit einem Zeitstrahl von der Antike bis zur Moderne. Dies vermittelt eine über die Jahrhunderte hinweg führende historische Perspektive auf das Bild vom Menschen und der Gesellschaft, die Vision von Gesundheit und Wohlbefinden und die Vorstellung von den Betätigungen des Menschen. Die Entstehung und Entwicklung der Ergotherapie wird im internationalen und niederländischen Kontext beschrieben. Für die deutschsprachige Übersetzung dieses Lehrbuchs wurden Kapitel ergänzt, welche die Entwicklung und aktuelle Situation der Ergotherapie in Deutschland, Österreich und der Schweiz beschreiben. Dabei erkennt man auch, dass es eine Art „Wellenbewegung“ im Denken über die Ergotherapie gibt, und zwar von einer Vorstellung vom Menschen als biopsychosozialer Einheit zu einer reduktionistischen Perspektive und Arbeitsweise und wieder zurück zur aktuellen Vision, bei der das Betätigen immer im Zusammenhang mit dem Kontext und den Anforderungen verbunden ist, welche die Person, die Organisation oder die Population daran stellt.

Kap. 2 beschreibt die Kernelemente der Ergotherapie. Es beschäftigt sich mit den Betätigungen der Menschen. Die Person, der Kontext und die Durchführung von Aktivitäten sind die Elemente des Kernbereichs und das Ermöglichen von Betätigungen ist das Ziel der Ergotherapie. Das Betätigen führt zur Partizipation. Dies wird einschließlich der damit verbundenen wichtigen subjektiven Erfahrung des Menschen beschrieben.

Kap. 3 befasst sich vor allem mit der Fachkompetenz „Stützen und Stärken“ (Kap. 32; www.thieme.de/ergotherapie_grundlagen). Diese Kompetenz zielt darauf ab, die vorhandenen Möglichkeiten zu unterstützen, die eigene Kontrolle zu stärken und Bedingungen in der Umwelt von (Mitgliedern von) vulnerablen Gruppen, Organisationen und Populationen zu schaffen, damit Partizipation möglich wird und die soziale Integration zunimmt. Neben den

individuellen spielen auch gesellschaftliche Faktoren eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, den Menschen das Betätigen und die gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen.

Das Kap. 4 bietet eine Grundlage für Ergotherapeuten und Ergotherapiestudierende, die (vulnerable) Personen beim Selbstmanagement, bei der Inklusion und bei der Partizipation unterstützen wollen. Dabei werden die Themen Genesung, Empowerment und Erfahrungswissen der Menschen selbst aufgegriffen.

Im Kap. 5 geht es um den Prozess der Globalisierung und Internationalisierung, der das Potenzial hat, der menschlichen Gesundheit im Allgemeinen und der Ergotherapie im Besonderen viele Vorteile zu bringen.

Der Teil I wird schließlich durch Kap. 6 über internationale Klassifikationssysteme, insbesondere die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), abgeschlossen. Die ICF bietet einen einheitlichen konzeptionellen Rahmen für die nationale und internationale Kommunikation innerhalb und zwischen Berufsgruppen und Fachkontexten.

Teil II – Klient, Ergotherapeut, Kontext und die Betätigung

Teil II befasst sich mit dem Klienten, dem Ergotherapeuten, der fragenorientierten Arbeit, dem Kontext, der Technik und Aspekten der Betätigung.

In Kap. 7 wird zunächst der Klient auf drei Ebenen beschrieben und typisiert: als Person mit seinem System, als Organisation und als Population. Das Kapitel diskutiert die dialoggeleitete Versorgung und gibt Anregungen zu deren Umsetzung. Konzepte wie Autonomie, Partizipation, Empowerment und Enablement, die im Dialog zwischen Klient und Ergotherapeut wichtig sind, werden beschrieben und bilden den Übergang zu Kap. 8.

Das Kap. 8 befasst sich dann mit dem Ergotherapeuten, der sich gemeinsam mit dem Klienten darauf konzentriert, das Betätigen zu ermöglichen. Die sechs Ansatzpunkte der Ergotherapie werden beschrieben und der Zusammenhang zwischen den CanMeds-Kompetenzen, den fachlichen Kompetenzen und den enablement skills erläutert. Es wird auf die Themen „Einsatz seiner selbst“ (use of self), Kreativität und die „direkte Zugänglichkeit zur Ergotherapie“ eingegangen. Es werden zudem ethische Fragen hinsichtlich des Berufskodexes und die Verhaltensregeln für Ergotherapeuten angesprochen. Das Kapitel endet mit dem Abschnitt Personal Leadership und der Umsetzung des kanadischen Leadership-in-Enabling-Occupation-(LEO)-Modells im beruflichen Kontext.

In Kap. 9 wird erläutert, dass bedarfsorientiertes Arbeiten und Diversität zur Professionalität des Ergotherapeuten gehören und eine offene Grundhaltung, Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern, die den Umgang mit Menschen unterschiedlicher Herkunft ermöglichen.

Kap. 10 untersucht den umfassenden und komplexen Begriff des „Kontextes“ in Bezug auf das Betätigen. Dieser Begriff wird für die physische und soziale Umwelt und den kulturellen, zeitlichen, virtuellen und gesellschaftlichen Kontext beschrieben.

Das neue Kap. 11.10.1 macht deutlich, dass die Versorgung in Zukunft nicht mehr so organisiert werden kann wie bisher. Die Technologie ist dabei ein Mittel zur Bewältigung dieser Herausforderungen und wird ausdrücklich als eine der möglichen Lösungen genannt, um das Gesundheitswesen zukunftsfest zu machen. Technologische Anwendungen können die Versorgung effizienter machen und neue und andere Formen des Betätigens ermöglichen.

Kap. 12 beschreibt die Entwicklung des Betätigens aus der Perspektive der ergotherapeutischen Interaktion. Menschen entwickeln sich ein Leben lang weiter, indem sie ihr Betätigen anpassen und immer wieder neue Aktivitäten erlernen. So wird Entwicklung als lebenslanger Prozess des Kindes, Jugendlichen, Erwachsenen und des älteren Menschen in verschiedenen Lebensphasen gesehen. Durch die Betrachtung des Betätigungsrepertoires der Menschen wird das Betätigen in seiner Gesamtheit verstanden. Gesundheit und Wohlbefinden werden nicht nur durch Kompetenz in bestimmten Aktivitäten gefördert, sondern es geht um die Summe aller Aktivitäten an einem Tag.

Das Kap. 13 ist eine Einführung in das Betätigen der Menschen, wobei der zeitliche Aspekt, die Bedeutung des Betätigens, das Gleichgewicht, das die Menschen beim Betätigen erfahren, sowie das Ausgeschlossenensein vom Betätigen thematisiert werden. Es folgen drei Kapitel zu den verschiedenen Betätigungsbereichen. Zunächst werden deren Inhalte beschrieben. Danach wird die ergotherapeutische Intervention auf der Ebene der Person und ihres Systems, der Organisation und der Population erläutert. Dieses Buch folgt der Einteilung der Betätigungsbereiche aus dem Berufsprofil Ergotherapie: Kap. 14 behandelt Wohnen/Versorgen, Kap. 15 Lernen/Arbeiten und Kap. 16 Spielen/Freizeit.

Teil III – Theoretische Grundlagen: Modelle und Frameworks

Der dritte Teil des Buches widmet sich ausschließlich internationalen Ergotherapie-Modellen.

Das Kap. 17 setzt sich mit Begriffen wie Vision, Leitbild, Paradigma, Wissen, Theorie, Bezugsrahmen, Methode, methodisches Arbeiten, Methodik, Inhaltsmodell und Prozessmodell auseinander. Es bietet einen kurzen Überblick über die Inhalts- und Prozessmodelle, was für die Auswahl der verschiedenen Modelle sehr nützlich ist.

Kap. 18 beschreibt das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) und das Canadian Practice Process Framework (CPPF). Das CMOP-E ist ein Inhaltsmodell, das auf die Umsetzung von und/oder Teilhabe an Betätigungen von Personen, Organisationen und Populationen in ihrer Umwelt abzielt. Das begleitende CPPF, das als Prozessmodell oder Framework beschrieben wurde, gibt der klientenzentrierten, evidenzbasierten und betätigungsbasierten Ergotherapie-Intervention Gestalt.

In Kap. 19 geht es um das Model of Human Occupation (MOHO), ein ergotherapeutisches Inhalts- und Praxismodell, das bei jeder Person mit einer Betätigungsfrage angewendet werden kann. Das Modell beschreibt (schematisch), wie das Betätigen angeregt, organisiert und durchgeführt werden kann.

Kap. 20.8.1 schildert das Kawa-Modell, ein kulturell relevantes Modell, in dem die Metapher eines Flusses im Mittelpunkt steht. Das in dem Fluss fließende Wasser spiegelt den Fluss des Lebens wider. Das Flussbett, die vorhandenen Felsen und das Treibholz bestimmen, wie die Strömung im Fluss ist oder wie viel Platz für das Wasser vorhanden ist. Die Aufgabe der Ergotherapie besteht darin, den Fluss des Lebens zu optimieren, um das Betätigen zu erleichtern.

Das Kap. 21 stellt das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) der American Occupational Therapy Association (AOTA) vor. Es handelt sich dabei um eine Zusammenfassung der Grundlagen, welche die ergotherapeutische Praxis definieren und leiten. Das Framework wurde entwickelt, um den Beitrag der Ergotherapie für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Partizipation von Individuen, Organisationen und Populationen durch ihre Einbeziehung in das Betätigen zu verdeutlichen.

In Kap. 22 wird das Person-Environment-Occupation-Performance-(PEOP-)Modell und das dazugehörige Prozessmodell diskutiert. Im PEOP-Modell sind sowohl persönliche als auch umweltrelevante Faktoren für den ergotherapeutischen Bewertungs- und Interventionsprozess wichtig. Beide werden im PEOP-Modell als förderlich oder limitierend für das Betätigen angesehen. Das PEOP-Modell macht deutlich, dass das Betätigen eine Partizipation ermöglicht und zum Wohlbefinden (Gesundheit und Lebensqualität) der Menschen beiträgt.

Das Kap. 23 beschreibt eine Reihe betätigungsbasierter (occupation based) ergotherapeutischer Modelle, die unter den Begriff „Betätigen“ fallen: Person, Kontext und Betätigung (person, environment, occupation). Hintergrund, Entstehung und Entwicklung dieser Modelle und ihre theoretischen Grundlagen werden erläutert.

Teil IV – Ergotherapie in der Praxis

Der letzte Teil des Buches beschäftigt sich mit der praktischen Anwendung der Ergotherapie.

Kap. 24 beschreibt das methodische Arbeiten als bewusstes, zielgerichtetes professionelles Betätigen, das in einem zyklischen Prozess bestimmten Schritten folgt. Der Ergotherapeut und der Klient gehen über den Dialog eine therapeutische Beziehung ein, in der die von dem Klienten eingeschlagene Richtung unterstützt und gestärkt wird. Und gemeinsam diskutieren, verstehen und lösen oder vermeiden sie die Betätigungsfrage.

Das Kap. 25 befasst sich mit dem professionellen Reasoning, d. h. mit dem Denkprozess, der bei der Definition der Betätigungsfrage des Klienten, der Festlegung von Zielen oder Ergebnissen, der Auswahl der Interventionen und der Bewertung des Interventionsprozesses stattfindet. Das Kapitel unterscheidet zwischen verschiedenen Formen des Reasonings einschließlich des politischen Reasonings.

Kap. 26 behandelt den Beitrag der Ergotherapie zur Gesundheitsförderung. Eine Betrachtung der Gesundheit aus der Perspektive des Betätigten ist ganz wesentlich, da viele Gesundheitsfragen mit dem zusammenhängen, was man „tut“ oder nicht „tut“. Der Ergotherapeut spielt eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung, indem er zur Durchführung bedeutungsvoller Aktivitäten beiträgt. Gesundheitsfördernde Maßnahmen gehen Hand in Hand mit Veränderungen. Daher ist das Wissen um die Determinanten des Verhaltens und der Prozesse der Verhaltensänderung auch für den Ergotherapeuten wichtig. Schließlich wird ja das Verhalten im Betätigten der Menschen konkret sichtbar.

Kap. 27 befasst sich mit der Analyse des Betätigten. Dazu kann es erforderlich sein, das Betätigen „auseinanderzuziehen“ oder es „in kleine Stücke zu schneiden“. Die Analyse von Betätigungen ist eines der Werkzeuge, die den Ergotherapeuten zur Verfügung stehen, um gemeinsam mit dem Klienten Betätigungsfragen, zukünftige Herausforderungen und auch Knackpunkte beim Betätigen zu verstehen. Sie ist Teil der methodischen Arbeit und trägt dazu bei, das Betätigen therapeutisch oder effektiv nutzen zu können.

Kap. 28 bietet einen Überblick über die Assessments zu den Themen Betätigung, Aktivität und Aufgaben, die für die berufliche Praxis der Ergotherapie relevant sind. Die Übersicht basiert auf umfangreichen Literaturrecherchen und stellt den aktuellen Stand der ergotherapeutischen Literatur dar. Sie ist somit ein gutes Hilfsmittel bei der Auswahl von Assessments, die für den Einsatz im ergotherapeutischen Prozess geeignet sind.

In Kap. 29 geht es um die systematische Arbeit an der Qualität auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. Die Politik legt die Rahmenbedingungen in der Gesetzgebung fest und gibt in Absprache mit den Krankenkassen und Ge-

sundheitseinrichtungen auch den finanziellen Handlungsspielraum vor. Neben wirtschaftlichen Motiven und objektiven Forschungsdaten stehen die Meinungen und Erfahrungen der Klienten im Mittelpunkt der Qualitätsbewertung. Neben dem allgemeinen Text wurde dieses Kapitel um spezifische Unterkapitel erweitert, die sich mit den Situationen in Deutschland, Österreich und der Schweiz befassen.

Schließlich gibt Kap. 30 einen Überblick über die wissenschaftliche Forschung in der Ergotherapie. Es geht auf die Occupational Science als dem Wissenschaftszweig ein, der die Grundlage für den Beruf des Ergotherapeuten bildet. Es beschreibt ferner die verschiedenen Forschungsrichtungen (qualitativ und quantitativ) und die verschiedenen Forschungsphasen. Mithilfe des CPPF werden verschiedene Forschungsthemen vorgestellt und die Ergebnisse, die für die ergotherapeutische Praxis relevant sind, diskutiert.

Aufbau des Buches

Jeder Teil des Buches wird von einer Geschichte aus der Ergotherapie-Praxis eingeleitet. Diese Geschichten wurden von dem niederländischen Buch „Kleine wonderjes: verhalen over bijzondere ervaringen in de ergotherapie“ inspiriert (Kinébanian et al. 2011). Diese Kurzgeschichten zeigen, welche Kraft Menschen aus bedeutungsvollen Betätigungen schöpfen können und worauf es im Dialog zwischen Klient und Ergotherapeut ankommt. Am Ende des Buches finden sich ein Glossar, ein Abkürzungsverzeichnis, die Übersicht zu den Berufskompetenzen sowie ein Stichwortindex.

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wurde das Layout der Kapitel gleich gehalten. Jedes Kapitel wird mit einem Motto eingeleitet, dem sich eine Übersicht der im Kapitel vorkommenden Keywords anschließt. Es folgen eine kurze Fallgeschichte und eine Einführung in das Kapitel. Anschließend wird die Theorie detailliert ausgearbeitet und ihre Anwendung in der Ergotherapie anhand von Beispielen und Fallgeschichten erläutert. Gegen Ende stellen die Autoren eine Reihe von Diskussionspunkten vor, die eine Reflexion des behandelten Themas anstoßen sollen. Jedes Kapitel endet mit einer Zusammenfassung und einer Literaturliste.

Danksagung

Zunächst möchten wir uns bei allen Autoren sehr herzlich für ihr Engagement und ihren fachkundigen Beitrag zu diesem Buch bedanken. Ohne sie wären die „Grundlagen der Ergotherapie“ nie zustande gekommen. Auch über die Mitwirkung zahlreicher Studierender sind wir hoch erfreut, was erstmalig bei der 2. Auflage der Fall war und sich als fruchtbar erwiesen hatte, sodass wir auch sie in diese 5. Auflage miteinbezogen haben. Für das Kap. 28 zu den Assessments zeichnen sie vollkommen selbst verant-

wortlich. Neben den Autoren haben sich viele weitere Personen als Inspiration für dieses Buch gezeigt. Zunächst einmal die Bürger und Klienten in den Praxen, die wissen wollten, was denn Ergotherapie zu bieten hat und dazu viele Fragen stellten. In den ergotherapeutischen Studiengängen sind es naturgemäß stets die Studierenden, welche die Lehrenden mit ihren kritischen Fragen dazu veranlassen, ihre ergotherapeutischen Ideen klar zu formulieren. Dann sind da noch die Kollegen, mit denen wir in den letzten Jahren viele Diskussionen über die 3. und 4. Auflage dieses Buches geführt haben. Die Herausgeber bedanken sich hiermit ausdrücklich bei allen Klienten, Studierenden und Kollegen für ihre konstruktiven Fragen und Diskussionsbeiträge.

Zudem geht unser Dank an die Deutschen, Österreichischen und Schweizer Kollegen, die in den Kapiteln 1 und 29 die landesspezifischen Abschnitte verfasst haben. Für Deutschland waren dies Bettina Weber, Inga Junge, Birthe Huckle und Arnd Longrée, für Österreich Maria Feiler und für die Schweiz Claudia Galli, Christiane Mentrup, Ursula Gubler-Thomann sowie der Schweizer Ergotherapie Verband.

Die Entwicklung des Buches hat zu vielen interessanten inhaltlichen Diskussionen geführt. Dazu hat vor allem die kritische Leserschaft beigetragen. Wie schon bei der letzten Ausgabe bestand sie aus Vertretern der Niederlande und Flanderns, mit Siemon Vroom als Erfahrungsexperten, Vertretern der niederländischen und flämischen Verbände (Theo van der Bom, Marc Coulier, Jonny Peeters, Pierre Seeuws und Marc Velghe), Ergotherapeuten aus der Praxis (Rikki Braas, Theone Kampstra, Jacqueline Leenders, Dineke van Sermondt, Merel van Uden und Dorothée Wassink), Ergotherapie-Lehrern (Klaas Doppen, Rianne Jansens, Daphne Kos und Patricia De Vriendt) und Ergotherapiestudierenden (Paulien Ceuppers, Marie Frentzen, Annika Gasper, Berten Holmstock, Anhar al Khamisy und Marjenke Nijmeijer). Während der Arbeit an den Kapiteln wurden sehr angenehme und inspirierende Gespräche mit den Mitgliedern der Kritikergruppe geführt, vielen Dank dafür!

Auch die Autoren haben viel Unterstützung von ihren Kollegen erfahren, denen hier besonders gedankt sei. Um der flämischen Perspektive in diesen Kapiteln eine Stimme zu geben, waren flämische Berater an einer Reihe von Kapiteln beteiligt: Sven van Geel und Stijn De Baets. Auch internationale Berater mit dem Schwerpunkt auf der internationalen Perspektive waren involviert: Frank Kronenberg, Hetty Franssen, Kee Lim und Almut Gross-Klussmann.

In einigen Kapiteln waren zudem andere Experten als Berater tätig, die dann zu Beginn des Kapitels gesondert ausgewiesen sind.

Weiter bedanken wir uns bei Jan De Maeseneer, Professor für Allgemeinmedizin an der Universität Gent, ehem. Vorsitzender des European Forum for Primary Care, Generalsekretär des Netzwerks Towards Unity for Health,

Mitglied des Global Forum on Innovation in Health Professional Education am Institute of Medicine in Washington und Mitglied eines Expertengremiums der EU-Kommission, das untersucht, wie effektiv in Gesundheit investiert werden kann. Seit 1978 arbeitet Jan De Maeseneer in Teilzeit als Allgemeinmediziner am Gesundheitszentrum Botermarkt in Ledeberg, einem sozialen Brennpunkt in Gent, in dem Menschen aus über 50 verschiedenen Herkunftsländern leben. Wir sind sehr froh, dass er das Vorwort unter dem Titel „Ergotherapie – aktueller denn je“ verfasst hat. Er beschreibt die Ergotherapie als „Profession, die sich ihr Vertrauen durch eine besondere Mischung aus technischen Fähigkeiten und einer Ausrichtung auf Dienstleistung und menschlicher Präsenz im Zusammenspiel mit einem ethischen Engagement und sozialer Verantwortung, verdient“. Durch „das breite Spektrum an Wissen, Einsicht und Inspiration“ in diesem Buch ließe sich dies in die Praxis umsetzen. Sein Vorwort beendet er mit dem Satz: „Die Ergotherapie positioniert sich damit als zentrale Disziplin in dem sich wandelnden Verständnis von Krankheit und der Verwirklichung einer zielgerichteten Versorgung.“

Dank auch der Leitung und den Lehrern des Ergotherapieprogramms an der Hogeschool van Amsterdam und der Zuyd Hogeschool in Heerlen. Das Interesse des Managements und die Unterstützung der Kollegen waren auch bei der Erstellung dieser überarbeiteten 5. Auflage entscheidend.

Unser Dank gilt auch den Autoren und Studierenden aller bisherigen Auflagen, die aus verschiedenen Gründen nicht mehr an dieser Version beteiligt waren. Jede neue Auflage baut auf einer früheren auf. Wir halten es daher für wichtig, uns auch weiterhin für die früher beigesteuerten Gedanken zu bedanken bei Annika Berzins, Bea van Bodegom, Mendy Dercksen, Huguet Désiron, Hetty Franssen, Anke Heijnsman, Frank Kroonenberg, Anne Labee, Bart Mistiaen, Fenna van Nes und Linda van der Velden, die an der 3. und 4. Auflage mitgeschrieben hatten.

Abschließend möchten wir uns natürlich bei Lily Harings, Steven de Kock, Manon Vooijs, Cyrilein Visser und Joke Vermeer vom Verlag Bohn, Stafleu & van Loghum für die angenehme Zusammenarbeit und die fachkundige Anleitung bedanken. Die gemeinsame Arbeit an den „Grundlagen der Ergotherapie“ verlief stets äußerst angenehm.

Ausblick

Die Veröffentlichung dieses ersten niederländischen Buches zur Ergotherapie im Jahr 1998 war ein Meilenstein in der Entwicklung des Berufes in den Niederlanden. Die erste Auflage wurde eifrig erweitert, ebenso wie die zweite, dritte und vierte, in der das Verbreitungsgebiet auf den belgischen Landesteil Flandern ausgedehnt wurde. Die Herausgeber hoffen, dass auch diese fünfte, überarbeitete Auflage von „Grundlagen der Ergotherapie“ und

der dazugehörigen digitalen Version mit der vorliegenden Ausgabe für Deutschland, Österreich und die Schweiz für die Studierenden und die in den Praxen arbeitenden Kollegen wieder von hohem Nutzen sein wird. In einigen Jahren wird zweifellos eine sechste Ausgabe erforderlich sein. Die theoretischen Grundlagen des Berufes werden unter anderem durch das Wachstum der wissenschaftlichen Forschung in der Ergotherapie stark erweitert. Bei den großen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung hat dies Auswirkungen auf die Praxis (und umgekehrt). Wir hoffen, dass dieser 5. Auflage noch eine Reihe weiterer Überarbeitungen folgen wird.

Notabene

In dem vorliegenden Buch werden häufig Zitate aus der englischsprachigen ergotherapeutischen Literatur verwendet. Die Herausgeber haben sich regelmäßig dafür entschieden, diese Zitate in ihrer Originalsprache wiederzugeben, insbesondere wenn es um Texte aus der Frühgeschichte der Ergotherapie geht, da sie für die Zeit charakteristisch sind. Bei der Übersetzung der typischen englischen Ergotherapie-Sprache ins Niederländische oder ins Deutsche geht oft die Essenz verloren. Im Rahmen der Internationalisierung ist es auch für Ergotherapeuten notwendig, sich in Englisch ausdrücken zu können. Eine Einführung in diese englische Terminologie ist somit wünschenswert und daher werden in allen Kapiteln Begriffe, die aus dem Englischen übersetzt wurden, auch wiederholt weiter in Klammern mitgeführt.

Da in der Praxis der Begriff „Klient“ eine immer größere Verbreitung findet, haben wir uns auch dafür entschieden, an diesem Wort festzuhalten, wenn es um die Menschen geht, welche die Dienste eines Ergotherapeuten in Anspruch nehmen. Das Kap. 1 zur historischen Entwicklung der Ergotherapie ist bewusst davon abgewichen, um dem geschichtlichen Entwicklungsprozess gerecht zu werden und diesen auch widerspiegeln zu können. In anderen Kapiteln wurde auch gelegentlich noch der Begriff „Patient“ verwendet, wenn der Sinnzusammenhang dies verlangte. Der Begriff „Klient“ kann auch Patienten, Bewohner, Anwender, Studierende, Bürger, Angestellte, Bewohner, Besucher, Verbraucher, Rehabilitanden, Schüler, gesetzliche Vertreter, Personen im sozialen Netzwerk und Kunden und sogar Gruppen, Organisationen und Populationen umfassen. Nach Vorbild des „Berufsprofils Ergotherapie“ wird der Begriff „Diagnostik“ durch den Begriff „Frageninventarisierung und -analyse“ ersetzt. Anstelle

des Begriffs „Behandlung“ wird in diesem Buch oftmals von der „Umsetzung des Aktionsplans“ oder der „Intervention“ die Rede sein. Diese Konzepte stehen eher im Einklang mit dem Fokus der Ergotherapie auf dem Betätigen und der Partizipation und dem weiteren Blick auf den Klienten (die Person und ihr System, die Organisation oder die Population). Wo immer im Interesse einer flüssigeren Leseweise die männliche Form gewählt wurde, kann und sollte die weibliche Form mitgedacht und mitgelesen werden.

Heerlen, Maasbommel, Amsterdam, 2017

Mieke le Granse, Margo van Hartingsveldt
und Astrid Kinébanian

Literatur

- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Hartingsveldt MJ van. Gewoon doen – dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2016.
- Huber M, Knottnerus AJ, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout LB et al. How should we define health? British Medical Journal 2011;235:7.
- Kaljouw M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Den Haag: Zorginstituut Nederland; 2015.
- Kinébanian A, Kuiper C. Kleine wonderjes: Verhalen over bijzondere ervaringen in de ergotherapie. Den Haag: Boom Lemma; 2011.
- Mroz TM, Pitonyak JS, Fogelberg D, Leland NE. Client centeredness and health reform: Key issues for occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy 2015;69(5):6905090010p1–6905090010p8.
- RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010.
- Townsend EA, Cockburn L, Letts L, Thibeault R, Trentham B. „Enabling social change.“ In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.): Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013b:153–176.
- Townsend EA, Freeman A, Liu L, Quach J, Rappolt S, Rivard A. „Accountability for enabling occupation: Discovering opportunities.“ In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.): Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013c.
- Townsend EA, Trentham B, Clark J, Dubouloz-Wilner C, Pentland W, Doble S, Liberte Rudman D. „Enabling individual change.“ In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.): Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013a:135–152.
- Vliet K van, Grotendorst A, Roodbol P. Anders kijken, anders leren, anders doen – grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2016.

Inhaltsverzeichnis

Teil I – Standortbestimmung der Ergotherapie

Geschichten aus der Praxis – 1: Ente wendet „hoffnungslosen Fall“

Astrid Kinébanian, Linda Walgemoet

1	Die Entwicklung des Berufes	34			
1.1	Einleitung <i>Astrid Kinébanian</i>	34	1.9	Entwicklung des Berufes in Deutschland. <i>Inga Junge, Arnd Longrée und Bettina Weber</i>	48
1.2	Der Begriff „Ergotherapie“ <i>Astrid Kinébanian</i>	37			
1.3	Was ging dem Denken über den Zusammenhang zwischen Betätigung (occupation), Wohlbefinden und Gesundheit (health) voraus? <i>Hugo Nierstrasz</i>	37	1.10	Entwicklung des Berufes in Österreich. <i>Maria Feiler</i>	55
1.4	Anfänge der Berufsentwicklung. <i>Astrid Kinébanian</i>	39	1.11	Entwicklung des Berufes in der Schweiz <i>Claudia Galli, Ursula Gubler Thomann und Christiane Mentrup</i>	62
1.5	Der Berufsverband in den USA <i>Astrid Kinébanian</i>	42	1.12	Ausblick auf die Zukunft. <i>Astrid Kinébanian</i>	68
1.6	Die Anfänge der Berufsformung in den Niederlanden. <i>Astrid Kinébanian</i>	42	1.13	Anregungen zur weiteren Diskussion. .. <i>Astrid Kinébanian</i>	69
1.7	Der 1. Weltkrieg <i>Astrid Kinébanian</i>	43	1.14	Zusammenfassung <i>Astrid Kinébanian</i>	70
1.8	Diskussion zum theoretischen Unterbau der Ergotherapie <i>Astrid Kinébanian</i>	46	1.15	Literatur. 	70
2	Kerndomänen in der Ergotherapie	74			
	<i>Ton Satink, Dominique Van de Velde</i>				
2.1	Einleitung 	74	2.6	Veränderung durch Betätigen – Betätigen durch Veränderung. 	85
2.2	Das Paradigma der Ergotherapie 	75	2.7	Partizipation. 	87
2.3	Grundsätze der Betätigung 	76	2.8	Diskussion. 	92
2.4	Betätigungselemente 	78	2.9	Zusammenfassung 	93
2.5	Aufbau des Konzepts Betätigen 	83	2.10	Literatur. 	93

3	Die Ergotherapie im gesellschaftlichen Kontext	96
	<i>Margo van Hartingsveldt, Marion Ammeraal</i>	
3.1	Einleitung	96
3.2	Gesundheit und Wohlbefinden.	98
3.3	Menschenrechte	101
3.4	Arbeiten im und mit dem Viertel.	104
3.5	Ergotherapie	106
3.6	Gesellschaftliche Entwicklungen	112
3.7	Bürger und Klienten.	117
3.8	Diskussion.	120
3.9	Zusammenfassung	120
3.10	Literatur.	121
4	Stützen und Stärken	123
	<i>Inka Logister-Proost, Marion Ammeraal</i>	
4.1	Einleitung	123
4.2	Vulnerable Personen	123
4.3	Entwicklungen in der Unterstützung vulnerabler Personen	127
4.4	Selbstmanagement	127
4.5	Genesung, Empowerment und Erfahrungswissen.	129
4.6	Rehabilitation	134
4.7	Milieuorientierte Rehabilitation.	134
4.8	Entwicklungsorientierte Rehabilitation	137
4.9	Diskussion.	139
4.10	Zusammenfassung	142
4.11	Literatur.	142
5	Internationaler Kontext	145
	<i>Hanneke van Bruggen, Mieke le Granse</i>	
5.1	Einleitung	145
5.2	Globalisierung und Internationalisierung	145
5.3	Globale Abkommen und Kursvorgaben	148
5.4	Grundsätze und Richtungen in der EU .	150
5.5	Die wichtigsten internationalen Berufsverbände und Netzwerke.	152
5.6	Forschungsnetzwerke	157
5.7	Diskussion.	158
5.8	Zusammenfassung	158
5.9	Literatur.	159
6	Internationale Klassifikationen in der Gesundheitsfürsorge	161
	<i>Edith Cup, Astrid Kinébanian und Yvonne Heerkens</i>	
6.1	Einleitung	161
6.2	Klassifikationssysteme	161
6.3	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	163
6.4	Der positive Gesundheitsbegriff und die ICF	168
6.5	Die ICF und die Taxonomie der Alltagsaktivitäten	169
6.6	Anwendung der ICF	170
6.7	Diskussion.	172
6.8	Zusammenfassung	173
6.9	Literatur.	175

Teil II – Der Klient, das Betätigen, der Kontext und der Ergotherapeut

Geschichten aus der Praxis – 2: Danielas Traum

Ellen Sloodman

7	Der Klient	180		
	<i>Mieke le Granse, Chris Kuiper</i>			
7.1	Einleitung	180	7.5	Konzepte der dialoggeleiteten Versorgung
7.2	Wer ist eigentlich der Klient?	180		190
7.3	Kontext	184	7.6	Diskussion
7.4	Dialoggeleitete Versorgung	186		193
			7.7	Zusammenfassung
				193
			7.8	Literatur
				194
8	Der Ergotherapeut	196		
8.1	Einleitung	196	8.7	Berufskodex und Verhaltensstandards in der Ergotherapie
	<i>Edith Cup, Margo van Hartingsveldt</i>			209
8.2	Ausgangspunkte in der Ergotherapie ..	197		<i>Anita de Vries-Uiterweerd, Stephanie Saenger</i>
	<i>Edith Cup, Margo van Hartingsveldt</i>			
8.3	Persönliche Qualitäten	201	8.8	Personal Leadership
	<i>Edith Cup, Margo van Hartingsveldt</i>			212
8.4	Kompetenzen	202	8.9	Diskussion
	<i>Edith Cup, Margo van Hartingsveldt</i>			216
8.5	Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)	204	8.10	Zusammenfassung
	<i>Edith Cup, Margo van Hartingsveldt</i>			216
8.6	Direktzugang zur Ergotherapie in den Niederlanden	208	8.11	Literatur
	<i>Edith Cup, Margo van Hartingsveldt</i>			217
9	Fragenorientiertes Arbeiten und Diversität	220		
	<i>Marjan Stomph, Soemitro Poerbodipoero</i>			
9.1	Einleitung	220	9.5	Maßnahmen zur Verbesserung des Versorgungsansatzes im Lichte der Diversität
9.2	Diversität – was ist das eigentlich?	221		233
9.3	Kultur	223	9.6	Diskussion
9.4	Ergotherapie und Diversität: internationaler Leitfaden	225		235
			9.7	Zusammenfassung
				235
			9.8	Literatur
				235

10	Kontext	239		
	<i>Rieke Hengelaar, Annick Van Gils</i>			
10.1	Einleitung	239	10.7	Virtueller Kontext
10.2	Kontext und Ergotherapie	239	10.8	Gesellschaftlicher und institutioneller Kontext
10.3	Soziale Umwelt	243	10.9	Diskussion
10.4	Physische Umwelt	245	10.10	Zusammenfassung
10.5	Kultureller Kontext	246	10.11	Literatur
10.6	Zeitlicher Kontext	247		
11	Technologie in der Versorgung	272		
	<i>Edith Hagedoren-Meuwisen, Jeanne Heijkers und Uta Roentgen</i>			
11.1	Einleitung	253	11.6	Televersorgung und E-Health
11.2	Die Rolle der Ergotherapie	254	11.7	Beratung zu Unterstützungstechnologien
11.3	Die Bedeutung der Technologie für die Ergotherapie	255	11.8	Diskussion
11.4	Definition und Begriffsbestimmung ...	255	11.9	Zusammenfassung
11.5	Unterstützungstechnologie	256	11.10	Literatur
12	Die Entwicklung des Betätigten	273		
	<i>Margo van Hartingsveldt, Jolien van den Houten</i>			
12.1	Einleitung	273	12.6	Entwicklung des Betätigten: die Umwelt
12.2	Entwicklung aus der Betätigungsperspektive	273	12.7	Entwicklung des Betätigten: mehrschichtige Betätigungsmuster ...
12.3	Entwicklung aus der Interaktionsperspektive	275	12.8	Diskussion
12.4	Entwicklung des Betätigten: die Aktivitäten	277	12.9	Zusammenfassung
12.5	Entwicklung des Betätigten: die Person	278	12.10	Literatur
13	Betätigungsbereiche	287		
	<i>Margo van Hartingsveldt</i>			
13.1	Einleitung	287	13.5	Betätigungsgleichgewicht
13.2	Das Betätigen	287	13.6	Ausschluss von Betätigungen
13.3	Zeitnutzung	289	13.7	Literatur
13.4	Bedeutung von Betätigung	290		

14	Betätigungsbereich: Wohnen und Versorgen	293		
	<i>Robbert Kruijne, Margriet Pol</i>			
14.1	Einleitung	293	14.5	Diskussion
14.2	Soziale Entwicklungen mit Einfluss auf Wohnen und Versorgen	294	14.6	Zusammenfassung
14.3	Wohnen	295	14.7	Literatur
14.4	Versorgen	301		
15	Betätigungsbereich: Lernen/Arbeiten	309		
	<i>Chris Kuiper, Jolien van den Houten</i>			
15.1	Einleitung	309	15.5	Verknüpfung von Ausbildung und Arbeitsmarkt
15.2	Der Rahmen: gesellschaftliche Veränderungsprozesse	310	15.6	Arbeiten
15.3	Ergotherapie und Lernen/Arbeiten	311	15.7	Diskussion
15.4	Lernen und Unterricht	312	15.8	Zusammenfassung
			15.9	Literatur
16	Betätigungsbereich: Spiel und Freizeit	328		
	<i>Els Spaargaren, Sander Taam</i>			
16.1	Einleitung	328	16.5	Diskussion
16.2	Spielen und Freizeit im Laufe des Lebens	328	16.6	Zusammenfassung
16.3	Spielen	329	16.7	Literatur
16.4	Freizeitgestaltung	339		

Teil III – Der theoretische Hintergrund – Modelle und Frameworks

Geschichten aus der Praxis – 3: Tom zimmert die Lücke in seinem Lebenslauf zu

Sander Taam

17	Begriffe verstehen – der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle	353		
	<i>Astrid Kinébanian, Inka Logister-Proost</i>			
17.1	Einleitung	353	17.7	Modelle – Was sie sind und was sie nicht sind
17.2	Der Zusammenhang zwischen den Begriffen	354	17.8	Inhaltsmodelle in der Ergotherapie
17.3	Vision und Leitbild	356	17.9	Ergotherapeutische Prozessmodelle ...
17.4	Paradigma	357	17.10	Diskussion
17.5	Wissen, Theorie und Bezugsrahmen ...	358	17.11	Zusammenfassung
17.6	Methodik, Methode und methodisches Handeln	362	17.12	Literatur

18	Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E) und Canadian Practice Process Framework (CPPF)	378
	<i>Margo van Hartingsveldt, Barbara Piškur</i>	
18.1	Einleitung	378
18.2	Das CMOP-E – Hintergrund, theoretische Grundlagen und Aufbau. ..	379
18.3	Canadian Practice Process Framework (CPPF)	384
18.4	Diskussion.	392
18.5	Zusammenfassung	393
18.6	Literatur.	393
19	Model of Human Occupation (MOHO)	395
	<i>Joan Verhoef, Annerie Zalmstra</i>	
19.1	Hintergrund, Ursprung und Entwicklung.	395
19.2	Theoretischer Unterbau	396
19.3	Aufbau des Modells	398
19.4	Betätigungsidentität, Betätigungs-kompetenz und Betätigungsanpassung ..	402
19.5	Mensch, Betätigung, Intervention und Veränderung	403
19.6	Praktische Anwendung	406
19.7	Diskussion.	410
19.8	Zusammenfassung	411
19.9	Literatur.	411
20	KAWA-Modell	421
	<i>Liesbeth de Vries, Mieke le Granse</i>	
20.1	Einleitung	412
20.2	Hintergrund, Ursprung und Entwicklung	412
20.3	Theoretischer Unterbau	413
20.4	Aufbau des Modells	414
20.5	Mensch, Betätigung, Intervention und Veränderung	417
20.6	Diskussion.	420
20.7	Zusammenfassung	421
20.8	Literatur.	421
21	Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)	422
	<i>Inka Logister-Proost</i>	
21.1	Einleitung	422
21.2	Hintergrund, Ursprung und Entwicklung	422
21.3	Theoretischer Unterbau	422
21.4	Aufbau des Modells	423
21.5	Domäne	425
21.6	Der Prozess	430
21.7	Die Vision des OTPF vom Menschen und seinem Betätigten	434
21.8	Diskussion.	435
21.9	Zusammenfassung	437
21.10	Literatur.	437

22	Person-Environment-Occupation-Performance-Modell (PEOP) und PEOP Occupational Therapy Process	439		
	<i>Margo van Hartingsveldt, Sanne Pellegrom</i>			
22.1	Einleitung	439	22.7	Struktur und Anwendung des PEOP OT-Prozessmodells
22.2	Hintergrund, Ursprung und Entwicklung	440	22.8	Arbeiten mit dem PEOP OT-Prozessmodell
22.3	Theoretischer Unterbau	441	22.9	Diskussion
22.4	Aufbau und Anwendung des PEOP-Inhaltsmodells	442	22.10	Zusammenfassung
22.5	Vision vom Betätigen	444	22.11	Literatur
22.6	Assessments des Modells	444		
23	Weitere betätigungsbasierte Ergotherapiemodelle	455		
23.1	Einleitung	455	23.6	Bieler Modell
	<i>Mieke le Granse</i>			<i>Mieke le Granse</i>
23.2	Person-Environment-Occupation (PEO)	456	23.7	Cognitive Disabilities Model (CDM) ...
	<i>Mieke le Granse</i>			<i>Bie Op de Beeck</i>
23.3	Occupational Adaptation (OA)	457	23.8	Diskussion
	<i>Mieke le Granse</i>			<i>Mieke le Granse</i>
23.4	Occupational Performance Modell (Australien) (OPM-A)	459	23.9	Zusammenfassung
	<i>Mieke le Granse</i>			<i>Mieke le Granse</i>
23.5	Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)	462	23.10	Literatur
	<i>Inka Logister-Proost</i>			

Teil IV – Ergotherapie in der Praxis

Geschichten aus der Praxis – 4: Nie mehr kalter Brei

Kim Bisschop

24	Methodisches Handeln	474		
	<i>Inka Logister-Proost, Mark Steensels</i>			
24.1	Einleitung	474	24.6	Umsetzen des Aktionsplans
24.2	Was ist methodisches Handeln?	475	24.7	Evaluation und Nachsorge
24.3	Das Kennenlernen	480	24.8	Diskussion
24.4	Inventarisierung	482	24.9	Zusammenfassung
24.5	Zielsetzung und Aktionsplan	488	24.10	Literatur
				500

25	Professionelles Reasoning	502		
	<i>Ramon Daniëls, Joan Verhoef</i>			
25.1	Einleitung	502	25.5	Diskussion
25.2	Das Reasoning in der Ergotherapie	502	25.6	Zusammenfassung
25.3	Professionelles Reasoning und Entscheidungsfindung	509	25.7	Literatur
25.4	Der kritische Professional	514		
26	Gesundheitsförderung und Veränderung des Betätigten	519		
	<i>Marieke Werrij, Marluuke Jakobs</i>			
26.1	Einleitung	519	26.7	Therapeutische Techniken bei Verhaltensänderungen
26.2	Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung	520	26.8	Gesundheitsförderung auf der Ebene des Klienten
26.3	Gesundheitsförderung und Ergotherapie	521	26.9	Gesundheitsförderung auf der Ebene der Organisation und Population
26.4	Die Rolle von Veränderung in der betätigungsorientierten (occupation- focused) Gesundheitsförderung	525	26.10	Diskussion
26.5	Erklärung des Gesundheitsverhaltens .	526	26.11	Zusammenfassung
26.6	Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens	527	26.12	Literatur
27	Betätigungsanalyse	534		
	<i>Erica Baarends, Inge Speth-Lemmens</i>			
27.1	Einleitung	534	27.5	Diskussion
27.2	Theorie der Betätigungsanalyse	535	27.6	Zusammenfassung
27.3	Betätigungsanalyse	540	27.7	Literatur
27.4	Ein Beispiel aus der Praxis	546		
28	Assessments in der Ergotherapie	549		
	<i>Margo van Hartingsveldt, Renate Meijers, Sanne Ras, Roos Stal und Marjon ten Velden</i>			
28.1	Einleitung	549	28.7	Auswahl der Assessments für dieses Kapitel
28.2	Ergotherapeutische Inventarisierung und Analyse	549	28.8	Klinimetrische Eigenschaften
28.3	Einsatz von Assessments	551	28.9	Diskussion
28.4	Auswahl des Assessments	552	28.10	Zusammenfassung
28.5	Die Suche nach dem Assessment	553	28.11	Literatur
28.6	Verschiedene Klientenperspektiven ...	554		

29	Qualitätssicherung	565
29.1	Versorgungsqualität, Rahmen und Begrifflichkeiten	565
	<i>Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda</i>	
29.2	Die Klientenperspektive	568
	<i>Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda</i>	
29.3	Die Perspektive des Ergotherapeuten .	570
	<i>Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda</i>	
29.4	Qualitätssicherung auf der Ebene des Teams, der Abteilung und der Organisation	572
	<i>Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda</i>	
29.5	Qualität auf nationaler Ebene	576
29.6	Qualitätsmanagement (QM) in der deutschen Ergotherapie	579
	<i>Bettina Weber, Birthe Hucke</i>	
29.7	Qualitätsmanagement (QM) in der österreichischen Ergotherapie ..	582
	<i>Maria Feiler</i>	
29.8	Qualitätsmanagement (QM) in der Schweizer Ergotherapie	584
	<i>Mieke le Granse</i>	
29.9	Diskussion	587
	<i>Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda</i>	
29.10	Zusammenfassung	587
	<i>Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda</i>	
29.11	Literatur	588
30	Ergotherapie und Wissenschaft	590
	<i>Maud Graff, Ton Satink und Esther Steultjens</i>	
30.1	Einleitung	590
30.2	Wissenschaftsbereich Ergotherapie ...	590
30.3	Occupational Science	591
30.4	Methoden der wissenschaftlichen Forschung	594
30.5	Der Forschungsprozess	594
30.6	Modell der Interventionsentwicklung .	595
30.7	Ethische Aspekte der wissenschaftlichen Forschung	596
30.8	Evidenzbasierte Praxis	596
30.9	Qualität der Forschung	597
30.10	Nutzung wissenschaftlicher Untersuchungen in der ergotherapeutischen Praxis	598
30.11	Zusammenfassung	599
30.12	Literatur	599
31	Epilog	601
	Geschichten aus der Praxis – 5: Neue Stühle, alte Schmerzen	
	<i>Kim Bisschop</i>	
	Geschichten aus der Praxis – 6: Soll ich Dir ein Bild mailen oder möchtest Du erst einen Kaffee?	
	<i>Sander Taam</i>	

Teil V – Anhang

32	Übersicht über die Berufskompetenzen der Ergotherapie	606
32.1	Klientenorientierte Kompetenzen	606
32.2	Organisationsorientierte Kompetenzen	606
32.3	Berufsorientierte Kompetenzen	607
33	Abkürzungsverzeichnis	608
34	Begriffserklärung/Glossar	613
	Sachverzeichnis	634

Profile der Herausgeberinnen

Mieke le Granse

Mieke le Granse wirkte ab der zweiten Auflage auch als Herausgeberin von „Grundlagen der Ergotherapie“ mit. Bis zum 1. März 2017 war sie Lehrerin für Ergotherapie und Koordinatorin des Bachelorprogramms für deutsche Ergotherapeuten an der Zuyd Hogeschool im niederländischen Heerlen. Seit 1975 ist sie Ergotherapeutin und absolvierte ihre Ausbildung in Ergotherapie an der damaligen Revalidatieacademie Hoensbroeck, der heutigen Zuyd Hogeschool. Neben ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin erwarb sie ihren Abschluss als Dozentin für Gesundheitspädagogik und absolvierte den European Master of Science in Occupational Therapy. Nach einigen Jahren in einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses begann sie als Lehrerin für psychiatrische Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool. Von 1978 bis 2017 nahm sie dort vielfältige Aufgaben etwa als Dozentin, Praktikumsbetreuerin, Diplomandenbetreuerin, Abteilungs koordinatorin, Mitglied des Wissenszirkels „Autonomie und Partizipation“, Koordinatorin des Bachelorprogramms für deutsche Ergotherapeuten und Mitglied des Führungsteams wahr. Im Laufe der Jahre hat sie zahlreiche Veröffentlichungen zuwege gebracht, unter anderem als Autorin und Mitherausgeberin der zweiten bis fünften Auflage dieses Buches. Sie hat an mehreren deutschsprachigen Ergotherapiebüchern mitgewirkt und viele Artikel in nationalen und internationalen Ergotherapiezeitschriften veröffentlicht. Sie ist ehemalige Mitherausgeberin der deutschen Fachzeitschrift *ergoscience*, Reviewerin für das *Scandinavian Journal of Research*, ehemaliges Redaktionsmitglied der *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* und ehemaliges Mitglied im wissenschaftlichen Beirat Kompass der Fachhochschule Bielefeld. Seit 2017 ist sie Mitherausgeberin der deutschen Fassung der 17 Praxisleitlinien der AOTA.

Mieke le Granse ist innerhalb des niederländischen Berufsverbandes Ergotherapie Nederland (EN) als Mitglied des International Relations Committee (IB) und war von 2010 bis 2019 als WFOT-Delegierte für die Niederlande tätig. Der EN verlieh ihr 2012 den „Astrid-Kinébanian-Preis“, und während ihres Abschiedssymposiums im März 2017 wurde sie für ihren besonderen Beitrag zur Entwicklung der Ergotherapie zum EN-Ehrenmitglied ernannt.

Sie ist eine aktive Teilnehmerin an zahlreichen Kongressen von ENOTHE, COTEC und WFOT, hält Vorträge und Workshops zu den unterschiedlichsten Themenbereichen aus Ausbildung und Beruf im In- und Ausland und verfügt durch ihre Arbeit mit deutschen Kollegen und deutschen Studenten auch in Deutschland über ein großes Netzwerk und genießt dort ein hohes Ansehen. So hat 2013 auch der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. sie zum Ehrenmitglied ernannt, was auch ihrem großen Beitrag für die Weiterentwicklung der deutschen Ergotherapie zuzuschreiben ist.

Margo van Hartingsveldt

Margo van Hartingsveldt ist seit der dritten Auflage im Herausgaberteam von „Grundlagen der Ergotherapie“. Seit April 2011 ist sie als Ausbildungsleiterin für die Ergotherapie und seit März 2016 als Dozentin für „Ergotherapie – Partizipation & Umwelt“ am „Kenniscentrum Gezondheid – ACHIEVE“ der medizinischen Fakultät der Universität von Amsterdam tätig. Sie absolvierte 1983 die Ergotherapieausbildung an der Ergotherapieschule in Weesp, die ein Vorgänger der heutigen Ausbildung an der Amsterdamer Universität ist. Im Jahr 2003 erwarb sie ihren „Master of Science Paramedic Care“ an der Universität von Arnhem und Nijmegen, dem Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) und dem UMC St Radboud in Nijmegen. Im Jahr 2014 promovierte sie an der Radboud University in Nijmegen mit ihrer Dissertationsarbeit „Ready for hand writing“ über die Entwicklung des „Writing Readiness Inventory Tool In Context“ (WRITIC).

Nach der Ausbildung arbeitete sie über 25 Jahre als Kinderergotherapeutin in der Rehabilitation, in Universitätskliniken, in der Ausbildung und in einer Privatpraxis. In dieser Zeit arbeitete sie zudem ein Jahr lang in Surinam und zwei Jahre lang auf Curaçao. Von 2003 bis 2011 war sie Leiterin der Ergotherapie, Kinderergotherapeutin und Forscherin der Abteilung Rehabilitation am UMC Radboud in Nijmegen. Zusammen mit Edith Cup und Madeleine Corstens-Mignot schrieb sie drei Bücher über die Beobachtung der Feinmotorik und das (vorbereitende) Schreiben: „Korte Observatie Ergotherapie Kleuters“ (KOEK 2006), „Standaard Observatie Ergotherapie Schrijven en Sensomotorische Voorwaarden“ (SOESSS 2000) und „SOESSS-Volwassenen“ (SOESSS-V 2006). Zusammen mit Liesbeth de Vries ist sie Herausgeberin des WRITIC-Manuals, das 2016 veröffentlicht wurde. Außerdem hat sie im Auftrag von Ergotherapie Nederland zusammen mit Inka Logister-Proost und Astrid Kinébanian das „Beroepsprofiel ergotherapeut“ (2010) geschrieben. Und mit Jolien van den Houten, Inge van der Leij-Hemmen und Marjon ten Velden schrieb sie das „Profiel Specialisatie Kinderergotherapeut“ (2015). Sie verfasst außerdem regelmäßig Artikel für niederländische und internationale Fachzeitschriften. Seit 2005 hält sie nationale und internationale Seminare zur Kinderergotherapie und zur Anwendung verschiedener Assessments. Regelmäßig hält sie darüber hinaus im In- und Ausland Vorträge auf Fachkongressen.

Margo van Hartingsveldt ist Mitglied der Beratungsgruppe „Forschung und Wissenschaft“ sowie als Mitglied der Arbeitsgruppe „Professionalisierung im Fachbereich Kinderergotherapie“ an der Realisierung des Spezialgebietes Kinderergotherapie mitgewirkt.

Astrid Kinébanian

Astrid Kinébanian ist seit der ersten Auflage Mitherausgeberin von „Grundlagen der Ergotherapie“. Sie schloss 1964 ihre Ausbildung zur Ergotherapeutin an der Nederlandse Opleiding voor Arbeidstherapie in Amsterdam ab, die ein Vorläufer der heutigen Ergotherapiehochschule in Amsterdam ist. Nach der Ausbildung ging sie in die USA und arbeitete dort für ein Jahr als Ergotherapeutin im Albany Medical Centre. Nach ihrer Rückkehr baute sie in der Daniël den Hoed Klinik, die damals eine Klinik für Rheuma- und Krebspatienten war, eine ergotherapeutische Abteilung auf.

Von 1971 bis 1977 war sie stellvertretende Vorsitzende und Vorsitzende der Nederlandse Vereniging voor Arbeidstherapie (NVA), aus welcher der heutige niederländische Berufsverband Ergotherapie Nederland (EN) hervorgegangen ist. In diesem Zeitraum fällt auch die rechtliche Anerkennung des Berufes. Im Jahr 1976 promovierte sie an der Universität Amsterdam in Andragogik. Von 1977 bis 1986 war sie stellvertretende Direktorin und Leiterin des Studiengangs Ergotherapie in Weesp. Nach der Fusion mit der Universität von Amsterdam war sie dort bis 2006 Dozentin für Ergotherapie und übernahm zahlreiche Aufgaben unter anderem als Ausbilderin, Praktikumsleiterin, Abteilungsleiterin, Studiengangsbetreuerin, Ausbildungsentwicklerin und Koordinatorin verschiedener Projekte in Forschung und Methodenentwicklung. Von 1998 bis zu ihrer Pensionierung im Jahr 2006 war sie Direktorin des European Master of Science in Ergotherapie. Sie hat viele Artikel in niederländischen und ausländischen Ergotherapiezeitschriften veröffent-

licht. Sie war (Mit-)Autorin mehrerer Bücher wie „Werken aan arbeidsproblemen - methodische richtlijnen voor arbeidrehabilitatie“ (Working on labour problems, Utrecht 1995) und „Kleine wonderjes: Verhalen over bijzondere ervaringen in de ergotherapie“ (Stories about special experiences in occupational therapy, Den Haag 2011). Von Anfang an war sie als Herausgeberin und Autorin an der Entwicklung von „Grundlagen der Ergotherapie“ beteiligt. Sie war 2010 Mitautorin des „Beroepsprofiel ergotherapeut“. Auf vielen nationalen und internationalen Kongressen hielt sie Vorträge zur Ergotherapie. Zusammen mit Marjan Stomph schrieb sie im Auftrag des WFOT „Diversity Matters: Guiding Principles on Diversity and Culture“ (WFOT 2010). Auf dem Weltkongress für Ergotherapie in Chile 2010 bekamen sie dafür den Award of Excellence. Sie war Mitglied im Beirat der deutschsprachigen Fachzeitschrift „ergoscience“ und Mitglied in der Redaktion der „Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie“. Von 2004 bis 2008 war sie außerdem als Gutachterin für das „Occupational Therapy Journal of Research“ und von 2002 bis 2012 für das „Scandinavian Journal of Research“ tätig. Astrid Kinébanian ging im September 2006 in den Ruhestand. Bei dieser Gelegenheit wurde sie für ihren Beitrag zur Entwicklung der Ergotherapie von Königin Beatrix mit dem niederländischen Verdienstorden „Orden von Oranien-Nassau“ im Rang einer Offizierin ausgezeichnet. Als sie in den Ruhestand ging, hob Ergotherapie Nederland (EN) schließlich den „Astrid-Kinébanian-Preis“ aus der Taufe, der seitdem alle zwei Jahre einer Ergotherapeutin verliehen wird, die einen besonderen Beitrag zur Entwicklung der Ergotherapie geleistet hat.

Herausgeber- und Mitarbeiterverzeichnis

Marion Ammeraal, MSc
Institut für Psychische Gesundheit
Amsterdam
Niederlande

Erica Baarends, PhD
Fakultät Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Kim Bisschop, MSc
Institut für das Gesundheitswesen
der Fachhochschule Rotterdam und
Technische Universität Delft
Niederlande

Hanneke van Bruggen, BscHon. Dscie FWOT
Direktorin FAPADAG (Facilitation and
Participation of Disadvantaged Groups)
Apeldoorn
Niederlande

Edith Cup, PhD
Leiterin der Abt. Ergotherapie
Radboudumc, Nijmegen
Niederlande

Ramon Daniëls, PhD
Leitung Assistive Technologien im Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Maria Feiler MA
ehem. Dozentin Fachhochschule
Wien, Linz, Innsbruck, Krems, Bad Gleichenberg
Österreich

Claudia Galli Hudec, lic. Phil I
Studiengangsleiterin Europäischer MSc in Ergotherapie
ZHAW, Dept. Gesundheit, Winterthur
Schweiz

Maud Graff, PhD
Abteilung Rehabilitation und Abteilung IQ Healthcare,
Radboudumc Nijmegen
Niederlande

Mieke le Granse, MSc
ehem. Dozentin Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Ursula Gubler Thomann, MAS
Leiterin Bachelorstudiengang Ergotherapie
an der ZHAW, Winterthur
Schweiz

Edith Hagedoren-Meuwissen, MSc
Forschungsgruppe Assistive Technologien
im Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen, Niederlande
Margo van Hartingsveldt, PhD
Managerin der Forschungsgruppe Ergotherapie
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Yvonne Heerkens, PhD
Forschungsgruppenleiterin Arbeit und Gesundheit
Fachhochschule Arnhem und Nijmegen
Nijmegen
Niederlande

Jeanne Heijkers, MSc
Forschungsgruppe Assistive Technologien
im Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Rieke Hengelaar, MSc
Forschungsgruppe Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Jolien van den Houten, MSc
Dozentin Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Birthe Hucke, MA
Referentin Fachausschuss für Angestellte im DVE
Deutschland

Paul van der Hulst, MSc
Dozent Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Marluuke Jakobs, MSc
Dozentin Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Inga Junge
Geschäftsführerin Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Stuttgart
Deutschland

Astrid Kinébanian, MSc
ehem. Direktorin European Master of Science
in Occupational Therapy
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Chris Kuiper, PhD
Forschungsgruppenleiter
Fachhochschule Rotterdam
Niederlande

Robbert Kruijne, MSc
Fakultät Gesundheitswesen
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Inka Logister-Proost
Freiberufliche Dozentin
Stiftung Liberein, Enschede
Niederlande

Arnd Longrée
ehem. DVE-Vorsitzender
Ergotherapiepraxis Longrée
Wuppertal
Deutschland

Prof. Christiane Mentrup
Leiterin des Instituts für Ergotherapie
Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
Winterthur
Schweiz

Renate Meijers
Ergotherapiepraxis Kracht
Abcoude
Niederlande

Hugo Nierstrasz, MSc
Leiter Lehre und Forschung, Unterricht und Erziehung
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Aline Ollevier, MSc
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Ergotherapie
Katholische Fachhochschule VIVES, Kortrijk
Belgien

Bie Op de Beeck
Dozentin Ergotherapie, Thomas More-Fachhochschule
Turnhout
Belgien

Sanne Pellegrom, MSc
Dozentin Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Barbara Piškur, PhD
Dozentin Forschungsgruppe Autonomie und Partizipation
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Soemitro Poerbodipoero, MSc
Studiengangsleiter Ergotherapie
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Margriet Pol, MSc
Dozentin Forschungsgruppe Ergotherapie
Forschungszentrum ACHIEVE,
Fakultät Gesundheitswesen
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Sanne Ras
Ergotherapeutin
Marente, Oegstgeest, Niederlande
Uta Roentgen, PhD
Dozentin Forschungsgruppe Assistive Technologien
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Stephanie Saenger
Präsidentin COTEC
Ergotherapiepraxis Rol-maat, Abcoude
Niederlande

Ton Satink, PhD
Dozent Ergotherapie
Forschungsgruppe Neurorehabilitation
Fachhochschule Arnhem und Nijmegen
Niederlande

Ellen Slootman
Kinderergotherapeutin
RMC Groot Klimmendaal, Arnhem
Niederlande

Els Spaargaren, MSc
Managerin der Therapieberufe,
Abt. Rehabilitationsmedizin
Unit Kinderrehabilitation, VU,
Medizinisches Zentrum, Amsterdam
Niederlande

Inge Speth-Lemmens, MSc
ehem. Dozentin Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Roos Stal
Student Health Science Research Master
Maastricht University, Maastricht
Niederlande

Mark Steensels
Dozent Ergotherapie
Thomas More Fachhochschule, Kempen
Belgien

Esther Steultjens, PhD
Forschungsgruppenleiterin Neurorehabilitation
Fachhochschule Arnhem und Nijmegen
Niederlande

Marjan Stomph, MSc
Koordinatorin der Arbeitsgruppe Pflege und Wohnen
Stadsdorp, Rivierenbuurt, Amsterdam
Niederlande

Sander Taam
Praxis für Ergotherapie Noord Holland,
Alkmaar
Niederlande

Prof. Dr. Dominique Van de Velde, PhD
Direktor des Studiengangs Master of Science
Ergotherapeutische Wissenschaft
Universität Gent
Belgien

Annick Van Gils, MSc
Fakultät Bewegungs- und Rehabilitationswissenschaften
KU Leuven
Belgien

Marjon ten Velden, MSc
ehem. Dozentin Ergotherapie
Fachhochschule Amsterdam
Niederlande

Joan Verhoef, PhD
Dozentin Evidence-based Care
Institut für das Gesundheitswesen
Fachhochschule Rotterdam
Niederlande

Liesbeth de Vries, MSc
Ergotherapiepraxis en meer,
Liesbeth de Vries en meer, Joure
Niederlande

Anita de Vries-Uiterweerd, MSc
Ergotherapeutin
De Hoogstraat Rehabilitation
Utrecht
Niederlande

Linda Walgemoet
Ergotherapeutin
's Heeren Loo, Ermelo, Niederlande

Bettina Weber, MBA
Dozentin Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Marieke Werrij, PhD
Dozentin Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Pieter Wouda, BSc
ehem. Dozent Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Annerie Zalmstra, MSc
Studiengangsleiterin Ergotherapie
Fakultät Gesundheitswesen
Zuyd Fachhochschule Heerlen
Niederlande

Teil I

Standortbestimmung der Ergotherapie

1	Die Entwicklung des Berufes	34
2	Kerndomänen in der Ergotherapie	74
3	Die Ergotherapie im gesellschaftlichen Kontext	96
4	Stützen und Stärken	123
5	Internationaler Kontext	145
6	Internationale Klassifikationen in der Gesundheitsfürsorge	161



Geschichten aus der Praxis – 1: Ente wendet „hoffnungslosen Fall“

Astrid Kinébanian, Linda Walgemoet

Diese Geschichte aus der Praxis ist eine Kombination aus einem Interview mit Lia Mollevanger, das von Linda Walgemoet 2005 aufgenommen wurde, und der Geschichte ihrer Ergotherapeutin Astrid Kinébanian aus den Jahre 1966, das 2011 in „Kleine Wondertjes“ (dt. Kleine Wunder) in den Niederlanden veröffentlicht wurde.

Lia Mollevanger, geboren 1946 in Rotterdam, verfügte über 38 Jahre Erfahrung als Klientin in der Ergotherapie. Im Frühjahr 1952 wurde bei ihr Rheuma diagnostiziert. Sie durchlitt zwei lange Krankenhausaufenthalte – 10 Wochen im Jahr 1952 und von Februar 1954 bis Oktober 1955. Dies konnte jedoch nicht verhindern, dass sich bei ihr schwere Deformierungen ausbildeten und sie seit dem an den Rollstuhl gefesselt war.

Lia sagte: „In den 38 Jahren, in denen ich zur Ergotherapie gehe, sind die technischen Möglichkeiten stetig gewachsen. Ich habe verschiedene Perioden der Ergotherapie miterlebt. Das hat mir auf meinem Weg sehr geholfen. In den 1950er-Jahren gab es keine richtigen, geschweige denn angepassten Rollstühle, schon gar nicht für Kinder. Deshalb montierte mein Vater einen abgesägten Küchenstuhl auf die Kinderwagenbasis und mit einigen Verschönerungen und Verzierungen wurde daraus ein alternativer Rollstuhl, den ich viele Jahre lang genutzt habe. Im Laufe der Zeit wuchs ich jedoch aus ihm heraus und eines samstagnachmittags kam der Chef meines Vaters vorbei, klingelte kurz, übergab uns einen faltbaren Rollstuhl, nur um gleich wieder weiterzufahren und uns sprachlos und überglücklich zurückzulassen. 1966 kam ich dann mit der Ergotherapie in Berührung. Damals gab es noch keine ambulante Ergotherapie, aber ein weiterer Klinikaufenthalt war erforderlich. Das wollte ich jedoch verhindern und mit der nötigen Portion Kreativität wurde dieses Problem auch gelöst. Ich überredete meinen Rheumatologen mir Ergotherapie zuteilwerden zu lassen und diese als ambulantes Beratungsgespräch abzurechnen. Der Rheumatologe kooperierte und ließ mich jede Woche zu einem Beratungsgespräch wiederkommen, aber tatsächlich war es eine Ergotherapie. In den Pausen wurde ich von Ergotherapeuten behandelt und gelegentlich kam der Rheumatologe hinzu, um sich das Ganze anzusehen.“

Ergotherapeutin Astrid Kinébanian: „Ich kann mich noch genau daran erinnern, wie ich Lia 1966 zum ersten Mal begegnete. Eine kleine junge und ängstliche Frau im Rollstuhl, die sich überhaupt nicht bewegen konnte und kaum sprach. Der Rheumatologe hatte angedeutet, dass es sich um einen „hoffnungslosen Fall“ handelte, aber er hatte gefragt, ob nicht doch die Ergotherapie sehen wol-

le, was möglich sei. Ich wusste weder ein noch aus. Wo sollte ich nur anfangen? Ein anderer Patient war damit beschäftigt, ein sehr kleines hölzernes Entlein zu feilen und zu schleifen. Ich bemerkte, dass Lia dies aus den Augenwinkeln beobachtete (sie konnte ihren Kopf nicht drehen) und es schien, als ob es ihr gefiele. Wir fingen dann auch bald an, an einer solchen Ente zu arbeiten, die ein anderer Patient mit ihr zusammen ausgesägt hatte. Sie begann dann, die Ente sehr vorsichtig mit zwei Fingern zu schleifen. Sie wurde wunderbar glatt. Bald ging es weiter, auf einer elektrischen Schreibmaschine, damals das Neuste vom Neuen. Später dann bekam sie sogar einen Job und begann, selbstständig in einer behindertengerechten Wohnung zu leben und Autofahren zu lernen. Von wegen hoffnungsloser Fall ...!

Lia: „Zu Beginn ging es in der Therapie hauptsächlich um das An- und Ausziehen, um zu sehen, ob ich damit klarkam. Damals habe ich nicht wirklich geäußert, was mir fehlte und eine Beratung war nicht wirklich möglich. Ich war nach all den Klinikaufenthalten mutlos und apathisch geworden. Die Ergotherapeutin hat aber sehr aufmerksam beobachtet und zugehört und Dinge wie das Entlein ausprobiert. Ich hatte auch zu deutlich gemacht, dass ich gerne etwas arbeiten würde, aber ich wusste nicht, was. Ich konnte nicht einmal selbst zur Toilette, was nicht sehr hilfreich war, um an einen Arbeitsplatz zu gelangen. Die Ergotherapeutin meinte, dass ich dies zuerst beherrschen müsse, bevor überhaupt an Arbeit zu denken sei. Ich stimmte dem zu, denn ich wollte unbedingt einen Arbeitsplatz. Damals war es nicht leicht, an Arbeit zu kommen. Auch die Sozialgesetze standen dem entgegen. Es gab so vieles zu regeln, und der Arbeitsplatz selbst und die Toilette sollten angepasst werden, und dabei hatten der Arbeitgeber und die Sozialversicherungsträger von alldem keine Ahnung. Es war einfacher, mich zu Hause zu lassen und mir Unterstützung zukommen zu lassen. 1968 begann ich dann doch zu arbeiten, sodass auch die Ergotherapie endete. Ich fing mit Verwaltungsarbeit bei der Arbeitsvermittlung an und wurde später in der Praxis zur Sekretärin ausgebildet. Und ich habe Autofahren gelernt!

Ich war inzwischen etwas älter geworden und wollte unabhängig leben, genau wie meine Altersgenossen. Das war die nächste Hürde für mich. Die Person, für die ich damals arbeitete, hatte mir einen Platz in einem Rehasentrum besorgt. Dort wurde alles erarbeitet, was ich zu tun imstande sein müsste, um ein unabhängiges Leben führen zu können: Im Rehasentrum unterstützte man mich dabei, dass ich mir z.B. zukünftig selbst das Essen zubereiten konnte, und die Ergotherapeutin

nahm die Anpassungen in der Wohnung vor. Sie war begeistert, was mich natürlich zusätzlich motivierte und inspirierte. Das Haus, das ich drei Jahre später bezog, war nicht wirklich rollstuhlgeeignet. Es war nicht einmal 50 Quadratmeter groß, was für einen Rollstuhl nicht wirklich war, und es zeigte sich bald, dass ich deshalb damit auch nicht gut genug zurechtkommen würde. Die Wohnung befand sich zudem in der Nähe meiner Mutter, die ständig erwartete, dass ich vorbeikam. Ich wollte doch mehr auf eigenen Füßen stehen, sodass ich bald wieder in der Klinik bei der Ergotherapie und dem Rehaarzt landete. Gemeinsam machten wir uns an die Arbeit, um festzustellen, welche Anforderungen und Wünsche es gab und was machbar und möglich war. Die Ergotherapie in der Klinik bestand vor allem aus der Vermittlung von Fertigkeiten an der Anrichte, beim Kochen und Backen sowie Anpassungen der Wohnräume. Ein paar Jahre später war ich wieder da, um Anpassungen an einem Rollstuhl vornehmen zu lassen, genau wie aktuell. Ich habe auch spezielles Besteck erhalten und benötige noch ein Hilfsmittel für mein Handy, weil ich es nicht gut am Ohr halten kann. Die Ergotherapie-Einheiten sind jetzt viel kürzer geworden und man kann mir viel gezielter helfen als früher. Die Ergotherapie ist dadurch effektiver geworden, aber auch weniger entspannt. Man kann nicht mehr in aller Ruhe dieses oder jenes tun oder ausprobieren. Trotzdem finde ich es angenehm, dass Ergotherapeuten so klientenorientiert arbeiten, dass sie einem zuhören. Das inspiriert mich enorm. Es ist für mich von großem Nutzen und verschafft mir Freude und Lebensqualität. Für mich ist die Ergotherapie sehr nützlich. Ich habe dank ihr immer so viele Fortschritte gemacht, dass ich mich nur positiv

äußern kann. Die Basis, auf der die Ergotherapie ihr Handeln gründet, wird heutzutage besser sein, aber der Ansatz ist für mich von Anfang an praktisch derselbe geblieben: konstruktiv. Ich gehe zur Ergotherapie, weil sie mir gut tut!“

Astrid Kinébanian: „Im Laufe der Jahre habe ich mit Lia Kontakt gehalten, und manchmal habe ich sie auch besucht.“

In den 1980er-Jahren hat Lia mehrfach am Ergotherapieprogramm in Amsterdam Vorlesungen gehalten, in denen sie den Studierenden erklärte, wie man trotz schwerer Behinderung selbstständig leben kann. Im Jahr 2005 besuchte ich die inzwischen beinahe 60-jährige Lia, um sie zu fragen, ob sie für ein Interview für die zweite Auflage dieses Buches zur Verfügung stehen würde, da wir einige Patientengeschichten aufnehmen wollten. Ich kam zu ihr und sah das Entlein bei ihr auf dem Schreibtisch stehen. Erstaunt rief ich: „Du hast ja noch immer das Entlein!? „Ja“, sagte Lia, „denn immer, wenn ich denke, es geht nicht mehr oder verzweifle, schaue ich mir das Entlein an und erinnere mich daran, dass es mir schon mal geglückt ist weiterzumachen, und dass es mir auch jetzt gelingen wird.“

Hinweis

Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patienten, ihren Angehörigen und Freunden, z. T. auch bei weiteren Personen, die z. B. in die Behandlung von Patienten eingebunden sind.

1 Die Entwicklung des Berufes

Alles Gescheite ist schon gedacht worden.

Man muss nur versuchen, es noch einmal zu denken.

J. W. von Goethe (1749–1832)

Keywords

- Zeitleiste für die Berufsausbildung
- Zusammenhang zwischen Betätigung (occupation), Wohlbefinden und Gesundheit (health): von der Antike bis heute
- Konzept der Ergotherapie
- Moral treatment
- Verbesserung der Betätigung durch Aktivitäten
- Arts-and-Crafts-Bewegung
- handwerkliche Aktivitäten mit dem Ziel der Rückkehr in die Gesellschaft
- reduktionistisches Denken
- interpretatives Denken
- Professionalisierung in Deutschland, Österreich und in der Schweiz
- rechtliche Anerkennung der Ergotherapie
- Berufsverband
- professionelles und Erfahrungswissen

1.1 Einleitung

Astrid Kinébian

Ein kleines Stück Geschichte

Die neuseeländische Ergotherapeutin Clare Hocking beschreibt in der Artikelreihe „The way we were“ wie Ergotherapeuten in der Zeit zwischen 1900 und etwa 2000 über die Bedeutung der Ergotherapie dachten, wie die Idee der Ergotherapie entstand und wie sie sich in diesem Zeitraum veränderte (Hocking 2008). Ihre Beschreibung verdeutlicht, wie bis in die 1970er-Jahre hinein die therapeutische Anwendung manueller Arbeitstechniken die Grundlage der Ergotherapie bildete. Sie zeigt auch, dass in der Auswahl von handwerklichen Tätigkeiten wie Buchbinden, Drucken, Korbflechten, Weben, Töpfern, Holzverarbeitung und Stickerei das Erbe der Ergotherapie sichtbar wird. Diese handwerklichen Techniken wurden damals von der Kunstgewerbebewegung als wichtige Fertigkeiten besonders betont und sollten als Gegengewicht zur Industrialisierung erhalten werden (► Tab. 1.1). Wilcock formulierte es in ihrem Buch „Occupation for Health“ so: „Die Vorstellung von einem Kunsthandwerk, das Freude bereitet und die körperliche

und geistige Gesundheit fördert, ist ganz fundamental“ (Wilcock 2002).

Die Bedeutung des Einsatzes handwerklicher Techniken spiegelt sich auch in dem wider, was der Beruf wirklich als wertvoll erachtet. In den ergotherapeutischen Kursen wurde damals viel Wert auf die Qualität der angefertigten handwerklichen Produkte gelegt und die Kurse waren stolz auf das handwerkliche Können ihrer Ergotherapeuten: Die St. Loye's School (UK) wurde für den „hohen Grad an handwerklichem Können gelobt, den die Studierenden erreicht haben“ (Johnson 1947). Dies war auch in der Praxis wichtig, denn die handwerklichen Produkte des Patienten wurden als „wirklich schön, perfekt, absolut legitim (Docker 1938/1939) und hervorragend verarbeitet“ beschrieben (Johnson 1947).

Cooper, ein Ergotherapeut, der mit psychiatrischen Patienten arbeitet, sagte: „Das Erschaffen von Dingen könnte auf den Einfallsreichtum und die Gaben des Selbst zurückgreifen und der Persönlichkeit eine Ausdrucksmöglichkeit bieten. Die Arbeit mit Ton brachte einer Patientin ein wunderbares Gefühl der Befreiung“ (Cooper 1940).

Stone (1960) meinte: „Therapeuten beobachteten „verkrüppelte“ Patienten, zunächst zaghaft, bevor sie dann zu erkennen begannen, dass sie doch nicht nutzlos sind; sie verstanden, dass die Herstellung von Dingen mit den eigenen Händen den Verstand der Patienten mit neuen Erfahrungen füttern und ihnen all die Schönheit und den Erfindungsreichtum ihres Intellekts zurückgeben würde“ (Bunyard 1940).

Seit den 1970er-Jahren hat sich in der Ergotherapie vieles verändert. Das Denken ist wesentlich rationaler geworden, die Therapie soll evidenzbasiert sein und nicht auf Dingen beruhen, die man intuitiv zu wissen glaubt. In den letzten Jahrzehnten ist es in der Ergotherapie jedoch wieder zu einer Neubewertung des „normalen Tuns“, des Betätigens gekommen (occupation based therapy), wobei die Geschichte, das subjektive Erleben des Klienten beim Betätigen im Mittelpunkt steht.

Die ► Tab. 1.1 gibt die zeitliche Entwicklung der Ergotherapie über die Jahrhunderte kurz zusammengefasst wieder. Die einzelnen Abschnitte dieser Geschichte werden in diesem Kapitel beleuchtet. Es gliedert sich in drei Abschnitte: ein allgemeiner Teil über die Entstehung der Ergotherapie in der westlichen Welt, ein Teil über die Entwicklung des Berufes in den deutschsprachigen Ländern und ein allgemeiner abschließender Teil mit einem Ausblick auf zukünftige Entwicklungen, kritischen Reflexionen und einer Zusammenfassung des Kapitels.

Tab. 1.1 Zeitleiste zur Entstehung der Ergotherapie in der westlichen Welt (nach Kinébanian und Nierstrasz).

Zeitraum	Menschen- und Gesellschaftsbild	Vorstellungen von Gesundheit	Vorstellungen von bedeutungsvollen Betätigungen (occupation)
Altertum (2000 v. Chr.– 500 n. Chr.)	<ul style="list-style-type: none"> • Sklaven und Herrscherklassen • kämpfen und siegen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vier-Säfte-Lehre: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Schleim: kalt und feucht ◦ Blut: warm und feucht ◦ gelbe Galle: warm und trocken ◦ schwarze Galle: kalt und trocken • ein gesunder Geist in einem gesunden Körper (Mens sana in corpore sano) • Zustand von Gleichgewicht und Ganzheitlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • viel Aufmerksamkeit für einen starken und schönen Körper • Für Arbeit und Lebensunterhalt sind Sklaven zuständig.
Mittelalter (500–1300)	<ul style="list-style-type: none"> • keine Trennung von Staat und Kirche • Religion bestimmt alles • Leibeigene und eine Oberschicht von Grundbesitzern 	<ul style="list-style-type: none"> • Vier-Säfte-Lehre • Religion bestimmend, geistiges Leben nach dem Tod • Wohltätigkeit der Kirche gegenüber Kranken mit Blick auf Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Klöster, Beichte, Gebet • Lebensunterhalt durch Leibeigene • Aufkommen von Handwerk und Gilden
Renaissance (1300–1600)	<ul style="list-style-type: none"> • Rückkehr zum Individualismus • Beginn der Wissenschaft • Religion immer noch mit viel Einfluss; Aufkommen des Humanismus (Erasmus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vier-Säfte-Lehre • einsetzendes Wissen über den Körper 	Einsatz von Betätigung als Machtmittel/ zur Disziplinierung und auch als sinnstiftend
Ausgang des 18. Jahrhunderts: Aufklärung	<ul style="list-style-type: none"> • Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit • Ausbau der Wissenschaft • Trennung von Kirche und Staat • Rationalität und Mensch im Mittelpunkt 	<ul style="list-style-type: none"> • Vier-Säfte-Lehre • einsetzendes kuratives Handeln • Einsetzen präventiver Denkweise. • moralische Verantwortung, Kranken zu helfen und sich um sie zu kümmern • Selbstentfaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn der individuellen Ausgestaltung von Betätigungen • Balance zwischen Aktivität und Erholungsphasen • erste Merkmale einer „Ergotherapie“ in der Psychiatrie • „moral treatment“
2. Hälfte des 19. Jahrhunderts: Industrialisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Zivilisation, Nationenbildung, Urbanisierung, Disziplin wird wichtig • Beginn des Individualismus • Einsetzen des Glaubens an den Fortschritt 	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn der staatlichen Gesundheitsfürsorge • Entstehung erster Berufskrankheiten • Gesundheit = Abwesenheit von Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> • viel und schwere Arbeit • ökonomischer Vorteil im Vordergrund • Lohnarbeit • gesellschaftlichen Beitrag leisten • Arbeitshäuser für Arme
1900–1913	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn der Sozialgesetzgebung • Einsetzen der Frauenemanzipation 	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Heilung • Wohlfahrtspflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung auf Ausbildung, Arbeit und Alltagsaktivitäten • Ergotherapie in der Psychiatrie und in TBC-Kliniken in den USA • heilsame Wirkung von Aktivitäten • Aufbau der Gesellschaft zum Nutzen aller
1914–1918	1. Weltkrieg	Aufkommen von Rehabilitationen in der Medizin	Heilwerkstätten für verletzte Soldaten in Europa unter Leitung von „reconstruction aides“
1918–1939 Fortschritts Glaube Entstehung des Völkerbundes	<ul style="list-style-type: none"> • Arts-and-Crafts-Bewegung • „die wilden Zwanziger“ • Weltwirtschaftskrise 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufstieg des medizinischen Modells und der naturwissenschaftlichen Sichtweise • reduktionistischer Ansatz bei Körper und Psyche 	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrische Einrichtungen mit Anteilen an Selbstversorgung; Patienten arbeiten in Wäschereien, Bäckereien usw. • auch Stimulation kreativer Aktivitäten • Arts-and-Crafts-Bewegung • Einsatz handwerklicher Aktivitäten zur Einübung körperlicher Funktionen bei körperlichen Behinderungen

Tab. 1.1 Fortsetzung

Zeitraum	Menschen- und Gesellschaftsbild	Vorstellungen von Gesundheit	Vorstellungen von bedeutungsvollen Betätigungen (occupation)
1939–1945	2. Weltkrieg	<ul style="list-style-type: none"> • Betonung der Rehabilitation • vor allem körperliche Ausrichtung • Entdeckung des Penicillins 	<ul style="list-style-type: none"> • in USA und Großbritannien viele ergotherapeutische Angebote für verletzte Soldaten • handwerkliche Aktivitäten zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft
1946–1970	Wiederaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau des Sozialstaates • medizinisches Modell • Aufbau der WHO • WHO-Definition Gesundheit: Zustand des völligen körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Wohlbefindens, nicht nur die Abwesenheit von Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung auf die Arbeitsrehabilitation, Rückkehr an den Arbeitsplatz • handwerkliche Aktivitäten
1970–2000	<ul style="list-style-type: none"> • Rezession • Demokratisierung • Emanzipation • Diskussion über den Begriff „normal“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau des Sozialstaates • sozial-medizinisches Modell • Antipsychiatrie • Behindertenbewegung 	Ziel der Unabhängigkeit des Individuums bei Betätigung
2000–2017	<ul style="list-style-type: none"> • Technologisierung • Digitalisierung • Multikulturalismus • Partizipationsgesellschaft • Netzwerkgesellschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderung • Rückbau des Versorgungsstaates • Selbstmanagement • Paradigmenwechsel hin zu mehr Selbstverantwortlichkeit des Bürgers für seine Gesundheit • positive Gesundheit (Huber 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen das Betätigen ermöglichen (enabling) • Betätigen verleiht dem Leben Sinn • Klientenzentriertheit • Evidenzbasiertheit • Kontextbasiertheit • Aufmerksamkeit für Organisationen und Populationen

Der allgemeine Teil beginnt mit einer Klärung des Begriffs Ergotherapie. Anschließend wird dargelegt, welche Bedeutung das Betätigen (occupation) für die Gesundheit und das Wohlbefinden (health) hinsichtlich des gewandelten Bildes vom Menschen und der Gesellschaft besitzt, wie es sich über Jahrhunderte dargestellt hat. Insbesondere im 19. Jahrhundert hat sich der Alltag der Menschen unter anderem durch die Industrialisierung, die Urbanisierung und die Zunahme der Erwerbsarbeit stark verändert. Es wird auch der Einfluss der beiden Weltkriege im 20. Jahrhundert auf die Entwicklung der Ergotherapie untersucht.

Wenn die Professionalisierung einer Tätigkeit zu einem eigenständigen Beruf führen soll, ist es erforderlich, dass dieser Beruf die sozialen und rechtlichen Anforderungen des Landes, in dem er ausgeübt wird, erfüllt, damit eine Anerkennung auf allen Ebenen erreicht werden kann. Um diese Anerkennung aufrechtzuerhalten, bedarf es dann der kontinuierlichen Entwicklung und Erneuerung eines Berufsstandes. Hier wird dargelegt, was Professionalisierung bedeutet und wie dieser Prozess in Deutschland, Österreich und der Schweiz verlaufen ist. Dann wird noch kurz auf zukünftige gesellschaftliche Veränderungen und

deren möglichen Auswirkungen auf die Ergotherapie eingegangen.

Die Ergotherapie fußt vornehmlich auf den westlichen Normen und Werten. In anderen Teilen der Welt haben sich andere Bilder des Menschen und der Welt an sich mit anderen Normen und Wertvorstellungen entwickelt. Die Ergotherapie, die auf westlichen Normen und Werten basiert, spiegelt dies nicht immer wider. Die sich daraus bei der Berufsausübung ergebenden Dilemmas, wenn Klienten nicht westliche Normen und Werte haben, werden in Kap. 9 besprochen.

Dann wird das Verhältnis zwischen der fachlichen Kompetenz des Ergotherapeuten und dem Erfahrungswissen des Klienten beleuchtet.

Um dem historischen Thema verschiedener Abschnitte dieses Kapitels Rechnung zu tragen, wird mitunter – und sofern relevant – die in einem bestimmten Zeitraum gebräuchliche Sprache verwendet. So heißt es dann etwa „Patient“ statt „Klient“, „Behandlung“ statt „Intervention“, „Verrückte“ statt „Menschen mit psychischer Erkrankung“, „Gebrechliche“ statt „Menschen mit Behinderungen“.

1.2 Der Begriff „Ergotherapie“

Astrid Kinébianian

1970 erklärte der Weltverband der Ergotherapeuten (World Federation of Occupational Therapists, WFOT), der Dachverband aller nationalen Ergotherapieverbände, den Begriff „Ergotherapie“ zur offiziellen Übersetzung des Begriffs „occupational therapy“ in den nicht englischsprachigen Ländern. Das griechische „ergon“ bedeutet „Arbeit“ im weitesten Sinne des Wortes: aktive Teilhabe, körperliche und geistige Aktivität, Leistung, Werk, Tat, Handlung, Aktion. Im Laufe der Geschichte hat der Einsatz von Arbeit und Aktivitäten als Therapeutika viele Erscheinungsformen und Namen gehabt, wie z. B. aktive Therapie, aktivierende Therapie, Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie und Aktivitätsberatung. In der angelsächsischen Sprachwelt wurden die Begriffe „moral treatment“, „manual work“, „invalid occupation“, „reconstruction aid“ und seit 1921 „occupational therapy“ diskutiert. In Deutschland wurde früher neben „Ergotherapie“ häufig der Begriff „Beschäftigungstherapie“ verwendet, der heute völlig obsolet ist. In Skandinavien (ergoterapi) und im französischsprachigen Raum (ergothérapie) wird die offizielle Übersetzung beibehalten. Im Laufe der Jahre haben sich verschiedene Berufe herausgebildet, welche die Aktivität als Mittel zur Beeinflussung des menschlichen Betätigens nutzen.

1.3 Was ging dem Denken über den Zusammenhang zwischen Betätigung (occupation), Wohlbefinden und Gesundheit (health) voraus?

Hugo Nierstrasz

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang zwischen einer veränderten Auffassung von Gesundheit und bedeutungsvollem Betätigen als Grundlage der Ergotherapie untersucht. Dabei wandern wir in Riesenschritten durch die Epochen der westlichen Kulturgeschichte, von der Vorzeit über die Antike, das Mittelalter, die Renaissance, die Aufklärung bis zur industriellen Revolution. Die Angaben in diesem Abschnitt basieren weitgehend auf dem Buch von Ann Wilcock „Occupation for Health“ (Wilcock 2001).

1.3.1 Vom klassischen Altertum bis zur Moderne – Im Eilschritt durch die Geschichte der Ergotherapie

In der Vorzeit wurde viel Wert auf die Gesundheit des Einzelnen gelegt. Schließlich hatte die Fitness jedes Einzelnen einen direkten Einfluss auf die Gruppe als Ganzes. Zentrale Elemente in den Ansichten zur Gesundheit waren die Selbstversorgung und der gesunde Menschenverstand, der auf Wahrnehmung, persönlichen Erfahrungen und der Weitergabe von Erkenntnissen der Vorfahren basierte. Darüber hinaus gab es Schamanen, denen heilkundlerische Fähigkeiten zuerkannt wurden.

Im klassischen Altertum (griechische und römische Antike, ca. 2000 v. Chr. bis 500 n. Chr.) fanden sich die ersten Ansätze der modernen Medizin und das Bild vom Aktivsein zur Erhaltung der Gesundheit nahm erste Formen an. Dies galt sowohl für den einzelnen Menschen als auch für die Gesellschaft als Ganzes. Hier werfen wir einen etwas längeren Blick drauf, weil das Thema aufgrund der Verbreitung der Schrift größere Gruppen erreichte. Die damals entwickelten medizinischen Prinzipien hatten bis weit ins 19. Jahrhundert hinein Geltung.

Für die Griechen und gewiss auch für die Römer bestand ein Unterschied zwischen körperlicher und geistiger Aktivität. Körperliche Arbeit war eine Aufgabe für die untersten Klassen, vor allem für Sklaven. Die obere Schicht war weit entfernt von körperlicher Anstrengung und Arbeit; sie kannte nur geistige Aktivität. Es war die Blütezeit der Philosophie. Das bedeutet nicht, dass die Gesundheit kein Thema gewesen wäre. Tatsächlich war ein zentrales Element in der Vorstellung der Griechen und Römer von Gesundheit, dass man nur gesund bleiben konnte, wenn es ein Gleichgewicht im Körper gab. Die wichtigste Theorie zu diesem Thema war die von der Balance zwischen den vier Körperflüssigkeiten (humores) Schleim, gelbe Galle, Blut und schwarze Galle, wie sie von Hippokrates (4. Jahrhundert v. Chr.; Vier-Säfte-Lehre) formuliert wurde, sowie die Überarbeitung dieser Theorie durch Galenos von Pergamon in der Mitte des 2. Jahrhunderts v. Chr., der die vier Säfte mit den Primärqualitätenpaaren warm-kalt bzw. feucht-trocken kombinierte. Die Essenz dieser Lehre war das Gleichgewicht zwischen den Körperflüssigkeiten. Ungleichgewichte führten zur Dominanz eines bestimmten Temperaments, dem mit einer Diät entgegengewirkt werden konnte. Beispielsweise wurde Blut mit einem sanguinischen (zu energetischen) Temperament, schwarze Galle mit einem melancholischen (zu niedrigen) Temperament, gelbe Galle mit einem cholerischen (überschießenden, reizbaren) Temperament und Schleim mit einem phlegmatischen (zu wenig emotionalen) Temperament verknüpft (► Tab. 1.2).

Tab. 1.2 Die Körpersäfte nach Galenos (nach Wikipedia).

Körpersaft	Jahreszeit	Element	Organ	Qualität	Temperament	Merkmale
Blut	Frühling	Luft	Herz	warm und feucht	sanguinisch	energisch, herzlich, unbefangen, optimistisch, kreativ, sorglos, lebendig, sozial, offen, impulsiv, oberflächlich, ambitioniert, ehrgeizig, rastlos, aufbrausend, egozentrisch
gelbe Galle	Sommer	Feuer	Leber	warm und trocken	cholisch	extrovertiert, leidenschaftlich, energisch, zielstrebig
schwarze Galle	Herbst	Erde	Milz	kalt und trocken	melancholisch	trübsinnig, vorsichtig, misstrauisch, gewissenhaft, sorgfältig, gemächlich, aufmerksam, geduldig, rational, unbeirrbar
Schleim	Winter	Wasser	Gehirn	kalt und feucht	phlegmatisch	tolerant, nachdenklich, konsistent, loyal, gelassen, ernsthaft, introvertiert, passiv, ruhig, analytisch

Ein gesunder Geist lebt nur in einem gesunden Körper, auf Lateinisch: *Mens sana in corpore sano*. Das Fehlen der körperlichen Anstrengung durch Arbeit bedeutete, dass die Reichen Gefahr liefen, aus dem Gleichgewicht zu geraten. Deshalb wurde viel Wert auf Turnhallen gelegt, Orte, an denen intensiv Sport betrieben wurde. Hippokrates riet zu bestimmten Übungen oder Aktivitäten, um die Gesundheit wiederherzustellen. Die Kranken und Schwachen hatten in diesen Gesellschaften nur wenig Platz. In einigen Gesellschaften, wie etwa in Sparta, war es sogar gerechtfertigt, Kinder oder Menschen mit Anomalien zu töten, weil sie den Staat schwächen würden. Krankheit oder Schwäche wurde oft als selbst verschuldetes Unheil angesehen, zum Beispiel wegen Maßlosigkeit.

Das Mittelalter (etwa 500–1300 n. Chr.) stellte einen Wendepunkt für die Bedeutung dar, welche dem Betätigten im täglichen Leben zukam. *Ora et labora*, „Bete und arbeite“ war das wichtigste Motto der christlichen Glaubensgemeinschaft. Davon ging auch eine wichtige präventive Wirkung aus: Das gottesfürchtige Leben hielt einen gesund. Eine weitere Veränderung war eine Stärkung der Stellung Kranker und Schwacher in der Gesellschaft. Sie hatten Anspruch auf Schutz. Hinzu kam die Überzeugung, dass man durch unchristliches Verhalten Rückschläge und Unheil über sich selbst bringen konnte.

Auch die Medizin entwickelte sich. Durch arabische Übersetzungen wurden die medizinischen Erkenntnisse der Griechen und Römer wieder zugänglich, insbesondere die Vier-Säfte-Lehre. Diese wurden in Regeln übersetzt, das „Regimen sanitatis“ („Gesundheitslehre“). Die Idee dahinter war, dass es ein Gleichgewicht geben muss und dass Krankheiten durch ein Zuviel oder ein Zuwenig entstehen können. Durch Beseitigung des Ungleichgewichtes könnte der Körper wieder gesunden. Diese Vorstellung war auch der Grund für z. B. den Aderlass oder für den Ratschlag, maßvoll zu essen, damit ein Überschuss an Blut abfließen konnte. Auch die Umwelt spielte eine wichtige Rolle. So schien es etwa bei Husten ratsam zu sein, mehr frische Luft zu atmen. Das „Regimen“ erhielt

eine Übersetzung für die Bevölkerung in Versform, durch welche die Regeln der breiten Masse zugänglich gemacht werden sollten. Darüber hinaus stieg im Mittelalter auch die Wissenschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung an den Universitäten, an denen Ärzte ausgebildet wurden und wo Forschung betrieben wurde.

Während der Renaissance (etwa 1400–1600) wurde diese intellektuelle Entwicklung durch die Wiederentdeckung der Erkenntnisse der Klassiker verstärkt, die in eine eigene Ideologie, den Humanismus, übersetzt wurden. Befördert wurde dies durch Gelehrte aus der ganzen Welt, wie Francesco Petrarca, Desiderius Erasmus, Thomas More, Charles de Montesquieu und viele andere. Der Humanismus stellt den Menschen mit seiner Würde und seinem Glauben an seine eigenen Fähigkeiten in den Mittelpunkt unseres Lebens. Der *Homo universalis*, der Mensch, der seine körperlichen und intellektuellen Fähigkeiten zur vollen Entfaltung bringt, war die Verkörperung dieser Überzeugung. Leonardo da Vinci ist für diese Vorstellung sicherlich ein herausragendes Beispiel.

Dass sich der Humanismus so schnell verbreiten konnte, lag an der Erfindung der Druckkunst, wodurch die Schriften plötzlich vielen Menschen zugänglich wurden. Das Wissensmonopol der Kirche war damit gebrochen. Bis dahin war die Versorgung der Kranken, einschließlich der psychisch Kranken, in erster Linie eine kirchliche Angelegenheit. Geistesranke wurden in „Irrenhäusern“ eingesperrt. Nun gab es ein wissenschaftlich fundierteres Interesse an der Funktionsweise und Verbesserung des Menschen, vor allem durch Beobachtung. Wichtige Erkenntnisse lieferten Denker wie Bernardino Ramazzini (Ende des 17. Jahrhunderts), der über arbeitsbedingte Krankheiten schrieb, und Ambroise Paré (Mitte des 16. Jahrhunderts), der über die Vorteile schrieb, die sich für jeden Menschen aus einer sinnvollen Tätigkeit ergeben. Er bemerkte, dass eine Nicht-Beschäftigung zu allen möglichen Krankheiten führen kann.

Die Betonung der Rationalität und die Tendenz, den Menschen ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken,

verstärkte sich während der Aufklärung im 18. Jahrhundert. In dieser Zeit entstanden die Ideen von Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit der Menschen und ihrem Recht auf Selbstentfaltung. Diese Selbstentfaltung könnte durch aktives Betätigen und vor allem durch Arbeit erreicht werden. Auch die Umwelt hatte sich geändert, was unter anderem an dem Wachstum der medizinischen Versorgung und der Zahl der Ärzte und Krankenhäuser lag. Publikationen zum Thema Selbstversorgung stießen auf großes Interesse. Die beschriebenen Erkenntnisse basierten auf dem Regimen sanitatis.

Diese Rationalität wurde auch in der Behandlung psychischer Störungen angewandt. Ein wichtiger Denker aus dieser Zeit ist Philippe Pinel, ein Arzt für psychisch Kranke in Paris. Er plädierte für eine Behandlung der Patienten ohne Zwangsmaßnahmen, einschließlich des Einsatzes von Aktivitäten zur Therapie, wie etwa durch einfache Arbeiten im Krankenhaus. Diese Aktivitäten waren jedoch notwendig, um den Betrieb am Laufen zu halten, wie z. B. Wäsche waschen, im Garten arbeiten, Kartoffeln schälen usw.

Die industrielle Revolution (Ende des 18. bis Ende des 19. Jahrhunderts) ist durch sehr große soziale und politische Umbrüche gekennzeichnet, die auf die Industrialisierung der Wirtschaft zurückzuführen waren. Das offensichtliche Elend, das sich in den Städten konzentrierte, in denen auch die sozial höheren Schichten lebten, führte zu teilweise heftigen Bewegungen gegen die Auswüchse der Industrialisierung und des ungezügelter Kapitalismus. Karl Marx erklärte, dass sich der Mensch durch die Arbeit, die er ausführen muss, von sich selbst entfremdet habe. Mit diesen Gedanken war er nicht allein, auch die Arts-and-Crafts-Bewegung basierte hierauf. An verschiedenen Orten entstanden manchmal utopische Initiativen von Einzelpersonen oder Gruppen, die sich die Schaffung eines menschenwürdigeren Lebens für Benachteiligte zum Ziel gesetzt hatten, ganz gleich ob es sich nun um Arbeiter, Frauen, Kinder, Kranke oder um sozial oder körperlich schwächere Personen handelte. In ganz Europa wurden sog. „Arbeitshäuser“ errichtet, um den Armen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen und die Kinder zu unterrichten.

Auch liberale Gruppen in den Niederlanden schlossen sich zu diesem Zweck zusammen, wie etwa in der „Maatschappij tot het Nut van het Algemeen“. Die soziale Frage und die Bewertung bestimmter Arbeitsbedingungen als verantwortungslos und erniedrigend standen ganz oben auf der Agenda der Oberschicht und hielten zunehmend Einzug in die Gesetzgebung. Damit waren die ersten Schritte auf dem Weg zum Wohlfahrtsstaat gemacht. In diese Zeit fällt auch die Professionalisierung der medizinischen Berufe mit der Einrichtung eines Berufsregisters für Ärzte als Krönung.

An verschiedenen Orten wurden auch spezifischere, kleine Initiativen zur Unterstützung von Einzelpersonen, wie z. B. psychisch Kranken, entwickelt. In diesem Zusam-

menhang war Samuel Tuke im frühen 19. Jahrhundert eine einflussreiche Persönlichkeit. Er betrieb eine Reihe von Einrichtungen für psychisch Kranke in England. Wie Pinel sah er, dass es für die Genesung eines kranken Menschen wichtig ist, sinnvollen Aktivitäten nachzugehen. Der Therapeut half dabei, die richtige(n) Aktivität(en) zu finden, durch die ein Kranker sein Selbstwertgefühl wiedererlangen und mehr Kontrolle über sich selbst bekommen sollte, sodass er sich erholen konnte. Die Aktivitäten wurden intern in den Einrichtungen ausgeübt und waren in der Regel (bezahlte) Handwerksarbeiten. Es gab keine ausgewiesenen Therapeuten. Jeder Mitarbeiter einer solchen Einrichtung, also Arzt, Schwester oder auch Hausmeister konnte diese Rolle übernehmen. Weitere Erkenntnisse und Erfahrungen führten zu einer zunehmenden Professionalisierung der Institutionen, sodass 20 Jahre später Anleitungen für alle existierten, die sich um die Betreuung dieser Patienten bemühten.

1.4 Anfänge der Berufsentwicklung

Astrid Kinébanian

1.4.1 Europa

Obschon die gesundheitsförderlichen Aspekte von Arbeit, Aktivität und Spiel für den Körper und die Psyche bereits in der Antike Erwähnung fanden, liegen die Wurzeln der Ergotherapie im 19. Jahrhundert. Die Ergotherapie ist eng mit einem humanistischen Menschenbild verbunden, bei dem die Gleichheit eine große Rolle spielt. So ist es nicht verwunderlich, dass während der Französischen Revolution (Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit) erstmals Formen der Ergotherapie angewendet wurden (Licht 1948). Am 24. Mai 1798 befreite der französische Psychiater Philippe Pinel eine Reihe von „Verrückten“ von ihren Fesseln (► Abb. 1.1) und im selben Jahr führte er im Pariser Hospiz de Bicêtre die „Arbeit“ als Behandlung ein.

Im Jahre 1801 beschrieb Pinel seine Behandlungsmethode in einem Buch: Seiner Meinung nach sollte die „Arbeitstherapie“ in allen Einrichtungen für Verrückte eingesetzt werden; „... nach Anweisung ausgeführte körperliche Arbeit ist die beste Methode, um Disziplin und Moral aufrechtzuerhalten. Die Rückkehr der wiedergenesenden Patienten zu ihren früheren Interessen und Betätigungsfeldern, zu ihrer Erwerbstätigkeit und zur ausdauernden Aktivität waren für mich immer die besten Zeichen für die Genesung“ (Kramer 1990).

Diese Auffassung von Genesung aus dem Jahr 1801 als Rückkehr zu früheren Interessen und zur früheren Arbeit ähnelt auffällig den gegenwärtigen Ansichten zur Partizipation von Klienten. Pinel war nicht nur der Erste in der Literatur, der Arbeit medizinisch verordnete, sondern er war auch der erste Arzt, der zwischen Kriminellen und

Geisteskranken unterschied. Damit eröffnete er den Weg zu einem medizinischeren und toleranteren Umgang mit Menschen mit abnormalen Verhaltensweisen. Er bezeichnet dies als „traitement morale“.

Obwohl Pinel die Verrückten von ihren Ketten befreite, blieb die Frage nach der Autonomie der Patienten offen. So revolutionär seine Arbeitsweise damals auch war, benutzte er doch die Arbeit noch als Mittel zur Disziplinierung von Menschen mit abweichendem Verhalten als Ersatz für die Ketten. Diese Disziplinierung wurde natürlich von den Beteiligten um 1800 als Befreiung erlebt. Die Weltgeschichte zeigt jedoch, dass Arbeit von Machthabern immer wieder als Instrument zur Disziplinierung und Unterdrückung von Menschen missbraucht wird, wie bei Sklaven, unterbezahlten Textilarbeitern, in Arbeitslagern usw., anstatt den Menschen wirklich durch Arbeit zu befreien.

Im Jahre 1800 führte der Quäker Samuel Tuke in England nach Pinels Vorbild die Arbeit als Therapie für Verrückte ein. Er arbeitete als Psychiater im Retreat, einem Quäkerkrankenhaus in York, dessen Behandlung auf humanitären Prinzipien beruhte. Er trat für eine menschliche Herangehensweise an den Patienten als rationales Wesen ein, das über die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung (self-restraint) verfügt. Er nannte diese Behandlung genau wie Pinel „moral treatment“. Weder Ketten noch körperliche Bestrafungen wurden verwendet. Alle Patienten trugen gewöhnliche Kleidung und wurden dazu angehalten, frühere Gewohnheiten wieder aufzunehmen und an sportlichen Übungen und an der Arbeit teilzunehmen. Tuke war vom Wert und der Individualität jedes Menschen überzeugt und zeigte dies, indem er mit Respekt und Freundlichkeit auf die Patienten zuing. Er hielt es für äußerst wichtig, dass ein Mensch Selbstvertrauen hatte:

„Es ist von großem Vorteil, wenn man den Patienten als rationales Wesen behandelt, und dieser beträchtliche Vorteil lässt sich sicherlich aus der Kenntnis der bisherigen Gewohnheiten, Arbeitsweisen und Vorlieben des Einzelnen ableiten“ (Creek 1997).

Im Gegensatz zu Pinel ist die Behandlung bei Tuke daher schon jetzt auf die Gewohnheiten, Arbeitsweisen und Vorlieben der Menschen abgestimmt. Individualität wird respektiert. Fünf Jahre später, im Jahre 1856, entwickelte John Conolly diese Vision zu einem „no-restraint-system“:

„Zwang ist nicht notwendig, nie gerechtfertigt und immer schädlich. Stattdessen sollte es um die Klassifizierung von Krankheiten, Wachsamkeit, Beobachtung bei Tag und Nacht, Freundlichkeit sowie die Beachtung von Gesundheit, Sauberkeit, Komfort, Aktivitäten und Arbeit gehen“ (Bierenbroodspot 1969).



Abb. 1.1 Philippe Pinel befreit die Geisteskranken von ihren Fesseln (nach einem Gemälde von Tony Robert Fleury, 1876. Quelle: Psychiatrische Klinik Robert Fleury, Leidschendam).

1.4.2 Der Einfluss der europäischen Vorläufer auf die aktuelle Ergotherapie

Die Psychiater Pinel, Tuke und Conolly gelten als Vorreiter der Ergotherapie. Ihre humanistischen Ansätze in der Patientenbehandlung wurden natürlich bereits weiterentwickelt, sind aber in der heutigen Ergotherapie (Kap. 2) immer noch erkennbar.

Ergotherapeuten sind davon überzeugt, dass Menschen Individuen sind und gehen von der Gleichheit aller Menschen aus. Die Vielfalt in der Menschheit wird respektiert. Das bedeutet, dass Ergotherapeuten tolerant sind, vor allem gegenüber Menschen, die den sozialen Standard nicht erfüllen. Sie versuchen immer, offen für neue Ideen und Ansichten zu bleiben, und machen ihre Entscheidungen in erster Linie von den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten abhängig. Diese humanistische Herangehensweise stellte den Patienten in den Mittelpunkt; heute ist es der Klient. Ergotherapeuten lassen Interventionen auf Aktivitäten basieren, die für den Klienten von Bedeutung sind. Solche Aktivitäten haben eine motivierende Wirkung und stärken das Selbstvertrauen – ein Gedanke, der sich bereits bei Tuke findet.

Im 19. und 20. Jahrhundert wurden zur Wiederherstellung motorischer Funktionen nur selten Aktivitäten eingesetzt. Eine Ausnahme bildete der Franzose Clement Tissot, der bereits 1780 – also noch vor Pinel – ein Buch mit ausführlichen Anleitungen für den Einsatz von Handarbeit und Freizeitaktivitäten in der Behandlung von Muskel- und Gelenkerkrankungen veröffentlichte (Luitse 1970). Im Jahre 1822 veröffentlichte der englische Marinekapitän George Webb De Renzy ein Buch mit dem Titel „Enchiridion: A hand for the one-handed“, in dem er Hilfsmittel als Ersatz der rechten Hand beschrieb, die De Renzy selbst verloren hatte. Die Ideen von Tissot und

De Renzy wurden erst über ein Jahrhundert später während und nach dem 1. Weltkrieg wieder aufgegriffen (Luitse 1970, Hopkins u. Smith 1988).

1.4.3 Die USA

Die beschriebenen Entwicklungen in Europa fanden in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts statt. Es dauerte jedoch bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts, bis es tatsächlich die Ergotherapie gab. Um 1910 wurde von verschiedenen Seiten des Gesundheitswesens in den USA zur Aktivierung von Psychiatrie- und Tuberkulosepatienten aufgefordert und man bot ihnen Arbeit oder Aktivitäten an. Ein wichtiger Fürsprecher war der amerikanische Psychiater Adolf Meyer, der auf den Ideen des „moral treatment“ aufbaute. Er ging davon aus, dass geistige und körperliche Aktivität besser ist als Untätigkeit: „Nichts zu tun, passt nicht zum Menschen“. Man sah den Menschen als essenzielle Einheit aus Körper und Psyche, die sich in der Welt durch Handeln und Tun behauptet (Kinébanian et al. 1988).

„Gruppen, die mit Raffiabast und Korbflechtereie, mit verschiedenen Arten von Hand- und Webarbeiten oder Buchbindereien sowie mit Metall- und Lederarbeiten beschäftigt waren, traten an die Stelle von Mauerblümchen und Unruheftnern. Die Freude am Erreichten, ein echtes Vergnügen an Aktivitäten der Hände und Muskeln und eine freudige Wertschätzung der Zeit wurden zunehmend als Anreize im Management der Patienten eingesetzt ...“ (Meyer 1922/1977)

1.4.4 Betätigungen und Aktivitäten

Die Teilhabe an Aktivitäten und Routinetätigkeiten spielt eine wichtige Rolle bei der Gestaltung des Lebens. Im Jahre 1922 formulierte Meyer die folgenden fünf Prinzipien, die in der Ergotherapie noch heute Gültigkeit besitzen:

- Es besteht ein grundlegender Zusammenhang zwischen Gesundheit, Arbeit und den alltäglichen Aktivitäten.
- Durch die Durchführung gesunder Aktivitäten wird die Balance zwischen Sein, Denken und Betätigung gewahrt.
- Körper und Psyche bilden eine Einheit.
- Wird die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben behindert oder ist das Betätigen beeinträchtigt, verschlechtern sich die Funktionen von Körper und Psyche.
- Da das aktive Betätigen den Körper und die Psyche erhält, eignet sich der Einsatz von Aktivitäten als Therapie dazu, die Betätigungsfähigkeit wiederherzustellen.

Diese Prinzipien, die heute als „Vision des Betätigens“ bezeichnet werden, haben den Grundstein für die Ergotherapie gelegt: „Jegliche erzwungene Untätigkeit, die einen Mangel an Betätigungen bedeutet, kann dazu führen, dass eine Person ihr Leben nicht mehr kompetent führen kann“ (Meyer 1922/1977).

Diese Aussagen sind umso bemerkenswerter, wenn man bedenkt, dass zu Meyers Zeiten die Pflege psychischer Patienten im Krankenbett oder mit langen, teils kalten Bädern Beifall fand. Die Menschen begannen, die Verrückten zunehmend als Patienten zu sehen, und das bedeutete damals Pflege und Bettruhe.

Einige Jahre vor Meyer hatte die amerikanische Krankenschwester Susan F. Tracy bemerkt, dass aktive Orthopädie- und Tuberkulose-Patienten weniger unruhig waren und längere Bettruhe besser ertrugen. Im Jahr 1910 veröffentlichte sie das Handbuch „Studies in invalid occupations: A manual for nurses and attendants“, das eigentlich eher ein illustrierter Leitfaden für handwerkliche Tätigkeiten war. Tracy erklärte darin, wie man diese Aktivitäten für Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen und in verschiedenen Situationen nutzen konnte: im Krankenbett, auf der Station, in der Abteilung Ergotherapie, in einer Werkstatt oder zu Hause. Sie gab zudem unterschiedliche Kurse und beschrieb die Ergotherapie wie folgt:

„Jeder Patient wird im Licht seiner Dreieinigkeit aus Körper, Geist und Seele betrachtet. Das Ziel ist ebenfalls dreifach: die Verbesserung seines körperlichen Zustandes, sein Bildungsfortschritt und seine finanzielle Gesundheit. Die Methode basiert auf einem Dreifach-Prinzip: die Mobilisierung von Ressourcen, die Fähigkeit zur Initiierung von Aktivitäten und die Teilhabe an solchen Aktivitäten sowohl von kranken als auch von gesunden Personen.“ (Tracy 1910)

Diese Beschreibung macht deutlich, dass es bereits 1910 die Überzeugung gab, wonach sich die Ergotherapie immer auf den ganzen Menschen bezieht. Die vom Ergotherapeuten verfolgten Ziele richten sich sowohl auf die Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit als auch auf die Fähigkeit der Person, sich selbst zu entwickeln und zu erhalten. Heute bezeichnet man das als Partizipation.

Mit „Mobilisierung von Ressourcen“ (realization of resources) meint Tracy, dass Ergotherapeuten die Möglichkeiten, die der Patient hat, nutzen sollten. Die Umwelt wird so gestaltet, dass sie zu Aktivitäten animiert und die Partizipation von sowohl kranken als auch gesunden Menschen fördert. Allerdings hat Tracy die zugehörige Methodik nicht beschrieben, also wie Ergotherapeuten dies erreichen können. Eleanor Clark Slagle war die erste Ergotherapeutin, die 1922 die Arbeitsmethode weiterentwickelte. Die ehemalige Sozialarbeiterin Slagle machte sich Sorgen um das „Nichtstun“ psychiatrischer Patienten und absolvierte einen Kurs in „curative occupations and recreations“. Danach wurde sie Leiterin der Ergotherapie-Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses und gründete 1915 die erste offizielle Ergotherapie-Schule in Chicago. Slagle legte großen Wert auf das „habit training“:

„Unser Leben besteht in weiten Teilen aus gewohnheitsmäßigem Verhalten, und das Betätigen hilft in der

Regel dabei, manche dieser Gewohnheiten zu überwinden, andere zu verändern und neue zu etablieren, sodass die Verhaltensgewohnheiten die Wiederherstellung und den Erhalt der Gesundheit begünstigen.“ (Slagle 1922)

Sie baute auf den Ideen von Adolf Meyer auf. In ihrer Methodik betonte Slagle die Beziehung zwischen Körper und Psyche, die Notwendigkeit, den Menschen Gewohnheiten beizubringen, den Dingen Aufmerksamkeit zu schenken und Aktivitäten zu analysieren. Sie wies auch auf die Notwendigkeit hin, Tätigkeiten zu klassifizieren: von einfach bis komplex, von leicht bis schwer, von vertraut bis unbekannt, von routinemäßig bis interessant und abwechslungsreich, von wenig bis viel Konzentration erfordernd. Damit stellte sie die Weichen für einen methodischen Aufbau der Ergotherapie.

1.4.5 Die Diskussion über die Namensgebung in den USA

In den ersten Jahren der Berufsentwicklung in den USA stellte sich auch die Frage, welchen Namen man dem Beruf geben sollte. 1914 schlug Eva Reid den Namen „ergotherapy“ vor. Andere hingegen sprachen sich eher für „functional therapy“, „kinetic therapy“, „work therapy“ oder „occupation treatment“ oder „occupational reeducation“ aus (Hopkins u. Smith 1988, Luitse 1970). George Edward Barton war derjenige, der den Begriff der „occupational therapy“ erwähnte. Barton war Architekt, der als Psychiatriepatient in hohem Maße von der Durchführung zielgerichteter Aktivitäten profitiert hatte. Für ihn war das Grundprinzip der Ergotherapie „nicht die Herstellung eines Gegenstandes, sondern die (Wieder-)Herstellung eines Menschen“. So entwarf er folgende Definition: „[Occupational therapy is] the science of instructing and encouraging the sick in such labors as will involve those energies and activities, producing a beneficial effect“ (Barton 1919).

Hier geht es also bereits um die Ergotherapie als Wissenschaft. Es dauert jedoch bis 1989, bis der Begriff „Occupational Science“ tatsächlich angewendet und umgesetzt wurde (Yerxa et al. 1990).

1.5 Der Berufsverband in den USA

Astrid Kinébanian

Die National Society for the Promotion of Occupational Therapy wurde 1917 gegründet, kurz bevor die USA begannen, sich aktiv am 1. Weltkrieg zu beteiligen, mit den erklärten – und noch immer aktuellen – Zielen: „... die Förderung von Aktivitäten als therapeutischer Maßnahme, die Erforschung der Auswirkungen der Aktivitäten auf den Menschen und die Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu diesem Thema“ (Hopkins u. Smith 1988).

Die Begründer des Berufsverbandes hatten sehr unterschiedliche Hintergründe. Sie waren Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Künstler, Lehrer, Architekten usw. Allen war gemeinsam, dass sie die Betreuung der Kranken und Behinderten für unzureichend hielten und dachten, sie hätten in der Ergotherapie eine Methode gefunden, die diese Versorgung verbessern könnte. Da die Hintergründe der Gründer so unterschiedlich waren, war die „Breite“ des Berufes sozusagen bereits zu Beginn angelegt.

Ab 1922 veröffentlichte der Verband eine Fachzeitschrift, die „The Archives of Occupational Therapy“, die von 1947 unter dem Titel „American Journal of Occupational Therapy“ herausgegeben wurde (Hopkins u. Smith 1988).

Im Jahr 2017 feierte die American Occupational Therapy Association (AOTA) somit ihr 100-jähriges Bestehen (www.aota.org).

Mit der Gründung eines Berufsverbandes und der Herausgabe einer Zeitschrift wurden somit die ersten Schritte in der Berufsformung unternommen.

In Deutschland gab es mit der „Beschäftigungstherapie“ (Höhl et al. 2015) und in Frankreich mit der „traitement morale“ gleichläufige Entwicklungen, die jedoch nicht unmittelbar in die Gründung eines Berufsverbandes mündeten oder mit der Herausgabe einer Zeitschrift verbunden waren.

1.6 Die Anfänge der Berufsformung in den Niederlanden

Astrid Kinébanian

In den Niederlanden finden sich die Anfänge der Ergotherapie oder Arbeitstherapie vor allem in psychiatrischen Einrichtungen. Schon viele Jahre lang war der Nutzen der Arbeit für geistig behinderte Menschen, meist in Form von Hausarbeit oder Gartenarbeit, bekannt. Ursprünglich ging es nur darum, die Gedanken des Patienten durch die Arbeit abzulenken und keine Langeweile aufkommen zu lassen, doch allmählich entwickelte sich ein breiteres Verständnis für den therapeutischen Wert, den zielgerichtete Aktivitäten für diese Menschen haben können.

In den Niederlanden begann in den 1920er-Jahren van der Scheer, Psychiater und Direktor der psychiatrischen Landesclinik in Santpoort, inspiriert vom Gütersloher Psychiater Herman Simon, die Ergotherapie aktiver in einer neuen pädagogischen Richtung anzuwenden: Um-erziehung durch zunehmende Verantwortung (Scheer 1933). Die Ideen der Briten Tuke und Conolly („moral treatment“ und „no-restraint“) wurden auch in den Niederlanden übernommen (Bierenbroodspot 1969).

1.7 Der 1. Weltkrieg

Astrid Kinébanian

Der Einfluss des 1. Weltkrieges auf die Entwicklung der Ergotherapie in Großbritannien, Deutschland, Frankreich und den USA war groß.

Die vielen Verwundeten und Verstümmelten brauchten eine Rehabilitation. Nach anfänglichen Widerständen hochdekorierte Militärs konnte Slagle die Armee davon überzeugen, dass die Ergotherapie für die verwundeten Soldaten sowohl physisch als auch psychisch wichtig war. Bald erkannte man in der Armee ihre Vorteile. In Notfallkursen wurden Krankenschwestern zu „reconstruction aides“ ausgebildet und nach Europa geschickt, wo sie mit orthopädischen und chirurgischen sowie psychiatrischen Patienten arbeiteten (Cohen 2015).

Dadurch und auch aufgrund einer großen Polio-Epidemie im Jahre 1916 wurde die Ergotherapie für Menschen mit körperlichen Behinderungen in den USA immer wichtiger. In dieser Zeit nahm die wissenschaftliche Erforschung der Behandlung von Menschen mit körperlichen Behinderungen ihren Anfang. In „The Army Manual on Occupational Therapy“ schrieb Bird T. Baldwin, Psychologe und Direktor eines Militärkrankenhauses:

„Die Ergotherapie beruht auf dem Grundsatz, dass die beste Art der Heilgymnastik diejenige ist, die eine Reihe von spezifischen freiwilligen Bewegungen erfordert, welche in den normalen Berufen und Beschäftigungen, beim körperlichen Training, im Spiel oder in den täglichen Routinetätigkeiten stattfinden. Unsere heilpädagogischen Werkstätten (curative workshops) werden jetzt nach dem Prinzip organisiert und eingestuft, das es uns letztendlich ermöglicht, die Art der Bewegungen, die mit den einzelnen Arbeits- und Freizeitaktivitäten verbunden sind (occupational and recreational operations), zu isolieren, zu klassifizieren, zu wiederholen und in begrenztem Maße zu standardisieren und zu kontrollieren. Die Aufmerksamkeit des Patienten wird immer wieder auf die einzelnen Heilungsbewegungen gelenkt: Gleichzeitig haben die Bewegungen den Vorteil, dass sie vom Patienten initiiert werden und ein integraler und notwendiger Bestandteil größerer und komplexerer Serien koordinierter Bewegungen sind. Die Zweckbestimmung der Bewegungen und das Endprodukt der Arbeit bieten einen direkten Anreiz für eine nachhaltige Anstrengung; die periodische Messung der Zunahme von Reichweite und Bewegungstärke ermöglicht dem Patienten, seine Genesung von Tag zu Tag selbst zu verfolgen. Anhand der Aufzeichnungen kann der Untersucher auch feststellen, welche Behandlungsmethode im Einzelfall zu den größten und beständigen Fortschritten führt ...“ (Baldwin 1919).

Durch die „occupational and recreational operations“ wird es dem Patienten ermöglicht, spezifische Bewegungen einzuüben. Die Tatsache, dass er wirklich etwas Sinnvolles macht, motiviert ihn zum Durchhalten. Die Fort-

schritte werden „gemessen“, was sich ebenfalls motivierend auswirkt.

Während des 1. Weltkrieges wurden erstmals Werkzeuge zur Bestimmung des Bewegungsausschlages entwickelt, was eine wissenschaftlichere Herangehensweise möglich machte. Während des Krieges wurde auch mit der kinesiologischen Analyse von Aktivitäten begonnen, sodass bei körperlichen Anomalien die richtige Aktivität gewählt werden konnte. Anpassungen der Aktivitäten wurden so konzipiert, dass der Patient bestimmte Muskeln oder Bewegungsausschläge der Gelenke trainieren konnte. Diese Interpretation der Ergotherapie wurde später unter dem Namen „biomechanischer Ansatz“ bekannt.

Nach dem 1. Weltkrieg gab es in Europa viele Kriegsoffer, die einer Rehabilitation bedurften. Während des Krieges hatten sie die amerikanischen „reconstruction aides“ kennengelernt und in Großbritannien wurden für die verwundeten Soldaten überall dort heilpädagogische Werkstätten eingerichtet, wo sie den Umgang mit ihrer Behinderung lernten (Wilcock 2002, Cohen 2015). Zudem wurden sie in einem Handwerk ausgebildet, um wieder an der Gesellschaft teilhaben zu können. Bis zum Ende des Krieges hatten Tausende von Soldaten eine Form der Ergotherapie durchlaufen. Dadurch erlangte der Beruf nach und nach den Respekt und die Unterstützung der Öffentlichkeit (Hopkins u. Smith 1988).

Nach dem Krieg startete dann in Großbritannien die „occupational therapy“. Im Jahr 1925 wurde in Aberdeen die erste Abteilung für Ergotherapie eröffnet, die von einer in den USA ausgebildeten Ergotherapeutin geleitet wurde. 1930 öffnete dann in Bristol Dorset House als erste Schule für Ergotherapie ihre Türen. Die Entwicklung in Großbritannien entsprach in etwa derjenigen in den USA. Auch hier hatte sich in den Jahren vor dem 2. Weltkrieg der biomechanische Ansatz durchgesetzt (Wilcock 2002).

1.7.1 Zwischen den Weltkriegen

Hocking (2008) beschreibt, dass die Ergotherapie in den Jahren 1918–1945 auf den Ideen der Arts-and-Crafts-Bewegung basierte, welche als Reaktion auf die Industrialisierung sowie auf das rationale biomedizinische Denken entstanden war. In dieser Bewegung folgte man der Auffassung, dass „... das Arbeiten mit den Händen dem Handwerker Identität und Würde verleiht, Freude bereitet und bei höherer Schwierigkeit auch das befriedigende Gefühl hinterlässt, etwas erreicht zu haben“ (Ruskin 1849).

William Morris als berühmter Vertreter der Arts-and-Crafts-Bewegung, brachte einen weiteren Schlüsselbegriff ins Spiel: „Die Schaffung von Gebrauchsgegenständen und Kunstobjekten steigert das emotionale Wohlbefinden, wenn die Mühen der Menschen von der Gewissheit ihres Nutzens und der Hoffnung und der Anerkennung von Freunden und Bekannten, für die sie angefertigt wurden, getragen werden“ (Morris 1901).

In jenen Jahren hat die Ergotherapie in Großbritannien diese Philosophie voll und ganz unterstützt. Elizabeth Casson, britische Ergotherapeutin der ersten Stunde, schrieb: „Die Vorstellung von einer handwerklichen Arbeit, die Freude bereitet und die Gesundheit fördert, ist die Grundlage der Ergotherapie“ (Wilcock 2002).

Im Laufe der Zeit ließ die Betonung des Handwerks als Selbstzweck nach und der Schwerpunkt verlagerte sich: „... die Patienten zu größeren Anstrengungen anspornen, da ihre sich entwickelnden Fertigkeiten sie zur Schaffung immer größerer, komplexerer und schönerer Objekte befähigt“ (Jones 1951).

Auf der anderen Seite war der Einfluss der damaligen Ärzte auf die Entwicklung des Berufsstandes groß. Aufgrund ihrer Erfahrungen mit der Ergotherapie im 1. Weltkrieg verstanden sie zunehmend den Wert der Ergotherapie, auch wenn die Behandlungen noch nicht sehr systematisch und theoretisch wenig fundiert waren. Sie basierten hauptsächlich auf den vom in den USA als Vater der „occupational therapy“ geltenden Psychiaters W. R. Dunton jr. formulierten Ansatzpunkten (Dunton 1915). Dunton unterstrich, dass die ergotherapeutische Behandlung von Ärzten verordnet und unter deren ständiger Aufsicht angewendet werden sollte. In den Jahren zwischen 1918 und 1930 waren die Ziele der Ergotherapie noch primär auf die Gesamtheit der psychischen, sozialen und physischen Faktoren gerichtet, welche das Betätigen der Menschen prägten. Hinsichtlich der Kriegssopfer und verehrten Soldaten aus dem 1. Weltkrieg galt es als wichtigstes Ziel, eine Rückkehr in die Gesellschaft anzuregen: „Das Konzept der Ergotherapie in der Rehabilitation bestand darin, mithilfe des Handwerks den Geist und die Motivation der psychisch Kranken und die Glieder der Veteranen zu reaktivieren und sie auf dem Weg ihrer beruflichen Ausbildung zu begleiten“ (Woodside 1971).

In den 1930er-Jahren, den Jahren der schweren wirtschaftlichen Depression, kam das Wachstum der „occupational therapy“ in den USA zum Erliegen, insbesondere in der Rehabilitation. Die meisten Ergotherapeuten arbeiteten im psychiatrischen Bereich (Hopkins u. Smith 1988). Die Ergotherapie für Körperbehinderte richtete sich immer stärker nach der Medizin aus, wo gerade das reduktionistische Denken Einzug hielt. Das wichtigste Merkmal des reduktionistischen Ansatzes, der sich wissenschaftlicher Methoden bedient, ist es, Phänomene auf getrennte, messbare Einheiten zu reduzieren und diese jeweils für sich zu analysieren. Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich daraus das sogenannte „biomedizinische Modell“: Die Ergotherapie begann Behandlungsmethoden zu entwickeln, die auf reduktionistischen Prinzipien beruhen: Biomechanische (kinesiologische, orthopädische, neurologische) und psychoanalytische Ansätze wie die von Freud gewannen die Oberhand. Bei den formulierten Zielen ging es um Themen wie Kraftsteigerung, Koordination, Ausdauer, Bewegungsausschläge, Ich-Stärkung, Umgang mit Traumata im Triebleben oder Erhöhung der Frustrationstoleranz. Den psychologischen und sozialen Aspekten der Behandlung und dem Erlernen des Umgangs mit der Beeinträchtigung, wie es in den Anfangsjahren einmal der Fall gewesen war, wurde nur noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Kinébanian et al. 1988). In den Jahren vor dem 2. Weltkrieg geriet der Einsatz von Aktivitäten immer mehr in den Hintergrund:

„Während die Ergotherapie die Biowissenschaften, die Medizin, die Chirurgie und die Psychiatrie als theoretische Grundlage betrachtete, blieb das Studium der Aktivitäten als therapeutisches Instrument zurück. Die Natur von Aktivitäten – offenkundig alltäglich und verwirrend schwer zu definieren und abzugrenzen – eignete sich nicht ohne Weiteres zur Einordnung in klare Kategorien oder für Klassifizierungen und auch nicht für die präzisen

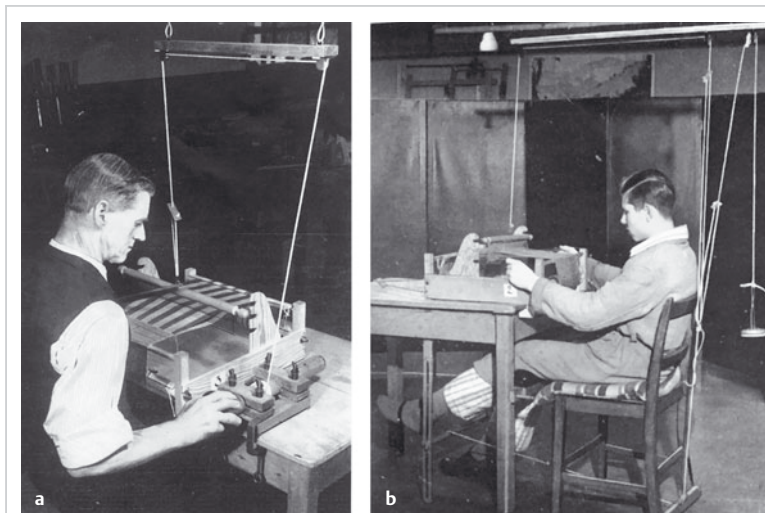


Abb. 1.2 Anpassungen beim Weben.
a Weben mit dem FEPS-Gerät (Flexion, Extension, Pronation, Supination).
b Übungen für das Bein zur Stärkung der Quadrizepsmuskulatur (Wuyts 1968).

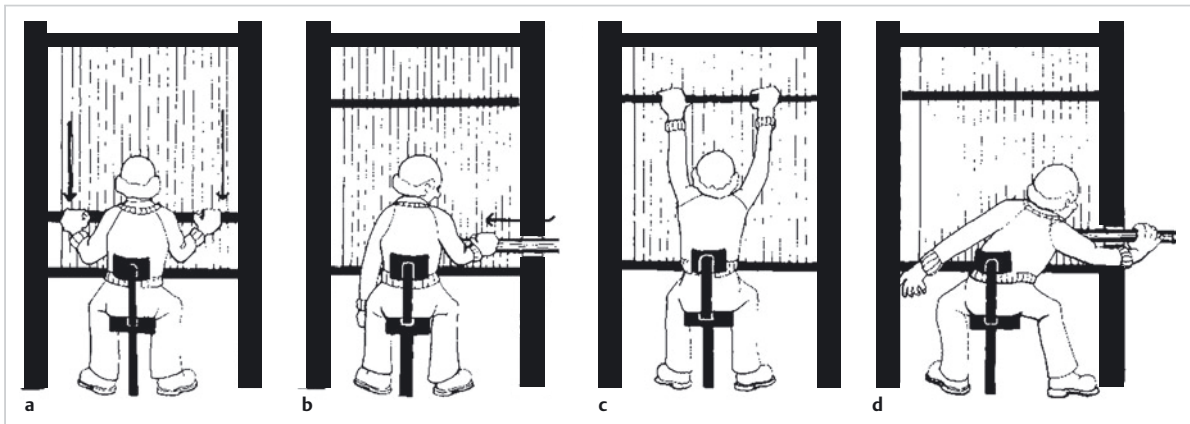


Abb. 1.3 Funktionstraining am Teppichwebstuhl. a Extension des Rückens, Anteflexion Schulterblatt, Anteflexion Schultergelenk, Verlängerung von Ellenbogen und Griff. b Seitliche Bewegung des Rückens, Schulterabduktion, Ellenbogenverlängerung und Handgriff. c Adduktion Schultergelenk, Depression Schultergelenk, Flexion Ellenbogen und Handgriff. d Adduktion Schultergelenk, Flexion Ellenbogen, Koordination und Handgriff).

oder standardisierten Verfahren, die in einer von Wissenschaft und Technologie geprägten Zeit von einem Beruf erwartet werden. Solche von Zeit zu Zeit auftauchenden Aktivitätsanalysen waren eher mechanisch orientiert und überdies arbeitsintensiv und schwierig in der Praxis zu nutzen“ (Cynkin 1979).

Wissenschaft und Technik standen also in der Blüte und Ergotherapeuten widmeten der Erforschung von Aktivitäten als Therapiemittel wenig Aufmerksamkeit. Die unter dem Einfluss dieses Ansatzes durchgeführten Aktivitätsanalysen widmeten sich daher eher den mechanistischen Aspekten.

Die Aktivitäten wurden so angepasst, dass sie im Rahmen der biomechanischen Theorien zur Funktionserholung von Muskeln und Gelenken, wie z.B. das Weben in der Höhe, verschiedene Formen von angepassten Schleifblöcken usw., angewendet werden konnten (► Abb. 1.2 und ► Abb. 1.3).

Diese Arbeitsweise wurde bis weit nach dem 2. Weltkrieg beibehalten, und die Sicht auf das Betätigen des Menschen beschränkte sich auf dessen sensorisch-motorischen Funktionen. Die ausgewählten Aktivitäten dienten zunächst dazu, die Behinderung zu reduzieren. Die Methodik bestand in einem stetigen Ansteigen des Schwierigkeitsgrades der auszuführenden Tätigkeiten.

In der Psychiatrie und in der Betreuung geistig behinderter Menschen sehen wir heute eine Fortschreibung des Einsatzes von Aktivitäten, wie er zu Beginn des 20. Jahrhunderts propagiert worden war.

1.7.2 Einflüsse aus den Anfangszeiten der Ergotherapie auf das heutige Berufsbild

Der biomechanische Ansatz findet sich heute noch in der Unterstützungstechnologie (Rehabilitationstechnologie) in Form von Hilfsgeräten, Hausautomation und baulichen Anpassungen wieder. Auch angepasste Spiele, wie z.B. Damesteine mit speziellen Griffmöglichkeiten oder sehr große oder sehr kleine Damesteine (► Abb. 1.4), die z.B. für das Funktionstraining der Hand verwendet wurden, basierten auf diesen Prinzipien (Iersel 1968).

Die Anpassung von Aktivitäten, auf dass sie sich für ein Kraft- oder Beweglichkeitstraining eignen, erscheint heute sehr künstlich und wird kaum noch angewendet. Dass Ergotherapeuten damals auch über sich selbst lachen konnten, zeigt ein Cartoon von 1964 aus der „Nederlandse Tijdschrift voor Arbeidstherapie“ (► Abb. 1.5).

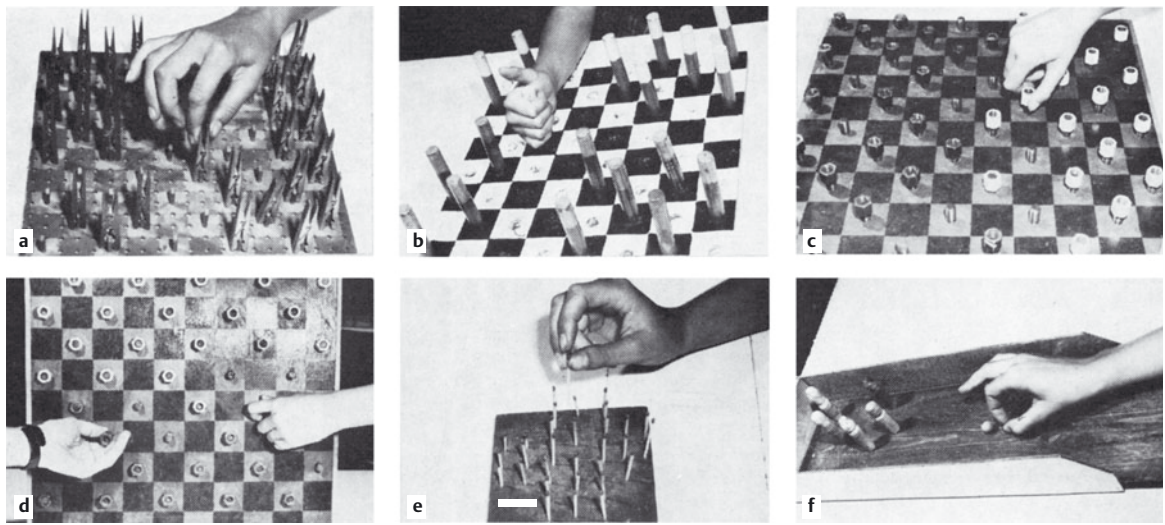


Abb.1.4 Gesellschaftsspiele in der Handrehabilitation (Iersel 1968).



Abb.1.5 Weben in der Höhe (Nederlands Tijdschrift voor Arbeidstherapie 1964).

1.8 Diskussion zum theoretischen Unterbau der Ergotherapie

Astrid Kinébanian

Wie schon der 1. Weltkrieg so hat auch der 2. Weltkrieg das Wachstum und die Entwicklung der Ergotherapie sowohl in den USA als auch in Europa vorangetrieben. Überall wurde Ergotherapie eingesetzt, um die vielen verletzten und verstümmelten Soldaten und Zivilisten schnellstmöglich wieder in den Arbeitsmarkt integrieren zu können. Auch in der Psychiatrie entwickelten die angebotenen Aktivitäten immer mehr einen Arbeitscharakter.

Inhaltlich suchte die Ergotherapie den Schlußschluss mit verschiedenen Wissenschaften, um ihre Behandlungen theoretisch zu untermauern. In der Folge kamen in der Ergotherapie eine Reihe von Ansätzen und Behandlungsmethoden zum Einsatz: Entwicklungsneurologie, sensorische Integration, Verhaltenstherapie, humanistische, psychoanalytische, gruppodynamische, technologische, ergonomische Ansätze usw. Cynkin meinte, dass auch bei Anwendung dieser Methoden und Techniken die für die Ergotherapie unerlässlichen Fragen zum Einsatz von Aktivitäten als Therapeutika nicht gestellt wurden:

„Die entscheidenden Fragen sind doch: Wie beziehen sich diese Techniken auf das, was wir über Aktivitäten zu wissen glauben? Wie passen sie zu einer aktivitätsorientierten Behandlung? Ganz, teilweise oder überhaupt nicht?“ (Cynkin 1979)

In diesen Jahren zeigten sich immer mehr Ergotherapeuten besorgt über die Richtung, in die sich ihr Beruf entwickelte: „Die beruflichen Rollen wurden immer enger definiert, spezialisiert und kontrolliert. Therapeuten behandelten oft nur einen Aspekt der Bedürfnisse des Patienten: einen Teil seiner Aktivitäten, einen Teil seines Körpers, aber überhaupt nicht seine Bedürfnisse als ganzer Mensch“ (Diasio 1971).

Auch Shannon war skeptisch und schrieb in „The derailment of occupational therapy“: „... dass die Ergotherapie den Wert und die Überzeugungen ihrer Begründer aus den Augen verloren hatte, und ihre Symbiose mit dem medizinischen Modell, ihre Ausrichtung auf die Rehabilitationsbewegung und ihre Abwertung von „Arts-and-Crafts“ dazu führte, dass sie Gefahr lief, ihre Daseinsberechtigung und Existenz zu verlieren“ (Shannon 1977).

Dem hielt Mary Reilly bereits 1962 einen inspirierenden Artikel entgegen, in dem sie der Ergotherapie die Aufgabe erteilte, in den folgenden Jahren zu beweisen, dass „... der Mensch durch den Gebrauch seiner Hände, die durch den Verstand und den Willen angefeuert werden, seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen kann“ (Reilly 1962).

Diese Aussage von Mary Reilly lässt sich auf die Prinzipien der Arts-and-Crafts-Bewegung zurückführen. Morris Aussage 80 Jahre zuvor hat viel mit Reillys Ansicht gemein: „Ein arbeitender Mensch, der etwas macht, von dem er glaubt, dass es existieren wird, weil er daran arbeitet und es sein Wille ist, trainiert damit die Energien seines Verstandes, seiner Seele und seines Körpers ... Und als Teil der menschlichen Rasse erschafft er etwas (Morris 1901, Hocking 2008).

Verschiedene Ergotherapeuten in den USA und Europa haben sich Reillys Herausforderung gestellt: Fidler, Mosey, Ayres, Llorens, Cynkin, Clark, Reed und Sanderson, Kielhofner, Hendrikson, Johanson, Borell, Mattingly, Fleming, Polatajko, Nelson, Townsend, Law, Wilcock, Christiansen, Jonsson, Molineux, Dunton, Baum und viele andere suchten nach einer ergotherapeutischen Theorie, die medizinisches und interpretatives Denken integriert: einen integralen Ansatz. So sind in dieser Zeit viele Artikel und Bücher erschienen, in denen versucht wurde, die Ergotherapie theoretisch zu untermauern.

Es gibt einen Wendepunkt im Denken über die Ergotherapie: Das medizinisch-reduktionistische Modell wurde aufgegeben. Das bedeutete, dass die Ergotherapie den Menschen nicht länger nur als mechanischen Apparat betrachtete (reduktionistisch). Sie wollten zu den ursprünglichen Prinzipien der Ergotherapie zurück und versuchten, ihnen neue Inhalte zu geben. Neben denen auf den Naturwissenschaften basierenden Methoden und Techniken (reduktionistisches Denken) ging es jetzt darum, die phänomenologischen Aspekte auszubauen: Wie erlebt der Mensch die Realität? Clark unterschied 1979 vier wichtige Strömungen (frameworks) in der Ergotherapie:

- „adaptive performance framework“ (Mosey, Fidler)
- „bio-developmental framework“ (Ayres, Rood, King, Bobath, Brunnström)
- „developmental facilitation framework“ (Llorens)
- „occupational behavior framework“ (Reilly, Kielhofner).

Allen diesen Theorien gemein ist ihr Ausgangspunkt: „... Der Prozess der Anpassung durch den Einsatz von zielgerichteter Betätigung (occupation) ist notwendig für die menschliche Entwicklung“ (Clark 1988).

Der Schwerpunkt dieser Theorien liegt vor allem auf der Beschreibung des ergotherapeutischen Prozesses und weniger auf der Beschreibung der Ziele der Ergotherapie wie in den Anfangsjahren. Die Entwicklung der Methodik hatte begonnen. Der Teil III dieses Buches geht auf einige dieser ergotherapeutischen Praxis- oder Inhaltsmodelle ein.

Kielhofner (1995) plädierte nachdrücklich dafür, das reduktionistische Modell (d.h. den Menschen als reparierbare Maschine zu sehen) zu verlassen und den Menschen wieder als biopsychosoziale Einheit zu begreifen. Er sah den Menschen als offenes System im Wechselspiel mit seiner Umwelt. Er meinte, dass es nicht so sehr um Aktivitäten gehe, die jemand ausführt, sondern um die Rollen und Aufgaben, die jemand im Leben ausübe. Aktivitäten würden für Menschen bedeutungsvoll, wenn sie in Beziehung zu ihren Rollen und Aufgaben stünden. In späteren Publikationen setzen Kielhofner (1995 u. 2008), Nelson (1994 u. 1996) sowie Christiansen und Townsend (2011) verstärkt auf die Interaktion mit der Umwelt.

Wilcock führte 1998 die vier Dimensionen des Begriffes „occupation“ ein: „doing“, die Ausübung von Tätigkeiten; „being“, das Nachdenken über das Tun; „belonging“, die Zugehörigkeit, das Tun im Verhältnis zu anderen; „becoming“, der Einfluss des Tuns auf Wachstum und Entwicklung. Bei ihr heißt es, dass „doing“, „being“, „belonging“ und „becoming“ zum körperlichen und sozialen Wohlbefinden der Menschen beitragen (Wilcock 2006).

In der vergangenen Dekade wurde das „Betätigen im Kontext“ mehr denn je zum zentralen Schwerpunkt der ergotherapeutischen Praxis. Diese Vision bringt uns zurück zu dem ursprünglichen Denken und den Normen und Werten, auf denen die Ergotherapie seit ihrer Gründung beruht. Aussagen wie „Das Betätigen ist gesund für den Menschen“ oder „Eine ungenügende Balance zwischen Arbeit, Entspannung und Selbstversorgung ist ungesund“ werden als wahr akzeptiert, sind aber nicht ausreichend belegt. Es wird immer notwendiger, ergotherapeutische Interventionen durch Forschung zu bewerten und zu begründen. Diese Notwendigkeit führte bereits 1989 zu einer neuen Disziplin an der University of Southern California mit dem Schwerpunkt Occupational Science (Yerxa et al. 1990). Die Occupational Science ist als akademische Disziplin definiert, die darauf abzielt, Wissen über die Form, Funktion und Bedeutung von Betätigungen für den Menschen zu generieren und damit eine

wissenschaftlich fundierte Praxis aufzubauen. In den letzten Jahren hat eine Entwicklung eingesetzt, die Ergotherapie vor allem aus der sozialen Perspektive zu betrachten. So wurden Begriffe wie Betätigungsgerechtigkeit (Recht auf Betätigung, occupational justice), Betätigungsdeprivation (occupational deprivation), Betätigungsentfremdung (occupational alienation) und Betätigungsausgrenzung (occupational apartheid) eingeführt (Watson u. Schwartz 2004, Whiteford u. Wright-St Clair 2005, Wilcock 2006, Christiansen u. Townsend 2011, Hartingsveldt et al. 2010, Kronenberg et al. 2011, Christiansen et al. 2015). Im Laufe der Zeit wurde auch immer häufiger der Begriff „Klient“ anstelle von „Patient“ verwendet. Damit soll die aktive Teilhabe des Auftraggebers gefördert und die Zusammenarbeit mit ihm gestärkt werden, wobei der Dialog im Mittelpunkt steht (Mroz et al. 2015, Hartingsveldt 2016).

Traditionell hat sich die Ergotherapie auf das Individuum konzentriert, aber in den letzten Jahrzehnten hat sie sich auch auf den Klienten als Organisation oder Population mit einem Betätigungsbedürfnis (occupational need) gerichtet. Auch vor dem Hintergrund der Veränderungen im Gesundheitswesen wurde in den letzten Jahren der Fokus auf die gemeindenahe Arbeit verstärkt.

Heute im Jahr 2019 kann man sagen, dass dieses ganzheitliche Denken in der Ergotherapie alltäglich geworden ist. Wir sprechen von einer betätigungsbasierten (occupation based) Ergotherapie, d. h. von einer Ergotherapie, bei der das Betätigen des Menschen der Ausgangspunkt der ergotherapeutischen Intervention ist (Hartingsveldt et al. 2010 u. 2016; Christiansen et al. 2015).

Dieser Kapitelabschnitt beleuchtete die inhaltlichen Diskussionen während der Entwicklung des ergotherapeutischen Berufsstandes in den vergangenen 100 Jahren. Seit der Gründung um 1915 hat sich viel verändert. Traditionelle Tätigkeiten wie Korbflechten, Weben und Töpfern finden kaum noch statt. Man kann jedoch sagen, dass im Laufe der Zeit zwei Aspekte der Ergotherapie im Zentrum des Berufsstandes geblieben sind:

- Der Mensch kann durch bedeutungsvolle Aktivitäten oder Betätigungen (occupations) Einfluss auf seine Gesundheit und sein Wohlbefinden nehmen.
- Das Betätigen der Menschen ist in einen für das Individuum spezifischen soziokulturellen Kontext eingebettet. Dieser Kontext, die Umwelt, ist ein immerwährender Bestandteil des ergotherapeutischen Prozesses.

Aus dem Patienten ist der Klient geworden, der eine Einzelperson aber auch eine Organisation oder eine Population sein kann.

1.9 Entwicklung des Berufes in Deutschland

Inga Junge, Arnd Longrée und Bettina Weber

Der Aufbau der eigentlichen „Ergotherapie“ begann in Deutschland erst nach dem 2. Weltkrieg (Kap. 1.9.1). Zur Versorgung der an Psyche und Körper verwundeten deutschen Soldaten und Zivilisten wurden erstmals beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Verfahren und Methoden angewendet. Diese Maßnahmen wurden durch das Britische Rote Kreuz unterstützt (Marquardt 2004; Kap. 1.9.2).

Ein wichtiger Schritt zur Entwicklung des Berufes war 1950 die Arbeitsgemeinschaft der Beschäftigungstherapeuten, aus dem der heutige Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) hervorging. 1958 wurde der Verband als 12. Mitglied in den WFOT aufgenommen.

Eine erste Arbeitstagung deutscher Beschäftigungstherapeuten fand mit insgesamt 200 Besuchern im Jahr 1957 in Hannover statt und legte damit den Grundstein für die seitdem jährlich stattfindenden Ergotherapie-Kongresse des Berufsverbandes (Miesen 2004).

Ein weiterer Meilenstein war die Veröffentlichung des ersten deutschsprachigen Lehrbuchs. 1959 wurde durch den Thieme Verlag das Buch von Jentschura „Beschäftigungstherapie – Einführung und Grundlagen“ veröffentlicht. Im Jahr 1962 folgte der „Leitfaden der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie“ von Schücking und Huchtausen.

1961 wurde die Fachzeitschrift „Beschäftigungstherapie und Rehabilitation“ ins Leben gerufen (Kubny-Lüke 2007).

Im Jahr 1994 entschloss sich der Berufsverband, den Code of Ethics, der 1991 vom Council of Occupational Therapists for European Countries (COTEC) veröffentlicht wurde, in seiner deutschen Übersetzung als Berufsethik zu übernehmen (Miesen 2004).

1.9.1 Erste inhaltliche Ausrichtung der Ergotherapie

Die ersten Ansätze, die dem heutigen Kontext der Ergotherapie zuzurechnen sind, gab es bereits lange vor der Entwicklung des Berufsbildes „Beschäftigungstherapeut (in)“. Für Deutschland gilt Johann Christian Reil (1759–1813) als einer der Ersten, der auf den bewussten Einsatz von Arbeit bei der Behandlung von Kranken hinwies (Presber/de Nève 1994).

Arbeitstherapeutische Ansätze in Heil- und Pflegeanstalten gewannen an Wert und so wurde u. a. 1866 die „Dr. Guddensche Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke“ zu Pützchen bei Bonn gegründet. „Ordnung, Regelmäßigkeit, Disziplin und das Anknüpfen an gewohnte Tätigkeiten wurden als wichtige Elemente der Behand-

lung angesehen. Je nach Status wurden die Kranken zu künstlerischen oder kunsthandwerklichen Betätigungen herangezogen oder im landwirtschaftlichen Bereich eingesetzt“ (Linke-Vieten 1996). Der Einsatz der Arbeitstherapie beschränkte sich dabei nicht nur auf den Bereich der psychisch erkrankten Menschen, sondern fand durch den Schweizer Arzt (Henri) Auguste Rollier (1874–1954) sowie den deutschen Mediziner Hanns Alexander (1881–1955) auch Anwendung in der Behandlung von tuberkulosekranken Menschen (Kubny-Lüke 2007).

Hermann Simon (1867–1947) legte mit seinem Buch „Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt“ (1929) seine Erfahrungen und Gedanken zum systemischen Einsatz von Arbeit bei psychisch Kranken dar und gilt als „Wegbereiter der Arbeitstherapie für chronisch psychisch Kranke“ (Jachertz 2008). Aufgrund der politischen Entwicklungen im nationalsozialistischen Deutschland (1933–1945) stagnierte die weitere Entwicklung der Behandlung der psychiatrischen Klientel und der Arbeitstherapie. Erst nach 1945 wurde eine Versorgung dieser Klientel in Landeskliniken und arbeitstherapeutischen Einrichtungen angeboten.

Mit den Psychiatriereformen der 1960er- und 1970er-Jahre und der sozialpsychiatrischen Bewegung fand eine Auseinandersetzung mit den Rehabilitationskonzepten von u. a. Bennett sowie Cumming und Cumming statt (Höhl 2015, Scheepers 2015). Die arbeitstherapeutischen Belange wurden zu dieser Zeit vor allem durch Christiane Haerlin vertreten (Scheepers 2015). In dieser Zeit richtete sich die klinische Arbeitstherapie mehr an den gesellschaftlichen Bedingungen aus und es wurden mehr außerklinische Maßnahmen angeboten. Mit den Gesundheitsreformen der 1990er-Jahre entstanden neben der medizinischen Rehabilitation auch ambulante und teilstationäre Angebote, die präventive, rehabilitative Aufgaben übernahmen und sich mit realen Arbeitsanforderungen auseinandersetzen.

Im Bereich der Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie wurde ab 1949 das Ziel einer Wiedererlangung und Erhaltung der Funktionen und der Handlungsfähigkeit im Alltag verfolgt. Zwei unterschiedliche Ansätze bildeten sich heraus: der defizitorientierte Ansatz und der ressourcenorientierte Ansatz.

Beim defizitorientierten Ansatz wurde eine Funktionseinschränkung durch gezielte Mobilisation und Übungen trainiert. Zum Einsatz kamen hier Mittel und Medien, wie etwa handwerkliche und gestalterische Techniken (z. B. Web-, Peddigrohr- und Makrameearbeiten). Defizite sollten neben der Wiederherstellung auch kompensatorisch und adaptiv behoben werden und so gehörten (und gehören) die Schienenversorgung, die Hilfsmittelanpassung (Rollstuhlversorgung, Griffadaptionen, Haltegriffe, Strumpfanzieher usw.) und motorisch-funktionelle Verfahren schon früh zum Aufgabenfeld der Ergotherapie. „Der ressourcenorientierte Ansatz [Anm.: hingegen] stellt die Funktion in den Vordergrund, die der Patient be-

herrscht und an denen er Freude hat. So werden defizitäre Bereiche beim Tun mittrainiert“ (Koesling 2008). So wurde zum Beispiel mit einem Patienten die Feinmotorik beim Gärtnern trainiert, wenn er Gartenarbeit als Hobby angab.

Ähnliche eng an die medizinischen und rehabilitativen Entwicklungen gekoppelte Veränderungen vollzogen sich bei der Ergotherapie in der Neurologie. Die in den Rehabilitationszielen beschriebenen Inhalte finden sich ebenfalls in der Ergotherapie wieder. Ziele wie „Verbesserung der motorischen, sensorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten des Erkrankten oder Behinderten, Ermöglichen einer selbstständigen und sinnvollen Lebensgestaltung des Betroffenen, Erhöhung der Lebensqualität und soziale Integration und Teilhabe an der Arbeit“ (Scheepers 2015) spiegelten die enge interprofessionelle Zusammenarbeit und den frühen ganzheitlichen Ansatz wider (Theorieentwicklung).

Die Entwicklung der Ergotherapie im Fachbereich Geriatrie kann nicht ohne die Entwicklung der medizinischen Geriatrie und der Gründung der Pflegeheime betrachtet werden. Im Sinne des mechanistischen Paradigmas behandelten in Pflegeheimen tätige Beschäftigungstherapeuten die Bewohner unter Betrachtung ihrer Beeinträchtigungen und Defizite und boten u. a. Hilfsmittelversorgung, Hirnleistungstraining oder ein Training der Alltagsaktivitäten an. Inzwischen wird das biopsychosoziale Modell und das Modell der Salutogenese/Resilienz angewendet. Es findet eine Diskussion des Gesundheit- und Krankheitsbegriffes statt und Lebenskontext, Familiennetzwerke, soziale Umwelt und das individuelle Alterserleben werden in der Therapie vermehrt beachtet. Therapieschwerpunkte sind Biografiearbeit, Selbsterhaltung, Teilhabe und Förderung der Lebensqualität (Habermann u. Wittmershaus 2005).

Der Fachbereich Pädiatrie entwickelte sich aufbauend auf der noch sehr funktionell orientierten Arbeit mit Kindern mit Dysmelie aufgrund der Folgen des Contergan-Skandals. Die Versorgung mit Hilfsmitteln sowie das Training standen im Mittelpunkt. In den 1960er- bis 1980er-Jahren rückten die Entwicklungstheorien von Piaget und Ayres in den Vordergrund. Augustin und Trembl-Sieder (Schaeffen 2007) griffen die Ideen von Piaget und Ayres auf. Die Entwicklungstheorien unterstützten die Therapie nach dem „Bottom-up“-Ansatz. Der Gedanke war, dass man die verschiedenen Entwicklungsstufen durchläuft und zu jeder Entwicklungsstufe die entsprechenden spielerischen Übungen und Medien ausgewählt werden. Dazu wurden die ganzheitliche Stimulation, die sensorische Integration, das Wahrnehmungstraining und die Therapie nach dem Kinder-Bobath-Konzept eingesetzt (Janz u. Augustin 1979).

1 1.9.2 Die ersten Ausbildungen in Deutschland

Die ersten Ausbildungen in Deutschland bildeten drei Kurzlehrgänge für Beschäftigungstherapie, die ab 1947 im niedersächsischen Versorgungskrankenhaus Bad Pyrmont von einer englischen Beschäftigungstherapeutin durch das Britische Rote Kreuz initiiert wurden. In der Zeit zwischen 1947 und 1950 wurden so in Deutschland die ersten 15 Beschäftigungstherapeutinnen ausgebildet (Marquardt 2004, Miesen 2004).

Als berufliche Vorbildung brachten die Auszubildenden entweder handwerkliche Kenntnisse mit oder waren bereits pflegerisch tätig gewesen. Diese ersten Kurzlehrgänge waren über einen Lehrplan, entsprechend der englischen Ausbildungssituation, organisiert, jedoch wurde im Verlauf auch „erheblich improvisiert“ (Marquardt 2004). Die Landeskrankenanstalt Bad Pyrmont startete zudem eine Initiative, die staatliche Anerkennung ihrer Lehrgänge sowie die Herausbildung eines eigenständigen Berufes der Beschäftigungstherapeuten mit staatlicher Anerkennung zu erwirken (ebd.). Mit dem „Erlass des niedersächsischen Sozialministers über die staatliche Anerkennung als Beschäftigungstherapeut(in) und die Einrichtung von Lehranstalten für Beschäftigungstherapie“ vom 16. Februar 1953 wurden erste qualitative Standards festgelegt, so z.B. die Zugangsvoraussetzungen für die Berufsausbildung, die Prüfungsvorgaben und die Ausbildungsdauer von 2 Jahren, die sich wiederum in eine „einjährige, vorwiegend handwerkliche Ausbildung und eine einjährige medizinische Ausbildung“ teilte (ebd.).

Die erste Ausbildungsstätte, die nach diesen Vorgaben ihre Ausbildung organisierte, war die Schule für Beschäftigungstherapie an der Orthopädischen Heil- und Lehranstalt Annastift in Hannover, die am 04. Mai 1953 ihren ersten Ausbildungslehrgang startete. In den Jahren 1959–1966 wurden sechs weitere Schulen im damaligen Bundesgebiet der BRD und West-Berlin eröffnet (ebd.).

Vergleichbar zum Aufbau der Ausbildung in der BRD etablierte sich im Zeitraum 1954–1958 in der ehemaligen DDR zunächst die Arbeitstherapie nach Simon (Simon 1867–1947, Kap. 1.9.1) und seit 1959 die funktionelle Arbeitstherapie. Der erste Arbeitstherapielehrgang wurde 1959 an der Orthopädischen Klinik in Berlin-Buch durchgeführt, was der erste Schritt zur Etablierung der Ausbildung in der damaligen DDR gewesen war (Miesen 2004 u. 2007).

1.9.3 Namensgebung

Die namentlichen Ursprünge der heutigen Profession Ergotherapie sind entsprechend der damaligen Teilung Deutschlands in West- und Ostdeutschland (BRD bzw. DDR) unterschiedlich:

In Westdeutschland (BRD) etablierte sich ab 1947 die Bezeichnung „Beschäftigungstherapie“, wobei bereits ab Mitte der 1960er-Jahre intensiv auch die Einbindung der Arbeitstherapie in das Berufsbild diskutiert wurde. Verstärkt wurde dieser Diskussionsprozess durch die Ergotherapie-Schule in München, die 1969 ihre Ausbildung durch den Einbezug der Arbeitstherapie von zwei auf drei Ausbildungsjahre verlängerte und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten ausbildete (Kubny-Lüke 2007, Scheiwior-Popp 1994).

Neben der inhaltlichen Ebene, Einbindung der Arbeitstherapie in die Beschäftigungstherapie, gab es aber auch erste Auseinandersetzungen in Bezug auf die bis dato gültige Berufsbezeichnung Beschäftigungstherapeut(in). Im Juni 1970, auf dem fünften Weltkongress des Weltverbandes (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) wurde die Berufsbezeichnung Ergotherapeut(in) thematisiert. Initiiert wurde die Kontroverse durch den Schweizer Berufsverband, der seine Namensänderung einerseits aufgrund der internationalen Anschlussfähigkeit der Begrifflichkeit Ergotherapie und andererseits auf der besseren Passung des griechisch geprägten Worts „ergon“ begründete (Marquardt 2004).

Der WFOT empfahl seinen Mitgliedern, die Berufsbezeichnung Ergotherapie zu führen und auch der deutsche Berufsverband setzte sich auf politischer Ebene für die Änderung der Berufsbezeichnung seit dieser Zeit ein (Walkenhorst 2008).

Mit dem Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten vom 25. Mai 1976 (BGBl. I) kam der Gesetzgeber zum einen seiner Verantwortung nach, „eine planmäßige und qualitativ angemessene Ausbildung im ganzen Bundesgebiet zu sichern“, und beschied zum anderen die Erweiterung des Berufsfeldes des Beschäftigungstherapeuten sowie die Namensgebung zum Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.

In Ostdeutschland (ehemalige DDR) herrschte die Bezeichnung „Arbeitstherapie“ vor und etablierte sich (Marquardt 2004, Miesen 2007), da weiterhin der Stellenwert der Arbeitstherapie von besonderer Relevanz war (Presber u. de Néve 1994). Im Zeitraum der Existenz der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) kam es zu keiner Änderung der Berufsbezeichnung.

1993 stellte der Berufsverband einen Antrag zur Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung sowie der Berufsbezeichnung an das Bundesministerium für Gesundheit (Kubny-Lüke 2007).

Erst fünf Jahre später, 1998, änderte der Gesetzgeber die Berufsbezeichnung Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin bzw. Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut sowie die Berufsbezeichnung Arbeitstherapeutin bzw. Arbeitstherapeut (des im Einigungsvertrag genannten Gebietes) in die heute noch gültige Berufsbezeichnungen Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut (Raps 2014).

1.9.4 Inhaltliche Entwicklungen

Zu Gründungszeiten waren die handwerklichen Werkverfahren das zentrale und nach außen sichtbare Merkmal der Beschäftigungstherapie und so wurden die für die Beschäftigungstherapie zur Verfügung stehenden Räume mit unterschiedlichen Arbeitsmaterialien und Arbeitsgeräten ausgestattet. Daneben waren Bezüge zu Arbeitstätigkeiten sowie der Zuschnitt auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten bereits zu diesem Zeitpunkt von besonderer Bedeutung (Marquardt 2004).

Eine erste Definition über den damaligen Aufgabenbereich stammt aus dem Jahr 1965, die für ein späteres Merkblatt des Berufsverbandes verwendet wurde: „Die wesentliche Äußerung des Lebens ist Aktivität – der Wechsel zwischen Bewegung und Ruhe, das Betätigen und Verhalten der Umwelt gegenüber [...] Es handelt sich [bei der Beschäftigungstherapie] um eine vom Arzt verordnete Behandlung, die [...] jede Betätigung körperlicher oder seelisch-geistiger Art einschließen kann, die dazu beiträgt, den Gesamtzustand des Patienten zu verbessern. [...] Die Beschäftigungstherapie nimmt unter den modernen Behandlungsarten einen fest umrissenen Platz ein. [...] Je nach Einsatzgebiet wendet der Beschäftigungstherapeut verschiedene Methoden an. Er bedient sich dabei aller Formen der Betätigung – handwerklicher, musischer, geistiger Art –, um die schöpferischen Kräfte des Unbewussten [sic] zu wecken, dem Kranken zur inneren Ruhe und einem harmonischen Körpergefühl zu verhelfen, Fehlhaltungen und Fehlentwicklungen der Persönlichkeit vorzubeugen, und somit den Gesundungsvorgang nachhaltig zu unterstützen. Durch Spezialeinrichtungen und Hilfsmittel kann die Beschäftigungstherapie, individuell dosiert, gezielt der Wiederherstellung nach Krankheit und Unfall dienen“ (Verband Deutscher Beschäftigungstherapeuten 1965). Aspekte wie Ganzheitlichkeit der Therapiemethode, der Einsatz von Betätigung sowie der Bezug zum Alltag der Patienten haben weiterhin ihre Gültigkeit. „Nachdem in den ersten Jahren der Berufsentwicklung Beschäftigungstherapeuten eher als Gehilfen des Arztes angesehen wurden, begann der Berufsverband sich in den 1960er-Jahren intensiv mit der Frage nach der Eigenständigkeit des Berufes zu beschäftigen“ (Kubny-Lücke 2007).

Durch das Inkrafttreten des ersten bundeseinheitlichen Berufsgesetzes (1977) wurde eine Weiterentwicklung eingeleitet. In den 1980er-Jahren kam es dadurch sowohl zur Erweiterung als auch zur Differenzierung der Behandlungs- und Einsatzgebiete (Marquardt 2004).

1.9.5 Theorieentwicklung

Ende der 1980er-Jahre fand neben der Ausdifferenzierung der Arbeitsfelder auch eine weitere Phase der Auseinandersetzung mit der Theorie statt. Unterstützt durch einige Publikationen, die sich mit dem Thema der Berufsidentität beschäftigten (Matthiesen 1988, Budjuhn 1985, Thole/Steier 1990), begann zu Beginn der 1990er-Jahre die Sensibilisierung für den Einsatz von ergotherapeutischen Modellen. Übersetzungen aus dem angelsächsischen Raum ermöglichten eine Vertiefung mit den Themen ergotherapeutische Inhalts- und Prozessmodelle, methodisches Handeln, evidenzbasiertes Handeln und Clinical Reasoning (Marotzki 2001, Jerosch-Herold et al. 2004, Feiler 2003, Schell u. Schell 2008, George 2010, Mangold 2013).

Mit der Theorieentwicklung einhergehend nahm auch die Zahl der Veröffentlichungen zu. Im Dezember 1961 erschien erstmalig eine eigene ergotherapeutische Fachzeitschrift, die „Beschäftigungstherapie und Rehabilitation“, die heutige „Ergotherapie und Rehabilitation“ (Miesen 2004). Darüber hinaus gibt es heute – 2019 – drei weitere Fachzeitschriften, die „ergopraxis“, die „praxis ergotherapie“ sowie die wissenschaftlich orientierte „ergoscience“. In der Tradition eines Grundlagenbuches wurde 1999 von Scheepers et al. (2015) die 1. Auflage des Buches „Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln“ veröffentlicht. Es folgten weitere Buchveröffentlichungen, die sich gezielt den einzelnen Arbeitsfeldern der Ergotherapie widmeten. 2004 wurde das „Berufsprofil Ergotherapie“ (Miesen 2004), eine darauf aufbauende Broschüre „Ergotherapie im Profil“ veröffentlicht (DVE 2008).

Im Zuge der Erstellung des Berufsprofils Ergotherapie wurde auch die Formulierung einer eigenen Berufsdefinition angestoßen, die zur heute noch verwendeten Definition der Ergotherapie führte: „Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Betätigungsfähigkeit eingeschränkt oder von Beeinträchtigungen bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE 2008).

1.9.6 Rechtliche Anerkennung und Qualitätsentwicklung

1953 bildete der „Erlaß des Nds. Sozialministers über die staatliche Anerkennung als Beschäftigungstherapeut(in) und die Einrichtung von Lehranstalten für Beschäftigungstherapie“ die rechtliche Basis der beruflichen Entwicklung in Deutschland. 1971 erfolgte die erste tarifrechtliche Eingruppierung im damaligen Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT; Miesen 2004). 1977 traten das bundesweit gültige „Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten“ sowie die dazugehörige „Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten“ in Kraft. 1980 wurden dann erste Verträge mit den Krankenkassen über die ambulante Versorgung mit Ergotherapie geschlossen. Dies war die Basis für eine vermehrte Gründung von ergotherapeutischen Praxen. Aufgrund der rechtlichen Situation in Deutschland, die dem „Deutschen Verband der Ergotherapeuten“ als Berufsverband eine rechtlich verankerte Rolle in der ambulanten Leistungserbringung einräumt, begünstigt dies, dass es auch aus den Praxen heraus zu einer inhaltlichen Weiterentwicklung kommt. 1991 wurde mit den ersten Kassen eine differenzierte Leistungsbeschreibung Ergotherapie vereinbart (Marquardt 2004). Erste Qualitätsaspekte der ergotherapeutischen Versorgung wurden 2001 rechtlich mit Inkrafttreten der Heilmittel-Richtlinie (HMR) nach § 92 SGB V und der Rahmenempfehlung nach § 125 SGB V geregelt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2000, Verband der Ersatzkassen 2006). Danach hat der Leistungserbringer eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nach den Regelungen dieses Vertrages sowie der §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1 und 70 Abs. 1 SGB V zu gewährleisten.

Um die Qualitätssicherung in der ambulanten Ergotherapie voranzubringen, trat der DVE 2004 dem Institut für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung e. V. (IQH) bei. 2016 wurde mit dem GKV-Spitzenverband eine völlig neue Rahmenempfehlung Ergotherapie vereinbart, inklusive einer ICF-basierten Leistungsbeschreibung (DVE 2017a).

Aufbauend auf der Leistungsbeschreibung für den ambulanten Bereich veröffentlichte der DVE 2004 die erste Leistungsbeschreibung für den stationären Bereich, die sich noch stark am ambulanten Sektor orientiert. Hintergrund war zum einen, Standards auch für die stationäre Versorgung anzubieten, ebenso die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) in Deutschland. Diese stationäre Leistungsbeschreibung Ergotherapie wurde 2011 komplett überarbeitet, auf die ICF ausgerichtet und auf weitere stationäre Bereiche ausgeweitet.

Im Zuge der Etablierung der evidenzbasierten Praxis (EBP) in Deutschland begann ab 2002, der DVE sich in der Leitlinienentwicklung und Überarbeitung zu engagieren. Bis Januar 2019 hat der DVE insgesamt bei mehr als 100

Leitlinien bzw. deren Weiterentwicklung mitgearbeitet, laufend sind es 20–25 Leitlinien.

1.9.7 Politisches Engagement, Networking

Nach der Etablierung der Ergotherapie als eigenständigem Beruf wuchs in den 1980er-Jahren das Bewusstsein für ein stärkeres berufspolitisches Engagement. Dies ging einher mit einem vermehrten interprofessionellen Austausch, welcher zur Gründung der ersten interprofessionellen Zusammenschlüsse führte: 1990 Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe (AG MFA) zu Themen wie Tarifpolitik und stationärem Bereich, 1991 Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG) für die Akademisierung (Kubny-Lüke 2007). Mitte der 1990er-Jahre drohte die Ergotherapie im Zuge von steigenden Kosten im Gesundheitswesen neben den anderen Heilmitteln zu sog. Gestaltungsleistungen der Krankenkassen zu werden. Um dieses abzuwehren sowie der politischen Forderung nach einem einheitlichen Ansprechpartner gerecht zu werden, wurde 1997 die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV) durch die 6 großen Berufsverbände der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie gegründet. Die BHV richtete ihre Aufgaben vor allem auf den ambulanten Bereich aus. Nach deren Auflösung trat der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) ab 2014 an, die Interessen der Heilmittelerbringer umfassend zu vertreten.

1.9.8 Weiterentwicklung der Ausbildung

Qualitätsdebatten mit Fokus auf die Ausbildung setzten Ende der 1970er-Jahre/Anfang der 1980er-Jahre verstärkt ein. Der Berufsverband und die „Ständige Konferenz der Schul- und Ausbildungsleiter“ beschlossen, eine „Gemeinsame Schulkommission“ einzurichten, die neben der Bestandsaufnahme auch Standards für die Ausbildung erarbeiten sollten, die sich an den 1971 veröffentlichten „Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists“ des Weltverbandes der Ergotherapeuten (WFOT) orientierten (Marquardt 2004). Diese waren 1974 in der deutschen Übersetzung unter dem Titel „Empfohlene Mindestanforderungen für die Ausbildung von Ergotherapeuten“ erschienen und zeigten weitreichende Überlegungen für die Ausbildung, die nicht nur die Namensgebung Ergotherapie, sondern insbesondere auch den Qualifikationsgrad, die anstehende Professionalisierung und die interprofessionelle Zusammenarbeit einbezog:

„Die Einrichtung einer Ausbildung für Ergotherapeuten sollte in jedem Land nicht nur Berufspraktiker heranbilden, sondern auch einen Kreis von Lehrkräften, Praktikumsanleitern und in der Forschung Tätigen, um die Fort-

setzung, das Wachstum und die Entwicklung des Berufes zu sichern. Deshalb sollte das Bildungsniveau vor der Ausbildung und die Berufsausbildung selbst eine Qualität haben, die diese Personen in die Lage versetzt, weiterführende Studien auf Graduiertenniveau zu absolvieren. Auf diese Weise kann die Verbesserung des Dienstes am Patienten, in Verbindung mit ähnlichem Fortschritt bei anderen verwandten Berufen, gesichert werden“ (Weltverband der Beschäftigungstherapeuten 1974).

Die Anhebung der Ausbildung auf ein hochschulisches Niveau wurde in Deutschland seit Ende der 1960er-Jahre verfolgt und in die Diskussionen zum Entwurf für ein Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten von 1973 eingebracht. Zwar hielt das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit diese Anhebung für wünschenswert, jedoch nicht für realisierbar (Marquardt 2004).

Die Forderung nach einer hochschulischen Ausbildung wurde über die Jahre weiterverfolgt. Insbesondere die Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in Therapie und Geburtshilfe (AG MTG), die sich 1991 gründete, setzte sich für die Akademisierung der von ihr vertretenen Therapieberufe (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Orthoptik und Geburtshilfe) ein.

Eine erste akademische Ausrichtung konnte 1997 durch den Weiterbildungs-Studiengang für Ergotherapeuten an der Fachhochschule Osnabrück mit dem Zertifikatsabschluss verzeichnet werden, auf den 1998 ein sog. Upgrading Studiengang für deutsche Ergotherapeuten an der Hogeschool Zuyd in den Niederlanden folgte. Zudem wurden ab 1999 erste Studiengänge für bereits berufsfachschulisch ausgebildete Therapeuten an privaten Hochschulen konzipiert und initiiert.

Der erste deutsche Bachelor-Studiengang für die Berufsgruppen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie an der heutigen Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) am Standort Hildesheim begann im Sommersemester 2001 und leitet nach jahrelanger Vorarbeit die Akademisierung in Deutschland ein. Im Wintersemester 2001/02 folgte dann ein Studiengang an der Fachhochschule Osnabrück für Absolventen der Ergotherapie und Physiotherapie (Marquardt 2004). Beide Studiengänge richteten sich an bereits berufsqualifizierte Ergotherapeuten.

Die erste Möglichkeit einen Masterabschluss zu erlangen, wurde zum Wintersemester 1999 durch den Studiengang „European Master of Science in Occupational Therapy“ an der Amsterdam University of Applied Sciences (Niederlande) geschaffen. In Deutschland war es abermals die HAWK, die einen Masterstudiengang für die Berufsgruppen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zum Wintersemester 2005/06 anbot (DVE 2017).

1999 wurde der erste Bildungsplan vom DVE veröffentlicht. Der Verband forderte darin die Einführung von Bachelor- und konsekutiven Masterstudiengängen, die eine Promotion sowie eine anschließende Habilitation an Universitäten ermöglichen, und stellte damit das berufspolitische Ziel der Akademisierung sowie die Professionalisierung des Berufsstandes deutlich heraus (Miesen 2004, Marquardt 2004).

Erst 2009 wurde die Forderung nach einem grundständigen Bachelorstudiengang in der Ergotherapie ermöglicht. Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel (BGBl. I) beschloss der Deutsche Bundestag die Änderung der Berufsgesetze der Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden und Hebammen. Es wurde erstmalig im Rahmen von Modellvorhaben an Hochschulen ermöglicht, Ergotherapie direkt zu studieren und gleichzeitig die staatliche Prüfung zur Ergotherapeutin abzulegen (sog. primärqualifizierende Studiengänge).

Der erste primärqualifizierende Studiengang, auch als Modellstudiengang bezeichnet, wurde für die Ergotherapie zum Wintersemester 2010/11 an der neu gegründeten Hochschule für Gesundheit in Bochum eingeführt (DVE 2017).

Im Juli 2012 unterstützte der Wissenschaftsrat, der in Deutschland die Bundesregierung und die Regierungen der Länder berät, die Akademisierungsbestrebungen der Therapieberufe mit seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“. In diesen spricht er sich vor dem Hintergrund der üblichen Größe multidisziplinärer Teams für eine Akademisierungsquote von 10–20% aus. Diese Akademisierungsquote beruht „auf der Annahme, dass einem typischen multidisziplinären Team aus 5–10 Personen eine höher qualifizierte Fachkraft angehören soll“ (Wissenschaftsrat 2012). Diese wenig valide Aussage, die zudem nicht auf alle ergotherapeutischen Arbeitsfelder übertragbar ist, gilt im politischen Raum jedoch weiterhin als viel zitierte Richtgröße.

Das 2014 herausgegebene Bildungskonzept des DVE beinhaltet integrative und kooperative Akademisierungsmodelle und stellt die unterschiedlichen Akademisierungsformen heraus. Eine der Zielsetzungen bleibt dabei jedoch die Forderung der Durchlässigkeit zu Promotion und Habilitation. Zudem soll die öffentliche Diskussion um die „Akademisierung des Berufs“ durch das Bildungskonzept angeregt werden (Longrée u. Junge 2014).

Der Deutsche Bundestag entschied 2017, dass in den Berufsgesetzen die Modellklausel bis zum 31.12.2021 weiterlaufen solle (BR-Drucksache 120/16 vom 02.12.2016), sodass primärqualifizierende Bachelorstudiengänge in Ergotherapie in Deutschland bisher weiterhin nur als Modell und nicht als Regelangebot möglich sind (► Tab. 1.3).

Tab. 1.3 Chronologische Übersicht der Ergotherapieausbildung in Deutschland.

Jahr	Ereignis
1947	Initiierung des ersten Kurzlehrgangs für Beschäftigungstherapie im niedersächsischen Versorgungskrankenhaus in Bad Pyrmont von Versorgungskräften des Britischen Roten Kreuzes
1953	erste landesrechtliche Anerkennung der Beschäftigungstherapie durch den „Erlaß des Nds. Sozialministers über die staatliche Anerkennung als Beschäftigungstherapeut(in) und die Einrichtung von Lehranstalten für Beschäftigungstherapie vom 16. Februar 1953“
	Beginn des ersten Ausbildungslehrgangs an der Schule für Beschäftigungstherapie an der Orthopädischen Heil- und Lehranstalt Annastift in Hannover
1977	Inkrafttreten des Gesetzes über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten vom 25. Mai 1976 sowie der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (BeArbThAPrO)
1999	Inkrafttreten der Änderung der Berufsbezeichnung in „Ergotherapeutin/Ergotherapeut“ sowie der neuen „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – ErgThAPrV) vom 2. August 1999“
2003	erste Professur für Ergotherapie
2005	erster deutscher Masterstudiengang Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie
2009	Einführung einer Modellklausel in das Berufsgesetz (Ermöglichung von primärqualifizierenden Studiengängen)
2010	Einführung des ersten primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs Ergotherapie
2016	Verlängerung der Modellklausel bis 2021

1.9.9 Zukunft

Die gesellschaftlichen Entwicklungen wie demografischer, epidemiologischer und sozialer Wandel, die Veränderung der Beschäftigungsstrukturen, das Fortschreiten der Technologie, Wirtschaftskrisen, und auch die veränderte Anspruchshaltung des Einzelnen fordern von den Gesundheitsprofessionen den Wandel mitzugestalten und neue Rollen und Aufgaben zu besetzen. Ergotherapeuten sehen den Wert und die Bedeutung der Betätigung, sie können mit den vorhandenen Ressourcen arbeiten und Inhalte der Occupational Science mit in ihre alltägliche Arbeit integrieren. Als kreative Vordenker und Vernetzer gestalten und verstärken sie die Zusammenarbeit mit Gemeinden, Selbsthilfeverbänden, Krankenkassen und weiteren Interessengruppen (stakeholders), da sie die Notwendigkeit der Zusammenarbeit aller Professionen als Interprofessional Community of Practice (IP-CoP) frühzeitig erkennen und fördern (Kronenberg 2011). Als Betätigungswissenschaftler und Experten für den Alltag agieren sie auch als Fürsprecher ihrer Klienten.

Gesetzgeber und Krankenkassen werden in Zukunft noch mehr Wert auf die ökonomischen Aspekte der therapeutischen Interventionen sowie deren wissenschaftliche Unterbauung legen und damit das evidenzbasierte Arbeiten (ein)fordern. Hier sind Ergotherapeuten aufgefordert, ihr effektives und effizientes Handeln unter Beweis zu stellen und zudem aufzuzeigen, dass sie weiterhin Qualitätssicherung leisten. In der zukünftigen Gesundheitsbildungspolitik werden das lebenslange Lernen, weitere Fort- und Weiterbildung und Spezialisierung wichtige Themen sein. Die Forschung wird vermehrt an den Bedürfnissen der Klienten ausgerichtet sein (Stichwort: partizipative Forschung). Ebenso werden Kranken-

kassen und Gesetzgeber ihr Augenmerk auf Inklusion, Partizipation und Eigenbeteiligung des Bürgers legen und mithilfe von Unterstützungstechnologie (ambient assistive technology, AAT) werden Menschen möglichst lange zu Hause wohnen bleiben. Hier gilt es für die Ergotherapie das Betätigen des (chronisch) Erkrankten mit technologiebasiertem Wissen und Kompetenzen zu unterstützen und ihm beratend Wege aufzuzeigen, wie er sein Leben selbst managen kann. Selbstmanagement, Coachen, Unterstützen und Begleiten werden zukünftige ergotherapeutische Arbeitsinhalte sein und das Empowerment des Klienten wird zentral stehen (Merklein 2015).

Die Kerndomäne der Ergotherapie wird das zielgerichtete, bedeutungsvolle und kontextgebundene Betätigen bleiben. Die Arbeitsfelder werden sich auf Arbeit, Wohnen, Freizeit, Lernen, Lebensqualität und Work-life-Balance verteilen. Die Wissensdomäne der Occupational Science wird eng mit der Ergotherapie verbunden bleiben und der Einfluss des Betätigten auf Gesundheit und das physische, mentale und soziale Wohlbefinden wird weiter durch die Occupational Science untermauert werden. Ferner werden die Arbeitsfelder sich noch mehr mit den Aspekten „doing“, „being“, „becoming“ und „belonging“ auseinandersetzen (Hammell 2004, Hitch et al. 2014).

In Zukunft wird die Profession zwei Perspektiven beachten: die individuelle, in welcher der Mensch selbst seine Gesundheit und sein Wohlbefinden beeinflussen kann, und die gesellschaftliche Perspektive. Menschen interagieren mit anderen in Gruppen und Populationen und das Betätigen ist der Beginn der sozialen Inklusion und der Partizipation eines jeden. Ergotherapeuten werden sich in der community engagieren, werden community-based (top down) arbeiten und sich an der „community development“ (bottom up) beteiligen (Hartingsveldt et al.

2015). Klienten und Klientengruppen werden in Zukunft Ergotherapeuten ohne ärztliche Verordnung konsultieren können.

Ergotherapeuten werden sich zukünftig bei Projekten auch in größeren Organisationen beteiligen (Kronenberg 2011). Auf Populationsniveau werden sie den sozialen Zusammenhalt mit entwickeln und unterstützen. Townsend et al. (2013) nannten schon vor 4 Jahren die Ergotherapie eine „translational profession“, ein Beruf der sowohl die medizinischen als auch die gesellschaftlichen Domänen abdeckt.

1.9.10 Herausforderungen

Aufgrund der oben beschriebenen gesellschaftlichen und technologischen Veränderungen (siehe auch Industrie 4.0, <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/-2080945382/industrie-4-0-v2.html>) werden zukünftige Ergotherapeuten nicht nur einer anderen Klientel begegnen, was sich beispielsweise durch eine veränderte Klientenrolle und ein erweitertes Therapiespektrum ausdrückt (vermehrtes Auftreten von Multimorbidität und chronisch kranken Menschen, verstärkter Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention). Der demografische Wandel wird zudem zu einem steigenden Bedarf an Ergotherapie führen, der sich verstärkt ökonomischen Herausforderungen stellen wird (Hoefert u. Klotter 2011). Darüber hinaus werden durch die kommenden Veränderungen aber auch andere Arbeitsinhalte und -schwerpunkte gefordert werden (u. a. Digitalisierung der Therapiemedien, weitere Evidenzbasierung, virtuelle Therapieräume).

Demgegenüber steht ein sich abzeichnender Fachkräftemangel, der sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags (2018) bereits als Fachkräftengpass darstellt (Institut der deutschen Wirtschaft 2014).

Wie werden Berufsangehörige diese Entwicklungen mittragen und auch mitentwickeln? Wie werden Gesellschaft und Profession darauf reagieren? Wie wird dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden?

Aus den Überlegungen einer stärkeren Ausrichtung der Ergotherapie am Gemeinwesen und an der Occupational Science werden sich Arbeitsinhalte sowohl in der Ausbildung als auch in der Ausübung verändern. Welche Inhalte werden in ein zukünftiges Curriculum integriert werden?

Eine weitere Frage, welche die deutsche Ergotherapie bewegt ist: Wann und unter welchen Rahmenbedingungen wird die grundständige Akademisierung umgesetzt werden, die Möglichkeit des Masters und der Promotion in unserem eigenen Berufsfeld, als Basis auch für die Forschung zur Ergotherapie in Deutschland?

Welche professionellen Herausforderungen der Zukunft werden an die Ergotherapie herangetragen werden und wie gelingt es uns, die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und weiterzuentwickeln, uns aber andererseits im Versorgungskontext von den anderen Professionen und Disziplinen abzu-

grenzen und uns unentbehrlich zu machen und jedem zu verdeutlichen, dass gelingende Betätigungen wichtig für ein erfülltes Leben sind?

1.10 Entwicklung des Berufes in Österreich

Maria Feiler

Wie in vielen anderen Ländern Europas galt auch für Österreich, dass „Kranke, Obdachlose und Mittellose“ Zuflucht in Ordenshäusern und Klöstern fanden. In der Folge kamen auch „Hospitale und Herbergen dazu, die von christlich-sozialen Vereinen eingerichtet wurden. Sie boten zunächst in erster Linie Unterstand und Schutz und erst nach und nach Pflege und Behandlung von Kranken an (Tragl 2007). Sie waren somit sowohl „letzte Zufluchtsstätten“ als auch Orte für Langzeitbehandlung. Zu der Behandlung gehörte in der Regel auch das Ausführen von Arbeiten – zum einen Teil wegen der sinngebenden Beschäftigung, deren heilende Wirkung durchaus erkannt wurde, zum anderen aber auch aus wirtschaftlichen Gründen. So ordnete z. B. die Kaiserin Maria-Theresia Maulbeerbaumpflanzungen im „Großarmenhaus, dem heutigen alten AKH, an um Pfléglingen Arbeit und ein Zubrot zu schaffen. 1768 konnten hier bereits 30 Pfund reine Seide gewonnen werden“ (Hofmann 2016).

1.10.1 Ergotherapie in der Psychiatrie und Rehabilitation

Erst im 18. Jh. unter dem Einfluss von Phillipe Pinel (1745–1826) in Frankreich und John Conolly (1794–1866) führten verschiedene Psychiater arbeitstherapeutische Maßnahmen gezielt zur Behandlung psychisch Kranker ein.

In der Folge berücksichtigte man dies besonders bei der Planung und dem Bau neuer psychiatrischer Heil- und Pflegeanstalten wie z. B. beim Bau der „Anstalt am Steinhof“ in Wien, der 1902 beschlossen und 1907 fertiggestellt worden war und lange als „Vorzeiganstalt“ in Europa galt. Es gab ein Beschäftigungshaus und die von den Insassen geleistete Arbeit sowohl in den einzelnen Häusern als auch in der dazugehörenden Landwirtschaft war wesentlicher Bestandteil für den reibungslosen Ablauf des Alltagsgeschehens. Ledebur widmet in ihrem Buch „Das Wissen der Anstaltspsychiatrie“ im Kapitel „Die Beschäftigung der Geisteskranken ist ein wichtiger therapeutischer Faktor“ dieser Tatsache eine umfassende Beschreibung (Ledebur 2015).

Die wissenschaftliche Grundlage dafür, dass Beschäftigung ein wichtiger therapeutischer Faktor ist, belegte allerdings erst der Psychiater Herman Simon (1867–1947) aus Gütersloh.

1924 bei einem Kongress in Innsbruck referierte er über seine These „Leben ist Tätigkeit. Müßiggang ist nicht nur aller Laster, sondern auch der Verblödung Anfang“ und den Bericht über „Aktivere Therapie“. „Er stellte einen differenzierten Stufenplan vor, der von einfachen Tätigkeiten bis hin zu eigenverantwortlichen Arbeitsaufgaben innerhalb des Krankenhauses reichte. Seine Therapie war pädagogisch ausgerichtet und hatte das Ziel, durch Übung, Gewöhnung, Anpassung und durch positive und negative Sanktionen das soziale Verhalten des Patienten zu beeinflussen. Somit war der Grundstein der Arbeitstherapie gelegt“ (ÖBIG Material zum Berufsprofil 2001).

Die beiden Weltkriege, die eine „Vielzahl an Schwer- und Schwerstbehinderten“ bedingten, führten dazu, dass sich ein weiterer Einsatz für die Beschäftigungstherapie eröffnete. Sie widmete sich der Behandlung von funktionellen Störungen und der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben“ (ÖBIG 2001).

In diesem Zusammenhang waren vor allem Ärzte wichtige Mentoren der Ergotherapie. „Als Pioniere der Arbeits- und Beschäftigungstherapie galten Lorenz Böhler, Begründer der Unfallchirurgie und der Arbeitsunfallkrankenhäuser, und auf dem Gebiet der Orthopädie Hans Spitzzy, Leiter des Orthopädischen Krankenhauses, dem das erste umfassende Rehabilitationszentrum angeschlossen war“ (Fachzeitschrift des Verbandes der österreichischen Ergotherapeuten „Ergotherapie“, 4/2009, S 6).

Sie vertraten die Meinung, dass es nicht nur darum ginge, dass Patienten beschäftigt seien, sondern dass das aktive Tun nur dann eine therapeutische Wirkung habe, wenn es sorgfältig und entsprechend den Bedürfnissen des Patienten ausgewählt, korrekt angeleitet und bei der Ausführung kompetent unterstützt würde. „Therapie soll keineswegs nur einfach durch Leistung oder etwas Geleistetes aus seiner Krankheit herausführen. Ein therapeutisches Ziel und ein therapeutischer Effekt sind notwendig“ (zitiert nach handschriftlichen VL Unterlagen von Max Soucek, gefunden im Archiv Studiengang Ergotherapie FH Campus Wien). Um dies auch gewährleisten zu können, sei eine spezifische Ausbildung notwendig.

1.10.2 Die ersten Ausbildungen in Österreich

Böhler erwirkte, dass mit Unterstützung des Sozialministeriums und der AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) 1950 ein erster Ausbildungskurs unter der Leitung von Konrad Gable, einem Ergotherapeuten aus USA, stattfand. Dieser Kurs dauerte drei Monate und die Teilnehmer waren Kunsterzieher, Lehrer, Sozialarbeiter und Krankenpflegepersonen. Alle waren sie bereits in einer Arbeitstherapieabteilung tätig.

Nach diesem erfolgreichen Kurs war Böhler mehr denn je von der Wichtigkeit guter Ausbildung überzeugt und erwirkte, dass Miss Elms, Lehrtherapeutin aus England, 1953 einen weiteren – dieses Mal sechsmonatigen – Kurs

abhielt. Kursort war das damals in der Webergasse in Wien befindliche Unfallkrankenhaus. Er persönlich als Unfallchirurg und der Orthopäde Erlacher stellten sich als medizinische Leiter dieses Kurses zur Verfügung.

Die Teilnehmer dieses Kurses gründeten eine „erste Arbeitsgemeinschaft für Arbeits- und Beschäftigungstherapie“, die allerdings nur sehr kurz existierte.

In der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 1961 wurde erstmal auch die Ausbildung für Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten gesetzlich festgelegt. Obwohl in diesem Gesetz umfassend und konkret beschrieben, erfolgte nicht zwingend logisch eine Schulgründung. Max Soucek verfolgte jedoch mit viel Geduld die Verwirklichung der Idee und zeigte großes diplomatisches Geschick dabei, einflussreiche Unterstützer und Geldgeber aufzutreiben. Gemeinsam mit H. Hoff und K. Kryspin-Exner gründete er 1969 einen Schulbeirat. 1970 entwickelte sich aus diesem Beirat das „Kuratorium der Schule für den arbeits- und beschäftigungstherapeutischen Dienst.“ Durch die Initiative dieses Kuratoriums konnte 1971 der erste Lehrgang der neu gegründeten Schule mit 17 Teilnehmern starten. Jantsch wurde ärztlicher Leiter, Soucek leitender Lehrassistent.

1973 wurde die Schule in Innsbruck-Bad Häring gegründet. Diese Gründung ging auf eine Initiative des Landes Tirols und der AUVA zurück. Letztere stellte im Rehabilitationszentrum Bad Häring die notwendige ergänzende Infrastruktur und mit J. Stipicic den ärztlichen Leiter zur Verfügung.

Damit gab es im Osten und im Westen Österreichs jeweils eine Ausbildungsstätte. Da es nun regelmäßig sowohl diplomierte als auch engagierte Absolventen gab, diese auch untereinander gut vernetzt waren, entstanden in Folge durch deren Pionierarbeit sukzessive neue Ergotherapieabteilungen.

1981 erfolgte die Gründung der Schule in Salzburg. Diese Schule war eine Kooperation der Landesnervenklinik und dem Land Salzburg. „Der Entschluss zur Errichtung der Schule war damit begründet, dass an der Landesnervenklinik ständig ein Mangel an ausgebildeten Ergotherapeuten herrschte. Außerdem wurde vonseiten der Salzburger Landesregierung die Forderung gestellt, in den Beschäftigungstherapien fachlich geschultes Personal einzustellen“ (Streitwieser 1986). Dieser Aspekt zur Gründung einer Schule war auch für weitere Schulgründungen in anderen Bundesländern ausschlaggebend:

- 1991 Gründung der Schule in Linz in Zusammenarbeit mit dem Wagner-Jauregg Krankenhaus
- 1992 Schulgründungen in Graz (nunmehr FH Joanneum Bad Gleichenberg), Klagenfurt und Baden (nunmehr FH Wiener Neustadt)
- 1992 erste Direktorenkonferenz in Linz. Es wurde festgelegt sich regelmäßig zwei Mal im Jahr zu treffen, damit eine Kooperation zwischen den Ausbildungen zu unterstützen, sich gut zu vernetzen und somit zu einer

landesweiten optimalen Ausbildung aller Ergotherapeuten beizutragen.

- Von 2004–2010 gab es auch in Ried in OÖ eine Akademie für Ergotherapie. Als 2010 die Linzer Ausbildung in eine Fachhochschule übergeführt wurde, legte man diese Ausbildungen zusammen.

1.10.3 Namensgebung

Bei der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 1961 (Bundesgesetz vom 22.3.1961, BGBl. Nr. 102) wurden erstmalig die sieben medizinisch-technischen Dienste als eigene Berufe definiert und deren Ausbildung festgelegt. Als Berufsbezeichnung wurde „Diplomierter(r) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(in)“ festgelegt. Die dafür notwendige Ausbildung sollte in einer „medizinisch-technischen Schule für den beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Dienst“ erfolgen.

Bei dem dreitägigen Ergotherapiekongress 1979 deklariert sich der Verband am Deckblatt des Programmheftes und dem vorliegenden Informationsmaterial zwar noch als Verband für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, doch führte er in Klammern bereits die Berufsbezeichnung Ergotherapie an. Im Heft bezeichnen sich die Therapeuten einheitlich als Ergotherapeuten und benützen diese Veranstaltung auch, um deutlich aufzuzeigen, dass sich der Beruf eindeutig vom reinen „Beschäftigen“ von Patienten distanziert hat.

1992 trat das MTD-Gesetz (Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste, BGBl. Nr. 460/1992) in Kraft. Damit wurden alle die MTD-Berufe betreffenden Bestimmungen aus dem Krankenpflegegesetz herausgenommen und in einem eigenen Gesetz zusammengefasst. Dies unterstreicht die Eigenständigkeit der MTD-Berufe sowie deren gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung. Der Berufstitel wurde in „Diplomierter(r) Ergotherapeut(in)“ geändert und die vormals medizinisch-technischen „Schulen für den Arbeits- und Beschäftigungstherapeutischen Dienst“ zu „Akademien für Ergotherapie“.

Im Jahr 2005 ermöglichte eine MTD-Gesetzesnovelle, dass die Ausbildung zum Ergotherapeuten an Fachhochschulen möglich wurde. Mit dieser Gesetzesänderung fiel bei der Berufsbezeichnung die Nennung des „Diploms“ weg. Die Berufsbezeichnung lautet nun „Ergotherapeut(in)“ ohne bzw. mit akademischem Titel.

1.10.4 Inhaltliche Entwicklung

„Der Beschäftigungstherapeut gehört zu den jungen medizinisch-technischen Hilfsberufen mit starken handwerklichen und künstlerischen Beziehungen.“ – „Die Beschäftigungstherapie richtet sich als Behandlungsmethode völlig individuell an die Erfassung und Bedürfnisse des einzelnen Patienten. Dies sowohl auf seelisch-geistigem Gebiete als auch im körperlichen Bereich und wird aus-

schließlich vom Arzt angeordnet und in entsprechenden Visiten überwacht“ (Soucek 1961).

Als allgemeine Ziele der Beschäftigungstherapie gab Soucek das Wiedererlangen der eigenen Leistungsfähigkeit, das Bewahren psychisch labiler Patienten vor negativen Verhaltensweisen an. Zudem meinte er, dass auch die berufliche Abklärung im Rahmen der Beschäftigungstherapie erfolgen kann und dass der Kranke zur aktiven Teilhabe am Heilungs- und Gesundungsprozess angehalten wird.

Er unterscheidet drei große Arbeitsbereiche der Beschäftigungstherapie:

- Erkrankungen der Lunge, des Herzens und Kreislaufs
- Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats
- psychische Erkrankungen.

Die Kernthese des Berufes ist, dass Aktivität eine heilende Wirkung hat, dass es ein menschliches Grundbedürfnis ist, aktiv zu sein und Betätigungskompetenz zu erwerben. Im Gesetz über Arbeits- und Beschäftigungstherapie von 1961 waren zunächst einmal handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten als Behandlungsmittel nach ärztlicher Anordnung festgelegt.

Wie bereits aus dem historischen Beschreibungen ersichtlich wird, stand auch in Österreich die Weiterentwicklung der Ergotherapie in einem sehr engen Verhältnis zur Medizin, wobei sich der Schwerpunkt von anfänglich hauptsächlich psychisch-psychiatrischen Anliegen zu zusätzlichen funktionellen Aufgaben und Behandlungsansätzen erweiterte.

Dies wurde besonders bei dem bereits zitierten dreitägigen Ergotherapiekongress 1979 deutlich. Der damalige Bundespräsident Rudolf Kirchschläger eröffnete persönlich den Kongress, namhafte österreichische Ärzte unterstützten ihn durch Fachbeiträge, die durch Fachvorträge von Ergotherapeuten ergänzt wurden. Das Programm reflektierte sehr gut, dass sich die Arbeitsbereiche und Aufgaben erweitert sowie die Sichtweise unseres Berufes verändert hatten.

Bei diesem Event wurde auch eine Wanderausstellung vorgestellt, die das Berufsbild der Ergotherapie erklärte und die Arbeit von Ergotherapeuten in den verschiedenen Fachbereichen (Pädiatrie, Geriatrie, Neurologie, Orthopädie incl. Ergonomie und Rheumatologie, Psychiatrie und im extramuralen Bereich) bildhaft darstellte. Diese Wanderausstellung wurde ab sofort zur Verfügung gestellt, damit Kollegen sie für PR-Arbeit einsetzen konnten. Zusätzlich begann der Verband intensiv an einer Broschüre zu arbeiten, die das Berufsbild der Ergotherapeuten kurz, prägnant aber umfassend darstellte und die 1982 veröffentlicht wurde.

Eine Beschreibung der Ergotherapie liest sich 1981 folgendermaßen: „Hauptaufgabe dieser Therapie ist die Beseitigung von Behinderungen, die Kompensation von Defektheilungen und vor allem das Erlernen der Verrichtungen des täglichen Lebens. Der Patient soll wieder allein in



Abb. 1.6 Ein von einer Ergotherapeutin aus einem Plastikeimer selbst hergestellter Strumpfanzieher. (Verband der Diplomierten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen Österreichs 1982).

seiner Wohnung leben, selbst kochen und all die kleinen Arbeitsverrichtungen des Haushalts selbständig durchführen können. Die Verselbstständigung der Patienten ist wichtig, weil nur dadurch ein Patient davor bewahrt werden kann, in ein Pflegeheim zu gehen. Neben einem gezielten Training zur Behebung gestörter Funktion nach Lähmungen, rheumatischen Gelenkdeformitäten und zur Nachbehandlung von Gelenkoperationen kommen verschiedene Hilfsmittel, sogenannte Aids, zum Einsatz. Es gibt zahllose dieser „Aids“ und sie können für jeden Behinderungszustand speziell produziert werden, wobei der Erfindungsgabe der Therapeutin keinerlei Grenzen gesetzt sind“ (Gruber 1981; ► Abb. 1.6).

Im § 2 Abs. 5 des MTD-Gesetzes 1992 wurden die ergotherapeutischen Maßnahmen erweitert durch: „... das Training der Selbsthilfe und der Herstellung, den Einsatz und die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln einschließlich Schienen zu Zwecken der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation; ohne ärztliche Anordnung der Beratungs- und Schulungstätigkeit sowohl auf dem Gebiet der Ergonomie als auch auf dem Gebiet des allgemeinen Gelenkschutzes an Gesunden“.

Insgesamt ging mit dieser Entwicklung auch eine zunehmend mechanistische und funktionsorientierte Sichtweise der Ergotherapie (damals noch Arbeits- und Beschäftigungstherapie) einher. Nicht mehr der Wert der Beschäftigung an sich, sondern funktionelle Komponenten und funktionelle Defizite wurden zum Mittelpunkt ergotherapeutischen Denkens und Handelns (ÖBIG Berufsprofil).

Die Behandlung erfolgte durch den Einsatz von Methoden, Übungen und Techniken im jeweilig spezifischen Arbeitsfeld.

Für viele Ergotherapeuten trat die Kernthese des Berufes in den Hintergrund. Gleichzeitig aber begannen sie zu hinterfragen, was den Beruf von anderen unterscheidet und einzigartig macht. Dieses Hinterfragen leitete auch in Österreich den Paradigmenwechsel ein.

Ein Rückbesinnen auf Werte, Kernthesen und Positionen führte international zur Entwicklung ergotherapeutischer Modelle. 1986 wurde in Wien ein Arbeitskreis Modelle und Theorien gegründet. Sein Ziel war es, sich mit den derzeit in der Ergotherapie bekannt gewordenen Modellen auseinanderzusetzen und diese auch in Österreich zu etablieren. Ein erster Kurs über das OPM wurde von Chris Chapparo und Judy Ranka in Wien gehalten. In der Folge wurden auch Fortbildungen zum Bieler Modell, zum MOHO und zum CMOP angeboten.

1998 fand in Wien ein Kongress mit vielen internationalen Vortragenden mit dem Ziel statt, möglichst vielen österreichischen Ergotherapeutenkollegen den aktuellen Stand der Ergotherapie nahezubringen. Nachfolgend etablierte der Verband in Verbindung mit der Generalversammlung eine (mehrtägige) jährliche Fachtagung mit jeweils einem besonderen Thema (Themen waren z. B. EBP, CBR, Lebensereignisse und Rollenänderung, „tun, was sinnvoll ist“ usw.).

Obwohl sich der Berufsverband wiederholt um eine zeitgemäße inhaltliche Definition bemüht hat, besteht die gesetzlich festgelegte Berufsdefinition aus 1961 mit den Ergänzungen aus 1992 seither unverändert. Allerdings erfolgte 2006 eine Änderung in der Ausbildungsverordnung (BGBl. II Nr. 2/2006), welche die zu erwerbenden Kompetenzen beschreibt und damit ein sehr gutes Gesamtbild davon gibt, wie Ergotherapeuten arbeiten. So sollte ein Absolvent folgende Punkte beherrschen:

- „... nach ärztlicher Anordnung die Ergotherapie gemäß § 2 Abs. 5 MTD-Gesetz als Teil des medizinischen Gesamtprozesses durchführen; dies umfasst die Arbeitsschritte Frageninventarisierung, Planung, Umsetzung sowie Qualitätssicherung, Evaluation, Dokumentation und Reflexion.
- die Gesundheitsfragen und die Ressourcen des Patienten erfassen, aus den bereits vorhandenen Befunden die ergotherapeutisch relevanten Informationen erkennen und erforderlichenfalls mit dem zuständigen Arzt oder mit anderen zuständigen Personen Rücksprache über fehlende relevante Informationen halten
- die Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung erkennen und den Bezug zu den entsprechenden gesetzlichen Regelungen herstellen
- die Zuständigkeit anderer Gesundheitsberufe sowie sonstiger Berufe erkennen und im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten
- einen ergotherapeutischen Befund basierend auf den Ergebnissen der Informationsaufnahme, hypothesen-

geleitet mittels berufsspezifischer Untersuchungsverfahren erstellen

- biomechanische, motorische, sensorisch-perzeptive, kognitive und psychosoziale Betätigungskompetenzen des Patienten erfassen
- die individuelle Betätigungsfähigkeit des Patienten in den Lebensbereichen unter Berücksichtigung der Umweltfaktoren hinsichtlich der sozialen, kulturellen, physischen und institutionellen Gegebenheiten erfassen
- Aktivitätsanalysen im Sinne der Verknüpfung von Anforderungs- und Fähigkeitsanalyse durchführen
- einen Therapieplan erstellen, ergotherapeutische Ziele festlegen und den Therapieplan durchführen
- Therapien nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen durchführen
- den Therapieplan mit dem Patienten oder Angehörigen besprechen, auf individuelle Bedürfnisse abstimmen und den Patienten zur Mitarbeit motivieren und anleiten
- den Verlauf der Intervention kritisch hinterfragen und auf den Patienten abstimmen
- den Anforderungen des Qualitätsmanagements Rechnung tragen
- den Behandlungsverlauf dokumentieren sowie die Ergebnisse analysieren und auswerten
- den ergotherapeutischen Prozess im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchführen sowie gezielt entwicklungsfördernde und gesundheitserhaltende Maßnahmen anbieten
- lebensbedrohende Zustände erkennen und die entsprechende Erste Hilfe leisten
- die berufliche Tätigkeit insbesondere bei freiberuflicher Berufsausübung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien entwickeln, gestalten und umsetzen.“

Nicht nur die Kompetenzen, die Ergotherapeuten in ihrem Berufsalltag brauchen, haben sich geändert, auch ihr Einsatzbereich hat sich erweitert. So sind sie heute in Institutionen wie Krankenhäusern, Ambulatorien, in Rehabilitations- und Kuranstalten, Seniorenheimen, Kindergärten, Schulen, Behindertenwerkstätten aber auch in freien Praxen tätig (Ergotherapie Austria 2014). Ergotherapeuten sind auch bei vielen Projekten in unterschiedlichen Communities engagiert.

1.10.5 Professionalisierung

Ein besonders wichtiger Meilenstein in der Geschichte der österreichischen Ergotherapie war, dass 1957 eine Modellstation am Pulmologischen Zentrum am Steinhof in Wien eingerichtet wurde. Ein Bestandteil dieses Zentrums war auch eine Abteilung für Ergotherapie (damals noch Arbeits- und Beschäftigungstherapie), in der ausschließlich diplomierte Ergotherapeuten (damals eben-

falls noch Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten) angestellt wurden.

Max Soucek (siehe Infokasten (S.60)) wurde mit der Aufgabe betraut, vorerst eine Abteilung für die Pulmologie und anschließend für die Orthopädie aufzubauen. Er holte sich Fachkräfte aus den USA, Großbritannien, Australien, Schweden, Dänemark, den Niederlanden, Deutschland und der Schweiz.

Weitere Eckpfeiler der Ergotherapie-Entwicklung in Österreich:

- 1976 WFOT-Mitgliedschaft: Nach der Verbandsgründung 1969 und den Schulgründungen 1971 in Wien und 1973 in Tirol strebte der österreichische Verband die Mitgliedschaft im Weltverband an. 1976 konnte unsere Berufsvertretung alle dafür nötigen Standards nachweisen und wurde somit offizielles Vollmitglied des Weltverbandes WFOT.
- 1981 gab es eine Gesetzesänderung, die es Ergotherapeuten erstmal ermöglichte auch im extramuralen Bereich zu arbeiten. In der Folge etablierten die Wiener Sozialdienste die erste Stelle einer mobilen Ergotherapeutin.
- 1985 wurde der Dachverband der medizinisch-technischen Dienste gegründet, in dem auch der Verband der Ergotherapeuten ein wichtiges Mitglied ist. Er verfolgt als Hauptziel seiner Arbeit eine Gesetzesnovellierung. Es kann als deren Erfolg verbucht werden, dass 1988 folgende Berufe die Zulassung zur Freiberuflichkeit (BGBl. Nr. 747/1988) erhalten: „Freiberuflich dürfen nur der Krankenpflegefachdienst, der physiotherapeutische Dienst, der Diätdienst, der beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Dienst und der logopädisch-phoniatrisch-audiometrische Dienst ausgeübt werden.“ Diese Veränderung nützte der Bundesverband für die notwendige rechtliche Konsequenz, im ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) explizit genannt zu werden. Aber erst mit der 50. ASVG-Novelle 1991 wurden die ergotherapeutischen Leistungen als Pflichtleistungen der Sozialversicherungsträger anerkannt.
- 1992 trat das MTD-Gesetz in Kraft.
- 2000 erfolgte eine Anpassung der Freiberuflichkeitsregelungen an EU-Recht – d. h. Ergotherapeuten konnten ab sofort umfassender freiberuflich arbeiten und auch eigene freie Praxen gründen.
- 2005: Eine MTD-Gesetzesnovelle ermöglichte die Ausbildung zum Ergotherapeuten an Fachhochschulen.
- Bis 2010 wurden alle österreichischen Ergotherapie-Ausbildungen in Fachhochschulen übergeführt.
- 2007 initiierte der Verband eine große Umstellung, um sich zu präsentieren. Das Logo wurde verändert, die Zeitung, der Rundbrief und die Homepage wurden neu gestaltet. Ein Organisationshandbuch als Grundlage für die Geschäftsordnung wurde erstellt und die ISO-Zertifizierung des Fortbildungsressorts erfolgreich abgeschlossen.

Max Soucek – Pionier der österreichischen Ergotherapie

Der 1926 in Wien geborene Max Soucek hatte nach eigenen Erzählungen die Arbeits- und Beschäftigungstherapie in einem Lazarett kennengelernt. Er war so begeistert von dieser Behandlungsmodalität, dass er von 1948–1951 die Ausbildung zum Krankenpfleger mit der Absicht absolvierte, anschließend in der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zu arbeiten. Seine erste Anstellung fand er an der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik, die damals von Hans Hoff geleitet wurde, der ebenfalls ein großer Befürworter der Arbeits- und Beschäftigungstherapie war. Dieser, beeindruckt vom Eifer und Engagement von Max Soucek, schlug ihm vor, sich zum Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten ausbilden zu lassen. So wurde Soucek einer der Teilnehmer des Lehrganges am Unfallkrankenhaus unter der medizinischen Leitung von Lorenz Böhler und unter Mitwirkung von lehrenden Ergotherapeuten aus den USA. Er selbst empfand sich jedoch nach diesem Kurs nicht umfassend genug ausgebildet, was ihn veranlasste, 1956 eine weitere am Bürgerspital in Basel (Schweiz) unter der Leitung von Henry Nigst stattfindende Ausbildung zum Ergotherapeuten zu besuchen.

Somit war Soucek der erste Österreicher mit einer fundierten Ergotherapieausbildung. Bereits 1957 besuchte er den Weltkongress in Kopenhagen und wurde Mitglied des WFOT.

Max Soucek wirkte als Vertreter der Berufsgruppe der Ergotherapeuten bei der Gesetzesnovellierung 1961 mit. Es war sein Verdienst, dass im ersten Gesetzestext der Beruf und die Ausbildung definiert und eine dem damaligen internationalen Standard gemäße dreijährige Ausbildungs-

dauer für die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie festgelegt wurde.

1968 organisierte er als Hauptverantwortlicher den ersten deutsch-österreichischen Kongress für Beschäftigungstherapie in Wien und 1969 war er der maßgebliche Initiator für die Gründung des Berufsverbandes der Dipl. Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. Er war viele Jahre als Vorsitzender des Verbandes, später auch in diversen anderen Vorstandsfunktionen tätig. Er versuchte durch diverse Artikel über Ergotherapie in der Zeitschrift des ÖGB „Soziale Berufe“ zum Bekanntheitsgrad unseres Berufes beizutragen und war verantwortlicher Herausgeber der Verbandszeitung.

1969 war er Mitinitiator eines Schulbeirates, dessen Ziel es war, eine Schule zu etablieren. 1971 wurde er unter einem Kuratorium der Gründer und langjährige Leiter der ersten Schule für den arbeits- und beschäftigungstherapeutischen Dienst am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien. So war er als erster Direktor (1971–1991) dieser Ausbildungsstätte sowohl Impulsgeber als auch Mentor für mehrere Generationen von Ergotherapeuten.

Ein besonderes Anliegen war ihm die Würdigung und Anerkennung der Pioniere in den Arbeitstherapieabteilungen. „Herr Soucek setzte sich für Kollegen und Kolleginnen ein, die schon viele Jahre vor Gründung der Schule in Ergotherapieabteilungen tätig waren – es sollte ihnen ermöglicht werden, durch eine ergänzende Ausbildung ein Ergotherapiediplom zu erlangen. Dieser Ergänzungslehrgang wurde 1979/1981 durchgeführt“ (Hagenauer 2001). Er war auch bei der Planung vieler Ergotherapieabteilungen speziell im Raum Wien maßgeblich beteiligt.

DACHS-Projekt „Ergotherapie – was bietet sie heute und in Zukunft?“

Auch österreichische Ergotherapeuten waren aktiv an der Entwicklung dieses gemeinsam formulierten und 2007 veröffentlichten Grundsatzpapiers der Länder Deutschland, Österreich, Schweiz, Südtirol beteiligt. Die darin beschriebenen Definitionen und beruflichen Vorgehensweisen werden an allen Ausbildungseinrichtungen verwendet und sind für österreichische Ergotherapeuten bindend.

- 2009 wurde der erste Masterlehrgang „Ergotherapie - Occupation & Occupational Science“ an der FH Wien abgehalten.
- 2012: Der Verband publizierte sein „Ethisches Leitbild“. Gerald Bachinger bezeichnet es in seinem Vorwort als eine „ethische Reflexion als grundlegenden Baustein einer patientInnenorientierten Behandlung“.

- 2014: einheitliches Auftreten der Berufsgruppe mit neuem Corporate Design und dem „Tag der Ergotherapie“. Ergotherapie Austria (2014): „Als berufspolitische Vertretung der österreichischen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten liegt uns vor allem die laufende Weiterentwicklung unseres Berufsbildes, die mögliche Mitgestaltung unserer Berufspolitik und die Steigerung des Bekanntheitsgrades der Ergotherapie am Herzen. Engagiert setzen wir uns für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Ergotherapie ein.“

Seither bemüht sich der Verband vermehrt um eine Berufsbildnovelle mit dem Ziel ein modernes und zukunfts-fähiges Berufsbild für die Ergotherapie gesetzlich festzulegen. „In Zusammenarbeit mit den Fachhochschulen wurde erneut eine inhaltliche Aktualisierung des Berufsbildes erarbeitet“ (Ergotherapie Austria 2017). Mit dem Jahresbeginn 2017 trat eine gesetzlich festgelegte Fortbildungsverpflichtung in Kraft. 2018 wurde die gesetzliche Verpflichtung zur Registrierung eingeführt.

1.10.6 Berufsbildung mittels der Ausbildung

Die Ausbildung an der medizinisch-technischen Schule für den arbeits- und beschäftigungstherapeutischen Dienst (nach dem Gesetz von 1961)

Die Aufnahmevoraussetzungen für die Zulassung zur Ausbildung (Krankenpflegegesetz BGBl. Nr. 102/1961) waren neben der „körperlichen, geistigen und gesundheitlichen Eignung“, die Unbescholtenheit und ein Reifeprüfungszeugnis oder ein Diplom im Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst. Mit dem MTD-Gesetz 1992 wurde die Voraussetzung durch eine Studienberechtigungsprüfung für Medizin erweitert.

„Im ersten Gesetz 1961 waren 1580 Stunden in drei Ausbildungsjahren festgesetzt. Die Novellierung 1974 brachte einen gigantischen Sprung (165 %) auf 4200 Stunden bei gleichbleibender Ausbildungsdauer. 1992 stieg mit dem MTD-Gesetz die Stundenanzahl auf 4515“ (Hagenauer 1994).

Im MTD-Gesetz wird die Ausbildung eingeteilt in theoretische Ausbildung mit in Summe 1975 Stunden und praktische Ausbildung. Diese umfasste ein 80-stündiges allgemeines Krankenpflegepraktikum, 1800 Stunden in verschiedenen Einsatzbereichen der Ergotherapie und eine Mindestanzahl von 600 Stunden praktischer Übungen in handwerklich-kreativen Kursen mit folgenden Schwerpunkten: Keramik, textiles Gestalten, Holzarbeiten, Buchbinden, grafisches Gestalten, kunsthandwerkliche Tätigkeiten, Lederarbeiten, Metallarbeiten und Übungen nach Wahl.

Die Veränderung von der medizinisch-technischen Schule zur Akademie

Neben Stundenausmaß und Namensänderung gab es vor allem gravierende inhaltliche Veränderungen bei der

Ausbildung. Ursprünglich wurde umfassendes medizinisches Grundlagenwissen vermittelt und wenig auf Vernetzung geachtet. Bei den ergotherapeutischen Lehrinhalten ging es der damaligen Zeit entsprechend mehr um die Vermittlung fachbereichsspezifischer Methoden als um Anwendungen, die auf der Basis der ergotherapeutischen Grundidee sowie beruflich spezifischen Modellen und Prinzipien durchgeführt werden. Entsprechend den von ENOTHE (Howard u. Lancee 2000) formulierten Curriculum-Richtlinien hieß das Ausbildungsziel nun „professionelle Betätigungskompetenz“ definiert als „komplette Interaktion und Integration von Wissen, Urteilsvermögen, Denken auf Metaebene“. In Bezug auf die „praktische Ergotherapie“ erfolgte eine „Verknüpfung von verschiedenen Themen wie Handwerk, Selbsterfahrung, Dokumentation usw. mit ergotherapeutischem Wissen“ (ÖBIG 2003).

Seit 1992 ist eine Diplomarbeit verpflichtend. Die inhaltlichen Ansprüche wurden von Anfang an sehr hochgehalten. Sie sollte einen empirischen Teil beinhalten und strengen Kriterien bzgl. Aufbau, Zitierregele usw. standhalten. „Das wissenschaftliche Denken wird an Hand von kleineren Forschungsarbeiten (Projekt- und Seminararbeiten), der Patientendokumentation sowie der Einübung in die evidenzbasierte Praxis und das Clinical Reasoning geschult“ (ÖBIG 2003).

Die Veränderung von der Akademie zur Fachhochschule

2006 ermöglicht eine Novellierung des MTD-Gesetzes die Ergotherapieausbildung an Fachhochschulen. Die Ausbildungscurricula unterliegen einer strengen Qualitätskontrolle und sind auf das European Credit Transfer System (ECTS) aufgebaut. Dieses Leistungspunktesystem ermöglicht einen internationalen Vergleich der Ausbildungen, Ausbildungszyklen und damit die internationale Mobilität der Studierenden. Seit 2010 finden alle österreichischen Ausbildungen an einer Fachhochschule statt.

Tab. 1.4 Übersicht der Ergotherapieausbildung in Österreich (www.ergotherapie.at/ausbildung).

Ausbildungsort	Ausbildungsstätte	Abschluss
Wien	FH Campus Wien	Bacc und Master
Niederösterreich	<ul style="list-style-type: none"> • IMC FH Krems • Donauuniversität Krems • FH Campus Wiener Neustadt 	<ul style="list-style-type: none"> • Bacc • Master • Bacc
Oberösterreich	FH Gesundheitsberufe OÖ	Bacc
Salzburg	Campus Urstein	Bacc (Aufnahme alle 3 Jahre)
Tirol	FH Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol	Bacc und Master
Steiermark	FH Joanneum	Bacc
Kärnten	FH Klagenfurt	Bacc

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um an österreichischen Universitäten anschließend ein Doktoratsstudium zu absolvieren.

ENOTHE (European Network in OT Higher Education)

Alle österreichischen Ausbildungsstätten sind seit 1995 aktive Mitglieder des ENOTHE. Es finden somit seit Beginn dieser Mitgliedschaft die von ENOTHE vorgeschlagenen Lernziele und die für die Berufsausübung vorgeschlagenen Kompetenzen Beachtung.

Alle österreichischen Ausbildungen stimmen mit den Mindeststandards des WFOT überein und haben dessen Anerkennungsstatus (► Tab. 1.4).

1.10.7 Zukunft der Ergotherapie

Jede Zeit hat ihre Anforderungen, Probleme, Chancen und Möglichkeiten. Bisher ist es der österreichischen Ergotherapie gut gelungen, die Zeichen der Zeit zu erkennen und zu nützen.

Eine Herausforderung für unseren Beruf in der Zukunft wird sicher die Diskrepanz zwischen Leistbarkeit und Notwendigkeit werden. Der Bedarf alleine wird nicht ausschlaggebend sein für das Zugeständnis der Leistung.

Die Absolventen der Fachhochschulen – sowohl der Bachelor- als auch der Masterprogramme – werden mit aktuellem Wissen und dem Bewusstsein für die Notwendigkeit der permanenten Weiterbildung ausgestattet. Doch sollten die Absolventen erkennen, dass Wissen alleine nicht genügt, dass Engagement, zur richtigen Zeit präsent sein und den Beweis anzutreten zu können, genau der richtige Experte mit der entsprechenden Kompetenz für die Lösung eines Problems zu sein, ebenso wichtig sind. Die Experten im Gesundheitsbereich werden entsprechend der Themen beweisen müssen, dass genau sie ihr Geld wert sind. Sowohl Zusatzausbildungen, Spezialisierung und umfassendes Aufbauen und das Nützen von Netzwerken werden sowohl für den Einzelnen als auch die berufliche Organisation unerlässlich sein. Mehr denn je gilt: „Die Zukunft unseres Berufes ist nur in dem Ausmaß gesichert, indem es uns gelingt, uns unentbehrlich zu machen“ (Zukunftsforschers Sohail Inayatullah zur Eröffnung des WFOT-Kongresses in Sydney 2006). Nie zuvor gab es so viele Chancen, uns unentbehrlich zu machen.

1.11 Entwicklung des Berufes in der Schweiz

Claudia Galli, Ursula Gubler Thomann und Christiane Mentrup

„Die Bezeichnung Ergotherapie trägt der Tatsache Rechnung, dass das Hauptgewicht der Arbeit nicht mehr in der reinen Beschäftigung der Patienten besteht.“

NZZ (1971)

1.11.1 Die Wurzeln der Ergotherapie: ablenkende und funktionelle Beschäftigung

Die Wurzeln der Ergotherapie in der Schweiz sind, wie in anderen europäischen Ländern, in psychiatrischen Kliniken und Sanatorien und in der Behandlung von Kriegsverletzten zu finden.

Ähnlich wie Philippe Pinel (1745–1826), französischer Psychiater und leitender Arzt an der Salpêtrière in Paris, war es ein Jahrhundert später der Tuberkulosespezialist Auguste Rollier (1874–1954), der Höhenkuren und Sonnenbäder in der Tuberkulosetherapie einführte und „körperliche Ertüchtigung und Aktivitäten zur Stärkung des moralischen und geistigen Wohlbefindens (Patientenchor, Bibliothek, Pfadfindertum)“ einsetzte (Historisches Lexikon der Schweiz: Online-Ausgabe). Er gilt damit als einer der Vorreiter der Beschäftigungstherapie in der Schweiz (NZZ 1970). Ende der 1940er-Jahre entstand daraus in der Psychiatrie die ablenkende Beschäftigungstherapie, in welcher vorwiegend handwerkliche Techniken eingesetzt wurden.

Nach dem 1. Weltkrieg entwickelte sich ein weiterer Berufszweig, ausgerichtet auf kriegsversehrte Patienten und deren Rehabilitation. Die jungen, invaliden Männer „wollten nicht abgelenkt werden, sondern ihre Selbstständigkeit wieder erlangen“ (Mosthaf 2017). Hier stand die Funktion im Zentrum: „Die funktionelle Beschäftigungstherapie versucht, verloren gegangene Körperfunktionen mit Hilfsmitteln oder Prothesen wiederherzustellen“ (NZZ 1970). Dieser Berufszweig wurde von den US-Amerikanerinnen Mary Johnson und Anne Bates an das Kantonsspital Basel gebracht (Ergotherapie 2006).

Anfang der 1950er-Jahre waren in Heil- und Pflegeanstalten, in der Psychiatrie, in Tuberkulose-Kliniken und in einzelnen Spitälern und Kinderkliniken vornehmlich Krankenschwestern, Pfleger oder Fürsorgerinnen mit der Beschäftigungstherapie betraut (Ergotherapie 2006).

1.11.2 Die ersten Ausbildungen in der Schweiz

Deutschsprachige Schweiz

Das Fundament der ergotherapeutischen Ausbildung wurde in der deutschsprachigen Schweiz in den Jahren 1951 und 1954 durch viermonatige Kurse für Beschäftigungstherapie mit sozialpsychiatrischer Ausrichtung an der „Zürcher Schule für Soziale Arbeit“ gelegt. 1955–1958 folgten Kurse in funktioneller Beschäftigungstherapie am Bürgerspital Basel.

Im Jahr 1955 wurde der Verein Schule für Beschäftigungstherapie gegründet und 1957 startete der erste dreijährige Kurs in Zürich. Der Unterricht fokussierte auf medizinische Grundlagenfächer, Gruppenarbeit sowie Werkunterricht und musische Fächer (wie Gestalten von Festen oder gemeinsames Singen). Obwohl die Ausbildung an der Schule für soziale Arbeit durchgeführt wurde, gab es inhaltlich eine Annäherung an Themen aus dem Gesundheitssystem.

Die Schule für Ergotherapie in Biel wurde 1974 eröffnet. Die Initiative dazu ging vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) aus, das ein ambulantes Zentrum für Ergotherapie aufbauen wollte, was aber an den fehlenden Fachkräften scheiterte (Mosthaf 2003).

Französischsprachige Schweiz

1965 wurde die Schule für Ergotherapie in Lausanne an der späteren „École d'études sociales et pédagogiques“ (éesp) eröffnet. Der Gründung war eine Diskussion vorausgegangen, ob ein gemeinsamer Ausbildungsgang mit Physiotherapie entstehen solle. Der Entscheid fiel für eine klare Unterscheidung dieser beiden Berufe und der Pflege (Togni u. Dallera 2015). Neben Ergotherapeuten wurden auch Erzieher unter dem gleichen Dach ausgebildet.

Italienischsprachige Schweiz

2001 folgte auf Initiative der bestehenden Schulen und des „ErgotherapeutInnen-Verbandes Schweiz“ (EVS) und mit Unterstützung des SRK die Eröffnung der Schule für Ergotherapie in Lugano (Gatto u. Panora 2013).

Zusammenarbeit von Beginn an

Alle vier Schulen waren innerhalb des Schweizerischen Bildungssystems als höhere Fachschulen auf der Tertiärstufe B situiert und führten zu einem Diplomabschluss.

Die Ausbildungsinstitutionen begründeten 1974 mit der „Arbeitsgemeinschaft der Schweizer Schulen für Ergotherapie“ (ASSET) eine lange Tradition enger Zusammenarbeit. Mitglieder waren zunächst die Schulen für Ergotherapie Zürich und Lausanne. Später traten die Schulen Biel und Lugano bei. Heute heisst dieses Gremium „Berufskonferenz Ergotherapie“.

1983–1986 definierte eine Arbeitsgruppe von Schulvertretern und des Berufsverbandes im „Ausbildungsmodell 88“ erstmals gemeinsame Richt- und Lernziele für die ergotherapeutische Ausbildung (Zeittafel SETB 2007).

1.11.3 Berufsbezeichnung: von der Beschäftigungs- zur Ergotherapie

In der deutschsprachigen Schweiz nutzte man zu Beginn den Begriff Beschäftigungstherapie, was sich auch im Namen des Berufsverbandes niederschlug: zunächst „Arbeitsgemeinschaft“ und später „Verein Schweizerischer Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten“. In der französisch- bzw. italienischsprachigen Schweiz dagegen wurde der Beruf von Beginn an mit „Ergothérapie“ (frz.) und „Ergoterapia“ (ital.) bezeichnet und der Berufsverband hieß entsprechend „Association Suisse des Ergothérapeutes“ bzw. „Associazione Svizzera degli ergoterapisti“.

Ende der 1960er-Jahre empfahl der WFOT eine neue, einheitliche Berufsbezeichnung. Im Jahr 1971 beschloss der schweizerische Berufsverband im Anschluss an den in der Schweiz durchgeführten 5. WFOT-Kongress, den Begriff Ergotherapie einzuführen. Das Ergebnis waren die Bezeichnung „Verband Schweizerischer Ergotherapeuten“ (VSE) und „Schule für Ergotherapie“ für die Ausbildungsstätte. 1995 wurde der Verband in „ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz“ (EVS) umbenannt.

1.11.4 Professionalisierung und Akademisierung im Schweizer Kontext

„Ausbildungen werden auf Fachhochschulstufe situiert, wenn sie auf Tätigkeiten in komplexen, wenig strukturierten Problemsituationen vorbereiten.“

Berne Descriptors (2004)

Gesetzliche und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen: von der medizinischen Hilfsperson zur fachlich eigenständigen Berufsausübung

Der gesundheitspolitische Kontext

In den 1950er- und 1960er-Jahren etablierte und definierte sich die Ergotherapie zunehmend als medizinische Maßnahme. Beschäftigungstherapeuten galten als „medizinische Hilfspersonen“ des Arztes, spezialisierten sich in den medizinischen Disziplinen Pädiatrie, Neurologie, Orthopädie, Geriatrie und Psychiatrie und übernahmen die entsprechende Terminologie (Ergotherapie 2006).

Folgende Meilensteine beeinflussten die Entwicklung des Berufsbildes in der Schweiz:

- Zu Beginn der 1960er-Jahre baute das SRK die ersten ambulanten Ergotherapiezentren auf, um die ambulante Versorgung für Patienten v. a. aus Rheumatologie und Neurologie sicherzustellen und um Tagesstrukturen für psychiatrische und geriatrische Patienten anzubieten. Da die Finanzierung der ambulanten Leistungen noch nicht geregelt war, deckte das SRK das Defizit aus eigenen Mitteln.
- 1960 trat das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IV) in Kraft. Diese für die ganze Bevölkerung obligatorische und durch Lohnprozente finanzierte Versicherung bezahlte Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung. Ergotherapie als Rehabilitationsmaßnahme konnte der IV in Rechnung gestellt werden, die Schulen für Ergotherapie wurden durch die IV subventioniert und der EVS erhielt während vieler Jahre finanzielle Unterstützung für seine Weiterbildungsangebote. Später konnten auch Hilfsmittelversorgung und ambulantes Haushaltstraining bei den Betroffenen zu Hause in Rechnung gestellt werden (Ergotherapie 2006).
- 1971 wurde die Ergotherapie als wissenschaftliche Heilanzwendung anerkannt und als Pflichtleistung ins Kranken- und Unfallversicherungsgesetz aufgenommen.
- 1991, also 20 Jahre später, konnte der EVS zusammen mit dem SRK als gleichberechtigter Tarifpartner der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung schweizweit gültige Tarifverträge abschließen.
- 1996 wurde im revidierten Krankenversicherungsgesetz die Möglichkeit der selbstständigen Berufsausübung in einer eigenen Praxis geschaffen.

Die Fachhochschul-Entwicklung

Die Ausbildung der nicht universitären Gesundheitsberufe an den höheren Fachschulen war bis in die 1990er-Jahre kantonale geregelt und führte zu einem Diplomabschluss. Folgende Meilensteine veränderten die Reglementierung der Ausbildung:

- 1996 wurden als neue Bildungsform sieben Schweizer Fachhochschulstandorte definiert und die Ausbildung in einem nationalen Fachhochschulgesetz geregelt.
- 1999 unterzeichnete die Schweiz die Bologna-Erklärung. Die Fachhochschulen erhielten einen vierfachen Leistungsauftrag: Lehre (berufsbefähigende Bachelor-Ausbildung und vertiefende Master-Ausbildung), Weiterbildung, Forschung und Dienstleistung.
- 2004 beschloss die Gesundheitsdirektoren-Konferenz, wie bereits seit 1996 beabsichtigt, die Ergotherapie schweizweit an der Fachhochschule anzusiedeln, mit einem berufsbefähigenden Bachelor-Abschluss. Damit wurde die Ergotherapie-Ausbildung neu durch das Fachhochschulgesetz reglementiert.

- Basierend auf einer Bedarfsanalyse entschieden die Kantone, in den drei Sprachregionen jeweils nur einen Standort für Ergotherapie aufzubauen.
- 2006 starteten die ersten Bachelor-Studiengänge in Winterthur, Lausanne und Manno und die bestehenden höheren Fachschulen wurden sukzessive geschlossen. In der französischen Schweiz waren die Gesundheitsberufe bereits einige Jahre früher auf Fachhochschul-Niveau gehoben und zu vierjährigen Programmen ausgebaut worden. Mit der schweizweiten Regelung wurden diese nun in dreijährige Bachelor-Programme umgewandelt.
- 2008 einigten sich die drei Standorte auf gemeinsame Ziele und Ausbildungsinhalte. Sie entwickelten im Auftrag der Fachkonferenz Gesundheit gemeinsam und parallel mit anderen Gesundheitsberufen schweizweit gültige Abschlusskompetenzen, die auf dem Referenzmodell CanMEDS 2005 basierten (Frank 2005).
- 2015 wurde das Fachhochschulgesetz durch das Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetz (HFKG) abgelöst: Darin werden Universitäten und Fachhochschulen gleichermaßen reglementiert und insbesondere die Finanzierung der Hochschulbildung ist darin festgelegt.

Folgende Argumente sprachen für die Akademisierung der Ausbildung:

- Komplexität: Die FH-Ausbildung soll auf Tätigkeiten in komplexen, wenig strukturierten Problemsituationen vorbereiten.
- Verantwortung: Ergotherapeuten können ihren Beruf selbstständig als niedergelassene Therapeuten ausüben. Dies bringt mit sich, dass Therapeuten die Verantwortung für die Wirksamkeit der Maßnahmen und für die Sicherheit der Patienten übernehmen sollen.
- Transferfähigkeit: In der Ausbildung erworbene Kenntnisse sollen auf unterschiedlichste Situationen angewendet werden können.

Das Gesundheitsberufegesetz

Um die Reglementierung der Ausbildung und der Berufsausübung der FH-Gesundheitsberufe in einem einzigen Gesetz national zu vereinheitlichen und zu regeln, wurde das Gesundheitsberufegesetz erarbeitet. Es wird voraussichtlich 2020 in Kraft treten und beinhaltet aktualisierte, schweizweit gültige Abschlusskompetenzen sowie die Grundlagen für die Akkreditierung der FH-Studiengänge, für ein nationales Gesundheitsberuferegister und für die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse.

Die Entwicklung der Masterstufe und der nachträgliche Titelerwerb

Im 2010 wurde die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) zur fünften Partnerhochschule des englischsprachigen European Master of Science in Occupational Therapy. Damit war den Ergotherapeuten in der Schweiz der nationale Weg zu einem MSc-Abschluss eröffnet. 2013 wurde der Studiengang durch den Bund anerkannt und wird seither von den Kantonen und vom Bund mitfinanziert. Die Masterstufe ist bis dato inhaltlich nicht gesetzlich geregelt.

Im September 2017 startete in der französischsprachigen Schweiz der „Master en sciences de la santé à orientation ergothérapie“ (MSc in Gesundheitswissenschaften, Orientierung Ergotherapie), ein interprofessionelles Masterprogramm mit berufsspezifischer Vertiefung.

Für die Ergotherapeuten mit Diplomabschluss sollten durch die Akademisierung keine Nachteile entstehen. Dem EVS gelang es, gemeinsam mit Vertretungen der neuen Fachhochschulen und anderen betroffenen Berufsgruppen, mit dem zuständigen Bundesamt eine Regelung für einen Nachträglichen Titelerwerb (NTE) auszuhandeln. Dabei handelt es sich um eine Weiterbildung im Umfang von mindestens 200 Lektionen oder 10 ECTS-Punkten als Voraussetzung für den NTE. Die Möglichkeit, auf diesem Weg den FH-Titel nachträglich zu erwerben, ist zeitlich limitiert und läuft 2025 aus.

1.11.5 Weitere Meilensteine in der Professionalisierung

Im Zeichen der nationalen Festigung und internationalen Öffnung sind die folgenden Meilensteine von Bedeutung:

- 1956: Gründung des Berufsverbandes
- 1960: Anerkennung der ersten Schweizer Schule für Ergotherapie durch den Weltverband
- 1971: Durchführung des 5. Weltkongresses des WFOT in der Schweiz
- 1990–1994: Intensivierung des internationalen Austausches durch das Präsidium von Maria Schwarz, damalige Dozentin an der Züricher Schule für Ergotherapie, im Weltverband
- 1996: Veröffentlichung der Berufsethik und Berufsordnung des EVS, Verpflichtung der Verbandsmitglieder, die Berufsethik zu befolgen

Terminologie

Basierend auf einer Initiative des Weltverbandes begannen deutsche Kollegen Ende der 1990er-Jahre mit der Entwicklung eines Fachwörterbuches und banden österreichische und Schweizer Kollegen in den lebhaften und kontroversen Diskurs ein. Im Jahr 2000 erschien das „Fachwörterbuch Ergotherapie Deutsch – Englisch, Englisch – Deutsch“.

- 2005: Durchführung des ersten nationalen Ergotherapie-Kongresses durch den EVS
- 2005 bis 2007 – DACHS-Projekt: „Ergotherapie 2010 – Weiterentwicklung des Berufes und der Ausbildung im Bereich der Ergotherapie insbesondere in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung von Arbeitsmarkt und Berufsbefähigung (employability)“. Es wurde finanziert durch den europäischen Sozialfond (ESF). Projektantragsteller war die Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana in Bozen. Beteiligt waren die Berufsverbände von Deutschland, Österreich und der Schweiz und Vertreterinnen aus Südtirol. Das Ziel bestand darin, ergotherapeutische Angebote in den Bereichen Gesundheitsförderung und Primärprävention aufzubauen und im Gesundheits- und Sozialsystem zu verankern.
- Alle Fachhochschulen im Gesundheitsbereich haben sich seit 2006 in der Fachkonferenz Gesundheit, einem nationalen Gremium, organisiert. Daraus ergibt sich auf nationaler Ebene eine interprofessionelle Mitgestaltungsmöglichkeit für die Ergotherapie.
- 2014 erhält die erste Ergotherapeutin aus der Schweiz einen PhD-Titel in Ergotherapie von der Umea University in Schweden.

1.11.6 Weiterentwicklungen in der Ausbildung

Aktivierungstherapie als Mittel gegen den Mangel an Ergotherapeuten

In den 1960er-Jahren kam es zum ersten Mal zu einem Mangel an Ergotherapeuten in der Geriatrie und in der Versorgung chronisch kranker Menschen. Um diesen Mangel zu beheben, wurde ein 1½-jähriger Kurs für Aktivierungstherapeutinnen (AT) ins Leben gerufen (Ergotherapie 2006). Diese Entwicklung wurde im Projekt „ET/AT“ von 1978–1982 kritisch evaluiert. Mit Fokus auf eine gemeinsame Terminologie, auf Konzepte und auf die berufspolitische Situation wurden eine Klärung des Berufsbildes und eine einheitlichere Terminologie herbeigeführt (Zeittafel SETB 2007). Doch obwohl das Projekt zum Schluss kam, die beiden Berufe Ergo- und Aktivierungstherapie wieder in eine Ausbildung zusammenzuführen (Ergotherapie 2006), war die gesellschaftliche und politische Umwelt nicht bereit, diesen Beschluss umzusetzen. Der Beruf Aktivierungstherapie besteht bis heute und wird nach wie vor an höheren Fachschulen ausgebildet.

Medizin – primäre Bezugswissenschaft

Wenngleich der erste Ausbildungsgang in Zürich an der Schule für Soziale Arbeit durchgeführt wurde, positionierte sich die Ergotherapie von Beginn an als Gesundheitsberuf. Die damaligen Ausbildungen waren geprägt vom mechanistischen Paradigma der Medizin und ande-

rer Bezugswissenschaften. Deren Theorien, Konzepte und Modelle wurden übernommen und z.T. für die Ergotherapie angepasst oder weiterentwickelt, so z.B. das Bobath-Konzept für die Fachbereiche Neurologie und Pädiatrie. Handtherapeutische Vorgehensweisen wurden gemeinsam mit Fachärzten entwickelt und erste Fachbücher dazu verfasst. Der Ansatz der sensorischen Integration wurde im Fachbereich Pädiatrie populär.

Angeregt durch US-amerikanische Entwicklungen suchte die Ergotherapie nach wissenschaftlichen Grundlagen und Theorien als Basis für ihren praktischen, betätigungsorientierten Ansatz: Betätigungs- und Systemtheorien fanden im Rahmen des ET/AT-Projektes Eingang in den ergotherapeutischen Bezugsrahmen (Nieuwesteeg u. Somazzi 2010).

Modellentwicklung in der Schweiz – das Bieler Modell

Basierend auf dem ET/AT-Projekt wurde an der Bieler Schule das „Handlungsmodell 1982“ entwickelt, ein Ausbildungsmodell, welches die Betätigungskompetenz der Person ins Zentrum stellt (Nieuwesteeg u. Somazzi 2010). Dieses wurde während des folgenden Jahrzehnts laufend weiterentwickelt und vertieft. Es entstand das bislang einzige in der Schweiz entwickelte ergotherapeutische Modell, das „Bieler Modell“. Es wurde 1995 zum ersten Mal in der Zeitschrift Ergotherapie (Ausgabe 9/1995) publiziert (Béguin et al. 1995).

Die Auseinandersetzung mit anderen Modellen (1997: Model of Human Occupation; 1998: Canadian Model of Occupational Performance; 2000: Occupational Performance Model) prägte in der Folgezeit die Entwicklung der eigenständigen theoretischen Grundlagen in der Ergotherapie.

Betätigungsorientierung als Herausforderung

Die ersten Absolventinnen des European Master of Science in Occupational Therapy brachten ab 2002 neue Impulse zu theoretischen Grundlagen des Berufes und eine kritische Denkhaltung zurück. Daraus ergaben sich vor allem an den Ergotherapie-Schulen Diskussionen über Paradigma, Terminologie, Modelle evidenzbasierten Arbeitens und über neue Tätigkeitsgebiete und Zielgruppen.

Dieser Anstoß wurde mit dem Aufbau der Fachhochschulen fortgesetzt. In der Konsequenz entstand innerhalb der Berufsgruppe, zwischen Ausbildung und Praxis, und mit anderen Professionen ein Spannungsfeld zwischen dem mechanistischem und dem betätigungsorientiertem Paradigma.

So orientierte sich das Curriculum für den Bachelor of Science an der ZHAW zum Beispiel konsequent an aktuellen Themen aus der angelsächsischen Literatur. Betätigungs-Paradigma, Klientenzentriertheit, Evidenzbasie-

rung, Vielfalt ergotherapeutischer Frameworks und Modelle und gezielte Inputs aus den Bezugswissenschaften prägten die Ausbildung. Das Studium zeichnet sich durch forschungsbasierte Inhalte und hochschuldidaktische Methoden aus.

Diese Entwicklungen und die Reduktion medizinischer und handwerklicher Grundlagen stellten im Berufsfeld eine Herausforderung dar und führten immer wieder zu Spannungen zwischen den Fachhochschulen und der Praxis.

Veränderte Lehr- und Lernformen und Interprofessionalität in der Ausbildung

An den Hochschulen wird im Vergleich zu den(vorherigen) höheren Fachschulen mehr selbst gesteuertes Lernen verlangt. Traditionelle Präsenzveranstaltungen werden heute mit zeit- und hochschulgemäßen Lehr- und Lern-Formen wie Problem-based-Learning, Skill-Labors und Blended-Learning-Ansätzen verknüpft.

Außerdem wird der Interprofessionalität in der Ausbildung große Bedeutung beigemessen: Von Beginn an wurden interprofessionelle Module im grundständigen Bachelor durchgeführt. Diese werden kontinuierlich weiterentwickelt und auf die Anforderungen der Praxis ausgerichtet. Sie umfassen zurzeit rund 15 % des Bachelorstudiums.

Internationale Zusammenarbeit

Internationale Beziehungen spielten von Beginn an eine wichtige Rolle. Die Akademisierung und die WFOT-Anerkennung sichern die internationale Anerkennung des Schweizer Bildungsabschlusses. Heute sind die Fachhochschulen international vernetzt, bieten gemeinsam sogenannte Mobilitätswochen an und pflegen Partnerschaften mit Hochschulen innerhalb und außerhalb Europas. Durch Kooperationen gewinnt die Ergotherapie in der Schweiz Know-how aus Ländern, in denen die Berufsentwicklung u.a. aus gesellschaftlichen Gründen andere Schwerpunkte aufweist. Und eigenes Know-how wird weitergeben, wie z.B. in die Mongolei, wo sich die ZHAW in einem WFOT-Projekt am Aufbau der Ergotherapie-Ausbildung beteiligt. Diese Verbindungen und der damit einhergehende Wissensaustausch bieten Potenzial für Innovationen in Lehre und Forschung.

Veränderungen seit den ersten Bachelor-Abschlüssen

Seit 2009 die ersten Schweizer Bachelorabsolventen in die Berufswelt einstiegen, hat sich viel verändert. Mittlerweile (Stand 2018) verfügen ca. 70 % der berufstätigen Ergotherapeuten über einen Bachelorabschluss oder äquivalent den nachträglichen Titelerwerb.

Der Kontakt zwischen den Ausbildungsinstitutionen und der Praxis wird sorgfältig gepflegt: Anregungen und

Anliegen der Praxis werden erfragt und in die Curricula aufgenommen. Umgekehrt fließt durch die Studierenden aktuelles Wissen z. B. bezüglich (neuer) Interventionsmethoden in die Praxis ein. Das Weiterbildungsangebot der Fachhochschulen orientiert sich am Bedarf der Praxis und berücksichtigt dabei gleichermaßen die frisch Graduierten wie auch die Berufsangehörigen mit altrechtlichen Diplomabschlüssen. Die Zusammenarbeit von ergotherapeutischen Forschenden mit der Praxis führt dazu, dass Fragestellungen aus der Praxis in Forschungsprojekten aufgenommen werden und Resultate wieder in die Anwendung zurückfließen. Dieses Zusammenspiel von Aus-, Weiterbildung und Forschung und die weiterhin enge Zusammenarbeit mit dem Berufsverband führten in den letzten Jahren dazu, dass sich die ergotherapeutische Tätigkeit in der Praxis deutlich verändert hat. Längst ist es an vielen Orten üblich, mit validierten ergotherapeutischen Assessments zu arbeiten, eigenes Handeln evidenzbasiert und modellgeleitet zu begründen oder auf Leitlinien (guidelines) zu stützen.

Bezogen auf die gesellschaftliche Wahrnehmung lässt sich sagen, dass die Akademisierung dazu beigetragen hat, dass der Beruf Ergotherapie in der Schweiz inzwischen verstärkt wahrgenommen wird. Artikel in der Tagespresse über Ergotherapie haben zugenommen. Der Berufsverband wird von den Behörden systematischer in die Entwicklung neuer gesetzlicher Grundlagen einbezogen und stützt sich dabei auf die Expertise der Fachhochschulen und erfahrener Berufskolleginnen. Die Berufsgruppe hat mehr wissenschaftlich fundierte Argumente in der Hand für Tarif-Verhandlungen.

Die Ergotherapie hat an den Fachhochschulen ihren Platz gefunden und sich in der (interprofessionellen) Ausbildung, Weiterbildung und Forschung etabliert.

1.11.7 Zukunft

„Ergotherapie ist an den Alltag und damit automatisch an den gesellschaftlichen Wandel geknüpft.“

Mosthaf (2017)

Komplexe Herausforderungen

Themen wie demografische Veränderungen (alternde und multimorbide Bevölkerung), epidemiologische Trends (chronische Krankheiten, Demenzerkrankungen), komplexe Versorgungssituationen, Trends zur ambulanten statt stationären Behandlung, der Stellenwert von Prävention und Rehabilitation, (neue) Versorgungsmodelle, Digitalisierung, Robotik und finanzielle Kürzungen bestimmen heute die Diskussionen um das Schweizer Gesundheitswesen in Praxis, Bildung, Forschung und Politik. Wie das Positionspapier des Ausschusses der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Walkenhorst et al. 2015) deklariert, ist die „Diskussion um neue Kooperationsformen

und Kompetenzen von Gesundheitsberufen nicht primär aus der Perspektive der Berufsgruppen, sondern auf der Basis der zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitssystem, d. h. aus der Patientenperspektive, zu führen“.

Interprofessionalität in der Ausbildung

Zur Vorbereitung auf diese neuen Herausforderungen werden für die Lehre gemeinsame Module der Gesundheitsberufe mit Mediziner*innen bis hin zu einer Medical School nach schwedischem Vorbild diskutiert (Meyer u. Sottas 2013). Die Diskussion betrifft auch die praktische Ausbildung und wird z. B. in einem ZHAW Ambulatorium und einer interprofessionellen Ausbildungsstation am Universitätsspital, wo Studierende Klienten unter Supervision betreuen, zeitnah umgesetzt.

Inklusion und Partizipation im Fokus

Das künftige Paradigma ergotherapeutischer Bildung und Praxis wird vermutlich die Gestaltung inklusiver und partizipativer Umwelten und Gesellschaften beinhalten. Somit orientiert sich die Berufsausbildung zunehmend auch am Bedarf im Sozialwesen. Dazu gehören zum Beispiel folgende Diskussionen und Ansätze:

- neue Versorgungsformen wie die integrierte Versorgung, Walk-in-Kliniken, internetbasierte Dienste
- schulbasierte Ergotherapie
- neue bzw. größere Zielgruppen wie Migranten, übergewichtige Menschen (v. a. Kinder), arbeitslose und unterbeschäftigte Menschen, hochbetagte Personen
- neue Aufgaben (u. a. Gutachtertätigkeit)
- neue Themen wie Gesundheitsförderung oder Schlaf, die sich u. a. an den Erkenntnissen aus der Occupational Science orientieren.

Forschung bleibt zentral

Dem stetig steigenden Druck, nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch die Zweckmäßigkeit und insbesondere die Wirtschaftlichkeit ergotherapeutischer Leistungen nachzuweisen, werden entsprechende Forschungsaktivitäten, Methodenvielfalt und die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte entgegengesetzt werden.

Es gilt internationale Forschungsergebnisse auf ihre Übertragbarkeit auf den Schweizer Kontext zu überprüfen und mit eigener wissenschaftlicher Leistung einen Beitrag zum (inter-)nationalen und (inter-)professionellen Diskurs zu erbringen.

Die gesellschaftliche Relevanz dieser Forschung sollte erhöht werden, indem die Betroffenen partizipativ an der Entwicklung und Durchführung von Forschungsprojekten beteiligt werden.

Inzwischen verfügen rund 70 Ergotherapeuten in der Schweiz über einen Master of Science (in Ergotherapie oder in angrenzenden Themenfeldern) und etwa 10 über einen PhD. Damit steht auch personell Nachwuchs bei Forschungsprojekten zur Verfügung.

Ergotherapiespezifische Doktoratsprogramme können neu auch an der Universität Zürich absolviert werden und es entstehen Berufsprofile für Ergotherapeuten mit MSc-Abschluss in den Praxisinstitutionen.

Fachkräftemangel – auch in der Ergotherapie

Für den erwarteten wachsenden Versorgungsbedarf gibt es in der Schweiz deutlich zu wenig Berufsangehörige (Versorgungsbericht GDK-OdASanté 2016). Bereits jetzt fehlt es an Bachelor-, Master- und PhD-Absolventen und Doktoranden. Als Maßnahmen wurde an allen drei Fachhochschulstandorten eine Erhöhung der BSc-Studierendenzahlen eingeleitet, Teilzeitstudiengänge werden diskutiert, eine gezielte Förderung von PhD-Kandidaten in nationalen und internationalen Programmen ist geplant.

Zukunftsmusik: Vertiefte Kompetenzen, Karrierepfade und ein „Campus Gesundheit“?

Die Ansprüche im Gesundheits- und Sozialwesen an die Ergotherapeuten steigen. Es wird Ergotherapieuten brauchen, die ihre eigene Rolle kritisch reflektieren und weiter entwickeln können, die selbstbewusst in interprofessionellen Teams arbeiten, interkulturell sensibel agieren, die wissenschaftliche Erkenntnisse und digitale Medien in die Klientenversorgung einbeziehen und Veränderungsprozesse initiieren, und die diese Fähigkeiten gleichermaßen vor Ort wie im internationalen Kontext einsetzen können.

Es ergibt sich auch ein Bedarf nach Karrierepfaden und nach neuen Profilen u. a. um Rollenverteilungen innerhalb des Gesundheitssystems zu ermöglichen. Dies könnten z. B. Advanced Practitioner sein, Fachexperten, die sich nach einem konsekutiven Masterabschluss weiterbilden, um Aufgaben in komplexen Zusammenhängen zu übernehmen. Sie können zum Beispiel neue Verantwortungen im Bereich Fallkoordination, Beratung, Qualitätsentwicklung, Projektmanagement, politische Interessenvertretung, aber auch Tätigkeiten als qualifizierte Advokaten für die Anliegen der Klienten und für die evidenzbasierte Weiterentwicklung therapeutischer Angebote übernehmen. Das Advanced Practice Profil könnte auch die Voraussetzung für einen Direktzugang (statt Überweisung) werden, wie er in anderen europäischen Ländern bereits existiert.

Denkbar wäre auch, dass die Occupational Science als wesentliche Grundlage für die Ausbildung eingesetzt wird. Eine Verlängerung des Masters auf 120 ECTS-Punkte könnte zur Diskussion kommen. Zukünftig könnten sich politische Bestrebungen durchsetzen, PhD-Programme auch an Fachhochschulen durchzuführen.

In einem Artikel in der Neuen Zürcher Zeitung vom April 2015 wurde der „Campus Gesundheit der Zukunft“ an der Uni Zürich in den nächsten 30 Jahren als Jahrhundertchance für die Gesundheitsversorgung der Zukunft angekündigt. Mit themenorientierten Clustern, als umfassendes, integriertes Angebot für spezifische Krankheitsbilder in Forschung und Lehre, Diagnostik und Therapie soll das Ziel einer vernetzten, hochspezialisierten, lebensnahen und klientenzentrierten Gesundheitsversorgung erreicht werden (Hock u. Zünd 2015). Ein entsprechender Entscheid scheint noch in weiter Ferne zu sein. Ob dies kommen wird oder nicht: Bei solchen Entwicklungen wird die Ergotherapie mit dabei sein.

Die hier skizzierten Herausforderungen und Visionen für die Zukunft stehen einem Gesundheitssystem gegenüber, das nach wie vor stark krankheitsorientiert und arztzentriert aufgebaut und weitgehend auf den Erhalt und die (Wieder-)Herstellung von Funktionen ausgerichtet ist. Darin gemeinsam zukunftsgerichtete Entwicklungen im Sinne einer modernen Versorgung zu verfolgen, wird eine Herausforderung für die drei Ergotherapie-Hochschulstandorte und den EVS bleiben.

1.12 Ausblick auf die Zukunft

Astrid Kinébanian

Wichtige gesellschaftliche Entwicklungen haben auch Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Gerade im Pflegebereich lassen sich diese Dinge beobachten: die Auswirkungen einer alternden Bevölkerung, die Zunahme chronischer Krankheiten in der häuslichen Pflege, die Betonung wirksamer Interventionen, die Zunahme von Technologie und Digitalisierung, die Multikulturalisierung der Gesellschaft und das Recht auf einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung (Kap. 3). Diese Entwicklungen erhöhen die Nachfrage nach Ergotherapie. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit, die Ergotherapie theoretisch zu untermauern, immer größer.

Eine weitere wichtige Entwicklung in den vergangenen Jahren war die aufkommende Klientenbewegung. Der Klient möchte ein vollwertiger Partner im Unterstützungsprozess sein. Das bedeutet, dass der Aktionsplan zunehmend gemeinsam *mit dem Klienten* und nicht *für den Patienten* erstellt wird. In den öffentlichen Verlautbarungen zum Gesundheitswesen (Kaljouw u. Vliet 2015) wird zunehmend Wert auf die Eigenregie des Klienten gelegt, der in Absprache mit seiner Umwelt seine Lebensführung so unabhängig wie möglich selbst regelt. In ihrer Inaugurationsrede wagte M. van Hartingsveldt einen Ausblick auf die Zukunft und führte folgende Punkte an:

- ein sich änderndes Verhältnis zwischen Klient und Professional, hin zu einer wachsenden Gleichberechtigung
- eine Zunahme an Angeboten zur Lifestyle-Beratung und zum Selbstmanagement und ein wachsender Bedarf an Coaching und unterstützenden Beratungsformen

- Die Versorgung verlagert sich immer mehr in den ambulanten und persönlichen Sektor und findet zunehmend in der unmittelbaren Umwelt statt.
- zunehmender Einsatz von Versorgungstechnologie
- größere Fürsorge füreinander, sodass die Menschen zunehmend selbst und gemeinsam mit ihrer sozialen Umwelt zu Lösungen kommen
- verstärkte wissenschaftliche Untermauerung des medizinischen und therapeutischen Handelns und zunehmende Anwendung des Reasonings auf der Basis der evidenzbasierten Praxis (EBP).

Auch die von Huber formulierte neue Gesundheitsdefinition verdeutlicht, dass das Augenmerk des Gesundheitsprofessionals zunehmend auf die Förderung der Lebensqualität ausgerichtet ist: Gesundheit als Fähigkeit, sich anzupassen und in Eigenregie den sozialen, mentalen und körperlichen Herausforderungen des Lebens gegenüberzutreten. Immer mehr Verantwortung wird an den Bürger zurückgegeben, der Dialog steht im Mittelpunkt, die Entscheidungsfindung wird gemeinsam mit dem Klienten getroffen, der Klient führt die Regie. Der Professional verlässt den problemorientierten Ansatz und konzentriert sich auf die Stärken des Klienten und seiner Umwelt und arbeitet lösungsorientiert.

In der Ausbildung wird der Schwerpunkt auf der Unterstützung und Stärkung neuer Kompetenzen liegen.

Der Klient ist natürlich das Individuum, aber Organisationen und Bevölkerungsgruppen bzw. Populationen können auch „Klienten“ sein. Dies setzt voraus, dass der Ergotherapeut mehr über die sozialen Verhältnisse in der Gemeinde oder in dem Viertel weiß, in dem er arbeitet. Es ist zudem erforderlich, Einsicht in die Betätigungsfragen zu haben, die in einem solchen Viertel eine Rolle spielen, sowie Kenntnisse über die dortigen Netzwerke zu haben, um die Betätigungsfragen gemeinsam anzugehen, wie z. B. die Zugänglichkeit des Spielplatzes für Kinder mit Behinderungen oder die Organisation von Aktivitäten in einem Asylbewerberheim zur Förderung der Integration.

Dabei geht es weniger um die Beseitigung von Behinderungen oder den Abbau von Restriktionen als vielmehr um die Steigerung der Betätigungsfähigkeit der Menschen im Zusammenspiel mit ihrer Umwelt oder – mit anderen Worten – um Ergotherapie.

Die wachsende Komplexität der Gesellschaft und die damit zusammenhängenden Fragen erfordern Ergotherapeuten, die flexibel sein können – in ihrer Beziehung zum Klienten, in ihrem beruflichen Umfeld, mit ihren Kollegen, in ihrer Beziehung zu Dritten und auch im Einsatz von E-Health und Gesundheitstechnologie (Hartingsveldt 2016).

1.13 Anregungen zur weiteren Diskussion

Astrid Kinébanian

1.13.1 Interkulturelle Ergotherapie

Die westlichen Staaten entwickeln sich rasch zu multikulturellen Gesellschaften und die Geschichte lehrt uns, dass sich die Ergotherapie vor allem an der westlichen Gesellschaft orientiert. Folglich sind die Werte und Normen, die der Ergotherapie zugrunde liegen, eher „weiß“ und westlich gefärbt: Unabhängigkeit, Individualität, Produktivität, Leistung, Aktivität usw. In vielen nicht westlichen Kulturen sind Werte wie Solidarität, Familiengeist, Ehre, Traditionen von Eltern und Vorfahren, Unterordnung und Glaube vorrangiger. Die Grundprinzipien der Ergotherapie stehen dazu manchmal im Widerspruch. Die Auseinandersetzung mit Klienten aus anderen Kulturen hat die Diskussion um das Paradigma der Ergotherapie verschärft. Was erachten die Menschen in ihrem Leben für wichtig? So kann es z. B. wichtiger sein, sich im Alter gut um die Eltern zu kümmern, als sich selbstständig betätigen zu können. Statt von der „Unabhängigkeit“ zu sprechen, ist es vielleicht besser, das Konzept der „gegenseitigen Abhängigkeit“ (Interdependenz) zu verwenden. Die Ergotherapie kann dann darauf abzielen, die Muster der Interdependenz neu zu ordnen, um eine für alle Beteiligten akzeptable Situation zu schaffen (Kinébanian u. Stomph 1992). Dieses Thema wird in Kap. 9 weiter vertieft.

Angesichts der aktuellen Situation mit dem Zustrom vieler Flüchtlinge im Jahr 2017 wird es immer wichtiger, dass die Ergotherapie auch für Klienten mit unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen Antworten hat.

1.13.2 Professionelle Expertise und Erfahrungsexpertise

In den letzten Jahren hat die Klientenbewegung immer mehr an Bedeutung gewonnen. Der Klient ist emanzipiert und dabei, ein vollwertiger Partner im Unterstützungsprozess zu werden. Die persönlichen Erfahrungen und Erkenntnisse des Klienten über den Krankheitsverlauf und den Umgang damit bieten dem Therapeuten wichtige, ja vielleicht die wichtigsten Anknüpfungspunkte. Ergotherapeuten verfügen natürlich über ihre eigene spezifische methodische und technische Expertise. Die Kunst besteht jedoch darin, diese therapeutische Expertise nicht zum Bindeglied zwischen Klient und Ergotherapeut werden zu lassen, sondern zu einem Teil des kollaborativen Prozesses, in dem sowohl die fachliche Expertise als auch die Erfahrungskompetenz des Klienten zum Tragen kommen.

1.14 Zusammenfassung

Astrid Kinébanian

Im letzten Jahrhundert gab es in der Ergotherapie große Veränderungen. Zu Anfang des 20. Jahrhunderts basierte die Ergotherapie auf einem ganzheitlichen Menschenbild, basierend auf der in der Psychiatrie entwickelten „moral treatment“, die sich auf das Betätigen und bedeutungsvolle Aktivitäten konzentrierte. In den 1930er-Jahren geriet die Ergotherapie unter den Einfluss des medizinischen Denkens, und der Ansatz des „gesunden Menschenverstandes“ wurde nicht mehr akzeptiert: Die Ergotherapie „musste“ wissenschaftlich fundiert sein. In den Jahren 1940–1960 folgte die Ergotherapie diesem reduktionistischen Ansatz, der zu einem umfangreichen Angebot an Übungen und Trainingsprogrammen zur Verbesserung der sensomotorischen Funktionen führte.

Die Folge war jedoch, dass der Beruf seine phänomenologische Ausrichtung verlor, was um 1970 zu einer Krise in der Ergotherapie führte. Man erkannte die Grenzen des Reduktionismus, der gerade für chronisch Kranke nur wenige Ansatzpunkte bietet und keine Antworten auf Fragen wie die Anpassung an völlig neue Lebensbedingungen hat. Ein Umdenken bezüglich der Normen und Werte des Berufes hatte eingesetzt und dauert immer noch fort.

Man könnte sagen, dass es im Denken über die Ergotherapie eine Art Wellenbewegung gegeben hat, die von der Vision des Menschen als biopsychosozialer Einheit über eine reduktionistische Denkweise bis hin zu einer Vision erstreckt, in der sich das Betätigen immer auf die Umwelt und die Anforderungen bezieht, die der Mensch selbst an sie stellt.

Im Moment kann man zu Recht sagen, dass der Beruf viele Phasen der Professionalisierung durchlaufen hat. Um diesen professionellen Standard aufrechtzuerhalten, wird es erforderlich bleiben, die gesellschaftlichen Entwicklungen ständig im Auge zu behalten. Wenn man sich jedoch anschaut, was in den vergangenen 60 Jahren erreicht wurde, lässt sich mit Zuversicht in die Zukunft blicken.

1.15 Literatur

- Augustin A. Beschäftigungstherapie bei Wahrnehmungsstörungen. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.
- Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (BeArbThAPrO) vom 23. März 1977. BGBl. I:509.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – ErgThAPrV) vom 2. August 1999. BGBl. I:1731.
- Ayres AJ. Bausteine der kindlichen Entwicklung: Die Bedeutung der Integration der Sinne. Springer Verlag; 2012.
- Bachinger G. Vorwort in: Ethisches Leitbild der ErgotherapeutInnen Österreichs. Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs; 2012.
- Baldwin BT. Occupational therapy applied to restoration of function of disabled joints. Washington (DC): Walter Reed Monograph; 1919.

- Barras V. Rollier, Auguste; 2011. <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/D/D14593.php>
- Barton GE. Teaching the sick: A manual of occupational therapy as re-education. Philadelphia (PA): WB Saunders; 1919.
- Béguin H, Dreier S, Mosthaf U, Nieuwesteeg MT, Schüpbach H, Somazzi M, Versümer G. Das Bieler Modell – ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Massnahmen. In: Ergotherapie, Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnenverbandes Schweiz 1995;9.
- Berne Descriptors. (2004). Kriterien zur Zuordnung von Ausbildungen zu den Stufen Höhere Fachschule und Fachhochschule. Erarbeitet von EDK/BBT/GDK/KFH/EFHK
- Berufspolitikbeilage Ergotherapie Austria: in der Fachzeitschrift Ergotherapie 4/2017.
- Beschäftigungstherapie: heute – morgen. Neue Zürcher Zeitung NZZ. 03.06.1970. Zitiert nach: Sonderausgabe Ergotherapie 50 Jahre EVS; 2006.
- Beyermann G. Woher – Wohin? Didaktischer Leitfaden zur Ausbildungsplanung in den Gesundheitsfachberufen am Beispiel der Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.
- Bhutta ZA, Chen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Frenk J, Garcia P, Horton R, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Education of health professionals for the 21st century: a global independent Commission. The Lancet 2010.
- Bierenbroodspot P. De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis. Meppel: JA Boom; 1969.
- Böttcher R. Entwicklung des Berufsbildes Arbeitstherapeut, 1. Zentrale Fortbildungstagung für Arbeitstherapeuten v. 02.04. – 04.04.1985 Manuskriptfassung 1985 (im Besitz von P. Jehn)
- Böttcher R. Zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. med. Wolfgang Presber. Ergotherapie und Rehabilitation 2000;1:5.
- BR-Drucksache 720/16 vom 02.12.2016. Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III).
- BT-Drucksache 18/9400 vom 19.08.2016: Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausur in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten.
- BT-Drucksache 18/9518 vom 05.09.2016: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III).
- Budjahn A. Die Bedeutung der Sozialwissenschaften in der Ergotherapie. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation. 1985;1:2–7.
- Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.). Blätter zur Berufskunde – Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut. Band 2 – 2–11 A23. 3. Aufl. 1987.
- Bunyard J. The correlation of the massage department with occupational therapy. Journal of the Association of Occupational Therapists 1940;3:10–18.
- Christiansen C, Baum C, Bass J. Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being. 2. Aufl. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015.
- Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation: The art and science of living. 2. Aufl. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2011.
- Clark PN. Theoretical frameworks in contemporary occupational therapy practice, Part 1. Am J Occup Ther 1988;33(8).
- Cohen HS. A career in inquiry. Am J Occup Ther 2015;69(6):690615001p1–6906150010p12
- Cooper V. Embroidery and the mental patient. Journal of the Association of Occupational Therapists 1940;3 (Spring):5–7.
- Creek J, Lougher L (Hrsg.). Occupational therapy and mental health. 4. Aufl. New York: Churchill Livingstone; 2008.
- Creek J. Occupational therapy and mental health. London: Churchill/ Livingstone; 1997.
- Cynkin S. Occupational therapy toward health through activities. Boston: Little, Brown; 1979.
- Deutscher Bundestag. Abschlüsse der 18. WP. Stellungnahmen zum PSG III. <https://www.bundestag.de/ausschuesse18/a14/anhoerungen/stellungnahmen-psg3/474280> (26.10.2017).
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hrsg.). Ergotherapie im Profil. K. V., Karlsbad; 2008.

- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hrsg.). Indikationskatalog Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag; 2017a:7.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). DVE-Schulbefragung 2016. Ergotherapie und Rehabilitation 2017b;4:8.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). Homepage unter: <https://www.dve.info/> (29.10.2017)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). Studiengangsuche. <https://www.dve.info/aus-und-weiterbildung/studiengangsuche> (26.10.2017)
- Diasio K. The modern era 1960–1970. *Am J Occup Ther* 1971;15(5):237–242.
- Docker SB. Occupational therapy for orthopaedic cases. *Journal of the Occupational Therapists' Association*, 1938/1939;(Winter):24–29.
- Dolder P, Grünig A. Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe; 2016.
- Dunton WR. Occupational therapy: A manual for nurses. Philadelphia (PA): WB Saunders; 1915.
- Ergotherapie Austria: Damit sie auf eigenen Beinen stehen. Berufsinformationsfolder Wien, April 2014.
- Ergotherapie statt Beschäftigungstherapie. Neue Zürcher Zeitung NZZ, Morgenausgabe. 13.08.1971. Zitiert nach: Zitiert nach: Sonderausgabe Ergotherapie 50 Jahre EVS; 2006.
- Feiler M. Klinisches reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln. Berlin: Springer; 2003.
- Frank JR (Hrsg.). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
- Frostig M. Bewegungserziehung. Neue Wege der Heilpädagogik. München: Reinhardt; 1999.
- Gatto C, Panora A. Incidenze e influenza sociali e culturali sullo sviluppo dell'ergoterapia in Ticino: un viaggio nel tempo (Bachelorarbeit). Lugano: Scuola Universitaria della Svizzera Italiana Dipartimento della Sanità; 2013.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) Bekanntmachung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien/HMR). In der Fassung vom 16. Oktober 2000/6. Februar 2002. <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-310/RL-Heilmittel-2002-06-21.pdf> (06.11.2017)
- George S. Neu im Netz: Die EBP-Datenbank. DVE-Datenbank für die Evidenzbasierte Praxis. Ergotherapie Und Rehabilitation 2010;49(10):34–37.
- Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutengesetz – BeArbThG) vom 25. Mai 1976. BGBl. I:1246.
- Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009. BGBl. I:3 158.
- Gruber F. Soziale Innovation durch moderne Rehabilitation. Eigenverlag Ludwig Boltzmann- Forschungsstelle für Langzeit-therapie und Rehabilitation im Krankenhaus der Stadt Wien; Wilhelminenspital, 5. Med. Abt.; 1981.
- Habermann C, Wittmershaus C. Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2005.
- Haerlin C. Arbeitstherapie in psychiatrischen Krankenhäusern. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation 1967;4:16–18.
- Hagenauer C. Biografie Dir. M. Soucek. Festschrift zur Feier 30 Jahre Akademie für Ergotherapie im Wiener Rathaus. Archiv Institut für Ergotherapie FH Wien; 2001.
- Hagenauer C. Der Wandel der ergotherapeutischen Ausbildung unter Berücksichtigung von Universität und Fachhochschule. In: Festschrift zum 25 jährigem Verbandsjubiläum. Verband der Diplomierten Ergotherapeuten Österreichs. Wien; 1994.
- Hammell KW. Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2004;71(5):296–305.
- Hartingsveldt M van, Hengelaar R, Logister-Proost I. De praktijkcontext van de ergotherapeut beweegt mee met de veranderingen in zorg en welzijn. *Ergotherapie Magazine* 2015;43(3):40–6.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Hartingsveldt MJ. Gewoon Doen, Dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn. Lectorale rede. Hogeschool van Amsterdam; 2016.
- Hitch D, Pépin G, Stagnitti K. (2014). In the Footsteps of Wilcock, Part One: The Evolution of Doing, Being, Becoming, and Belonging. *Occupational Therapy in Health Care* 28;3:231–246.
- Hock C, Zünd G. Neue Strukturen für die Medizin der Zukunft; 2015. <https://www.nzz.ch/meinung/debatte/neue-strukturen-fuer-die-medizin-der-zukunft-1.18.522314>.
- Hocking C. The way we were: Romantic assumptions of Pioneering Occupational Therapists in the United Kingdom. *British Journal of Occupational Therapy* 2008;71(4).
- Hoefert HW, Klotter C (Hrsg.). Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe; 2011.
- Hofmann T. Hausherrn und Seidenfabrikanten, Seite 36, Wiener Zeitung Extra 9/10 April 2016.
- Höhl W, Köser P, Dochat A. Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben. Edstein: Schulz-Kirchner Verlag; 2015.
- Höhl W. Update 2017 Jobcoaching in der Ergotherapie. *Ergotherapie & Rehabilitation* 2017;56(1):20–25.
- Hopkins HL, Smith HD. Willard & Spackman's occupational therapy. Philadelphia (PA): Lippincott; 1988.
- Hoppe M. Die unendliche Geschichte mehr: Wie die Ergotherapie in die Geriatrie kam. In: Ergotherapie Sonderausgabe. ErgoAustria feiert 40 Jahre 4/2009:10.
- Howard RS, Lancee J. Occupational Therapy Education in Europe: Curriculum Guidelines Eigenverlag ENOTHE; 2000.
- <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/-208.0945382/industrie-4-0-v2.html> Zugriff 07.11.2017.
- <http://www.careum.ch> Zugriff am 21.10.2017.
- Huber M. Towards a new, dynamic concept of health. PhD. School for Public Health and Primary Care. Maastricht University; 2014.
- Huchthausen G. Bericht über die Tagung für Beschäftigungstherapie am 15. und 16. Juni 1951 in London. Wursterheide; 23.06.1951.
- Iersel MJM van. Gezelschapsspelen in de handrevalidatie. *Nederlands Tijdschrift voor Arbeidstherapie* 1968;10(4):62.
- Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.). Fachkräfteengpässe in Unternehmen: In vielen Berufsgattungen bestehen seit Längerem Engpässe. Köln/Berlin: IW Medien; 2014.
- Jachertz N. Randnotiz: Simons Doppelgesicht. *Deutsches Ärzteblatt* 2008; (47):2498.
- Janz HW, Augustin A. Beschäftigungstherapie: 2. Stuttgart: Thieme; 1979.
- Jehn P. Berufsausbildung in der Ergotherapie. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P (Hrsg.). Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007:19–40.
- Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer; 2004.
- Johnson F. Some impressions of a New Zealand occupational therapist. *Journal of the Occupational Therapists' Association* 1947;10(July):16–17.
- Jones MS. Uses of occupational therapy in physical medicine. *The Lancet* 1951(18 August);258(6677):308.
- Kaljouw M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren. Den Haag: Zorginstituut Nederland; 2015.
- Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy. 4. Aufl. Philadelphia (PA): FA Davis; 2009.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 2. Aufl. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Kinébanian A, Stehmann-Saris E, Uitenbroek C. Onderzoek naar het gebruik van activiteiten als middel in de ergotherapiebehandeling. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 1988.
- Kinébanian A, Stomph M. Cross-cultural occupational therapy: A critical reflection. *Am J Occup Ther* 1992;46(8):751–758.
- Kinébanian A. Ergotherapie in het krachtenveld van maatschappelijke ontwikkelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie* 1989;17(4):172–176.
- Klapper B, Schirlo C. Themenheft „Interprofessionelle Ausbildung“ – herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung und der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. *GMS Journal for Medical Education* 2016;33(2):Doc38.

- Koesling C, Bollinger Herzka Th. Ergotherapie in Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2008.
- Köser P, Höhl W, Docht A. Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben: Arbeitstherapie - Arbeitsrehabilitation - Gesundheitsförderung. Idstein: Schulz-Kirchner; 2015.
- Kramer F. Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken. Lochem: De Tijdstroom; 1990.
- Kronenberg F, Pollard N, Sakellariou D. Occupational therapies without borders: Towards an ecology of occupation based practices. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2011.
- Kubny-Lüke B. Geschichte der Ergotherapie in Deutschland. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P (Hrsg.). Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2007:11–18.
- Kuster E. (2006). Der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz – eine bewegte Geschichte. Sonderausgabe ERGOTHERAPIE 50 Jahre EVS Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen-Verbandes Schweiz:6–16.
- Landtag NRW. Verordnung Nr. 46, Auflösung der Provinzen des ehemaligen Landes Preußen in der Britischen Zone und ihre Neubildung als selbständige Länder. 23. 08.1946. https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_II/II.6/Orte_des_Landtags/01_Opernhaus/que1167.pdf (22.08.2017).
- Leder S. Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag; 2015.
- Licht S. Occupational therapy source book. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1948.
- Linke-Vieten E. Theoretischer Bezugsrahmen ergotherapeutischer Methoden in der Psychiatrie. Idstein: Schulz-Kirchner; 1996.
- Longree A, Junge I. Das DVE-Bildungskonzept. Ergotherapie und Rehabilitation 2014;53(12):32–35.
- Luitse WJ. Theorie arbeitstherapie. Ongepubliceerd manuscript; 1970.
- Mangold S. Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie: Reflektiert - systematisch - wissenschaftlich fundiert. (Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie.) Berlin, Heidelberg: Imprint Springer; 2013.
- Marotzki U (Hrsg.). Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen. Heidelberg: Springer; 2001.
- Marquardt M. Geschichte der Ergotherapie. 1954 – 2004. Idstein: Schulz-Kirchner; 2004.
- Matthiesen P. Die Bedeutung der Ergotherapie für einen ganzheitlichen Ansatz in der Medizin. Praxis Ergotherapie 1988;4:191–198.
- Mattingly C, Fleming MH. Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia (PA): FA Davis; 1994.
- Merklein de Freitas C, Pott P, Weber B, Wendel E, Zillhardt C. (2015). Behandlungsprozess gestalten. Ergotherapie und Rehabilitation, 54. Jg., 2015, Nr. 12: 24–28, Hrsg. DVE.
- Meyer A. The philosophy of occupational therapy. Am J Occup Ther 1977;31:639–642. Reprinted from Archives of Occupational Therapy 1 (1):1–10.
- Meyer PC, Sottas B. Berufe im Gesundheitswesen. In: Oggier W (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017. Bern: Hogrefe; 2013:59–66.
- Miesen M. Berufsausbildung in der ehemaligen DDR (1959 – 1991). In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P (Hrsg.). Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007:19–21.
- Miesen M. Berufsprofil Ergotherapie 2004. Idstein: Schulz-Kirchner; 2004.
- Morris W. Arts and its producers. A lecture delivered in Liverpool in 1888. In: Art and its producers, and the arts and crafts of today. Two addresses delivered before the National Association for the advancement of art. London Longmans 1901:1–20.
- Mosthaf U. Vitamin-G: Für Health Professionals mit Weitblick; 2017:25. <https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/ueber-uns/medien/magazin-vitamin-g/#c16801>.
- Mosthaf U. Zur Entstehung und Entwicklung der Schule für Ergotherapie Biel. Vortrag anlässlich der Jubiläumsveranstaltung des Vereins SET Biel; 2003.
- Mroz TM, Pitonyak JS, Fogelberg D, Leland NE. Client centeredness and health reform: Key issues for occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy 2015;69(5):6905090010p1–6905090010p8.
- Nelson DL. Occupational form, occupational performance and therapeutic occupation. Rockville (MD): American Occupational Therapy Association; 1994.
- Nelson DL. Therapeutic occupation: A definition. American Journal Occupational Therapy 1996;50:775–782.
- Nieuwesteeg-Gutzwiller MT, Somazzi M. Betätigungsorientierte Ergotherapie. Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis. Bern: Huber; 2010:111.
- ÖBIG Berufsprofil des/der Ergotherapeuten Ergotherapeuten. Projekt MTD Qualitätssicherung. Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2003.
- ÖBIG: Projekt MTD Qualitätssicherung Materialien zum Berufsprofil der Dipl. Ergotherapeuten 2001.
- Piaget J. Jean Piaget: Werk und Wirkung. München; 1976.
- Polatajko HJ. Dreams, dilemmas, and decisions for occupational therapy practice in a new millennium: A Canadian perspective. Am J Occup Ther 1994;48(7):590–594.
- Presber W, Nève W de. Ergotherapie. Grundlagen und Techniken. 2. Aufl. Berlin: Ullstein; 1994.
- Prolius et al. Aus den Anfängen – 1947 bis 1963. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation 1984;4:221–238.
- Raps W. Gesetz über den Beruf der Ergotherapeuten und des Ergotherapeuten und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Kommentar. Überarbeitete Auflage. Remagen: Reha-Verlag; 2014.
- Reilly M. Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. Eleanor Clarke Slagle lecture. Am J Occup Ther 1962;16(1):1–9.
- Royal College of Occupational Therapists. Our History. <https://www.rcot.co.uk/about-us/our-history> (22.08.2017).
- Ruskin J. The seven lamps of architecture. London: George Allen; 1964. (Original published 1849)
- Schaefer R. Praxis der sensorischen Integrationstherapie: Erfahrungen mit einem ergotherapeutischen Konzept. Stuttgart: Thieme; 2007.
- Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2015.
- Scheer WM van der. Nieuwere inzichten in de behandeling van Geesteszieken. Groningen: Wolters; 1933.
- Schell BAB, Schell JW. Clinical and professional reasoning in occupational therapy. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Schewior-Popp S. Krankengymnastik und Ergotherapie. Eine exemplarische Studie von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens. Idstein: Schulz-Kirchner; 1994.
- Shannon P. The derailment of occupational therapy. Am J Occup Ther 1977;31(4):229–234.
- Slagle EC. Training aides for mental patients. Papers on Occupational Therapy. Utica: NY State Hospital Press; 1922.
- Soucek M. Über den Beruf des(r) Beschäftigungstherapeuten(in). In: Soziale Berufe - Pflegen, Heilen, Erziehen, Helfen. Zeitschrift des ÖGB 13. Jahrgang Nr. 3, März 1961:45–47.
- Stone J. The William Turner work training centre for adults spastics; 1960.
- Streitwieser E. Die Entstehung der Salzburger Schule und ihre Entwicklung, in: Fachzeitschrift Ergotherapie 1986;4:14–19.
- Thole W, Steier F. Mit den Doofen basteln kann doch jeder. Anmerkungen zum Selbstverständnis der Ergotherapie. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation 1990;4:259–264.
- Togni C, Dallerà C. (2015). Genèse de la formation d'ergothérapeute à Lausanne, 1963–1965. Projet éésp 7212:5,20.
- Townsend EA, Cockburn L, Letts L, Thibault R, Trentham B. Enabling Social Change. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation - second edition. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:153–76.
- Tracy SE. Studies in invalid occupations: A manual for nurses and attendants. Boston: Whitcomb & Barrows; 1910.
- Tragl KH. Chronik der Wiener Krankenanstalten. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag; 2007.

- Velde D van de, DeVriendt P. Ergotherapie in de thuiszorg, verslag van een multidisciplinair onderzoek in Oost Vlaanderen. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2009.
- Verband der Diplomierten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen Österreichs. Berufsbild des Diplomierten Ergotherapeuten/ Ergotherapeutin. Broschüre; 1982.
- Verband der Ersatzkassen (Hrsg.). Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene in der Fassung vom 25. September 2006. https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenempfehlung/_jcr_content/par/download/file.res/re_125_2010.pdf (06.11.2017).
- Verband Deutscher Beschäftigungstherapeuten. Beschäftigungstherapie. Entwurf des Merkblatts zur Beschäftigungstherapie; 1965.
- Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. *GMS Journal for Medical Education* 2015.
- Walkenhorst U. Potentiale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung. Eine betätigungsorientierte professionssoziologische Analyse. Idstein: Schulz-Kirchner; 2008.
- Watson R, Schwartz L (Hrsg.). Transformation through occupation. London/Philadelphia: Whurr; 2004.
- Weltverband der Beschäftigungstherapeuten (Hrsg.). Empfohlene Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten. Deutsche Übersetzung. Perth (Western Australia); 1974.
- WFOT. Doelstellingen. Folder. Perth: World Federation of Occupational Therapists; 1996. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- WFOT. Recommended minimum standards for the education of occupational therapists. Perth: World Federation of Occupational Therapists; 1996.
- Whiteford G, Wright-St Clair V. Occupation & practice in context. Sydney: Churchill Livingstone; 2005.
- Wilcock AA. An occupational perspective on health. 2. Aufl. Thorofare (NJ): Slack; 2006.
- Wilcock AA. Occupation for Health volume 2. London: British Association and College for Occupational therapists; 2002.
- Wilcock AA. Occupation for health: Volume 1: A journey from self health to prescription. A history of occupational therapy from the earliest times to the end of the nineteenth century and a source book of writings. London: British Association and College for Occupational therapists; 2001:21–30.
- Wissenschaftsrat (Hrsg.). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln; 2012.
- Woodside HH. The development of occupational therapy from 1910–1929. *Am J Occup Ther* 1971;25(5):226–230.
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists, Revised 2016..
- Wuyts K. Aanpassing van een weefgetouw voor traumata van de onderste ledematen. Proefschrift. Gent: Stedelijk instituut voor Paramedische beroepen; 1968.
- www.dggg-online.de/ueber-uns/geschichte.html Zugriff am 21.09.2017.
- Yerxa EJ, Clark F, Frank G, Jackson J, Parham D, Pierce D et al. An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care* 1990;6(4):1–17.
- Zeittafel. Schule für Ergotherapie Biel 1974–2008; 2007.
- Ziegler R. Was den Beruf im Innersten zusammenhält. In: Vitamin G 2017;3.

2 Kerndomänen in der Ergotherapie

Ton Satink, Dominique Van de Velde

2

„Einfach machen! – Betätigen trägt zu Gesundheit und Wohlbefinden bei.“

Hartingsveldt (2016)

Keywords

- Ergotherapieparadigma
- Kernelemente: Betätigung, Person, Kontext
- Ausführung von Aktivitäten
- Taxonomie der Betätigungen
- Veränderung durch Betätigung
- Partizipation

Ein Ergotherapeut erzählt

Als Ergotherapeut ist es immer interessant, mit Klienten über die Motivation ihrer Aktivitäten zu sprechen. Kochen, sich ankleiden, Computerarbeit, Rad fahren, mit dem Bus in die Stadt fahren, den Haushalt führen oder einfach Kaffee aufsetzen. Viele Aktivitäten werden von den Menschen auf unterschiedliche Weise ausgeführt. Das Gespräch darüber und die Frage, warum die Menschen tun, was sie tun, führt immer wieder zu neuen Einsichten. Die Aktivitäten der Menschen werden von vielerlei Faktoren beeinflusst. So können interessante Unterschiede ans Tageslicht kommen, wenn z. B. drei Personen aus verschiedenen Kulturen zusammen Tee kochen wollen. Ein Marokkaner versteht unter „Tee“ vielleicht etwas anderes als ein Niederländer oder ein Deutscher. Und zwischen einem Deutschen und einem Niederländer mag es auch noch Unterschiede bei den Gewohnheiten der Teezubereitung geben. Sich auf so etwas einzustellen und die verschiedenen Hintergründe zu berücksichtigen, ist recht interessant. Aus Sicht einer klientenzentrierten Arbeit ist die Berücksichtigung des soziokulturellen Kontextes sogar eine Voraussetzung! Trotz der Unterschiede zwischen den Menschen und ihren Aktivitäten gibt es jedoch auch immer eine Gemeinsamkeit: Menschen möchten am liebsten stets auf ihre eigene Weise an der Gesellschaft teilhaben und ihrer Lebensart Bedeutung verleihen. Dafür wird man üben, verändern und Dinge ausprobieren. So versuche auch ich, meine therapeutischen Interventionen auf den individuellen Klienten abzustimmen.

2.1 Einleitung

Wenn man an einem warmen Frühlingstag durch die Gemeinde schlendert, kann man die Menschen bei den verschiedensten Aktivitäten beobachten. Der eine arbeitet im Garten, ein anderer trinkt auf der Terrasse Kaffee und ein Dritter hängt die Wäsche auf. Alle diese Aktivitäten sind Teil der Rolle, die eine Person innehat, und verleihen dem Leben der Person eine Bedeutung. Durch ihr Betätigen wirken die Menschen an der Gesellschaft mit, oder anders gesagt: Sie partizipieren am Zusammenleben. Denkt man etwas länger über die Aktivitäten im Verhältnis zum Betätigen nach, wird es interessant. Der im Garten arbeitende Mann könnte auch bei jemandem anderen in seiner „Gärtnerrolle“ im Garten arbeiten. Er könnte es aber auch in seiner Freizeit in seinem eigenen Garten tun, wenn es sein Hobby ist. Wenn dieser Mann unter einer chronischen Erkrankung leidet, kann das Gärtnern auch Teil einer ergotherapeutischen Intervention mit bestimmten Zielsetzungen sein. In all diesen Fällen ist jedoch die Aktivität, um die es geht, das Betätigen im Garten.

Das Betätigen ist die Hauptdomäne in der Ergotherapie und führt zur Partizipation. Schon 1922 beschrieb Adolf Meyer die Möglichkeiten des Betätigens in der Ergotherapie:

„Die Ergotherapie geht davon aus, dass das, was Menschen mit ihrer Zeit anfangen, ihre Betätigung, von großer Bedeutung für das Wohlbefinden ist. Die Betätigung eines Menschen verleiht ihrem Leben letztlich Bedeutung.“ (Meyer 1922/1977)

Ergotherapeuten und Wissenschaftler, die sich innerhalb der Occupational Science mit diesen Themen befassen, fragen immer wieder: Was ist Betätigung und was ist Partizipation? Wann betätigen sich Menschen, wann partizipieren sie? Wie betätigen sich Menschen und wie partizipieren Menschen? Und warum betätigen sich Menschen und partizipieren?

Neben diesen Fragen soll es im vorliegenden Kapitel auch um verschiedene Konzepte gehen. Ein Konzept hat eine Definition, welche die Eigenschaften und Elemente des Konzeptes beschreibt und es damit von anderen Konzepten abgrenzt. Der Begriff „Konzept“ stammt von dem lateinischen Verb „concipere“, das soviel wie „erfassen“, „begreifen“, „zusammenfassen“ bedeutet (Philippa et al. 2009). Definitionen, Kernkonzepte (core concepts), bilden die Grundlage der Berufspraxis (Pierce 2001) sowohl für Interventionen in der Außenwelt (sich profilieren, unterscheidbar machen) als auch für eine wissenschaftliche Untersuchung der Interventionen.

Konzepte bilden die Basis für Modelle und Theorien. Das Wissen über das Betätigen und Partizipieren lässt

2 Kerndomänen in der Ergotherapie

Ton Satink, Dominique Van de Velde

2

„Einfach machen! – Betätigen trägt zu Gesundheit und Wohlbefinden bei.“

Hartingsveldt (2016)

Keywords

- Ergotherapieparadigma
- Kernelemente: Betätigung, Person, Kontext
- Ausführung von Aktivitäten
- Taxonomie der Betätigungen
- Veränderung durch Betätigung
- Partizipation

Ein Ergotherapeut erzählt

Als Ergotherapeut ist es immer interessant, mit Klienten über die Motivation ihrer Aktivitäten zu sprechen. Kochen, sich ankleiden, Computerarbeit, Rad fahren, mit dem Bus in die Stadt fahren, den Haushalt führen oder einfach Kaffee aufsetzen. Viele Aktivitäten werden von den Menschen auf unterschiedliche Weise ausgeführt. Das Gespräch darüber und die Frage, warum die Menschen tun, was sie tun, führt immer wieder zu neuen Einsichten. Die Aktivitäten der Menschen werden von vielerlei Faktoren beeinflusst. So können interessante Unterschiede ans Tageslicht kommen, wenn z. B. drei Personen aus verschiedenen Kulturen zusammen Tee kochen wollen. Ein Marokkaner versteht unter „Tee“ vielleicht etwas anderes als ein Niederländer oder ein Deutscher. Und zwischen einem Deutschen und einem Niederländer mag es auch noch Unterschiede bei den Gewohnheiten der Teezubereitung geben. Sich auf so etwas einzustellen und die verschiedenen Hintergründe zu berücksichtigen, ist recht interessant. Aus Sicht einer klientenzentrierten Arbeit ist die Berücksichtigung des soziokulturellen Kontextes sogar eine Voraussetzung! Trotz der Unterschiede zwischen den Menschen und ihren Aktivitäten gibt es jedoch auch immer eine Gemeinsamkeit: Menschen möchten am liebsten stets auf ihre eigene Weise an der Gesellschaft teilhaben und ihrer Lebensart Bedeutung verleihen. Dafür wird man üben, verändern und Dinge ausprobieren. So versuche auch ich, meine therapeutischen Interventionen auf den individuellen Klienten abzustimmen.

2.1 Einleitung

Wenn man an einem warmen Frühlingstag durch die Gemeinde schlendert, kann man die Menschen bei den verschiedensten Aktivitäten beobachten. Der eine arbeitet im Garten, ein anderer trinkt auf der Terrasse Kaffee und ein Dritter hängt die Wäsche auf. Alle diese Aktivitäten sind Teil der Rolle, die eine Person innehat, und verleihen dem Leben der Person eine Bedeutung. Durch ihr Betätigen wirken die Menschen an der Gesellschaft mit, oder anders gesagt: Sie partizipieren am Zusammenleben. Denkt man etwas länger über die Aktivitäten im Verhältnis zum Betätigen nach, wird es interessant. Der im Garten arbeitende Mann könnte auch bei jemandem anderen in seiner „Gärtnerrolle“ im Garten arbeiten. Er könnte es aber auch in seiner Freizeit in seinem eigenen Garten tun, wenn es sein Hobby ist. Wenn dieser Mann unter einer chronischen Erkrankung leidet, kann das Gärtnern auch Teil einer ergotherapeutischen Intervention mit bestimmten Zielsetzungen sein. In all diesen Fällen ist jedoch die Aktivität, um die es geht, das Betätigen im Garten.

Das Betätigen ist die Hauptdomäne in der Ergotherapie und führt zur Partizipation. Schon 1922 beschrieb Adolf Meyer die Möglichkeiten des Betätigens in der Ergotherapie:

„Die Ergotherapie geht davon aus, dass das, was Menschen mit ihrer Zeit anfangen, ihre Betätigung, von großer Bedeutung für das Wohlbefinden ist. Die Betätigung eines Menschen verleiht ihrem Leben letztlich Bedeutung.“ (Meyer 1922/1977)

Ergotherapeuten und Wissenschaftler, die sich innerhalb der Occupational Science mit diesen Themen befassen, fragen immer wieder: Was ist Betätigung und was ist Partizipation? Wann betätigen sich Menschen, wann partizipieren sie? Wie betätigen sich Menschen und wie partizipieren Menschen? Und warum betätigen sich Menschen und partizipieren?

Neben diesen Fragen soll es im vorliegenden Kapitel auch um verschiedene Konzepte gehen. Ein Konzept hat eine Definition, welche die Eigenschaften und Elemente des Konzeptes beschreibt und es damit von anderen Konzepten abgrenzt. Der Begriff „Konzept“ stammt von dem lateinischen Verb „concipere“, das soviel wie „erfassen“, „begreifen“, „zusammenfassen“ bedeutet (Philippa et al. 2009). Definitionen, Kernkonzepte (core concepts), bilden die Grundlage der Berufspraxis (Pierce 2001) sowohl für Interventionen in der Außenwelt (sich profilieren, unterscheidbar machen) als auch für eine wissenschaftliche Untersuchung der Interventionen.

Konzepte bilden die Basis für Modelle und Theorien. Das Wissen über das Betätigen und Partizipieren lässt

den Ergotherapeuten den sich betätigenden Menschen besser verstehen und erhöht auch das Verständnis für die Auswirkungen von Krankheiten oder Beeinträchtigungen. Aus therapeutischer Sicht hilft die Einsicht in das Betätigen und Partizipieren dem Ergotherapeuten bei den Überlegungen, wie dies den Betroffenen wieder ermöglicht werden kann.

Werden Konzepte innerhalb einer Berufsgruppe verwendet, bildet sich eine Fachsprache heraus. So ist etwa das „Betätigen“ zum Fachjargon geworden. Konzepte werden auch im täglichen Umgang genutzt, und bei der Arbeit sprechen Ergotherapeuten eher z. B. von Aktivitäten als über „das Betätigen“ (► Tab. 2.1).

2.2 Das Paradigma der Ergotherapie

Unter einem Paradigma versteht man in der Wissenschaft und in der Philosophie ein zusammenhängendes Konstrukt aus Modellen und Theorien, das einen Denkrahmen bildet, in dem die Wirklichkeit analysiert und beschrieben wird. Der Begriff wurde von Kuhn (1970) eingeführt. Der Kern eines Berufes wird in einem Berufsparadigma beschrieben.

Das Ergotherapieparadigma ist ein Berufsparadigma, d. h. der allgemeine, vollständige Rahmen der Theoriebildung und Berufsausübung der Ergotherapie in einer bestimmten Periode. Es besteht aus Überzeugungen, welche von den Angehörigen der Berufsgruppe in einem bestimmten Zeitraum geteilt wurden (Kuiper u. Satink 2006). Ein Paradigma ist ständigen Veränderungen unterworfen. Es entwickelt sich durch den Konsens innerhalb der Berufsgruppe über sowohl grundsätzliche Ausgangspunkte als auch über die Werte des Berufes.

Das Berufsparadigma erfüllt mehrere Funktionen:

- Es definiert die verbindenden Elemente, indem es das Wesen und die Ziele der Ergotherapie benennt und auf diese Weise Verwirrungen verhindert und für eine politische und gesellschaftliche Wiedererkennbarkeit und Stabilität sorgt.
- Es liefert unabhängig von Arbeitsbedingungen oder Spezialisierungen die gemeinsame Basis für die Ergotherapeuten selbst.
- Es gibt die Richtung der Curricula für Ausbildungen und Forschung vor.
- Es gibt Empfehlungen für die ergotherapeutische Untersuchung (Kuiper u. Lemette 1999, Kuiper 2001, Kuiper u. Satink 2006).

Innerhalb der Ergotherapie wird seit 1989 die Occupational Science als Disziplin betrachtet, die Modelle, Theorien und Bezugsrahmen für den Kern der ergotherapeutischen Arbeit liefert (Yerxa et al. 1990, Pierce 2014). Die Occupational Science, also die wissenschaftliche Erforschung der Betätigung, ist eine junge Disziplin, die mit

verschiedenen Methoden das Wie, Wer, Wann, Wo und Warum des Betätigens untersucht (Polatajko 2011).

2.2.1 Das Konzept „Betätigung“

Im Ergotherapieparadigma steht das Konzept „Betätigung“ ganz zentral. Es gibt verschiedene Definitionen dieses Konzeptes. Hier ein paar Beispiele:

- „Unter Betätigung werden all die gewöhnlichen und vertrauten Dinge zusammengefasst, welche die Menschen tagtäglich tun“ (Christiansen et al. 2011).
- „Betätigung umfasst alles Tun, das eine intrinsische oder extrinsische Bedeutung hat“ (Wilcock 2006).
- „Das Betätigen definiert und organisiert einen Wirkungsbereich über einen gewissen Zeitraum und wird vom Individuum als Teil seiner sozialen Identität empfunden (Creek 1997).

Eine weitgreifende Definition ist die in Kanada gebräuchliche:

- „Betätigung bezieht sich auf eine Reihe von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, die benannt und organisiert sind und denen vom Individuum und der Kultur ein Wert und eine Bedeutung zugeschrieben werden. Betätigung ist all das, was Menschen tun, sich um sich selbst zu kümmern (self-care), das Leben zu genießen (leisure) und einen Beitrag für die sozialen und ökonomischen Strukturen ihrer Gemeinden zu leisten (productivity) plus die Kernkompetenzen und das therapeutische Mittel der Ergotherapie“ (Townsend u. Polatajko 2013).

In der deutschen ergotherapeutischen Fachsprache wird die „occupation“ mit „betätigen/Betätigung“ übersetzt (manchmal auch mit „handeln/Handlung“). Damit sind die täglichen Aktivitäten an sich gemeint. Mitunter wird unter Ergotherapeuten auch von „Aktivität“ gesprochen. Der DVE definiert die Ergotherapie so:

- „Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Betätigungsfähigkeit beeinträchtigt oder von Beeinträchtigungen bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Betätigungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (DVE 2007).

Die DACHS-Definition der Ergotherapie lautet (Stand 6.2.2007):

- „Die Ergotherapie – abgeleitet vom Griechischen „ergein“ (handeln, tätig sein) – geht davon aus, dass „tätig sein“ ein menschliches Grundbedürfnis ist und dass gezielt eingesetzte Tätigkeit gesundheitsfördernde und

therapeutische Wirkung hat. Deshalb unterstützt und begleitet Ergotherapie Menschen jeden Alters, die in ihrer Betätigungsfähigkeit beeinträchtigt oder von Beeinträchtigungen bedroht sind und/oder ihre Betätigungsfähigkeit erweitern möchten. Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung in ihrer Umwelt zu stärken. In der Ergotherapie werden spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt. Dies erlaubt dem Klienten, seine Betätigungsfähigkeit im Alltag, seine gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation) und seine Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern.“

Und die niederländische Definition sieht wie folgt aus:

- „Die Betätigung ist die Ausführung von Aktivitäten und Aufgaben. Das Betätigen ist zielgerichtet, findet im Kontext statt und steht im Zusammenhang mit der Erfahrung und der Bedeutung, welche die Person dem Betätigen zuschreibt. Betätigung umfasst alle Aktivitäten und Aufgaben, die Menschen ausführen und/oder an denen sie beteiligt sind, durch die sie sich und andere versorgen (Wohnen/Versorgen), sich erholen, soziale Kontakte unterhalten (Spiel-/Freizeit) und durch Bildung, Arbeit oder Freiwilligenarbeit (Lernen/Arbeiten) an der Gesellschaft teilnehmen“ (Townsend u. Polatajko 2013, Hartingsveldt et al. 2010).

Die Betätigung ist eine komplexe Interaktion zwischen einer Person und der Umwelt, in der sie die Aktivitäten, Aufgaben und Rollen, die für sie Bedeutung haben und/oder die von ihr erwartet werden, ausführt (Christiansen et al. 2011).

Neben den Konzepten werden auch häufig mit diesen verbundene Begriffe verwendet. In der Ergotherapie ist das oft der Fall. Manchmal handelt es sich um deutsche Begriffe und manchmal um englische oder „eingedeutschte“. In den folgenden Abschnitten geht es um die Ausgangspunkte der Betätigung, ihre Kernelemente, die durch sie herbeigeführte Veränderung sowie um die Partizipation. An geeigneten Stellen werden die mit der Betätigung verbundenen Fachbegriffe erläutert.

2.3 Grundsätze der Betätigung

Wie erwähnt, definiert das Ergotherapieparadigma das Wesen und die Ziele der Ergotherapie, oder anders gesagt: das, was Ergotherapeuten verbindet. Dies wird in verschiedenen Grundsätzen oder Ansätzen ausgedrückt. In den Berufsprofilen der Länder finden sich die Grundsätze, denen man folgt, wenn man das Betätigen im ergotherapeutischen Kontext anpassen will.

2.3.1 Der Mensch ist ein sich betätigendes Wesen

Der Mensch ist von Natur aus ein sich betätigendes Wesen, und jeder Mensch verspürt täglich ein biologisch determiniertes Bedürfnis dazu (Wilcock 2006). Man denke nur an das spontane Spielen und Entdecken von Babys oder an das Suchverhalten von Menschen, die sich in einer neuen Umwelt wiederfinden. Der Mensch hat den inneren Drang, seine Umwelt zu erkunden, kennenzulernen und zu kontrollieren (Schkade u. Schultz 1992a, b). Dieser Kontrolldrang lässt Menschen aktiv werden und sich betätigen. Menschen lernen auch gerne durch das Betätigen (Kielhofner 2002, 2008). Zudem mobilisiert eine Umwelt oder (Sub-)Kultur das Verlangen, Aktivitäten zu entdecken und diese dann zu beherrschen und mit Geschick auszuführen.

2.3.2 Betätigung ist das Resultat der dynamischen Interaktion zwischen Individuum, Aktivität und Kontext

Beim Betätigen können drei Kernelemente unterschieden werden, die sich einander fortgesetzt beeinflussen (Law et al. 1996). Diese sind die sich betätigende Person, der Kontext oder die Umwelt und die Aktivität. Die Kernelemente des Betätigens und der dynamischen Interaktion werden unter Kap. 2.4 näher beleuchtet.

2.3.3 Betätigung verleiht dem Leben Bedeutung

Betätigung gibt dem Leben eine Bedeutung (Wilcock 2006). Aus der Betätigungsperspektive ist das Betätigen die individuelle Aktivität in einer Umwelt zu einem bestimmten Zeitpunkt. Das Betätigen ist per definitionem einzigartig und bietet dem Menschen die Gelegenheit, in jeder Situation immer wieder etwas Neues und Bedeutungsvolles zu kreieren (Pierce 2001, Townsend 2002). Die Bedeutung ist persönlich und wird zum Großteil von der Kultur und dem Kontext, in dem sich jemand betätigt, bestimmt (Ikiugu u. Pollard 2015). Sie steht nicht nur mit dem Betätigen in Verbindung, sondern auch mit etwas viel Größerem, nämlich dem Leben (Frankl 2014).

2.3.4 Betätigung beeinflusst die Gesundheit und das Wohlbefinden

Eine gute Balance beim Betätigen ist für die Gesundheit und das Wohlbefinden unerlässlich (Wilcock 2006). Die Erfüllung des Bedürfnisses nach bedeutungsvollen Betätigungen fördert das geistige, körperliche und psychosoziale Wohlbefinden (Wilcock 2006).

2.3.5 Betätigung regelt die Zeit und strukturiert das Leben

Das Betätigen gibt dem Menschen eine Tagesstruktur, wodurch Ordnung in der Zeit entsteht. Die anhaltende Durchführung von Aktivitäten führt zur Entwicklung von Gewohnheiten und Routinen (Townsend 2002).

2.3.6 Betätigung ist eine persönliche Erfahrung

Pierce (2001, 2003) weist nachdrücklich auf die Bedeutung von Erfahrungen bei der Bewältigung von Aufgaben hin. Die Erfahrung kommt durch das Ausführen spezifischer Aktivitäten zustande. Eine Person kann bei der Ausübung von Aktivitäten Gefühle wie Aufregung, Angst, Sorge, Apathie, Langeweile, Entspannung und Kontrolle erleben (Csíkszentmihályi 1990).

Durch die Erfahrungen, welche die Menschen während ihres Handelns machen, erkennen sie ihre Möglichkeiten und Grenzen (Satink 2016b).

2.3.7 Betätigung hat therapeutisches Potenzial

Die Erfahrungen, die bei der Ausübung täglicher Aktivitäten gemacht werden, sind für den Veränderungsprozess bedeutsam. Zudem haben die Erfahrungen beim Betätigen eine sinnstiftende Funktion (Kielhofner 2002, Pierce 2001, Schkade u. McClung 2001, Satink 2016a). Der Umstand, dass die Ausübung von Aktivitäten Erfahrungen schafft und einen Sinn vermittelt, verleiht dem Betätigen ein therapeutisches Potenzial.

2.3.8 Menschen können Beeinträchtigungen der Betätigung erleben

Das Leben verändert sich immerzu, das ist eine Tatsache. Auch das Betätigen verändert sich. Vielfach stellen sich Veränderungen beim Betätigen von selbst ein, wie etwa im Rahmen der normalen Entwicklung eines Kindes. Manchmal laufen solche Veränderungen jedoch nicht von selbst ab oder die Menschen erleben Beeinträchtigungen bei ihren Betätigungen. Die zeitliche Beeinträchtigung von Betätigung etwa durch Krankheit oder einen Umgebungswechsel nennt man Betätigungsunterbrechung (occupational disruption; Christiansen u. Townsend 2011). Die Menschen verlieren ihr Gleichgewicht. Dass sich ihr Leben verändert, ist an sich nicht das Entscheidende, sondern vielmehr, dass sie ihre Betätigungen mitunter nicht mehr zu ihrer eigenen Zufriedenheit oder zumindest zur Zufriedenheit der Umwelt an die veränderten Bedingungen anpassen können (Betätigungsbeeinträchtigung).

Betätigungsbeeinträchtigungen können ihren Ursprung sowohl im Menschen selbst als auch in seiner Umwelt haben. Daraus ergeben sich die folgenden weiteren Ausgangspunkte.

Das Betätigen ist personengebunden

Schaut man zuerst auf den Menschen und das Betätigen, stellt man fest, dass das Betätigen von den persönlichen Möglichkeiten zur Ausübung einer Aktivität abhängt. Weiter wird das Betätigen einer Person von den persönlichen Zielsetzungen, den Interessen, den Werten und Normen und auch vom Selbstbild oder der eigenen Identität beeinflusst (Christiansen et al. 2011).

Das Betätigen ist kontextbasiert

Das Betätigen erfolgt immer in einem bestimmten Kontext: Eine Aktivität kommt durch eine dynamische Interaktion zwischen dem Individuum und seinem Kontext zustande (Law et al. 1996). Eine Beeinträchtigung des Betätigens kann auf Schwierigkeiten zurückgehen, die aus diesem Kontext stammen, etwa indem die Initiative zur Ausübung einer Aktivität nicht mehr ergriffen werden kann, es keine Auswahl an „für das Individuum bedeutungsvolle Aktivitäten“ mehr gibt oder Barrieren in diesem Kontext vorhanden sind (von der nicht rollstuhlge-rechten Schwelle bis zur sozialen Diskriminierung).

Jeder Mensch hat das Recht auf bedeutungsvolles Betätigen

Betätigungsbeeinträchtigungen stellen für das Wohlbefinden des Menschen ein Risiko dar. Es können sich je nach Art der Beeinträchtigung daraus Depressionen, Langeweile, Burn-out, Schlafstörungen und Ängste entwickeln (Wilcock 1998, Satink et al. 2004). Da die Ergotherapie das Betätigen als essenziell für die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen betrachtet, wird folgender Grundsatz definiert: Jeder Mensch hat das Recht auf die Ausübung oder die Teilhabe an einer bedeutungsvollen Betätigung (Recht auf Betätigung oder „occupational justice“; Townsend 2002, Townsend u. Polatajko 2013, WFOT 2011, Whiteford u. Wright-St.Clair 2005).

Betätigung führt zu Engagement und Engagement führt zu Betätigung

Betätigung führt zur Teilhabe (Engagement). Eine solche Teilhabe ist individuell und kann bei jedem Menschen anders aussehen (Townsend 2002).

2.4 Betätigungselemente

In der Definition eines Konzeptes werden Eigenschaften und Elemente aufgeführt, die eine Unterscheidung von anderen Konzepten ermöglichen. Elemente lassen sich in einem Modell darstellen. Ein in der Ergotherapie verbreitetes Modell ist das PEO-Modell (Person-Environment-Occupation), das im Berufsprofil und auch in verschiedenen Teilen dieses Buches zur Beschreibung von Aspekten der Ergotherapie verwendet wird. Hier geht es um das PEOP-Modell (Person-Environment-Occupation and Performance; Christiansen et al. 2011, 2015; ► Abb. 2.1). Es handelt sich dabei um ein systemisches Modell, in dem sich die Interaktionen zwischen der Person, dem Kontext bzw. der Umwelt und dem Betätigen widerspiegeln. Seine Bedeutung in diesem Kapitel liegt darin, dass es neben den Elementen Person, Kontext und Betätigen auch noch Platz für die Elemente Partizipation, Performance und Wohlbefinden hat. Auf diese Weise lassen sich die dynamische Interaktion zwischen den Kernelementen sowie das Verhältnis zwischen dem Betätigen und der Partizipation gut sichtbar machen.

Bei der Ausführung einer Aktivität, also beim Betätigen, kommt es zu dynamischen Interaktionen zwischen den Elementen Person (intrinsische Faktoren) und Kontext (extrinsische Faktoren). Eine Person führt Aktivitäten, Aufgaben und Rollen aus, die bedeutungsvoll sind und einer bestimmten Erwartung genügen (Christiansen et al. 2011). Durch das Betätigen partizipiert eine Person im ei-

genen Kontext und beeinflusst ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden. Wir widmen uns hier zunächst der Person. Das PEOP-Modell unterscheidet nämlich auch nachdrücklich zwischen Familien, Menschengruppen, Organisationen und Populationen als möglichen Klienten in der Ergotherapie (Christiansen et al. 2015).

2.4.1 Die Person

Jeder Mensch ist einzigartig und hat seine einzigartige (Lebens-)Geschichte. Er ist ein sich selbst organisierendes und anpassendes Ganzes, das permanent mit seiner Umwelt in Interaktion tritt. Wenn man sich die Person anschaut, sind verschiedene Aspekte dabei wichtig. Zuerst sind da die eigenen Werte, Normen und Erwartungen. Jeder Mensch entwirft sich aufgrund seiner Erinnerungen und der Interpretation seiner persönlichen Wahrnehmungen und Erfahrungen sein eigenes Bild von der Wirklichkeit und der Welt, von der er ein Teil ist. (Kielhofner 2008, Townsend u. Polatajko 2013). Jeder hat deshalb seine eigenen Werte, Normen und Erwartungen. Diese werden (teilweise) vom Kontext oder der Umwelt beeinflusst. So gilt etwa in der westlichen Wertegemeinschaft die Unabhängigkeit als wertvolle Errungenschaft, und für viele Menschen ist das Streben nach Unabhängigkeit ein Wert an sich. Dies kann in anderen Kulturen anders sein, wenn etwa die gegenseitige Abhängigkeit einen hohen Stellenwert hat. Es gibt Kulturen, in denen die Familientraditionen wichtig sind und man selbstverständlich über kurz

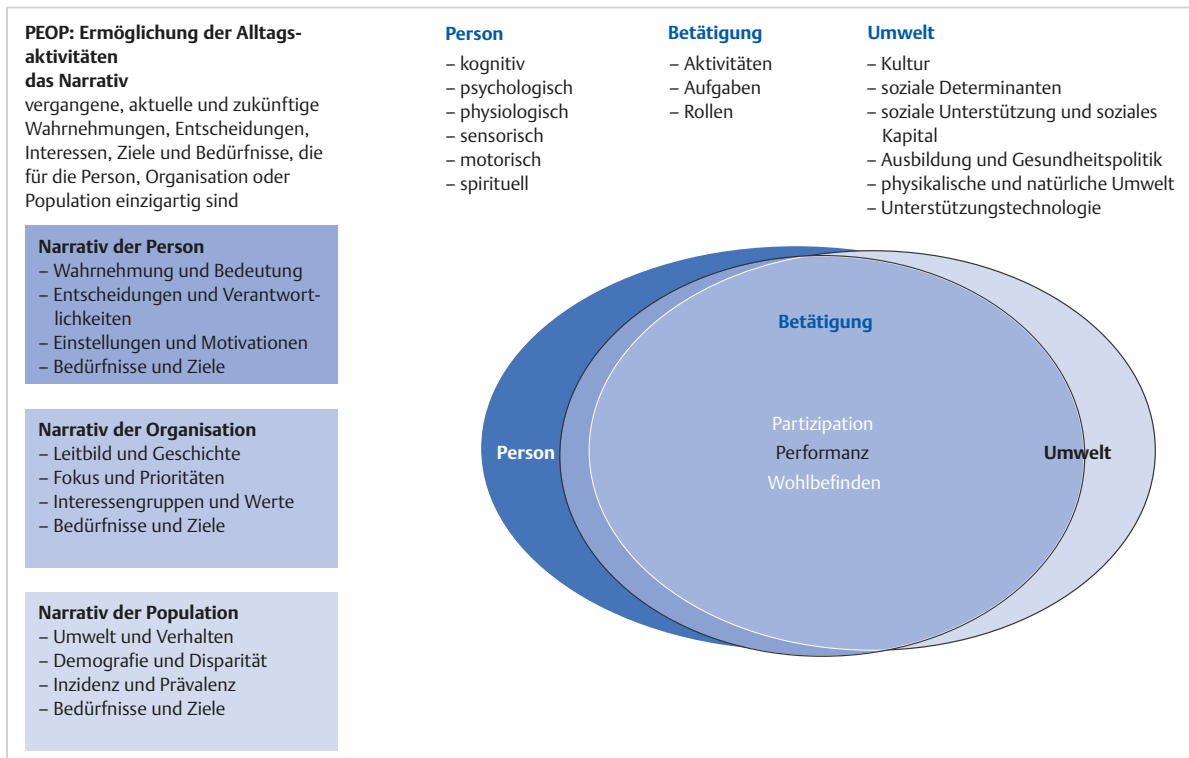


Abb. 2.1 PEOP-Modell (Christiansen et al. 2015).

oder lang füreinander sorgt. In solchen Kulturen wird die Rolle eines Sohnes oder einer Tochter anders interpretiert als bei uns. Rollen und Identitäten sind eng miteinander verbunden. Identität spielt auch im Hinblick auf die öffentliche Wirkung einer Person eine Rolle, d. h. wie man wahrnimmt, wie jemand von anderen wahrgenommen wird. Eine Person bekleidet meist verschiedene Rollen. Rollen können sich im Laufe des Lebens entwickeln und auch verändern (Kielhofner 2008). Zu einer Rolle gehören Rechte und Pflichten und sie erfordert erwartete Verhaltensmuster und spezifische Betätigungen, Aktivitäten und Aufgaben, die regelmäßig ausgeführt werden und mit soziokulturellen Rollenbildern zusammenhängen (Kielhofner 2008, Townsend u. Polatajko 2013). Die Ausübung von Aktivitäten und Pflichten im Rahmen einer Rolle bezeichnet man als rolle gebundenes Handeln, das mit der Partizipation zusammenhängt. Diese versteht sich dabei als das Ausüben und Erleben von rolle gebundenem Handeln und/oder umwelt gebundenen Aktivitäten.

Yudhi und Mehmed

Yudhi und Mehmed sind seit ihrer Jugend, in der sie als Nachbarkinder in einem Eindhovener Arbeiterviertel aufwuchsen, befreundet. Nachdem sie unterschiedliche Ausbildungen absolviert hatten, Yudhi als Elektrotechniker und Mehmed mit einem Abschluss der höheren Handelsschule, wurden sie letztlich in einer Baugesellschaft zu Kollegen. Die Betätigung „Kaffee trinken auf der Baustelle“ bedeutet etwas anderes als „Kaffe trinken in einem türkischen Kaffeehaus“. Während der Arbeit steht Kaffee trinken für ein kurzes Abstimmen und Beraten mit einem Becher Kaffee aus dem Automaten. An den Wochenenden besuchen die beiden regelmäßig das Kaffeehaus in ihrem Viertel. Kaffee trinken steht dann für das Treffen mit Freunden und den Austausch über Ereignisse in der Familie, in der Politik und im Sport. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass kaum über die Arbeit gesprochen wird und dass dort keine Frauen auftauchen.

Um sich betätigen zu können, sollte eine Person verschiedene Basisfertigkeiten und Funktionen beherrschen. Vielen Menschen fällt der Erwerb solcher Basisfertigkeiten buchstäblich spielerisch zu. Ein Kind das vergnügt im Kindergarten spielt macht praktisch von selbst den nächsten Entwicklungsschritt und verbessert Koordination, Kraft und Gleichgewicht. Während des Betätigens und Tuns lernt der Mensch, welche Aufgaben und Basisfertigkeiten in bestimmten Situationen angemessen sind und welche nicht. In einer neuen Situation wird der Mensch sich neu betätigen und wenn nötig die Ausführung (performance) an die veränderten Bedingungen anpassen. So lernt man und entwickelt sich.

Yudhi und Mehmed (Fortsetzung)

Yudhi fühlt sich an seinem Arbeitsplatz unsicher. Auf Mehmeds Rat hin, tritt Yudhi mehr und selbstbewusster für sich ein. Dies kann in ein positiveres Selbstbild und ein größeres Selbstvertrauen münden. Wenn Yudhi selbstsicherer wird, kann er sich zu einer souveränen Fachkraft entwickeln.

2.4.2 Der Kontext

Der Kontext ist die Summe aller Phänomene und Zustände, die eine Person umgeben und ihre Existenz, ihr Handeln und ihre Entwicklung beeinflussen. Das Betätigen einer Person erfolgt innerhalb einer sozialen und physischen Umwelt, die den Kontext bildet. In der Literatur werden die Begriffe „Umwelt“ oder „Umfeld“ (environment) und „Kontext“ oft gleichsinnig verwendet. Im OTPF (Occupational Therapy Practice Framework; Kap. 21) stehen diese Begriffe für untereinander verbundene innere und äußere Konditionen, die einen Einfluss auf die Ausübung einer Aktivität haben: Der Kontext umfasst kulturelle, zeitweilige und virtuelle Konditionen, während die Umwelt sich aus der physischen und der sozialen Umwelt zusammensetzt (Townsend 2002, Townsend u. Polatajko 2013).

Mit Blick auf den Kontext ist jeder Zustand von Bedeutung. Die physischen Aspekte betreffen alle physischen Räume und Objekte, die ein Mensch sieht, fühlt, riecht, hört oder schmeckt. Unter den soziokulturellen Aspekten werden alle sozialen und kulturellen Faktoren verstanden, die in der Umwelt eine Rolle spielen. Zum einen sind dies die übrigen anwesenden Personen und sozialen Verbindungen (also ist auch der Ergotherapeut Teil der soziokulturellen Umwelt eines Klienten), zum anderen umfasst der Begriff alle soziokulturellen Muster, Bedeutungen, Normen und Werte, die innerhalb einer bestimmten Gruppe Gültigkeit besitzen.

Die Werkstatt

Ein Mann geht seit Jahren in dieselbe Autowerkstatt. Die Mechaniker an ihrem Arbeitsplatz und der Kunde, der dort steht und wartet, sind gemeinsam ein Beispiel für eine soziokulturelle Umwelt. Zugleich spielen in diesem Augenblick auch Regeln, Werte, Normen und Gewohnheiten eine Rolle (kultureller Kontext). Es kann sein, dass der Kunde ein Bekannter ist, sich selbst Kaffee einschenkt und mit dem Monteur auf Platt über Gott und die Welt redet. Etwas anders ist das Ganze, wenn der Kunde ein Fremder ist. Der Automechaniker wird sich womöglich formaler verhalten, bietet dem Kunden einen Kaffee an und fordert ihn auf, in einem Wartebereich mit Zeitschriften Platz zu nehmen.

Die politischen Aspekte einer Umwelt werden von den politischen Verhältnissen in einem Land oder durch eine bestimmte Gesetzgebung geformt.

Zu den ökonomischen Aspekten einer Umwelt gehören etwa Armut und Reichtum. Armut kann für die Möglichkeiten zum Betätigen ganz maßgeblich sein.

Politische und auch ökonomische Aspekte können dafür sorgen, dass die Menschen ihre täglichen Aktivitäten weniger leicht ausüben können. Man denke nur an die Asylbewerber, die in einem Flüchtlingsheim nur wenig zu tun haben, oder an die Menschen, denen es an finanziellen Mitteln geht, um das Elternhaus zu verlassen. Beide Faktoren können zur Betätigungsdeprivation (occupational deprivation) führen (Whiteford u. Wright-St Clair 2005).

2.4.3 Das Betätigen

In den beiden vorherigen Abschnitten wurden die Elemente Person und Kontext betrachtet. Die dynamische Interaktion zwischen der Person und dem Kontext äußert sich im Betätigen, dem sich dieser Abschnitt eingehend widmet.

Das Betätigen bezeichnet das zielgerichtete Ausüben einer oder mehrerer Aktivitäten, die zu einer bestimmten Rolle der Person in einer Umwelt gehören. Die Umwelt und die Aktivität sollten den Wünschen, Bedürfnissen, Fertigkeiten und Betätigungskompetenzen der Person entsprechen.

Bedeutung

Die Bedeutung kann sich sowohl auf das Betätigen als auch auf das gesamte Leben beziehen. Das Streben des Menschen nach einem „Lebenssinn“ stellt für viele einen primären Antrieb dar und endet nie. Sich zu betätigen, versetzt Menschen in die Lage, Bedeutung zu finden und zu überprüfen (Frankl 2014). Er beschreibt, dass emotionale Beziehungen zu anderen Personen, zur Arbeit, zu Freizeitaktivitäten sowie ein Festhalten an bestimmten Vorstellungen sinnstiftend wirken. Hughes (2006) unterschied vier verschiedene Formen von Bedeutung: Selbstwert, ein Lebensziel, ein Gefühl von Kompetenz und Kontrolle über eine Aktivität des Lebens und ein persönlicher Wert. All diese Dimensionen spielen für die Sinngebung beim Betätigen eine Rolle.

Betrachten wir die Bedeutung auf der Aktivitätsebene, spielen diese Dimensionen eine Rolle für den Sinn, der den Aktivitäten zugeschrieben wird. Erfahrungen und Erinnerungen, oft im Rahmen der Lebensgeschichte einer Person, sind bei der Sinngebung ebenfalls wichtig. Auf der Basis von früheren Erfahrungen und Erinnerungen schreiben Menschen dem Kontext oder der Umwelt eine Bedeutung zu. Diese Bedeutung ist individuell und essenziell.

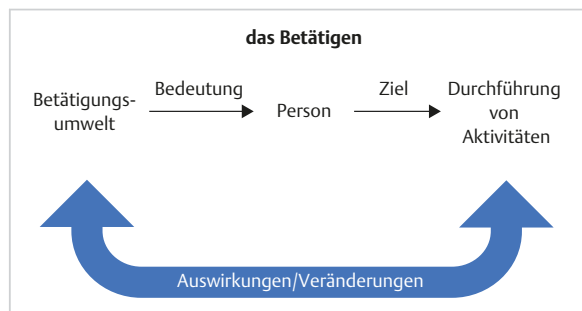


Abb. 2.2 Das Betätigen nach Nelson (Nelson 1996).

Wenn eine Person in der Umwelt eine Bedeutung gefunden hat, wird sie angeregt, sich dort auch zu betätigen. Dieses Tun, das Ausüben von Aktivitäten, entspringt dem Gefühl, Verlangen oder Bedürfnis nach einem konkreten Ergebnis oder einer Erfahrung in der Umwelt – man könnte auch sagen: der Suche nach Sinn. Das Betätigen auf bestimmte routinierte Weise kann einer Aktivität auch Bedeutung geben. Eine Routine entspringt dem Umstand, dass eine Aktivität auf eine bestimmte Weise in einem bestimmten Kontext in Relation zu anderen Aktivitäten (Zeitaspekt) ausgeführt wird. All diese Aspekte beeinflussen die Bedeutung einer Aktivität.

Zielgerichtetheit

Zielgerichtetheit bedeutet, dass Menschen gerne in einer bestimmten Umwelt oder einem Kontext etwas bewirken wollen. Das Ziel einer Betätigung kann völlig innerhalb der Person liegen (intrinsisch) und kurzfristig angelegt sein wie etwas das Flicken eines Fahrradschlauches oder das Lesen eines Buches zum Vergnügen (Nelson 1996; ► Abb. 2.2). Dann kann das Ziel auch teilweise außerhalb der Person (extrinsisch) liegen und mit einem längerfristigen Resultat verbunden sein, wie etwa das Studium eines Textes, um schließlich eine Prüfung zu bestehen.

Occupational engagement

Mit Engagement (occupational engagement) wird das Ausmaß des Beteiligtseins bezeichnet, das Menschen vor und während der Ausübung einer Betätigung erfahren (können). Kielhofner (2002, 2008) beschreibt das so: „Engagement ist ein kohärentes und bedeutsames Bündel aus Betätigungsformen, die zusammenhängend sind und ein tiefes Gefühl von Pflicht, Hingabe und Beharrlichkeit erzeugen, das zu einer über die Zeit regelmäßigen Beteiligung mit einer Gruppe Menschen führt, die das Engagement teilen“.

Jonsson (2011) beschreibt „occupational engagement“ als Betätigung mit einer positiven Bedeutung, die intensiv ist, die gesamte Aufmerksamkeit bündelt, zusammenhängend ist, mehr als nur Vergnügen bereitet und ein Gefühl

der sozialen Bindung ermöglicht. Um „engagiert“ zu sein, ist es per definitionem nicht erforderlich, die Aktivität selbst auszuführen (Townsend u. Polatajko 2013). Auch im Kontext einer Betätigung kann Teilhabe empfunden werden.

Eisschnellauf

In einem strengen Winter wurden in dem Dorf Heino die jährlichen Wettkämpfe im Eisschnellauf abgehalten. Gerd hatte sich für die Wettkämpfe angemeldet und steht am Start. Sein Vater kann aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung leider nicht an dem Wettstreit teilnehmen, sodass er sich an der Rennstrecke postiert hat, um Gerd anzufeuern und mit Getränken zu versorgen. Gerd und auch sein Vater sind Feuer und Flamme für das lokale Sportereignis. Gerd versucht zu gewinnen und wird letztlich Dritter. Sein Vater erlebt das Rennen auf seine Weise und verfolgt stolz, wie sein noch relativ junger Sohn den dritten Platz holt. Nach dem Rennen setzen sich die beiden zusammen und können nicht aufhören, über das Rennen und seinen Verlauf zu sprechen.

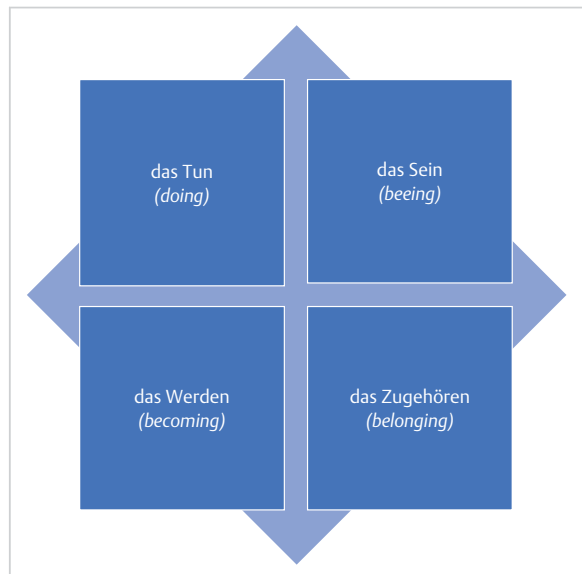


Abb. 2.3 Zusammenhang der Betätigungsdimensionen (Wilcock 1998, 2006, Rebeiro et al. 2001, Hammell 2004).

Zeitaspekt: Routine, Betätigungsrepertoire, Performanzmuster

Das Betätigen hat auch einen zeitlichen Aspekt. Wie im Berufsprofil beschrieben, führen Menschen Betätigungen auf ihre eigene Weise und mit einem bestimmten Zeitrahmen aus, was vielfach zu einer bestimmten Routine und zu einem bestimmten Betätigungsrepertoire führt. Dieses setzt sich aus einer Reihe von Betätigungsmustern zusammen, die eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt in seinem Leben entwickelt hat. Wenn jemand bestimmte Aktivitäten anders ausführt oder nicht mehr ausführen kann, hat dies Folgen für das routinemäßige Betätigen und die Betätigungsmuster (occupational pattern).

Dimensionen

Betätigen hat verschiedene Dimensionen, die in einem bestimmten Zusammenhang stehen, wobei die eine zu der anderen führt. Zunächst beschrieb Wilcock (1998,

2006) den Zusammenhang zwischen dem Tun, dem Sein und dem Werden. Indem Menschen etwas tun (doing), können sie sich entwickeln (becoming) und „sind“ dann jemand (being). Identität und Rolle sind Aspekte, die mit der Dimension Sein in Verbindung stehen. Auch die Betätigungen einer Person können dieser zu einer Erfahrung des Seins verhelfen. Später haben Rebeiro et al. (2001) sowie Hammell (2004) dem noch die Dimension „Dazugehören“ (belonging) hinzugefügt. Durch das Tun haben die Menschen nämlich auch das Gefühl, zu einer bestimmten Gruppe zu gehören oder wünschen sich dies zumindest (► Abb. 2.3).

Das Betätigen ermöglicht auch Erfahrungen und diese verleihen dem Leben eines Menschen wiederum eine Bedeutung. Die Flow-Theorie von Csikszentmihályi (1990; s. Kasten) bietet einem die Möglichkeit, die Erfahrungen während der Ausübung einer Aktivität einschätzen zu können. Wenn man etwas tut, das einem leicht von der Hand geht, erlebt man ein Gefühl der Kontrolle. Wenn einem etwas schwer fällt und nicht alles glatt läuft, ist diese Aktivität mit Anspannungen verbunden.

Die Flow-Theorie von Csíkszentmihályi

Mihaly Csíkszentmihályi schreibt in „Flow – Die optimale Erfahrung“ (1990), dass Menschen bei der Ausübung einer Aktivität in einer bestimmten Umwelt unterschiedliche Erfahrungen machen können. Die optimale Erfahrung bezeichnet er als Flow. Der Flow ist demnach ein geistiger Zustand des völligen Ausgefülltseins von einer Aktivität mit allen positiven Aspekten der menschlichen Erfahrung. Ein Flow kommt zustande, wenn die persönlichen Fertigkeiten und die angegangene Herausforderung (Aktivität in einer Umwelt) im Gleichgewicht sind. Dabei geht es um das Verhältnis zwischen den Fertigkeiten der Person und der Herausforderung in der Umwelt. Die Fertigkeiten (ganz gleich ob physisch, sozial, kognitiv oder emotional) bestimmen, ob die Person die Aufgaben und Aktivitäten bewältigen kann. Die Herausforderung in der Umwelt kann physischer Natur sein (z.B. ein Berg, den man besteigt) aber auch emotional, kognitiv oder sozial (man denke z. B. an eine Sitzung zu einem schwierigen Thema mit unbekannten Menschen).

Um eine Aktivität ausführen zu können, benötigt die Person bestimmte Basisfertigkeiten, damit sie überhaupt mit dem Betätigten beginnen kann. Andererseits ist eine optimale Umwelt sehr wichtig, um eine Person zum Betätigen zu animieren (Csíkszentmihályi 1990, Kielhofner 2008, Pierce 2003, Schkade u. McClung 2001).

Drei-Kanal- und Acht-Kanal-Modell

Welche Erfahrungen eine Person während des Betätigens macht, hängt von dem Verhältnis zwischen den Fertigkeiten und den Herausforderungen in der Umwelt ab. Anhand des Drei-Kanal-Modells wird dafür hier ein Beispiel geboten (► Abb. 2.4, ► Abb. 2.5).

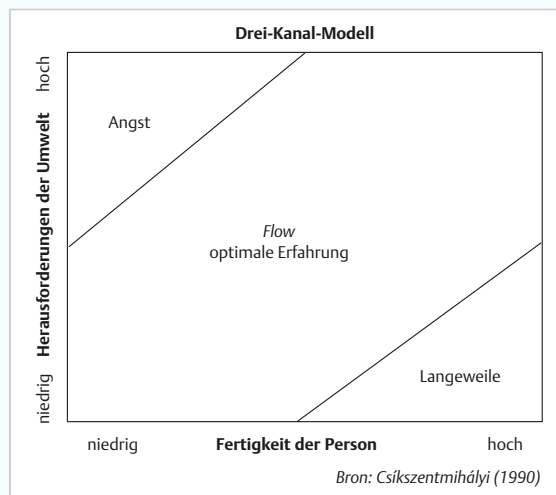


Abb. 2.4 Drei-Kanal-Modell (Csíkszentmihályi 1990).

Ronnie ist zweimal wöchentlich für zwei Stunden mit dem Mountainbike in einem hügeligen Waldgebiet unterwegs. Auf dem Rad hat er ein hohes Fertigniveau erreicht. Bei einer Familienfeier in der Nähe seines Geburtshauses fährt er für eine Stunde auf einer asphaltierten Straße Rad. Nach dem Drei-Kanal-Modell kann man hier vermuten, dass Ronnie während dieses Stündchens auf dem Rad nicht sehr gefordert wird und sich vielleicht sogar langweilt. Einige Wochen darauf ist Ronnie mit ein paar Freunden in Süd-Limburg zum Radfahren mit dem Mountainbike verabredet. Die Chance für eine optimale Erfahrung beim Mountainbiken ist hier viel höher. Die Herausforderungen der Umwelt passen zu Ronnies Fertigkeiten, was bedeuten kann, dass er mit großer Leichtigkeit und beinahe wie von selbst fährt, seine Aufmerksamkeit ganz und gar auf das Fahren gerichtet ist und er die Zeit und den Rest der Umwelt kaum noch wahrnimmt. Diese positive Erfahrung während einer Betätigung ist der Flow. Es könnte auch anfangen zu regnen, wodurch die Wege matschig werden, die Brille beschlägt und die Sicht schlecht wird. Dann kann es sein, dass Ronnie während der Mountainbiketour in Süd-Limburg vielleicht ein wenig Angst bekommt.

Außer Langeweile, Angst oder dem Flow gibt es noch weitere Erfahrungen, die ein Mensch während der Ausübung einer Aktivität erleben kann. Diese Erfahrungen werden nach der Flow-Theorie von dem Verhältnis zwischen den Fertigkeiten einer Person und den Anforderungen der Umwelt bestimmt. Zur Erschaffung einer Betätigungsumwelt ist es also wichtig, dass ein Ergotherapeut diese gut auf die Möglichkeiten einer Person abstimmt.

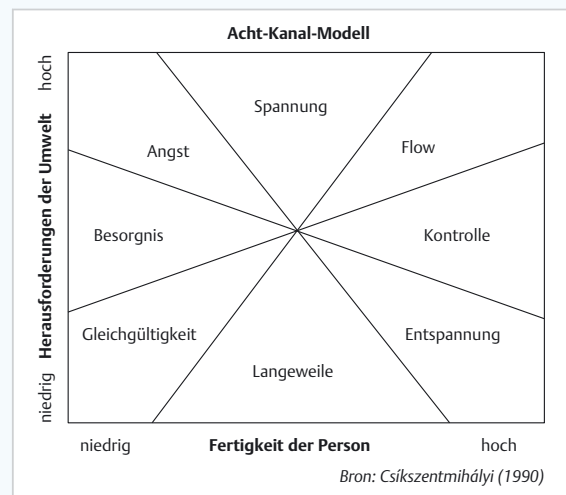


Abb. 2.5 Acht-Kanal-Modell (Csíkszentmihályi 1990).

2.5 Aufbau des Konzepts Betätigen

Neue Erkenntnisse und Erfahrungen bringen es innerhalb der Ergotherapie mit sich, dass sich die Definitionen für das Betätigen immer weiter entwickeln. Diese Entwicklung der Definitionen wird nachfolgend hier kurz beleuchtet.

2.5.1 Vom individuellen zum gemeinschaftlichen Betätigen

Die Definitionen von Betätigen richteten sich lange Zeit auf die individuelle Erfahrung (des Klienten) bei der Ausübung einer Aktivität. In den letzten Jahren kam es jedoch zu einer Aufweitung des Begriffs „Klient“. Townsend und Polatajko (Townsend et al. 2007) sowie Christiansen et al. (2015) erklärten, dass sich die Frage nach dem „Wer“ beim Betätigen nicht immer auf ein Individuum bezieht, sondern auch ein Paar, eine Familie, eine Organisation, eine Gemeinschaft, eine Population oder gar die Gesellschaft meinen kann.

Das Konzept „Betätigen“ wurde bereits Ende der 1990er-Jahre von Zemke u. Clark (1996) um das Konzept der Co-Occupation erweitert: „... Betätigungen, an denen mindestens zwei Personen aktiv beteiligt sind.“

Van Nes et al. (2009) haben das Konzept der Co-Occupation anhand einer qualitativen Untersuchung an Ehepaaren weiter beschrieben. Doble u. Caron (2008) führten zudem das Konzept der „Shared Occupations“ ein: „... Individuen haben das Bedürfnis, mit anderen einer gemeinsamen Betätigung nachzugehen und Erfahrungen, Interessen, Wertvorstellungen oder Ziele zu teilen.“

Diese Definition erinnert an die von Segal (1998), in der sie die Betätigungen innerhalb einer Familie beschreibt: „Family Occupations liegen vor, wenn die ganze Familie an einer Aktivität beteiligt ist.“

Ein Beispiel dafür ist die gemeinsame Mahlzeit einer Familie. Die Teilhabe an einer Mahlzeit braucht jedoch nicht für jeden Teilnehmer dieselbe Bedeutung zu haben, und das Ziel und die Erfahrungen dabei können unterschiedlich sein. So löffelt vielleicht der 10-jährige Sohn nur rasch ein Tässchen Suppe in sich hinein, um dann gleich wieder zum Fußballspiel zu gehen, während die 6-jährige Tochter sorgfältig die selbst gebackenen Brötchen prüft. Die Mutter hingegen ist glücklich, dass die beiden Kinder wenigstens für ein paar Momente gemeinsam am Tisch sitzen.

Diese neuen Konzepte machen deutlich, dass die Ergotherapie heute nicht mehr nur auf das individuelle Betätigen ausgerichtet ist, sondern auch das gemeinsame Betätigen in Familien, Organisationen, Gruppen oder Populationen zum Thema hat (Christiansen 2015).

2.5.2 Einteilung von Betätigungen

In der Ergotherapie wurde das Betätigen immer schon in verschiedene Formen unterteilt. Ordnen bedeutet hier das Unterteilen von Konzepten, also z. B. Aktivitäten, in Kategorien. Eine in der Ergotherapie bekannte Einteilung ist die nach der Bedeutung in Arbeit, Spiel, Freizeit und Selbstversorgung. Diese Einteilung wird jedoch aufgrund ihrer kulturellen Aspekte (Vorurteile) kritisiert (Pierce 2003). Eine Alternative stellt die Einteilung der American Occupational Therapy Association (AOTA) dar, die alle Aktivitäten einer von acht Kategorien zuordnet: Selbstversorgung (ADL), soziale Partizipation, instrumentelle Selbstversorgung (IADL), Arbeit, Spiel, Ruhe und Schlaf, Entspannung und Ausbildung (AOTA 2014). Bei dieser Einteilungsform wird nur die Art der Aktivität betrachtet.

Eine andere Einteilung geht ausdrücklich von der subjektiven Dimension einer ausgeübten Aktivität aus: Vergnügen, Produktivität und Erholung (Pierce 2003). Diese Kategorisierung bietet reichlich Platz für individuelle Erfahrung und sogar die Möglichkeit, eine Aktivität wie z. B. das Lesen eines Buches als „vergnügend“ und auch „produktiv“ einzuordnen.

Das niederländische Berufsprofil der Ergotherapie sieht eine Einteilung in Wohnen/Versorgen, Lernen/Arbeiten und Spielen/Freizeit vor.

Auf der Basis von Erfahrungen beim Betätigen und den Theorien zum Betätigungs-gleichgewicht (occupational balance) und zum Flow (Csíkszentmihályi 1990, Wilcock 2006) lassen sich drei Betätigungskategorien abgrenzen: beruhigende, fordernde und Flow-Aktivitäten (Persson u. Jonsson 2009; ► Abb. 2.6). Beruhigende Aktivitäten (calming occupations) sind Betätigungen, die eine geringe oder gar keine Anforderung stellen. Sie erzeugen ein Gefühl der Entspannung, Langeweile oder sogar Apathie. Fordernde Aktivitäten (exacting occupations) bieten (zu) hohe Anforderungen und können zu Gefühlen wie Sorge, Angst oder Anspannung führen. In die dritte Kategorie fallen die Flow-Aktivitäten, d. h. Betätigungen, die das Gefühl des Flows oder der Kontrolle vermitteln.

Dieser Blick auf Aktivitäten kann etwa bei einer Aktivitätsanalyse nützlich sein. Wenn eine Person z. B. zu viele fordernde Aktivitäten im Vergleich zu den beruhigenden oder in irgendeiner Weise erfüllenden (flowing) Aktivitäten, in denen man aufgeht, aufweist, kann dies für den Betreffenden zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (Wilcock 2006, Persson u. Jonsson 2009; ► Abb. 2.7).

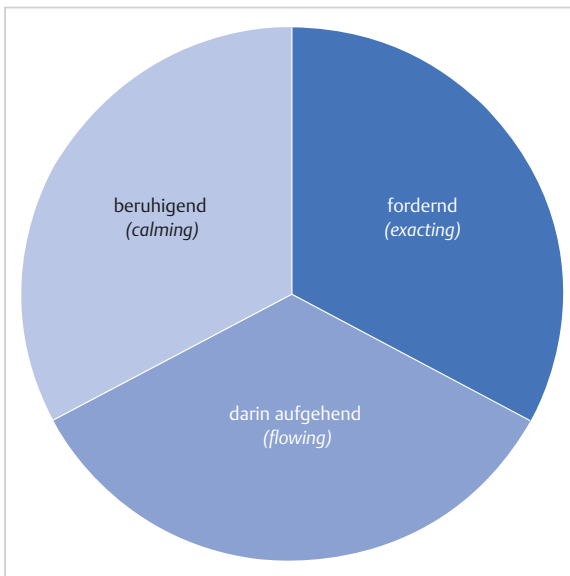


Abb. 2.6 Gleichgewicht zwischen Herausforderung, Ruhe und Flow (Persson u. Jonsson 2009).

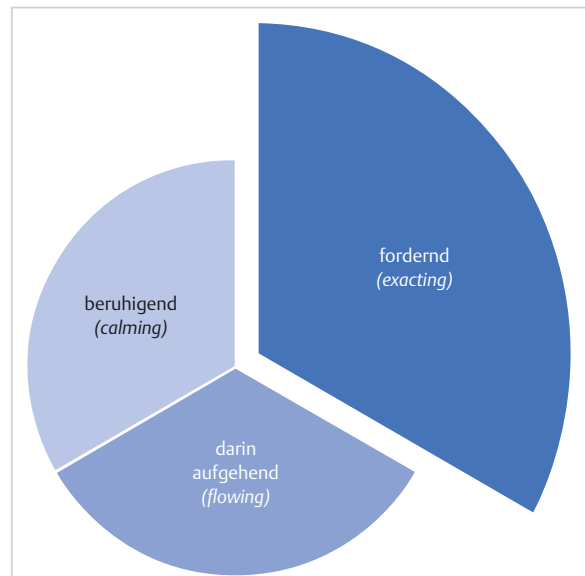


Abb. 2.7 Ungleichgewicht zwischen Herausforderung, Ruhe und Flow (Persson u. Jonsson 2009).

2.5.3 Der Taxonomic Code of Occupational Performance (TCOP)

In der Arbeitswelt werden Worte wie „Handeln“, „Betätigen“, „Aktivität“ und „Aufgabe“ nach Belieben durcheinander gewürfelt. Doch die Begriffe bezeichnen nicht dasselbe, sondern stehen in einer bestimmten Rangord-

nung. Zum Thema „Betätigen“ kann man den TCOP zurate ziehen, um eine Ordnung und Rangfolge zu schaffen (Townsend u. Polatajko 2013). Der TCOP gliedert das Betätigen hinsichtlich der Komplexität auf fünf Ebenen: Betätigung, Aktivität, Aufgabe, Basisfertigkeit sowie Funktionen und geistige Prozesse (Townsend u. Polatajko 2013). Diese Begriffe sind in ► Tab. 2.1 definiert und erläutert.

Tab. 2.1 Taxonomie der Betätigung und der rollenabhängigen Betätigung: TCOP (CAOT 2007).

Niveau der Komplexität	Definition	Beispiele auf Rollenbasis
Betätigung	eine Aktivität oder eine Menge von Aktivitäten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt, in einer bestimmten Rolle und in einem bestimmten Kontext stattfindet	Fußball spielen als Fußballer in einer Mannschaft
Aktivität	Ansammlung von Aufgaben	Fußball spielen als Elternteil mit seinem Kind Ein Fußballer trainiert wöchentlich, trägt Spiele aus und schreibt monatliche Artikel in der Vereinszeitschrift.
Aufgabe	Ansammlung von Basisfertigkeiten	Der Vater spielt manchmal mit seinem Sohn, manchmal zu zweit und manchmal mit weiteren Kindern aus der Nachbarschaft. Der Fußballer fährt mit dem Rad zum Trainingsplatz, zieht sich dort um, spielt auf dem Platz, duscht anschließend und geht anschließend mit den Mitspielern im Vereinsheim noch etwas trinken.
Basisfertigkeit	Ansammlung von Funktionen und psychischen Prozessen	Der Vater holt den Ball aus der Garage, geht mit seinem Sohn zum Sportplatz gegenüber und schießt mit seinem Sohn den Ball viele Mal hin und her. Der Fußballer sucht und findet seine Fußballschuhe, bindet sich die Schnürsenkel und läuft auf den Platz.
Funktionen und psychische Prozesse	eine einfach oder beliebige muskuläre oder psychische Aktion	Der Vater sucht und findet den Ball in der Garage, begutachtet das Wetter, woraufhin er seinem Sohn noch eine Jacke mitgibt und trägt den Ball, während sie auf den Fußballplatz gehen. Flexion der Finger, den Unterschied zwischen einem Fußballschuh und einer Sandale kennen, das Benennen einiger Zielpunkte.

Auch wenn im TCOP nicht über Rollen gesprochen wird, bietet die Tabelle doch Beispiele für das Betätigen in zwei vergleichbaren Rollen. Eine bestimmte Rolle kann nämlich verschiedene Ausführungen des Betätigens erzeugen, was man als rollengebundenes Handeln bezeichnet.

Das Wissen über die verschiedenen Ebenen des Betätigens führt zu einem Verständnis für den Kontext und die Bedeutung des Betätigens für die betreffende Person. Der Ergotherapeut analysiert dazu das Betätigen. Neben einer Analyse der Komplexität der täglichen Betätigungen wird dabei auch nach den verschiedenen Kernelementen des Betätigens geschaut. Während des Betätigens kommt es zu einer dynamischen Interaktion zwischen der Person, dem Kontext und den Betätigungen.

2.6 Veränderung durch Betätigen – Betätigen durch Veränderung

Aus der Praxis und aus wissenschaftlichen Studien weiß man, dass sich Menschen durch das Betätigen verändern können. Aber das gilt auch für den umgekehrten Schluss: Durch Veränderungen können Menschen zur Betätigung kommen. Auf der Grundlage des Wissens über das Betätigen und die dynamischen Interaktionen der Elemente Person, Kontext und Betätigung sowie die Grundsätze der Ergotherapie, werden in ihr Aktivitäten als Mittel und als Ziel eingesetzt. An dieser Stelle stellt das Buch die Kernthesen der Veränderung durch Betätigen und des Betätigens durch Veränderung in Kurzform vor und ergänzt sie durch Anwendungsbeispiele.

2.6.1 Veränderung durch Betätigen

Durch die Ausübung von Aktivitäten oder, einfach gesagt, wenn man etwas tut, kann man auf verschiedenen Ebenen Erfahrungen sammeln. Mit diesen Erfahrungen bekommt das Tun eine Bedeutung. Man kann verhandeln, und es werden Entscheidungen darüber getroffen, ob man eine Aktivität fortsetzt, verändert oder abbricht. Dieser Prozess wurde u. a. von Satink (2016a, b) im Rahmen einer Studie zum Selbstmanagement von Schlaganfallpatienten beschrieben.

Wie erwähnt ist das Betätigen eine dynamische Interaktion zwischen Person, Kontext und Betätigung. Die Ausübung von Aktivitäten bietet dem Menschen die Möglichkeit, Dinge auszuprobieren, Erfahrungen zu machen und einer Aktivität und Situation eine (neue) Bedeutung zu verleihen. Diese hängt mit der Bedeutung einer Aktivität in der Vergangenheit zusammen, und erlangt durch die Erfahrung im Hier und Jetzt bei der Ausübung dieser Aktivität eine neue Bedeutung. Indem man Dinge ausprobiert, macht man verschiedene Erfahrungen und entwickelt vielleicht Gedanken über die Bedeutung einer anderen Art der Betätigung. Die Bedeutung, die man im Hier



Abb. 2.8 Veränderung durch Betätigung (Satink 2016b).

und Jetzt einer Aktivität verleiht, wird mit der verglichen, die man ihr früher gegeben hat. Bei diesen Vergleichen kommt es oftmals zu einer Art Verhandlung, und zwar vor allem mit sich selbst, mitunter aber auch mit Personen aus der Umwelt. Dabei fragt man sich dann etwa: „Ist es für mich noch wichtig, diese Aktivität auszuführen? Sollte ich besser jemanden um Hilfe bitten? Ist es erforderlich, mit dieser Aktivität aufzuhören, da sie zu schwierig ist? Verändere ich vielleicht meine tägliche Routine, damit ich mehr Kraft für diese Aktivität übrig habe?“

Bei der Ausübung einer Aktivität machen die Menschen also Erfahrungen, messen einer (neuen) Situation und Aktivität eine bestimmte Bedeutung zu und gelangen auf der Grundlage eines inneren Zwiegesprächs zu einer Entscheidung darüber, ob eine Betätigung verändert, beendet oder wie gewohnt fortgeführt werden soll. Dieser Prozess, der beim Betätigen einer Person abläuft, wird als „Veränderung durch Betätigung“ betrachtet (► Abb. 2.8). Dies hat auch Einfluss auf die Personen in der Umwelt (Christiansen et al. 2015, Satink 2016a, b, Schkade 2001). Andere Personen im Kontext oder in der Umwelt haben oft bestimmte Erwartungen an die sich betätigende Person. Diese Erwartungen basieren sowohl auf der Vergangenheit als auch auf den Möglichkeiten im Hier und Jetzt. Das kann positiv oder auch negativ sein, d. h. man erwartet, dass eine Person etwas kann oder nicht kann. Man denke etwa an die Angehörigen eines Schlaganfallpatienten, die glauben, dass der Betroffene nicht in der Lage ist, sich selbst sein Frühstück zu bereiten. Wenn man dann während einer Ergotherapie Sitzung bemerkt, dass die Frühstücksbereitung funktioniert, kann die Umwelt zu einer veränderten Einschätzung der Möglichkeiten des „Vaters mit dem Schlaganfall“ kommen. Statt beim Frühstück Hilfestellung zu leisten, kann sich die Umwelt verändern, da erkannt und erfahren wurde, dass der Vater zu mehr in der Lage ist.

Neben dem Prozess des Betätigens und der Veränderung bei einer Aktivität können sich auch die persönlichen Basisfertigkeiten und das Betätigungsrepertoire verändern und entwickeln. Indem man übt, ausprobiert und sich selbst sicherer fühlt, verändert sich auch das Bild, das man sich von seinen eigenen Fertigkeiten gemacht hat, und man fühlt sich bei der Ausführung von Aktivitäten sicherer und kompetent.

Herr Graf

Herr Graf ist nach einer langwierigen Reha wieder zu Hause. In der Rehapphase lernte er wieder das Gehen und Treppensteigen. Zu Hause besteht die Herausforderung für ihn und seine Frau darin zu sehen, wie denn das Treppensteigen dort klappt. Frau Graf ist etwas ängstlich und bleibt die ganze Zeit während des Treppensteigens ganz nah bei ihrem Mann. Doch er kann das auch selbstständig ganz gut und sicher. Er gewinnt dadurch auch mehr Selbstvertrauen und fühlt sich kompetent.

Das „selbstständige“ Treppensteigen wird von Herrn Graf unbewusst als Erweiterung seines Betätigungsrepertoires abgespeichert, die beim nächsten Mal in einer vergleichbaren Umwelt wieder „eingesetzt“ werden kann. Auf der persönlichen Ebene geht es um das Ausprobieren, das Sammeln positiver Erfahrungen und die Entwicklung von Selbstvertrauen. Das Betätigungsrepertoire erweitert oder entwickelt sich, was gegenüber der Phase, in der das Treppensteigen noch nicht selbstständig möglich war, eine Veränderung darstellt.

Auch für Frau Graf bedeutet das selbstständige Treppensteigen ihres Mannes viel. Sie sieht und erlebt, was passiert, und gelangt dadurch ebenfalls zu dem Schluss, dass es sicher ist, und dass sie ihren Mann beim nächsten Mal nicht zu begleiten braucht. Es kommt somit zu einer Veränderung der Erwartungshaltung von Frau Graf im Hinblick auf die Fähigkeit ihres Mannes, die Treppe zu gehen. Auf der Basis des Prozesses von Veränderung durch Handeln lässt sich sagen, dass Herr Graf durch das Tun, also das Treppensteigen, mit seiner Frau verhandelt hat und sie überzeugen konnte, dass er selbstständig dazu in der Lage ist.

Durch die Ausführung von Aktivitäten, also das Betätigen, sammelt der Mensch Erfahrungen und diese Erfahrungen, ob positiv oder negativ, können zu einer Veränderung oder Anpassung führen (Schkade u. McClung 2001, Kielhofner 1995, Pierce 2001). Die Erfahrungen, die eine Person in einem bestimmten Kontext macht, sind für den Veränderungsprozess eines Menschen von Bedeutung. Sind die Erfahrungen während des Betätigens positiv, ist die Person eher geneigt, diese Aktivität in einer vergleichbaren Umwelt zu wiederholen, als wenn sie negativ gewesen sind (Entwicklung des Betätigungsrepertoires). Auf der Basis der Ausführung von Aktivitäten entwickelt und verändert sich ein Mensch auf verschiedenen Ebenen (Basisfertigkeiten, Betätigungsrepertoire, Betätigungskompetenz, Selbstbild, Vertrauen usw.). Es kommt also zur Veränderung durch Betätigung.

2.6.2 Betätigen durch Veränderung

Ein optimaler Kontext oder eine optimale Umwelt regt die Menschen zu Aktivitäten an. Unzureichende Herausforderungen zur Betätigung in der Umwelt können diese hemmen (die Umwelt hat zu wenig Bedeutung, um sich in ihr zu betätigen). Die Umwelt kann das Betätigen auch im physischen, emotionalen oder geistigen Sinn hemmen. Eine (immer noch) häufige Beeinträchtigung geht von der Unzugänglichkeit von Gebäuden aus, wodurch etwa Rollstuhlfahrer nicht ins Kino gelangen. Ein weiteres Beispiel ist die Unterbringung von Asylbewerbern, die oftmals keine Möglichkeit bietet, selbst zu kochen oder andere bedeutungsvolle Aktivitäten auszuüben.

Analysiert und bewertet man in diesen Fällen die Umwelt und bringt auf der Grundlage des Betätigens einer Person Empfehlungen zur Anpassung des Kontextes vor, kann dies zu einer Zunahme des Betätigens dieser Person führen. Dabei ist es wichtig, dass man die Umwelt aus der Betätigungsperspektive des Klienten in Augenschein nimmt und auf Möglichkeiten für bedeutungsvolles Betätigen achtet. Asylbewerber, die wieder selbst kochen können, und Menschen, die mal wieder ins Kino gehen können, werden diese bedeutungsvollen Aktivitäten wieder mit neuem Vergnügen ausüben.

Frau Koch

Frau Koch fällt das Gehen aufgrund einer neurologischen Erkrankung immer schwerer. Dadurch ist sie nicht mehr in der Lage, ihre Einkäufe zu erledigen, mit ihrer Freundin spazieren zu gehen oder am wöchentlichen Kartenspiel im Gemeindehaus teilzunehmen. Ihre Familie und die Bekannten sehen, dass sie allmählich vereinsamt, und weisen sie auf die Möglichkeit hin, Hilfe zu beantragen. Nachdem Frau Koch Kontakt mit einem WMO-Loket der Gemeinde aufgenommen hat, erhält sie Besuch von einem Ergotherapeuten. Beim WMO-Loket kann man z. B. um Hilfsmittel nachfragen. Das WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning) will es allen Bürgern gleichermaßen ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Alle Bürger in den Niederlanden sind versichert. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie etwa Ältere, Behinderte und Obdachlose, sind dabei auf Unterstützung angewiesen. Diese Unterstützung wird durch das WMO gewährleistet. Die Verantwortlichkeit für die Umsetzung dieses Gesetzes liegt bei den Gemeinden.

Der Ergotherapeut hört sich ihre Geschichte an und erkundigt sich danach, was ihr Freude bereitet. Sie erklärt, früher viel häufiger aus dem Haus gekommen zu sein. Nach einigen gemeinsamen Überlegungen schlägt er ihr die Anschaffung eines Behindertenfahrzeugs vor. Gesagt, getan – das kleine Fahrzeug bietet Frau Koch jetzt wieder viele Freiheiten und Möglichkeiten, das Haus zu verlassen. Ganz leise sagt sie dann noch: „Da wäre nur noch ein klitzekleines Problem: Ich komme damit nicht durch die Türen im Gemeindehaus.“ Der Ergotherapeut beschließt, sich auch darum zu kümmern und erkennt dabei, dass mit einer kleinen Anpassung auch dieses physische Hindernis beseitigt werden kann. Als alle Maßnahmen und Anpassungen umgesetzt worden waren, konnte Frau Koch wieder das Haus verlassen, einkaufen gehen, „spazieren“ und ihre Bekannten beim Kartenabend im Gemeindehaus treffen.

2.6.3 Veränderung im Betätigen

Wenn man frei assoziiert über „Veränderung durch Betätigen“ und „Betätigen durch Veränderung“, dann sieht man Folgendes:

- Entwicklung des Betätigens
- Wiedererlernen des Betätigens
- effektiveres Betätigen
- sichereres Betätigen
- Erhalt des Betätigens
- Umgang mit dem Verlust des Betätigens.

Aus therapeutischer Sicht kann der Ergotherapeut also bei der „Veränderung durch Betätigen“ eine Umwelt erschaffen, die beim Klienten einen Veränderungsprozess anstößt. Er setzt dann bewusst sein Wissen über die Kernelemente ein, um für den Klienten eine optimale Umwelt zu erschaffen (Nelson 1996) und eine optimale Aktivität zu ermöglichen (powerful occupation), damit er in die Lage versetzt wird, sich durch das Betätigen zu verändern (Pierce 2003).

2.7 Partizipation

Wörtlich bedeutet „Partizipation“ soviel wie „Teilhabe“. Der Begriff stammt von dem Lateinischen „pars“ (Teil) und „cipere“ (nehmen) ab (Philippa et al. 2009). Die Partizipation ist ein wichtiges Konzept in der Ergotherapie. Es hängt eng mit dem Berufsparadigma zusammen, da das Betätigen von verschiedenen Autoren als Voraussetzung für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beschrieben wird (Christiansen et al. 2011, Kielhofner 2008, Schonherr et al. 2005, Van de Velde et al. 2010, Heuvel 2000). Auch wegen dieser Voraussetzung betrachten Ergotherapeuten die Partizipation als logischen Begriff. Für sich allein ist der Begriff jedoch sehr weit definiert und es ist eine weitere Nuancierung erforderlich, um ein klareres Bild von seiner Bedeutung zu erlangen (Dijkers 2010, Heinemann 2010).

2.7.1 Definition und Kontext der Partizipation

In den ICF-Klassifikationen der WHO ist die Partizipation als Teilhabe des Menschen am gesellschaftlichen Leben definiert (WHO 2001). Dies bedeutet (1) „teilnehmen“, (2) „Teil sein von“, (3) „beteiligt sein an“, (4) „akzeptiert sein“ und (5) „seine vitalen Grundbedürfnisse befriedigen können“. Die Perspektive der Partizipation, also aus der persönlichen oder aus der gesellschaftlichen Sicht, wird in der Definition jedoch nicht deutlich. Beide Blickwinkel sind jedoch von Bedeutung und ergänzen einander, was im folgenden Fallbeispiel deutlich wird.

Frau Koch

Frau Koch fällt das Gehen aufgrund einer neurologischen Erkrankung immer schwerer. Dadurch ist sie nicht mehr in der Lage, ihre Einkäufe zu erledigen, mit ihrer Freundin spazieren zu gehen oder am wöchentlichen Kartenspiel im Gemeindehaus teilzunehmen. Ihre Familie und die Bekannten sehen, dass sie allmählich vereinsamt, und weisen sie auf die Möglichkeit hin, Hilfe zu beantragen. Nachdem Frau Koch Kontakt mit einem WMO-Loket der Gemeinde aufgenommen hat, erhält sie Besuch von einem Ergotherapeuten. Beim WMO-Loket kann man z. B. um Hilfsmittel nachfragen. Das WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning) will es allen Bürgern gleichermaßen ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Alle Bürger in den Niederlanden sind versichert. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie etwa Ältere, Behinderte und Obdachlose, sind dabei auf Unterstützung angewiesen. Diese Unterstützung wird durch das WMO gewährleistet. Die Verantwortlichkeit für die Umsetzung dieses Gesetzes liegt bei den Gemeinden.

Der Ergotherapeut hört sich ihre Geschichte an und erkundigt sich danach, was ihr Freude bereitet. Sie erklärt, früher viel häufiger aus dem Haus gekommen zu sein. Nach einigen gemeinsamen Überlegungen schlägt er ihr die Anschaffung eines Behindertenfahrzeugs vor. Gesagt, getan – das kleine Fahrzeug bietet Frau Koch jetzt wieder viele Freiheiten und Möglichkeiten, das Haus zu verlassen. Ganz leise sagt sie dann noch: „Da wäre nur noch ein klitzekleines Problem: Ich komme damit nicht durch die Türen im Gemeindehaus.“ Der Ergotherapeut beschließt, sich auch darum zu kümmern und erkennt dabei, dass mit einer kleinen Anpassung auch dieses physische Hindernis beseitigt werden kann. Als alle Maßnahmen und Anpassungen umgesetzt worden waren, konnte Frau Koch wieder das Haus verlassen, einkaufen gehen, „spazieren“ und ihre Bekannten beim Kartenabend im Gemeindehaus treffen.

2.6.3 Veränderung im Betätigen

Wenn man frei assoziiert über „Veränderung durch Betätigen“ und „Betätigen durch Veränderung“, dann sieht man Folgendes:

- Entwicklung des Betätigens
- Wiedererlernen des Betätigens
- effektiveres Betätigen
- sichereres Betätigen
- Erhalt des Betätigens
- Umgang mit dem Verlust des Betätigens.

Aus therapeutischer Sicht kann der Ergotherapeut also bei der „Veränderung durch Betätigen“ eine Umwelt erschaffen, die beim Klienten einen Veränderungsprozess anstößt. Er setzt dann bewusst sein Wissen über die Kernelemente ein, um für den Klienten eine optimale Umwelt zu erschaffen (Nelson 1996) und eine optimale Aktivität zu ermöglichen (powerful occupation), damit er in die Lage versetzt wird, sich durch das Betätigen zu verändern (Pierce 2003).

2.7 Partizipation

Wörtlich bedeutet „Partizipation“ soviel wie „Teilhabe“. Der Begriff stammt von dem Lateinischen „pars“ (Teil) und „cipere“ (nehmen) ab (Philippa et al. 2009). Die Partizipation ist ein wichtiges Konzept in der Ergotherapie. Es hängt eng mit dem Berufsparadigma zusammen, da das Betätigen von verschiedenen Autoren als Voraussetzung für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beschrieben wird (Christiansen et al. 2011, Kielhofner 2008, Schonherr et al. 2005, Van de Velde et al. 2010, Heuvel 2000). Auch wegen dieser Voraussetzung betrachten Ergotherapeuten die Partizipation als logischen Begriff. Für sich allein ist der Begriff jedoch sehr weit definiert und es ist eine weitere Nuancierung erforderlich, um ein klareres Bild von seiner Bedeutung zu erlangen (Dijkers 2010, Heinemann 2010).

2.7.1 Definition und Kontext der Partizipation

In den ICF-Klassifikationen der WHO ist die Partizipation als Teilhabe des Menschen am gesellschaftlichen Leben definiert (WHO 2001). Dies bedeutet (1) „teilnehmen“, (2) „Teil sein von“, (3) „beteiligt sein an“, (4) „akzeptiert sein“ und (5) „seine vitalen Grundbedürfnisse befriedigen können“. Die Perspektive der Partizipation, also aus der persönlichen oder aus der gesellschaftlichen Sicht, wird in der Definition jedoch nicht deutlich. Beide Blickwinkel sind jedoch von Bedeutung und ergänzen einander, was im folgenden Fallbeispiel deutlich wird.

Franka

Franka ist 12 Jahre alt und wohnt am Stadtrand von Gent. Sie wuchs hier auf und besucht die städtische Schule. Ungeachtet der Tatsache, dass Franka aufgrund einer infantilen Zerebralparese auf den Rollstuhl angewiesen ist, kann sie in der häuslichen Umwelt und in ihrem Viertel ganz autonom agieren. Zum Geburtstag ihrer Mutter möchte sie ihr eine neue Kaffeemaschine schenken. Dazu fährt sie mit dem Bus in die Stadt. Der Bus bedeutet für Franka kein Hindernis und sie gelangt problemlos in die Stadt. (Die Kommune hatte ein Gesetz erlassen, das die Zugänglichkeit öffentlicher Verkehrsmittel garantiert.) Allerdings befindet sich die Elektroabteilung in der zweiten Etage des Kaufhauses und es gibt keinen Aufzug. Franka erlebt dies als Scheitern und kehrt enttäuscht nach Hause zurück. Sie bekommt das Gefühl, nicht am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können und macht auf Anraten einer Nachbarin einen Termin im örtlichen Gesundheitszentrum. Dort findet sie nicht nur Unterstützung beim Kauf einer Kaffeemaschine durch einen Ergotherapeuten, sondern man lädt sie auch dazu ein, als Bürgerin einen Platz im Jugendrat der Gemeinde einzunehmen.

Aus der persönlichen Sicht wird man die Ursache für die nicht geglückte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in dieser Fallgeschichte den Folgen ihrer kindlichen Zerebralparese zuschreiben. Franka kann nicht gehen und ist dadurch außerstande, die Rolltreppe zu benutzen. In dieser Situation wird von einer persönlichen und stark biomedizinisch geprägten Sicht ausgegangen: Ursache ist die Zerebralparese. Die Situation lässt sich jedoch auch aus der sozialen Perspektive betrachten: Das Fehlen eines Aufzuges kann der Umwelt angelastet werden. Aus dieser sozialen Perspektive erwächst dann in einem größeren Rahmen die „Menschenrechtsperspektive“. Dabei ist es entscheidend, dass jeder Mensch die Chance erhält, an der Gemeinschaft teilzuhaben. Der Gesellschaft fällt dabei die wichtige Aufgabe zu, dies zu unterstützen. Beide Perspektiven sind von großer Wichtigkeit, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Der geschilderte Fall zeigt in Kurzform, wie sich die Sicht auf das „Kranksein“ und das Erfahren einer „funktionellen Beeinträchtigung“ entwickelt und verändert haben. Die rein medizinische Perspektive, in der die Ursache für die nicht mögliche Teilhabe der Person und ihrer Beeinträchtigung zugeschrieben wird, ist allmählich einer mehr biopsychosozialen Sicht gewichen, in der Krankheit oder Behinderung nicht mehr in ein Ursache-Wirkung-Raster passen, sondern einen kreisförmigen Prozess darstellen. In diesem Prozess steht das gesellschaftliche Leben im Mittelpunkt. Diese Paradigmenverschiebung führte zu Konzepten wie der Community Integration, Inklusion, Klientenzentrierung, Autonomie und auch Partizipation



Abb. 2.9 Partizipationsleiter.

tion (Heuvel 2000). Diese Sicht hängt eng mit dem heutigen Blick auf die Gesundheit zusammen, bei der es eine evolutionäre Entwicklung von der „Abwesenheit von Krankheit“ (WHO 1948) hin zur Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement gibt (Huber et al. 2011). Als Folge einer weiteren Vergesellschaftung der Versorgung wird bereits heute, und vermutlich noch stärker in der Zukunft, Nachdruck auf die Übergabe der Verantwortung an die Bürger und ihre Umwelt gelegt. Man spricht von einer Partizipationsgesellschaft, in der die Bürger bei der eigenen Versorgung und der ihrer Umwelt mehr Verantwortung übernehmen und das Recht auf eine Versorgung durch die Gemeinschaft haben. Diese Regelungen stützen sich in den Niederlanden auf drei Pfeiler: (1) Selbstmanagement und Eigenregie, (2) Verantwortung für die Versorgung anderer und (3) Mitsprache der Bürger in der Gesetzgebung. Sowohl in den Niederlanden als auch in Teilen Belgiens wird die Partizipationsgesellschaft weiter operationalisiert, was sich in Gesetzesvorlagen und Gesetzestexten zu den Themen Versorgung und Lebensqualität niederschlägt. Ein erstes wichtiges Thema ist die Partizipationsleiter (► Abb. 2.9): Man kann das Individuum aufklären, es hinzuziehen oder beraten lassen bis hin zum Mitentscheiden und Mitteilen. Der Klient sollte erkennen, wie er von seiner Mitbestimmung profitieren kann (Arnstein 1969).

Diese Partizipationsleiter wurde bereits 1969 im Rahmen der Bürgerpartizipation beschrieben, doch ist sie auf alle Formen der Partizipation übertragbar (gesellschaftliche Partizipation, Klientenpartizipation, Arbeitspartizipation). Ein zweiter wichtiger Punkt ist der Kontext, in dem die Partizipation erfahren wird. Partizipation und Kontext lassen sich nicht voneinander trennen. Heinemann (2010) geht davon aus, dass Individuen in verschiedenen Kontexten partizipieren können, die er sich als konzentri-

sche Kreise vorstellt: die Welt, die Nation, die Gemeinschaft, das Zuhause. Je nach Alter, Engagement (siehe Partizipationsleiter) und der Gesellschaft, in der man lebt, kann man ein Gefühl der Partizipation erleben oder danach streben. Ergotherapeuten werden immer häufiger in diesem Kontext konsultiert, um Partizipationsmöglichkeiten zu schaffen. Man denke nur an die Ergotherapie im Viertel oder die coachende Rolle des Ergotherapeuten in einem örtlichen Gesundheitszentrum. Im Rahmen einer ergotherapeutischen Intervention zur Partizipation ist es also immer erforderlich, den Kontext einer Aktion zu umreißen. Aus Studien weiß man z. B., dass die eigene Wohnung der Ort ist, wo sehr alte Menschen Partizipation erleben (Haak et al. 2007). Bei Kindern spielt der Schulhof eine gewichtige Rolle (Coster et al. 2012) und bei Erwachsenen ist es der Arbeitsplatz (Heinemann 2010).

Im Folgenden werden erweiterte Partizipationsbegriffe wie Bürgerpartizipation, gesellschaftliche Partizipation, Arbeitspartizipation und Klientenpartizipation kurz erläutert. Auch Schüler- oder Sportpartizipation u. Ä. sind zunehmend häufig verwendete Begriffe, auf die an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen wird, da sie oft nur einen Unterteil eines breiter gefassten Begriffes bedeuten.

Der Begriff Partizipation kann folglich auf zweierlei Weisen interpretiert werden: Zum einen bedeutet er „teilnehmen“ oder „anwesend sein“, zum anderen „partizipieren an Entscheidungen“. In der Ergotherapie strebt man nach beidem. Bei der ersten Deutung liegt der Schwerpunkt auf der Partizipation in der Gemeinschaft, dem Mitwirken beim Zusammenleben. Bei der zweiten Deutung nimmt der Ergotherapeut eine bestimmte Haltung ein, durch die er den Klienten in den Entscheidungsfindungsprozess einbezieht. Trotz dieser beiden unterschiedlichen Interpretationen besteht hier oft ein Zusammenhang und oft überlappen sich beide Konzepte in der Praxis. Im Interesse einer größeren Klarheit werden nachfolgend beide Interpretationen möglichst weit auseinandergehalten und sich auf die Partizipation am Entscheidungsfindungsprozess konzentriert. Dies wird am besten bei der Bürger- und Klientenpartizipation erkennbar.

Bürgerpartizipation

Bei der Bürgerpartizipation wird das Konzept der Partizipation in einen politischen Zusammenhang gebracht, in dem sich Bürger und Regierende (auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene) gemeinsam Gedanken über Themen machen, die das Zusammenleben berühren. Die Bürgerbeteiligung oder Bürgerpartizipation bezeichnet die Teilhabe der Bürger an einzelnen politischen Entscheidungen und Planungsprozessen (Bürgerkommune; z. B. Fragen zur Zugänglichkeit von Spielplätzen oder öffentlichen Gebäuden). Das Ziel der Bürgerpartizipation ist eine Politik, die von möglichst vielen Menschen getragen werden kann. Ihr Kern ist die Entmonopolisierung der „politischen Macht“, indem man den Bürgern neben den

Regierungen und Ämtern eine gleichwertige Stimme gibt. Die Partizipation der Bürger und die geteilten Verantwortungen sind somit ein essenzielles Merkmal der Politik selbst, wie es z. B. von der Arbeitsgruppe Partizipation der flämischen Regionalregierung in Belgien formuliert wurde: „Während der Diskussionen, Debatten und Zusammenarbeit mit dem Bürger bildet sich die Politik heraus: Was gehen wir an? Wie gehen wir es an? Warum gehen wir es an? Wer übernimmt welche Verantwortung?“ (Rynck u. Dezeure 2009).

Bei der Bürgerpartizipation wird das Engagement der Bürger und der Bürgerinitiativen als mobilisierende Kraft für das Zusammenleben betrachtet. Ziele sind geeignete Unterkünfte, Ausbildung, Arbeit, Gesundheitsversorgung und Kultur. Zu dieser Partizipationsform passt auch die Vergesellschaftung der Versorgung. Jeder Bürger hat die Pflicht seinen Mitbürgern in den oben beschriebenen Domänen Hilfe zukommen zu lassen. Dazu ist auch die Teilhabe der Bürger an politischen Gremien und Ausschüssen erforderlich.

Klientenpartizipation

Bei der Klientenpartizipation wird das Konzept der Partizipation in den Zusammenhang mit Gesundheit, Wohlbefinden und Rehabilitation gestellt. Unter dem Druck der Klientenorganisationen wird ein immer größerer Wert auf die Autonomie und das Mitspracherecht des Klienten auf den Gebieten Gesundheit und Lebensqualität gelegt. Im traditionellen biomedizinischen Modell war kaum Platz für die persönlichen Entscheidungen des Klienten (Wade u. Halligan 2004). Die zentrale Rolle des Klienten rückt immer mehr in den Vordergrund und seine Stimme findet in dem gesamten Prozess immer größeres Gehör. Dieses Konzept steht in enger Verbindung mit dem Grundparadigma der Ergotherapie und findet in Konzepten wie der klientenzentrierten Praxis, der Autonomie und der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) seinen Niederschlag.

Die Politik möchte, dass der Klient seine Stimme mehr und mehr erhebt, damit die Betätigungsfragen und die Angebote auf allen Ebenen besser und effizienter aufeinander abgestimmt werden können. Es werden drei Ebenen der Klientenpartizipation unterschieden:

- Mikroebene: im eigenen individuellen Reha-, Versorgungs- oder Interventionsprozess, indem der Klient etwa bei Entscheidungen im Therapieplan das Heft in die Hand nimmt
- Mesoebene: in Beruf und Ausbildung, indem man z. B. im Klientenrat eines Reha-zentrums oder im Bewohnerrat eines Wohn- und Versorgungszentrums vertreten ist
- Makroebene: auf der Gesetzgebungsebene z. B. durch Teilhabe an Sitzungen mit Klienten- und Regierungsvertretern.

Gesellschaftliche Partizipation

Während die Bürgerpartizipation politische Aktivität bedeutet, geht es bei der gesellschaftlichen Partizipation um die Mitwirkung der Menschen in der Gemeinschaft. Diese Partizipationsform hängt eng mit der ICF-Definition aber auch mit dem Grundparadigma der Ergotherapie zusammen. Die gesellschaftliche Partizipation gehört zu den Hauptschwerpunkten in der Ergotherapie und ist ein wichtiger Gradmesser für den Erfolg einer Rehabilitation, sofern neben dem Betätigen an sich auch das subjektive Befinden der Person und der soziale Kontext Berücksichtigung finden (Hemmingsson u. Jonsson 2005, Christiansen et al. 2011, Kielhofner 2008, Schonherr et al. 2005, Van de Velde et al. 2010, Heuvel 2000; Kap. 2.7.2).

Arbeitspartizipation

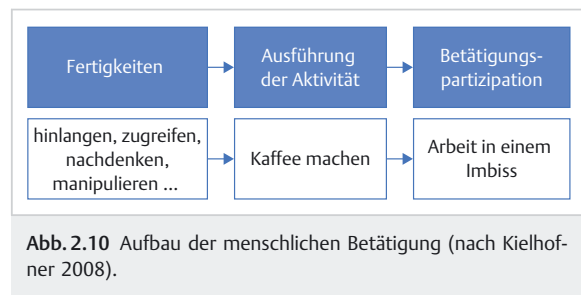
Eine Unterform der gesellschaftlichen Partizipation ist die Arbeitspartizipation. Die Arbeit gilt in unserer westlichen Wertegemeinschaft als Menschenrecht, um durch sie den Lebensunterhalt verdienen zu können. Demgegenüber steht die Verantwortung, der Gesellschaft etwas zurückzugeben und seinen Teil zum sozialen Zusammenleben beizutragen. Die Art der Arbeit, an der man partizipiert, bestimmt die Identität des Individuums und verleiht Status. Die Arbeitsintegration ist eine wichtige Domäne in der Ergotherapie. Auch aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen und der steigenden Zahl von multimorbiden Menschen besteht ein Bedarf an einem strukturierten Ansatz, damit Personen auch nach längerer Arbeitsunfähigkeit in den Arbeitsmarkt reintegriert werden können.

2.7.2 Betätigen und Partizipation

Das Betätigen ist das wichtigste Konzept in der Ergotherapie (Kap. 2.3). Es führt jedoch zu einem höheren Ziel, das oft als Partizipation bezeichnet wird und unter idealen Bedingungen zur Steigerung der Lebensqualität oder zu einem gesteigerten Wohlbefinden führt (Hemmingsson u. Jonsson 2005). Somit wurden die Konzepte „Betätigen“ und „Aktivität“ oft in das Konzept der „Partizipation“ mit aufgenommen, wie etwa in dieser Definition des Weltverbandes der Ergotherapeuten (WFOT 2011): „Das primäre Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen in die Lage zu versetzen, an Aktivitäten des täglichen Lebens zu partizipieren.“

Auch in den ergotherapeutischen Modellen wird dem Begriff der Partizipation häufig ein eigener Platz zugeteilt, wie etwa im PEOP-Modell: „Partizipation umfasst das aktive Engagement am täglichen Leben in der Familie, bei der Arbeit und in der Gemeinschaft“ (Christiansen et al. 2015; Kap. 22).

In dieser Definition besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der Partizipation und der Ausübung von Aktivitäten. Es fällt jedoch auf, dass die Partizipation auf der na-



hezu gleichen Hierarchieebene wie die Begriffe „Aktivität“ und „Betätigen“ geführt wird. Durch die Entwicklung von Fertigkeiten können Individuen Aktivitäten ausführen und diesen in einem bestimmten Kontext als Bedingung für die Partizipation eine Bedeutung zuweisen. Kielhofner (2008) folgt ebenfalls diesem linearen Aufbau, indem er drei Schwerpunkte des menschlichen Betätigens unterscheidet: Betätigungsfertigkeiten (occupational skills), Betätigungsperformanz (occupational performance) und die Betätigungspartizipation (occupational participation). Der letzte Begriff bezieht sich dann auf das Betätigen im weitesten Sinn (► Abb. 2.10): „Die Betätigungspartizipation bezieht sich auf das Engagement bei der Arbeit, beim Spiel oder bei den ADL, das zum soziokulturellen Kontext einer Person gehört und für das Wohlbefinden erwünscht und/oder notwendig ist“ (Kielhofner 2008).

Diese ergotherapeutische Sicht, die eine Brücke zwischen der Ausübung von Aktivitäten und der Partizipation schlägt, findet sich auch in den ICF wieder. Eine wichtige Abweichung gegenüber der ICF-Definition ist jedoch, dass die „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ von Ergotherapeuten oft als „Teilhabe an bedeutungsvollen Aktivitäten“ interpretiert wird, oder mit anderen Worten: Die Partizipation ist das aktive Engagement des Individuums an bedeutungsvollen Aktivitäten. Daher spricht man in der Ergotherapie auch von „occupational participation“ (Kielhofner 2008, Van de Velde 2010) oder von „participation through activities“ (Polgar u. Landry 2004). Dadurch werden die Sinngabe und das Beteiligtsein betont. Bei der Analyse verschiedener ergotherapeutischer Definitionen sieht man zudem, dass einer Aktivität, die ausgeführt wird, ein entsprechendes „Verlangen“ vorausgehen kann: „Engagement bei gewünschten Aktivitäten“ (Kielhofner 2008) oder „Engagement bei gewünschten Betätigungen“ (AOTA 2008). Es geht also um Aktivitäten, die gern gemacht werden und dadurch Bedeutung erlangen. Die „Partizipation“ ist demnach mehr als nur die objektive Bestimmung, wie stark jemand an einer Aktivität beteiligt ist. Das „enabling occupation“ als wichtiges Grundprinzip in der Ergotherapie ist aus dieser Sicht wichtig für die Förderung einer optimalen Partizipation, sofern auch das subjektive Erleben und die Erfahrung mit berücksichtigt werden. Das nachfolgende Fallbeispiel soll dies ein wenig verdeutlichen.

Herr Demmer

Der 32-jährige Herr Demmer ist verheiratet, hat zwei Kinder im Alter von 6 und 8 Jahren und lebt mit seiner Familie in einem frei stehenden Einfamilienhaus auf dem Land. Er ist schon seit vielen Jahren Vorsitzender eines Rudervereins, was wöchentliche Treffen bedeutet. Aufgrund einer multiplen Sklerose mit intermittierenden Exazerbationen muss er diese Treffen vielleicht 5-mal im Jahr ausfallen lassen. Er selbst hat deswegen ein schlechtes Gewissen, doch zeigt seine ganze Umwelt dafür volles Verständnis.

Herr Demmer findet sich in dreimonatigen Abständen in der neurologischen Klinik zur Verlaufskontrolle ein. Er erklärt dabei, dass er mitunter nicht in der Lage ist, die Dinge zu tun, die er tun möchte. Daraufhin wird sein Partizipationsniveau mithilfe des Participation Profile (Par-Pro) bestimmt. Dabei handelt es sich um ein validiertes Messinstrument, das anhand einiger definierter Aktivitäten die Partizipation misst (Ostir et al. 2006; Kap. 2.7.3). Die Fragen werden auf einer Lickert-Skala mit Werten von 0 (partizipiert an der Aktivität nicht) bis 5 beantwortet (partizipiert fast täglich bei dieser Aktivität). Die Ergebnisse halten Einzug in die Klientenakte. Der Test weist trotz der multiplen Sklerose keine Partizipationsdefizite nach. Herr Demmer bittet um ein Gespräch mit dem zuständigen Arzt und schildert ihm seine täglichen Herausforderungen bei der Partizipation trotz positiver Par-Pro-Werte.

In dem Fallbeispiel wird allein nach objektiven Kriterien geschaut: Wie oft wurde an der Aktivität partizipiert? Doch scheint diese Art der Testung zu kurz zu greifen, um sich einen Überblick über die Partizipation im Erleben des Klienten selbst zu verschaffen. Es gibt immer mehr Stimmen, die erklären, dass es sich bei der Partizipation vor allem um eine subjektive Erfahrung handelt und dass nur das Individuum selbst entscheiden kann, ob es partizipiert oder nicht. Die Subjektivität wird einerseits von dem Maß bestimmt, in dem die Person beteiligt werden will (man denke an die Partizipationsleiter: Möchte Herr Demmer mitentscheiden, was im Ruderclub passiert, oder genügt es ihm, auf dem Laufenden gehalten zu werden). Andererseits fließen noch eine Reihe anderer Aspekte mit ein: die persönliche Erfahrung von Zugehörigkeit, Gefühle von Sicherheit und Vertrauen, Entscheidungsfreiheit und das Gefühl, delegieren zu können, sowie Gefühle der Wechselseitigkeit (Haak et al. 2007, Van de Velde et al. 2010, Isaksson et al. 2007). Diese abstrakten und für den Außenstehenden schwer zu erfassenden subjektiven Einflüsse machen die Bestimmung der Partizipation und einer entsprechenden Intervention zwar komplexer aber dafür auch umso spannender. Eine wichtige Aufgabe des Ergotherapeuten besteht darin, diese subjektiven Aspekte herauszufinden. Andere Messinstru-

mente versuchen, auch diese Variablen mit zu erfassen (z.B. Children's assessment of Participation and Enjoyment, CAPE, King et al. 2007; Participation and Environment Measure for Children and Youth, PEM-CY, Coster et al. 2012; Participation Measure for Postacute Care, PM-PAC, Gandek et al. 2007; ► Tab. 28.1; Kap. 2.7.3).

Man weiß bereits einiges über diese subjektiven Aspekte. In einer qualitativen Studie haben Van de Velde et al. (2010) 12 Klienten mit einer Paraplegie zur Bedeutung der Partizipation befragt. Diese machten daraufhin folgende Aussagen: die Möglichkeit, um (1) Aktivitäten selbst auszuwählen, (2) um sie auszuführen, wie man es selbst will, (3) um Aktivitäten auszuführen, die zur eigenen Persönlichkeit passen und (4) Aktivitäten, die das persönliche Wachstum anregen. Die Teilnehmer gaben weiter an, dass ihnen bei der Ausführung an Gefühlen wie Vertrautheit, Sicherheit, Kontrolle und Anerkennung gelegen sei. Derartige subjektive Erfahrungen wurden in vergleichbaren Studien an anderen Zielgruppen und in anderen Kontexten bestätigt (Haak et al. 2007, Hammel et al. 2008, Haggstrom u. Lund 2008, Horgan et al. 2015). Auf Grundlage dieser neuen Erkenntnisse scheint es nicht länger angebracht, die Partizipation auf die Teilhabe an einer Aktivität (engagement in activities) zu begrenzen, sondern sie eher als Ansammlung von Erfahrungen und Werten zu sehen, die für das Individuum bei der Ausführung einer Aktivität wichtig sind (Haak et al. 2007, Haggstrom u. Lund 2008, Hammel et al. 2008, Van de Velde et al. 2010). Es häufen sich mit anderen Worten die empirischen Belege dafür, dass die Partizipation einer stark subjektiven Prägung unterliegt, die sich nicht einfach durch Normwerte erfassen lässt. Die folgende Definition der Partizipation berücksichtigt diese subjektiven Aspekte, indem sie der Partizipation neben dem effektivem Betätigen auch die persönliche Erfahrung zur Seite stellt: „Partizipation ist die persönliche Erfahrung einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, durch Ausübung von Aktivitäten und/oder durch Teilhabe am Kontext“ (Van de Velde et al. 2010).

Bei der Abgrenzung des Begriffes der Partizipation aus ergotherapeutischer Sicht spielt es also keine Rolle, welche Aktivitäten genau ausgeführt wurden, in welchem Kontext dies passierte oder wie oft bestimmte Aktivitäten ausgeübt wurden. Es sind die Erfahrungen und die Bedeutung, die das Individuum einer Aktivität und dem Kontext beimisst, die wichtig sind, wenn man entscheiden will, ob jemand an der Gesellschaft partizipiert oder nicht (Van de Velde et al. 2016a, b). Dieser Aspekt stimmt mit den beschriebenen Aspekten des Betätigens überein, bei denen die Sinngabe eine so große Rolle spielt. Andererseits sind das Betätigen und die Bedeutung, die einer Aktivität verliehen wird, nur Teilaspekte der Partizipation. Durch Zugehörigkeit und Teilhabe im sozialen Kontext können Personen an der Gemeinschaft partizipieren, auch wenn man dabei scheinbar nicht so aktiv ist, wie im nachfolgenden Beispiel.

Frau Keulen

Die 99-jährige Frau Keulen lebt in einer Mietswohnung in einem kleinen Dorf, wo viele Einwohner sich untereinander kennen und einander helfen. Bei einem Sturz brach sich Frau Keulen das Handgelenk und konnte fortan nicht mehr selbstständig ihre ADL erledigen. Das wackelige Gleichgewicht ihrer Lebensführung war erheblich gefährdet, und ihr bisheriges aktives Leben kehrte sich in ein passives um. Sie betrachtete dies als normalen Aspekt des Lebens. Jetzt sitzt sie in ihrem Stuhl und schaut aus dem Fenster auf die vorbeigehenden Menschen, hört Radio und liest in der Zeitung. Sie hadert nicht, obwohl es ihr unmöglich ist, selbst aktiv zu sein.

Ein hartnäckiger Ergotherapeut würde vermutlich ein schönes Therapieprogramm für sie entwerfen, um sie wieder zu aktivieren und ihr scheinbar wichtige Aktivitäten anzubieten. Die Frage ist jedoch, ob dies für Frau Keulen wichtig ist. Auf die Frage, warum sie mit ihrem scheinbar passiven Leben zufrieden ist (was für sie im Übrigen ganz und gar nicht passiv ist), gibt sie eine deutliche Antwort: „Ich muss doch nichts mehr tun. Mein Leben lang habe ich meine Kinder großgezogen und ihnen eine Zukunft geschaffen. Jetzt ist es an der Zeit, dass die Menschen mir etwas zurückgeben.“

Frau Keulen betätigt sich aktiv praktisch nicht mehr. Dafür tut es der sie umgebende Kontext um so mehr. Trotzdem ist sie noch Teil der Gemeinschaft und hat auch noch das Gefühl, zu partizipieren. Die Nachbarn und die Familie haben ihre Pflege übernommen. Es wurden Absprachen über die Zuständigkeiten getroffen, sodass ihre Versorgung machbar blieb. Das Gesundheitszentrum der Gemeinde und der Hausarzt wurden über die Situation auf dem Laufenden gehalten.

Frau Keulen ist ein gutes Beispiel dafür, dass „enabling occupation“ die Aufgabe des Ergotherapeuten nur unzureichend beschreibt. Das Basisparadigma besagt, dass enabling occupation automatisch zur Partizipation führt. Partizipation lässt sich jedoch auch erreichen, indem man eine passive Haltung einnimmt anstelle der aktiven Ausführung einer Aktivität. Durch den Verbleib in einem Kontext, in dem Teilhabe am Betätigen erfahren wird (aktive Ausführung einer Aktivität durch andere), kann auch Partizipation erlebt werden. „Enabling participation“ ist eine ebenso wichtige Aufgabe für einen Ergotherapeuten. Dieser Fall zeigt auch, wie die Vergesellschaftung der Versorgung gestaltet werden kann.

2.7.3 Partizipation messen?

Immer öfters wird Partizipation als Ziel und messbares Resultat in der Ergotherapie genannt (Perenboom u. Chorus 2003, Vanderstraeten et al. 2004). Im Rahmen der Qualitätssicherung ist es also wichtig, dass Ergotherapeu-

ten das Konzept Partizipation messbar machen. Auf welche Weise das möglich ist, hängt zum einen sehr von den Verfahren ab, mit dem die Partizipation bestimmt wird (über objektive oder subjektive Variablen oder über eine Kombination), und andererseits von dem Kontext, in dem sich die Partizipation ergeben kann. Die Tabellen in Kap. 28 bieten eine Übersicht über die gebräuchlichsten Messinstrumente.

2.8 Diskussion

Die Kerndomäne der Ergotherapie ist das Betätigen, das zur Partizipation der Menschen führt. Für sich allein betrachtet, erscheint der Begriff des „Betätigens“ unmissverständlich, denn es geht ja einfach um die Dinge, die wir tun. Allerdings erweisen sich manche Dinge, die sehr einfach erscheinen, bei genauerer Betrachtung als sehr komplex. Die täglich von den Menschen ausgeführten Aktivitäten sind nur das beobachtbare Resultat einer breiten Skala von zugrunde liegenden objektiven und subjektiven Aspekten. Das Streben nach einer optimalen Partizipation der Bürger in der Gesellschaft ist ein wichtiges Ziel für einen Ergotherapeuten. Wie sich das Betätigen oder „die Dinge, die wir tun“, auf die Partizipation in der Gemeinschaft auswirkt, ist eine Frage, bei der ein Ergotherapeut subjektive und objektive Faktoren in die Rechnung mit einbeziehen muss. Ergotherapie bedeutet in dieser Hinsicht das Ermöglichen bedeutungsvoller Betätigungen, damit die Bürger am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Im Hinblick auf die Vergesellschaftung der Versorgung werden diese Domänen eine immer größere Bedeutung erlangen. Die Kerndomänen der Ergotherapie, die hier auf der Grundlage neuerer Studien und Erkenntnisse beschrieben werden, sind fortwährend im Wandel und das Wissensspektrum in der Ergotherapie wächst stetig weiter.

Auch die Begrifflichkeiten und die Theoriegebäude, die in diesem Kapitel Erwähnung fanden, sind noch ständigen Veränderungen unterworfen. Die Niederländer nutzen die englische Fachterminologie und übersetzen oft nicht, weil jeder englisch lesen kann. Eine Standardisierung auch der deutschen Fachsprache für die Ergotherapie ist in vollem Gange (z. B. „Betätigung“ oder „Aktivität“ statt „Beschäftigung“) und wird trotzdem auch weiterhin an vielen Stellen griffigere englische Wörter beibehalten (z. B. die „Professionals“). Man findet zu diesem Thema auch Infos in den Berufsprofilen auf den Websites der deutschsprachigen Fachverbände und beim ENOTHE.

Ergotherapeutische Interventionen sind nicht länger nur auf eine Person gerichtet, sondern auch auf Menschengruppen oder Populationen. Hier spricht man dann also von gesellschaftlicher Betätigung statt von individueller. Im Hinblick auf den Übergang zur Partizipationsgesellschaft (in den Niederlanden) wird sich der Fokus in zunehmendem Maß hierauf richten. Eine Herausforderung für die Zukunft wird es sein, einen Begriff wie das

Frau Keulen

Die 99-jährige Frau Keulen lebt in einer Mietswohnung in einem kleinen Dorf, wo viele Einwohner sich untereinander kennen und einander helfen. Bei einem Sturz brach sich Frau Keulen das Handgelenk und konnte fortan nicht mehr selbstständig ihre ADL erledigen. Das wackelige Gleichgewicht ihrer Lebensführung war erheblich gefährdet, und ihr bisheriges aktives Leben kehrte sich in ein passives um. Sie betrachtete dies als normalen Aspekt des Lebens. Jetzt sitzt sie in ihrem Stuhl und schaut aus dem Fenster auf die vorbeigehenden Menschen, hört Radio und liest in der Zeitung. Sie hadert nicht, obwohl es ihr unmöglich ist, selbst aktiv zu sein.

Ein hartnäckiger Ergotherapeut würde vermutlich ein schönes Therapieprogramm für sie entwerfen, um sie wieder zu aktivieren und ihr scheinbar wichtige Aktivitäten anzubieten. Die Frage ist jedoch, ob dies für Frau Keulen wichtig ist. Auf die Frage, warum sie mit ihrem scheinbar passiven Leben zufrieden ist (was für sie im Übrigen ganz und gar nicht passiv ist), gibt sie eine deutliche Antwort: „Ich muss doch nichts mehr tun. Mein Leben lang habe ich meine Kinder großgezogen und ihnen eine Zukunft geschaffen. Jetzt ist es an der Zeit, dass die Menschen mir etwas zurückgeben.“

Frau Keulen betätigt sich aktiv praktisch nicht mehr. Dafür tut es der sie umgebende Kontext um so mehr. Trotzdem ist sie noch Teil der Gemeinschaft und hat auch noch das Gefühl, zu partizipieren. Die Nachbarn und die Familie haben ihre Pflege übernommen. Es wurden Absprachen über die Zuständigkeiten getroffen, sodass ihre Versorgung machbar blieb. Das Gesundheitszentrum der Gemeinde und der Hausarzt wurden über die Situation auf dem Laufenden gehalten.

Frau Keulen ist ein gutes Beispiel dafür, dass „enabling occupation“ die Aufgabe des Ergotherapeuten nur unzureichend beschreibt. Das Basisparadigma besagt, dass enabling occupation automatisch zur Partizipation führt. Partizipation lässt sich jedoch auch erreichen, indem man eine passive Haltung einnimmt anstelle der aktiven Ausführung einer Aktivität. Durch den Verbleib in einem Kontext, in dem Teilhabe am Betätigen erfahren wird (aktive Ausführung einer Aktivität durch andere), kann auch Partizipation erlebt werden. „Enabling participation“ ist eine ebenso wichtige Aufgabe für einen Ergotherapeuten. Dieser Fall zeigt auch, wie die Vergesellschaftung der Versorgung gestaltet werden kann.

2.7.3 Partizipation messen?

Immer öfters wird Partizipation als Ziel und messbares Resultat in der Ergotherapie genannt (Perenboom u. Chorus 2003, Vanderstraeten et al. 2004). Im Rahmen der Qualitätssicherung ist es also wichtig, dass Ergotherapeu-

ten das Konzept Partizipation messbar machen. Auf welche Weise das möglich ist, hängt zum einen sehr von den Verfahren ab, mit dem die Partizipation bestimmt wird (über objektive oder subjektive Variablen oder über eine Kombination), und andererseits von dem Kontext, in dem sich die Partizipation ergeben kann. Die Tabellen in Kap. 28 bieten eine Übersicht über die gebräuchlichsten Messinstrumente.

2.8 Diskussion

Die Kerndomäne der Ergotherapie ist das Betätigen, das zur Partizipation der Menschen führt. Für sich allein betrachtet, erscheint der Begriff des „Betätigens“ unmissverständlich, denn es geht ja einfach um die Dinge, die wir tun. Allerdings erweisen sich manche Dinge, die sehr einfach erscheinen, bei genauerer Betrachtung als sehr komplex. Die täglich von den Menschen ausgeführten Aktivitäten sind nur das beobachtbare Resultat einer breiten Skala von zugrunde liegenden objektiven und subjektiven Aspekten. Das Streben nach einer optimalen Partizipation der Bürger in der Gesellschaft ist ein wichtiges Ziel für einen Ergotherapeuten. Wie sich das Betätigen oder „die Dinge, die wir tun“, auf die Partizipation in der Gemeinschaft auswirkt, ist eine Frage, bei der ein Ergotherapeut subjektive und objektive Faktoren in die Rechnung mit einbeziehen muss. Ergotherapie bedeutet in dieser Hinsicht das Ermöglichen bedeutungsvoller Betätigungen, damit die Bürger am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Im Hinblick auf die Vergesellschaftung der Versorgung werden diese Domänen eine immer größere Bedeutung erlangen. Die Kerndomänen der Ergotherapie, die hier auf der Grundlage neuerer Studien und Erkenntnisse beschrieben werden, sind fortwährend im Wandel und das Wissensspektrum in der Ergotherapie wächst stetig weiter.

Auch die Begrifflichkeiten und die Theoriegebäude, die in diesem Kapitel Erwähnung fanden, sind noch ständigen Veränderungen unterworfen. Die Niederländer nutzen die englische Fachterminologie und übersetzen oft nicht, weil jeder englisch lesen kann. Eine Standardisierung auch der deutschen Fachsprache für die Ergotherapie ist in vollem Gange (z. B. „Betätigung“ oder „Aktivität“ statt „Beschäftigung“) und wird trotzdem auch weiterhin an vielen Stellen griffigere englische Wörter beibehalten (z. B. die „Professionals“). Man findet zu diesem Thema auch Infos in den Berufsprofilen auf den Websites der deutschsprachigen Fachverbände und beim ENOTHE.

Ergotherapeutische Interventionen sind nicht länger nur auf eine Person gerichtet, sondern auch auf Menschengruppen oder Populationen. Hier spricht man dann also von gesellschaftlicher Betätigung statt von individueller. Im Hinblick auf den Übergang zur Partizipationsgesellschaft (in den Niederlanden) wird sich der Fokus in zunehmendem Maß hierauf richten. Eine Herausforderung für die Zukunft wird es sein, einen Begriff wie das

„Betätigen“ im Hinblick auf das inklusive Zusammenleben, das auf das gemeinschaftliche Betätigen der Menschen gerichtet ist, mit Inhalt zu füllen und zu definieren.

Die Ermöglichung des Betätigens ist das primäre Ziel der Ergotherapie. Um dieses Ziel zu erreichen, werden der Kontext und die Umwelt stärker als bisher in das professionelle Reasoning des Ergotherapeuten aufgenommen, von dem erwartet wird, dass er sich bewusst auf die Gemeinschaft hin ausrichtet.

Die Partizipation ist aus sozialer, ökonomischer und politischer Sicht ein heißes Thema. Durch die Ermöglichung des Betätigens und (somit) die Förderung der Partizipation leistet die Ergotherapie einen Beitrag für die ganze Gesellschaft. Die Evolution von der Versorgungs- hin zur Partizipationsgesellschaft bietet Ergotherapeuten viele Möglichkeiten, sich weiter zu profilieren. Das enge Band zwischen Betätigen und Partizipation ist hierzu der Schlüssel.

2.9 Zusammenfassung

Als Betätigen bezeichnet man das Ausführen von Aktivitäten und Aufgaben, die kontextgebunden und bedeutungsvoll sind und Erfahrungen vermitteln. Bei der Ausführung einer Aktivität wendet man eine bestimmte Aufmerksamkeit und Teilhabe auf und macht gewisse Erfahrungen. Die Person, der Kontext und das Betätigen sind die Elemente der ergotherapeutischen Domäne und die Ermöglichung des Betätigens ihr oberstes Ziel. Dabei ist der Klient der Ergotherapie nicht mehr nur die Person und ihr System, sondern auch Gruppen von Menschen, Gemeinschaften und Populationen können zum Ziel werden.

Die Ausgangspunkte zur „Veränderung durch Betätigung“ werden von Ergotherapeuten während des Anbietens ergotherapeutischer Interventionen angepasst, wobei sich die Klienten und/oder der Kontext verändern können. Durch die Ausführung von Aktivitäten stellt man u. a. eine Entwicklung des täglichen Betätigens fest. Man lernt, sich besser, effektiver, effizienter und sicherer zu betätigen und erhält so das tägliche Betätigen. Betätigung führt zur Partizipation. Partizipation ist die Erfahrung des Beteiligtseins am gesellschaftlichen Leben durch aktive Ausübung von Aktivitäten und/oder durch Teilhabe am Kontext.

2.10 Literatur

- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. *Am J Occup Ther* 2002;56(6):609–639.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain, process 2nd edition. *Am J Occup Ther* 2008;62(6):625–683.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain, process 3rd edition. *Am J Occup Ther* 2014;68:1–48. doi:10.5014/ajot.2014.682006.
- Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners* 1969;35(4):216–224.
- Bedell G. Developing a follow-up survey focused on participation of children and youth with acquired brain injuries after inpatient rehabilitation. *NeuroRehabilitation* 2004;19:191–205.
- Brakel WH van, Anderson AM, Mutatkar RK, Bakirtziev Z, Nicholls PG, Raju MS et al. The participation scale: Measuring a key concept in public health. *Disability Rehabilitation* 2006;28(4):193–203.
- Brown M, Dijkers MP, Gordon WA, Ashman T, Charatz H, Cheng Z. Participation objective, participation subjective: A measure of participation combining outsider and insider perspectives. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2004;19(6):459–481.
- CAOT. Profile of occupational therapy practice in Canada. Ottawa: CAOT;2007.
- Cardol M, Beelen A, Bos GA van den, Jong BA de, Haan RJ de. Responsiveness of the Impact on Participation and Autonomy questionnaire. *Arch Phys Med Rehabil* 2002a;83:1524–1529.
- Cardol M, Jong BA de, Ward CD. On autonomy and participation in rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2002b;24:970–974.
- Cardol M, Jong BA de, Bos GA van den, Beelen A, Groot I de, Haan RJ de. Beyond disability: perceived participation in people with a chronic disabling condition. *Clin Rehabil* 2002c;16:27–35.
- Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation: The art and science of living. 2. Aufl. Upper Saddle River NJ: Pearson Education; 2011.
- Christiansen CH, Baum CM, Bass-Haugen J. Occupational therapy: Performance, participation and well-being. 3. Aufl. Thorofare NJ: Slack; 2005a.
- Christiansen CH, Baum CM, Bass-Haugen J. (2005b). Occupational therapy: Performance, participation and well-being. 4. Aufl. Thorofare NJ: Slack; 2005b.
- Christiansen CH, Baum CM, Bass J. The person-environment occupational performance model (PEOP). In: Duncan EA S (Hrsg.). Foundations for practice in occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2015:93–104.
- Coster W, Law M, Bedell G, Khetani MA, Cousins M, Teplicky R. Development of the Participation and Environment Measure for Children and Youth: Conceptual basis. *Disability and Rehabilitation* 2012;34(3):238–46.
- Creek J. Glossaries-occupational therapy terms. In: Creek J (Hrsg.). Occupational therapy and mental health. 2. Aufl. New York: Churchill Livingstone; 1997:529–530.
- Csikszentmihályi M. Flow: The psychology of optimal experience. New York: Harper, Row; 1990.
- Dijkers MP. Issues in the conceptualization and measurement of participation: An overview. *Arch Phys Med Rehabil* 2010;91:5–16.
- Doble S, Caron JS. Rethinking occupational therapy outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2008;75:184–190.
- DVE 08/2007. <https://dve.info/ergotherapie/definition>
- Frankl VE. De zin van het bestaan – Een psycholoog beleeft het concentratiekamp, een inleiding tot de logotherapie. 14. Aufl. Rotterdam: Uitgeverijmaatschappij Ad. Donker; 2014.
- Fougeyrollas P, Noreau L, Bergeron H, Cloutier R, Dion SA, St-Michel G. Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *Int J Rehabil Res* 1998;21(2):127–41.
- Gandek B, Sinclair SJ, Jette AM, Ware JE Jr. Development and Initial Psychometric Evaluation of the Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC). *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2007;86(1):57–71.doi: 10.1097/01.phm.0000233200.43822.21
- Gray DB, Hollingsworth HH, Stark SL, Morgan KA. Participation survey/mobility: Psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2006;87(2):189–197.
- Haak M, Ivanoff SD, Fange A, Sixsmith J, Iwarsson S. Home as the locus and origin for participation: Experiences among very old Swedish people. *OTJR* 2007;27:95–103.
- Haggstrom A, Lund ML. The complexity of participation in daily life: a qualitative study of the experiences of persons with acquired brain injury. *J Rehabil Med* 2008;40:89–95.
- Haley SM, Jette AM, Coster WJ, Kooyoomjian JT, Levenson S, Heeren T et al. Late life function and disability instrument: II. Development and evaluation of the function component. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2002;57A(4):M217–M222.

- Hammell J, Magasi S, Heinemann A, Whitenack G, Bogner J, Rodriguez E. What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disabil Rehabil* 2008;30:1445–1460.
- Hammell KW. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Can J Occup Ther* 2004;71(5):296–305.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Hartingsveldt M van. Gewoon DOEN – Dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn. Lectorale rede. Amsterdam: HvA publicaties; 2016.
- Heinemann AW. Measurement of participation in rehabilitation research. *Arch Phys Med Rehabil* 2010;91:1–4.
- Hemmingson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Some critical remarks. *Am J Occup Ther* 2005;59:569–576.
- Heuvel WJA van den. Revalidatie en participatie. Rede bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Revalidatie en handicap. Maastricht: Universiteit van Maastricht; 2000.
- Horgan D, Forde C, Parkes A, Martin S. Children and young people's experiences of participation in decision-making at home, in schools and in their communities. Dublin: Department of Children and Youth Affairs; 2015.
- Huber et al. How should we define health. *BMJ* 2011;343:d4163.
- Hughes M. Affect, meaning and quality of life. *Social Forces* 2006;85(2):611–629.
- Ikiugu MN, Pollard N. Meaningful Living across the Lifespan: Occupation based intervention strategies for occupational therapists and scientists. London: Whiting, Birch Ltd; 2015.
- Isaksson G, Josephsson S, Lexell J, Skar L. To regain participation in occupations through human encounters-narratives from women with spinal cord injury. *Disabil Rehabil* 2007;29:1679–1688.
- Johnston MV, Goverover Y, Dijkers M. Community activities and individuals' satisfaction with them: Quality of life in the first year after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2005;86(4):735–745.
- Jonsson H. Occupational transitions: Work to retirement. In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. 2. Aufl. Upper Saddle River NJ: Pearson Education; 2011:211–230.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 2. Aufl. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.
- Kielhofner G. Model of human occupation. Theory and application. 3. Aufl. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia PA: Lippincott Williams, Wilkins; 2008.
- King G, Law M, King S, Hurley P, Rosenbaum P, Hanna S, Kertoy M, Young N. Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) and Preferences for Activities of Children (PAC). *Child Care Health Dev*. 2007;33(1):28–39.
- Kooiker S, Hoeymans N. Burgers en gezondheid: themarapport Volksgezondheid, toekomst verkenning. RIVM rapport; 2014.
- Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University Press; 1970.
- Kuiper C. Het paramedisch paradigma. In: Kuiper C, Balm M (Hrsg.). *Paramedisch handelen, het ontwikkelen van een beroepsattitude*. Utrecht: Lemma; 2001:17–53.
- Kuiper C, Lemette M. Identiteit en beroepscompetenties. In: Heijman A, Kuiper C, Lemette M (Hrsg.). *De ergotherapeut als adviseur*. Utrecht: Lemma; 1999:259–289.
- Kuiper C, Satink T. Het kennisdomein van de ergotherapie. In: Kinébanian A, Granse M le (Hrsg.). *Grondslagen van de ergotherapie*. 2. Aufl. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006:117–152.
- Law M, Cooper B, Strong S, Steward D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther* 1996;63(1):9–23.
- McColl MA, Davies D, Carlson P, Johnston J, Minnes P. The Community integration measure: Development and preliminary validation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001;82(4):429–434.
- Meyer A. The philosophy of occupational therapy. *Am J Occup Ther* 1977;31:639–642. Reprinted from *Archives of Occupational Therapy* 1922;1(1):1–10.
- Nelson DL. Therapeutic occupation: A definition. *Am J Occup Ther* 1996;50:775–782.
- Nes F van, Runge U, Jonsson H. One body, three hands and two minds: A case study of the intertwined occupations of an older couple after a stroke. *Journal of Occupational Science* 2009;16(3):194–202.
- Ostir GV, Granger CV, Black T, Roberts P, Burgos L, Martinkewicz P et al. Preliminary results for the PAR-PRO: A measure of home and community participation. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:1043–1051.
- Perenboom RJ, Chorus AM. Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003;25:577–587.
- Persson D, Jonsson H. Importance of experiential challenges in a balanced life: micro- and macro- perspectives. In: Matuska K, Christiansen CH, Polatajko H, Davis J (Hrsg.). *Life Balance: Multidisciplinary theories and research*. Thorofare NJ: Slack; 2009.
- Philippa M, Debrabandere F, Quak A. Etymologisch woordenboek van het Nederlands. Utrecht: Van Dale; 2009.
- Pierce D. Untangling occupation and activity. *Am J Occup Ther* 2001;55(2):138–146.
- Pierce D. Occupation by design, building therapeutic power. Philadelphia: FA Davis; 2003.
- Pierce D. Occupational Science for Occupational Therapy. Thorofare (NJ): Slack Incorporated; 2014.
- Polatajko H. The study of occupation. In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. 2. Aufl. Upper Saddle River NJ: Pearson Education; 2011:57–76.
- Polgar JM, Landry JE. Occupations as means for individual and group participation. In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. Upper Saddle River NJ: Pearson Prentice Hall; 2004.
- Rebeiro KL, Day DG, Semeniuk B, O'Brien MC, Wilson B. Northern Initiative for Social Action: an occupation based mental health program. *Am J Occup Ther* 2001;55:493–500.
- Rynck F de, Dezeure K. Burgerparticipatie in Vlaamse steden, naar een innovierend participatiebeleid. Brussel: Vlaamse Overheid; 2009.
- Satink T, Winding K, Jonsson H. Daily Occupations with or without pain: Dilemmas in occupational performance. *Occupational Therapy Journal of Research* 2004;24(4):144–150.
- Satink T. What about self-management post-stroke? – Challenges for stroke survivors, spouses and professionals. Enschede: Ipskamp Printing; 2016a.
- Satink T. Samenvatting van het proefschrift Zelf-management in de CVA-revalidatie – Uitdagingen voor CVA-getroffen en, partners en professionals. Enschede: Ipskamp Printing; 2016b.
- Schkade J, McClung M. Occupational adaptation in practice: concepts and cases. Thorofare NJ: Slack; 2001.
- Schkade JK, Schultz S. Occupational adaptation: Toward a holistic approach for contemporary practice, Part 1. *Am J Occup Ther* 1992a;46:829–837.
- Schkade JK, Schultz S. Occupational adaptation: Toward a holistic approach for contemporary practice, Part 2. *Am J Occup Ther* 1992b;46:917–925.
- Schönherr MC, Groothoff JW, Mulder GA, Eisma WH. Participation and satisfaction after spinal cord injury: results of a vocational and leisure outcome study. *Spinal Cord* 2005;43:241–248.
- Segal R. The construction of family occupations: a study of families with children who have attention deficit/hyperactivity disorder. *Can J Occup Ther* 1998;65:292.
- Townsend E. Enabling occupation, an occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT; 2002.
- Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.
- Vanderstraeten G, Kiekens C, Plaghki L, Soudon P, Brusselmans W. Revalidatiegeneeskunde; filosofie en definitie van de revalidatiegeneeskunde; 2004. <http://www.riziv.fgov.be>
- Velde D van de, Bracke P, Hove G van, Josephsson S, Vanderstraeten G. Perceived participation. Experiences from persons with spinal cord injury in their transition period from hospital to home. *International Journal of Rehabilitation Research* 2010;33(4):346–55. doi: 10.1097/MRR.0b013e32833cdf2a.

- Velde D van de et al. Measuring participation as defined by the WHO in the ICF. Psychometric properties of the GPS. Clin Rehabil 2016. pii: 0269215516644310. [Epub ahead of print] IF2.239 Q 1
- Velde D van de et al. Measuring participation when combining subjective and objective variables: the development of the Ghent Participation scale. Eur J of Phys and Reh 2016. [Epub ahead of print]
- Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? BMJ 2004;329:1398–1401.
- WFOT. Statement on human rights. Forrest Field: World Federation of Occupational Therapists; 2011. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- Whiteford G, Wright-St Clair V. Occupation, practice in context. Sydney: Churchill Livingstone; 2005.
- WHO. (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; am 22 July 1946 von den Repräsentanten aus 61 Staaten unterzeichnet (Official Records of the WHO, Nr. 2, S. 100) in Kraft getreten am 7 April 1948.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organisation; 2001. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Wilcock A. Doing, being and becoming. Can J Occup Ther 1998;65:257.
- Wilcock AA. An occupational perspective on health. 2. Aufl. Thorofare NJ: Slack; 2006.
- Wilkie R, Peat G, Thomas E, Hooper H, Croft PR. The keele assessment of participation: A new instrument to measure participation restriction in population studies. Combined qualitative and quantitative examination of its psychometric properties. Quality of life research 2005;14(8):1889–1899.
- Yerxa EJ, Clark F, Frank G, Jackson J, Parham D, Pierce D et al. An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century. Occupational Therapy in Health Care 1990;6(4):1–17.
- Zemke R, Clark F. Co-occupations of mothers and children. In: Zemke R, Clark F (Hrsg.). Occupational science, the evolving discipline. Philadelphia: FA Davis; 1996:213–215.

3 Die Ergotherapie im gesellschaftlichen Kontext

Margo van Hartingsveldt, Marion Ammeraal

Mit Dank an Hetty Fransen und Frank Kronenberg, Autoren des Kapitels „Ergotherapie gericht op sociaalmaatschappelijke veranderingen“ in der 3. Auflage von „Grondslagen van de ergotherapie“. Weiterhin geht der Dank an Sven van Geel, der uns bei der Aufnahme der flämischen Perspektive in diesem Kapitel beratend zur Seite gestanden hat.

3

„Eigenregie führt man nicht allein.“

Cardol et al. (2015)

„Warum Menschen behandeln, ohne zu ändern, was sie krank macht?“

WHO (2015)

Keywords

- Gesundheit
- Wohlbefinden
- Determinanten der Gesundheit
- Menschenrechte
- Recht auf Betätigung
- Gleichheit bei der Partizipation
- soziale Inklusion
- Gesundheit weltweit
- politisches Reasoning
- community-based rehabilitation (CBR)
- gemeinschaftsorientierte Perspektive
- individuelle und gesellschaftliche Perspektive
- Übertragung der Versorgung in Wohlbefinden

3.1 Einleitung

In diesem Kapitel geht es um die Ergotherapie in der gesellschaftlichen Umwelt, wie es im zweiten Teil der kanadischen Definition der Ergotherapie formuliert wurde:

„Die Ergotherapie ist die Kunst und Wissenschaft von der Befähigung zur Teilhabe am täglichen Leben durch Betätigung, der Befähigung von Personen zur Durchführung von Aktivitäten, die ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden zuträglich sind, und der Errichtung einer wahrhaftigen und inklusiven Gesellschaft, an der alle Menschen durch die ihnen möglichen Betätigungen des täglichen Lebens partizipieren können.“ (Polatajko et al. 2013)

Die soziale Umwelt trägt zur Gesundheit und zum Wohlbefinden auf den Ebenen der Person und ihres Systems, der Organisationen und der Population bei. Die Faktoren der sozialen Umwelt werden mit verschiedenen Begriffen belegt. Dabei geht es um gesellschaftliche Deter-

Johannes

Johannes ist Ende 30 und möchte gerne wieder mehr aus seinem Geschichtsstudium und seinem Interesse für Politik machen. Derzeit fühlt er sich für eine feste Anstellung noch nicht stabil genug, da er sich noch im Erholungsprozess nach seiner dritten psychotischen Episode befindet. Früher war er mal im Studierendenparlament aktiv gewesen. Es entspricht seiner Art, sich für andere einzusetzen. Der ergotherapeutische Betreuer im FACT-Team (Flexible Assertive Community Treatment) lässt ihm praktische Informationen zukommen und versorgt ihn mit Telefonnummern von Kontaktpersonen des Klientenrates und der psychosozialen Beratungsstelle an seinem Wohnort. Mithilfe des Ergotherapeuten nimmt Johannes mit beiden Einrichtungen telefonisch Kontakt auf und vereinbart, sich im Bedarfsfall zu melden. Doch Johannes hat das Gefühl, die nächsten Schritte auch selbst bewältigen zu können. Zwei Monate später macht er sich aus dem Klientenrat heraus an die Arbeit, um mit Klienten aus einer anderen FACT über Partizipationen im Rahmen von ärztlichen Konsultationen zu sprechen.

minanten, soziale Unterstützung und das soziale Kapital. Diese Sozialfaktoren sind Teil des Kontextes und der Umwelt und ein Kernelement der verschiedenen Inhaltsmodelle in der Ergotherapie. Sie können einen positiven oder negativen Einfluss auf die Gesundheit haben und sich für den Einzelnen sowohl stimulierend als auch hemmend auswirken.

In diesem Kapitel wollen wir dem (angehenden) Ergotherapeuten bewusst machen, wie sich die verschiedenen gesellschaftlichen Faktoren auf die Gesundheit auswirken. Die Möglichkeiten, welche die Menschen beim Betätigen haben, sind sehr unterschiedlich und hängen von den körperlichen, mentalen oder sozialen Beeinträchtigungen, von den geltenden Gesetzen und Bestimmungen, von Alter, kulturellem Hintergrund, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Religion ab (Townsend et al. 2013). Das Hauptaugenmerk in diesem Buch liegt auf den Punkten Exklusion, Deprivation, Ungleichheit und Ungleichgewicht sowie auf der Ausgrenzung im Alltag (Marginalisation). Die Ungleichheit in unserer Gesellschaft hat Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Mitmenschen. Deshalb ermöglichen Ergotherapeuten nicht nur das Betätigen des Einzelnen und seines Systems. Sie sind auch daran beteiligt, in der Zusammenarbeit mit Organisationen und Populationen Veränderungen auf der gesellschaftlichen Ebene herbeizuführen. Diese beiden Aspekte der Ergotherapie spiegeln sich in der

kanadischen Definition der Ergotherapie wider (s. o.). Neben anderen Perspektiven steht hier die individuelle und westliche Sicht auf die Gesundheit im Mittelpunkt. In dem Buch „Occupational therapy without borders“ (Kronenberg et al. 2011) werden diese Aspekte ausführlich beschrieben. Das Studium dieser Literatur ist die Mühe wert, auch wenn sie nur auf Englisch verfügbar ist.

Das Kapitel widmet sich besonders der Berufskompetenz „Stützen und Stärken“, wobei der Ergotherapeut die Mitglieder einer vulnerablen Gruppe, Organisation oder Population unterstützt, um die vorhandenen Ressourcen und die Eigenregie zu stärken und die Voraussetzungen in der Umwelt dafür zu schaffen, dass die Partizipation und die soziale Inklusion zunimmt (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Zu Beginn wird das neue Konzept der Gesundheit beschrieben (Huber et al. 2011). Für die Ergotherapie bedeutet dies die Unterstützung und Förderung der Resilienz des Menschen und seiner Netzwerke, wobei das Betätigen der Ansatzpunkt ist. Daneben besprechen wir den Begriff des Wohlbefindens, der in körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden unterteilt wird.

Anhand des Regenbogenmodells werden die sozialen Determinanten der Gesundheit beschrieben: individueller Lebensstil, soziale und gesellschaftliche Netzwerke, der Zugang zu Dienstleistungen und die gesellschaftlichen Faktoren (Dahlgren u. Whitehead 2006). Bereits 1978 erklärte die WHO, dass Gesundheit zu einem Großteil von Faktoren bestimmt wird, die außerhalb des Einflussbereiches der reinen Gesundheitsfürsorge liegen, wie soziale, ökonomische und politische Umweltbedingungen. Dies sind die sozialen Gesundheitsdeterminanten, d. h. die Bedingungen, unter denen ein Mensch zur Welt kommt, aufwächst, lebt, arbeitet und altert. Beeinflusst werden diese Faktoren durch die Verteilung von Geld, Macht und Mitteln, und zwar auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene. Die sozialen Gesundheitsdeterminanten können sich positiv und auch negativ auf die Gesundheit auswirken und sind zu einem Großteil für die Unterschiede auf dem Gebiet der Gesundheit, für Ungerechtigkeiten und vermeidbare Unterschiede in einem Land und zwischen den Ländern verantwortlich (WHO 2015).

Anschließend wird aus der Perspektive des Betätigten ein Blick auf die Menschenrechte geworfen. Es wird das Recht auf das Betätigen, auf gleichberechtigte Partizipation und auf die Gesundheitsfürsorge beschrieben. Das Kapitel endet mit einer Gegenüberstellung der Belange der Politik und der Rechte der Menschen.

Die Arbeit in und mit der Gemeinde kann durch die „community-based rehabilitation“ (CBR) angepasst werden. Die CBR findet in der Gemeinschaft statt, zielt auf die Rehabilitation ab, ist kulturell abgestimmt und bedient sich der lokalen Hilfsangebote. Dabei kann es sich um Einzelpersonen oder auch um Einrichtungen handeln. Die populationsbasierte Versorgung erfolgt auf unterschied-

liche Weise und über die in der Gemeinschaft verankerte Versorgung und die Gemeinschaftsentwicklung, die von oben nach unten (top-down, community based) und von unten nach oben (bottom-up, community development) ablaufen kann.

Das Betätigen ist die Kerndomäne der Ergotherapie. Bei der Durchführung der täglichen Aktivitäten tragen das Tun (doing), das Sein (being), das Zugehören (belonging) und das Werden (becoming) zur Gesundheit und zum Wohlbefinden des Menschen bei (Wilcock u. Hocking 2015). Die Ermöglichung des Betätigens vollzieht sich in der Ergotherapie aus einem individuellen und gesellschaftlichen Verständnis von Gesundheit (Chapparo u. Ranka 2005, Townsend et al. 2013). Bei der individuellen Perspektive arbeitet der Ergotherapeut mit der Person und seinem System, bei der gesellschaftlichen arbeitet er in und mit der Organisation oder Population. Beim gesellschaftlichen Ansatz etwa richten sich die Interventionen auf die Zugänglichkeit von Organisationen, auf ein niemanden ausschließendes Zusammenleben mit Recht auf bezahlte Arbeit, Ausbildung und Plätze in (Behinderten-) Tagesstätten. Daneben tragen diese Interventionen der Diversität der Menschen, der Zugänglichkeit von Gebäuden und der natürlichen Umwelt sowie dem Grundsatz Rechnung, dass jeder mitmachen kann: Partizipation für alle Bürger in einer Gesellschaft, die niemanden ausschließt.

Tagung des Dachverbandes „Pflege und Versorgung“ in einer niederländischen Gemeinde

„Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass die Übernahme der Eigenverantwortung für einen Teil der Menschen dieser großen Gemeinde schwierig sein kann: Die Sprache wird aktiv oder passiv nicht richtig beherrscht, es gibt Probleme bei der Haushaltsführung, kein eigenes Netzwerk, es fehlt an sozialer Kompetenz usw. Rund 20 % der Bewohner unserer Gemeinde über 19 Jahre sind in irgendeiner Form auf Hilfe angewiesen. Da stapeln sich die Probleme. Welche neuen Ansätze gibt es für diese ständig wachsende Gruppe vulnerabler Personen? Welche Aufgabe könnte hier einem Ergotherapeuten zufallen?“

Eine Ergotherapeutin in der Versammlung meldet sich zu Wort und beschreibt die technischen und digitalen Hilfsmittel, welche die Menschen dabei unterstützen, so lange und so sicher wie möglich in den eigenen vier Wänden wohnen zu bleiben. Sie führt weiter aus, dass Ergotherapeuten auch die Pflege im Hinblick auf das Betätigen der Klienten unterstützen.

Was sind weitere mögliche Einsatzgebiete für die Ergotherapie?

3.2 Gesundheit und Wohlbefinden

3.2.1 Gesundheit

Das englische Wort „health“ bedeutet „Gesundheit“ und stammt vom altgermanischen „hailiz“ ab, das für „ganz“, „vollständig“, „stabil“ und „munter“ stand. Das Englische „to heal“ (heilen, genesen) bedeutet wörtlich „heil machen“ (Harper 2015). Im alten Griechenland stand Gesundheit für einen Zustand des Gleichgewichts und der Ganzheit. Diese Sicht auf die Gesundheit hatte lange Bestand und veränderte sich erst mit der Renaissance. Von da an richtete sich der Blick auf das Erkennen einer körperlichen Ursache für eine Krankheit, was zur Folge hatte, dass Gesundheit immer mehr zur „Abwesenheit von Krankheit“ umgedeutet wurde (Christiansen et al. 2015, Huber 2014).

Bei der Gründung der WHO im Jahre 1948 formulierte man eine weit gefasste, idealistische Definition von Gesundheit: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1948).

Das Ziel dieser idealistischen Definition war es, nach dem Glück und Wohlergehen der gesamten Weltbevölkerung zu streben. Doch mit der Zunahme von chronischen Erkrankungen aufgrund einer verbesserten Krankenversorgung, präventiver Maßnahmen und der fortwährenden Weiterentwicklung der technischen Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie wurde diese Definition kontraproduktiv. Es wurde demnach alles, was nicht dem statischen Zustand des vollständigen Wohlbefindens entsprach, als anormal oder ungesund angesehen und nach Möglichkeit einer Behandlung zugeführt. Für Huber (2014) sprach die Definition von 1948 die Resilienz und Anpassungsfähigkeit des Menschen (coping) nicht im ausreichenden Maße an. Huber et al. (2011) definierten daher den Gesundheitsbegriff neu als „Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement unter verschiedenen sozialen, physischen und emotionalen Herausforderungen.“

Gesundheit bedeutet, sich an Beeinträchtigungen anpassen zu können, Resilienz zu besitzen und das körperliche, psychische und soziale Gleichgewicht zu erhalten oder wiederzuerlangen (Kaljouw u. Vliet 2015). Bei diesem neuen Konzept von Gesundheit stehen die Funktionen des Menschen und nicht mehr die Erkrankungen im Mittelpunkt. Dies entspricht auch dem Ansatz in der Ergotherapie, wo sich alles um das Betätigen des Menschen dreht. Interessant ist auch der Aspekt, dass Huber die Begriffe „Verhalten“ und Gesundheit“ zusammengeführt hat, die auch gut zusammenpassen: Fehlende Gesundheit kann mit einer stärkeren Eigenregie und einer aktiveren Anpassungsfähigkeit verbunden sein, aber auch das Gegenteil ist möglich. Verhalten und Gesundheit hängen

zwar zusammen, sind aber nicht das Gleiche. Van der Stel findet diese Verquickung der beiden Aspekte bei Huber verwirrend. Für ihn hat Huber den Blick zu sehr auf das individuelle Verhalten gelegt und dabei den Menschen als biopsychosoziales und kulturelles Wesen negiert (Stel 2016). Auch die Rolle der Lebensumwelt kommt ihm in diesem Konzept zu wenig zur Geltung. Eine alleinstehende ältere Dame ohne soziales Netzwerk hat größere Mühe, ihr Leben zu leben, als eine ältere Dame, die in ein großes soziales Netz eingebunden ist. In verschiedenen Situationen sollten die Umstände stärker im Blickfeld stehen als die Veränderung des individuellen Verhaltens. Der Zusammenhang zwischen Funktionieren und Umwelt sollte nicht aus den Augen gelassen werden.

Ein weiterer Aspekt ist, dass bei Hubers Gesundheitskonzept die Verbindung zum Wohlbefinden fehlt. Die Stärke der WHO-Definition besteht darin, dass dort die Gesundheit eben in diesem Begriff des „Wohlbefindens“ aufgeht. Dies wird im folgenden Abschnitt verdeutlicht.

3.2.2 Wohlbefinden

Die WHO definiert in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) das Wohlbefinden (well-being) wie folgt: „Es handelt sich um einen allgemeinen Begriff, der das gesamte menschliche Leben einschließlich seiner körperlichen, geistigen und sozialen Aspekte umfasst (Ausbildung, Beschäftigung, Umwelt usw.), die zusammen zu dem führen, was man gemeinhin als „gutes Leben“ bezeichnet“ (WHO 2001).

Das Wohlbefinden wird also in körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden unterteilt.

Körperliches Wohlbefinden

Das körperliche Wohlbefinden ist der Aspekt von Gesundheit, der die größte Aufmerksamkeit erfährt und am leichtesten zu verstehen ist. Das körperliche Wohlbefinden oder die Fitness setzt sich aus der Ausdauer oder Kondition, der Muskelkraft, der Beweglichkeit und der körperlichen Verfassung zusammen. Dazu tragen Faktoren wie gesunde Ernährung, das richtige Gewicht, sexuelle Gesundheit, Hygiene, ausreichend Schlaf und die den Lebensstil bestimmenden Faktoren Bewegung, Ernährung sowie die Meidung von Suchtstoffen bei (Nordqvist 2015).

In jedem Alter und in jeder Situation wird der Wirkung von körperlicher Aktivität und Bewegung auf das Wohlbefinden und die mentale Gesundheit eines Menschen die größere Beachtung geschenkt (Scherder et al. 2009). Die Integration von körperlichen Aktivitäten in den normalen Tagesablauf ist eine wichtige Methode, um für ausreichend Bewegung zu sorgen. In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Frauen mittleren und höheren Alters ihre körperlichen Aktivitäten in Haushalt und Garten als Indikator für ihre funktionellen Mög-

lichkeiten und das selbstständige Wohnen betrachten. Diese Aktivitäten rund um Haus und Wohnung erhöhen das Selbstwertgefühl und tragen zur körperlichen und geistigen Gesundheit bei (Peeters et al. 2014).

Geistiges Wohlbefinden

Es gibt keine Gesundheit ohne geistige Gesundheit (WHO 2013). Die WHO hat die geistige Gesundheit oder das psychische Wohlbefinden des Menschen so definiert: „... ein Zustand von Wohlbefinden, in dem er seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Belastungen des Alltags bewältigen und produktiv arbeiten kann, sodass er imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO 2005).

Das geistige Wohlbefinden setzt sich aus dem emotionalen und dem psychischem Wohlbefinden zusammen. Emotionales Wohlbefinden, oder auch einfach ein positives Gefühl zu haben, besagt, ob ein Mensch glücklich und zufrieden und an seinem eigenen Leben interessiert ist. Beim psychischen Wohlbefinden geht es um das Verhältnis zu sich selbst, das Akzeptieren seiner selbst, um ein positives Verhältnis zu anderen Personen, um Ziele im Leben, um die persönliche Entwicklung, Autonomie und um den befriedigenden Umgang mit der eigenen Umwelt (Bohlmeijer et al. 2013).

Im Hinblick auf das Betätigen wird das geistige Wohlbefinden stimuliert, wenn Menschen sich Dingen widmen, die zu ihrer spirituellen, kognitiven und emotionalen Entwicklung beitragen. Maßgeblich ist dabei, dass die Aktivität eine bedeutungsvolle Erfahrung bietet. Am besten ist es, wenn die Aktivität zu einer Flow-Erfahrung führt und sogar die Zeit vergessen lässt (Wilcock u. Hocking 2015). Csikszentmihályi (1999) führte den Begriff „Flow“ („Schaffensrausch“, „Funktionslust“) für eine optimale Erfahrung ein, bei der ein Mensch alles andere um sich herum vergisst. Bei einer solchen Erfahrung fühlt sich ein Mensch froher, stärker, zufriedener, kreativer und konzentrierter als bei anderen Gelegenheiten. Flow ist somit ein geeigneter Begriff für geistiges Wohlbefinden.

Soziales Wohlbefinden

Soziales Wohlbefinden kann sich auf der Mikroebene einer Person und ihrer Umwelt oder auch auf der Makroebene der Gesellschaft abspielen. Das soziale Wohlbefinden und Funktionieren kommt über soziale Akzeptanz, soziale Integration, sozialen Zusammenhalt, soziale Entwicklung und Beiträge zur sozialen Umwelt zustande. Im Hinblick auf das Betätigen nimmt das soziale Wohlbefinden zu, wenn eine Person bei ihren täglichen Aktivitäten mit Familie, Freunden, Mitschülern, Arbeitskollegen und in der Gemeinschaft soziale Kontakte entwickelt und unterhält. Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens, die einen Beitrag zum sozialen Wohlbefinden liefern, gehören gemeinsame Aktivitäten, bei denen Menschen sich gut füh-

len, die mit einem bestimmten sozialen Status verbunden sind und die ihnen die Freiheit bieten, ihre persönlichen Möglichkeiten im Zusammenwirken einzusetzen (Wilcock u. Hocking 2015).

Das gemeinsame Ausüben einer Aktivität beeinflusst das soziale Wohlbefinden, jedoch in altersabhängig unterschiedlicher Weise. So zeigt sich etwa, dass gerade bei älteren Menschen, der Einfluss von sozialen Aktivitäten auf das Wohlbefinden am stärksten ist (Huxhold et al. 2014).

Die meisten Menschen sind sich der Tatsache nicht so bewusst, dass sich ihr tägliches Tun auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirkt. Dies kommt daher, dass es sich um die ganz einfachen alltäglichen Aktivitäten handelt, die wir oftmals gedankenlos ausführen und die so normal sind, dass wir keinen Gedanken mehr daran verschwenden. Doch tragen all diese alltäglichen Betätigungen zu sämtlichen Formen unseres Wohlbefindens bei.

Fahrradfahren

Fahrradfahren ist eine körperliche Aktivität, an der alle drei Formen des Wohlbefindens beteiligt sein können:

- Wenn jemand eine halbe Stunde auf seinem Heimtrainer im Keller radelt, wendet sich dies in der Regel an das körperliche Wohlbefinden.
- Wenn dieselbe Person mit dem Fahrrad durch die Natur fährt und zugleich die gesamte Aktivität genießt, wirkt sich dies auf das körperliche und das geistige Wohlbefinden aus.
- Wird das jetzt in einer Gruppe von Freunden unternommen und genießt die Person neben der Aktivität auch das Zusammensein, beeinflusst es das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden.

3.2.3 Soziale Gesundheitsdeterminanten

Gesundheit wird oftmals aus der individuellen Sicht und mit Blick auf das körperliche und geistige Wohlbefinden betrachtet. Aber auch gesellschaftliche Faktoren beeinflussen die Gesundheit des Menschen. Die Bedeutung des Zusammenlebens für die Gesundheit spiegelt sich in der Einrichtung der Commission on Social Determinants of Health durch die WHO im Jahre 2005 wider. Das Regenbogenmodell bietet einen Überblick über die sozialen Determinanten, welche die Gesundheit beeinflussen können (Alleman 2012, Dahlgren u. Whitehead 2006; ► Abb. 3.1).

Dieses Modell verdeutlicht, dass Gesundheit und Wohlbefinden neben der individuellen Komponente auch eine gesellschaftliche Bedeutung haben. Im Zentrum des Modells stehen die individuellen Merkmale des Menschen:

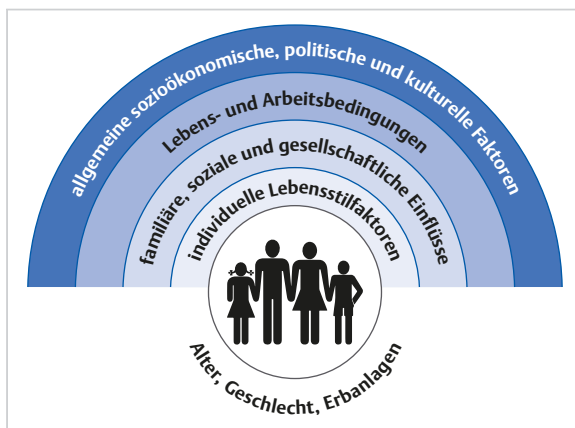


Abb. 3.1 Regenbogenmodell nach Dahlgren und Whitehead (Dahlgren u. Whitehead 2006, Alleman 2012).

Alter, Geschlecht, Erbfaktoren. Sie machen klar, dass jeder Mensch anders und einzigartig ist:

- In dem ersten äußeren Bogen sind Faktoren aufgeführt, die mehr oder weniger beeinflussbar sind (Alleman 2012, Dahlgren u. Whitehead 2006). Dies sind persönliche Lebensstilfaktoren wie Bewegung, Ernährung, sichere Sexualkontakte, Rauchen, Alkohol usw. Das Betätigen als Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden gehört zu diesem Bogen der persönlichen Lebensstilfaktoren (Wilcock u. Hocking 2015).
- Der zweite Bogen wird durch den Einfluss der sozialen Umwelt aus z. B. Familie, Freunden und Menschen aus der Nachbarschaft gebildet. Es gibt zahlreiche Hinweise aus Studien, wonach soziale Netzwerke die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen. Eine jüngere Metaanalyse mit 148 Studien und über 300.000 Personen-daten bringt starke soziale Bindungen mit einer längeren Lebensdauer in Verbindung. Dabei war das Ausmaß des Effektes mit dem der Rauchentwöhnung vergleichbar (Holt-Lunstad et al. 2010).
- Im dritten Bogen wird der Einfluss der Lebens- und Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit aufgeführt. Hierbei geht es um den Zugang zu wichtigen Einrichtungen für Ausbildung, medizinische Versorgung, Kultur und Sport. Die Frage ist, ob jeder diese Möglichkeiten hat, was jedoch verneint werden muss. Eine Zugfahrt mit einem Rollstuhl anzutreten, ist mit großem Aufwand und einer langfristigen Planung verbunden. Es sind auch nicht alle Sportvereine für Menschen mit geistiger Behinderung offen. Ein weiteres Beispiel ist eine überschuldete Familie, die im Rahmen ihrer Entschuldung nur 50 € in der Woche zur Verfügung hat. Das bedeutet eine zusätzliche Belastung auf praktisch allen Gebieten des täglichen Lebens und schränkt die Partizipation ein.

- Der vierte Bogen lässt erkennen, dass Gesundheit auch durch das gesellschaftliche Zusammenleben, durch sozioökonomische Faktoren, durch die Politik sowie durch kulturelle und Umweltfaktoren beeinflusst wird. Wenn jemand aufgrund der hohen Jugendarbeitslosigkeit keinen Arbeitsplatz finden kann, ist dies nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches Problem. Darüber hinaus können Menschen durch gesellschaftliche Ungerechtigkeiten psychische und/oder somatische Beschwerden entwickeln (http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy_de).

Das Regenbogenmodell veranschaulicht, wie neben den individuellen Faktoren (persönlicher Lebensstil und soziale Netzwerke) auch das Zusammenleben (Zugang zu Einrichtungen sowie sozioökonomische und kulturelle Faktoren) die Gesundheit der Menschen beeinflussen. Wie können Menschen in einer Gesellschaft gesund bleiben, die selbst nicht gesund ist (What is health? 2009, WHO 2014)?

3.2.4 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ergibt sich aus den Interaktionen der Menschen mit anderen Personen aus ihren sozialen Netzwerken und hilft bei den komplexen Anforderungen des täglichen Lebens. Stellen Sie sich vor, wie gut es sich anfühlt, wenn Ihnen ein Kommilitone ein positives Feedback über Ihre Rolle in der Gruppe gibt. Soziale Unterstützung besteht aus den Interaktionen, welche die Menschen brauchen und die den sozialen Grundbedürfnissen eines Menschen entsprechen. Die soziale Unterstützung wirkt über Affekte, Verständnis, Zugehörigkeit und Sicherheit. Sie findet innerhalb der sozialen Beziehungen zu anderen Menschen der Umwelt statt. Beispiele für solche Interaktionen sind Komplimente, Ratschläge oder Hilfe bei Kleinigkeiten im Haushalt oder am Haus.

Es gibt verschiedene Formen der sozialen Unterstützung: emotionale Unterstützung, Anerkennung, instrumentelle Unterstützung (für jemanden etwas tun), gesellschaftliche und informelle Unterstützung. Neben den positiven sozialen Interaktionen gibt es aber auch negative. Beispiele hierfür sind kühles Reagieren, eine Verabredung nicht einhalten, abschätzige Bemerkungen oder Vorwürfe, jemanden ungerecht behandeln, unbegründete Forderungen stellen oder sich ständig einmischen (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2014). Die soziale Unterstützung steht im Mittelpunkt der Interventionen professioneller Helfer im sozialen Sektor. Auch für die Ergotherapie stellt die Unterstützung des Klienten aus seiner sozialen Umwelt heraus einen wichtigen Faktor dar, der für das Betätigen, die Partizipation und das Wohlbefinden der Menschen sowie für die Organisationen und Populationen eine große Rolle spielt (Bass et al. 2015).

3.2.5 Soziales Kapital

Das soziale Kapital steht mit den sozialen Beziehungen und den Netzwerken, die ein Mensch unterhält, in Zusammenhang. Unter dem sozialen Kapital versteht man die Summe aus Netzwerk, Sichtbarkeit, Reputation sowie den Fähigkeiten, Menschen an sich zu binden, wodurch Hilfsquellen mobilisiert werden können, um die eigenen Ziele und auch die anderer Menschen zu erreichen. Das soziale Kapital ist die Stärke der sozialen Beziehungen, die ein Individuum zur unmittelbaren und sozialen Umwelt unterhält (Vosters et al. 2013). Untersuchungen in Schweden und Russland sehen einen Zusammenhang zwischen dem individuellen sozialen Kapital und besserer Gesundheit. Das soziale Kapital ist in einer Gesellschaft nicht gleich über alle Gruppen verteilt. Die Unterschiede

hängen mit dem sozioökonomischen Status, dem Alter, der Ethnie, dem Wohnort und vor allem mit dem Bildungsgrad zusammen. Diese Ungleichverteilung des sozialen Kapitals kann Unterschiede im Gesundheitszustand unterhalten (Ferlander 2007, Nationaal Kompas Volksgezondheid 2014). Das soziale Kapital ist eine Hilfsquelle, um anderen Menschen die Partizipation zu ermöglichen. Wenn etwa jemand einen Praktikums- oder Arbeitsplatz sucht, ist es hilfreich, wenn ihn Personen aus seiner Umwelt in ihr Netzwerk aufnehmen. Auch in der Ergotherapie ist das soziale Kapital ein wichtiger Teil der sozialen Umwelt, das zum Person-Environment-Fit (Person-Umwelt-Übereinstimmung) beiträgt und das Betätigen der Menschen ermöglicht (Bass et al. 2015).

Im Viertel kennt man sich

Gute Nachbarschaft, Nachbarschaftshilfe und informelle Unterstützung finden auch in großen Städten innerhalb eines Viertels statt: ein Dorf in der Stadt, eine städtische Einrichtung des partizipativen Zusammenlebens.

In zahlreichen großen Städten haben sich die Nachbarschaften eines Viertels zusammengeschlossen und kooperative Vereinigungen gegründet. Gemeinsam arbeitet man daran, dass die älteren Mitmenschen so lange wie möglich selbstständig wohnen bleiben können. In jedem Viertel wird das anders umgesetzt, etwa indem Zusammenkünfte der Menschen aus einer Straße organisiert werden: Viertel-feste, eine Theatergruppe, eine Wandergruppe oder ein gemeinsamer Mittagstisch. Solche Viertelinitiativen bedie-

nen sich der sozialen Unterstützung und des sozialen Kapitals. „Meine Einkäufe dauern jetzt länger, da ich laufend Bekannte aus dem Viertel treffe und ein Schwätzchen halte“, berichtet ein Anwohner. Dadurch fühlen sich die Bewohner des Viertels sicherer. Auch bitten die Menschen einander schneller um Hilfe bei Kleinigkeiten in der Wohnung oder am Haus. Die Anwohner tauschen über diese Gruppen auch Informationen über zuverlässige Handwerker aus, und der bezahlte Teilzeitkoordinator pflegt Kontakte zu Versorgungsstellen für Haushaltshilfen und häusliche Pflegeeinrichtungen. (Quelle: Maaik van Houten Dagblad Trouw, 20 Januar 2015)

3.3 Menschenrechte

3.3.1 Das Recht auf Betätigung

Mit Blick auf die Bedeutung des Betätigens für die Gesundheit und das Wohlbefinden hat der Mensch das Recht, die Dinge zu tun, die für ihn wichtig sind. In der Ergotherapie wird dies als Recht auf Betätigung bezeichnet. Definiert ist es als: „... Recht der Menschen auf Betätigung in genügender Vielfalt und Menge, um Entwicklung, Gesundheit und Wohlbefinden zu unterstützen“ (Wilcock u. Hocking 2015).

In den Pflegeheimen herrscht Langeweile

Die Bewohner von Pflegeheimen werden in der Regel gut versorgt. Doch stehen hier trotzdem die Menschenrechte auf dem Spiel. Dies folgert eine Kommission (College voor de Rechten van de Mens) in ihrem Bericht, der heute erscheint. Als Beispiel führt der Bericht Langeweile, mangelnde Entscheidungsfreiheit über den Zeitpunkt des Aufstehens oder den Zwang zu Mehrbettzimmern an. (Quelle: www.beteroud.nl, 3. Februar 2018).

Das Recht auf Betätigung bezieht sich auf den Befähigungsansatz (auch „Verwirklichungschancenansatz“ oder „Fähigkeitenansatz“; engl. *capability approach*) des Philosophen und Ökonomen Amartya Sen, an dem auch die Moralphilosophin Martha Nussbaum beteiligt gewesen war. Eine Verwirklichungschance (*capability*) ist die Möglichkeit des Menschen, so zu sein, wie er will, und das zu

tun, was er will. Dabei trifft er selbst die Entscheidungen, wählt die Beziehungen, die er eingehen möchte, selbst und bestimmt, inwieweit er Teil der Gesellschaft sein möchte (Nussbaum 2011). Dies ist nur in einem inklusiven Zusammenleben, bei dem jeder mitwirken kann, möglich. Das inklusive Zusammenleben bietet etwa die Möglichkeit zu einer angepassten Tätigkeit einer jungen Frau mit chronischer Polyarthrit. Neben der guten medizinischen Versorgung ist es für sie auch wichtig, arbeiten zu können und die entsprechenden Anpassungen am Arbeitsplatz vorzufinden. So hat sie bessere Chancen, die ihr innewohnenden Qualitäten zu entwickeln. Die Ergotherapie kann hier durch Beratung der Frau in ihrem täglichen Leben und am Arbeitsplatz einen Beitrag leisten. Ein solches Zusammenleben ist aber nicht für alle Menschen verfügbar, zugänglich oder auch erreichbar, wie etwa für Asylbewerber. Der Ergotherapeut ist hier auch gefordert, einen Beitrag zum inklusiveren Zusammenleben zu leisten.

3.3.2 Gleichheit in der Partizipation – ein Menschenrecht

Eine Emanzipation läuft nicht konfliktfrei ab. Das haben verschiedene Gruppen im Laufe der Jahrhunderte gezeigt. Beispiele hierfür sind das Ende der Sklaverei, der Kampf der Frauen um das allgemeine Stimm- und Wahlrecht, die Bewegung der Homosexuellen für ihre Rechte, das Recht auf Ausbildung und Arbeit für Menschen mit körperlichen, psychischen, geistigen, intellektuellen und/oder sinnesmäßigen Behinderungen. Es geht um das Mitwirken und die Nutzung von Einrichtungen, um dazuzugehören (soziale Inklusion). Aber die Interessen können auch entgegengesetzt sein. Mit Einführung der Mittelschule als zweiten Bildungsweg für Frauen in den 1970er-Jahren in den Niederlanden („Moedermavo“) erhielten viele Frauen die Chance, wieder zu lernen. Viele Ehemänner fanden das nicht leicht und vermissten die Ehefrau, die in Vollzeit im Haushalt arbeitete. Doch die Zeiten haben sich gewandelt: Inzwischen haben die Frauen im Durchschnitt einen höheren Bildungsabschluss als die Männer. Dies scheint inzwischen so selbstverständlich zu sein, dass darüber gerne vergessen wird, welche Kämpfe bis dahin ausgetragen werden mussten.

Menschen mit Behinderung werden oft ausgeschlossen und diskriminiert, sind häufiger arm, werden nicht ernst genommen und haben weniger Chancen auf eine gute Ausbildung oder auf einen Arbeitsplatz, der für sie geeignet ist. Die UN hat deshalb in 2006 das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ verabschiedet (UN-Behindertenrechtskonvention, BRK; WHO 2006; www.youtube.com/watch?v=Bp2etO1DTH4).

Die BRK erkennt die Menschenrechte von Personen mit Behinderungen an. Dieser völkerrechtliche Vertrag sorgt dafür, dass Kinder und Erwachsene mit einer Behinderung wie jeder andere auch ein gutes und aktives Le-

ben innerhalb der Gesellschaft haben sollen und ihre eigenen Entscheidungen treffen können. Inzwischen wurde der Vertrag von 167 Staaten durch Ratifizierung, Beitritt oder (im Falle der EU) formale Bestätigung angenommen. Die Regierungen sind nach der Ratifizierung dazu verpflichtet, die in der BRK getroffenen Vereinbarungen umzusetzen und eine inklusive und aufgeschlossene Gesellschaft zu schaffen, in der jeder willkommen ist, respektiert wird und seinen Teil beitragen kann. Ein Ergotherapeut kann Klienten und ihre Familie über diesen Vertrag in Kenntnis setzen und Informationen über Klientenorganisationen weitergeben, die sich bei den Gemeinden und Behörden für ihre Interessen einsetzen.

Die WHO veröffentlichte 2011 den ersten Weltbehindertenbericht. In diesem zusammen mit der Weltbank erstellten Bericht wird die Zahl der weltweit mit Behinderungen lebenden Menschen mit 15% angegeben. In dem Bericht wird auch der Zusammenhang zwischen Armut und Behinderungen aufgezeigt. Für die Möglichkeit der Partizipation an der Gesellschaft werden die soziale und physische Umwelt als wichtige Faktoren genannt.

Im Jahre 2014 rief die WHO einen bis 2021 gültigen „Aktionsplan Behinderung“ ins Leben (WHO 2014), um die Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Die WHO betont darin, dass jeder Mensch das Recht auf ein Leben in Würde besitzt und die Chance haben soll, seine Möglichkeiten vollständig zur Entfaltung kommen zu lassen. Die WHO erklärt dabei auch, dass die Fragen zur Gesundheit von Menschen mit Behinderungen auch über ihre Partizipationsmöglichkeiten mit entscheiden.

Nach den acht Millenniumzielen, die sich u. a. mit den Problemen des Hungers in der Welt und guten Bildungsmöglichkeiten für alle befassten, hat die UN bis 2030 17 neue nachhaltige Entwicklungsziele ausgerufen (UN 2015). Die neuen Ziele beinhalten Themen, die auch bereits Gegenstand der Millenniumziele waren, sowie Gebiete wie Frieden, Sicherheit, Nachhaltigkeit und auch Klimawandel und erneuerbare Energien (► Abb. 3.2).

Die neuen nachhaltigen Entwicklungsziele bilden eine Untergruppe einer globalen Entwicklungsagenda mit klar formulierten und messbaren Zielsetzungen für alle Staaten (UN 2015). Für Ergotherapeuten bedeutet das, ein breites Blickfeld zu entwickeln und zu behalten und sich weiterhin von nationalen und internationalen gesellschaftlichen Entwicklungen angesprochen zu fühlen.

3.3.3 Die globale Gesundheit – ein Menschenrecht

In den vergangenen 50 Jahren hat die WHO viele Berichte vorgelegt, z. B. den über die WHO-Konferenz in Alma Ata 1978, die den Beschluss fasste, „bis zum Jahr 2000 die primäre Gesundheitsversorgung für jeden Menschen auf der Welt erreichbar, bezahlbar, dauerhaft und qualitativ ausreichend zu machen“ (WHO 1978). Dann gab es auch



Abb.3.2 Die 17 neuen nachhaltigen Entwicklungsziele der UN bis 2030, vorgestellt 2015.

die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahre 1986 mit den acht Voraussetzungen für Gesundheit: Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Solche WHO-Berichte spiegeln die Notwendigkeit wider, professionelle Hilfsangebote auf den Gebieten Pflege und Versorgung auch auf eine inklusive globale Gesundheit auszurichten (global health), wobei Gesundheit als umfassender Begriff für körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden verstanden wird.

Die World Federation of Occupational Therapists (WFOT) gab 2014 das Positionspapier *Global Health* heraus, in dem die Bedeutung des Betätigten und der Partizipation für eben diese weltweite Gesundheit herausgestellt wurde. Der Beitrag der Ergotherapie bezieht sich dabei auf Gesundheitsfragen, Gesundheitsdeterminanten und Lösungen, wobei die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die integrierte Versorgung (die Kombination aus populationsbasierter und personenorientierter Versorgung) im Mittelpunkt stehen. Die Ergotherapeuten werden aufgefordert, proaktiv an der Ausgestaltung dieser Themen mitzuwirken. Damit kann bereits in der täglichen Praxis begonnen werden, indem die eine ergotherapeutische Intervention gewählt wird, die einer Person und ihrem System, einer Organisation oder Population das Betätigen ermöglicht, und man auf die Zusammenarbeit mit informellen Hilfen, anderen Fachleuten, Organisationen und Interessenvertretern ausgerichtet bleibt (WFOT 2014).

3.3.4 Politisches Reasoning

Das Dilemma

Staatlicherseits fällt das Budget für Haushaltshilfen vulnerabler Personen immer geringer aus. Es wird genauer geschaut, was die Betroffenen noch selbst können (Fähigkeit zur Selbsthilfe) und welchen Beitrag die Umwelt (Familie, Nachbarn) leisten kann. Die bezahlten Zeitkontingente werden im Allgemeinen ständig knapper. Was tun Sie, wenn Sie von einer Gemeinde als Ergotherapeut um eine Einschätzung gebeten werden, wie ein älteres Ehepaar in einer Seniorenwohnung ihren Haushalt noch effizienter bewältigen kann? Bei der Aufnahme der Situation mit dem Ehepaar und einer Tochter wird deutlich, dass sie mit den drei Stunden, die ihnen bislang für eine Haushaltshilfe gewährt werden, so gerade über die Runden kommen, ohne dass die Wohnung verschmutzt. Es gibt allerdings kein Budget mehr für Hilfen im Haushalt und die einzige Tochter ist weder zeitlich noch finanziell in der Lage, hier einzuspringen. Der Ehemann hat eine beginnende Demenz, die Frau hält sich nur mit Mühe auf den Beinen und leidet unter Rheuma. Es sind verschiedene Szenarien vorstellbar: Suchen Sie nach einer individuellen Intervention für das Ehepaar, binden Sie die Umwelt stärker mit ein, tun Sie sich mit anderen Älteren und Familien aus der Seniorenwohneinheit zusammen, suchen Sie Kontakt zur Freiwilligenhilfsdiensten, erklären Sie gegenüber der Gemeinde, dass eine Kürzung der Haushaltshilfe absehbar zu höheren Versorgungslasten führen wird und somit die drei Stunden durchgesetzt werden sollten usw ...?

Ein Ergotherapeut, der einen sinnvollen Beitrag zu Prozessen und Initiativen leisten will, welche die Gesundheit der Gesellschaft voranbringen, kann sich verschiedene Standpunkte, Wissen und Fertigkeiten aneignen. Eine eher gesellschaftlich orientierte oder engagierte Ergotherapie erfordert nämlich auch berufsübergreifende Kompetenzen wie das politische Reasoning, strategisches Denken, intersektorales Arbeiten und gesellschaftliches Unternehmertum (Kronenberg et al. 2011). Das politische Reasoning eines Ergotherapeuten kann zu einem gerechteren und inklusiven Zusammenleben führen.

Die Ergotherapie ist politisch, was sowohl für den Beruf selbst gilt, als auch für die Menschen, Organisationen und Populationen, welche die Dienste der Ergotherapie in Anspruch nehmen. Es ist wichtig, als Ergotherapeut und als Berufsgruppe sichtbar zu bleiben. Ebenso sollte man mit beiden Beinen fest auf dem beruflichen Boden stehen und wissen, wofür Ergotherapie steht, welche Angebote und Hilfsleistungen möglich sind und welchen Beitrag der einzelne Therapeut als Person zur Partizipation von Menschen in der Gemeinschaft leisten kann. Es geht um die Frage, welche Rolle man als professioneller Ergotherapeut einnehmen will. Vielleicht möchte man in einer Gruppe mit anderen Ergotherapeuten zusammenarbeiten, um von den primären Gesundheitseinrichtungen wahrgenommen zu werden, einen Beitrag zur Entwicklung berufsübergreifender Leitlinien schaffen, um ein Gespräch in der Gemeinde gebeten werden oder zusammen mit einer Klientenorganisation den Zugang zu einem bestimmten Gemeindezentrum erreichen (www.youtube.com/watch?v=_RXL4V505Bw).

Zusammenarbeit und Konflikte sind typische Merkmale von Politik. Oder anders gesagt: In der Politik geht es um Konflikte, die große Menschengruppen betreffen, die Entwicklung dieser Konflikte und die Form der Zusammenarbeit von Gruppen, um das Resultat des Konflikts in eine gewünschte Richtung zu lenken. Die politischen Prozesse, welche die Ergotherapie beeinflussen, bestehen aus zahllosen kleinen Aktivitäten, die auf die Zusammenarbeit und die Konflikte in komplexen Beziehungen gerichtet sind. Ein Beispiel: Zu wem sucht ein Ergotherapeut Kontakt, um dafür zu sorgen, dass hilfebedürftige ältere Menschen mit kleinem Geldbeutel auch an den Aktivitäten im Gemeindezentrum teilhaben können? Mit wem und auf welche Weise wird dazu eine Zusammenarbeit angestrebt? Dies kann über die eigene Praxis geschehen, durch die Mobilisierung anderer Personen in einer Organisation, die Einfluss auf die Gemeinde haben, oder auch gemeinsam mit einer Zielgruppenvertretung. Dies erfordert vom Ergotherapeuten kritisches Denken und die Überlegung, wie eine Entwicklung begleitet werden kann. Es braucht auch politische Überzeugungskraft, die eine der Formen des professionellen Reasonings ist und in Kap. 25 beschrieben wird.

Die WFOT hat mit ihren 500.000 Mitgliedern keinen so großen Einfluss in der Welt, doch kann sie über die Be-

rufgruppen in den einzelnen Staaten zuverlässig im kleinen Rahmen auf manche Notwendigkeiten aufmerksam machen. In den Niederlanden und in Belgien haben die Berufsorganisationen ihren Anteil an gesellschaftlichen Maßnahmen und setzen sich dabei für Bürger, Klienten und die Ergotherapie ein. Mit einer Studie zur Wirtschaftlichkeit hatte Ergotherapie Nederland eine strategische Aktion gestartet, die zeigte, dass die Ergotherapie für Menschen mit Demenz und Kinder mit Schreibproblemen Geld einbringt (Lammers et al. 2014).

3.4 Arbeiten im und mit dem Viertel

3.4.1 Gemeinwesenorientierter Ansatz

Der gemeinwesenorientierte Ansatz der Arbeit im Viertel wird unterschiedlich interpretiert und bedeutet mal „Versorgung innerhalb der Gemeinschaft“ und mal „Gemeinschaftsentwicklung“, die auch als populationsbasiertes Arbeiten bezeichnet wird. In ► Tab. 3.1 sind die unterschiedlichen Formen der Arbeit im Viertel dargestellt, die sich von der institutionellen Versorgung hin zur Arbeit in der Primärversorgung oder in und mit einer Population entwickelt hat. Diese Entwicklung wurde durch den Kostendruck und eine veränderte Sicht auf die Rolle der Mitmenschen in der Gemeinschaft eingeleitet. Die Primärversorgung im Viertel besteht aus verschiedenen Bereichen: Haushaltshilfe, häusliche Pflege, soziale Einrichtungen vor Ort, Tagesstätten, Gesundheitserziehung und psychische Gesundheitsprogramme. Diese Versorgungsformen basieren oft auf der traditionellen medizinischen Versorgung aus einem biomedizinischen und einem individuellen Modell heraus. Ein populationsbasiertes Arbeiten ist entsprechend im Community-based oder im Community-development-Ansatz möglich.

Meitinkers

Ein Beispiel für einen professionellen Helfer als Vermittler ist der sog. Meitinker (Mitdenker) in Friesland. Diese Meitinker arbeiten in einigen Gemeinden als mobile Ratgeber im Rahmen des WMO-Gesetzes (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, etwa: Gesetz zur gesellschaftlichen Unterstützung) und sind somit ein direkter lokaler Ansprechpartner. Die Bürger können anrufen, zur Sprechstunde erscheinen oder beim Meitinker einen Kaffee trinken. Im direkten Kontakt werden viele Dinge gleich geregelt und manche Schwierigkeiten gelöst. Im Internet finden sich unter dem Stichwort „Meitinker“ zahlreiche Beispiele (allerdings in der Regel auf Niederländisch).

Ein Ergotherapeut, der einen sinnvollen Beitrag zu Prozessen und Initiativen leisten will, welche die Gesundheit der Gesellschaft voranbringen, kann sich verschiedene Standpunkte, Wissen und Fertigkeiten aneignen. Eine eher gesellschaftlich orientierte oder engagierte Ergotherapie erfordert nämlich auch berufsübergreifende Kompetenzen wie das politische Reasoning, strategisches Denken, intersektorales Arbeiten und gesellschaftliches Unternehmertum (Kronenberg et al. 2011). Das politische Reasoning eines Ergotherapeuten kann zu einem gerechteren und inklusiven Zusammenleben führen.

Die Ergotherapie ist politisch, was sowohl für den Beruf selbst gilt, als auch für die Menschen, Organisationen und Populationen, welche die Dienste der Ergotherapie in Anspruch nehmen. Es ist wichtig, als Ergotherapeut und als Berufsgruppe sichtbar zu bleiben. Ebenso sollte man mit beiden Beinen fest auf dem beruflichen Boden stehen und wissen, wofür Ergotherapie steht, welche Angebote und Hilfsleistungen möglich sind und welchen Beitrag der einzelne Therapeut als Person zur Partizipation von Menschen in der Gemeinschaft leisten kann. Es geht um die Frage, welche Rolle man als professioneller Ergotherapeut einnehmen will. Vielleicht möchte man in einer Gruppe mit anderen Ergotherapeuten zusammenarbeiten, um von den primären Gesundheitseinrichtungen wahrgenommen zu werden, einen Beitrag zur Entwicklung berufsübergreifender Leitlinien schaffen, um ein Gespräch in der Gemeinde gebeten werden oder zusammen mit einer Klientenorganisation den Zugang zu einem bestimmten Gemeindezentrum erreichen (www.youtube.com/watch?v=_RXL4V505Bw).

Zusammenarbeit und Konflikte sind typische Merkmale von Politik. Oder anders gesagt: In der Politik geht es um Konflikte, die große Menschengruppen betreffen, die Entwicklung dieser Konflikte und die Form der Zusammenarbeit von Gruppen, um das Resultat des Konflikts in eine gewünschte Richtung zu lenken. Die politischen Prozesse, welche die Ergotherapie beeinflussen, bestehen aus zahllosen kleinen Aktivitäten, die auf die Zusammenarbeit und die Konflikte in komplexen Beziehungen gerichtet sind. Ein Beispiel: Zu wem sucht ein Ergotherapeut Kontakt, um dafür zu sorgen, dass hilfebedürftige ältere Menschen mit kleinem Geldbeutel auch an den Aktivitäten im Gemeindezentrum teilhaben können? Mit wem und auf welche Weise wird dazu eine Zusammenarbeit angestrebt? Dies kann über die eigene Praxis geschehen, durch die Mobilisierung anderer Personen in einer Organisation, die Einfluss auf die Gemeinde haben, oder auch gemeinsam mit einer Zielgruppenvertretung. Dies erfordert vom Ergotherapeuten kritisches Denken und die Überlegung, wie eine Entwicklung begleitet werden kann. Es braucht auch politische Überzeugungskraft, die eine der Formen des professionellen Reasonings ist und in Kap. 25 beschrieben wird.

Die WFOT hat mit ihren 500.000 Mitgliedern keinen so großen Einfluss in der Welt, doch kann sie über die Be-

rufgruppen in den einzelnen Staaten zuverlässig im kleinen Rahmen auf manche Notwendigkeiten aufmerksam machen. In den Niederlanden und in Belgien haben die Berufsorganisationen ihren Anteil an gesellschaftlichen Maßnahmen und setzen sich dabei für Bürger, Klienten und die Ergotherapie ein. Mit einer Studie zur Wirtschaftlichkeit hatte Ergotherapie Nederland eine strategische Aktion gestartet, die zeigte, dass die Ergotherapie für Menschen mit Demenz und Kinder mit Schreibproblemen Geld einbringt (Lammers et al. 2014).

3.4 Arbeiten im und mit dem Viertel

3.4.1 Gemeinwesenorientierter Ansatz

Der gemeinwesenorientierte Ansatz der Arbeit im Viertel wird unterschiedlich interpretiert und bedeutet mal „Versorgung innerhalb der Gemeinschaft“ und mal „Gemeinschaftsentwicklung“, die auch als populationsbasiertes Arbeiten bezeichnet wird. In ► Tab. 3.1 sind die unterschiedlichen Formen der Arbeit im Viertel dargestellt, die sich von der institutionellen Versorgung hin zur Arbeit in der Primärversorgung oder in und mit einer Population entwickelt hat. Diese Entwicklung wurde durch den Kostendruck und eine veränderte Sicht auf die Rolle der Mitmenschen in der Gemeinschaft eingeleitet. Die Primärversorgung im Viertel besteht aus verschiedenen Bereichen: Haushaltshilfe, häusliche Pflege, soziale Einrichtungen vor Ort, Tagesstätten, Gesundheitserziehung und psychische Gesundheitsprogramme. Diese Versorgungsformen basieren oft auf der traditionellen medizinischen Versorgung aus einem biomedizinischen und einem individuellen Modell heraus. Ein populationsbasiertes Arbeiten ist entsprechend im Community-based oder im Community-development-Ansatz möglich.

Meitinkers

Ein Beispiel für einen professionellen Helfer als Vermittler ist der sog. Meitinker (Mitdenker) in Friesland. Diese Meitinker arbeiten in einigen Gemeinden als mobile Ratgeber im Rahmen des WMO-Gesetzes (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, etwa: Gesetz zur gesellschaftlichen Unterstützung) und sind somit ein direkter lokaler Ansprechpartner. Die Bürger können anrufen, zur Sprechstunde erscheinen oder beim Meitinker einen Kaffee trinken. Im direkten Kontakt werden viele Dinge gleich geregelt und manche Schwierigkeiten gelöst. Im Internet finden sich unter dem Stichwort „Meitinker“ zahlreiche Beispiele (allerdings in der Regel auf Niederländisch).

Tab. 3.1 Kontinuität im Wohnviertel (Scaffa u. Brownson 2005).

Versorgung im Wohnviertel	Gesellschaftsbasierter Ansatz bei der Arbeit im Wohnviertel (community-based)	Gesellschaftlicher Entwicklungsansatz bei der Arbeit im Wohnviertel (community development)
Angebote in Örtlichkeiten der Gemeinde	Angebote aus der Gemeinschaft oder von extern kommend	Angebote aus der Gemeinschaft kommend
Interventionen je nach Kontext	lockere Zusammenarbeiten	Partnerschaften und Koalitionen
Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse von Einzelpersonen und Familien	Entscheidungen sind abhängig vom Kreditgeber (z. B. Regierung oder Kommune)	Gemeinschaft fasst Beschlüsse und bestimmt die Bedürfnisse und Strategien
	Planung oft in den Händen führender Gremien	partizipierende Planung und Evaluation Selbstverwaltung
Der Professional ist ein Experte und „besucht“ die Gemeinschaft.	Der Professional ist ein Experte und „führt“ die Gemeinschaft.	Der Professional ist ein Unterstützer, Ausbilder und Mentor und stellt sich in den Dienst der Gemeinschaft.

Beim Community-based-Ansatz berät der Ergotherapeut etwa die Gemeinde zu Veränderungen im Viertel (Agree et al. 2005). Man denke z. B. an die Anpassung von Spielgeräten auf einem Spielplatz der Gemeinde oder an die Schaffung von Zugangsmöglichkeiten in einem Naturgebiet für Rollstuhlfahrer oder Behindertenfahrzeuge.

Beim Community-development-Ansatz arbeitet der Ergotherapeut mit den Bürgern des Viertels zusammen. Die Bürger besprechen, welche Veränderungen erforderlich sind und führen diese auch aus, wobei der Ergotherapeut sie unterstützt und ermutigt (Agree et al. 2005). In dem von vulnerablen Anwohnern mit teilweise auch psychischen Beeinträchtigungen in Eigenregie betriebenen gemütlichen Treffpunkt Polparol im belgischen Leuven nehmen die Ergotherapiestudierenden allwöchentlich an den Abendtreffen teil. Gemeinsam werden Pläne zu Aktivitäten geschmiedet und geschaut, wer sie umsetzen kann (Polparol 2016). Die Ergotherapeuten tragen so zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Menschen und auch zu sozialen Veränderungen im Viertel bei, indem sie das Recht auf Betätigung berücksichtigen (occupational rights und occupational justice; Townsend et al. 2013).

3.4.2 Community-based rehabilitation (CBR)

Die „community-based rehabilitation (CBR, gemeinde-nahe Rehabilitation) ist ein Ansatz, der die Rehabilitation in das Viertel bringt. Sie ist „eine Strategie innerhalb der Gemeinschaftsentwicklung zur Rehabilitation, Armutsverringerung, Chancengleichheit und sozialer Inklusion für alle Menschen mit Behinderungen. Die Implementierung der CBR erfolgt durch gemeinsame Anstrengungen der Betroffenen, ihrer Familien und Gemeinschaften und der relevanten Einrichtungen auf dem Gebiet der Gesundheitspflege, Schule und Arbeitswelt und der sozialen Angelegenheiten“ (WHO 2004).

Die CBR findet in der Gemeinschaft statt, bietet Rehabilitationen an, ist kulturell abgestimmt und bedient sich der lokalen Hilfsstrukturen. Die meisten Prinzipien der CBR stimmen mit denen der Gesundheitspflege überein: Empowerment, Befähigung (enablement), soziale Gerechtigkeit (social justice), persönliche Lebensstilfaktoren und Respekt vor kulturellen Unterschieden (Grandisson et al. 2014, WHO 2004). Ziel der CBR ist es, dass Menschen mit Behinderungen ihre körperlichen, mentalen und sozialen Möglichkeiten weitestmöglich ausschöpfen können. Dabei werden die regulären Dienste und Einrichtungen genutzt. Die CBR bezweckt damit die aktive Teilhabe und einen aktiven Beitrag für die eigene Gemeinschaft und das Zusammenleben (www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/cid/31/Default.aspx). Sie basiert auf den grundlegenden Menschenrechten wie Menschenwürde, Chancengleichheit und gleiche Rechte. Die Arbeiten in und mit einer Population erfolgen oft nach CBR-Prinzipien. Diesen Weg weiter zu verfolgen, gehört im Beruf Ergotherapie zu den Herausforderungen der kommenden Jahre.

In Untersuchungen werden viele positive Resultate der CBR sichtbar. Sie zeigen auch, dass es wichtig ist, an einem Strang zu ziehen und einen gemeinsamen Rahmen zu verwenden, sodass die Programme vergleichbar werden und der eine vom anderen lernen kann. Die ► Abb. 3.3 wurde entwickelt, um den CBR-Programmen einen allgemeinen Bezugsrahmen zu schaffen (Grandisson et al. 2014). Dargestellt sind die fünf Domänen der CBR-Grundstruktur und ihre verschiedenen Ebenen von der Prävention und der persönlichen Unterstützung bis zu den eher allgemeinen kollektiven Einrichtungen.

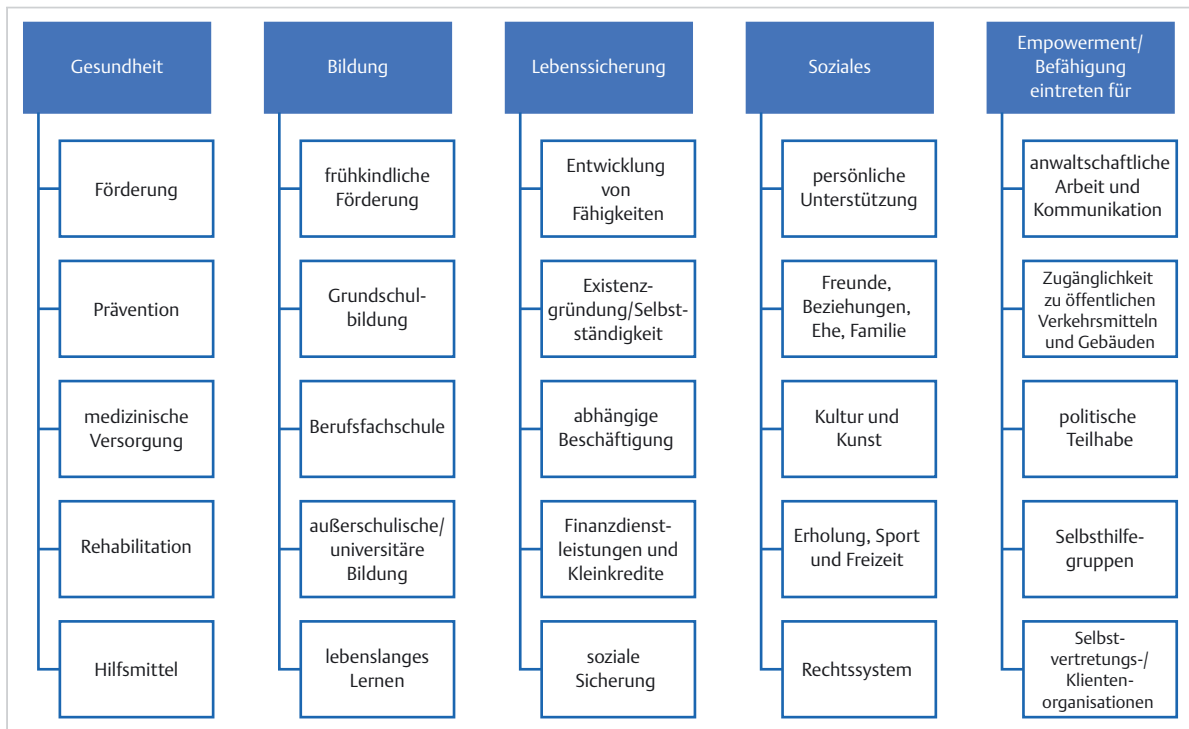


Abb. 3.3 CBR-Grundstruktur (WHO 2010).

3.5 Ergotherapie

Lukas

Lukas ist Ende 40 und hatte bislang ein erfülltes Leben mit einem guten Arbeitsplatz, einer Familie mit Kindern und vielen Kontakten. Nach jahrelanger harter Arbeit landete er jedoch wegen eines Burnouts in der Erwerbsunfähigkeit. Er verlor seinen Arbeitsplatz und seine gesellschaftlichen Kontakte. Jahre später hört er über einen Ergotherapeuten von einem Gemeindezentrum, das für Menschen in oder nach einer schweren Lebensphase Aktivitäten anbietet. Er schließt sich daraufhin einer Fotografiegruppe an, überlegt mit, was das Gemeindezentrum noch an weiteren Dingen unternehmen oder anbieten könnte und übernimmt einmal wöchentlich den Dienst an der Theke. Sein Tun und Handeln ist jetzt mit dem Gemeindezentrum verbunden: „Hier fühle ich mich nicht als Außenseiter, sondern sicher, habe Strukturen, beteilige mich gerne an verschiedenen Aktivitäten und nehme an Ausflügen teil.“ Lukas erlangt wieder das Gefühl, zugehörig zu sein und mitzuarbeiten. Gemeinsam etwas zu tun, gibt ihm Sicherheit und hilft ihm dabei, wieder mehr zu schaffen und sich als Person zu empfinden (Vromen 2007).

3.5.1 Das Betätigen

Die Kerndomäne der Ergotherapie ist das Betätigen (occupation), das alle Aktivitäten umfasst, die ein Mensch tun muss, tun will oder die von ihm erwartet werden. Diese Aktivitäten sind Teil des Schlaf-Wach-Rhythmus und können sowohl allein als auch mit anderen durchgeführt werden. Dabei geht es um das tatsächliche Tun, das Ausführen einer Aktivität (doing), das Sein (being), das Reflektieren über das Betätigen, das Betätigen im Verhältnis zu anderen (belonging) sowie um die Faktoren des Betätigens, die das Wachstum, die Entwicklung und das Werden des Menschen, der wir sein wollen, beeinflussen (becoming; Wilcock u. Hocking 2015). Bei der Durchführung der täglichen Aktivitäten tragen „doing“, „being“, „belonging“ und „becoming“ zum Erleben eines körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens bei.

Singen

Das Singen in einem Chor lässt sich als zielgerichtete und befriedigende Tätigkeit (doing) auffassen, die Auslöser für das Erleben von Vergnügen ist (being), die Zusammengehörigkeit und das Zugehörigkeitsgefühl verstärkt (belonging) und das Wissen und die Kompetenzen vergrößert (becoming). Singen bedeutet auch lebenslanges Lernen und wird von Jung und Alt mit und ohne Behinderungen in der Gemeinde, in der Kirche, im Altenzentrum, im Pflegehaus in der Schule usw. betrieben.

„Ich gehe jede Woche zum Chor. Ich fühle mich dort willkommen und vertraut. Es ist immer aufregend, was wir machen. Zusammen und mehrstimmig ist es etwas Besonderes. Wir sind alle Chorleiter, auch wenn einer im Rollstuhl sitzt, einer schlecht laufen kann, einer halb taub ist und einer total hibbelig“ (Tonneijck et al. 2008).

Siehe dazu auch den Film „As It Is in Heaven“ von Kay Pollak (2004).

HIV und AIDS

In ganz Südafrika halten die Großmütter die Familien, die von HIV/AIDS und Armut betroffen sind, zusammen. Häufig sind diese Großmütter die einzigen Personen in einem Haushalt mit einem Einkommen. Sie pflegen ihre Kinder im letzten Krankheitsstadium und sorgen dafür, dass ihre verwaisten Enkel irgendwie aufwachsen können.

Untersuchungen haben gezeigt, dass diese Großmütter unter einem Mangel an Informationen, Stigmatisierung und erzwungener Armut leiden. Im Oktober 2001 wurde in dem Städtchen Khayelitsha in der Nähe von Kapstadt das Selbsthilfeprojekt „Grandmothers Against Poverty and AIDS“ (GAPA) ins Leben gerufen. GAPA verfolgt einen zweigleisigen Ansatz, indem sie nicht nur Aufklärung und Unterricht bietet, sondern auch für psychosoziale Unterstützung sorgt (www.youtube.com/watch?v=fE6i1aMztL0).

3

3.5.2 Individuelle und soziale Perspektive

Wie im Regenbogenmodell aufgeführt, hat die Ergotherapie neben einer individuellen auch eine soziale Komponente. Man geht in der Ergotherapie von zwei möglichen Blickwinkeln auf das Betätigen aus (Chapparo u. Ranka 2005). Der Erste ist die individuelle Perspektive (Befähigung zur persönlichen Veränderung, enabling individual change; Townsend et al. 2013), in dem die Gesundheit etwas ist, das die sich betätigende Person selbst beeinflussen kann. Dies entspricht den ersten beiden Bogen im Regenbogenmodell. Der zweite Blickwinkel ist die soziale Perspektive (Befähigung zur sozialen Veränderung, enabling social change; Townsend et al. 2013), bei dem der gesellschaftliche Einfluss auf die Gesundheit des Menschen zum Tragen kommt. Das wären im Regenbogenmodell dann der dritte und der vierte Bogen (Dahlgren u. Whitehead 2006).

Das menschliche Betätigen ist selten individuell und in den westlichen Gesellschaften herrscht eher ein soziales und kollektives Verständnis des Betätigens vor (Fransen u. Kronenberg 2012, Kronenberg et al. 2011). Probleme, die eine Gemeinschaft als Ganzes betreffen, verlangen nach einem gemeinschaftlichen Engagement. „Kollektives Betätigen“ (collective occupations) bezeichnet das Betätigen von Gruppen, Gemeinschaften und/oder Populationen in alltäglichen Situationen. Kollektives Betätigen lässt eine gemeinschaftliche Absicht zum sozialen Zusammenhalt und zur Steigerung des gemeinschaftlichen Wohlbefindens erkennen (Ramugondo u. Kronenberg 2010).

3.5.3 Der Praxiskontext des Ergotherapeuten

Auf der Grundlage der individuellen und sozialen Perspektive und des Arbeitsplatzes des Ergotherapeuten in einer Einrichtung, in der Primärversorgung oder in der Gemeinde lassen sich vier Praxiskontexte unterscheiden (► Abb. 3.4).

Person und System: Arbeit aus der individuellen Perspektive in einer Einrichtung

Ergotherapeuten arbeiteten immer schon mit einer Person und ihrem System im individuellen Ansatz im innerhäuslichen Setting (Tertiärversorgung). In den Niederlanden und in Belgien ist diese Arbeitsweise immer noch die vorherrschende, in Deutschland wird am meisten in Praxen gearbeitet. Die Politik der Regierung zielt auf eine Verschiebung der Klinikversorgung hin zum preiswerten primären, ambulanten Sektor (VWS 2011). Dies wirkt sich auf die Planstellen für Ergotherapeuten in den Kliniken und anderen Einrichtungen aus. Im Jahre 2014 arbeitete der größte Teil der Ergotherapeuten im institutionellen Bereich (75%; Hassel u. Kenens 2014). Dabei wurden auch die Ergotherapeuten mitgerechnet, die aus einem Versorgungszentrum heraus an der Primärversorgung beteiligt waren. Durch die Schließung von ergotherapeutischen Abteilungen in den Krankenhäusern und Kosteneinsparungen im Rehassektor wird dieser Prozentsatz in Zukunft weiter zurückgehen.

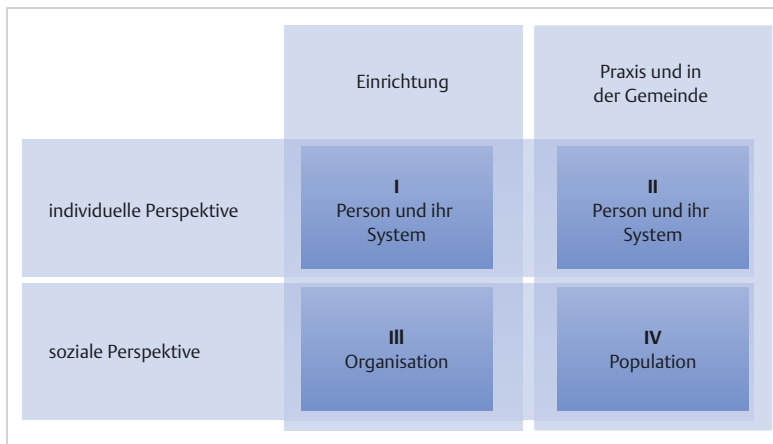


Abb. 3.4 Praxiskontexte in der Ergotherapie auf der Basis der individuellen und sozialen Perspektive und der Arbeit in einer Einrichtung, in der Primärversorgung oder in der Gemeinde (Hartingsveldt et al. 2015).

Spezielle Interventionen

Ergotherapeuten in der Tertiärversorgung bieten immer spezialisierte Interventionen an, wie etwa intensive klinische Rehabilitationsmaßnahmen in der Akutphase, bei Patienten mit einer Querschnittlähmung oder nach einem Schlaganfall oder spezielle Interventionen bei Menschen mit schwerer Depression oder Schizophrenie.

Person und System: Arbeit aus der individuellen Perspektive in der eigenen Umwelt

Im Jahre 1996 wurde die Ergotherapie in der Primärversorgung subventioniert. 2001 wurde dies in den Niederlanden in eine strukturelle Finanzierung in die Eerstelijns Extramurale Ergotherapie (EEE; etwa: primäre ambulante Ergotherapie; Kinébanian u. Velde 2012) umgewandelt. Seit die Kostenübernahme in den Niederlanden aus der allgemeinen Krankenversicherung bestritten wird und der direkte Zugang zur Ergotherapie gewährleistet ist, stieg der Anteil der niedergelassenen Ergotherapeuten von 4% im Jahre 2004 und 15% in 2011 auf zuletzt 22% im Jahre 2014 an (Hassel u. Kenens 2014). In Belgien arbeiten nur wenige Ergotherapeuten auf diese Weise und die Kosten trägt der Klient selbst. Falls es doch zu einer Kostenübernahme kommt, sind daran bestimmte Bedingungen geknüpft. Im Vlaams Ergotherapeutenverbond (Flämischer Ergotherapeutenverband in Belgien) gibt es den Arbeitsbereich „häusliche Versorgung“.

Chronische Erkrankungen

Für ältere Menschen und Erwachsene mit chronischen Erkrankungen oder dauerhaften Traumafolgen arbeitet die Ergotherapie in der Primärversorgung mit daran, dass die Betroffenen möglichst lange in der eigenen Wohnung leben und an ihrem sozialen Netzwerk, ihrer Arbeit, ihrer Ausbildung, ihren Hobbys usw. teilhaben können. Viele Kinderergotherapeuten sind in die Primärversorgung eingebunden und werden in der häuslichen Umwelt, in der Schule oder in einer anderen Umwelt tätig, wo Kinder Betätigungsfragen haben.

In niederländischen Gemeinden arbeiten Ergotherapeuten im Rahmen des WMO-Gesetzes (s.o.) und des Jugendgesetzes im Auftrag der Gemeinde. Ergotherapeuten, die nach Indikationsstellung durch ein Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) hinzugezogen werden, arbeiten im Rahmen des Wet langdurige zorg (WLZ; Gesetz zur langfristigen Unterstützung) und es gibt Ergotherapeuten, die für Kranken- oder Unfallversicherungen arbeiten. In all diesen Funktionen beraten und begleiten sie die Menschen in der Regel in ihrer eigenen Umwelt.

Aus dem Porträt eines Ergotherapeuten und WMO-Beraters

Als Berater hat man oft kurze Kontakte mit Menschen und vielfältige Tätigkeiten, wie etwa das Ausstellen von Anordnungen, das Anerkennen oder Ablehnen von Maßnahmen, Kontakt zu Pflegediensten und das Führen von Beratungsgesprächen in der häuslichen Umwelt (Dijk 2014).

Die sozialen Einrichtungen vor Ort arbeiten zumeist auf Kosten der Allgemeinheit (Gemeinde, Versorgungseinrichtungen oder nach WLZ). Ihre Aufgabe ist die Stärkung der Eigenregie und der Partizipation und der Ausbau des sozialen Netzwerks des jeweiligen Bürgers. Ergotherapeuten in der Primärversorgung arbeiten mit anderen Professionals aus sozialen Einrichtungen zusammen. Sie überbrücken dabei die Kluft zwischen der medizinischen und individuellen Versorgung durch den Hausarzt und andere Hilfs- und Pflegeberufe auf der einen Seite und den gesellschaftlichen Aspekten der Sozialarbeit auf der anderen (Trentham u. Cockburn 2011).

Weitere Partner des Ergotherapeuten in der Primärversorgung sind die Familienbetreuer und die Jugendämter, die Praxisassistenten (medizinischer Professional in den Niederlanden zur Unterstützung von Hausärzten), die sozialpsychiatrischen Dienste, die Ärzte der Versicherungsträger, die Arbeitsexperten und die häuslichen Betreuer.

Organisation: Arbeit aus sozialer Perspektive in und mit einer Organisation

In den Versorgungseinrichtungen arbeiten die Ergotherapeuten nicht nur individuell mit Klienten, sondern auch in deren sozialer Umwelt, das auf die Organisation und die Arbeit in und mit dem Kontext gerichtet ist. So leisten Ergotherapeuten etwa in einem Pflegeheim neben der individuellen Versorgung auch einen Beitrag zur gesamten Atmosphäre und beraten bei Betätigungsfragen. Kinderergotherapeuten arbeiten sowohl im regulären als auch in der inklusiven Lernumwelt mit den Lehrkräften zusammen. Die Arbeit im Kontext liefert einen positiven Beitrag zur Überführung des erlernten Wissens und der neuen Fertigkeiten in den Berufsalltag der inklusiven Lernumwelt (Houten u. Kuiper 2012).

Arbeiten im Kontext

Beispiele hierfür sind etwa das Mitplanen der Einrichtung der Räumlichkeiten für die Mittags- und Nachmittagsbetreuung der Kinder in der Schule oder das Coachen von Lehrkräften bei der Unterstützung von Kindern mit Schreib- oder Aufmerksamkeitsdefiziten in der Klasse. Ein Ergotherapeut kann auch in einer Co-Teaching-Situation beschäftigt sein, in der die Lehrkraft und der Kinderergotherapeut sich gegenseitig unterstützen und jeder dabei seine eigene Fachkenntnis einbringt (Case-Smith et al. 2012). Hierdurch profitieren alle Kinder.

Weiterhin arbeiten Ergotherapeuten bei der Gemeinde als Berater auf der organisatorischen Ebene oder nehmen an Projektgruppen der Kommune teil. Durch die Dezentralisierung der Versorgung hin zu den Kommunen sind

Ergotherapeuten durch schriftliche Stellungnahmen oder Beratungen an politischen Prozessen beteiligt. So arbeiten sie etwa in den belgischen Sozialverbänden sowie bei den Arbeitsvermittlungen mit, um vor allem Personen mit einer Behinderung einer geeigneten Arbeit zuzuführen.

Population: Arbeit aus sozialer Perspektive populationsorientiert im Viertel

Auf der Populationsebene konzentrieren sich die (sozialen) Einrichtungen vor Ort auf Nachbarschaftshilfe und sozialen Zusammenhalt. Die Teams spielen beim Zusammenführen von Menschen und bei Anregungen zu gemeinschaftlichen Aktivitäten eine Rolle.

Auf der Populationsebene können Ergotherapeuten im Community-based-(top-down) und im Community-development-Ansatz (bottom-up) arbeiten.

Community-based-Ansatz

Ein Beispiel für den Community-based-Ansatz ist die Gruppenintervention „Gezond Actief Ouder Worden“ (etwa „Gesund und aktiv altern“). In diesen Versammlungen stimmt der Ergotherapeut die Themen mit Mitgliedern der Gruppe älterer Menschen ab. Dabei geht es um das Klären von Fragen, um die soziale Partizipation und um die Stärkung der Eigenregie (Heijman et al. 2012).

Nachbarschaftsentwicklung (community development)

Ein gutes Beispiel für den Community-development-Ansatz ist die Nachbarschaftsentwicklung im Viertel Rivierenbuurt in Amsterdam. Dieses Viertel wurde Anfang 2013 von den Anwohnern gegründet und von den Bürgern selbst aufgebaut und vergrößert. Sie tun dies zusammen mit Menschen aus der Nachbarschaft, die dann auch gemeinsam dafür sorgen, dass die Menschen auch im höheren Alter noch ihr Leben in die eigene Hand nehmen können. Dazu wechselt man sich bei den Hilfen ab und unternimmt im Viertel gemeinsame Aktivitäten (Rivierenbuurt 2015).

Die Erwartung ist, dass Ergotherapeuten in zunehmendem Maße zu Projektunterstützern bei Organisationen werden, die an innovativen Partizipationsprojekten zugunsten von Populationen arbeiten. Dies kann etwa als Koordinator für Fremdsprachler der Fall sein, denen der Zugang zu Sprachkursen erleichtert wird, damit die Betroffenen über das Erlernen der Sprache zu einer größeren Fähigkeit zur Selbsthilfe kommen; oder auch als Teilnehmer und Unterstützer eines Nachbarschaftscafés als Begegnungsstätte für vulnerable Personen und Anwohner zugleich.

3.5.4 Zusammenarbeit

Die Fähigkeit zur Zusammenarbeit gehört zu den beruflichen Kernkompetenzen eines Ergotherapeuten und ist absolut unerlässlich. Zusammenarbeit erfolgt auf vielerlei Arten mit Klienten, Familien und Nachbarn. Dabei unterscheidet man zwischen der multiprofessionellen (nebeneinander zusammenarbeiten), interprofessionellen (miteinander zusammenarbeiten) und der transprofessionellen Zusammenarbeit (integratives Zusammenarbeiten, bei dem die Grenzen zwischen den Disziplinen verschwimmen; Thylefors et al. 2005). Zudem gibt es Formen einer integrierten Zusammenarbeit oder Netzwerke aus Gemeinden, Schulen, Arbeitgebern und Behörden. Zusammenarbeit verlangt vom Ergotherapeuten, dass er um seinen möglichen Beitrag weiß, dass er initiativ wird und Dinge in die Hand nimmt (Verhoef u. Zalmstra 2013). Eine Herausforderung stellt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Domänen dar wie etwa mit Architekten in der Stadtplanung hinsichtlich der Barrierefreiheit oder mit Sozialarbeitern. Hier bedarf es flexibler Professionals, die fachübergreifend denken und arbeiten können.

Nur mit Leidenschaft

„Ich glaube in der Tat, dass man hierfür Menschen mit einer großen Leidenschaft benötigt, die ein Interesse an den Menschen aus anderen Organisationen haben und sich mit diesen verbunden fühlen. Sonst funktioniert es nicht und man hält es auch nicht durch. Das gilt sowohl für den Ergotherapeuten oder Arbeitstrainer als auch für den Kundenbetreuer in den Gemeinden, den Arbeitsmediziner und den Arbeitgeber.“

(Aussage eines Ergotherapeuten/Arbeitstrainers, der mit den Gemeinden zusammenarbeitet, um Klienten mit psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen einen bezahlten und dauerhaften Arbeitsplatz zu verschaffen)

3.5.5 Anzahl der Ergotherapeuten und ihre Einsatzbereiche

Die WFOT (World Federation of Occupational Therapists) führt Buch über die Zahl der Ergotherapeuten in ihren jeweiligen Mitgliedsländern. In ► Abb. 3.5 ist die Anzahl der Ergotherapeuten pro Land und jeweils 10000 Einwohnern aufgelistet: In Österreich sind es 2, in der Schweiz 4 und in Deutschland 6. Die relativ höchste Ergotherapeutendichte hat Dänemark mit 15 pro 10000 Einwohner, gefolgt von Schweden mit 12. Die Türkei bringt es auf 0,01, Sri Lanka auf 0,05 und die Philippinen auf 0,3 (WFOT 2016).

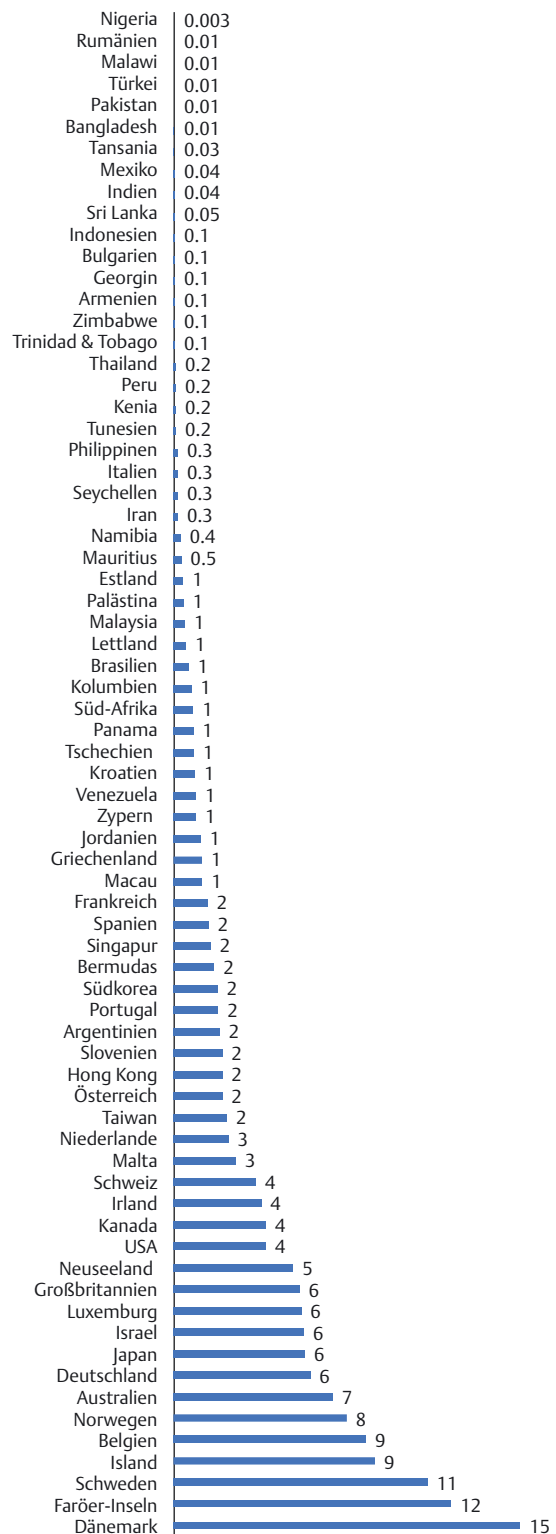


Abb. 3.5 Zahl der Ergotherapeuten in ihren jeweiligen Mitgliedsländern pro 10.000 Einwohner (WFOT 2016).

Tab. 3.2 Anzahl der in den Niederlanden arbeitenden Ergotherapeuten nach Geschlecht zwischen 1. Januar 2000 und 2014 (gewichtete Ergebnisse; Hassel u. Kenens 2014).

	2000	2002	2004	2006	2011	2014
Männer	170	198	205	202	173	262
Frauen	1845	2337	2635	2906	3338	3880
% Männer	8,4 %	7,8 %	7,2 %	6,5 %	4,9 %	6,3 %
Summe der in Vollzeit Beschäftigten	2015	2535	2840	3108	3511	4142

Tab. 3.3 Gewichtete Verteilung der Spezialisierungen von in Vollzeit beschäftigten Ergotherapeuten zum 1. Januar 2014 (Hassel u. Kenens 2014).

Zielgruppe	Anzahl	Prozent
Ältere/Geriatrie (z. B. Demenz)	1737	41,9
Neurologie	1647	39,8
Kinder	756	18,3
chronische Schmerzen	662	16,0
Orthopädie (Skoliose, Frakturen, Querschnittslähmung)	654	15,8
Verletzungen/Erkrankungen der Hände	480	11,6
Rheumatologie	470	11,4
schwere Mehrfachbehinderungen/geistige Behinderungen	373	9,0
chronisch Kranke (z. B. COPD)	260	6,3
Chirurgie (z. B. nach Amputationen)	236	5,7
Psychiatrie/psychische Gesundheit	199	4,8
Onkologie	180	4,4
Kardiologie	81	2,0
andere	563	13,6
ohne Angaben/keine	332	8,0

In den vergangenen 15 Jahren hat die Zahl der berufstätigen Ergotherapeuten zugenommen. Seit 1995 wird ihre Zahl in den Niederlanden regelmäßig vom NIVEL-Institut (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) zusammen mit Ergotherapie Nederland registriert. Die letzte Zählung stammt aus dem Jahre 2014 (Hassel u. Kenens 2014; ► Tab. 3.2). Es wurden dabei auch Daten über das Durchschnittsalter (37 Jahre), die Berufsjahre und die Einsatzgebiete erhoben. Insgesamt arbeiten demnach 75 % angestellt in einer Einrichtung. Zudem sind 22 % in der Primärversorgung tätig, d. h. in einer eigenen Praxis, in einem Gesundheitszentrum, bei der Kommune, im Viertel, in Schule und Ausbildung sowie an Arbeitsplätzen. Weitere 3 % arbeiten in der Ergotherapie-Ausbildung. Alle verfügen über ein Diplom auf Bachelor-Ebene, 9 % haben einen Masterabschluss oder einen universitären Abschluss (2016). 2016 haben fast 50 Ergotherapeuten promoviert. Etwa 40 % der angestellten Ergotherapeuten arbeiten mit Älteren und mit Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen (► Tab. 3.3).

Ergotherapeuten können über mehr als eine Expertise verfügen, sodass sich die Prozentsätze nicht auf 100 sum-

mieren (die Gesamtzahl der Ergotherapeuten beträgt 8630).

Die Zunahme der Ergotherapeutenzahl macht sie als Berufsgruppe sichtbarer und erweitert ihre Möglichkeiten. Eine größere Berufsgruppe bietet auch mehr Gelegenheiten zur Vertiefung ergotherapeutischer Inhalte, zur wissenschaftlichen Untermauerung und zur Vergrößerung der medialen und gesellschaftlichen Aufmerksamkeit. Wenn sich mehr Ergotherapeuten fortbilden, bis zur Master-Ebene entwickeln und Doktorgrade erlangen, erhöhen sich dadurch die Qualität des Berufsstandes und sein wissenschaftlicher Unterbau.

Die NIVEL-Zahlen zeigen es noch nicht so klar, doch der Beruf des Ergotherapeuten verändert sich gerade. Ergotherapeuten suchen und schaffen sich ausgehend von ihren Kompetenzen immer mehr Arbeitsplätze, wo ihre Fähigkeiten von Nutzen sind, wie z. B. innerhalb der Gemeinde, beim Arbeitstraining, an Arbeitsplätzen und in der Schule. Zu den wesentlichen Kompetenzen gehören das Stützen und Stärken, das Bemühen um Partizipation, die Zusammenarbeit und Unternehmungen (Verhoef u. Zalmstra 2013). Das betrifft sowohl den allgemeinen als

auch den spezialisierten Ergotherapeuten. In den Niederlanden hat der Berufsverband der Ergotherapeuten mit der Entwicklung von Spezialisierungen begonnen, wie etwa dem Kinderergotherapeuten (Hartingsveldt et al. 2014), dem Handergotherapeuten (Boer-Vreeke et al. 2014) und dem Seniorenergotherapeuten (Gommers et al. 2016). Die Diskussionen über die Identität des Ergotherapeuten, und wie sein Beitrag zur aktuellen Entwicklung im Gesundheitswesen aussieht, gehen weiter und tragen zur Stärkung des Berufsbildes bei. Die Herausforderung besteht in der Weiterentwicklung spezifischer Ergotherapie-Interventionen, die auf den Einzelnen und sein System, die Organisation und die Population zugeschnitten sind, und darin, diese mit einem Gespür für die Kosten und die Mittel für die Gesellschaft und das Individuum zu gestalten.

3.6 Gesellschaftliche Entwicklungen

3.6.1 Gesellschaftliche Entwicklungen in der Europäischen Union

Im Jahre 2017 sind in Europa die folgenden wichtigen gesellschaftlichen Entwicklungen zu beobachten: (1) die Alterung der Gesellschaft, (2) die zunehmende Technisierung und Digitalisierung, (3) die sich weiter öffnende Schere zwischen Arm und Reich und (4) die zunehmende Migration (RAND 2013). Diese Trends wirken sich auch auf die Organisation des Gesundheitswesens aus. In den Niederlanden und in Belgien reagiert die Politik auf diese Trends mit Blick auf die momentane ökonomische und politische Situation.

Die gesellschaftlichen Entwicklungen führen auch zu Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, wodurch Berufe aussterben und neue entstehen. In den kommenden 10–20 Jahren werden in den Niederlanden 2 Millionen Arbeitsplätze verschwinden. Ganze Berufsgruppen verlieren

aufgrund der fortschreitenden technischen Entwicklungen und der Digitalisierung ihre Existenzberechtigung und zugleich werden neue Arbeitsplätze entstehen. Eine weitere Entwicklung in diesem Zusammenhang ist die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes. Die gesellschaftlichen Entwicklungen sorgen für eine Abnahme der festen Arbeitsverhältnisse und eine Zunahme von flexibel eingesetzten Mitarbeitern mit unsicheren Vertragsverhältnissen. Für Ergotherapeuten bedeutet dies, dass sie auch häufiger befristete Arbeitsverträge eingehen werden oder aber sich als Selbstständige ihre eigene Arbeit suchen.

Auch die Ergotherapie als Beruf verändert sich. Beispiele für diese Entwicklung sind: neben der Versorgung ein größerer Fokus auf Wohlbefinden und Unterricht, dort zu arbeiten, wo die Menschen ihre Betätigungsfragen haben, Nutzung von E-Health und Technologien, kommunale Arbeit und Zusammenarbeit mit Gruppen, die selbst festlegen, was sie benötigen.

Die Alterung der Bevölkerung

Die Alterung der Bevölkerung kommt durch eine anhaltende niedrige Geburtenrate und eine höhere Lebenserwartung zustande. In der Folge wird der Anteil der arbeitenden Bevölkerung niedriger und der Anteil der Rentenempfänger größer (► Abb. 3.6). Dadurch erhöht sich der Druck auf die Menschen, die arbeiten, und es hat auch Folgen für die Dienste, die noch angeboten werden können.

Der Anteil der Menschen über 65 mit körperlichen Beeinträchtigungen und einer oder mehreren chronischen somatischen Erkrankungen wird bis zum Jahre 2030 um beinahe 50% anwachsen. Die weitaus meisten dieser Erkrankungen betreffen den Bewegungsapparat, gefolgt von Asthma, Diabetes und Inkontinenz. Knapp die Hälfte der Ergotherapeuten arbeitet heute mit älteren Menschen (Hassel u. Kenens 2014). Dies entspricht eben auch der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung der Alterung der Bevölkerung.

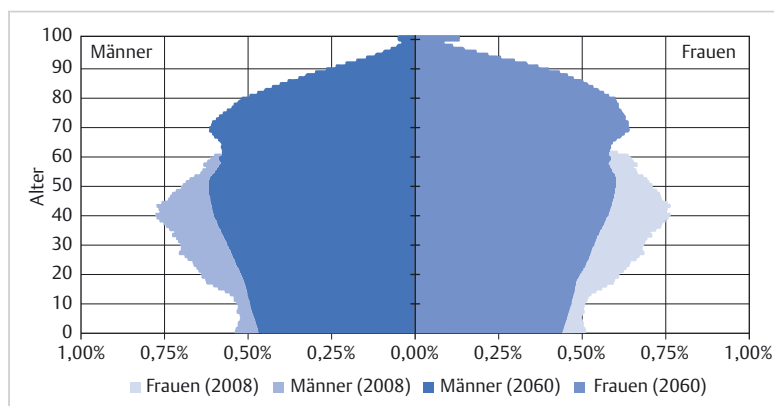


Abb. 3.6 Altersstruktur der Bevölkerung in der EU.

Die europäische Bevölkerung

Die Europäische Union hat vielfältige Informationen über die Bevölkerung in ihren Staaten zusammengetragen und Statistiken über die Bevölkerungsstruktur, die Arbeitsmöglichkeiten, die Arbeitslosigkeit, das Gesundheitswesen und vieles mehr angelegt:

- www.ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics zu Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitslosigkeit
- www.ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/economy/desktop/index.html zu ökonomischen Trends
- www.ec.europa.eu/eurostat/web/national-accounts/statistics-illustrated zum Einkommen in Europa
- www.ec.europa.eu/eurostat/web/macroeconomic-imbalances-procedure/indicators zum Einkommen in den einzelnen Staaten

Zudem finden sich oft auch Daten zu einzelnen Regionen oder Gemeinden.

- Die Seite www.gapminder.org bietet Informationen aus der ganzen Welt in unterhaltsamer Weise an. Bevor man Schlussfolgerungen zieht oder sich eine Meinung zu bestimmten Themen bildet, lohnt sich hier ein Blick auf die tatsächlichen Fakten.
- www.ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Population_pyramid.

Zunahme von Technisierung und Digitalisierung

Technische Entwicklungen führen zu größeren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die neue technische und medizinische Hilfsmittel und Einrichtungen nach sich ziehen. Die technischen Entwicklungen werden sich immer mehr auf das Verhältnis zwischen Klient und Therapeut und auch auf den Ort, wo die Dienste angeboten werden, auswirken. Sie führen dazu, dass die Versorgung weniger stark an Zeit und Raum gebunden ist. Diese wachsende Rolle der Technologie in der Versorgung hat großen Einfluss auf die Gesundheitsberufe. Sie wird in die Abläufe integriert werden, und die Klienten werden beim Einsatz der Technologie beraten und begleitet werden. Daneben wird der Professional auch bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation der neuen technischen Anpassungen eine Rolle übernehmen, sodass Technologien zum Einsatz kommen, die einen echten Mehrwert in der Versorgung besitzen (Vereniging Hogescholen 2015).

Televersorgung

Die Televersorgung ist ein wachsender Bereich, was etwa das Monitoring der Aktivitäten älterer Menschen zeigt, die dadurch länger in ihrer häuslichen Umwelt verbleiben können. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass ältere Menschen einem solchen Sensormonitoring positiv gegenüberstehen, da es ihnen ein Gefühl der Sicherheit gibt und sie aktiver hält. Zudem bietet es Älteren die wichtige Chance, möglichst lange in der eigenen Wohnung leben zu können. Die Frage nach der Privatsphäre war in dieser Gruppe Älterer kein Thema (Pol et al. 2014).

Die Techniken haben einen großen Einfluss auf die Bürger und die Professionals. In den vergangenen zehn Jahren hat sich der Bürger schon an die Informationsbeschaffung im Internet gewöhnt. Dies führte dazu, dass die Informationskluft zwischen den beiden Seiten immer kleiner wurde (RVZ 2010b). Das Informiertsein durch einfachen Zugang zu Wissen entwickelt sich allmählich zu einem Miteinanderteilen und Verwalten von Informationen und Wissen. Man denke etwa an den Wunsch der Klienten, ihre Gesundheitsdaten in einer persönlichen Krankenakte zusammenzuhalten (personal health record, PHR).

Die Armutsschere – die zunehmende Kluft zwischen Arm und Reich

„Jeder, der sich schon einmal mit Armut herumschlagen musste, weiß, wie extrem teuer das Leben ist, wenn man gar kein Geld hat.“

James Baldwin, „A letter from Harlem“ in Esquire, Juli 1960

Gleichheit beim Thema Gesundheit bedeutet für die WHO das Fehlen von ungerechten und vermeidbaren Unterschieden im Bereich Gesundheit zwischen sozialen Gruppierungen (Blas u. Kurup 2010).

Lebenserwartung

Nach dem Nationaal Kompas Volksgezondheid der Niederlande betrug im Zeitraum von 2009 bis 2012 der Unterschied bei der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt zwischen gut und schlecht ausgebildeten Männern und Frauen 6,3 bzw. 6,1 Jahre. Das ist ein Unterschied von rund 6 Jahren, und das ist viel! (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2014)

Angriff auf die Ungleichheiten im Gesundheitssektor in Belgien

Die TAHIB-Studie in Belgien (Tackling Health Inequalities in Belgium) zeigt, dass ein gut ausgebildeter 25-jähriger Mann in Belgien im Durchschnitt 80 Jahre alt wird. Ein Mann ohne Abschluss stirbt durchschnittlich 7,5 Jahre früher. Eine gut ausgebildete 25-jährige Frau hat noch über 47 gesunde Jahre zu erwarten, während bei einer Frau mit nur geringer Bildung dieser Zeitraum 18 Jahre kürzer ist (Oyen et al. 2011).

Die Unterschiede beim Gesundheitszustand und der Lebenserwartung der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Personen aus der Allgemeinbevölkerung liegen nach Schätzungen bei 15–25 Jahren. Neben unnatürlichen Todesursachen durch Suizid und Unfälle sind kardiovaskuläre Erkrankungen der Hauptgrund für die erhöhte Mortalität in dieser Gruppe.

Die Menschen leben immer länger und gesünder, doch zeigen die genannten Beispiele, dass nicht alle gleich lang und gesund leben. Es gibt große gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit hohem und niedrigem Bildungsgrad und zwischen Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen. Trotz des hohen Wohlstands in unseren westlichen Ländern spiegelt sich der sozioökonomische Status in der Gesundheit der Menschen wider. Personen am unteren Ende der sozioökonomischen Leiter haben eine kürzere Lebenserwartung, einen schlechteren Allgemeinzustand, ein größeres Vereinsamungsrisiko und eine höhere Morbidität. Jeder Schritt auf der Leiter nach oben geht mit einer besseren Gesundheit einher. Der sozioökonomische Status eines Menschen bemisst sich nach seinem Bildungs-, Berufs- und Einkommensniveau. Häufig kommt es bei Menschen, die in Armut leben, zu einer Häufung von Herausforderungen in verschiedenen Lebensbereichen, wobei einerseits die Gesundheit durch die schwierige Lebenssituation nachteilig beeinflusst wird, aber andererseits auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wieder zu größeren Schwierigkeiten auf anderen Gebieten führen können. Menschen mit einem geringen Einkommen haben ein größeres Einsamkeitsrisiko (Jansen et al. 2015). Wenn jemand keinen Arbeitsplatz finden kann, rutscht er in die Sozialhilfe und verschlechtert seinen sozioökonomischen Status (Stronks u. Droomers 2014).

Zunahme der Migration

Die wichtigsten Gründe für Migration sind Arbeit, Familie, Ausbildung, Krieg, Unsicherheit und Gewalt. Es kann dabei um Migration von außerhalb Europas gehen aber auch um Migration innerhalb der Union. Eine große Gruppe Migranten ist geflohen, hat das bekannte Leben hinter sich gelassen und wurde durch die unsichere Zeit im eigenen Land sowie durch die Spannungen und Unsicherheiten auf der Reise in das angestrebte Asyl Land traumatisiert.

In dem Ankunftsland folgt dann die lang anhaltende Unsicherheit über die fragliche Aufenthaltserlaubnis und das Verbot für Flüchtlinge, Aktivitäten zu entfalten.

Die Ergotherapie ist auf die Ermöglichung des Betätigens ausgerichtet. In dem neuen Land haben die Migranten, die auf der Flucht waren, nichts anderes zu tun, als zu warten und sich umeinander zu kümmern. Die Kinder können oft schon bald zur Schule gehen, doch die Erwachsenen haben keine Arbeitserlaubnis und können sich keine neue Existenz aufbauen.

Ein Tag wie der andere

„Jeden Tag dasselbe: essen und schlafen. Kein Geld und nichts zu tun.“ So sieht das Leben eines jungen syrischen Flüchtlings im Auffanglager Heumensoord bei Nijmegen aus, in dem 2800 Flüchtlinge auf einem freien Gelände in der Nähe der Stadt in Zelten untergebracht sind (NRC Next, 17. Dezember 2015).

Die Aufnahme einer neuen bedeutungsvollen täglichen Betätigungsroutine ist nicht möglich, da die Menschen vom Betätigen ausgeschlossen bleiben (occupational deprivation). Wilcock und Hocking (2015) beschrieben das so: „Kennzeichnend ist ein begrenzter Bereich von Betätigungsmöglichkeiten, sodass die Entwicklung stagniert oder Kapazitäten ungenutzt bleiben. Bei einem Fehlen von Betätigungen bleibt zu wenig oder gar nichts Sinnvolles zu tun“.

Die Occupational Deprivation ist der andauernde Ausschluss von der Teilhabe an notwendigen und bedeutungsvollen Betätigungen durch externe Faktoren. Flüchtlingsmigranten wohnen an einem Ort, den sie sich nicht selbst ausgesucht haben, und sind dadurch auch nicht in der Lage, die Betätigungen, die sie gewohnt waren, auszuführen (Whiteford 2011). Dabei geht es um Aktivitäten auf allen Betätigungsebenen, wie etwa dem eigenen Beruf, den verschiedenen Aspekten beim Wohnen und Versorgen, einen Beitrag für die Gemeinschaft zu leisten und Themen aus den Bereichen Freizeit und Spiel.

Anhar, 25, Ergotherapiestudierende im 2. Jahr

„Ich stamme aus dem Irak. Ich wollte damals weiterlernen und Naturwissenschaften studieren, aber im Irak darf man sich sein Studium nicht selbst aussuchen. Daraus wurde dann die Physiotherapie, die ich auch abgeschlossen habe. Anschließend habe ich für einige Monate in einem Krankenhaus gearbeitet. Ich war ganz zufrieden mit meiner Arbeit, hatte eine hübsche Freundin und wir wollten heiraten. Doch dann wurde mein Vater angeschossen, mein Bruder und meine Schwester wurden entführt. Als mein Vater aus dem Krankenhaus entlassen wurde und mein Bruder befreit werden konnte, beschloss mein Vater, meinen Bruder und mich nach Europa zu schicken. So floh ich also nach Europa und gelangte 2011 in die Niederlande, wo ich Asyl beantragte. Im Asylantenwohnheim begann dann das lange, schier endlose Warten. Ich hörte die Geschichten von anderen Flüchtlingen über das, was man bei den Asylanträgen sagen durfte und was besser nicht. Das setzte mich gehörig unter Druck, weil ich keine Fehler machen wollte, weil ich doch so gerne die Aufenthaltserlaubnis bekommen hätte. Weil ich nichts zu tun hatte, wurde ich depressiv und fühlte mich total unnütz. Ich hab alles Mögliche ausprobiert, um meinen Tag zu füllen – Tischtennis, viel reden mit anderen, aber mir wurden die Tage schrecklich lang. Dann zog ich in ein anderes Asylbewerberheim um, doch da gab es die gleichen Probleme. Ich fand ein paar Freunde und wir gingen zusammen in die Supermärkte, um Dinge zu

entdecken. Dort lernte ich dann die ersten Brocken Niederländisch wie „Tasche“, „Telefonguthaben“ oder „Preis“. Mir wurde klar, dass meine Welt so klein blieb, weil ich die Sprache nicht beherrschte. Nachdem ich die Aufenthaltserlaubnis bekommen hatte, musste ich auf meine BSN-Nummer warten (Anm. d. Üb.: persönliche Identifikationsnummer jedes Niederländers). Ohne die ist man ausgeschlossen. Man kann nicht arbeiten, nicht studieren und nicht einmal zum Hausarzt gehen. Ich musste noch einmal etwa 5 Monate warten, und ich kam mir weiterhin so nutzlos vor, wie ein Vogel im Käfig, der die ganze Zeit zwitschert, aber niemand hört zu.

Als ich endlich die Nummer hatte, bekam ich auch eine Wohnung in Wijk, wo ich bleiben konnte. Dann dauerte es noch einmal 3 Monate, bis ich am Sprachunterricht teilnehmen konnte. Als die Kurse begannen, vergingen die Tage etwas schneller, doch langweilte ich mich immer noch sehr und fühlte mich einsam. Mein Ziel war das Sprachlevel B2, das mir eine Ausbildung im Gesundheitswesen ermöglichen sollte. Das hab ich auch erreicht, sodass ich mit der Ergotherapieausbildung beginnen konnte. Hier kann ich auch meine berufliche Ausbildung aus dem Irak einbringen. Zudem wird es mir damit möglich, in Zukunft Flüchtlingen und Migranten bei der Teilhabe an der niederländischen Gesellschaft zu helfen. Diese Menschen benötigen viel Hilfe, da man ihnen nur wenig Zeit widmet.

Migranten

Das Nederlandse Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, niederländisches Bundesamt für Statistik) zählt Menschen zu den Einwohnern mit Migrationshintergrund, wenn ihr dieser aus mindestens einem im Ausland geborenen Elternteil besteht. Dabei wird zwischen Menschen, die im Ausland geboren wurden (erste Generation), Menschen, die in den Niederlanden geboren wurden (zweite Generation), Menschen mit nicht westlichem Migrationshintergrund (z. B. Türkei, Marokko, Asien und Lateinamerika) sowie Menschen mit westlichem Migrationshintergrund unterschieden (z. B. EU, Indonesien, Japan, USA, Ozeanien). In den Niederlanden erwartet man einen stärkeren Anstieg der Bevölkerung mit Migrationshintergrund als der Gesamtbevölkerung, der im Jahre 2060 zu einer Größe dieser

Gruppe von 5,4 Millionen Menschen führen wird, was 2 Millionen mehr sind als 2010. Der Anteil der Personen mit nicht westlichem Migrationshintergrund wird zwischen 2010 und 2060 um 11,4–18,5 % steigen, während die Zahl der Menschen mit westlichem Migrationshintergrund um bis zu 12,2 % ansteigen wird.

Für Belgien berechnete das Federaal Planbureau (FPB, unabhängige föderale Planungsstelle), dass es neben dem nach wie vor großen Zustrom aus Frankreich und den Niederlanden zu einem starken Anstieg bei Menschen aus den im Jahre 2004 beigetretenen letzten 12 EU-Mitgliedsstaaten kommen wird. Die Immigration aus nicht europäischen Staaten wie der Türkei und Marokko stagniert und ist sogar leicht rückläufig.

Ergotherapeuten arbeiten klientenzentriert und kontextbasiert. Diese beiden Prinzipien des Berufs sind bei der Arbeit mit Migranten besonders wichtig. Natürlich wünscht sich jeder Klient die individuelle Betreuung und Empathie des Ergotherapeuten. Doch der Umgang mit der Diversität von Migranten verlangt auch die Kenntnis der anderen Kulturen und eine Offenheit gegenüber deren unterschiedlichen Normen und Werten. Das heißt aber auch, dass etwa ein Ergotherapeut mit afrikanischen Wurzeln bei einem älteren Belgier auf eine „koloniale“ Haltung treffen kann. Ergotherapeuten haben es in der Versorgung alter Menschen auch zunehmend mit demen-ten Migranten zu tun, die nur noch ihre Muttersprache sprechen und verstehen können. Weitere wichtige Entwicklungen sind die veränderte ethnische Zusammensetzung der Gesellschaften und der unterschiedliche Versorgungsbedarf von Personen mit und ohne Migrationshintergrund.

Dies belegt auch, wie wichtig es ist, dass auch Ergotherapeuten zu einer heterogeneren Gruppe werden. Hier sind besondere Angebote und eine spezielle Aufmerksamkeit während der Ausbildung erforderlich. Knapp 12 % der Deutschen haben einen Migrationshintergrund und weitere rund 10 % sind Ausländer (Verhältnis West- zu Ostdeutschland ca. 4:1).

Unterschiede im Versorgungsbedarf

Es bestehen zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund Unterschiede im Versorgungsbedarf. Es gibt eine starke Varianz bei der Art der Inanspruchnahme von Hilfen in den Niederlanden. Personen mit Migrationshintergrund gehen häufiger zum Hausarzt als andere, während das beim Zahnarztbesuch, in der Physiotherapie und beim Medikamentengebrauch schon wieder anders aussieht. Bei Menschen mit marokkanischer Abstammung spielt die informelle Versorgung z. B. über die Familie eine größere Rolle als über das formelle Gesundheitssystem. Zudem weiß man, dass die Gesundheitsrisiken anders verteilt sind und dass Migranten z. B. ein höheres Schizophrenierisiko haben (Stelt et al. 2014, Melchior 2005).

3.6.2 Strukturwandel im Gesundheitssystem

Die Veränderungen im Gesundheitssystem wirken sich auf die gesamte Gesellschaft aus und spielen auch für die darin arbeitenden Professionals und den Ort, wo diese tätig sind, eine Rolle. In den Gesetzentwürfen wird für eine tatsächlich zentrale Rolle des Klienten und für einen Wandel weg von der traditionellen Versorgung hin zu einer Förderung des Selbstmanagements plädiert (RVZ 2010a).

Veränderungen in der Jugendfürsorge

Die Veränderungen in der Jugendfürsorge in den Niederlanden betreffen den Übergang der Verantwortlichkeiten von Bund und Ländern auf die Gemeinden, was auch als Dezentralisation bezeichnet wird. Der Prozess bedeutet neue Gesetze, neue Regeln und neue finanzielle Verhältnisse. Dies wirkt sich auf die Organisation und die Ausübung der Jugendfürsorge aus, da sich die Zuständigkeiten aller Beteiligten ändern. Das Ziel der Veränderungen ist eine schnellere, bessere, effektivere und integralere Jugendfürsorge. Diese Veränderungen sind mit einer anderen Art des Denkens und Handelns verbunden, was auch eine veränderte Arbeitsweise und eine andere Haltung der Helfer und der Bürger im Allgemeinen erfordert.

In diesem Spiel der Kräfte ist es für Ergotherapeuten eine besondere Herausforderung, innerhalb der dezentralen Jugendfürsorge in den Gemeinden nach Wegen und Möglichkeiten zu suchen, wie und wo die Ergotherapie einen Beitrag zum Betätigen von Kindern und Jugendlichen leisten kann.

Das finanziell untragbar gewordene Gesundheitswesen und der gewollte Paradigmenwechsel von „Krankheit und Versorgung“ hin zu „Gesundheit, Verhalten und Gemeinschaft“ verändern das Gesundheitssystem (HBO-raad 2013, Hoogervorst u. van Zwieten 2014, Kaljouw u. Vliet 2015, RVZ 2010b u. 2012, Vereniging Hogescholen 2015). Dabei geht es um folgende Entwicklungen:

- vermehrte Versorgung innerhalb der direkten Lebensumwelt, wodurch es zu einem Rückgang in der Tertiärversorgung kommt. Die Versorgung erfolgt im Primärbereich oder noch früher in der Nachbarschaft und zu Hause.
- vermehrte Berücksichtigung von Lebensführung und Selbstmanagement bei erhöhtem Bedarf an coachenden und unterstützenden Formen der Betreuung
- Veränderung des Klient-Therapeut-Verhältnisses in Richtung einer stärkeren Gleichberechtigung. Die Klienten werden immer mündiger und die Professionals sitzen nicht länger auf dem hohen Ross.
- mehr Sorge füreinander, sodass die Menschen – zusammen mit ihrer sozialen Umwelt – immer mehr in der Lage sind, für Abhilfe bei Schwierigkeiten zu sorgen. Die Unterschiede zwischen formeller professioneller Pflege und Versorgung und informeller Versorgung, also die Unterstützung durch Angehörigenpflege und Ehrenamtler, verschwimmen (Gruijter et al. 2014).
- wachsender wissenschaftlicher Unterbau des medizinischen und therapeutischen Handelns und ein zunehmendes Gründen der Entscheidungen auf die evidenzbasierte Praxis, wobei diese in einem breiteren Rahmen von interprofessioneller Versorgung, verfügbaren Hilfsangeboten, Umwelt und im gesellschaftlichen Kontext angelegt ist (Satterfield et al. 2009).

Paradigma

Ein Paradigma ist eine Weltanschauung, der Verbund aus Normen, Werten und Verhaltensweisen, oder einfach die Brille, durch die man schaut. Wenn das Weltbild gut mit dem Paradigma übereinstimmt, lässt sich gut professionell arbeiten. Wenn nicht, ist es wie mit veralteten Straßenkarten oder einem nicht aktualisierten Navi: man verirrt sich.

Bei einer Paradigmenverschiebung schaut man nun durch eine andere Brille, was sich auch auf das professionelle Handeln auswirkt.

Die Paradigmenverschiebung in unserem Denken über Krankheit und Gesundheit und die mangelnde Tragfähigkeit unseres heutigen Gesundheitssystems führen zu einem tief greifenden Wandel der Organisation von Pflege und Versorgung. Dieser Wandel geht in den Niederlanden auf die Einführung der Basis-GGZ im Jahre 2014 und die drei Initiativen zur Dezentralisierung vom 1. Januar 2015 zurück. Es wurden damit das Partizipationsgesetz, die Umwidmung eines Teils des „Gesetzes über besondere Krankheitskosten“ (Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ) im WMO-Gesetz sowie die Überschreibung der Jugendpflege in die Verantwortung der Gemeinden und Kommunen eingeläutet. Dies wirkt sich auf die Zuständigkeiten bei der Versorgung in den verschiedenen Hilfsorganisationen und die erforderlichen Zusammenarbeiten aus.

Es wird für Expertise und Kontinuität geworben (RVZ 2010b), was bedeuten kann, dass ein Ergotherapeut weniger klinisch arbeitet und sich mehr mit dem Übergang von der Klinik in den Alltag beschäftigt oder auch ganz unabhängig von derartigen Einrichtungen arbeitet. In der Ergotherapieleitlinie zum Schlaganfall ist vorgesehen, dass bereits in der Akutphase im Krankenhaus frühzeitig die Ergotherapie nach dem niederländischen Versorgungssicherungsgesetz eingeschaltet werden soll, um zu prüfen, ob der Klient in die eigene häusliche Umwelt entlassen werden kann. Über die Krankheitsbasisversorgung steht die Ergotherapie sofort zur Verfügung, um einen möglichst reibungslosen Übergang aus der Klinik in die häusliche Situation zu gewährleisten. Der Ergotherapeut hat in den Niederlanden zudem die Möglichkeit, den Klienten als Teil der Gemeinschaft in seinem Viertel über das WMO zu unterstützen (Steultjens et al. 2013).

Wichtig dabei ist, dass die Klienten, Familien und Bewohner nicht dasitzen und auf die „von oben“ erdachten und entwickelten Projekte warten. Um die Bürger, Bewohner und Klienten mit ins Boot zu holen und ihnen zu zeigen, dass sie ernst genommen werden, ist eine stimulierende und tatkräftige Haltung aller Unterstützer und somit auch der Ergotherapeuten unerlässlich. Das kann bedeuten, dass der Ergotherapeut mit anderen Beteiligten zusammenarbeitet, um die Partizipation von Kindern mit

Behinderungen zu vergrößern. Barbara Piškur (2015) forschte zur sozialen Partizipation von Kindern, wobei die Eltern Folgendes vorbrachten: „Es wäre ein enormer Gewinn, wenn die Gesundheits- und Versorgungsexperten, die Schulen, Gemeinden und andere Organisationen in den Vierteln ihre Kräfte bündeln und mit den Eltern einen Plan darüber erstellen würden, wie sich die Partizipation von Kindern mit Behinderungen vergrößern ließe.“

3.7 Bürger und Klienten

3.7.1 Der Bürger

Eine Kommission, die sich in den Niederlanden mit den veränderten Berufsprofilen in den Gesundheitsberufen befasst, stellte eine neue Sicht auf die Versorgung der Menschen vor, die sich auf die neue Definition der Gesundheit (Kaljouw u. Vliet 2015, Huber 2014, Huber et al. 2011) und den Paradigmenwechsel von „Krankheit und Versorgung“ hin zu „Gesundheit, Verhalten und Gemeinschaft“ stützt (RVZ 2010b). Dieser neue Ansatz weist dem Bürger eine größere Verantwortung zu und bezweckt, den Einzelnen zur größtmöglichen Selbstständigkeit in seiner eigenen Lebensumwelt zu befähigen. Die Zahl der Menschen mit psychosozialen Schwierigkeiten und psychischen Erkrankungen ist groß und wächst weiter. In den niederländischen Großstädten Amsterdam und Rotterdam beispielsweise haben 14% der Menschen über 19 Jahre ein Einsamkeitsrisiko. Im Jahre 2030 werden 11% der Erwachsenen unter einer psychischen Erkrankung leiden. In der Provinz Friesland werden es voraussichtlich sogar 19% sein. Auch unter Jugendlichen gibt es chronische Erkrankungen und Beschwerden und auch psychosoziale Schwierigkeiten, jedoch steigt der prozentuale Anteil hier aufgrund der demografischen Entwicklung nur gering an (Chorus et al. 2013, Kaljouw u. Vliet 2015).

Ausgehend von dem neuen Gesundheitskonzept, das auf die Fähigkeit zur Selbsthilfe, Resilienz und Eigenregie ausgerichtet ist, wird der Einzelne zum Lotsen seiner eigenen Gesundheit. Der Bürger soll zunehmend mehr Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen. Dabei ist es wichtig, dass der Mensch in seine eigenen (persönlichen und digitalen) Netzwerke investiert. Es werden neue Verhältnisse herausgebildet, in denen die Bürger voneinander abhängiger sind und einander stärker vertrauen sollen. Auch wird es häufiger nötig sein, andere um Hilfe zu bitten. Das ist in einer Gesellschaft, in der jeder mit dem Ziel von Unabhängigkeit und Selbstständigkeit aufgewachsen ist und wo man einander nicht immer kennt, nicht immer so leicht. Gibt man die Verantwortungen wieder in die Hände der Bürger zurück, gilt es jedoch noch einige Dinge zu berücksichtigen (Gruijter et al. 2014):

Das Chronic-care-Modell

Für Menschen mit chronischen Erkrankungen ist die Erhaltung oder Wiedererlangung der Eigenregie wichtig, da sie ja mit geringeren und veränderten Möglichkeiten konfrontiert werden und ihr Betätigen anpassen sollten. Das fällt nicht immer leicht, da bestimmte Dinge vielleicht nicht mehr oder nur noch in anderer Form umgesetzt werden können. In diesem Prozess ist es nötig und wichtig, dass dem Klienten eine führende Rolle zukommt und er selbst auswählen kann. Das erfordert einen anderen Ansatz in der Versorgung, nämlich eine Versorgung, die nah am Klienten ist. Auf der Grundlage dieses Gedankens hat sich in den 1990er-Jahren in den USA das evidenzbasierte Chronic-care-Modell entwickelt (Bodenheimer et al. 2002), das an die Situation in den Niederlanden angepasst wurde (► Abb. 3.7). Das Modell besteht aus sechs Teilen, die zusammen der Versorgung von Menschen mit chronischen

Erkrankungen eine Struktur verleihen. Dabei geht es um die Unterteile Selbstmanagement, Gestaltung der Leistungserbringung, Entscheidungshilfen, klinisches Informationssystem, Gesundheitssystem und die Mobilisierung wohnortnaher Ressourcen (RVZ 2010a, 2011).

Das Selbstmanagement ist ein wesentlicher Teil des Chronic-care-Modells, d. h., die Betroffenen werden angeleitet, unterstützt und befähigt, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, Ziele zu setzen, Fragen zu beantworten und mit Rückschlägen fertig zu werden, sodass sie imstande sind, ihre eigene Gesundheit besser zu managen. Die Begleitung durch Professionals kann dabei eine Rolle spielen. Diese zielt dann auf das Erlernen des Umgangs mit der Erkrankung und ggf. auch auf die Anpassung des Betätigens, wobei das Stützen und Stärken im Vordergrund steht.

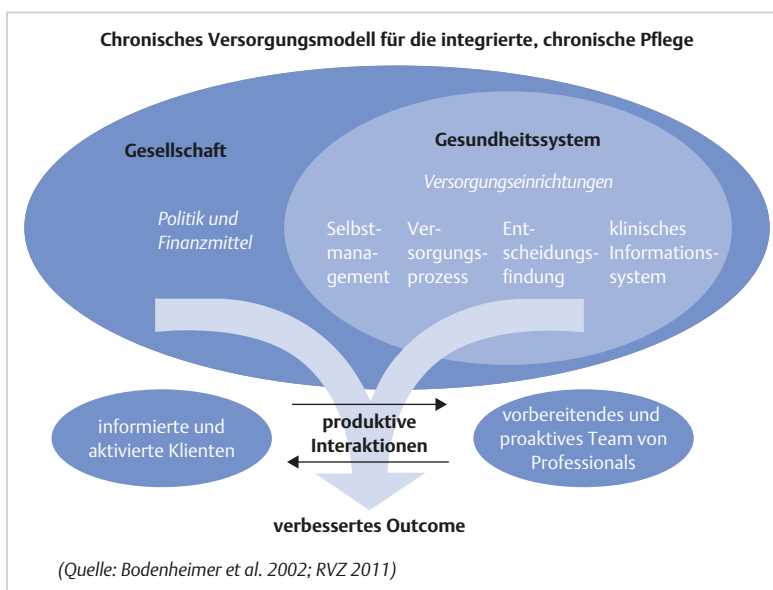


Abb. 3.7 Chronic-care-Modell der integrierten Versorgung (Bodenheimer et al. 2002, RVZ 2011).

- Nicht alle Menschen sind im selben Maße dazu in der Lage, die Regie für ihr eigenes Leben zu übernehmen. Die Kompetenzen der Menschen sind verschieden, ebenso ihre Netzwerke, und es gibt natürlich auch vulnerable Personen, die diese Rolle nicht vollständig ausüben können. Dies kann zu einer Zweiteilung der Gesellschaft führen, bei der die einen im vollen Umfang mitwirken können, die anderen aber nicht.
- Es kann zur Bildung einer neuen Unterschicht kommen. Die Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit schafft auch die Grundlage für die Entstehung von Schuldgefühlen. Nicht jeder trifft hinsichtlich des Lebensstils und der Gesundheit die gleichen Entscheidungen, die Vielfalt an möglichen Lebensführungen ist immens. Dies kann die Solidarität in der Versorgung unterminieren. Selbstständige und eigenverantwortliche

Mitbürger könnten sich weigern, den ungesunden Lebensstil anderer Mitmenschen mitzufinanzieren.

- Informelle Netzwerke von Bürgern haben ihre Belastungsgrenzen. Wird es überdehnt und reißt, stehen viele Menschen ohne funktionierendes soziales Netz da. Andererseits organisieren sich zunehmend (junge) Menschen in digitalen Unterstützungsnetzen, sodass immer mehr Foren und Plattformen für die gegenseitige Unterstützung und Hilfe entstehen.
- Bisher noch unterschätzte Fragen betreffen die Stigmatisierung und die soziale Ausgrenzung, wovon nicht nur psychisch Kranke betroffen sind, sondern etwa auch Menschen mit körperlichen Abweichungen oder speziellen sozialen Merkmalen rund um die Themen Hautfarbe, Religion und Nationalität (Weeghel et al. 2016).

3.7.2 Änderung der Verhältnisse zwischen Staat und Bürger

Der Begriff der Partizipationsgesellschaft wurde während der Thronrede am Prinsjesdag 2013 in den Niederlanden eingeführt. Diese Entwicklung vom Wohlfahrtsstaat hin zur Partizipationsgesellschaft ist jedoch schon seit Jahren im Gang. In zahlreichen Schriften der vergangenen Jahre geht es um das veränderte Verhältnis zwischen Staat und Bürger (RVZ 2010a, b, 2012, 2013, 2014, Verschelling et al. 2014)

Ein Überblick zu den Anfängen

Die Veränderungen durch das WMO bringen für die Bürger nicht automatisch den Zugang zu einer Einrichtung, sondern es wird zuerst geprüft, was sie selbst etwa mithilfe ihres eigenen Netzwerks erreichen können. Auch bei einem Menschen mit Alzheimer-Erkrankung wird zuerst nach der Tragfähigkeit seines Netzwerkes geschaut. Selbst wenn der Klient zu einer Gegenseitigkeit nicht in der Lage ist, kann dies vielleicht doch die Umwelt leisten (RVZ 2013). Nach dem WMO werden zuallererst die Möglichkeiten eines Bürgers ausgelotet, inwieweit die Hilfsquellen seines eigenen Netzwerkes mobilisiert werden können. Auch regen die Gemeinden kleine lokale Initiativen zur informellen Solidarität an und unterstützen diese eventuell. Dort, wo es nötig ist, kommt man auf diese Weise zu einer guten Mischung aus formalen WMO-Einrichtungen einerseits und informeller Versorgung und Unterstützung andererseits (RVZ 2013).

Der Wohlfahrtsstaat als vertikal organisiertes System unter der Herrschaft der Versorgungsnehmer entwickelt sich allmählich zu einer zwischen Bürgern und Staat eher horizontal strukturierten Partizipationsgesellschaft der aktiven Bürgerschaften (Tonkens 2012).

Movisie hat die drei „Welten“ der Partizipationsgesellschaft in einem Kreisdiagramm zusammengeführt (► Abb. 3.7). Darin geht es um die Welt der Mitarbeit (lokale Initiativen, welche die Bürger in ihrer eigenen Umwelt ins Leben rufen), die Welt des Mitdenkens (z. B. lokale Treffpunkte) und die Welt der gemeinsamen Entscheidungsfindung (lokale kommunalpolitische Ebene). Zusammen bilden sie das Wesen der Partizipationsgesellschaft, in welcher der Staat einen Schritt zurücktritt und den Bürgern den Freiraum lässt, selbst etwas zu unternehmen und sich umeinander zu kümmern (Verschelling et al. 2014).

Die ► Abb. 3.7 zeigt, wie sich diese drei Welten gegenseitig überlagern. An den Schnittstellen kommt es zur „Betätigungsdemokratie“, d. h. zu dem Punkt, an dem die Bürger durch Betätigungen mitentscheiden. Ihr Kennzeichen ist es, dass der Staat die Bürger immer mehr zur Eigeninitiative und zur Versorgung der direkten Umwelt auffordert. Dadurch entstehen immer mehr Bürgerinitiativen, in denen die Bürger selbst Projekte starten, wie etwa zur Bewahrung der Lebensqualität (Erhalt von Grünflächen in der Nachbarschaft) und zur Nachhaltigkeit (gemeinschaftliche Anschaffung von Sonnenkollektoren). Das speziell für Entscheidungsträger und Mobilisierer entworfene Rad der partizipativen Demokratie kann Ergotherapeuten bei der Entscheidung darüber helfen, welche Aktivitäten mit wem unternommen werden können.

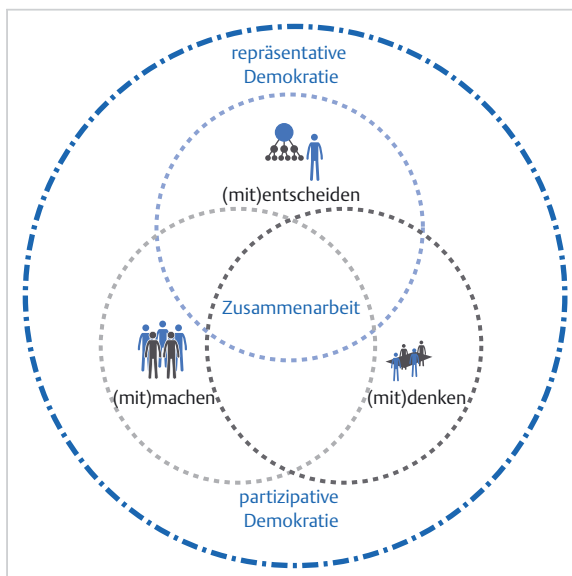


Abb. 3.8 Rad der partizipativen Demokratie: (mit)machen, (mit)denken und (mit)entscheiden (Verschelling et al. 2014).

Mehr Füreinander

Wir alle stehen zusammen vor einer großen Herausforderung. Seit 2015 ist in den Niederlanden die Gemeinde für den Großteil der Jugend- und Erwachsenenfürsorge verantwortlich. Unter dem Motto „Mehr Füreinander“ bietet sich hier die Gelegenheit, der Fürsorge ein anderes Antlitz zu verleihen. Unsere Ausgangspunkte dabei sind eine gute wohnungsnah Versorgung, welche die persönliche Situation aufgreift, ein Haushalt, ein Plan, Einsatz der Anwohner, Gestaltungsspielräume der Professionals, möglichst wenige bürokratische Hindernisse und Senkung der Kosten.

Das Motto bedeutet auch, die Lasten auf mehrere Schultern zu verteilen. Miteinander und gemeinsam mit den Anwohnern und weiteren Partnern in Haarlemmermeer ebnen wir durch Lernen und Entwicklung den Weg. Nur wenn alle Fachleute der sozialen Dienste hier gemeinsam ans Werk gehen und das gleiche Ziel verfolgen, kann das Prinzip des „mehr Füreinander“ ein Erfolg werden. Das Wichtigste, was sie auf diesem Weg beisteuern können, ist ihre persönliche Fachkenntnis.

(Einleitung aus einer Broschüre der Gemeinde Haarlemmermeer)

Für vulnerable Personen sind Eigenregie und Eigenverantwortlichkeit im täglichen Leben eine nicht immer zu bewältigende Herausforderung. Gesundheits- und Versorgungsfachleute spielen beim Stützen und Stärken vulnerabler Personen im Hinblick auf das Empowerment, das Selbstmanagement und die Fähigkeit zur Unterstützung anderer eine wichtige Rolle.

Auch im sozialen Sektor bilden sich Bürgerinitiativen heraus. Ein Beispiel dafür sind die kleinen Wohneinheiten, die Eltern für ihre behinderten Kinder einrichten (<https://naar-keuze.nl/wooninitiatieven>; www.thomashuizen.nl). Solchen Initiativen liegen zumeist drei Ursachen zugrunde:

- Verbesserung der Lebensqualität im Viertel oder im Dorf
- Erneuerung der Versorgungs- und Gesundheitsangebote
- Unterstützung der Mitwirkung von Behinderten am gesellschaftlichen Leben.

Ein anderes Beispiel sind lokale Initiativen mit kleinen Nachbarschaftsgruppen zum Aufbau von gegenseitiger Unterstützung, Tagesaktivitäten und gesellschaftlicher Ansprache (Versorgungskreise). Manche Gruppen bilden auch Einkaufsgemeinschaften und organisieren darüber das Wohnen mit Unterstützung. Manche Versorgungskreise gehen soweit, dass sie auch Risiken miteinander teilen und einander Tipps geben, wie man am besten gesund und vital bleiben kann. Hieran beteiligen sich relativ viele Freiberufler, Sportler und aktive ältere Menschen. Vor Ort organisierte Versorgungskreise arbeiten mit lokalen Sozialdiensten, Freiwilligennetzwerken und Versorgungseinrichtungen zusammen (RVZ 2014). Es ist wichtig, dass Ältere so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden bleiben können (aging in place). Die Frage ist nur, wie bekommt man das hin? Ist so etwas vielleicht auch in einem Seniorenwohnheim möglich, in dem Menschen eine eigene Wohnung mieten und gemeinschaftlich die Versorgung und andere Dinge einkaufen?

3.8 Diskussion

Das Betätigen beeinflusst die Gesundheit. Es ist das spezielle Aufgabengebiet der Ergotherapie. Diese steht somit im Zentrum eines sich verändernden Denkens über Gesundheit als der „Fähigkeit sich anzupassen und sein eigener Lotse im Hinblick auf die sozialen, psychischen und physischen Herausforderungen des Lebens zu sein“ (Huber 2014, Huber et al. 2011). Daraus ergeben sich für den Ergotherapeuten als flexiblem Professional in Gesundheit und Versorgung auf verschiedenen Gebieten neue Möglichkeiten. Dabei ist der gesellschaftliche Kontext, der das Betätigen der Bürger ermöglicht, ein wichtiger Faktor. Dieser Kontext hängt von Politik, Wirtschaft, Gesetzgebung, Finanzierungen usw. ab. Ergotherapeuten werden zunehmend interprofessionell mit verschiedenen Ak-

teuren und (vulnerablen) Bürgern zusammenarbeiten: „Die Ergotherapie ist die Kunst und Wissenschaft (...) von der Errichtung einer gerechten und integrierenden Gesellschaft, in der alle Menschen ihr Potenzial im Betätigen ausschöpfen können“ (Polatajko et al. 2013).

Diese Definition erfordert von einem Ergotherapeuten große Offenheit und Verbundenheit gegenüber den Menschen, mit denen er zusammenwirkt. Weiterhin ist ein Bewusstsein für Ausgrenzung, Deprivation, Ungerechtigkeit, Ungleichgewicht und Marginalisation (Randständigkeit) von Mitmenschen im Zusammenleben nötig. Ungleichheit wirkt sich in unserer Gesellschaft auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bürger aus. Ein Ergotherapeut hat das Stützen und Stärken vulnerabler Personen im Blick, um jeden an der Gesellschaft teilhaben zu lassen.

Das erste Motto dieses Kapitels lautete „Nicht allein mit der Eigenregie“, was bedeutet, dass der Mensch nicht nur ein Individuum ist, sondern auch untrennbar mit seiner sozialen Umwelt verbunden ist. Dazu gehören die Angehörigen, die Nachbarn und die Gemeinde, aber auch die Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen sowie die beteiligten Professionals. Ergotherapeuten arbeiten wenn nötig mit all diesen Parteien zusammen und stärken und stützen die Bürger und Klienten, wo Eigenregie nicht möglich ist.

Das zweite Motto „Warum behandeln, ohne die Ursache zu bekämpfen“ spiegelt die soziale Perspektive der Ergotherapie wider. Sie spielt auch eine Rolle in der Arbeit mit Populationen und Organisationen, um dort die Partizipation voranzutreiben. Die Entwicklungen im Versorgungs- und Gesundheitssystem bieten den Ergotherapeuten viele Möglichkeiten, sich neben der Ausrichtung auf die Versorgung des Einzelnen und seines Systems auch auf der sozialen Ebene einzubringen. Zudem gilt es, auch Chancen wahrzunehmen. Diese liegen auf dem Gebiet des unternehmerischen Denkens und darin, für die Ergotherapie einzustehen. Das verlangt die Weiterentwicklung, Prüfung und Einführung innovativer Interventionen für Organisationen und Populationen und die Verbreitung der Kerndomäne der Ergotherapie als Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlergehen aller, was letztlich jeden Menschen betrifft.

3.9 Zusammenfassung

Dieses Kapitel ist eine Standortbestimmung der Ergotherapie in unserer heutigen Gesellschaft. Das Betätigen mit seinen Auswirkungen für die Gesundheit und das Wohlbefinden ist die Kerndomäne der Ergotherapie. Das Regenbogenmodell zeigt, dass sich neben den individuellen Faktoren, wie dem persönlichen Lebensstil und den sozialen Netzwerken, auch gesellschaftliche Faktoren, wie der Zugang zu Einrichtungen, sowie sozioökonomische und kulturelle Faktoren auf die Gesundheit der Menschen auswirken. Auch die Menschenrechte und das politische Bewusstsein der Ergotherapeuten spielen hier hinein.

Das Betätigen hat sowohl eine individuele als auch eine gesellschaftliche Perspectieve. Für die Ergotherapie sind beide Aspekte wichtig. Ergotherapeuten arbeiten zunehmend mehr im sozialen Rahmen in und mit Organisationen und mit den Menschen in Vierteln und Nachbarschaftsgemeinschaften.

Die großen gesellschaftlichen Trends stellen sich heute klar dar. Veränderungen laufen in hoher Geschwindigkeit ab und nicht alles ist vorhersehbar. Bei dem fortwährenden Wandel im Gesundheitswesen, Versorgungssystem, in Ausbildung und Arbeit kommt dem, was der Mensch in und mit seiner Umwelt tun kann, eine wachsende Bedeutung zu. Dies verlangt nach Ergotherapeuten, die für vulnerable Personen da sind, die Schwierigkeiten haben, die ihre Gesundheit im Stich lässt oder die nicht ausreichend befähigt sind, sich selbst oder anderen zu helfen. Dabei kommt der Zusammenarbeit eine große Bedeutung zu.

3.10 Literatuur

- Agree EM, Freedman VA, Cornman JC, Wolf DA, Marcotte JE. Reconsidering substitution in long-term care: when does assistive technology take the place of personal care? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 2005;60(5):272–280. doi: 60/5/S 272 [pii]
- Alleman J. Ongelijk Gezond - Aanbevelingen voor het lokaal niveau. Brussel: Koning Boudewijnstichting; 2012.
- Bass JD, Baum C, Christiansen CA, Haugen K. (2015) Environment factors Social determinants of health, social capital, and social support. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. 4. Aufl. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015:359–386.
- Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization 2010.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288(15):1909–1914.
- Boer-Vreeke K, Ven-Stevens L van de, Vroomen M, Eissens M. Profiel specialisatie hand-ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2014.
- Bohlmeijer E, Bolier L, Steeneveld M, Westerhof G, Walburg JA. (2013). Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak. In: Bohlmeijer E, Bolier L, Westerhof G, Walburg JA (Hrsg.). *Handboek Positieve Psychologie - Theorie, onderzoek, toepassingen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2013:17–38.
- Cardol M, Dekker S, Hilberdink S. Eigen regie in beeld gebracht - Nieuwe beroepscompetentie 'ondersteunen en versterken' in beeld. *Ergotherapie Magazine* 2015;43(34–39).
- Case-Smith J, Holland T, Lane A, White S. Effect of a coteaching handwriting program for first graders: one-group pretest-posttest design. *American Journal of Occupational Therapy* 2012;66(4):396–405. doi: 10.5014/ajot.2012.004333
- Chapparo C, Ranka J. Theoretical constructs. In: Whiteford G, Wright-St Claire V (Hrsg.). *Occupation & Practice in context*. Sydney: Elsevier, Churchill & Livingstone; 2005:51–71.
- Chorus A, Perenboom R, Hofstetter H, Stadlander M. Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronische aandoeningen. Leiden: TNO; 2013.
- Christiansen C, Baum C, Bass J. Health, Occupational Performance and Occupational Therapy. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. 2. Aufl. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015.
- Csikszentmihályi M. Flow: psychologie van de optimale ervaring. Amsterdam: Boom; 1999.
- Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2). Copenhagen: WHO; 2006.
- Dijk M van. Een enorme kans voor ergotherapeuten. Buurtzorgteams worden omgevormd tot Buurt-zorg+-teams. *Ergotherapie Magazine* 2014;42:32–35.
- Ferlander S. The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica* 2007;50(2):115–128.
- Fransen H, Kronenberg F. Ergotherapie gericht op sociaal-maatschappelijke veranderingen. In: Granse MI, Hartingsveldt MJ van, Kinébanian A (Hrsg.). *Grondslagen van de ergotherapie*. 3. Aufl. Amsterdam: Reed Business; 2012:149–172.
- Gommers I, Graff M, Leijenhorst A, Verstraten P. Profiel specialisatie ouderen-ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2016.
- Grandisson M, Hébert M, Thibeault R. A systematic review on how to conduct evaluations in community-based rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2014;36(4):265–275.
- Grujter M de, Nederland T, Stavenuiter M. Meedenkers aan het woord - Focusgroepen over 'Zorg voor Gezondheid in 2030'. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 2014.
- Harper D. Online etymology dictionary. <http://www.etymonline.com/index.php?term=health>
- Hartingsveldt M van, Houten J van den, Leij-Hemmen I van der, Velden M ten. Profiel specialisatie kinderergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2014.
- Hartingsveldt M van, Hengelaar R, Logister-Proost I. De praktijkcontext van de ergotherapeut beweegt mee met de veranderingen in zorg en welzijn. *Ergotherapie Magazine* 2015;43(3):40–46.
- Hassel DTP van, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten - Peiling 1 januari 2014. Utrecht: Nivel; 2014.
- HBO-raad. Voortrekkers in verandering - zorg en opleidingen -partners in innovatie. Den Haag: HBO-raad; 2013.
- Heijman A, Nes F van, Opstal S van, Kuiper C. Gezond Actief Ouder Worden; De ergotherapeut in de rol van groepsfacilitator. Wetenschappelijk tijdschrift voor Ergotherapie 2012;5(3):5–17.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine* 2010;7(7):859.
- Hoogervorst W, Zwieten M van. Opleiden tot flexibele zorgprofessionals - visiedocument curriculumontwikkelingen Amsterdam School for Health-professions. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2014.
- Houten, J. v. d., Kuiper C. (2012). Leren en werken. In: Granse MI, Hartingsveldt MJ van, Kinébanian A (Hrsg.). *Grondslagen van de ergotherapie*. 3. Aufl. Amsterdam: Reed Business; 2012:333–357.
- Huber M. Towards a new, dynamic concept of health. (PhD) Maastricht University, Driebergen; 2014.
- Huber M, Knottnerus AJ, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D, Smid H. How should we define health? *British Medical Journal* 2011;343:235–237.
- Huxhold O, Miche M, Schüz B. Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2014;69(3):366–375.
- Jansen M, Hajema K, Schefman S, Feron FHB. Eenzaam aan de onderkant: een studie naar ziekte, armoede en eenzaamheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2015;93(7):268–272.
- Kaljour M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Den Haag: Zorginstituut Nederland; 2015.
- Kinébanian A, Velde D van der. Oorsprong en ontwikkeling van het beroep. In: Granse MI, Hartingsveldt MJ van, Kinébanian A (Hrsg.). *Grondslagen van de ergotherapie*. 3. Aufl. Amsterdam: Reed Business; 2012.
- Kronenberg F, Pollard N, Sakellariou D. Occupational Therapy without borders. Vol 2: Towards an ecology of occupation based practices. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2011.
- Lammers M, Scholte R, Berdern R. Ergotherapie doet er toe. Amsterdam: SEO economisch onderzoek, im Auftrag von Ergotherapie Nederland; 2014.
- Lancet T. What is health? The ability to adapt. *The Lancet* 2009;373(9666):781.
- Melchior M. Schizofrenie bij migranten. *Medisch Contact* 2005;60(29/30):1234–1237.
- Nationaalkompas. Wat is sociale steun? 2014; <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/omgeving/leefomgeving/sociale-steun/wat-is-sociale-steun/>
- Nordqvist, C. What is Health? What does good health mean? 2015; <http://www.medicalnewstoday.com/articles/150999.php>
- Nussbaum MC. Creating capabilities. Harvard University Press 2011.

- Oyen H van, Denboosere P, Lorient V, Charafeddine R. Sociale ongelijkheden in gezondheid in België. Gent: Academia Press; 2011.
- Peeters G, Gellecum YR van, Uffelen JG van, Burton NW, Brown WJ. Contribution of house and garden work to the association between physical activity and well-being in young, mid-aged and older women. *British Journal of Sports Medicine* 2014;48(12):996–1001.
- Piškur B. Parents' role in enabling the participation of their child with a physical disability - Actions, challenges and needs. Maastricht University, Maastricht; 2015.
- Pol M, Nes F van, Hartingsveldt M van, Buurman B, Rooij SE de, Kröse B. (2014). Older people's perspectives regarding the use of sensor monitoring in their home. *The Gerontologist* 2014. doi: 10.1093/geront/gnu104
- Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L. Specifying the domain of concern: occupation as core. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:13–36.
- Polparoll. Polparol - Praatcafe in Leuven. 2016; <http://www.polparol.iseral.be/r/default.asp?ild=EEMHGID>
- Ramugondo E, Kronenberg F. Collective occupations: A vehicle for building and maintaining working relationships. Paper presented at the 15th World Congress of the World Federation of Occupational Therapists; 2010.
- RAND. EUROPE Europe's Societal Challenges - An analysis of global societal trends to 2030 and their impact on the EU. Brussel: European Union; 2013.
- Rivierenbuurt S. Stadsdorp Rivierenbuurt. Motto: van ideaal naar een stadsdorp dat staat. 2015; <http://www.stadsdorprievierenbuurt.nl/>
- RVZ. Gezondheid 2.0 - U bent aan zet. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010a.
- RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010b.
- RVZ. Het Chronic Care Model Achtergrondstudie bij het advies Bekwaam is bevoegd. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2011.
- RVZ. Regie aan de poort. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2012.
- RVZ. Het belang van wederkerigheid solidariteit gaat niet vanzelf! Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2013.
- RVZ. Met de kennis van later. Naar een toekomstgericht zorgbeleid. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2014.
- Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, Mullen EJ, Newhouse RP, Walker BB, Whitlock EP. Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice. *The Milbank Quarterly* 2009;87(2):368–390.
- Scaffa ME, Brownson C. Occupational therapy interventions: Community health approaches. In: Christiansen C, Baum C, Basshaugen J (Hrsg.). *Occupational therapy: performance, participation and well-being*. Thorofare NJ: Slack Inc; 2005.
- Scherder E, Eggermont L, Achterberg W, Plooi B, Volkers K, Weijenberg R, Blankevoort C. Pijn en bewegen in relatie tot cognitie en gedrag bij dementie. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie* 2009;40(6):270–278.
- Stel J van der. Definitie 'gezondheid' aan herziening toe. *Medisch Contact* 2016;23:18–19.
- Stelt O van der, Boubakri D, Feltzer M. Migranten, familiale kwetsbaarheid voor psychiatrische stoornissen en schizotypische persoonlijkheidskenmerken. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2014;56:496–504.
- Stultjens EMJ, Cup EHC, Zajec J, Hees S van. *Ergotherapiepraktijk CVA*. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Stronks K, Droomers M. Ongezonde armoede. Waarom arme mensen ongezond zijn en wat daaraan te doen is. In: Michon L, Slot J (Hrsg.). *Armoede in Amsterdam - een stadsbrede aanpak van hardnekkige armoede*. Amsterdam: Bureau Onderzoek en Statistiek; 2014.
- Thylenfors I, Persson O, Hellström D. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of interprofessional care* 2005;19(2):102–114.
- Tonkens E. Working with Arie Hochschild: connecting feelings to social change. *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society* 2012;19:194–218.
- Tonneijck HIM, Kinébanian A, Josephsson S. An exploration of choir singing: Achieving wholeness through challenge. *Journal of Occupational Science* 2008;15(3):173–180.
- Townsend EA, Cockburn L, Letts L, Thibeault R et al. *Enabling Social Change*. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being & justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:153–176.
- Townsend EA, Polatajko H. *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.
- Townsend EA, Trentham B, Clark J, Dubouloz-Wilner C, Pentland W, Doble S, Liberte Rudman D. *Enabling individual change*. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:135–152.
- Trentham B, Cockburn L. Promoting occupational therapy in a community health centre. In: Thew M, Edwards M, Baptiste S, Molineux M (Hrsg.). *Role emerging occupational therapy*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011:97–110.
- VerenigingHogescholen. Inspiratiebrief voor alle Hoger Gezondheidszorgopleidingen in Nederland. Den Haag: Sectoraal Advies College Hoger Gezondheidszorgonderwijs Vereniging Hogescholen; 2015.
- Verhoef J, Zalmstra A. *Beroepscompetenties Ergotherapie*. Utrecht: Lemma; 2013.
- Verschelling M, Sok K, Lucassen A, Gunst R. (2014) <https://www.movisie.nl/artikel/veranderende-verhouding-tussen-overheid-burgers>
- UN. Sustainable Development Goals - 17 goals to transform our world; 2015. doi: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- VolksgezondheidEnZorg. Levensverwachting: Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? Nationaal Kompas Volksgezondheid. 2014; <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/verschillen-sociaaleconomisch/>
- Vosters N, Petrina R, Heemskerck I. *Inclusief - werken aan zorg en welzijn voor iedereen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2013.
- Vromen I. I belong, therefore I do. Stories of three people with long-term mental health problems. Amsterdam; 2007.
- VWS. Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2011.
- Weeghel J van, Pijnenborg M, Veer J van 't et al. *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen*. Principes, perspectieven en praktijken. Bussum: Coutinho; 2016.
- WFOT. Position Statement Global Health: informing occupational therapy practice. 2014; <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/cid/43/Default.aspx>
- WFOT. WFOT Human Resources Project 2016: World Federation of Occupational Therapists; 2016.
- Whiteford G. Occupational Deprivation. In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. 2. Aufl. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2011:303–328.
- WHO. Definition Health. 1948; <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
- WHO. The declaration of Alma Ata. 1978; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf
- WHO. CBR A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities Joint Position Paper 2004. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43060/1/9241592389_eng.pdf
- WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Genève: World Health Organisation; 2005.
- WHO. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006; <http://www.who.int/disabilities/media/news/unconvention/en/>
- WHO. Towards Community-based Inclusive Development. 2010; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/9/9789241548052_introductory_eng.pdf?ua=1
- WHO. World report on disability. 2011; http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
- WHO. Research for universal health coverage: World health report 2013. <http://www.who.int/whr/2013/report/en/>
- WHO. WHO global disability action plan 2014–2021. 2014; <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>
- WHO. What are social determinants of health? 2015; http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
- Wilcock AA, Hocking C. *An occupational perspective on health* (3. Aufl.). Thorofare (NJ): Slack Incorporated; 2015.

4 Stützen und Stärken

Inka Logister-Proost, Marion Ammeraal

„Wenn die Gelegenheit nicht anklopft, bau' ihr eine Tür.“
Milton Berle (1908–2002)

Keywords

- vulnerable Personen
- Partizipation
- De-Institutionalisierung
- Selbstmanagement
- Eigenregie
- Empowerment
- Stigma
- Genesungsförderung
- Rehabilitation
- Erfahrungsexperten
- soziale Unterstützungssysteme
- Inklusion
- Sozialkundschafter
- psychische Vulnerabilität
- Abhängigkeit

Stellenangebot

Ergotherapeut (m/w), 20 Wochenstunden

Unsere Vision

Vulnerable Personen mit Behinderungen wollen am Leben in der Gemeinschaft aktiv partizipieren. Unsere Organisation, die „MIT“, denkt mit und hilft mit bei der Ausfüllung und Strukturierung des Lebens. Die Unterstützung durch die MIT erfolgt in jeder Lebensphase und in allen Lebensbereichen.

In Schwung bringen

„Tandem Support“ setzt sich für alle Menschen mit Behinderungen ein, die im Einzugsgebiet der „MIT Plus Groep en Rivierenland“ leben (Tiel und Umgebung). Zielgruppe sind Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung oder einer Sinnesorganstörung sowie mit Störungen aus dem autistischen Formenkreis.

Passen Sie zu uns?

Tandem Support sucht einen innovativen und kreativen Ergotherapeuten mit viel Eigeninitiative, der sein Spezialwissen für vulnerable Personen mit Behinderungen einsetzt, um sie beim Finden geeigneter Freizeitaktivitäten innerhalb der regulären Einrichtungen zu unterstützen.

Neugierig geworden?

Weitere Informationen zu dieser Stelle finden Sie unter ... (aus der Tageszeitung „De Gelderlander“, 16. September 2018)

4.1 Einleitung

Gesundheit ist „die Fähigkeit, sich an soziale, physische und emotionale Schwierigkeiten anzupassen und diesen Herausforderungen des Lebens begegnen zu können“ (Huber et al. 2011). Der Fokus der Gesundheitssysteme verschiebt sich bei dieser Definition von der Beseitigung medizinischer Fragestellungen hin zur Verbesserung des individuellen Funktionierens des Einzelnen. Das Gesundheitssystem ist auf die Förderung und Wiederherstellung des eigenständigen Funktionierens von Menschen in ihrer eigenen Umwelt ausgerichtet. Dabei stehen die Eigenregie und die Resilienz (Belastbarkeit, Widerstandskraft) des Individuums im Mittelpunkt (Kaljouw u. Vliet 2015).

Dies verlangt viel von den Menschen: Staat und Gesundheitsbehörden gehen davon aus, dass die Menschen über ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, dass sie bereit sind, sich zu verändern und sich auch kompetent genug fühlen (Selbstwirksamkeit). Aber was passiert, wenn ein Mensch nur unzureichend dazu in der Lage ist, sich anzupassen und das Heft selbst in die Hand zu nehmen? Ergotherapeuten und auch andere Berufsgruppen können dann gemeinsam mit Klienten, denen dies schwerfällt, stützende und stärkende Interventionen durchführen.

Ergotherapeuten greifen diese Komplexität auf. Sie suchen nach dem, was möglich ist und was dafür erforderlich ist. In diesem Kapitel wird erläutert, was Vulnerabilität oder Hilfsbedürftigkeit bedeutet. Es wird auch erläutert, in welchen Bereichen Stützen und Stärken möglich ist. Große Bedeutung kommt der Genesungsförderung zu. Sie hilft Professionals dabei, die richtige Einstellung und Herangehensweise zu finden. Hier werden auch verschiedene genesungsförderliche Maßnahmen und Ansätze vorgestellt, bei dem vom Erfahrungswissen oder von der Rehabilitation ausgegangen wird.

4.2 Vulnerable Personen

Es gibt keine eindeutige Definition der „Vulnerabilität“ oder „Schutz-“ oder „Hilfsbedürftigkeit“, da häufig erst die Summe aus verschiedenen Faktoren zu diesem Urteil führt. Ein aktiver Mensch kann manchmal vulnerabel sein und eine vulnerable Person manchmal aktiv. Allerdings gibt es auch eine Reihe von Merkmalen und Gruppen, die regelmäßig mit Vulnerabilität in Verbindung gebracht werden. Etwa 20 % der Bevölkerung in den Niederlanden gelten als „vulnerabel“, wobei durchaus mehrere Merkmale vorhanden sein können (Bijl et al. 2015).

Vulnerable Personengruppen und ihre Merkmale in den Niederlanden

Als vulnerabel gelten vor dem Gesetz in den Niederlanden Personen mit folgenden Merkmalen:

- körperliche Behinderung
- chronische psychische Störungen
- geistige Behinderung
- psychosoziale (und auch materielle) Schwierigkeiten
- Erziehungs- oder Entwicklungsprobleme
- Opfer häuslicher Gewalt
- (drohende) Ausgrenzung aufgrund der sexuellen Orientierung
- Mehrfachproblematiken (u. a. Sucht; Dam et al. 2011).

Und zusätzlich:

- Menschen ohne gültige Papiere (Flüchtlinge, Arbeitssuchende ohne Erlaubnis)
- (ehemalige) Häftlinge

Es stellt sich die Frage, inwieweit es sinnvoll ist, eine so heterogene Gruppe als Population zusammenzufassen und allumfassend als „vulnerabel“ einzuordnen. Die Wahrscheinlichkeit einer Vulnerabilität lässt sich auf der Basis einiger Risikofaktoren für jeden Bürger darstellen. Anhand folgender Aspekte kann eine Einteilung in die

Gruppen „vulnerabel“ und „sehr vulnerabel“ vorgenommen werden (NICIS 2011):

- eingeschränkte soziale Unterstützung: wenige relevante soziale Beziehungen
- geringe Resilienz: Die Belastung ist höher als die Belastbarkeit.
- wenig Möglichkeiten zur Eigenregie: Eigene Wünsche und Bedürfnisse können nur in geringem Umfang geäußert werden (Stalman u. Beltman 2014).
- verlorene Fähigkeit zur Selbsthilfe bei zugleich geringem Einkommen oder schlechter Ausbildung
- Die Vulnerabilität ist bei Jugendlichen und alleinstehenden älteren Menschen größer.
- In sozialen Brennpunkten leben relativ viele Menschen mit Risikofaktoren für Vulnerabilität.

Das bedeutet, dass der Grad der Vulnerabilität sehr stark von den persönlichen Umständen des einzelnen Klienten abhängt (Stalman u. Beltman 2014). Als protektive Faktoren bezeichnet man günstige Merkmale oder Bedingungen, die den Risikofaktoren entgegenstehen, wie etwa ein großes soziales Netzwerk, soziale Unterstützung, den Erhalt bedeutungsvoller Betätigungen und die Partizipation an kulturellen und gesellschaftlichen Organisationen.

Die ► Tab. 4.1 gibt einen Überblick über die Risikofaktoren und Schutzfaktoren, welche die Belastung und die Belastbarkeit und damit auch ihre Vulnerabilität beeinflussen.

Tab. 4.1 Faktoren der Belastung und der Belastbarkeit (Dekker et al. 2012).

Faktoren	Belastung: Risikofaktoren	Belastbarkeit: Schutzfaktoren
individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Ausbildung • Problemverhalten • Rigidität • negatives Selbstbild • chronische körperliche Erkrankung • psychische Erkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlösungskompetenz • soziale Kompetenz • Resilienz • positives Selbstbild • körperliche Gesundheit • psychische Gesundheit
soziale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung kranker Familienangehöriger • den Kindern wenig bieten können • pädagogische Schwierigkeiten • keine Entspannungsmöglichkeiten oder Hobbys • wenige soziale Kontakte • Geldsorgen/Schulden • Perspektivlosigkeit • keine gute Selbstversorgung • Schwierigkeiten mit Behörden • Sprachschwierigkeiten • schwere Haushaltsarbeiten • schlechte Wohnverhältnisse • eingeschränkte Mobilität 	<ul style="list-style-type: none"> • gesunde Familienangehörige • Annahme finanzieller Unterstützung • gute Entwicklung der Kinder • aktives Aktivitätsmuster und Zugang zu sportlichen, kulturellen und Erholungsaktivitäten • gute soziale Vernetzung • finanzielle Unabhängigkeit • Planung für die Zukunft • gesunder Lebensstil • Behördennutzung bei Bedarf • sprachlich gewandt • geteilte Verantwortlichkeiten • gute Wohnverhältnisse • Mobilität
gesellschaftliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Unklarheit über Einkommensunterstützung und Dienstleistungen • Bürokratie • fehlende Kreditwürdigkeit • geringe Qualität der Arbeit • keine guten Ausbildungschancen • (drohende) Arbeitslosigkeit • keine Aussicht auf bessere Arbeit • Diskriminierung und Stigmatisierung unter anderem wegen Armut 	<ul style="list-style-type: none"> • gut informiert • Vereinfachung der Antragsverfahren • Vereinfachung der Antragsverfahren (einschließlich Barkreditaufnahme) • inspirierende und befriedigende Arbeit • ausreichende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten • Kontinuität in der Lohnarbeit • Karriereaussichten • Toleranz und Gleichwertigkeit

Bei vulnerablen Personen wird der Professional etwas anders vorgehen, vor allem wenn mehrere Risikofaktoren gleichzeitig vorliegen (Dam et al. 2011). Zunehmend häufig wird hierfür ein Fragebogen zur Fähigkeit zur Selbsthilfe eingesetzt. Damit können Therapeuten, Vormunde und Untersucher des öffentlichen Gesundheitssystems, soziale Dienstleister und Personen aus vergleichbaren Arbeitsbereichen den Grad der Fähigkeit zur Selbsthilfe einfach und mit ausreichender Tiefe bestimmen.

Man tut als Ergotherapeut gut daran, sich klarzumachen, dass diese (große) Gruppe nicht nur aufgrund ihrer Vulnerabilität Unterstützung braucht, sondern wie alle anderen auch, die Dienste in Anspruch nimmt. Auch diese Personen kämpfen mit Betätigungsfragen etwa infolge einer (somatischen) chronischen Erkrankung, und auch bei ihnen nimmt die Vergreisung zu. Umgedreht weisen auch Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Demenz, Diabetes, Parkinson-Krankheit, COPD und Schlaganfall ein erhöhtes Risiko für eine (chronische) Depression auf (Maas u. Jansen 2000). Bei diesen Personen ist es wichtig, dass die Begleitung bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung einsetzt. Für die Betroffenen gilt, dass sich die Vulnerabilität auf der

- individuellen (Mikro-)Ebene (Kap. 4.2.1),
- auf der sozioökonomischen (Meso-)Ebene (Kap. 4.2.2) und
- auf der gesellschaftlichen (Makro-)Ebene (Kap. 4.2.3) äußert (Boumans 2012).

4.2.1 Vulnerabilität auf der individuellen (Mikro-)Ebene

Eine körperliche und psychosoziale Beeinträchtigung auf der individuellen Ebene kann z.B. Beschwerden wie Schmerzen, Müdigkeit, Angst oder Stimmungsschwankungen erzeugen (Boumans 2012). Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen sind in mehrerlei Hinsicht hilfsbedürftig. Abgesehen von der persönlichen Gesundheit kann auch das soziale Netz gestört sein. Häufig ist auch die Einkommenssituation schlechter, wenn sie aufgrund ihrer Erkrankung oder Beeinträchtigung zusätzliche Kosten zu bewältigen haben. In dieser Gruppe lebt etwa ein Viertel bis ein Drittel der Betroffenen vom Ersparten oder muss Schulden machen (Veer et al. 2013).

Bei der Mehrzahl der Menschen mit psychischen Störungen dauern die Beschwerden relativ kurz und die Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung sind relativ begrenzt. Liegen jedoch schwere psychische Erkrankungen vor, können die Beschränkungen auch langfristig sein (Couwenbergh et al. 2014). Ihre Lebenserwartung ist durchschnittlich um 15–20 Jahre kürzer als bei Menschen ohne psychische Erkrankungen, was u. a. einem Lebensstil mit Rauchen, schlechter Ernährung, Sucht, unzureichender Bewegung, langer Medikamenteneinnahme, unzureichender Wahrnehmung körperlicher Beschwer-

den und gesellschaftlicher Isolation geschuldet ist (Meeuwissen et al. 2016).

Man spricht bei einem niedrigen geistigen Funktionsniveau (IQ 50–69) in Kombination mit einem gestörten sozialen Anpassungsverhalten und einem lebenslangen Unterstützungsbedarf von einer leichten geistigen Behinderung. Wenngleich der Begriff der „leichten geistigen Behinderung“ suggeriert, dass es sich nur um eine geringe Beeinträchtigung handelt, entwickeln diese vulnerablen Personen oft ein schweres Problemverhalten. Die Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen ist erhöht, die Empfindlichkeit gegenüber den negativen Auswirkungen von Alkohol und Drogen ist hoch und sie geraten häufig früh mit Polizei und Justiz in Konflikt (Verlinden et al. 2009, Lieferink 2010).

In der westlichen Welt bedeutet Armut, nicht oder nur unzureichend für seine Bedürfnisse des Lebens wie gesunde Ernährung, guten Wohnraum, Zugang zum Gesundheitssystem und Partizipation aufkommen zu können. Ein Leben unterhalb der Armutsgrenze oder als Schuldner führt auf der individuellen Ebene zu Risiken wie Deprivation, soziale Isolierung, Obdachlosigkeit und Kriminalität (Jansen et al. 2015, Bruggen et al. 2010).

4.2.2 Vulnerabilität auf der sozioökonomischen (Meso-)Ebene

Auf sozioökonomischer Ebene fühlen sich knapp 10 % der Allgemeinbevölkerung sehr einsam. Menschen mit einem niedrigen Ausbildungsniveau haben weniger Anteil am Zusammenleben als Menschen mit höherer Bildung (Meulenkamp et al. 2013). Körperliche oder psychosoziale Beeinträchtigungen können dem (selbstständigen) Wohnen im Wege stehen. Durch derartige Beeinträchtigungen können Menschen Schwierigkeiten damit haben, eine Arbeit zu finden bzw. zu behalten oder ihren Tag in sinnvoller Weise auszufüllen. Zudem kann eine Behinderung die Pflege sozialer Kontakte und Beziehungen erschweren (Boumans 2012).

Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen fühlen sich häufiger einsam als der Durchschnitt der Bevölkerung (17 %; bei ausgeprägter Beeinträchtigung 28 %; Meulenkamp et al. 2013). Drei Viertel der Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen und Ältere empfinden, dass sie in ihrer Freizeit ausreichend beschäftigt sind und auch ausreichend soziale Kontakte haben. Dennoch würden 43 % der Betroffenen gerne öfters irgendwohin gehen. Etwa 18 % dieser Personen gehen einer Erwerbstätigkeit nach und 57 % kommen täglich vor die Tür. In der Allgemeinbevölkerung liegen diese beiden Werte bei 70 % bzw. 94 % (Meulenkamp et al. 2013).

Die meisten Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen leben mit anderen zusammen in einer eigenen Wohnung, doch ist der Partizipationsgrad niedrig und die Einsamkeit hoch (Trimbos-Instituut 2015). Vor allem auf dem Gebiet der körperlichen und psychischen

Gesundheit, der Beziehungen, der (Arbeits-)Partizipation und der persönlichen Erholung bleiben die Bedürfnisse dieser Menschen oft unerfüllt (Couwenbergh et al. 2014). Doch auch wenn sich die Umstände von Fall zu Fall unterscheiden, bleibt doch die Lebensqualität deutlich hinter der in der Normalbevölkerung zurück (Trimbos-Instituut 2015). Über 80 % verlassen täglich das Haus und treffen sich monatlich mit Freunden oder guten Bekannten. Meistens ist das soziale Netz kleiner als bei anderen Menschen und sie können weniger mit Hilfe aus diesem Kreis rechnen. Etwa 13 % befinden sich in psychiatrischer Obhut oder leben in einer Form des betreuten Wohnens. Knapp die Hälfte lebt allein und zwischen 66 und 75 % haben keinen Partner. Ungefähr 90 % gehen keiner bezahlten Arbeit nach und etwa die Hälfte verfügt über keine geordnete Tagesstruktur (Ploeg u. Griffioen 2011, Michon u. Weeghel 2008).

Ungefähr 75 % der Menschen mit einer geistigen Behinderung erhalten Unterstützung beim Wohnen und beim Transport, 82 % wird bei sozialen Kontakten und in ihrer Freizeit geholfen. Auch Familie, Freunde und Bekannte helfen in formloser Weise (Jansen u. Cardol 2010). Knapp 90 % gehen einer Tagesbeschäftigung, einer bezahlten Tätigkeit (bei sozialen Arbeitseinrichtungen oder regulären Arbeitgebern) oder einer unbezahlten Arbeit nach. 88 % leben in einer Wohnsiedlung, davon 32 % ohne andere Menschen mit geistigen Behinderungen. Etwa 10 % sind einmal im Monat in Vereinsstrukturen aktiv und nehmen an Ausgangsmöglichkeiten ohne andere Personen mit geistiger Behinderung teil (Ras et al. 2010).

Kinder, die in Armut leben, sind oft nicht in (Sport-) Vereinen angemeldet, richten keine Geburtstagsfeiern aus und fahren auch nicht in Urlaub. Es gibt auch nicht jeden Tag eine warme Mahlzeit. Viele Kinder haben nach der Schule noch einen (kleinen) Job und kaufen von dem Geld etwas für ihre Eltern zu essen oder kleine Extras.

Asylbewerber haben wenig Möglichkeiten einen Arbeitsplatz zu bekommen, und besonders gut ausgebildete Migranten müssen oft Arbeiten auf einem niedrigeren Niveau annehmen (Bakker 2016).

4.2.3 Vulnerabilität auf der gesellschaftlichen (Makro-)Ebene – durch alle Maschen

Die Gesellschaftsform beeinflusst den Grad, in dem vulnerable Personen ihr angehören und an ihr partizipieren können. Man denke etwa an die Organisation der sozialen Netze, die Anforderungen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt, das Bild in der Gesellschaft und die Stigmatisierungen (Boumans 2012).

Leidet eine auf Hilfe angewiesene Person zusätzlich unter einer Alkohol- oder Drogensucht, wird die Situation noch komplizierter. Ehemals Drogenabhängigen fällt es nach einem Aufenthalt in einer Entzugsklinik o. Ä. oftmals

schwer, ihr Leben wieder in die richtigen Bahnen zu lenken. Es zeigt sich, dass es eine tiefe Kluft zwischen der Intervention und der Nachsorge gibt. Die Betroffenen empfinden einen großen Mangel und fallen dadurch oft in ihr früheres Verhaltensmuster zurück. Viele Menschen mit normaler Intelligenz, die jedoch in ihrem Betätigen durch ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder eine Störung aus dem autistischen Formenkreis beeinträchtigt sind, partizipieren an der Gesellschaft ohne zusätzliche Unterstützung. Oft würden sie wohl von einem coachenden Partner oder Familienangehörigen sowie einer strukturierten Arbeit profitieren. Oftmals kommt es zu einer heimlichen Traurigkeit durch soziale Isolierung, Mobbing oder Meidung am Arbeitsplatz, oder es bestehen Schwierigkeiten, einem Gespräch angemessen zu folgen.

Jüngere Menschen mit leichter geistiger Behinderung bekommen nicht immer die geeignete Unterstützung und/oder Intervention, sodass auch ihre Störung nicht immer richtig erkannt wird (Lieferink 2010). Wegen des Wechsels in der Versorgung verlieren junge Menschen mit leichter geistiger Behinderung ihre Unterstützung, wenn sie 18 werden, und sind dann auf sich allein gestellt.

Die Stigmatisierung und der soziale Ausschluss spielen im Verhältnis zur psychischen Gesundheit auch eine große Rolle. Ein Leben voller Verluste und ungünstiger Umstände, wie etwa ein fehlender Schulabschluss oder ein fehlender (dauerhafter) Arbeitsplatz, erhöht die Gefahr für ein Abrutschen ins kriminelle Milieu, in Armut und Obdachlosigkeit und bedeutet eine geringere Lebenserwartung (Evans-Lacko 2014). In dieser Gruppe ist dann auch das Risiko für psychische Störungen und Sucht erhöht.

Kinder aus Familien mit einem Einkommen unterhalb der Armuts Grenze werden in der Schule häufig gemobbt, weil sie in Second-Hand-Kleidung oder No-Name-Marken herumlaufen. Viele dieser Familien kommen mit „Kleiderkammern“ o. ä. Einrichtungen zurecht und holen ihre Mahlzeiten bei der Armentafel. Aber auch diese stoßen an ihre Grenzen – die Nachfrage nach kostenloser Kleidung und Speisung ist inzwischen größer als das Angebot.

Flüchtlinge, die lange in Asylbewerberheimen bleiben, haben häufig psychische Schwierigkeiten, was vor allem an den eingeschränkten Rechten zur Partizipation und der ungewissen Zukunft liegt. Dies wirkt sich dann negativ auf ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt aus. Investitionen in Ausbildung und ein möglichst kurzer Verbleib in Flüchtlingsunterkünften erhöhen die Chancen der Betroffenen auf dem Arbeitsmarkt (Bakker 2016).

4.3 Entwicklungen in der Unterstützung vulnerabler Personen

Seit Jahrhunderten erfahren vulnerable Menschen Unterstützung. Im Mittelalter gab es spezielle Einrichtungen für Arme, „Verrückte“, Kranke oder Flüchtlinge. Diese hießen dann Armenhäuser, Irrenhäuser, Waisenhäuser usw.

Bis in die Mitte der 1950er-Jahre hielt man es für eine gute Idee, Strafgefangene, psychisch Kranke und geistig Behinderte außerhalb ihrer gewohnten Umwelt unterzubringen.

Diese Gruppen lebten oft zusammen in großen Einrichtungen, in denen für alles gesorgt wurde: Arbeit, Wohnen, Freizeit, soziale Kontakte. So konnten sie ohne den Stress der Gesellschaft zur Ruhe kommen und die Gesellschaft blieb von Personen mit schwierigem Verhalten „verschont“.

Der Ursprung des „Empowerment“-Konzeptes (Kap. 4.5.2) hängt mit dem Streben der sozial im Abseits stehenden Individuen und Gruppen nach Emanzipation zusammen. Im 20. Jahrhundert gab es „Empowerment“ bereits in der Bürgerrechtsbewegung in den USA und in der Frauenbewegung (Boumans 2012). Gegen Ende des 20. Jahrhunderts folgte dann die Bewegung der Deinstitutionalisierung, die zur Auflösung der großen Anstalten führte. Die ambulante Versorgung ermöglichte es, weitestgehend in der eigenen Umwelt zu wohnen, zu arbeiten und versorgt zu werden. Die Klienten galten fortan als Mitbürger, die Rechte haben und die zum gesamtgesellschaftlichen Leben dazugehören. Als Folge dieses Wandels in der Versorgung und Gesundheitspflege kam es zu Entwicklungen wie der Stärkung des ambulanten Sektors und der Umgestaltung der psychologischen und psychiatrischen Gesundheitsdienste. Das Ziel dieses Wandels ist die bessere und effektivere Versorgung und Unterstützung von Personen mit schweren und/oder langwierigen Erkrankungen bei der persönlichen und gesellschaftlichen Rehabilitation und beim Führen eines gesunden, sicheren und sozialen Lebens (Trimbos-instituut 2015). Die Intervention folgt mit Blick auf die Genesung wissenschaftlich validierten Ansätzen. Es gibt multidisziplinäre Leitlinien, die auf die Diagnose oder Zielgruppe, auf die Partizipation wie Arbeit und Lebensstil sowie auf die Organisationsformen wie FACT-Teams (Field Assessment Coordination Teams) und Wissensnetze gerichtet sind.

Mit dem im Jahre 2016 veröffentlichten Manifest für eine bessere psychische Gesundheitspflege erfolgte ein Aufruf zur Bündelung der vorhandenen Kräfte durch politische Parteien, regionale und kommunale Behörden, öffentliche Einrichtungen wie Schulen, Kirchen und Vereinigungen sowie durch Krankenversicherer, Gesundheitsunternehmen und medizinische Dienstleister mit folgenden Zielen (Vons 2016):

- frühzeitige Diagnose und Therapie psychischer Störungen bei jungen Menschen
- besondere Aufmerksamkeit für die körperliche Gesundheit psychisch und geistig behinderter Klienten
- verbesserte Lebensbedingungen für Personen mit einer psychisch begründeten Vulnerabilität
- zugängliche und angemessene psychische Versorgung
- effektivere Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen.

Die Entwicklungen in der niederländischen Gesundheitspflege, die durch veränderte demografische Entwicklungen, eine zunehmende Sensibilität für die Rechte der Klienten und verminderte finanzielle Möglichkeiten ausgelöst wurden (RVZ 2010a), verlangten nach Veränderungen in der Versorgung. Das Motto lautete weg von Krankheit und Pflege hin zu Gesundheit, Lebensstil und gesellschaftlicher Verantwortung. Vom Bürger wird erwartet, dass er – online oder in der realen Welt – an Gruppen partizipiert, die ihn bei seinen Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit, zur Wiedererlangung der Gesundheit oder beim Erlernen des Umgangs mit einer Erkrankung oder Beeinträchtigung unterstützen (RVZ 2010b). Innerhalb des Gesundheitswesens wird aktiv für das Selbstmanagement und das Empowerment plädiert. Doch inwieweit sind vulnerable Personen in der Lage, selbstständig und ohne die Gefahr von Ausgrenzung, Isolierung und Einsamkeit in ihrem Viertel zu wohnen? Erst Mobilität und Erreichbarkeit ermöglichen es, andere Menschen zu treffen.

Diese Entwicklungen knüpfen an die Aufgabe der Ergotherapie an, das Betätigen zu ermöglichen (enabling occupation). Jeder Mensch hat einen Anspruch auf bedeutungsvolles Betätigen in der eigenen Umwelt (Recht auf Betätigung, occupational justice). Der Klient kann im Verbund mit dem Ergotherapeuten und in Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Parteien seine Kräfte bündeln (empowerment), um dieses Recht auch durchzusetzen (Townsend u. Polatajko 2014). Ein Ergotherapeut kann sowohl in einer Klinik oder Praxis tätig sein, als auch selbst vor Ort wirken. Er kann auch innerhalb von Organisationen und Gemeinden aktiv sein und im Viertel mit ansässigen sozialen Organisationen und Versorgungsteams zusammenarbeiten. Das Stützen und Stärken ist sowohl mit einzelnen Personen und ihrem System als auch mit Organisationen und Populationen möglich.

4.4 Selbstmanagement

Im Gesundheitswesen hat das Thema der Selbstmanagement in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Dies liegt zum einen an dem gewachsenen Bewusstsein dafür, dass Menschen mit einer chronischen Erkrankung selbst eine große Rolle bei der Ausgestaltung ihres Lebens spielen. Diese erhöhte Aufmerksamkeit hat aber auch mit den Erwartungen hinsichtlich der Resultate des Selbstmanagements zu tun (Heijmans et al. 2015). So

führt das Selbstmanagement etwa zu einer höheren Lebensqualität oder zu einer vermehrten Autonomie bei Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die Versorgung verbessert sich, und zwar ohne dass die Kosten dafür steigen. Und auch der Gesellschaft kommt es zugute, wenn mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen im Arbeitsmarkt integriert sind oder wenn mehr chronisch kranke Ältere selbstständig wohnen bleiben können (Heijmans et al. 2015).

4.4.1 Was ist Selbstmanagement?

Selbstmanagement bedeutet, dass chronisch kranke Menschen die Wahl bekommen, inwieweit sie die Kontrolle über ihr Leben in der eigenen Hand behalten wollen und somit selbst die Richtung vorgeben, in der die verfügbaren Hilfen eingesetzt werden, um eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen bzw. zu erhalten: „Das Selbstmanagement ermöglicht es Menschen, eine oder mehrere chronische Erkrankungen optimal in ihr Leben zu integrieren. Dabei geht es um Symptome, Therapien, körperliche, psychische und soziale Folgen und entsprechende Anpassungen des Lebensstils“ (CBO 2014).

Zu den Unterbereichen des Selbstmanagements gehören der eigene Anteil an der Versorgung, das Leben mit der Krankheit, die Organisation von Pflege und Hilfe und das Erfahrungswissen (Timmermans u. Havers 2013).

Für den Klienten sind die Ziele des Selbstmanagements:

- durch Coaching die persönlichen angestrebten Ziele zu erreichen
- die Konzentrierung auf die Gesundheit („Kraft statt Klage“)
- die Risikofaktoren der Beschwerden kennen
- den Glauben an die eigenen Möglichkeiten stärken (Selbstwirksamkeit, self-efficacy)
- in der Lage zu sein, die eigene Lebensqualität zu verbessern.

4.4.2 Unterstützung des Selbstmanagements

Viele Menschen wissen sich selbst zu helfen, doch vulnerable Personen haben Unterstützung nötig. Die Verhältnisse zwischen Klient und Therapeut verändern sich, was ein kulturelles Umdenken erfordert (Kaljouw u. Vliet 2015). Von dem Klienten wird jetzt eine aktivere Rolle erwartet, während der Hilfsanbieter immer mehr zum Coach wird.

Nicht jeder ist in der Lage, für die eigene Gesundheit zu sorgen. Insgesamt haben in den Niederlanden 29% der Bevölkerung eine unzureichende Gesundheitskompetenz. Es fällt ihnen schwer, gesundheitsrelevante Informationen zu bekommen, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen, indem sie Entscheidungen im Hinblick auf ihre eigene Gesundheit fällen (RIVM 2014). Die Selbstorgani-

sation gelingt nur, wenn ein Mensch die verschiedenen Möglichkeiten, die er hat, versteht. Ein gutes Sprachverständnis ist eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Gesundheitskompetenz, die letztlich auch zu einer besseren Gesundheit führt. In den Niederlanden haben 1,3 Millionen Menschen so große Schwierigkeiten mit dem Lesen und Schreiben, dass dies direkte Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat. Personen mit einer solchen Lese- und Rechtschreibschwäche leben durchschnittlich 6 Jahre kürzer. Im Alter führt dies zu einem 1,5-fach erhöhten Sterberisiko (RIVM 2014). Diese Zahlen lassen sich auch auf Migranten und Flüchtlinge übertragen, welche die Sprache nur unzureichend beherrschen.

Personen mit einer Suchterkrankung oder Psychose negieren ihre Schwierigkeiten häufig. Oft bleiben Personen mit Depressionen oder Angstsymptomatik ohne Therapie, weil sie keine Hilfe suchen oder weil eine effektive Hilfe nicht immer verfügbar ist. Das zunehmende Interesse an der sog. Blended Care (internetbasierte Interventionen) führt zu einer Absenkung der Schwellenangst vor der Inanspruchnahme von Hilfe. Dabei werden reguläre psychotherapeutische Sitzungen mit Online-Interventionen wie Chats, Skype-Sitzungen, Online-Behandlungsmodulen und Online-Einblicken in die eigenen Krankenunterlagen kombiniert. Zudem hält auch die mobile Revolution in Form der Mobile Health – oder „mHealth“ – Einzug in die Versorgung. Über Tablet oder Smartphone kann ein Klient zeitlich und räumlich ungebunden Hilfe erhalten (Stil et al. 2016).

Personen mit leichter geistiger Behinderung neigen nicht selten zur Selbstüberschätzung. Das Thema Selbstorganisation richtet sich in diesen Fällen an die Eltern und gesetzlichen Vormunde dieser Menschen (EVN 2011).

Während die Beratungsorganisationen der Gesundheitspolitik in ihren Publikationen den Schwerpunkt vor allem auf das medizinische Selbstmanagement legen, richtet die Ergotherapie den Fokus mehr auf das emotionale Selbstmanagement und die Rolle des Selbstmanagements (Lorig u. Holman 2003, Satink 2016). Die Herausforderung in der Ergotherapie besteht darin, das Konzept des Selbstmanagements mit mehr Inhalt zu füllen (Hartingsveldt et al. 2011).

Dem Hilfsangebot entsprechend zu arbeiten bedeutet, zusammen mit dem Klienten die Möglichkeiten in seiner Umwelt zu erkunden und zu nutzen, wie etwa Familie und/oder Freunde, und zu bestimmen, inwieweit diese in der Lage sind, unterstützend tätig zu werden. Das heißt auch, Fähigkeiten, die der Klient zur Lösung seiner (zukünftigen) Schwierigkeiten nutzen kann, wahrzunehmen, zu erkennen und zu entwickeln. Dadurch entsteht ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und es wird für den Klienten einfacher, neue Dinge zu versuchen, kleine Risiken im Alltag einzugehen und wachsende Verantwortung zu übernehmen (Wohlschlegel et al. 2010).

Möglichkeiten zur Förderung von Selbstmanagement

Die Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) ist eine auf das Selbstmanagement ausgerichtete ergotherapeutische Methode. Das Selbstmanagement bessert sich, wenn jemand seine eigenen Ziele im Blick hat, einen Plan aufstellt, wie sie zu erreichen sind, und diesen wenn nötig anpasst. Es gibt für diese Intervention vielversprechende Evidenzen bei Erwachsenen und bei Kindern (Jokić et al. 2013).

Das Competencies for Poverty Reduction (COPORE) ist die organisatorische Bündelung aus Experten und einflussreichen Personen und gibt einen Überblick zu den Kompetenzen und Projektvorbildern im Hinblick auf die Armutsbekämpfung (Bruggen et al. 2010).

In den Niederlanden wurden auch Leitlinien für die psychiatrische und psychosoziale Betreuung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und Migranten entwickelt (Ventevogel et al. 2015).

Ein niederländisches Supervisionsinstitut schließlich ersann ein Fünf-Stufen-Modell, das Therapeuten und Teams bei der Anpassung ihrer Versorgung hilft, damit die Selbstmanagementhilfe zu einem festen Bestandteil in der Versorgung chronisch Kranker wird: den Klienten da abholen, wo er steht, ihn beraten, Absprachen treffen, unterstützen und arrangieren (CBO 2014).

Auch elektronische Gesundheitsmaßnahmen wie die Personal Health Records (PHR) und die elektronische Krankenakte tragen ihren Teil zum Selbstmanagement bei (NPCF 2009).

4.5 Genesung, Empowerment und Erfahrungswissen

Die Genesung kann nicht losgelöst vom Empowerment und dem Erfahrungswissen betrachtet werden. Die Genesung ist das Bindeglied zwischen der Erkrankung (Vulnerabilität) und dem normalen Leben. Das Empowerment hängt mit der Wiedererlangung der Eigenregie, der Stärkung des Selbstwertgefühls, der Selbstachtung und der Positionsstärkung von vulnerablen Personen zusammen. Die eigenen Erfahrungen stellen eine Erkenntnisquelle dar, mit der die Menschen selbst zu ihrer eigenen Genesung und auch zu der anderer beitragen können.

„Nach der Diagnose Schizophrenie fühlte ich mich abgeschrieben. Das war ein ganz schöner Schlag, umso mehr, als ich sehr ambitioniert war. Durch die Diagnose war ich jedoch nicht länger jemand mit einer Krankheit, sondern ich wurde zu dieser Krankheit. Ich lebte so, wie es dem Bild anderer von der Erkrankung entsprach. Ich tauschte meine Zukunft gegen eine, die diesem Bild entsprach. Doch viel stärker als die Symptome, bestimmte fortan die Diagnose mein Leben (Kole 2003, in Ploeg u. Griffoen 2015).“

4.5.1 Was bedeutet Erholung?

Während des Erholungsprozesses (wieder-)entdecken Menschen ihre (verloren geglaubten) Möglichkeiten zu einem erfüllten Leben mit oder ohne Krankheit. Sie erkennen, dass nur sie selbst die Bedeutung der Schwierigkeiten und Symptome infolge der gestellten Diagnose festmachen können. Dadurch können sie den Beschwerden einen Platz und eine Bedeutung im Gesamtkontext ihres Lebens zuteilen (Boertien u. Bakel 2012).

Die immer noch verbreitete Definition der Genesung stammt von Anthony:

„Genesung ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und/oder Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Beeinträchtigungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Genesung beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die folgenschweren Auswirkungen der Krankheit hinauswächst“ (Couwenberg et al. 2014).

Es geht darum, das eigene Leben in den Griff zu haben und die eigenen Möglichkeiten und Kraftquellen anzupapfen. Genesung ist eine positive Lebensweise, von der Stressanfälligkeit hin zur aktiven Selbstorganisation. Es geht darum, ein vollwertiges Leben mit sinnvollen Aktivitäten, sozialen Beziehungen und Eingebundenheit innerhalb der Gesellschaft zu führen (Couwenberg et al. 2014).

Die Genesung ist nicht allein der Rückgang von Beschwerden und Symptomen (medizinische Perspektive). Es geht auch um den allmählichen Identitätswechsel vom Patienten hin zum normalen Mitbürger (soziale Perspektive).

Man unterscheidet vier Formen der Genesung (► Tab. 4.2), die keiner Hierarchie folgen, aber einander beeinflussen. Der Ergotherapeut bietet seine Unterstützung für alle vier Formen an.

Aus der Klientenperspektive bedeutet die persönliche Genesung eine Veränderung der Haltung, der Wertigkeit, der Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und Rollen, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und bedeutungsvolles Leben zu führen, und zwar trotz der Kämpfe mit der chronischen Erkrankung oder den Schwierigkeiten infolge einer geistigen Behinderung (Weeghel et al. 2016).

Die Ergotherapie knüpft mit der Integration der medizinischen und sozialen Perspektive daran an. Der Fokus liegt auf den Aktivitäten, den tatsächlichen Betätigungen, der sozialen Partizipation und der Erzeugung einer Umwelt, welche die Teilhabe an Betätigungen fördert. Die Klienten mögen neue Hoffnung schöpfen und über die Erkrankung hinausblicken, um ein neues Selbst zu erzeugen, die sozialen Rollen ausweiten und soziale Beziehungen pflegen, den Umgang mit den Symptomen lernen, der Stigmatisierung entgegenwirken und als Bürger leben. Dies alles sind Elemente, welche einer Genesung förderlich sind und mit der Teilhabe am Betätigen in Zusammenhang stehen (Krupa et al. 2009).

Möglichkeiten zur Förderung von Selbstmanagement

Die Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) ist eine auf das Selbstmanagement ausgerichtete ergotherapeutische Methode. Das Selbstmanagement bessert sich, wenn jemand seine eigenen Ziele im Blick hat, einen Plan aufstellt, wie sie zu erreichen sind, und diesen wenn nötig anpasst. Es gibt für diese Intervention vielversprechende Evidenzen bei Erwachsenen und bei Kindern (Jokić et al. 2013).

Das Competencies for Poverty Reduction (COPORE) ist die organisatorische Bündelung aus Experten und einflussreichen Personen und gibt einen Überblick zu den Kompetenzen und Projektvorbildern im Hinblick auf die Armutsbekämpfung (Bruggen et al. 2010).

In den Niederlanden wurden auch Leitlinien für die psychiatrische und psychosoziale Betreuung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und Migranten entwickelt (Ventevogel et al. 2015).

Ein niederländisches Supervisionsinstitut schließlich ersann ein Fünf-Stufen-Modell, das Therapeuten und Teams bei der Anpassung ihrer Versorgung hilft, damit die Selbstmanagementhilfe zu einem festen Bestandteil in der Versorgung chronisch Kranker wird: den Klienten da abholen, wo er steht, ihn beraten, Absprachen treffen, unterstützen und arrangieren (CBO 2014).

Auch elektronische Gesundheitsmaßnahmen wie die Personal Health Records (PHR) und die elektronische Krankenakte tragen ihren Teil zum Selbstmanagement bei (NPCF 2009).

4.5 Genesung, Empowerment und Erfahrungswissen

Die Genesung kann nicht losgelöst vom Empowerment und dem Erfahrungswissen betrachtet werden. Die Genesung ist das Bindeglied zwischen der Erkrankung (Vulnerabilität) und dem normalen Leben. Das Empowerment hängt mit der Wiedererlangung der Eigenregie, der Stärkung des Selbstwertgefühls, der Selbstachtung und der Positionsstärkung von vulnerablen Personen zusammen. Die eigenen Erfahrungen stellen eine Erkenntnisquelle dar, mit der die Menschen selbst zu ihrer eigenen Genesung und auch zu der anderer beitragen können.

„Nach der Diagnose Schizophrenie fühlte ich mich abgeschrieben. Das war ein ganz schöner Schlag, umso mehr, als ich sehr ambitioniert war. Durch die Diagnose war ich jedoch nicht länger jemand mit einer Krankheit, sondern ich wurde zu dieser Krankheit. Ich lebte so, wie es dem Bild anderer von der Erkrankung entsprach. Ich tauschte meine Zukunft gegen eine, die diesem Bild entsprach. Doch viel stärker als die Symptome, bestimmte fortan die Diagnose mein Leben (Kole 2003, in Ploeg u. Griffioen 2015).“

4.5.1 Was bedeutet Erholung?

Während des Erholungsprozesses (wieder-)entdecken Menschen ihre (verloren geglaubten) Möglichkeiten zu einem erfüllten Leben mit oder ohne Krankheit. Sie erkennen, dass nur sie selbst die Bedeutung der Schwierigkeiten und Symptome infolge der gestellten Diagnose festmachen können. Dadurch können sie den Beschwerden einen Platz und eine Bedeutung im Gesamtkontext ihres Lebens zuteilen (Boertien u. Bakel 2012).

Die immer noch verbreitete Definition der Genesung stammt von Anthony:

„Genesung ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und/oder Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Beeinträchtigungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Genesung beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die folgenschweren Auswirkungen der Krankheit hinauswächst“ (Couwenberg et al. 2014).

Es geht darum, das eigene Leben in den Griff zu haben und die eigenen Möglichkeiten und Kraftquellen anzupapfen. Genesung ist eine positive Lebensweise, von der Stressanfälligkeit hin zur aktiven Selbstorganisation. Es geht darum, ein vollwertiges Leben mit sinnvollen Aktivitäten, sozialen Beziehungen und Eingebundenheit innerhalb der Gesellschaft zu führen (Couwenberg et al. 2014).

Die Genesung ist nicht allein der Rückgang von Beschwerden und Symptomen (medizinische Perspektive). Es geht auch um den allmählichen Identitätswechsel vom Patienten hin zum normalen Mitbürger (soziale Perspektive).

Man unterscheidet vier Formen der Genesung (► Tab. 4.2), die keiner Hierarchie folgen, aber einander beeinflussen. Der Ergotherapeut bietet seine Unterstützung für alle vier Formen an.

Aus der Klientenperspektive bedeutet die persönliche Genesung eine Veränderung der Haltung, der Wertigkeit, der Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und Rollen, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und bedeutungsvolles Leben zu führen, und zwar trotz der Kämpfe mit der chronischen Erkrankung oder den Schwierigkeiten infolge einer geistigen Behinderung (Weeghel et al. 2016).

Die Ergotherapie knüpft mit der Integration der medizinischen und sozialen Perspektive daran an. Der Fokus liegt auf den Aktivitäten, den tatsächlichen Betätigungen, der sozialen Partizipation und der Erzeugung einer Umwelt, welche die Teilhabe an Betätigungen fördert. Die Klienten mögen neue Hoffnung schöpfen und über die Erkrankung hinausblicken, um ein neues Selbst zu erzeugen, die sozialen Rollen ausweiten und soziale Beziehungen pflegen, den Umgang mit den Symptomen lernen, der Stigmatisierung entgegenwirken und als Bürger leben. Dies alles sind Elemente, welche einer Genesung förderlich sind und mit der Teilhabe am Betätigen in Zusammenhang stehen (Krupa et al. 2009).

Tab. 4.2 Vier Formen der Genesung (nach Stel 2013 und Plooy u. Droës 2011).

	Prozess	Interventionsmöglichkeiten	Ergebnis
klinische Genesung	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheit allmählich verstehen • Verständnis für die Symptomatik 	<ul style="list-style-type: none"> • medizinische Behandlung, kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation • Selbstmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion und Remission der Symptome, nach Möglichkeit Heilung
funktionelle Genesung	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des psychosozialen, praktischen und kulturellen Funktionierens 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment in der eigenen Umwelt, Training vor Ort, Kompensationen, Anpassungen (Aufgabe/Umwelt), Beachtung exekutiver Funktionen und der Selbstregulation 	<ul style="list-style-type: none"> • tägliche Routinen, Wiedereinnahme der Rollen, Erreichen der gesetzten Ziele
persönliche Genesung	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Geschichte machen • Empowerment, Erweiterung des Erfahrungswissens 	<ul style="list-style-type: none"> • man heilt sich selbst • Selbsthilfegruppen • Arbeitsgruppen • Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • persönliche Identität, Selbstvertrauen, Sinngebung
soziale Genesung	<ul style="list-style-type: none"> • den Alltag zu Hause und in der Gesellschaft in Angriff nehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitation, • Entstigmatisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Lage in Bezug auf Wohnung, Arbeit, Einkommen und soziale Beziehungen, • Entstigmatisierung

Tab. 4.3 Genesungsförderliche und -hemmende Faktoren (Ploeg u. Griffioen 2015).

Art der Faktoren	Wichtige Beispiele
genesungsförderliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • akute Stabilisierung im Krisenfall • (Zugang zu) den richtigen Interventionen und Therapien • Erfüllung der Grundbedürfnisse • Hoffnung • Akzeptanz • soziale Kompetenzen • Mut zum Risiko • finanzielle Sicherheit • Spiritualität
genesungshemmende Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Erfüllung der Grundbedürfnisse • Substanzmissbrauch • Scham • traumatische Erlebnisse • mangelndes Vertrauen • Gefühle der Hoffnungslosigkeit bei wichtigen Bezugspersonen • Annahme eines Stigmas, fehlender Glaube an die Möglichkeiten • Laissez-faire-Haltung in der Versorgung

Im Hinblick auf die funktionelle Genesung ist der Blick auf die exekutiven Funktionen und die Selbstregulation bei der Ausführung komplexer, zielgerichteter Aufgaben im täglichen Leben, wie Arbeit und Haushaltsführung, wichtig (Cramm et al. 2013, Stel 2013).

Eine Vulnerabilität infolge von ADHS, Autismus, Psychose, Demenz oder einer erworbenen Hirnschädigung ist oft mit einer Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen verbunden. Für eine funktionelle Genesung ist es wichtig, bei der Analyse von Fragen im Hinblick auf das Betätigen diese im Auge zu behalten. Der Klient kann zusammen mit dem Ergotherapeuten festhalten, wie er damit innerhalb seiner persönlichen und gesellschaftlichen Umwelt umgehen kann (► Tab. 4.3). Die funktionelle Ge-

nesung hilft bei der sozialen und persönlichen Genesung. Für den Klienten und die Professionals sollte erkennbar sein, was der Ergotherapeut auf diesem Gebiet anzubieten hat (Cramm et al. 2013). Die Inventarisierung von Stärken und Beeinträchtigungen der exekutiven Funktionen ist für die Ausgestaltung der Interventionen im Hinblick auf Wohnfertigkeiten wichtig (Ammeraal u. Coppers 2012).

Es gibt keinen absoluten Schlussstrich unter einen Genesungsprozess. Der Klient bewertet das Resultat selbst. Der Prozess von dem, was früher einmal war, zu dem, was jemand in der (nahen) Zukunft können oder werden möchte, verlangt auch die Akzeptanz von Beeinträchtigungen (Nuy 2003).

4.5.2 Was bedeutet „eigene Stärke“ (Empowerment)?

Durch die eigene Stärke erlangt eine Person die Kontrolle über die Faktoren, welche Anteil an ihrer Lebensqualität haben. Eine professionelle Beziehung, in welcher der Klient die Kontrolle über seinen Veränderungsprozess behält, führt zum Empowerment. Der Klient bestimmt die Zielsetzungen und die Mittel, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen (Tengland 2008).

„Empowerment ist ein Prozess der Stärkung, in dem Individuen, Organisationen und Populationen ihre eigene Situation in der eigenen Umwelt in den Griff bekommen, indem sie Kontrolle erlangen, das kritische Denken trainieren und zur Partizipation angeregt werden“ (Regenmortel 2009).

Empowerment bedeutet „befähigen“ oder „in die Lage versetzen“. Hindernisse werden ausgeräumt, damit sich die eigene Stärke entfalten kann. Es kann dabei um persönliche Hindernisse gehen, die in den Menschen selbst stecken. Doch gibt es auch implizite Hindernisse, die durch Vorurteile, Hilfeleistungen und die sozialen Umstände entstehen. Empowerment hängt auch stark mit den emanzipatorischen Bewegungen zusammen, die den ehemals ausgeschlossenen Menschen eine Stimme geben möchten. Durch Empowerment bestimmen die Menschen wieder mehr über Angelegenheiten, die früher für sie bestimmt wurden (Boumans 2012). Wichtig ist, dass man Empowerment nicht erhalten kann, sondern es sich selbst aneignet. Es ist interaktiv und spielt sich auf drei Ebenen ab, die untereinander verbunden sind (Kap. 4.2):

- die individuelle (Mikro-)Ebene (Kap. 4.2.1)
- die sozioökonomische (Meso-)Ebene (Kap. 4.2.2)
- die gesellschaftliche (Makro-)Ebene (Kap. 4.2.3; Boumans 2012, Regenmortel 2009).

Die Ermöglichung von Veränderungen setzt eine Zusammenarbeit auf allen drei Ebenen voraus (► Tab. 4.4).

4.5.3 Erfahrungswissen

Dienstag, 29.3.2018 – Thementag „Nachhaltige Versorgung“

In unserer Psychiatriewoche veranstalten wir einen Thementag über „Nachhaltige Versorgung“. In diesem Rahmen können Sie sich eine Reihe von positiven Geschichten aus dem Mund von „Erfahrungsexperten“ anhören.

Maria Jansen wird uns kurz über den Zusammenhang zwischen Genesung, Rehabilitation, Erfahrungswissen und nachhaltiger Versorgung aufklären.

Paula Fries berichtet darüber, wie sie als Erfahrungskundige an ihren Ergotherapeuten gelangt ist und wie sie gemeinsam an ihrem Wunsch gearbeitet haben, dass sie aktiv in der psychosozialen Beratungsstelle mitarbeiten könne. Im Anschluss schildert uns ein Sozialarbeiter, was aus seiner Sicht die nachhaltige Versorgung ist.

Wir möchten Sie ganz herzlich dazu einladen, diesen lehrreichen Mittag mit uns zu verbringen!

Wenn jemand etwa miterlebt, wie eine nahestehende Person stirbt, hat er dazu Erfahrungen gesammelt. Damit ist er jedoch noch kein Experte für Trauerarbeit. Erfahrung ist nicht dasselbe wie Erfahrungswissen.

Erfahrungswissen bezeichnet das Wissen und die Erfahrung darüber, wie jemand mit bestimmten Fragen in Bezug auf eine Erkrankung, psychiatrische Probleme, geistige Behinderung, Armut und Obdachlosigkeit usw. umgeht.

„Erfahrungswissen ist die Fähigkeit, andere Personen aufgrund der eigenen Genesungsgeschichte bei ihrer Genesung zu unterstützen“ (Boertien u. Bakel 2012).

Tab. 4.4 Verschiedene Ebenen des Empowerments (Boumans 2012).

gesellschaftliche Ebene (Makroebene)	Gesellschaft und Sozialpolitik, die strukturelle Mechanismen der sozialen Ausgrenzung bekämpft und sich auf die soziale Teilhabe aller konzentriert (Partizipation und soziale Eingliederung).
Organisations-Ebene (Mesoebene)	Erhöhung der Partizipations- und Entscheidungskompetenz der Menschen in diesen Organisationen
individuelle Ebene (Mikroebene)	Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten und Stärken, seine Umwelt zu beeinflussen und somit sein Leben zu gestalten. Diese Form wird auch als psychologisches Empowerment bezeichnet. <ul style="list-style-type: none"> • intrapersonale oder Selbsterfahrungskomponente: der Glaube an die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, das Vertrauen und der Wille, die persönliche Situation zu beeinflussen • zwischenmenschliche (interpersonelle) oder interaktive Komponente: kritisches Bewusstsein für soziale Möglichkeiten, Normen und Mittel, Fähigkeiten, diese zu nutzen, Mobilisierung von Quellen • Verhaltenskomponente: Engagement in der Gemeinschaft, Partizipation im sozialen Rahmen, konstruktives Verhalten im Umgang mit neuen Situationen und beim Treffen von Entscheidungen

Erfahrungsexperten vermitteln anderen Klienten, Helfern, Beamten, Entscheidungsträgern und auch Studierenden oder Schülern ihr Wissen durch Aufklärung und Trainings. Sie beteiligen sich an wissenschaftlichen Untersuchungen, bieten Klienten ihre Unterstützung an und betätigen sich in zunehmendem Maße als Teile von Therapeutenteams.

Erfahrungsexperten werden vor allem beim Assertive Community Treatment (ACT), in flexiblen ACT-Teams (FACT-Teams) und z.B. in Kriseninterventionsteams (s. Kasten „Woran erkennt man einen Professional für den Genesungsprozess“). Diese Experten haben sich in den Niederlanden zu einer Gruppe zusammengeschlossen (Vakvereniging voor Ervaringsdeskundige Werkers, VVEW), die sich für Arbeitsbedingungen, Funktionsprofile und Aufgabenbeschreibungen einsetzt. Gemeinden und soziale Einrichtungen bedienen sich in zunehmendem Maße der Mitarbeit von Erfahrungsexperten, da sie in niederschwelliger und präventiver Weise bei den Themen Genesung und Partizipation helfen können.

In den Niederlanden gibt es verschiedene Ausbildungsmöglichkeiten für Erfahrungsexperten. Es wird auch für eine finanzielle Vergütung für diese Tätigkeiten geworben (offizielle Gehaltseinstufung).

4.5.4 Unterstützung von Genesung und Empowerment

Die Genesungsprozesse verlaufen bei den Menschen unterschiedlich. Bei der Unterstützung der Genesung geht es darum, das richtige Gleichgewicht zwischen der Therapie und der Unterstützung bei der Wiedererlangung der Gesundheit, der Identität und der gesellschaftlichen Funktionen oder Rollen zu finden. Was dabei im Vordergrund steht, hängt von der jeweiligen Person ab und welche Reihenfolge bei der Genesung von ihr priorisiert wird. Begleitung und Versorgung stehen ganz im Dienst des Genesungsprozesses des Klienten und verfolgen das Ziel, dem Klienten weitestmöglich dabei zu helfen, dass er sich selbst zu helfen vermag. Beteiligt sind hierbei Leidensgenossen, Familie und Freunde, Erfahrungsexperten, gesellschaftliche Einrichtungen, das öffentliche Gesundheitswesen sowie die spezielle psychologische und psychiatrische Versorgung (Ploeg u. Griffoen 2015).

Diese sowohl für Einrichtungen als auch für Mitarbeiter einschneidenden Veränderungen führen auch zur Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, wie etwa Wohnkooperativen, soziale Organisationen und Nachbarschaftsverbände.

Für eine Unterstützung der Genesung ist es erforderlich, nach den vorhandenen Qualitäten zu schauen (statt nach dem, was nicht da ist), sich aufmerksam die Wünsche des Klienten anzuhören und an die Stärke des Klienten zu glauben. Dabei bedient man sich auch inspirierender und hoffnungsvoll stimmender Erfahrungsberichte. Dazu gehören das Zeigen von Respekt während der Zusammenarbeit, die Ermutigung zur Selbstorganisation, das Mitdenken über soziale Kontakte sowie Organisationen, die für den Klienten wichtig sein könnten (Ploeg u. Griffoen 2015). Die Unterstützungsbedürfnisse von Menschen mit einer psychischen Erkrankung beziehen sich besonders auf die Bemühungen hinsichtlich der persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Genesung (Taam 2010).

Woran erkennt man einen Professional für den Genesungsprozess?

- strahlt Hoffnung und Optimismus aus
- ist aufmerksam anwesend (präsent), zurückhaltend und respektvoll
- richtet seinen (professionellen) Bezugsrahmen nach dem Heilungsprozess des Klienten aus
- bietet Freiräume an und unterstützt, wenn nötig, die Entwicklung der eigenen Geschichte des Klienten
- erkennt und stimuliert die Stärke des Klienten (empowerment)
- erkennt, nutzt und stimuliert das Erfahrungswissen des Klienten (peer support)
- erkennt, nutzt und stimuliert die Unterstützung des Klienten durch wichtige andere Personen (z. B. Familie und Freunde)
- strebt nach einer Verringerung des Leidens und nach einer Vergrößerung der eigenen Stärke (Ploeg u. Griffoen 2015).

Elemente des Empowerments sind:

- Ein Ziel ist die Erweiterung des Lebensbereichs, d. h., inwieweit eine Person im Austausch mit anderen dem eigenen Leben eine Form verleihen kann.
- Ein Mittel dazu ist das Anbieten von Strategien, Möglichkeiten der Zusammenarbeit, Unterstützungs- und Hilfsquellen und Instrumenten, mit deren Hilfe es möglich ist, die eigenen Lebensbereiche auszufüllen. Dadurch erhöhen sich die Chancen für Begegnung, Entfaltung und Partizipation.
- Es wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der auch Platz für Gespräche, Initiativen auf verschiedenen Ebenen und ausreichende Angebote schafft.
- Die Voraussetzung ist das Erkennen der eigenen Möglichkeiten und Beeinträchtigungen (Boumans 2012).

Power!

Jugendliche mit nicht westlichem Hintergrund haben wenigstens so viele psychische Schwierigkeiten wie Jugendliche unseres Kulturkreises bei einer im Erwachsenenalter höheren Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung von Psychosen. Besonders Jugendliche mit marokkanischer oder türkischer Herkunft werden von jugendpsychiatrischen Einrichtungen nicht gut erreicht. Eine mögliche Ursache dafür ist, dass das Angebot und die Organisation der Hilfen nicht genügend auf die kulturellen Hintergründe dieser Zielgruppe zugeschnitten sind.

POWER ist ein im Trimbos-Institut entwickelter Ansatz für Jugendliche mit Migrationshintergrund (12–18 Jahre). Er zielt auf die Entwicklung und Ausweitung des Gefühls der persönlichen Kontrolle über das eigene Leben und die eigene Umwelt.

Zudem wird an den Problemlösungsfähigkeiten, den sozialen Kompetenzen und der Selbstsicherheit der Ju-

gendlichen gearbeitet, wodurch sich ihre Zukunftsaussichten verbessern. Die Jugendlichen werden sich ihrer Kräfte bewusst und lernen, sie für ihre eigene Position einzusetzen.

Bei der Genesung und dem Empowerment geht es darum, was die Betroffenen selbst und auch miteinander tun können, um ihrem Leben eine günstigere Wendung zu geben. Sie können sich durch das Teilen der eigenen Genesungserfahrung gegenseitig unterstützen und motivieren. Es ist daher wichtig, dass die Programme, in deren Mittelpunkt das Erfahrungswissen steht, einen eigenen Platz im Rahmen der Unterstützungsangebote erhalten (Couwenbergh et al. 2014). Der Ergotherapeut klärt seine Klienten über diese Möglichkeiten auf und kann dann den Kontakt zu Erfahrungsexperten herstellen.

4

Empowerment durch Erfahrungsexperten

Die Teilhabe an Gruppen mit Leidensgenossen hat bei psychiatrisch Kranken einen günstigen Einfluss auf das Empowerment und die Lebensqualität mit einem zudem günstigen Verlauf der Symptomatik, sofern sie mindestens an der Hälfte der Sitzungen teilgenommen haben (Michon u. Weeghel 2008).

Das Team Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE; Heilung, Empowerment und Erfahrungswissen) hat sich die Verbesserung der Versorgung und Therapie von Menschen mit psychischen Störungen zur Aufgabe gemacht. Es werden eigene Erfahrungen eingesetzt, sodass die Menschen in RehaMaßnahmen sich selbst helfen können. Man kann davon ausgehen, dass HEE auch für andere vulnerable Gruppen ein nützlicher Ansatz ist.

Im Jahre 1997 entwickelte Copeland den Wellness Recovery Action Plan (WRAP), dessen Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte. WRAP unterstützt die individuelle Genesung und die Eigenregie im Leben bei Personen mit oder ohne psychiatrische Erkrankungen. Krankheiten und Schwierigkeiten werden dabei nicht negiert, sondern aus einem anderen Blickwinkel betrachtet, dem fünf Schlüsselbegriffe zugrunde liegen: Hoffnung, persönliche Verantwortung, eigene Entwicklung, Eintreten für sich selbst und Unterstützung. Vulnerable Personen erstellen bei WRAP

selbst ihren Genesungsplan und lassen sich dabei von Helfern mit Erfahrungswissen unterstützen (Boertien u. Bakel 2012).

Eine psychosoziale Beratungsstelle bietet Kurse rund um verschiedene Themenbereiche auf dem Gebiet der psychischen Genesung und der Stärkung der Position von Menschen mit schweren psychischen Störungen und deren Angehörigen an. Die Organisatoren und Kursleiter sind Erfahrungsexperten.

Die Ergebnisse belegen, dass diese Kurse einen positiven Effekt auf wichtige Elemente des Heilungsprozesses haben, wie etwa Empowerment, Hoffnung, (Selbst-)Vertrauen und zielgerichtetes Coping. Förderlich ist dabei, dass es über die Beratungsstellen und deren Angebote viel gegenseitige Unterstützung gibt. Die Gruppenmitglieder verbindet ein starkes Band und das Teilen der Erfahrungen führt zu Gefühlen der Sicherheit, Anerkennung und des Verständnisses. Die Einrichtung von Beratungsstellen fördert die Partizipation der Klienten und der nächsten Angehörigen in lokalen und regionalen Netzwerken (Ministerie VWS 2015, Couwenberg et al. 2014).

Der Kurs „Heilen kannst du dich selbst“ spricht wesentliche Aspekte des Heilungsprozesses bei schweren psychiatrischen Störungen an (Brouwers 2009).

4.5.5 Ergotherapie und Genesungsförderung

Es ist wichtig, dass der professionelle Helfer, also auch der Ergotherapeut, den Umgang mit externen und internen Netzwerken beherrscht und dieses Wissen mit anderen Helfern, Pflegern, Angehörigenpflegern und Bürgern, die für die Versorgung von Klienten eine Rolle spielen, teilt. Ein Professional kann gemeinsam mit dem Klienten zum persönlichen Plan- und/oder Netzwerkentwickler werden. Professionelle Helfer sollten sich der Grenzen der formalen Versorgung und der zunehmenden Relevanz der informellen Versorgung bewusst sein und z. B. Wissen über soziale Interventionen vermitteln, die informelle Unterstützung ermöglichen und/oder die auf einen integralen Ansatz bei Partizipationsfragen gerichtete Zusammenarbeit fördern.

Professionals sollten mehr in Begriffen des Marktes denken, um ihren Mehrwert in einer Umwelt mit lokaler Sozialpolitik, wo mehr mit Ausschreibungen gearbeitet wird, einbringen zu können (Embregts 2009). Ergotherapeuten tragen oft zur Wiederaufnahme sozialer Rollen bei. Der Ergotherapeut kann wie auch andere Professionals am Genesungsprozess mitwirken (s. Kasten in Kap. 4.4, „Möglichkeiten zur Förderung von Selbstmanagement“).

4.6 Rehabilitation

Die Unterstützung von Genesungsprozessen ist auf vielerlei Arten möglich, und die Rehabilitation ist eine davon (Couwenbergh et al. 2014). Gesunden ist das, was die Klienten selbst tun, Rehabilitation ist das, was Professionals zur Unterstützung der Genesung beitragen können. Oder: „Rehabilitation ist ein Prozess, in dem direkte Hilfestellungen für den Klienten mit der Begleitung und Gestaltung der Umwelt kombiniert werden, wodurch die Aktivitäten und Partizipationen möglichst weit ausgedehnt und die vorhandenen Kapazitäten so gut es geht in einem möglichst normalen sozialen Rahmen eingesetzt werden“ (www.participatieenherstel.nl).

Die Rehabilitation beinhaltet das konkrete Interventions- und Programmangebot, mit dem das Funktionieren in gesellschaftlichen Rollen gemäß den Zielen des Klienten verwirklicht werden kann. Sie trägt mit Ergebnissen auf den Gebieten Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Freizeitgestaltung und soziale Kontakte zur Genesung bei (Couwenbergh et al. 2014, Rooijen et al. 2011, Plooy u. Droes 2011). Dabei wird die direkte Hilfe für den Klienten (entwicklungsorientiert) mit der Begleitung und Gestaltung der Umwelt gekoppelt (milieuorientiert). Dies geschieht mit dem Ziel, die Aktivitäten und Partizipationen des Klienten zu vergrößern und die vorhandenen Kapazitäten so gut es geht in einem möglichst normalen sozialen Rahmen einzusetzen.

- Milieuorientierte Rehabilitation ist die Begleitung und Gestaltung der direkten sozialen und physischen Umwelt des Klienten sowie die Gestaltung kultureller und gesellschaftlicher Faktoren. Dabei sind Erfolg und Zufriedenheit in einer möglichst normalen sozialen Umwelt das Ziel (www.participatieenherstel.nl).
- Die entwicklungsorientierte Rehabilitation ist die Unterstützung des Klienten bei der Auswahl, dem Erreichen und der Einhaltung seiner Ziele. Dabei wird versucht, Erfolg und Zufriedenheit mit einem Minimum an professioneller Unterstützung zu erreichen.

Die Rehabilitation geht von den vorhandenen Möglichkeiten aus und hilft beim Umgang mit Beeinträchtigungen. Die (psychiatrische) Diagnostik ist bei der Rehabilitation sekundär, jedoch nicht unwichtig (die Merkmale und Auswirkungen einer Störung beeinflussen die Partizipation). Im Vordergrund stehen (Weeghel et al. 2016):

- Assessment der Wünsche in den verschiedenen Lebensbereichen
- Assessment der individuellen Möglichkeiten und Beeinträchtigungen
- Assessment der Hilfsangebote in der Umwelt.

Der Klient benennt – ggf. mithilfe des Therapeuten – die individuellen Wünsche und Bedürfnisse. Gemeinsam wird überlegt, wie sich diese Wünsche realisieren lassen. Die persönliche Unterstützung bei der gesellschaftlichen Reintegration wird mit der Begleitung und Gestaltung der Umwelt der gesellschaftlichen Position der Beteiligten kombiniert: soziale Inklusion, Interessenwahrnehmung, Rechtsschutz und eine Verminderung von Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung (Plooy u. Droes 2011).

Die Rehabilitation kommt für ganz verschiedene Klientengruppen infrage. Sie ist innerhalb der Psychiatrie auch international sehr weit entwickelt.

4.7 Milieuorientierte Rehabilitation

Im Kontext der Rehabilitation bedeutet „Milieu“ die Umwelt des Klienten. Ein Ergotherapeut sollte möglicherweise eher von „kontextorientierter Rehabilitation“ sprechen. Die Rehabilitation und die Genesungsförderung sind jedoch keine Einbahnstraßen in Richtung des vulnerablen Klienten. Einerseits sollte die Gesellschaft den Klienten entgegenkommen. Die sozialen Unterstützungssysteme und die Sozialkundschafter tragen zur Vergesellschaftung und Inklusion bei. Andererseits verlangt eine Rehabilitation nach ausgebildeten Professionals, die in einer gut funktionierenden Organisation wie einem ACT-, FACT- oder VIP-Team zusammenarbeiten.

4.7.1 Stigmatisierung und Entstigmatisierung

Stigma ist ein soziologischer Begriff, der ursprünglich ein Merkmal bezeichnete, das Personen von anderen unterschied und ihnen zugleich unerwünschte Eigenschaften zumaß.

Die Stigmatisierung ist der Prozess, in dem eine Gruppe Menschen mit gemeinsamen und abweichenden Merkmalen und/oder Verhaltensweisen, die Angst oder Ablehnung hervorrufen, gekennzeichnet, verurteilt und ausgeschlossen wird. Dieser Ausschluss betrifft u. a. Rechte, Pflichten und die Teilhabe an gemeinschaftlichen Aktivitäten (Weeghel et al. 2016). Stigmatisierung und Diskriminierung behindern den Genesungsprozess.

Von einer Selbststigmatisierung spricht man, wenn sich jemand selbst einer stigmatisierten Gruppe zugehörig fühlt, z. B. als Arbeitsloser oder Obdachloser. Aufgrund des schlechten Images der Gruppe erwartet der „Neue“, abgewiesen zu werden. Dies wirkt sich negativ auf sein Selbstbild aus, weshalb er sich selbst aus Scham oder Angst immer weiter in seinen sozialen Funktionen beschränkt. So erleben Menschen auch ohne direkte negative Reaktionen anderer die Folgen eines Stigmas (Weeghel et al. 2016). Bei Personen mit schweren psychiatrischen Störungen stellt etwa die „antizipierte Diskriminierung“ (Vermeidungsverhalten aufgrund der Angst vor Diskriminierung) ein Hindernis dar, sich Arbeit zu suchen, eine Ausbildung zu beginnen oder Beziehungen einzugehen (Michon u. Weeghel 2008).

Die Entstigmatisierung ist also ein wesentlicher Baustein in Genesungs- und Rehabilitationsprogrammen (Weeghel et al. 2016). Das Erkennen einer Stigmatisierung und der Prozess der Entstigmatisierung – durch andere oder durch einen selbst – sind ein wichtiges Element im Prozess des Empowerment.

Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung vulnerabler Personen können zu einer aussichtslosen Situation führen. Eine langfristige Versorgungsabhängigkeit und der Verlust der persönlichen und gesellschaftlichen Rollen bieten nur wenig Raum, um dem eigenen Leben eine Bedeutung zu geben. Positive Erfahrungen eröffnen wieder neue Möglichkeiten. Allmählich entsteht in der Gedankenwelt der Betroffenen wieder Platz für die Suche nach einem eigenen Weg. Sie erhalten wieder die Kontrolle über ihre eigenen Erfahrungen und somit auch über das eigene Leben, und zwar trotz der Erkrankung oder Beeinträchtigung. Diese Erkenntnis kann neue Anknüpfungspunkte zur Unterstützung und Rehabilitation schaffen.

Die Selbstbestimmung bekommt wieder einen Sinn und das fragenzentrierte Vorgehen kann leichter an den Fortgang des Genesungsprozesses angepasst werden. Sie hilft, Ratlosigkeit zu durchbrechen und es entsteht Raum für andere, positive Erfahrungen, die das Empowerment verstärken.

Der Ergotherapeut kann den Prozess des Empowerments positiv beeinflussen, indem er das Thema der Stigmatisierung und das damit verbundene vermeidende Verhalten offen anspricht. Der Klient lernt dabei, seine eigene Wahrnehmung durch Selbstreflexion zu verstärken. Ergotherapeuten unterstützen die Treffen und den Gedankenaustausch unter den Leidensgenossen während der Therapie und vermitteln beispielsweise Informationen über Selbsthilfegruppen und Organisationen (Wohlschlegel et al. 2010). Die Psychoedukation auf der persönlichen Ebene trägt zur verminderten Selbststigmatisierung bei. Die Wiederherstellung sozialer Rollen trägt sowohl für den Betroffenen als auch für die Personen in seiner Umwelt zur Entstigmatisierung bei.

Für den Ergotherapeuten (und andere Therapeuten) ist die Selbstreflexion im Zusammenhang mit den eigenen stigmatisierenden Auffassungen, welche die Prozesse unabsichtlich behindern, wichtig.

4.7.2 Sozialisierung

Die Reaktion auf das Zusammenleben vulnerabler Personen ist im Allgemeinen das Abstandhalten (Distanzierung), Segregation statt Integration. Um dafür zu sorgen, dass vulnerable Personen einen vollwertigen Platz innerhalb der Gemeinschaft erhalten (Inklusion) und Gleichberechtigung (Sozialjustiz), Wahlfreiheit und den gesellschaftlichen Respekt für ihre Entscheidungen erfahren, sollte die Gemeinschaft ihren Blick auf das „Anders-Sein“ ändern.

Nach der ICF ist die gesellschaftliche Partizipation die höchste Stufe der sozialen Integration und des Dazugehörens. Wichtig ist, dass das Gesundheitssystem und die Politik bei Themen wie Ungerechtigkeit, Zugang zu Arbeitsplätzen und Schule, schlechtem Wohnraum und anderen sozialen Faktoren mit möglichen gesundheitlichen Auswirkungen aufmerksam bleiben (WHO 2001; Kap. 3).

Sozialisierung ist ein Prozess, der vulnerablen Personen mehr Möglichkeiten verschafft, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Michon et al. 2003). Dabei geht es um die Entwicklung von Unterstützungsformen, die einem bei der Bestreitung der eigenen Existenz helfen. Die Sozialisierung kann erst als geglückt gelten, wenn dies aus Sicht des Betroffenen von selbst geschieht, wenn er einen gleichberechtigten Platz in der Gemeinschaft innehat und über reelle Möglichkeiten zur sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe verfügt.

4.7.3 Der Sozialkundschafter

Der Sozialkundschafter steht für den Versuch, ein gesellschaftliches Klima zu fördern, in dem für vulnerable Personen mehr Möglichkeiten geschaffen werden, nach den eigenen Wünschen und Fähigkeiten zu partizipieren. Wer hier aktiv wird, schafft für Klienten Möglichkeiten, am normalen Leben teilzunehmen, ist Katalysator, Motivator,

Inspirator, Makler, Netzwerkentwickler und Kampagnenleiter zugleich (Kal et al. 2012). Er schafft eine einladende, integrative Gesellschaft für Menschen, die von Ausgrenzung bedroht sind.

Soll die Rehabilitation dazu führen, dass der Klient als Mitbürger vollständig akzeptiert wird, dann ist meist das Konzept des Sozialkundschafters erforderlich. Es verlangt eine kämpferische und zugleich behutsame Annäherung, und es ist erforderlich, weiterhin nach denjenigen zu schauen, die eine doch eher schützende Umwelt benötigen, sei es nur vorübergehend oder dauerhaft. In den Niederlanden bietet das WMO-Gesetz (Wet maatschappelijke ondersteuning, Gesetz über gesellschaftliche Unterstützungsmaßnahmen) die Möglichkeit, gleichzeitig mit unterschiedlichen Parteien Gemeindearbeit zu leisten.

Das Wissen um soziale Barrieren, die das Betätigen beeinträchtigen, ist ein sich rasch entwickelnder Zweig innerhalb der Ergotherapie. Die Analyse der Betätigungsumwelt des Klienten kann dabei helfen, die Mauern zwischen dem Klienten und der Gesellschaft einzureißen. Die Ergebnisse solcher Analysen können ebenfalls einen Beitrag zur zielgerichteten Unterstützung des Klienten und seines Systems leisten (Egan u. Townsend 2005; WHO 2001).

4.7.4 Soziale Unterstützungssysteme

Ein soziales Unterstützungssystem (community support system) ist ein koordiniertes Netzwerk aus Personen, Diensten und Einrichtungen, denen vulnerable Personen selbst angehören und das diese und eventuelle Pflegepersonen in vielerlei Hinsicht bei der Partizipation an der Gesellschaft unterstützt. Es betrifft Dienste auf den Gebieten der Versorgung, des Gemeinwohls und der Arbeit, wobei es sowohl um formale als auch um informelle Unterstützung geht (Verschelling u. Lindt 2010).

Zu den Elementen des sozialen Hilffsystems gehören:

- Behandlung
- Unterstützung beim Einkommenserwerb
- Kriseninterventionen
- Kontakt mit und Unterstützung durch Leidensgenossen
- Unterstützung von Familienmitgliedern und anderen Personen aus der Umwelt des Klienten
- Rehabilitationsprogramme
- Möglichkeiten der Freizeitgestaltung
- Möglichkeiten der schulischen Bildung
- Möglichkeiten beruflicher Tätigkeit.

Die Stammtischgespräche

Im vergangenen Jahr hatte sich Kees-Jan Klok, der als Sozialkundschafter für das Versorgungsteam in Osdorp Mitte arbeitet, auf vielfältige Weise dafür starkgemacht, verschiedene Organisationen an einen Tisch zu bekommen. „Das Ziel besteht darin, dass sich verschiedene Professionals einander kennenlernen und jeweils vom anderen erfahren, was er tut. All diese Leute sollten sich einander schnell finden können“, erklärt er seine Ziele.

Während der sogenannten „Stammtischgespräche“, die einmal im Quartal stattfinden, sehen und sprechen die Teilnehmer u. a. mit Gemeindepflegern, häuslichen Pflegediensten, Hausärzten, Vertretern aus Prävention und psychiatrischer Versorgung, Altenpflege, Wohlfahrt, Gemeindearbeit, Wohnungsamt, Polizei und Ergotherapie. Dies ist die Gelegenheit, miteinander verschiedene Situationen durchzusprechen und zu sehen, was getan werden kann, um vulnerablen Personen aus der Gemeinde die passende Unterstützung zukommen zu lassen.

„Eine Reihe von Organisationen findet sich schon gegenseitig, aber andere waren eine echte Entdeckung“, fuhr er fort. Die Erwartungshaltung geht dahin, dass diese Diversität an Wissen und Erfahrung letztlich den Klienten in Osdorp Mitte zugutekommt, indem diese einen schnelleren Zugang zu den relevanten Informationen und zu der erforderlichen Hilfe finden.

In der heutigen Versorgungslandschaft besteht ein soziales Unterstützungssystem aus einer integrierten gemeindenahen Hilfe für Betroffene mit einer guten Zusammenarbeit zwischen Klient, seiner Familie, Freunden, Nachbarn, Versorgungsteams, Hausarzt und der speziellen psychiatrischen Unterstützung durch ein ambulantes FACT-Team.

Im Grunde sollen sich die Beiträge der verschiedenen Hilfseinrichtungen einander ergänzen. Dies ist erforderlich, um das gemeinsame Ziel, also die Förderung von Genesung und Partizipation, realisieren zu können. Um den vielfältigen und komplexen Fragen gewachsen zu sein, ist ein integraler Versorgungsansatz erforderlich (Couwenbergh et al. 2014).

Integrierte Versorgung in der Psychiatrie

Ambulante Kontaktteams für die Assertive Community Treatment (ACT) bieten speziellen Zielgruppen Behandlungen und Unterstützung während der Genesungsphasen an. Sie arbeiten mit im Netzwerk vor Ort. In den Teams finden sich oft Erfahrungsexperten und es wird ein genesungsförderlicher Ansatz gewählt.

FACT-Teams (flexible assertive community treatment) richten sich an Personen mit schweren und langwierigen psychischen Erkrankungen. Das Ziel besteht darin, diese Menschen auf ihrem Genesungswege zu begleiten und zu unterstützen, sodass sie wieder optimal funktionieren und an der Gesellschaft teilhaben können. FACT-Teams arbeiten in Outreach-Bereichen, multidisziplinär und sind durchsetzungsfähig.

Mit der FACT sind durch Einsatz überschaubarer gesellschaftlicher Unterstützungssysteme in einem kleinen Ver-

sorgungsgebiet auch lange Rehamaßnahmen möglich (Ammeraal u. Logister-Proost 2009).

Es gibt auch spezialisierte (F)ACT-Teams:

- forensische (F)ACT-Teams
- Teams für Menschen mit leichter geistiger Behinderung
- Teams für ältere Menschen
- Teams für Jugendliche ohne erstmalige Psychose
- frühe Interventionsteams bei Jugendlichen mit erstmaliger Psychose.

In den Niederlanden sind Ergotherapeuten in zahlreichen FACT-Teams und frühen Interventionsgruppen als spezialisierte Ergotherapeuten, Übergangsbegleiter oder als Begleiter für Individual Placement and Support (IPS) tätig.

4.8 Entwicklungsorientierte Rehabilitation

Das Wesen der entwicklungsorientierten Rehabilitation ist die gemeinsame Arbeit mit dem Klienten an seinem Heilungsprozess, ausgehend von seinen Wünschen und Bedürfnissen. Ziele sind eine größere Zufriedenheit und weniger Zwangsmaßnahmen durch den sozialpsychiatrischen Dienst.

Dies wird unter anderem durch das Anbieten von Kursen und anderen Lehrveranstaltungen erreicht, durch welche die Betroffenen gestärkt werden und die dafür sorgen, dass sie über ausreichende Fähigkeiten verfügen, um in der Gesellschaft gut funktionieren zu können.

Im Rahmen der Selbstorganisation und des Empowerments setzen die persönlichen Betreuer die Rehamethoden aus ihrer Sicht des Genesungsverlaufs ein und coachen die Betroffenen beim Erlernen, Entwickeln und Erhalten der Fertigkeiten in diesem Kontext. Um dabei die richtige Wahl treffen zu können, während der Klient die Richtung vorgibt, sollte der Betreuer sich der Sicht des Klienten möglichst weit annähern und die lokalen Aktivitäten und die Möglichkeiten auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt kennen (Davis u. Rinaldi 2004).

Persönliche Betreuer bedienen sich verschiedener Methoden wie Coaching, Motivational Interviewing (MI) und auf partizipativer Entscheidungsfindung (shared decision making) basierenden Interventionen.

Die Grundhaltung in der Rehabilitation wird durch den Präsenzgedanken ausgedrückt:

- nebeneinander stehen, ohne im Voraus in Aktion zu treten
- Aufmerksamkeit für den anderen.

Die Klienten können zusammen mit Professionals aus sehr unterschiedlichen Fachgebieten und mit verschiedenen Hintergründen die Genesungsziele in Angriff nehmen, wie etwa mit sozialpsychiatrischen Pflegern, Aktivitätenbegleitern, Ergotherapeuten, Psychologen, persönlichen Betreuern, Erfahrungsexperten oder mit Freiwilligen mit einem informellen Netzwerk.

Ergotherapeuten können in der Praxis unter verschiedenen Bezeichnungen tätig werden: persönliche Betreuer, Jobcoach, Mentor oder Mitarbeiter in der Rehabilitation.

Unter der Rehabilitationsmethodik versteht man das schrittweise Vorgehen bei der Unterstützung des Klienten in seinem Bemühen, das Selbstwertgefühl wiederherzustellen, sinnvolle Betätigungen auszuüben und relevante Beziehungen herzustellen. Die nachfolgend beschriebenen Rehamethoden werden vor allem in sozialpsychiatrischen Einrichtungen angewendet und haben alle ihre eigene Sichtweise, Entstehungsgeschichte, Organisation und Ausbildung. Gemeinsam ist ihnen allen:

- Kontinuität und Vertrauen in den Beziehungen
- eine klientenzentrierte Therapie
- Einsatz der Ressourcen des Klienten
- Zusammenstellung und Nutzung der Unterstützungsangebote.

Die Methodiken unterscheiden sich im Grad ihrer Entwicklungsorientierung, im Ausmaß der dargebotenen Unterstützung im Hinblick auf ein Ziel, in der Priorisierung von Fertigkeitenbeherrschung und in der Milieuorientierung. Wichtig dabei ist, dass der Einsatz einer bestimmten Methodik nicht losgelöst, sondern in Zusammenarbeit mit dem Klienten und seiner Umwelt erfolgt und in multiprofessionellen Teams und nach Möglichkeit in den Versorgungsteams vor Ort umgesetzt wird. Vielfach wer-

den die Methodiken in einem Rehaprogramm kombiniert, um eine maßgeschneiderte Unterstützung zu erreichen. So können in ein Rehaprogramm auch Methodiken und Interventionen der Ergotherapie integriert werden. Die Auswahl einer bestimmten Methodik hängt für einen Ergotherapeuten somit von den Entscheidungen einer Einrichtung oder eines multidisziplinären Teams ab. Wichtig dabei ist es, die verschiedenen Methodiken überhaupt zu kennen und eine Auswahl treffen zu können. Dies kann von dem jeweiligen Ziel oder der zu einer passenden Vorgehensweise abhängen.

Die drei wichtigsten Methodiken sind der individuelle Rehabilitationsansatz (IRA), das systemische rehaorientierte Handeln (SRH) und der individuelle fragenorientierte Ansatz (IFA). Die Liberman-Module sind ein umfangreiches Trainingsprogramm für soziale Fertigkeiten und Problemlösungsstrategien, die auf Rehamethodiken basieren.

4.8.1 Individueller Rehabilitationsansatz

Beim individuellen Rehabilitationsansatz (IRA) geht es um die individuelle Unterstützung des Klienten durch die Äußerung und Verwirklichung seiner eigenen Wünsche (veränderungsorientiert) und Ziele. Dabei bedient man sich seiner Stärken, der zielgerichteten Fertigkeitensentwicklung und der Hilfsangebote aus der Umwelt. Eine wichtige Voraussetzung ist das Schließen eines Bündnisses mit dem Klienten. Ein Bündnispartner bietet auch seine gleichwertige Unterstützung und Beratung an, wenn dies erwünscht oder erforderlich ist, sodass der Klient seine Entwicklungsschritte machen kann.

In Untersuchungen zeigte sich, dass Klienten aus einer IRA-Betreuung ihrer eigenen Auffassung nach ihre persönlichen Ziele in Bezug auf gesellschaftliche Lebensdomänen (Wohnen, Arbeit, Kontakte, Ausbildung) häufiger realisieren können, als Klienten mit einer andersgerichteten Betreuung (Korevaar et al. 2014).

4.8.2 Systemisches rehaorientiertes Handeln

Die Methodik des systemischen rehaorientierten Handelns (SRH) richtet sich auf die Unterstützung von Klienten in ihrem Genesungs- und Entwicklungsprozess und auf die Schaffung einer unterstützenden Umwelt. Einerseits werden dabei die psychischen Beeinträchtigungen berücksichtigt, während andererseits Chancen zum Einsatz eines Talents und zur Entwicklung neuer Möglichkeiten geboten werden.

Im Gegensatz zur IRA geht man beim SRH von der Vorstellung aus, dass die Reha auf alle Komponenten von Gesundheit ausgerichtet ist. Ihre Intention ist die Verbesserung der Lebensqualität des Klienten durch einen ande-

ren Umgang mit Vulnerabilität, einer Verbesserung der Umwelt, einer Zunahme der Aktivitäten und einer Teilhabe am Zusammenleben. Es geht darum, wie ein Klient sein Leben erlebt und betrachtet und wie die Umwelt die Lebensqualität des Klienten positiv beeinflusst.

Beim SRH muss ein Klient noch kein Ziel und noch keine Frage haben, bevor der Rehaprozess nicht eingeleitet wurde. Die Initiative liegt zu diesem Zeitpunkt eher bei den Hilfsanbietern (Hollander u. Wilken 2011).

4.8.3 Individueller fragenorientierter Ansatz

Beim individuellen fragenorientierten Ansatz (IFA) geht es um die Förderung der sozialen Partizipation einschließlich Arbeit und Schule. Die Erfolgsfaktoren der sozialen Partizipation werden zu einer Methodik zusammengeführt: Im Mittelpunkt steht die Qualität der Begegnungen des einzelnen Klienten am Partizipationsort, da dies der wichtigste Erfolgsfaktor für die gesellschaftliche Partizipation ist.

Die Stärken dieser Methodik sind:

- ansetzen bei den Eigenheiten, Wünschen, Motiven, Fertigkeiten und Kenntnissen des Einzelnen
- Konzentration auf die Stärken und Möglichkeiten des Klienten
- soziale Umwelt im Blick und Vermittlung der Nutzung des sozialen Netzwerks.

Das Hauptaugenmerk richtet sich auf die Wünsche und Möglichkeiten des Klienten am Partizipationsort (Arbeit, Ausbildung, ADL usw.). Die Herausforderung für die Therapeuten und somit auch für den Ergotherapeuten besteht darin, den Klienten dafür zu gewinnen und gemeinsam nach den Schritten zu suchen, welche die Entwicklung vorantreiben können (Duijvenstijn 2012).

4.8.4 Liberman-Module

Die Liberman-Module sind darauf ausgelegt, Klienten mit schweren psychiatrischen Störungen (Schizophrenie, affektive Psychosen und auch Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen) praktische und soziale Fertigkeiten zu vermitteln, um ihre Selbstständigkeit und die Möglichkeiten der sozialen Reintegration zu erhöhen.

Die Module werden gruppenweise trainiert. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist es, soziale Fertigkeiten und Problemlösungsstrategien voneinander zu lernen. Die positive Verstärkung spielt bei dieser Methode eine wichtige Rolle. In Studien konnte gezeigt werden, dass die Liberman-Module auch langfristig das Wissen und die Fertigkeiten der Betroffenen auf den Gebieten der Symptomkontrolle und des Medikamentengebrauchs steigern (Erp 2008, Couwenbergh et al. 2014).

Paul

Der 27-jährige Paul lebt in der betreuten Wohnanlage „Miteinander“. „Ich bin nicht so schlau“, sagte er, „ganz anders meine Schwestern, die sogar studiert haben. Der Psychologe meint, ich habe Autismus, meine Mutter meint aber, dass ich einfach „besonders“ bin.“

Paul arbeitet vier Vormittage in der Woche in einem Nachbarschaftshaus, wo er viele Kleinigkeiten erledigt, wie Kaffee kochen und sauber machen. Wenn die Stimmen in seinem Kopf lauter werden, sucht er sich zusammen mit seinem Betreuer eine Ablenkung, sei es während der Arbeit oder in seiner Wohnung. Dann geht er zum Beispiel mit einkaufen oder räumt auf usw. An den Wochenenden besucht er seine Mutter. Auf die Frage, was er in dieser Zeit tue, wendet er den Blick ein wenig ab und sagt leise: „Kiffen ... aber bitte nicht weitersagen, ok?“

Paul wurde einige Wochen von einem Ergotherapeuten begleitet. Wir wollten wissen, ob das eine gute Erfahrung war. „Ja, war es. Ich bin gerne mit auf den Kinderbauernhof gegangen. Lisa (die Ergotherapeutin) war damals mit mir

da. Und natürlich waren wir auch im Nachbarschaftshaus. Was sagte sie damals noch? Ich verlore oft den Überblick in dem Nachbarschaftshaus, nicht jedoch auf dem Kinderbauernhof. Aber dort verhalten sich alle klar und deutlich, und ich kann mir mehr nebenher verdienen. Ich arbeite häufig mit Jolanda oder Klaas. Ich komme dann nicht einmal zum Kiffen (lacht). Und in der Wohngruppe wird mir schnell langweilig.“ Neugierig, wie wir sind, fragen wir ihn nach damals. „Damals hatte ich Ferien und war auf einem Bauernhof. Hatte Lisa geregelt (er strahlt). War eine Superwoche!“

Nach diesen Ferien hatten Paul und seine Mutter ein Gespräch mit seinem Mentor, einem Heilpädagogen und der Ergotherapeutin. Paul hätte „am liebsten immer Ferien“ und sieht das Wohnen auf einem Therapiebauernhof ganz unproblematisch. Inzwischen ist er dort angemeldet und steht auf einer Warteliste.

(Fiktiver Bericht aus der zweimonatlich bei „Miteinander“ erscheinenden Zeitschrift „Willkommen“)

4

4.9 Diskussion

Für vulnerable Personen ist ein zusammenhängendes und integrierendes Netzwerk aus Gesundheitsfürsorge und Hilfsangeboten notwendig, damit die Betroffenen dazu angeregt werden, ihre eigenen Stärken zu reaktivieren und sie zugleich dort, wo es nötig ist, wirkungsvoll unterstützen zu können. Die Gesundheit und das Funktionieren von Menschen werden von ökonomischen Faktoren, Umweltfaktoren und sozialen Faktoren beeinflusst (Kap. 3, Regenbogenmodell). Wichtig ist, dass die Klienten durch Vorschriften und Betreuung nicht zu den Dummen werden und buchstäblich zwischen allen Stühlen sitzen. Dies wird durch ein zusammenhängendes und integrierendes System verhindert.

Die Finanzierung über verschiedene Gesetze in den Niederlanden bedeutet, dass jeder in puncto Qualität, Verfügbarkeit und Finanzierung sein eigenes Süppchen kocht. Die Rahmen und Absprachen schließen nicht aneinander an. Die dadurch entstehenden Lücken behindern in entscheidenden Momenten der Therapie und Betreuung die Kontinuität der Versorgung (Ministerie VWS 2015).

Eine bessere Integration der somatischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die psychologische Betreuung von Klienten in der Medizin ist sowohl für die Betroffenen als auch für die Gesellschaft ein wichtiges Thema (effektive Nutzung von Geldern). Bedeutsam ist auch die Investition in Präventionsmaßnahmen und frühzeitige Interventionen, denn der Klient bekommt früher Hilfe und die Hemmschwelle vor einem Hilfesuch sinkt. Dadurch wird das Leiden des Klienten

möglicherweise verringert oder verkürzt, die erforderlichen Hilfsmaßnahmen und Interventionen müssen nicht so weitreichend sein und die Krankheitsfolgen für die sozialen Funktionen werden begrenzt (Ministerie VWS 2015).

Für Ergotherapeuten ist es eine Herausforderung, sich hieran zu beteiligen – sowohl im Hinblick auf Wissen und Erfahrung als auch auf die Netzwerke – und in innovativer Weise dem oben erwähnten Plädoyer für eine Schließung der finanziellen und organisatorischen Lücken starkzumachen. Es ist daher wichtig, die Kosteneffizienz der Ergotherapie und ihren Beitrag zur Selbstorganisation und zur Verringerung von Rückfällen durch Studien aufzuzeigen. Ebenso sollten Ergotherapeuten wissen, wie Evidenzen einzusetzen sind und welche Interventionen ihren Nutzen beweisen konnten.

Der Fokus der Ergotherapie bleibt auf das Stützen und Stärken gerichtet – Klienten haben komplexe Problematiken.

4.9.1 Chancen und Risiken für Ergotherapeuten

Die klientenzentrierte, evidenzbasierte, betätigungs- und umweltbezogene Ergotherapie knüpft an die Vorstellungen von Genesung und Genesungsförderung an. Durch das Aufgreifen bewiesener Wirkzusammenhänge (z. B. zwischen Wohnen und Arbeit) fällt den Ergotherapeuten eine besondere Aufgabe im Rehabprozess des einzelnen Klienten zu (Ammeraal u. Logister-Proost 2009). Ergotherapeuten können durch ergänzende Assessments und

Paul

Der 27-jährige Paul lebt in der betreuten Wohnanlage „Miteinander“. „Ich bin nicht so schlau“, sagte er, „ganz anders meine Schwestern, die sogar studiert haben. Der Psychologe meint, ich habe Autismus, meine Mutter meint aber, dass ich einfach „besonders“ bin.“

Paul arbeitet vier Vormittage in der Woche in einem Nachbarschaftshaus, wo er viele Kleinigkeiten erledigt, wie Kaffee kochen und sauber machen. Wenn die Stimmen in seinem Kopf lauter werden, sucht er sich zusammen mit seinem Betreuer eine Ablenkung, sei es während der Arbeit oder in seiner Wohnung. Dann geht er zum Beispiel mit einkaufen oder räumt auf usw. An den Wochenenden besucht er seine Mutter. Auf die Frage, was er in dieser Zeit tue, wendet er den Blick ein wenig ab und sagt leise: „Kiffen ... aber bitte nicht weitersagen, ok?“

Paul wurde einige Wochen von einem Ergotherapeuten begleitet. Wir wollten wissen, ob das eine gute Erfahrung war. „Ja, war es. Ich bin gerne mit auf den Kinderbauernhof gegangen. Lisa (die Ergotherapeutin) war damals mit mir

da. Und natürlich waren wir auch im Nachbarschaftshaus. Was sagte sie damals noch? Ich verlore oft den Überblick in dem Nachbarschaftshaus, nicht jedoch auf dem Kinderbauernhof. Aber dort verhalten sich alle klar und deutlich, und ich kann mir mehr nebenher verdienen. Ich arbeite häufig mit Jolanda oder Klaas. Ich komme dann nicht einmal zum Kiffen (lacht). Und in der Wohngruppe wird mir schnell langweilig.“ Neugierig, wie wir sind, fragen wir ihn nach damals. „Damals hatte ich Ferien und war auf einem Bauernhof. Hatte Lisa geregelt (er strahlt). War eine Superwoche!“

Nach diesen Ferien hatten Paul und seine Mutter ein Gespräch mit seinem Mentor, einem Heilpädagogen und der Ergotherapeutin. Paul hätte „am liebsten immer Ferien“ und sieht das Wohnen auf einem Therapiebauernhof ganz unproblematisch. Inzwischen ist er dort angemeldet und steht auf einer Warteliste.

(Fiktiver Bericht aus der zweimonatlich bei „Miteinander“ erscheinenden Zeitschrift „Willkommen“)

4

4.9 Diskussion

Für vulnerable Personen ist ein zusammenhängendes und integrierendes Netzwerk aus Gesundheitsfürsorge und Hilfsangeboten notwendig, damit die Betroffenen dazu angeregt werden, ihre eigenen Stärken zu reaktivieren und sie zugleich dort, wo es nötig ist, wirkungsvoll unterstützen zu können. Die Gesundheit und das Funktionieren von Menschen werden von ökonomischen Faktoren, Umweltfaktoren und sozialen Faktoren beeinflusst (Kap. 3, Regenbogenmodell). Wichtig ist, dass die Klienten durch Vorschriften und Betreuung nicht zu den Dummen werden und buchstäblich zwischen allen Stühlen sitzen. Dies wird durch ein zusammenhängendes und integrierendes System verhindert.

Die Finanzierung über verschiedene Gesetze in den Niederlanden bedeutet, dass jeder in puncto Qualität, Verfügbarkeit und Finanzierung sein eigenes Süppchen kocht. Die Rahmen und Absprachen schließen nicht aneinander an. Die dadurch entstehenden Lücken behindern in entscheidenden Momenten der Therapie und Betreuung die Kontinuität der Versorgung (Ministerie VWS 2015).

Eine bessere Integration der somatischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die psychologische Betreuung von Klienten in der Medizin ist sowohl für die Betroffenen als auch für die Gesellschaft ein wichtiges Thema (effektive Nutzung von Geldern). Bedeutsam ist auch die Investition in Präventionsmaßnahmen und frühzeitige Interventionen, denn der Klient bekommt früher Hilfe und die Hemmschwelle vor einem Hilfesuch sinkt. Dadurch wird das Leiden des Klienten

möglicherweise verringert oder verkürzt, die erforderlichen Hilfsmaßnahmen und Interventionen müssen nicht so weitreichend sein und die Krankheitsfolgen für die sozialen Funktionen werden begrenzt (Ministerie VWS 2015).

Für Ergotherapeuten ist es eine Herausforderung, sich hieran zu beteiligen – sowohl im Hinblick auf Wissen und Erfahrung als auch auf die Netzwerke – und in innovativer Weise dem oben erwähnten Plädoyer für eine Schließung der finanziellen und organisatorischen Lücken starkzumachen. Es ist daher wichtig, die Kosteneffizienz der Ergotherapie und ihren Beitrag zur Selbstorganisation und zur Verringerung von Rückfällen durch Studien aufzuzeigen. Ebenso sollten Ergotherapeuten wissen, wie Evidenzen einzusetzen sind und welche Interventionen ihren Nutzen beweisen konnten.

Der Fokus der Ergotherapie bleibt auf das Stützen und Stärken gerichtet – Klienten haben komplexe Problematiken.

4.9.1 Chancen und Risiken für Ergotherapeuten

Die klientenzentrierte, evidenzbasierte, betätigungs- und umweltbezogene Ergotherapie knüpft an die Vorstellungen von Genesung und Genesungsförderung an. Durch das Aufgreifen bewiesener Wirkzusammenhänge (z. B. zwischen Wohnen und Arbeit) fällt den Ergotherapeuten eine besondere Aufgabe im Rehabprozess des einzelnen Klienten zu (Ammeraal u. Logister-Proost 2009). Ergotherapeuten können durch ergänzende Assessments und

Trainings in der Wohn- und Arbeitssituation die Chance auf den Erhalt der Wohnstätte bzw. des Arbeitsplatzes vergrößern (Vries 2016, Ammeraal u. Coppers 2012).

In der Ergotherapie wurden Begrifflichkeiten definiert, mit deren Hilfe die Fragen auf dem Gebiet des Betätigten erst entstehen und formuliert und verstanden werden können. Dabei geht es u.a. um das Erfahren eines Ungleichgewichtes zwischen Aktivitäten und Zeit, mangelnder Teilhabe, Entfremdung, Deprivation, schleppende Arbeitsweisen sowie Ausgrenzung bei der Arbeit und in der sozialen Umwelt (Krupa et al. 2009, Eklund et al. 2009). Bei einer Vulnerabilität können die Betroffenen in ihrem täglichen Leben unter einer oder mehreren dieser Hindernisse zu leiden haben. Vor allem Beeinträchtigungen der exekutiven Funktionen können die Selbstorganisation und die Eigenregie beeinträchtigen. Die Stützung und Stärkung vulnerabler Personen verlangt von dem Ergotherapeuten, sich einen guten Eindruck von den vorhandenen Kapazitäten zu verschaffen und dies mit dem Klienten und anderen beteiligten Personen und Gruppen zu kommunizieren. Durch geeignete Interventionen kann der Betroffene aus seiner Vulnerabilität wieder zum Betätigten innerhalb seiner Umwelt kommen.

Die Ergotherapie bringt ihre eigene Perspektive, Expertise und Assessments in den Rehabilitationsprozess mit ein. Der Klient erlangt in enger Zusammenarbeit mit dem Ergotherapeuten einen Überblick über seine Situation und erkennt den Zusammenhang zwischen Person, Umwelt bzw. Kontext und Betätigung. Dann werden Interventionen eingesetzt (Brown 2009). Aus der Definition als komplexe Intervention mit multidimensionalen Ansätzen heraus hilft die Ergotherapie bei der Entwirrung der Fragen der Klienten, die aufgrund multipler Beeinträchtigungen Einschränkungen bei Betätigungen und der Partizipation erfahren (Creek u. Lougher 2008).

Ergotherapeuten können durch Einsatz spezifischer evidenzbasierter Interventionen (Rehabilitation) einen wichtigen Beitrag zu einer effektiven Genesungsförderung liefern. Die Entscheidung für einen Ansatz wie FACT und davon ausgehendes Arbeiten mit IPS mit dem Ziel einer regulären bezahlten Arbeit oder einer gesellschaftlich relevanten Ausbildung führt zu den besten Resultaten (Schaafsma et al. 2015, Ammeraal u. Logister-Proost 2009, Korevaar 2015). Die Förderung eines gesunden Lebensstils kann durch eine erhöhte Aufmerksamkeit für die Ernährungsweise und körperliche Bewegung umgesetzt werden, z.B. indem während der ergotherapeutischen Interventionen preiswert und gesund eingekauft wird und zuträgliche Zubereitungsweisen erlernt werden.

Auf der regionalen Ebene wird mit den Versorgungsteams vor Ort, die über ein Netzwerk mit zahllosen Partnern verbunden sind, zusammengearbeitet (Couwengerh et al. 2014). Um die Zielsetzungen der Rehabilitation in den verschiedenen Lebensbereichen auch erreichen zu können, ist u.a. die Zusammenarbeit mit sozial-

psychiatrischen Organisationen erforderlich. Als Ergotherapeut leistet man hierzu einen Beitrag, indem man mit Klient und Kollegen den Zugang zu regulären Einrichtungen unterstützt (Ammeraal u. Logister-Proost 2009).

Vulnerable Menschen haben oftmals eine ganze Reihe von Schwierigkeiten zu bewältigen wie Schulden, geringes Einkommen, Isolation, fehlenden Zugang zu den richtigen Hilfsangeboten, unzureichende Ausbildung, Analphabetismus usw. Auch der Zugang zu Arbeit, Ausbildung und/oder sozialen Aktivitäten ist nicht immer leicht. Wenn ein individueller Ansatz nicht ausreicht, sind die kommunale Arbeit und eine Aktivierung der Politik erforderlich. Ergotherapeuten, die in Projekten, Teams, im Management oder bei Behörden und Kommunen arbeiten, können aus ihrer Position in und zwischen den Organisationen heraus für vulnerable Personen im Hinblick auf die soziale Inklusion und die gesellschaftliche (Re-)Integration vieles erreichen.

4.9.2 Chancen und Risiken des Zusammenlebens

Die Rehabilitation hat sowohl Stärken als auch Schwächen. Zu den Stärken zählen:

- ihre Vielseitigkeit, wie z. B. den Sozialkundschafter, die Genesungsförderung sowie lokale Programme, um Menschen wieder miteinander zu verbinden
- die Möglichkeit, Ideen tatsächlich umzusetzen, wie die Ausbildung zum Erfahrungsexperten oder die Online-Betreuung
- breite und vielseitige Schulungsangebote in Rehabilitationstechnik für Professionals.

Zu verbessern gäbe es:

- Die Versorgungseinrichtungen sollten sich deutlicher für die Rehabilitation als integralen Bestandteil der Behandlung und Betreuung entscheiden können.
- Der Einsatz von Klienten in der normalen gesellschaftlichen Umwelt sollte vermehrt werden.
- Die Wohn- und Arbeitsangebote wurden gut entwickelt, doch in anderen Lebensbereichen wie in Erziehung/Ausbildung sowie in der sozialen und intimen Beziehungsbildung besteht noch großer Bedarf.

Zu einem Problem für die Klienten wird der Einfluss der ökonomischen Situation auf Themen wie Arbeitsmöglichkeiten, strukturelle Finanzierung von Arbeitsprojekten und subventionierte Arbeitsplätze (Weeghel 2016).

Durch die sich ständig wieder ändernde Gesetzes- und Bestimmungslage auf sozialem und arbeitsrechtlichem Gebiet gilt es, immer wieder auf's Neue zu ergründen, was im Hinblick auf eine Rehabilitation möglich ist. Mit diesem Bündel aus Bestimmungen und rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen ist die Kohärenz und Koordinierung der Unterstützung für vulnerable Per-

sonen nicht einfach (Couwenberg et al. 2014, Hoof u. Vught 2011).

Eine wichtige Rolle dabei spielen der größere Nachdruck auf die Sicherheitsaspekte im Zusammenleben, die sinkende Toleranz gegenüber einem abweichenden Verhalten und die zunehmende Belastung für bereits überlastete Gemeinden. (Man denke etwa an veraltete Stadtviertel.)

Die Chancen auf Genesungsförderung und Rehabilitation sollten vermutlich eher langfristig und in dem wachsenden Bewusstsein gesehen werden, dass die Unterstützung von Partizipationen vielleicht die einzige dauerhafte Lösung der Haushaltsprobleme ländlicher Kommunen ist (Hoof u. Vught 2011).

E-Health und andere Techniken nehmen einen immer größeren Raum in den Genesungs- und Rehabilitationsprozessen ein. Eine Begleitung über Skype, E-Mail, Apps, Chats usw. eröffnet neue Möglichkeiten. Diese Techniken bieten auch Menschen, die etwa über die sozialen Medien Beziehungen zu Leidensgenossen knüpfen wollen, neue Perspektiven. Auch die virtuelle Vorbereitung auf eine Aktivität in der realen Welt kann ein wichtiger Bestandteil eines Rehaplanes sein. Für den Ergotherapeuten kommen auch Blended-care-Techniken infrage: Face-to-Face-Gesprächstechniken in Kombination mit den sich online bietenden Möglichkeiten, sofern dies im Einklang mit den Datenschutzbestimmungen und den Gesetzen zum Schutz der Privatsphäre geschieht.

4.9.3 Diagnostik und Vulnerabilität

In vielen westlichen Ländern spielt das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-V, d. h. seine 5. Fassung) als Handbuch der psychiatrischen Diagnostik eine große Rolle (American Psychiatric Association 2000). Darin werden die psychischen Erkrankungen im Hinblick auf ihre Symptomatik katalogisiert. Ursprünglich diente dies dazu, wissenschaftliche Untersuchungen und ihre Ergebnisse vergleichbarer zu machen. Die Namensgebung bei Diagnosen und wie diese den Stigmatisierungen und Klischees in die Hände spielt, wurde ausgiebigst diskutiert (Delespaul et al. 2016; siehe auch www.youtube.com/watch?v=sE3gxX5CiW0, in englischer Sprache). In den Niederlanden ist ein DSM-Code erforderlich, um eine Behandlung vergütet zu bekommen. In Deutschland hat diese Funktion die ICD-10 übernommen. Die Vergütung von Fallpauschalen nach dem Krankenversicherungsgesetz schaut vor allem auf die Diagnose und nicht nach den Folgen für das Betätigte und die Partizipation. Veränderungen im DSM-V hängen also zumindest in den Niederlanden in direkter Weise mit den Kosten für sozialpsychiatrische Behandlungen zusammen. Im DSM-V wird für eine ganze Reihe von Erkrankungen die diagnostische Schwelle gesenkt und auch neue Erkrankungen werden aufgeführt. Die Gefahr dabei besteht darin, dass Personen mit nur geringen Abweichungen vom Normalen stigmati-

siert werden. Auf der anderen Seite wird darüber gewacht, dass eine Kostenübernahme nur bei Personen erfolgt, die eine solche wirklich benötigen.

4.9.4 Selbstmanagement

In unseren westlichen Staaten leben vielen Kulturen nebeneinander. Eine Kultur kann bei Fragen nach der Arbeitseinstellung, nach intimen Beziehungen, selbstständigem Wohnen usw. eine entscheidende Rolle spielen. Bisher gibt es noch keine Studien zum Einfluss der Kultur und der Diversität auf die Effektivität einer Rehabilitation und inwieweit man sich in anderen Kulturen überhaupt um eine Genesung kümmert. Das Selbstmanagement ist ein vor allem westliches Konzept. Um auch in einer multikulturellen Umwelt keine bloße Worthülse zu sein, sollte der Begriff eine breitere Bedeutung und auch diversere Inhalte bekommen, um Ausgrenzungen zu vermeiden (Kinébianian u. Stomph 2010).

Bedeutet denn das von staatlicher Seite geförderte Selbstmanagement tatsächlich eine Paradigmenänderung und führt dies zu einer deutlich veränderten Interaktion zwischen Hilfesuchendem und Hilfsanbieter? Es besteht die Gefahr, dass das Selbstmanagement nur eine Sparmaßnahme ist, um der logistischen Anforderungen der Hilfsanbieter in Zeiten der Überalterung und zunehmend chronisch kranker Menschen Herr zu werden (Walburg 2011).

4.9.5 Vergesellschaftung

Die Gesetze in den Niederlanden sehen vor, so viele Menschen wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen („Normalisierungsgedanke“). Die dabei gewährte Unterstützung betrifft alle Lebensbereiche, und es ist sehr wichtig, dass die Unterstützung zusammenhängend und passgenau erfolgt. Die mit der Vulnerabilität verbundenen Schwierigkeiten betreffen verschiedene Lebensbereiche, was bedeutet, dass Behandlung und Betreuung für den Betroffenen zusammen verfügbar sein sollten. In schweren Fällen ist die Versorgung ein hochkomplexes und oft lebenslanges Thema, das auch einer Kontinuität bedarf. Zudem ist eine besondere Flexibilität erforderlich, da der Versorgungsbedarf zeitlich und mit Blick auf die Intensität variieren kann. Die Optimierung der Verbindung zwischen Versorgung und Gemeinschaft ist eine Herausforderung. Es gilt auch über die vorhandenen Einrichtungen hinauszudenken und vor allem, sich mit dem Klienten und seinen Angehörigen auf die Suche nach dem zu machen, was geeignet, nötig und möglich ist. Dies erfordert den Aufbau von Netzwerken außerhalb des regulären Rahmens und die Förderung von Finanzmitteln, mit denen das ermöglicht werden kann.

Die Chancen und Herausforderungen liegen bei der Frage, ob Erfahrung und Wissen an gesellschaftliche Partner wie Sozialstellen, Gemeinden, Arbeitgeber und Schu-

len übertragen werden kann, wobei die Ergotherapie noch deutlicher macht, welche Bedeutung sie hierbei haben kann und Produkte anbietet, deren Kontinuität langfristig gewährleistet ist (sowohl innerhalb als auch außerhalb von Organisationen). Die Rehabilitation entwickelt eine Form, die durch Schwächung der sozialen Verbände, Modernisierung des Sozialstaates und ein verstärktes Augenmerk auf die Eigenverantwortlichkeit gekennzeichnet ist. Die Klienten können viel Schaden nehmen, während so getan wird, als ob diese Gesellschaft mal eben so zu verändern wäre. Aus diesem Grunde ist eine gewisse Bescheidenheit darüber, was in einer Rehabilitation erreicht werden kann und was nicht, neben der Verantwortung und der Solidarität ein wichtiger Wert (Droës 2009).

Zur Genesungsförderung kommt es weniger durch eine Verbesserung (die Dinge richtig machen) als vielmehr über eine echte Veränderung der bestehenden Situation (die richtigen Dinge machen). Dies erfordert ein wirkliches Umdenken und ein verändertes Handeln auf allen Ebenen, sei es im Zusammenleben, in der Politik und in den Einrichtungen oder bei den Helfenden, den Dienst-anbietern, der Familie und den Freunden und nicht zuletzt bei den vulnerablen Personen selbst. Dadurch wird die Umsetzung nicht wirklich steuerbar. Die Herausforderung besteht darin, den anderen auf seinem Weg als Weggefährte zu begleiten, das mitzunehmen, was bis jetzt vereinbart war und neue Ideen zu entwickeln, die weiter helfen.

4.10 Zusammenfassung

Dieses Kapitel bietet den Ergotherapeuten und Studierenden, die vulnerable Personen unterstützen und ihr Selbstmanagement, ihr Empowerment und ihre Genesung im Hinblick auf eine Inklusion und die Partizipation verbessern möchten, eine Basis. Dabei spielen das Erfahrungswissen der Menschen selbst und die Genesungsförderung eine wichtige Rolle. Aus der Behandlungssicht für vulnerable Personen erwächst das Interesse an der Genesungsförderung und der Rehabilitation als Vision und Methodik. Die Rehabilitation hilft den Menschen dabei, ihre sozialen Rollen wiederzuerlangen oder zu erfüllen – sowohl im engen Kreis der Mitbetroffenen, der Familie und der Freunde als auch im weiteren Umfeld des Arbeitsplatzes, der Ausbildung und der Freizeitgestaltung. Das gesellschaftliche Klima kann durch Entstigmatisierung, Vergesellschaftung, soziale Unterstützungssysteme und Sozialkundschafter beeinflusst werden.

4.11 Literatuur

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. Aufl.). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- Ammeraal M, Campen M van, Weeghel J van. De rol van ergotherapeuten in een FACT team: Specialist met generalistische kwaliteiten. *Tijdschrift voor Rehabilitatie* 2009;4:35–46.
- Ammeraal M, Logister-Proost I. Implicaties voor ergotherapeuten na kennis-synthese rehabilitatie-onderzoek in Nederland bij mensen met ernstige psychische aandoeningen. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2009;2(3):30–31.
- Ammeraal MA, Coppers J. Understanding living skills: First steps to evidence based practice. Lessons learned from a practice-based journey in the Netherlands. *Occupational Therapy International* 2012;19:45–53.
- Bakker L. Seeking sanctuary in the Netherlands: opportunities and obstacles to refugee integration. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2016.
- Bijl R, Boelhouwer J, Pommer E, Andriessen I. De sociale staat van Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2015.
- Boertien D, Bakel M van. Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Trimbosinstituut/Kenniscentrum Phrenos; 2012.
- Boumans J. Naar het hart van empowerment. Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen. Den Haag: Movisie; 2012. www.movisie.nl.
- Brouwers EPM. Project: Herstellen doe je zelf. Een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek naar de effecten van een cliëntgestuurde cursus op het herstel van de deelnemers. Den Haag: ZonMw; 2009.
- Brown C. Functional assessment and intervention in occupational therapy. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2009;32(3):162–170.
- Bruggen H van, Kantartzis S, Rowan S. (Hrsg.). Competenties for poverty reduction. European year for combating poverty and social exclusion. ENOTHE; 2010.
- CBO. ZorgmoduleZelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. Utrecht: CBO; 2014.
- Couwenbergh C, Weeghel J van et al. in projectgroep plan van aanpak. Over de brug: Plan aan aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: kenniscentrum Phrenos; 2014.
- Cramm H, Krupa T, Missiuna CA et al. The expanding relevance of executive functioning in occupational therapy: Is it on your radar? *Australian Occupational Therapy Journal* 2015;63(3):214–217.
- Cramm HA, Krupa TM, Missiuna CA et al. Executive functioning: A scoping review of the occupational therapy literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2013;80(3):131–140.
- Creek J, Lougher L. *Occupational therapy and mental health* (4. Aufl.). New York: Churchill Livingstone; 2008.
- Dam C van, Vlaar P, Berg A van de. Handreiking professioneel ondersteunen kwaliteitskenmerken van dienstverlening in de Wmo. Versie 2.0. Den Haag: Movisie; 2011.
- Daniëls R, Metzelthin S, Rossum E van et al. Interventies ter voorkoming van beperkingen bij thuiswonende kwetsbare ouderen: Een overzicht. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2010;3(4):2–7.
- Davis M, Rinaldi M. Using an evidence-based approach to enable people with health problems to gain and retain employment, education and voluntary work. *British Journal of Occupational Therapy* 2004;67(7):319–322.
- Dekker F, Stavenuiter M, Tierolf B. Kwetsbare ouderen in tel. De balans tussen lokale zorgvraag en lokale ondersteuning. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. Wmo Kenniscahier 14; 2012.
- Delepaul P, Milo M, Schalken F, Boevink W, Os J van. Goede GGZ. Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis uitgevers; 2016.
- Droës J. Nieuwe namen voor een oude dame: Over herstel, rehabilitatie, behandeling en schizofrenie. Rob Giel lezing Schizofreniecongres 19 november 2009. Groningen: Provinciale Programmagroep Psychotische stoornissen; 2009.

- Duijvestijn P. Methodebeschrijving Begeleid Werken – een individuele, vraaggerichte benadering. Databank Effectievsocialeinterventies. Utrecht: Movisie; 2012.
- Egan M, Townsend E. Countering disability-related marginalization using three Canadian models. In Kronenberg F, Algado SS, Pollard N (Hrsg.): Occupational therapy without borders. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005.
- Eklund M, Erlandsson LK, Persson D et al. Rasch analysis of an instrument for measuring occupational value: Implications for theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2009;16(2):118–128.
- Embregts P. Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Intreerede lectoraat 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking' Nijmegen: HAN; 2009.
- Erp N van. Literatuurstudie naar effectonderzoek Liberman modules. Utrecht: Trimbo-instituut; 2008.
- Evans-Lacko S et al. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*; 2014.
- EVN. Goede zorg: Voor mensen met epilepsie vanuit patiëntenperspectief. Ede: Epilepsie Vereniging Nederland; 2011.
- Futuresearch Herstelondersteuning. Realiteit in 2010. Utrecht: Trimbo-instituut; 2010.
- Gerhards S. Evaluation of self-help computerized cognitive behavioural therapy for depression: Integrating clinical, economic and patient perspectives. Maastricht: Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; 2011.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom: Lemma; 2010.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut: Maatschappelijk relevant! Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie 2011;4(2):34–43.
- Heijmans M, Lemmens L, Otten W et al. Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten Kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland. Utrecht: NIVEL; 2015.
- Hollander D den, Wilken JP. Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek systematisch rehabilitatiegericht handelen. Amsterdam: SWP; 2011.
- Hoof F van, Knispel A. Financiering van rehabilitatie: Kader, knelpunten en oplossingsrichtingen. In Rooijen S van, Weeghel J van: Psychiatrische rehabilitatie jaarboek 2010–2011: Tweejaarlijks state-of-the-art overzicht van wetenschap en praktijk. Amsterdam: SWP; 2011.
- Hoof F van, Vught M van. Samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Trimbo-instituut; 2011.
- Huber MAS, Knottnerus JA, Green L et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343(4 163):235–237.
- Jansen DL, Cardol M. Factsheet: Ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking is mensenwerk. Utrecht: NIVEL; 2010.
- Jansen M, Hajema KJ, Schefman S et al. Eenzaam aan de onderkant: een studie naar ziekte, armoede en eenzaamheid. *TSG* 2015;93(7):268–272.
- Jokić CS, Polatajko H, Whitebread D. Self-regulation as a mediator in motor learning: The effect of the cognitive orientation to occupational performance approach on children with DCD. *Adapted Physical Activity Quarterly* 2013;30(2):103–26.
- Kal D, Post R, Scholtens G. Meedoen gaat niet vanzelf. Kwartiermaken in theorie en praktijk. Amsterdam: Tobí Vroegh; 2012.
- Kaljouw M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren. Zorginstituut Nederland; 2015.
- Kinébanian A, Stomph M. Diversiteit doet er toe: Een internationale leidraad over diversiteit en cultuur in de ergotherapie voor de praktijk, de opleidingen en het wetenschappelijk onderzoek. Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie 2010;3(2):22–29.
- Korevaar L, Dröes J, Wel T van. De Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB). Databank Effectieve sociale interventies Utrecht: Movisie; 2014.
- Korevaar L. Handboek begeleid leren. Het ondersteunen van jongeren met psychische beperkingen bij het kiezen, verkrijgen en behouden van een reguliere opleiding. Groningen: Stichting rehabilitatie '92/ Hanzehogeschool Groningen; 2015.
- Krupa T, Fossey E, Anthony WA et al. Doing daily life: How occupational therapy can inform psychiatric rehabilitation practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2009;32(3):155–61.
- Lieferink A. Overlast en criminaliteit door jongeren met een licht verstandelijke beperking. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht/Jeugd Veiligheid; 2010.
- Lorig KR, Holman H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1–7.
- Maas IAM, Jansekn J. Psychische (on)gezondheid: Determinanten en de effecten van preventieve interventies. RIVM-rapport 270555 001. Bilthoven: RIVM; 2000.
- Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van et al. Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN; 2016.
- Meulenkamp T, Hoek L van der, Cardol M. Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking: rapportage participatiemonitor 2013. Utrecht, NIVEL; 2013.
- Michon H et al. Het monitoren van vermaatschappelijk. Utrecht: Trimbo-instituut; 2003.
- Michon H, Weeghel J van. Rehabilitatie-onderzoek in Nederland: Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000–2007. Utrecht: Trimbo-instituut; 2008.
- Ministerie VWS. Agenda GGZ, Achtergrondnotitie. Den Haag: Ministerie VWS; 2015.
- NICIS. Risicofactoren kwetsbare burgers; Literatuurstudie in de vorm van een quickscan door Nicis Institute in opdracht van de afdeling Onderzoek Informatie van de gemeente Breda; 2011.
- NPCF. Visiedocument Zelfmanagement 2.0. Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen. Utrecht: NPCF; 2009.
- Nuy M. Gebonden aan kwetsbaarheid. Een reflectie op herstelprocessen. *Passage* 2003;12(2):106–116.
- Ploeg G van der, Griffioen J. Herstelondersteuning. Van kans naar realiteit! Kansen voor psychisch kwetsbare mensen. Utrecht: Werkplaats Herstelondersteuning; 2015.
- Plooy A, Dröes J. Rehabilitatie in herstelondersteunende zorg. In S. van Rooijen J. van Weeghel: Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010–2011. Amsterdam: SWP; 2011.
- Ras M, Woittiez I, Kempen H van et al. SteHrsg meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten. 1998–2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2010.
- Regenmortel T van. Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie. *Journal of social intervention* 2004;18(4):22–42.
- RIVM. Een gezonder Nederland; kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM; 2014.
- Rooijen S van, Weeghel J van. Proloog. In Rooijen S van, Weeghel J van. Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010–2011. Amsterdam: SWP; 2011.
- RVZ. Gezondheid 2.0 u bent aan zet. advies uitgebracht door de raad voor de volksgezondheid en zorg aan de minister van volksgezondheid, welzijn en sport. Zoetermeer: RVZ; 2010a.
- RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: De nieuwe ordening discussienota uitgebracht door de raad voor de volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ; 2010b.
- Satink T. What about self-management post-stroke? – Challenges for stroke survivors, partners and professionals. Proefschrift. Nijmegen: HAN university for applied sciences; 2016.
- Schaafsma FG, Michon H, Suijkerbuijk Y, Verbeek JH, Anema JR. Kennis synthese arbeid en mensen met ernstige psychische aandoeningen. Eindrapportage. Amsterdam: Instituut Gak; 2015.
- Speth-Lemmens I, Stomph M, Vries K de. Uitvoeren van interventies. In: Ergovaardig. Teil 2. Den Haag: Boom: Lemma; 2012. <https://www.boomlemma.nl/auteur/1367/Vries>.
- Stalman P, Beltman H. Kwaliteitseisen bij Wmo-ondersteuning voor zeer kwetsbare burgers. Handvatten bij de VNG-basisset kwaliteitseisen voor Wmo-raden en belangenbehartigers. Ieder(in); 2014.
- Stel J van der. Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel. Verbetering en herstel van cognitie, emotie, motivatie en regulatie van gedrag. Amsterdam: SWP; 2013.
- Stil B, Bellengé N, Snoeren R. De werkzame principes van Blended Care in het sociaal domein. Vita Valley Zorginnovatie netwerk; 2016.

- Taam S. Maatschappelijke participatie: de basis voor plezier, harmonie, kwaliteit en succes. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2010;4 (4):26–29.
- Tengland PA. Empowerment: A conceptual discussion. *Health Care Analysis* 2008;16:77–96.
- Timmermans H, Havers J. Het generiek model zelfmanagement. In: Brink R van den, Timmermans H, Havers J van Veenendaal. Ruimte voor regie. Pioniers over zelfmanagement in de zorg (pag. 33–60). Deventer/Utrecht: Kluwer/CBO; 2013.
- Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy visions for health, well-being, justice through occupation (2. Aufl.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE; 2014.
- Trimbos instituut. Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos instituut; 2015.
- Veer J van der, Waverijn G, Spreeuwenberg P et al. Werk en inkomen: Kerngegevens en trends. Rapportage. Utrecht: NIVEL; 2013.
- Ventevogel P, Schinina G, Strang A et al. Mental health and psychosocial support for refugees, asylum-seekers and migrants on the move in europe. A multi-agency guidance note. UNHCR, IOM, IFRC, mhpps; 2015.
- Verhoef J, Zalmstra A. Beroepscompetenties ergotherapie (2. Aufl.). Een toekomstige beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut. Den Haag: Boom; 2013.
- Verlinden S, Maes B, Goethals J. Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel. Rapport 04. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2009.
- Verschelling M, Lindt S van der. Handreiking maatschappelijke steunsystemen: Samenwerken aan participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Utrecht: Movisie/Trimbos-instituut; 2010.
- Vons W. Manifest betere geestelijke gezondheidszorg. Amersfoort: GGZ Nederland; 2016.
- Vries G de. Building blocks for return to work after sick leave due to depression. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2016.
- Walburg J. Zelfmanagement: Bezuiniging of investering. Utrecht: Congres Zelfmanagement, Trimbos-instituut; 2011.
- Weeghel J van, Pijnenborg M, Veer J van 't et al. Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken. Bussum: Coutinho; 2016.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001.
- Wohlschlegel K, Albrecht U, Griewel S et al. Empowerment: Toepassing en ervaringen bij arbeidsproblemen in de psychiatrie. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2010;3:11–20.

5 Internationaler Kontext

Hanneke van Bruggen, Mieke le Granse

Mit Dank an Stephanie Saenger und Marie-Antoinette Minis für ihre Unterstützung bei den Themen COTEC und ENOTHE.

„Man entdeckt keine neuen Erdteile, ohne den Mut zu haben, alte Küsten aus den Augen zu verlieren.“

André Gide (1869–1951)

Keywords

- Internationalisierung
- Globalisierung
- Netzwerke
- internationale Berufsverbände

Gemeinsamer COTEC-ENOTHE-Kongress

Steffi besucht im Rahmen eines internationalen Austauschprojektes mit drei Ergotherapie-Kommilitoninnen den gemeinsamen COTEC-ENOTHE-Kongress im irischen Galway. Sie haben einen kleinen Vortrag zum Flüchtlingsthema vorbereitet, das zum europäischen Thema des Kongresses passt: der soziale und politische Kontext. Sie finden es aufregend, vor so vielen Professionals und Studierenden einen Vortrag auf Englisch zu halten. Sie genießen den Kongress, treffen viele Studierende aus anderen Ländern, tauschen Erfahrungen aus und hören den namhaften Ergotherapiegrößen zu, die sie bislang nur aus der Literatur kannten. Abends entspannen sie sich bei einem Glas Bier. Wieder zurück an der Uni erzählen sie den anderen begeistert von ihren Erlebnissen. Was es alles zu lernen gibt und wie groß innerhalb Europas die Unterschiede in der Ergotherapie sind!

5.1 Einleitung

In diesem Kapitel bieten wir einen Überblick zu dem umfassenden Thema der Internationalisierung und Globalisierung. Wofür stehen diese Begriffe? Rückt die Welt immer enger zusammen, wie vielfach beschworen, oder werden die Unterschiede einfach größer? Zweifellos hat auch dieses Thema zwei Seiten, die sich auf den beruflichen Alltag, die Ausbildung und die Forschung in der Ergotherapie auswirken. Man denke nur an die Paradigmenverschiebung in der Ergotherapie, wo nicht länger von einem Patienten, sondern viel mehr vom Klienten und vom Bürger ausgegangen wird. Dies geht auf die Diskussionen über die Menschenrechte und vor allem auf das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit

Behinderungen zurück (Convention on the rights of persons with disabilities; UN 2006).

Zunächst werden in diesem Kapitel die Begriffe Internationalisierung und Globalisierung betrachtet und nachfolgend die wichtigsten Trends und Tendenzen auf den Gebieten der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, die für Ergotherapeuten eine Rolle spielen, umrissen.

Ferner werden die Ziele und Aufgaben der wichtigsten internationalen ergotherapeutischen Berufsverbände und Netzwerke vorgestellt, wie etwa der World Federation of Occupational Therapy (WFOT), des Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC), des European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) und seine Projekte, wie das Tuning und die Competences for Poverty Reduction (COPORE).

COTEC und ENOTHE haben eine Zusammenarbeit auf den Weg gebracht, um unter dem Schirm der OT-Europe (OTEU) in Erscheinung zu treten, wenn es um politische Richtungsfragen auf der europäischen Ebene geht. Unter diesem Schirm wurde auch ein Forschungsnetz entwickelt (Research Occupational Therapy and Occupational Science, ROTOS). Weitere Forschungsnetzwerke sind die International Society for Occupational Science (ISOS) und Occupational Science Europe (OSE).

In Deutschland, Österreich und der Schweiz tut sich bereits viel auf dem Gebiet der Internationalisierung. Zum Beispiel durch die Teilnahme am europäischen Masterprogramm, durch die Verwendung von WFOT-Dokumenten, die Teilnahme an Konferenzen und Aktivitäten von COTEC und ENOTHE, die Verbreitung internationaler Literatur, die Teilnahme an internationalen Netzwerken usw. Dieses Kapitel verknüpft diese Erfahrungen mit der europäischen und globalen Ergotherapiepolitik.

5.2 Globalisierung und Internationalisierung

Globalisierung und Internationalisierung haben etwas mit dem Überschreiten von Grenzen zu tun. „Globalisierung“ ist der Oberbegriff für den fortwährenden Prozess der ökonomischen, politischen und kulturellen Verflechtungen (SER 2008). Prozesse wie Migration, Klimawandel und die Unterschiede bei der Gesundheit im Verhältnis zur Armut verlangen nach mehr als nur nach lokalen oder auch nationalen Lösungen. Nach Altbach et al. (2009) ist „Globalisierung eine Tatsache des 21. Jahrhunderts“.

Kritiker empfinden die Globalisierung auf der kulturellen und ökonomischen Ebene als Bedrohung, welche wie eine Dampfwalze die kulturellen Unterschiede innerhalb Europas auf belanglose Folklore reduziert. Die Verschiedenheiten in Europa seien ein Trumpf, die graue Einheits-

5 Internationaler Kontext

Hanneke van Bruggen, Mieke le Granse

Mit Dank an Stephanie Saenger und Marie-Antoinette Minis für ihre Unterstützung bei den Themen COTEC und ENOTHE.

„Man entdeckt keine neuen Erdteile, ohne den Mut zu haben, alte Küsten aus den Augen zu verlieren.“

André Gide (1869–1951)

Keywords

- Internationalisierung
- Globalisierung
- Netzwerke
- internationale Berufsverbände

Gemeinsamer COTEC-ENOTHE-Kongress

Steffi besucht im Rahmen eines internationalen Austauschprojektes mit drei Ergotherapie-Kommilitoninnen den gemeinsamen COTEC-ENOTHE-Kongress im irischen Galway. Sie haben einen kleinen Vortrag zum Flüchtlingsthema vorbereitet, das zum europäischen Thema des Kongresses passt: der soziale und politische Kontext. Sie finden es aufregend, vor so vielen Professionals und Studierenden einen Vortrag auf Englisch zu halten. Sie genießen den Kongress, treffen viele Studierende aus anderen Ländern, tauschen Erfahrungen aus und hören den namhaften Ergotherapiegrößen zu, die sie bislang nur aus der Literatur kannten. Abends entspannen sie sich bei einem Glas Bier. Wieder zurück an der Uni erzählen sie den anderen begeistert von ihren Erlebnissen. Was es alles zu lernen gibt und wie groß innerhalb Europas die Unterschiede in der Ergotherapie sind!

5.1 Einleitung

In diesem Kapitel bieten wir einen Überblick zu dem umfassenden Thema der Internationalisierung und Globalisierung. Wofür stehen diese Begriffe? Rückt die Welt immer enger zusammen, wie vielfach beschworen, oder werden die Unterschiede einfach größer? Zweifellos hat auch dieses Thema zwei Seiten, die sich auf den beruflichen Alltag, die Ausbildung und die Forschung in der Ergotherapie auswirken. Man denke nur an die Paradigmenverschiebung in der Ergotherapie, wo nicht länger von einem Patienten, sondern viel mehr vom Klienten und vom Bürger ausgegangen wird. Dies geht auf die Diskussionen über die Menschenrechte und vor allem auf das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit

Behinderungen zurück (Convention on the rights of persons with disabilities; UN 2006).

Zunächst werden in diesem Kapitel die Begriffe Internationalisierung und Globalisierung betrachtet und nachfolgend die wichtigsten Trends und Tendenzen auf den Gebieten der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, die für Ergotherapeuten eine Rolle spielen, umrissen.

Ferner werden die Ziele und Aufgaben der wichtigsten internationalen ergotherapeutischen Berufsverbände und Netzwerke vorgestellt, wie etwa der World Federation of Occupational Therapy (WFOT), des Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC), des European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) und seine Projekte, wie das Tuning und die Competences for Poverty Reduction (COPORE).

COTEC und ENOTHE haben eine Zusammenarbeit auf den Weg gebracht, um unter dem Schirm der OT-Europe (OTEU) in Erscheinung zu treten, wenn es um politische Richtungsfragen auf der europäischen Ebene geht. Unter diesem Schirm wurde auch ein Forschungsnetz entwickelt (Research Occupational Therapy and Occupational Science, ROTOS). Weitere Forschungsnetzwerke sind die International Society for Occupational Science (ISOS) und Occupational Science Europe (OSE).

In Deutschland, Österreich und der Schweiz tut sich bereits viel auf dem Gebiet der Internationalisierung. Zum Beispiel durch die Teilnahme am europäischen Masterprogramm, durch die Verwendung von WFOT-Dokumenten, die Teilnahme an Konferenzen und Aktivitäten von COTEC und ENOTHE, die Verbreitung internationaler Literatur, die Teilnahme an internationalen Netzwerken usw. Dieses Kapitel verknüpft diese Erfahrungen mit der europäischen und globalen Ergotherapiepolitik.

5.2 Globalisierung und Internationalisierung

Globalisierung und Internationalisierung haben etwas mit dem Überschreiten von Grenzen zu tun. „Globalisierung“ ist der Oberbegriff für den fortwährenden Prozess der ökonomischen, politischen und kulturellen Verflechtungen (SER 2008). Prozesse wie Migration, Klimawandel und die Unterschiede bei der Gesundheit im Verhältnis zur Armut verlangen nach mehr als nur nach lokalen oder auch nationalen Lösungen. Nach Altbach et al. (2009) ist „Globalisierung eine Tatsache des 21. Jahrhunderts“.

Kritiker empfinden die Globalisierung auf der kulturellen und ökonomischen Ebene als Bedrohung, welche wie eine Dampfwalze die kulturellen Unterschiede innerhalb Europas auf belanglose Folklore reduziert. Die Verschiedenheiten in Europa seien ein Trumpf, die graue Einheits-

wurde ein Albtraum. Sie weisen auf die negativen Folgen einer globalisierten Wirtschaft wie Armut, Umweltschädigung und Missachtung von Menschenrechten hin. Betont wird dabei der Umstand, dass sich die Globalisierung gleichermaßen auf technologische Aspekte (Infrastruktur, Mobilität, Kommunikation), politische Aspekte (Machtverhältnisse) und ökonomische, soziokulturelle, demografische und ökologische Aspekte bezieht.

Globalisierung ist auch kein wertfreier Begriff. Sie ist ein politischer Prozess, der vielfältige Entscheidungen erfordert: mehr oder weniger Liberalisierung, mehr oder weniger Handelsrestriktionen, mehr oder weniger Zusammenarbeit. Es sind die Staaten, Unternehmen, Nichtregierungsorganisationen (NGO) und die einzelnen Bürger, die diese Entscheidungen treffen. Ein wesentlicher Motor der Globalisierung sind die Informationen, die uns auf technischem Wege via Telefon und Internet zur Verfügung stehen.

Für unsere Fachdisziplin spielt die nachhaltige und gerechte Globalisierung eine Rolle, wie etwa die Globalisierung der Menschenrechte und vor allem die der Menschen mit Behinderungen. So haben etwa Ergotherapeuten in Georgien an der Gesetzgebung zugunsten eines inklusiven Unterrichts mitgewirkt. Früher durften Kinder mit Behinderung nicht zur Schule gehen. Nach einer Entscheidung der UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation) und der Vereinten Nationen (UN) mit Angeboten zur inklusiven Schulbildung wurde die Gesetzeslage verändert.

Globalisierung bedeutet nicht allein die Gestaltung der globalen Ökonomie und Kultur, sondern hat eben auch Auswirkungen auf den weiterführenden Unterricht. Die Entstehung einer globalisierten Wissensökonomie, in der Forschungsergebnisse und andere Informationen weltweite Verbreitung finden, die Verwendung des Englisch als wissenschaftliche Weltsprache und die Ausbreitung der Informationstechnologien sind dabei entscheidende Faktoren.

Unter „Internationalisierung“ versteht man die verschiedenen Maßnahmen und Programme, die von Regierungen, Bildungsbehörden und Strukturen des Gesundheitswesens eingesetzt werden, um auf die Globalisierung bzw. Europäisierung zu reagieren (Altbach et al. 2009). Das Wort steht also nicht für einen bestimmten Inhalt, sondern für einen Prozess, der auf ganz unterschiedliche Weise interpretiert werden kann. In der Ergotherapie gibt es z. B. Prozesse zur wechselseitigen Anerkennung von Diplomen oder Regeln zur Festschreibungen von Vorgehensweisen oder die Kodierung von international verbreiteten Hilfsmitteln.

Internationalisierung und Globalisierung sind umfassende Begriffe, die für allgemeine Prozesse stehen, welche ihre Wirkung in einem Großteil der Welt entfalten. Diese Prozesse werden beschrieben und bis zu einem gewissen Grad auch aus den Sozialwissenschaften wie Ökonomie, Politikwissenschaft oder „internationale Beziehungen“

erklärt. Um dem Motto „global denken, lokal handeln“ zu entsprechen, sollte die Fähigkeit, sich auf einen bestimmten Ort, einen Fall oder eine Gemeinde zu fokussieren, Hand in Hand mit der Fähigkeit gehen, zurückzutreten, um den Blick auf weitere Gebiete, Muster und grundsätzlichere Themen zu richten.

In Amsterdam arbeiten Ergotherapeuten in Problemstadtteilen an der Prävention von Schulausfallzeiten und koppeln dies mit Modellen der WHO über soziale Determinanten von Gesundheit und Prävention (WHO 2008a, 2014). Auch wird dort an verschiedenen Ergotherapie fakultäten an der Flüchtlingsproblematik gearbeitet, indem man eine Vielzahl von Projekten initiiert, bei denen Studierende als Freiwillige mitarbeiten und sich besonders auf die Erweiterung der Möglichkeiten zum Betätigen konzentrieren.

5.2.1 Internationalisierung der Ausbildung

Die Internationalisierung der Hochschulbildung ist kein Wert an sich, sondern zielt auf eine Erhöhung der Unterrichtsqualität ab. Dies geschieht vor allem durch die Verbesserung der interkulturellen und internationalen Fachkenntnisse und der Fertigkeiten. Natürlich geht es um praktische Fertigkeiten, wenn man im interkulturellen und internationalen Kontext funktionieren möchte. Es geht aber auch um eine akademische Sicht auf den orts-, zeit- und kulturabhängigen Kontext von Informationen und Wissen (Nuffic 2015). Das niederländische Bildungsministerium fasste Internationalisierung in ihrer Agenda 2006–2011 folgendermaßen zusammen:

„Zusammenarbeit und Zusammenleben mit Anderssprachigen, einen ausländischen Arbeitsmarkt erkunden oder im eigenen Fachgebiet stets auf dem aktuellen Stand bei Trends und Neuerungen sein. Die Internationalisierung ist für alle Studierenden und Berufstätigen von Bedeutung, ganz gleich, ob ein Arbeitsplatz in einem anderen Land gewählt wird oder ob man „zu Hause“ bleibt“ (Internationalisierungsagenda 2005).

Die Vereinigung der Fachhochschulen und die Vereinigung der Universitäten formulierten in einer gemeinsamen Erklärung vier Ziele der Internationalisierung („Gezamenlijke visie internationaal“; VSNU u. VH 2014):

- Ausstattung der niederländischen Studierenden mit einem relevanten und in der Breite anwendbaren Wissen und internationalen Fertigkeiten, die für die zukünftige Ausübung des Berufs in den Niederlanden oder auch im Ausland erforderlich sind (internationale Klassen, Internationalisierung des Curriculums)
- Verstärkung des Beitrages der internationalen Studierenden und Dozenten zur niederländischen Bildungsökonomie
- präzise Definition und zielgerichteter Einsatz der „Unique Selling Points“ (der besonderen Alleinstellungsmerkmale)

- Das Investieren in die Teilnahme an globalen/europäischen Wissensnetzwerken ist essenziell für die Forschung und deren Anwendung. Die Stärkung von Netzwerken unterstützt auch die physische Mobilität der Dozenten und Studierenden.

Europäisierung und Internationalisierung der Ausbildungsinhalte

Die Internationalisierung beginnt bei den Bürgern Europas. Im Grund können Ergotherapeuten in ganz Europa leben und arbeiten, solange ihr Diplom den beruflichen Anforderungen der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates genügt. Im Unterricht kann dies durch eine feste Verankerung „Europas“ im Curriculum und durch einen regen Studierendenaustausch zwischen den Ländern gefördert werden. Die Internationalisierung in der Ausbildung geht auch über Europas Grenzen hinaus. Studierende und Dozenten verfügen über Kompetenzen, mit denen sie in der Lage sind, auch auf anderen Kontinenten mit den dortigen Organisationen und Menschen zusammenzuleben und zusammenzuarbeiten. Dies ist nur möglich, wenn die Internationalisierung ein natürlicher und integraler Bestandteil des Unterrichts ist und die Studierenden dadurch imstande sind, sich ein kritisches Urteil über Themen wie Gleichheit im Gesundheitssystem, soziale Kohäsion, Inklusion und Exklusion sowie den Zusammenhang zwischen Armut und Behinderung im europäischen und globalen Zusammenhang zu bilden.

In diesem Rahmen streben alle Ergotherapieausbildungen weltweit danach, den überarbeiteten Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists (WFOT 2016) zu genügen. In Europa wird zudem versucht, die Studierenden gemäß der Bologna-Erklärung mindestens auf Bachelor-Niveau zu bringen. Die Tuning-Referenzpunkte 2008 (einschließlich internationaler Kompetenzen) in den Curricula garantieren die wechselseitige Anerkennung der akademischen Ausbildung und der Berufszulassung, sodass die Studierenden mit dem Abschluss des Studiums bereit sind, sich auf dem internationalen Arbeitsmarkt umzusehen oder einen anschließenden Master-Studiengang in Angriff zu nehmen. Mit Blick auf die Internationalisierung sollen die Studierenden mindestens die folgenden Kompetenzen aufweisen:

- aktives Beherrschen der englischen (Fach-)Sprache
- sich über das Internet Zugang zu Informationen und Literatur in den Bibliotheken ausländischer Ausbildungseinrichtungen und Berufsorganisationen verschaffen und die erhaltenen Informationen kritisch verarbeiten und analysieren können
- Fähigkeit zum Vergleich des Stellenwertes, der Funktion und der Einbettung des Berufes im eigenen Land und im Ausland
- Einordnung der Ergotherapie im weltweiten und im europäischen Kontext (universelles Denken) und die Fä-

higkeit, daraus die Konsequenzen für die lokale Berufsausübung zu ziehen (lokales Handeln).

Kurz gesagt: Die Studierenden sind international, global und intellektuell ausgerichtet und sehen die grenzenlosen Möglichkeiten in der Welt und können eine Verbindung zwischen den Bevölkerungsgruppen in der Gesellschaft herstellen, wie es der Vorsitzende der Hochschulvereinigung Thom de Graaf 2016 auf dem HBO-Jahrestreffen (Hoger Beroeps Onderwijs) „Grenzenlose Ausbildung“ formulierte.

Virtuelle und reale Mobilität von Studierenden und Dozenten

Die Internationalisierung wird auch öfters mit der Mobilität von Studierenden und Dozenten gleichgesetzt. Natürlich ist das Kennenlernen anderer Länder wichtig, doch muss dies nicht immer über einen Verbleib im Ausland erfolgen. Auch Kontakte über das Internet oder zu ausländischen Organisationen (etwa in Form von Partnerschaften und Zusammenarbeiten mit ausländischen Einrichtungen) können zu einer internationalen Ausrichtung beitragen.

Hier ein paar Beispiele für Aktivitäten im Rahmen der Internationalisierung: Auslandsaufenthalte oder Abschlussarbeiten im Ausland, Belegung eines intensiven spezialisierten internationalen Kurses im Ausland, ein ergotherapeutisches Auslandssemester an einer geeigneten Einrichtung, Teilnahme an internationalen Modulen innerhalb der eigenen Ausbildungseinrichtung, ausländische Gastdozenten, Aufnahme ausländischer Studierender, Teilnahme an einem internationalen E-Modul (z.B. Euro-Education Employability for all; EEE4all).

Neue Medien und allen voran das Internet verschieben die Grenzen und vergrößern für jeden den Horizont. Eine Internationalisierung ohne Internet ist schlichtweg nicht mehr vorstellbar. Die Notwendigkeit eines zielgerichteten Einsatzes der Medien zur Internationalisierung der Ausbildung wird in Zukunft noch größer werden.

Ausbildung und Expertise als Exportprodukte

Das niederländische Bildungsministerium wünscht sich ein stärkeres internationales Profil der niederländischen Ausbildungseinrichtungen für den ausländischen Markt. In der Ergotherapie ist dafür der europäische Masterstudiengang Ergotherapie ein Beispiel, der 1999 einen wichtigen Beitrag zur Akademisierung der Ergotherapieausbildung in den Niederlanden und in ganz Europa geleistet hat. Auch die verkürzte Ausbildung für deutsche Ergotherapeuten bis zum niederländischen Bachelor ist ein wichtiger Ansatz zur Entwicklung der Ergotherapie an den Hochschulen in Deutschland. Daneben haben Ergotherapieschulen in den Niederlanden, in Belgien und auch in

anderen europäischen Staaten über die ENOTHE-Projekte die Curriculumentwicklung in der Ergotherapie in ost- und mitteleuropäischen Ländern unterstützt.

Internationale Kontakte und Netzwerke

Die akademischen Einrichtungen suchen immer mehr ausländische Partner, um mit diesen zusammenzuarbeiten und Wissen, Curricula, Studierende und Dozenten auszutauschen. Dadurch sind zahlreiche Partnerschaften und Netzwerke zwischen den Einrichtungen im bilateralen und auch multilateralen Verband entstanden, wie etwa das Consortium of Institutes of Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe (COHERE), das European Forum for Primary Care (EFPC), sowie Partnerschaften im kleineren Rahmen (z. B. EU-Masters of Science in Occupational Therapy, EEE4all sowie die Innovation-and-Creativity-for-life-Module, IC4life).

Der Begriff der Netzwerke nimmt einen immer größer werdenden Teil unseres Denkens und Handelns in Anspruch. Dies gilt für die Ausbildungs- und Berufsgruppen aber auch für den einzelnen Studierenden (z. B. via Facebook), Dozenten und Professionals. Gepaart geht das Ganze mit einer zunehmenden Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien und einer erhöhten Professionalität.

5.2.2 Community of Practice (CoP)

Wie erwähnt sind Merkmale der heutigen Zeit die Zunahme der internationalen Netzwerke, die Professionalisierung und die öffentlich-private Zusammenarbeit. Dank der deutlich erhöhten Kommunikations- und Mobilitätsmöglichkeiten kann man als Berufstätiger leicht Kontakt zu Kollegen aus anderen Ländern aufnehmen. Man geht zunehmend davon aus, dass gut ausgebildete Personen das auch wirklich tun, sich dabei professionell verhalten und in der Lage sind, sich selbst auf fachkundige und integre Weise innerhalb der vorgegebenen Spielräume weiterzuentwickeln.

In diesem Zusammenhang steht der Begriff der Community of Practice (CoP; Wenger 1998): Es handelt sich um eine Gruppe von Personen, die ein gemeinsames Interesse, ein Problem oder eine Passion teilen und ihr Wissen und ihre Expertise auf diesem Gebiet durch fortlaufende Interaktion miteinander vertiefen; also eine Gemeinschaft, in der Menschen bereit sind, die eigene Fachkundigkeit und Erfahrung zu teilen und die der anderen aufzunehmen, was auch mit Menschen in anderen Ländern möglich ist. In diesem Fall spricht man dann von einer internationalen CoP. Nach Wenger (2006) weist eine CoP drei wesentliche Merkmale auf: die Domäne, die Gemeinschaft und die Praxis. Oder anders gesagt: Die Mitglieder einer CoP teilen einen speziellen Kompetenzbereich, nehmen an gemeinsamen Aktivitäten teil, tauschen Informationen aus und sind praktisch tätig.

Auch in der Welt der Professionals ist ein anhaltender „Normalisierungsdruck“ spürbar im Sinne von (internationalen) Standardisierungen, Protokollen, Qualitätssicherungen, Gesetzen und Verordnungen. Internationale CoP können hierbei eine wichtige Rolle spielen und zugleich auf die Diversität achten.

Ein gutes Beispiel für eine CoP ist der internationale Verband Empowering Learning Social Inclusion Through Occupation (ELSITO), in dem Erfahrungsexperten, Ergotherapeuten und andere Professionals aus Griechenland, Belgien und den Niederlanden miteinander und voneinander über soziale Inklusionsprozesse lernen. Das Projekt wurde zwar 2011 beendet, doch sind immer noch verschiedene ELSITO-Gruppen aktiv und halten untereinander den Kontakt.

5.3 Globale Abkommen und Kursvorgaben

Eine Reihe wichtiger internationaler Schriften propagiert gesundheitsförderliche Strategien und bekräftigt die wichtige komplementäre Rolle der primären Gesundheitsversorgung und gemeindenaher partizipatorischer Aktivitäten (community-based participatory action; Cristancho et al. 2008, De Maeseneer et al. 2007, WHO 2008a,b, 2015a). Die neue Strategie der WHO für die Jahre 2016–2026 nimmt als Ausgangspunkt in der Gesundheitsfürsorge den Menschen und die Gemeinschaft und betont das Empowerment, das Engagement der Gemeinschaft, das Selbstmanagement und das Enablement der Umwelt. Dieser Ansatz fordert den Ergotherapeuten dazu auf, mehr primäre Versorgung und mehr gemeindenahere Arbeiten zu leisten, mehr auf die Prävention zu achten und Veränderungen in der Umwelt einzuleiten bzw. die sozialen Determinanten vulnerabler Personengruppen zu ändern.

Neben der Gesundheitspolitik der WHO ist auch eine Politik für Menschen mit Behinderungen wichtig, die vor allem auf die Partizipation (ICF 2001), einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem, zur Inklusion und zur gemeindenahen Rehabilitation gerichtet ist (community-based rehabilitation, CBR; WHO 2010, 2011, 2015b; Kap. 3.4.2)

Schließlich spielt auch die Politik der Vereinten Nationen hinsichtlich der Menschenrechte und einer anhaltenden Entwicklung für Menschen mit Behinderungen und für die Ergotherapie eine große Rolle.

5.3.1 Politik der UNO zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen

Am 13. Dezember 2006 hat die UNO die Behindertenrechtskonvention (Convention on the rights of persons with disabilities, CRPD) beschlossen. Das Ziel dieses Abkommens ist es, die Menschenrechte von Personen mit Behinderungen zu stärken, zu schützen und zu gewährleisten. Es verpflichtet auch zum Verbot von Diskriminierung etwa in Schulen oder am Arbeitsplatz.

In Deutschland trat die Konvention am 26. März 2009 in Kraft. Über die Umsetzung wacht in Deutschland eine Monitoring-Stelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte, die im April 2015 einen ersten Bericht mit Kritikpunkten und Empfehlungen veröffentlichte. Am 24. März 2019 muss Deutschland unter besonderer Berücksichtigung dieser Empfehlungen erneut über den Stand der Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen berichten und wird dann erneut vom UN-Fachausschuss überprüft und bewertet.

In Österreich gilt sie seit 26. Oktober 2008. Sie muss bei der Gesetzgebung und der Vollziehung (Verwaltung und Rechtsprechung) berücksichtigt werden.

Am 15. April 2014 hat die Schweiz in New York die UN-Behindertenrechtskonvention als 144. Staat ratifiziert, die einen Monat später in Kraft trat. In Ergänzung zum bestehenden Schweizer Behindertenrecht soll die Konvention dazu beitragen, die zahlreichen einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu beseitigen, welche die autonome Lebensführung von Menschen mit Behinderung immer noch stark beeinträchtigen.

Das WFOT unterstützt die UN-Menschenrechtskonvention und hat 2006 eine Stellungnahme zu den Menschenrechten in Bezug auf das menschliche Betätigen und die Partizipation abgegeben. Weitere Informationen finden sich auf der WFOT-Website: www.wfot.org.

5.3.2 UNO-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung

Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der UNO, die im September 2015 verabschiedet wurde, bietet einen globalen Rahmen zur Bekämpfung von Armut und zum Fortgang einer nachhaltigen Entwicklung, aufbauend auf den Millenniumzielen zur Entwicklung, die im Jahre 2000 formuliert worden waren. Die Agenda 2030 enthält einen neuen Ansatz für die Zusammenarbeit der internationalen Gemeinschaft im Hinblick auf ein globales Versprechen auf eine andere Zukunft für den Menschen und den Planeten, das der Welt auf den Weg hin zu einer nachhaltigeren Entwicklung hilft.

Es handelt sich bei dieser Agenda um die erste jemals getroffene weltweite Übereinkunft, in die ein universeller

und umfassender Aktionsplan aufgenommen wurde, der für alle Staaten Gültigkeit besitzt (UN 2015).

Die 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) beziehen sich u. a. auf die Bereiche Armut, Ungleichheit, Ernährungssicherheit, Gesundheit, nachhaltiger Konsum und nachhaltige Produktionsprozesse, nachhaltiges Wachstum, nachhaltige Arbeitsmöglichkeiten, widerstandsfähige Infrastruktur, nachhaltiger Umgang mit natürlichen Ressourcen und dem Klimawandel, aber auch Geschlechtergleichstellung, ein friedliches und inklusives Zusammenleben, Zugang zur Justiz und zu den verantwortlichen Einrichtungen.

Die Agenda 2030 war sowohl bei ihrer Entwicklung als auch im Ergebnis erstmalig inklusiv ausgerichtet, was in 11 expliziten Punkten zu Personen mit Behinderungen zum Ausdruck kommt, wie etwa bei den Themen Menschenrechte, vulnerable Personengruppen, (Hoch-)Schulbildung sowie Forschung und Datenerhebung.

Besonders deutlich erscheint dies in Artikel 23, nach dem vulnerable Menschen, vor allem Menschen mit Behinderungen, Ältere, Flüchtlinge und Kinder (von denen mehr als 80 % in Armut leben) ins Zentrum der Armutsbekämpfung gerückt werden (www.un.org/depts/german/gv-69/band3/ar69315.pdf).

Ergotherapeuten spielen weltweit eine wichtige Rolle bei der Unterstützung vulnerabler Personengruppen und der Umsetzung der Agendaziele von 2003, wobei sie vor allem einen bevölkerungs- oder gemeindenahen und betätigungsorientierten Entwicklungsansatz verfolgen (siehe auch Kasten „Möglichkeiten zur Förderung von Selbstmanagement“ in Kap. 4.4.2).

5.3.3 Aktionsplan der Weltgesundheitsorganisation 2014–2021: „Bessere Gesundheit für Menschen mit Behinderungen“

Der bahnbrechende Bericht der WHO zu Menschen mit Behinderungen leistet einen bedeutenden Beitrag zur Implementierung des UNO-Abkommens hinsichtlich ihrer Menschenrechte. Der Bericht liefert ein deutliches Bild von den Lebenssituationen Behinderter, ihren Bedürfnissen und den Hürden, die sie zu nehmen haben, um aktiv an der Gesellschaft partizipieren zu können. Es ist zugleich der beste Beweis dafür, welche Maßnahmen zur Überwindung solcher Hürden greifen und den Zugang zu Gesundheitsfürsorge, Bildung, Arbeit und allen Hilfsangeboten verbessern. Auch werden Empfehlungen zur politischen Entwicklung der Inklusion auf lokaler nationaler und internationaler Ebene ausgesprochen (www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en).

Stephen Hawking schreibt als Erfahrungsexperte im Vorwort dieses Berichtes Folgendes: „Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und der vorliegende Weltbericht Behinderung lassen mich

hoffen, dass dieses Jahrhundert einen Wendepunkt für die Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in das Leben ihrer Gesellschaften darstellt“ (WHO 2011).

Der weltweite Aktionsplan 2014–2021 ist ein wichtiger Schritt, um die Empfehlungen aus dem Weltbericht Behinderung umzusetzen und die Gesundheit, die Lebensqualität und die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu verbessern (www.who.int/disabilities/actionplan/en). Darüber hinaus setzt der Aktionsplan bei einem Ausbau von Rehabilitation, Genesung, Unterstützung und technischen Hilfsmitteln an. Auch wird den Bereichen der Datenerhebung und Forschung ein größerer Stellenwert eingeräumt. Die WHO bezeichnet ihren Aktionsplan als historischen Entwurf (WHO 2015a, b).

Eine weitere wichtige WHO-Initiative ist die Arbeit an einer altersfreundlichen Welt mithilfe des globalen WHO-Netzwerks altersfreundliche Städte (Global Network of Age Friendly Cities), an dem verschiedene Ergotherapieeinrichtungen mitwirken (z. B. Amsterdam, Genf und Ontario).

Durch das fortgesetzte Mitwirken der WFOT bei der WHO kann der internationale Berufsverband durch interprofessionelle Reaktionen auf Konzeptpapiere, Berichte und Abkommen seinen Beitrag zu größeren, globalen Gesundheitsthemen leisten. Hier können wir als Ergotherapeuten einen Beitrag leisten, der über unseren beruflichen Alltag hinausgeht. Die Ergotherapie kann oft wertvolle und auch spezifische Sichtweisen bieten. Auch in den kommenden Jahren gibt es mit anderen internationalen Organisationen wie der UNESCO und der International Labour Organization (ILO) viele Formen der Zusammenarbeit. Der Blick geht damit in Richtung einer weltweiten Ausweitung der WFOT-Aktivitäten, was sich in den Statements der WFOT zu den Themen globale Gesundheit (2014) und Flüchtlinge (2014) widerspiegelt.

5.4 Grundsätze und Richtungen in der EU

Das Konzept der Gleichheit hat in der Europäischen Union eine große Bedeutung. Die Nichtdiskriminierung und Gleichbehandlung anderer Staatsangehörigkeiten ist ein zentrales Element des Binnenmarktes zugunsten eines freien Austausches von Waren, Dienstleistungen, Personen und Kapital. Die politischen Ziele der EU sind zuvorderst die Schaffung von Arbeitsplätzen, die Verbesserung der Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbedingungen, die Mobilität der Arbeitnehmer, die Aufklärung und Einbeziehung von Arbeitnehmern, die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung, die Förderung der Gleichberechtigung von Mann und Frau sowie die Modernisierung der Sozialsysteme.

5.4.1 Die Wachstumsstrategie Europa 2020

Die Wachstumsstrategie Europa 2020 zielt auf eine intelligente, nachhaltige und integrative Wirtschaft, um mindestens 20 Millionen Menschen einen Ausweg aus Armut und sozialer Rückständigkeit zu bieten und die Beschäftigungsquote der Menschen zwischen 20 und 64 Jahren auf 75 % zu bringen.

Die EU-Leitinitiative „Europäische Plattform zur Bekämpfung der Armut“ und sozialer Ausgrenzung ist eine der Kerninitiativen von Europa 2020, die sich auch mithilfe von Erfahrungsexperten der Bekämpfung von Armut und der Verbesserung von Gesundheitsfürsorge, Bildung, Wohnraum und Inklusionsstrategien verschrieben hat.

Im Rahmen von Europa 2020 und der Unterzeichnung der UN-Konvention im Jahre 2010 sah sich die Europäische Kommission gezwungen, die Umsetzung der „Europäischen Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010–2020“ auszusetzen (<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:de:PDF>). Ihr allgemeines Ziel ist eine Strategie zur Befähigung von Menschen mit Behinderungen, damit diese ihre Rechte voll ausschöpfen und gleichberechtigt an der Gesellschaft und an der Wirtschaft teilhaben können. Dazu sollen Hindernisse in acht wichtigen Bereichen ausgeräumt werden: Zugänglichkeit, Partizipation, Gleichstellung, Beschäftigung, allgemeine und berufliche Bildung, sozialer Schutz, Gesundheit und Maßnahmen im Außenbereich. Aufgrund der ökonomischen Krise und der Flüchtlingskrise sind beide Strategien noch nicht sehr weit gediehen. Es ist jedoch erforderlich, dass Ergotherapeuten hiervon Kenntnis besitzen, da im Zuge dieser Politik von der Europäischen Kommission auch verschiedene Subventionen gewährt wurden. So haben etwa vier polnische und drei rumänische Universitäten zusammen mit dem ENOTHE Fördergelder zum Aufbau der Ergotherapie erhalten. Dadurch sollen ein Beitrag zur Vergrößerung der Arbeitsmöglichkeiten in den Ländern und die Teilnahme am inklusiven Unterricht und an der sozialen Integration geleistet werden. Auf diese Weise leistet die Ergotherapie auch einen Teil zur Reformierung Europas (Bruggen 2011 u. 2012, Renton u. Bruggen 2015).

5.4.2 Förderung von Gesundheit

Die neue europäische Gesundheitspolitik trägt den Titel Gesundheit 2020. Ziele sind die erhebliche Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, der Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, die Stärkung der öffentlichen Gesundheit und die Gewährleistung nachhaltiger bürgernaher Gesundheitssysteme, die flächendeckend sind und Chancengleichheit sowie qualitativ hochwertige Leistungen bieten.

Das Rahmenkonzept beruht auf aktuellen Erkenntnissen, knüpft an die WHO-Politik an, bietet neue Perspektiven und richtet sich auf folgende Themen:

- die Betonung eines Abbaus gesundheitlicher Ungleichgewichte vor dem Hintergrund der Menschenrechte
- Bekämpfung der Umstände, die zu einer transgenerationalen Weitergabe von Ungleichheiten führen
- die Beseitigung von Prozessen, durch die manche Gruppen (z. B. Roma, Flüchtlinge) an den gesellschaftlichen Rand gedrückt oder von der Gesellschaft ausgeschlossen werden
- das Verbinden der sozialen Determinanten gesundheitlichen Ungleichgewichts mit den Niveaus der sozialen Kohäsion in Europa (national oder lokal)
- die Inangriffnahme der wechselseitigen Beziehungen von Gesundheit und Klimawandel (WHO 2012, 2013a, b).

Die EU stellt im Rahmen des Aktionsprogramms „Gesundheit für Wachstum“ zwischen 2014 und 2020 449 Millionen € für Aktivitäten zur Wahrung und Förderung von Gesundheit zur Verfügung. Auch wenn das durchschnittliche Gesundheitsniveau in der EU in der vergangenen Dekade weiter gestiegen ist, sind doch die Gesundheitsunterschiede zwischen den verschiedenen Teilen der EU und zwischen den am meisten und am wenigsten privilegierten Bevölkerungsgruppen hoch geblieben und in manchen Fällen sogar noch größer geworden. Die Säuglingssterblichkeit (Kinder bis 1 Jahr) ist in manchen EU-Staaten 5-mal so hoch wie in anderen, und der Unterschied in der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt geht bei den Männern in der EU bis zu 14 Jahre auseinander. Bei Frauen sind es immerhin noch bis zu 8 Jahre. Zudem sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen, zwischen Stadt und Land und zwischen manchen Gegenden groß.

Da die gesundheitlichen Ungleichgewichte nicht einfach Zufall sind, sondern stark von den Maßnahmen des Einzelnen, der Regierungen, der Interessengruppen wie der medizinischen Industrie, den Versicherern und den Apotheken beeinflusst wird, sind sie auch nicht unvermeidlich. Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Unterschiede richten sich auf die Faktoren, die unterschiedliche Einflüsse auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen ausüben (COM 2009).

In den Niederlanden wird diese Politik etwa durch den Einsatz von speziellen Teams aus z. B. Sozialarbeitern und Gemeindearbeitern in Problemvierteln und sozialen Brennpunkten umgesetzt. Auch die Ausbildung in der Ergotherapie sieht ein projektgebundenes kommunales Arbeiten in den Vierteln vor und richtet ihren Blick immer mehr auf diese Problemviertel. Für weitere Informationen zur Ergotherapie und dem Engagement gegen Ungleichheit und Ungerechtigkeit sei auf das Buch „Occupational therapy without borders“ verwiesen (Bruggen 2016).

5.4.3 Universitäre Zusammenarbeit

Die Bologna-Beschlüsse waren in vielerlei Hinsicht für die europäische Hochschullandschaft revolutionär. Im Juni 1999 unterzeichneten Hochschulminister aus 30 europäischen Staaten eine gemeinsame Erklärung mit dem Ziel, einen vergleichbaren, kompatiblen und kohärenten Hochschulraum in Europa (European Higher Education Area, EHEA) zu schaffen.

Im Jahre 2010 haben 47 Bildungsminister die Erklärung von Budapest und Wien zum Europäischen Hochschulraum angenommen, der damit offiziell in Kraft getreten ist. Der Bologna-Prozess zielt darauf ab, die Wettbewerbsfähigkeit und Attraktivität der europäischen Hochschulbildung zu erhöhen und die Mobilität und Beschäftigungsfähigkeit der Studierenden durch die Einführung eines Systems auf der Grundlage einheitlicher Studiengänge für Studierende, Graduierte und Doktoranden mit entsprechenden Titeln zu fördern (Bachelor, Master, Promotion). Die Qualitätssicherung hat dabei von Beginn an eine wichtige Rolle gespielt. Allmählich haben sich die Lehrprogramme verbreitet und es wurde eine Reihe von Instrumenten entwickelt:

- dreigliedriges, aufeinander aufbauendes System (Bachelor, Master, Promotion)
- Qualifizierungsrahmen mit Betonung der Kompetenzen und Lernresultate
- Anerkennung von Diplomen auf der Grundlage von Diplomzusätzen
- ein eindeutiges Studienpunktesystem (Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen, ECTS)
- vergleichbare Qualitätssysteme
- Konzepte der sozialen Dimensionen
- enge Verbindungen zwischen Lehre und Forschung.

Die europäischen Ausbildungsinstitute in der Ergotherapie haben dem Bologna-Prozess durch das Tuning-Projekt Gestalt gegeben (2008).

5.4.4 Gemeinsame Forschung

Die Europäische Kommission begann 2000 mit einer breiteren Diskussion über den Europäischen Forschungsraum (European Research Area, ERA). Dabei geht es vor allem darum, einer Zerstückelung der Forschungspolitik der einzelnen Mitgliedsstaaten entgegenzuwirken.

Seit 2014 läuft Horizont 2020 als 8. EU-Forschungsrahmenprogramm (FRP) für Forschung und Innovation (bis 2020). Sein Ziel ist es, die europäische Politik auf den Gebieten der Forschung und Innovation besser auf die ökonomischen und sozialen Ambitionen der EU abzustimmen, die in der Wachstumsstrategie Europa 2020 formuliert sind.

Horizont 2020 umfasst eine Vielzahl von Förderprogrammen, die sich auf drei große übergeordnete Programmgebiete verteilen: Wissenschaftsexzellenz, eine führende Rolle der Industrie und gesellschaftliche Herausforderungen. Unter den letzten Punkt fallen Themen wie eine bessere Gesundheit für alle, was etwa das Ziel beinhaltet, ältere Menschen länger aktiv und selbstständig zu halten und auch die Unterstützung neuer, sicherer und effektiver Interventionen. Es handelt sich um das größte Forschungs- und Innovationsprogramm der EU, das es je gab. Es steht Wissenschaftlern aus der ganzen Welt offen, wobei erreichte Auszeichnungen als wichtigstes Teilnahmekriterium gelten. Leider wurden bis heute nur wenige ergotherapeutische Projekte über eines der Rahmenprogramme finanziert.

Die Studie von Maud Graff „Community occupational therapy for older people with dementia and their caregivers“ (COTiD; Graff et al. 2008) wurde inzwischen in vier Sprachen übersetzt und erreichte europaweit Bekanntheit. Sie gilt daher als große europäische Implementationsstudie innerhalb von Horizon 2020. Das europäische Projekt Enable-Age, in dem auch das „Housing-Enabler“-Verfahren (HE) entwickelt wurde, ist ein Beispiel dafür, was die Ergotherapie in einem europäischen Forschungsprojekt für eine große Rolle einnehmen kann (Iwarsson et al. 2007).

5.5 Die wichtigsten internationalen Berufsverbände und Netzwerke

5.5.1 Einleitung

Jedes Land verfügt über seinen eigenen Berufsverband. In Deutschland ist dies der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE; <https://dve.info/>), in Österreich Ergotherapie Austria (www.ergotherapie.at/) und in der Schweiz der ErgotherapeutInnen Verband Schweiz (www.ergotherapie.ch). Dann spielen für diese drei Länder noch der europäische und der Weltberufsverband eine Rolle (COTEC bzw. WFOT). Viele Länder, wie z.B. Spanien oder Griechenland, haben mehrere Berufsverbände. Solche nationalen und internationalen Berufsvereinigungen haben eine große Bedeutung für die Entwicklung des Berufs und nehmen Einfluss auf die Ausbildung, die Forschung, die internationale Politik und die Praxis.

Neben den Berufsverbänden gibt es weltweit noch eine Reihe wichtiger regionaler Gruppen, wie etwa die Occupational Therapy Africa Regional Group (OTARG), deren Ziel u. a. darin besteht, die Ausbildung in der Ergotherapie an die Bedürfnisse behinderter Menschen in afrikanischen Gemeinschaften anzupassen. In Asien ist es die Asia Pacific Occupational Regional Group (APOTRG), die sich u. a. mit der Verbesserung und Entwicklung von Standards im Hinblick auf Praxis, Ausbildung und Forschung befasst.

Die Internationalisierung wirkt sich auch auf die Forschungsaktivitäten in der Ergotherapie aus. In den vergangenen Jahren ist das Interesse an Zusammenarbeiten immer größer geworden und so sind zahlreiche internationale und nicht selten auch weltweit operierende Netzwerke entstanden. Hier eine kleine Auswahl dieser Netze: Research Occupational Therapy and Occupational Science (ROTOS, in Entwicklung), Occupational Science Europe (OSE) und die International Society for Occupational Science (ISOS) sind Netzwerke, deren Ziele die Ermöglichung von Forschungsinitiativen auf hohem Niveau und die Realisierung eines dynamischen Ideenaustausches zur Unterstützung der weiteren Entwicklungen des Berufes und der grundlegenden ergotherapeutischen Wissenschaft sind (occupational science).

5.5.2 World Federation of Occupational Therapists (WFOT)

- www.wfot.org
- admin@wfot.org
- @thewfot

Organisation

Die WFOT (► Abb. 5.1) als Weltverband der Ergotherapeuten entstand 1951 in Großbritannien durch eine Reihe von Diskussionen bei einer Versammlung von 28 Ergotherapeuten aus verschiedenen Ländern. Ein Jahr später unternahm eine Vorbereitungsgruppe die ersten Schritte auf dem Weg zu einer Vereinigung, die zur WFOT anwuchs. 1959 kam es dann zu einer Zusammenarbeit mit der WHO, was schließlich 1963 zur Anerkennung als Nichtregierungsorganisation (NGO) durch die UNO führte. Die WFOT arbeitet eng mit der WHO und vielen anderen (NGO-)Gesundheitsorganisationen wie etwa der UNICEF (United Nations Children Fund), der UNESCO, Rehabilitation International (RI), dem International Council on Disability (ICOD), COTEC und der World Confederation of Physical Therapists (WCPT) zusammen.

Jedes Land, das über einen Berufsverband der Ergotherapeuten, von der WFOT genehmigte Statuten und ein anerkanntes Ausbildungsprogramm verfügt, kann Mitglied im WFOT werden. Derzeit hat sie 91 Mitglieder, die 477.169 registrierte Ergotherapeuten und 62.669 registrierte Ergotherapieassistenten vertreten. Jedes Mitgliedsland stellt einen von der WFOT anerkannten Ge-



Abb. 5.1 Logo der WFOT.

sandten und einen Vertreter ab. Diese Gesandten treffen sich persönlich im Zweijahresrhythmus bei Ratssitzungen und vierjährlich beim WFOT-Kongress.

Der WFOT-Kongress

Zu den Ratssitzungen bringen die rund 90 Teilnehmer traditionell einander kleine Geschenke mit. Schon bald liegen die Tische voll mit Kulis, kleinen Blöcken, Schlüsselanhängern und allen möglichen anderen Dingen. Es sind Mitbringsel, die spezifisch für die jeweilige Kultur sind und oftmals von Klienten gemacht wurden. Aus den Niederlanden gab es das eine oder andere Kilo Lakritze und Delfter-Blau-Steingut. Am bunten Abend und auch bei der Kongresseröffnung erscheinen nicht wenige der Gesandten in ihrer traditionellen Landestracht.

Das Ratstreffen 2016 fand im kolumbianischen Medellín statt, 2018 einschließlich Weltkongress im südafrikanischen Kapstadt, 2020 wird es in Hongkong und 2022 im Rahmen des Weltkongresses in Paris abgehalten werden.

Jeder Ergotherapeut und Studierende, der mitbekommen möchte, was es in der Ergotherapie weltweit an aktuellen Entwicklungen gibt, kann über die nationalen Berufsverbände ein individuelles Mitglied im WFOT werden. Man kann sich dann über die Nachrichtenseiten und Newsletter auf dem Laufenden halten und in Foren an Diskussionen teilnehmen.

Im Jahre 2016 hat die WFOT dem Occupational Therapy International Online Network (OTION) neues Leben eingehaucht. Dort kann man sich zu diversen Themen einschreiben (z. B. Praxis, Ausbildung, Forschung, Studierende, WFOT-Kongress) und darüber Erfahrungen mit Ergotherapeuten aus der ganzen Welt austauschen.

Vision und Leitbild

„Die WFOT fördert international die Ergotherapie als Fähigkeit und als Wissenschaft.“ Sie unterstützt weltweit die Entwicklung, den Zweck und die Anwendung der Ergotherapie und fördert nachdrücklich ihre Bedeutung und ihren Beitrag für die Gesellschaften. Die Prioritäten 2013–2018 lagen auf der WHO und der Global Health Agenda, auf der Ausbildung und auf der Förderung und Entwicklung des Berufes. Diese Prioritäten hielten in fünf praxisnahe Programme Einzug, welche jeweils eine Vielzahl von Projekten umfassen.

Die fünf Programme und Beispiele aus den Projekten (2013–2018)

1. Ausbildung: Harmonisierung und/oder Vergleich der Ausbildungen, Entwicklung eines weltweiten Ausbildungsnetzwerkes, Förderung von Studierenden- und Dozentenaustauschprogrammen, Umgang mit Abschlüssen an nicht von der WFOT anerkannten Schulen, Überprüfung der Mindestanforderungen
2. Forschung: Festlegung von Forschungsthemen und Entwicklung eines Forschungsprofils, Unterstützung von Berufsverbänden beim Aufbau der für Forschungsaktivitäten erforderlichen Infrastruktur, die Förderung der Entwicklung von Evidenzen zur Unterstützung der Forschungspraxis
3. Praxis: Förderung einer kompetenten und ethischen Berufsausübung, die sich an den Menschenrechten orientiert, Entwicklung neuer Berufsfelder
4. Standards und Qualitätssicherung: Entwicklung von Standards zur Verbesserung der Qualität durch Ermittlung der Kernkompetenzen des Berufes, Verfassung von Positionspapieren zu aktuellen Themen (z. B. Flüchtlingskrise 2014, internationale Professionalisierung 2014, Ergotherapie in der Katastrophenrisikominderung 2016, Ergotherapie in der Palliativversorgung 2016, Ergotherapie in der arbeitsbezogenen Praxis 2016)
5. Führungsebene: Management und Entwicklung der Organisation.

Welche nationalen Aspekte können für die Praxis, Forschung und Lehre wichtig sein?

- Diskussion live oder online über die Stellungnahmen (position statements) etwa zur Diversität, zu den Menschenrechten und zur klientenorientierten Arbeit anregen
- Diskussion live oder online über über Konzeptpapiere wie „Occupational therapy for children“, „Chronic disease and selfmanagement“, „HIV/AIDS“ und „Post-disaster trauma“ anregen
- Der Welttag der Ergotherapie, der jährlich am 27. Oktober stattfindet, ist eine ideale Gelegenheit, die Öffentlichkeit auf die Ergotherapie aufmerksam zu machen. Seit 2009 wird an diesem Tag für 24 Stunden allen Ergotherapeuten weltweit Zugang zu einer Vielzahl von Informationen ermöglicht (www.ot4ot.com).
- Die „Guiding principles on diversity and culture“, verfasst von Astrid Kinébanian und Marjan Stomph (WFOT 2009), wollen Ergotherapeuten weltweit ermutigen, über die Konzepte „Diversität“ und „Kultur“ zu diskutieren, diese zu würdigen und in ihren Berufsalltag zu integrieren.

- Die Website des WFOT bietet Informationen über jedes Mitgliedsland mit Links zu den Ergotherapie fakultäten und Verbänden sowie viele Kontaktadressen, aktuelle Nachrichten und das informative Archiv- und Dokumentationszentrum.
- Das „Human Resources Project“ bietet über die Website des WFOT alle Informationen über die Mitgliedstaaten.

Ein paar interessante Zahlen

In den USA gibt es mit 132.660 die meisten Ergotherapeuten, gefolgt von Japan mit 74.801. In Deutschland arbeiten 50.000 Ergotherapeuten versicherungspflichtig, in der Schweiz 3 000, in Österreich 1865, in Dänemark 8 770 und in Rumänien 11. Weltweit gibt es durchschnittlich 2 Ergotherapeuten auf 10.000 Einwohner.

Damit kommen in den USA 4 Ergotherapeuten auf 10.000 Einwohner, in Japan 6, in Deutschland 6, in Österreich 2, in der Schweiz 4, in Dänemark 15 und in Rumänien 0,01.

5.5.3 Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC)

- www.coteceurope.eu
- info@coteceurope.eu
- @CotecEurope
- www.oteurope.eu

Organisation

Das COTEC (www.coteceurope.eu) gründete sich 1986 durch den Zusammenschluss von neun Ergotherapieverbänden aus der EU, um auf die europäische Politik mit Blick auf folgende drei Punkte einzuwirken: freie Arbeitsplatzwahl für Ergotherapeuten, wechselseitige Anerkennung der Berufsabschlüsse und Abstimmung der Regelwerke bei der Berufsausübung.

Das COTEC ist der europäische Berufsverband der Ergotherapeuten, in dem die einzelnen Landesverbände im Präsidium vertreten sind. Der Verband unterstützt die nationalen Verbände bei der Zusammenarbeit an neuen Entwicklungen, bei der Harmonisierung und Verbesserung der Standards der beruflichen Praxis durch ein bewährtes Ausbildungssystem sowie bei der Förderung der Ergotherapie theorie. Im Jahre 2016 waren 30 nationale Verbände Mitglieder, und COTEC vertrat über 150.000 Ergotherapeuten. Seit Juni 2011 hat COTEC die Anerkennung als gesetzlich anerkannte gemeinnützige Organisation.

Bis 2016 organisierte vierjährlich jeweils ein nationaler Berufsverband einen europäischen Kongress im Namen von COTEC. 2016 wurde diese Praxis geändert und es

kam zum ersten gemeinsamen Kongress von COTEC und ENOTHE im irländischen Galway. Der nächste gemeinsame Kongress findet 2020 in Tschechiens Hauptstadt Prag statt.

Vision und Leitbild: Occupational Therapy Europe (OT-EU)

„Die Ergotherapie in Europa wird geachtet, ist erkennbar und zugänglich für die Nutzer und Versicherer, und Ergotherapeuten sind stolz auf ihre Mitgliedschaften in den nationalen und europäischen Verbänden“, so COTEC-Europe auf seiner Website im Strategiepapier 2017–2020.

Um die Ergotherapie in Europa ins Licht der Öffentlichkeit zu bewegen und das Berufsbild zu stärken, ist es unerlässlich, dass Ausbildung, Praxis und Forschung gut zusammenarbeiten und als Einheit nach außen auftreten.

Nach jahrelanger Vorbereitung wurde auf dem Kongress 2016 in Galway die Occupational Therapy Europe (OT-EU) an den Start gebracht. Es handelt sich dabei um eine gemeinsame Arbeitsplattform von COTEC, ENOTHE und dem noch aufzubauenden Forschungsnetzwerk ROTOS („Research Occupational Therapy and Occupational Science“).

Das Logo der OT-EU (► Abb. 5.2) setzt sich aus den drei unterschiedlich farbigen Ringen von COTEC, ENOTHE und ROTOS zusammen und steht für deren Zusammenarbeit.

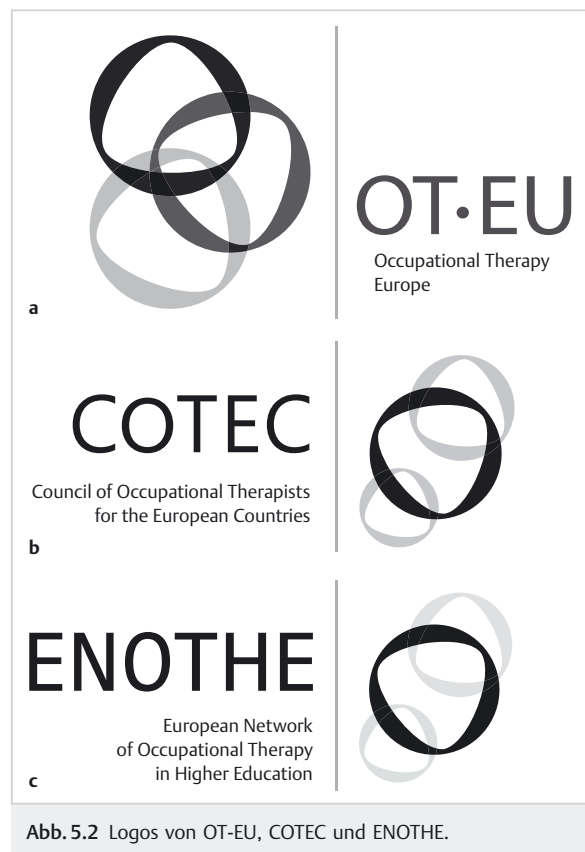


Abb. 5.2 Logos von OT-EU, COTEC und ENOTHE.

Als gemeinsame OT-EU kann sich die Berufsgruppe in der europäischen Arena besser präsentieren und profilieren. Die strategischen Ziele von COTEC und ENOTHE haben große Schnittmengen, sodass die Ziele vielfach gemeinsam verfolgt werden können.

Im Vierjahresplan von COTEC (2017–2020) werden vier Ziele formuliert:

- Entwicklung politischer und strategischer Partnerschaften lokal, national und europaweit, um unsere Präsenz und Sichtbarkeit bei sozialen Themen zu erhöhen und eine ergotherapeutische Perspektive des Lebens zu befördern
- sicherstellen, dass COTEC sich dabei engagiert und seine Mitgliedsverbände und die Mitglieder dazu anregt, weiterhin eine qualitativ hochwertige Ergotherapie und darauf basierende, evidenzgesicherte Dienste auf bereits existierenden oder sich entwickelnden Praxisfeldern anzubieten
- durch größeres Mitgliederengagement und die Sicherstellung, dass jeder Ergotherapeut die Bedeutung der Mitgliedschaft in seinem nationalen Berufsverband versteht und stolz darauf ist, der Gemeinschaft der Ergotherapeuten anzugehören, weiterhin die Entwicklung zu einer tragfähigen vernetzten Organisation vorantreiben
- mit ENOTHE zusammenarbeiten und eine neue europäische Dachorganisation ins Leben rufen, um den Einfluss der Ergotherapie in Europa zu koordinieren und zu stärken.

Beispiele für Publikationen

Die COTEC hat einige wichtige Grundsatzschriften herausgegeben.

- „Summary of the OT-Profession in Europe“: Alljährlich sorgt das COTEC auf der Grundlage der von den nationalen Verbänden eingereichten Informationen für ein statistisches Update pro Land. Das Ziel dieser Übersichten ist ein genaueres Bild vom Profil der Ergotherapie in den verschiedenen Ländern, um die innereuropäische Mobilität zu erleichtern.
- „Guidelines for developing a code of ethics“: Auf dieser Leitlinie fußen die beruflichen und ethischen Verhaltensregeln der Berufsverbände.
- „Position statements“: COTEC begann mit der Verfassung von Positionspapieren, z. B. „Occupational therapy and primary care“ (2016) und „Patient Empowerment“ (2015), und schreibt auch über Themen wie das aktive Alternwerden, Gesundheit und Wohlbefinden der älteren Bevölkerung oder Armut und soziale Ausgrenzung (www.coteceurope.eu).
- Infoblätter zur Ergotherapie und Schlaganfall-Reha.

Welche nationalen Aspekte können für Praxis, Forschung und Lehre wichtig sein?

Die beruflichen Kompetenzen in der Ergotherapie stehen voll und ganz im Einklang mit der künftigen EU-Gesundheits- und Sozialpolitik. Diese Tatsache bietet die Möglichkeit, diese Kompetenzen für Interessengruppen, nationale und europäische Entscheidungsträger sichtbar zu machen und diese darin zu ermutigen, die Ergotherapie in ihrer Politik zu berücksichtigen und ihr den gebührenden Platz einzuräumen. Dabei ist es wichtig, dass sich Ergotherapeuten aus der Praxis, der Lehre und der Wissenschaft zusammenschließen und gemeinsame Ziele verfolgen.

Kompetenz in Bezug auf das EU-System

Durch die aktive Vernetzung und Teilhabe an verschiedenen Projekten wird COTEC bei den politischen Entscheidungsträgern im Gesundheits- und Wohlfahrtssystem der EU immer bekannter und kann so den Beruf des Ergotherapeuten in allen europäischen Ländern kommunizieren, weiterentwickeln und ihm den richtigen Status verleihen. Neben der Vertretung seiner Mitglieder in verschiedenen Foren stellt COTEC den nationalen Verbänden relevante und aktuelle Informationen über Projekte zur Verfügung, um sich als sichtbarer Partner innerhalb der EU zu präsentieren.

Handlungsfähigkeit

Dies zu erreichen, erfordert eine proaktive Haltung, einen strategischen Ansatz, kreatives Denken, ausreichende finanzielle Mittel, Humanressourcen und Kompetenzen im Bereich des EU-Systems, damit die Botschaft, die die Ergotherapie in Europa zu bieten hat, klar vermittelt wird. Das erfordert eine intensive Zusammenarbeit zwischen COTEC, den Delegierten, den nationalen Verbänden, den Ergotherapeuten, den ergotherapeutischen Fakultäten, ENOTHE, Wissenschaftlern und externen Beratern.

Expertenregister

Um angemessen und zeitnah auf die europäische Politik reagieren zu können, hat COTEC im Jahr 2015 ein Expertenregister eingerichtet, in dem die angeschlossenen Verbände Ergotherapeuten mit spezifischem Fachwissen registrieren können. Diese Experten werden über Angelegenheiten in Europa innerhalb ihres Fachgebietes informiert und COTEC holt ihre Expertise für Fragen aus Europa ein, wie z. B. Beratung, Positionspapiere, Vertretung bei Sitzungen und Teilnahme an Konferenzen und Projekten.

Zusammenarbeit

COTEC ist als aktives Mitglied im Beirat des European Forum for Primary Care (EFPC) vertreten und kooperiert mit der europäischen Sektion der WHO unter anderem über das Consortium for Mental Health, in dem neben COTEC viele weitere Gesundheitsberufe vertreten sind. COTEC und ENOTHE haben auch aktiv zur Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD) der europäischen WHO-Sektion beigetragen und arbeiten eng mit dem Europäischen Patientenforum (EPF) zusammen.

COTEC hat viele Kontakte zu wichtigen Organisationen wie European Skills/Competencies, Qualifications and Occupations (ESCO) und verfolgt dabei das Ziel, ein aktuelles und vollständiges Bild des Berufs und seiner Kompetenzen in der European Classification of Skills/Qualifications zu hinterlassen. Darüber hinaus bestehen Kontakte zu Klientenorganisationen, Alzheimer Europe und anderen europäischen Berufsverbänden des Gesundheitswesens.

Durch diese Kontakte wird COTEC in Europa zunehmend bekannter und als Partner zu wichtigen Gesprächen eingeladen. Auf Einladung des WFOT nimmt COTEC an den jährlichen Treffen der europäischen WHO-Sektion teil.

Es ist wichtig, die Prioritäten von WFOT und COTEC aus nationaler Sicht zu betrachten und herauszufinden, wer welche Prioritäten auf der internationalen Ebene verfolgt und welche Rolle die Ergotherapieverbände dabei spielen können, um dies den Ergotherapeuten nahe zu bringen. Wie kann den europäischen und globalen Entwicklungen mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht werden? In welcher Weise lässt sich davon profitieren? Wie lernen Studierende, die Dinge aus einer europäischen oder globalen Perspektive zu betrachten? Wie groß ist das Interesse und wie viel Zeit steht zur Verfügung, um an WFOT- und COTEC-Projekten teilzunehmen und das Wissen und Können mit dem Rest Europas und der Welt zu teilen?

5.5.4 European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE)

- www.enothe.eu
- info@enothe.eu
- @enOThe1

Organisation

Seit 1986 erkennt das COTEC die Interessen der EU in politischer und finanzieller Hinsicht an. Die politischen Implikationen der neuen Gesetze im Hinblick auf den freien Verkehr der Arbeitnehmer (also die freie Wahl des Arbeitsortes in der EU) werden besonders berücksichtigt. Das COTEC war sich stets der Tatsache bewusst, dass der freie Verkehr der Berufstätigen mit der Mobilität der Studierenden, der Anerkennung der jeweiligen Abschlüsse

Abb. 5.3 Logo von SPOT Europe.

und weiteren Internationalisierungsaktivitäten in der Ausbildung beginnt.

Diese Aktivitäten waren sehr umfangreich und erforderten eine spezielle Expertise. Aus diesem Grunde wurde 1995 das ENOTHE auf Initiative des COTEC gegründet und teilweise von den europäischen Sokrates-/Erasmus-Programmen finanziert. Zu Beginn bestand das Netzwerk aus 20 Ergotherapieschulen, doch wuchs es rasch und umfasst jetzt über 90 Mitgliedseinrichtungen aus 30 Ländern.

Das ENOTHE ist ein wichtiges Netzwerk für Dozenten und Studierende für Begegnung, Erfahrungsaustausch, Qualitätsverbesserung, Standardisierung, Entwicklung einer europäischen Dimension, Inspiration und vor allem zur Entwicklung internationaler Formen der Zusammenarbeit.

Im Jahresturnus wird in einer der Ergotherapieeinrichtungen eine Konferenz mit themenorientierten Workshops von und für Dozenten und Studierende organisiert.

Im Jahre 2016 kam es dann im irischen Galway zum ersten gemeinsamen Kongress mit dem COTEC.

2014 entstand die Idee zum Aufbau einer Studierendenplattform, die zur Entwicklung einer Website mit „Wiki“ (www.spoteurope.eu) und einer noch anzulegenden Datenbank mit sämtlichen Kontaktdaten europäischer Hochschulen führte.

Die Studierendenplattform Occupational Therapy Europe (SPOT Europe, ► Abb. 5.3) ist ein Forum, in dem Studierende ihre Erfahrungen, Meinungen und Ideen austauschen, Fragen stellen und Berichte zu interessanten Aktivitäten verfassen können. Studierende und Dozenten werden dazu eingeladen, die Website zu besuchen und dort gestellte Fragen zu beantworten.

Vision und Leitbild

- Proaktiv an der Entwicklung vergleichbarer Ergotherapieschulungen arbeiten, Unterstützung der Mobilität der Studierenden und Dozenten, Möglichkeiten zum Teilen von Wissen zwischen den verschiedenen Ausbildungsinstituten in Europa schaffen und den Studierenden die Chance geben, sich optimal auf die Tätigkeit in einem sich permanent ändernden internationalen und gesellschaftlichen Kontext vorzubereiten

- Bewerbung der Ergotherapie innerhalb der europäischen Hochschullandschaft auf Bachelor-, Master- und akademischem Niveau durch Forschung und interdisziplinäre Kooperationen
- Darstellung der Bedeutung der Ergotherapie und Beschaffung von Evidenzen als Beitrag zur Gesundheit und zu den gesellschaftlichen Fragen von Menschen, Gruppen, Organisationen und anderen Interessengruppen mit dem Ziel, die Wahrnehmung der Ergotherapie in Europa zu vergrößern.

Um diese Ziele voranzutreiben, hat die ENOTHE vier strategische Bereiche festgelegt, innerhalb derer Aktionspläne entwickelt werden: Ausbildung, Partnerschaft, ergotherapeutische Evidenzen, dauerhafte Netzwerke und der OT-EU-Dachverband.

Beispiele für Projekte

- **Citizenship:** Das Ziel der Arbeitsgruppe besteht darin, die Stellung der Ergotherapie in Praxis, Forschung und Ausbildung im Hinblick auf die Citizenship (Staatsangehörigkeit) zu sondieren.
- **Joint International Project (JIP):** internationales Projekt von Studierenden für Studierende zum Thema Gesundheitsförderung und Selbstmanagement
- **Tuning:** In diesem Projekt werden die in den europäischen Ergotherapieprogrammen maßgeblichen Kompetenzen ermittelt. Die Kompetenzen wurden in enger Zusammenarbeit zwischen ENOTHE- und COTEC-Mitgliedern entwickelt und beschreiben, was Ergotherapeuten im Berufsalltag tun (www.tuning.unideusto.org).
- **Masterkompetenzen:** Beschreibung der Kompetenzen aus der Ergotherapie und der Ergotherapieforschung auf der Master-Ebene nach der Tuning-Methodik; Zusammenarbeit und Mobilität in Masterstudiengängen stimulieren.

Welche nationalen Aspekte können für Praxis, Forschung und Lehre wichtig sein?

- Teilnahme an einem europäischen Netzwerk und Austausch, um Wissen und Erfahrungen zu teilen und neue Entwicklungen kennenzulernen; für Ergotherapeuten in der Praxis sowie für Studierende und Dozenten
- Studierende können gemeinsam mit Kommilitonen aus anderen Ländern an Projekten arbeiten (JIP).
- SPOT-Europe-Forum für Studierende
- Zugang zu Daten zu Praxis, Lehre und Forschung in der Ergotherapie in Europa
- Unterstützung von Instituten, die ein ergotherapeutisches Programm starten wollen
- Tuning-Projekt.

5.6 Forschungsnetzwerke

Innerhalb und außerhalb Europas gibt es zahlreiche aktive Forschungsnetzwerke. In diesem Abschnitt werden das im Aufbau befindliche Research Occupational Therapy and Occupational Science Network (ROTOS), Occupational Science Europe (OSE) und die International Society for Occupational Science (ISOS) kurz vorgestellt. Diese Netzwerke sind für jeden zugänglich und man erhält einen guten Überblick über die laufenden Forschungsprojekte oder darüber, welche Möglichkeiten man hat, selbst an einem Projekt teilzunehmen oder selbst eines zu initiieren.

5.6.1 Research Occupational Therapy and Occupational Science (ROTOS)

Die OT-EU möchte das Forschungsnetz ROTOS ins Leben rufen, das den Wert der Ergotherapie für die europäische Gesundheit und die gesellschaftlichen Fragen des Individuums und verschiedener Interessengruppen in Europa zeigt und damit die Wahrnehmung der Ergotherapie in Europa stärkt. Der aktuelle Sinn von ROTOS wird vor allem in der Öffentlichkeitsarbeit gesehen und weniger in der Grundlagenforschung.

Daneben gelten die Förderung der Ergotherapie in der europäischen Hochschullandschaft mit Bachelor-, Master- und akademischem Abschluss durch gründliche Forschungsarbeiten und interdisziplinäre Beteiligungen als Ziel. ROTOS entwickelt unter der Schirmherrschaft von OT-EU sowohl lokal und national als auch international strategische Partnerschaften, erhöht die Präsenz der Ergotherapie mit den Kernbereichen Betätigung, Gesundheit und Wohlbefinden und fördert in der Gesellschaft ihre Sichtbarkeit.

5.6.2 Occupational Science Europe (OSE)

- www.occupationalscienceeurope.wordpress.com
- www.facebook.com/OSEurope/
- @OSEurope
- occupationalscienceeurope@gmail.com

Organisation

Die OSE (www.occupationalscienceeurope.wordpress.com) wurde aus Anlass eines wissenschaftlichen Ergotherapiekongresses 2011 in Plymouth gegründet. Es handelt sich um ein Netzwerk von Ergotherapeuten, Nicht-Ergotherapeuten und Studierenden, die an einem Ideenaustausch, an der Wissensentwicklung und der Kontaktpflege zu anderen Kollegen auch außerhalb der Ergotherapie interessiert sind. 2017 fand der OSE-Kongress in Hildes-

heim statt. Die Kontakte werden über Twitter, Facebook und Skype gehalten, um die Diskussionen und Debatten über relevante Artikel zu erleichtern und jedermann zugänglich zu machen.

Eine weitere interessante Informationsquelle für die Occupational Science ist die Entdeckung der australischen/asiatischen Website www.aut.ac.nz. Hier finden sich Informationen zur Occupational Science, zu Vorträgen, Forschungen, Kongressinformationen usw. Man kann den Newsletter „Spotlight On Occupation“ der Auckland University und den Blog „AnzOTalk“ abonnieren, wobei es sich um eine aktive Twitter-Chatgruppe handelt, die vor allem Ergotherapeuten mit einem besonderen wissenschaftlichen Interesse anspricht.

5 5.6.3 International Society for Occupational Science (ISOS)

- www.isocscsci.org
- www.facebook.com/InternationalSocietyForOccupationalScience/
- @ISOScience

Leitbild

Die ISOS (www.isocscsci.org) ist eine virtuelle Gemeinschaft, die seit ihrer Gründung 1999 eine Website unterhält, welche den internationalen Austausch zwischen Menschen und Einrichtungen mit Interesse an Occupational Science und Ausbildung sowie am Betätigten mit Bezug zur Gesundheit und zur gesellschaftlichen Entwicklung ermöglicht.

Mitglieder von ISOS (jeder, der hinter dem Leitbild von ISOS steht) können auf der Website Dokumente und Informationen einsehen und seit 2010 auch an Online-Diskussionen teilnehmen. Neben dem Mitdiskutieren werden die Mitglieder auch dazu eingeladen, selbst Diskussionsthemen einzubringen. Themen der Online-Diskussionen sind etwa „Performanzmuster und Zeit“, „Bezeichnung und Einordnung von Betätigungen“ und der „Klimawandel“. An solchen internationalen Diskussionen nehmen viele Ergotherapeuten teil. Mitglieder haben Zugang zu „Google Gruppen“, erhalten einen Newsletter und Updates zu „Occupational science Networks“ und Kongressen und können an der Weiterentwicklung der Occupational Science teilhaben.

Ziele

Das Ziel von ISOS ist die Schaffung eines weltweiten Netzwerkes aus Individuen und Einrichtungen, die sich mit Forschung, Ausbildung und Förderung des Themas Betätigung im Hinblick auf die Gesundheit und die gesellschaftlichen Entwicklungen befassen.

Die ISOS ist über die verschiedenen weltweiten Entwicklungen auf dem Gebiet der Occupational Science er-

freut und unterstützt diese Diversität in Bezug auf die Konzeptualisierung des Betätigten.

5.7 Diskussion

Dieses Kapitel erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, was die Darstellung der internationalen Verbindungen für Ergotherapeuten angeht. Man sollte selbst versuchen, die internationalen Bereiche und Verflechtungen der Ergotherapie zu entdecken. Was sagen etwa die CBR-Leitlinien (WHO 2010) und der Mental Health Action Plan 2013–2020 der WHO (www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en) und wie lässt sich das in der Ergotherapie umsetzen? Innerhalb der Berufsverbände kann es zu Diskussionen darüber kommen, wie eine nachhaltige Globalisierung unterstützt werden kann. Schließlich kann eine Haltung und Politik rund um die Themen Internationalisierung und Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen entwickelt werden (Berufspraxis, Ausbildung und Forschung).

Auch für Studierende lassen sich die Vor- und Nachteile eines Auslandspraktikums, eines Projektes im Ausland oder der Betreuung ausländischer Ergotherapeuten im eigenen Land als Internationalisierungserfahrung gegeneinander abwägen. Internationalisierung kann den Blick erweitern, macht die Möglichkeiten und Beschränkungen der Ergotherapie im eigenen Land erkennbarer und hebt die Notwendigkeit einer Teilnahme an verschiedenen Netzwerken hervor.

Für die Professionalisierung des Berufsbildes und für jeden persönlich sind grenzüberschreitende Erfahrungen und ein geschärfter Blick für internationale Zusammenhänge bedeutsam. Die Ergotherapie in Deutschland, Österreich und der Schweiz entwickelt sich natürlich selbst, doch lebt sie in besonderem Maße von internationalen Einflüssen. Man denke nur an die verschiedenen Modelle und Assessments, die im Rahmen einer Intervention zum Einsatz kommen. Ergotherapeuten und Studierende, die durch Austauschprogramme, Programme und Kongresse Auslandserfahrungen gemacht oder online an Projekten mitgewirkt haben, die über soziale Medien Anschluss zu Gruppen gefunden haben, ausländische Fachliteratur lesen usw. verfügen über einen Erfahrungsschatz, der ihren Blick auf den Beruf erweitert und bereichert.

5.8 Zusammenfassung

Das Kapitel zeigt, dass die Globalisierungs- und Internationalisierungsprozesse viele Vorteile für die Gesundheit der Menschen im Allgemeinen und für die Ergotherapie im Speziellen haben können, sei es durch das Teilen von Forschungsergebnissen oder durch die Verwendung europäischer Fördergelder, um gemeinsam die Ergotherapie in den mittel- und osteuropäischen Staaten zu entwickeln. Es gibt jedoch auch große Risiken, wenn man

z. B. aus einer Art Idealismus heraus freiwillig in einem osteuropäischen Land „helfen“ möchte, ohne sich mit den dortigen Sozial- und Gesundheitsstandards auszukennen und denkt, dass es dort keine Ergotherapie gäbe. Dies kann für die Ergotherapeuten vor Ort zur Arbeitslosigkeit führen und den Beruf unattraktiv erscheinen lassen. Letztlich käme dabei mehr Schlechtes als Gutes heraus.

Auch wurde in diesem Kapitel gezeigt, dass die Politik der UNO und der EU in Bezug auf die Rechte von Menschen mit Behinderungen Einfluss auf eine Paradigmenverschiebung in der Ergotherapie vom Patienten über den Klienten hin zum Bürger hatte (mit allen Rechten und Pflichten). Zudem kann gefolgert werden, dass eine Verbesserung der Gesundheit in der heutigen Welt eine breite und komplexe Skala von Faktoren und Einflüssen auf die Gesundheit sowie multisektorale politische Maßnahmen und Interventionen widerspiegelt. In „Health 2020“ findet sich diese Wirklichkeit wieder, wenn an erster Stelle die Investitionen in die sozialen Determinanten von Gesundheit, in die Gesundheitsförderung und in die Krankheitsprävention stehen. Ein Ziel der „globalen“ ergotherapeutischen Strategie ist die Identifizierung der Chancen von Globalisierung und Internationalisierung und deren optimale Nutzung unter größtmöglicher Eingrenzung der Risiken.

5.9 Literatuur

- Altbach PG, Reisberg L, Rumbley LE. Trends in global higher education: Tracking an academic revolution. Report prepared for the UNESCO 2009 World Conference on Higher Education. Paris: UNESCO; 2009.
- Bologna Declaration. Joint declaration of the European Ministers of Education convened in Bologna on the 20th of June 1999. <http://ec.europa.eu/education/policies/educ/bologna/bologna.pdf> - Aufgerufen Dezember 2011.
- Bruggen H van. The European Employment Strategy and Opportunities for Occupational Therapy. 2012;41(4):425–431.
- Bruggen H van. Mind the Gap. In: Pollard N, Sakellariou D (Hrsg.). Occupational Therapy Without Borders. Vol. 3. London: Churchill Livingstone/Elsevier; 2016.
- Bruggen H van. Eastern European transition countries: Capacity development for social reform. In: Kronenberg F, Pollard N, Sakellariou (Hrsg.). Occupational Therapy Without Borders. Vol. 2. London: Churchill Livingstone/Elsevier; 2011.
- Bruggen JE van, Kantartzis S, Rowan S. COPORE: Competences for poverty reduction. Amsterdam: ENOTHE; 2010.
- Clark F, Azen S, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D et al. Occupational therapy for independent-living older adults: A randomised controlled trial. JAMA 1997;278:1321–1326.
- COM. Solidariteit in de gezondheidszorg: Verkleinen van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU. COM 2009/567/4. Brussel: Commissie van de Europese Gemeenschappen. [Ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_nl.pdf)
- COM. European Disability Strategy 2010–2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe European Commission; 2010. Brussel, België http://www.easdp.eu/sites/default/files/sites/default/files/com2010_0636en01.pdf
- Cristancho S, Garces DM, Mueller B, Peters K. Listening to rural Hispanic communities in the Midwest: A focus groups assessment of perceived barriers to access healthcare. Qual Health Res 2008;18(5):633–646.
- CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report. Geneva: WHO, Commission on Social Determinants of Health; 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9_78924_1563_703_eng.pdf
- Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up. Part 2. Copenhagen: World Health Organisation; 2006.
- González J, Wagenaar R. Tuning educational structures in Europe II: Universities' contribution to the Bologna process. Bilbao: Universidad de Deusto; 2005.
- González J, Wagenaar R. Tuning educational structures in Europe II: Universities' contribution to the Bologna process. 2. Aufl. Bilbao: Universidad de Deusto; 2008.
- Graff M, Adang E, Vernooij-Dassen M, Dekker J, Jönsson L, Thijssen M et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their caregivers: Cost effectiveness study. British Medical Journal 2008;336:134–138.
- Grauer S. Think globally, act locally: A delphi study of educational leadership through the development of international resources in the local community. San Diego (CA): University of San Diego; 1989.
- Horizon 2020. <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/h2020-sections>
- ICF: International Classification of Functioning Disability and Health. Internationaliseringsagenda voor het onderwijs, 2006–2011. Den Haag: Onderwijsraad; 2005.
- Iwarsson S, Wahl HW, Nygren C et al. Importance of the Home Environment for Healthy Aging: Conceptual and Methodological Background of the European ENABLE-AGE Project. The Gerontologist 2007;47(1):78–84.
- Maeseneer J de, De Roo L, Art B, Willems S, Geuchte I van de. Intersectoral action for health in Belgium: a multi-level contribution to equity. Gent; 2007. http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_multi-level_contribution_bel.pdf
- Nuffic. Internationalisering in beeld; 2015. www.nuffic.nl/en/mobility-statistics
- Peters K, Henley E. Acting on synergies between clinic and community strategies to improve preventive medicine. J Fam Pract 2004;53(12):970–973.
- Renton L, Bruggen H van. Occupational therapy and European social reform: Complacent or contributing? British Journal of Occupational Therapy 1–4, Sage; 2015.
- Richtlijn 2013/55/EU van het Europees Parlement en de Raad, 20 november 2013, betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.
- SER. (2008). Duurzame globalisering: een wereld te winnen. Advies. Den Haag: Sociaal Economische Raad. 7 www.eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013L0055
- Tuning Project. Tuning educational structures in Europe: Reference points for the design and delivery of degree programmes in occupational therapy. Amsterdam: ENOTHE; 2008. http://www.cotec-Europe.org/userfiles/file/Tuning%20folded_brochure.pdf
- UN. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations; 2006.
- UN. Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015. www.sustainabledevelopment.un.org
- VSNU en VH. Gezamenlijke Visie Internationaal; 2014. <http://www.vsnunl.nl/files/documenten/Domeinen/Internationaal/Notitie%20Visie%20Internationaal%20definitief.pdf>
- Wenger E. Communities of practice: Learning, meaning, and identity. New York: Cambridge University Press; 1998.
- Wenger E. Communities of practice: A brief Introduction; 2006. <http://www.ewenger.com/theory/index.htm>
- WFOT. Guiding principles on diversity and culture. Forrest Field: World Federation of Occupational Therapists; 2009. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- WFOT (2016). Minimum standards for the education of occupational therapists. <http://www.wfot.org/store>
- WHO. Closing the Gap in a Generation; 2008a. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
- WHO. Primary care now more than ever; 2008b. <http://www.who.int/whr/2008/en/>

- Daniëls R, Kristensen A, Piškur B, Stokes F. Occupational therapy in Europe: Learning from each other. Amsterdam: ENOTHE; 2000.
- Daniëls R, Mountain G, Martins S, DeVriendt P, Jakobsen K. Experience from a European project group, developing a health promoting occupational therapy program for community living older people. Amsterdam: ENOTHE; 2008.
- Dehnerdt S, Ferreira M, Gilbert M, Granse M le, Himschoot P, Isachsen SG et al. Occupational therapy education in Europe: Approaches to teaching and learning «practical» occupational therapy skills. Amsterdam: ENOTHE; 2004.
- European Network of Occupational Therapy in Higher Education (z.d.). Occupational therapy consensus definitions. Z.p.: ENOTHE; 2011. <http://www.enothe.eu>
- Howard R, Carnduff A. Quality enhancement: International peer review. Amsterdam: ENOTHE; 2004.
- Howard R, Lancée J. Occupational therapy education in Europe: Curriculum guidelines. Amsterdam: ENOTHE; 2000.
- Lancée J, Crowder R, McCarthy C, Müller E, Supyk J, Himschoot P. Occupational therapy education in Europe: PBL stories and signposts, towards a problem based learning oriented curriculum. Amsterdam: ENOTHE; 2004.
- Maokraki E, Bogeas T, Kantartzis S, Carnduff A, Morel MC, Gloanec A et al. European traditional and popular games and activities in occupational therapy for children and young people 6–18 years. DVD. Amsterdam: ENOTHE; 2005.
- Morel-Bracq M, Burgess-Morris K, Cirtautas A, Market M, May G, Randlov B. Occupational therapy education in Europe, Teaching and Learning: Activity analysis and occupational mapping: A European competency module. Amsterdam: ENOTHE; 2008.

5.9.3 Internetseiten

- www.cohehre.com
www.coteceurope.eu
www.edf-feph.org
www.educationforhealth.net
www.ehea.info
www.elsito.net
www.enableage.arb.lu.se
www.enothe.eu
www.epha.org
<https://ergotherapie.nl>
www.euprimarycare.org
www.ghets.org
www.isocscsi.org
www.occupationalscienceeurope.wordpress.com
www.ot-euromaster.nl
<https://otion.wfot.org>
www.tuning.unideusto.org
www.un.org/disabilities/convention
www.wfot.org
www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html

160

6 Internationale Klassifikationen in der Gesundheitsfürsorge

Edith Cup, Astrid Kinébanian und Yvonne Heerkens

„Es ist nicht nur wichtig, über was wir sprechen, sondern auch wie und warum wir sprechen.“

Hooks (1990)

Keywords

- Klassifizierungen
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
- Gesundheitszustand
- Funktionen und anatomische Eigenschaften
- Aktivitäten und Partizipationen
- externe Faktoren und persönliche Faktoren
- positive Gesundheit

Neue Armunterstützung

Mithilfe staatlicher Subventionen wurde eine neuartige Armunterstützung für Menschen mit Behinderungen entwickelt. Dabei arbeiteten Wirtschaft, technische Universitäten, Forschungsinstitute und Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge mit den künftigen Anwendern zusammen. Um zu einem klareren Bild von den Funktionsstörungen und den eingeschränkten Aktivitäten sowie von den Bedürfnissen und Wünschen der künftigen Anwender zu kommen, wurde eine webbasierte Befragung durchgeführt. Dabei bediente man sich der Domänen und der Kategorien aus der ICF und verschiedener darauf basierender validierter Fragebögen.

6.1 Einleitung

In diesem Kapitel geht es um die internationalen Klassifikationen in der Gesundheitsfürsorge, vor allem um die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO 2001a, b). Diese Klassifikation bietet ein einheitliches Begriffssystem für die nationale und internationale Kommunikation innerhalb und zwischen den Berufsgruppen und Arbeitsfeldern. Es werden der Hintergrund der ICF sowie die verschiedenen Perspektiven beschrieben, auf denen diese Klassifikation fußt. Zudem werden die Gesundheitskomponenten und Einflussfaktoren der ICF sowie die Einteilung in Komponenten, Kategorien, Codes und Beurteilungsmerkmale beleuchtet. Die für Kinder und Jugendliche geltende Version der ICF folgt im Anschluss. Die ICF-Begriffe werden dann mit den neuen Dimensionen eines positiven Gesundheitsbildes

und mit der Taxonomie des Betätigten in der Ergotherapie verglichen, bevor einige Anwendungen der ICF erläutert werden. Es kommen jedoch auch kritische Anmerkungen zu den Klassifikationssystemen im Allgemeinen und auch zur ICF im Speziellen zur Sprache. Schließlich werden noch Vorschläge für ein angepasstes ICF-Schema erläutert.

6.2 Klassifikationssysteme

Im Grunde sind Klassifikationen (elektronische oder klassisch zu Papier gebrachte) Schriftstücke mit einer systematisch geordneten „Standardsprache“, um eine eindeutige Bezeichnung eines bestimmten Themas oder Phänomens sicherzustellen. Die WHO hat eine ganze Reihe von Klassifikationssystemen für den Gesundheitszustand von Menschen entwickelt. Als Nachfolger der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH; Kap. 6.3) präsentierte sie 2001 die ICF zur Katalogisierung der menschlichen Funktionsfähigkeit (WHO 2001a, b). In Deutschland wurde die Gestaltung des Sozialgesetzbuches (SGB; Buch IX: „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) von 2001 wesentlich durch die ICIDH beeinflusst. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) vom März 2004 forderte dann die Verwendung des ICF.

Die ICF ist das Ergebnis jahrelanger Diskussionen, an denen viele Länder und Organisationen beteiligt waren. Dadurch kann die ICF auch in vielen Kulturen, zur Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen sowie bei internationalen Vergleichen angewendet werden. In der ganzen Welt findet die ICF in verschiedenen Arbeitsgebieten innerhalb der Gesundheitsfürsorge immer weitere Verbreitung in der klinischen Forschung und Praxis (Cerniauskaite et al. 2011).

Eine andere WHO-Klassifikation, die in den Versorgungssystemen, in der Gesundheitspolitik und in der allgemeinen gesellschaftlichen Politik eine große Bedeutung hat, ist die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), bei der es sich um eine statistische Klassifikation von Krankheiten und Gesundheitsproblemen handelt. Die 10. Revision dieses Systems (ICD-10) wurde im Mai 1990 von der 43. World Health Assembly angenommen und wird seit 1994 in den WHO-Mitgliedsstaaten eingesetzt (WHO 2001b). Die WHO bittet ihre Mitgliedsstaaten darum, Angaben zu Erkrankungen und Verletzungen der Bevölkerung in Begriffen der ICD-10 durchzugeben und für Beschreibungen der menschlichen Funktionsfähigkeit die ICF zu nutzen.

Ein in der Psychiatrie verbreitetes Klassifikationssystem ist das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association (APA 2000). Das DSM ist in Klinik und Forschung das Handbuch zur Klassifikation psychischer Störungen. Die American Psychiatric Association (APA) veröffentlichte nach einem 14-jährigen Revisionsprozess 2013 das DSM-V (APA 2013).

Neben den Klassifikationssystemen zur Beschreibung der menschlichen Gesundheit gibt es auch Systeme zur Erfassung von Hilfsmitteln, z. B. den internationalen Standard ISO 9999 (Assistive products for persons with disability - Classification and terminology; www.rehadat-hilfsmittel.de/de/infothek/iso-9999/index.html), und von Tätigkeiten (z. B. International Classification of Health Interventions, ICHI; www.who.int), welche die Handlungen von Pflegenden und Professionals beschreiben.

6.2.1 Klassifikation: einheitlicher Sprachgebrauch oder Etikettierung

Der große Vorteil von Klassifikationssystemen wie der ICF ist der einheitliche Sprachgebrauch. Die dargebotene Terminologie ermöglicht es Professionals in einer Einrichtung, in einem Versorgungsnetz, national und auch international, dieselbe Sprache zu sprechen. Auch die darauf basierenden Messinstrumente können multidisziplinär und international angepasst werden. Die ICF wird auch in der Rehabilitation von Professionals und Forschern verwendet. Es kommt jedoch nicht allein darauf an, dass Professionals dieselbe Sprache sprechen, sondern dass sie sich auch des Sinnes eines solchen Systems und der Art, wie es anzuwenden ist, bewusst sind. Daher steht zu Beginn dieses Kapitels auch das Zitat von Hooks (1990): „Es ist nicht nur wichtig, über was wir sprechen, sondern auch wie und warum wir sprechen.“

Es besteht die Gefahr, dass die Menschen nur noch in den Begriffen ihrer Krankheiten und Störungen beschrieben werden und nicht mehr als Personen mit eigenen Möglichkeiten und Ressourcen (Hammell 2006). Obwohl keine Zweifel an den guten Absichten der ICF-Entwickler bestehen, beklagen Kritiker, dass das Funktionieren in der ICF vornehmlich aus der medizinischen Sicht bewertet wird. Dies beeinflusst das Leben von Menschen mit Behinderungen oder es gerät sogar unter die Kontrolle von Ärzten und anderen medizinisch-pflegerischen Professionals. Wenn eine Klassifikation wie die ICF von Professionals nur dazu dient, Menschen ein Etikett umzuhängen und sie in eine Schublade zu stecken, kann sie negative Auswirkungen haben. Dies erzeugt ungleiche Machtverhältnisse zwischen Professionals und den Menschen mit Behinderungen. Beispiele dafür sind etwa die Entscheidungen von Professionals, ob jemand einen Behindertenparkausweis bekommt oder noch in der Lage ist zu arbeiten (Hammell 2006). Von den Entwicklern der Klassifikationen wird immer betont, dass es sich weder um Regis-

trierungssysteme oder Einteilungen von Diagnosen handelt, noch um Checklisten oder Vorschriften (Heerkens et al. 1993). Denn es hat niemand eine Beeinträchtigung, eine Behinderung oder Partizipationsschwierigkeiten, sondern man hat Beschwerden, die sich als Beeinträchtigung, Behinderung oder Partizipationsschwierigkeiten auswirken. Oder ein Professional erhebt bei einer Untersuchung eine Reihe von Befunden, die sich als Beeinträchtigung, Behinderung oder Partizipationsschwierigkeiten einordnen lassen. Man klassifiziert also keine Person, sondern lediglich die Beschwerden, Befunde, Behandlungsergebnisse usw. Die Einteilungen und die Terminologie lassen sich jedoch bei der Erstellung von Leitlinien, wie etwa den Ergotherapieleitlinien, gut verwenden (Steutljens et al. 2013).

6.2.2 Abweichungen von der Norm

In den aktuellen Klassifikationen der WHO werden Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Partizipationsschwierigkeiten als Abweichungen von der Norm definiert. Diese Festlegungen erfordern somit auch eine Beurteilung dessen, was als normal anzusehen ist. Die Behindertenforschung sieht den Ursprung dieses Konzeptes als Folge der Entwicklungen der Statistik und Normalverteilungen im 19. Jahrhundert. Durch eine Klassifikation lässt sich eine Erscheinung als normal oder als abweichend einordnen, doch sind Normen von der Kultur und der Situation abhängig. Normen werden von den Gruppen mit der meisten Macht festgelegt und Abweichungen davon gelten oft als minderwertig oder eben anormal.

Die Wissenschaftler und Professionals verschiedenster Disziplinen aus über 60 Ländern haben jahrelang daran gearbeitet, in der ICF nicht stigmatisierende Formulierungen zu verwenden und ein interaktives Modell anstelle eines linearen zur Beschreibung des Gesundheitszustandes eines Menschen zu finden (Hammell 2006). Gesunde Menschen ohne Funktionsstörungen bildeten die Norm, mit der Menschen mit Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Partizipationsschwierigkeiten verglichen wurden. Es herrscht gemeinhin Einigkeit darüber, dass das Urteil einer Person über ihre eigene Situation und ihre (Un-)Möglichkeiten subjektiv ist, doch die Vorstellung, dass ein „Expertenurteil“ über die Möglichkeiten einer Person ebenfalls subjektiv ist, wird weniger akzeptiert. Es entsteht nicht automatisch ein objektives Urteil, wenn jemand anderes die Situation eines Menschen bewertet, auch nicht, wenn es sich um einen Experten handelt. Wenn wir über Normen und Werte sprechen, beruhen jedes Urteil und jede Untersuchung letztlich auf den Normen und Werten desjenigen, der urteilt (Hammell 2006). Es ist wichtig, dass sich Professionals über den Einfluss ihrer eigenen Normen und Werte bei der Verwendung eines Klassifikationssystems oder eines darauf basierenden Messinstruments im Klaren sind. Es ist ebenfalls wichtig, in der Klientenakte zwischen dem, was der

Klient selbst zu seiner Funktionsfähigkeit sagt, und dem, was ein Professional darüber sagt, zu unterscheiden. Beides lässt sich mithilfe der ICF beschreiben.

6.3 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Im Jahre 1976 führte die WHO die ICIDH ein. Dieses Klassifikationsmodell diente dazu, die mit Krankheiten und Verletzungen verbundenen Erscheinungen zu ordnen. Man unterschied dort drei Funktionsniveaus:

- Körperfunktionen und Körperstrukturen
- Aktivitäten und Partizipation
- Kontextfaktoren (sowohl umwelt- als auch personbezogene).

Störungen, Beeinträchtigungen und Handicaps wurden oftmals als Folge von Krankheiten betrachtet, doch entspricht dies nicht der zugrunde liegenden Philosophie. Es geht mehr um das Vorhandene als um ursächliche Zusammenhänge.

Die ICIDH und ihr Nachfolger ICF haben auf der ganzen Welt in der Rehabilitation einen großen Einfluss gehabt. Die Behandlungsziele wurden ursprünglich auf der Störungsebene formuliert, d.h., der Fokus richtete sich auf die Wiederherstellung der Funktion. Wenn eine Funktionswiederherstellung nicht mehr möglich war, wurden Ziele auf der Beeinträchtigungsebene angestrebt und man schaute, wie weit ein Mensch in der Lage war, mit seiner Beeinträchtigung klarzukommen (Kompensation). Die Ziele auf der Handicapebene bedeuteten die Reintegration in die Gesellschaft.

Aus Klientenvereinigungen kam viel Kritik an der ICIDH, da ihr ein medizinisches Denken zugrunde lag, deren Mittelpunkt die Störungen und Beeinträchtigungen der Menschen sind. Die Klienten kämpften jedoch weltweit für eine positivere Sicht auf behinderte Menschen. Sie setzten sich für ein Modell ein, das besonders auf die Möglichkeiten der Menschen einging (Hammell et al. 2006). Auf der Basis dieser Kritiken setzte die WHO 1990 eine Revision in Gang, die 2001 in die ICF mündete. Eine große Veränderung bestand darin, dass die ICF jetzt nicht mehr „Krankheitsfolgen“ klassifizierte, sondern „Gesundheitskomponenten“, d.h., die Elemente, aus denen sich Gesundheit zusammensetzt. In der ICF versuchte man eine Integration der medizinischen und sozialen Modelle, damit die Funktionsfähigkeit eines Menschen sowohl unter medizinischen und individuellen Aspekten als auch aus sozialem und politischem Blickwinkel betrachtet werden konnte (WHO 2001a). Zudem verwendet die ICF „neutrale“ Begriffe statt negativ besetzten Beschreibungen wie im ICIDH. Der folgende Abschnitt widmet sich den Gesundheitskomponenten in der ICF. Deren wechselseitige Beziehungen sind in der (► Abb. 6.1) dargestellt.

Am Ende des Kapitels werden aktuelle Alternativen zur ICF vorgestellt, bei denen die medizinische Sicht weniger dominant ist (Heerkens et al. 2016). Diese Alternativen knüpfen bei den gesellschaftlichen Entwicklungen und dem neuen Konzept der Gesundheit an, die demnach als „Fähigkeit zur Anpassung und zur Eigenregie im Lichte der physischen, emotionalen und sozialen Herausforderungen des Lebens“ gesehen wird (Huber et al. 2011, Visser 2014). In dieser Umschreibung geht es um Resilienz, Widerstandskraft und Selbstmanagement – allesamt wichtige Persönlichkeitsfaktoren, die in der aktuellen ICF-Version keinen expliziten Widerhall finden. In Kap. 6.4 werden die Dimensionen und Aspekte des neuen, positiven Gesundheitsbegriffs beschrieben.

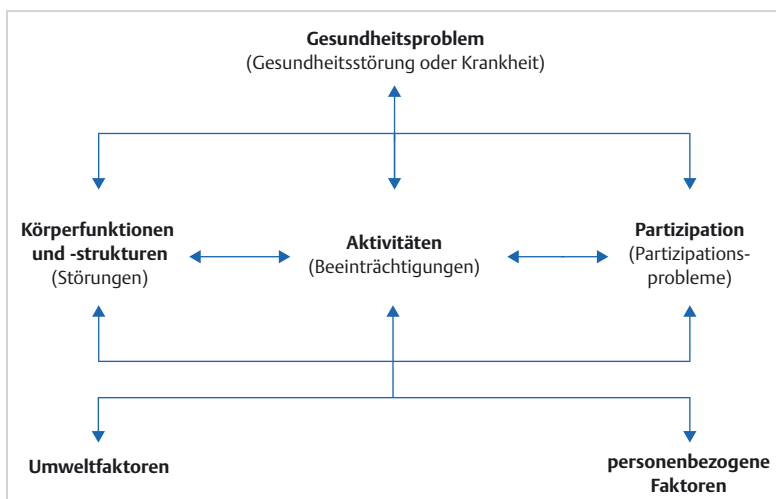


Abb. 6.1 ICF-Komponenten und ihre wechselseitigen Beziehungen (RIVM 2016).

6.3.1 Die Komponenten der Gesundheit in der ICF

Die ICF ist in zwei Teile gegliedert, von denen jedes wiederum zwei Komponenten hat. Der 1. Teil bezieht sich auf die Funktionsfähigkeit selbst mit den Komponenten „Körperfunktionen und -strukturen“ und „Aktivitäten und Partizipation“. Der zweite Teil widmet sich den Kontextfaktoren mit den Unterteilen „Umweltfaktoren“ und den „personbezogenen Faktoren“. Die wechselseitigen Beziehungen der Gesundheitskomponenten zeigt ► Abb. 6.1, ► Tab. 6.1 bietet eine Erklärung wichtiger Begriffe aus der ICF.

6.3.2 Perspektiven in der ICF

In der ICF wird angegeben, dass sich die Funktionsfähigkeit einer Person aus dreierlei Perspektiven beschreiben lässt (RIVM 2007, WHO 2001a, b):

- Die biomedizinische Perspektive sieht den Menschen als Organismus, als Körper. Dabei geht es um die Teile des Körpers, wie Gliedmaßen, Organsysteme oder Organe. Durch die ICF lassen sich von diesen sowohl die Funktionen als auch die anatomischen Eigenschaften beschreiben.
- In der Perspektive des Menschen als sich betätigendem Subjekt geht es darum, was jemand tut oder (noch) zu tun in der Lage ist, welche Aktivitäten jemand ausübt oder ausüben können sollte. Aktivitäten sind Unterteile von Betätigungen, wie sitzen, Körperpflege, eine Einkaufsliste erstellen und Entscheidungen treffen. Gibt es Schwierigkeiten bei der Ausübung einer Aktivität, spricht man von einer Beeinträchtigung. Weiter unten in diesem Kapitel wird diese Perspektive mit den Sichtweisen und Modellen in der Ergotherapie verglichen.

- Bei der Perspektive der Partizipation betrachtet man die Frage, ob jemand am gesellschaftlichen Leben in allen Lebensbereichen teilhaben kann, ob er dies auch tatsächlich tut und ob er ein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft ist oder sein könnte. Bei dieser Frage stehen die wechselseitigen Beziehungen einer Person zu ihrer Umwelt im Mittelpunkt. Partizipation bezieht sich auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, wie z. B. beim Verkehr, bei der Führung des eigenen Haushalts, beim Sprechen in der Öffentlichkeit oder beim Nachgehen und auch Behalten einer (bezahlten) Arbeit. Partizipationsschwierigkeiten sind demnach Schwierigkeiten einer Person, auf diese Weisen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Partizipationsschwierigkeiten bedeuten nicht per definitionem eine Beeinträchtigung. Partizipationsschwierigkeiten können – außer im Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung – auch durch (Kombinationen von) Umweltfaktoren, personbezogenen Faktoren, Störungen und einem medizinischen Faktor entstehen.

6.3.3 Domänen, Kategorien, Codes und Beurteilungsmerkmale

Die Komponenten in der ICF bestehen aus verschiedenen Kapiteln oder Domänen und innerhalb einer Domäne aus Kategorien. Die Kategorien bilden die Einheiten der Klassifizierung. Die Funktionsfähigkeit einer Person kann durch die Auswahl der geeigneten Kategorie mit den zugehörigen Codes beschrieben werden. Danach werden die Beurteilungsmerkmale ergänzt. Dabei handelt es sich um numerische Codes, die das Ausmaß und den Umfang der Funktionsfähigkeit oder die Beeinträchtigung in der entsprechenden Kategorie spezifizieren oder das Maß, in dem sich Umweltfaktoren positiv oder negativ auswirken. Alle Komponenten der ICF werden mit einem oder mehreren Beurteilungsmerkmalen versehen, die als Zahl hinter dem Dezimalpunkt kodiert werden (RIVM 2007).

Tab. 6.1 Begriffe aus der ICF.

ICF-Begriffe	Definition
Körperfunktionen	physiologische und psychologische Eigenschaften des menschlichen Körpers
Körperstrukturen	Lage, Vorhandensein, Form und Kontinuität von Teilen des menschlichen Körpers (wie z. B. Organe, Gliedmaßen) und seinen Bestandteilen
Schädigung	Abweichungen oder Verlust von Funktionen oder anatomischen Merkmalen
Aktivitäten	Unterteil der Betätigung einer Person
Beeinträchtigungen der Aktivität	Schwierigkeiten einer Person bei der Ausführung von Aktivitäten
Partizipation	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Beeinträchtigung der Partizipation	Schwierigkeiten einer Person bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Umweltfaktoren	die physische und soziale Umwelt einer Person
personbezogene Faktoren	der individuelle Hintergrund einer Person (nicht näher ausgeführt)

Ein Beispiel

Die Komponente „Aktivitäten und Partizipation“ (d, daily activities) umfasst neun Domänen (erste Ebene, ein Buchstabe plus eine Zahl), z. B. die Domäne „d4 Mobilität“. Diese Domäne beinhaltet 20 Kategorien auf der zweiten Ebene (insgesamt dargestellt als ein Buchstabe plus eine dreistellige Zahl), sodass z. B. „sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen“ die Code-Nummer d460 trägt. Hieran kann nun ein Beurteilungsmerkmal für Ausführung und Fähigkeit angehängt werden (Kap. 6.3.4), und zwar von „0: nicht vorhanden (kein, ohne, vernachlässigbar ...)“ über „1: leicht ausgeprägt (gering, niedrig ...)“, „2: mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...)“, „3: erheblich ausgeprägt (hoch, extrem ...)“ bis zu „4: voll ausgeprägt (vollständig, komplett...)“. Ein Code d460.2 heißt also, dass die Person mäßige Schwierigkeiten damit hat, sich in verschiedenen Umgebungen fortzubewegen.

Eine Unterscheidung zwischen Aktivität und Partizipation auf der Grundlage der Domänen ist schwierig. Dies ergibt sich aus den internationalen Verschiedenheiten und den Unterschieden in der Herangehensweise zwischen den Disziplinen und den theoretischen Rahmen. Die ICF hat darum ein Formular entwickelt, mit dem die Anwender selbst in Abhängigkeit von ihren Bedürfnissen zwischen Aktivität und Partizipation differenzieren können. Eine Stärke der ICF liegt in der guten Ausarbeitung der Umweltfaktoren. Dies betrifft sowohl die Mikroebene (z. B. die eigene Wohnung oder der Arbeitsplatz) als auch die Makroebene (wie etwa die Sozialpolitik, Gesetzgebung und Verordnungen). Eine Schwäche wird darin gesehen, dass die personbezogenen Faktoren in der Klassifikation nicht weiter ausgearbeitet wurden. Wenngleich diese in der Rehabilitation äußerst wichtig sind, wurden sie in der ICF nicht weiter vertieft, da zwischen den Ländern die soziale und kulturelle Variationsbreite zu groß ist. Das bedeutete jedoch nicht, dass diese Faktoren keine Aufmerksamkeit verdient hätten (Steiner et al. 2002).

6.3.4 Leistung und Leistungsfähigkeit

In der ICF gibt es zwei Beurteilungsmerkmale für Aktivität und Partizipation: Leistung und Leistungsfähigkeit. Das Beurteilungsmerkmal Leistung beschreibt, was jemand in seiner Umwelt tut (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln). Das Beurteilungsmerkmal Leistungsfähigkeit beschreibt, wie jemand eine Aufgabe oder Betätigung ausführt. Zur Ermittlung der vollständigen Leistungsfähigkeit einer Person ist eine „standardisierte“ Umwelt erforderlich, welche die wechselnden Einflüsse der verschiedenen Umweltfaktoren auf die Leistungsfähigkeit neutralisiert. Die Trennung zwischen Leistung und Leis-

tungsfähigkeit ist notwendig, um den Unterschied zwischen den Einflüssen einer standardisierten und einer wirklichen Umwelt mit ihren fördernden und behindernden Faktoren abbilden zu können. Diese Unterscheidung ermöglicht die Untersuchung der Auswirkungen von Umweltfaktoren, um zu prüfen, ob die Durchführung durch eine Anpassung der Umwelt noch verbessert werden kann.

In einer internationalen Untersuchung wurden die Aktivitäten und Partizipationen von Menschen mit verschiedenen Erkrankungen mit Punkten von 0–100 für die Beurteilungsmerkmale Leistung und Leistungsfähigkeit bewertet. Je höher der Punktwert, desto größer auch die dabei erfahrenen Schwierigkeiten. In ► Abb. 6.2 sind die Unterschiede zwischen Leistung (performance) und Leistungsfähigkeit (capacity) aufgeführt, wie sie sich bei 1200 Menschen mit verschiedenen Krankheiten dargestellt haben. Die Scores für die Leistungsfähigkeit waren am höchsten (also waren mit den stärksten Beeinträchtigungen verbunden), wenn es sich um Schlaganfälle, Depressionen und die Parkinson-Krankheit handelte, während Personen mit Osteoporose die geringsten Beeinträchtigungen erlebten. Im Allgemeinen waren die Punktwerte für die Durchführung besser (weniger Beeinträchtigungen) als für die Leistungsfähigkeit, außer bei Personen mit einer traumatischen Hirnschädigung oder bei Menschen mit einer bipolaren Störung. Dies suggeriert, dass die meisten Menschen in einer sie unterstützenden Umwelt leben, wodurch die Durchführung von Aktivitäten genauso gut oder besser funktioniert, als dies aufgrund der eigenen Leistungsfähigkeit eingeschätzt wird. Dies ist besonders bei Menschen mit multipler Sklerose und Parkinsonkrankheit der Fall. Bei Personen mit einer traumatischen Hirnschädigung oder einer bipolaren Störung erweisen sich die Umweltfaktoren eher als hemmende Einflüsse. Diese Umstände lassen eine Entflechtung von personbezogenen und Umweltfaktoren (den Unterschied zwischen Leistungsfähigkeit und Durch Leistung) im klinischen Setting möglich erscheinen (WHO 2011).

Den Standard, mit dem die Leistungsfähigkeit oder die Leistung verglichen wird, bilden Personen ohne vergleichbare Erkrankungen. Die Beeinträchtigung oder Herausforderung bei der Teilhabe bedeutet den Unterschied zwischen der beobachteten und der erwarteten Durchführung. Das erwartete Durchführungsniveau entspricht dem der Normpopulation. Sie steht für die Möglichkeiten von Personen ohne die spezifische Gesundheitsfrage. Zu Beginn dieses Kapitels wurde bereits erwähnt, dass der Einsatz von Normen die Gefahr der Brandmarkung in sich birgt, und dass Menschen dadurch als minderwertig und untergeordnet betrachtet werden können.

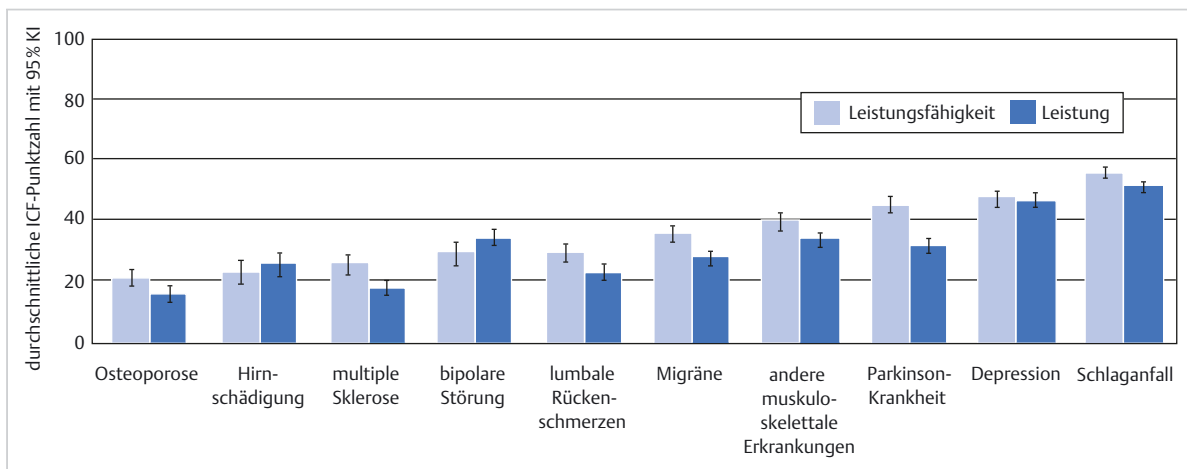


Abb. 6.2 ICF-Score für Leistungsfähigkeit und Leistung bei verschiedenen Erkrankungen (Durchschnittswerte auf der ICF-Skala mit 95 % Konfidenzintervallen; Punktzahl 0 bedeutet keine Schwierigkeiten, Punktzahl 100 bedeutet maximale Schwierigkeiten; WHO 2011).

6.3.5 ICF für Kinder und Jugendliche: ICF-CY

Die ICF für Kinder und Jugendliche (ICF-CY) war der erste Ableger der ICF-Klassifikation (RIVM 2008, WHO 2008). Die ICF-CY wurde entwickelt, weil die ICF in der Praxis nicht als ausreichend angesehen wurde, um die Funktionsweise von Kindern und Jugendlichen zu beschreiben. Die ICF-CY bietet vor allem eine Erweiterung der Ansatzpunkte und eine detailliertere Beschreibung des Wachstums und der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die Struktur und die Kategorienbildung sind gegenüber der Ursprungsversion nicht verändert. Unterschiede zur ICF bestehen bei der Anpassung oder Erweiterung von Umschreibungen, bei den neu zugefügten Codes, bei der Anpassung der Inklusions- und Exklusionskriterien sowie bei der Erweiterung der Beurteilungsmerkmale zum Einschluss von Entwicklungsaspekten. Inhaltlich stützt sich die ICF-CY u. a. auf eine Vielzahl internationaler Verträge über die Rechte von Kindern wie etwa die Kinderrechtskonvention von 1989. Der Altersbereich bei der ICF-CY reicht daher auch von 0–18 Jahren, was den Altersgrenzen in anderen UN-Abkommen entspricht. Die ICF-CY wurde vornehmlich um die Aspekte Lernen und Spielen und Entwicklungsprozesse erweitert. Innerhalb der ICF-CY wurden Fragebogen für vier Altersuntergruppen entwickelt: 0–2 Jahre, 3–6 Jahre, 7–12 Jahre und 13–17 Jahre (RIVM 2008).

6.3.6 Integration des medizinischen und des sozialen Modells

Die ICF geht von einem integrierten biopsychosozialen Modell aus.

Aus der biologischen/medizinischen Sicht kommt es durch eine Krankheit oder ein Trauma zu Beeinträchtigungen, Behinderungen und Partizipationsschwierigkeiten, was eine (para-)medizinische Therapie erforderlich macht. Das Behandlungsziel ist die Heilung, die Anpassung oder die Verhaltensänderung der Person. Die medizinische Therapie wird als wichtigster Teil angesehen. Handlungen auf der politischen Ebene bedeuten eine Anpassung des Gesundheitssystems.

Aus der sozialen Perspektive geht es vor allem um die Integration der Menschen im gesellschaftlichen Zusammenleben. Behinderungen sind weniger das Merkmal einer Person, sondern eher der Bedingungen in der sozialen Umwelt. Daher besteht die Behandlung bei Schwierigkeiten aus Aktionen, die auf die soziale Umwelt ausgerichtet sind. Es ist die gemeinsame Verantwortung der gesamten Gesellschaft, die Umwelt so zu verändern, dass Menschen mit Behinderungen jeder Art optimal am Leben in der Gemeinschaft partizipieren können.

Es ist also eine Frage der Einstellung und der Sichtweise, die soziale Veränderungen impliziert. Auf der politischen Ebene ist es eine Frage der Menschenrechte, und die Behinderung wird zur politischen Frage (RIVM 2007).

Shakespeare, der als Autor aktiv in der Behindertenbewegung Großbritanniens mitarbeitet, kritisiert die Polarisierung zwischen medizinischem und sozialem Modell (Shakespeare 2006). Er sagt auch, dass das soziale Modell zur Erklärung von Behinderungen nicht ausreicht. Es negiere Krankheiten nahezu vollständig und setze (zu) sehr auf die Beseitigung von Barrieren. Shakespeare sieht sich

selbst als Anhänger der Verbindung von personbezogenen und Umweltfaktoren, die auch in der ICF, die meist als biopsychosoziales Modell beschrieben wird, und in Ergotherapiemodellen ihren Niederschlag gefunden hat.

6.3.7 Kritiken an der ICF

Nordenfelt (2006) meint, dass die ICF trotz ihrer ganzheitlichen Ausrichtung, die nach „Leistung“ oder „Leistungsfähigkeit“ und ihren Gegensätzen „Behinderung“ oder „Leistungsunfähigkeit“ schaut, im Grunde nur darauf achtet, ob und wie eine Person eine Betätigung durchführt (performance). Diese Umschreibung der Partizipation als wahrnehmbares Verhalten ist zu eingengt. Ein wichtiger Einwand gegen die Beurteilungsmerkmale Leistung und Leistungsfähigkeit ist nach Nordenfelt, dass ihre Beschreibung aus Sicht der Professionals erfolgt. Es geht nicht darum, wie eine Person die Möglichkeiten zum Betätigen selbst erlebt und auch nicht um die Bedeutung von Aufgaben, Aktivitäten oder Rollen. Die Frage ist, ob dies der ICF oder den Anwendern zuzuschreiben ist. Dass die Beurteilungsmerkmale nicht per definitionem aus der Perspektive der Professionals gelten, zeigt sich etwa im RPS-Formular (rehabilitation problem solving), das Steiner et al. (2002) auf der Basis der ICF entwickelt haben.

Dabei formulieren zunächst Klienten ihre Schwierigkeiten und Bedürfnisse. Auf dieser Grundlage erstellen danach die Professionals ihre Analyse. Man kann auch sagen, dass die ICF sowohl dazu genutzt werden kann, die Befunde vom Klienten selbst als auch durch Professionals beschreiben zu lassen.

Die Kritik, wonach die persönliche Bedeutung von Aktivitäten und Partizipation zu wenig Beachtung findet, ist somit von der Aufmerksamkeit der Professionals für diesen Punkt abhängig. Ob jemand lieber Sport treibt, ins Kino oder Theater geht oder Musik macht, wird nicht standardmäßig erfasst, während gerade das wichtig ist. Jemand kann durchaus gut dazu in der Lage sein, sich in einer bestimmten Situation zu betätigen, aber dies vielleicht einfach nicht wollen und daher die Betätigung auch nicht ausführen. Es ist als Professional ganz wichtig, sich dieser Möglichkeit bewusst zu sein und keine Aktivitäten zu beobachten und zu bewerten, die für den Betroffenen im Zweifel völlig unwichtig sind. Andererseits gibt es auch Beispiele für Engagement und Partizipation, ohne dass eine Ausführung von Aktivitäten oder Basisfertigkeiten zu beobachten wäre. Das Dabeisein kann in bestimmten Situationen, in denen Aktivitäten ausgeübt werden, für jemanden dieselbe Bedeutung haben, als würde er es selbst tun. Ein Beispiel dafür wäre eine Person, die früher einmal viel Sport getrieben hat und nach dem Ausbruch einer chronischen progressiven Erkrankung gezwungen war, das eigene sportliche Aktivsein gegen die Rolle des Beobachters bei Sportwettkämpfen einzutauschen und diese schließlich am Fernsehgerät verfolgt. Eine Partizipation mit geringerer physischer Belastung kann für Menschen mit Behinderungen eine wichtige Strategie sein

(Cup u. Ven-Stevens 2011). Ergotherapeuten erkennen zunehmend die große Bedeutung dieser Teilhabeform (Hemmingsson u. Jonsson 2005, Polatajko et al. 2007b). Kurz: Es ist nur dann sinnvoll zu beobachten, ob jemand in der Lage ist, sich zu betätigen, wenn der Wunsch oder das Bedürfnis zum Betätigen besteht, während zugleich die Möglichkeiten dazu fehlen.

Nordenfelt offeriert eine andere Form zur Beschreibung von Leistungen. Er unterscheidet zwischen den internen Möglichkeiten einer Person (biologische Voraussetzungen; ability) und den externen Möglichkeiten (körperlich und psychosozial, kulturell und rechtlich; opportunity). Wenn jemand z. B. Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung hat, weil ihm die Übersicht und Organisation schwerfällt (eingeschränkte biologische Voraussetzungen), kann eine Erweiterung der externen Möglichkeiten durch Umräumen der Wohnung oder die Verwendung von Listen für eine bessere Planung die Bewältigung von Aufgaben im Haushalt wieder möglich machen. Auch Hilfsmittel wie etwa ein Gehgestell oder ein Rollstuhl können für eine Person, die etwa gerne im Park spaziert, die dafür erforderliche Mobilität wiederherstellen. Nordenfelts Ideen passen gut zur Ergotherapie, in der man ebenfalls von den Möglichkeiten des Menschen und der Gemeinschaft ausgeht (Nordenfelt 2006).

Hemmingsson und Jonsson (2005) haben sich ebenfalls kritisch über die ICF-Bewertungsmerkmale „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“ geäußert. Auch ihnen fehlt in der ICF die Berücksichtigung der subjektiv erfahrenen Bedeutung alltäglicher Betätigungen. Auch sie sehen, dass die ICF von einem beobachtenden Professional ausgeht. Dies birgt die Gefahr der Über- oder auch Unterschätzung des Partizipationsgrades. Neben der subjektiv erfahrenen Bedeutung einer Partizipation vermissen Hemmingsson und Jonsson bei der ICF auch den subjektiven Aspekt der Autonomie und Selbstbestimmung. Was Menschen tatsächlich tun, ist nicht zwangsläufig das, was sie auch tun wollen. Menschen tun Dinge, weil es im Moment vielleicht keine andere Möglichkeit für sie gibt. Gerade die Feststellung dessen, was für einen Menschen wichtige Betätigungen sind und wobei es zu Schwierigkeiten kommt, bildet die Grundlage für die klientenzentrierte Arbeit in der Ergotherapie. Deshalb plädieren diese Autoren auch für die Aufnahme von Aspekten Autonomie und Selbstbestimmung in die ICF (Hemmingsson u. Jonsson 2005). Schließlich sind sie noch der Meinung, dass der Einfluss von Umweltfaktoren als positive oder negative Einflussquelle zu wenig Beachtung fände. Ein Rollstuhl kann Mobilität ermöglichen aber auch beeinträchtigen. Dies müsse jedoch kein Kritikpunkt sein, wenn beide möglichen Einflüsse berücksichtigt würden.

Diese kritischen Betrachtungen zum Begriff der Partizipation in der ICF wollen als Beitrag zu einer anhaltenden Diskussion über die ICF-Klassifikation und -Terminologie verstanden werden. Die genannten Kritikpunkte an der ICF lassen sich auch als Kritik an der Anwendung der ICF verstehen.

6.4 Der positive Gesundheitsbegriff und die ICF

Der neue (positive) Gesundheitsbegriff wurde 2011 eingeführt, und zwar als „Fähigkeit zur Anpassung und zur Eigenregie im Lichte der physischen, emotionalen und sozialen Herausforderungen des Lebens“ (Huber et al. 2011, Visser 2014). Es wurde auch der Begriff „positive Gesundheit“ beschrieben. Demnach gilt Gesundheit nicht mehr als statischer Zustand, sondern als dynamische Kraft des Menschen, sich durch Resilienz anzupassen und selbst die Steuerung des eigenen Wohlbefindens zu übernehmen.

Huber et al. führten qualitative und quantitative Untersuchungen in 7 Interessengruppen aus dem Gesundheitssystem durch: Therapeuten, Menschen mit chronischen Erkrankungen, politische Entscheidungsträger, Versicherer, Mitarbeiter der Gesundheitsämter, Bürger und Wissenschaftler. Dabei zeigte sich die hohe Tragfähigkeit des neuen Konzeptes. Es unterstützt den Ansatz, dass bei dem Menschen nicht nur die Krankheit gesehen wird und der Fokus auf der Kraft liegt statt auf den Beeinträchtigungen. Im Mittelpunkt stehen die Möglichkeiten und die

Resilienz, die das Funktionieren und Partizipieren im täglichen Leben ermöglichen (Huber et al. 2016, Visser 2014).

Aus der Untersuchung wurden 6 Hauptbereiche und 32 Aspekte der positiven Gesundheit herausgefiltert und in einem Webdiagramm dargestellt (► Abb. 6.3).

Die Bereiche sind (1) die Körperfunktionen, (2) das geistige Wohlbefinden, (3) die Spiritualität, (4) die Lebensqualität, (5) die gesellschaftliche Partizipation und (6) die Funktionsfähigkeit im Alltag. Die qualitative Untersuchung zeigt, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen alle sechs Bereiche für gleich wichtig erachten und damit einen umfassenden Blick auf die Gesundheit haben. Ärzte bevorzugen hingegen einen eingeschränkten biologisch-medizinischen Blickwinkel.

Der weite Blick passt hingegen zu der klientenzentrierten Versorgung und unterstützt den gemeinschaftlichen Entscheidungsprozess. Die Frage des Professionals lautet dann: Welchen Bereich im Diagramm möchten Sie verändern? Dabei muss es sich nicht um den Bereich mit dem niedrigsten Punktwert handeln. Menschen kommen von selbst in Bewegung, wenn sie etwas in ihrem Leben wollen, z. B. weiterhin berufstätig zu bleiben. Gesundheit ist

6

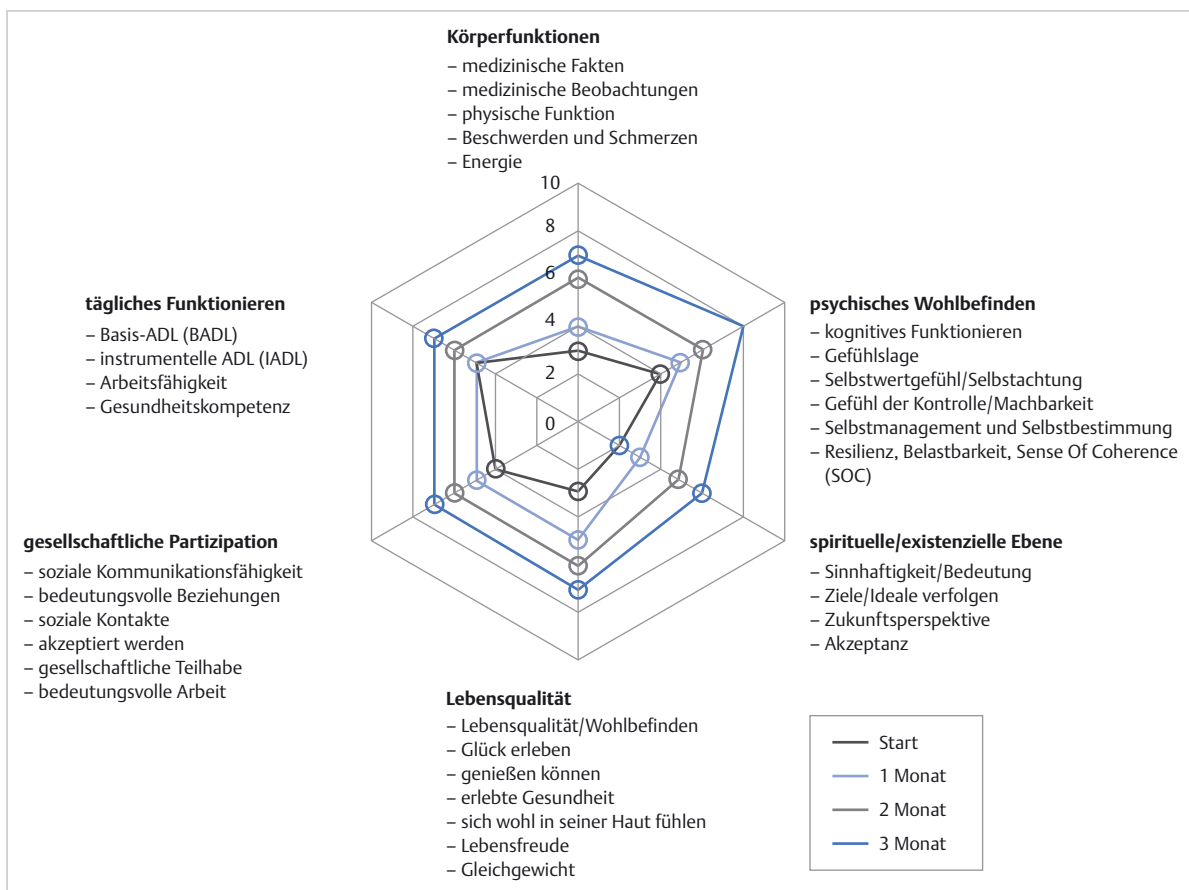


Abb. 6.3 Dimensionen oder Säulen einer positiven Gesundheit (www.sofokles.nl).

dann nicht länger ein Zustand „vollkommenen Wohlbefindens“, sondern ein Mittel, um das zu tun, was man für wirklich wichtig erachtet. Diese Sichtweise stärkt den Menschen (Huber et al. 2016, Visser 2014). Eine Schwäche des Konzeptes der „positiven Gesundheit“ und der damit verbundenen Aspekte und Dimensionen ist jedoch das Fehlen der Umweltfaktoren. Es handelt sich vornehmlich um einen personbezogenen Ansatz, der die Umweltfaktoren nicht ausdrücklich in die Rechnung miteinbezieht.

Ein Risiko dieser neuen Gesundheitsdefinition besteht darin, dass sie zu einer Zunahme der sozioökonomischen Ungleichheit führen kann, da nicht jeder Mensch über die gleichen Kapazitäten zur Selbststeuerung der eigenen Gesundheit verfügt, wie etwa vulnerable ältere Menschen oder Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (Jambroes et al. 2016). Wenn die Menschen selbst für ihre Gesundheit verantwortlich sind, lassen sich Schwierigkeiten auf diesem Gebiet als das Resultat der eigenen „Entscheidung“ für ein ungesundes Verhalten begreifen. Sodann könnten sich auch Menschen mit ausreichender Resilienz und Selbststeuerung weniger bereit zeigen, sich gegenüber Personen finanziell solidarisch zu empfinden, die sich für einen ungesunden Lebensstil „entscheiden“. Die Betonung der persönlichen Eigenverantwortung kann dazu führen, dass man sich weniger um die öffentliche Gesundheitsfürsorge mit Fragen z. B. zum Lebensstil und zur Prävention befasst. Darum wird dafür plädiert, dass die Gesundheitsförderung eine erforderliche Kompetenz aller Professionals ist. Dies erfordert von den Professionals Fähigkeiten wie Stärkung der Resilienz und die Fähigkeit zur Selbststeuerung und zur gemeinsamen Entscheidungsfindung anstelle ungleicher Machtverhältnisse (Visser 2014, Jambroes et al. 2016). Hier sollte jedoch auch auf die Umweltfaktoren geachtet werden. Auch die soziale und physische Umwelt kann beeinflusst werden, sodass diese sich positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Vergleicht man die Aspekte der positiven Gesundheit mit der ICF, dann zeigt sich, dass alle Aspekte über die ICF kodiert werden können. Allerdings fallen 18 der 32 Aspekte unter die personbezogenen Faktoren, für die es noch keine separaten Codes gibt. Diese Aspekte können eingesetzt werden, um eine Liste mit personbezogenen Faktoren für die ICF zu erstellen (Huber et al. 2016).

6.5 Die ICF und die Taxonomie der Alltagsaktivitäten

In diesem Abschnitt geht es um die Perspektive der menschlichen Betätigung und der Partizipation, wie sie in der ICF gilt, im Vergleich zu der Taxonomie der Betätigung in der Ergotherapie, dem Taxonomic Code of Occupational Performance (TCOP; Taxonomie bedeutet soviel wie „Einordnung in ein System“; Polatajko et al. 2007b;

Kap. 2.5.2). Der TCOP wurde entwickelt, da es in der Ergotherapie keine einheitliche Definitionen der Begriffe „Betätigung“ (occupation), „Aktivität“ und „Aufgabe“ gab. Die Taxonomie, deren Validität untersucht wurde, umfasst 5 Ebenen von ansteigender Komplexität, wobei das Betätigen an der Spitze der Hierarchie steht. Die Betätigung ist eine Ansammlung von Aktivitäten, die alle aus Aufgaben bestehen, diese wiederum bestehen aus Basisfertigkeiten, welche sich letztlich aus willkürlichen Bewegungen und geistigen Prozessen zusammensetzen. In ► Tab. 6.2 ist dies am Beispiel des Studierens zusammengefasst. Studieren ist eine Form der Betätigung, eine Vorlesung ausarbeiten ist eine Aktivität, die wiederum in verschiedene Aufgaben unterteilt ist, wie etwa ein Protokoll ausdrucken mit der Basisfertigkeit „zum Drucker gehen“. Ein weiteres Beispiel ist der Empfang von Besuch als Betätigung. Das gemeinsame Kaffeetrinken ist dabei die Aktivität, das Wasserkochen die Aufgabe, das Öffnen des Wasserhahns die Basisfertigkeit und die Supination die Willkürbewegung mit dem Wissen, wie ein Wasserhahn funktioniert, als geistigen Prozess. Die Konzepte der „Aktivität“ in der ICF und im TCOP lassen sich nicht gut vergleichen. In der ICF werden die drei Ebenen Aktivitäten, Aufgaben und Basisfertigkeiten unter dem Begriff „Aktivität“ zusammengefasst, der hier also als Sammelbegriff auftaucht. In der Ergotherapie wird bei „Aktivität“ jedoch z. B. an das Einkaufen gedacht, während der Begriff in der Rehabilitation auch etwa die Ausführung des Pinzettengriffes bedeuten kann. In ► Tab. 6.2 sind die Definitionen aus dem TCOP in einem Beispiel denen aus der ICF gegenübergestellt.

Ein Unterschied zwischen den Begriffen der „Partizipation“ in der ICF und dem „Betätigen“ im TCOP besteht darin, dass das Betätigen eine sichere Regelmäßigkeit beinhaltet und daher mit einer Struktur verbunden ist. Zudem zeichnet sich das Betätigen dadurch aus, dass ihm durch Personen und ihre Kultur ein bestimmter Wert und eine bestimmte Bedeutung zugemessen wird. Wie erwähnt, fehlt eine solche Bedeutung bei der ICF, während innerhalb der Ergotherapie zunehmend die Erkenntnis wächst, dass es ganz entscheidend ist, diese Bedeutung herauszufinden. Das Betätigen erlangt über die Durchführung eine Bedeutung. Es besteht aus Aktivitäten und Aufgaben, die eine Person auswählt, da diese für sie einen Wert haben. Dieser Wert ist ein wesentlicher Teil der Bedeutung. Er ist für jede Person einzig, kann sich während des Lebens verändern und unterliegt kulturellen Einflüssen. Ergotherapeuten haben wieder einen bestimmten Blick auf das Betätigen (Polatajko et al. 2007a). Ein weiteres Merkmal der ICF ist die mangelnde Differenzierung zwischen den Komponenten Aktivität und Partizipation. Und obwohl in der ICF angegeben wird, dass es sich um zwei unterschiedliche Konstrukte handelt, gibt es in der Anleitung zur ICF eine gemeinsame Liste für beide Konstrukte.

Tab. 6.2 Ebenen von Alltagsaktivitäten in TCOP und ICF (Polatajko 2007b, WHO 2001a, b).

TCOP		Beispiel	ICF	
Ebene	Definition		Ebene	Definition
Betätigung	eine Aktivität oder ein Bündel von Tätigkeiten, die mit einer bestimmten Regelmäßigkeit und Struktur als solche durchgeführt werden und denen Personen und ihre Kultur einen bestimmten Wert und eine bestimmte Bedeutung beimessen	studieren	Partizipation	Teilhabe einer Person an einer Lebenssituation
Aktivität	ein Bündel von Aufgaben mit einem bestimmten Endpunkt oder Ergebnis, das größer als eine der Teilaufgaben ist	Forschungsauftrag oder Ausarbeitung einer Vorlesung	Aktivität	Unterteil der Alltagsaktivitäten einer Person
Aufgabe	eine Reihe von Basisfertigkeiten mit einem Endpunkt oder einem bestimmten Ergebnis	Mails verschicken, Bericht ausdrucken		
Basisfertigkeiten	eine Reihe von willkürlichen Bewegungen oder psychischen Prozessen, die ein erkennbares und zielgerichtetes Muster aufweisen (greifen, halten, ziehen, schieben, drehen, knien, stehen, gehen, denken, erinnern)	Computer hochfahren, Bericht abheften, zum Drucker gehen		
willkürliche Bewegungen oder psychische Prozesse	eine einzelne Muskelaktion wie Flexion oder Extension, Adduktion oder Abduktion, Rotation, Supination bzw. Gedächtnis oder Aufmerksamkeit	Abduktion und Aufmerksamkeit	Körperfunktionen und -strukturen, anatomische Eigenschaften	physiologische und psychische Eigenschaften des menschlichen Organismus Lage, Vorhandensein, Form und Kontinuität von Teilen des menschlichen Körpers (wie z. B. Organe, Gliedmaßen) und seinen Bestandteilen

Ein Vorschlag aus der Ergotherapie, um diese Unterscheidung doch aufrechtzuerhalten, ist das Konzept der sozialen Rolle. Eine soziale Rolle, die von einer Person selbst oder von der Gemeinschaft wertgeschätzt wird, kann bei der Unterscheidung zwischen Aktivität und Partizipation helfen (Polatajko et al. 2007b). In der ICF wird der Begriff der „Rolle“ bewusst vermieden, da es international große Unterschiede darüber gibt, wie eine bestimmte Rolle betrachtet wird. Die Rolle als Mutter beispielsweise impliziert in bestimmten Kulturen, dass die Frau nicht mehr arbeiten kann. Die subjektive Bedeutung des Betätigens kann ebenfalls Anknüpfungspunkte für eine Differenzierung zwischen Aktivität und Partizipation liefern. Der ICF zufolge gelten Aktivitäten als die Durchführung von Aufgaben oder Basisfertigkeiten durch ein Individuum. Das Schreiben von Buchstaben, eines Wortes oder eines ganzen Satzes ist eine Aktivität. Wenn das Schreiben jedoch eine bestimmte Bedeutung hat oder zu einer sozialen Rolle gehört, wenn etwa ein Lehrer in der 3. Klasse ein Wort an die Tafel schreibt, dann wird das Schreiben zum Unterteil der Partizipation in der Rolle als Lehrer.

6.6 Anwendung der ICF

Die ICF findet international weite Verbreitung, wie einzelne Reviews erkennen lassen. Jelsma veröffentlichte 2009 eine bis zum Jahre 2007 reichende Artikelübersicht, worauf Cerniauskaite et al. 2011 ein systematisches Review über die ICF-Anpassungen zwischen 2001 und 2009 publizierten. Dieses Review umfasste 672 Artikel aus 211 Zeitschriften in 34 Ländern. In rund 100 Artikeln ging es um die Entwicklung von ICF-basierten Instrumenten und krankheitsspezifischen ICF-Core-Sets. Maribo et al. brachten 2016 ein systematisches Review zum ICF-Gebrauch in nordeuropäischen Staaten zwischen 2001 und 2013 heraus. Darin waren 170 Artikel enthalten, von denen 42% zwischen 2011 und 2013 erschienen waren, die besonders in die Kategorie klinische und rehabilitative Anpassungen fielen (Jelsma 2009, Cerniauskaite et al. 2011, Maribo et al. 2016).

6.6.1 ICF-Core-Sets

Die ICF selbst ist kein Modell, kein Messinstrument und kein Fragebogen, sondern eine Klassifikation oder ein Begriffsrahmen, wobei sich die Kernbegriffe im ICF-Schema wiederfinden. Die vollständige ICF wird oft als zu ausführlich betrachtet, um in der klinischen Praxis oder in der Wissenschaft praktikabel zu sein. Daher wurden sog. ICF-Core-Sets entwickelt. Ein Core Set ist kein Messinstrument, sondern eine Auswahl von ICF-Kategorien, die von Experten, Klienten und Wissenschaftlern für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit eines Menschen mit spezifischen Gesundheitsfragen oder in einem spezifischen Setting als relevant angesehen werden (Rudolf et al. 2010). ICF-Core-Sets erhalten nicht mehr und auch nicht weniger Kategorien als erforderlich, um das Spektrum der Gesundheitsfragen abzudecken. Sie werden zur Angabe der zu messenden Kategorien eingesetzt, geben jedoch keine Auskunft darüber, wie diese Kategorien gemessen wurden (Rauch et al. 2008).

Inzwischen sind über 50 Veröffentlichungen zur Entwicklung und Validierung krankheitsspezifischer ICF-Core-Sets erschienen (Cerniauskaite et al. 2011). Ein Beispiel ist das ICF-Core-Set der Hand (Rudolf et al. 2010). Es umfasst 117 ICF-Items, die einer vollständigen multidisziplinären Evaluation unterzogen wurden. Es gibt auch ein abgespecktes Core Set mit lediglich 23 Items, die bei jeder Person mit Schwierigkeiten an den Händen Anwendung finden können, unabhängig vom Setting und auch, wenn hier lediglich ein Professional an der Evaluation beteiligt ist und kein ganzes Team. Das Set enthält Kategorien aus allen ICF-Komponenten: Körperfunktionen und -strukturen (9 bzw. 3 Kategorien), Aktivität und Partizipation (8 Kategorien) und Umweltfaktoren (3 Kategorien). Ein weiteres Beispiel ist die Entwicklung eines ICF-Core-Sets zur Beschreibung des Gesundheitszustandes von traumatisierten Flüchtlingen. Dabei handelte es sich um ein Gemeinschaftsprojekt von 8 dänischen Rehazentren, die ein interdisziplinäres Dokumentations- und Monitoring-Instrument entwickeln wollten, das auch die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Gesundheitszustandes einer Person erfasst. Die ICF wurde aufgrund der gemeinsamen und standardisierten Sprache und des Frameworks als geeignet erachtet, den Gesundheitszustand zu beschreiben und nicht nur die Symptome und die Diagnose (Jorgensen et al. 2010).

6.6.2 Instrument zur ärztlichen Verordnung

Die ICF kann auch dazu verwendet werden, den Versorgungsbedarf eines Menschen zu ermitteln und so den Weg zu verschiedenen Maßnahmen weisen, wie z. B. der Ergotherapie. Auch die Centra Indicatiestelling Zorg, die in den Niederlanden für die Überprüfung von Ansprü-

chen auf Leistungen verantwortlich sind, welche sich aus dem Gesetz für besondere Krankheitskosten ergeben, bedienen sich der Begrifflichkeiten der ICF, um sich einen Überblick darüber zu verschaffen, für welche Hilfsmittel oder welche Versorgungsform ein Klient infrage kommt. Ein Beispiel für ein Instrument zur Verordnung ist der Perceived Limitations in Activities and Needs Questionnaire (PLAN-Q; Pieterse et al. 2008a, b, 2009). PLAN-Q wurde für den Gebrauch bei Menschen mit neuromuskulären Erkrankungen entwickelt und vermittelt einen Überblick über die Schwierigkeiten bei der Durchführung von Aufgaben oder Aktivitäten und die Bedürfnisse der Betroffenen, um sich dazu von einem Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder einem Logopäden beraten zu lassen. Plan-Q kann von einem Neurologen eingesetzt werden, um festzustellen, ob es Fragen gibt, die eine Überweisung an einen Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder Logopäden sinnvoll machen. Die Items im Plan-Q wurden zunächst aus den Komponenten Aktivität und Partizipation des ICF ausgewählt. Dies hat eine multidisziplinäre Gruppe aus Professionals erledigt, die Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit neuromuskulären Erkrankungen hatte. Die dabei entstandene Version des Fragebogens wurde 21 Personen mit einer Muskelerkrankung vorgelegt. Dabei wurde gefragt, ob die Liste und die Items verständlich waren und ob die Formulierungen klar und anwenderfreundlich gewählt worden seien. Die Personen konnten zudem angeben, ob es nutzlose Items gab oder ob Items fehlten. Eine weitere Entschlackung der Items mit nachfolgender Validierung führte dann zu einem Fragebogen mit 18 Items. Weitere Untersuchungen führten dann zu einem validierten Instrument, das Überweisen bei der Frage hilft, ob sie den Betroffenen besser zur Ergotherapie, zur Physiotherapie oder zur Logopädie leiten (Pieterse et al. 2009).

6.6.3 Messinstrumente

Auch Messinstrumente nutzen bei der Entwicklung und Validierung oft die ICF. Ein Beispiel ist hier die ICF-basierte Selbsteinschätzungsskala „Arbeit“ (Paalman et al. 2010). Zunächst wurden die Vorstellungen hinter dieser Skala und der ICF-CY miteinander verglichen. Es zeigte sich, dass bei beiden das Betätigen des Menschen in seiner Umwelt im Mittelpunkt steht und eine Verbindung beider möglich sein könnte. Eine solche Kopplung folgte bestimmten Regeln, was wie folgt aussah: Für jede Frage wurde nach den relevanten Konzepten zu diesem Item gesucht. Eine Frage kann mehrere Konzepte beinhalten. Dann wurden die Konzepte mit den ICF-Codes verbunden. Wenn das relevante Konzept detaillierter war als der ICF-Code, wurden Details als Zusatzinformationen ergänzt. Ein Beispiel dafür ist in ► Tab. 6.3 wiedergegeben. Das Koppeln der Items (Fragen auf dem Fragebogen) ist eine Form der Validierung.

Tab. 6.3 Verknüpfung von Positionen der Selbsteinschätzungsskala Arbeit mit ICF-CY-Codes (Paalman et al. 2010).

Frage	Bedeutungsvolles Konzept	ICF-CY	Zusatzangaben
Ich kann Arbeitsschuhe anziehen.	Anziehen von Schuhen	d5 402 Schuhwerk anziehen	Arbeitsschuhe
Ich kann im Stehen arbeiten.	sich stehend betätigen	d4 154 In stehender Position verbleiben	während der Arbeit
Ich kann mit dem Auto zur Arbeit fahren.	Fortbewegung mit einem motorisierten Fahrzeug	d4 751 Ein motorisiertes Fahrzeug fahren	Auto
Ich kann den Weg zur Arbeit finden.	Orientierung im Raum	b1141 Orientierung zum Ort	am Arbeitsplatz

Die ICF-basierte Selbsteinschätzung ist ein digitales Instrument zur Darstellung des Hilfesuches einer Person. Die Skala zeigt die Möglichkeiten und Beeinträchtigungen des Betroffenen auf und erzeugt ein Bild von seinem sozialen Leben und den bereits vorhandenen Hilfestellungen aus dem Lebensumfeld und von professioneller Seite. Das Instrument kann als Leitfaden für den Austausch mit den beteiligten Instanzen oder Behörden dienen. Es existieren zwei Varianten der ICF-Selbsteinschätzungsskala: Wohnen und Arbeit. Beide Instrumente eignen sich für jede Person, die in den Bereichen Wohnen, Fähigkeit zur Selbsthilfe, Partizipation und Arbeit Beeinträchtigungen erlebt.

Die ICF-Selbsteinschätzungsskala Wohnen listet auf, wie viel Zeit täglich hierfür benötigt wird, wie viel Sicherheit und Zuspruch nötig ist, zu welchen Tageszeiten Hilfe gewünscht wird, welche Art von Hilfe erforderlich ist und welche Kosten in den verschiedenen Teilgebieten entstehen.

Die ICF-Selbsteinschätzungsskala Arbeit sammelt auch Informationen über das bisherige Arbeitsleben und die aktuelle Situation. Wenn der Fragebogen fertig ausgefüllt wurde, folgt ein Bericht, in dem es um Themen wie „Wo steht der Klient auf der Partizipationsleiter?“ und „Wie nah ist er am Arbeitsmarkt?“ geht. Dabei spielen auch Qualifikationen, Persönlichkeit, Motivation, Interesse, Gesundheit, die soziale Umwelt und gesellschaftliche Faktoren eine wichtige Rolle, da diese Auskunft über mögliche Hemmnisse für Folgeschritte und erforderliche Bereitungen geben.

6.7 Diskussion

In diesem Kapitel ging es um die Möglichkeiten und Vorteile, die mit der Nutzung der ICF verbunden sind, und um kritische Stimmen hinsichtlich der Gefahr des Schubladendenkens. Auch im letzten Beispiel zur ICF-Selbsteinschätzungsskala scheint diese Gefahr durch, wenn die zu-erkannte Hilfe, die Maßnahmen und die Fragen zur Arbeitsfähigkeit mithilfe einer Klassifikation oder eines davon abgeleiteten Fragebogens bestimmt werden.

Die ICF ist zwar im Vergleich zu ihrem Vorläufer der ICIDH ein großer Fortschritt, doch gibt es immer noch zahlreiche Diskussionen über die aktuelle ICF-Terminolo-

gie und ihre Anpassungen (Cup 2011b, Heerkens et al. 2016). Die Kritikpunkte lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Auch wenn in der ICF das biomedizinische und soziale Modell integriert wurden, gibt es keine Garantie dafür, dass beiden Sichtweisen die gleiche Aufmerksamkeit zuteil wird, und das reduktionistische biologisch-medizinische Denken kann immer noch leicht die Oberhand gewinnen. Der Umstand, dass die Krankheiten an der Spitze des Schemas stehen, betont ebenfalls die Dominanz der biomedizinischen Sicht. Auch die krankheits-spezifischen Core Sets legen den Fokus auf die Erkrankungen und ihre Folgen statt auf die Funktionsfähigkeit einer Person und ihre Bedürfnisse.
- Der Begriff „Gesundheitszustand“ wurde im ICF-Schema als Oberbegriff für Krankheiten und Störungen verwendet. Das kann Verwirrung stiften, weil der Begriff „Gesundheit“ auch zur Beschreibung des gesamten Systems mit seinen verschiedenen Gesundheitskomponenten verwendet wird (Heerkens et al. 2016).
- Es gibt in der ICF noch keinen Begriffsrahmen für personbezogene Faktoren in der ICF, wobei gerade diese für ein besseres Verständnis der Bedeutung einer Gesundheitsfrage im Leben eines Menschen und für eine Stärkung der persönlichen Qualitäten wie Resilienz und Widerstandskraft sorgen können.
- Auch wird eine mögliche Überlappung zwischen den psychischen Funktionen und den personbezogenen Faktoren kritisiert. Es ist zudem eine erhöhte Aufmerksamkeit erforderlich, damit es bei der Beschreibung der personbezogenen Faktoren zu keiner Stigmatisierung und zu keiner anklagenden Wortwahl kommt. Das Ziel ist die Beschreibung der individuellen Bedürfnisse und Stärken, wozu die Resilienz und die Widerstandskraft gehören. Sowohl der Begriffsrahmen aus Ergotherapie-modellen wie etwa dem Model of Human Occupation als auch die Aspekte der „positiven Gesundheit“ bieten hier Möglichkeiten.
- Es wird in der ICF keine ausreichende Differenzierung zwischen den Begriffen Aktivität und Partizipation getroffen. In der Gesundheitsfürsorge spielt der Begriff der Partizipation eine immer größere Rolle. Es ist offenkundig, dass dies mehr bedeutet als die Fähigkeit, standardisierte Aktivitäten auszuführen. In diesen Rahmen

passt auch die Kritik aus der Betätigungsperspektive, dass die subjektiv erfahrene Bedeutung in der ICF zu kurz kommt, wobei gerade dieser Aspekt wichtig ist, um zwischen Aktivität und Partizipation zu unterscheiden. Neben der subjektiv erfahrenen Bedeutung wird aber auch noch der subjektive Aspekt von Autonomie und Selbstbestimmung in der ICF vermisst. Es wird auch beklagt, dass die Bedeutung und die Zufriedenheit mit der Partizipation über die Beurteilungsmerkmale „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“ ausgedrückt wird. In diesem Zusammenhang weist Brown (2010) auf das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) hin. Dies ist ein klientenzentriertes Messinstrument, das die Ausführung und die Bedeutung von Betätigungen erfasst und besonders für die Klientenperspektive entwickelt wurde.

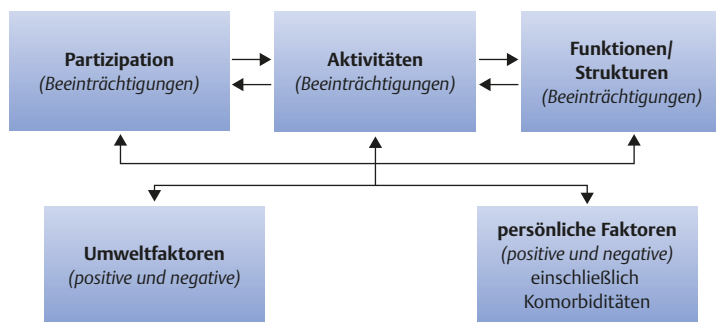
- Wenngleich die Umweltfaktoren als eigenständige Komponente im ICF-Schema repräsentiert sind, wird deren Rolle gegenüber den anderen Komponenten noch relativ wenig beleuchtet. Auch fehlen wichtige Umweltfaktoren, wie etwa solche mit Bezug zum Arbeitsumwelt.
- Bis heute richtet sich die ICF zu sehr auf die professionelle Sicht. Der Begriffsrahmen wird vorwiegend von Professionals genutzt, um die Funktionsfähigkeit und die zu beeinflussenden kontextuellen Faktoren zu beschreiben. Die Beurteilungsmerkmale „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“, die von Professionals bewertet werden, betonen diese professionelle Perspektive. Es gibt jedoch Beispiele, in denen bei der Auflistung der Schwierigkeiten im Gebrauch der ICF ausdrücklich auch die Klientenperspektive aufgeführt wurde (Steiner et al. 2002). Es wird empfohlen, stets die Perspektive des Menschen selbst („Insider-Perspektive“) und die Bedeutung oder Relevanz, welche die Partizipation für den einzelnen Klienten besitzt, zu berücksichtigen (Heinemann et al. 2010).

Heerkens et al. (2015) haben diese Kritikpunkte in ihre Überlegungen zu einer Anpassung des ICF-Schemas eingebunden. Die ersten beiden Punkte führten dazu, dass die medizinischen oder krankheitsbezogenen Faktoren in der alternativen ICF-Version keine separaten Komponenten mehr darstellen, sondern den personbezogenen Faktoren zugeordnet wurden. Um die Bedeutung der Partizipation hervorzuheben, wurde ihr in dem alternativen Schema ein prominenterer Platz zugewiesen. Die ► Abb. 6.4a und b zeigen die Partizipation links und/oder oben als ersten Unterteil. In ► Abb. 6.4c wurde sie zentral positioniert.

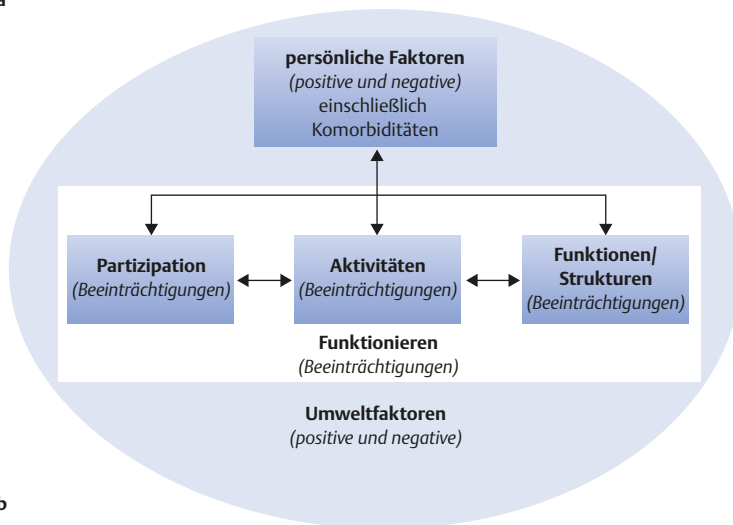
Um die personbezogenen und die Umweltfaktoren noch stärker in den Vordergrund zu rücken, werden Erstere in dem vorgestellten alternativen Schema über der Partizipation, der Aktivität und den Funktionen/Strukturen platziert (► Abb. 6.4b und c). Die Umweltfaktoren werden als Ring dargestellt, der die personbezogenen Faktoren und die Komponenten der Funktionsfähigkeit umgibt (Partizipation, Aktivität und Funktionen/Strukturen).

6.8 Zusammenfassung

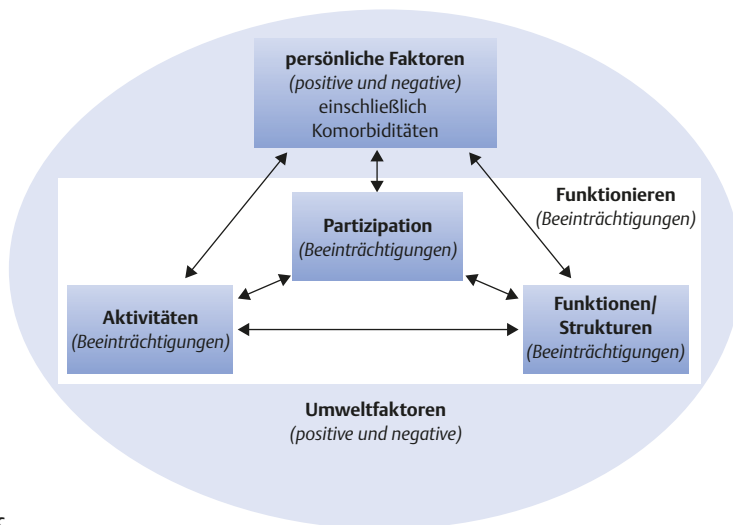
Die ICF ist ein international weitverbreitetes Klassifizierungssystem zur Beschreibung von Gesundheitskomponenten. Der damit verbundene Begriffsrahmen dient der Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Arbeitsgebieten und der internationalen Vergleichbarkeit. Es gibt zahlreiche Anpassungen der ICF. Es ist jedoch wichtig, sich als Professional die Gründe für die Anwendung eines solchen Klassifizierungssystems und die Art und Weise seiner Anwendung bewusst zu machen. Zwischen den Begrifflichkeiten in der ICF, in den Ergotherapiemodellen und in dem neuen Konzept der „positiven Gesundheit“ gibt es sowohl Übereinstimmungen als auch Unterschiede. Die zahlreichen Kritikpunkte, die gesellschaftlichen Entwicklungen und auch das neue Gesundheitskonzept haben inzwischen verschiedene Vorschläge für eine Anpassung der ICF hervorgebracht.



a



b



c

Abb. 6.4 Alternativen zum ICF-Schema (Heerkens et al. 2016).

6.9 Literatuur

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. Aufl. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Whitepaper; 2013. https://www.boompsychologie.nl/documenten/uitgeverij_boom/whitepapers/dsm_whitepaper_belangrijkste_wijzigingen_web_def.pdf
- Brown M. Participation: the insider's perspective. *Arch Phys Med Rehabil* 2010;91:34–37.
- Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach J et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil* 2011;33:281–309.
- Cup E, Ven-Stevens L van de, De ICF en zijn 'core-business'. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2011;4(4):44–48.
- Cup E, Kinébanian A, Satink T, Pieterse A, Hendricks H, Oostendorp R et al. Living with myotonic dystrophy: What can be learned from couples? A qualitative study. *BMC Neurol* 2011;11:86.
- Hammell KW. Normality and the classification of difference. In: Hammell KW. Perspectives on disability and rehabilitation, contesting assumptions; challenging practice. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006:15–32.
- Heerkens Y, Brandsma W, Bernards N, Hendriks E, Lakerveld-Heryl K, Ravensberg D van, Warms R, Oostendorp R, Helders P. Zin en onzin van het gebruik van de ICIDH. *Fysiotherapie* 1993;18:18–21.
- Heerkens Y, Weerd M de, Huber M, Brouwer C de, Napel H ten, Gool C van, Meeteren N van. The ICF scheme needs revision. Abstract C529. Poster Booklet, WHO-FIC Network Annual Meeting 17–23 October 2015.
- Heerkens YF, Weerd M de, Huber M, Brouwer CPM de, Veen S van der, Perenboom RJM, Gool CH van, Napel H ten, Bon-Martens M van, Stallinga HA, Meeteren NLU van. Reconsideration of the WHO's framework for the ICF: Incentives from the Netherlands for a global debate; 2016.
- Heinemann A, Tulskey D, Dijkers M, Brown M, Magasi S, Gordon W et al. Issues in participation measurement in research and clinical applications. *Arch Phys Med Rehabil* 2010;91:72–76.
- Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Some critical remarks. *Am J Occup Ther* 2005;59:569–576.
- Hooks B. *Yearning: Race, gender and cultural politics*. Boston: South End Press; 1990.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Meer JW van der, Schnabel P, Smith R, Weel C van, Smid H. How should we define health? *BMJ* 2011;343:4163.
- Huber M, Vliet M van, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, Knottnerus JA. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016;6(1):e010091.
- Jelsma J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. *J Rehabil Med*. 2009;41(1):1–12.
- Jambroes M, Nederland T, Kaljouw M, Vliet K van, Essink-Bot ML, Ruwaard D. Implications of health as 'the ability to adapt and self-manage' for public health policy: A qualitative study. *European Journal of Public Health* 2016;26(3):412–416.
- Jorgensen U, Melchiorson H, Gottlieb A, Hallas V, Nielsen C. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe the functioning of traumatised refugees. *Torture* 2010;20:57–75.
- Maribo T, Peteresen KS, Handberg C, Melchiorson H, Mømsen AM, Nielsen CV, Leonardi M, Labriola M. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2013 in the nordic countries focusing on clinical and rehabilitation context. *J Clin Med Res* 2016;8(1):1–9.
- Nordenfelt L. On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF. *Disabil Rehabil* 2006;28:1461–1465.
- Paalman L, Moelder J, Seifert C, Bodestaff A, Kuijer-Siebelink W. Het koppen van de taksatieschaal Arbeid aan de ICF-CY. *Ergotherapie* 2010;38:18–21.
- Pieterse A, Cup E, Akkermans R, Hendricks H, Engelen B van, Wilt G van der. Optimizing referral of patients with neuromuscular disorders to allied health care. *Eur J Neurol* 2009;16:562–568.
- Pieterse A, Cup E, Knuijt S, Akkermans R, Hendricks H, Engelen B van. Development of a tool to guide referral of patients with neuromuscular disorders to allied health services. Part two. *Disabil Rehabil* 2008a;30:863–870.
- Pieterse A, Cup E, Knuijt S, Hendricks H, Engelen B van, Wilt G van der (2008b). Development of a tool to guide referral of patients with neuromuscular disorders to allied health services, Part one. *Disabil Rehabil* 2008b;30:855–862.
- Polatajko HJ, Backman C, Baptiste S, Davis J, Eftekhari P, Harvey A et al. Human occupation in context. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007a:37–61.
- Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L. Specifying the domain of concern: Occupation as core. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007b:13–36.
- Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44:329–342.
- RIVM. De Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. 2. Aufl. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2007. <http://www.rivm.nl/who-fic/in/BrochureICF.pdf>
- RIVM. De Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version. 2. Aufl. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2008.
- RIVM. Family of international classifications. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2016. <http://www.rivm.nl/who-fic/ICD.htm>
- Rudolf KD, Kus S, Coenen M, Dereskewitz C, Ven-Stevens LAW van de, Cieza A. Report on the International ICF Consensus Conference on the ICF core sets for hand conditions. *Hand Therapy* 2010;15:73–76.
- Shakespeare T. *Disability rights and wrongs*. London: Routledge; 2006.
- Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy* 2002;82(11):1098–1107.
- Steultjens EMJ, Cup EHC, Zajec J, Hees S van. *Ergotherapie richtlijn CVA*. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Visser J. Interview Machteld Huber: 'Het vermogen om zelf de regie te voeren'. *Medisch Contact* 2014;(6):246–248.
- WHO. International Classification of Diseases (ICD). Geneva: World Health Organization; 2001a. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001b. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version (ICF-CY). Geneva: World Health Organization; 2008.
- WHO. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011.

Teil II

Der Klient, das Betätigen, der Kontext und der Ergotherapeut

7	Der Klient	180
8	Der Ergotherapeut	196
9	Fragenorientiertes Arbeiten und Diversität	220
10	Kontext	239
11	Technologie in der Versorgung	272
12	Die Entwicklung des Betätigens	273
13	Betätigungsbereiche	287
14	Betätigungsbereich: Wohnen und Versorgen	293
15	Betätigungsbereich: Lernen/Arbeiten	309
16	Betätigungsbereich: Spiel und Freizeit	328



Geschichten aus der Praxis – 2: Danielas Traum

Ellen Sloomman

Ellen Sloomman arbeitet als Ergotherapeutin mit Kindern und deren Eltern. Sie erzählt die Geschichte von der 14-jährigen Daniela, die vier- oder fünfmal jährlich starke Muskelkrämpfe erleidet, welche sie daran hindern, zu gehen, Rad zu fahren, Sport zu treiben oder zur Schule zu gehen. Die Krämpfe hielten stets einige Wochen an, sodass sie nicht am Schulunterricht teilnehmen konnte. Die Schmerzen waren sehr stark und sie hatte immer Angst davor, dass es wieder passieren würde und war sehr deprimiert.

„In dem Rehaszentrum, in dem ich arbeite, gibt es ein Programm für Jugendliche mit unklaren chronischen Schmerzen und Müdigkeit im Alter zwischen 12 und 18 Jahren. Da alle medizinischen Ursachen bereits ausgeschlossen waren, wurde Daniela, für kurze Zeit in unsere Klinik eingeliefert. Mein Kollege sah Daniela während des Beobachtungszeitraums. Sie war damals sehr deprimiert. Sie wollte sich ändern, fröhlich sein und dabei sein, aber sie wusste nicht wie. Betätigungen fielen ihr schwer. Sie wusste, was sie wollte, hatte aber keine Ahnung, wie und wo sie anfangen sollte. Dies sei auch oft in der Schule so (sie besuchte einen Vorbereitungskurs für die Berufsfachschule). Die anderen waren immer schon weit voraus, während sie noch den Anfang bei einer Aufgabe suchte. Sie fand es sehr schwierig, dafür selbst eine Lösung zu finden.“

Wenn sie an einen Punkt gelangte, wo es für sie nicht weiterging, wartete sie oder fragte jemand anderen. Sie konnte nicht erkennen, was schief lief und fragte sich auch nicht, wie sie das ändern könnte.

Mein Kollege fragt mich, ob ich es vielleicht mal mit dem CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) versuchen wollte. Diese Methode setzte ich täglich in der Arbeit mit Kindern mit Developmental Coordination Disorder (DCD – entspricht der deutschen Bezeichnung „umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen“, UEMF) ein. Die Kinder haben leichte motorische Schwierigkeiten, z.B. beim Schreiben, beim Brote schmieren oder dabei, sich in der richtigen Reihenfolge anzuziehen. CO-OP hilft diesen Kindern, Schritt für Schritt zu einer Lösung zu kommen. Und es vermittelt ihnen oft die hilfreiche Erfahrung: Ja, das kann ich!

Ich denke, es ist eine Herausforderung, auch Daniela auf diese Weise anzusprechen, mit ihr gemeinsam ihre Möglichkeiten anzusehen und nicht nur all das, was nicht funktioniert. Aber wo soll ich anfangen, wie gehe ich damit um?

Ich frage Daniela: „Wenn ein Wunder geschehen würde, was würde sich ändern?“

Sie überlegt und sagt dann: „Ich will nicht mehr so unsicher sein, ich will nicht mehr vor allem Angst haben, ich will nicht mehr sterben wollen. Ich möchte auch wissen, wie ich abnehmen kann, weil ich zu dick bin.“

„Wie möchtest du denn dann aussehen?“, frage ich.

„Wie Beyoncé“, lautet ihre Antwort.

„Ja“, sagte ich, „das würde ich auch gern ...“.

Plötzlich habe ich eine Idee: „Wie wäre es, wenn wir einen Videoclip drehen, genau wie Beyoncé?“ Das würde ihr gefallen und so machen wir uns einen Plan: Was wird für einen Videoclip benötigt? Sie kommt sofort mit allen möglichen Ideen: Musik, ein Szenario, Make-up, Locken, High Heels, ein schönes Kleid, eine Kamera ...

Aber worum soll es in dem Clip gehen? Ich helfe ihr ein wenig: „Könnte es um deinen Traum gehen, wie du später mal leben möchtest? Wovon träumst du?“

Daniela weiß sofort die Antwort: „Ich träume von einer Villa mit Pool!“

„Okay“, sage ich, „such' dir ein Bild von einer schönen Villa im Internet aus und drucke es groß aus, wir hängen es dann auf.“

Sie träumt auch davon, später selbst ein Auto haben, einem Mini Cooper. Ich habe so einen immer noch als Spielzeug zu Hause, den ich ihr mitbringe. Sie hätte auch gerne einen richtigen Hund. Sie hat bereits einen großen Kuschelhund in ihrem Zimmer im Rehaszentrum. Ihr kommen jetzt immer mehr Ideen.

Seitdem sind einige Wochen vergangen. Ich sehe mit einem Male ein anderes Mädchen vor mir. Daniela ist auf Diät und es tut ihr gut. Sie wird immer enthusiastischer. Sie hat sich die Lockenstäbe ihrer Schwester geliehen und in einer Sitzung machten wir ihr zusammen eine Lockenfrisur. Sie hielten zwar nicht lange, aber dafür waren sie schön! Wir machten auch eine Schminksitzung. Mit der Physiotherapeutin übte sie das Gehen auf hohen Absätzen. Plötzlich funktionierte das Gehen viel besser, ohne dass sich Krämpfe einstellten!

Der Tag der Videoaufnahme rückte näher. Inzwischen hatte sie sich auch mit Musik beschäftigt. Ich dachte, sie wollte einen Beyoncé-Song, aber was wählte sie stattdessen? Ein Stück von Nick und Simon. Hatte ich bis dahin noch nie von gehört. Aber es war ein sehr schönes Lied – wie für sie gemacht.

*Nick und Simon – „Blick nach oben“
 Nach einem tiefen Fall
 kämpfst du dich hoch, aus dem Tal
 Schaust auf die Zeit, die kommen wird
 Wie füllst Du sie aus?
 Du weißt noch nicht.
 Nicht alles ist wie gemalt,
 doch es wird besser bald.
 Und dein Kopf voller Sorgen
 hat über deinen Körper Macht
 Doch ein neuer Morgen
 folgt selbst der längsten Nacht.*

Es wurde ein schöner Videoclip. Wir haben ihn draußen im Garten aufgenommen. Das Bild der Villa hing dort, das kleine Auto war da, der Hund lag in seinem Loft und Daniela ging auf ihren hohen Absätzen zur Musik durch das Gras. Sie war sehr stolz darauf und hat den Clip allen gezeigt. Das hat ihr ein Stück Selbstvertrauen zurückgegeben.

Jetzt wurde sie aus der Klinik entlassen und lebt wieder zu Hause. Sie verließ ihre alte Schule und nahm wieder den Unterricht an einer Sonderschule auf. Als wir uns verabschiedeten, bekam ich ein Bild von ihr. Ich habe es auf die DVD mit dem Clip geklebt. „Danke für alles“, sagte sie und ich dachte, das ist sehr viel für eine 14-Jährige.

Das bedeutungsvolle Betätigen ist es, worum es in dieser Geschichte geht.

Hinweis

Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patienten, ihren Angehörigen und Freunden, z. T. auch bei weiteren Personen, die z. B. in die Behandlung von Patienten eingebunden sind.

7 Der Klient

Mieke le Granse, Chris Kuiper

„Sprich mit dem Menschen über die Kraft,
die bereits in ihm wohnt.“

Vivekananda (1863–1902)

Keywords

- klientenzentrierte Versorgung
- Kundenorientierung
- Kundenfreundlichkeit/Präsentation
- Autonomie
- Partizipation
- Zusammenarbeit
- Versorgung im Dialog
- Ermöglichung (Enablement)
- Empowerment
- Diversität
- Eigenregie
- partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making)

Anna

Die 89-jährige Anna lebt mit ihrem Papagei Haddock in einem an die Bedürfnisse von Senioren angepassten Wohnkomplex, dem auch ein Behandlungszentrum angegliedert ist. Ihre Wohnung wurde gemeinsam mit einem Ergotherapeuten so eingerichtet, dass keine Stolperfallen entstanden und sich die wichtigsten Gebrauchsgegenstände möglichst in Reichweite befinden. Anna hat zudem trotz ihrer rheumatoiden Arthritis gelernt, mit einem Minimum an Kraftaufwand das Maximale aus ihrem Tag herauszuholen. Die Wohnsituation ermöglicht es ihr, ihr eigenes Leben zu leben, die Zubettgeh- und Aufstehzeiten selbst zu wählen, ihre Aktivitäten selbst zu bestimmen, den Zeitpunkt ihrer Mahlzeiten zu überlegen, sich entweder selbst darum zu kümmern oder sie in Gesellschaft anderer im Restaurant des Wohnkomplexes einzunehmen und auch zu überlegen, ob sie an den verschiedenen Aktivitäten teilnehmen möchte.

Wenn Anna Hilfe benötigt, kann sie sie schnell herbeirufen. Ein Sensor übermittelt direkt Informationen an die Zentrale des Komplexes, falls in der Nacht Hilfe benötigt wird.

7.1 Einleitung

In diesem Kapitel geht es um den Klienten als Kernelement in der Ergotherapie. Zunächst wenden wir uns der Frage zu: Wer ist der Klient eigentlich? Gemäß dem Berufsprofil wird der Klient auf drei Ebenen typisiert: als Individuum, als Organisation und als Population.

Im Anschluss gehen wir auf den Kontext ein, auf die veränderte Rolle des Klienten und auch des Ergotherapeuten innerhalb der klientenzentrierten Versorgung, gefolgt von den drei Formen der dialoggeleiteten Versorgung: klientenzentriert, kundenorientiert und klientenfreundlich.

Die Konzepte Autonomie, Partizipation, partizipative Entscheidungsfindung, Empowerment und Befähigung, die im Austausch zwischen Klient und Ergotherapeut eine wichtige Rolle spielen, werden ebenfalls beschrieben und schaffen den Übergang zu Kap. 8, Der Ergotherapeut, in dem dann geschildert wird, wie sich der Ergotherapeut gemeinsam mit dem Klienten auf die Befähigung zum Betätigen einstellt (enabling occupation).

7.2 Wer ist eigentlich der Klient?

Der Klient ist eine Person beliebigen Alters. Es kann sich aber auch um eine Organisation oder um eine Population mit einer (aufkommenden) Betätigungsfrage auf dem Gebiet der Alltagsaktivitäten und/oder der Partizipation handeln (occupational issue/occupational need), die einer ergotherapeutischen Intervention bedarf (Hartingsveldt et al. 2010).

Der Klient kann also sowohl eine Einzelperson als auch eine Gruppe oder gar eine Population sein. Nicht jeder nutzt in jeder Situation den Begriff Klient. So spricht man in einer Gruppe jüngerer Personen mit Behinderung, die zur Schule gehen, eher von Lehrlingen oder Studierenden und in einem Krankenhaus eher von Patienten, in einem Arbeitsrehabilitationszentrum heißt es dann Mitarbeiter und in einer Pflege- oder Versorgungsumgebung Bewohner.

Die meisten Ergotherapeuten arbeiten mit Einzelpersonen zusammen, doch geht der Trend dahin, auch mehr für Organisationen und Populationen tätig zu sein (Kap. 22; Christiansen et al. 2015). Der Klient nimmt bei der Zusammenarbeit eine aktive Rolle ein, d. h. er ist aktiver Teilnehmer am Interventionsprozess. Er entscheidet, welche Betätigungen und Aktivitäten für ihn wichtig sind, und bestimmt innerhalb der jeweiligen Grenzen und Möglichkeiten das Ausmaß seiner Mitarbeit in der Gemeinschaft. Ravelli et al. (2009) betonen die Bedeutung der Erfahrung einer erfolgreichen Zusammenarbeit. Derartige Erfahrungen seien wertvoll, bedeutungsvoll und in der Lebensgeschichte des Klienten einmalig, sodass sie

auch zur Persönlichkeitsbildung beitragen. Unter diesem Aspekt ist es der Klient, der entscheidet, welche Lösung für ihn die beste ist. Zunehmend häufig werden die Patient Reported Outcome Measures (PROM) eingesetzt, bei denen es sich um validierte, einfache Fragebogen für den Klienten zur „pflegeinhalten Qualität“ handelt. Die Wahrnehmung des Klienten über das erreichte Behandlungsergebnis steht dabei im Vordergrund. Wenn der Klient selbst nicht in der Lage ist, seine Wünsche auszudrücken, versucht der Ergotherapeut weitere Informationen aus der direkten Umwelt des Klienten zu gewinnen (von Personen, die ausreichend über die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten informiert sind).

Der Klient bringt sein Wissen, seine Erfahrungen, seine Hoffnungen und seine Träume in die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten mit ein. Er ist „erfahrungskundig“ und erwartet zurecht, dass seine Erfahrungen von dem Ergotherapeuten erkannt und respektiert werden. Er möchte als vollständiger Mensch angesehen werden und als gleichwertiger Partner in der Zusammenarbeit mitwirken.

Um in dem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess der Stimme des Klienten Gehör zu verschaffen, sollte man eruieren, über welche Kenntnisse er verfügt und wie man Zugang zu diesem Wissen erlangt. In der Literatur werden verschiedene Wissensquellen des Klienten aufgeführt. Neben dem propositionalen Wissen unterscheidet man noch das Wissen, das aus seiner „Patienten- bzw. Klientenkarriere“ stammt, und das persönliche Wissen (Kuiper et al. 2016). Diese verschiedenen Wissensformen tragen auch zu der Entscheidung darüber bei, ob und wenn ja welche ergotherapeutische Intervention zur Anwendung kommt.

Nachfolgend werden die verschiedenen Wissensformen des Klienten im Einzelnen beschrieben. Natürlich gelten diese Formen auch für die Anwendungen in Gruppen oder Populationen.

Das propositionale Wissen basiert auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen. Dieses Wissen ist per definitionem geprüft und veröffentlicht. Jeder Klient hat Zugang zu solcherlei Wissen, denn mit dem Internet und den vielen Patientenvereinigungen und Selbsthilfegruppen stehen reichhaltige Informationen über Diagnose, Prognosen, auftretende Schwierigkeiten, neueste Entwicklungen und mögliche Lösungsansätze zur Verfügung (Kool u. Bramsen 2016). Hierzu gehören auch Entscheidungshilfen und Leitlinien (oder die entsprechenden Klientenversionen). Entscheidungshilfen wurden entwickelt, um Menschen bei der Entscheidung für die Wahl der am besten geeigneten evidenzbasierten Interventionsform, Versorgung oder Beratung in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten zu helfen (Weijden et al. 2012, Stacey et al. 2011). Der Klient kann sich die Informationen zu Hause für sich und ohne professionelle Begleitung als Vorbereitung auf ein Gespräch mit dem Therapeuten oder auch erst im Anschluss an eine Entscheidung ansehen, um sie noch einmal gut zu durchdenken und sich die

möglichen Konsequenzen in Ruhe zu überlegen (Groen et al. 2016). Dies gilt auch für die direkten Bezugspersonen des Klienten (z. B. www.nakos.de, www.selbsthilfenetz.de, www.ivpnetworks.de, www.patientenberatung.de, www.selbsthilfe.at, www.netdoktor.at/selbsthilfegruppen, www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de.html, www.selbsthilfecenter.ch).

In Deutschland werden medizinische Leitlinien in erster Linie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, <http://www.awmf.org/leitlinien.html>), von der ärztlichen Selbstverwaltung und von Berufsverbänden entwickelt und verbreitet. Eine Leitlinie, die in diese Register aufgenommen wird, erfüllt eine Reihe strenger Auswahlkriterien. Alle Beteiligten (einschließlich der Versicherer) sind an ihrer Entwicklung beteiligt. Mitunter existieren auch Versionen für Klienten (Steultjens et al. 2016).

Das Wissen aus der Klientenkarriere ist Erfahrungswissen (Kool u. Bramsen 2016). Durch den Einfluss einer Erkrankung auf sein Leben und durch das, was ein Klient unternimmt oder nicht unternimmt, um mit der Krankheit (oder ihren Folgen) oder mit der Betätigungsfrage leben zu lernen, erlangt er während dieser „Karriere“ ein umfangreiches Erfahrungswissen über das Leben mit der Krankheit, den Umgang mit der medizinischen Versorgung und die darüber hinausgehenden Hilfen (Pool 2001).

Zu dem persönlichen Wissen gehören die eigene Lebenserfahrung und die persönlichen Überzeugungen, Werte und Normen, die jeder Klient in den Kontakt mit dem Ergotherapeuten mit einbringt.

7.2.1 Das Individuum als Klient

Karl Sief

Der 74-jährige Karl Sief ist von Beruf Bauer, jedoch seit seinem 65. Lebensjahr pensioniert. Wegen schwerer Herzprobleme wird er in ein Krankenhaus gebracht, wo man ihm einen doppelten Bypass legt. Nach fünf Tagen erhält er eine Überweisung zur Ergotherapie, wo er bis zu seiner Entlassung unterstützt werden soll. Herr Sief liegt in seinem Bett, als die Ergotherapeutin das Krankenzimmer betritt. Sie beginnt ein Gespräch und erkundigt sich nach der häuslichen Versorgungssituation, nach seinen Wünschen, danach, was ihm im Leben wichtig ist, und erstellt so eine Liste von Sorgen, die Karl Sief mit Blick auf seine Rückkehr nach Hause umtreiben. Bei ihrem Besuch am Folgetag bittet sie ihn, aus dem Bett aufzustehen, was ihm trotz seiner Schmerzen am Sternum gut gelingt. Allerdings macht sie sich Sorgen über seine Aussage, wonach er befürchtet, dass für ihn alles vorbei ist und er zu nichts mehr in der Lage ist. Das einzige Ziel, das ihn noch bleibt, ist es, niemandem zur Last zu fallen (occupational issue/need), vor allem nicht seiner Frau und seinen Kindern.

Laut Berufsprofil Ergotherapeut (Hartingsveldt et al. 2010) gilt der individuelle Klient als Person innerhalb eines Systems, wobei dieses System z. B. aus der Familie, der Pflegeperson, dem Lehrkörper, dem Arbeitgeber und wichtigen anderen Personen aus der Umwelt der Person bestehen kann. Der Klient kann ein Neugeborenes sein, ein Kind, ein Jugendlicher, ein Erwachsener oder ein älterer Mensch, und alle haben ihre eigenen Betätigungsbedürfnisse bzw. -fragen.

Bastian

Der 20-jährige Bastian litt zunehmend unter Stimmen, die es ihm unmöglich machten, seinen Vater bei der Arbeit auf dem elterlichen Hof zu unterstützen. Er liebte Tiere und sein Wunsch war es, sie zu versorgen und mit ihnen zusammen zu sein. Dieser Wunsch ließ sich erfüllen und Bastian wirkt jetzt unter Begleitung bei der Versorgung der Tiere eines nah gelegenen Kinderbauernhofs mit, was er sehr genießt. Sein Leben hat wieder einen Sinn bekommen und er hat das Gefühl, wieder zur Gemeinschaft zu gehören.

Samira

Die 44-jährige Samira wohnt seit ihrem 18. Lebensjahr in einer Unterkunft für Autisten. Ihre türkische Familie sieht sie nur selten, mit Ausnahme der Mutter, die sie regelmäßig besucht. Samira träumt davon, ihre eigenen Kleider entwerfen zu können. Sie mag Handarbeiten und ist im Umgang mit Nadel und Faden recht geschickt. Der Ergotherapeut unterstützt ihren Wunsch und vermittelt sie an ein Institut, wo sie in kleinen Gruppen und in einer sicheren Umwelt mit Nadeln arbeiten kann. Über ihren ersten Entwurf eines selbst genähten Kleides ist Samira ausgesprochen stolz. Sie zeigt ihn sogleich ihrer Mutter, die völlig überrascht davon ist, was ihre Tochter zuwege gebracht hat und dass sie dabei offenbar so viel Vergnügen hatte!

Das System, von dem der Klient ein Teil ist, spielt eine wichtige Rolle. Es können etwa Eltern sein, deren Kind schulische Schwierigkeiten hat, die Frau eines Alzheimer-Klienten, die erwachsenen Kinder einer schwer depressiven Frau, die Mitarbeiter eines Pflegeheims, die einen Klienten mit komplexen neurologischen Störungen bei der Äußerung seiner Bedürfnisse unterstützen wollen, die Nachbarin als Pflegekraft usw. Heute verlangt die Vielfalt in der Versorgung – mit Klienten und Kollegen mit verschiedenen Hintergründen, unterschiedlichem Alter und Lebensstilen – nach einer professionellen Haltung und einem entsprechenden Verhalten, wie etwa der besonderen Aufmerksamkeit für die Kommunikation mit dem Klienten und seinem System (Kuckert u. Stomph 2011).

7.2.2 Die Organisation als Klient

Die „Woongenot“

Bei der „Woongenot“ handelt es sich um eine Wohnungsbaukooperative im Süden der Niederlande. In der Verwaltung der Zentrale arbeiten 17 Mitarbeiter, die sowohl für die Kundenkontakte an der Anmeldung (z. B. telefonische Entgegennahme von Störungsmeldungen, Fragen zur Vermietung und Mietbeihilfen) als auch für die Pflege der umfangreichen Dossiers zuständig sind. Nach Auffassung des Vorstandes der Gesellschaft sind die Fehlzeiten in diesem Bereich des Unternehmens zu hoch. Dadurch sei die Arbeitsbelastung für die anwesenden Mitarbeiter (zu) hoch und die Produktivität relativ gering (occupational issue/need). Auf Anraten des Betriebsarztes wird ein Ergotherapeut zur Beratung eingeladen.

Als Organisation bezeichnet man eine von ihren Mitgliedern bewusst gewählten Verbund zum Zwecke der Zusammenarbeit natürlicher Personen oder Rechtspersonen, um bestimmte Ziele zu erreichen. Unter diese Definition fallen Betriebe, Vereine, Bünde, Clubs, Genossenschaften, Behörden, Stiftungen usw. Organisationen als Klienten können etwa Schwierigkeiten auf dem Gebiet des Betätigens und/oder der Partizipation haben und aus diesem Grunde einer Ergotherapie bedürfen. Man denke etwa an einen Arbeitgeber, der für die Schaffung geeigneter Arbeitsbedingungen verantwortlich ist und einen Arbeitnehmer mit einer Behinderung einstellen möchte, oder an eine Gemeinde, die für die Bereitstellung von Wohn- und Transportmöglichkeiten für Rollstuhlfahrer zuständig ist, aber das notwendige Know-how nicht im Haus hat.

Bei einer Organisation sind natürlich verschiedene Personen an der Zusammenarbeit beteiligt. Dabei kann es vorkommen, dass der Auftraggeber (z. B. ein Vorgesetzter) andere Schwerpunkte setzt als die anderen Beteiligten (im Beispiel die 17 Büromitarbeiter). Bei der Arbeit mit einer Organisation gibt es gewöhnlich eine inhaltliche Seite (die Suche nach der Lösung einer Betätigungsfrage), eine prozesshafte (Einteilung in Phasen) und eine beziehungsmäßige (von welcher Seite lässt sich die Zusammenarbeit mit den Beteiligten am besten angehen, damit die Lösung der Betätigungsfrage auch akzeptabel und umsetzbar ist?; Heijmans et al. 2007).

7.2.3 Die Population als Klient

Gesund und aktiv älter werden

In einem Bürgerzentrum in Rotterdam kam aus der Mitte der Bürgervereinigung die Frage nach anspruchsvollen Kursangeboten für ältere Personen im Viertel auf. Nach einer eingehenden Analyse der dortigen Bevölkerungszusammensetzung und dem Blick auf verschiedene Subgruppen wurde z. B. für eine dieser Untergruppen das Thema „Gesund und aktiv älter werden“ angeboten.

Bei diesem Kurs handelt es sich um eine Intervention, die sich dem selbstständigen Wohnen älterer Menschen widmet, die sich in der Übergangsphase befinden und selbst merken, dass sie an einem Wendepunkt ihres Lebens stehen. Ein solcher Übergang ist an kein bestimmtes Lebensalter gebunden. Ältere Menschen befinden sich aufgrund ihres Älterwerdens, den Verlust des Lebenspartners oder von Freunden, dem nachlassenden Gedächtnis usw. in einem solchen Abschnitt. Der Übergang zum Älterwerden lässt Menschen über die Beibehaltung oder die Abkehr von alten Gewohnheiten, Fertigkeiten und Betätigungen nachdenken und bringt Fragen zum Umgang mit Verlusten und zur Neuorientierung auf.

In dem Kurs erlernen Ältere neue Fertigkeiten, knüpfen neue Kontakte und nutzen mitunter andere Copingstrategien als zuvor. Dies kann neue Möglichkeiten eröffnen und gewinnbringend sein, auch im Alter (Heijmans et al. 2011).

Die Stiftung „Onbenuttekwaliteiten“ in Rotterdam

Die „Onbenuttekwaliteiten“ kann man am ehesten als „ungenutzte Qualitäten“ oder als „freie Ressourcen“ verstehen. Aus einer psychiatrischen Abteilung kam die Bitte nach einem besseren Einblick in die Bedeutung der freiwilligen Tätigkeit für psychisch kranke Menschen und die Möglichkeiten zur Schaffung von Arbeitspartizipationen. In dieser Personengruppe scheint es relativ wenige ehrenamtliche Mitarbeiter zu geben. Der wichtigste Hinderungsgrund dabei ist wohl die Schaffung bzw. das Finden einer geeigneten Arbeit in einer geschützten Umwelt unter professioneller Begleitung. Die neue Gesetzgebung in den Niederlanden sieht vor, dass nur eine Person, die „krank genug“ ist, innerhalb einer Hilfsorganisation ehrenamtlich tätig sein kann, was ein Hindernis ist. Denn ein bestimmter Klientenkreis scheint so zwischen alle Stühle zu geraten.

Der Ergotherapeut hat die betreffende Abteilung zu einem Wissensaustausch zwischen der Freiwilligenarbeit und der Stiftung angeregt und eine bessere Zusammenarbeit mit diesen gesucht.

Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

In den Niederlanden wird die medizinische Versorgung von Flüchtlingen seit dem 1.1.2009 vom Krankenversicherer Menzis organisiert. Darin sind Fragen zum zentralen Einkauf von Versorgungsgütern und zur Vertragserstellung, zu Vollmachten, Spesen, Versicherungen und finanziellen Aspekten geregelt. Flüchtlinge, die im zentralen Auffanglager bleiben (Centraal Orgaan opvang Asielzoekers, COA) können dann wie jeder Niederländer einen Hausarzt, eine Hebamme, einen Kinderarzt oder ein Krankenhaus aufsuchen. Die COA ist dafür verantwortlich, Flüchtlingen den Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. Alle Personen, die mit der Versorgung von Flüchtlingen befasst sind, müssen sich besonders der sprachlichen und kulturellen Unterschiede, der Lebenssituation, der Asylverfahren und vor allem der Versorgungsbedürfnisse der Asylsuchenden bewusst sein.

Der Anspruch auf eine Erstattung der medizinischen Kosten ist für Flüchtlinge in der Regelung Zorg Asielzoekers (RZA) festgelegt. Diese vergütet auch eine bestimmte Zahl an Ergotherapie-, Physiotherapie und Übungstherapie Terminen nach Cesar und Mensendieck. Auch Ernährungsberatung, Logopädie und podologische Behandlungen werden in einem gewissen Rahmen gewährt. Alle nebenmedizinischen Leistungen bedürfen der Überweisung durch den Hausarzt. Auch die Bereitstellung medizinischer Hilfsmittel ist gewährleistet.

Eine Population ist eine Gruppe oder eine bestimmte Zahl von Menschen, die in einem bestimmten Gebiet lebt oder sich durch gleichartige Merkmale definiert (z. B. Beruf oder Alter). Manchmal geht es um die gesamte Bevölkerung, manchmal um Untergruppen wie z. B. Langzeitarbeitslose, gebrechliche Ältere oder Kinder mit chronischen Erkrankungen, doch können mit Population auch die Einwohner eines bestimmten Viertels gemeint sein.

Ein Bericht zur gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsentwicklung aus dem Jahre 2010 (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010) nutzte ein Modell zum besseren Verständnis von „Population“. Dieses unterschied zwischen den Risikofaktoren von Gesundheit und vier Indikatorentypen von Gesundheit. Ein Risikofaktor steht in einem Kausalzusammenhang mit der Entstehung oder dem Verlauf einer Erkrankung. In der Primärprävention, d. h. der Verhinderung einer Erkrankung, und der Sekundär- (oder Tertiär-)Prävention, also der Verhinderung von Erkrankungsfolgen, geht es um solche Risikofaktoren. Diese Faktoren können interner oder externer Natur sein. Interne Risikofaktoren sind demnach genetische und biologische Faktoren wie etwa Hypertonie. Bestimmte chronische Erkrankungen können ihrerseits wiederum Risikofaktoren für andere Erkrankungen sein. Externe Risikofaktoren sind z. B. der sozioökonomische Status, familiäre

Faktoren, Ernährungsweise, Umweltfaktoren (Umweltverschmutzung und Lärmbelästigung), Verkehrsverhältnisse und Sicherheit, soziale Unterstützung, Copingstrategien, der Lebenslauf und (medizinische) Behandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus können auch (noch) unbekannte Risikofaktoren einer Erkrankung zugrunde liegen.

Mit folgenden vier Faktoren lässt sich der Gesundheitszustand einer Population erfassen:

- Erkrankung
- Funktionsniveau und Lebensqualität
- Mortalität
- Gesundheit und Lebenserwartung.

Die letzten drei Punkte sind die Folge von Krankheiten und Störungen. Solcherlei Folgen können verhaltensmäßige, funktionelle, kognitive, soziale, emotionale und finanzielle Auswirkungen haben. Das gilt sowohl für Kinder als auch für deren Eltern, die Familie und die Gemeinschaft und das Betätigten. Für Interventionen auf der Populationsebene sind Einblicke in deren Besonderheiten und in die Betätigungsbedürfnisse (occupational needs) erforderlich.

Die Seite www.destatis.de/ des Bundesamtes für Statistik und auch das Robert-Koch-Institut (www.rki.de) bieten vielfältige Statistiken und eignen sich sehr gut als Informationsquelle über die Bevölkerung auf verschiedenen gesellschaftlichen und gesundheitlichen Ebenen und halten vielfältige Informationen bereit. Auch die englischsprachige Seite www.gapminder.org ermöglicht mit ihrer Software den Vergleich zwischen zahlreichen Kennzahlen von Ländern, wie etwa die Lebenserwartung, das Pro-Kopf-Einkommen, die durchschnittliche Anzahl an Ärzten oder die jährliche Exportrate.

Einen Einblick in verschiedene (Diagnose-)Gruppen können epidemiologische Arbeiten bieten. Die Kernbegriffe in diesem Zusammenhang sind dann Beschreibungen/Definitionen der Population, die Prävalenz, die Inzidenz und der Trend. Die Prävalenz einer Erkrankung beschreibt, welcher Anteil der Menschen einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit erkrankt ist oder einen Risikofaktor aufweist. Die Inzidenz gibt die Häufigkeit von Neuerkrankungen an einer Krankheit innerhalb eines definierten Zeitraums an (z.B. ein Jahr). Es ist also der Teil einer Population, bei dem die Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum zum ersten Mal auftritt.

Ein Ergotherapeut überträgt oft die Informationen über die Population in einer (drohende) Betätigungsfrage (occupational issue/occupational need), wie etwa die Rückbesinnung auf alte Gewohnheiten oder die Abkehr von solchen, um zu einer neuen Form von Betätigungen zu kommen (s. Kasten in Kap. 7.2.3., „Gesund und aktiv älter werden“).

7.3 Kontext

Seit den 1980er-Jahren wird vom kanadischen Ergotherapieverband die dialoggeleitete Versorgung wissenschaftlich und durch Publikationen vorangetrieben. Der Grundgedanke dabei ist die Vorstellung, dass sowohl der Klient als auch der Therapeut einen wichtigen Beitrag zur Intervention leisten und dass eine solche umso effektiver ist, je besser diese Beiträge miteinander kombiniert werden. Unter Effektivität versteht man hier, dass die Menschen in die Lage versetzt werden, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese auch verbessern können. In diesem Abschnitt geht es um einige Entwicklungen, welche die Anwendung der dialoggeleiteten Versorgung erleichtern sollen.

7.3.1 Die Menschenrechte

Grundlage dieses Themas ist die Anerkennung der angeborenen Würde des Menschen und der gleichen und unveräußerlichen Rechte aller Menschen, welche die Basis für Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden auf der Welt sind.

Dies steht auch in der Präambel der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, die in der Vollversammlung der Vereinten Nationen (A/RES/217, 10.12.1948) angenommen wurde und die Grundrechte der Menschen in Worte kleidete.

Am 25.8.2006 wurde der Entwurfstext für eine „Allgemeine Erklärung der Rechte von Menschen mit Behinderung“ angenommen. Der Text der Vereinten Nationen fügt den bestehenden Rechten eine Erweiterung für Personen mit einer Behinderung hinzu. Weiterhin wird die Verpflichtung der Unterzeichnerstaaten erwähnt, alle geeigneten Maßnahmen zur Gewährleistung einer vernünftigen Umsetzung dieser Erweiterung durchzuführen. Die Unterzeichnerstaaten passen ihre eigenen Gesetze an und ergreifen Maßnahmen zur Verbesserung der Rechte von Menschen mit Behinderung. Der Gedanke hinter diesem Vertrag ist, dass das medizinische Denken über Behinderungen und die Wohltätigkeit durch gleiche Rechte und Freiheiten ersetzt werden. Ein schönes Beispiel dafür, was dies in der täglichen Praxis bedeutet, ist das Manifest zur Freiheit, Gleichheit und Menschlichkeit der „Wij-Staan-Op“-Bewegung in den Niederlanden, die von zehn jungen Menschen mit Behinderung ins Leben gerufen wurde (www.wijstaanop.nl). Sie fordern darin alle Menschen auf, mit ihnen zusammen eine offene Gesellschaft aufzubauen.

7.3.2 Regierungspolitik

Der niederländische Staat ist mit großen Veränderungen des Gesundheitssystems vertraut. Die Regierungspolitik geht hinsichtlich des Gesundheitssystems in den kommenden Jahren von folgenden Annahmen aus:

- Gesundheit ist auch verhaltensabhängig.
- Die Menschen sind bereit und auch in der Lage, selbst Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.
- Das Gesundheitsverhalten ist u. a. durch finanzielle Anreize lenkbar.
- Krankheiten entbinden einen nicht automatisch von den Verpflichtungen des Alltags.
- Viele Versorgungsfragen sind durch frühere und aktivere Beobachtung des Verhaltens und der Umstände vermeidbar.
- Eine Unterscheidung nach Verhalten vergrößert die Bereitschaft der Gesellschaft zur Risikosolidarität.
- Durch Screenings und frühzeitige Interventionen lassen sich gesundheitliche Schäden verhindern.

Dies hat zur Folge, dass das Gesundheitssystem in den kommenden 10 Jahren einen großen Wandel erfahren wird, der sich in 5 Punkten zusammenfassen lässt:

- Ausrichtung der Versorgung auf Verhalten und Gesundheit. Die Konzentration der Ergotherapie auf das Betätigen (occupation based) gehört ebenso wie die Förderung des Selbstmanagements hierzu.
- Versorgungsorte häusliche Umwelt und Wohnviertel. Hier ist eine kontextbasierte Ergotherapie erforderlich, d. h. die Fragen werden in dem Kontext beantwortet, in dem sie auftreten. Die neuen Medien bieten hier vielfältige Möglichkeiten.
- Reichweite und Fokus erstrecken sich von der Monobis zur Multimorbidität.
- Expertise und Aktionen gleich zu Beginn der Hilfeleistung. In den Niederlanden ist die direkte Zugänglichkeit zur Ergotherapie ohne den hierzulande üblichen Umweg über den Hausarzt oder andere Einrichtungen eine Möglichkeit, die Expertise des Ergotherapeuten in der Versorgung an den Anfang zu stellen.
- Kontinuität vom Anfang bis zum Ende.

Die wichtigste Veränderung ist kultureller Natur, indem der Fokus zukünftig auf die Gesundheit und das Verhalten gerichtet sein wird. Diese Veränderung betrifft sowohl den Anbieter einer Versorgung, wie den Ergotherapeuten, als auch den Klienten. Sie machen sich gemeinsam dialoggeleitet an die Arbeit als Koproduzenten der Gesundheit. Das Konzept der „positiven Gesundheit“ kann dabei eine Rolle spielen. Hierzu hat Huber einiges publiziert, allerdings in englischer Sprache (Huber et al. 2011).

7.3.3 Verantwortlichkeiten

In diesem Abschnitt sollen die Verantwortlichkeiten verdeutlicht werden. Wie werden diese durch den Ergotherapeuten und den Klienten wahrgenommen, um ein effektives und zielorientiertes Behandlungsverhältnis zu erzeugen?

Verantwortlichkeiten des Klienten

Der RVZ (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving) unterscheidet drei Arten von Verantwortung aufseiten des Klienten (RVZ 2007a).

Allgemeine Umgangsformen

Der Klient beherzigt, wie alle anderen Bürger auch, die allgemeinen Umgangsformen. Er behandelt den Helfer mit Respekt, ohne Aggressionen und unangemessene Forderungen und erscheint pünktlich zu den vereinbarten Terminen.

Zahlungspflichten

Die Klienten achten darauf, ihren Zahlungsverpflichtungen nachzukommen. In den Niederlanden und auch in Deutschland muss sich jeder gegen die Krankheitskosten versichern und eventuelle Zuschüsse oder Eigenleistungen pünktlich bezahlen.

Mitarbeit bei der Intervention

Es kann von den Klienten erwartet werden, dass sie sich aktiv an einer Intervention beteiligen, was bedeutet, den Ergotherapeuten so gut wie möglich zu informieren und sich an den Überlegungen und Entscheidungen rund um eine Intervention zu beteiligen, Instruktionen und Empfehlungen zu befolgen und Hinweise zum Lebensstil zu beachten.

Verantwortlichkeiten des Ergotherapeuten

Die Hauptverantwortlichkeiten eines Ergotherapeuten sind im Berufsprofil (Hartingsveldt et al. 2010), im Berufscode (Leeuw et al. 2015) und in der Beschreibung der Berufskompetenzen (Verhoef et al. 2013) aufgeführt.

Die fachliche Autonomie gerät durch die Systemänderungen unter Druck, während gerade darauf das Vertrauen des Klienten in den Ergotherapeuten basiert. Vertrauen ist von großer Bedeutung aber auch kein Selbstverständnis, denn Vertrauen muss verdient werden. Ergotherapeuten sind dafür verantwortlich, durch Maßnahmen das Vertrauen in ihren Beruf zu erhalten, z. B. durch die Entwicklung von Leitlinien und Standards. Dann gilt es, darauf zu achten, dass diese auch eingehalten werden und die Aufsicht über die Qualität der Berufsausübung zu führen, die Leistungen verfügbar zu halten und die Zusammenarbeit zu fördern. Die Aufgabe der Behörden und anderer Parteien, wie Versicherer, soziale und medizinische Einrichtungen und Patientenorganisationen, ist es, das Vertrauen in die Ergotherapie zu bewahren und zu mehrern (RVZ 2007b).

7.4 Dialoggeleitete Versorgung

Die Kommunikation zwischen dem Klienten und den Professionals steht hier im Mittelpunkt. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Professionals untereinander kann an Qualität zunehmen, was u. a. bei Claassen(2015) zum Ausdruck kommt. In diesem Bericht beschreiben die Klienten die Kommunikation eher als Flaschenhals, durch den kaum etwas durchkommt, denn als Informationsaustausch in beide Richtungen. Die Klienten betonen die Bedeutung der Aufmerksamkeit für die jeweils andere Perspektive. In den vergangenen Jahren wurden viele Begriffe geprägt, mit denen die Rolle des Klienten stärker in den Vordergrund gerückt werden sollte, wie z. B. „klientenzentriert“ oder „klientenorientiert“ (Jukema 2011, Heijst 2005, Pool et al. 2003). Diese Annäherungen standen alle der angebotsorientierten Versorgung entgegen, bei der die dargebotene Hilfe von der Perspektive des Therapeuten und dem, was die Organisation anbietet bestimmt wird. Die fragenorientierte, klientenzentrierte oder besser dialoggeleitete Versorgung basiert auf Konzepten, welche zu Veränderungen in den Haltungen und Vorstellungen des Klienten aber auch des Therapeuten, der Gruppen, Organisationen und Populationen führen können. Diese Konzepte sind ständig in Bewegung und bedingen einander. Sie gelten nicht allein für die Ergotherapie, sondern kommen auch in anderen Berufsgruppen zur Anwendung und werden von der Ergotherapie dankbar aufgenommen und weiterentwickelt (Curtin et al. 2010).

Hammell (2013) kritisiert, dass die klientenzentrierte Versorgung nicht ausreichend mit den Klienten zusammen definiert und validiert wurde. Ebenso meint sie, dass die Wahrnehmung des Klienten bei der ergotherapeutischen Untersuchung viel zu wenig Berücksichtigung finden würde. Dasselbe gelte für die Entwicklung von Theorien und die Evaluation in Beruf und Praxis.

Auf der anderen Seite plädiert Hammell dafür, dass sich Ergotherapeuten bei ihren professionellen Beurteilungen nicht nur auf ihr Denken, das Abwägen von Argumenten und Evidenzen verlassen, sondern auch den ideologischen und strukturellen Kontext beurteilen mögen, in dem diese Evidenzen entstanden sind. Ein Beispiel dafür ist die Art und Weise, mit der man Behinderungen betrachtet: Handelt es sich dabei um die Ursache für eine eingeschränkte soziale Partizipation oder ist diese Beeinträchtigung die Folge von Armut, Politik, Diskriminierung, architektonischen Unzulänglichkeiten usw.? Welche Position nimmt die Ergotherapie ein und worauf basiert die ergotherapeutische Untersuchung? Der Autor fordert Ergotherapeuten zum kritischen Denken auf, zum Fragen stellen und zur Konfrontation mit den herrschenden Dogmen, statt von vornherein zu akzeptieren, was die „Mächtigen“ sagen (Hammell 2015).

Mroz et al. (2015) betonen ebenfalls die Bedeutung des Klientenanteils für die Entwicklung von Behandlungen, Praxis, Unterricht und Untersuchung. Für sie ist dies eine große Herausforderung und Aufgabe der Ergotherapie, das klientenzentrierte Arbeiten zu fördern, und zwar auf der Ebene des Individuums, der Organisationen und der Populationen sowie in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Sie weisen zudem auf die Bedeutung der Ausbildung hin, in der die Studierenden von Beginn an lernen sollen, bei allen Aktivitäten und Formen der Zusammenarbeit stets die Perspektive des Klienten in den Mittelpunkt zu stellen.

Aufgrund eigener Untersuchungen spricht sich Kuiper (2007) für die Dialogsteuerung aus: Partnerschaft in Offenheit, Wechselseitigkeit und Abstimmung sowie die Möglichkeit, die nötige Distanz zu halten und dadurch kritisch zu bleiben. Besser ist es, wenn nicht die Frage, sondern der Dialog die Behandlung leitet. Im ersten Fall verkennt die Fachkenntnis den einzelnen Therapeuten und die Not vieler Menschen, die als Klienten (notgedrungen) einen Gesundheitsdienst in Anspruch nehmen müssen. Der Klient hat nicht viel von einem Experten, der keine Widerworte gibt, seine Vorstellungen nicht verdeutlicht und eine Haltung von „Ihr Wunsch ist uns Befehl“ einnimmt (Tonkens 2003).

Es läuft kurzum darauf hinaus, mit dem Gegenüber ins Gespräch zu kommen und zu bleiben und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Wenn man ein Gleichgewicht zwischen den drei Aspekten der dialoggeleiteten Versorgung findet, geht es nicht mehr um den Therapeuten, den Klienten oder den abstrakten „Kunden“, sondern um den Klienten, den Therapeuten und den Kunden als Person, und zwar ein jeder in seiner eigenen Wirklichkeit und im eigenen Kontext.

In diesem Kapitel unterscheiden wir drei Formen der dialoggeleiteten Versorgung, die zum Berufsprofil des Ergotherapeuten gehören:

- die klientenzentrierte Versorgung (Kap. 7.4.1)
- die kundenzentrierte Versorgung (Kap. 7.4.2)
- die klientenfreundliche Versorgung (Kap. 7.4.3).

Anschließend wird auf den gemeinschaftlichen Entscheidungsprozess eingegangen (Kap. 7.4.4).

Durch die Dialogsteuerung hat die Ergotherapie in den vergangenen Jahren das Wesen ihres Berufes (die Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut, um die Ziele des Klienten zu erreichen) in diesem Spannungsfeld aufrechterhalten können (Sumsion 2006).

Doch die klientenzentrierte Versorgung schafft immer neue Herausforderungen:

- die evidenzbasierte Rechtfertigung einer Intervention
- den Nachweis, dass die Beratungen ihr Geld wert sind; ein angemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis in den Situationen, in denen der Klient Kunde ist

- die Reduzierung komplexer Interventionen und Behandlungsreihen auf einfache, protokollartige durchzuführende Interventionen, die auch von anderen (preiswerteren) Berufsgruppen oder Pflegepersonen der Klienten durchgeführt werden können (RVZ 2010b)
- das Gleichgewicht zwischen der professionellen Distanz und der persönlichen Betroffenheit.

7.4.1 Klientenzentrierte Versorgung

Die Partnerschaft verlangt von dem Therapeuten, dass er zusammen mit dem Klienten als Kunden zu einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung kommt und auf diese in angemessener Weise reagiert. Der Ergotherapeut reflektiert während des gesamten Interventionsprozesses die Rolle des Klienten und seine eigene und bleibt dabei stets auf den Klienten als zentrale Figur gerichtet.

Bei der klientenzentrierten Versorgung besteht die Aufgabe des Ergotherapeuten darin, zu gewährleisten, dass der „Plan“ des Klienten Konturen annimmt und mit den eigenen Plänen für den Klienten in Übereinstimmung gebracht wird. Bei den Interaktionen zwischen Therapeut und Klient wechseln die Perspektiven, wodurch sich die Erfahrungen von beiden verbinden. Die Kunst besteht darin, diese unterschiedlichen Wissensquellen zueinander zu bringen und auf ihrer Basis die Entscheidungsfindung zu betreiben. Das klingt sehr technisch, doch eigentlich geht es nur um die Beziehungspflege (Gage 2006). In diesem Fall ist der Kunde nicht mehr „König“, sondern Partner und der Therapeut kein „Diener“, sondern Mitstreiter.

Die Gleichberechtigung wird nicht durch die finanzielle Unabhängigkeit des Klienten erzwungen, sondern durch das Empowerment des Klienten und durch aufrichtiges Interesse und eine lernende Haltung des Ergotherapeuten (Kap. 7.5; Sumsion 2006).

Die in Kap. 7.2 verwendete Einteilung in Klient (Kind, Erwachsener, älterer Mensch), Organisation oder Population als Zielgruppen einer Ergotherapie spiegelt sich natürlich auch in der klientenzentrierten Sichtweise wider:

- auf eine Person gerichtete klientenzentrierte Behandlung
- Betrachtung einer gesamten Organisation zum Zwecke einer klientenzentrierten Behandlung, zu der man als Ergotherapeut einen Beitrag leistet
- die auf die Menschen gerichtete Kultur einer Population.

Die auf eine Person bezogene Sicht legt den Fokus auf das Individuum, seine Familie, das System oder auf den Klienten mit seinen Pflegepersonen (Graff et al. 2006).

Im Maasland-Krankenhaus im südl limburgischen Sittard steht bei der Versorgung der Dialog zwischen den Menschen im Mittelpunkt – der Klient als Mensch und als Gast. Die ganze Versorgung ist dort so aufgebaut, dass der Klient das Zentrum aller Aktivitäten ist. Er ist der Ausgangs- und der Endpunkt des Betätigens aller Profes-

sionals. Das Krankenhaus hat gemeinsam mit Wissenschaftlern der Zuyd Hogeschool die „klientenzentrierte Intervention“ entworfen.

Organisationen aus dem Gesundheitswesen wollen natürlich eine auf den Menschen gerichtete Versorgung bieten, doch scheint die Umsetzung schwierig zu sein. Im Alltag stehen dann trotz aller guten Vorsätze oft die Krankheit, die Behinderung, die Behandlung oder das Geld im Vordergrund und nicht der Mensch. Für die Umsetzung einer strukturell auf den Menschen ausgerichteten Therapie sind sowohl die Stärkung des Guten als auch die Förderung des Neuen erforderlich. Hierbei sei auf die Gefahr der Simplifizierung hingewiesen, wie sie vielfach in „Bahnhofs-literatur“ zum Thema des erfolgreichen Selbstmanagements anzutreffen ist. In soundso viel Schritten kommt man dabei zu einer menschenwürdigen Organisation des Gesundheitswesens, wie etwa in dem in den Niederlanden populären „Planetree“ (in Deutschland planetree.org), bei dem man von der Klientenzentriertheit einer Organisation ausgeht.

7.4.2 Kundenorientierte Versorgung

Der Klient erhält Informationen über die Qualität der Behandlung und schließt einen Vertrag mit dem Dienstleister. Nur auf diese Weise kann der Klient im Gesundheitssystem zu dem Kunden werden, der auch König ist, wie das in anderen Geschäftsbereichen meist der Fall ist (RVZ 2003). Das bedeutet, dass der Ergotherapeut für den Kunden zugänglich und auch erreichbar sein sollte und die Preise und Leistungen am besten offenliegen. Der Klient als Verbraucher der gelieferten Ergotherapie benötigt Angaben über die wahrscheinliche Wartezeit, Behandlungsdauer und den zu erwartenden Effekt der Intervention. Der Klient wird weiter über die Fachkompetenz und die bisherigen Erfahrungen des Ergotherapeuten aufgeklärt und erfährt auch, wo er sich hinwenden kann, falls der Ergotherapeut *nicht* über die spezifischen Kenntnisse oder Befugnisse verfügt (Hartingsveldt et al. 2010).

Ausgangspunkt ist dabei, dass der Klient das Maß für die Qualität der Behandlung ist. Die Frage nach der Hilfe bestimmt das Angebot. Überdies verfügt der Klient über die vollkommene Wahlfreiheit und kann selbst entscheiden und bestimmen, sofern er die richtigen Informationen erhalten hat.

Zusammengefasst heißt dies also (RVZ 2003):

- Es ist wichtig, dass die Klienten in der Versorgung so weit wie möglich zu Kunden werden, so wie das auch in den meisten Geschäfts- und Dienstleistungsbereichen des täglichen Lebens der Fall ist. Hierfür sind die freie Marktwirtschaft und Konkurrenz unter den Anbietern notwendige Voraussetzungen. Das bedeutet auch, dass es ein ausreichend großes Versorgungsangebot gibt, d. h. ein leichtes Überangebot an Professionals.

- In den Niederlanden haben Klienten die Wahl zwischen Sachleistungen, einer an ein Erstattungssystem gekoppelten Versorgung oder, wenn möglich, einer Pflege auf der Grundlage eines persönlichen Budgets.
- Dies bedeutet, dass die Klienten dort nicht nur in der Krankenversorgung, sondern teilweise auch in der Reha ein persönliches Budget erhalten können.
- Klienten- und Patientenorganisationen sind am Einkauf von Versorgungs- und Pflegeleistungen durch Versicherer beteiligt (Sachleistungen).

Ein Kundenverhältnis bringt natürlich auch ein Bezahlverhältnis mit sich. Ein Kunde gründet seine Entscheidungen ja auf dem Vergleich der Preis-Leistungs-Verhältnisse. Im Gesundheitssektor wird ein Klient jedoch nur dann zu einem richtigen Kunden, wenn der Markt funktioniert, d. h., wenn eine Konkurrenzsituation vorliegt. Es geht hier vor allem um elektive oder dauerhafte Versorgung. Die Voraussetzungen hierfür sind u. a. ein ausreichendes Versorgungsangebot, die Vertragsfreiheit und transparente Angebote (bzw. Informationen über die Angebote). Wenn diesen Anforderungen nicht Genüge getan wird, können weder die Klienten noch die Versicherer gut auswählen. Um eine Auswahl treffen zu können, sollten die Klienten die Leistungen der Anbieter kennen. Dabei geht es sowohl um das Ausmaß, in dem der Anbieter auf die Wünsche des Klienten eingeht (z. B. Intervention, Kontinuität der Versorgung, Wartelisten und Wartezeiten), als auch um das Ergebnis dieser Hilfen. Die Klienten haben das Bedürfnis nach klaren Informationen, Wahlfreiheit und Wahlmöglichkeit, Kontinuität der Versorgung und fachlicher Kompetenz.

„Lean“-Denken ist ein Beispiel für Kundenorientiertheit auf der Organisationsebene: Wie kann man durch einen Sinn für Rationalisierungen die Zufriedenheit des Kunden erhöhen? „Lean“ (engl. für knapp, mager, schlank) bedeutet hier, sich auf das Wesentliche zu beschränken, um eine optimale Zusammenarbeit zwischen dem Kunden und dem Professional zu erreichen. Dies geschieht durch kontinuierliche Verbesserung, gemeinsames Problemlösen und Anpassung an sich kontinuierlich verändernde Bedingungen und komplexe Fragestellungen (Womack u. Jones 2010).

7.4.3 Klientenfreundlichkeit/ Präsenz

Der Ergotherapeut sollte sich kundenfreundlich und empathisch verhalten. Das gilt nicht nur für den Inhalt des ergotherapeutischen Kontaktes mit Personen, Organisationen und Populationen, sondern auch für die affektive Seite des Kontaktes, die Wärme und das „Für-den-andere-da-sein“, also nicht nur die Intervention, sondern auch die Präsenz (Kuiper u. Oostendorp. 2007). Kuiper verweist dabei auf die Präsenztheorie von Baart (2004).

Ihr Kennzeichen ist das Dasein für andere, ohne sich zunächst zu sehr um die Beantwortung von Fragen zu kümmern. Alles dreht sich um die Anerkennung des Gegenübers, sodass es, wie sonst auch, voll und ganz mitzählt.

Die Präsenz dient als Grundlage der Gesprächsführung. Die Ergotherapie entwickelt sich in einem Spannungsfeld zwischen der emotionalen Betroffenheit für den Klienten als Person und der professionellen Distanz. Die Präsenztheorie hat folgende Merkmale:

- „zum anderen hin“: Präsenz setzt voraus, dass der Ergotherapeut nicht in einer Abteilung oder in einer Praxis arbeitet, sondern dort und in dem Moment, wo die Betätigungsfrage bzw. das Betätigungsbedürfnis des Klienten aufkommt. In Zentrum stehen die Betätigungsfrage und nicht die Lösungsmethode des Modells.
- spezialisiert auf Vielseitigkeit: Präsenz impliziert, dass der Ergotherapeut nicht nur auf eine Problemart oder auf eine Beratungsfrage angesprochen werden kann
- Anschluss: Der Ergotherapeut knüpft an die Lebenswelt und den Lebenslauf des Betroffenen an. Im Vordergrund steht nicht die Suche nach Betätigungsfragen, sondern das Finden einer befriedigenden Einstellung zum Leben.
- Offenheit bei der Annäherung an andere: beginnen mit dem Nichtwissen, sich überraschen lassen, Urteile und Betätigungen aufschieben, die Bedeutung des Lebens zu sich durchdringen lassen (d. h. sich selbst öffnen). Auch das Profil des Ergotherapeuten ist offen, ohne zu verbergen, wer er ist, wofür er steht und was seine Verantwortlichkeiten sind.
- Bedeutung: Das Dasein und Anknüpfen ist vor allem für Menschen wichtig, die aus der Gemeinschaft ausgegrenzt sind, als sozial überflüssig gelten, deren Geschichte, Leid und Leben kaum jemanden interessieren und die so vermisst werden wie Zahnschmerzen (Baart 2004).

7.4.4 Partizipative Entscheidungsfindung

Eine ganz konkrete Form, in der Klienten einen zentralen Platz in dem Pflege- und Interventionsprozess erhalten, ist die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) mit anderen Professionals. Bei diesem Prozess kommt der Klient gemeinsam mit dem Professional zu einer Entscheidung über die gewünschte Versorgung oder Intervention. Inzwischen gibt es einige Modelle für partizipative Entscheidungsfindungen. Die meisten weisen auf die Bedeutung von Informationen für den Klienten und das gemeinsame Abwägen hin. Elwyn et al. (2012) beschrieben einen praktischen Stufenplan für die gemeinsame Entscheidungsfindung. Die drei Stufen sind: Auswahlgespräch (choice talk), Optionsgespräch (option talk) und Entscheidungsgespräch (decision talk).

Jens

Wie sieht es jetzt mit der Rolle des Klienten im Alltag des Ergotherapeuten aus? In Jens Geschichte finden sich Aspekte der Partizipation im Sinne von mitarbeiten und mitentscheiden. Es sind zudem verschiedene Formen der Klientenzentrierung zu erkennen.

„In Zoetermeer hab ich Radfahren gelernt“, erzählt Jens, „Ich war etwa 8 und wir waren gerade aus Den Haag fortgezogen. Ein Junge aus der Straße ließ mich auf sein Fahrrad. Heute ist das Mountainbiken mein Hobby. Ich bin bisher zwei schwierige Touren mit Hügeln, Sand, Drops und Jumps gefahren, eine in Groningen und eine in Oosterhout. Aktuell arbeite ich an einer höheren Griffigkeit und an einer schnelleren Kurvendurchfahrt. Mit 12 bin ich von zu Hause weg. Ich kam mit meiner Mutter einfach nicht aus, die mich gleich nach meiner Geburt auf den Antillen mit nach Den Haag nahm. Sie schlug mich beim geringsten Anlass. Als sie mitbekam, dass ich einem Laden etwas hatte mitgehen lassen, drehte sie völlig durch. Ich fühlte mich nicht mehr sicher und sagte das auch der ambulanten Hilfe. Danach bestimmte das Jugendamt, dass ich nicht länger bei ihr wohnen müsse. Einerseits war ich heilfroh, aber andererseits war es auch schade, weil ich dadurch nicht mehr bei meinem Bruder und meinen Freunden sein konnte. Manchmal werde ich echt sauer, wenn ich etwas miterlebe, das mich an meine Vergangenheit erinnert. Dann will ich mich rächen und gehe mich mit irgendjemandem prügeln. Ich verliere dann die Kontrolle und tue Dinge, die ich eigentlich nicht will. Das Böse in mir stammt von meinem Vater. Den Kontakt zu ihm habe ich abgebrochen, da er mir immer wieder Dinge versprach, die er doch nie eingehalten hat.“

Man diagnostizierte bei mir eine PTBS (posttraumatische Belastungsstörung), weswegen ich auch in Therapie bin. Indem ich mir einen stillen Platz suche und zu mir selbst komme, lerne ich viel. In diesen Momenten denk ich oft darüber nach, was ich in meinem Leben will und was nötig ist, um das zu erreichen. In den letzten Monaten ist mir klar geworden, dass ich mit Bösartigkeit nicht weiter komme. Was geschehen ist, liegt hinter mir. Daran lässt sich nichts mehr ändern. Ich kann die Zeit nicht zurückdrehen und mein Leben anders führen. Ich sollte akzeptieren, was ich habe und was ich kann.

Ich sitze hier in der Jugendgruppe der Anstalt. Wir sprechen gemeinsam darüber, wie es hier läuft und ob etwas verändert werden sollte. So haben wir erreicht, dass es hier jetzt WiFi gibt und dass bald jedes Kind seinen eigenen Account hat. Ich würde gerne unser Gelände ein Stück weit vergrößern, damit es hier etwas offener wird, wir mehr Aussicht haben und auch draußen mehr unter uns sein können. Auch möchte ich erreichen, dass wir Poster aufhängen dürfen, dass wir über den Ankauf von Möbeln mitentscheiden können und dass wir die Erlaubnis bekommen, auch auf dem Zimmer zu essen. In der Gruppe lerne ich, meine Meinung zu sagen und darüber zu sprechen. Meistens bin ich eher zurückhaltend und still, aber der Leiter der Gruppe hilft mir. Wenn er merkt, dass jemand sich nicht traut, etwas zu besprechen, dann spricht er mit demjenigen außerhalb der Sitzungen darüber.

Hier wird mir auch sehr geholfen, wenn ich etwas benötige, z. B. wenn ich Streit mit meiner Mutter habe, zu der ich allmählich ein besseres Verhältnis bekomme, oder wenn ich in der Schule etwas nicht verstehe. Dann gehe ich zu meinem Mentor, mit dem ich sehr gut auskomme. Manchmal muss ich nur mal eine Tasse Tee mit ihm zusammen trinken.

Ich helfe selbst auch anderen in der Gruppe. Gestern weinte Sarina, wegen eines Streits mit ihrer Mutter. Ich fragte sie, ob sie darüber sprechen wolle, aber sie steckte sich lieber die Ohrenstöpsel in die Ohren, um Musik zu hören. Später telefonierte sie draußen mit ihrem Freund. Es regnete und es war kalt, also brachte ich ihr meine Regenjacke. Danach hab ich sie etwas aufgemuntert.

Gerade habe ich mit dem vierten Jahr am VMBO-Basiskader begonnen (Anm. d. Ü.: eine Art Realschule). Wenn ich damit durch bin, kann ich in der Schweißerei arbeiten, wo ich gerade ein Praktikum absolviert habe. Aber ich hab Angst davor, dass ich meinen Abschluss nicht schaffe, da ich mich von einem Jungen ablenken lasse, der mich immer reizt und versucht zu ärgern. Ich habe schon nachgefragt, ob ich deshalb Ohrenstöpsel nehmen darf, aber das lehnt die Schule ab, da ich das bei der Prüfung auch nicht dürfte. Jetzt lerne ich, ihn zu ignorieren und mich auf meine Sachen zu konzentrieren. Ich sollte etwas mehr über Metallverarbeitung lernen.

Da es gleich neben meinem Arbeitsplatz ist, würde ich mich auch gerne in Autotechnik ausbilden lassen. Der Freund meiner Mutter gab mir seinen Opel Astra, der an einer Seite total hinüber ist. Den würde ich gerne reparieren können.

Wenn ich meinen Abschluss habe, möchte ich gern betreut wohnen und lernen, allein zu leben. Ich kenne viele Menschen, die das machen und bei denen ich häufig zu Besuch bin. Sie sagen, dass man dort immer noch einmal im Monat mit seinem Mentor spricht. Inzwischen versuche ich schon, mein Zimmer einen ganzen Tag lang ordentlich zu halten, denn wenn ich einmal aufräume, ist es meistens nach sehr kurzer Zeit wieder unordentlich. Ich achte darauf, sorgfältiger zu sein und mich besser zu konzentrieren. Ich versuche auch nicht mehr, während des Spülens zu telefonieren, denn ich sollte mich auch konzentrieren können, wenn ich bald einen Arbeitsvertrag bekommen will. Den will ich mir dann auch erst in Ruhe durchlesen, damit ich nicht etwas unterschreibe, was mir gar nicht recht ist. Ich mag auch Herausforderungen. Ich würde z. B. gerne einmal in Deutschland mountainbiken. Es gibt dort einen ziemlich anspruchsvollen Parcours, der über 70 Kilometer quer durch die Landschaft führt. Da muss ich mich auch konzentrieren können. Nachdem mir mein altes Fahrrad geklaut wurde, habe ich im Internet auf einer Kleinanzeigen-Seite für 20 € ein neues gefunden. Ich habe mit der Leitung darüber gesprochen, wie ich an das Geld kommen könnte. Vier Wochen lang habe ich dafür mein Taschengeld nicht angerührt. Als ich das Geld zusammenhatte und das Fahrrad abholte, durfte ich es sofort einfach behalten, weil ich viel Mühe reingesteckt hatte und mich als zuverlässig erwiesen habe. Darüber war ich total froh.“

In dem Auswahlgespräch erfährt der Klient, dass es verschiedene Optionen gibt und er also eine Entscheidung treffen sollte. Beim Optionsgespräch unterrichtet der Therapeut den Klienten über die verschiedenen Optionen. Im Entscheidungsgespräch unterstützt er den Klienten beim Abwägen der Vor- und Nachteile und bei der Entscheidungsfindung (Groen et al. 2016).

Mroz et al. (2015) gehen von den Hoffnungen, Wünschen und Träumen der Klienten aus und sagen, dass bei der partizipativen Entscheidungsfindung die Hoffnung einen wichtigen Platz bei den Interventionen einnimmt und bei der Unterweisung Beachtung verdient. Sie betonen jedoch auch, dass nicht jeder diese Fähigkeiten besitzt oder falsche Entscheidungen trifft.

7.5 Konzepte der dialoggeleiteten Versorgung

In den vorangegangenen Abschnitten war verschiedentlich die Rede von dem Klienten als Individuum, Organisation oder Population, wobei der Klient als Teil eines Dialogs betrachtet wird, der zwischen dem Ergotherapeuten und dem Klienten stattfindet. Dieser Dialog verlangt vom Klienten und vom Ergotherapeuten ein gemeinsames Entdecken und voneinander zu lernen, offen füreinander zu sein und einander zu verstehen, sodass deutlich wird, was der andere meint, denkt, fühlt und erfährt. Es geht dabei um gleichwertige Positionen mit dem Klienten als Regisseur des Prozesses. In diesem tragen Empowerment und Selbstmanagement dazu bei, dass der Klient eine möglichst umfassende Kontrolle über sein Betätigen behält, wobei Stützen und Stärken als neue Kompetenzen eingesetzt werden (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Die dialoggeleitete Versorgung bedeutet für jeden einen Wechsel im Denken und Handeln. Bei ihrer Implementierung können sowohl der Ergotherapeut als auch der Klient neben der prozesshaften und planmäßigen Einführung der Klientenzentrierung auch von Grundgedanken Gebrauch machen, die Konzepten wie Zusammenarbeit, Verhandlung und Aufklärung, Autonomie, Respekt und Würde, Befähigung, Selbstmanagement, Empowerment, Engagement und Partizipation entstammen.

Alle Konzepte zielen darauf ab, es dem Klienten zu ermöglichen (enablement), sich am Betätigen und der Ausführung von für ihn wichtigen Rollen und Aktivitäten zu beteiligen (engagement) und voll und ganz an der Gemeinschaft teilzuhaben (participation).

Einige dieser Konzepte richten sich eher an Klienten wie Autonomie, Selbstorganisation, Empowerment und Partizipation, während andere sowohl für den Klienten als auch für den Ergotherapeuten oder vornehmlich für den Ergotherapeuten relevant sind. Im Folgenden werden sie näher beleuchtet.

7.5.1 Autonomie

Das Konzept der Autonomie hat viele Definitionen. Frei übersetzt kann man Autonomie verstehen als Unabhängigkeit von anderen und als Betätigen nach eigenen Wünschen und Vorstellungen, ohne anderen zu schaden (Granse 2002). Der Ausgangspunkt der klientenzentrierten Versorgung ist der Umstand, dass jeder Klient einzigartig und autonom ist. Dieser Gedanke ist nicht neu und geht auf Rogers in den 1960er-Jahren zurück (Rogers 1961).

Für die Arbeit mit dem Klienten bedeutet dies, dass jeder Klient einer eigenen Ansprache bedarf, seine eigene Geschichte hat und auf seine eigene Art und Weise Entscheidungen trifft und sich betätigt (Sumsion, in Curtin et al. 2010; Christiansen et al. 2015). Das Konzept der Autonomie und der Einzigartigkeit der Person findet sich auch in den ergotherapeutischen Modellen wieder, so etwa im Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E; Polatajko u. Townsend 2013) sowie im dazugehörigen Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al. 2014), das dem Klienten eine Form anbietet, in der er seine Prioritäten aufführen kann, um dadurch seine Teilhabe an gewünschten Betätigungen zu vergrößern.

Autonomie hängt auch mit Vertrauen zusammen. Die klientenzentrierte Therapie erfordert ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Ergotherapeuten und dem Klienten. Der Ergotherapeut lässt dem Klienten eine Wahl und der Klient vertraut darauf, dass diese Wahl umsetzbar ist. Das bedeutet, dass Ergotherapeut und Klient effektiv zusammenarbeiten und in offener Kommunikation sich gemeinsam den Fragen stellen.

In den westlichen Staaten sind Autonomie und Unabhängigkeit hohe Werte. Persönliche Interessen und Wünsche stehen bei Entscheidungen und Aktivitäten im Mittelpunkt. In anderen Teilen der Welt, z. B. in den asiatischen Staaten, liegt der Fokus mehr auf den gemeinschaftlichen Interessen und das Individuum wird vornehmlich als Teil des Ganzen betrachtet (Familie, Gemeinschaft, Gesellschaft). Das heißt auch, dass bei der Arbeit mit Personen aus anderen Kulturkreisen die Autonomie und Unabhängigkeit nicht unbedingt denselben Stellenwert besitzt wie bei uns (Duncan 2011).

7.5.2 Selbstmanagement

Das Selbstmanagement gilt als „die Möglichkeit eines Individuums, die Symptome, Behandlungen, die körperlichen und psychischen Folgen und die Veränderungen des Lebensstils, die zum Leben mit einer chronischen Erkrankung gehören, selbst zu regeln“ (Jedeloo u. Leenders 2010, Barlow et al. 2002). Es geht um das selbstständige Ausführen von Aktivitäten in Eigenregie, deren Ziel die Maximierung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens ist. Unterstützend wirken dabei gemeinsame

Entscheidungen und das Empowerment, wie etwa durch das gemeinsame Erarbeiten eines individuellen Therapieplans mit persönlichen Zielen und die Unterstützung des Klienten bei der Steigerung seiner Fähigkeit zur Selbststeuerung (Ouwens et al. 2012).

7.5.3 Empowerment

Der englische Terminus *to empower* bedeutet *ermächtigen* oder *befähigen*. Der Begriff hat etwas mit Kraft und Macht zu tun. Das Ziel von Empowerment ist es, das Selbstbewusstsein und die Selbstständigkeit von Menschen und Gemeinschaften so zu steigern, dass sie mit ihren Betätigungsfragen umgehen können. Der Begriff wird innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens häufig angewendet. Es gibt viele Beschreibungen darüber, was genau mit Empowerment nun gemeint ist. Tine van Regenmortel (2004) definiert Empowerment so: „Empowerment ist ein Verstärkungsprozess, bei dem Individuen, Organisationen und Gemeinschaften ihre Situation und Umwelt in den Griff bekommen. Dies geschieht über das Erlangen von Kontrolle, die Schärfung eines kritischen Bewusstseins und die Stimulation der Partizipation“.

Die kanadische Berufsvereinigung der Ergotherapeuten arbeitet mit der folgenden Definition: „Beim Empowerment geht es um persönliche und soziale Prozesse, die sichtbare und unsichtbare Beziehungen so beeinflussen, dass sich Machtverhältnisse gleichmäßiger verteilen“ (Townsend u. Polatajko 2013).

Nach Brown und Stoffel (2011) beschreibt es die zunehmende spirituelle, politische, soziale oder ökonomische Stärke von Individuen und Gemeinschaften. Häufig beinhaltet es die Entwicklung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten.

Der große Unterschied zu den früheren Ansätzen im Gesundheitswesen besteht darin, dass Empowerment die persönlichen Ziele des Klienten als Ausgangspunkt nimmt. Als Prozess beschreibt Empowerment eine Entwicklung, an deren Ende eine Person im Hinblick auf die eigene Situation alle Fäden selbst in der Hand hält, Regisseur des eigenen Lebens ist und selbst wählt (Ven et al. 2006).

In *Empowerment* kommt auch das Teilwort *power*, also *Macht*, vor. Dabei handelt es sich um einen wichtigen Teilaspekt in der klientenzentrierten Therapie. *Macht* ist ein Beziehungsbegriff. Da Menschen voneinander abhängig sind, haben sie Macht übereinander. Hammell (2004) beschreibt das heutige Gesundheitssystem einerseits als System, in dem der Therapeut sich selbst als Experten begreift und andererseits als System, in dem der Therapeut eine Beziehung zum Klienten eingeht, und zwar aus einer Machtposition heraus und nicht aus einer Gleichwertigkeit. Sie plädiert somit auch für eine Abwendung von der Machtposition hin zu einer mehr abwägenden und vermittelnden Rolle, um sich gemeinsam mit dem Klienten den Fragen zu stellen. Dies verlangt eine Verschiebung

der Machtverhältnisse zwischen Therapeut und Klient, bei welcher der Therapeut eher zur Wissensquelle wird, als an seinem Expertenstatus festzuhalten. Statt den Klienten zu managen, unterstützt er ihn und teilt sein Wissen mit ihm. Der Klient setzt dieses Wissen und die Erfahrung ein, während der Therapeut die Expertise des Klienten erkennt und von ihm lernt.

Man kann sagen, dass Ergotherapeuten auch Macht über Klienten haben, da sie im Therapeuten-Klient-Verhältnis das Fachwissen besitzen. In der ergotherapeutischen Fachliteratur liest man oft, dass die Therapeuten klientenzentriert arbeiten, doch das tun sie erst, wenn sie nicht nur davon schreiben, sondern es auch tagtäglich bei ihrer Arbeit umsetzen.

Der Klient ist jedoch beim Thema persönliche Erfahrung der Experte. Der Ergotherapeut schafft Situationen, in denen der Klient seine eigene Macht entdecken und entwickeln kann. Empowerment bedeutet, dass der Ergotherapeut versucht, seine Macht mit dem Klienten zu teilen, um es diesem zu ermöglichen, seine Macht einzusetzen (*enabling*). Es ist ganz entscheidend, dass der Therapeut über hinreichende Kommunikationstechniken verfügt, um einen gemeinsamen Arbeitsprozess mit dem Klienten in Gang setzen zu können. Dies bedeutet als Partizipationsprozess die gemeinsame Formulierung von Zielen und wie sie zu erreichen sind.

Der Prozess der Zusammenarbeit erzeugt neue soziale, ökonomische und politische Machtverhältnisse. Wenn Individuen und Gruppen „empowered“ sind, können sie Einfluss auf die Politik nehmen, um auf Gebieten wie dem Gesundheitssystem, dem Sozialstaat und der Beschäftigung für mehr Chancengleichheit zu sorgen. Sie können auch die politischen Systeme beeinflussen, welche die ökonomischen und gesetzlichen Chancen bestimmen (Hammell 2013).

Aber nicht jeder möchte „enabled“ und „empowered“ werden; diese Möglichkeit sollte auch in Betracht gezogen werden. Manche Klienten haben die Dinge nicht so gerne selbst in der Hand und überlassen die Entscheidungen lieber dem Profi. Hierbei spielt auch der soziokulturelle Hintergrund des Klienten eine wichtige Rolle.

Beim Empowerment wird der Klient mit seinen Beeinträchtigungen konfrontiert: rigide Machtstrukturen in einer Organisation, unterschiedliche Zielsetzungen von Klient und Organisation, wodurch der Klient verunsichert werden kann, sowie Angst vor zu hohen Erwartungen (Sumsion, in Curtin et al. 2010). Innerhalb der Ergotherapie sollte das Empowerment immer mit dem Betätigten verbunden sein und der Klient sollte darin unterstützt werden (*enable*), die erforderlichen Kompetenzen zu erwerben, damit er in engagierter Weise (*engage*) an den für ihn wichtigen Aktivitäten teilnehmen kann (*participate*).

7.5.4 Partizipation

Die Partizipation (Kap. 2) ist ein ganz wesentlicher Aspekt, wenn es darum geht, das Betätigen zu ermöglichen (enablement). Es handelt sich um ein Konzept, bei dem es neben dem Umstand, dass jeder Mensch das Bedürfnis hat, sich innerhalb seiner sozialen und kulturellen Umwelt zu betätigen, um Teilhabe und Engagement geht. Die Partizipation hilft uns bei der Entwicklung einer eigenen Identität und ist für unser Wohlbefinden erforderlich (Kielhofner, in Duncan 2011). Ein Klient, der unbedingt wieder seinen Alltag aufnehmen und die für ihn wichtigen Aktivitäten verfolgen will, entscheidet aufgrund seiner Möglichkeiten, Erfahrungen und Kenntnisse, wie er in seinem täglichen Leben partizipieren kann.

Christiansen und Townsend (2010) beschrieben die Partizipation in einigen Punkten:

- Partizipation zeugt stets von einer gegenseitigen Abhängigkeit.
- Partizipation ist dynamisch und kontextabhängig.
- Partizipation beinhaltet die Interaktion mit anderen in einem physischen, sozialen, kulturellen und institutionellen Kontext.
- Partizipation ist ein wesentlicher Faktor für die Gesundheit und die Lebensqualität.

Das Konzept der Partizipation hat es im Zuge der zahlreichen Publikationen zur ICF, in dem die Partizipation als Teilhabe an Lebenssituationen definiert ist, zu weltweiter Aufmerksamkeit gebracht. Die Partizipation wird einerseits von der Gruppe beeinflusst, von der wir ein Teil sind, und andererseits von den individuellen Erfahrungen mit der Partizipation (Townsend u. Polatajko 2013). Daneben spielen auch die Kultur, die Empathie zwischen Klient und Ergotherapeut, die sorgfältige Beobachtung des Klienten und die bewusste Wahrnehmung kultureller Unterschiede eine wichtige Rolle. Auf ihnen fußt die gegenseitige Wahrnehmung und Zusammenarbeit (Duncan 2011). Im Hinblick auf Organisationen und Populationen ist die Frage der Partizipation um einiges vielschichtiger als beim Einzelnen. Hier bilden klare Regeln und Absprachen einen Rahmen, in dem sich jeder bewegen kann (Sumsion, in Curtin et al. 2010).

7.5.5 Zusammenarbeit und Eigenregie

Ein zentrales Motto lautet: „Nicht ohne uns über uns“ (Kool et al. 2013). Zusammenarbeit erfordert vom Klienten und seinem System nach Möglichkeit eine aktive und gleichwertige Partnerschaft, eigene Entscheidungen, Freiheit und Autonomie. Sie bietet auch die Möglichkeit, den Klienten bei seinem Bewusstwerdungsprozess im Hinblick auf die Regie über sein eigenes Leben zu unterstützen und ihn zur aktiven Teilhabe und zur Einflussnahme

auf die politischen, ökonomischen und kulturellen Systeme, von denen er Teil ist, anzuregen (Kielhofner 2009).

Zu den definierten Skills im Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) gehört die Zusammenarbeit mit dem Ziel, Macht, Talente und Basiselemente der ergotherapeutischen Intervention im gegenseitigen Respekt und mit wahrhaftem Interesse aneinander zu teilen (Townsend u. Polatajko 2013).

7.5.6 Verhandlung

Für Kielhofner (2008) ist das Verhandeln fester Bestandteil des therapeutischen Reasoning. Er betont, wie wichtig während der gesamten Intervention die Teilhabe des Klienten am Verhandlungsprozess ist. Klient und Therapeut werden nicht immer einer Meinung sein. Verhandeln ist ein Prozess aus Geben und Nehmen und manchmal bedeutet es auch, Risiken einzugehen. Durch klare Botschaften an den Klienten erzeugt der Therapeut bereits Zusammenarbeit und damit auch die Möglichkeit zur Verhandlung und zur fortgesetzten Abstimmung untereinander. Durch eine optimale Aufklärung des Klienten oder die Schaffung eines Zugangs zu Informationen für ihn entwickelt sich eine gleichwertige Ausgangssituation, in der beide Parteien zu gemeinsamen Entscheidungen finden können. Doch kann verhandeln auch bedeuten, dass der Therapeut z.B. mit der Gemeinde über eine Wohnraumanpassung spricht oder eine Familie über den Umgang mit einem dementen Angehörigen aufklärt.

7.5.7 Respekt und Würde

Respekt und Würde – zwei eigenständige Konzepte, die jedoch eng miteinander verbunden sind. Falardeau und Durand (2002) schreiben, dass ein Respektieren des Gegenüber nicht nur bedeutet, seine Meinungen, Entscheidungen und Werte zu achten, sondern auch seine Fähigkeiten, Bedürfnisse und Grenzen. Würde bedeutet für den Klienten, dass er seine Selbstachtung bewahrt und dass er von anderen dafür, wer er ist und was er kann, gewürdigt wird. Würde zeigt sich auch im Respekt vor der Privatsphäre einer Person, im sensiblen Umgang mit seinen kulturellen Werten und Normen sowie in der respektvollen Zusammenarbeit mit Klienten.

7.5.8 Befähigung

Im Berufsprofil des Ergotherapeuten wird das „Befähigen“ (enabling) als die Ermöglichung definiert, bedeutungsvolle Betätigungen auswählen, organisieren und ausführen zu können. In dem Buch „Enabling occupation II“ (Townsend u. Polatajko 2013) wird das Befähigen als Kernkompetenz unseres Berufes bezeichnet, kurz als das, was wir tun. Dies kommt auch in der Definition des kanadischen Berufsverbandes zum Ausdruck: „Die Ergotherapie ist die Kunst und Wissenschaft vom Ermöglichen der

Teilhabe am alltäglichen Leben durch Betätigung, von der Befähigung der Menschen Dinge zu tun, welche Gesundheit und Wohlbefinden steigern, und von der Errichtung einer gerechten und integrierenden Gesellschaft, in der alle Menschen ihr Potenzial in den täglichen Betätigungen des Lebens ausschöpfen können“ (Townsend u. Polatajko 2013).

Die Kenntnis des Konzeptes Befähigung und der dazu passenden Interventionen und die aktive Teilhabe des Klienten als Experte seiner eigenen Erfahrungen helfen auch bei der Umsetzung vieler der bereits beschriebenen weiteren Konzepte wie Empowerment, Partizipation und Autonomie. Durch das Befähigen erhält der Klient die Mittel und die Möglichkeiten, sich als Individuum, Organisation oder Population an der Suche nach Lösungen zu beteiligen und das gewünschte Handeln im Alltag zu erreichen.

7.5.9 Diversität

Seit es Leben auf der Erde gibt, herrscht eine große Vielfalt oder Diversität. Die Art und Weise, wie mit der Diversität unter den Menschen umgegangen wird, verändert sich im Laufe der Zeit. Heute erfordert sie in der Versorgung von Klienten und im Umgang mit Kollegen mit unterschiedlichen Hintergründen, Lebensaltern und Lebensstilen eine professionelle Haltung und ein entsprechendes Verhalten gegenüber solchen biografischen Merkmalen. Auch in der Therapie gibt es Diversität (Kap. 9). Nicht nur das Krankheitserleben kann unterschiedlich sein, sondern auch die Wahl der bestmöglichen Therapie, die Suche nach einer geeigneten Therapieeinrichtung usw. (Kuckert u. Stomph 2011).

7.6 Diskussion

Die Schlagworte „Kundenorientierung“, „Fragenorientiertheit“ und „klientenzentrierte Versorgung“ haben die Aufmerksamkeit des Professionals auf den Klienten gelenkt. Das birgt jedoch auch eine Gefahr.

Nicht jeder Klient ist ständig in der Lage, sich wie ein Kunde zu verhalten und Fragen zu stellen. Die Vulnerabilität ausgeschlossener Personen lässt sich daran erkennen, dass sie (vorübergehend oder dauerhaft) keine autonomen Entscheidungen treffen oder keine Verantwortung für ihr Leben übernehmen können. Möglich ist, dass Klienten sich nicht erklären und dass ihre Fragen nicht gehört werden oder dass sie sich zwar äußern, aber niemand zuhört.

Aber auch die Persönlichkeit des Ergotherapeuten, der seine ganze Person in die professionelle Arbeit einbringt, ist kein Selbstläufer. Persönliche Ansichten sind dem Klienten nicht immer willkommen und können von diesem abgelehnt werden.

Auch die methodischen Leitlinien im Hinblick auf die Klientenzentrierung und die Präsenztheorie bergen Risiken. Achtet man nur auf eines der Elemente und nicht auf das gesamte Gleichgewicht, kann es trotz regelmäßiger Warnungen passieren, dass die Methodik ins Zentrum rückt und sich die Aufmerksamkeit darauf richtet, was der Therapeut zu tun oder zu lassen hat, und nicht darauf, wie eine bestimmte Beziehung aussehen könnte. Diese Betrachtungen können dann einseitig, verallgemeinernd und disziplinierend sein (Kuiper 2007). Wenn methodische Prinzipien eine höhere Priorität erlangen als die Interaktion, endet die therapeutische Beziehung (Letiche 2005). Dabei ist sie immer noch ein ganz entscheidender Teil der Intervention (u. a. Taylor 2008). Fällt diese Beziehung hinten rüber und werden nur noch Pläne nach Schema F abgearbeitet, wird das Ziel der Intervention aus den Augen verloren und wahrscheinlich leidet darunter auch die Wirksamkeit. Die Gefahr einer Klientenzentrierung nach dem „Teebeutelmodell“ ist groß: Bei engagierten Erstnutzern ist der Tee noch sehr stark und wird auf den Klienten abgestimmt. Wer sich in den Geist und die allgemeinen Regeln der Klientenzentrierung vertieft und sie anwendet, serviert dem Klienten einen Tee aus einem bereits aufgegossenen Beutel, was auch nicht schlecht ist. Aber diejenigen, welche die Klientenzentrierung oder Präsenz als Checkliste aus Empfehlungen begreifen oder gar der Vorstellung anhängen, dieses alles schon längst umzusetzen, laufen Gefahr, dem Klienten einen schwachen Aufguss eines Tees vorzusetzen (Kuiper 2007).

7.7 Zusammenfassung

In der dialoggeleiteten Versorgung liegt der Schwerpunkt auf einer Philosophie des respektvollen, partnerschaftlichen Zugangs zu dem Klienten. Das klientenzentrierte Arbeiten betont die Autonomie des Individuums, der Organisation und der Population, also das Bedürfnis des Klienten, seine eigenen Entscheidungen bezüglich seines Handelns zu treffen und die (Un-)Möglichkeiten während der Intervention zu berücksichtigen. Ergotherapeut und Klient profitieren von einer offenen Therapeut-Klient-Beziehung und sorgen dafür, dass die Angebote dem Klienten zur Verfügung stehen und zu ihm passen.

An dieses Kapitel über den Klienten schließt sich das Kapitel über den Ergotherapeuten an, wobei es weiter um das Gespräch zwischen Therapeut und Klient geht, jedoch aus der Perspektive des Ergotherapeuten, der sich zusammen mit dem Klienten (der Person und ihren System, der Organisation oder der Population) auf die Ermöglichung des Betätigens konzentriert (enabling occupation).

7.8 Literatuur

- Baart A. Een theorie van de presentie (3. Aufl.). Utrecht: Lemma; 2004.
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: A review. *Klient Education and Counseling* 2002;48:177–187.
- Brown C, Stoffel VC. Occupational therapy in mental health: A vision for participation. Philadelphia, PA: FA Davis; 2011:773–792.
- Christiansen C, Baum C, Bass J. Occupational therapy: Performance, participation, and well-being (4. Aufl.). Thorofare, NJ: Slack Books; 2015.
- Christiansen C, Townsend E. (Hrsg.). Introduction to occupation: The art of science and living (2. Aufl.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.
- Claassen I. Andere aandacht: Ervaringen van cliënten met communicatie in de zorg en het sociaal domein ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, directie langdurige zorg; 2015.
- Curtin M, Molineux M, Supyk J. (Hrsg.). Occupational therapy and physical dysfunction: Enabling occupation (6. Aufl.). Edinburgh: Churchill Livingstone; 2010.
- Duncan AS. Foundations for practice in occupational therapy (5. Aufl.). Churchill Livingstone Elsevier; 2011.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine* 2012;27:1361–1367.
- Falardeau M, Durand MJ. Negotiation centered versus client-centered: Which approach should be used? *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2002;69(3):135–142.
- Gage M. Physical disabilities: Meeting the challenges of client-centered practice. In Sumsion T (Hrsg.), Client-centered practice in occupational therapy a guide to implementation seco. Auflition. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier. 2006:123–145.
- Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for Clients with dementia and their care givers: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2006;333(7580):1196.
- Granse M le. Promoting autonomy of the long-term mentally ill client. Master thesis, European master of science in Occupational Therapy; 2002.
- Groen-van de ven L, Lukema J, Smits C, Span M. Gezamenlijke besluitvorming. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G (Hrsg.), Evidencebased practice voor paramedici: Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming (4. Aufl.). Amsterdam: Boom; 2016.
- Hammell KW. Dimensions of meaning in the occupations of everyday life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2004;71(5):296–305.
- Hammell KW. Client-centered practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2013; 20:174–181.
- Hammell KW. Client-centered practice in occupational therapy: The importance of critical perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2015;22:237–243.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom: Lemma; 2010.
- Heijmans A, Lemette M, Veld A. de, Kuiper C. (Hrsg.). Adviseren als ergotherapeut: Competenties en verhalen uit de praktijk. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2007.
- Heijmans AM, Opstal SEM van, Daniëls R, Nes FA van, Leven N van't, Kuiper CHZ. Gezond actief ouder worden toepassing en evaluatie van een preventief groepsprogramma voor thuiswonende ouderen middels actie-onderzoek: Lerende in, van, met en door de praktijk. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2011;4:422–432.
- Heijst JEJM van. Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Kok; 2005.
- Huber M et al. How should we define health? *British Medical Journal* 2011;343:d4163.
- Jedloo S, Leenders J. Zelfmanagement zorgbasics. Den Haag: Boom Uitgevers; 2010.
- Jukema JS. Bewarende zorg: Een visie voor verzorgenden en verpleegkundigen. Uitgeverij Boom/Lemma; 2011.
- Kielhofner G. Model of human occupation theory and application (4. Aufl.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy practice (4. Aufl.). Philadelphia: FA Davis; 2009.
- Kool J, Boumans J, Visse M. Doorleefd verstaan. Ervaringskennis en wetenschappelijke kennis vanuit het perspectief van mensen met een 'dubbele identiteit'. Utrecht/Amsterdam: Disability Studies in Nederland, Trimbos-instituut/VU medisch centrum; 2013.
- Kool J, Bramsen I. Ervaringskennis van cliënten en hun naasten. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G (Hrsg.), Evidencebased practice voor paramedici: Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming (4. Aufl.). Amsterdam: Boom; 2016.
- Kuckert A, Stomph M. Diversiteit zorgbasics. Den Haag: Boom Uitgevers; 2011.
- Kuiper C. The eventmaker the hybrid art of performing professionals, work-setting rehabilitation. Den Haag: Lemma; 2007.
- Kuiper C, Oostendorp R. (Hrsg.). De gepassioneerde zorgprofessional bijdragen gebaseerd op het proefschrift the eventmaker van Chris Kuiper. Den Haag: Lemma; 2007.
- Kuiper C, Verhoef J, Munten G. (Hrsg.). Evidence-based practicevoor paramedici: Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming (4. Aufl.). Amsterdam: Boom; 2016.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko HJ, Pollock N. Canadian occupational performance measure (COPM). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2014.
- Lee F. Als disney de baas was in uw ziekenhuis 9½ dingen die u anders zou doen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2009.
- Leeuw M de, Saenger S, Vanlaerhoven I, Vries-Uiterweerd A de. Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2015.
- Letiche H. Ethics of recognition. I <> You(Thou) <> They. Paper UvH/ Essex PhD/DBA workshop. Essex; 2005.
- Lewin S, Skea Z, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a client-centered approach in clinical consultations (Review). *The Cochrane Collaboration*; 2005.
- Mroz TM, Pitonyak JS, Fogelberg D, Leland NE. Client centeredness and health reform: Key issues for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 2015;69(5):6 90509 0010p1–6 9050 9 0010p8.
- Ouwens M, Burg S van der, Faber M, Weijden T van der. Shared decision making & zelfmanagement: Literatuuronderzoek naar begripsbepaling. scientific institute for quality of healthcare in opdracht van Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ); 2012.
- Polatajko HJ, Townsend EA. Enabling occupation 11: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation (2. Aufl.). Ottawa: CAOT; 2013.
- Pool A. Clientgericht communiceren en samenwerken. In Kuiper C, Balm M (Hrsg.). Paramedisch handelen, het ontwikkelen van beroepsattitudes. Utrecht: Lemma; 2001:152–181.
- Pool A, Mostert H, Schumacher J. De kunst van het afstemmen. Belevingsgerichte zorg: Theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept. Utrecht: NIZW; 2003.
- Ravelli A, Doorn L van, Wilken JP (Hrsg.). Werk(en) met betekenis. Dialoog-gestuurde hulp- en dienstverlening. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2009.
- Regenmortel T van. Empowerment in de praktijk van het OCMW. Leuven: HIVA; 2004.
- Rogers CR. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
- RVZ. Van patiënt tot klant advies uitgebracht door de raad voor de volksgezondheid en zorg aan de minister van volksgezondheid, welzijn en sport. Zoetermeer: RVZ; 2003.
- RVZ. Goed patiëntschap meer verantwoordelijkheid voor de patiënt signalen. Zoetermeer: RVZ; 2007a.
- RVZ. Achtergrondstudies uitgebracht door de raad voor de volksgezondheid en zorg bij het advies vertrouwen in de arts. Zoetermeer: RVZ; 2007b.
- RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: De nieuwe ordening discussienota uitgebracht door de raad voor de volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ; 2010a.
- RVZ. Gezondheid 2.0 u bent aan zet. advies uitgebracht door de raad voor de volksgezondheid en zorg aan de minister van volksgezondheid, welzijn en sport. Zoetermeer: RVZ; 2010b.

- Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;10: CD001431.
- Steultjens E, Vermeulen H. Richtlijnen. In Kuiper C, Verhoef J, Munten G (Hrsg.). *Evidence-based practice voor paramedici: Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming* (4. Aufl.). Amsterdam: Boom; 2016.
- Sumsion T (Hrsg.). *Client-centered practice in occupational therapy a guide to implementation* (2. Aufl.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2006.
- Taylor RR. *The intentional relationship: Occupational therapy and therapeutic use of self*. Philadelphia: FA Davis; 2008.
- Tonkens E. *Mondige burgers, getemde professionals: Marktwerving, vraagstukken en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW; 2003.
- Townsend EA, Polatajko HJ. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy visions for health, well-being, & justice through occupation* (2. Aufl.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE; 2013.
- Ven L van der, Post M, Krumeich A, Witte L de. *Beter omgaan met perspectieven op revalidatie*. Hoensbroek: iRv, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap; 2006.
- Verhoef J, Zalmstra A. *Beroepscompetenties ergotherapie* (2. Aufl.). Een toekomstige beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut. Den Haag: Boom; 2013.
- Weijden T van der, Sanders-van Lennep A. *Keuzehulp voor de patiënt*. Huisarts & Wetenschap, 2012;55:516–521.
- Womack JP, Jones DT. *Handboek Lean Solutions*. Amstel uitgevers; 2010.

8 Der Ergotherapeut

„Geh zu den Menschen, arbeite mit ihnen, lerne von ihnen, respektiere sie, beginne mit dem, was sie kennen und nutze das, was sie haben. Und wenn die Arbeit gemacht ist und die Aufgabe erledigt, werden die Menschen sagen: Das haben wir selbst geschafft!“

Lao Tse (700 v. Chr.)

Keywords

- klientenzentriert
- betätigungsbasiert
- kontextbasiert
- evidenzbasiert
- technologiebasiert
- populationsbasiert
- Use of self
- Kreativität
- Kompetenzen
- Enablement Skills
- Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE)
- Direktzugang zur Ergotherapie
- Berufskodex und Verhaltensstandards in der Ergotherapie
- Leadership in Enabling Occupation (LEO-)Modell

Rehapan

Hanna Everts arbeitet schon seit Jahren als Ausländerbeauftragte bei einem großen Transportunternehmen. Ihr Antrieb und ihre Einsatzbereitschaft sind sehr hoch und häufig arbeitet sie länger, um alles zu erledigen. Aufgrund einer Muskelerkrankung geht ihre körperliche Leistungsfähigkeit seit einigen Jahren allmählich zurück. Sie ermüdet rascher und hat immer weniger Kraft. Die Kombination aus Arbeit und anderen Aktivitäten fällt ihr zunehmend schwer. Die Arbeit ist jedoch so wichtig für sie, dass sie diese nach Möglichkeit weiterhin im vollen Umfang leisten können will. Während der Kontrolluntersuchung bei ihrem Reha-Arzt thematisiert sie ihre Sorgen und wünscht sich eine Beratung. Gemeinsam erstellt man einen Plan, um zum einen ihre Kondition zu verbessern und zum anderen ihre Energie optimal über den Tag zu verteilen. Mit ihrem Ergotherapeuten spricht sie über ihr Dilemma, gerne sportlich aktiv zu werden, um ihre Ausdauer zu steigern, aber dafür nach der Arbeit nicht mehr genügend Kraft zu haben. In der nächsten Woche steht für Hanna ein Gespräch mit dem Betriebsarzt an. Gemeinsam mit dem Ergotherapeuten bereitet sie dieses Gespräch vor. Sie möchte um eine Anpassung ihrer Arbeitszeiten bitten. Bisher arbeitet sie vier Tage voll und hat mittwochs frei. Sie würde gerne zweimal wöchentlich

morgens Sport treiben und an diesen Tagen anderthalb Stunden später mit der Arbeit beginnen und dafür an ihrem freien Tag von zu Hause aus Mails bearbeiten. Sie möchte auch gerne beschreiben, dass sie nicht mehr so viele Aufgaben gleichzeitig bewältigen kann. Sollte das nicht gelingen, möchte sie mit dem Betriebsarzt abklären, ob sie sich für vier Stunden krankschreiben lassen kann und nach Möglichkeit für diese Zeit als arbeitsuntauglich gilt.

In der Folgewoche berichtet Hanna erleichtert, dass das Gespräch besser verlaufen sei, als sie es erwartet hatte. Der Betriebsarzt hielt es für eine gute Idee, vor der Arbeit Sport zu treiben. Mit ihrem Vorgesetzten sei dies auch alles bereits besprochen worden. Auch bekam ihre Sekretärin den Auftrag, ihre Agenda so zu planen, dass es keine Termine vor 9.00 Uhr und nach 16.00 Uhr gibt und dass genügend Erholungsphasen in den Zeiten zwischen den Terminen angelegt sind. An den Tagen, an denen jetzt morgens Sport im Kalender steht, gibt es den ersten Termin erst nach 11.00 Uhr. Neue Aufträge werden erst eingeplant, wenn dafür Zeit da ist.

8.1 Einleitung

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Die Ergotherapie kennt drei Hauptpole: das Betätigen, den Klienten und den Ergotherapeuten. Das Betätigen steht praktisch in jedem Kapitel dieses Buches im Mittelpunkt. In Kap. 7 dreht sich alles um den Klienten und in diesem Kapitel um den Ergotherapeuten, der sich mit dem Klienten (der Person in ihrem System, der Organisation oder der Population) zusammen daran macht, das Betätigen zu ermöglichen (enabling occupation). Dabei geht es um Menschen, die aufgrund von Behinderungen, durch ihr Altern oder aufgrund von schwierigen sozialen Bedingungen das Betätigen nicht mehr zufriedenstellend umsetzen können. In diesem Kapitel widmen wir uns sechs Prinzipien oder Grundlagen der Berufsausübung eines Ergotherapeuten:

- klientenzentriert
- betätigungsbasiert (occupation based)
- kontextbasiert
- evidenzbasiert
- technologiebasiert
- populationsbasiert.

Bei der Ermöglichung des Betätigens ist das Verhältnis zwischen dem Klienten und dem Ergotherapeuten ein wichtiger Baustein (Polatajko et al. 2015). Der Ergotherapeut setzt neben seinem Wissen über die therapeutischen Möglichkeiten im Hinblick auf das Betätigen und

der Erfahrung mit diesen auch sich selbst ein (use of self), und zwar als Person mit Empathie, Humor, Tatkraft oder auch anderen Eigenschaften. Kreativität ist eine Qualität, mit deren Hilfe Chancen und Möglichkeiten erkannt oder erzeugt werden können. In diesem Kapitel werden der „Use of self“ und die Kreativität etwas näher unter die Lupe genommen. Zudem erfolgt eine Beschreibung der Berufskompetenzen eines Ergotherapeuten, wobei der Zusammenhang zu den „enablement skills“ hergestellt wird, die bei den Kompetenzen „Behandeln und Begleiten“, „Beratung von Dritten“ und „Stützen und Stärken“ eingesetzt werden.

Eine wichtige Fertigkeit bei all diesen Kompetenzen ist das Erkennen von ethischen Dilemmas und der Umgang mit diesen. Unter Kap. 8.7 „Berufskodex und Verhaltensstandards in der Ergotherapie“, steht das ethische Reasoning im Mittelpunkt. Am Ende des Kapitels wird schließlich auf die Personal Leadership und das kanadische Modell der „Leadership in Enabling Occupation“ (LEO) eingegangen. Für den Beruf ist es wichtig, als Ergotherapeut Personal Leadership erkennen zu lassen und den Mehrwert des Betätigens und der Ergotherapie in die Gesellschaft hinauszutragen. Aus diesem Grunde ist das LEO-Modell für alle Ergotherapeuten wichtig.

8.2 Ausgangspunkte in der Ergotherapie

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Im Berufsprofil werden vier Ausgangspunkte der Ergotherapie beschrieben: klientenzentriert, betätigungsbasiert, kontextbasiert und evidenzbasiert (Hartingsveldt et al. 2010). Neuere Erkenntnisse haben zur Ergänzung zweier weiterer Denkansätze geführt: technologiebasiert und populationsbasiert. Um diese Denkansätze soll es im Weiteren gehen.

8.2.1 Klientenzentriert (client-centered)

Seit über 30 Jahren steht die Klientenzentrierung im Mittelpunkt der Ergotherapie. Der kanadische Berufsverband gab 1983 die erste Leitlinie für die klientenzentrierte Praxis in der Ergotherapie heraus (CAOT u. NHW 1983). Dann veröffentlichte der Weltverband WFOT im Jahre 2010 ein Positionspapier zur Klientenzentrierung, in dem festgeschrieben wurde, dass die Ergotherapie klientenzentriert arbeitet und dass Ergotherapeuten in ihren Beziehungen zu den Klienten personenorientiert sind (WFOT 2010). Die klientenzentrierte Arbeit basiert auf dem Werk des amerikanischen Psychologen Carl Rogers (Rogers 1942).

Ergotherapeuten sprechen in erster Linie von Klienten und nicht von Patienten. Der Begriff Klient impliziert die

aktive Partizipation und stärkt die Arbeitsbeziehung, in deren Zentrum der Dialog steht (Mroz et al. 2015, Townsend u. Polatajko 2013). Aus professioneller Sicht zeichnet sich die klientenzentrierte Arbeit durch eine Zusammenarbeit aus, welche die Autonomie des Klienten fördert und respektiert und die Rechte des Klienten unterstützt und für diese eintritt. In der kanadischen Definition der Klientenzentrierung wird dies deutlich:

„Ergotherapeuten treten ihren Klienten respektvoll entgegen, lassen sie an der Entscheidungsfindung teilhaben, streiten mit und für die Klienten um die Verwirklichung ihrer Belange und berücksichtigen die Erfahrung und das Wissen der Klienten“ (CAOT 1997).

In diese Definition sind verschiedene Konzepte wie Respekt, Zusammenarbeit, partizipative Entscheidungsfindung und die Wertschätzung des Klientenbeitrages integriert (Mroz et al. 2015). Bei der Gestaltung der ergotherapeutischen Intervention liegt das größere Gewicht auf Gleichwertigkeit und Dialog (Sumsion u. Law 2006). Bei der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) geht es um die Übertragung der „Macht“ an den Klienten, wodurch eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen dem Klienten und dem Ergotherapeuten entsteht (Mroz et al. 2015). So wird der Klient zum Regisseur des Prozesses und seiner Hoffnungen. Wünsche und Träume stehen im Mittelpunkt. Diese aktive Teilhabe an der Entscheidungsfindung ist ein wichtiges Instrument für den klientenzentriert arbeitenden Professional. Es stimuliert den Prozess, bei welchem dem Klienten dabei geholfen wird, die richtigen eigenen Entscheidungen während der Intervention zu treffen (Groen et al. 2016). In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass dies funktioniert: Die Klienten sind besser informiert, sind sich der Vor- und Nachteile bestimmter Entscheidungen stärker bewusst, zeigen sich häufiger zufrieden und zweifeln weniger an den gefassten Beschlüssen (Stacey et al. 2011).

In Literaturstudien zeigte sich, dass es bisher nur wenige Untersuchungen darüber gibt, wie der Klient selbst zu der klientenzentrierten Arbeit des Ergotherapeuten steht (Hammell 2013). Hammell schloss daraus, dass die Theorie der klientenzentrierten Arbeit nur in unzureichendem Maße mit den Klienten zusammen entwickelt wurde. Obwohl es viele hervorragende klientenzentrierte Ergotherapiepraxen gibt, existieren doch auch Hinweise dafür, dass der klientenzentrierte Ausgangspunkt in der Praxis nicht immer angewendet wird. Dies erfordert von den Ergotherapeuten die kritische Reflexion des eigenen klientenzentrierten Arbeitens (Hammell 2013 u. 2015). Es handelt sich dabei um einen kontinuierlichen Prozess, in dem der Ergotherapeut die Klientenzentriertheit immer noch einen Schritt weitertreibt.

Mit dem neuen Gesundheitsbegriff nach Huber et al. (2011) und der Paradigmenverschiebung von der Krankheit und Versorgung hin zu Gesundheit, Lebensstil und gesellschaftlicher Verantwortung (RVZ 2010, Hoogervorst

u. Zwieten 2014) hat auch eine neue Sichtweise Einzug gehalten, die dem Bürger und dem Klienten wieder mehr Eigenregie zugesteht. Die klientenzentrierte Ergotherapie schreitet bei dieser Entwicklung voran.

8.2.2 Betätigungsbasiert (occupation based)

„Das Betätigen ist ein zentrales strukturierendes Element, eine „Brille“, mit der ein Ergotherapeut die Bedürfnisse seiner Klienten erkennen kann“ (Yerxa 1998).

Petra

Petra arbeitet als Künstlerin. Seit anderthalb Jahren leidet sie unter zunehmendem Schmerzen und Kraftverlust in Schulter, Arm und Hand der rechten Seite. Die Arbeit an der Leinwand ist für sie zugleich auch Hobby und Leidenschaft. Aufgrund ihrer Beschwerden gelingt es ihr nicht mehr, sich ganz in der Arbeit an großen Leinwandbildern zu verlieren. Auch das Unterrichten in Kursen belastet sie jetzt zu sehr. Letzteres würde sie jedoch gerne beibehalten, zumal es ihr ein Einkommen beschert. Bei der Analyse ihrer einzelnen Tätigkeiten zeigt sich, dass das Zurechtstellen ihrer Arbeitsmaterialien sowie das Herbeiholen eines Projektors aus einem Schrank sehr belastende Aktivitäten sind, welche ihre Beschwerden verstärken. In einem Gespräch über die Möglichkeit der Anpassung ihrer Umwelt kam die Möglichkeit ins Gespräch, die Kursteilnehmer in die vorbereitenden Tätigkeiten einzubeziehen. Petra vertrat bisher stets die Ansicht, dass zu Beginn des Unterrichts alles bereit sein sollte, doch den Kursteilnehmer gefällt es sogar, diese Dinge zu Beginn zu tun. Petra hofft nun, in absehbarer Zeit auch wieder große Leinwandbilder erstellen zu können und fängt zunächst einmal mit kleineren Bildern an, wobei sie den Arm auf einer Armstütze ablegt. Zudem legt sie häufigere Pausen ein.

Was den Ergotherapeuten von den anderen Professionals unterscheidet, ist die Ausrichtung auf das Betätigen und speziell auf die Aktivitäten, die für eine Person wichtig sind und nicht mehr wunschgemäß ausgeführt werden können. Um dies herauszufinden, eignet sich ein Gespräch über das Betätigen mithilfe des Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al. 2014). Dabei bittet der Ergotherapeut den Klienten darum zu berichten, wie ein durchschnittlicher Tag aussieht und welche alltäglichen Aktivitäten er nicht wie gewünscht ausführen kann. Bei Petra ging es dabei nicht nur um das Malen und das Unterrichten, sondern auch um die Haushaltsführung und das Schlafen. Durch den Einsatz des COPM können sowohl der Klient als auch der Ergotherapeut ein besseres Gefühl für die Bedeutung der Aktivitä-



Abb. 8.1 Wortwolke der Begriffe, mit denen Klienten die Besonderheiten der Ergotherapie beschreiben (Dongen et al. 2016).

ten bekommen und anschließend Prioritäten setzen. Bei Petra lag die oberste Priorität im Unterrichten.

Die Ausrichtung auf das Betätigen ist der Ausgangspunkt in der Ergotherapie. Es bestimmt das Argumentieren und das Betätigen. Dass Ergotherapeuten tatsächlich während der Intervention auf das Betätigen fokussiert sind, zeigte sich in einer kleinen qualitativen Studie an 12 Personen, die sich einer ergotherapeutischen Behandlung unterzogen hatten. Sie wurden gebeten, das Einzigartige an der Ergotherapie zu beschreiben. Die Ergotherapiestudierenden, welche diese Untersuchung durchgeführt hatten, erstellten eine Wortwolke aus den am häufigsten gebrauchten Begriffen, wobei das „Tun“ im Mittelpunkt stand (Dongen et al. 2016; ► Abb. 8.1).

Ergotherapeuten arbeiten betätigungsbasiert (occupation based), da sie ihre Beobachtungen bei der Durchführung täglicher Aktivitäten einsetzen, um z.B. mehr über die Bedingungen des Betätigens in Erfahrung zu bringen. Ein Beispiel dafür ist der Einsatz von Assessments, die auf Betätigungen ausgerichtet sind, wie das Assessment of Motor and Process Skills (AMPS; Fisher u. Jones 2011) und das PRPP-System (perceive, recall, plan and perform; Chapparo u. Ranka 2008). Ergotherapeutische Interventionen sind betätigungsbasiert, wenn es um alltägliche Aktivitäten geht, wie etwa beim Wiedererlernen von Aufgaben im Haushalt nach einem Schlaganfall. Der Nutzen der betätigungsbasierten Intervention zeigt sich vor allem, wenn

- Betätigungen ausgeübt werden, die eine Person in ihrem Alltag anwendet,
- diese Betätigungen das Ziel des Klienten sind und wenn
- Menschen in dieser Betätigung aufgehen können, da sie diese erfüllt (Flow), weil sie dadurch etwas erreichen können oder weil die Betätigung mit der Genesung in Zusammenhang steht (Fisher 2014).

Veränderung durch Betätigung

Veränderung durch Betätigung bedeutet:

- Entwicklung des Betätigens
- Wiedererlernen des Betätigens
- effektiveres Betätigen
- sichereres Betätigen
- Erhalt des Betätigens
- Umgang mit dem Verlust des Betätigens.

Die Veränderung von Betätigungsrouinen bedarf der sorgsamsten Unterstützung, wobei der Ergotherapeut die Motivation des Klienten zur Veränderung anspricht (Hartingsveldt et al. 2009). Nicht die Gründe des Ergotherapeuten zur Veränderung, sondern die des Klienten werden letztlich den Wandel im Betätigen in Gang setzen. Unterstützend wirken dabei ein direkter Gesprächsstil sowie eine motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing, MI). Das MI unterstützt die Veränderung eines Betätigungsmusters durch Aufklärung und Auflösung der mit einer Veränderung verbundenen Ambivalenzen (Miller u. Rollnick 2014). Sie zielt auf eine Verhaltensänderung ab und passt somit zur Ergotherapie, bei der die Veränderung durch Betätigung im Mittelpunkt steht. MI basiert auf dem Stages-of-Change-Modell von Prochaska und DiClemente (2002; ► Abb. 8.2), das verschiedene Stadien eines Veränderungsprozesses abgrenzt:

- Im Stadium der Sorglosigkeit (precontemplation) haben Personen keine Absicht, ein problematisches Verhalten oder die Ausführung einer Betätigung zu verändern.
- Im Stadium der Bewusstwerdung (contemplation) werden die Vor- und Nachteile abgewogen und der Beschluss zur Änderung des Betätigens gefasst.
- Im Vorbereitungsstadium (preparation) wird die Veränderung des Betätigens konkret geplant.

- Im Handlungsstadium (action) wird die veränderte Betätigung gezeigt.
- Im Aufrechterhaltungsstadium (maintenance) wird die veränderte Betätigung etabliert.

Wenn die neuen Betätigungsrouinen nicht fortgeführt werden, kommt es zu einem Rückfall in ein früheres Stadium (relaps). Eine Person kann in jedem Stadium des Modells ein- oder auch aussteigen. Die Grundlage des MI besteht darin, dass Menschen im Allgemeinen besser durch Gründe überzeugt werden, die sie selbst entdecken, als durch Argumente, die von außen an sie herangetragen werden. Die Kernelemente des MI sind:

- eine personenzentrierte Form der Hilfestellung, um den häufigen Ambivalenzen im Hinblick auf eine Veränderung zu begegnen
- für eine oder mit einer Person, nicht an einer oder bei einer Person
- Partnerschaft, Akzeptanz, Mitgefühl und Stimulation stehen im Zentrum
- Akzeptanz, Empathie, Unterstützung der Autonomie und der Konsolidierung
- stimulieren, was bereits da ist, nicht etwas hinzufügen, was fehlt (Miller u. Rollnick 2014).

Es klingt ganz einfach, doch erfordert die Umsetzung viel Übung und häufig auch eine Verbesserung der sozialen und kommunikativen Fertigkeiten des Ergotherapeuten.

8.2.3 Kontextbasiert (context-based)

Die Ergotherapie findet am besten innerhalb und mit der eigenen Umwelt des Klienten statt. Dieses kontextbasierte Arbeiten findet sich immer häufiger in der ergotherapeutischen Berufspraxis. Untersuchungen konnten zeigen, dass Interventionen im Kontext effektiv sind. Beispiele dafür sind Studien zur Ergotherapie bei Menschen mit mäßiger Demenz und ihren Angehörigenpflegern (Graff et al. 2008) sowie zur Ergotherapie bei Parkinson-Patienten und ihren Angehörigenpflegern (Sturkenboom et al. 2014). Aus Untersuchungen von Darrah et al. (2011) geht hervor, dass Kinder, Eltern und Therapeuten das Arbeiten in der eigenen Umwelt des Kindes als sehr angenehm empfinden. Dem entgegen stehen logistische Schwierigkeiten bei der Durchführung einer Intervention in der eigenen Umwelt wie etwa die Anfahrtszeit des Therapeuten und ein voller Terminkalender der Eltern. Die Intervention findet meist in einem Pflegeheim oder in eigener Praxis statt. In den Niederlanden ist mit Änderungen im Versicherungssystem und dem Direktzugang zur Ergotherapie der Anteil der Ergotherapeuten in freier Praxis von 4 % im Jahre 2004 und 15 % in 2011 auf 22 % im Jahre 2014 angestiegen (Hassel u. Kenens 2014). Wenn die Arbeit in der eigenen Umwelt des Klienten nicht möglich ist, weil er z. B. in einem Krankenhaus oder in einem

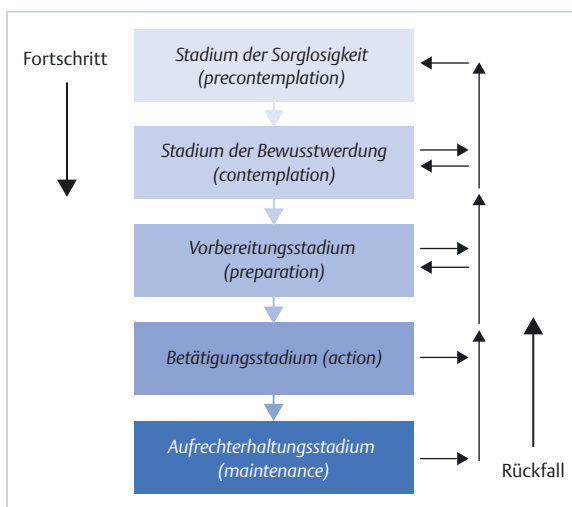


Abb. 8.2 Stages-of-Change-Modell (Prochaska et al. 2002).

Rehazentrum liegt, so ist die Umwelt der Betätigungsfrage der Ausgangspunkt für die ergotherapeutische Intervention.

Die häusliche, Arbeits- und Lernumwelt ist der Ausgangspunkt bei der Auflistung und Priorisierung der ergotherapeutischen Fragestellungen. Während der Intervention wird ein Betätigungsbezug angestrebt, der denkbar nahe an die tatsächliche häusliche, Arbeits- und Lernumwelt heranreicht (Hartingsveldt et al. 2010). Das kontextbasierte Arbeiten in einer Einrichtung bietet einige Herausforderungen und verlangt vom Ergotherapeuten, sich weiter um die Arbeit im Kontext der Betätigungsfrage zu bemühen.

Bei der Arbeit in und mit einer Organisation wird immer in der Organisation und kontextbasiert gearbeitet. In einem Pflegeheim trägt der Ergotherapeut neben der individuellen Versorgung etwa auch zum Wohnklima bei und gibt Anregungen zur Tagesgestaltung. Kinderergotherapeuten sind sowohl im regulären als auch im Sonder-Schulunterricht in und mit der Umwelt tätig. Beispiele dafür sind etwa die Mitgestaltung der offenen Ganztagschule (OGS) oder das Coachen der Lehrkräfte bei der Unterstützung von Kindern mit Schreibschwäche oder Aufmerksamkeitsdefiziten in der Klasse. Die Arbeit im Kontext leistet einen positiven Beitrag zur Weitergabe des erlernten Wissens an andere Professionals und an den Klienten.

8.2.4 Evidenzbasiert (evidence-based)

Die Nutzung von Evidenzen in der Praxis erfordert eine Kultur, in der die Expertise des Klienten, des Ergotherapeuten und wissenschaftliche Erkenntnisse so integriert



Abb. 8.3 Elemente der evidenzbasierten Praxis (EBP) im Gesellschafts- und im Praxiskontext (Logister-Proost 2007).

werden, dass jedem Klienten (als Person, Organisation oder Population) die effektivste und geeignetste Intervention zuteil wird (Townsend et al. 2013c).

Die meisten Definitionen der Evidence-based Practice (EBP) unterscheiden drei Elemente für Evidenzen oder Beweise:

- die Expertise des Klienten (Kool u. Bramsen 2016)
- die professionelle Expertise (Verhoef u. Quist 2016)
- Beweise aus wissenschaftlichen Untersuchungen (Verhoef et al. 2016).

Daneben spielt bei all diesen Elementen der Kontext eine Rolle. Das gilt für die Normen und Werte von Klient oder Ergotherapeut und deren Umwelt sowie für die Anwendung wissenschaftlicher Beweise am Individuum (Kuiper et al. 2016). Aus diesem Grunde wurde in der ► Abb. 8.3 dem EBP-Modell auch der Kontext als viertes Element hinzugefügt (Logister-Proost 2007).

8.2.5 Technologiebasiert (technology-based)

Die technischen Entwicklungen vergrößern die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und führen zu neuen technischen und medizinischen Hilfsmitteln und Maßnahmen. Der Einfluss dieser Entwicklungen auf das Verhältnis zwischen Klient und Therapeut und auf den Ort der therapeutischen Interventionen wird stetig zunehmen. Die Versorgung der Menschen wird von den zeitlichen und örtlichen Bedingungen unabhängiger. Diese Entwicklung macht auch vor den Professionals nicht halt. Sie werden die neuen Technologien in ihre Arbeit integrieren und den Klienten im Umgang damit beraten und begleiten. Zudem fällt dem Professional auch eine Rolle bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer technischer Anwendungen zu, sodass er die Dinge verwenden kann, die wirklich einen deutlichen Mehrwert schaffen (Vereniging Hogescholen 2015a). Bei jeder Intervention stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten, Technologien auf der Ebene der Person und ihres Systems, der Organisation und der Population einzusetzen (Kap. 11.10.1).

Technische Assistenzsysteme

Assistenzsysteme, wie etwa bei der Überwachung von Aktivitäten älterer Menschen, kommen immer mehr zum Einsatz und ermöglichen es z. B., länger in der eigenen Umwelt wohnen zu können. Eine qualitative Untersuchung von Pol et al. (2014) zeigte, dass ältere Menschen einem sensorgesteuerten Monitoring positiv gegenüber eingestellt sind, da sie dadurch ein größeres Sicherheitsgefühl bekommen und aktiver bleiben. Der Aspekt der Privatsphäre spielte bei dieser Gruppe älterer Menschen keine Rolle.

8.2.6 Populationsbasiert (population-based)

Ein Ergotherapeut arbeitet nicht nur mit Individuen, sondern kann auch einen Beitrag für die soziale Partizipation von Personengruppen in der Gesellschaft leisten. Aus der gesellschaftlichen Perspektive wirkt sich die Gesellschaft auf die Gesundheit des Menschen aus (Townsend et al. 2013b). Die populationsbasierte Versorgung richtet sich spezifisch auf vulnerable Personengruppen, wie etwa Menschen mit leichter geistiger Behinderung, demente Ältere oder Flüchtlinge. Die integrierte Versorgung (Valentijn et al. 2013) umfasst neben der individuellen Perspektive auch die gesellschaftliche (populationsbasierte Versorgung).

Die populationsbasierte Versorgung zielt auf die Verbesserung der Gesundheit in einer Population. Die Versorgung einer bestimmten Population berücksichtigt die Merkmale und Nöte der Bevölkerung auf z. B. der politischen, ökonomischen, sozialen und ökologischen Ebene. Sie nimmt einen integralen Blickwinkel ein und schaut auf die Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen und sozialen Fragen (Valentijn et al. 2013).

Auf der Populationsebene besteht die Aufgabe der sozialen Versorgungsteams vor Ort, neben der Versorgung der individuellen Personen und ihrer Systeme, in der Stärkung des nachbarschaftlichen Zusammenhalts und der sozialen Kohäsion. Sie bringen Menschen zusammen und stimulieren gemeinsame Aktivitäten. Ergotherapeuten können auf dieser Ebene top-down aus einer Community-based-Perspektive arbeiten und bottom-up aus der Community-development-Perspektive (Kap. 3). Ergotherapeuten werden wohl in zunehmendem Maße bei Organisationen als Projektbegleiter tätig, die innovative Partizipationen zum Wohle von Populationen fördern.

Gesund und aktiv älter werden

Im Amstelhuis in Amsterdam arbeiten ältere Menschen gemeinsam in der Gruppenintervention „Gesund und aktiv älter werden“, die maßgeblich im Lektorat Ergotherapie der Hochschule Amsterdam entwickelt wurde. Die Themen der Gruppentreffen stimmt der Ergotherapeut inhaltlich mit Gruppenmitgliedern ab. Es geht darin um die Klärung von Fragen, um die soziale Partizipation und die Stärkung der Eigenregie (Heijmans et al. 2012).

8.3 Persönliche Qualitäten

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Bei der Ermöglichung des Betätigens greift der Ergotherapeut die Wünsche des Klienten und dessen Umwelt auf. Dies erfordert Empathie, Flexibilität, Kreativität, Mitdenken, Problemlösungsstrategien, mitunter auch ein direktes Vorgehen sowie ggf. auch eine relativierende Haltung und/oder einfach Humor. In den folgenden beiden Abschnitten geht es speziell um das Einbringen der eigenen Person in die Therapie und den Einsatz von Kreativität, also das Suchen nach Möglichkeiten und das Umgehen mit Möglichkeiten.

8.3.1 Use of self – Der Einsatz der eigenen Person

Der Einsatz der eigenen Person (Use of Self, UoS) als therapeutisches Mittel in der Ergotherapie wurde bereits in den 1980er-Jahren als der bewusste Einsatz der eigenen Reaktionsweisen im Verhältnis zum Klienten beschrieben (Mosey 1986). Hagedorn (1995) definiert ihn als bewussten, selektiven oder auch intuitiven Einsatz der eigenen Möglichkeiten und Merkmale (Persönlichkeit, Haltung, Werte und Reaktionsweisen) im Interesse einer effektiveren Intervention. Dabei wird nicht erwartet, dass der Therapeut perfekt reagiert, sondern dass er sich seiner eigenen Möglichkeiten und Grenzen bewusst ist und dabei im Verhältnis zum Klienten sensibel, ehrlich, integer und authentisch auftritt. Polatajko et al. (2015) haben kürzlich den UoS als zielbewussten und geplanten Einsatz von persönlichem Verhalten, Überzeugungen, Empfindungen, Werturteilen, Fertigkeiten und Wissen beschrieben, wodurch die Arbeitsbeziehung mit dem Klienten optimiert und die Veränderung im Betätigten ermöglicht werden soll.

Es konnte gezeigt werden, dass die Qualität des Verhältnisses zwischen Klient und Therapeut für das Erreichen von Zielen, die Umsetzung von Plänen und das Gefühl der Zufriedenheit beim Klienten von entscheidender Bedeutung ist. Aber auch das Gefühl von Kompetenz und Freude bei der Arbeit beim Therapeuten hängt damit zusammen. Eine Änderung des Betätigens ist ohne das aktive Mitwirken des Klienten unmöglich. Um einen Wandel zu unterstützen, muss man herausfinden, welchen Wert und welche Bedeutung jemand einer Aktivität beimisst und wie derjenige seine Möglichkeiten zur Durchführung dieser einschätzt. Diese Punkte beeinflussen die Motivation und die Intention zu einer Änderung des Betätigens (Polatajko et al. 2015).

Cole und McLean (2003) befragten 129 Ergotherapeuten aus verschiedenen Arbeitsfeldern. Dabei wurden von den Therapeuten die Punkte offene Kommunikation, guter Kontakt und Empathie als wichtige Faktoren eines guten Klient-Therapeut-Verhältnisses und als entschei-

8.2.6 Populationsbasiert (population-based)

Ein Ergotherapeut arbeitet nicht nur mit Individuen, sondern kann auch einen Beitrag für die soziale Partizipation von Personengruppen in der Gesellschaft leisten. Aus der gesellschaftlichen Perspektive wirkt sich die Gesellschaft auf die Gesundheit des Menschen aus (Townsend et al. 2013b). Die populationsbasierte Versorgung richtet sich spezifisch auf vulnerable Personengruppen, wie etwa Menschen mit leichter geistiger Behinderung, demente Ältere oder Flüchtlinge. Die integrierte Versorgung (Valentijn et al. 2013) umfasst neben der individuellen Perspektive auch die gesellschaftliche (populationsbasierte Versorgung).

Die populationsbasierte Versorgung zielt auf die Verbesserung der Gesundheit in einer Population. Die Versorgung einer bestimmten Population berücksichtigt die Merkmale und Nöte der Bevölkerung auf z. B. der politischen, ökonomischen, sozialen und ökologischen Ebene. Sie nimmt einen integralen Blickwinkel ein und schaut auf die Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen und sozialen Fragen (Valentijn et al. 2013).

Auf der Populationsebene besteht die Aufgabe der sozialen Versorgungsteams vor Ort, neben der Versorgung der individuellen Personen und ihrer Systeme, in der Stärkung des nachbarschaftlichen Zusammenhalts und der sozialen Kohäsion. Sie bringen Menschen zusammen und stimulieren gemeinsame Aktivitäten. Ergotherapeuten können auf dieser Ebene top-down aus einer Community-based-Perspektive arbeiten und bottom-up aus der Community-development-Perspektive (Kap. 3). Ergotherapeuten werden wohl in zunehmendem Maße bei Organisationen als Projektbegleiter tätig, die innovative Partizipationen zum Wohle von Populationen fördern.

Gesund und aktiv älter werden

Im Amstelhuis in Amsterdam arbeiten ältere Menschen gemeinsam in der Gruppenintervention „Gesund und aktiv älter werden“, die maßgeblich im Lektorat Ergotherapie der Hochschule Amsterdam entwickelt wurde. Die Themen der Gruppentreffen stimmt der Ergotherapeut inhaltlich mit Gruppenmitgliedern ab. Es geht darin um die Klärung von Fragen, um die soziale Partizipation und die Stärkung der Eigenregie (Heijmans et al. 2012).

8.3 Persönliche Qualitäten

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Bei der Ermöglichung des Betätigens greift der Ergotherapeut die Wünsche des Klienten und dessen Umwelt auf. Dies erfordert Empathie, Flexibilität, Kreativität, Mitdenken, Problemlösungsstrategien, mitunter auch ein direktes Vorgehen sowie ggf. auch eine relativierende Haltung und/oder einfach Humor. In den folgenden beiden Abschnitten geht es speziell um das Einbringen der eigenen Person in die Therapie und den Einsatz von Kreativität, also das Suchen nach Möglichkeiten und das Umgehen mit Möglichkeiten.

8.3.1 Use of self – Der Einsatz der eigenen Person

Der Einsatz der eigenen Person (Use of Self, UoS) als therapeutisches Mittel in der Ergotherapie wurde bereits in den 1980er-Jahren als der bewusste Einsatz der eigenen Reaktionsweisen im Verhältnis zum Klienten beschrieben (Mosey 1986). Hagedorn (1995) definiert ihn als bewussten, selektiven oder auch intuitiven Einsatz der eigenen Möglichkeiten und Merkmale (Persönlichkeit, Haltung, Werte und Reaktionsweisen) im Interesse einer effektiveren Intervention. Dabei wird nicht erwartet, dass der Therapeut perfekt reagiert, sondern dass er sich seiner eigenen Möglichkeiten und Grenzen bewusst ist und dabei im Verhältnis zum Klienten sensibel, ehrlich, integer und authentisch auftritt. Polatajko et al. (2015) haben kürzlich den UoS als zielbewussten und geplanten Einsatz von persönlichem Verhalten, Überzeugungen, Empfindungen, Werturteilen, Fertigkeiten und Wissen beschrieben, wodurch die Arbeitsbeziehung mit dem Klienten optimiert und die Veränderung im Betätigten ermöglicht werden soll.

Es konnte gezeigt werden, dass die Qualität des Verhältnisses zwischen Klient und Therapeut für das Erreichen von Zielen, die Umsetzung von Plänen und das Gefühl der Zufriedenheit beim Klienten von entscheidender Bedeutung ist. Aber auch das Gefühl von Kompetenz und Freude bei der Arbeit beim Therapeuten hängt damit zusammen. Eine Änderung des Betätigens ist ohne das aktive Mitwirken des Klienten unmöglich. Um einen Wandel zu unterstützen, muss man herausfinden, welchen Wert und welche Bedeutung jemand einer Aktivität beimisst und wie derjenige seine Möglichkeiten zur Durchführung dieser einschätzt. Diese Punkte beeinflussen die Motivation und die Intention zu einer Änderung des Betätigens (Polatajko et al. 2015).

Cole und McLean (2003) befragten 129 Ergotherapeuten aus verschiedenen Arbeitsfeldern. Dabei wurden von den Therapeuten die Punkte offene Kommunikation, guter Kontakt und Empathie als wichtige Faktoren eines guten Klient-Therapeut-Verhältnisses und als entschei-

dende Faktoren eines positiven Interventionsergebnisses benannt (Taylor et al. 2009). Hall et al. (2010) suchten in einer Review nach der Bedeutung der therapeutischen Beziehung und kamen zu dem Ergebnis, dass es einen positiven Zusammenhang zu den Faktoren Compliance, Rückgang depressiver Symptome, Zufriedenheit und verbesserte körperliche Funktionen gibt.

Doch wie lässt sich das in der Praxis umsetzen? Taylor und Puymbroeck (2013) benannten fünf Elemente zum UoS, wobei das narrative Reasoning und eine klientenzentrierte gemeinsame Arbeitsbeziehung im Zentrum stehen:

- Empathie – emotionaler Austausch zwischen Klient und Therapeut, der zu mehr Kommunikation und stärkerer Bindung führt
- Authentizität – Sein und Betätigen in Übereinstimmung mit den eigenen Normen und Werten
- Reflexivität – sich seiner selbst als „anders“ bewusst sein und das eigene Verhalten bewusst anpassen können
- Zusammenarbeit – Formung einer gleichwertigen unterstützenden gemeinsamen Arbeitsbeziehung
- Unterstützung/Ermöglichung des Betätigens.

MI-Trainings können viele Techniken für eine therapeutische Arbeitsbeziehung, d. h. für die Verbindung zwischen Klient und Therapeut, bieten, wie etwa die Basistechniken OARS („open-ended questions, affirmations, reflective listening, summaries“, also: offene Fragen, Bestätigungen, aktives Zuhören, Zusammenfassungen; Miller u. Rollnick 2014).

8.3.2 Kreativität

Von Beginn an war die Kreativität ein Thema im Beruf Ergotherapie. Handwerkliche Aktivitäten und die damit verbundene Kreativität waren immer ein wichtiger Teilaspekt der Ergotherapie und nahmen in der Vergangenheit auch einen prominenten Platz innerhalb des Currikulums ein (Hocking 2008). In den vergangenen 30 Jahren haben Ergotherapeuten jedoch immer seltener kreative Techniken eingesetzt.

Nach Sadlo (2004) ging der Ergotherapie dabei auch etwas verloren. Für sie besteht ein Zusammenhang zwischen Kreativität und dem Erfahren von Gesundheit und Wohlbefinden. Viele zentrale Aktivitäten der ergotherapeutischen Intervention tragen kreative Aspekte in sich. So bricht Sadlo eine Lanze für eine Wiederbelebung der Kreativität in der Ergotherapie, die nicht nur das Denken, sondern auch das Betätigen als Mittelpunkt der Interventionen berühren sollte.

Ergotherapeuten gelten anderen Professionals als kreative Köpfe (Schmid 2004). Bei der Ermöglichung des Betätigens ist die Kreativität als Eigenschaft eines Ergotherapeuten immer noch gefragt. Die Kreativität ist in all ihren verschiedenen Ausprägungen ein fundamentales Thema

in der Ergotherapie (Breines 2016). Kreatives Denken ist die Summe aus Denkgewohnheiten, Denkfertigkeiten, Denktechniken und Denkprozessen, welche die Chance bietet, Muster zu durchbrechen und neue Verschaltungen im Gehirn anzulegen. Ein jeder kann kreativ denken, es lässt sich erlernen und entwickeln. Kreatives Denken beginnt mit einer kreativen Wahrnehmung, wobei die dominante Wahrnehmung verlassen wird und Wahrnehmungssprünge möglich gemacht werden. Dabei werden Urteile und Bewertungen hintangestellt, wodurch Freiräume für neue Ideen gewonnen werden. Flexibles Assoziieren, Brainstorming, divergierendes Denken und die Entwicklung der Vorstellungskraft sind Aspekte des kreativen Denkens (Byttebier 2012). Bei einer kleinen qualitativen Untersuchung an fünf Ergotherapeuten zum Einsatz von Kreativität zeigte sich, dass diese auch im Berufsalltag von Bedeutung ist. Die Teilnehmer verwendeten den Begriff selbst zwar nicht, jedoch ging es um verwandte Kriterien wie Anpassungen, Innovationen, Problemlösungsstrategien, Veränderung, den Flow aufnehmen und das Eingehen von Risiken:

„Die Kreativität ist nicht unsere Grundphilosophie, doch sind nicht der Prozess der Problemlösung, die Anpassung und die Ausschau nach neuen Wegen, Dinge zu tun, etwas grundsätzlich Kreatives?“ (Schmid 2004).

Die Erfolgfelder der Ergotherapie sind die Begleitung und Unterstützung des Klienten und das Finden kreativer Lösungen für Betätigungsfragen sowie die gemeinsame Überlegung und das gemeinsame Ausprobieren von kreativen Anpassungen, die das Betätigen wieder ermöglichen. Breines (2016) bezeichnet das als kreatives Reasoning, das ein Teilaspekt des professionellen Reasonings ist. Der bewusste Umgang mit Kreativität und die Weiterentwicklung des kreativen Denkens ist ein Mehrwert der ergotherapeutischen Interventionen.

8.4 Kompetenzen

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Ein kompetenter Ergotherapeut demonstriert in seinem gesamten Berufsleben das erforderliche Fachwissen, Verständnis, die nötigen Fertigkeiten und die angemessene Einstellung für eine sichere, effektive und effiziente ergotherapeutische Intervention.

Basierend auf dem CanMeds Competency Framework (Frank 2005) und dem kanadischen Berufsprofil (CAOT 2007) werden im niederländischen „Berufsprofil Ergotherapie“ sieben Kompetenzbereiche unterschieden: (1) Experte im Ermöglichen von Betätigungen, (2) eintreten für Partizipationen, (3) zusammenarbeiten, (4) unternehmerisch tätig sein, (5) professionelles Arbeiten, (6) lebenslanges Lernen, (7) kommunizieren (Hartingsveldt et al. 2010). Die in Kanada entwickelte CanMeds-Struktur wird weltweit eingesetzt. Im Jahre 2011 haben die am Qualitätsregister partizipierenden paramedizinischen Berufs-

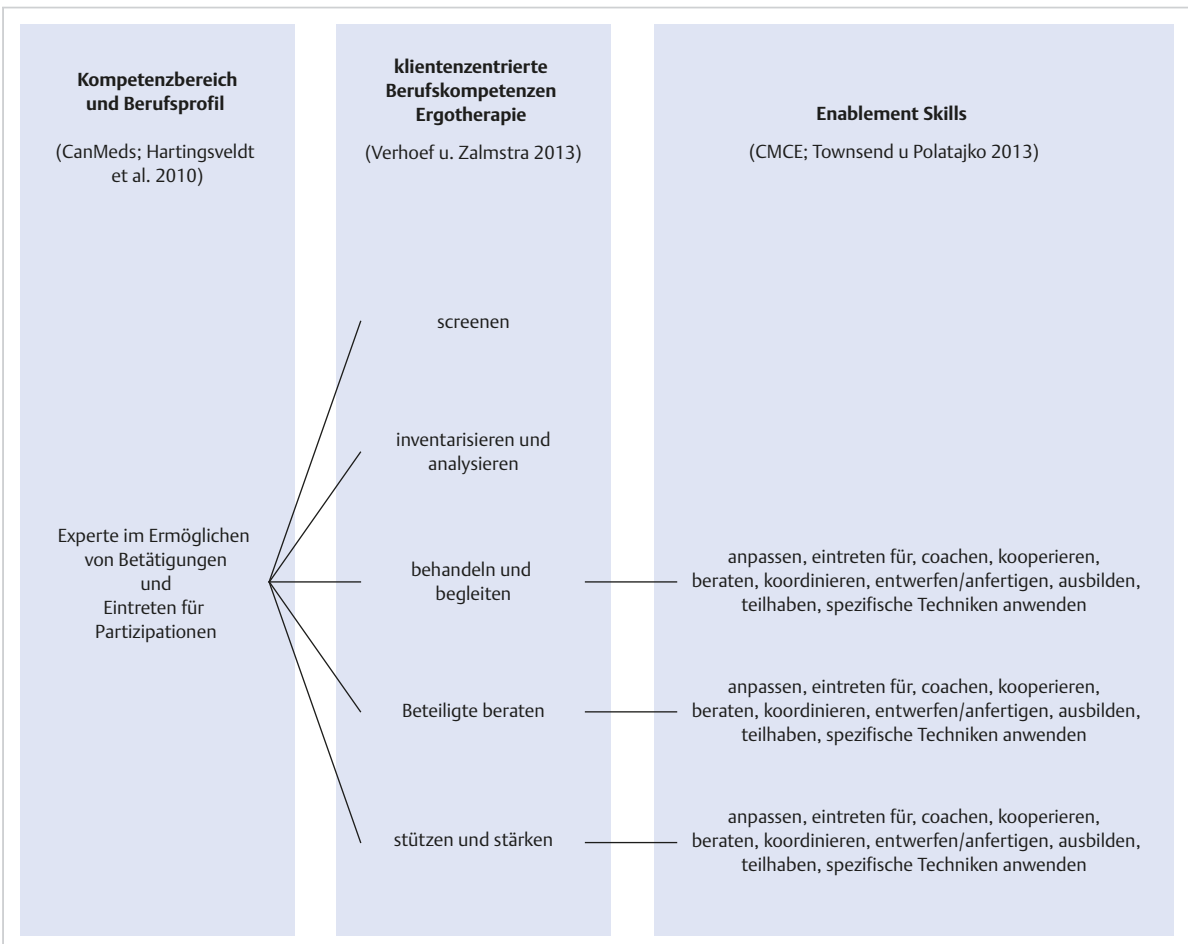


Abb. 8.4 Zusammenhang zwischen den CanMeds-Kompetenzbereichen, der klientenzentrierten „Berufskompetenz Ergotherapie“ und den Enablement Skills (EN 2015).

verbände beschlossen, auch die allgemeinen paramedizinischen Kompetenzen in Anlehnung an die CanMeds zu beschreiben (EN 2015). Der Vorteil besteht darin, dass man in der Diskussion mit anderen Professionals dieselbe Fachsprache spricht.

Die Berufskompetenzen Ergotherapie stellen eine weitere Vertiefung der oben genannten Kompetenzbereiche dar. Diese Fachkompetenzen, die im niederländischen Ergotherapiestudium beschrieben werden, bestimmen das abschließende Niveau des Bachelor-Studiengangs und sind für den Inhalt des Studiengangs und die Prüfungen maßgeblich. Die Fachkompetenzen werden in klienten-, organisations- und berufsorientierte Kompetenzen unterteilt (Verhoef u. Zalmstra 2013; ► Abb. 8.5). Das Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) beschreibt zehn „enablement skills“ (► Abb. 8.5). Alle zehn Enablement Skills können unter den klientenorientierten

Fachkompetenzen „Behandeln und Begleiten“, „Beratung von Dritten“ und „Stützen und Stärken“ eingesetzt werden (Verhoef u. Zalmstra 2013; Veld et al. 2016). Dabei geht es um anpassen (adapt), fürsprechen (advocate), coachen, zusammenarbeiten (collaborate), beraten (consult), koordinieren (coordinate), entwickeln und entwerfen (design/build), informieren (educate), beteiligen (engage) und spezialisieren (specialize; Townsend et al. 2013a; ► Abb. 8.4 und ► Abb. 8.5).

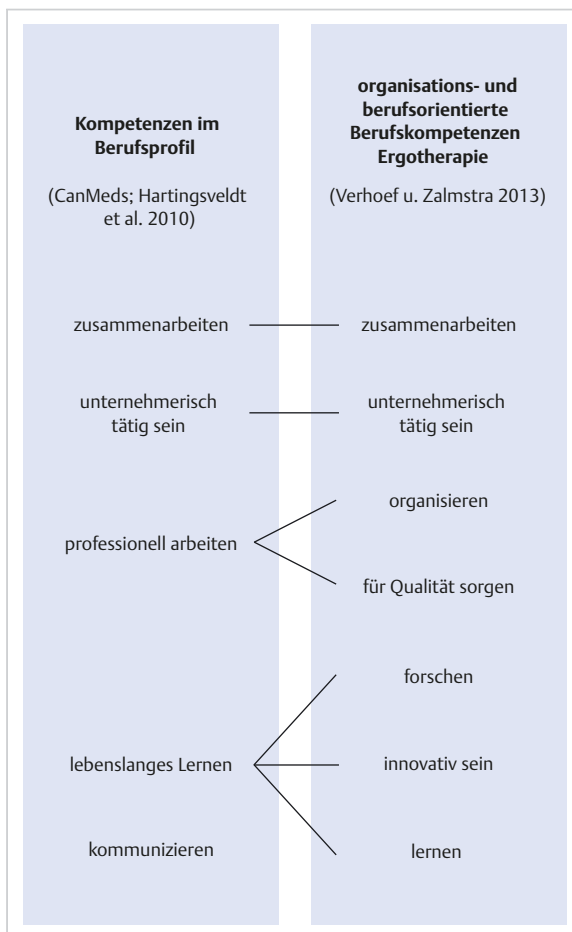


Abb. 8.5 Zusammenhang zwischen den generischen CanMeds-Kompetenzbereichen und den organisations- und berufsorientierten „Berufskompetenzen“ (Verhoef u Zalmstra 2013; Kap. 32; www.thieme.de/ergotherapie_grundlagen).

8.5 Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Das Ermöglichen (enabling) ist eine Kernkompetenz und Teil der Grundlagen einer klientenzentrierten Ergotherapie. Im Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE; Townsend et al. 2013a) stehen beide Konzepte im Mittelpunkt.

Das CMCE (► Abb. 8.6) ist die Verbildlichung des „klientenzentrierten Ermöglichens“. Das Modell besteht aus zwei asymmetrisch gebogenen Linien, welche Dynamik, Veränderung, Vielfalt und die Annahme eines Risikos im Verhältnis zwischen Klient und Professional symbolisieren. Diese asymmetrischen Linien spiegeln die Möglichkeiten der verschiedenen Formen der Zusammenarbeit wider. Die laufende Entwicklung der Zusammenarbeit

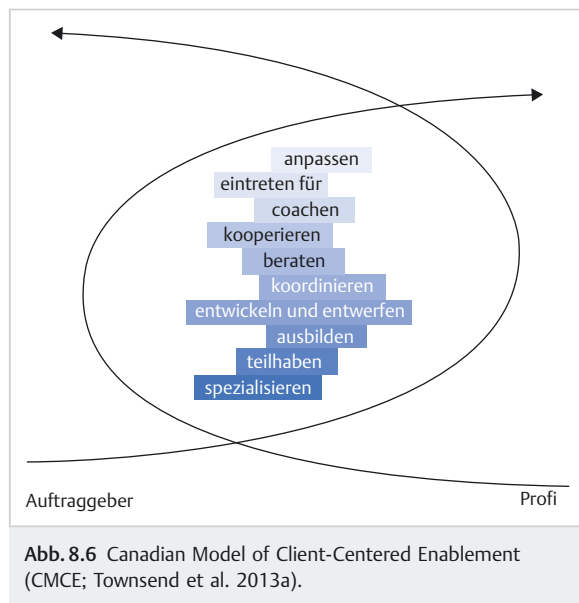


Abb. 8.6 Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE; Townsend et al. 2013a).

zwischen Klient und Therapeut sorgt dafür, dass die Linien nicht symmetrisch, gerade, statisch, standardisiert und auch nicht vorhersagbar sind.

Das Ziel des Verhältnisses zwischen Klient und Ergotherapeut ist das Ermöglichen des Betätigens. Die Teilhabe der Menschen ist der Ausgangspunkt und erfolgt innerhalb der sozialen Strukturen, die das tägliche und gemeinschaftliche Leben beeinflussen. Die Schnittpunkte der Linien stellen im Modell die Grenzen des Klient-Therapeut-Verhältnisses dar. Sie sind die Anfangs- und Endpunkte der Begegnung von Klient und Therapeut und entsprechen den Aktionspunkten „enter/initiate“ und „conclude/exit“ aus dem Canadian Practice Process Framework (CPPF; Craik et al. 2013, Davis et al. 2013). Die Pfeile deuten an, dass beide in unterschiedlichen Richtungen weitermachen was bedeutet, dass der Ergotherapeut den Klienten nur ein Stück weit auf seinem Weg begleitet. Der Klient macht mit seinem Betätigen weiter und der Ergotherapeut macht weiter mit der nächsten gemeinsamen Intervention an einem neuen Kreuzungspunkt mit einem anderen Klienten (Townsend et al. 2013a).

8.5.1 Enablement Skills

Das CMCE (► Abb. 8.6) stellt die Enablement Skills (etwa: Befähigungsfertigkeiten) durch unterschiedlich gefärbte und unterschiedlich große Rechtecke dar. Da jeder Klient in seinem eigenen Kontext einzigartig ist, werden die Skills immer mit veränderten Prioritäten eingesetzt. Die Reihenfolge, in der sie im CMCE-Modell erscheinen und nachfolgend erklärt werden, hängt an der ursprünglich alphabetischen Abfolge im Englischen des kanadischen Ursprungsmodells (Townsend et al. 2007). In der Praxis kann diese Abfolge anders aussehen.

Anpassen (adapt)

„Anpassen“ bedeutet, gemeinsam mit dem Klienten das Betätigen im Kontext bei (drohenden) Betätigungsfragen anzupassen. Dies geschieht mit Individuen ebenso wie mit Organisationen und Populationen (Townsend et al. 2013a). Im Deutschen hat „sich anpassen“ mitunter einen negativen Beigeschmack: Man hat keine Wahl, man kann nicht anders, als sich einer Situation zu unterwerfen, man gibt seine Grundsätze auf. Im Englischen ist „to adapt“ positiver gefärbt und bedeutet, aktiv auf eine neue Situation zu reagieren, wobei man selbst federführend ist.

Das Anpassen des Betätigens ist eine wichtige „enablement skill“ und kann durch Anpassung der Betätigung und/oder des Kontextes erfolgen. Dabei bedient man sich der Gliederung einer Betätigung in ihre Unterteile, um das genau richtige Maß zu finden (just right challenge). Bei der Anpassung des Kontextes wird die physische Umwelt durch Hilfsmittel und Maßnahmen angepasst. Ergotherapeuten unterstützen die Klienten bei der Beantragung solcher Maßnahmen. Auch die soziale Umwelt wird einbezogen, indem z. B. eine Pflegekraft zur Begleitung des dementen Ehepartners beim Wiedereinüben von Betätigungen im Haushalt hinzugezogen wird, oder indem eine Lehrperson darin beraten wird, wie ein Kind mit Schwierigkeiten bei der Arbeitsplanung am gemeinsamen Werkunterricht in der Klasse teilnehmen kann.

Auch bei der Arbeit mit einer Organisation kommt es zu Anpassungen, etwa in einem Wohnprojekt für geistig behinderte Menschen. Der Ergotherapeut konzentriert sich auf die Anpassung der Umwelt, indem er der Gruppenleitung (soziale Umwelt) Hinweise gibt, wie die Kochaktivitäten passend zu den Möglichkeiten der Bewohner und auf ein gemeinschaftliches Handeln ausgerichtet organisiert werden können. Eine Analyse der Betätigung ist oftmals die Basis für die Anpassung des Betätigens.

Fürsprechen (advocate)

Die Fürsprache, das Eintreten oder Argumentieren im Hinblick auf Gesundheit, Wohlbefinden, Inklusion und Gerechtigkeit dient dem Zweck, dass jeder mit seinen täglichen und gesellschaftlichen Betätigungen partizipieren kann.

Das Eintreten für die Partizipation gehört zu den im ergotherapeutischen Berufsprofil aufgeführten Kompetenzen (Hartingsveldt et al. 2010). Dabei geht es um die Bewusstwerdung physischer oder sozialer Barrieren, die dem Betätigen im Wege stehen. Der Ergotherapeut setzt sich aus der Klientenperspektive für die Verwirklichung individueller und/oder sozialer Veränderungen ein (Townsend et al. 2013a). So wird er z. B. für einen Klienten mit amyotrophischer Lateralsklerose (ALS) bei der Gemeinde auf eine kurzfristige Anpassung der Wohnsituation drängen. Auch die Unterstützung des Klienten bei der Durchführung von Aktivitäten, die dieser selbst eigentlich nicht mehr für möglich gehalten hat, ist eine Form des

Eintretens. So wird der Ergotherapeut etwa eine Person mit einer Angststörung so unterstützen, dass sie an einer Aktivität im Gemeindehaus teilnehmen kann.

Ergotherapeuten treten auch für Populationen ein, wie z. B. für Obdachlose mit Schizophrenie. Wohnprogramme für an Schizophrenie erkrankte Menschen senken nachweislich die Obdachlosigkeit und die Zahl der Krankenhaustage (Ewijk et al. 2010). Ein Ergotherapeut kann nach der Aufnahme der Wünsche zum Wohnraum diese mit dem Angebot an Wohnformen und Wohnbegleitprogrammen vergleichen, um Lücken in diesem Angebot ausfindig zu machen und sich bei übergeordneten Instanzen für mehr geeigneten Wohnraum für Personen mit Schizophrenie einzusetzen.

Coachen (coach)

Die International Coach Federation definiert das Coachen als: Zusammenarbeit mit Klienten in einer dynamischen Beziehung, die darauf ausgelegt ist, dass die Klienten selbst aktiv werden, um ihre Träume, Wünsche und Ziele zu verwirklichen (www.coachfederation.de). Der Ausgangspunkt dabei ist die klientenzentrierte Arbeit und die Zusammenarbeit im Dialog. Der Ergotherapeut coacht den Klienten, indem er ihn selbst über Strategien und Lösungsmöglichkeiten nachdenken lässt. Dabei ist die MI als Gesprächstechnik bestens geeignet. Die Ergotherapie richtet sich dann auf das aktive Ausführen der alltäglicher Betätigungen.

Ein Teil des Coachens besteht für den Klienten in der Reflexion und dem Entdecken der eigenen Motivation. Das Coachen erfolgt oft in einem individuellen Setting, in das natürlich Familie, Kollegen oder andere Beteiligte einbezogen werden. Das Coachen von Gruppen ist auch möglich. Der Ergotherapeut sucht dann nach gemeinsamen Mustern im Betätigen der Gruppe (Townsend et al. 2013a). Ein Beispiel dafür ist das Coachen von Personen mit chronischen neurologischen Erkrankungen und allgemeiner Schwäche, die ihr Verhalten an energiesparende Strategien anpassen müssen. Beim Coaching einer Gruppe lohnt es sich, die Erfahrungen und Kenntnisse von Gruppenmitgliedern einzubeziehen (Josten u. Cup 2009). Sie erkennen die Schwierigkeiten anderer wieder und können selbst von den Erfahrungen anderer Gruppenmitglieder lernen. Auch können sie sich gegenseitig inspirieren und zu Veränderungen im Betätigen anspornen. Vom Ergotherapeuten verlangt die Unterstützung des Gruppenprozesses und des Veränderungsprozesses der einzelnen Teilnehmer besondere Fertigkeiten.

Ein anderes Beispiel, bei dem ein Ergotherapeut eine coachende Rolle einnehmen kann, stammt aus der multidisziplinären Leitlinie zur Schizophrenie. Es hat sich gezeigt, dass Klientengruppen mit minimalem Coaching effektiver soziale Kontakte knüpfen können (im Vergleich mit einer Klientengruppe auf einer Warteliste). Diese Zunahme wird vor allem durch Kontakte zu Leidensgenos-

sen auch außerhalb der Gruppentreffen erreicht. Am stärksten profitierten regelmäßig teilnehmende Personen von der Klientengruppe (Ewijk et al. 2010).

Zusammenarbeiten (collaborate)

Die Zusammenarbeit mit dem Klienten ist ein ganz entscheidendes Merkmal der ergotherapeutischen Intervention. Die Aufteilung der Machtposition (power sharing) im Rahmen der klientenzentrierten Arbeit spiegelt die Gleichwertigkeit in der Klient-Therapeut-Beziehung wider, wobei die partizipative Entscheidungsfindung im Mittelpunkt steht (shared decision making). Die Zusammenarbeit stützt sich auf Empathie, Vertrauen und eine kreative Form der Kommunikation. Die Ergebnisse einer Zusammenarbeit im Hinblick auf das Ermöglichen von Veränderungen durch die Person sind besser als die Summe der individuellen Anstrengungen.

In interprofessionellen Teams arbeiten alle Disziplinen gemeinsam mit dem Klienten an seinen Zielen. Bei der Ermöglichung sozialer Veränderungen werden in der Zusammenarbeit die richtige Abstimmung und die Aufteilung der Verantwortungen gesucht und gemeinsame Beschlüsse getroffen. Auf der Ebene von Gemeinschaft, Organisation und Population entwickeln und evaluieren Ergotherapeuten Programme in unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit (Townsend et al. 2013a). Ein Beispiel dafür ist ein Essensprojekt in einer Abteilung eines Pflegeheims. Die Ergotherapeuten arbeiten mit dem zivilen Dienst, der Verpflegungsstelle und den Aktivitätenbegleitern zusammen an der Realisierung des gemeinsamen Zubereitens und der gemeinsamen Einnahme der Mahlzeiten mit den Bewohnern.

Konsultieren/beraten (consult)

Die Definition von „konsultieren“ lautet im Wörterbuch: befragen, zurate ziehen, beraten. Eine Konsultation besteht aus einem Austausch von Sichtweisen und anschließender Rücksprache. Die Konsultation von Personen und ihrem System beginnt mit dem Anhören der verschiedenen Perspektiven, der Akzeptanz eventueller Unterschiede und der Vermittlung von Informationen über mögliche Optionen, um das Betätigen oder die Umwelt anzupassen und nach Partizipation zu streben. Die Konsultation einer Organisation oder Population erfolgt zumeist über einen formellen Konsultationsauftrag. Der konsultierende Ergotherapeut muss auch auf der Meso- und der Makroebene dieselben Fertigkeiten aufbieten, um Informationen zu erhalten, die verschiedenen Perspektiven zu durchdenken und Alternativvorschläge zu entwickeln. Ein Ergotherapeut kann selbst von einem individuellen Klienten konsultiert werden oder bei einer Frage in einer Organisation zurate gezogen werden und er konsultiert auch andere, wenn er Rücksprache halten möchte oder genauere Informationen oder eine Beratung benötigt.

Koordinieren (coordinate)

Koordinieren „bedeutet soviel wie „miteinander in Einklang bringen“, sodass verschiedene Tätigkeiten, die von unterschiedlichen Personen verrichtet werden, zueinander passen. Auf der Mikroebene koordinieren Ergotherapeuten die Aktionen rund um eine Person und deren System. Oftmals halten sie dann alle Fäden in der Hand, wenn es darum geht, die unterschiedlichen Parteien rund um die häusliche Versorgung, bei der Unterstützung in der Schule und der Integration am Arbeitsplatz miteinander sinnvoll zu verbinden. Auf der Mesoebene koordinieren Ergotherapie-Dozenten den Unterricht in den verschiedenen Semestern, koordiniert ein Ergotherapeut die Sozialkundschafter in einem Nachbarschaftsprojekt und koordiniert der Praxisinhaber die Tätigkeiten seiner ergotherapeutischen Mitarbeiter, die Zusammenarbeit mit anderen Professionals und die Kontakte zu externen Organisationen. Bei der Koordination im Hinblick auf die Ermöglichung des Betätigens durch eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen ist der Ergotherapeut oftmals die Person, die für den Klienten Hindernisse überwindet und die Brücken zwischen den einzelnen Personen und den verschiedenen Einrichtungen schlägt.

Entwickeln und Entwerfen (design/build)

Das mit dem Klienten gemeinsame Entwickeln und Entwerfen von z.B. Hilfsmitteln, Schienen und auch Interventionen ist ein Aspekt der Ergotherapie, der vielen Bürgern bekannt ist. Ergotherapeuten sind gewissermaßen Experten im Erfinden, Erschaffen, Entwerfen, Neuerfinden und mitunter auch im Anfertigen, Bauen oder Produzieren von Produkten und Umweltanpassungen. Dies läuft auf der Ebene der Person und ihrem System, zu Hause, in der Schule oder am Arbeitsplatz ab. Auf der Organisationsebene geschieht dies etwa durch Schaffung einer sicheren Umwelt in einem Pflegeheim im Rahmen der Implementierung eines Sturzpräventionsprogramms. Auf der gesellschaftlichen Ebene sind Ergotherapeuten bei den Themen Barrierefreiheit und der Inklusion aktiv und werden in dieser Funktion auch zu Gestaltungsfragen bei Bauprojekten konsultiert. So haben z.B. Ergotherapeuten der Sint-Maartens-Klinik in Nijmegen (Niederlande) das Kulturstadamt der Stadt bei der Neubestuhlung des Schauspielhauses und das Schulamt bei der Anschaffung des Mobiliars für die neue Grundschule beraten.

Es gibt zahlreiche Entwicklungen in der Medizin-, Pflege- und Hilfsmitteltechnik, die den Professionals und auch den Klienten helfen können. Die Expertise des Ergotherapeuten ermöglicht es, dass Technologien im Unterricht, in der Forschung und in der Praxis einen sinnvollen Beitrag zur Ermöglichung des Betätigens leisten können. Auch die Mitarbeit an einem Konzept zur Gestaltung der sozialen Umwelt fällt unter die Überschrift „Entwickeln und Entwerfen“.

Informieren (educate)

In der Ergotherapie dient die Weitergabe von Wissen dazu, zur Veränderung des Betätigten anzuregen, damit die Partizipation am täglichen und gesellschaftlichen Leben realisiert werden kann. So wird in der Ergotherapie ein altes chinesisches Sprichwort in einen neuen Sinnzusammenhang gesetzt: „Gib einem Mann einen Fisch und du ernährst ihn für einen Tag. Lehre einen Mann zu fischen und du ernährst ihn für sein Leben“ (Konfuzius). Die Weitergabe von Wissen ist wichtig bei der Instruktion einer Person und ihrer Umwelt, um Aktivitäten und/oder die Umwelt anzupassen. Die Klienten lernen beim Tun, wobei der Ergotherapeut Instruktionen zur Ausführung und Organisation von Betätigungsroutinen gibt, oder durch Anpassung der sozialen und physischen Umwelt. Der virtuelle Kontext erfährt durch diese ergotherapeutische Kompetenz einen Mehrwert, wobei das Internet, Online-Kurse und Online-Selbsthilfegruppen genutzt werden. So gibt es etwa auch Internetseiten, auf denen Klienten und Professionals ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit der Online-Community teilen.

Beteiligen (engage)

Das Beteiligtsein an der Betätigung oder Engagement (occupational engagement) und die Betätigungsperformanz (occupational performance) bilden zusammen die Kerndomäne der Ergotherapie. Beim „Beteiligtsein“ geht es sowohl um das Beteiligen anderer als auch um die Teilhabe von sich selbst. Diese ergotherapeutische Fertigkeit ist für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung, in welcher der Klient seine Perspektiven, Entscheidungen und Beschlüsse äußern kann, essenziell. Ein Beteiligtsein am Betätigen ist auch möglich, ohne die Betätigung selbst auszuführen. Es kann für einen Menschen auch eine große Bedeutung haben, nur in einer Umwelt zu sein, wo andere ihren Aktivitäten nachgehen, wie etwa die Großmutter, die es genießt, wenn ihre Enkel um sie herum spielen, ohne dass sie dabei selbst mitmacht (Hemmingsson u. Jonsson 2005).

Die klientenzentrierte Ergotherapie bezweckt eine Teilhabe des Klienten und seiner Umwelt, der Organisation oder der Population. Das Beteiligtsein beim Betätigen gilt als Voraussetzung für das Sein (being), das Werden (becoming) und das Dazugehören (belonging) und auch für das Ausführen und Tun (doing; Wilcock u. Hocking 2015). Das Beteiligtsein im Sein, Werden und Dazugehören dient den psychischen und sozialen Aspekten der Partizipation. Wenn ein Klient uninteressiert oder unbeteiligt scheint, ist es die Aufgabe des Ergotherapeuten, sich u. a. der MI zu bedienen und die Motivation des Klienten zu erschaffen. Die Motivation zum Beteiligtsein ist die Voraussetzung für eine Veränderung des Betätigten.

Spezialisieren (specialize)

Diese Enablement Skill bezieht sich auf den Einsatz spezieller Techniken in bestimmten Situationen. Beispiele dafür sind der Einsatz von Techniken aus der Neuro-Reha zur Lagerung von Kindern und Erwachsenen mit Hirnschädigungen, das Anfertigen von Schienen bei Personen mit einer traumatischen Handschädigung, die Nutzung von Rehatechniken bei Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung und auch die Verwendung der Validationsmethode (nach N. Feil 1989) bei dementen Menschen. Bei der Anwendung spezieller Techniken arbeitet der Ergotherapeut klientenzentriert. Dies ist möglich, wenn man den Einsatz kritisch reflektiert, den Klienten gut aufklärt und die spezifische Technik auch im Gebrauch bei einer Intervention beständig hinterfragt. Dadurch verhindert man, dass die Intervention zu sehr aus der Therapeutenperspektive erfolgt und dass Klient und Therapeut zu wenig im Dialog zusammenarbeiten (Townsend et al. 2013a).

8.5.2 Anwendung der Enablement Skills

Bei der Anwendung der Enablement Skills ist es nicht sinnvoll, sich auf eine Fertigkeit zu beschränken. Bei einer Intervention kommen stets mehrere nebeneinander zum Einsatz. So kann z. B. ein Ergotherapeut die Umwelt nur anpassen (adapt), wenn er mit dem Klienten und dessen Angehörigen zusammenarbeitet (collaborate) und dies mit verschiedenen Professionals koordiniert (coordinate). So wird eine für den Klienten zufriedenstellende Anpassung gelingen, die der ursprünglichen Betätigungsfrage, der Umwelt des Klienten und den Vorstellungen der dafür aufkommenden Personen oder Einrichtungen entspricht.

Ein anderer Aspekt ist, dass die Zahl der Enablement Skills während einer Intervention oft zunimmt. So kann sich etwa die Bitte um eine einfache Anpassung der Mahlzeiten (adapt) eines Klienten in einem Pflegeheim zu einer Aufgabe für die ganze Organisation entwickeln (consult und coordinate). Dies kann wieder neue Anpassungen (adapt) und eine Neugestaltung (design/build) der Umwelt nötig machen, an der alle Bewohner beteiligt sind (engage) und partizipieren können. Dies kann sich dann nicht nur auf die gemeinsamen Mahlzeiten, sondern auch auf bedeutungsvolle Aktivitäten wie Hobbys und die Nutzung von Einrichtungen in der näheren Umwelt auswirken. Der Verwalter des Heims kontaktiert dann einen Ergotherapeuten, um Gesundheit, Wohlbefinden und Inklusion zu fördern und zugleich die Personalkosten für die Versorgung zu verringern (Townsend et al. 2013a).

Zudem streben Ergotherapeuten die Zusammenarbeit im Wechselspiel an, die sich mit jedem Klienten wieder neu gestaltet. Klienten sind Partner bei der Ermöglichung und bringen selbst Expertise und Fertigkeiten mit, die in der Intervention genutzt werden können. Wenn ein Ergotherapeut zusammen mit den Eltern eines Kindes mit Duchenne-Muskeldystrophie einen Plan zur Umgestaltung

der Wohnräume aufstellt (adapt und design/build), erfordert dies von den Eltern auch eine emotionale Anpassung (adapt). Wenn der Sohn dann die speziell angepassten Räumlichkeiten im Erdgeschoss nutzt, ist vielleicht das gemeinsame sonntägliche Frühstück im Bett nicht mehr möglich. Die gemeinsamen Betätigungen (family occupations) verändern sich also durch den fortschreitenden Charakter der Erkrankung des Kindes.

Bei all diesen Enablement Skills des Ergotherapeuten spielt auch der therapeutische Einsatz seiner selbst eine Rolle (use of self). Dies kommt bei den unterschiedlichen Fertigkeiten auf andere Weise zum Tragen: Beim Fürsprechen (advocate) zeigt er sich vielleicht bei der Gemeindeverwaltung weniger empathisch als in seinem Verhältnis zum individuellen Klienten.

8.6 Direktzugang zur Ergotherapie in den Niederlanden

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Nach einer Entscheidung des Ministers für „Volksgezondheid, Welzijn en Sport“ (VWS; Gesundheit, Soziales und Sport) begann am 1. August 2011 in den Niederlanden der direkte Zugang zur Ergotherapie (DTE; Bulletin of Acts and Decrees 2011, 366). Klienten können sich nun direkt an den Ergotherapeuten wenden, ohne den Umweg über einen Allgemeinmediziner oder Facharzt gehen zu müssen. Da beim DTE die Verantwortung für die ergotherapeutische Intervention ausschließlich beim Ergotherapeuten liegt, ist es notwendig, dass sich der Klient beim ersten Kontakt einem DTE-Screening von ca. 15 min Dauer unterzieht. Im Zusammenhang mit DTE wurde die klientenorientierte Fachkompetenz um die neue Fachkompetenz „Screening“ erweitert (Verhoef u. Zalmstra 2013). Um eine professionelle Entscheidung zu treffen, prüft der Ergotherapeut systematisch die folgenden Punkte:

- Gibt es eine Betätigungsfrage?
- Weicht das Performanzmuster in puncto Aufwand, Effizienz, Sicherheit und Unterstützungsbedarf ab?
- Weicht das Kommunikationsmuster hinsichtlich Körpersprache, Informationsaustausch und Kontakt ab?
- Gibt es Red Flags?
- Ist ein Ergotherapeut hier der geeignetste Professional (Zanten et al. 2010).

In der medizinischen Welt werden die „Red Flags“ (rote Flaggen) als klinische Alarmzeichen verwendet, die anzeigen sollen, dass es Hinweise auf mehr oder weniger schwere Krankheiten gibt, die einer zusätzlichen ärztlichen Diagnostik bedürfen. Das DTE-Screening verwendet diese roten Flaggen (Dutton 2004). Die roten Flaggen sind mit einem oder mehreren der folgenden Symptome verbunden, die nicht durch die Betätigungsfrage erklärt werden können, wie Fieber (Nachtschweiß), Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, (unnatürliche) Blässe, Schwindel, Mü-

digkeit und Gewichtsverlust. Es wird auch untersucht, ob es in der Vergangenheit unerklärliche Schmerzen, Schwierigkeiten mit dem Kurz- und Langzeitgedächtnis, einen gestörten Tag- und Nachtrhythmus und eine bösartige oder eine Herz-Kreislauf-Erkrankung gab. Zudem wird der Einsatz von Medikamenten erfragt (Zanten et al. 2010).

Beim DTE-Screening achtet der Ergotherapeut daher auf abweichendes Betätigen, abweichende Kommunikation und auf Red Flags. Er trifft die Entscheidung darüber, ob der Klient ein Kandidat zur Ergotherapie ist oder nicht aus seinem Blickwinkel. Es gibt zwei mögliche Ergebnisse des Screenings:

- Es gibt eine Betätigungsfrage, bei der eine ergotherapeutische Intervention indiziert ist, die Informationen des Klienten passen in ein dem Ergotherapeuten bekanntes Bild und es finden sich keine Red Flags.
- Die Informationen des Klienten passen nicht zu einem dem Ergotherapeuten bekannten Bild, es liegen Abweichungen vom normalen Bild vor oder eine oder mehrere Red Flags werden gefunden.

Im ersten Fall setzt der Ergotherapeut die Problemerkfassung und -analyse fort, im zweiten Fall informiert der Ergotherapeut den Klienten über seinen Befund und empfiehlt ihm, den Hausarzt zu kontaktieren. Die ergotherapeutische Intervention kann dann nicht gestartet werden. In beiden Fällen verwendet der Ergotherapeut das DTE-Berichtsformular, um den Hausarzt über die Ergebnisse des DTE-Screenings zu informieren, wobei die Zustimmung des Klienten Voraussetzung ist (Zanten et al. 2010).

Die ergotherapeutischen Programme in den Niederlanden haben DTE in den Lehrplan integriert und Studierende, die ihren Abschluss seit 2013 gemacht haben, sind DTE-zertifiziert. Ergotherapeuten, die ihren Abschluss vor 2013 gemacht haben, können DTE nur nutzen, wenn sie den DTE-Kurs von Ergotherapie Nederland abgeschlossen haben und somit DTE-zertifiziert sind.

8.6.1 Situation in Deutschland

In Deutschland arbeiten Therapeuten nach ärztlicher Verordnung. Um mehr Autonomie für Ergotherapeuten zu erreichen, ist unter anderem die sogenannte „Blankoverordnung“ im Gespräch, die bereits in Modellvorhaben in der Physiotherapie erfolgreich erprobt wird. Demnach können Therapeuten und Klienten selbst über die Art, den Umfang und die Häufigkeit der Intervention bestimmen. Damit ist man noch nicht so weit wie in den Niederlanden, doch ein Anfang scheint gemacht. Auch auf dem DVE-Kongress 2017 ging es bei der Podiumsdiskussion um die Zukunft der Ergotherapie, allerdings auf politischer Ebene. Dabei kreiste die Diskussion um eine Reihe aktueller Themen in der Ergotherapie wie Akademisierung, die erwähnte Blankoverordnung, die nicht qualifikationsgerechte, geringe Bezahlung und eben auch den Direktzugang.

8.7 Berufskodex und Verhaltensstandards in der Ergotherapie

Anita de Vries-Uiterweerd, Stephanie Saenger

Herr Öztürk

Der 58-jährige Herr Öztürk befindet sich nach einem Schlaganfall in der Stroke-Unit eines Krankenhauses.

Während deines ersten Praxisteils nimmst du zum ersten Mal an einer multidisziplinären Teamsitzung teil. Dein Praktikumsbetreuer hat dich gebeten, nur zuzuhören und nicht mitzureden. Es wird Herr Öztürks Fall besprochen. Du hast ihn selbst ein paar Mal getroffen und dich auch in den Pausen regelmäßig mit ihm unterhalten. Eure gemeinsame türkische Abstammung führt zu einem engeren Verhältnis. Dein Betreuer berichtet, dass Herr Öztürk bei den ergotherapeutischen Interventionen überhaupt nicht mitmachen möchte und eine abwartende Haltung einnimmt. „Er denkt, dass er einfach nach Hause gehen und seine Familie ohne Rücksicht für sich einspannen kann, wobei das doch für diese auch eine große Veränderung ihrer gewohnten Tagesabläufe bedeuten würde. Da er sich aber querlegt, vermag ich nicht zu prüfen, was er bei der Selbstversorgung tatsächlich zu leisten imstande ist, und er zeigt sich auch nicht trainierbar“, erklärt er entrüstet. Entgegen der Verabredung schaltest du dich ein: „Das ist total normal. Bei einem Hausbesuch würde man sehen, dass seine Frau damit keine Probleme haben würde.“

Der Teamleiter der paramedizinischen Professionen sagt: „So können wir nicht beginnen. Ein Hausbesuch kostet viel Zeit und davon geht auch noch viel an reinen Fahrtzeiten drauf. Diese Zeit fehlt dann für die anderen Klienten. Zudem steht die Sicherheit an erster Stelle. Herr Öztürk muss also zuerst lernen, alleine die Treppen zu gehen.“

Du beginnst dich fürchterlich aufzuregen, weil du der Ansicht bist, dass Herr Öztürk richtig handelt. Das klientenzentrierte Arbeiten bedeutet doch, dass man den Wünschen des Klienten folgt! Zudem hatte Herr Öztürk erklärt, dass er es erniedrigend findet, wenn eine Frau ihm beim Duschen oder Ankleiden hilft oder ihn trainiert, auch wenn er versteht, dass das so nicht gemeint ist.

Es wurde beschlossen, dem Protokoll zu folgen, damit die Voraussetzungen für eine Entlassung erfüllt werden.

Du bist über den gefassten Beschluss frustriert und fragst dich, wie das passieren konnte.

Als Ergotherapeut ist es wichtig, stets in professioneller Weise zu handeln, d. h. die richtigen Dinge zum richtigen Zeitpunkt zu tun. In der Praxis ist es nicht immer ganz

leicht zu entscheiden, was das Richtige ist. Das Fachwissen und die erlernten Fertigkeiten, die Gesetze und auch die Regelwerke liefern nicht immer eine eindeutige Antwort auf die Frage, welches Vorgehen das Beste ist. Das Fallbeispiel zeigt, dass die Teammitglieder verschiedenen Meinungen und Standpunkten zuneigen. Diese Meinungen gehen u. a. auf ihre jeweiligen Normen, Werte, Kenntnisse, Erfahrungen und auch auf ihre Rollen und die zugehörigen Verantwortlichkeiten zurück. Zudem kann es in einem Team noch Themen abseits der beruflichen Fragen geben, die einen Standpunkt beeinflussen. Vielleicht möchte man jemandem im Team durch Zustimmung gefallen oder es gibt Neid und Missgunst zwischen einzelnen Teammitgliedern, die jemanden einen bestimmten, nur scheinbar sachbezogenen Standpunkt einnehmen lassen.

Oben wurde bereits der Use of Self als wichtige Betätigungskomponente des Ergotherapeuten beschrieben. Der Ergotherapeut als Person beeinflusst den Ergotherapeuten in der Berufsausübung.

In dem Fallbeispiel reagiert der Ergotherapiestudierende auf der Grundlage seines (türkischen) Hintergrundes und vertritt den Standpunkt, dass klientenzentriertes Arbeiten bedeute, dass der Ergotherapeut die Intervention gemeinsam mit dem Klienten und unter Berücksichtigung von dessen Wünschen ausarbeitet. Der Praxisanleiter vertritt die Werte der Ergotherapie, wie sie vor 15 Jahren gegolten haben, indem er therapeutorientiert arbeitet und großen Wert auf Selbstständigkeit legt. Der Teamleiter ist als Leiter der Abteilung für eine gute Betriebsführung verantwortlich und bezieht auch ökonomische Faktoren in seine Überlegungen mit ein. Alle vortragenen Standpunkte sind nachvollziehbar und erklären sich aus den unterschiedlichen Hintergründen, Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen der Teammitglieder und den Faktoren, die es für jeden Einzelnen abzuwägen gilt.

Professionals haben Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten gegenüber sich selbst, den anderen, dem Kontext und gegenüber der Gesellschaft. Es ist wichtig, dass ein Professional diese Dinge gut gegeneinander abwägt. Auf jeder Ebene kann sich die Waage dieser Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten anders neigen. Beeinflusst wird dies durch den Charakter, durch soziokulturelle Aspekte, Gesetze und Regeln, professionelle Standards und Leitlinien, Struktur und Zielsetzung der Organisation sowie durch die Funktion oder Aufgabe innerhalb der Organisation oder innerhalb des Teams. Kurz, die Verantwortungen und Verpflichtungen sind persönlicher, beruflicher, kontextueller und kultureller Natur.

In „Berufskodex und Verhaltensstandards in der Ergotherapie“ (Leeuw et al. 2015) sind diese Verantwortungen und Verpflichtungen niedergelegt, sodass die Außenwelt weiß, was sie von einem Ergotherapeuten erwarten kann. Zusätzlich versetzt dies den Ergotherapeuten in die Lage, durch rationales Nachdenken und die Berücksichtigung

von Fakten und Gefühlen zu den richtigen Entscheidungen zu finden. Im Berufskodex werden die Verantwortungen und Verpflichtungen des Ergotherapeuten, die Gesetze und Vorschriften, die ethischen Prinzipien sowie ein Modell für ethisches Reasoning beschrieben. Dies alles wird in den Verhaltensregeln konkretisiert, die an die Berufskompetenzen gekoppelt sind. Über Fragen und Beispiele bekommt der Ergotherapeut die Mittel an die Hand, um Dilemmas von mehreren Seiten zu beleuchten, sein Verhalten kritisch zu hinterfragen und gewissenhafte Entscheidungen zu treffen. Dies zeigt die Richtung des ergotherapeutischen Handelns in der beruflichen Praxis an.

8.7.1 Ethische Prinzipien

Im Fallbeispiel des Herrn Öztürk gehen die Meinungen und Ansichten der Teammitglieder auseinander. Bestimmte Überzeugungen darüber, was gut und was schlecht ist, werden jedoch von praktisch jedem geteilt. Ehrlichkeit und Gerechtigkeit sind bekannte ethische Prinzipien. Die meisten Menschen spüren ein schlechtes Gewissen, wenn sie jemanden betrügen oder die Un-

wahrheit sagen. Mit anderen Worten: Prinzipien sind überzeugende Leitfäden des Gewissens. Sie sind keine universellen Regeln oder Werte, sondern vielmehr Referenzpunkte des ergotherapeutischen Handelns.

Im beruflichen Alltag ist das Betätigen nach verschiedenen Prinzipien verzwickelt, da man oft, um einem Prinzip optimal Rechnung zu tragen, ein anderes vernachlässigt. Deshalb sollte mitunter abgewogen und einem Prinzip der Vorrang vor einem anderen eingeräumt werden. Doch wenn man über ethische Dilemmas nachdenkt, sind es immer wieder die Prinzipien, die man als Hilfen bei der Abwägung heranzieht und sein eigenes Handeln rechtfertigt.

Der Berufskodex beschreibt die Folgen der ethischen Grundsätze für das berufliche Handeln des Ergotherapeuten. Im Falle von Herrn Öztürk hatten die Teammitglieder unterschiedliche Rollen inne. Der Teamleiter ist für andere Dinge verantwortlich als ein Ergotherapeut oder ein Ergotherapiestudierender.

Neben diesen ethischen Prinzipien bringen jedoch auch Aufgaben und Rollen Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten mit sich.

Ethik

8

Aus den universellen Werten leiten sich die Prinzipien der persönlichen Ethik (was jemand als Privatperson denkt) sowie der Berufsethik (was jemand in seiner Berufsausübung anstrebt) ab (Kouloumpi et al. 2009, Downie u. Calman 1997, Colero 1997).

Universelle ethische Prinzipien

- Respekt vor Autonomie
- Integrität
 - Zuverlässigkeit
 - Ehrlichkeit
 - Verschwiegenheit/Vertraulichkeit
- Glaubwürdigkeit
- Gerechtigkeit
- Schäden abwenden
- Gutes tun wollen
- gerecht teilen
- Offenheit.

Prinzipien der persönlichen Ethik

- das Wohlbefinden der Mitmenschen
- Respekt vor der Autonomie der Mitmenschen
- Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit
- Regeln befolgen
- Gerechtigkeit, gerecht teilen
- die Weigerung, ungerechtfertigte Vorteile anzunehmen
- Gutes tun wollen
- Schäden abwenden.

Prinzipien der Berufsethik

- Unparteilichkeit, Objektivität
- völlige Offenheit
- Vertraulichkeit, Verschwiegenheit
- Verpflichtung zu guter Arbeitsleistung
- Verpflichtung, auch an andere zu denken
- Zuverlässigkeit und Treue gegenüber der beruflichen Verantwortung
- Vermeidung von Interessenkonflikten.

Rollenverteilung

Die Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen verteilen sich auf vier Ebenen (Kouloumpi et al. 2009, Downie u. Calman 1997, Leeuw et al. 2015):

Ebene 1: die Person/der Ergotherapeut selbst

Die Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen auf der ersten Ebene beziehen sich auf die Person selbst. Sie hängen im großen Maße von der Erziehung und Ausbildung, der Kultur, dem sozialen Status, der Lebenserfahrung und dergleichen ab. Auf dieser Ebene dienen die persönlichen Normen und Werte als moralischer Leitfaden.

Ebene 2: die anderen

Die Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen auf der zweiten Ebene beziehen sich auf die anderen, die Mitmenschen. Dabei kann es sich um einen Klienten und sein System, einen Kollegen, einen Überweiser oder z. B. auch die

Leitung einer Einrichtung handeln. Auf dieser Ebene kommen die ethischen Einstellungen der Beteiligten zum Tragen. Die Übereinstimmungen und Unterschiede bei den Wertvorstellungen werden in der Interaktion deutlich.

Ebene 3: der Kontext

Die Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen auf der dritten Ebene richten sich auf den Kontext, in dem sich das Betätigen des Klienten abspielt. Dabei geht es um die Mesoebene. Die Interessen kleiner Gruppen stehen auf dieser Ebene im Vordergrund.

Ebene 4: die Gesellschaft

Die Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen auf der vierten Ebene gelten der Gesellschaft (Makroebene). Hier spielen die Interessen und Werte großer Gruppen die Hauptrolle.

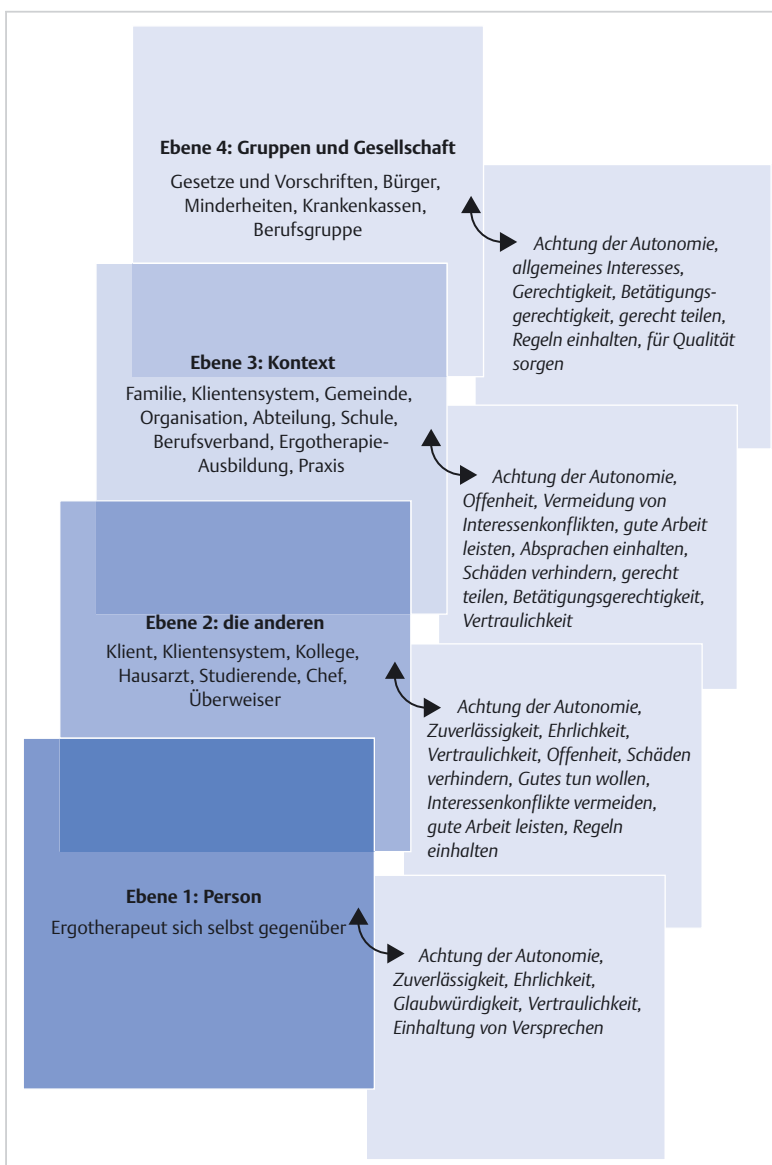


Abb. 8.7 Ethische Prinzipien in Verbindung mit den verschiedenen Ebenen der Verantwortlichkeit (Leeuw et al. 2015).

Basierend auf den erwähnten ethischen Prinzipien und Niveaus wurde ein übersichtliches Schema erstellt, welches das Verhältnis zwischen den Prinzipien und den Ebenen wiedergibt. Persönliche und berufliche Prinzipien können durchaus im Widerspruch zueinanderstehen. Eine Person hat auf verschiedenen Ebenen Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen, die zu einem Dilemma führen können (► Abb. 8.7). Auch wenn Ergotherapeuten die Gleichwertigkeit in der Klient-Therapeut-Beziehung anstreben, muss man stets aufmerksam für die möglichen Dilemmas bleiben, die sich aus der Abhängigkeit in diesem Verhältnis ergeben können. Im Berufsalltag gibt es regelmäßig widerstreitende Interessen. So möchte der Klient Herr Öztürk gerne nach Hause entlassen werden, der Ergotherapiestudierende schlägt einen Hausbesuch vor, doch hält der Teamleiter dies für zu kosten- und zeitintensiv und versucht, eine Ausnahme von der Regel zu verhindern.

8.7.2 Modell des ethischen Reasoning

Um auf ethische und professionelle Weise arbeiten zu können, ist es erforderlich, ethische Dilemmas zu erkennen und aufzulösen. Dies ist nicht immer einfach und erfordert die nötige Übung und Diskussionsbereitschaft. Wenn man ein Modell des Ethikkodex und eines zum ethischen Reasoning hat und anwendet, bedeutet das weder, dass sich damit auch alle Schwierigkeiten beseitigen lassen (Kouloumpi et al. 2009, Boyt-Schell u. Schell 2008), noch dass es den einen richtigen Lösungsweg gibt. Ein Modell gibt keine Antworten, doch es bietet Verfahrenswege dafür an, wie man mit einem Dilemma bewusst und in methodischer Weise umgehen kann.

Modell des ethischen Reasoning

Die sechs Stufen des ethischen Reasonings (Kouloumpi et al. 2009, Boyt-Schell u. Schell 2008, Leeuw et al. 2015):

1. Anzeigen eines ethischen Dilemmas
2. Analyse der Situation/des Problems
3. Betrachtung der möglichen Lösungen/Szenarien ausdenken
4. Abwägen der Vor- und Nachteile der verschiedenen Szenarien
5. Konkretisierung der Aktionen und Ausführung
6. Reflektieren, evaluieren, berichten und archivieren.

8.7.3 Gesetzgebung und Verordnungen

Alles Handeln sowohl als Person als auch als Berufstätiger erfolgt innerhalb des gesetzlichen Rahmens. Es ist wichtig, dass ein Ergotherapeut die Gesetze gut kennt und sich darüber im Klaren ist, welche davon ihn bei der Berufsausübung etwas angehen. Im Berufskodex wird eine Übersicht der relevanten Gesetze geboten. Siehe dazu auch Kap. 29 sowie die nationalen Webseiten von Deutschland (dve.info/ergotherapie/ethik), Österreich (www.ergotherapie.at) und der Schweiz (www.ergotherapie.ch).

8.7.4 Verhaltensregeln

Die Verhaltensregeln wurden auf der Grundlage der Berufskompetenzen beschrieben, wie sie im „Berufsprofil Ergotherapie“ formuliert sind (Hartingsveldt et al. 2010) und basieren auf den universellen ethischen Prinzipien. In verschiedenen Ländern wird der „European Code of Ethics“ von COTEC genutzt. Österreich folgt dem „Ethischen Leitbild der ErgotherapeutInnen Österreichs“. Deutschland nutzt den „European Code“ und die Schweiz den Berufscodex der EVS, wobei den erste Teil auf dem „Code of Ethics“ der WFOT und der zweite Teil teilweise auf dem „European Code“ basiert ist und auch eigene Formulierungen verwendet. Die Verhaltensregeln sind darin den Berufskompetenzen zugeordnet. Für einen Ergotherapiestudierenden gelten dieselben Verhaltensregeln, was sich auch auf alle Äußerungen im Internet erstreckt. Immer wenn die Verhaltensregeln nicht greifen, ist der Ergotherapeut aufgefordert, im Geiste der Berufsethik zu handeln. Dabei bietet das Modell zum ethischen Reasoning einen geeigneten Leitfaden.

8.8 Personal Leadership

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Das Ermöglichen von Betätigung dient der Partizipation von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen am Zusammenleben. Die Betätigung als Kernkompetenz der Ergotherapie ist ein maßgeblicher Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden (Wilcock u. Hocking 2015, Hartingsveldt 2016). Diese Kernkompetenz hängt mit dem Funktionieren zusammen, das als „Im-Stande-sein eines Menschen, sein Leben weitestmöglich so zu führen, wie er es möchte“ definiert wird (Kalljouw u. Vliet 2015). Ob schon dies als Ziel der Ergotherapie gilt, ist vielen Klienten, Bürgern und Professionals nicht bewusst.

Es erfordert von Ergotherapeuten eine proaktive Haltung, um dem Grundsatz des Berufes, also der förderlichen Wirkung von Betätigung für Gesundheit und Wohlbefinden, eine prominente Stellung im Bewusstsein der Öffentlichkeit zu verschaffen.



Abb. 8.8 Leadership in Enabling Occupation (LEO; Townsend et al. 2011).

Um dies zu erreichen, bedarf es einer gewissen Personal Leadership. Im vierten Teil der kanadischen Leitlinie „Enabling Occupation“ (Townsend et al. 2013a) geht es darum, welche Rolle diese Personal Leadership des Ergotherapeuten spielt. Sie wird definiert als „Prozess, in dem ein Individuum eine Gruppe von Individuen beeinflusst, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen“ (Northouse 2015). Dabei geht es für Ergotherapeuten um die Führung beim Ermöglichen von Betätigung bzw. um die „Leadership in Enabling Occupation“ (LEO).

Townsend et al. (2011) haben dazu das LEO-Modell entwickelt (► Abb. 8.8). Darin werden die vier Kernelemente der Personal Leadership dargestellt: (1) lebenslanges Lernen (scholarship), (2) Verantwortlichkeit (accountability), (3) Finanzierung (funding) sowie (4) workforce planning.

Diese vier Kernbereiche werden als vier einander überlappende Ovale wiedergegeben, welche die wechselseitigen Beziehungen dieser Elemente darstellen. Diese Vier sind wiederum in ein großes Oval eingebettet, das die Gesamtbreite der Ergotherapie zeigen soll, worum sich abschließend ein noch größeres Oval legt, das für die Bedeutung der Betätigung für Gesundheit, Wohlbefinden und Gerechtigkeit steht (Townsend et al. 2011).

Das LEO-Modell ist für alle Ergotherapeuten relevant. Es ist für den Beruf des Ergotherapeuten wichtig, Personal Leadership zeigen zu können und die Bedeutung der Betätigung und der Ergotherapie der Gesellschaft nahezubringen. Ein Ergotherapeut befasst sich mit der Beseitigung von Hindernissen beim Wohnen, bei der Versorgung, beim Lernen, Arbeiten, Spielen und in der Freizeit, damit jeder Mensch am Zusammenleben teilhaben kann.

8.8.1 Lebenslanges Lernen (scholarship)

Wie kann die Evidence-based Practice (EBP) zu einem Teil des beruflichen Alltags in der Ergotherapie werden? Nicht alle Ergotherapeuten sind Wissenschaftler, und das ist auch gar nicht nötig. Die EBP ist mehr als die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Sie impliziert die mit dem Klienten gemeinsam zu treffende Entscheidung darüber, wie die verschiedenen Beweisformen bei der Aufstellung von Zielen und der Planung dazu eingesetzt werden können. Man muss also überlegen, ob ein eventuell verfügbarer wissenschaftlicher Beweis für den Klienten mit seinen Normen, Werten und Prioritäten, für die betreffenden täglichen Aktivitäten, das Wissen und die Erfahrung des Therapeuten und die soziokulturelle Umwelt relevant ist und nutzbringend angewandt werden kann. Ein Ergotherapeut kann nicht immer auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand sein. Deshalb entwickeln Ergotherapeuten zusammen mit Wissenschaftlern und auch Klienten evidenzbasierte Leitlinien. Diese werden dann regelmäßig an neue Erkenntnisse angepasst. Beispiele für monodisziplinäre Leitlinien sind die Ergotherapieleitlinien „Schlaganfall“ (Steultjens et al. 2013), „Erschöpfung bei MS“, „Schlaganfall oder Parkinson-Krankheit“ (Evenhuis u. Eyssen 2012), „Ergotherapie bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen“ (Graff et al. 2010), „Ergotherapie bei der Parkinson-Krankheit“ (Sturkenboom et al. 2008) und die Ergotherapieleitlinie „Sturzprävention“ (Sturkenboom u. Steultjens 2016; siehe für Deutschland unter www.dve.info, für Österreich unter www.ergotherapie.at und für die Schweiz unter www.ergotherapie.ch).

Leitlinien unterstützen Professionals in ihrer Arbeit, können aber in keiner Weise das spezifische Wissen und die Fertigkeiten ersetzen. Gute Leitlinien zeichnen sich durch eine systematische und methodisch saubere Entwicklung aus.

In Kap. 30 wird aufgezeigt, wie anhand des Canadian Practice Process Framework (CPPF; Craik et al. 2013) in sämtlichen Phasen dieses Prozessmodells der wissenschaftliche Beweis bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Klienten genutzt werden kann. Dabei wird auch deutlich, dass für Ergotherapeuten sowohl qualitative als auch quantitative Studien zum Unterbau in den verschiedenen Phasen des Ergotherapieprozesses wichtig sein können.

Es gilt, einen Wissenspool an Beweisen zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen aufzubauen und diesen auch zu vermitteln. So wurde in der niederländischen Presse die Effektivität der Ergotherapie bei älteren Menschen mit Demenz und ihren Angehörigenpflegern ausgiebig diskutiert, was den Bekanntheitsgrad und die Glaubwürdigkeit der Ergotherapie in den Niederlanden stark erhöht hat (Graff et al. 2008). Auch die Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) bei Kindern mit Hemiplegie, die in der niederländischen Medienlandschaft ein großes Echo fand, trägt dazu bei (Aarts et al. 2011). In 2016 haben in den Niederlanden wieder zwei Ergotherapeuten mit dem Wirksamkeitsnachweis einer ergotherapeutischen Intervention promoviert. Ingrid Sturkenboom konnte in ihrer Promotionsarbeit die Wirksamkeit der Ergotherapie bei Menschen mit Parkinson-Krankheit und ihren Angehörigenpflegern nachweisen (Sturkenboom et al. 2014). Gabe de Vries zeigte, dass eine Intervention zur Rückkehr an den Arbeitsplatz bei Klienten mit Depression bei der dauerhaften Überwindung der Krankheit und der erfolgreichen Wiederaufnahme der Arbeit hilft (Vries u. Schene 2015).

8.8.2 Verantwortlichkeit (accountability)

Verantwortlichkeit zeigt ein Ergotherapeut, wenn er Rechenschaft über die von ihm ausgeführten Aktionen ablegt und diese nach dem Berufskodex und den Verhaltensregeln in der Ergotherapie ausführt (Leeuw et al. 2015; s. Kap. 8.7). Hinter der Intervention zu stehen, die man gemeinsam mit dem Klienten erzeugt hat und dafür auch die Verantwortung zu übernehmen, ist eine Grundhaltung des Ergotherapeuten. Dies hat alles etwas mit der Leidenschaft, dem Stolz und der Überzeugung für die Inhalte des Berufs zu tun und anderen davon zu erzählen oder noch besser, „es von allen Dächern zu pfeifen“. In Zeiten, in denen es immer nur um Einsparungen geht, ist es ganz entscheidend, dass Ergotherapeuten die Kosteneffizienz ihrer Interventionen nachweisen können. Die Ergotherapie hat eine Botschaft, die zu den heutigen Entwicklungen in Pflege und Versorgung passt: Das Betätigen leistet einen Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden. Ergotherapeuten sind Experten für das Möglichmachen des Betätigens, um dadurch etwa ältere Mitbürger möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden leben zu lassen, wo sie noch „funktionieren“ können. Um

nachzuweisen, dass man als Ergotherapeut in den Niederlanden den von der Berufsgruppe aufgestellten Qualitätskriterien entspricht, ist es wichtig, dass man im dortigen Qualitätsregister angemeldet ist. Die Versicherer haben zunehmende Anforderungen an die Ergotherapeuten, die in der Primärversorgung arbeiten, und inzwischen wird diese Anmeldung auch bei Einstellungen immer wichtiger.

Selbsteinschätzung

Wie würden Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Verantwortlichkeit beantworten?

- An wen gebe ich im Berufsalltag Verantwortungen ab (Klienten, Eltern, Arbeitgeber, Lehrer, Versicherer, Management, Koordinatoren, an die Gemeinde usw.)?
- Wie legen Sie Rechenschaft ab? Welche Daten liefern Sie den unterschiedlichen Parteien zum Beweis?
- Wodurch zeigen Sie Verantwortung für das Ermöglichen des Betätigens?
- Welche Möglichkeiten und Hindernisse zeigen sich beim Ermöglichen des Betätigens (Polatajko et al. 2013)?

Die Integration des biomedizinischen und des psychosozialen Modells macht die Kraft und den Mehrwert der Ergotherapie aus. Townsend et al. (2013) bezeichnen die Ergotherapie als „translational profession“, ein Beruf der sowohl die medizinischen als auch die gesellschaftlichen Domänen abdeckt. Ergotherapeuten setzen Ideen, Sprache, Praxis und Forschung zum Thema Betätigung in medizinisches Handeln um und umgekehrt. Sie kennen die medizinische Welt und können die Folgen einer Diagnose in die Möglichkeiten umsetzen, die der Klient beim Betätigen in der häuslichen Umwelt, in der Schule, bei der Arbeit und in seiner sozialen Umwelt hat (Polatajko et al. 2013). Ergotherapeuten erhöhen auf der einen Seite die Lebensqualität der Menschen und helfen auf der anderen Seite dabei, Kosten durch frühere Entlassungen aus den Krankenhäusern und durch Förderung eines möglichst langen Verbleibes in der vertrauten häuslichen Umwelt einzusparen.

Die Kosteneffizienz der Ergotherapie wurde in einer ökonomischen Studie von Lammers et al. (2014) aufgezeigt und gilt vor allem für ältere Menschen mit Demenz und ihr pflegendes Umfeld sowie für Kinder mit Schreibschwäche.

8.8.3 Finanzierung (funding)

Ergotherapeuten benötigen Finanzierungen oder Fördergelder, um ihre Arbeit verrichten zu können und als Beruf einen Beitrag zur Ermöglichung des Betätigens im Interesse von Gesundheit und Wohlbefinden zu leisten. Das LEO-Modell erinnert einen daran, dass eine Vergrößerung

des Finanzrahmens die Voraussetzung dafür ist, um als Berufsgruppe zu wachsen. Die aktuellen Entwicklungen in Pflege und Versorgung mit der von der Politik gewünschten Dezentralisierung vom Staat und den Regionen hin zu den Gemeinden machen es erforderlich, neue Finanzquellen zu erschließen.

Die meisten Ergotherapeuten arbeiten in Pflegeeinrichtungen, Rehazentren, Krankenhäusern und sozialpsychiatrischen Einrichtungen, die Zahl der Ergotherapiepraxen nimmt stetig zu. Deren ergotherapeutische Interventionen werden von den Versicherungen übernommen. Zunehmend mehr Ergotherapeuten arbeiten für Betriebe und im Dienstleistungsgewerbe, wo sie mit der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, mit Coaching, Karrierebegleitung und Arbeitsintegration beauftragt werden. Ein Teil der Ergotherapeuten nutzt seine Expertise auf zahlreichen anderen Arbeitsfeldern. Für den Beruf ist es wichtig, dass sich diese Ergotherapeuten auch weiterhin als solche bezeichnen. Diese Untergruppen beschreiben für ihre Tätigkeiten oftmals andere Finanzierungswege. Manche Ergotherapeuten arbeiten als Dozenten an Ergotherapie-Instituten in der beruflichen Fort- und Weiterbildung. Auch sind immer mehr Ergotherapeuten teilweise in einem Schulverband tätig, sodass sie über den Unterricht bezahlt werden. Zudem sind Ergotherapeuten als Wissenschaftler, Wissenschaftsassistenten oder Qualitätsmanager tätig oder leisten aus ihrer Praxis heraus einen Beitrag zu wissenschaftlichen Studien. Vereinzelt gehen Ergotherapeuten auch auf verschiedenen Ebenen in die Politik. Zahlen zu den heute tätigen Ergotherapeuten und ihren Arbeitsfeldern finden Sie in Kap. 3.

Große gesellschaftliche Veränderungen machen heute eine neue Haltung im Beruf erforderlich: der Ergotherapeut als Unternehmer, der selbst entscheidet, seine Position und seinen Wert kennt und diese auch annehmen und „vermarkten“ kann (DOENlab 2015). Ergotherapeuten arbeiten immer häufiger mit unterschiedlichen Interessengruppen wie Gemeinden, Versicherern, Betrieben, Schulen und anderen Interessenvertretern von Klienten zusammen. Die Ausbildung in der Ergotherapie richtet sich auch zunehmend auf unternehmerische Kompetenzen der Studierenden und leistet so einen Beitrag zur Ermöglichung des Betätigens für den Klienten, für die Kommunalpolitik und für ein inklusives Zusammenleben.

Manche Ergotherapeuten arbeiten auch an neuen Themen mit, z.B. Flüchtlinge und Migrantinnen, ältere Menschen im Hinblick auf ihre Lebensqualität (z.B. in Amsterdam im Rahmen der „altenfreundlichen City“), inklusives Design und Wohnen, gegen Armut und Ausgrenzung, für den Aufbau an sozialem Kapital (z.B. im Rahmen der sozialen Einrichtungen vor Ort), der Work-Life-Balance usw.

8.8.4 Workforce planning

In den Niederlanden war die Ergotherapie bisher stets eine kleine, von weißen Frauen aus der Mittelschicht dominierte Berufsgruppe, die abseits der Rehazentren, Psychiatrien und Behinderteneinrichtungen einen nur geringen Bekanntheitsgrad erlangt hatte. Aufgrund der aktuellen, nahtlos an die Ergotherapie anschließenden Entwicklungen, der steigenden Zahl an Ergotherapiepraxen und dem gemeinsamen Fokus auf das Ermöglichen des Betätigens, wie es im Berufsprofil des Ergotherapeuten festgelegt ist, wird die Ergotherapie immer bekannter, sodass auch der Berufsverband zunehmend besser im Stande ist, die Ergotherapie innerhalb der politischen Diskussion und unter den Versicherern zu positionieren (Hartingsveldt et al. 2010 u. 2015). Aufgrund des größeren Gewichts, das in der Ausbildung auf die unternehmerische Kompetenz gelegt wird, vermögen auch Berufsanfänger, ihren Beruf auf der Meso- und der Makroebene deutlicher zu profilieren.

Die Immigration beeinflusst die Bevölkerungsstruktur und bewirkt, dass das Zusammenleben auch außerhalb der Ballungsgebiete eine immer größere Vielfalt bekommt. Die aktuellen Entwicklungen im politischen Klima sind einer inklusiven Haltung beim Zusammenleben nicht sehr förderlich. Der Umgang mit diesen Spannungen erfordert vom Ergotherapeuten eine gewisse Sensibilität und auch Fachwissen zu den Themen Diversität, Menschenrechte, Ethik und inklusives Denken. Eine bewusste Haltung und hohe kommunikative Kompetenzen eröffnen dem Ergotherapeuten die Chance, ausgegrenzten Personen neue Möglichkeiten anzubieten (Stomph u. Poerbodipoero 2012). Hier kann der Leitfaden „Diversity Matters“ (etwa: „Fragen zur Diversität“) eine gute Hilfe sein (Kinébanian u. Stomph 2009).

Um den direkten Zugang des Klienten zur Ergotherapie voranzutreiben, ist die Zusammenarbeit mit Klienten (der Person und ihrem System, Organisationen und Populationen) und Netzwerken, anderen Professionals aus Pflege und Versorgung, zahlenden Einrichtungen wie Versicherungen, Gemeinden und Ausbildungsstätten sowie anderen Interessengruppen hilfreich. Da die meisten Menschen immer noch nicht wissen, was die Ergotherapie ihnen zu bieten hat, bleiben die Zusammenarbeit, die Netzwerkpflge und die Betonung der ergotherapeutischen Errungenschaften so wichtig.

Die Ergotherapie ist ein dynamischer Beruf, der regelmäßigen Veränderungen unterworfen ist. Die Grundprinzipien der Ergotherapie (also klientenzentriert, betätigungsbasiert, kontextbasiert, evidenzbasiert, technologiebasiert, populationsbasiert) knüpfen an die Entwicklungen in Pflege und Versorgung an (RVZ 2010, HBO-raad 2013, Hoogervorst u. Zwieter 2014, Kaljouw u. Vliet 2015):

- eine veränderte Beziehung zwischen Klient und Profession hin zu einer größeren Gleichwertigkeit
- ein größeres Angebot an Lebensstilbegleitung und Selbstmanagement sowie ein größerer Bedarf an coachenden und unterstützenden Begleitungsformen, die auf das Funktionieren der Menschen ausgerichtet sind
- Durch Rückgang der Tertiärversorgung verschieben sich die ergotherapeutischen Dienste in die Primärversorgung und finden zunehmend auch in der direkten Lebensumwelt statt.
- Zunahme des wissenschaftlichen Unterbaus des medizinischen und therapeutischen Handelns und zunehmendes Reasoning auf Grundlage der EBP
- zunehmende Technologisierung in der Versorgung
- größere Fürsorge füreinander, sodass Menschen immer mehr selbst und mit ihrer sozialen Umwelt zu Lösungen kommen.

8.9 Diskussion

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Im Berufsprofil Ergotherapie sind vier Grundsätze beschrieben. Die klientenzentrierte Arbeit verlangt eine partizipative Entscheidungsfindung mit der Person und seinem System. Der Ausrichtung auf das Betätigten verleiht der Ergotherapeut durch betätigungsorientierte Interventionen Struktur. Die Ergotherapie erfolgt nach Möglichkeit in der direkten Umwelt der Betätigungsfrage. Ihre Wirksamkeit wird von den Forschungsergebnissen gestützt. Bei der Evidenzbasierung stehen die Perspektive des Klienten, der Ergotherapeut, die verfügbare Literatur und die Umwelt im Mittelpunkt. Auf der Basis der aktuellen Entwicklungen in Pflege und Versorgung wurden in diesem Kapitel zwei weitere Grundsätze hinzugefügt: technologiebasiert und populationsbasiert. Die Arbeit mit neuen Interventionen erfordert von den Ergotherapeuten in der Praxis kreatives Denken und eine gewisse Initiative. Der Forschung fällt die Aufgabe zu, diese Ansätze mit qualitativen und quantitativen Beweisen zu untermauern, damit sie Einzug in die Praxis halten können.

Der Use of Self ist ein wichtiger Bestandteil der ergotherapeutischen Intervention. Bei Interventionen, die auf das Stützen und Stärken ausgerichtet sind und bei denen Enablement Skills wie coachen, zusammenarbeiten, konsultieren/beraten und informieren eine Rolle spielen, kommt der Einsatz von sich selbst in der Intervention eine größere Bedeutung zu. Dies erfordert auch eine größere Beachtung von Soft Skills, Gesprächstechniken und speziellen Techniken wie MI. Auch in den kürzlich revidierten Minimalanforderungen für die Ausbildung in der Ergotherapie wird ein größeres Gewicht auf das Erlernen von Soft Skills gelegt (WFOT 2016). Für die Berufspraxis gibt es verschiedene Weiterbildungsmöglichkeiten auf Hochschulniveau, mit deren Hilfe man in den verschiedenen Gesprächstechniken Kompetenzen gewinnen kann.

Die beschriebenen Entwicklungen auf dem Gebiet der Diversität im Zusammenleben und die Veränderungen in der Sicht auf die Pflege und Versorgung mit Betonung von Verantwortlichkeit, Kosteneffizienz, wissenschaftlichen Beweisen in Pflege und Versorgung bewirken, dass Ergotherapeuten mit mehr und anderen ethischen Dilemmas konfrontiert werden. Dies verlangt eine Bewusstwerdung und die Schulung im ethischen Reasoning.

Im LEO-Modell wird die Personal Leadership gefordert: lebenslanges Lernen, Verantwortlichkeit, den Mehrwert der Ergotherapie verbreiten, alternative Finanzierungsformen ausfindig machen, den inklusiven Zugang zur Ergotherapie vorantreiben und mit unternehmerischem Denken dem Beruf neue Arbeitsfelder erschließen.

Die Personal Leadership ist beim aktuellen Wandel in Pflege und Versorgung ein wichtiger Faktor. Da die ergotherapeutischen Grundsätze sehr gut zu den aktuellen Entwicklungen passen, ist jetzt die Zeit gekommen, um die Chancen, die sich daraus für die Ergotherapie ergeben, zu vergolden (Kaljouw u. Vliet 2015). Dazu bedarf es Ergotherapeuten, die nicht nur mitten im Berufsleben stehen, sondern die den Beruf auch mitgestalten wollen, Professionals, die sich Gedanken über die Entwicklungen innerhalb des Berufes machen, die auf dem aktuellsten Stand bei Wissenschaft und Forschung sind und die selbst auch mit einer wissenschaftlichen Haltung an die Arbeit gehen. Die Ergotherapeuten der Zukunft sind kritisch, unternehmerisch, kooperativ, forschend und international ausgerichtet. Sie verfügen vor allem über die Kompetenzen, um in komplexen Situationen des Zusammenlebens ihren Beruf auszuüben und Verantwortung zu übernehmen. Sie sind zugleich flexibel und standhaft (Vereniging Hogescholen 2015b), was sich auch in einer Anpassung der Curricula widerspiegelt. Das Betätigten dient der Gesundheit und dem Wohlbefinden, und der Ergotherapeut ist der Experte dafür, dies zu ermöglichen. Die Ausrichtung auf eine Stärkung der Möglichkeiten des einzelnen Ergotherapeuten sowie der gesamten Berufsgruppe bietet allen Bürgern und Klienten mit Betätigungsfragen zunehmend größere Möglichkeiten.

8.10 Zusammenfassung

Edith Cup, Margo van Hartingsveldt

Die Ergotherapie ist auf das Betätigten ausgerichtet. Dies geschieht klientenzentriert, betätigungsorientiert, kontextbasiert, evidenzbasiert, technologiebasiert und populationsbasiert. Die Beziehung zu dem Klienten ist ein wesentlicher Teil der Intervention, bei dem der Einsatz seiner selbst (use of self) und der Faktor Kreativität wichtige Elemente sind. Bei der Ermöglichung des Betätigens setzt der Ergotherapeut verschiedene Enablement Skills ein. Diese gehören zu den klientenzentrierten Berufskompetenzen bei Interventionen.

In den Nederlanden können Ergotherapeuten ohne Überweisungen durch einen Hausarzt bei einem positiven Untersuchungsbefund direkt eine Intervention starten. Das ethische Reasoning in der Ergotherapie ist im Berufskodex und in den Verhaltensregeln für Ergotherapeuten beschrieben. Es ist erforderlich, dass alle Ergotherapeuten diesen Kodex unterzeichnen und sich an die Verhaltensregeln halten.

Das LEO-Modell ist für alle Ergotherapeuten von Bedeutung. Im Beruf ist es wichtig, dass jeder Ergotherapeut die Personal Leadership zeigt und den Mehrwert des Tätigens für die Gesundheit und das Wohlbefinden herausstreicht, damit zukünftig alle Bürger bei Bedarf von dem Nutzen einer ergotherapeutischen Behandlung profitieren können.

Ergotherapeuten konzentrieren sich auf die Beseitigung von Hindernissen beim Wohnen, bei der Versorgung, beim Lernen, beim Arbeiten, beim Spiel und in der Freizeit, damit jeder Mensch am Zusammenleben partizipieren kann.

8.11 Literatuur

Aarts PB, Jongerius PH, Geerdink YA, Limbeek J van, Geurts AC. Modified constraint-induced movement therapy combined with bimanual training (mCIMT-BiT) in children with unilateral spastic cerebral palsy: How are improvements in arm-hand use established? *Research in Developmental Disabilities* 2011;32(1):271–279.

Boyt-Schell AB, Schell JW. *Clinical and professional reasoning in occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

Breines EB. Creative reasoning in occupational therapy. In: Cole MB, Creek J (Hrsg.). *Global perspectives in professional reasoning*. Thorofare, NJ: Slack; 2016:165–181.

Byttebier I. *Creativiteit Hoe? Zo!* Tiel: Lannoo Meulenhoff; 2012.

CAOT. *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ontario: CAOT Publications ACE; 1997.

CAOT. *Profile of occupational therapy practice in Canada*. Ottawa: CAOT; 2007.

CAOT, NHW. *Guidelines for the client-centered practice of occupational therapy*. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1983.

Chapparo C, Ranka J. *The PRPP system of task analysis: User's training manual*. Sydney: OP Network; 2008.

Cole MB, McLean V. Therapeutic relationships redefined. *Occupational Therapy in Mental Health* 2003;19:33–56.

Colero L. A framework for universal principles of ethics. *Crossroads: Programs Inc*; 1997.

Craik J, Davis J, Polatajko HJ. Introducing the Canadian practice process framework (CPPF): Amplifying the context. In: *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:229–246.

Darrah J, Law MCN, Pollock B, Wilson DJ, Russell SD, Walter P et al. Context therapy: A new intervention approach for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2011;53(7):615–620.

Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian practice process framework: Amplifying the process. In: *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:247–282.

DOENlab. *Adviesplan ondernemen nieuwe curriculum*. Amsterdam: Doen-LAB en HvA; 2015.

Dongen I van, Fokking F, Geers D, Tenhagen A. *Onderzoeksrapport PRO-Ergo deel 3*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Opleiding Ergotherapie; 2016.

Downie RS, Calman KC. *Healthy respect: Ethics in health care*. Oxford: University Press; 1997.

Dutton M. *Orthopedic examination, evaluation & intervention*. New York: McGraw-Hill; 2004.

EN. *Kwaliteitscriteria 2015–2020 Ergotherapie Nederland – Kwaliteitsregister Paramedici*. Utrecht: Kwaliteitsregister Paramedici; 2015.

Evenhuis E, Eyssen ICJM. *Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson*. Amsterdam VUmc afdeling Revalidatiegeneeskunde, sectie Ergotherapie; 2012.

Ewijk W van et al. *Concept multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie; 2010. http://www.cbo.nl/Downloads/1064/concept_rl_schizo_10.pdf

Fisher AG. Occupation-centered, occupation based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2014;21(sup1):96–107.

Fisher AG, Jones KB. *Assessment of motor and process skills, Vol. 1: Development, standardization, and administration manual (7. Aufl.)*. Ft. Collins, CO: Three Star Press; 2011.

Frank JR. *Physician competency framework: Better standards, better physicians, better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.

Graff MJ, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Dekker J, Jonsson L, Thijssen M et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: Cost effectiveness study. *British Medical Journal* 2008;336(7636):134–138.

Graff MJ, Melick M van, Thijssen M, Verstraten P, Zajec J. *Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers – het EDOMAH-programma*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.

Groen-van de Ven L, Jukeme J, Smits C, Span M. *Gezamenlijke besluitvorming*. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G. *Evidence based practice voor paramedici*, 6185. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016.

Hagedorn R. *Occupational therapy: Perspectives and processes*. New York: Churchill Livingstone; 1995.

Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy* 2010;90(8):1099–1110.

Hammell KR. Client-centered practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2013;20(3):174–181.

Hammell KR. Client-centered occupational therapy: The importance of critical perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2015; (0):1–7.

Hartingsveldt MJ van. *Gewoon doen – dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2016.

Hartingsveldt MJ van, Leenders J, Cup E. Veranderen door handelen en motivationeel interviewwing. *Ergotherapie Magazine* 2009;37(8):20–24.

Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.

Hartingsveldt MJ van, Hengelaar R, Logister-Proost I. De praktijkcontext van de ergotherapeut beweegt mee met de veranderingen in zorg en welzijn. *Ergotherapie Magazine* 2015;43(3):40–46.

Hassel DTP van, Kenens RJ. *Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten: peiling 1 januari 2014*. Utrecht: NIVEL; 2014.

HBO-raad. *Voortrekkers in verandering – zorg en opleidingen – partners in innovatie*. Den Haag: HBO-raad; 2013.

Heijnsman A, Nes F van, Opstal S van, Kuiper C. *Gezond actief ouder worden: De ergotherapeut in de rol van groepsfacilitator*. Wetenschappelijk tijdschrift voor Ergotherapie 2012;5(3):5–17.

Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health: Some critical remarks. *American Journal of Occupational Therapy* 2005;59:569–576.

Hocking C. The way we were: Romantic assumptions of pioneering occupational therapists in the United Kingdom. *The British Journal of Occupational Therapy* 2008;71(4):146–154.

Hoogervorst W, Zwieten M van. *Opleiden tot flexibele zorgprofessionals – visiedocument curriculumontwikkelingen Amsterdam school for health-professions*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2014.

- Huber M, Knottnerus AJ, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D et al. How should we define health? *British Medical Journal* 2011;235–237.
- Josten M, Cup EHC. Groepseducatie en arbeidsproductiviteit. Vertaling, implementatie en evaluatie van een groepseducatieprogramma. *Ergotherapie Magazine* 2009;37:30–32.
- Kaljour M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren. Den Haag: Zorginstituut Nederland; 2015.
- Kinébanian A, Stomph M. Diversity matters: Guiding principles on diversity and culture (Vol. 61). Amsterdam: World Federation of Occupational Therapists; 2009.
- Kool J, Bramsen I. Ervaringskennis van cliënten en hun naasten. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G. Evidence-based practice voor paramedici. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016:89–105.
- Kouloumpi M, Saenger S, Suetens M. Developing codes of ethics- COTEC policy and guidelines. Athens: Council of Occupational Therapists for the European Countries; 2009.
- Kuiper C, Verhoef J, Munten G. Evidence-based practice. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G. Evidence-based practice voor paramedici. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016:15–32.
- Lammers M, Scholte R, Berdern R. Ergotherapie doet er toe. Amsterdam: SEO economisch onderzoek, in opdracht van Ergotherapie Nederland; 2014.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko HJ, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2014.
- Leeuw M de, Saenger S, Vanlaerhoven I, Vries-Uiterweerd A de. Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2015.
- Logister-Proost I. Gezocht: Effectieve ergotherapie – clientgecentreerde evidence-based ergotherapie. Enschede: Ergowij; 2007.
- Miller W, Rollnick S. Motiverende gespreksvoering – mensen helpen veranderen (3. Aufl.). Gorinchem Ekklesia; 2014.
- Mosey AC. Psychosocial components of occupational therapy. New York: Raven Press; 1986.
- Mroz TM, Pitonyak JS, Fogelberg D, Leland NE. Client centeredness and health reform: Key issues for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 2015;69(5):6905090010p1–6905090010p8.
- Norhouse PG. Leadership: Theory and practice. Sage publications; 2015.
- Pol M, Nes F van, Hartingsveldt M van, Buurman B, Rooij SE de, Kröse B. Older people's perspectives regarding the use of sensor monitoring in their home. *The Gerontologist* 2014;56(3):485–493.
- Polatajko HJ, Davis JA, McEwen SE. Therapeutic use of self – a catalyst in the client-therapist alliance for change. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*. Thorofare, NJ: Slack; 2015:81–92.
- Polatajko HJ, Freeman A, Liu CL, Quach J, Rappolt S, Rivard A. Accountability for enabling occupation: Discovering opportunities. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:305–322.
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM (Hrsg.). *Health behaviour and health education: Theory, research and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2002:99–120.
- Rogers CR. Counseling and psychotherapy; new concepts in practice. Boston: Houghton Mifflin; 1942.
- RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: De nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010.
- Sadlo G. Creativity and occupation. In: Molineux M. *Occupation for occupational therapists*. Oxford: Blackwell; 2004.
- Schmid T. Meanings of creativity within occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal* 2004;51(2):80–88.
- Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(10):CD001431.
- Steultjens EMJ, Cup EHC, Zajec J, Hees S van. Ergotherapiegerichtlijn CVA. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Stomph M, Poerbodipoero S. Vraaggericht werken en diversiteit. In: Granse M le, Hartingsveldt MJ van, Kinébanian A (Hrsg.). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business; 2012:251–270.
- Sturkenboom IHWM, Steultjens EMJ. Ergotherapiegerichtlijn valpreventie: Evidence-based ergotherapie bij volwassenen met verhoogd valrisico. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2016.
- Sturkenboom IHWM, Thijssen MCE, Gons-van de Elsacker JJ, Jansen IJH, Maasdam A, Schulten M et al. Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson, een richtlijn van ergotherapie Nederland. Utrecht/Den Haag: Ergotherapie Nederland/Uitgeverij Lemma; 2008.
- Sturkenboom IHWM, Graff MJL, Hendriks JCM, Veenhuizen Y, Munneke M, Bloem BR et al. Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: A randomised controlled trial. *The Lancet Neurology* 2014;13(6):557–566.
- Sumsion T, Law M. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centered practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2006;73(3):153–162.
- Taylor RR, Puymbroeck L van. Therapeutic use of self: Applying the intentional relationship model in group therapy. In: O'Brien JC, Solomon JW (Hrsg.). *Occupational analysis and group process*. St. Louis, MO: Elsevier; 2013:36–52.
- Taylor RR, Lee SW, Kielhofner G, Ketkar M. Therapeutic use of self: A nationwide survey of practitioners' attitudes and experiences. *American Journal of Occupational Therapy* 2009;63:198–207.
- Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J et al. Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007:87–134.
- Townsend EA, Polatajko H. Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.
- Townsend EA, Polatajko HJ, Craik JM, Zweck CM von. Introducing the leadership in enabling occupation (LEO) model. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2011;78(4):255–259.
- Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J et al. Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health and well-being, & justice through occupation* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013a.
- Townsend EA, Cockburn L, Letts L, Thibeault R, Trentham B. Enabling social change. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013b:153–176.
- Townsend EA, Egan MY, Law M, Manojlovich M, Head B. Escalating participation in scholarly practice for enabling occupation. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013c:283–303.
- Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 2013;13(1):655–679.
- Veld A de, Lemette M, Heijnsman A. Adviseren door ergotherapeuten. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016.
- VerenigingHogescholen. Inspiratiebrief voor alle hoger gezondheidszorgopleidingen in Nederland. Den Haag: Sectoraal Advies College Hoger Gezondheidszorgonderwijs Vereniging Hogescholen; 2015a.
- VerenigingHogescholen. Strategische visie vereniging hogescholen – wendbaar en weerbaar. Den Haag: Vereniging Hogescholen; 2015b.
- Verhoef J, Zalmstra A. Beroepscompetenties ergotherapie. Utrecht: Lemma; 2013.
- Verhoef J, Quist G. Professionel kennis van zorgverleners. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G. Evidence-based practice voor paramedici. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016:107–124.

- Verhoef J, Kuiper C, Munten G. De methodiek van evidence-based practice. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G. Evidence-based practice voor paramedici. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016:33–60.
- Vries G de, Schene AH. Reintegrating people suffering from depression into the workplace. In: Söderback I. International handbook of occupational therapy interventions. Heidelberg: Springer; 2015:697–708.
- WFOT. Position statement on client-centeredness in occupational therapy. Forestfield Western Australia: WFOT; 2010.
- WFOT. Revised minimum standards for the education of occupational therapists 2016. Forestfield Australia: WFOT; 2016.
- Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective on health (3. Aufl.). Thorofare (NJ): Slack; 2015.
- Yerxa EJ. Occupation: The keystone of a curriculum for a selfdefined profession. American Journal of Occupational Therapy 1998;52:365–372.
- Zanten N van, Kuiper C, Maas R. Directe toegankelijkheid voor ergotherapeuten, cursistenhandleiding 2010–2011. Rotterdam: Transfergroep Rotterdam; 2010.
- Zanten N van, Maas R, Kuiper C. Screenings formulier directe toegankelijkheid ergotherapie. Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie 2011;4:68–70.

9 Fragenorientiertes Arbeiten und Diversität

Marjan Stomph, Soemitro Poerbodipoero

„Ich erwarte von den Helfern, dass sie mit Krankheiten, Behinderungen, Ritualen und Meinungen umgehen können, auch wenn dies ihren bisherigen Erfahrungen oder eigenen Gewohnheiten entgegenläuft. Mir ist es egal, ob derjenige der uns hilft, schwarz oder weiß ist, sofern sich die Person ihrer eigenen Natur und Individualität bewusst ist und darüber nachdenken kann.“

O-Ton einer Mutter eines Kindes mit Down-Syndrom
in Raghoebier et al. (1996)

Keywords

- Diversität
- Kultur
- Kompetenzen im Umgang mit Diversität
- Guiding Principles (WFOT)

Diversität der Menschen

Meine Zimmergenossin erzählte mir, dass sie seit ihrem Schlaganfall sehr traurig sei, weil sie Weihnachten nicht mit ihrem Sohn und mit ihren Enkelkindern feiern könne. Ihre Mutter haben sie mit den Worten getröstet: „Mach Dir keine Gedanken um Weihnachten. Für solche Menschen wird einiges organisiert.“ Kaum einen Tag gelähmt, schon gehört man zu der anderen Welt aus „solchen Menschen“ und der Weg zurück scheint für alle Zeit versperrt und auch die Wünsche von davor zählen nicht mehr (Peelen 2009).

Dies ist bereits das vierte Flüchtlingsheim, in dem wir nunmehr seit einem Jahr wohnen. Hier leben ein paar Hundert Menschen. Auf jeder Etage befinden sich 40 Zimmer. Wenn die Bewohner auf den Fluren sind, hallt der Lärm durch das ganze Haus. Privatsphäre hat man kaum. Als wir hier ankamen, gab es mehr Platz, aber jetzt kommen noch viel mehr Menschen und es ist einfach voll. Hier steht das Leben still. Man darf nichts tun und man kann auch nichts tun (Rosman 2015).

In einem Pflegeheim in der Provinz Groningen sitzt ein älterer Mann allein an einem Tisch in einem ansonsten vollen Aufenthaltsraum. Es ist Mittwochvormittag, Zeit für das wöchentliche Kartenspiel im Seniorenheim, in dem er seit einem Jahr wohnt. Er trinkt seinen Kaffee aus und verlässt still den Raum. Den Mut zu fragen, ob er mitspielen darf, hat er schon lange aufgegeben, obwohl er so gerne Karten spielt. Fragt man die Mitbewohner, warum der Mann nicht mitspielen darf, heißt es: „Er hat eine ansteckende Krankheit ...“.

Philipp arbeitet an einem geschützten Arbeitsplatz. In den vergangenen Jahren musste er mit immer weniger Geld auskommen. „Mein Lohn wird vom Leiter separat abgerechnet, und so habe ich etwas unter 500 € zum Leben. Von diesem Geld zahle ich alle Lebensmittel, Kleider, Putzmittel und den Unterhalt und Verbrauch meines Autos. Bei 500 € monatlich muss man sehr vorsichtig sein. Alles ist teurer geworden. Auch das Essen kostet so viel mehr. Was kriegt man schon für 20 €? Am häufigsten gehe ich zu Aldi und Lidl. Eine warme Mahlzeit nehme ich bei der Arbeit für jeweils 3 € zu mir“ (Katholieke Vereniging Gehandicapten 2010).

9.1 Einleitung

In der Praxis haben es Ergotherapeuten mit Klienten zu tun, die auf die unterschiedlichste Weise sozialisiert wurden. In Zeiten der zunehmenden Globalisierung und weltweiten Migration wird das immer deutlicher. Ergotherapeuten bekommen es so auch mit Menschen zu tun, die über einen in vielerlei Hinsicht anderen Hintergrund mit anderen Gruppen, anderen Lebensbedingungen und einer anderen Umwelt verfügen als man selbst. Es kann dadurch zu faszinierenden Begegnungen kommen, aber auch Missverständnisse und fehlendes Verständnis sind möglich.

Menschen mit demselben Hintergrund (z. B. gleicher Wohnort, Stadt oder Land, gleiche soziale Schicht, gleiche Lebenssicht) und denselben Merkmalen (Alter, Geschlecht, Aussehen, Ethnie, sexuelle Orientierung, Sprache) finden sich im anderen besser wieder. Sie haben das Gefühl, sich besser in die andere Person hineinversetzen zu können und deren Verhalten leichter zu verstehen, als wenn diese Merkmale verschieden sind (Oomkes 2001, Shadid 2007).

Zu Schwierigkeiten scheint es eher zu kommen, wenn es nur wenige oder gar keine Übereinstimmungen gibt. Man geht dann mehr nach dem äußeren Anschein und kann das Verhalten des anderen zwar mitunter begreifen, sich aber zumeist nicht einfühlen. Die Folge davon kann sein, dass wichtige Dinge (zu) spät mitgeteilt werden oder ganz unbesprochen bleiben. So kann es zu Unverständnis kommen und in der Folge zur Fehlkommunikation, die sich manchmal durch falsche Vorstellungen verstärkt (verzerrte Wahrnehmungen zwischen verschiedenen Gruppen). Das kann dazu führen, dass jemand die passende Hilfe, auf die jeder Klient ein Recht hat, nicht erhält. Die erlebten Unterschiede zwischen Gruppen können auf sozioökonomischen Unterschieden, auf der Gesundheit, dem Geschlecht, einer Behinderung, dem Alter,

dem Glauben, auf ethnischen Unterschieden, auf kulturellen Verschiedenheiten oder auf unterschiedlicher sexueller Orientierung beruhen. Castro et al. (2014) sagen: „Die Ergotherapie arbeitet mit dem, was Menschen tun, und mit der Bedeutung und dem Ziel dieser Betätigungen. Das ist jedoch problematisch: Lässt man dabei die kulturellen Einflüsse unberücksichtigt, kann das zu Praktiken führen, die dem Klienten nicht gerecht werden und sogar unethisch sein können.“

Die Studierenden in der Altenhilfe

Die Ergotherapiestudierende Anja wuchs in einer mittelgroßen Stadt auf, aus der auch schon ihre Eltern stammten. Die Familie hatte es nicht leicht. Die Mutter arbeitete als Leiterin einer Kindertagesstätte und der Vater war aus gesundheitlichen Gründen nach jahrelanger Tätigkeit auf dem Bau arbeitsunfähig. Sie absolviert ein Praktikum mit alten Menschen in einer Einrichtung, die sich nicht alle leisten können.

Anja zeigt sich in der Ausbildung nicht sonderlich verbunden mit diesen „fremden“ Menschen. Die Alten sprechen über Dinge, unter denen sie sich nichts vorstellen kann, und verhalten sich in ihren Augen „extrem“. „Eine hat bei sich zu Hause sogar noch eine Putzfrau und einen Gärtner, obwohl sie hier schon seit einem Jahr wohnt!“ Nach einem längeren Gespräch über die verschiedenen Lebenshintergründe versteht sie die Klientengruppe etwas besser, doch fällt es ihr immer noch schwer, sich einzufühlen.

Das Grundrecht auf gesundheitliche Versorgung ist in den Grundsätzen der WHO festgeschrieben: „Diese Grundrechte bedeuten eine für jeden Menschen rasche und verfügbare gesundheitliche Versorgung von angemessener Qualität“ (WHO 2015).

In den Niederlanden findet sich die Annahme dieses Grundrechts in verschiedenen Gesetzen wieder. Die praktische Umsetzung der WHO-Prinzipien zeigt sich in den verschiedenen ergotherapeutischen Berufskodizes der einzelnen Länder (Code of ethics; COTEC 2009).

Um sicherzustellen, dass jeder Mensch geeignete gesundheitliche Unterstützung erfährt, ist es wichtig, dass ein Professional mit interpersonellen Ähnlichkeiten und auch Unterschieden umzugehen weiß. Das fragenorientierte Arbeiten und die Fähigkeit, mit Diversität umgehen zu können, geben Zeugnis von der Professionalität eines Ergotherapeuten und erfordern die nötigen Einstellungen, das Wissen und die Fertigkeiten, die den Umgang mit Gleichheit und auch Verschiedenheit ermöglichen.

9.2 Diversität – was ist das eigentlich?

In diesem Teil geht es um den Begriff der Diversität und ihren Einfluss auf den Umgang miteinander. In Kap. 9.3 geht es dann um den Begriff „Kultur“.

Diversität bedeutet „Verschiedenheit“ und auch „Vielfalt“ (Boon u. Geeraerts 2005). In der Biologie und auch in anderen Wissenschaftsbereichen wird der Begriff verwendet, um einen Artenreichtum zu benennen. In diesem Abschnitt geht es um die Vielfalt des Menschseins. In allen Gesellschaften und Kulturgruppen werden Menschen in Kategorien, Gruppen und Arten eingeteilt: Männer und Frauen, Erwachsene und Kinder, Junge und Alte, Arme und Reiche, Stadtmensch oder „vom Land“, behindert oder nicht behindert, krank oder gesund. Menschen teilen sich selbst und auch andere Menschen Gruppen zu. Jeder Mensch ist natürlich Mitglied vieler Gruppen. Im Grunde geht es darum, dass Menschen ihre persönliche und soziale Identität über ihre Gruppenzugehörigkeit definieren. Sie beurteilen sich selbst positiv, indem sie zu einer Gruppe gehören. Die Menschen identifizieren sich dann mit ihrer Gruppe, um dieses Bild von sich selbst zu erhalten, und grenzen sich gegenüber anderen Gruppen ab („Wir und die anderen“). Dieses Verhalten führt zu Zerrbildern, die sich unmittelbar auf die Kontaktbildung und die Art und Weise, in der sich Personen begegnen, d.h. positiv oder negativ, auswirken können (Shadid 2007, Gudykunst u. Moody 2002).

Dass Menschen auf der Grundlage ihrer äußeren Merkmale, einer Gruppenzugehörigkeit, eines bestimmten Hintergrundes oder eines Verhaltens verallgemeinert beurteilt werden, ist eine Alltagserfahrung. Generalisierende Äußerungen über Gruppen von Menschen und Stereotypen zeichnen ein stark vereinfachtes Bild von der Wirklichkeit, was jedoch oft nötig ist, um in der Welt zurechtzukommen. Man kann schließlich nicht alles über jeden Menschen wissen.

Heimat

Ein 58-jähriger Dozent leitet ein Training, die Studierenden sind begeistert. Sie bewundern die Fachkenntnis des Dozenten. Dann fragt einer der Studierenden: „Seit wann leben Sie in den Niederlanden?“ Der Dozent sagt: „Seit 1970, aber eigentlich schon seit meiner Geburt, denn Curaçao gehört zu den Niederlanden.“ Dann war es still. Ein Kommilitone fragte dann den ersten Studierenden: „Wann bist du denn geboren?“ Er antwortete, dass das 1986 war, worauf die ganze Gruppe feststellte: „Dann bist du also hier der Neue.“

Worum geht es hier? Es kommt im Unterricht häufig zu vergleichbaren Situationen. Ein Lehrer, der älter als seine Studierenden ist, leitet einen Kurs. Die Unterrichtsinhalte gefallen den Studierenden offenbar. Wie kommt es, dass der Studierende dann diese Frage stellt: „Seit wann leben Sie in den Niederlanden?“ Ist das eine häufige Frage im Verhältnis von Lehrer und Studierenden, oder gibt es etwas, das den Dozenten als andersartig definiert und deshalb diese Frage hervorbringt?

Studierende mit Behinderungen

Eine junge Frau beschließt, das Studium der Ergotherapie aufzunehmen. Sie hatte einen Ergotherapeuten bei der Arbeit in einer Kindertagesstätte gesehen, was ihr gefallen hatte. In der ersten Woche lernt sie ihre Kommilitonen aus ihrer Gruppe kennen. Zu ihrem Erstaunen fragt sie nahezu jeder, wie sie später einmal der Herausforderung begegnen will, dass sie sich nur mühsam fortbewegen kann.

Hier hatte eine Studierende gerade mit der Ausbildung begonnen, und es ist ganz normal, dass sich Studierende miteinander bekannt machen, wenn sie sich begegnen und fragen, wo man herkommt. Aber warum sollte man diese Studierende fragen, wie sie sich später in der Praxis einmal fortbewegen will? Oft denkt man, dass das Verhalten der Menschen untereinander größtenteils von kulturellen Unterschieden und unterschiedlichen Normen und Werten geprägt sei.

In den beiden Beispielen gibt es jedoch keine kulturellen Unterschiede und wohl auch keine unterschiedlichen Normen und Werte. Doch in beiden Fällen wird jemand als „anders“ definiert, und dies allein aufgrund von äußerlichen Merkmalen. Im ersten Fall ist es die dunkle Haut des Lehrers und die Kategorisierung aufgrund dieser Hautfarbe (die Frage, woher er komme). Im zweiten Beispiel geht es um eine Studierende mit Gehhilfen, die für größere Entfernungen einen Rollstuhl benötigt. Sie wird aufgrund der sichtbaren Behinderung kategorisiert (die Frage, wie sie das später bewältigen will). In den beiden Fällen wird das Bild, das der andere „anders“ ist, verstärkt und der Mensch eingeordnet.

In allen Gesellschaften kommt es zu Verschiebungen zwischen den Gruppen, denen die Menschen angehören. Dies kann auch passieren, wenn sich etwas an der Lebenssituation verändert und man von der Gruppe der nicht behinderten in die Gruppe der behinderten Menschen wechselt, wenn man z.B. einer Krankheit oder einem Unfall zum Opfer gefallen ist.

Schubladendenken

Eine 38-jährige Frau erlitt unter der Geburt ihres dritten Kindes eine Einblutung im Rückenmark und ist seitdem an den Rollstuhl gebunden. Zudem weist ihr Sohn deutliche Anzeichen einer geistigen Behinderung auf.

„Früher hat man mir nie hinterhergeschaut. Allenfalls haben ein paar Kerle auf einer Baustelle gepfiffen. Wenn ich aber jetzt in die Stadt fahre und mein Sohn neben mir läuft, schaut man mich mitleidig an, und manchmal höre ich sie förmlich denken: „Die beiden sind sicher aus einer Anstalt entlaufen“ und zeichnen bei „laufen“ noch Anführungszeichen in die Luft.“

Menschen im Voraus in Schubladen zu stecken, führt dazu, dass man von ihnen auch erwartet, dem Bild, das man von der Gruppe hat, zu entsprechen, während Individuen das aber nur selten tun. Solche Stereotypen können auch negative Seiten haben. Hält man zu lange an ihnen fest, werden sie zum Vorurteil, also zu einem negativen Urteil, dass die Haltung gegenüber einer Gruppe und die Erwartungen an diese stark beeinflusst. Zumeist beruhen Vorurteile auf fehlendem Wissen. Sie können sich verstärken, wenn die Menschen nicht in Schubladen einzuteilen sind.

Ausgeschlossen

Eine 23-jährige Frau mit dunkler Hautfarbe, die im Alter von einem halben Jahr adoptiert worden war, befindet sich zur Arbeitsintegration in der Psychiatrie. Sie berichtet, dass man ihr bei der Arbeit als Haushaltshilfe für ältere Menschen immer wieder dieselben Dinge sagt: „Wo kommst Du denn her?“, „Du sprichst aber gut Deutsch!“ oder „Wie macht man das bei Dir zu Hause?“, wenn es um Reinigungsarbeiten geht. Den Ergotherapeuten, die sie bei der Arbeitsintegration unterstützen, sagt sie, dass sie sich durch all diese Fragen ausgeschlossen und verunsichert fühle und sogar krank werde.

Bei Vorurteilen spielen neben dem Mangel an Wissen auch Emotionen eine Rolle. In diesem Beispiel wird die Frau durch fehlendes Wissen von Außenstehenden in eine Schublade gesteckt, indem man sie nach ihrer Herkunft fragt, ein Kompliment über ihre Sprachkenntnisse macht und sich nach den Traditionen ihrer Kultur erkundigt. Vielleicht klingen diese Fragen auch freundlich und sind gut gemeint, doch wirken sie sich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der jungen Frau negativ aus.

Diskriminierung ist die Herausstellung eines Unterschiedes, auf dessen Grundlage Menschen abgelehnt oder schlecht behandelt werden. Dabei spielen die Überlegungen, die zu der Unterscheidung geführt haben, bisweilen gar keine Rolle mehr. Der große Unterschied zwischen Stereotypen, Vorurteilen, Rassismus und Diskriminierung

rung besteht darin, dass Letzteres eine Betätigung ist – die aktive Unterscheidung (Tanja 1997). Das Wissen über Diversität kann dabei helfen, Vorurteile bewusst werden zu lassen und Diskriminierung zu verhindern. Der belgische Philosoph Wouters, der in den Niederlanden lebt und arbeitet, sagte:

„Ich kann nicht behaupten, dass ich mich als Belgier jemals als das Opfer von harter Diskriminierung gesehen hätte. Das Gegenteil trifft jedoch zu. Der Belgier gilt von vornherein als interessant, redegewandt, authentisch, klug und natürlich gesellig. Das ist auch diskriminierend. Der Punkt ist nur: Ob man nun positiv oder negativ, hart oder leicht diskriminiert wird, spielt gar keine Rolle – man bekommt signalisiert, dass man nicht ganz dazugehört“ (Wouters 2005).

Wells (2005) betont die Notwendigkeit eines ethischen Denkansatzes zum Begriff der Diversität. Individuelle Einstellungen und Werte bestimmen die Art und Weise, in der sich Ergotherapeuten den Klienten nähern, mit ihnen ins Gespräch kommen und die Möglichkeiten der Klienten bewerten. Wells sagt auch, dass Ergotherapeuten wie Professionals auf der Basis eines Berufskodex handeln sollten.

9.3 Kultur

Der Begriff der „Kultur“ kennt zahlreiche Definitionen, die ursprünglich in der Soziologie und in der Anthropologie entwickelt wurden:

„Zur Kultur gehören Systeme aus geteilten Ideen, Konzepten, Regeln und Bedeutungen, die diesen zugrunde liegen und sich darin äußern, wie Menschen leben“ (Helman 2007).

Kultur ist dynamisch und in Bewegung, weil sich auch die Ideen, Vorstellungen, Regeln und Bedeutungen im Laufe der Zeit verändern. Da jede Kultur in Bewegung ist, reißen die Diskussionen darüber, was der Mensch darf und was nicht, was sich gehört und was nicht, auch nicht ab (Normierung). Menschen teilen einander mit, was ihnen wichtig ist und was sie durch Erziehung und gegenseitige Beeinflussung erlernt haben (Sozialisation). Das Erlernen und wie darüber gedacht wird, verschafft dem Menschen seinen Blick auf die Welt und zeigt ihm, wie er sich als Mitglied einer bestimmten Gruppe in einer bestimmten Gesellschaft zu verhalten hat. Das menschliche Leben kann innerhalb einer kulturellen Gruppe sehr unterschiedliche Formen annehmen (heterogen). Man spricht daher heute auch von der kulturellen Diversität. In jeder Kultur gibt es eine große Diversität (Kuckert u. Stomph 2015), weshalb es „die“ niederländische, deutsche oder österreichische Kultur ebenso wenig gibt, wie „die“ türkische, „die“ schweizerische oder „die“ Roma-Kultur.

Blick heben oder Blick senken?

In den westlichen Nationen lernt man bis heute, eine Person, die mit einem spricht (z. B. einen Lehrer) anzusehen. Dies gilt als Form der Höflichkeit. Tag ein, Tag aus wird man in diesen Ländern darauf aufmerksam gemacht, dass es wichtig ist, jemanden, der mit einem spricht, anzusehen. Tut man das nicht, wird man darauf hingewiesen, dass das unhöflich ist, weil es mit „nicht zuhören“ gleichgesetzt wird. Wächst man in einem nicht westlichen Staat wie der Türkei auf, lernt man jedoch, dass es unhöflich ist, etwa einem Vorgesetzten, der mit einem spricht, direkt in die Augen zu blicken, vor allem, wenn es um Tadel geht. In einer Schulklasse sitzen aber Kinder von Eltern verschiedener Kulturen, die bisher in entsprechender Weise erzogen wurden oder vielleicht sogar bisher vollständig in einer anderen Kultur gelebt haben. Doch gehören alle diese Kinder mit ihren verschiedenen Hintergründen und ihrer Diversität zu unserer Schulkultur.

Kultur ist etwas anderes als Ethnie. Diese Begriffe werden immer noch durcheinander geworfen. Unter Ethnizität versteht man die individuell empfundene Zugehörigkeit zu einer Gruppe von Menschen mit gemeinsamer Abstammung, Sprache, Tradition, Glauben und äußerlichen Merkmalen (Jones et al. 1998). Der Begriff der Rasse stammt ursprünglich aus der Biologie, wo er eine Gruppe von Menschen und Tieren oder Pflanzen mit denselben Merkmalen umfasst. In der Soziologie wird diese Art der Einteilung des Menschen stark kritisiert, da den Menschen weitaus mehr auszeichnet als seine körperlichen Merkmale.

Lim und Iwama (2006a u. 2006b) weisen darauf hin, dass der Begriff der Kultur in der Ergotherapie nicht zu schnell verwendet werden sollte, da dies die Gefahr der Stereotypisierung in sich trage. Sie betonen, dass es wichtig sei, über die äußerlichen Merkmale eines Menschen hinauszusehen und sie nicht mit einer bestimmten Kulturgruppe zu vermengen. Jeder Mensch ist einzigartig und seine soziale Identität kann je nach Kontext viele Teilidentitäten umfassen (Kuckert u. Stomph 2015).

In komplizierteren Gemeinschaften wie z. B. der urbanisierten Gesellschaft existieren allerlei Subkulturen, die sich über Lebensstile, Musikrichtungen, Betriebskulturen (Arbeitnehmer einer bestimmten Bank, Automarke oder Supermarktkette) und Berufe (Fußballer, Ärzte, Ergotherapeuten) definieren. Diese Gruppen haben in Teilen ihre eigenen Regeln und Werte. Zum Teil leiten sie sich von der Gemeinschaft ab, der sie angehören, und teilweise von der Berufs- oder Betriebskultur. Beim Erlernen eines bestimmten Berufes oder bei der Einarbeitung wird man entsprechend der Subkultur des Berufes oder Betriebes sozialisiert. Die Subkultur der Ergotherapeuten wurde von Mattingly (1998) untersucht. Sie machte folgende

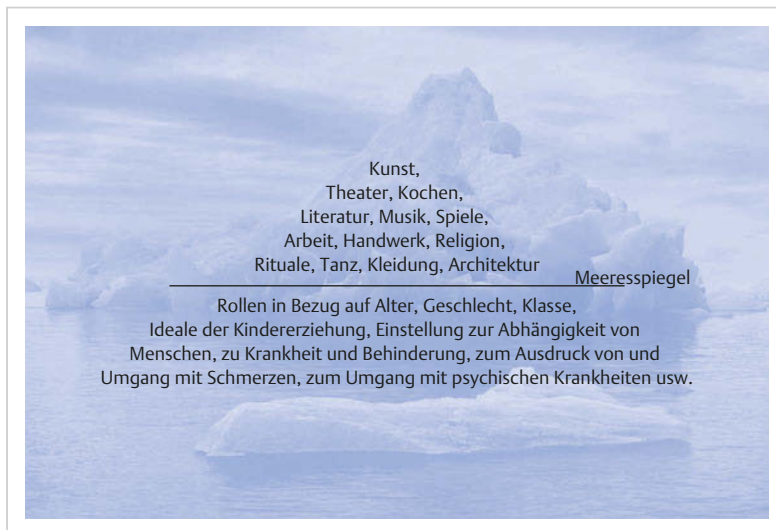


Abb. 9.1 Kultur als Eisberg: gemeinsame Ideen, Konzepte, Regeln und Bedeutungen (McClain 1998; Abbildung mit freundlicher Genehmigung von M.A. Felto, Creative Commons).

spezifischen Merkmale aus: auf der Suche sein nach dem, was vom Klienten als Schwierigkeit im Leben erfahren wird, und nach dem, was Ergotherapeuten daran positiv verändern oder verstärken können.

Viele Dinge einer Kultur bleiben unsichtbar (geteilte Ideen, Konzepte, Regeln und Bedeutungen), vor allem, wenn man selbst Teil dieser Kultur ist. Die Unterschiede werden erst im Kontakt mit anderen wahrgenommen und wenn dieser Unterschied auffällig ist. McClain (1998) versucht, dies am Bild eines Eisberges zu verdeutlichen (► Abb. 9.1). Eisberge waren in Zeiten, als es noch kein Radar gab, lebensgefährlich, da nur ein kleiner Teil über dem Wasser zu sehen ist, jedoch ein viel größerer Teil sich unter Wasser befindet. Auch im zwischenmenschlichen Kontakt ist nur ein Teil der Ideen, Konzepte, Regeln und Bedeutungen dem Bewusstsein zugänglich und wahrnehmbar (über dem Wasser). Der Rest sitzt gewissermaßen unter Wasser, und im Kontakt mit anderen Menschen wird einem erst nach und nach klar, warum etwas festgefahren zu sein scheint oder sich als unerwartet schwierig erweist.

Hall (in Helman 2007) beschreibt verschiedene kulturelle Ebenen: eine sichtbare Ebene, die in einer Gesellschaft leicht geteilt werden kann und auf die man oft auch stolz ist; die Ebene des erlernten Verhaltens liegt darunter als etwas, über das man noch sprechen kann; darunter wiederum befände sich eine Ebene, die eigentlich komplett ausgeblendet ist und über die man kaum sprechen kann. Dabei geht es um Dinge, die jeder in der Gesellschaft so nimmt, wie sie sind, ohne darüber wirklich zu reden. So z. B. wie Menschen es lernen, sich gegenüber dem anderen Geschlecht zu verhalten. Das ist zwar alles unausgesprochen, aber man kann dahinter kommen, wenn man auf nonverbale Signale und die Art der Kommunikation achtet. Von Dingen wie außerehelichem Verkehr, Prostitution oder Inzest haben die Menschen in

einer Gesellschaft zwar ein Bild, doch spricht man nicht darüber. Auch beim Thema Behinderung gibt es viele solcher Beispiele (Ingstad u. Whyte 1995, Drake 2001, Claus u. Jorissen 2008). Es ist schwierig, das, was im Verborgenen, gewissermaßen „unter Wasser“ ist, kennenzulernen. Nicht alle Aspekte einer Kultur sind also so leicht zu erfassen. Zudem sind Gesellschaften permanent in Bewegung. Um kulturelle Fragen gut zu verstehen, ist es wichtig, sie immer wieder aufs Neue in ihrem Kontext und auch im zeitlichen Verlauf zu betrachten.

Gleichheit von Jungen und Mädchen

Im Grundschulunterricht bilden Jungen und Mädchen in den meisten westlichen Ländern eine gemeinsame Klassengemeinschaft. Zwischen den beiden Geschlechtern wird kein Unterschied gemacht. Noch am Ende des vorletzten Jahrhunderts wurde der Unterricht nach Geschlechtern und Klassen getrennt abgehalten. Die Kinder wurden in Vorbereitung auf ihre zukünftige Rolle in der Gesellschaft als Mann oder Frau unterrichtet. Sozial höhergestellte Kinder lernten mehr und andere Dinge als Kinder aus unteren Schichten. Mädchen wurden generell weniger unterrichtet, da ihnen auch eine geringere gesellschaftliche Verantwortung zugedacht wurde.

In den Niederlanden wurde dieser Ungleichheit 1968 mit dem Schulgesetz ein Ende gesetzt (Essen 1998). Heute ist diese Gleichbehandlung von Jungen und Mädchen unter westlich geprägten Eltern kein Thema mehr. In islamischen Kreisen wird dies jedoch mitunter zur Diskussion gestellt. Die Gleichheit im Unterricht hat für islamische Mädchen manchmal negative Auswirkungen, da die Eltern ihre Töchter dann gar nicht zur Schule lassen und/oder nicht am gemischten Unterricht, Turnen oder Schwimmen teilnehmen lassen.

Das Beispiel zeigt, dass sich eine Idee im Laufe der Zeit komplett wandeln kann. Die Festlegung auf eine gesellschaftliche und geschlechtsbedingte Ungleichheit kann in ihr Gegenteil umschlagen und durch veränderte Bedingungen in der Gesellschaft auch wieder in die andere Richtung gehen.

Geeigneter Unterricht

Lange Zeit war es üblich, Kinder mit einer Behinderung in speziellen Schulen zu unterrichten. In den 1960er-Jahren kamen jedoch Zweifel daran auf, ob eine solche Trennung überhaupt wünschenswert und erforderlich ist (Klerk 2007). Das war auf der ganzen Welt so. Heute hält man es für besser, Kinder nach Möglichkeit am normalen Unterricht in einer Schule in ihrer Nähe teilnehmen zu lassen. Seit den 1970er-Jahren können Kinder mit einer Behinderung, die am normalen Unterricht in Grund- und weiterführenden Schulen teilnehmen, in den Niederlanden eine ambulante Begleitung bekommen.

Seit 2003 ist in den Niederlanden die Zahl der Kinder, die eine normale Schule besuchen, stark angestiegen, da Eltern die Möglichkeit haben, betroffene Kinder über eine an den einzelnen Schüler gebundene Finanzierung in die Schule gehen zu lassen. In der Praxis stößt dies jedoch auf Schwierigkeiten (Schuman 2007). So kam es zu der Gesetzesänderung für Auszubildende, die eine zusätzliche Begleitung benötigen (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen 2009), was auch den Anforderungen des UNO-Beschlusses zu den Rechten Behinderter entspricht (UN 2006), die im direkten Zusammenhang mit inklusivem Unterricht stehen. Zudem wurde bereits mehrere Male darauf hingewiesen, dass es Schwierigkeiten bei der Einführung eines geeigneten Unterrichtes gab (Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen 2011 u. 2015).

In Deutschland kann die Tätigkeit eines Schulbegleiters bzw. Integrationshelfers für den Schulbesuch eine Maßnahme im Interesse einer angemessenen Schulbildung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII oder der Jugendhilfe nach dem SGB VIII sein. Doch führt das föderale System in Deutschland praktisch zu 16 mehr oder weniger verschiedenen Regelungen.

Dieses Beispiel zeigt, dass die Durchführung von Veränderungen auf der Basis sich ändernder gesellschaftlicher Ideen Zeit kostet. Die praktische Umsetzung der Idee, dass Kinder mit Behinderungen auch erst einmal einfach Kinder sind und am regulären Unterricht teilnehmen können, erfordert Zeit und kann unter bestimmten Umständen Druck erzeugen. In Belgien wurden die Maßnahmen für Schüler mit spezifischen Bedürfnissen im Unterricht in eine Verordnung aufgenommen (Vlaams Parlement 2014).

9.4 Ergotherapie und Diversität: internationaler Leitfaden

In den vergangenen 20 Jahren gab es innerhalb und auch außerhalb der Ergotherapie zahlreiche Veröffentlichungen zum Einfluss von Diversität und Kultur auf das Betätigen (Kinébanian u. Stomph 2009). Die Globalisierung und die weltweiten Migrationsströme haben diese Publikationsflut mitverursacht. Die Migrationen beeinflussen die Normen und Werte einer Gesellschaft und haben auch in der Ergotherapie zu einer unvermeidlichen Paradigmenverschiebung in Richtung eines auf das Betätigen, die Umwelt und den Klienten ausgerichteten Ansatzes geführt, der die Partizipation und die Inklusion in der Gesellschaft fördert (WFOT 2006, Watson u. Schwartz 2004, Whiteford u. Wright-St Clair 2005, Kronenberg et al. 2005, Kronenberg u. Fransen 2006, Townsend u. Whiteford 2005, Hocking u. Ness 2002, Fransen 2005, Hartingsveldt et al. 2010).

Trotz der vielen Veröffentlichungen zu den Themen Diversität und Kultur fehlt in der Praxis heute noch ein wenig der Blick dafür. Für die WFOT war dies Anlass genug, ein Projekt zur Entwicklung eines Leitfadens zu diesem Themenbereich zu erstellen. Letztlich bildete sich eine 53-köpfige Projektgruppe mit zwei Gruppenleitern, 49 Ergotherapeuten und zwei Klienten (alle mit dem Thema gut vertraut), die den Leitfaden erstellt hat. Der Leitfaden soll für Ergotherapeuten auf der ganzen Welt eine ermutigende Hilfestellung sein, die Konzepte Diversität und Kultur zu thematisieren, ernst zu nehmen und zu einem Teil der täglichen Arbeit, der Ausbildung und der Forschung zu machen, um letztlich den Betätigungsbedürfnissen aller Menschen gerecht zu werden. In groben Zügen werden hier nachfolgend die Inhalte dieses Leitfadens dargestellt und es wird beschrieben, wo es ihn gibt und wie er zu verwenden ist. So werden etwa zu jedem Prinzip des Leitfadens Beispiele für angemessene Fragen gegeben (Kinébanian u. Stomph 2009, 2010, Stomph u. Kinébanian 2010). In dem Leitfaden werden die gewählten Prinzipien erklärt und vertieft. Zudem werden die zugrunde liegende Methodik, die Begriffe Diversität und Kultur sowie die Schnittmengen mit der Ethik besprochen. Sowohl die Erklärung der Prinzipien als auch der Teil mit den Vertiefungen enthält Fragen zur Selbstreflexion sowie Diskussionsanregungen. Diese sollen dabei helfen, sich eigene Gedanken zur täglichen Arbeitspraxis, Ausbildung und Forschung im Licht von Diversität und Kultur zu machen. Die Fragen lassen sich auch im Kontakt mit anderen Professionals einbringen. Die Idealsituation, die der Leitfaden aufzeigt, ist natürlich nicht kurzfristig zu erreichen. Das Hinarbeiten auf eine Arbeitsweise, die jedem vollends entspricht, ist ein stetiges Suchen. Der Leitfaden kann einen jedoch bei dieser Suche unterstützen, zumal er auch einen breiten Überblick über die Literatur bietet (www.wfot.org). Die WFOT unterstützt vier wesentliche Prinzipien zur Diversität und Kultur:

Das Beispiel zeigt, dass sich eine Idee im Laufe der Zeit komplett wandeln kann. Die Festlegung auf eine gesellschaftliche und geschlechtsbedingte Ungleichheit kann in ihr Gegenteil umschlagen und durch veränderte Bedingungen in der Gesellschaft auch wieder in die andere Richtung gehen.

Geeigneter Unterricht

Lange Zeit war es üblich, Kinder mit einer Behinderung in speziellen Schulen zu unterrichten. In den 1960er-Jahren kamen jedoch Zweifel daran auf, ob eine solche Trennung überhaupt wünschenswert und erforderlich ist (Klerk 2007). Das war auf der ganzen Welt so. Heute hält man es für besser, Kinder nach Möglichkeit am normalen Unterricht in einer Schule in ihrer Nähe teilnehmen zu lassen. Seit den 1970er-Jahren können Kinder mit einer Behinderung, die am normalen Unterricht in Grund- und weiterführenden Schulen teilnehmen, in den Niederlanden eine ambulante Begleitung bekommen.

Seit 2003 ist in den Niederlanden die Zahl der Kinder, die eine normale Schule besuchen, stark angestiegen, da Eltern die Möglichkeit haben, betroffene Kinder über eine an den einzelnen Schüler gebundene Finanzierung in die Schule gehen zu lassen. In der Praxis stößt dies jedoch auf Schwierigkeiten (Schuman 2007). So kam es zu der Gesetzesänderung für Auszubildende, die eine zusätzliche Begleitung benötigen (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen 2009), was auch den Anforderungen des UNO-Beschlusses zu den Rechten Behinderter entspricht (UN 2006), die im direkten Zusammenhang mit inklusivem Unterricht stehen. Zudem wurde bereits mehrere Male darauf hingewiesen, dass es Schwierigkeiten bei der Einführung eines geeigneten Unterrichtes gab (Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen 2011 u. 2015).

In Deutschland kann die Tätigkeit eines Schulbegleiters bzw. Integrationshelfers für den Schulbesuch eine Maßnahme im Interesse einer angemessenen Schulbildung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII oder der Jugendhilfe nach dem SGB VIII sein. Doch führt das föderale System in Deutschland praktisch zu 16 mehr oder weniger verschiedenen Regelungen.

Dieses Beispiel zeigt, dass die Durchführung von Veränderungen auf der Basis sich ändernder gesellschaftlicher Ideen Zeit kostet. Die praktische Umsetzung der Idee, dass Kinder mit Behinderungen auch erst einmal einfach Kinder sind und am regulären Unterricht teilnehmen können, erfordert Zeit und kann unter bestimmten Umständen Druck erzeugen. In Belgien wurden die Maßnahmen für Schüler mit spezifischen Bedürfnissen im Unterricht in eine Verordnung aufgenommen (Vlaams Parlement 2014).

9.4 Ergotherapie und Diversität: internationaler Leitfaden

In den vergangenen 20 Jahren gab es innerhalb und auch außerhalb der Ergotherapie zahlreiche Veröffentlichungen zum Einfluss von Diversität und Kultur auf das Betätigen (Kinébanian u. Stomph 2009). Die Globalisierung und die weltweiten Migrationsströme haben diese Publikationsflut mitverursacht. Die Migrationen beeinflussen die Normen und Werte einer Gesellschaft und haben auch in der Ergotherapie zu einer unvermeidlichen Paradigmenverschiebung in Richtung eines auf das Betätigen, die Umwelt und den Klienten ausgerichteten Ansatzes geführt, der die Partizipation und die Inklusion in der Gesellschaft fördert (WFOT 2006, Watson u. Schwartz 2004, Whiteford u. Wright-St Clair 2005, Kronenberg et al. 2005, Kronenberg u. Fransen 2006, Townsend u. Whiteford 2005, Hocking u. Ness 2002, Fransen 2005, Hartingsveldt et al. 2010).

Trotz der vielen Veröffentlichungen zu den Themen Diversität und Kultur fehlt in der Praxis heute noch ein wenig der Blick dafür. Für die WFOT war dies Anlass genug, ein Projekt zur Entwicklung eines Leitfadens zu diesem Themenbereich zu erstellen. Letztlich bildete sich eine 53-köpfige Projektgruppe mit zwei Gruppenleitern, 49 Ergotherapeuten und zwei Klienten (alle mit dem Thema gut vertraut), die den Leitfaden erstellt hat. Der Leitfaden soll für Ergotherapeuten auf der ganzen Welt eine ermutigende Hilfestellung sein, die Konzepte Diversität und Kultur zu thematisieren, ernst zu nehmen und zu einem Teil der täglichen Arbeit, der Ausbildung und der Forschung zu machen, um letztlich den Betätigungsbedürfnissen aller Menschen gerecht zu werden. In groben Zügen werden hier nachfolgend die Inhalte dieses Leitfadens dargestellt und es wird beschrieben, wo es ihn gibt und wie er zu verwenden ist. So werden etwa zu jedem Prinzip des Leitfadens Beispiele für angemessene Fragen gegeben (Kinébanian u. Stomph 2009, 2010, Stomph u. Kinébanian 2010). In dem Leitfaden werden die gewählten Prinzipien erklärt und vertieft. Zudem werden die zugrunde liegende Methodik, die Begriffe Diversität und Kultur sowie die Schnittmengen mit der Ethik besprochen. Sowohl die Erklärung der Prinzipien als auch der Teil mit den Vertiefungen enthält Fragen zur Selbstreflexion sowie Diskussionsanregungen. Diese sollen dabei helfen, sich eigene Gedanken zur täglichen Arbeitspraxis, Ausbildung und Forschung im Licht von Diversität und Kultur zu machen. Die Fragen lassen sich auch im Kontakt mit anderen Professionals einbringen. Die Idealsituation, die der Leitfaden aufzeigt, ist natürlich nicht kurzfristig zu erreichen. Das Hinarbeiten auf eine Arbeitsweise, die jedem vollends entspricht, ist ein stetiges Suchen. Der Leitfaden kann einen jedoch bei dieser Suche unterstützen, zumal er auch einen breiten Überblick über die Literatur bietet (www.wfot.org). Die WFOT unterstützt vier wesentliche Prinzipien zur Diversität und Kultur:

- Diversität macht den Unterschied: Kenne die Fakten (diversity matters: the facts)
- Menschenrechte und inklusives Denken machen den Unterschied (human rights and inclusiveness matter: occupation, participation and cultural safety)
- Sprache ist wichtig: verbal und nonverbal (language matters: the power of words)
- Kompetenz zählt: Einstellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten (competence matters: attitude, knowledge and skills).

9.4.1 Diversität macht den Unterschied: Kenne die Fakten (diversity matters: the facts)

Fragen aus dem Leitfaden

- Wie sind die demografischen Gegebenheiten in der Region?
- Welche Betätigungsfragen und gesundheitlichen Unterschiede gibt es in der Bevölkerung der Region? (Kinébanian u. Stomph 2009)

Von Gesundheitsprofessionals – und somit auch von Ergotherapeuten – wird erwartet, dass sie verschiedene Gruppen und deren Position in der Gesellschaft kennen und in etwa wissen, unter welchen Bedingungen diese leben und wie sie zu erreichen sind. Die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Menschen verschiedener Gruppen basiert auf zahlreichen Aspekten der Diversität (Black u. Wells 2007, Lorenzo 2004, Fourie et al. 2004, UN 1993). Diese Ungleichheit ist oftmals die Folge des sozio-ökonomischen Klimas in einem Land, das sich im Gesundheitssystem und im Bildungswesen widerspiegelt. Armut ist ein wichtiger Grund für psychische Erkrankungen, Stress, Suizid, Schwierigkeiten in der Familie und Suchtverhalten (Vrooman et al. 2014, Jehoel-Gijsberts 2009, www.who.int).

Der Leitfaden geht davon aus, dass durch Kenntnis der Umstände (Demografie, Gesundheit und Wohlbefinden) in der eigenen Region besser auf die Betätigungsbedürfnisse der Menschen in dieser Region eingegangen werden kann.

Angaben zur Bevölkerung finden sich in Deutschland beim Statistischen Bundesamt (www.destatis.de), wo Daten, die in der Praxis, in der Politik und in der Wissenschaft benötigt werden, gesammelt und statistisch aufbereitet werden, wie etwa Angaben zur Bevölkerungszusammensetzung einer Region (Männer, Frauen, Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen, Migranten usw.). Die statistischen Landesämter bilden die entsprechenden Institute auf der Landesebene.

Je nach Art der gesuchten Information kommen daneben als Quelle auch das Bundesministerium für Arbeit

und Soziales, das Bundesministerium für Gesundheit oder das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend infrage. Wenn es um Zusammenhänge mit Erkrankungen geht, sollte an das Robert-Koch-Institut gedacht werden (www.rki.de).

Das folgende Beispiel stammt aus einem Interview mit den Ergotherapeutinnen Mirjam Doesburg und Melanie Kieft vom Pflegeheim Schildershoek Den Haag, Forschungszentrum Diversität.

Die Demografie berücksichtigen

Es gab im Viertel eine große Gruppe von Chinesen, welche die Angebote zur Versorgung Älterer innerhalb und außerhalb von Schildershoek nicht annahm. Der Leiter des Pflegeheims hatte die Aufgabe, ein klares Bild von der Bevölkerungsstruktur in dem Viertel und von den Schwierigkeiten der verschiedenen Gruppen zu zeichnen. Man geht davon aus, dass bei älteren Chinesen in etwa das gleiche Versorgungsbedürfnis besteht wie bei anderen älteren Menschen. Der Kontakt zu dieser Gruppe wurde aktiv gesucht, und es kam zu Informationsveranstaltungen unter Teilhabe von Schlüsselfiguren aus der Gruppe der Chinesen. Es wurden aktiv Informationen über die Möglichkeiten zur Versorgung älterer Menschen und auch über eine so unbekannte Fachrichtung wie die Ergotherapie vermittelt. Auch die Kosten der Versorgung, einschließlich der Ergotherapie, wurden klar benannt (Stomph u. Kinébanian 2010).

9.4.2 Menschenrechte und inklusives Denken machen den Unterschied (human rights and inclusiveness matter: occupation, participation and cultural safety)

Fragen aus dem Leitfaden

- Wie und inwieweit greifen die angebotenen Dienste die unterschiedlichen Bedürfnisse in der Region auf? (Kinébanian u. Stomph 2009)

Im Position Statement on Human Rights (WFOT 2006) erklärt die WFOT, dass jeder Mensch das Recht darauf hat, durch sinnvolle Aktivitäten am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben. Die WFOT betrachtet es als Verpflichtung der Ergotherapie, Ungleichheiten bei der Partizipation von Menschen am Zusammenleben zu erkennen und bei der Politik zur Sprache zu bringen. In der überarbeiteten Fassung der Stellungnahme von 2014 hebt die WFOT diesen Punkt nachdrücklich hervor (WFOT 2014) und ruft

die Ergotherapie zur Übernahme von Verantwortung dafür auf, dass vulnerablen Personen die Möglichkeit zur Partizipation geboten wird.

Das inklusive Denken war immer insofern ein Ausgangspunkt in der Ergotherapie, als dass man von der Einzigartigkeit jedes Menschen ausgeht. Dabei bleibt der Fokus auf das Individuum gerichtet und weniger auf seinen sozialen Kontext, wenngleich dieser einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden einer Person ausübt. Bei einem respektvollen Umgang mit dem Kontext ist es wichtig, eine Umwelt für Menschen mit verschiedenen Hintergründen zu schaffen, in der sie sich sicher fühlen können (cultural safety; Dyck 1998). Im Jahre 2006 haben die Vereinten Nationen den Beschluss über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verabschiedet (UN 2006). Auch sind diese Grundrechte bereits recht gut in den Gesetzen verankert, doch hapert es noch an der praktischen Umsetzung. In Deutschland trat die Konvention am 26. März 2009 in Kraft, in Österreich am 26. Oktober 2008 und in der Schweiz am 15. Mai 2014.

Mit Gewohnheiten umgehen

Über häusliche Gewohnheiten sollte man sich nicht zu sehr wundern (sitzt man auf dem Boden oder auf einem Stuhl?), aber auch nicht über andere Vorstellungen von den Aufgaben der Pflege, wie z. B. ein junges Mädchen, deren Tageswerk die Versorgung der älteren Schwester ist. Man sollte versuchen, vorurteilsfrei zuzuhören, dann finden die Menschen auch später wieder zu ihnen zurück, weil sie bei Ihnen sicher sind und nicht bedrängt oder verurteilt werden. Die Menschen bekommen das Gefühl, dass es o.k. ist, wie sie leben (Stomph u. Kinébanian 2010).

Dies berührt auch Wells Auffassung (2005), wonach Professionals nicht nach ihrem eigenen Normen- und Wertesystem arbeiten sollten, sondern sich den für die Berufsgruppe geltenden Verhaltenskodex zu eigen machen. Die Grundlage dieses Kodex ist es, dass alle Menschen gleichbehandelt werden. In der Praxis zeigt sich, dass es unangenehm ist, innerhalb der Berufsgruppe einander darauf anzusprechen (Trentham et al. 2006, Martín et al. 2015). Das gilt erst recht für eine Berufsgruppe mit einer so geringen Diversität wie die Ergotherapie (Taylor 2007, Beagan 2007, Hingstman u. Kenens 2012, Hassel u. Kenens 2015; Wells en Black 2000; Dyck 1998; Mac-Whannell u. Blair 1998, Cracknell 1989, Miller 1992; Kinébanian u. Stomph 1991, 1992).

In vielen Ländern wird die Gruppe der Ergotherapeuten zahlenmäßig von Frauen dominiert. In Deutschland liegt der Anteil der Ergotherapeutinnen bei 80 %, in Österreich und in der Schweiz bei 95 %. Die Diversität bei den Geschlechtern ist dann auch ein wichtiger Punkt. Nach Watson schließen Männer, vor allem aus weniger privile-

gierten Schichten, die Ausbildung schneller und mit schlechteren Ergebnissen ab. Der Beruf wurde immer schon zu den Frauen- oder „Pflege“-Berufen gerechnet, die sich als Übertragung aus den Versorgungsaufgaben entwickelt haben, die den Frauen zugedacht waren (Cracknell 1989, Bracegirdle 1991a-c, Miller 1992, Taylor 1995, Kelly 1996, Pollard u. Walsh 2000). Die Ergotherapieausbildung ist Teil der Hochschulbildung, und die Studierenden stammen zumeist aus der Mittelschicht. Mit Blick auf die Berufsgruppe dominiert hier der Hintergrund von weißen Menschen aus westlichen Staaten, doch ist auch hier ein deutlicher Wandel bemerkbar. So hat die Zahl der Ausbildungsstätten in asiatischen Ländern in den letzten Jahren stark zugenommen (Kinébanian u. Stomph 2009). Der Leitfaden bietet auch hier Anknüpfungspunkte, um eine Diskussion darüber eingang zu setzen.

Betrüger

Ich versuche mit allen Mitteln, Freunde aus der Mittelschicht zu finden und jemanden darzustellen, der selbst der Mittelschicht angehört. Ständig fühle ich mich wie ein Betrüger. Es ist eine Vollzeitbeschäftigung, seine eigene Identität über die soziale Schicht zu definieren – in meinem Fall die Verschleierung der eigenen sozialen Schicht (Beagan 2007).

Verschiedene Untersucher stellten einen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und einem positiven oder negativen Migrationshintergrund fest (Bekker u. Mens-Verhulst 2008, Berkum u. Smulders 2010, Delvillé 2009, Corens 2007, Foets et al. 2007). Diese Unterschiede werden einerseits durch Schwierigkeiten beim Zugang zur Versorgung und andererseits durch spezifische Merkmale der zu Versorgenden verursacht. Versorgungsangebote werden auf unterschiedliche Weise in Anspruch genommen, was auch für Präventionsmaßnahmen gilt. Dies gilt immer noch, wenn man Alter, Geschlecht und den sozioökonomischen Status herausrechnet:

- die Art der Inanspruchnahme einer Gesundheitsdienstleistung
- mangelnde Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem
- erfahrene Vorurteile der Professionals gegenüber Migranten
- andersartige Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung
- fehlende Berücksichtigung der kulturellen Unterschiede im Versorgungsangebot
- mangelnde Deckung von Versorgungsbedarf und Versorgungsangebot durch Schwierigkeiten in der Kommunikation
- unzureichende Anpassung der Versorgungsstrukturen an die Bedürfnisse älterer Migranten.

In den westlichen Staaten landen manche Gruppen mit geringen Aussichten auf dem Arbeitsmarkt und schlechter Schulbildung am Rand der Gesellschaft. Dort können auch Migranten auskommen, vor allem wenn sie durch fehlende Arbeit und geringe Bildung wenig Aussicht auf eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben haben (Wilterdink 2013, Bijl et al. 2015). Die Verbindung der ergotherapeutischen Hilfen mit diesen Gruppen ist nicht groß (Watson u. Schwartz 2004, Whiteford u. Wright-St Clair 2005, Kronenberg et al. 2005, Kronenberg u. Fransen 2006). Daneben gibt es noch illegal hier lebende Menschen sowie Wohnungs- und Obdachlose. In den Niederlanden hat sich die Zahl der Obdachlosen zwischen 2009 und 2015 um 74% erhöht. In der Gruppe der nicht aus westlichen Ländern stammenden Menschen hat sie sich verdoppelt, bei Personen ohne Migrationshintergrund stieg sie etwas weniger stark. Für Deutschland ergeben sich am Beispiel von Nordrhein-Westfalen folgende Zahlen: Von den insgesamt 20914 Obdachlosen in NRW waren 10282 von kommunalen Behörden untergebracht, 10632 wurden von freien Trägern der Wohnungslosenhilfe betreut. Von der erstgenannten Gruppe hatten 32,5% einen Migrationshintergrund. Bei Vermittlung in Einrichtungen der freien Träger waren es 34,5%. Beide Gruppen finden sich vor allem in den großen Städten. Eine Verbindung zu ergotherapeutischen Angeboten besteht bei diesen Gruppen kaum. Eine ausführlichere Thematisierung sprengt sicher den Rahmen dieses Buches, doch es dürfte deutlich sein, dass die Diversität bei dieser Frage eine Rolle spielt,

9.4.3 Sprache ist wichtig: verbal und nonverbal (language matters: the power of words)

Fragen aus dem Leitfaden

- In welcher Weise passen Sie ihren Sprachgebrauch im Umgang mit Klienten, den Pflegenden und der Familie an?
- Setzen Sie bei Sprachschwierigkeiten Dolmetscher bzw. Übersetzer ein? (Kinébanian u. Stomph 2009).

Der Leitfaden erinnert daran, dass Ergotherapeuten sich der Macht der Sprache bewusst sind und die Bedeutung der verbalen und der nonverbalen Kommunikation kennen. Sprache ist bei der Informationsweitergabe entscheidend, und Konzepte und Ideen werden ja über Sprache vermittelt. Sie ist somit ein mächtiges Instrument. Menschen in Gruppen drücken sich durch Sprache und nonverbale Kommunikation in einer Weise aus, die zu der Gruppe passt (z.B. Jugendliche, ältere Menschen, Menschen im Gesundheitssystem oder an Universitäten). Dadurch gibt es Unterschiede in der Sprache und in der non-

verbalen Kommunikation. Black und Wells (2007) gehen soweit zu sagen, dass jedes Individuum seine ganz individuelle Kommunikationsweise hat, in der sich das Alter, das Geschlecht, die Herkunft und die Ethnie erkennen lassen. Die Art, wie sich Menschen ausdrücken, führt hier oft dazu, dass andere sich ausgeschlossen fühlen.

Ein Ergotherapiestudierender

Ein Ergotherapiestudierender beschreibt seine Kommilitonen aus einer anderen Klasse mit den folgenden Worten: „Sie wissen viel mehr als ich. Jeder von ihnen scheint auch über einen größeren Wortschatz zu verfügen als ich. Als ich sie früher einmal gefragt hatte, wie das käme, sagten sie, dass sie viel lesen, wozu ihre Eltern sie stets animiert hätten. Sie haben jedoch überhaupt nicht das Gefühl in irgendeiner Weise bevorzugt zu sein, weil sie auf diese Weise aufgewachsen sind. Die Kinder lernten zu Hause viel und bekamen Hilfe, als sie sie brauchten. Sie glauben einfach, dass das bei allen Kindern so ist“ (Beagan 2007).

„Es genügt nicht, bei Bedarf Informationen und Erläuterungen in einer anderen Sprache wiederzugeben. Die dazu gewählte Sprache muss auch an den Lebensbereich und das Bildungsniveau des Empfängers angepasst werden“ (Delvillé 2009).

O'Toole (2008) weist Professionals auf die negativen Folgen von Vorurteilen hin, weil dadurch die Kommunikation beeinflusst wird und es zu einem schlechten Informationsaustausch und zu Fehlurteilen kommt. Eine solche Beeinflussung kann auch unbewusst zu einer diskriminierenden Haltung führen (Lim 2008). Im Gesundheitssystem ist es z. B. weit verbreitet, über Menschen im Zusammenhang mit ihren Beschwerden zu sprechen („Das Kind mit der beidseitigen Lähmung“, „die alte Dame mit dem Rheuma“). Von Behindertenverbänden kommt immer wieder der Einwand, dass dieser Sprachgebrauch die Menschen ausgrenze (Davis 2001, Shakespeare u. Watson 2001, Shakespeare 2009). Es scheint sich dabei nur um eine Kleinigkeit zu handeln, doch bedeutet es für die Betroffenen den Unterschied zwischen sich zugehörig fühlen (inklusiv) und sich ausgegrenzt fühlen (exklusiv). Personen, die ausgeschlossen sind, haben oftmals keine Stimme. Sie sind praktisch „mundtot“ gemacht und werden nicht in die laufenden Gespräche einbezogen (Black u. Wells 2007, Pollard et al. 2008, Kronenberg et al. 2005, Kronenberg u. Pollard 2005, 2006, Townsend u. Whiteford 2005, Townsend 2003, Van de Velde 2000, Wilding u. Whiteford 2007, Williamson 2000).

Lesen-Rechtschreibschwäche

Manchen Klienten mit geringen kognitiven und sozialen Gesundheitskompetenzen fällt es schwer, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Dabei geht es nicht nur um Sprachkompetenz. Etwa jeder siebte erwachsene Deutsche kann nicht richtig lesen und schreiben, und der größte Teil hat keinen Migrationshintergrund. Die Gruppe der Personen mit eingeschränkten Gesundheitskompetenzen ist noch größer. Sie finden sich schlecht zurecht, können Erklärungen schlecht einordnen und haben Mühe mit dem Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen (Twickler et al. 2009).

Der bewusste oder unbewusste Einsatz der Fachsprache im Beruf sorgt nicht immer für ein besseres Verständnis (Lim u. Iwama 2006a, 2006b). Gegenüber den Klienten verstärkt der Fachjargon nur den Eindruck, dass der Ergotherapeut die Macht besitzt (Black u. Wells 2007). Der Leitfaden zeigt auf, wie die Ergotherapie einen Beitrag zur Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft leisten kann, indem sie im Beruf, in der Ausbildung, in den Berufsverbänden und auch in der Forschung über den jeweiligen Sprachgebrauch reflektiert.

„In Anbetracht der zunehmenden Alterung der Gesellschaft will die niederländische Provinz Friesland für ältere Menschen, die überwiegend Friesisch als erste Sprache erlernt haben, die friesische Sprache in der Versorgung erlernen lassen. Ambulante Pflegedienste und Gruppenbetreuer investieren aktuell in die Zweisprachigkeit. Drei von fünf Kliniken sind auch auf Friesisch beschildert. Es gibt auch Absprachen darüber, logopädische Tests und Behandlungsmaterialien bei Aphasien auf Niederländisch und Friesisch anzubieten (Gedeputeerde Staten van Friesland 2007).“

In Belgien werden Dolmetscherdienste von einer „Agentur zur Integration und Einbürgerung“ unterstützt (www.kruispuntmi.be). Das Übersetzen und Dolmetschen erfolgt als Auftragsarbeit und ist für den Klienten kostenlos. Das Ziel besteht darin, Bürgern, die nur unzureichend Niederländisch sprechen können, Zugang zu den sozialen und öffentlichen Diensten und Hilfsangeboten zu verschaffen.

In Deutschland haben Krankenhäuser die Möglichkeit, diese Leistungen im Rahmen der patientengebundenen Verwaltungskosten abzurechnen. Um qualifizierte Dolmetschleistungen zu erhalten, muss eine angemessene Honorierung sichergestellt sein. Einige Kliniken planen ein festes Budget für Dolmetscherdienste ein und engagieren sie nach Bedarf. Niedergelassene Ärzte haben diese Abrechnungsmöglichkeit bisher nicht. Die Rechtsprechung nimmt mit dem Ende Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz auch die Ärzte stärker in die Pflicht: Aufklärungspflichtige Ärzte müssen ggf. durch Hinzuziehung eines Dolmetschers gewährleisten, dass der ausländische Patient der Aufklärung sprachlich folgen

kann. Patienten können zu diesem Zweck auch an Kliniken mit entsprechenden Kontakten verwiesen werden. Für Asylbewerber sollte beim zuständigen Amt (Ausländerbehörde) ein Dolmetscher beantragt werden.

9.4.4 Kompetenz zählt: Einstellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten (competence matters: attitude, knowledge and skills)

Fragen aus dem Leitfaden

- Wie gehen Sie mit vorgefertigten Auffassungen über andere Menschen um (Klienten, Kollegen, Studierende)?
- Auf welche Weise besprechen Sie solche vorgefertigten Ansichten bei der Arbeit mit Kollegen? (Kinébanian u. Stomph 2009)

Ein kompetentes Verhalten bei der Arbeit mit Diversität ist ein lebenslanger Lernprozess. Gesellschaften und Kulturen verändern sich laufend und schnell (Black u. Wells 2007, Suarez-Balcazar u. Rodakowski 2007). Es ist wichtig, als individueller Berufstätiger mit einer möglichst guten Ausbildung in solche dynamischen Situationen hineinzugehen. Die erworbenen Kompetenzen, die den Ergotherapeuten in die Lage versetzen, mit Diversität im Kontakt mit Klienten und Kollegen umzugehen, sind im Wesentlichen auf das klientenzentrierte und kollegiale Arbeiten ausgerichtet.

Die zu den Soft Skills zählende Kommunikation zwischen dem Klienten, seinem System, dem Ergotherapeuten und den Professionals ist die Voraussetzung für einen gelungenen Prozessverlauf (WFOT 2016). Es ist wichtig, vor allem der Geschichte des Klienten und ihrer Bedeutung für ihn selbst und für sein System zuzuhören. Wenn es um den Aufbau einer Beziehung zu Klienten und Kollegen mit anderem soziokulturellen Hintergrund geht, kann eine effektive Kommunikation nur gelingen, wenn der Ergotherapeut über das Wissen und die Fertigkeiten verfügt, um bei der betreffenden Person auf die richtige Weise anzusetzen. Das bedeutet für den Ergotherapeuten den eigenen Ethnozentrismus zu erkennen, d.h. mit stereotypen Vorstellungen und Vorurteilen umgehen und ein Gefühl für Diversität entwickeln können. Diese Soft Skills werden daher in der zukünftigen Ergotherapeuten-Ausbildung eine immer größere Rolle spielen (WFOT 2016). Es wurde inzwischen allerhand über die zum Umgang mit der Diversität erforderlichen Kompetenzen geschrieben. Folgende Kernpunkte sind demnach im Kontext des Berufes unerlässlich:

- Reflexion über den eigenen Hintergrund und die eigenen Werte
- eine offene und nicht wertende Grundeinstellung
- Wissen und Verständnis über Aspekte der Diversität
- Fähigkeit zur Umsetzung des Wissens zur Diversität.

Es ist nicht schwer, mithilfe der Literatur eine Liste der nötigen Kompetenzen zusammenzustellen. Einer der Kritikpunkte an solchen Listen mit Kompetenzen und erwünschtem Verhalten lautet, dass es dadurch zu mechanisch würde: „Als wäre es automatisch gut, wenn man alles abgehakt hat“ (Korthagen, in Mulder 2005). Zudem endet das Lernen nie, gerade wenn es um ein Thema wie die Diversität geht, da sich ständig etwas ändert und die Gesellschaft permanent in Bewegung ist. Das Herz spielt eine große Rolle, wenn man sich für etwas engagiert und wenn einen etwas berührt: „Was macht Sie zu dem einzigartigen Menschen, der Sie sind?“ (Townsend et al. 1999).

Da sitzt ja das Feuer, der Antrieb, der den Menschen sich betätigen lässt. Dadurch ist jemand überhaupt in der Lage, die einzigartigen Lösungen zu finden, die eine Situation verlangt und die einem selbst entsprechen.

Ein älterer Ergotherapeut in einer großen Stadt

Jeden Tag werde ich aufs Neue mit unerwarteten Fragen konfrontiert. Es ist eine große Herausforderung mit Menschen Lösungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu finden. Und es macht mich stolz, dass ich, ganz gleich wo die Menschen herkommen und wie anders sie wieder sind, gemeinsam mit ihnen zu einer zufriedenstellenden Lösung kommen kann.

Es stimmt: Eine Liste kann auch eine Zwangsjacke sein. Andererseits will jemand, der sich gerade in der Ausbildung befindet, wissen, was er denn zu einem bestimmten Thema wissen und können sollte (► Tab. 9.1).

Haltung

Bei den Kompetenzen hinsichtlich der Diversität stehen die Einstellungsfragen im Vordergrund. Es geht darum, sich seines eigenen Hintergrundes bewusst zu sein und die Bereitschaft an den Tag zu legen, die eigenen Werte und Vorstellungen auf den Prüfstand zu stellen. Die dadurch entstehende Einsicht steigert den Respekt und die Sensibilität für die Diversität und bildet die Grundlage für eine professionelle Haltung (Black u. Wells 2007, Dillard et al. 1992, Lim 2008). Wenn Einsicht in den eigenen Hintergrund und in den der anderen besteht, kann der Professional mit den Menschen zusammen neue Möglichkeiten kreieren. Dies ermöglicht es dann, im Einklang mit den soziokulturellen Normen zu handeln (cultural safety) und nicht die Normen des jeweiligen Ergotherapeuten umzusetzen (O'Toole 2008, Nelson 2007, Yuen u. Yau 1999, Dillard et al. 1992, Kinébanian u. Stomph 1992).

Tab. 9.1 Kompetenzelemente im Umgang mit Diversität (Kinébanian u. Stomph 2009, Kuckert u. Stomph 2015, Shadid 2007, Suarez-Balcazar u. Rodakowski 2007, Stomph u. Jonckheere 2006).

Kompetenzelemente	Nähere Ausführung
Haltung	Der Aspekt der Haltung ist im Umgang mit Diversität der wichtigste: <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein für den eigenen Hintergrund • Bereitschaft, die eigenen Werte, Normen, Annahmen und Vorurteile zu überprüfen • Steigerung des Respekts und der Sensibilität für Diversität und Unterschiede • Kreativität im Umgang mit anderen (Klienten, Kollegen) sowie mit Menschen, die sich entsprechend ihrer soziokulturellen Standards und nicht notwendigerweise nach den Vorstellungen des einzelnen Professionals oder der Organisationen betätigen.
Wissen	Wissen und Verstehen von <ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsdaten, • Kommunikationsstilen, • Werten in Bezug auf Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden und Versorgung von Mitmenschen, • Diskriminierung und Rassismus (auf Mikro-, Meso- und Makroebene), • fachlichen Inhalten in Bezug auf verschiedene Gruppen, • Werten, auf denen der Beruf basiert • standardisierten Tests, Studien und Interventionen und der Sensibilität für Diversität, • der Tatsache, dass sich Menschen in verschiedenen Kontexten (Wohnung, Arbeit, Institution, Familie, Individuum) unterschiedlich verhalten.
Fertigkeiten	Am wichtigsten sind angemessene kommunikative Fähigkeiten sowie das Vermögen, <ul style="list-style-type: none"> • verschiedene verbale und nonverbale Kommunikationsstile wahrzunehmen, zu interpretieren und zum Zwecke der Unterstützung der Menschen anzuwenden, • Themen auf Grundlage der eigenen soziokulturellen Identität in den Vordergrund zu rücken, • mit Dolmetschern zusammenarbeiten zu können, • sichere Interventionen anzubieten (cultural safety) • mit Konflikten, Missverständnissen und Diskriminierung umgehen zu können, • einen maßgeschneiderten Ansatz zu verfolgen, • seine kommunikativen Fertigkeiten zu reflektieren, um seine Kompetenz zu erhalten.

Umgang mit Vorurteilen

Die Suche nach Gemeinsamkeiten ermöglicht Kontakte. Die Studierenden erkennen, dass man Vorurteile haben kann, solange man diese bemerkt und in der Lage ist, vorurteilsfrei zuzuhören und zu handeln. Man kann natürlich viel über die erforderlichen Kompetenzen sagen, doch nach unserer Auffassung ist das der Kernpunkt. Wissen und Erfahrungen werden bewusst geteilt. So erzählen wir uns gegenseitig von Situationen oder unseren Hausbesuchen, wo wir gegen unsere Vorurteile angehen und neue oder andersartige Dinge kennenlernen. Auf diese Weise lernt man von dem anderen und über den anderen, wodurch Vorurteile entkräftigt werden. Wenn die Vorurteile und vorgefassten Meinungen bewusst sind, können sie auch laut ausgesprochen werden, man kann gemeinsam darüber sprechen und lachen und sie so aus der Welt schaffen (Stomph u. Kinébanian 2010).

Wissen

Wissen ist unerlässlich: Man muss Bescheid wissen über die Bevölkerung, über Diskriminierung und Rassismus, Normen und Werte, Kommunikationsformen, Unterschiede bei Gesundheit und Krankheit, ethnische Unterschiede und Krankheiten, Wertmaßstäbe hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Behinderung, Wohlbefinden und Versorgung anderer und die Lebensanschauung. Zu wissen, dass sich Menschen in verschiedenen Kontexten unterschiedlich verhalten, gehört ebenfalls dazu: zu Hause, bei der Arbeit, in einer Einrichtung, in der Familie und auch allein (Jones et al. 1998, Bernhard 2002, Helman 2007, Black u. Wells 2007, Mattingly u. Lawlor 2000, Kuckert u. Stomph 2015). Das spezifische Wissen für die Ergotherapie umfasst verschiedene Aspekte.

Die Werte kennen

Die der Ergotherapie zugrunde liegenden Werte und der Blick auf Diversität und Kultur basieren überwiegend auf den Normen der Mittelschicht westlicher Nationen (Kinébanian u. Stomph 2009). Jetzt entwickeln aber auch Forscher aus anderen Teilen der Welt neues Wissen und stellen diese Werte zur Diskussion (Iwama 2003 u. 2004 u. 2007, Lim u. Iwama 2006a u. 2006b, Watson u. Schwartz 2004, Kronenberg et al. 2011).

Das Betätigen kennen

Das Betätigen hat im täglichen Leben eine Vielzahl von Bedeutungen.

Die 62-jährige Tochter eines Türken und einer Niederländerin

Als mein Vater nach dem Schlaganfall behindert war, behauptete er den Helfern gegenüber, dass er sich allein ankleiden könne. Tatsächlich übernahm das jedoch meine Mutter. Da sie das ihre ganze Ehe über machte, war das für ihn wie sich selbst anzuziehen. Die Professionals waren in die Irre geführt worden. Sie haben nicht erkannt, dass die Versorgung meines Vaters für meine Mutter zu schwer war. Aber meine Mutter sagte natürlich nichts, weil sie meinen Vater ja nicht bloßstellen wollte (Kroon 1996).

In diesem Beispiel werden einige Unterschiede erkennbar: verschiedene Erwartungen an die Therapie, andere Vorstellungen von Kommunikation (was sagt man Fremden gegenüber) und vor allem andere Vorstellungen von der Selbstständigkeit des Klienten. Die Bedeutung, etwas selbst zu tun, um besser zu werden, und das Streben nach individueller Selbstständigkeit sind nur bei einer kulturellen Minderheit auf der Welt (nämlich der westlichen) normal (Dyck 1998, Kinébanian u. Stomph 1991 u. 1992). Der Begriff der Selbstständigkeit wird allmählich durch die wechselseitige Abhängigkeit (Interdependenz) ersetzt, und das „Sein“ wird als „Handeln“ betrachtet.

Die Frage kennen

Auch die Betonung der eigenen, individuellen Betätigungsfrage bereitet Schwierigkeiten. Die Schilderung der Schwierigkeit in kurzer Zeit und was man selbst dagegen tun möchte, funktioniert oft nicht (Dyck 1991, Huttlinger et al. 1992, Evans u. Salim 1992, Kinébanian u. Stomph 1992, Phipps 1995, Jang 1995, Iwama 2003 u. 2004). Die aktive Teilhabe bei der Durchführung von Betätigungen durch Aktivitäten steht in vielen Kulturen im Widerspruch zu den Vorstellungen einer qualitativ guten Hilfeleistung.

Iwama hat inzwischen den weitverbreiteten Kernbegriff der „occupation“ zur Diskussion gestellt, vor allem was die Prämisse vom sich betätigenden Menschen als Individuum angeht: „Ich bin, weil ich handle.“ In der fernöstlichen Perspektive wird die Vorstellung vom Menschen als Teil seiner Umwelt bevorzugt: „Ich handle, weil ich bin“ (Iwama 2003 u. 2004, Bonder et al. 2004, Bonder 2007).

Spülwasser

Ein Studierender glaubt fälschlicherweise, bei einer surinamischen Klientin in der Altenfürsorge eine Apraxie festgestellt zu haben. Der Studierende beschreibt, dass die Frau den Abwasch unter fließendem Wasser und nicht in einer Seifenlauge macht. Die Spüllauge ist typisch für ältere Holländer und auch für den Ergotherapeuten, der selbst einen surinamischen Hintergrund hat (Kroon 1996).

Dieses Beispiel zeigt die Schwierigkeiten auf, die Ergotherapeuten bei der Begleitung einer Betätigung haben können, wenn ihnen die (symbolische) Bedeutung dieser Betätigung für den Klienten in seinem System im Alltag, beim Wohnen oder beim Arbeiten nicht geläufig ist. Jackson (1995) behauptet nach der Durchführung einer großen Untersuchung zur Homosexualität, dass die sexuelle Orientierung für die Beurteilung des Betätigten essenziell sei. Kingsley und Molineux (2000) und auch Williamson (2000) empfehlen, durch Erweiterung des Wissens der Ergotherapeuten über Homo- oder Bisexualität das Verständnis für den Zusammenhang zwischen Betätigung und sexueller Orientierung zu vergrößern. Auch sollte man auf der Basis der persönlichen sexuellen Orientierung auch die eigenen Vorurteile erkennen lernen. Birkholtz und Blair (1999) sprechen auch das Wissen über die Bedeutung des Coming-out (das Offenlegen der sexuellen Orientierung) und den sich daraus ableitenden Einfluss auf das Betätigen im Leben und die veränderte Bedeutung des Betätigten an.

Lesbisch

Ich fand mich im Supermarkt wieder und starrte völlig verwirrt in die Regale, weil ich jetzt lesbisch war, aber nicht wusste, was lesbische Frauen im Supermarkt für Sachen kaufen (Birkholtz u. Blair 1999).

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Ausrichtung auf die Zukunft: jetzt etwas für später tun. Die eigene Ausbildung ist eine Investition in die Zukunft, man spart für das Alter, statt auf die Versorgung durch die eigenen Kinder zu setzen, wie es in vielen nicht westlichen Kulturen üblich ist. Diese Sorge für die Familie kehrt auch in manchen sozio-ökonomischen Gruppen in den westlichen Staaten zurück.

Ergotherapiestudierender

Ich rang oft mit mir, mich von Freunden und Familie fernzuhalten, um allein besser zurechtzukommen. Allerdings wurde ich so nicht erzogen. Dabei ging es um den Glauben an die Bedeutung des Augenblicks und nicht um immer mehr und mehr Sachen ... Ich hatte eine schöne Kindheit ... Warum ging ich nicht einfach nach Hause und arbeitete Tag für Tag und schlug mir diese Vorstellung aus dem Kopf und dachte lieber daran, dass ich in den Schulden steckte, um die Schule bezahlen zu können (Beagan 2007).

Assessments, Interventionen und Modelle kennen

Wichtig ist es, die Interventionen zu kennen, die im Hinblick auf die Diversität eine besondere Sensibilität erfordern. Die Kenntnis der ergotherapeutischen Modelle und des Wertes der zugehörigen Assessments und Verfahren entwickelt sich oft in einem bestimmten Kontext. Die Qualität der Hilfeleistung für Klienten mit verschiedenen Hintergründen hängt vor allem von den Ergotherapeuten ab, die mit den Modellen und Verfahren arbeiten: „Das Bewertungsverfahren ist so gut, wie es das Verständnis und die Fertigkeiten der anwendenden Person sind“ (Hagedorn 1995).

Bei den meisten standardisierten Ergotherapiemodellen wurden die Menschen der weißen Mittelschicht zum Standard erhoben. Daher stellt sich die Frage, ob die Praxismodelle und ihre Instrumente angesichts eines fehlenden weltweiten Begriffes von „normal“ auch die wirklich passenden Ergebnisse für eine diversitäre Population liefern können (Phipps et al. 1995). Um die Praxismodelle und ihre Anwendbarkeit bei verschiedenen Klientenpopulationen beurteilen zu können, haben Fitzgerald et al. (1995) eine Reihe richtungsweisender Fragen zusammengestellt:

- Wurde die Kultur in dem Modell umfassend thematisiert? Wenn ja, welche?
- Weist das Modell einen spezifischen kulturellen Einfluss auf?
- Wenn ja, welchen Einfluss gibt es und aus welcher Kultur stammt er?
- Welche Vision liegt dem Modell zugrunde?
- Wie beeinflussen die Antworten auf diese Fragen den Ergotherapeuten, der seinen Beruf in unterschiedlichen Gemeinschaften ausübt und mit Klienten mit verschiedenen kulturellen Hintergründen arbeitet?

Im Allgemeinen lautet die Antwort auf die ersten vier Fragen, dass in praktisch allen in diesem Buch vorgestellten Modellen das individuelle Betätigen im Mittelpunkt steht. Eine Ausnahme ist das Kawa-Modell, deren Perspektive

das Ganze ist, während das Individuum als Teil des Ganzen gesehen wird. Aus einer interkulturellen Sicht ist die zentrale Stellung des Individuums in der westlichen Welt eine einseitige Perspektive. In vielen Kulturen wird „sinnvolles Betätigen“ eher als eine Verantwortlichkeit der sozialen Gruppe betrachtet.

In immer mehr Modellen wird die soziokulturelle Umwelt berücksichtigt, und auch das Thema Spiritualität erhält seinen Platz. In den Prozessmodellen CPPF (Canadian Practice Process Framework; Hartingsveldt et al. 2008) und OPM(A) (Occupational performance Model Australia; Chapparo u. Ranka 1997) gilt die Phasierung, also das schrittweise Vorgehen von der Evaluation über die Intervention bis zum Outcome, als dynamischer Prozess. Dadurch kann sozusagen maßgeschneidert gearbeitet werden. Die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Phasen, vor allem zwischen der Phase der Frageninventarisierung und der Ausführung des Umsetzungsplans, kann dem Klienten unlogisch erscheinen (Kinébanian u. Stomph 1991 u. 1992, Awaad 2003, Iwama 2003 u. 2004).

Fertigkeiten

Fertigkeiten sind ein Teil der Kompetenzen. Dabei geht es vor allem um kommunikative Fertigkeiten. Der Professional beherrscht verschiedene verbale und nonverbale Kommunikationsstile in aktiver und passiver Form, so dass er den Klienten darin unterstützen kann, Ideen, Lösungsansätze und Wünsche aus dessen eigener soziokultureller Identität heraus vorzubringen. Diese Fertigkeiten sowie die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit Dolmetschern und zum Umgang mit Konflikten, Missverständnissen und Diskriminierung führen dazu, dass eine Intervention „culturally safe“ ist (► Tab. 9.1).

Ergotherapeut mit marokkanischen Wurzeln

Der Ergotherapeut mit marokkanischen Wurzeln hält zu allen Beteiligten den Kontakt aufrecht. Marokkanische Familien achten Hilfspersonen mehr als Person denn als Vertreter einer Organisation (El Hajaoui 2005).

Dies alles dient der Vermeidung eines Standardvorgehens, das bei jedem Klienten heruntergespult wird (Black u. Wells 2007, Wells u. Black 2000). Dazu bedarf es der fortgesetzten Reflexion und der Entwicklung der Kompetenzen. Junge Ergotherapeuten sollten bei der Entwicklung dieser Kompetenzen unterstützt werden (Black u. Wells 2007, Trentham et al. 2006, Cheung et al. 2002, Forwell et al. 2000, Whiteford u. Wright-St Clair 2002, Yuen u. Yau 1999, Dyck u. Forwell 1997).

9.5 Maßnahmen zur Verbesserung des Versorgungsansatzes im Lichte der Diversität

Zur Umsetzung des Leitfadens wird hier eine Arbeitsweise angestrebt, in der sich jeder wiederfinden kann. In diesem Abschnitt geht es um die politischen Maßnahmen und die Forschungsergebnisse, die diese Fortsetzung verbessern können.

9.5.1 Politische Maßnahmen

Fragen aus dem Leitfaden

- Stellt die Politik sicher, dass die Dienste ineinandergreifen und für alle Menschen in der Region verfügbar sind?
- Wird diese Politik im Team aktiv diskutiert? (Kinébanian u. Stomph 2009)

Mit Blick auf die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung geht es um ein ganzes Maßnahmenbündel (Berkum u. Smulders 2010, Delvillé 2009, Kinébanian u. Stomph 2009, Sarizebek et al. 2010). Das Anliegen der Politik ist die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und die Verbreitung eines gesunden Lebensstils. Kürzlich wurden einige Studien in spezifischen Gruppen durchgeführt, die von der Gesundheitsfürsorge nur unzureichend erreicht werden, wie etwa Migranten oder Personen mit Lese-Rechtschreib-Schwäche (Berkum u. Smulders 2010, Twickler et al. 2009). Politisch folgt der Staat einigen Grundsätzen:

- Alle Bürger haben das Recht auf eine qualitativ hochwertige, verfügbare und wirksame Prävention und Gesundheitsfürsorge.
- Jeder Bürger soll an der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt teilhaben können, wobei eine gute Gesundheit einen wesentlichen Teil ausmacht (Inklusion).
- Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheitsfürsorge sollen weitestmöglich abgebaut werden (Berkum u. Smulders 2010).

Hier gibt es Überschneidungen mit dem Leitfaden der WFOT, doch sind die Motive dafür etwas anders gelagert und zielen auf die soziale und finanzielle Fähigkeit zur Selbsthilfe. Was bedeutet das nun für die Ausbildung und die berufliche Praxis in der Ergotherapie im Hinblick auf die Diversität? In der Praxis geht es um den verbesserten Zugang zur Versorgung:

- auf der Höhe der demografischen und soziologischen Bedingungen der Gruppen in der Region zu sein

- die Beschaffung maßgeschneiderter Informationen über die Ergotherapie und ihre Angebote für diverse Gruppen
- die Arbeit an Cultural Safety
- die Bildung eines Personalbestandes, der im Hinblick auf die Geschlechterverteilung und die diversitären Hintergründe ein Spiegelbild der Bevölkerung der Region ist.

Die Klienten finden dadurch in der Praxis mehr Identifikationsfiguren bei zugleich größerem Wissen und Erfahrung beim Thema Diversität (Sarizeybek et al. 2010). Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zur Ausbildung. Um einen höheren Mitarbeiteranteil mit breiterer Diversität zu bekommen, sollte bereits bei der Ausbildung um Studierende mit vielfältigeren Hintergrundgeschichten geworben werden, d. h. mehr nicht westliche Studierende und mehr Männer. Ergotherapeuten sollen zudem gezielt nach internationalen Maßstäben ausgebildet werden, damit sie kompetent genug sind, um auch mit diversitären Klientengruppen zusammenzuarbeiten (WFOT 2016). Die Berufsverbände sollten dazu in den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen Themen rund um die Diversität aufnehmen, sodass sich auch bereits Ergotherapeuten mit Studienabschluss dazu noch Kompetenzen aneignen können. Von den Ausbildungsinstituten wird erwartet, neue Studierende aus verschiedenen Gruppen zu werben und zu interessieren und dafür zu sorgen, dass dieses Interesse durch Inhalt und Form der Ausbildung erhalten bleibt.

9

Die Kampagne

Die Haagse Hogeschool hat Studierende mit verschiedenen Hintergründen ihre eigene Kampagne aufziehen lassen, um die eigenen Anhänger besser erreichen zu können. Es entstanden viele Lösungsansätze von Radiospots und Postern in Geschäften bis zu Aufklärungsmaterialien an Moscheen und für Eltern, wobei der jeweilige Schuldirektor miteinbezogen wurde. Für jede Studierendengruppe wurde ein anderer Ansatz verfolgt, und es funktionierte! (Echo 2003)

Wichtige Punkte während der Ausbildungszeit sind die Betreuung der Studierenden und die Vorbildfunktion eines diversitären Lehrkörpers. Daneben sind ein ansprechender Unterrichtsinhalt und eine gewisse Dynamik in den Studierendengruppen (mit Ein- und Ausschlüssen von Studierenden) für alle Studierenden wichtig. Dies gilt auch für Studierende mit nicht westlichem Hintergrund, für Studierende mit Behinderungen sowie für homosexuelle Studierende (Herweijer 2004, Almaci 2004, Tupan-Wenno 2004, Leemborg 2007, Broenink u. Gorter 2001, Iedereen is anders 2003, Black u. Wells 2007, Bruin u. Heijde 2007).

9.5.2 Forschung

Fragen aus dem Leitfaden

- Wie vergewissern Sie sich, dass die Teilnehmer an einer Untersuchung alle Menschen aus der Region repräsentieren?
- Wie gehen Sie mit dem Umstand um, dass Fachbegriffe aus der Forschung für Personen, die ergotherapeutische Dienste in Anspruch nehmen wollen, unverständlich sind? (Kinébanian u. Stomph 2009)

In dem Leitfaden geht es auch um die Forschung zu jedem der vier Prinzipien, wobei man sich u. a. reflexiver Fragen bedient. Gerade im Zusammenhang mit Diversität und Kultur, Inklusion und Menschenwürde ist es wichtig, gut darüber nachzudenken, wie man sich durch Forschung einen Überblick über die Fakten des Betätigens aller Menschen verschaffen kann und wie die Lebensgeschichte und die subjektiven Überzeugungen der Menschen zu sinnvollem Betätigen, Partizipation, Inklusion und menschenwürdigem Leben in Erfahrung gebracht werden können. Nur so lassen sich Erkenntnisse über die Komplexität des Betätigens und die Lebenswirklichkeit der Menschen erlangen. Das klingt wie eine Selbstverständlichkeit, muss aber in der tatsächlichen Forschungspraxis keinesfalls so sein.

Bei der Durchführung einer Studie läuft methodologisch vieles gewohnheitsmäßig ab, was zum Ausschluss führen kann und ein unscharfes Abbild der Wirklichkeit mit sich bringt. Man denke hier nur an die Inklusionskriterien wie die Beherrschung der Sprache in Wort und Schrift und die Höhe des Schulabschlusses. Menschen mit einer Lese-Rechtschreib-Schwäche – in den Niederlanden immerhin 1,5 Millionen, von denen 35 % einen Migrationshintergrund haben – fallen dadurch schon einmal hinten runter (Twickler et al. 2009). Auch die Verwendung des Fachjargons während der Datenerhebung kann zu einem unvollständigen Abbild der Wirklichkeit führen, da die Menschen die verwendeten Begrifflichkeiten unterschiedlich interpretieren (Kinébanian u. Stomph 2010).

Der Sinn von ergotherapeutischen Studien besteht in dem Nachweis, dass das bedeutungsvolle Betätigen im eigenen Kontext die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen positiv beeinflussen kann. Dazu müssen verschiedene Betätigungsvarianten in ihrem Zusammenhang sowie ihre Komplexität untersucht werden. Untersuchungen erzeugen ja das erforderliche Wissen, um die Ergotherapie weiterzuentwickeln und politisch aktiv zu bleiben. Ein Beispiel ist die Notwendigkeit von internationalen und interdisziplinären Studien, mit denen die europäische Diversität bei der Alterung der Bevölkerung besser verstanden werden könnte (Iwarsson 2013).

Sowohl in der Forschungspraxis als auch bei den Untersuchungen im Rahmen eines Bachelor- oder Masterabschlusses ist es wichtig, die Punkte, wie sie im Leitfaden aufgeführt sind, umzusetzen. Ein gutes Beispiel für eine Bachelorarbeit, in der es sowohl um die praktischen Bedingungen als auch um die Beachtung der Diversität geht, stammt von Duijnhoven et al. (2012) und trägt den Titel „Migranten in der Gedächtnisambulanz“. In der Forschungspraxis wird immer mehr Wert auf die aufmerksame Beachtung diversitärer Fragen gelegt (Foets et al. 2007).

9.6 Diskussion

Das Bemühen um ein inklusives Zusammenleben fügt sich nahtlos in das ergotherapeutische Streben nach einem auf das Betätigen, die Umwelt und den Klienten gerichteten Ansatz ein, der die Partizipation und die Inklusion in der Gesellschaft fördert. Die gesellschaftlichen Entwicklungen stehen im aktuellen politischen Klima im Widerspruch zu dem gemeinsamen Streben nach einem inklusiven Zusammenleben. Der Umgang mit solchen Spannungen erfordert vom Ergotherapeuten Gewissenhaftigkeit und Kenntnisse auf den Gebieten Diversität, Menschenrechte und inklusives Denken. Eine klare Haltung und gute kommunikative Fähigkeiten eröffnen dem Ergotherapeuten Chancen, neue Möglichkeiten für Personen zu schaffen, die bisher ausgeschlossen waren. Die Integration der Grundsätze des Leitfadens kann dabei von Nutzen sein.

9.7 Zusammenfassung

In diesem Kapitel ging es vornehmlich um die Begriffe „Diversität“ und „Kultur“. Es wurden verschiedene Aspekte der Diversität besprochen und deren Einfluss auf den zwischenmenschlichen Umgang im Rahmen ergotherapeutischer Hilfen beleuchtet. Zudem wurden auch die aktuellen Empfehlungen der WFOT zum Umgang mit Diversität aufgezeigt, durch die der Zugang einer größeren Zahl von Klientengruppen gewährleistet werden soll. Schließlich gab es Hinweise zur Verbesserung von Versorgung und Forschung.

9.8 Literatur

- Almici M. Universiteit rijmt op diversiteit ... Tijdschrift voor Hoger Onderwijs en Management 2004;11:30–36.
- Awaad T. Culture, cultural competency and occupational therapy: A review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy* 2003;66(8):356–363.
- Beagan B. Experiences of social class: Learning from occupational therapy students. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2007;72(2):125–133.
- Bekker M, Mens-Verhulst J van. GGZ en diversiteit: Prevalentie en zorgkwaliteit programmeringsstudie 'etniciteit en gezondheid' voor ZonMw. Tilburg/Utrecht: Universiteit Tilburg/Universiteit voor Humanistiek; 2008.
- Berkum MTM van, Smulders EMC. Migranten, preventie en gezondheid. Utrecht: Stichting Pharos; 2010.
- Bernhard HR. Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches (2. Aufl.). Walnut Creek (CA): Altamira; 2002.
- Bijl R, Boelhouwer J, Pommer E, Andreissen I. De sociale staat van Nederland 2015. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2015.
- Birkholtz M, Blair SEE. 'Coming out' and its impact on women's occupational behaviour: A discussion paper. *Journal of Occupational Science* 1999;6:68–74.
- Black RM, Wells SA. Culture and occupation: A model of empowerment in occupational therapy. Bethesda, MD: AOTA; 2007.
- Bonder BR. An occupational perspective on cultural evolution. *Journal of Occupational Science* 2007;14:16–20.
- Bonder BR, Martin L, Miracle AW. Culture emergent in occupation. *American Journal of Occupational Therapy* 2004;58(2):159–168.
- Boon T den, Geeraerts D. Van Dale groot woordenboek van de Nederlandse taal (14. Aufl.). Utrecht: Van Dale Lexicografie; 2005.
- Bracegirdle H. Occupational therapy: Students' choice of gender differentiated activities for psychiatric patients. *British Journal of Occupational Therapy* 1991a;54:266–268.
- Bracegirdle H. The female stereotype and occupational therapy for women with depression. *British Journal of Occupational Therapy* 1991b;54:193–194.
- Bracegirdle H. Two hundred years of therapeutic occupational for women hospital patients. *British Journal of Occupational Therapy* 1991c;54:231–232.
- Broenink N, Gorter K. Studeren met een handicap. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 2001.
- Bruin K, Heijde H van der. Intercultureel onderwijs in de praktijk (5. Aufl.). Bussum: Coutinho; 2007.
- Callens M, Noppe J, Vanderleyden L. De sociale staat van Vlaanderen. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering; 2013.
- Campen C van. Grijswaarden: Monitor ouderenbeleid 2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2008.
- Castro D, Dahlin-Ivanoff S, Mårtensson L. Occupational therapy and culture: A literature review. *Scandinavian Journal Occupational Therapy* 2014;21(6):401–414.
- Centraal Bureau voor Statistiek. (2016). CBS: Aantal daklozen in zes jaar met driekwart toegenomen. Webmagazine, 4. März 2016, www.cbs.nl.
- Chapparo C, Ranka J. The occupational performance model (Australia): Monograph 1. Lidcombe: OP Network, University of Sydney; 1997.
- Cheung Y, Shah S, Muncer S. An exploratory investigation of undergraduate students' perceptions of cultural awareness. *British Journal of Occupational Therapy* 2002;65(12):543–550.
- Claus S, Jorissen P. Helden op stokken: Gehandicapt in Afrika. Amsterdam: KIT Publishers; 2008.
- Corens D. Health system review: Belgium. *Health System in Transition* 2007;9(2):1–172.
- COTEC. Code of ethics. Athens: COTEC; 2009. <http://coteceurope.eu/COTEC%20Docs/Code%20of%20Ethics.pdf>
- Cracknell E. Conflicts for the female therapist: Some reflections. *British Journal of Occupational Therapy* 1989;52(10):386–388.
- Davis LJ. Identity, politics, disability and culture. In: Albrecht GL, Seelman KD, Bury M (Hrsg.). *Handbook of disability studies*. Thousand Oaks (CA): Sage; 2001.

- Delvillé W. Diversiteit in de Nederlandse gezondheidszorg: De migrant als klant. Amsterdam: Vossiuspers; 2009.
- Dillard M, Andonian L, Flores O, Lai L, MacRae A, Shakir M. Culturally competent occupational therapy in a diverse populated mental health setting. *American Journal of Occupational Therapy* 1992;46(8):721–726.
- Drake RF. Welfare states and disabled people. In: Albrecht GL, Seelman KD, Bury M (Hrsg.). *Handbook of disability studies (Part II Ch. 16)*. Thousand Oaks (CA): Sage; 2001.
- Duijnhoven L van, Kerkhof N, Oppelaar F. Migranten op de geheugenpoli. Amsterdam: Opleiding Ergotherapie, Hogeschool van Amsterdam; 2012.
- Dyck I, Forwell S. Occupational therapy students first year fieldwork experiences: Discovering the complexity of culture. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1997;64:185–197.
- Dyck I. Multiculturalism and occupational therapy: Sharing the challenge. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1991;58:224–226.
- Dyck I. Multicultural society. In: Jones D, Blair SEE, Hartery T, Jones KR (Hrsg.). *Sociology and occupational therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
- Echo. Meer kleur in de IT: Impressies van in- en doorstroomactiviteiten binnen de opleiding informatica van de Haagse Hogeschool. Utrecht: Echo; 2003.
- Essen M van. Onderwijs voor meisjes. In: Pott-Buter H, Tjens K. Vrouwen: Leven en werk in de 20e eeuw. Amsterdam: University Press; 1998.
- Evans J, Salim AA. A cross-cultural test of validity of occupational therapy assessments with patients with schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy* 1992;46:706–713.
- Fitzgerald M, Mullavey-O-Bryne C, Twible C, Kinébanian A. Exploring cultural diversity: A workshop manual for occupational therapists. Sydney: School of Occupational Therapy; 1995.
- Foets M, Schuster J, Stronks K. Gezondheids- (zorg)onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen: Een praktische introductie. Amsterdam: Aksant; 2007.
- Forwell S, Whiteford G, Dyck I. Cultural competence in New Zealand and Canada: Occupational therapy students' reflections on class and fieldwork curriculum. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2000;68:90–103.
- Fourie M, Galvaan R, Beeton H. The impact of poverty: Potential lost. In: Watson R, Schwartz L (Hrsg.). *Transformation through occupation*. London/Philadelphia: Whurr; 2004:69–85.
- Fransen H. Challenges for occupational therapy in community-based rehabilitation: Occupation in a community approach to handicap in development. In: Kronenberg F, Algado SS, Pollard N (Hrsg.). *Occupational therapy without borders*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005:166–182.
- Gedeputeerde Staten van Friesland. Fan rjocht nei praktik: Beleidsplan friese taal 2008–2010. Leeuwarden: Provinsje Fryslân; 2007.
- Gudykunst WB, Moody B (Hrsg.). *Handbook of international and intercultural communication (2. Aufl.)*. Thousand Oaks (CA): Sage; 2002.
- Hagedorn R. Occupational therapy: Perspectives and processes. New York: Churchill Livingstone; 1995.
- Hajaoui F el. Vreemd oud worden. Marokkaanse ouderen nieuwe cliënten in de praktijk. Folder voor ergotherapeuten. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2005.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Hartingsveldt MJ van, Piškur B, Stomph M. Het Canadian practice process framework (CPPF): Van procesmodel naar process framework. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2008;1(2):11–16.
- Hassel DTP van, Kenens RJ. NIVEL-onderzoek naar omvang, samenstelling en spreiding van de beroepsgroep. Groei aantal ergotherapeuten in Nederland zet door. *Ergotherapie Magazine/Ergotherapie Wetenschap* 2015;43(6).
- Heijden PGM van der, Cruiff M, Gils G van. Schattingen illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen 2012–2013. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum Ministerie van Veiligheid en Justitie; 2015.
- Helman CG. Culture health and illness (5. Aufl.). New York: Oxford University Press; 2007.
- Herweijer L. Allochtone jongeren op weg naar het hoger onderwijs. *Tijdschrift voor Hoger Onderwijs en Management* 2004;11:25–30.
- Hingstman L, Kenens RJ. Peiling NIVEL: Het aantal (vrijgevestigde) ergotherapeuten blijft groeien. *Ergotherapie Magazine* 2012;40(4):16–23.
- Hocking C, Ness NE. Revised minimum standards for the education of occupational therapists. Forrestfield, Western Australia: World Federation of Occupational Therapists; 2002.
- Huttlinger K, Krefting L, Drevdahl D, Tree P, Baca E, Benally A. 'Doing battle': A metaphorical analysis of diabetes mellitus among Navajo people. *American Journal of Occupational Therapy* 1992;46:706–713.
- Iedereen is anders. Utrecht: Inspectie voor het Onderwijs; 2003.
- Ingstad B, Whyte SR (Hrsg.). *Disability and culture*. Berkeley (CA): University of California Press; 1995.
- Iwama MK. The issue is: Toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 2003;57:582–589.
- Iwama MK. Revisiting culture in occupational therapy: A meaningful endeavour. *OTJR Occupation, Participation and Health* 2004;24:2–4.
- Iwama MK. Culture and occupational therapy: Meeting the challenge of relevance in a global world. *Occupational Therapy International* 2007;4(14):183–187.
- Iwarsson S. Occupational therapy research for the ageing European population: Challenges and opportunities. *British Journal of Occupational Therapy* 2013;76(4):203–205.
- Jackson J. Sexual orientation: Its relevance to occupational science and the practice of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 1995;49:669–679.
- Jang Y. Chinese culture and occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy* 1995;58(3):103–112.
- Jehoel-Gijsbers G. Kunnen alle kinderen meedoen?: Onderzoek naar de maatschappelijke participatie van arme kinderen. SCP-speciaal 32. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2009.
- Jones D, Blair SEE, Hartery T, Jones RK (Hrsg.). *Sociology and occupational therapy: An integrated approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
- Katholieke Vereniging Gehandicapten. Het belang van inkomen. Antwerpen: KVG Kenniscentrum; 2010.
- Kelly G. Feminist of feminine? The feminine principle in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy* 1996;59:2–6.
- Keuzenkamp S. Steeds gewoner, nooit gewoon. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2010.
- Kinébanian A, Stomph M. Interculturele ergotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie* 1991;19:46–154.
- Kinébanian A, Stomph M. Cross-cultural occupational therapy: A critical reflection. *American Journal of Occupational Therapy* 1992;46(8):751–758.
- Kinébanian A, Stomph M. Diversity matters: Guiding principles on diversity and culture. Amsterdam: World Federation of Occupational Therapists; 2009. <http://www.wfot.org/>
- Kinébanian A, Stomph M. Diversiteit doet er toe: Een internationale leidraad over diversiteit en cultuur in de ergotherapie voor de praktijk, de opleidingen en het wetenschappelijk onderzoek. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2010;3(2):2229.
- Kingsley P, Molineux M. True to our philosophy? Sexual orientation and occupation. *British Journal of Occupational Therapy* 2000;63:205–211.
- Klerk M de. Meedoen met beperkingen: Rapportage gehandicapten 2007. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2007.
- Kronenberg F, Fransen H. Ergotherapie in community based rehabilitation: Over de grenzen van handelingsmogelijkheden. In: Kinébanian A, Grasse M le. *Grondslagen van de ergotherapie (2. Aufl.)*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006:153–187.
- Kronenberg F, Pollard N. Overcoming occupational apartheid: Preliminary exploration of the political nature of occupational therapy. In: Kronenberg F, Algado SS, Pollard N (Hrsg.). *Occupational therapy without borders*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005:58–87.
- Kronenberg F, Pollard N. Plenary presentation: Political dimensions of occupation and the roles of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 2006;60(6):617–625.
- Kronenberg F, Algado SS, Pollard N (Hrsg.). *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005.

- Kronenberg F, Pollard N, Sakellariou D (Hrsg.). Occupational therapies without Borders – Volume 2: Towards an ecology of occupation based practices. Elsevier Health Sciences; 2011.
- Kroon K. Niet iedereen in de gezondheidszorg heet Anna, Jan of Jasper. Weekblad van de Hogeschool van Amsterdam Havana 1996;4(23):6–8.
- Kuckert A, Stomph M. Diversiteit: Het is normaal verschillend te zijn. Den Haag: Boom Lemma; 2015.
- Leemborg M. Think peer: 4 a life long learning experience. Utrecht: Echo/Nationale Jeugdtraad; 2007.
- Leeuw M de, Saenger S, Vanlaerhoven I, Vries-Uiterweerd A de. Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2015.
- Lim H, Iwama MK. Emerging models, an Asian perspective: The kawa (river) model. In: Duncan EAS (Hrsg.). Foundations for practice in occupational therapy (4. Aufl.). London: Elsevier; 2006a.
- Lim KH, Iwama M. The kawa 'river' model: Local to global utility. Presentation at the World Congress Of Occupational Therapy. Sydney: WFOT; 2006b.
- Lim KH. Working in a transcultural context. In: Creek J, Lougher L (Hrsg.). Occupational therapy and mental health (4. Aufl.). Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008:251–276.
- Lorenzo T. Equalizing opportunities for occupational engagement: Disabled women's stories. In: Watson R, Schwartz L (Hrsg.). Transformation through occupation. London/Philadelphia: Whurr; 2004:85–103.
- MacWhannell D, Blair SEE. Sex, gender and feminism. In: Jones D, Blair SEE, Hartery T, Jones RK (Hrsg.). Sociology and occupational therapy: An integrated approach. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
- Martín IZ, Martos JA, Millares PM, Björklund A. Occupational therapy culture seen through the multifocal lens of fieldwork in diverse rural areas. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2015;22:82–94.
- Mattingly C. Healing dramas and clinical plots. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1998.
- Mattingly C, Lawlor M. Learning from stories: Narrative interviewing in crosscultural research. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2000;7:4–14.
- McClain L. Multicultural competence across the campus. Paper presented at the World Congress Of Occupational Therapy. Montreal: WFOT; 1998.
- Meeteren M van, San M van, Engbersen G. Zonder Papieren: Over de positie van irreguliere migranten en de rol van het vreemdelingenbeleid in België. Leuven: Acco; 2008.
- Meeuwse L, Harmsen H, Sbiti A. 'Als je niet begrijpt wat ik bedoel': Tolken in de zorg. Good Practice 16 Rotterdam: Mikado; 2011.
- Miller RJ. Interwoven threads: Occupational therapy, feminism and holistic health. American Journal of Occupational Therapy 1992;46:1013.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Notitie wetgeving passend onderwijs. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, cultuur en wetenschappen; 2009.
- Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, betreffende voortgang passend onderwijs; 2011.
- Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Brief aan de voorzitter van de tweede kamer en eerste kamer der staten-generaal, betreffende voortgang passend onderwijs; 2015.
- Mulder H. In gesprek met Fred Korthagen. In: Brink G van den, Jansen T, Pessers D. Beroepszeker: Waarom Nederland niet goed werkt (Christendemocratische verkenningen). Boom, Amsterdam; 2005.
- Nelson A. Seeing white: A critical exploration of occupational therapy with Indigenous Australian people. Occupational Therapy International 2007;14(4):237–255.
- Noppe J, Vanderleyden L, Callens M. De sociale staat van Vlaanderen. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse regering; 2011.
- O'Toole G. Communication: Core interpersonal skills for health professionals. Sydney: Elsevier; 2008.
- Oomkes F. Communicatieleer (8e geheel herziene druk). Meppel: Boom; 2001.
- Peelen C. De Tao van Coby. Mailwisseling met Marjan Stomph; 2008–2009.
- Phipps DJ. Occupational practice with clients from non-English speaking backgrounds: A survey of clinicians in south-west Sydney. Australian Occupational Therapy Journal 1995;42:150–161.
- Pollard N, Walsh S. Occupational therapy, gender and mental health: An inclusive perspective? The British Journal of Occupational Therapy 2000;63(9):425–431.
- Pollard N, Kronenberg F, Sakellariou D. A political practice of occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.
- Raghoebier R, Dillen T van, Es J van. Migranten over zorg voor gehandicapten. Zeist/Utrecht: Combi 95/Stichting Dienstverlening; 1996.
- Rosman C. Dagelijks leven in een AZC: Mijn leven staat hier stil. Algemeen Dagblad; 2015. <http://www.ad.nl/17-10-2015>
- Sarizeybek R, Hostmann S, Jansen K, Verhoeven A. Diversiteit en verandering: Praktijkfactoren die de implementatie van diversiteitsbeleid beïnvloeden. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2010.
- Schuman H. Passend Onderwijs-pas op de plaats of stap vooruit? Tijdschrift voor orthopedagogiek 2007;46:267–280.
- Shadid WA. Grondslagen van interculturele communicatie: Studieveld en werkterrein. Houten/Diegem: Bohn Stafleu en Van Loghum; 2007.
- Shakespeare T, Watson N. Making the difference: Disability, politics, and recognition. In: Albrecht GL, Seelman KD, Bury M (Hrsg.). Handbook of disability studies. London: Sage; 2001:546–564.
- Shakespeare T. Disability and the training of health professionals. The Lancet 2009;374:1815–1816. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)62050-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)62050-X/fulltext)
- Stomph M, Jonckheere F. Cliëntgericht werken en diversiteit in theorie en praktijk. In: Kinébanian A, Granse M le. Grondslagen van de ergotherapie (2. Aufl.). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006:265–302.
- Stomph M, Kinébanian A. Een internationale leidraad van de WFOT: Oog voor diversiteit maakt verschil. Ergotherapie 2010;2:9.
- Suarez-Balcasar Y, Rodakowski J. Becoming a culturally competent occupational therapy practitioner. OT Practice 2007;24:14–18.
- Tanja J. Vooroordelen vertekenen. Amsterdam/Den Haag: Anne Frank Stichting/SDU; 1997.
- Taylor C. The casson memorial lecture 2007: Diversity amongst occupational therapists – rhetoric or reality? British Journal of Occupational Therapy 2007;70(7):276–284.
- Taylor J. A different voice in Occupational Therapy. British Journal of Occupational Therapy 1995;58:170–174.
- Townsend E, Whiteford G. A participatory occupational justice framework: Population-based processes of practice. In: Kronenberg F, Algado SS, Pollard N (Hrsg.). Occupational therapy without borders. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005:110–127.
- Townsend E. Occupational justice: Everyday ethical, moral and civic issues for an inclusive world. Key-note address at the 9th Annual Meeting of the European Network of Occupational Therapy in Higher Education. Prague: ENOTHE; 2003.
- Townsend E, Laat D de, Egan M, Thibeault R, Wright WA. Spirituality in enabling occupation: A learner workbook. Canadian Association of Occupational Therapists. Ottawa: CAOT; 1999.
- Trentham B, Cameron D, Cockburn L, Iwama M. Diversity and inclusion within an occupational therapy curriculum. Australian Journal of Occupational Therapy 2006;8(6):78–86(10–15).
- Tupan-Wenno M. De samenleving in beweging: De noodzaak van diversiteitsbeleid in het hoger-onderwijs. Tijdschrift voor Hoger Onderwijs en Management 2004;11:41–46.
- Twickler ThBM, Hoogstraaten E, Reuwer AQ, Singels L, Stronks K, Essink-Bot ML. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 2009;153:A250.
- Vanderleyden L, Callens M, Noppe J. De sociale staat van Vlaanderen. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse regering; 2009.
- Velde BP van de. The experience of being an occupational therapist with a disability. American Journal of Occupational Therapy 2000;54:183–188.
- Vlaams Parlement. Ontwerp van decreet betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften; 2014. <https://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2013-2014/g2290-1.pdf>
- UN. Standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities. New York: United Nations; 1993. (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=75>)

- UN. (2006). Convention on the rights of persons with disabilities, G.A. Res.61/106. United Nations. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm>
- Vrooman C, Hoff S, Otten F, Bos W. Armoedesignalement 2014. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; Centraal Bureau voor Statistiek; 2014.
- Watson R, Schwartz L (Hrsg.). Transformation through occupation. London/Philadelphia: Whurr; 2004.
- Wells SA, Black RM. Cultural competency for health professionals. Bethesda: The American Occupational Therapy Association; 2000.
- Wells SA. An ethic of diversity. In: Purtilo EB, Jensen GM, Royeen CB (Hrsg.). Educating for moral action: A sourcebook in health and rehabilitation ethics. Philadelphia: FA Davis; 2005:31–41.
- WFOT. Position statement on human rights. Perth: World Federation of Occupational Therapists; 2006. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- WFOT. Revised minimum standards for the education of occupational therapists; 2016.
- WFOT. Position statement human displacement revised; 2014.
- Whiteford G, Wright-St Clair V. Being prepared for diversity in practice: Occupational therapy students' perceptions of valuable intercultural learning experiences. *British Journal of Occupational Therapy* 2002;65 (3):129–137.
- Whiteford G, Wright-St Clair V. Occupation & practice in context. Sydney: Churchill Livingstone; 2005.
- WHO. Health and human rights. Fact sheet N°323, WHO Media Centre; 2015.
- Wilding C, Whiteford GE. Language, identity and representation: Occupation and occupational therapy in acute settings. *Australian Occupational Therapy Journal* 2007;55:180–187.
- Williamson P. Football and tin cans: A model of identity formation based on sexual orientation expressed through engagement in occupations. *British Journal of Occupational Theory* 2000;63:432–439.
- Wilterdink N. Stratificatie. In: Wilterdink N, Heerikhuizen B van. Samenlevingen (7. Aufl.). Groningen: Noordhoff; 2013.
- Wouters P. België-Nederland: Verschil moet er zijn. Rotterdam: Lemniscaat; 2005.
- Yuen HK, Yau MK. Cross-cultural awareness and occupational therapy education. *Occupational Therapy International* 1999;6(1):24–34.

10 Kontext

Rieke Hengelaar, Annick Van Gils

„Der Kontext bezieht sich auf eine Vielzahl von sich wechselseitig beeinflussenden Gegebenheiten im Klienten selbst und in seiner Umwelt.“

AOTA (2014)

Keywords

- Kontext verleiht Bedeutung
- kontextbasiertes Arbeiten
- physische Umwelt
- soziale Umwelt
- kultureller Kontext
- zeitlicher Kontext
- virtueller Kontext
- persönlicher Kontext

Maria

Die 34-jährige Maria wurde mit klinischen Hinweisen auf ein zerebrovaskuläres Ereignis in die Notaufnahme gebracht. Das anschließend durchgeführte CT bestätigte den Verdacht und zeigte einen linkshemisphärischen ischämischen Infarkt. Man begann umgehend mit der Rehabilitation und nach zwei Wochen wurde Maria zur intensiven Reha ihrer motorischen rechtsseitigen Hemiparese in ein spezialisiertes Zentrum überwiesen.

Bei der Erhebung ihrer medizinischen Vorgeschichte kam heraus, dass sie aufgrund einer Depression mit psychotischen Episoden bereits mehrere Psychiatrie-Aufenthalte hinter sich hatte. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in dem Rehazentrum ist sie unter Medikamenten jedoch seit über einem Jahr stabil.

Erst vor Kurzem war sie mit ihrem Freund zusammen in eine kleine Dachwohnung gezogen, die sich in der 3. Etage befindet. Es gibt keinen Aufzug, sodass Maria nach der Reha die Treppen alleine schaffen muss, wenn sie dort wohnen bleiben möchte. Es befindet sich in dem Appartement auch ein kleines, wenngleich komfortables Badezimmer mit einer Dusche.

Maria studierte Ergotherapie und arbeitet als Betreuerin an einem geschützten Arbeitsplatz. Sie gelangt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit. Ihre Aufgabe besteht in der Anleitung von Menschen mit Arbeitshandicap in einer Werkstatt, wo Waren verpackt werden. Bei Termindruck packt sie auch gerne mal mit an. Maria arbeitet hier schon eine ganze Weile und erfährt bei ihren ergotherapeutischen Kollegen aber vor allem auch bei ihrer Vorgesetzten große Unterstützung während ihrer depressiven Phasen.

10.1 Einleitung

Der Begriff Kontext umfasst in einem Wort alles, was es in der direkten Umwelt gibt und sich auf das Betätigen auswirken kann (Hartingsveldt et al. 2010). Das Betätigen der Menschen ereignet sich immer in einem Kontext: zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Schule oder in der Nachbarschaft. Der Kontext kann sowohl förderlich als auch hinderlich sein, inklusiv oder exklusiv, gesund sein oder krank machen und sicher oder unsicher sein.

Das Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über den Begriff „Kontext“ zu vermitteln, sodass seine Bedeutung im Zusammenhang mit dem Betätigen von Personen, Gruppen und Populationen erkannt, verstanden und auf methodische Weise bei ergotherapeutischen Interventionen eingesetzt werden kann.

Das Kapitel klärt zunächst die Bedeutung des Kontextes für die Ergotherapie, wobei auf die einzelnen Ausgangspunkte eingegangen wird, welche die Basis für die Nutzung des Kontextes bilden. In der Literatur werden die Begriffe „Kontext“ und „Umwelt“ oder „Umfeld“ oftmals gleichsinnig verwendet, wenngleich es einen kleinen Unterschied gibt. Im OTPF und CMOP-E wird auf die Unterschiede zwischen den Bedeutungsinhalten sowie auf die kontextbasierte Arbeit als eines der Kernelemente in der Ergotherapie eingegangen. Danach werden nacheinander die soziale Umwelt, die physische Umwelt, der kulturelle Kontext, der zeitliche Kontext, der virtuelle Kontext und der gesellschaftliche/institutionelle Kontext beschrieben. Dabei konzentriert sich der Text auf den Einfluss der Umwelt oder des Kontextes auf das Betätigen und seine Bedeutung für das ergotherapeutische Handeln.

10.2 Kontext und Ergotherapie

Die Umwelt und der Kontext beeinflussen die Gesundheit und das Wohlbefinden einer Person. Die ► Abb. 10.1 zeigt, dass die Person mit ihren persönlichen Faktoren im Mittelpunkt steht. Bei Personen mit einer Betätigungsfrage richtet sich die Ergotherapie auf die Ermöglichung des Betätigens in Zusammenarbeit mit dieser Person (enabling occupation). Der Ergotherapeut arbeitet aus zwei verschiedenen Perspektiven: der individuellen und der sozialen (Chapparo u. Ranka 2005). Bei dem individuellen Klienten und seiner direkten Umwelt arbeitet der Ergotherapeut aus der individuellen Perspektive und versucht, individuelle Veränderungen zu erreichen (enabling individual change; Townsend et al. 2013b). Betätigungsfragen werden dabei nicht nur durch medizinische Fragen verursacht, sondern können auch durch Faktoren aus der sozialen oder physischen Umwelt entstanden sein, die in ► Abb. 10.1 die inneren Ringe ausmachen. Aus der indivi-

10 Kontext

Rieke Hengelaar, Annick Van Gils

„Der Kontext bezieht sich auf eine Vielzahl von sich wechselseitig beeinflussenden Gegebenheiten im Klienten selbst und in seiner Umwelt.“

AOTA (2014)

Keywords

- Kontext verleiht Bedeutung
- kontextbasiertes Arbeiten
- physische Umwelt
- soziale Umwelt
- kultureller Kontext
- zeitlicher Kontext
- virtueller Kontext
- persönlicher Kontext

Maria

Die 34-jährige Maria wurde mit klinischen Hinweisen auf ein zerebrovaskuläres Ereignis in die Notaufnahme gebracht. Das anschließend durchgeführte CT bestätigte den Verdacht und zeigte einen linkshemisphärischen ischämischen Infarkt. Man begann umgehend mit der Rehabilitation und nach zwei Wochen wurde Maria zur intensiven Reha ihrer motorischen rechtsseitigen Hemiparese in ein spezialisiertes Zentrum überwiesen.

Bei der Erhebung ihrer medizinischen Vorgeschichte kam heraus, dass sie aufgrund einer Depression mit psychotischen Episoden bereits mehrere Psychiatrie-Aufenthalte hinter sich hatte. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in dem Rehazentrum ist sie unter Medikamenten jedoch seit über einem Jahr stabil.

Erst vor Kurzem war sie mit ihrem Freund zusammen in eine kleine Dachwohnung gezogen, die sich in der 3. Etage befindet. Es gibt keinen Aufzug, sodass Maria nach der Reha die Treppen alleine schaffen muss, wenn sie dort wohnen bleiben möchte. Es befindet sich in dem Appartement auch ein kleines, wenngleich komfortables Badezimmer mit einer Dusche.

Maria studierte Ergotherapie und arbeitet als Betreuerin an einem geschützten Arbeitsplatz. Sie gelangt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit. Ihre Aufgabe besteht in der Anleitung von Menschen mit Arbeitshandicap in einer Werkstatt, wo Waren verpackt werden. Bei Termindruck packt sie auch gerne mal mit an. Maria arbeitet hier schon eine ganze Weile und erfährt bei ihren ergotherapeutischen Kollegen aber vor allem auch bei ihrer Vorgesetzten große Unterstützung während ihrer depressiven Phasen.

10.1 Einleitung

Der Begriff Kontext umfasst in einem Wort alles, was es in der direkten Umwelt gibt und sich auf das Betätigen auswirken kann (Hartingsveldt et al. 2010). Das Betätigen der Menschen ereignet sich immer in einem Kontext: zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Schule oder in der Nachbarschaft. Der Kontext kann sowohl förderlich als auch hinderlich sein, inklusiv oder exklusiv, gesund sein oder krank machen und sicher oder unsicher sein.

Das Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über den Begriff „Kontext“ zu vermitteln, sodass seine Bedeutung im Zusammenhang mit dem Betätigen von Personen, Gruppen und Populationen erkannt, verstanden und auf methodische Weise bei ergotherapeutischen Interventionen eingesetzt werden kann.

Das Kapitel klärt zunächst die Bedeutung des Kontextes für die Ergotherapie, wobei auf die einzelnen Ausgangspunkte eingegangen wird, welche die Basis für die Nutzung des Kontextes bilden. In der Literatur werden die Begriffe „Kontext“ und „Umwelt“ oder „Umfeld“ oftmals gleichsinnig verwendet, wenngleich es einen kleinen Unterschied gibt. Im OTPF und CMOP-E wird auf die Unterschiede zwischen den Bedeutungsinhalten sowie auf die kontextbasierte Arbeit als eines der Kernelemente in der Ergotherapie eingegangen. Danach werden nacheinander die soziale Umwelt, die physische Umwelt, der kulturelle Kontext, der zeitliche Kontext, der virtuelle Kontext und der gesellschaftliche/institutionelle Kontext beschrieben. Dabei konzentriert sich der Text auf den Einfluss der Umwelt oder des Kontextes auf das Betätigen und seine Bedeutung für das ergotherapeutische Handeln.

10.2 Kontext und Ergotherapie

Die Umwelt und der Kontext beeinflussen die Gesundheit und das Wohlbefinden einer Person. Die ► Abb. 10.1 zeigt, dass die Person mit ihren persönlichen Faktoren im Mittelpunkt steht. Bei Personen mit einer Betätigungsfrage richtet sich die Ergotherapie auf die Ermöglichung des Betätigens in Zusammenarbeit mit dieser Person (enabling occupation). Der Ergotherapeut arbeitet aus zwei verschiedenen Perspektiven: der individuellen und der sozialen (Chapparo u. Ranka 2005). Bei dem individuellen Klienten und seiner direkten Umwelt arbeitet der Ergotherapeut aus der individuellen Perspektive und versucht, individuelle Veränderungen zu erreichen (enabling individual change; Townsend et al. 2013b). Betätigungsfragen werden dabei nicht nur durch medizinische Fragen verursacht, sondern können auch durch Faktoren aus der sozialen oder physischen Umwelt entstanden sein, die in ► Abb. 10.1 die inneren Ringe ausmachen. Aus der indivi-

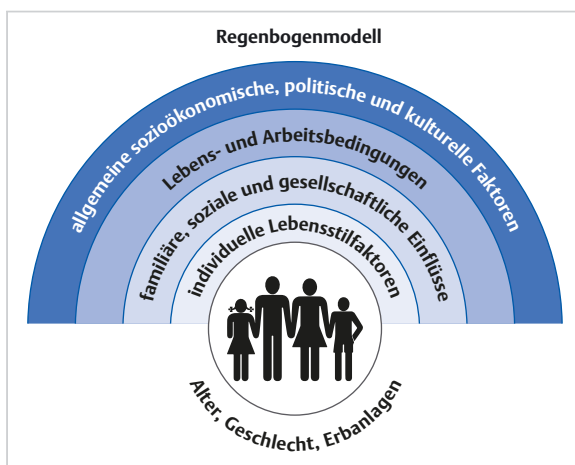


Abb. 10.1 Soziale Determinanten der Gesundheit im Regenbogenmodell (Dahlgren u. Whitehead 2006).

duellen Perspektive ist eine Person für ihre Gesundheit verantwortlich, und die Ergotherapie richtet sich auf die Interaktion zwischen der Person, ihren Aktivitäten und ihrer Umwelt.

Wie in Kap. 3 geschildert, erfordern die gesellschaftlichen Veränderungen eine Aufweitung der individuellen ergotherapeutischen Perspektive. Ergotherapeuten arbeiten zunehmend häufig auch aus der sozialen Perspektive und bemühen sich, gesellschaftliche Veränderungen anzustoßen oder zu begleiten (enabling social change; Townsend et al. 2013a). In dieser Perspektive geht es um den Einfluss der Gesellschaft auf die Gesundheit des Bürgers, und der Ergotherapeut wird in Richtung sozialer Inklusion und Partizipation für alle tätig, was in der ► Abb. 10.1 den äußeren Schichten entspricht.

Warum ist das Wissen um die Umwelt und den Kontext für die ergotherapeutische Arbeit so wichtig? Wie bereits erwähnt, hängt das Betätigen von der Umwelt und dem Kontext ab, in dem die Aktivitäten ausgeführt werden. Der Einfluss des Kontextes auf das Betätigen ist so selbstverständlich, dass die Menschen ihn kaum registrieren. Verändern sich die körperlichen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten eines Menschen, wird mit einem Mal klar, in welcher Weise die Merkmale der Umwelt mitbestimmend sind oder wie die Veränderung zu einer Betätigungsfrage führt.

So hat die physische Umwelt für jemanden, der infolge einer Parkinson-Krankheit Schwierigkeiten beim Umgang mit Messer und Gabel oder mit dem Treppesteigen hat, einen direkten Einfluss auf das Betätigen, wenn das Restaurant in der zweiten Etage nicht erreicht werden kann und kein spezielles Besteck zur Verfügung steht. Nicht nur die physische Umwelt wirkt sich auf das Betätigen aus, sondern auch der kulturelle Kontext kann bei derselben Person zu Betätigungsfragen führen. Im kulturellen Kontext der westlichen Staaten ist es die Norm, in einem

Restaurant „anständig“ zu essen, und zwar ohne zu kleckern oder zu schlabbern. Ein Mensch mit Parkinson-Krankheit kann dies nicht immer gewährleisten. Dadurch kann es zwischen Unbekannten zu Stress kommen, so dass jemand vielleicht kein Restaurant mehr besuchen möchte und seine sozialen Kontakte weniger gut pflegen kann, was eine Betätigungsfrage nach sich zieht. Im vertrauten Kreis, wo die betroffene Person gut bekannt ist, ist so etwas oft kein Problem.

10.2.1 Einteilung und Definition von Kontext und Umwelt

In der ergotherapeutischen Literatur werden die Begriffe „Umwelt“ und „Kontext“ unterschiedlich definiert und beschrieben. Dies ist auf die verschiedenen Begrifflichkeiten in den Ergotherapiemodellen zurückzuführen. Manchmal wird Kontext auch mit Umwelt gleichgesetzt. Im Berufsprofil des Ergotherapeuten bezieht sich Kontext auf alles in der Umwelt, dass einen Einfluss auf das Betätigen von Menschen hat (Hartingsveldt et al. 2010).

Im Occupational Therapy Practice Framework (OTPF; AOTA 2014) wurden die soziale Umwelt, die physische Umwelt, der kulturelle Kontext, der persönliche Kontext, der zeitliche Kontext und der virtuelle Kontext beschrieben (► Tab. 10.1). Mit der physischen oder der sozialen Umwelt werden die ganz nahen und konkreten Elemente aus der die des Klienten oder der Gruppe gemeint. Mit dem kulturellen, persönlichen, zeitlichen und virtuellen Kontext werden größere und schlechter fassbare, miteinander verwobene Elemente beschrieben. Bei dem kulturellen, persönlichen und zeitlichen Kontext handelt es sich auch um Unterteile der Person oder der Gruppe.

Das „Canadian Model of Occupational Performance and Engagement“ (CMOP-E; Polatajko et al. 2013; ► Tab. 10.2) betrachtet Umwelt und Kontext eher aus einer sozialen Perspektive, wobei es vier Umwelten unterscheidet: die physische, die soziale, die kulturelle und die institutionelle.

In diesem Kapitel werden die Umwelt und der Kontext auf der Grundlage des OTPF und des CMOP-E definiert. Die beiden Begriffe werden hier wie folgt verwendet:

- **physische und soziale Umwelt:** Die Umwelt ist unmittelbar zugegen. Es handelt sich um den Ort, an dem jemand seine Betätigungen durchführt. Ihr Einfluss ist direkt erkennbar. Beispiele dafür sind das Zuhause, die Schule oder die sozialen Beziehungen einer Person. Dabei werden die unmittelbaren und konkreten Elemente aus der Umwelt der Person benannt.
- **kultureller, zeitlicher, virtueller, gesellschaftlicher/institutioneller Kontext:** Der Kontext wird aus all dem gebildet, was einen eher indirekten Einfluss auf das Betätigen hat und nicht direkt sichtbar ist, ohne dabei jedoch minder einflussreich zu sein. Gemeint sind damit die größeren und schlechter fassbaren und untereinander verwobenen Elemente des Kontextes.

Tab. 10.1 Kontext und Umwelt im OTPF (AOTA 2014).

Kontext und Umwelt	Nähere Ausführung
physische Umwelt	die natürliche und nicht menschliche Umwelt und die Objekte darin
soziale Umwelt	das Vorhandensein von Beziehungen und Erwartungen von Personen, Gruppen und Organisationen, mit denen der Klient in Kontakt steht
kultureller Kontext	Gewohnheiten, Überzeugungen, Performanzmuster, Verhaltensstandards und Erwartungen der Gemeinschaft, welcher der Klient angehört
persönlicher Kontext	Merkmale einer Person, die nicht direkt mit ihrem Gesundheitszustand in Zusammenhang stehen, wie etwa Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Bildungsniveau
zeitlicher Kontext	Lebensphasen, Tages- oder Jahreszeit, Dauer und Rhythmus von Aktivitäten oder Ereignissen
virtueller Kontext	Interaktionen in simulierten Echtzeit-Situationen ohne direkten körperlichen Kontakt

Tab. 10.2 Kontext und Umwelt im CMOP-E (Polatajko et al. 2013).

Kontext und Umwelt	Nähere Ausführung
physisch	die natürliche und bebaute Umwelt mit Gebäuden, Gärten, Straßen, Transportmitteln, Technologie, Klima und andere Materialien
sozial	soziale Vorlieben, die alle Elemente der Umwelt betreffen, Beziehungsmuster in einer organisierten Gemeinschaft, soziale Gruppierungen auf Grundlage gemeinsamer Interessen, Werte, Einstellungen und Überzeugungen
kulturell	ethnische, zeremonielle und routinemäßige Betätigungen/Praktiken, die auf der Ethik und dem Wertesystem bestimmter Gruppen basieren
institutionell	gesellschaftliche Organisationen und Aktivitäten/Praktiken, einschließlich Politik, Entscheidungsprozesse, Verfahren und andere organisierte Aktivitäten/Praktiken, worunter auch wirtschaftliche Aspekte (wirtschaftliche Dienstleistungen, finanzielle Prioritäten, Vergütungsmöglichkeiten und Beihilfen, Unterstützung von Arbeitnehmern), rechtliche Aspekte (juristische Verfahren und Dienstleistungen) sowie politische Aspekte (öffentlich finanzierte Dienste, Gesetzgebung, politische Praktiken) fallen

10.2.2 Kontextbasiertes Arbeiten

Zu den vier Ausgangspunkten aus dem Berufsprofil Ergotherapie gehört auch das kontextbasierte Arbeiten, wobei nach Möglichkeit in der Umwelt der Betätigungsfrage des Klienten und seines Systems, der Organisation oder der Population gearbeitet wird. Das kontextbasierte Arbeiten ist Teil der Kontexttherapie bei Kindern. Diese Intervention wurde von Darrah et al. (2011) beschrieben. Ergotherapeutische Interventionen mit dem Ziel einer Verringerung der Betätigungsschwierigkeiten richten sich klassischerweise auf die Funktionseinschränkungen und auf die Basisfertigkeiten eines Kindes. Die Kontexttherapie richtet sich dagegen auf die Identifizierung förderlicher und hinderlicher Faktoren bei der Ausführung einer Betätigung selbst oder in der Umwelt. Die Lösung der Betätigungsfrage kommt über eine Anpassung der Betätigung oder durch eine Veränderung der Umwelt zustande, jedoch nicht über eine Beeinflussung der Betätigungsvoraussetzungen beim Kind. Die bestehende Lösungsstrategie des Kindes ist immer der Ausgangspunkt für die Ergotherapie. Die Interventionen erfolgen im natürlichen Kontext des Kindes und seiner Umwelt (Darrah et al. 2011). Hierbei können bereits kleine Anpassungen den

Unterschied ausmachen. Für ein Kind mit Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit während des Unterrichts aufrecht zu erhalten, kann ein anderer Platz in der Klasse große Bedeutung haben, doch können sich auch häufigere Abwechslungen im Unterricht oder zwischenzeitliche Bewegungsübungen im Hinblick auf die Betätigungsfrage positiv auswirken.

Ergotherapeuten setzen den Kontext bewusst und zielgerichtet ein bzw. passen ihn (teilweise) an, um das Betätigen zu fördern. Eine ergotherapeutische Intervention kann auf die Beseitigung eines Hindernisses im Kontext gerichtet sein oder der Kontext kann auch derart eingerichtet werden, dass ein sinnvolles Handeln wieder ermöglicht wird. Die Installation einer schrägen Ebene an der Schulpforte kann für ein körperlich behindertes Kind bedeuten, wieder selbstständig den Weg in die Schule zu finden. Elemente aus dem Kontext können auch als Stimulans dienen, um das Betätigen wieder zu ermöglichen. Für einen Klienten mit Parkinson bedeutet die oftmals eingeschränkte Fähigkeit zu schreiben nicht selten eine wichtige Betätigungsfrage. Durch die Anpassung des Kontextes in Form einer Einführung von Hilfslinien, zwischen denen geschrieben werden kann, wird das Schreiben für den Klienten oft verbessert (Nackaerts et al. 2015).

10.2.3 Wechselwirkungen zwischen Kontext und Betätigen

Der Kontext beeinflusst das menschliche Betätigen und verleiht ihm Bedeutung. Diese Bedeutung des Betätigens wird erst wirklich deutlich, wenn man den Kontext, in dem sich die Betätigung abspielt, mitbetrachtet. Ein und dieselbe Betätigung kann je nach Kontext verschiedene Bedeutungen haben, wie das folgende Beispiel aufzeigt.

Waschen

Die Betätigung Waschen hat in Abhängigkeit von dem jeweiligen Kontext, in dem sie sich ereignet, eine unterschiedliche Bedeutung. Wenn eine Mutter ihr Baby in der intimen Atmosphäre des heimischen Badezimmers wäscht, hat dies eine andere Bedeutung, als wenn sie dies in dem Badezimmer einer Klinik tut, in die das Baby für einen Eingriff aufgenommen wurde. In beiden Fällen geht es um dieselbe Tätigkeit, jedoch in einem anderen Kontext und in einer anderen Umwelt, was der Aktivität eine andere Bedeutung verleiht.

Das Betätigen erlangt nicht nur durch den Kontext, in dem es sich abspielt, eine Bedeutung. Der Kontext bekommt auch durch das Tun und Erleben der Menschen in diesem Kontext eine Bedeutung. Es handelt sich somit um eine wechselseitige Beziehung zwischen dem Betätigen und dem Kontext. Die Bedeutung, welche der Umwelt und dem Kontext aufgrund der darin erlebten Erfahrungen verliehen wird, bezeichnet man als „being in place“. Dabei lassen sich dreierlei Elemente unterscheiden: Aktionen (actions), Orientierung (orientation within the spaces of our life) und die emotionale Teilhabe (emotional affinity; Hamilton 2011). Die Aktionen einer Person geben der Umwelt durch die Art und Weise, auf die diese für die Ausübung der Aktivität verwendet wird, eine Bedeutung. Orientierung steht hier für die (kognitive) Bewusstwerdung der Umwelt. Dabei geht es praktisch um die innere Landkarte, die ein Mensch von einer vertrauten Umwelt im Kopf hat. Diese innere Karte ist an Orten, die häufig aufgesucht werden, sehr detailliert und verliert mit zunehmender Entfernung von der persönlichen Umwelt an Detailreichtum. Die emotionale Teilhabe an einer Umwelt bildet das dritte Element des „being in Place“. Manche Orte verfügen über eine sehr spezielle emotionale und persönliche Bedeutung, da sie mit einem bedeutungsvollen Ereignis verbunden sind.

Interaktionen zwischen Umwelt und Betätigung

In einer Küche wird ein Essen gekocht. In einer professionellen und gut ausgestatteten Küche mit vielen modernen Hilfsmitteln und Küchengeräten lassen sich andere Mahlzeiten zubereiten als in einer einfachen Studierendenküche mit zwei Herdplatten und einer Mikrowelle. Ein Restaurantkoch, der für seine abendlichen Gäste in seiner Profi-Küche ein Dinner zubereitet, verleiht dieser Aktivität eine andere Bedeutung, als ein Studierender, der sich mal eben eine Mahlzeit in der Mikrowelle aufwärmt. Nicht nur die Umwelt (d. h. die physischen Merkmale der Küche), sondern auch der Kontext (der professionelle Kontext als Restaurantchef gegenüber dem Studierendenleben in einem Studierendenwohnheim) wirken sich auf die Bedeutung der Aktivität „eine Mahlzeit zubereiten“ aus. Andererseits haben diese Aktivität und auch die Art und Weise, in der diese von einer Person ausgeführt wird, Einfluss auf die Umwelt. So wird jemand, der es liebt zu kochen, in seinem Haus vermutlich eine gut ausgestattete Küche besitzen, während jemand, dem es genügt, eine Mahlzeit aufzuwärmen, mit weniger auskommt.

10.2.4 Transaktionale Interaktion zwischen Person, Kontext und Betätigung

Das Betätigen wird von einer komplexen und dynamischen Interaktion zwischen der Person, dem Kontext und der Betätigung bestimmt. Diese drei Faktoren bestimmen in gegenseitiger Wechselwirkung, wie das Betätigen vonstattengeht. Das Verhältnis zwischen Kontext und Betätigung ist nicht einseitig, sondern wechselseitig geprägt und somit können Kontext und Betätigung auch nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Sie sind stets ein Ganzes und das Resultat einer transaktionalen Wechselwirkung. Eine Betätigung ist durch einen veränderten Zeitpunkt, andere Menschen und eine veränderte Umwelt immer wieder neu und einzigartig (Pierce 2001).

Im Person-Environment-Occupation(PEO)-Modell geht man von dieser transaktionalen Beziehung aus, die aus dem während des ganzen Lebens immer wieder angepassten richtigen Verhältnis aus Person, Kontext und Betätigung besteht (Law et al. 1996). Verändert sich der Kontext, erfordert dies Anpassungen bei der Person und der Betätigung. Bei einer hohen Übereinstimmung dieser drei Komponenten spricht man von einem maximalen Fit und die ausführende Person wird ein hohes Maß an Zufriedenheit beim Betätigen spüren. Bei einer geringen Übereinstimmung von Person, Kontext und Betätigung ist der Fit minimal, was mit einer Betätigungsfrage verbunden sein kann.

10.3 Soziale Umwelt

Jeder Mensch hat eine soziale Umwelt, die sich aus der Familie, den Nachbarn, Bekannten, Kollegen und den Menschen auf der Straße, im Supermarkt und im Sportverein zusammensetzt. Das Betätigen innerhalb der sozialen Umwelt steht nie für sich allein. Wie die Menschen innerhalb der sozialen Umwelt miteinander umgehen, hängt von der physischen Lebensumwelt und dem institutionellen/gesellschaftlichen und kulturellen Kontext ab, in dem man aufgewachsen ist und lebt. In diesem Kapitel wird die soziale Umwelt definiert und werden ihre Merkmale und Untergebiete beschrieben. Zudem werden die wechselseitigen Einflüsse der sozialen Umwelt auf das menschliche Betätigen untersucht. Abschließend wird der Bedeutung der sozialen Umwelt für das ergotherapeutische Handeln noch weiter nachgegangen.

10.3.1 Definition der sozialen Umwelt

Die soziale Umwelt umfasst alle Beziehungen, die ein Klient mit einzelnen Personen, Gruppen und Organisationen eingeht (AOTA 2014). Diese Beziehungen werden von sozialen Faktoren wie gemeinsamen Interessen, Erwartungen, Wertvorstellungen, Einstellungen und gemeinsamen sozialen Prioritäten innerhalb der Umwelt beeinflusst (Polatajko et al. 2013). Die Beziehungen des Klienten bilden soziale Netzwerke und lassen sich weiter nach der persönlichen Nähe und der Bedeutung der Beziehung unterteilen, wie etwa Personen, zu denen die Beziehung weniger bedeutsam ist, aber die dem Klienten dennoch nahestehen, oder Menschen, die nicht so nah am Klienten sind, aber dennoch bedeutsam sind oder es werden können. Die unterschiedlichen Beziehungen in den sozialen Netzwerken werden auch als schwache oder starke Links bezeichnet. Die Netze, denen der Klient zugehörig ist, erzeugen eben auch das Gefühl der Zugehörigkeit (belonging; Wilcock u. Hocking 2015). Teil eines sozialen Netzwerkes zu sein, wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen aus (Huber et al. 2011). Durch die Teilhabe an Aktivitäten mit anderen (doing) entsteht ein Gefühl des Dazugehörens (belonging), das dem Menschen Würde und Bedeutung verleiht (Wilcock u. Hocking 2015). Das Zugehörigkeitsgefühl kann durch verschiedene soziale Netzwerke erzeugt werden, in denen es zu gemeinsamen Aktivitäten kommt (shared occupations).

Auf der Mikroebene betätigen sich Menschen in der sozialen Umwelt von Familie, Freunden, Schule, Arbeit usw. Ein Großteil des Betätigens erfolgt gemeinsam mit anderen Menschen (Co-Occupation; Nes u. Heijnsman 2012 u. 2013) und Vieles innerhalb der eigenen Familie (family occupations; DeGrace 2003, Segal 2004). Gemeinsames

Betätigen ist auf vielerlei Weisen möglich und jeder innerhalb des sozialen Netzwerkes leistet seinen eigenen Beitrag. Das Betätigen von Menschen kann sogar so eng miteinander verflochten sein, dass das Betätigen des einen nicht losgelöst von dem eines anderen betrachtet werden kann (Nes et al. 2013).

Auf der Mesoebene betätigen sich Menschen in ihrer sozialen Umwelt mit Menschen etwa aus der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz oder in der Schule, wobei es sich bei allen um Orte handelt, an denen viel Zeit verbracht wird. Zusammenarbeiten an der Schule oder am Arbeitsplatz können sowohl die Mikro- als auch die Mesoebene betreffen, was von der Nähe der Personen in den sozialen Netzwerken zum Klienten abhängt. Wenn Kollegen oder Kommilitonen auch dem Freundeskreis eines Klienten zuzurechnen sind, finden sie sich auch im innersten Ring um den Klienten wieder und sind auch auf der Mikroebene bedeutsam. Sind die Personen jedoch lediglich Arbeitskollegen und Mitstudierenden, haben sie einen größeren Abstand zum Klienten und gehören eher zur Mesoebene (Nes u. Heijnsman 2012).

10.3.2 Bedeutung der sozialen Umwelt für das Betätigen

Die soziale Umwelt bildet sich durch Interaktionen und gegenseitige Beeinflussung. Alle sozialen Beziehungen des Klienten wirken sich auf das Betätigen aller beteiligten Akteure aus, was positive und auch negative Folgen haben kann. Die Menschen erschaffen sich im Umgang mit anderen ihre eigene Wirklichkeit. Wie ein Mensch seine Umwelt interpretiert, führt zu einem Verhalten, das in den verschiedenen Beziehungen unterschiedlich sein kann. Indem ein Mensch fortwährend, oft unbewusst, analysiert, wie andere ihn betrachten, versetzt er sich in andere hinein. Dies führt dazu, dass Menschen sich in der einen Beziehung anders verhalten als in einer anderen. Ergotherapeut und Klient stimmen ihr Verhalten auf die jeweiligen Erwartungen des anderen ab.

Lebensqualität

Hammell (2014) glaubt, dass „die verminderte Lebensqualität von Menschen mit einer körperlichen Behinderung eher die Folge von Barrieren in der Umwelt und einer Ungleichheit im Hinblick auf die dargebotenen Möglichkeiten ist, als dass sie auf die körperliche Beeinträchtigung selbst zurückgeht“. Sie meint, dass die Inventarisierung und Analyse der Umweltfaktoren dem Ergotherapeuten mehr Möglichkeiten eröffnet, mit dem Klienten zusammen auf eine Verbesserung der Lebensqualität hinzuarbeiten, als wenn nur allein nach den Möglichkeiten des Individuums geschaut werden würde.

10.3 Soziale Umwelt

Jeder Mensch hat eine soziale Umwelt, die sich aus der Familie, den Nachbarn, Bekannten, Kollegen und den Menschen auf der Straße, im Supermarkt und im Sportverein zusammensetzt. Das Betätigen innerhalb der sozialen Umwelt steht nie für sich allein. Wie die Menschen innerhalb der sozialen Umwelt miteinander umgehen, hängt von der physischen Lebensumwelt und dem institutionellen/gesellschaftlichen und kulturellen Kontext ab, in dem man aufgewachsen ist und lebt. In diesem Kapitel wird die soziale Umwelt definiert und werden ihre Merkmale und Untergebiete beschrieben. Zudem werden die wechselseitigen Einflüsse der sozialen Umwelt auf das menschliche Betätigen untersucht. Abschließend wird der Bedeutung der sozialen Umwelt für das ergotherapeutische Handeln noch weiter nachgegangen.

10.3.1 Definition der sozialen Umwelt

Die soziale Umwelt umfasst alle Beziehungen, die ein Klient mit einzelnen Personen, Gruppen und Organisationen eingeht (AOTA 2014). Diese Beziehungen werden von sozialen Faktoren wie gemeinsamen Interessen, Erwartungen, Wertvorstellungen, Einstellungen und gemeinsamen sozialen Prioritäten innerhalb der Umwelt beeinflusst (Polatajko et al. 2013). Die Beziehungen des Klienten bilden soziale Netzwerke und lassen sich weiter nach der persönlichen Nähe und der Bedeutung der Beziehung unterteilen, wie etwa Personen, zu denen die Beziehung weniger bedeutsam ist, aber die dem Klienten dennoch nahestehen, oder Menschen, die nicht so nah am Klienten sind, aber dennoch bedeutsam sind oder es werden können. Die unterschiedlichen Beziehungen in den sozialen Netzwerken werden auch als schwache oder starke Links bezeichnet. Die Netze, denen der Klient zugehörig ist, erzeugen eben auch das Gefühl der Zugehörigkeit (belonging; Wilcock u. Hocking 2015). Teil eines sozialen Netzwerkes zu sein, wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen aus (Huber et al. 2011). Durch die Teilhabe an Aktivitäten mit anderen (doing) entsteht ein Gefühl des Dazugehörens (belonging), das dem Menschen Würde und Bedeutung verleiht (Wilcock u. Hocking 2015). Das Zugehörigkeitsgefühl kann durch verschiedene soziale Netzwerke erzeugt werden, in denen es zu gemeinsamen Aktivitäten kommt (shared occupations).

Auf der Mikroebene betätigen sich Menschen in der sozialen Umwelt von Familie, Freunden, Schule, Arbeit usw. Ein Großteil des Betätigens erfolgt gemeinsam mit anderen Menschen (Co-Occupation; Nes u. Heijnsman 2012 u. 2013) und Vieles innerhalb der eigenen Familie (family occupations; DeGrace 2003, Segal 2004). Gemeinsames

Betätigen ist auf vielerlei Weisen möglich und jeder innerhalb des sozialen Netzwerkes leistet seinen eigenen Beitrag. Das Betätigen von Menschen kann sogar so eng miteinander verflochten sein, dass das Betätigen des einen nicht losgelöst von dem eines anderen betrachtet werden kann (Nes et al. 2013).

Auf der Mesoebene betätigen sich Menschen in ihrer sozialen Umwelt mit Menschen etwa aus der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz oder in der Schule, wobei es sich bei allen um Orte handelt, an denen viel Zeit verbracht wird. Zusammenarbeiten an der Schule oder am Arbeitsplatz können sowohl die Mikro- als auch die Mesoebene betreffen, was von der Nähe der Personen in den sozialen Netzwerken zum Klienten abhängt. Wenn Kollegen oder Kommilitonen auch dem Freundeskreis eines Klienten zuzurechnen sind, finden sie sich auch im innersten Ring um den Klienten wieder und sind auch auf der Mikroebene bedeutsam. Sind die Personen jedoch lediglich Arbeitskollegen und Mitstudierenden, haben sie einen größeren Abstand zum Klienten und gehören eher zur Mesoebene (Nes u. Heijnsman 2012).

10.3.2 Bedeutung der sozialen Umwelt für das Betätigen

Die soziale Umwelt bildet sich durch Interaktionen und gegenseitige Beeinflussung. Alle sozialen Beziehungen des Klienten wirken sich auf das Betätigen aller beteiligten Akteure aus, was positive und auch negative Folgen haben kann. Die Menschen erschaffen sich im Umgang mit anderen ihre eigene Wirklichkeit. Wie ein Mensch seine Umwelt interpretiert, führt zu einem Verhalten, das in den verschiedenen Beziehungen unterschiedlich sein kann. Indem ein Mensch fortwährend, oft unbewusst, analysiert, wie andere ihn betrachten, versetzt er sich in andere hinein. Dies führt dazu, dass Menschen sich in der einen Beziehung anders verhalten als in einer anderen. Ergotherapeut und Klient stimmen ihr Verhalten auf die jeweiligen Erwartungen des anderen ab.

Lebensqualität

Hammell (2014) glaubt, dass „die verminderte Lebensqualität von Menschen mit einer körperlichen Behinderung eher die Folge von Barrieren in der Umwelt und einer Ungleichheit im Hinblick auf die dargebotenen Möglichkeiten ist, als dass sie auf die körperliche Beeinträchtigung selbst zurückgeht“. Sie meint, dass die Inventarisierung und Analyse der Umweltfaktoren dem Ergotherapeuten mehr Möglichkeiten eröffnet, mit dem Klienten zusammen auf eine Verbesserung der Lebensqualität hinzuarbeiten, als wenn nur allein nach den Möglichkeiten des Individuums geschaut werden würde.

In der sozialen Umwelt stehen neben den Interaktionen innerhalb des sozialen Netzwerkes mit dem sozialen Kapital und der sozialen Kohäsion zwei Konzepte im Mittelpunkt, mit denen der Ergotherapeut sich auseinandersetzen muss. Das soziale Kapital und die soziale Kohäsion bzw. ihr Fehlen beeinflussen das Betätigen und somit auch die Gesundheit und das Wohlbefinden des Klienten oder einer Gruppe.

Zum sozialen Kapital rechnet man alle Beziehungen des Klienten und den Wert, der diesen Beziehungen zugeschrieben wird. Um das soziale Kapital zu erfassen, ist es wichtig zu sehen, mit wie vielen Menschen der Klient überhaupt in Verbindung steht und welchen Wert er jeweils diesen Beziehungen beimisst. Von diesem Wert hängt ab, in welchem Maße Personen bereit sind, etwas füreinander zu tun. Statt von dem sozialen Kapital kann man auch von einem „emotionalen Bankkonto“ sprechen, von dem man gewissermaßen Unterstützung, Versorgungsmaßnahmen usw. abheben kann (Christiansen et al. 2015).

Die soziale Kohäsion unterscheidet sich nicht sehr vom sozialen Kapital, allerdings bezieht sie sich meist auf ein anderes Niveau. Es geht dabei eher um Gruppen und Gemeinschaften. Sie beschreibt die Bereitschaft von Gruppen zur Zusammenarbeit und zur gemeinschaftlichen Investition in ein gemeinsames Ziel (Leclair 2010).

10.3.3 Ergotherapie und soziale Umwelt

Zu den Kernpunkten in der Ergotherapie gehört die Arbeit mit dem Klienten und seinem System, da sich das Betätigen des Klienten in Verbindung mit anderen Menschen abspielt. Für den Klienten kann das System aus seinen nächsten Angehörigen, seinen Freunden und anderen ihm wichtigen Personen bestehen. Bei Untersuchungen fanden sich Hinweise darauf, dass Interventionen, die sich sowohl auf die Person mit der Beeinträchtigung als auch auf Familienmitglieder richten, effektiver sind (Hartmann et al. 2010). So wurden etwa die Angehörigen der Klienten bei Gesprächen und Beratungen oder bei den konkreten Interventionen hinzugezogen. Olson (2006) entwickelte eine auf die ganze Familie gerichtete ergotherapeutische Intervention. Dabei führen schwer verhaltensauffällige Kinder Aktivitäten in der Gruppe mit ihren Eltern aus. Ein weiteres Beispiel ist das EDOMAH-Programm in dem die „Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorger Aan Huis“ beschrieben ist („Häusliche Ergotherapie bei älteren Menschen mit Demenz und ihren Angehörigenpflegern“; Graff et al. 2006; www.iqhealthcare.nl/en/about-iq/our-staff/person/?person=1194).

Familienzentrierte Ergotherapie

Kinder entwickeln sich über ihre täglichen Aktivitäten. Wenn ein Kind eine Störung aus dem autistischen Formenkreis aufweist, kann die Partizipation an diesen Betätigungen schwierig sein und von dem Kind und seinen Angehörigen als belastend empfunden werden. In der familienzentrierten Ergotherapie sucht der Ergotherapeut gemeinsam mit den Angehörigen Betätigungen aus, die zu den Möglichkeiten und Wünschen des Kindes und seiner Familie passen. Es wird also nicht nur auf die Beeinträchtigungen des Kindes und deren Beseitigung geachtet, sondern auch auf die Möglichkeiten des Kindes und seiner Familie. Die Möglichkeiten werden eingesetzt, um das Kind am Familienleben teilhaben zu lassen. Der Ergotherapeut unterstützt also das gesamte System Familie (Foster et al. 2013).

10.3.4 Unterstützung von Angehörigenpflegern

Neben der Teilhabe des gesamten Klientensystems an der Ergotherapie kann auch das ganze soziale Netzwerk unterstützt werden. Nicht selten leistet dieses Netz die Pflege eines Klienten. Unter häuslicher Pflege verstehen wir hier die Hilfe für Partner, Eltern, Kinder oder Freunde, die langfristig krank, vulnerabel oder behindert sind. Diese Art der Pflege geht also über das übliche Maß an gegenseitiger Unterstützung für Familienangehörige und Mitbewohner hinaus. Sie unterscheidet sich von anderen Formen der Hilfe und Versorgung durch die enge persönliche Verbindung zwischen der vulnerablen und der helfenden Person, die bereits vor dem eingetretenen Versorgungsbedarf bestand.

Angehörigenpflege in Zahlen

Im Jahr 2015 waren in Deutschland rund 2 Millionen Menschen pflegebedürftig. 72 % der Betroffenen wurden zu Hause versorgt, davon 48 % allein durch Angehörigenpfleger und weitere 24 % durch Angehörige mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste.

Ein Mikrozensus von 2009 ergab eine Zahl von rund 7 Millionen Schwerbehinderter in Deutschland. Im Jahr 2012 lebten die unter 55-jährigen Menschen mit Behinderung überwiegend in Haushalten mit drei und mehr Personen, die 55- bis 79-jährigen in Zweipersonenhaushalten und die 80-jährigen und Älteren – bedingt durch die große Zahl alleinlebender Frauen – in Einpersonenhaushalten. Bei den 25- bis 69-jährigen Menschen mit Behinderung besteht im Vergleich zu den Nichtbehinderten dieser Altersgruppe ein durchgängig ein stärkerer Trend zum Einpersonenhaushalt auf. Bei den Frauen mit Behinderung bleibt diese Tendenz auch in höherem Alter bestehen.

Durch die wechselseitige Beeinflussung zwischen Pflegendem und Klienten kann das soziale Verhältnis leiden, da sich die Rollenmuster verändern. Aus einem partnerschaftlichen Verhältnis entsteht auf einmal ein Versorgungsverhältnis mit andersartigen Verpflichtungen und Merkmalen. Das kann für das Betätigten des Pflegenden positive aber auch negative Auswirkungen haben. Das Sorgen für einen anderen kann zu einem positiven Gefühl der Bedeutung beitragen, aber andererseits auch zu Stress und Überlastungserscheinungen führen, wodurch seine Gesundheit und sein Wohlbefinden zur Disposition stehen (Tonkens et al. 2008). Auch hier ist die gegenseitige Beeinflussung bei sozialen Beziehungen sichtbar.

Der Pflegende gehört explizit zum Hilfspersonen-Team des Klienten, kann aber auch selbst als Klient betrachtet werden, wenn der Stress und die Belastung zuzunehmen drohen. Der Unterstützungsbedarf der Angehörigenpfleger kann in den Interventionsplan des Klienten mit aufgenommen werden. Der Ergotherapeut kann beide nicht losgelöst voneinander betrachten. Dies erfordert jedoch eine Anpassung der aktuellen Praxis mit weitergehender Hilfe für die Privatpfleger (Warner u. Stadnyk 2014). Manche Klienten sind kaum oder gar nicht sozial aktiv und haben auch nur wenige oder keine guten Beziehungen, d.h. es gibt kein ausreichendes soziales Kapital in den Beziehungen. Der Ergotherapeut arbeitet dann gemeinsam mit dem Klienten an einer Ausweitung der sozialen Kontakte und des sozialen Kapitals. Es gibt zahlreiche Instrumente, mit denen man sich einen Überblick über die sozialen Aktivitäten und Netzwerke eines Klienten verschaffen kann (Christiansen et al. 2015). Die sozialen Beziehungen eines Klienten lassen sich mithilfe einer Eco-Map in eine übersichtliche Form bringen. Dabei handelt es sich um ein Schema, dass zusammen mit dem Klienten erarbeitet wird und sein soziales Netzwerk sichtbar macht. Zur Erfassung der Teilhabe einer Person und ihrer sozialen Aktivitäten kann etwa das Activity Card Sort als klientenzentriertes und individuelles Erhebungsinstrument eingesetzt werden (Baum u. Edwards 2008).

Soziale Netzwerkanalyse

Das Klientensystem ist meist ein komplexes Gebilde mit verschiedenen Akteuren. Es ist nicht leicht, sich einen Überblick zu allen Beteiligten zu verschaffen. Mit Analyseprogrammen wie z. B. Pajek, UCINET oder Gephi stehen gleich mehrere Softwareanwendungen zur Analyse und Visualisierung von Netzwerken zur Verfügung.

Arbeiten an der sozialen Kohäsion

Bei der Arbeit mit Gruppen und in der Gemeinde versucht der Ergotherapeut, vor allem im Dialog mit der Gemeinschaft auf soziale Gleichheit und Inklusion hinzuwirken (Wilcock u. Townsend 2014). Die Arbeit an der sozialen Kohäsion mit einer Gruppe oder mit einer Gemeinde erfolgt vor allem aus einem betätigungsorientierten Community-development-Ansatz, in dem die Enablement-Skills im Vordergrund stehen und abwechselnd angewandt werden (Kap. 8).

Eine dieser Fertigkeiten ist das Beteiligen (engage). Dabei kann der Ergotherapeut die gemeinsame Ausführung von Aktivitäten mit Personen aus der Gemeinde mit Blick auf die soziale Kohäsion der Gruppe unterstützen. So hat etwa in Amsterdam Nieuw-West ein Ergotherapeut zusammen mit den Bürgern niederländischer und marokkanischer Abstammung in einem Nachbarschaftshaus einen regelmäßigen Abend mit gemeinsamen Aktivitäten initiiert. Das Ziel dabei besteht darin, die Nachbarn miteinander zu verbinden, um dadurch die Lebensqualität in dem Viertel zu erhöhen.

10.4 Physische Umwelt

Das Leben und Betätigen von Menschen ereignet sich immer innerhalb der physischen Umwelt, in der wir wohnen, arbeiten, zur Schule gehen oder Sport treiben. Für diese Betätigungen ist die physische Umwelt erforderlich. Diese wird in diesem Abschnitt definiert und ihre unterschiedlichen Merkmale und Unterteile werden beschrieben. Der wechselseitige Einfluss von physischer Umwelt und menschlicher Betätigung wird beleuchtet, bevor wir schließlich näher auf die Bedeutung der physischen Umwelt für das ergotherapeutische Handeln eingehen.

10.4.1 Definition der physischen Umwelt

Die physische Umwelt umfasst sowohl die natürliche Umwelt als auch die vom Menschen geschaffene, in dem sich das menschliche Betätigen abspielt. Die natürliche Umwelt weist nicht nur geografische Merkmale auf, sondern zu ihr zählen die Flora, die Fauna und immaterielle Aspekte (AOTA 2014). So kennzeichnet sich die physische Umwelt an der Küste nicht nur durch ihre geografischen Aspekte (Strand, Dünen, Meer) und bestimmte Pflanzen (Dünengras) und Tiere (Krabben) aus, sondern auch durch ihre immateriellen Aspekte wie die typische Meeresluft und das milde Klima aus. Neben der natürlichen Umwelt existiert noch die bebaute Umwelt. Auch diese setzt sich aus verschiedenen Teilaspekten zusammen, wie etwa den Gebäuden oder auch einzelnen Gegenständen

in der physischen Umwelt wie den Möbeln, Geräten und Hilfsmitteln (AOTA 2014).

Neben der Aufteilung der physischen Umwelt in natürliche und bebaute Umwelt gibt es auch eine Unterteilung nach der Mikro-, Meso- und der Makroebene. Das einzelne Haus ist ein Beispiel für die physische Umwelt auf der Mikroebene. Die Fabrik, in der jemand arbeitet, steht für die Mesoebene und die Verkehrsinfrastruktur mit Straßennetz, Schienennetz und Brücken ist ein Beispiel für die Makroebene (AOTA 2014).

10.4.2 Einfluss der physischen Umwelt auf die Gesundheit und das Betätigen

Jede Umwelt verleitet zu spezifischen Betätigungen wie etwa ein Park, in dem man Fußball spielt, oder der Strand, an dem man eine Sandburg baut (doing). Die Wechselwirkungen zwischen einer bedeutungsvollen Betätigung und der physischen Umwelt können auch sehr passiv sein, indem man etwa im Park auf einer Bank sitzt (being). Der Einfluss der physischen Umwelt findet auf verschiedene Weisen statt. So kann sie das Betätigen erleichtern oder sich auch als Hindernis erweisen (AOTA 2014). Eltern von körperlich behinderten Kindern erleben die Umwelt als eines der Haupthindernisse für die Partizipation ihrer Kinder (Piškur 2015). Dabei nennen sie sowohl Merkmale der natürlichen Umwelt wie etwa einen Waldweg, der sich schlecht für einen Rollstuhl eignet, als auch Charakteristika der bebauten Umwelt, wie Toilettenräume im Zoo, die für Rollstuhlfahrer unzugänglich sind (Piškur 2015). So wirkt sich die Umwelt auf das Betätigen und die Partizipation von Kindern mit Behinderungen aus. Die Eltern wirken dann ihrerseits wieder auf die Umwelt ein. Um ihren Kindern das Betätigen zu ermöglichen, bemühen sich Eltern um eine Lösung der Betätigungsfragen durch Veränderung der physischen Umwelt (Piškur 2015). Die Anpassung des Badezimmers ist ein Beispiel für eine typische Veränderung der Umwelt, um einem Kind mit körperlichen Beeinträchtigungen das selbstständige Betätigen zu ermöglichen. Die physische Umwelt kann auch einen Einfluss auf Menschen haben, ohne unmittelbar erkennbar zu sein und dies sowohl im positiven als auch im negativen Sinne. Verschmutzte Luft, Lärm und Strahlungen z. B. können Menschen krank machen. Eine angenehme Atmosphäre und Sicherheit können hingegen einen positiven Effekt auf Gesundheit, Heilungsprozesse, die Einladung zu sozialen Interaktionen oder zu körperlichen Aktivitäten haben. Eine angenehme Lebensumwelt mit viel Grün und gut begehbaren Wegen wird in der Literatur mit einer geringeren Mortalität im japanischen Tokio in Zusammenhang gebracht. Die Anpassung der physischen Umwelt wirkt sich auch auf die Selbstmordquote aus. So wurde in einem recht aktuellen systematischen Review gezeigt, dass ein erschwerter Zu-

gang zu bestimmten Orten wie Hochhäusern oder Brücken und das Aufstellen von Infotafeln mit Kontaktdaten von Hilfsstellen für Menschen in Not zu einem Rückgang der Selbsttötungen führen (Pirkis et al. 2015).

10.4.3 Ergotherapie und physische Umwelt

In der Ergotherapie können sowohl aktuelle als auch potenzielle Betätigungsfragen ein Anlass dafür sein, die physische Umwelt anzupassen. Dies kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Ergotherapeuten beraten dazu über mögliche Hilfsmittel oder Objekte im Zusammenhang mit bestimmten Betätigungsfragen aber ebenso auch über die Anpassungen von Wohnräumen oder öffentlichen Gebäuden. Auch bei der Einrichtung öffentlicher Räume kann der Ergotherapeut einen wichtigen Beitrag aus der Anwender- oder Nutzerperspektive leisten.

Beratung zu Wohnraumanpassungen

Ergotherapeuten werden oft hinsichtlich einer Veränderung der physischen Umwelt beratend tätig und noch spezifischer bei einer Anpassung der Wohnräume. Nach einem Unfall oder einer Erkrankung oder auch einfach infolge normaler Alterungsprozesse kann die physische Umwelt eines Klienten zum Hindernis für das Betätigen werden. Eine sorgfältige Analyse der Betätigungsfragen, der physischen Umwelt und der Möglichkeiten und Beeinträchtigungen des Klienten bildet dann die Basis der ergotherapeutischen Intervention, dem Klienten Anpassungen vorzuschlagen, die für seine Betätigungsfrage maßgeschneidert sind.

10.5 Kultureller Kontext

Das gesamte Betätigen ereignet sich innerhalb eines kulturellen Kontextes. Zu diesem zählen alle Aspekte einer Kultur, mit denen eine Person in Berührung kommt und die dadurch ihr Betätigen beeinflussen. Dieser Abschnitt befasst sich mit der Definition des kulturellen Kontextes, seinem Einfluss auf das tägliche Betätigen und die Verbindung zur Ergotherapie.

10.5.1 Definition des kulturellen Kontextes

Es gibt viele verschiedene Definitionen von Kultur, doch im Allgemeinen umfasst sie die Normen, Werte, Sprache, Symbole, Traditionen, Gebräuche, Denk- und Kommunikationsweisen, die das Verhalten beeinflussen. Kultur ist ein komplexes Phänomen, das von vielen unbewussten Faktoren beeinflusst wird. Sie entwickelt sich bei der Interaktion von Personen und ihrer Umwelt und wird über die Generationen weitergereicht.

10.5.2 Der Einfluss von Kultur auf die Gesundheit und das Betätigen

Kultur wirkt sich auf das Betätigen von Menschen aus. Da es sich bei Kultur um etwas sehr Persönliches handelt, wird sie oftmals erst sichtbar, wenn jemand auf eine Person trifft, die einem anderen kulturellen Kontext entspringt. Begibt man sich etwa auf eine Fernreise, die einen weit von Europa fortbringt, kann man einen regelrechten Kulturschock erleben. Alles um einen herum ist mit einem Mal anders – die Gerüche, die Farben, die Gebäude, die Autos, das Essen, die Kleidung, die Sprache usw. Erst dann wird sichtbar, worin das Eigene besteht und mit welchen Normen und Werten eine Person aufgewachsen ist.

Begräbnisriten

Bei uns ist ein Begräbnis eine einfache Zusammenkunft, bei der verschiedene Reden gehalten werden und an deren Ende zum gemeinsamen Kaffee und Kuchen gebeten wird. Manchmal trifft man sich dazu in einer Kirche und feiert eine Messe, manchmal kommen die Menschen einfach in neutralen Räumlichkeiten zusammen, um dort ein ruhiges und zurückhaltendes Andenken an die verstorbene Person zu erleben. Am Ende steht jedenfalls häufig der „Leichenschmaus“ oder Beerdigungskaffee.

In Ghana legen die Menschen ihr ganzes Leben lang Geld zur Seite, um für ihre Beerdigung eine möglichst schön gestaltete Kiste anschaffen zu können. Hier ist das Begräbnis ein großes Fest, das sich über mehrere Tage erstreckt und bei dem jeder willkommen ist, selbst wenn er den Hinterbliebenen unbekannt ist.

Bei uns denkt man während seines Lebens kaum über den Tod nach. Man spricht nicht darüber. In Ghana sind die Menschen viel damit beschäftigt, für ein gutes und möglichst spektakuläres Ende zu sorgen, wobei weder Kosten noch Mühen gescheut werden.

10.5.3 Ergotherapie und kultureller Kontext

Das Betätigen wird in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich ausgelebt. Zum Teil ist dies die Folge von anderen Gewohnheiten und zum Teil dem Umstand geschuldet, dass sich Normen und Werte in dem widerspiegeln, was Menschen wann, wie und warum tun. Um die Bedeutung des kulturellen Kontextes für das Betätigen zu erkennen, im Sinne von „Bedeutung verleihen“ und „Bedeutung dabei herausziehen“, ist vonseiten des Ergotherapeuten ein großes Einfühlungsvermögen erforderlich.

Es konnte für die Niederlande gezeigt werden, dass pflegende Personen, die nicht aus den Niederlanden stammen, größere Schwierigkeiten haben, Unterstützung

im niederländischen Gesundheitssystem zu erhalten als Helfer mit niederländischer Herkunft (Kroese et al. 2011, Yerden 2013). Das bedeutet auch, dass der Ergotherapeut seine Strategie daran anpasst. Dabei können die „Guiding Principles on Diversity and Culture“ der WFOT hilfreich sein (Kinébanian u. Stomph 2009; Kap. 9).

Guiding Principles on Diversity and Culture

Diese Leitlinien wurden 2009 von der WFOT herausgegeben, um „Ergotherapeuten auf der ganzen Welt dazu zu ermutigen, bei ihrer täglichen Arbeit, Ausbildung und Forschung die Kultur und Diversität zu diskutieren, zu wertschätzen und zu integrieren“ (Kinébanian u. Stomph 2009).

Die Ergotherapie ist zwar ursprünglich ein westlicher Beruf, der auf westlichen Normen und Wertvorstellungen wie Individualität und Eigenverantwortlichkeit aufbaut. Um sie jedoch auch in anderen kulturellen Kontexten zum Tragen kommen zu lassen, sollte der Ergotherapeut sich seiner eigenen kulturellen Identität bewusst sein. Sich für andere zu öffnen, unbefangen zuzuhören und emphatisch zu sein, trägt zur kontextualisierten Versorgung bei. Hiedurch werden Gesundheitsunterschiede verringert. Das Bemühen um kulturelle Kompetenzen und die Arbeit in einer kulturell sicheren Umwelt (cultural safety) erfordern eine anhaltend kritische Reflexion über das eigene Betätigen, um so ein Bewusstsein z. B. für Machtgefälle und Ungleichheiten, die sich in Beziehungen ergeben können, zu entwickeln (Tupe et al. 2015).

10.6 Zeitlicher Kontext

Das Betätigen findet immer innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens, dem sog. zeitlichen Kontext, statt. In diesem Abschnitt wird der zeitliche Kontext definiert. Zudem wird die wechselseitige Beeinflussung von zeitlichem Kontext und Betätigung beleuchtet und auf seine Bedeutung für das ergotherapeutische Handeln eingegangen.

10.6.1 Definition des zeitlichen Kontextes

Der zeitliche Kontext ist das zeitliche Erleben bei etwa der Ausübung bedeutungsvoller Aktivitäten. Der zeitliche Aspekt einer Betätigung strukturiert das tägliche Leben. Das Zeiterleben wird vom Rhythmus, dem Tempo, der Dauer und der Reihenfolge der täglichen Betätigungen beeinflusst. Der zeitliche Kontext ist auch die Lebensphase, in der sich eine Person befindet (zeitlicher Kontext auf der Mikroebene). Auch die Jahreszeit, die Uhrzeit, die Dauer und der Rhythmus einer Betätigung sowie die Geschichte gehören zum zeitlichen Kontext (AOTA 2014).

10.5.2 Der Einfluss von Kultur auf die Gesundheit und das Betätigen

Kultur wirkt sich auf das Betätigen von Menschen aus. Da es sich bei Kultur um etwas sehr Persönliches handelt, wird sie oftmals erst sichtbar, wenn jemand auf eine Person trifft, die einem anderen kulturellen Kontext entspringt. Begibt man sich etwa auf eine Fernreise, die einen weit von Europa fortbringt, kann man einen regelrechten Kulturschock erleben. Alles um einen herum ist mit einem Mal anders – die Gerüche, die Farben, die Gebäude, die Autos, das Essen, die Kleidung, die Sprache usw. Erst dann wird sichtbar, worin das Eigene besteht und mit welchen Normen und Werten eine Person aufgewachsen ist.

Begräbnisriten

Bei uns ist ein Begräbnis eine einfache Zusammenkunft, bei der verschiedene Reden gehalten werden und an deren Ende zum gemeinsamen Kaffee und Kuchen gebeten wird. Manchmal trifft man sich dazu in einer Kirche und feiert eine Messe, manchmal kommen die Menschen einfach in neutralen Räumlichkeiten zusammen, um dort ein ruhiges und zurückhaltendes Andenken an die verstorbene Person zu erleben. Am Ende steht jedenfalls häufig der „Leichenschmaus“ oder Beerdigungskaffee.

In Ghana legen die Menschen ihr ganzes Leben lang Geld zur Seite, um für ihre Beerdigung eine möglichst schön gestaltete Kiste anschaffen zu können. Hier ist das Begräbnis ein großes Fest, das sich über mehrere Tage erstreckt und bei dem jeder willkommen ist, selbst wenn er den Hinterbliebenen unbekannt ist.

Bei uns denkt man während seines Lebens kaum über den Tod nach. Man spricht nicht darüber. In Ghana sind die Menschen viel damit beschäftigt, für ein gutes und möglichst spektakuläres Ende zu sorgen, wobei weder Kosten noch Mühen gescheut werden.

10.5.3 Ergotherapie und kultureller Kontext

Das Betätigen wird in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich ausgelebt. Zum Teil ist dies die Folge von anderen Gewohnheiten und zum Teil dem Umstand geschuldet, dass sich Normen und Werte in dem widerspiegeln, was Menschen wann, wie und warum tun. Um die Bedeutung des kulturellen Kontextes für das Betätigen zu erkennen, im Sinne von „Bedeutung verleihen“ und „Bedeutung dabei herausziehen“, ist vonseiten des Ergotherapeuten ein großes Einfühlungsvermögen erforderlich.

Es konnte für die Niederlande gezeigt werden, dass pflegende Personen, die nicht aus den Niederlanden stammen, größere Schwierigkeiten haben, Unterstützung

im niederländischen Gesundheitssystem zu erhalten als Helfer mit niederländischer Herkunft (Kroese et al. 2011, Yerden 2013). Das bedeutet auch, dass der Ergotherapeut seine Strategie daran anpasst. Dabei können die „Guiding Principles on Diversity and Culture“ der WFOT hilfreich sein (Kinébanian u. Stomph 2009; Kap. 9).

Guiding Principles on Diversity and Culture

Diese Leitlinien wurden 2009 von der WFOT herausgegeben, um „Ergotherapeuten auf der ganzen Welt dazu zu ermutigen, bei ihrer täglichen Arbeit, Ausbildung und Forschung die Kultur und Diversität zu diskutieren, zu wertschätzen und zu integrieren“ (Kinébanian u. Stomph 2009).

Die Ergotherapie ist zwar ursprünglich ein westlicher Beruf, der auf westlichen Normen und Wertvorstellungen wie Individualität und Eigenverantwortlichkeit aufbaut. Um sie jedoch auch in anderen kulturellen Kontexten zum Tragen kommen zu lassen, sollte der Ergotherapeut sich seiner eigenen kulturellen Identität bewusst sein. Sich für andere zu öffnen, unbefangen zuzuhören und emphatisch zu sein, trägt zur kontextualisierten Versorgung bei. Hiedurch werden Gesundheitsunterschiede verringert. Das Bemühen um kulturelle Kompetenzen und die Arbeit in einer kulturell sicheren Umwelt (cultural safety) erfordern eine anhaltend kritische Reflexion über das eigene Betätigen, um so ein Bewusstsein z.B. für Machtgefälle und Ungleichheiten, die sich in Beziehungen ergeben können, zu entwickeln (Tupe et al. 2015).

10.6 Zeitlicher Kontext

Das Betätigen findet immer innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens, dem sog. zeitlichen Kontext, statt. In diesem Abschnitt wird der zeitliche Kontext definiert. Zudem wird die wechselseitige Beeinflussung von zeitlichem Kontext und Betätigung beleuchtet und auf seine Bedeutung für das ergotherapeutische Handeln eingegangen.

10.6.1 Definition des zeitlichen Kontextes

Der zeitliche Kontext ist das zeitliche Erleben bei etwa der Ausübung bedeutungsvoller Aktivitäten. Der zeitliche Aspekt einer Betätigung strukturiert das tägliche Leben. Das Zeiterleben wird vom Rhythmus, dem Tempo, der Dauer und der Reihenfolge der täglichen Betätigungen beeinflusst. Der zeitliche Kontext ist auch die Lebensphase, in der sich eine Person befindet (zeitlicher Kontext auf der Mikroebene). Auch die Jahreszeit, die Uhrzeit, die Dauer und der Rhythmus einer Betätigung sowie die Geschichte gehören zum zeitlichen Kontext (AOTA 2014).

10.6.2 Einfluss des zeitlichen Kontextes auf das Betätigen

Die täglichen Routinen verleihen der Zeit Struktur. Die täglichen Aktivitäten strukturieren den Tag, wie etwa die tägliche Tasse Kaffee mit den Kollegen um 10.00 Uhr oder die Nachrichten im Fernsehen um 20.00 Uhr. Über das Jahr verteilt wiederkehrende Bräuche strukturieren es langfristig. Man denke nur an die alljährliche Weihnachtsfeier mit der Großmutter am 25. Dezember. So führen Aktivitäten und Ereignisse zu einer Strukturierung der Zeit. Doch der zeitliche Kontext beeinflusst auch das Betätigen. Die Lebensphase, in der sich eine Person befindet, macht einen Teil des zeitlichen Kontextes aus. Entsprechend der Lebensphase unternimmt eine Person auch andere Betätigungen. Nach dem Abitur zu studieren und dabei zur Untermiete oder in einer Wohngemeinschaft zu leben, gehört zu einer bestimmten Lebensphase.

Das Betätigen erfordert Zeit. Das Erleben dieser Zeit ist sehr subjektiv und hängt von der jeweiligen Person und ihrer Aktivität ab. Die Zeit kann scheinbar verfliegen, wenn man sich leidenschaftlich einer Aktivität hingibt und man in einen Flow kommt. Ganz anders dagegen bei einer langweiligen Arbeit, bei der die Zeit beinahe stillzustehen scheint. Wenn die Komplexität einer Aktivität ganz und gar zu den Fähigkeiten eines Individuums passt, kann eine Person dabei ein Gefühl der Zeitlosigkeit erleben (Flow).

10.6.3 Ergotherapie und zeitlicher Kontext

Der Ergotherapeut nimmt im Hinblick auf das Verhältnis von Zeit zum täglichen Betätigen eine wichtige Position ein. Das Streben nach einem Gleichgewicht unter den Aktivitäten ist für die Gesundheit und das Wohlbefinden ganz wesentlich (Pemberton u. Cox 2011). Überdies kann der Ergotherapeut nicht vom zeitlichen Kontext losgelöst handeln. So werden ergotherapeutische Interventionen geplant, um der Zeit Struktur zu geben, und die Zeit bestimmt, welche ergotherapeutischen Interventionen geplant werden können. Das Training von Selbstversorgungsaktivitäten findet vorzugsweise morgens statt. Das Anfertigen von kleinen Geschenken in der Vorweihnachtszeit kann für Kinder mit exekutiven Funktionsstörungen eine große Herausforderung sein. Bei einer Depression verlieren manche Menschen ihr Zeitgefühl. Das Angebot einer Tagesstruktur, d. h. die Strukturierung von Zeit, ist hier ein Mittel, um wieder ein Zeitgefühl zu generieren.

10.7 Virtueller Kontext

Der virtuelle Kontext nimmt nicht nur im normalen Alltag einen immer größeren Raum ein. Auch in therapeutischen Situationen gewinnt er über Smartphones, Tablets und PCs eine immer größere Bedeutung. Jeden Tag sind mehr Menschen permanent online. Dies führt auch zu Erwartungen gegenüber der Ergotherapie sowohl vonseiten der Klienten als auch der Ergotherapeuten selbst (AOTA 2014).

Im folgenden Abschnitt wird der virtuelle Kontext definiert. Wir schauen uns zudem seinen Einfluss auf das Betätigen sowie die Bedeutung des virtuellen Kontextes für das ergotherapeutische Handeln an.

10.7.1 Definition des virtuellen Kontextes

Im virtuellen Kontext kommt es durch Smartphones, Tablets, PCs und andere technische Mittel zu Interaktionen zwischen Personen, ohne dass diese physisch zugegen sein müssen. Chatrooms, Emails, Videokonferenzen oder Umweltsteuerungssysteme sind ebenso Teil des virtuellen Kontextes. Ein Beispiel für das Betätigen im virtuellen Kontext auf der Mikroebene sind etwa Freunde, die sich über Apps auf dem Smartphone Nachrichten und Fotos zukommen lassen. Auf der Mesoebene geht es z. B. um die Mitglieder einer Organisation oder einer Firmenabteilung, die an einer Videokonferenz teilnehmen, und auf der Makroebene ist es vielleicht die Steuererklärung, die über die Website der Finanzverwaltung eingereicht wird (AOTA 2014).

10.7.2 Einfluss des virtuellen Kontextes auf das Betätigen

War es früher erforderlich, dass jemand sich von einem Ort zu einem anderen begab, um seiner Arbeit nachzukommen, können heute immer mehr Arbeiten ohne einen solchen Ortswechsel erledigt werden (Hamilton 2011). Über Webshops lässt sich beinahe alles von zu Hause aus auswählen und kaufen. Das Ausfüllen und Einreichen der Steuererklärung wird komplett online erledigt, und auch die Studierenden, die sich früher zum Einschreiben und Rückmelden selbst zur Uni begeben mussten, können das vom Schreibtisch aus machen.

10.7.3 Ergotherapie und virtueller Kontext

In der Ergotherapie spielen die Aspekte des virtuellen Kontextes eine zunehmend wichtige Rolle. Die sozialen Medien erlangen größere Bedeutung, und immer mehr Anwendungen können für ergotherapeutische Interventionen einen echten Mehrwert bedeuten.

Sich einen Überblick über die Betätigungsfragen eines Klienten in Bezug auf seine Aktivitäten zu verschaffen, ist mitunter komplex, wie z. B. beim Einkaufen, Auto fahren oder bei der Kontoführung. Häufig ist es schwierig, die Betätigungsfragen zu analysieren und sich durch Beobachtung einen Überblick zu verschaffen. Computersimulationen bieten hier eine sichere und machbare Alternative. Der Einsatz eines Autosimulators ist in der neurologischen Reha ein gangbarer Weg zur Einübung des Autofahrens (George et al. 2014). Auch bei Klienten mit Schizophrenie hat sich kürzlich gezeigt, dass sich beim Einkaufen in einer virtuellen Umgebung zur Übung vergleichbare Ergebnisse wie in einer realen Umwelt erzielen lassen (Aubin et al. 2015).

In diesem Kapitel werden wir auf die verschiedenen technischen Anwendungen nicht näher eingehen. Dazu sei auf Kap. 11.10.1 verwiesen.

10.8 Gesellschaftlicher und institutioneller Kontext

Der gesellschaftliche Kontext ist der umfassende Kontext der Makroebene, der alle zuvor aufgeführten Kontexte indirekt beeinflusst. Er unterscheidet sich alleine schon durch die unterschiedlichen Gesundheitssysteme von Land zu Land. Wenn der Ergotherapeut aus einem anderen Land als der Klient stammt, wird sich das auf das ergotherapeutische Handeln auswirken. In diesem Abschnitt geht es zunächst um die Definition dieses Kontextes. Anschließend werden sein Einfluss auf das Betätigen und der Zusammenhang zur Ergotherapie dargestellt.

10.8.1 Definition des gesellschaftlichen und institutionellen Kontextes

Der gesellschaftliche und institutionelle Kontext bildet die Makroebene in der Gesellschaft. Dieser Kontext umfasst die Gesetzgebung, Politik und die politischen Parteien. Daneben zählen dazu alle gesellschaftlichen Organisationen wie Polizei, Banken, Gesundheitssystem, Lehranstalten und Versicherungen. Dieser Kontext wird von weltweiten Entwicklungen beeinflusst. Globalisierung bedeutet, dass Volkswirtschaften, Gesellschaften und Kulturen auf der ganzen Welt enger zusammenrücken und somit einander auch beeinflussen. Entscheidungen, die von Regierungen getroffen werden, wie etwa die Einsparungen im Gesundheitssystem oder Kurswechsel in der Politik, sind Teil dieses Kontextes.

10.8.2 Einfluss des gesellschaftlichen und institutionellen Kontextes auf das Betätigen

Dieser Kontext wirkt sich über Veränderungen der Gesetze und Regelwerke indirekt auf unser tägliches Leben aus. So hat in den Niederlanden etwa der Beschluss zur Umänderung der Grundfinanzierung eines Studiums in eine darlehensfinanzierte Ausbildung große Auswirkungen auf das gesamte Studierendenleben. Die Studierenden haben jetzt häufiger Nebenjobs und damit weniger Freiraum, sich ganz auf das Studium zu konzentrieren. Infolge der Wirtschaftskrise von 2008 haben viele Menschen ihre Arbeit verloren. Daran sieht man gut, wie sich der gesellschaftliche Kontext auf das Individuum auswirkt und es zur Betätigungsdeprivation kommt (occupational deprivation).

Betätigungsdeprivation (occupational deprivation)

Wenn der Kontext das Betätigen des Menschen schwer und nachhaltig beeinträchtigt, kann es zur Betätigungsdeprivation kommen. Die Menschen sind dann durch externe Ereignisse, auf die sie keinen Einfluss haben, ihrer Betätigungsmöglichkeiten beraubt (Wilcock u. Hocking 2015). Weil die physischen, kognitiven und sozialen Möglichkeiten nicht genutzt werden, kann es zu Gesundheitsbeeinträchtigungen kommen, die z. B. Arbeitslose mit größerer Wahrscheinlichkeit entwickeln als Werk tätige. Gründe dafür sind die ungenutzten Möglichkeiten, die finanziellen Einschränkungen sowie der Wegfall von Bedeutung und Status, die mit der Arbeit verbunden sind (Nes u. Heijmans 2012).

10.8.3 Gesellschaftlicher Kontext und Ergotherapie

Der gesellschaftliche Kontext nimmt auf verschiedene Weisen Einfluss auf die Ergotherapie. Er schafft den Rahmen, in dem Ergotherapeuten handeln. Ein solcher Rahmen bedeutet z. B. in den Niederlanden, dass die Gesetzgebung für die Aufnahme der Ergotherapie in die Grundleistungen der Krankenversicherer gesorgt hat, wodurch jährlich 10 Stunden Ergotherapie von den Versicherern übernommen werden. Infolge des WMO (Gesetz zur gesellschaftlichen Unterstützung in den Niederlanden) stehen jetzt Gespräche in der häuslichen Umwelt an, in denen es um die Klärung einer Versorgungssituation zwischen Hilfspersonen und der Gemeinde geht, und weniger um Indikationsfragen. Dies verlangt nach einer anderen Arbeitsweise durch den Ergotherapeuten. Bevor man sich um eine individuelle Versorgung bei der Gemeinde

bemühen kann, werden zunächst die Möglichkeiten des Klienten selbst und seiner sozialen Umwelt in einem Gespräch ausgeleuchtet, um zu ermitteln, ob eine kollektive Versorgung erforderlich ist. Aufgrund der Extramuralisierung, durch welche sich die Versorgung zunehmend fort

von den tertiären Einrichtungen zur Primär- und gar zur Angehörigenpflege hin verlagert, werden jedoch auch Ergotherapeuten zunehmend in eigener Praxis und weniger in Krankenhäusern tätig sein.

Die inklusive und zugängliche Gesellschaft

Auch wenn immer mehr auf inklusive und zugängliche Strukturen in der Gesellschaft geachtet wird, haben Menschen mit „anormalen Größen“ und Behinderungen immer noch mit deutlichen Hindernissen und Schwierigkeiten bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu kämpfen. Die inklusive Gesellschaft ist leider noch nicht für alle Wirklichkeit geworden. Doch wurden bereits zahlreiche Schritte in diese Richtung unternommen, vor allem wenn es um die Beseitigung von Barrieren in der Umwelt von Menschen mit körperlichen Behinderungen geht. Für Personen mit geistigen Behinderungen bleiben weiterhin unsichtbare und nicht fassbare Hindernisse bestehen (Bossuyt et al. 2014). So ist etwa für eine Person mit einer geistigen Behinderung die Formulierung eines Hilfege-

suches nicht einfach. Blue Assist ist eine niederländisch/flämische Initiative, die Menschen bei der Formulierung ihres Hilfege- suchs unterstützt. Mit einer solchen Blue-Assist-Karte oder -App auf dem Smartphone können Fragen gestellt werden wie „Von welchem Bahnsteig fährt die Linie 3 ab?“ oder „Wann erreicht der Zug Köln?“. Dadurch wird die Gesellschaft für Personen mit einer geistigen Behinderung oder mit einer Kommunikationsbeeinträchtigung zugänglicher (Bossuyt et al. 2014).

Ergotherapeuten suchen gemeinsam mit dem Klienten nach geeigneten Lösungen, um den Klienten optimal an der Gesellschaft partizipieren lassen zu können (Nes u. Heijman 2012).

Immer mehr Arbeit mit Ehrenamtlern

Da die Politik immer mehr Gewicht auf informelle Unterstützungsstrukturen legt und in Richtung Dezentralisation und Extramuralisierung der Versorgung steuert, verändert sich der Kontext der Ergotherapeuten. Es wird daher zu mehr Kooperationen mit Angehörigenpflegern kommen und diese werden mehr Aufgaben übernehmen.

Eine weitere Form der informellen Versorgung ist die Arbeit mit Ehrenamtlern. Die Politik unterstützt ihren Einsatz in der Versorgung. So kommt es, dass in vielen Gemeinden Ehrenamtler die Aufgaben von Professionals übernehmen.

Sie sollten danach z. B. Nachbarschaftshäuser, Spielplätze, Schwimmbäder und Bibliotheken verwalten oder Demente unterstützen. Diese Ehrenamtler würden von Professionals unterstützt, die nur noch bei Bedarf aktiv werden (Tonkens et al. 2008). Die Koordination und das Training von Ehrenamtlern verlangen von den Ergotherapeuten neue Kompetenzen. Zudem wird ganz genau darauf geachtet, welche Aufgaben einem Ehrenamtler übertragen werden können und welche weiterhin von Professionals ausgeführt werden müssen.

10.9 Diskussion

Die Bedeutung des Kontextes für das Betätigen in der Ergotherapie ergibt sich aus den Grundsätzen des Berufs, wie sie im Berufsprofil für Ergotherapeuten beschrieben sind (Hartingsveldt et al. 2010). Das Betätigen einer Person (und ihres Systems, einer Organisation oder einer Population) findet stets innerhalb eines bestimmten Kontextes statt, dem dadurch eine Bedeutung zukommt, so wie dieser seinerseits eine Bedeutung für das Betätigen besitzt. Die Berufsidentität der Ergotherapie knüpft nahtlos an die Schwerpunkte der gesellschaftlichen und politischen Debatte an (Kaljouw u. Vliet 2015). Veränderte Gesetze und Regelwerke in einem Land führen zu einer inhaltlichen und praktischen Verschiebung des ergotherapeutischen Berufsbildes. Wichtige Beispiele dafür sind

die Vergesellschaftung der Versorgung und der Ausbau der Ergotherapie in der Primärversorgung und in der Angehörigenpflege. Durch diese Veränderungen eröffnen sich Chancen und Herausforderungen zur praktischen Gestaltung der Verbindung zwischen dem Betätigten und dem Kontext, der Gesundheit, der Lebensqualität und dem Wohlbefinden. Dies verlangt nach engagierten Ergotherapeuten, die den Finger am Puls der Zeit haben und die Veränderungen im gesellschaftlichen Leben erspüren. In den vergangenen Jahren wurden hinsichtlich der dynamischen Transaktionen zwischen dem Betätigten und dem Kontext wichtige Schritte in der Berufsentwicklung unternommen. Um die Partizipation für jedermann zu ermöglichen, ist es erforderlich, hier immer aufmerksam zu bleiben.

10.10 Zusammenfassung

Dieses Kapitel bot eine Übersicht über das breite Thema Kontext in Bezug auf das Betätigen des Menschen und die Ergotherapie. Man postuliert eine dynamische Transaktion zwischen der Person, dem Kontext und den Betätigungen. Der Kontext bietet dem Ergotherapeuten diverse Ansatzpunkte zur Optimierung des Betätigens einer Person, ihres Systems, einer Organisation oder Population. Der Ergotherapeut kann den Kontext zielgerichtet anpassen, um damit das Betätigen zu unterstützen oder um Betätigungshindernisse zu vermeiden. Um eine bewusste, ziel- und kontextorientierte ergotherapeutische Intervention zu entwerfen, wurde der umfassende Begriff Kontext auf der Grundlage seiner verschiedenen Aspekte beschrieben: physische Umwelt, soziale Umwelt, kultureller Kontext, zeitlicher Kontext, gesellschaftlicher und institutioneller Kontext und virtueller Kontext. Mithilfe von Beispielen wurden verschiedene Anwendungsbereiche dieser Untergruppen des Kontextes in der Ergotherapie näher erläutert.

10.11 Literatuur

- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3. Aufl.). American Journal of Occupational Therapy 2014;68(2):1–48. doi: 10.5014/ajot.2014.682006
- Aubin G, Béliveau M, Klinger E. An exploration of the ecological validity of the Virtual Action Planning-Supermarket (VAP-S) with people with schizophrenia. Neuropsychol Rehabil 2015;28:1–20.
- Baum CM, Edwards DF. Activity Card Sort (ACS): Test manual (2. Aufl.). Bethesda, MD: AOTA Press; 2008.
- Bossuyt H, Damme T van, Vahedi K, Bie L De, Billiet L, Smet M de, Decorte A, Vadevalle G, Coninck L de. Cloudina: de invloed van digitale coaching aan de hand van apps op het functioneren en welbevinden van personen met een verstandelijke beperking en hun omgeving. In: Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw, Handenhoven W van. Jaarboek Ergotherapie. Leuven: Acco; 2014:205–2016. ISBN 978–90–334–9567–0.
- Chapparro C, Ranka J. Theoretical constructs. In: Whiteford G, Wright-St Claire V (Hrsg.). Occupation & Practice in context. Sydney: Elsevier, Churchill & Livingstone; 2005:51–71.
- Christiansen C, Baum C, Bass J. Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being. (2. Aufl.). Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 2015.
- Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2). Copenhagen: WHO; 2006.
- Darrah J, Law MC, Pollock N, Wilson B, Russell DJ, Walter SD, Galuppi B. Context therapy: a new intervention approach for children with cerebral palsy. Developmental Medicine and Child Neurology 2011;53(7):615–620. doi: 10.1111/j.1469–8749.2011.03959.x
- DeGrace BW. Occupation based and family-centered care: a challenge for current practice. American Journal of Occupational Therapy 2003;57(3):347–350.
- Foster L, Dunn W, Lawson LM. Coaching mothers of children with autism: a qualitative study for occupational therapy practice. Physical and Occupational therapy in Pediatrics 2013;33(2):253–63.
- George S, Crotty M, Gelinas I, Devos H. Rehabilitation for improving automobile driving after stroke. Cochrane Database for Systematic Reviews 2014:CD008357.
- Graff et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 2006;333(7580).
- Hamilton TB. Occupation and places. In: Christiansen HC, Townsens E (Hrsg.). Introduction to occupation: The art and science of living. Upper Saddle River (NJ): Pearson Prentice Hall; 2011:251–279.
- Hammell KRW. Belonging, occupation and human wellbeing: An Exploration. Canadian Journal of Occupational Therapy 2014;81:39–50.
- Hartingsveldt M van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: EN; 2010.
- Hartmann M, Bärner E, Wild B, Eisler I, Herzog W. Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: A meta-analysis. Psychother Psychosom 2010;79(3):136–148.
- Huber M, Knottnerus AJ, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D, Smid H. How should we define health? (Vol. 343); 2011.
- Kaljouw M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Den Haag: Zorginstituut Nederland; 2015.
- Kinébanian A, Stomph M. Diversity matters: guiding principles on diversity and culture. Vol. 61. Amsterdam: World Federation of Occupational Therapists; 2009.
- Klerk M de, Boer A de, Plaisier I, Schyns P, Kooiker S. Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014. Den Haag: The Netherlands Institute for Social Research (SCP); 2015.
- Kroese G, Meijenfildt F von, Moerbeek S. Zorgt u ook voor iemand? De positie van allochtone mantelzorgers en hun gebruik van ondersteuningsmogelijkheden in zes Nederlandse steden. Utrecht: Stichting Forum; 2011.
- Law M, Cooper B, Strong S, Steward D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational performance. Can J Occup Ther 1996;63(1):9–23.
- Leclair LL. Re-examining Concepts of Occupation and Occupation based Models: Occupational Therapy and Community Development. Canadian Journal of Occupational Therapy 2010;77(1):15–21.
- Nackaerts E, Nieuwboer A, Broeder S, Smits-Engelsman B, Swinnen S, Vandenberghe W, Heremans E. Opposite effects of visual cueing during writing-like movements of different amplitudes in Parkinson's Disease. Neurorehabilitation and Neural Repair 2015. doi: 10.1177/1545968315601361
- Nes F van, Heijnsman A. Context. In: Granse M le, Hartingsveldt MJ van, Kinébanian A (Hrsg.). Grondslagen van de ergotherapie. Amsterdam: Reed Business; 2012:271–286.
- Nes F van, Jonsson H, Abma T, Deeg D. Changing everyday activities of couples in late life: Converging and keeping up. Journal of aging studies 2013;27(1):82–91.
- Nes F van, Jonsson H, Hirschler S, Abma T, Deeg D. Meanings Created in Co-occupation: Construction of a Late-Life Couple's Photo Story. Journal of Occupational Science 2012;19(4):341–357.
- Olson L (Hrsg.). Activity groups in family-centered treatment: Psychiatric occupational therapy approaches for parents and children. New York: Hawthorth; 2006.
- Pemberton S, Cox D. What happened to the time? The relationship of occupational therapy to time. British Journal of Occupational Therapy 2011;74(2):78–85.
- Pierce D. Occupation by design: dimensions, therapeutic power, and creative process. Am J Occup Ther 2001;55:249–259.
- Pirkis J, San Too L, Spittal M, Kryszynska K, Robinson J, Cheung Y. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry 2015;2(11):994–1001
- Piškur B. Parents' role in enabling the participation of their child with a physical disability - Actions, challenges and needs. Maastricht University, Maastricht; 2015.
- Polatajko HJ, Backman CL, Baptiste S, Davis J, Eftekhari P, Harvey A, Connor-Schisler A. Human Occupation in context. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.
- Segal R. Family routines and rituals: a context for occupational therapy interventions. American Journal of Occupational Therapy 2004;58(5):499–508.
- Smits H. Kamperende ouders aan Leuvense schoolpoorten echt verleden tijd. De Standaard; 2016.

- Tonkens E, Broeke J van den, Hoijtink M. Op zoek naar weerkaatst plezier: samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, (zorg)professionals en cliënten in een multiculturele stad. Report faculty of social and behavioural science (AISSR); 2008.
- Townsend EA, Cockburn L, Letts L, Thibeault R, Trentham B. Enabling Social Change. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation - second edition* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013a:153–176.
- Townsend EA, Trentham B, Clark J, Dubouloz-Wilner C, Pentland W, Doble S, Liberte Rudman D. Enabling individual change. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation - second edition* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013b:135–152.
- Tupe DA, Kern SB, Salvant S, Talerno P. Building International Sustainable Partnerships in Occupational Therapy: a casestudy. *Occupational Therapy International* 2015;22(3):131–140.
- Vanderleyden L, Moos D. Informele zorg in Vlaanderen opnieuw onderzocht. SVR-Rapport 2015/4, Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering; 2015.
- Warner G, Stadnyk R. What is the evidence and context for implementing family-centered care for older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 2014;32(3):255–270.
- Wilcock AA, Townsend EA. Occupational justice. In: Boyt Schell BA, G. Gillen G, Scaffa M (Hrsg.). *Willard and Spackman's occupational therapy* (12. Aufl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014:541–552.
- Wilcock AA, Hocking C. *An occupational perspective on health* (3. Aufl.). Thorofare (NJ): Slack Incorporated; 2015.
- Yerden Ibrahim. *Tradities in de knel – zorgverwachtingen en zorgpraktijk bij Turkse ouderen en hun kinderen in Nederland* (proefschrift). Adam: Universiteit van Amsterdam; 2013.

11 Technologie in der Versorgung

Edith Hagedoren-Meuwissen, Jeanne Heijkers und Uta Roentgen

„Ich liebe alle Technologie – Setzt man sie richtig ein, verleiht sie einem Kraft und Ruhe.“

Cory Doctorow

Keywords

- Technologie in der Versorgung
- technische Assistenzsysteme
- Hilfsmittel
- Unterstützungstechnologie (assistive technology)
- Haushaltsroboter
- Hausautomation
- Televersorgung
- Monitoring
- IT
- E-Health

Frau Klaaßen

Frau Klaaßen ist 83 Jahre alt und noch sehr selbstständig, allerdings nicht mehr gut zu Fuß. Um ihre Einkäufe zu erledigen und die sozialen Kontakte zu pflegen, besitzt sie einen Elektroscooter. Sie unternimmt auch gerne längere Touren durch den nahegelegenen Wald. Allein hat sie sich jedoch in den vergangenen beiden Wochen zweimal verfahren und wusste nicht mehr, wie sie nach Hause kommen konnte. An die Ergotherapeutin Inge wird jetzt die Frage herangetragen, ob es noch verantwortbar sei, dass Frau Klaaßen alleine mit dem Elektroscooter unterwegs ist. Inge beurteilt das Fahrvermögen der alten Dame und kommt zu dem Schluss, dass sie das Fahrzeug noch gut beherrscht. Sie bespricht die Möglichkeit, ein modernes GPS-Ortungssystem einzusetzen. So könnte Frau Klaaßen jemanden alarmieren, wenn sie den Weg zurück nicht mehr findet. Ihre Kinder können dann auf dem Smartphone sehen, wo sie sich gerade befindet. Frau Klaaßen sagt dazu: „Ich büße zwar ein Stück meiner Privatsphäre durch das GPS-Gerät ein, aber ich fühle mich dadurch viel sicherer und meine Kinder machen sich weniger Sorgen.“

11.1 Einleitung

Die immer rasanter verlaufende technische Entwicklung sorgt für revolutionäre Veränderungen im Betätigen des Klienten und seines Systems, der Professionals, der Versorgungseinrichtungen und der Behörden (Oort 2010). Die Altersentwicklung in den westlichen Staaten führt auch zu einer Veränderung des Versorgungssystems. Die Zahl der alten Menschen und der Personen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen nimmt beständig zu (► Abb. 11.1). In den Niederlanden beispielsweise steigt der Anteil der alten Menschen von 11,4% im Jahre 2011 auf voraussichtlich 25% im Jahre 2030 an. Die Anteil der Berufstätigen unter Personen über 75 wird von 8% in 2011 auf 4,3% im Jahre 2030 zurückgehen (Zorgpact Infographic 2015).

Dies hat große Folgen für die Versorgungsmöglichkeiten. Ältere Menschen werden immer länger zu Hause wohnen bleiben. Ein größerer Anteil der Versorgung muss also extramural, d. h. zu Hause, erfolgen. Dazu wird auf die Eigenregie des Klienten (Selbstmanagement) und auf die Angehörigenpflege zurückgegriffen. Kurz: Die Versorgung der Zukunft kann nicht mehr auf die heute übliche Weise organisiert werden.

Die Technologie bietet hier Möglichkeiten, mit denen diesen Herausforderungen begegnet werden kann, weshalb sie auch ausdrücklich unter den möglichen Lösungswegen zur Bewältigung der Versorgungsfragen der Zukunft aufgeführt wird (Kaljouw u. Vliet 2015, Heijkers et al. 2015). Technische Anwendungen können die Versorgung effizienter machen und bieten neue und andere Formen der Versorgung. Allerdings gibt es dafür bisher noch keine belastbaren Evidenzen. Vielfach geht es hier noch um den Glauben daran. Es gibt auf dem Gebiet der Forschung, Implementierung und der tatsächlichen Anwendung von Technologien noch viel zu tun. Aber es ist schon alles bereit: Die Menschen werden immer vertrauter im Umgang mit Technologien wie Internet und Tablet-PC, aus der ambulanten Pflege gibt es bereits viel Erfahrung mit dem Einsatz von Technologien und die Infrastruktur ist auch vorhanden.

Die technischen Entwicklungen schreiten schnell voran und für viele Anwendungen gibt es verschiedene Alternativen. Es ist also weniger wichtig, sich Kenntnisse zu spezifischen Technologien und deren Anwendung anzueignen. Eher geht es um allgemein umfassende, generische Kompetenzen und, was vielleicht dabei noch wichtiger ist, um eine positiv-kritische Haltung gegenüber den technischen Möglichkeiten (Vereniging Hogescholen 2015).

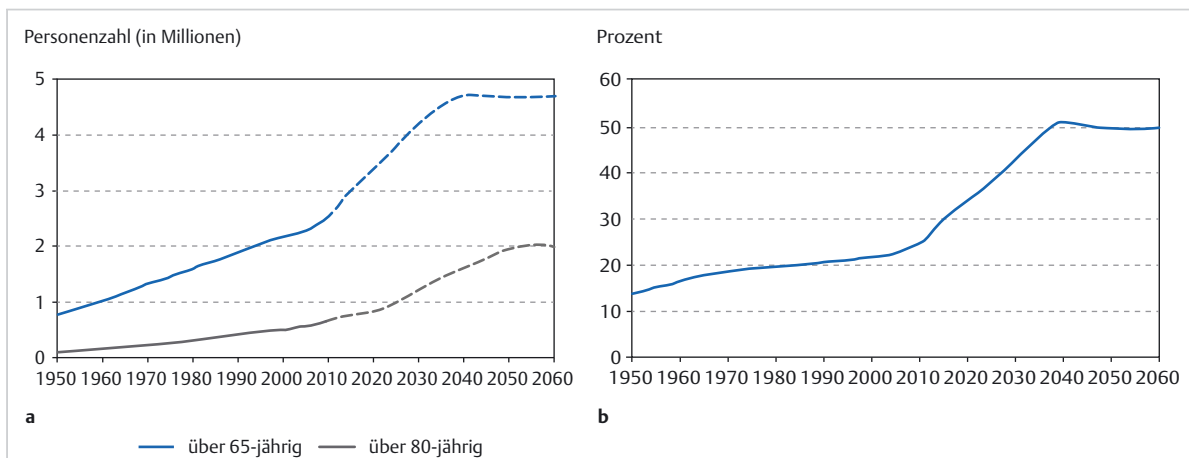


Abb. 11.1 a. Anzahl der Personen über 65 und 80 Jahre im Zeitraum 1950–2012 und Prognose für den Zeitraum 2013–2060. b. Zahl der über 65-Jährigen in Prozent der Zahl der Personen zwischen 20 und 64 Jahren im Zeitraum 1950–2012 und Prognose für 2013–2060 (National Compass Public Health 2014).

Technologien in der Versorgung

Hier eine kleine Auflistung dessen, was im Allgemeinen zur Telemedizin gerechnet wird:

Televersorgung und Videokommunikation, Monitoring und „Big Data“, Internettherapie, informative Webseiten und Entscheidungshilfen, elektronische Patientenakten (ePA) und elektronische Gesundheitsakte (eGA; personal health record, PHR), soziale Medien, Apps, Hausautomation und Haushaltsroboter (Heijkers et al. 2015), aber auch tragbare Geräte wie etwa Aktivitätsmesser und andere Hilfsmittel.

11

Viele der Innovationen in der Versorgung, die sich bei Untersuchungen als effektiv herausgestellt haben und einen Bedarf stillen, werden in der Praxis letztlich nicht oder nicht optimal eingesetzt. Dies ist natürlich zum einen eine große Verschwendung von Geldern, aber überdies auch eine verpasste Gelegenheit zur Verbesserung der Versorgung bei gleichzeitig erhaltener Finanzierbarkeit. Die Arbeit z. B. mit der Televersorgung erfordert eine ganz andere Herangehensweise als der persönliche Kontakt. Die veränderte Versorgung verlangt auch eine Anpassung der Professionals, z. B. eine veränderte Einstellung hin zu einer größeren Offenheit gegenüber Technologieanwendungen (Heijkers et al. 2015). Die Rolle der Professionals verändert sich von der ausführenden mehr hin zu einer begleitenden, coachenden und koordinierenden Aufgabe: „Im Jahre 2030 werden die Bürger mithilfe der Televersorgung zu Hause oder in der Nachbarschaft vieles selbst regeln“ (Kalsouw u. Vliet 2015).

11.2 Die Rolle der Ergotherapie

Der zielgerichtete Einsatz technischer Anwendungen erweitert die Möglichkeiten von Klienten und Professionals und wirkt sich unmittelbar auf das Betätigen aus. Der Ergotherapeut ist wie kein anderer dazu in der Lage, gemeinsam mit dem Klienten zu einer möglichst optimalen Lösung der Betätigungsfragen in der physischen und sozialen Umwelt zu kommen, wobei er die sozialen Bedingungen und die Bedeutung des Betätigten in dieser Umwelt mit berücksichtigt. Dabei fällt dem Technikeinsatz ausdrücklich eine wichtige Rolle als möglichem Lösungsansatz zu. Der Ergotherapeut hat vor dem Hintergrund der Betätigungs- und Aktivitätsanalyse eine Mittlerfunktion zwischen dem Klienten und der Technologie (Kap. 23). Er spielt aber auch eine Rolle für die Entwicklung und Weiterentwicklung technischer Anpassungen (Jansens et al. 2016). Der Ergotherapeut geht dabei stets von den Möglichkeiten und Bedürfnissen des Klienten aus. Die Integration von Technologie und die entsprechende Beratung ist im Hinblick auf Hilfsmittel für den Ergotherapeuten ja nichts Neues. Die Beratung gehört ja zu seinen Enablement Skills und ist Unterteil der Kompetenz „behandeln und begleiten“ und „Beratung von Dritten“ (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Der Ergotherapeut berät nicht nur aus der individuellen Perspektive die Person in ihrem System, sondern auch ganze Organisationen (eine Abteilung einer Versorgungseinrichtung oder einer Behörde) aus der sozialen Perspektive oder eine Population (ambulante Kontaktteams).

Neben der Beratung zu unterstützenden Technologien bleibt dem Ergotherapeuten auch die Rolle des Entwicklers von Implementationsprozessen neuer Technologien vorbehalten (Jansens et al. 2016). Am wirkungsvollsten arbeitet ein Ergotherapeut in einem interdisziplinären

Team im klientenzentrierten Ansatz an technologischen Innovationen. Die Anwenderfreundlichkeit und die Befriedigung eines Bedarfs vonseiten der Klienten sind entscheidende Gradmesser für die Adaptation einer Technologie in der Versorgung (Nieboer et al. 2014). Hierbei kann der Ergotherapeut eine wichtige Rolle spielen. Folgende Kompetenzen sind dabei wichtig: ein offener kritischer Blick und eine offene Einstellung gegenüber neuen technischen Anwendungsformen in der Versorgung, die Einbeziehung solcher Anwendungen in das professionelle Reasoning und in die Entscheidungsfindung sowie relevante Datenbanken kennen und nutzen können. Dabei geht es sowohl darum, nach Evidenzen für den sinnvollen Einsatz der Technologie zu suchen, als auch darum, die auf dem Markt verfügbaren Produkte bewerten zu können und nach technischen Innovationen Ausschau zu halten (Heijkers et al. 2015).

11.3 Die Bedeutung der Technologie für die Ergotherapie

Die Bedeutung der Technologie für die Versorgung und vor allem für den Hilfsmiteileinsatz wird von dem Vorsitzenden des niederländischen Ergotherapieverbandes mit folgenden Worten hervorgehoben:

„Ergotherapeuten sind die Experten in der Ermöglichung des Betätigens. Dies tun wir unter Einbeziehung vieler Methoden und praktisch immer gemeinsam mit dem Klienten. Eine dieser Methoden, Techniken oder Kompetenzen möchte ich hier nun doch noch einmal ins Rampenlicht setzen, nämlich den Einsatz der Hilfsmittel durch den Ergotherapeuten. Dabei scheint es sich zunächst um ein untergeschobenes Thema zu handeln oder es ist ein solches geworden. Doch dies in meinen Augen zu Unrecht. Auf meinen Reisen durch das Land und den Besuchen, die ich unternehme, beobachte ich, dass viele Ergotherapeuten mit dem Abmessen und Anpassen von Hilfsmitteln zu tun haben. Ich höre auch von dem Ärger unter Ergotherapeuten, wenn etwa aufgrund von veränderten Verantwortlichkeiten anderen Professionals die Aufgabe zugeteilt wird, Hilfsmittel auszumessen, obschon diesen mitunter dazu die erforderliche Kompetenz fehlt (und dann nachträglich der Ergotherapeut gefragt wird!). Ich frage mich, wie es gekommen ist, dass diese Expertise scheinbar immer weniger Beachtung findet. Wurde vielleicht früher zu viel Wert auf diese Aktivität gelegt? Wurde diese Aufgabe als minderwertig erlebt? Ich würde das gerne wissen und habe mir vorgenommen, dieser Sache etwas mehr auf den Grund zu gehen. Mir ist auf der Fachmesse jedoch wieder klar geworden, dass ein gutes Hilfsmittel einen großen Beitrag zur Selbstständigkeit eines Klienten leisten kann und die Partizipation dadurch stimuliert wird. Bedeutungsvolles Betätigen wird dadurch häufig erst ermöglicht. Die Politik der Regierenden (länger zu Hause wohnen, Aufgabenübernahme nach WMO,

das neue Jugendgesetz, um nur einige zu nennen) erfordert einer Erweiterung der Expertise des Ergotherapeuten und dazu gehört auch die Expertise bezüglich der Hilfsmittel...“ (Bom 2014).

11.4 Definition und Begriffsbestimmung

Technologie in der Versorgung ist zunächst ein Sammelbegriff ohne eindeutige Definition. Die Technologien in der Versorgung lassen sich auf unterschiedliche Weisen kategorisieren. Man kann eine Einteilung wählen, die etwa auf der eingesetzten Technik oder auf dem Anwendungsgebiet basiert (wer setzt es wo und zu welchem Zweck ein?). Wir haben uns hier für die folgende Einteilung entschieden:

- **Unterstützungstechnologie:** Sie kann individuell oder auch von einer Gruppe eingesetzt werden, um Aktivitäten und Partizipation zu ermöglichen. Dazu gehören Hilfsmittel, die Hausautomation, Haushaltsroboter sowie verschiedene Smartphone-Anwendungen, um z. B. das Selbstmanagement zu unterstützen.
- **Telemedizin:** Hierbei bedienen sich Klienten und Professionals der IT-Möglichkeiten zur Bereitstellung und zum Empfang von Versorgung. In der Telemedizin gibt es verschiedene Anwendungen für Monitoring, Konsultationen und Interventionen, wie etwa durch den Einsatz von Sensoren und Videoverbindungen. Die Telemedizin kann im ambulanten und im stationären Bereich auf verschiedenen Gebieten eingesetzt werden.

Darüber hinaus kann Technologie auch zur Unterstützung therapeutischer Interventionen verwendet werden. Beispiele dafür sind Spiele, wie etwa der Einsatz einer Wii als effektive Intervention für Senioren (Sparkes-Griffin 2013), Aktivitätsmesser und andere Messinstrumente, aber auch elektronische Klientenakten oder der multidisziplinäre Austausch über die Telekommunikationsmittel.

Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Technologiedomänen definiert und dann etwas eingehender beleuchtet. Einige Fallbeispiele illustrieren ihre Relevanz für die Ergotherapie.

11.5 Unterstützungstechnologie

Der Begriff „Unterstützungstechnologie“ (assistive technology) umfasst verschiedene Technologieformen.

11.5.1 Hilfsmittel

Die offizielle Definition eines Hilfsmittels, wie sie auch in der ICF vermerkt ist, lautet nach der deutschen DIN-Norm DIN EN-ISO 9999: „Produkte, Geräte, Ausrüstungen oder technische Systeme, die von behinderten Menschen benutzt werden, seien sie Sonderanfertigungen oder allgemein verfügbar, die Schädigung, Fähigkeitsstörung oder Beeinträchtigung verhindern, ausgleichen, überwachen, erleichtern oder neutralisieren“ (Revermann u. Gerlinger 2010).

Das bedeutet, dass ein Hilfsmittel ganz einfach, aber auch sehr aufwendig sein kann. Rein formal gehören also nach der Definition auch Haushaltsroboter, Hausautomation und Apps zu den Hilfsmitteln. Diese werden jedoch in diesem Kapitel gesondert besprochen. Wenn hier von Hilfsmitteln die Rede ist, meinen wir die „klassischen Hilfsmittel“, echte Produkte, die greifbar sind und individuell zur Förderung des Betätigten eingesetzt werden.

Die ISO 9999 teilt die Hilfsmittel auf 12 Hilfsmittelgruppen mit je zwei Unterklassen:

- 04 Hilfsmittel für die persönliche medizinische Behandlung
- 05 Hilfsmittel für das Training von Fähigkeiten
- 06 Orthesen und Prothesen
- 09 Hilfsmittel für die persönliche Versorgung und Sicherheit
- 12 Hilfsmittel für die persönliche Mobilität
- 15 Hilfsmittel im Haushalt
- 18 Mobiliar und Hilfen zur Wohnungs- und Gebäudeanpassung
- 22 Hilfsmittel für Kommunikation und Information
- 24 Hilfsmittel für die Handhabung von Objekten und Vorrichtungen
- 27 Hilfsmittel für die Anpassung und Messung der Umweltfaktoren
- 28 Hilfsmittel für Arbeitsplatz und Ausbildung
- 30 Hilfsmittel für die Freizeit.

Es gibt etwa 300 000 verschiedene Hilfsmittel. Unter www.rehadat-hilfsmittel.de findet sich eine neutrale Marktübersicht über Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen sowie Informationen zur Hilfsmittelversorgung und Finanzierung. Der Unterschied zwischen Hilfsmitteln, praktischen Dingen und Komfortprodukten verschwimmt zusehends. Man denke nur an Dosenöffner, E-Bikes und Mobiltelefone für Senioren. Viele Hilfsmittel werden aktuell so gestaltet, dass sie für ein breites Publikum interessant sind und zu eben solchen Komfortprodukten wer-

den. All diese Dinge werden nachfolgend kurz als Hilfsmittel bezeichnet.

Hilfsmittel schleichen sich ganz allmählich in das Leben älter werdender Menschen ein. Es beginnt mit Komfortprodukten wie dem elektrischen Fahrrad, einer Fernbedienung für den Stecker in der Steckdose oder den verschiedenen Apps, die uns bei der Erinnerung an irgendwelche Dinge oder Termine helfen. Bei größeren Beeinträchtigungen tragen die Hilfsmittel dazu bei, dass die Selbstständigkeit eines Menschen länger erhalten bleibt, dass er länger in der eigenen Wohnung bleiben kann und besser an der Gesellschaft partizipiert. Hilfsmittel sind aber auch Teil des intra- oder extramuralen Versorgungsprozesses. Neben der Selbstständigkeit der Klienten werden auch die Professionals unterstützt. Ein bekanntes Beispiel dafür ist der Patientenlifter.

Durch den Einsatz von Hilfsmitteln können Menschen selbstständiger werden oder bleiben und den Versorgungsbedarf hinauszögern oder sogar beseitigen. Hilfsmittel gelten als wirkungsvolle Instrumente zur Kompensation, Verminderung oder gar Aufhebung von Funktionsstörungen und Behinderungen und zur Förderung von Wohlbefinden, Aktivitäten, Partizipation und gesellschaftlicher Inklusion (WHO 2014). Es existieren zwar nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen über die Effekte von Hilfsmitteln und der Bedarf nach weiteren Studien ist groß (Anttila et al. 2012), doch ist ihre Wirkung offensichtlich. Die Bedeutung von Hilfsmitteln ist für den Nutzer enorm (NPCF 2015) und so gilt auch der Zugang zu Hilfsmitteln und unterstützender Technologie als Menschenrecht (UN 2007). Das Potenzial von Hilfsmitteln und unterstützenden Technologien wird aktuell aus verschiedenen Gründen nur unzureichend ausgeschöpft. Aus einer Untersuchung über die Hilfsmittelzuteilung an Menschen mit ALS zeigte sich, dass sich 2/3 der berichteten Schwierigkeiten um die Hilfsmittelzuteilung und die Wohnraumanpassungen dreht (Creemers et al. 2014).

Zwar wurden Klienten, die mit einer Betätigungsfrage in Kontakt zu ambulant oder klinisch tätigen Ergotherapeuten getreten waren, zu Hilfsmitteln beraten, doch wurde eine solche Beratung der großen Gruppe älterer vulnerabler Personen, die nicht an diese Professionals geraten waren, nicht zuteil. Diese waren dann unnötigerweise auf die Unterstützung von Angehörigenpflegern und/oder professionellen Pflegern angewiesen. Zudem waren die jüngsten Anpassungen in der Gesetzgebung und bei Verordnungen für die Zuteilung von Hilfsmitteln nicht förderlich. In den Niederlanden werden Hilfsmittel in Abhängigkeit von der Versorgung, die eine vulnerable Person bereits erhält, dem Wohnort und den Schwierigkeiten, wegen derer er ein Hilfsmittel benötigt, zugeteilt (s.a. www.rehadat-hilfsmittel.de) Zudem darf über die Zuteilung eines individuellen Hilfsmittels erst dann nachgedacht werden, wenn die übrigen relevanten Faktoren wie die eigene Stärke, die Angehörigenpflege oder die informelle Versorgung und die allgemeinen Maßnahmen

nicht ausreichend sind, um die (drohende) Beeinträchtigung bei der Partizipation zu verhindern, zu vermindern oder zu beseitigen (Movisie 2015). Das ist schon eigenartig, da oft recht einfache Hilfsmittel die Selbstständigkeit und Autonomie des Nutzers deutlich steigern und damit einer Überlastung der Angehörigenpfleger und Professionals entgegengewirkt werden kann.

Hilfsmittel

Die Bedeutung von Hilfsmitteln ist für den Anwender sehr groß. Häufig kommt es zu Schwierigkeiten im Zuteilungsprozess der Hilfsmittel für Menschen mit Beeinträchtigungen, und über ¾ der Betroffenen benötigen bei der Auswahl der Hilfsmittel Unterstützung. Zumeist wird die eingeschränkte Wahlfreiheit als Knackpunkt wahrgenommen (NPCF 2015). Nach einer Untersuchung zur Lage der Hilfsmittelversorgung in den Niederlanden verfügen die Nutzer über nicht genügend unabhängige Informationen. Die Untersucher empfehlen, die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien und Protokollen zu forcieren und „gute Rahmenbedingungen für einen gesunden Hilfsmittelmarkt“ zu schaffen. Man verfügt über zu wenig Einblicke in die Effekte, wie etwa den gesellschaftlichen Mehrwert des Hilfsmiteleinsatzes (Bijsterveldt et al. 2015).

Wie eingangs beschrieben, gehören das Informieren und Beraten über Hilfsmittel sowie deren individuelle Erprobung zu den regelmäßigen Aufgaben eines Ergotherapeuten innerhalb der Kompetenz „Beratung von Dritten“ und „behandeln und begleiten“.

Das Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) listet Produkte auf, die prinzipiell unter die Leistungspflicht der Versicherer fallen. Es handelt sich jedoch um keine abschließende oder verbindliche Positivliste, sondern vielmehr um eine Orientierungs- und Auslegungshilfe (www.rehadat-gkv.de). Die europäische Hilfsmitteldatenbank Eastin (www.eastin.eu) bündelt die Informationen verschiedener nationaler Hilfsmitteldatenbanken und stellt sie in vielen europäischen Sprachen zur Verfügung.

Programmlinie Unterstützungstechnologien

Das EIZT (Expertisecentrum voor innovaties in de zorg; www.innovatiesindezorg.eu) ist eine Forschungsgruppe der Zuyd-Hochschule, die folgende Ziele verfolgt:

- Zugang zu unabhängigen Informationen über Unterstützungstechnologien und Dienste für Personen mit Beeinträchtigungen aber auch für Professionals und andere Beteiligte fördern
- Partner in der Entwicklung von Unterstützungstechnologien sein
- Verbesserung des Verteilungsprozesses von Hilfsmitteln
- Erforschung der Praktikabilität, Wirksamkeit und Qualität von Unterstützungstechnologien (z. B. den Nutzen verschiedener Formen von Armstützen)
- Erforschung der Einbettung von Unterstützungstechnologien in der Versorgung, Ausbildung und in der Gesellschaft (z. B. Optimierung von Auslieferung und Einweisung, Training und Gebrauch, Nachsorge und Evaluation von Hilfsmitteln zur Kommunikationsförderung und kompensierenden Dyslexiehilfsmitteln)
- Entwicklung und Bereitstellung von Trainings und Schulungen auf dem Gebiet der Unterstützungstechnologien.

Jamilla

Die 7-jährige Jamilla kann aufgrund einer infantilen Zerebralparese nicht sprechen und ist motorisch stark behindert. Sie nutzt einen elektrischen Rollstuhl mit Kopfsteuerung. Die Lehrer und auch die Eltern haben den Eindruck, dass sie über eine ausreichende Intelligenz verfügt, um auch zu kommunizieren, doch dass dies wegen der motorischen Behinderungen nicht möglich ist. Der Ergotherapeut und eine Logopädin untersuchen gemeinsam die Kommunikationsmöglichkeiten, die Jamilla wohl haben könnte. Die Bedienung von Knöpfen scheint leider nicht möglich zu sein, doch macht Jamilla den Eindruck, Symbole verstehen zu können. Sie probieren mit ihr ein kommunikationsunterstützendes Hilfsmittel per Augensteuerung aus und nach einer langen Übungsphase gelingt es Jamilla, darüber zu kommunizieren. Sie kann immer mehr Symbole erkennen und effektiv einsetzen, wodurch sich ihr Wortschatz erweitert. Nach einiger Zeit beginnt sie damit, Symbole zu kombinieren und Sätze zu bilden. Eine Welt öffnet sich für sie. Das Hilfsmittel ermöglicht ihr die Interaktion mit ihrer Umwelt und die Äußerung von Gefühlen. Die Kosten wurden von der Kranken- und Pflegeversicherung übernommen.

Herr Peters

Herr Peters hat bei einem Unfall seinen linken Arm verloren. Zu Hause führt er Aktivitäten einhändig aus. Er war vor Jahren in Reha, allerdings ging man damals davon aus, dass er zweihändig mit einer Prothese würde arbeiten können. Sein Hausarzt vermittelt ihm wegen seiner praktischen Schwierigkeiten bei der Ausführung von Aktivitäten eine ambulante Ergotherapeutin. Sie analysiert mit ihm gemeinsam, welche Betätigungen ihm Schwierigkeiten bereiten und welche Lösungen er sich selbst dafür vielleicht schon überlegt hat. Anschließend probieren sie gemeinsam verschiedene kleine Hilfsmittel aus, die für den Einhandgebrauch konzipiert wurden, wie etwa eine Antirutschmatte, eine Tellerranderhöhung und speziell gefertigte Messer. Dadurch kommt Herr Peters im Alltag viel besser zurecht. Die Ergotherapeutin zeigt auch Lösungswege für die Arbeit auf, wie etwa eine Einhandtastatur. Dazu fasst sie einen an die Rentenversicherung gerichteten Antrag.

11.5.2 Haushaltsroboter

Haushaltsroboter, die Arbeiten wie Staubsaugen, Fensterputzen oder Rasenmähen übernehmen, sind schon eine Weile auf dem Markt. Eine vielversprechende Entwicklung ist die Anwendung von Robotern in der Versorgung. Im Hinblick auf die zunehmende Überalterung der Gesellschaft können Roboter womöglich die fehlenden „Hände“ an den Betten ersetzen (Witte 2008). Derzeit sind jedoch nur wenige Pflegeroboter erhältlich, die ein breiteres Aufgabenfeld in der Pflege übernehmen können.

Für einen zielgerichteten Einsatz von Pflegerobotern sollten die existierenden Prototypen gemeinsam mit den Nutzern im Hinblick auf die Interventionen weiterentwickelt werden. Ein Beispiel ist die Entwicklung von drei relevanten Interventionen mit dem Roboter Paro in der stationären Gerontopsychiatrie in Zusammenarbeit mit Professionals und anderen Beteiligten (Bemelmans et al. 2013;). In der Entwicklung von Pflegerobotern ist es entscheidend, beim Entwerfen den Wünschen und Bedürfnissen der Klienten und der Pflegenden zu entsprechen (Royakkers et al. 2012). Ergotherapeuten können bei diesem Prozess eine Rolle spielen, indem sie sich etwa einen Überblick über die Zielgruppe verschaffen, eine Aktivitätsanalyse durchführen und die Anwendungen evaluieren.

Pflegeroboter lassen sich nach der Rolle, die sie ausüben, einteilen: als Pfleger, Aufpasser, als Schlüssel zur Autonomie und als Gesellschafter (Royakkers et al. 2012).

Die ersten drei Kategorien werden auch unter dem Begriff des Serviceroboters zusammengefasst, die letzte Funktion bezeichnet man als Sozialroboter:

- Ein Serviceroboter führt Aufgaben für Menschen aus. Dabei kann es sich um Aufgaben im Haushalt wie Staubsaugen oder Rasenmähen handeln. Oder er wird als eine Art Butler eingesetzt, der die Türe öffnet und etwas zu trinken anbietet. Ein Beispiel ist der im Rahmen des Projekts Accompany entwickelte Roboter.
- Der bekannteste und bislang erfolgreichste Sozialroboter ist Paro. Es handelt sich dabei um ein Kuschel-Robbenbaby, das in Japan entwickelt wurde und seit 2003 auch hier erhältlich ist. In einer Wirksamkeitsstudie konnte gezeigt werden, dass Paro bei therapeutischen Interventionen wirksam ist (Bemelmans et al. 2015). Paro wird derzeit vor allem im stationären Bereich eingesetzt, um die positiven Erfahrungen einer tiergestützten Therapie bei gerontopsychiatrischen Patienten zu imitieren und einen besseren Zugang zu den Betroffenen zu bekommen (www.parorobot.com).
- Zudem können Roboter zu Beförderungszwecken für ältere Personen oder zu therapeutischen Zwecken eingesetzt werden. Ein Beispiel dafür sind die Exoskelette, die querschnittsgelähmte Personen beim Gehen unterstützen. Im Internet findet man dazu eindrucksvolle Videos.

Bisher gibt es nur wenige Untersuchungen zur Effektivität von Pflegerobotern. Zudem ist es eine Herausforderung, die Robotertechnologie kosteneffektiv zu gestalten. Dafür sind jahrelange Innovationszyklen erforderlich, die sich aber innerhalb der Pflege nur schwer finanzieren lassen (Royakkers et al. 2012). Ein Hinderungsgrund für deren Anwendung besteht darin, dass die Implementierung von Pflegerobotern auch für Professionals nicht selbstverständlich ist. Der steigende Einsatz von Pflegerobotern stellt an die Versorgenden zusätzliche neue Anforderungen, wobei sich die Aufgaben und die Verantwortlichkeiten verändern (Royakkers et al. 2012). Sowohl unter den Professionals als auch unter den Klienten ist noch eine sehr abwehrende Haltung gegenüber Pflegerobotern zu spüren. Ein wichtiger Punkt ist die Frage, inwieweit es in den heutigen und zukünftigen Gesundheitssystemen noch Raum für „Pflege“ gibt. Der Einsatz von Robotern erfordert eine Diskussion darüber, was unter „Pflege“ und „Versorgung“ heute zu verstehen ist, wobei es dabei um Aspekte wie Gegenseitigkeit, Empathie und die Rolle der Technologie geht.

Nachfolgend finden Sie ein paar Beispiele über die Anwendungsmöglichkeiten von Robotern in verschiedenen Betätigungsbereichen von Klient, Organisation und Population und die Rolle der Ergotherapie dabei.

Die Stiftung „Füreinander“

In dem kleinen Wohnheim der Stiftung kam es am späten Mittag zu großer Unruhe. Einige Bewohner riefen durcheinander, dass sie nach Hause wollten, um zu kochen, oder zu den Kindern, die aus der Schule kämen. Dadurch wurden auch andere Bewohner sehr unruhig und einer reagierte sogar aggressiv. Der Teamleiter griff diesen Vorfall in der Teamsitzung auf. Gemeinsam besprach man die Möglichkeiten und die denkbaren Ansätze. Die Ergotherapeutin beobachtete zusammen mit dem Psychologen das Verhalten, interviewte einige Familienmitglieder und Professionals und gelangte so zu einer spezifischeren Fragestellung. Man entschied sich für den Versuch, die Bewohner mithilfe des Seehundroboters Paro abzulenken und so mehr Ruhe ein-

kehren zu lassen. Paro wurde aus dem Budget der Wohngruppe finanziert. Die Bewohner reagierten ausschließlich positiv auf Paro. Sie fühlten sich gemeinsam für Paro verantwortlich, sorgten für ihn, und die Unruhe ging deutlich zurück. Die Ergotherapeutin, welche die Anschaffung von Paro vorgeschlagen hatte, erstellte eine Anleitung und einen Implementierungsplan für den Einsatz von Paro. Paro wurde in den persönlichen Dossiers der Bewohner als Intervention beschrieben und die Anwendung in den Teamsitzungen diskutiert. Später wurde Paro auch in den Morgenstunden vor der persönlichen Versorgung der Bewohner zur Beruhigung eingesetzt, da der Tagesbeginn für einige von ihnen ein stressendes Ereignis ist.

Ylja

Die 4-jährige Ylja hat eine Störung aus dem autistischen Formenkreis. Ihre Eltern können praktisch keinen Kontakt zu ihr herstellen. In der ambulanten Ergotherapie wurde gemeinsam nach Möglichkeiten geschaut, wie ein Kontakt zu ihr hergestellt werden könnte, um sie in ihrem weiteren Wachstum und in der Entwicklung unterstützen zu können. Es wurden verschiedene Möglichkeiten in Betracht gezogen, u. a. auch die Roboterpuppe Kaspar, die in der Ergo-

therapie zur Förderung von Yljas interaktionellen Fähigkeiten eingesetzt wurde. Die Interaktion mit Kaspar erlebt Ylja als niederschwellig, spielerisch und motivierend. Die Reaktionen von Kaspar sind vorhersagbar und zuverlässig, während der Kontakt mit anderen Menschen für Ylja oft mit Stress und Spannung verbunden ist. Nach einigen Monaten kann Ylja bereits Gesichtsausdrücke wie z. B. „glücklich“ interpretieren und reagiert auf „Schmerzen“ von Kaspar.

Jonas

Jonas leidet unter einer progressiven Muskelerkrankung und wohnt selbstständig. Er arbeitet in einem großen Betrieb als Einkäufer und verwendet einen elektrischen Rollstuhl. Das Anheben der Arme fällt Jonas zunehmend schwer, sodass ihn z. B. die PC-Arbeit, das Aktenheben und das Halten des Telefonhörers schneller ermüdet. Über den Betriebsarzt gelangt er an den Reintegrationsbeauftragten, einen Ergotherapeuten. In der Analyse wird deutlich, dass es auch zu Hause Schwierigkeiten bei bestimmten Aktivitäten gibt, wie etwa bei der Zubereitung der Mahlzeiten, beim Öffnen und Schließen der Tür oder beim Wäsche waschen. Der Ergotherapeut schaltet einen Betrieb ein, der

auf dynamische Unterarmstützen und Roboterarme spezialisiert ist. Gemeinsam wird geprüft, auf welchem Niveau die Aktivitäten mit einer dynamischen Unterarmstütze ausgeführt werden können, und anschließend eine Unterarmstütze für den Rollstuhl ausgewählt. Nachdem der Ergotherapeut einen Antrag zur Kostenübernahme an den Versicherer verfasst hat, besorgt die Firma das Modell und installiert es. Der Ergotherapeut übt nach der Bewilligung mit dem Klienten sowohl in der häuslichen Umwelt als auch am Arbeitsplatz die Aktivitäten mit der neuen Unterarmstütze ein.

Frau Polanski

Die 87-jährige Frau Polanski empfängt zu Hause eine ambulante Ergotherapeutin zu einem Beratungsgespräch. Dabei zeigt sich, dass sie Mühe mit der Haushaltsführung hat. Sie wohnt in einer schwellenfreien Erdgeschosswohnung. In der Nähe leben keine Verwandten, die ihr helfen könnten. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin werden die Betätigungsfragen formuliert. Das wöchentliche Staubwischen ist in Schulter- und Hüfthöhe noch möglich. Staubsaugen,

Fensterputzen und Bodenwischen übersteigen jedoch inzwischen ihre Kräfte. Dafür erhält sie jetzt professionelle Unterstützung. Die Frequenz der Hilfe bleibt jedoch begrenzt, da sie von ihrem Sohn einen Saugroboter erhält. Frau Polanski bleibt weiter selbstständig und spart ihren eigenen Beitrag für die Haushaltshilfe ein. Um einen Sturz zu verhindern, empfiehlt die Ergotherapeutin, den Roboter nachts arbeiten zu lassen.

Gemeindezentrum

Das lokale Sozialteam besteht aus einem Anwohner, einer Gemeindeschwester, dem Physiotherapeuten, dem Praxishelfer (ambulant-medizinischer Assistenzberuf in den Niederlanden), einem Ergotherapeuten und dem Sozialarbeiter. Gemeinsam tauschen sie sich im Gemeindezentrum über neue Entwicklungen aus. Das Viertel zeichnet sich durch einen niedrigen sozioökonomischen Status aus, und das Gemeindezentrum ist ein großer Erfolg. Alleinstehende, Ältere und Personen aus dem nahegelegenen Asylbewerberheim besuchen das Zentrum regelmäßig. Es ist auffällig, dass viele Besucher des Zentrums Übergewicht haben. Das Team will Menschen dazu motivieren, sich auf angenehme Weise mehr zu bewegen. Im Gespräch kam der Gedanke auf, ein paar Dinge einfach auszuprobieren: Zora, ein Roboter der Turnübungen und Tänze vormachen kann, digitale Sportanimationen mit Projektionen auf dem Boden und Wii-Wettkämpfe.

11.5.3 Hausautomation

Die Hausautomation umfasst Technologien, die im und am Haus eingesetzt werden, um die Wohn- und Lebensqualität zu erhöhen. Beispiele sind etwa Fernbedienungen für Lichtschalter oder das automatische Öffnen und Schließen von Rollläden und Türen. Solche Technologien können aber auch die von außen kommenden Versorgungsdienste unterstützen. Sie helfen dabei, das selbstständige Wohnen zu ermöglichen oder zu erhalten. Oft geht es um eine Kombination aus Umweltsensoren und

Aktoren, mit denen dann Abläufe innerhalb der Wohnung automatisiert ablaufen können.

Zur Hausautomation zählen auch Systeme mit z. B. Bewegungssensoren. Dadurch wird eine Televersorgung möglich. Wenn längere Zeit keine Bewegung in der Wohnung registriert wird, geht ein Signal an eine Meldezentrale bei einem Versorgungsdienstleister oder bei einem Angehörigen ein. Sensoren schlagen auch Alarm, wenn die Überwachung der Vitalparameter lebensbedrohliche Zustände signalisiert. Mit dem Lebensstilmonitoring werden auch schleichende Veränderungen im täglichen Aktivitätsmuster registriert. Die Sensoren in der Wohnung und ein Computerprogramm liefern Hinweise über das Funktionsniveau von zu Hause lebenden älteren Menschen. Angehörigenpfleger und beteiligte Mitarbeiter von Versorgungs- und Pflegediensten können diese Informationen über eine App auch aus der Ferne begutachten. Das tägliche Aktivitätsmuster von älteren Menschen lässt sich auf diese Weise rund um die Uhr verfolgen. Das Lebensstilmonitoring zielt vor allem auf alleinstehende Personen mit Demenz. Mitarbeiter der Dienste und Angehörige können sich damit ein besseres Bild von der aktuellen Situation machen. Das System ermöglicht auch eine kameraunabhängige Überwachung als Ergänzung zu den Hausbesuchen. Eine Krisensituation wird dadurch früher signalisiert, was auch ein rascheres Eingreifen ermöglicht. Ein Lebensstilmonitoring eignet sich jedoch zumeist nicht für das rechtzeitige Erfassen einer Notsituation, wie etwa bei einem Sturz, und wird daher auch nicht vergütet.

Es folgen nun ein paar Beispiele zur Hausautomation aus verschiedenen Betätigungsbereichen auf dem Niveau des Klienten, der Organisation und der Population, wobei auch die Rolle der Ergotherapie dargestellt wird.

Shakira

Shakira hat eine spastische Parese. Dadurch ist sie vollständig auf den Rollstuhl angewiesen. Die Funktion ihrer Arme und Hände ist eingeschränkt. Als sie alleine wohnen wollte, wurde sie von einem Ergotherapeuten hinsichtlich der Wohnungsanpassungen und der Hausautomation beraten. Sie kann nun die Wohnungstür mit einem Knopfdruck öffnen. In der Dämmerung schließen die Rollläden automatisch und die Basis-Wohnraumbeleuchtung schaltet sich

ein. Wenn sie die Wohnung verlässt, kann sie mit einem Knopfdruck die gesamte Beleuchtung mit Ausnahme einer Stehlampe ausschalten. Das Fernsehgerät, der Wasserkocher und die Herdplatte schalten sich ebenfalls automatisch aus. Es ist nicht so, als würde Sabine das leicht vergessen, aber unter Sicherheitsaspekten ist es recht praktisch.

Frau Reim

Frau Reim hat eine Demenz und leidet unter häufigen Harnwegsinfekten. Dadurch kann es zum Delir kommen, das sich als Zustand großer Verwirrtheit äußert und die demenziellen Symptome zusätzlich verstärkt. Ein Harnwegsinfekt lässt sich in der Regel eigentlich gut antibiotisch behandeln, doch geschieht dies jetzt oftmals zu spät. Frau Reim selbst meldet die Beschwerden nicht. Wenn sie eine Blasenentzündung

hat, geht sie aber viel häufiger zur Toilette. Über das Lebensstilmonitoring bekommt ihre Tochter ein Signal darüber, dass ihre Mutter häufiger zur Toilette geht, sodass sie dann mit ihrer Mutter zusammen den Hausarzt aufsuchen kann. Frau Reim musste diese Einrichtungen selbst finanzieren, da die Bitte um eine Kostenübernahme von den Versicherern und Sozialstellen abgewiesen wurde.

Herr Friese

Herr Friese ist dement. In seiner Wohnung befindet sich schon längere Zeit ein Lebensstilmonitoring-System. Durch den demenziellen Prozess entwickelt sich nämlich mitunter ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, wodurch der Betroffene in der Nacht durch die Wohnung irrt. Es ist bekannt, dass das passieren kann, aber nicht genau, wann es passiert. Um zu verhindern, dass Herr Friese Monate auf diese Weise verbringt, bevor die Angehörigen oder andere Beteiligte davon erfahren, wurde das System installiert. Das Lebensstilmonitoring meldet das Herumirren in der Wohnung oder auch außerhalb der Wohnung frühzeitig, da es die Abweichung vom gewohnten Rhythmus registriert.

11.5.4 Apps

Apps lassen sich zur Unterstützung von Selbstständigkeit und Partizipation einsetzen. Wichtige Vorteile sind, dass man sie immer dabei haben kann (Waite 2012), ihre große Vielfalt und dass sie im Gegensatz zu den klassischen Hilfsmitteln nicht als stigmatisierend erlebt werden. Man

kann viele Apps zu Versorgungsthemen herunterladen, nach Angaben des niederländischen Versorgungsdienstleisters Vilans rund 120.000 verschiedene. Standard-Apps, die nicht speziell für Personen mit Behinderungen entwickelt wurden, aber dennoch sehr nützlich sein können, sind etwa Apps, die eine Lupe simulieren, oder Apps, die Gesprochenes in Schrift umsetzen und umgekehrt, d. h. die Text vorlesen, eine App, mit der man Thermostate bedienen oder die Tür öffnen kann. Es gibt auch Apps, die speziell für Menschen mit Behinderung entwickelt wurden, wie etwa Reise-Apps für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, ein Aktivitätsmanager für Menschen, die aufgrund von Schmerz- oder Schwächesymptomen Schwierigkeiten haben, ihre täglichen Aktivitäten innerhalb ihrer Belastungsgrenzen zu planen, sowie Apps zur Kommunikationsunterstützung. Weitere Informationen zur Nutzung von Tablet-PCs und darüber, wo geeignete Apps für Ergotherapeuten zu finden sind, finden sich bei Aftel et al. (2011), Waite (2012) und Hoesterey und Chapelle (2012). Von Balkom et al. (2012) gibt es ein Buch, in dem beschrieben wird, wie Tablets und Apps angepasst und zugänglich gemacht werden können. Rehadat (www.rehadat-hilfsmittel.de/de/infothek/informationen-produktbereiche/apps) gibt umfassend Auskunft über Apps für Behinderte.

Monika

Monika hat eine leichte geistige Behinderung und möchte gerne in einem Geschäft arbeiten. Ihr Jobcoach hat in der nächsten Stadt eine Stelle für sie in einem Drogeriemarkt gefunden. Monika möchte wie andere auch gerne selbst zu ihrem Arbeitsplatz gelangen. Die Distanz ist jedoch für das Fahrrad zu groß. Ein Ergotherapeut analysiert die Betätigungsfrage und stellt fest, dass Monika die Strecke gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln bewältigen kann. Dazu bedarf es nur noch eines gewissen Trainings. Ein Freiwilliger aus der Versorgungseinrichtung, in der sie wohnt, erklärt sich bereit, mir ihr zu üben. Monika kann gut allein unterwegs sein, doch wenn etwas Unerwartetes passiert, gerät sie

schnell in Panik. Auch ihre Eltern finden es sehr spannend, dass sie sich alleine auf den Weg macht. Mit den App-Infos von Rehadat (www.rehadat-hilfsmittel.de) und Blue Assist (www.blueassist.eu) kann sie ihre kleine Reise planen und erhält Informationen, wenn bei den Verbindungen etwas anders als geplant läuft. In der App sind Hilfefragen vorprogrammiert, die sie bei Bedarf Mitreisenden zeigen kann, wenn sie in Panik gerät. Schließlich werden ihre Eltern kurz benachrichtigt, wenn Monika an ihrem Bestimmungsort angekommen ist, bzw. können ihren Weg verfolgen, falls er anders als geplant verlaufen ist.

Lars

Lars Groß ist ein typischer 17-jähriger, allerdings mit einem ADHS. Bedingt durch diese Erkrankung ist er äußerst chaotisch und vergisst regelmäßig alle möglichen Dinge. Wenn er seine Medikamente zu spät nimmt, wird auch das Chaos in seinem Kopf größer und in der Schule klappt es nicht mehr richtig. Lars möchte keine Hilfsmittel, die auffällig sind. Zusammen mit einer Ergotherapeutin hat er eine Liste

darüber erstellt, welche Hilfsmittel für ihn akzeptabel sind. Für ihn ist es kein Problem, das Smartphone als Hilfsmittel einzusetzen. Er nutzt jetzt eine App, die ihn an die Medikamenteneinnahme erinnert und eine, die er als Notizblock für Dinge nutzt, die er nicht vergessen darf. Zudem verwendet er die Kalenderfunktion und eine Checkliste für die wichtigsten Dinge, die er für die Schule braucht.

11.6 Televersorgung und E-Health

Die beiden Begriffe Televersorgung und E-Health sind sehr weit gefasst. Es kursieren dazu verschiedene Definitionen, sodass auch eine klare Abgrenzung schwierig ist. „E-Health ist der Einsatz der neuen informativen Kommunikationstechnologien, vor allem des Internets, zur Unterstützung und Verbesserung der Gesundheit und des Gesundheitssystems“ (Krijgsman et al. 2014).

In der Televersorgung bedienen sich sowohl Klienten als auch Professionals der Möglichkeiten der E-Health beim Empfangen bzw. Vergeben von Versorgungsleistungen.

gen. In der Televersorgung gibt es verschiedene Anwendungen für Monitoring, Konsultation und Therapie, wie etwa den Einsatz von Sensoren und Videoverbindungen. Die Televersorgung kann intra- und extramural auf unterschiedlichen Gebieten eingesetzt werden, wie etwa Pflege oder Wohlbefinden, sowie innerhalb verschiedener Bereiche der Versorgung.

Alljährlich erheben die beiden niederländischen Forschungsinstitute im Gesundheitswesen NICTIZ (Niederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) und NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research) im Auftrag des Gesundheitsministeriums den „E-Health-Report“ (Krijgsman et al. 2014).

E-Health-Report

NICTIZ und NIVEL unterscheiden in ihrem E-Health-Report sechs verschiedene Anwendungsbereiche.

Suche und Aktualisierung von Gesundheitsinformationen

Dabei geht es um Dinge, die der Nutzer selbst in seiner Lebensumwelt tun kann. Man denke hierbei an das Internet oder an mobile Apps für digitale Selbsttests, die Aktualisierung der eigenen Gesundheitsdaten oder die Teilhabe an einer Online-Diskussionsgruppe mit Leidensgenossen.

Kommunikation zwischen vulnerablen Personen und Professionals

Hier stehen die Formen der Onlinekommunikation zwischen vulnerablen Personen und Professionals im Vordergrund. Dazu gehört es, online Absprachen mit den Professionals zu treffen oder auf diesem Weg Fragen zu stellen. Auch die Online-Einsicht in die persönliche Klientenakte beim Professional (einschließlich eventueller Ergänzungen durch den Klienten selbst) wird in diesem Abschnitt abgehandelt.

Internettherapie

Beispiele für eine Online-Behandlung sind die Therapien von Physiotherapeuten, Formen der Online-Hilfe durch Psychotherapeuten und auch das Telemonitoring, bei dem eine Person aus der Ferne von einem Professional überwacht wird.

Telehilfe und Telepflege

Hierunter fällt der Einsatz von E-Health-Anwendungen zur Begleitung der Nutzer in ihrer häuslichen Umwelt oder in Pflege- oder Versorgungseinrichtungen, wie etwa Überwachungstechniken, intelligente Schließsysteme, Personalarms, Einsatz von Tages- oder Wochendosierern sowie der Videokontakt zwischen den Klienten und der Versorgungszentrale.

Elektronische Patientenakten (ePA) und elektronische Gesundheitsakte (eGA) für Professionals

Dabei geht es um die elektronische Aktenführung von Patienten oder Klienten. Hier sind alle relevanten Patientendaten gebündelt. Sie können auch automatische Warnhinweise ausgeben, wenn etwa auf mögliche Interaktionen verschiedener Medikamente hingewiesen werden soll.

Elektronische Kommunikation zwischen Professionals

Da die Klienten es im Versorgungsprozess mit verschiedenen Professionals zu tun haben, müssen diese untereinander viele Informationen austauschen, wie etwa Überweisungsschreiben oder Behandlungsprotokolle. Zudem gibt es digitale Möglichkeiten, um andere Professionals um Rat zu fragen (Telekonsultation; Krijgsman et al. 2014).

Das Pflegeheim „Der schöne Abend“

Im Pflegeheim „Der schöne Abend“ werden immer noch freiheitsentziehende Mittel eingesetzt, wie etwa der Bauchgurt zur Fixierung oder das Bettgitter. Dafür wurde die Organisation von der Gesundheitsinspektion scharf kritisiert, was auch zu negativen Schlagzeilen in den Medien führte. Die Leitung will jetzt auf die freiheitsentziehenden Maßnahmen verzichten und das Siegel für fixierungsfreie Einrichtungen erlangen. Dazu wurde ein Projektteam mit einem Pflegemanager, einer Psychologin und einer Ergo-

therapeutin zusammengestellt. Die Ergotherapeutin wurde um Beratung im Hinblick auf mögliche Alternativen zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen, ihre Anwendungsbereiche, Indikationen und Kontraindikationen und eine Kosteneinschätzung gebeten. Dabei stellte sie auch eine Rangfolge von den weniger eingreifenden Maßnahmen hin zu den stärker eingreifenden. Die in Betracht kommenden Alternativen reichen von sehr niedrigen Betten und Sturzmatten bis zu Kameraüberwachungssystemen.

11.6 Televersorgung und E-Health

Die beiden Begriffe Televersorgung und E-Health sind sehr weit gefasst. Es kursieren dazu verschiedene Definitionen, sodass auch eine klare Abgrenzung schwierig ist. „E-Health ist der Einsatz der neuen informativen Kommunikationstechnologien, vor allem des Internets, zur Unterstützung und Verbesserung der Gesundheit und des Gesundheitssystems“ (Krijgsman et al. 2014).

In der Televersorgung bedienen sich sowohl Klienten als auch Professionals der Möglichkeiten der E-Health beim Empfangen bzw. Vergeben von Versorgungsleistungen.

gen. In der Televersorgung gibt es verschiedene Anwendungen für Monitoring, Konsultation und Therapie, wie etwa den Einsatz von Sensoren und Videoverbindungen. Die Televersorgung kann intra- und extramural auf unterschiedlichen Gebieten eingesetzt werden, wie etwa Pflege oder Wohlbefinden, sowie innerhalb verschiedener Bereiche der Versorgung.

Alljährlich erheben die beiden niederländischen Forschungsinstitute im Gesundheitswesen NICTIZ (Niederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) und NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research) im Auftrag des Gesundheitsministeriums den „E-Health-Report“ (Krijgsman et al. 2014).

E-Health-Report

NICTIZ und NIVEL unterscheiden in ihrem E-Health-Report sechs verschiedene Anwendungsbereiche.

Suche und Aktualisierung von Gesundheitsinformationen

Dabei geht es um Dinge, die der Nutzer selbst in seiner Lebensumwelt tun kann. Man denke hierbei an das Internet oder an mobile Apps für digitale Selbsttests, die Aktualisierung der eigenen Gesundheitsdaten oder die Teilhabe an einer Online-Diskussionsgruppe mit Leidensgenossen.

Kommunikation zwischen vulnerablen Personen und Professionals

Hier stehen die Formen der Onlinekommunikation zwischen vulnerablen Personen und Professionals im Vordergrund. Dazu gehört es, online Absprachen mit den Professionals zu treffen oder auf diesem Weg Fragen zu stellen. Auch die Online-Einsicht in die persönliche Klientenakte beim Professional (einschließlich eventueller Ergänzungen durch den Klienten selbst) wird in diesem Abschnitt abgehandelt.

Internettherapie

Beispiele für eine Online-Behandlung sind die Therapien von Physiotherapeuten, Formen der Online-Hilfe durch Psychotherapeuten und auch das Telemonitoring, bei dem eine Person aus der Ferne von einem Professional überwacht wird.

Telehilfe und Telepflege

Hierunter fällt der Einsatz von E-Health-Anwendungen zur Begleitung der Nutzer in ihrer häuslichen Umwelt oder in Pflege- oder Versorgungseinrichtungen, wie etwa Überwachungstechniken, intelligente Schließsysteme, Personalarms, Einsatz von Tages- oder Wochendosierern sowie der Videokontakt zwischen den Klienten und der Versorgungszentrale.

Elektronische Patientenakten (ePA) und elektronische Gesundheitsakte (eGA) für Professionals

Dabei geht es um die elektronische Aktenführung von Patienten oder Klienten. Hier sind alle relevanten Patientendaten gebündelt. Sie können auch automatische Warnhinweise ausgeben, wenn etwa auf mögliche Interaktionen verschiedener Medikamente hingewiesen werden soll.

Elektronische Kommunikation zwischen Professionals

Da die Klienten es im Versorgungsprozess mit verschiedenen Professionals zu tun haben, müssen diese untereinander viele Informationen austauschen, wie etwa Überweisungsschreiben oder Behandlungsprotokolle. Zudem gibt es digitale Möglichkeiten, um andere Professionals um Rat zu fragen (Telekonsultation; Krijgsman et al. 2014).

Das Pflegeheim „Der schöne Abend“

Im Pflegeheim „Der schöne Abend“ werden immer noch freiheitsentziehende Mittel eingesetzt, wie etwa der Bauchgurt zur Fixierung oder das Bettgitter. Dafür wurde die Organisation von der Gesundheitsinspektion scharf kritisiert, was auch zu negativen Schlagzeilen in den Medien führte. Die Leitung will jetzt auf die freiheitsentziehenden Maßnahmen verzichten und das Siegel für fixierungsfreie Einrichtungen erlangen. Dazu wurde ein Projektteam mit einem Pflegemanager, einer Psychologin und einer Ergo-

therapeutin zusammengestellt. Die Ergotherapeutin wurde um Beratung im Hinblick auf mögliche Alternativen zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen, ihre Anwendungsbereiche, Indikationen und Kontraindikationen und eine Kosteneinschätzung gebeten. Dabei stellte sie auch eine Rangfolge von den weniger eingreifenden Maßnahmen hin zu den stärker eingreifenden. Die in Betracht kommenden Alternativen reichen von sehr niedrigen Betten und Sturzmatten bis zu Kameraüberwachungssystemen.

ParkinsonNet

Ein Beispiel für die Förderung einer integralen Versorgung durch E-Health ist das ParkinsonNet. Es handelt sich dabei um ein in den Niederlanden entwickeltes professionelles gemeindenahes (community-based) Netzwerk, das über das Internet operiert. In diesem Netzwerk arbeiten Personen, die Menschen mit Parkinson behandeln, eng zusammen. Beteiligt sind vor allem Neurologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Übungs-therapeuten, Diätassistenten und Pflegekräfte, aber auch Hausärzte und ambulant Pflegende sind vertreten. Dadurch ist eine gute Abstimmung der Behandlungen unter allen Beteiligten möglich.

11.7 Beratung zu Unterstützungstechnologien

Das Aufgabenpaket eines Ergotherapeuten umfasst auch die Beratung zu Unterstützungstechnologien sowohl für Einzelpersonen als auch für Gruppen und Organisationen.

Der Beratungsprozess umfasst eine Reihe von Schritten. Zur Unterstützung dieses Prozesses existieren verschiedene (ergotherapeutische) Prozess- und Inhaltsmodelle, die alle auf die HEART-Studie zurückgehen (Witte et al. 1995, Cowan u. Turner-Smith 1999, Andrich et al. 2013). Einige der Modelle werden hier kurz vorgestellt.

11.7.1 Prozessbeschreibung Hilfsmittelversorgung

In den Niederlanden ist die Prozessbeschreibung Hilfsmittelversorgung (NICTIZ 2005) allgemein als Modell bekannt, das die ganzen erforderlichen Schritte in der Hilfsmittelversorgung übersichtlich darstellt, was von der Erfassung einer Betätigungsfrage bis zur Evaluation der Anwendung des gelieferten Hilfsmittels reicht (► Abb. 11.2). Die Schritte werden in Aktionen des Klienten und Aktionen des Professionals unterteilt. Die Prozessbeschreibung schafft eine einheitliche Sprachregelung und damit die Voraussetzungen für eine optimale Kommunikation und einen reibungslosen Informationsfluss zwischen den beteiligten Parteien. Im Hinblick auf die Fragenorientierung in der Hilfsmittelversorgung ist die Perspektive des Klienten maßgeblich.

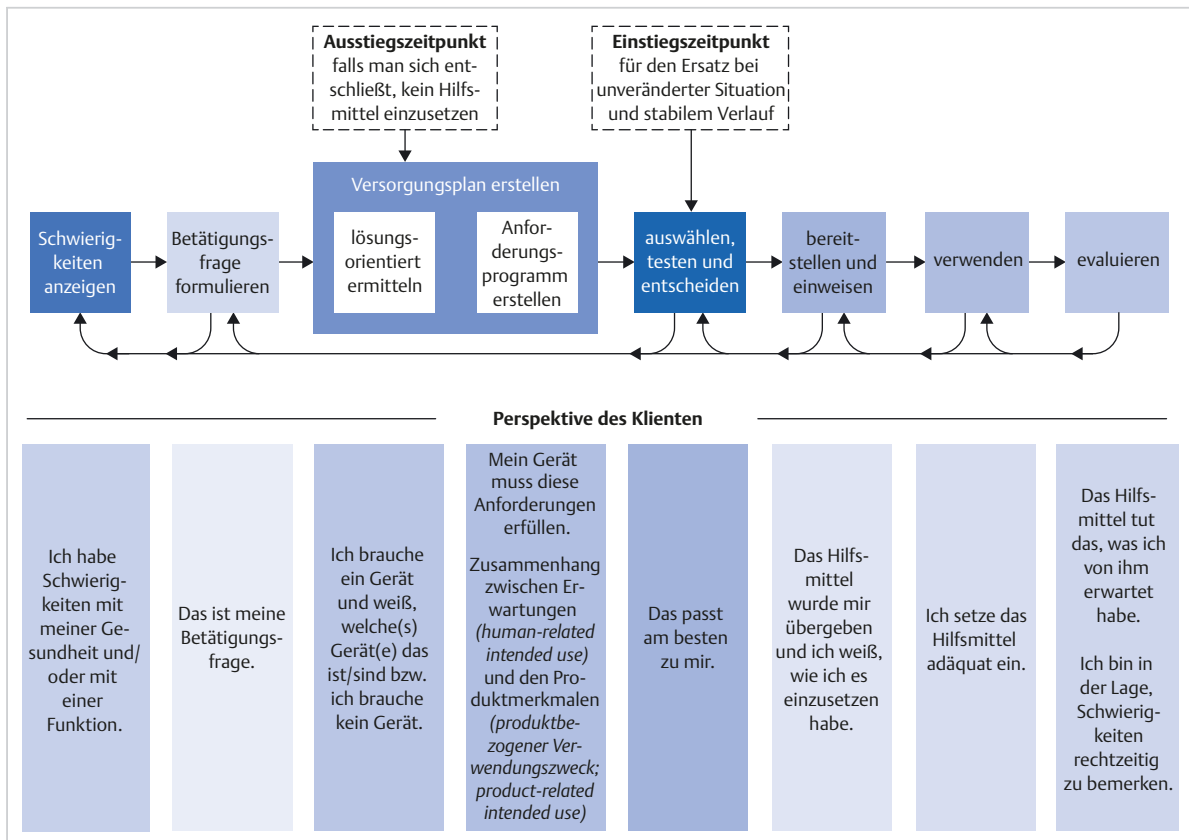


Abb. 11.2 Prozessbeschreibung Hilfsmittelversorgung (NICTIZ 2005).

11.7.2 Hilfsmittelrichtlinien

In den Niederlanden sagte im Jahre 2008 der damalige Gesundheitsminister, dass der Klient ein Recht auf die geeignetste Lösung habe. Um das zu realisieren, wurde nach der vollständigen Übereinstimmung von dem, was der Betroffene wünscht, kann und darf (mit Blick auf die angestrebte Funktion) und dem, was ein Hilfsmittel bieten kann, gesucht. Daraus folgt, dass bei der Zuteilung von Hilfsmitteln nicht dieses selbst im Mittelpunkt steht, sondern das Funktionieren des Klienten. Es wurde dann Geld in die Entwicklung einer Basisrichtlinie investiert, woran alle beteiligten Gruppen mitgewirkt haben (Geldgeber, Hilfsmittelproduzenten und -lieferanten, Überweiser, Therapeuten und Klientenorganisationen). Das Ergebnis für die Niederlande ist die „Prozessbeschreibung Hilfsmittelversorgung“, bei der es sich um ein Rahmenwerk zur Entwicklung spezifischer Protokolle für verschiedene Hilfsmittelarten handelt (Heerkens et al. 2010).

11.7.3 Ergotherapeutisches Beratungsmodell

Veld et al. (2016) erdachten das ergotherapeutische Beratungsmodell (► Abb. 11.3), in dem die verschiedenen Aktivitäten des Ergotherapeuten während des gesamten Prozesses differenziert werden.

Das Modell basiert auf einer allgemeinen Prozessbeschreibung zum methodischen Handeln, das mit einer Frage beginnt und danach folgende Phasen umfasst: Analyse – Definition – Planung – Vorbereitung – Ausführung – Evaluation – Nachsorge. Die Ausarbeitung erfolgt aus einer spezifisch ergotherapeutischen Perspektive. Die Beratung durch die Ergotherapie erstreckt sich auf das Betätigen, das Ausführen der täglichen Aktivitäten, die Partizipation und die soziale Inklusion. Die ergotherapeutische Beratung ist immer betätigungsbasiert (occupation based).

11.7.4 Prozessmodell Hilfsmittelberatung

Zu Unterrichtszwecken wurde von Driessen und Schendzielorz (2015) das Prozessmodell Hilfsmittelberatung entwickelt (► Abb. 11.4). Es handelt sich um ein Modell, das einen beim Professional Reasoning in der Hilfsmittelberatung zu in verschiedenen Kontexten effektiv unterstützen kann.

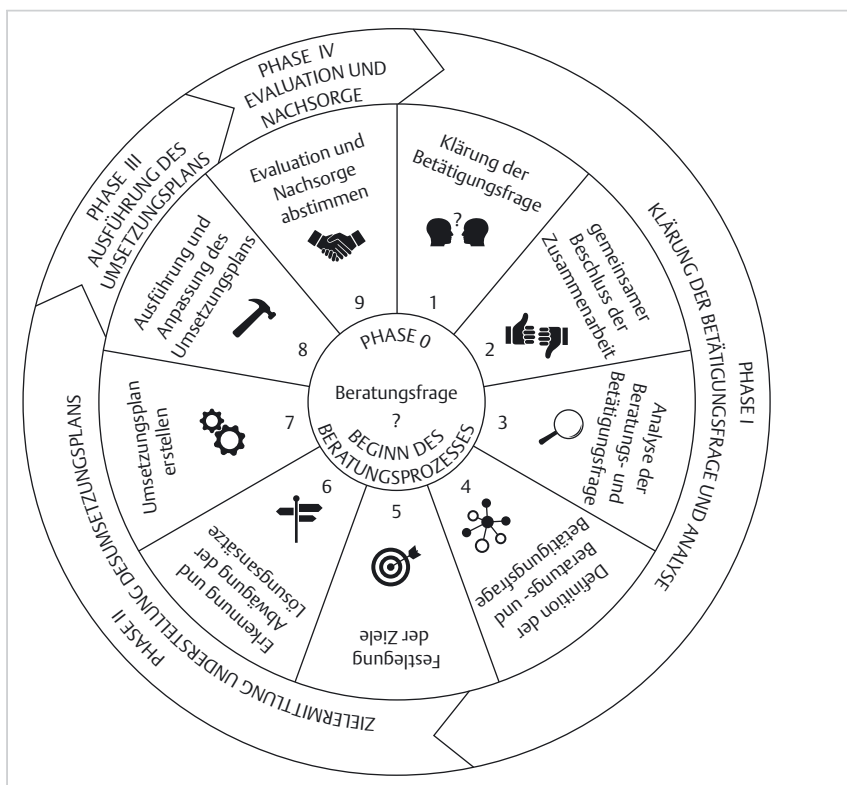


Abb. 11.3 Ergotherapeutisches Beratungsmodell (Veld et al. 2016).

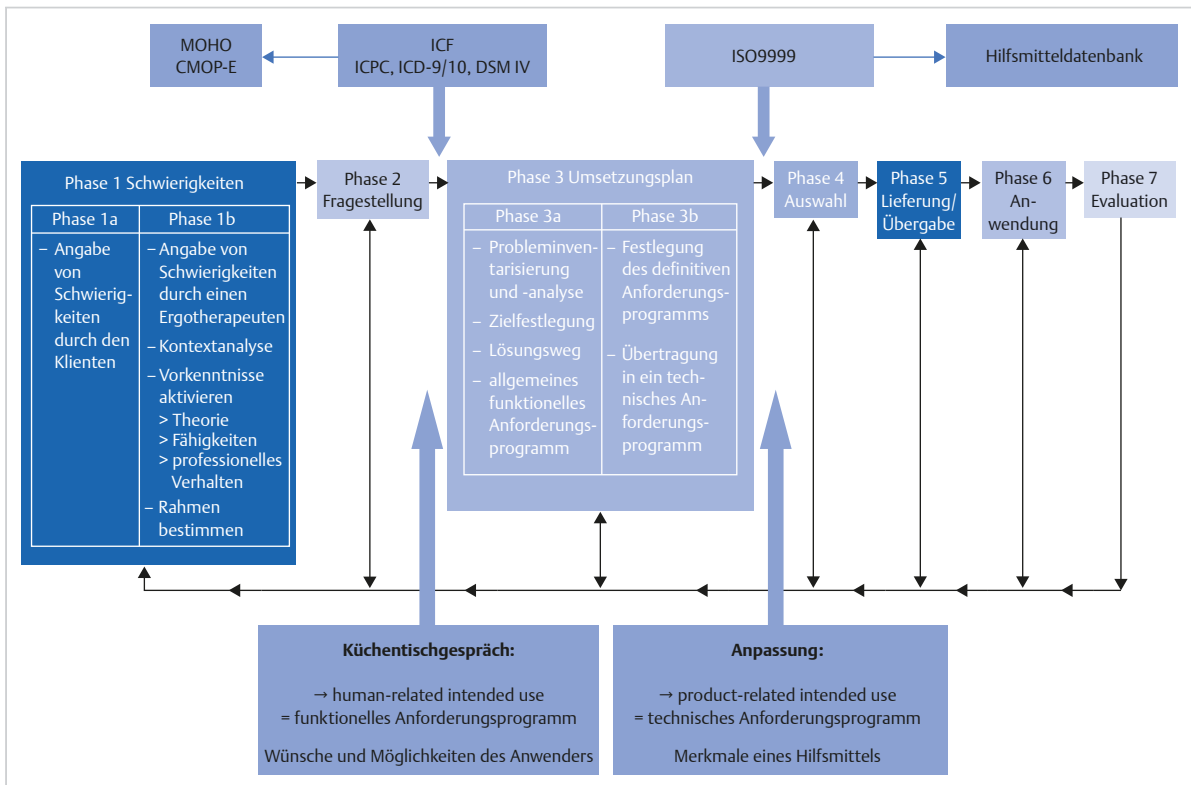


Abb. 11.4 Prozessmodell Hilfsmittelberatung (PAH-Modell; Driessen u. Schendzielorz 2015).

11.7.5 Das amerikanische „Matching-Person-and-Technology“-Modell (MPT)

Das spezifische Wissen des Ergotherapeuten konzentriert sich auf die Übertragung der funktionellen auf die technischen Programmerfordernisse. Dazu sollte er den Menschen, seine Umwelt und die Aktivitäten, die dieser ausführen möchte, kennen, aber auch technisches Wissen zu

den Produkten und den Produkteigenschaften mitbringen. Die Ergotherapie sorgt dafür, dass die Person und die Technik zusammenpassen. Marcia Scherer entwickelte dazu das MPT-Modell (Scherer u. Craddock 2002; ► Abb. 11.5). Um eine gute Übereinstimmung zu erreichen, stehen eine Reihe von auf diesem Modell basierenden Bewertungshilfen zur Verfügung.

Neben diesen Modellen gibt es von Vilans eine Checkliste mit wichtigen Punkten für die Hilfsmittelauswahl (► Tab. 11.1).

Tab. 11.1 Wichtige Fragen bei der Auswahl eines Hilfsmittels (nach Vilans a, ohne Jahresangabe).

Wichtige Fragen zur Hilfsmittelauswahl		Erläuterung
1.	Welche Schwierigkeit besteht?	Beschreibung der Schwierigkeit. Wie oft tritt sie auf? Besteht sie vorübergehend oder dauerhaft? Ist die Schwierigkeit stabil, progressiv oder regressiv? Wie sehen die Grenzen aber auch die Möglichkeiten des Anwenders aus? Limitierungen kompensieren und Möglichkeiten nutzen
2.	Kann die Schwierigkeit durch Training oder eine andere Arbeitsweise beseitigt werden?	Zum Beispiel können Schnürsenkel einhändig gebunden werden, wenn man sie auf eine besondere Weise einfädelt.
3.	Gibt es für die bestehende Schwierigkeit ein Hilfsmittel?	Hierzu kann man die Webseite www.rehadat-gkv.de und die europäische Hilfsmitteldatenbank Eastin (www.eastin.eu) heranziehen.

Tab. 11.1 Fortsetzung

	Wichtige Fragen zur Hilfsmittelauswahl	Erläuterung
4.	Wozu wird das Hilfsmittel benötigt?	Wird das Hilfsmittel nur zur Lösung der zuvor identifizierten Schwierigkeit verwendet oder soll es breiter einsetzbar sein?
5.	Wo wird das Hilfsmittel eingesetzt und wie sieht die dortige Umwelt aus?	In einer kleinen Wohnung, in der nur der Transfer vom Bett zum Rollstuhl geschafft werden muss, entscheidet man sich eher für einen Deckenlift als in einem geräumigen Haus, in dem der Nutzer auch gerne auf dem Sofa oder im Garten sitzt.
6.	Welche Haltung hat der Nutzer gegenüber Hilfsmitteln?	Ist jemand bereit und in der Lage, neue Fähigkeiten zu erlernen? Ist das Aussehen des Hilfsmittels wichtig oder steht die Funktionalität im Vordergrund?
7.	Wie hoch ist der Preis des Hilfsmittels und wer trägt die Kosten?	Gibt es die Möglichkeit einer Erstattung und welche finanziellen Möglichkeiten hat der Klient? Kaufen Sie das Gerät nicht, bevor die Kostenfrage geklärt ist. In den meisten Fällen wird ein Hilfsmittel nicht rückwirkend erstattet.
8.	Ist das Hilfsmittel ausreichend?	Das Gerät wird vor der Anforderung oder Anschaffung getestet. Bei Sonderanfertigungen ist das schwierig, aber eine Zwischenanpassung und/oder eine Anpassung bei Ablieferung kann helfen, viele Schwierigkeiten zu verhindern.
9.	Wer ist der Lieferant?	Für die Auswahl eines kompetenten Lieferanten ist nicht nur der Preis relevant, sondern auch die Kompetenz und der Service. Einen Eindruck kann man sich über den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. verschaffen (www.qvh.de/startseite).
10.	Wurde das Hilfsmittel gut eingestellt?	Lassen Sie das Gerät bei der Anlieferung durch den Lieferanten korrekt installieren.
11.	Weiß der Klient, wie er das Hilfsmittel einsetzen und unterhalten muss?	Fragen Sie den Lieferanten nach einer Gebrauchsanweisung und vergewissern Sie sich, dass sie auf Deutsch ist. Führen Sie eine regelmäßige Wartung durch. Hilfsmittel zur Mobilität erfordern eine mindestens jährliche Wartung.
12.	Ist das Hilfsmittel versichert?	Gegebenenfalls sollte eine Versicherung abgeschlossen werden. Dies gilt in jedem Fall für Scooter und E-Rollstühle.
13.	Ist das Hilfsmittel noch ausreichend?	Das Hilfsmittel sollte in regelmäßigen Abständen bewertet werden: Wurden die Schwierigkeiten durch das Hilfsmittel beseitigt und funktioniert es einwandfrei? Im gegenteiligen Fall sollten Sie entsprechende Maßnahmen ergreifen.



Abb. 11.5 MPT-Modell (Scherer 2005).

11.8 Diskussion

Die Anwendung von Technologien in der Klientenversorgung stößt immer noch auf Widerstände. Für manche Professionals scheint es gar einen Widerspruch zwischen Technologien und Versorgung zu geben. Ein ganz wesentlicher Punkt bei dem Thema ist, dass Technologien immer nur ein Hilfsmittel sind, um die Versorgung besser und/oder effizienter zu gestalten, jedoch nie ein Ziel an sich sein können. In diesem Kapitel wurden einige grundlegende Aussagen zur Diskussion gestellt.

11.8.1 Technologieakzeptanz

Die Begriffe „Technologieakzeptanz“ und „Technologieadoption“ beschreiben beide die Bereitschaft zum Einsatz von Technologien. Der Unterschied zwischen der Akzeptanz und der Adoption liegt in der inneren, mentalen Akzeptanz und ihrem tatsächlichen Einsatz (Bohlen 1964):

- Die Technologieadoption bezieht sich auf die Entscheidung eines Individuums oder einer Organisation zur Anwendung einer Innovation bzw. zu ihrer Aufnahme in den Alltag oder in den Arbeitsprozess (Rogers 1995). Nach Grol und Wensing (2011) steht Adoption für eine positive Haltung und Entscheidung zur Veränderung der eigenen Arbeitsweise.
- Technologieakzeptanz betrifft eher die geistige, innere Haltung einer Person gegenüber der freiwilligen Anwendung einer Technologie (Chau u. Hu 2002).

Die Erfahrung des Nutzens einer Innovation ist der beste Wegbereiter einer Technologieakzeptanz (Gücin u. Berk 2015, Ji et al. 2006, Lin et al. 2014). Wenn es eine ausreichende Unterstützung bei der Ingebrauchnahme und der Anwendung einer Technologie gibt, wirkt sich der Bedienungskomfort nicht auf die Annahme der Technologie aus. Sind die Vorteile des Technologieeinsatzes sehr deutlich, steigt die Bereitschaft zu ihrer Anwendung, auch wenn dies mühsam ist und der Unterstützung bedarf. Die Technologieakzeptanz kann auch von den Persönlichkeitsmerkmalen eines Menschen abhängen. Aus der Diffusionstheorie weiß man, dass sich die Haltung und das

Verhalten von Frühadoptoren (early adopters) und Spätadoptoren (late adopters) unterscheidet. Frühadoptoren stufen eine Innovation eher als „einfach zu gebrauchen“ und „vorteilhaft“ ein, während Spätadoptoren eine negative und zurückhaltendere Einstellung gegenüber technischen Innovationen mitbringen (Gücin u. Berk 2015, Escobar-Rodriguez u. Romero-Alonso 2014). Nach Nieboer et al. (2014) spielen die beruflichen Wertvorstellungen und deren Ausprägung für die Entscheidung, eine Technologie tatsächlich anzuwenden, eine Rolle. Dabei stellt sich heraus, dass die meisten Technologien von Professionals nicht freiwillig eingesetzt werden, sondern von den Leitungen mit der Verpflichtung zur Nutzung eingeführt werden. Es ist wichtig, dass Innovationen zu den Werten, den organisatorischen oder beruflichen Normen und den empfundenen Bedürfnissen der Professionals passen. Als wichtigster Wert gilt „entspricht den Bedürfnissen des Nutzers“. Andere wichtige Äußerungen waren „Wenn der Nutzer damit zufrieden ist, bin ich es auch“, der gegenseitige Respekt unter Kollegen, die Achtung der Aufsichtführenden und die Möglichkeit zu sorgfältiger Arbeit (Nieboer et al. 2014).

Die verschiedenen Theorien und Modelle zur Frage der Technologieakzeptanz sind zumeist eine Fortschreibung des Technology Acceptance Model (Davis 1989), das wiederum Elemente aus den Verhaltensmodellen der Theory of Reasoned Action (Fishbein u. Ajzen 1975) sowie der Theory of Planned Behavior (Ajzen 1985 u. 1991) enthält. Diese Modelle bilden auch die Grundlage des ASE-Modells mit Einstellung (attitude), sozialer Umwelt und Selbstwirksamkeit (Vries et al. 1988) und des Sechsstufenmodells der Verhaltensänderung (Balm 2002), das in der Ergotherapie oft Anwendung findet. In praktisch allen Modellen geht es um den Nutzen bzw. den Vorteil und die Anwenderfreundlichkeit der Innovationen, aber auch um die erleichterten Bedingungen und die Rolle der sozialen Umwelt. Konkreter beschrieben sind diese Faktoren im Decision-Innovation-Process-Modell, das auf dem Diffusion-of-Innovations(DOI)-Modell beruht (Rogers 1995; ► Abb. 11.6), wonach es in jeder Phase des Adoptionsprozesses Innovationsfaktoren gibt, welche die Adoption beschleunigen oder auch verzögern können.

fünf Phasen des Decision-Innovationsprozesses

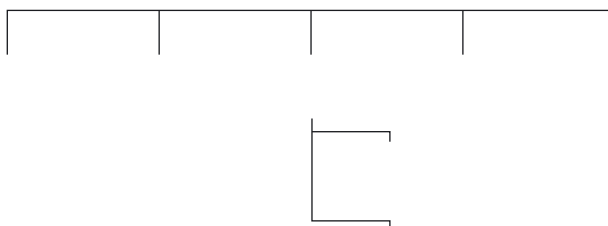


Abb. 11.6 Decision-Innovation-Process-Modell (Rogers 1995).

Technologieakzeptanz durch ältere Menschen

Aus Untersuchungen zur Technologieakzeptanz von selbstständig wohnenden älteren Menschen geht hervor, dass hier vielerlei Faktoren hineinspielen. Das Modell „Older adults' reasons for using technology while aging in place“ von Peek et al. (2015) hilft bei der Analyse dieser Faktoren, die eine Rolle beim Einsatz von Technologien zum Zwecke einer verlängerten Selbstständigkeit älterer Menschen spielen. Das Ziel des Modells ist es, ein möglichst vollständiges Bild zu umreißen. Immer wieder wird gesagt, dass die Technologieakzeptanz überhaupt kein Problem für ältere Menschen mehr sei, da inzwischen alle an die Informationstechnologien gewohnt seien. Doch das Modell zeigt auch, dass es leider nicht so einfach ist. Es gibt noch andere (psychische) Faktoren, wie etwa die Art und Weise, wie man als Älterer den Schwierigkeiten gegenübertritt, die sich durch das selbstständige Wohnen ergeben, und ob überhaupt die Notwendigkeit empfunden wird, eine bestimmte Technologie einzusetzen.

11.8.2 Ethische Überlegungen

Technologische Entwicklungen schaffen immer weitere Möglichkeiten für Menschen mit und auch ohne Behinderungen. Ergotherapeuten und andere Professionals, die mit der Beratung zu Hilfsmitteln und Technologien befasst sind, haben die ethische Verpflichtung, ihr Wissen über die verfügbaren Technologien und deren Einsatzmöglichkeiten auf dem neuesten Stand zu halten (Peterson u. Murray 2006). Aber wie macht man das am besten? Und werden alle neuen Technologien einfach so akzeptiert? Können neue Technologien unesehen verwendet werden? Die Antwort muss natürlich „nein“ lauten. Kitchener (2000) hat die Prinzipien der Ethik formuliert, die als ethische Überlegungen im Beratungsprozess und bei der Anwendung von Technologie gelten sollten:

- Nicht-Schaden (nonmaleficence)
- Fürsorge, Hilfeleistung (beneficence)
- Respekt vor der Autonomie des Klienten (respect for autonomy)
- Redlichkeit, Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit (fidelity)
- Gleichheit und Gerechtigkeit (justice).

Diese fundamentalen Grundsätze wurden von Peterson und Murray (2006) in ihrem 4-Stufen-Modell der ethischen Entscheidungsfindung als technologie-ethische Betrachtungen aufgegriffen.

Stufe 1: Zwischen Klient und Professional

Auf der ersten Stufe geht es um die ethischen Überlegungen zwischen dem Klienten und dem Professional. Der Professional bringt in seiner Bewertung das Hilfsmittel mit den Möglichkeiten, Beeinträchtigungen, Wünschen und Forderungen des Klienten in Einklang. Die ethischen Überlegungen betreffen folgende Fragen: Wird es dem Klienten dadurch besser gehen? Ist es sicher, drohen dem Klienten keine Verletzungen? Stärkt das Hilfsmittel die Autonomie des Klienten? Berate ich zuverlässig und ehrlich?

Beispiel zu Stufe 1

Frau Keller hat einen hohen Querschnitt und ist völlig abhängig von ihrem Rollstuhl. Sie wohnt alleine und erhält Hilfe über einen ambulanten Pflegedienst. Der Ergotherapeut hat bei der Auswahl eines Antidekubituskissens hauptsächlich auf die Effektivität des Kissens geachtet. Er hat aber bei der Wahl nicht bedacht, dass Frau Keller es selbst nicht handhaben kann und der ambulante Pflegedienst es oft versäumt, das Kissen zu kontrollieren. Dadurch war das Kissen häufig nicht gut aufgeblasen, worunter die Druckverteilung und damit die Funktion des Kissens litt. In der Folge entwickelte sich ein Dekubitus.

Stufe 2: Interprofessionell

Der eine Professional kennt sich besser mit Hilfsmitteln und deren Finanzierung aus als der andere. Es geht um Themen wie die Verbreitung und das Teilen von Informationen und um das Training vor und während der Nutzung von Hilfsmitteln. Die ethischen Überlegungen auf dieser Stufe sind: Treten sich die Professionals ehrlich und aufrichtig gegenüber? Wird rechtschaffen gehandelt?

Stufe 3: Institutionell

Auf der Stufe 3 geht es um die institutionelle Ebene, bei der eine Einrichtung für die effiziente und effektive Umsetzung der Versorgungsmaßnahmen verantwortlich ist. Auch hier stehen Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit und Rechtschaffenheit im Vordergrund.

Beispiel zu den Stufen 2 und 3

In einem Pflegeheim gibt es einen Rollstuhlpool. Geliefert werden die Rollstühle von einem Lieferdienst, der auch für die Wartung der Rollstühle zuständig ist. Das Personal, die Familien und die freiwilligen Helfer setzen die Rollstühle zu jeder passenden und unpassenden Gelegenheit für die Klienten ein. Wenn eine Bein- oder Kopfstütze fehlt, wird sie von einem anderen Stuhl genommen. Schäden oder fehlende Teile werden nie gemeldet. Der Lieferdienst hat bisher immer die Rollstühle repariert und neue Ersatzteile besorgt. Die entstandenen Kosten für das ganze System waren hoch.

Praktikanten aus der Ergotherapie und Physiotherapie haben die Aufgabe bekommen, den Rollstuhlpool zu verbessern. Nach einigen Beobachtungen und Gesprächen sind sie zu dem Schluss gekommen, dass sich offenbar alle Beteiligten, d. h. sowohl die Klienten und ihre Angehörigen,

als auch die Freiwilligen und Professionals auf der Station nur unzureichend mit Rollstühlen auskennen. Zudem ist das Registriersystem fehleranfällig, und Schäden an den Geräten werden nicht systematisch weitergeleitet.

Die Studierenden fassten ihre Ergebnisse in einem Bericht zusammen und gaben Empfehlungen zur Verbesserung des Rollstuhlpool. Dabei wendeten sie den PDCA-Zyklus oder Deming-Kreis zur kontinuierlichen Prozessverbesserung an („plan, do, check, act“ bzw. „planen, im Kleinen testen, umfassend prüfen, einführen und umsetzen“). Die Ziele sind u. a. die Anleitung aller Beteiligten im Umgang mit den Rollstühlen sowie ein digitales Registriersystem, das mit den anderen digitalen Systemen der Einrichtung kompatibel und vernetzbar ist.

Sodann wurde ein Plan zur Umsetzung erstellt.

Stufe 4: Behördlich

Auf der Stufe 4 geht es um Ämter und Behörden. Hält man sich an die Gesetze und Bestimmungen? Wer kontrolliert das? Wie sieht die Rechtsprechung hinsichtlich der Zuerkennung adäquater Hilfsmittel und Maßnahmen aus? Inwieweit werden die Rechte der Menschen berücksichtigt?

Beispiel zu Stufe 4

Der Ergotherapeut berät auf der Grundlage der aktuellen Rechtsprechung eine Einwohnerin einer niederländischen Gemeinde zum Kauf eines geeigneten und preiswerten elektrischen Rollstuhls für den inner- und außerhäuslichen Gebrauch. Der Ergotherapeut hat bei der Beratung nicht die Möglichkeit der Höhen- und Tiefenverstellbarkeit angesprochen. Mit einer solchen Funktion könnte die Frau selbst Dinge aus ihren Schränken und beim Einkaufen aus den Supermarktregalen nehmen. Auch könnte sie Gespräche in Augenhöhe mit Menschen führen, die stehen. Der Grund dafür, dass der Ergotherapeut darüber nicht gesprochen hatte, war, dass die Gemeinde diese Zusatzoption oft nicht vergütet. Die Frau ist im Nachhinein unzufrieden über die Beratung und schaltet einen Rechtsanwalt ein. Sie verweist dabei auf den UN-Vertrag zu den Menschenrechten von Personen mit Behinderungen. Dieser Vertrag ist wichtig für die Anerkennung der Gleichwertigkeit, Selbstständigkeit und Würde von Personen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen.

11.8.3 Privatsphäre und Sicherheit

Die Sicherheit und Zuverlässigkeit eines Gerätes sind die wichtigsten Voraussetzungen für die Wahrung und den Schutz der Privatsphäre des Anwenders. Es ist auch wichtig, dass die Nutzer selbst Einfluss auf die technischen Anpassungen nehmen können, vor allem wenn Gegenstände registriert und versendet werden. Dies ist mitunter schwierig, wenn es sich um ein sehr fortschrittliches und komplexes Gerät handelt. Auch der Schutz der persönlichen Daten ist wichtig, um die menschliche Integrität und Würde zu wahren. Technische Innovationen sind eine wertvolle Ergänzung der Möglichkeiten in der Versorgung, doch können sie nie den echten persönlichen Kontakt zu einem Professional ersetzen (Hoof u. Markopoulos 2008).

11.8.4 Dilemma

Die ► Abb. 11.7 führt einige Dilemmas und aktuelle Fragen zum Thema Implementierung neuer Technologien in der Versorgung auf, die als Anregung zum Nachdenken verstanden werden soll.

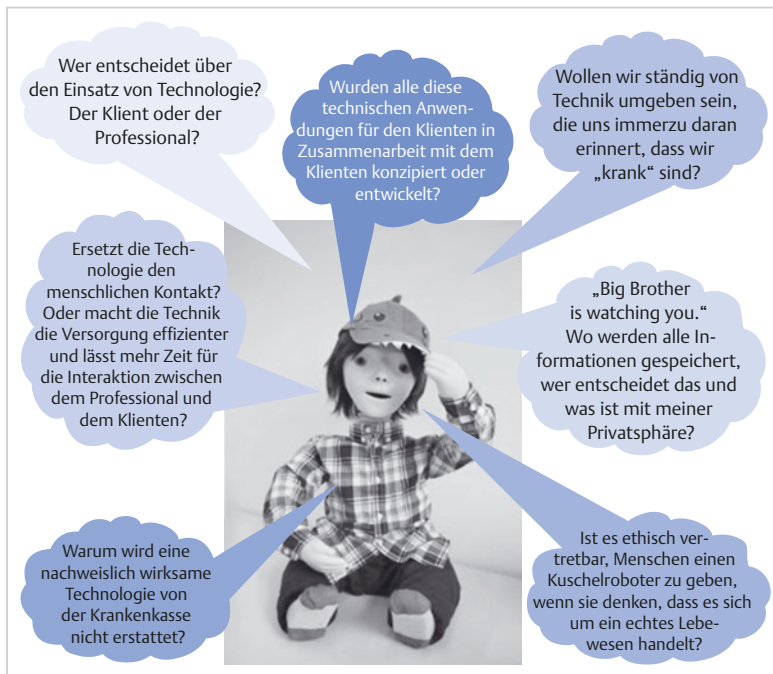


Abb. 11.7 Ethische Dilemmas bei der Implementierung neuer Technologien in der Versorgung (Hoof u. Markopoulos 2008).

11.9 Zusammenfassung

Zukünftig wird der steigende Versorgungsbedarf nicht mehr in der heutigen Art und Weise zu bewältigen sein. Technologien sind oftmals geeignete Instrumente, um die Versorgung der Zukunft sicherzustellen. Der zielgerichtete Einsatz technologischer Anwendungen eröffnet den Klienten und Professionals zahlreiche Möglichkeiten und wirkt sich unmittelbar auf das Betätigten aus. Zudem nutzen Ergotherapeuten bei ihrer Arbeit selbst mehr Technologien und arbeiten auch immer mehr mit anderen Professionals zusammen. Ergotherapeuten werden auch zunehmend an der Entwicklung neuer Produkte oder bei der Implementierung existierender Technologien in der Versorgung beteiligt sein. Dabei stehen der Blick auf die Anwenderfreundlichkeit und die Übereinstimmung des Produkts mit den Möglichkeiten des Klienten in seiner Umwelt im Vordergrund. Hier geht es also darum, Hilfsmittelexperte im besten Sinne zu sein.

„Technologie in der Versorgung“ ist ein Sammelbegriff mit vielen Einteilungen und Bezeichnungen. Eine mögliche Einteilung basiert auf der Anwendung und unterscheidet zwischen Unterstützungstechnologie und Televersorgung bzw. E-Health.

Unterstützungstechnologie kann individuell oder auch von einer Gruppe eingesetzt werden, um Aktivitäten und Partizipation zu ermöglichen. Dazu gehören einfache Hilfsmittel, wie etwa ein Strumpfanzieher, aber auch sehr fortschrittliche Hilfsmittel wie ein Pflegeroboter.

Pflegeroboter lassen sich nach der Rolle, die sie ausüben, in Serviceroboter und Sozialroboter unterteilen.

Die Hausautomation umfasst (unsichtbare) Technologien, die im Haus die Umwelt steuert, wie etwa durch die Fernbedienung der Wohnungstür oder das Umschalten der gesamten Hauselektronik in den Nachtmodus durch nur eine Gebärde. Zudem existieren viele Smartphone-Applikationen, mit denen etwa das Selbstmanagement unterstützt werden kann. Durch den Einsatz von Hilfsmitteln können Menschen selbstständiger werden oder bleiben und den Versorgungsbedarf hinauszögern oder sogar beseitigen.

In der Televersorgung bedienen sich sowohl Klienten als auch Professionals der Möglichkeiten der E-Health beim Empfangen bzw. Vergeben von Versorgungsleistungen. Sie umfasst verschiedene Anwendungen für Monitoring, Konsultation und Interventionen, wie etwa den Einsatz von Sensoren und Videoverbindungen. Die Televersorgung ist intra- und extramural in verschiedenen Einsatzgebieten und auch innerhalb verschiedener Untergebiete der Versorgung möglich.

Ergotherapeuten und andere Professionals, die in Bezug auf Hilfsmittel und Technologien beratend tätig sind, könne sich verschiedener Prozess- und Inhaltsmodelle bedienen, um die Zuteilung von Hilfsmitteln in systematischer und verantwortungsvoller Weise vorstatten gehen zu lassen. Sie haben die ethische Verpflichtung, ihr Wissen über die verfügbaren Technologien und deren Einsatzmöglichkeiten auf dem neuesten Stand zu halten.

Es ist wichtig, dass technologische Anpassungen sicher und zuverlässig sind. Eine Voraussetzung für den Einsatz von Technologie ist, dass der potenzielle Nutzer überhaupt zum Einsatz einer Technologie bereit ist. Die Erfah-

ring des Nutzens einer Innovation ist der beste Wegbereiter einer Technologieakzeptanz. In praktisch allen Verhaltensmodellen wird dies berücksichtigt, aber auch die dadurch vereinfachten Gegebenheiten und die Rolle der sozialen Umwelt sind wichtige Einflussfactoren. Das Modell van Peek helpt bij de Analyse dieser Factoren, die eine Rolle beim Einsatz van Technologien zum Zwecke einer verlängerten Selbstständigkeit bei allein lebenden älteren Menschen spelen.

Die fundamentele Grondsatzen der Ethiek können bei den ethischen Erwägungen im Beratungsprozess zum Einsatz van Technologien herangezogen werden. Es kann bei der Anwendung und Implementierung van Technologien in der Versorgung auch zu Dilemmas kommen. Fragen wie „Ist es ethisch vertretbar, dass demente Menschen einen Kuschelroboter bekommen, und ihn für ein echtes Lebewesen halten?“ oder „Warum wird Technologie, die nachweislich van großem Nutzen ist, nicht van Versicherern bezahlt?“ sind hochaktuell und immer ein wichtiger Diskussionsgegenstand.

11.10 Literatuur

- Aftel L, Freeman M, Lynn J, Mercer W. App Support. Mobile Software Applications for Individuals With Cognitive and Behavioral challenges. OT Practice 2011;June 20:8–12.
- Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991;50(2):179–211.
- Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J (Hrsg.). *Action control: From cognition to behavior*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1985:11–39.
- Andrich R, Mathiassen NE, Hoogerwerf EJ, Gelderblom GJ. Service delivery systems for assistive technology in Europe: An AAATE/EASTIN position paper. *Technology and Disability* 2013;25(3):127–146.
- Anttila H, Samuelsson K, Salminen AL, Brandt A. Quality of evidence of assistive technology interventions for people with disability: An overview of systematic reviews. *Technology and Disability* 2012;24:9–48. doi 10.3233/TAD-2011-0332
- Balkom H van, Luiken H, Golsteijn-Kramer D. IC iCon Apps: Initiatieven nemen in communicatie ondersteuning met apps. Woerden: OC-PHD B.V.; 2012.
- Balm MFK. *Exercise Therapy and Behavioural Change*. Utrecht: Lemma; 2002.
- Bemelmans R, Gelderblom GJ, Spierts N, Jonker P, Witte L de. Development of robot interventions for intramural psychogeriatric care. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 2013;26(2):113–120.
- Bemelmans R, Gelderblom GJ, Jonker P, Witte L de. Effectiveness of robot Pairo in intramural psychogeriatric care: A multicenter quasi-experimental study. *Jamda: Journal of the American Medical Directors Association*; 2015. doi: 10.1016/j.jamda.2015.05.007.
- Bijsterveldt M van, Hogema L, Cucic C. Verkenning extramurale hulpmiddelen met aanspraak op basis van de zorgverzekeringswet en hulpmiddelen voor diabetes, incontinentie en stoma als voorbeeld. Den Haag: ZonMw; 2015.
- Bohlen J. The adoption and diffusion of ideas in agriculture. In: Copp J (Hrsg.). *Our Changing Rural Society: Perspectives and trends*. Ames: Iowa State University Press; 1964:265–287.
- Bom T van der. De ergotherapeut als hulpmiddelenexpert?! *Ergotherapie Magazine* 2014;42(4):13.
- Chau P, Hu P. Examining a model of information technology acceptance by individual professionals: an exploratory study. *J Manag Inf Syst* 2002;18:191–229.
- Cowan DM, Turner-Smith AR. The user's perspective on the provision of electronic assistive technology: Equipped for life? *The British Journal of Occupational Therapy* 1999;62(1):2–6.
- Creemers H, Beelen A, Grupstra H, Nollet F, Berg LH van den. The provision of assistive devices and home adaptations to patients with ALS in the Netherlands: Patients' perspectives. *Amyotrophic Lateral Sclerosis & Frontotemporal Degeneration* 2014;15(5/6):420–425. doi:10.3109/21678421.2014.920031
- Davis F. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly* 1989;13(3):319–340.
- Diessen M, Schendzielorz T. Toepassing PAH, Procesmodel Adviseren van Hulpmiddelen. Heerlen: Opleiding Egotherapie, Faculteit Gezondheidszorg, Zuyd Hogeschool; 2015.
- Escobar-Rodríguez T, Romero-Alonso M. The acceptance of information technology innovations in hospitals: Differences between early and late adopters. *Behaviour & Information Technology* 2014;33(11):1231–1243.
- Fishbein M, Ajzen I. *Believe, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Weasley; 1975.
- Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2011.
- Gücin NÖ, Berk ÖS. Technology Acceptance in Health Care: An Integrative Review of Predictive Factors and Intervention Programs. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2015;195:1698–1704.
- Heerkens Y, Bougie T. Adviesrapport: gebruik van ICF, ISO 9999 en Cliq in Nederland. Utrecht: RIVM; 2014. <http://www.rivm.nl/who-fic/in/20140107%20-%20NPI%20-%20BRT%20adviesrapport%20ICF%20ISO%20Cliq.pdf>
- Heerkens Y, Claus E, Hagedoren E, Jonker H, Muylkens J, Bougie T, Ravensberg D van, Vreeswijk P. Verslag van het Project Opstellen Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen. RiFA. Fase 1 opstellen van een basisrichtlijn. Utrecht: Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad; 2010.
- Heijkers J, Spierts N, Witte L de. Onderwijs in technologie bij opleidingen ergotherapie; dat kan (en moet) beter! *Ergotherapie Magazine* 2015;1:34–41.
- Hoesterey C, Chappelle C. Touch the Future. Using iPads as a Therapeutic Tool. *OT Practice* 2012;July23:7–9.
- Hoof J van, Markopoulos P. Veiligheid en privacy. In: Kort H, Witte L de, Cordia A (Hrsg.). *Langdurende zorg en technologie*. Den Haag: Lemma; 2008:413–417.
- Jansens R, Roentgen U, Heijkers J, Hagedoren E, Verdonschot M, Dalemans R, Heuvel R van den, Huijnen C, Bedaf S, Heide L van der, Bemelmans R, Witte L de. Contribution of occupational therapy to the development, evaluation and implementation of innovative technologies. Conference paper COTEC-ENOTHE congress, June 15–19. Galway, Ireland; 2016. https://cotec-enothe2016.exordo.com/files/papers/877/initial_draft/Abstract_COTEC-ENOTHE_2016_Contribution_of_OT_to_innovative_technologies.docx
- Ji M, Jackson J, Park J, Probst J. Understanding information technology acceptance by individual professionals: Toward an integrative view. *Information & Management* 2006;43:350–363.
- Kaljouw M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015.
- Kitchener KS. Foundations of ethical practice, research and teaching in Psychology. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000.
- Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, Brabers A, Jong J de, Beenkens F, Friele R, Gennip L van. Op naar meerwaarde! eHealth monitor 2014. Utrecht en Den Haag: Nictiz en het NIVEL; 2014.
- Lin SP, Hsieh CY, Ho TM. Innovative healthcare cloud service model. *Applied Mechanics and Materials* 2014;543–547:4511–4513.
- Ministerie VWS. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Vergrijzing; 2014. http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/#reference_5138
- Movisie. Wmo 2015: wat is er veranderd? <https://www.movisie.nl/artikel/wmo-2015-wat-er-veranderd>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. Vergrijzing; 2014. http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/#reference_5138

- NEN. NEN-EN-ISO9999 Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen – Classificatie en terminologie (ISO/DIS 9999:2011) Vol. ICS 11.180.01. Delft: NEN Uitgeverij; 2012.
- Nieboer M, Hoof J van, Hout A van, Wouters E. Professional values, technology and future healthcare: The view of health care professionals in The Netherlands. *Technology in Society* 2014;39:10–17.
- Nictiz. Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg. Den Haag: Nictiz; 2005. <https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Boeken/procesbeschrijving-hulpmiddelenzorg.pdf>
- Nivel en CCTR. Rapport over Technologie in de Zorg thuis. Utrecht: Nivel; 2013. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Technologie-in-de-zorg-thuis.pdf>
- NPCF. Hulpmiddelen: weinig keuzevrijheid en lang wachten; 2015. <https://www.npcf.nl/nieuws/hulpmiddelen-weinig-keuzevrijheid-en-lang-wachten>
- Oort S van. Domotica: Doos van Pandora of heilige graal. Utrecht: TNO Bouw en Ondergrond; 2010.
- Peek S, Luijkx K, Rijnaard M, Wouters E. Older Adults' Reasons for Using Technology while Aging in Place. *Gerontologie* 2015;62(2).
- Peterson DB, Murray GC. Ethics and assistive technology service provision. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* 2006;1(1–2):59–67.
- Revermann C, Gerlinger K. Technologien im Kontext von Behinderung: Bausteine für Teilhabe in Alltag. Berlin: edition sigma; 2010.
- Royakkers L, Daemen F, Est R van. Overal robots. Automatisering van de liefde tot de dood. Den Haag: Boom Lemma; 2012.
- Rogers E. Diffusion of Innovations. New York: Free Press; 1995.
- Scherer MJ, Craddock G. Matching Person & Technology (MPT) assessment and process (reliability and validity). *Technology and Disability* 2002;14(3):125–131.
- Scherer MJ. Living in the state of stuck: How technologies affect the lives of people with disabilities. Cambridge, MA: Brookline Books; 2005.
- Sparkes-Griffin C. Wii-Habilitation. Using Wii as an Effective Intervention Tool for Seniors. *OT Practice* 2013;February25:18–19.
- UN. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, G.A. Res. 61/106. United Nations; 2007. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm>
- Veld A de, Lemette M, Heijnsman A. Adviseren door ergotherapeuten. Ergotherapeutische adviesmethodiek. Amsterdam: Boom; 2016.
- Vereniging Hogescholen. Inspiratiebrief voor alle Hoger Gezondheidszorgopleidingen in Nederland. Hogescholen in de lead om wendbare en weerbare zorgprofessionals van de toekomst op te leiden. Kesteren: R&H Drukkerij; 2015. http://www.verenighogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/001/original/Inspiratiebrief_voor_allegzo_opleidingen_in_Nederland_juni2015_VerenigingHogescholen.pdf?1436274209
- Verhoef J, Zalmstra A. Beroepscompetenties Ergotherapie. Een toekomstgerichte beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut. Den Haag: Boom Lemma; 2013.
- Vilans (a, ohne Jahresangabe). 15 Aandachtspunten bij het kiezen van een hulpmiddel. <http://www.hulpmiddelenwijzer.nl/15-aandachtspunten-bij-het-kiezen-van-een-hulpmiddel>
- Vilans (b, ohne Jahresangabe) Vilans Hulpmiddelenwijzer. Utrecht: Vilans. <http://www.hulpmiddelenwijzer.nl/>
- Vries H de, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research* 1988;3(3):273–282.
- Waite A. "App"titude. Smart Gadget Applications Showing Their Worth in Practice. *OT Practice* 2012;July2:9–12.
- WHO. Concept Note: Opening the GATE for Assistive Health Technology: Shifting the paradigm. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Witte L de. Technologie, mijn(n) zorg! Over langdurige zorg, technologie en innovatie. (Inaugurale rede, 20 juni 2008). Maastricht: Universiteit Maastricht; 2008.
- Witte L de, Knops H, Pyfers L, Röben P, Johnson I, Andrich R, Paganin A, Parker M, Forsberg S. Final Report on Service Delivery; 1995. http://portale.siva.it/files/doc/library/a416_1_ATServiceDelivery_HEART_ReportC51.pdf
- Zorgpact. Samen Leren(d) Zorgen; 2015. <https://zorgpact.nl/media/pdf/zorgpact-infographic.pdf>
- Zuyd Hogeschool (ohne Jahresangabe). Sjaboks- Handig voor thuis en onderweg. Heerlen: Zuyd. <http://www.sjaboks.nl>

11.10.1 Internetseiten

www.eizt.eu
<http://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/technologieindezorg>
<http://www.domoticawonenzorg.nl>
<http://www.hulpmiddelenwijzer.nl>
<http://www.hulpmiddeleninfo.be>
<http://aaate.net>
www.EASTIN.eu

12 Die Entwicklung des Betätigten

Margo van Hartingsveldt, Jolien van den Houten

„Jeder Mensch muss, um handeln zu können,
seine Tätigkeit für wichtig und gut halten.“

Leo Tolstoi (1828–1910)

Keywords

- Entwicklung des Betätigten
- Interaktionsperspektive der Entwicklung
- Determinanten der Person
- Determinanten der Umwelt
- Determinanten des Betätigten
- Entwicklung der Betätigungskompetenzen (occupational competence)
- Entwicklung im Laufe des Lebens
- Betätigungsrepertoire (occupational repertoire)
- Beherrschung von Betätigungen (mastery)

Science Center Nemo

Gestern war ich mit meinen Eltern und den Kindern im Science Center Nemo in Amsterdam. Es war schön zu sehen, mit wie viel Begeisterung die Kinder von einem Mitmach-Experiment zum nächsten liefen und alles ausprobierten. Lustig war auch, wie meine Mutter die Aufgabe mit unserer ältesten Tochter anging. Sie hatte ziemlich schnell raus, wie sie eine Lampe zum Leuchten bringen konnte, und versuchte dann, es mit Leon in die Tat umzusetzen, wobei sie alles selbst erklärte. Sie ist 12 und sonst technisch nicht sehr interessiert. Während der Heimfahrt im Zug erklärte dann unser Jüngster, wie man den Verlauf eines Flusses beeinflussen kann, was er gerade gelernt hatte. Meine Eltern waren nach diesem Tag ziemlich k. o. und ich sah, wie mein Vater große Mühe hatte, in den Zug einzusteigen. Zudem hatte er zunächst im hektischen Amsterdamer Hauptbahnhof vergessen, seine Bahncard zu benutzen. Die Kinder strotzten nur so vor Energie und entwickelten auf meinem Tablet ein eigenes Experiment, das sie dann in der Schule vorführen wollten.

12.1 Einleitung

Die Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen war im vergangenen Jahrhundert Gegenstand intensiver Forschungen. Es wurde viel über die Entwicklungen auf motorischem, kognitivem und sozioemotionalem Gebiet geschrieben. Für Ergotherapeuten sind diese Erkenntnisse wichtig, da sie dadurch einen Einblick in die Entwicklung des Betätigten erhalten. Die wissenschaftliche Disziplin

der Occupational Science untersucht diese Entwicklung, woraus sich wichtige Informationen für die Ergotherapie ableiten lassen (Pierce 2014).

Da Entwicklungen bei Kindern für alle sichtbar ablaufen, wird der Begriff auch vor allem mit dieser Lebensphase in Verbindung gebracht. Doch Menschen entwickeln sich zeitlebens, passen ihr Betätigen stets an und erlernen dabei immer wieder neue Fertigkeiten. Ein Beispiel dafür ist etwa die 70-jährige Frau, die sich ein Laptop zulegt, den Umgang damit einübt und sich dann in der Lage fühlt, verschiedene Aufgaben am Computer zu erledigen. So skypet sie etwa mit ihren Enkeln, führt ihre Bankkonten online und sucht über Google nach Informationen. In der Ergotherapie betrachtet man Entwicklung als lebenslangen Prozess. Dabei geht es um die Entwicklung in unterschiedlichen Lebensphasen: Kindheit, Jugend, Erwachsenenzeit, Alter. Durch die Erfahrungen mit der Welt, die einen umgibt, entwickeln Kinder und Erwachsene ein beständig wachsendes Betätigungsrepertoire. Erwachsene passen ihr Betätigen an neue Bedingungen in der Familie, bei der Arbeit oder in der Freizeit an. Sie entwickeln sich durch zahlreiche und vielfältige Erfahrungen im Betätigen zu älteren Menschen mit einer gewissen Lebenserfahrung. Im vorliegenden Kapitel geht es um die Entwicklung des Betätigten während des gesamten Lebens.

12.2 Entwicklung aus der Betätigungsperspektive

Menschen sind sich betätigende Wesen, und ein Leben ohne Betätigung ist kaum denkbar. Im Alltag sind Menschen ständig an irgendeiner Aktivität beteiligt, sei es allein oder zusammen mit anderen Personen. Die Ausführung des Betätigten wird im Laufe des Lebens immer wieder an die Anforderungen der sich verändernden Person, des Kontextes oder der Betätigung angepasst und hängt teilweise mit dem Alter des Kindes oder des Erwachsenen zusammen. Diese Entwicklung verläuft für jedes Individuum in seiner eigenen Umwelt und mit seinen eigenen Rollen und Anforderungen auf einzigartige Weise. In jeder Lebensphase steht eine Reihe von primären Betätigungsbereichen im Vordergrund. Während der Kindheit geht es hier vor allem um das Spielen und Lernen. Bei Erwachsenen wird das Betätigen vor allem von der Versorgung der Familie und der Erwerbsarbeit bestimmt. Bei Älteren nehmen die täglichen Routinen oftmals einen größeren Zeitraum in Anspruch, wodurch der Tag zumeist mit Versorgungsdingen und Freizeit ausgefüllt ist (Erlandsson u. Christiansen 2015).



Abb. 12.1 Positives Denken (Davis u. Polatajko 2010).

Für Kinder ist die Beobachtung von Aktivitäten und die Teilhabe daran lehrreich und sie motiviert sie zur Nachahmung (Humphry 2002). Das Tun ist bei Kindern der Weg, der die Entwicklung vorantreibt. In der Occupational Science begegnet man häufig dem Begriff „change“ im Zusammenhang mit Entwicklungen und Veränderungen beim Betätigen. Ergotherapeuten tragen dazu bei, derartige Veränderungen beim Betätigen zuwege zu bringen. Durch das Spielen bei und mit anderen Kindern, durch das Lernen, was die Gesellschaft an Wissen und Fähigkeiten fordert, sowie durch die Versorgung von sich selbst und anderen entwickeln Kinder ein Betätigungsrepertoire (occupational repertoire; Davis u. Polatajko 2010).

Durch das „Tun“ bedeutungsvoller Aktivitäten erleben sie Erfolge, entwickeln ein Gefühl der Kompetenz und erlangen ein positives Selbstbild (► Abb. 12.1). Auf diese Weise entwickeln sich Kinder zu erwachsenen Menschen, die aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Sie entwickeln so spielerisch ihre persönlichen Fähigkeiten. Das CMOP-E (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement; Polatajko et al. 2013) unterteilt diese persönlichen Fähigkeiten in physische (sensomotorisch), kognitive und affektive (sozioemotional). Bei der Arbeit mit Kindern wird diese Einteilung häufig verwendet, wobei es dann um die (senso)motorische, kognitive und sozioemotionale Entwicklung geht.

12.2.1 Motorische Entwicklung

Durch das „Tun“ durchschreiten Kinder die verschiedenen Phasen der sensomotorischen Entwicklung. Dieser Prozess erstreckt sich von der minimalen Kontrolle über die eigenen Bewegungen bis zur Ausführung komplexer Fertigkeiten wie laufen, springen einen Ball fangen und schreiben. Die Entwicklung der grob- und feinmotorischen Fähigkeiten erfolgt spielerischerweise und führt schließlich dazu, dass Kinder Querflöte spielen oder ein Tennismatch gewinnen können (Mandich u. Rodger

2006). Die Entwicklung und das Erlernen neuer motorischer Fertigkeiten dauert das ganze Leben lang an. Dies gilt für den 17-Jährigen, der Fahrstunden nimmt, und auch für den 50-Jährigen, der Schlagzeug spielen lernt. Beide werden dabei erfahren, dass die Automatisierung der verschiedenen Bewegungsmuster mit den Armen und Beinen viel Übung erfordert.

12.2.2 Kognitive Entwicklung

Kinder entwickeln durch das „Tun“ ihre eigenen kognitiven Fertigkeiten. Der Schweizer Biologe Jean Piaget (1896–1980), der die kognitive Entwicklung von Kindern erforschte, ging davon aus, dass Kinder ihre eigene Entwicklung gestalten, indem sie fortgesetzt mit ihrer Umwelt interagieren. Er unterschied vier Entwicklungsphasen des Kindes, wobei das Tun im Mittelpunkt steht und Kinder schließlich in die Phase des logischen und abstrakten Denkens eintreten. Piaget vertrat die Auffassung, dass Kinder durch die Verbindung von zuvor erworbenem Wissen mit neuem Wissen lernen. Er beschrieb auch die Bedeutung der Kognition für den Erwerb neuer Fertigkeiten (Piaget 1972).

Kognitive Entwicklung

Der russische Psychologe Lev Vygotsky (1896–1934) forschte über die kognitive Entwicklung des Kindes und unterschied zwei Entwicklungsniveaus: das Niveau der aktuellen biologisch vorgegebenen Entwicklung (bestimmt als das, was das Kind allein leisten kann) und das Niveau, das es mithilfe Erwachsener oder anderer Kinder erreicht. Was ein Kind zunächst nur mit Unterstützung zu leisten vermag, kann es nach einiger Zeit allein tun. Vygotsky betont in seinen Arbeiten die Bedeutung der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Abstand zwischen diesen beiden Entwicklungsniveaus, d. h. alleine versus in Zusammenarbeit). Die in diesem Bereich angebotenen Lernaktivitäten sind kognitive Aufgaben, die für die Kinder neu und herausfordernd sind, aber an das bestehende Wissen und die bisherigen Fertigkeiten anknüpfen. Durch diese Aspekte kann das, was in der Zone der nächsten Entwicklung eingeübt wird, in die bereits bestehenden kognitiven Netzwerke integriert werden. Dadurch lässt sich das Erlernte nach der Einübung selbstständig ausführen und es kommt zur Entwicklung. Auch heute basiert ein Großteil des regulären Unterrichts auf dem Konzept der „Zone der nächsten Entwicklung“. Vygotsky hebt auch die Entwicklung der kommunikativen Fähigkeiten hervor, um mit der Umwelt zu interagieren (Lehrpersonen und Mitschüler) und die Entwicklung voranzutreiben (Vygotsky 1978).

12.2.3 Sozioemotionale Entwicklung

Kleine Kinder spielen hauptsächlich nebeneinander, wobei sie jeweils ein wenig beim Nachbarn gucken, was man alles so machen kann. Wenn sie etwas älter werden, spielen sie mehr zusammen und lernen zu planen und Reihenfolgen einzuhalten. So erlernen sie auch den Umgang mit anderen Menschen. Das gemeinsame Tun und Teilen von Aktivitäten mit anderen Kindern ist für die sozio-emotionale Entwicklung wichtig (Mandich u. Rodger 2006). Es fördert den Sozialisationsprozess, wobei Werte, Normen und andere Kulturmerkmale erlernt werden. Auf diese Weise werden Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Ältere in ihren sozialen Fertigkeiten immer etwas kompetenter. Durch die Zunahme der Menge und Intensität der sozialen Kontakte vergrößert sich die soziale Umwelt (Bronfenbrenner 1994).

12.3 Entwicklung aus der Interaktionsperspektive

Die Entwicklungstheorien zielen vor allem auf die ersten 20 Lebensjahre, da die Entwicklung in diesem Lebensabschnitt so klar erkennbar ist. In der letzten Dekade wurde der Blick der Occupational Science verstärkt auf

die Entwicklung des Erwachsenenalters und das Älterwerden gerichtet. Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess, in dem es um die Entwicklung des Kindes, des Jugendlichen, des Erwachsenen und des Älteren in der jeweiligen Lebensphase sowie in der Interaktion mit der Umwelt geht.

Das Betätigen ist dabei sowohl das Produkt der Entwicklung als auch der Prozess. Durch Entwicklung erlangen Menschen bei den verschiedenen Betätigungsformen eine immer größere Kompetenz (Produkt) und das Betätigen, das „Tun“, ermöglicht Entwicklungen (Prozess). Mit anderen Worten: Die Entwicklung formt das Betätigen und das Betätigen formt die Entwicklung (Edwards u. Christiansen 2005).

Menschen durchlaufen zeitlebens einen Prozess aus Veränderung und Entwicklung. Aus historischer Sicht unterscheidet man drei verschiedene Theorien der Entwicklung: die Reifungstheorie, die Milieutheorie und die Interaktionstheorie (► Abb. 12.2).

12.3.1 Reifungstheorie

Die Reifungstheorie geht davon aus, dass es innerhalb einer Person zu einer Entwicklung des Verhaltens kommt, die von der Reifung des zentralen Nervensystems abhängt. Sie geht davon aus, dass die Umweltfaktoren darauf keinen Einfluss nehmen (► Abb. 12.2). Die motori-

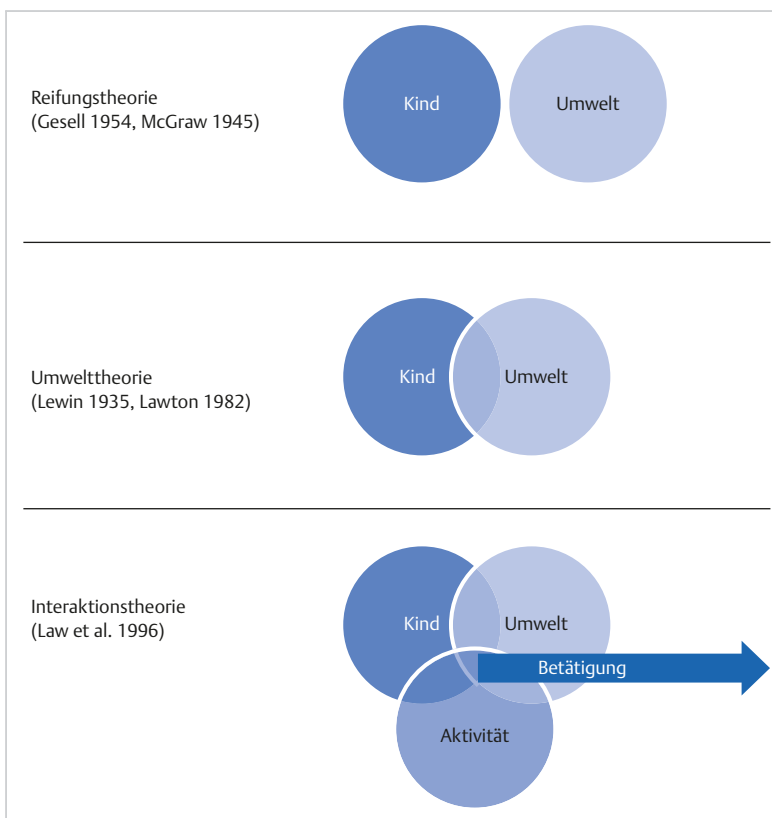


Abb. 12.2 Perspektiven der Entwicklung.

sche Entwicklung wird von Gesell und McCraw als qualitativer Prozess beschrieben, in dem die aufeinanderfolgenden Entwicklungsphasen einem festen und vorher-sagbaren Muster folgen. Diese Entwicklungsphasen wurden in der Literatur ausführlich beschrieben und stehen für feste Phasen der Kindheit, in der bestimmte Fertigkeiten erlernt werden: die wichtigen motorischen Entwicklungsschritte (=Meilensteine; Gesell 1954, McCraw 1945).

12.3.2 Milieutheorie

In den 1930er-Jahren forschte Kurt Lewin über den Einfluss der Umwelt auf die kindliche Entwicklung. Er erklärte, dass neben der Reifung des zentralen Nervensystems auch alle Aspekte der Umwelt eines Kindes Einfluss auf dessen willkürliches Verhalten habe (► Abb. 12.2). Seine Theorie stützte er teilweise auf Ergebnisse der Zwillingforschung, die getrennt voneinander aufgewachsen waren und sich unterschiedlich entwickelt hatten. Er versuchte sich an einer Formel, die das Verhältnis der verschiedenen Einflussfaktoren auf das Verhalten einer Person ausdrücken sollte: Verhalten ist die Funktion einer Person und ihrer Umwelt (Lewin 1935).

Lawton führte in den 1970er- und 1980er-Jahren Untersuchungen an Älteren durch und baute seine Theorie auf Lewins Arbeiten auf, indem er sie um die Interaktion zwischen der Person und seiner Umwelt erweiterte: Verhalten ist die Funktion einer Person, ihrer Umwelt und der Interaktionen zwischen beiden. Er bezeichnete dies als transaktionales Modell, bei dem die Interaktion im Mittelpunkt steht, und führte den Begriff „Person-Environment-Fit-Model“ ein (Lawton u. Nahemow 1973).

12.3.3 Interaktionstheorie

Kanadische Wissenschaftler unter Leitung von Mary Law entwickelten auf der Grundlage der Theorien von Lewin (1935) und Lawton und Nahemow (1973) das PEO-Modell (Person-Environment-Occupation-Model; Law et al. 1996), das zu den ersten derartigen Modellen in der Ergotherapie zählt. Der Kern dieses Modells liegt in der Überschneidung der drei Komponenten (► Abb. 12.2): Je stärker sich die drei Bereiche überlappen, desto zufriedensteher wird das Betätigen erlebt. Bei nur geringer Überschneidung der drei Kreise ist die Person mit ihrem Betätigen nicht zufrieden. Das PEO-Modell ist während des ganzen Lebens gültig, während sich der Grad der Überschneidungen fortlaufend ändert. Das Modell basiert auf der Interaktionstheorie, die davon ausgeht, dass Veränderungen des Verhaltens durch die kontinuierliche Interaktion der beteiligten Systeme (Person, Umwelt und Betätigung) zustande kommen, wobei keines der Systeme die Führung über die Veränderungen innehat. Die derzeitige Auffassung ist, dass Entwicklung sich nur als umfassendes interaktives System untersuchen lässt, das aus der

Person, ihren Betätigungen/Aktivitäten und ihrer Umwelt besteht (Law et al. 1996, Thelen u. Smith 1994).

Die Interaktionsperspektive geht von einem dynamischen System aus, das sich mit der Zeit verändert, wobei das Verhalten des Systems von der Erinnerung und dem Einfluss der Umwelt auf das System bestimmt wird (Case-Smith 2015). Die dynamische Systemtheorie (DST; Thelen u. Smith 1994, Shumway-Cook u. Woollacott 2007) geht davon aus, dass es durch die Interaktion verschiedener Systeme zur Bewegung kommt. Das DST-Modell besteht aus drei Kreisen: Person, Aufgabe und Umwelt. Der Bereich der Überlappungen steht für die dynamische Interaktion zwischen den Systemen. An den Schnittmengen aller drei Kreise kommt es zur Interaktion der Bereiche und es entsteht eine Bewegung (► Abb. 12.3).

Das DST-Modell weist einige Überschneidungen mit dem PEO-Modell (Law et al. 1996) der Ergotherapie auf. Beide Modelle bestehen aus drei einander überlappenden Kreisen, welche die Person, die Betätigung oder Aufgabe und die Umwelt repräsentieren. Der entscheidende Unterschied besteht in dem zugrunde liegenden Konstrukt. Das DST-Modell bezieht sich auf motorische Bewegungen und setzt sich aus der Theorie zum Bewegungslernen fort, während das PEO-Modell das Betätigen zum Thema hat und der Ergotherapie entspringt. Deutlich ist jedoch, dass die Interaktionsperspektive gut zu der Betätigungsperspektive passt, die in der Ergotherapie im Mittelpunkt steht. Beiden Perspektiven gemein ist die Ausrichtung auf die Interaktionen zwischen Person, Betätigung und Umwelt sowie die aktive Rolle der lernenden und sich entwickelnden Person.

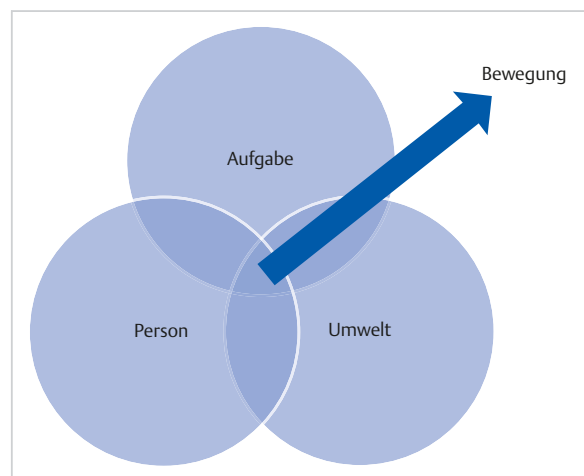


Abb. 12.3 Die dynamischen Interaktionen zwischen den Systemen (Shumway-Cook u. Woollacott 2007).

12.4 Entwicklung des Betätigten: die Aktivitäten

Die Entwicklung des Betätigten gilt aus der Interaktionsperspektive als das Ergebnis der Interaktionen der Person (Kind, Jugendlicher, Erwachsener oder älterer Mensch), der Betätigungen und der Umwelt. Sie findet während des ganzen Lebens statt. Die Menschen werden im Laufe ihres Lebens immer geschickter in ihrem Betätigen, bis diese Fähigkeiten ab einem gewissen Punkt im Alter und/oder infolge von Erkrankungen oder Beeinträchtigungen wieder abnehmen. Das Verständnis für diesen Verlauf ist für Ergotherapeuten wichtig, geht man von der Bedeutung des Betätigten für die Gesundheit und das Wohlbefinden aus.

Ausübung von Aktivitäten

Die verschiedenen Aktivitäten, die eine Person ausübt, sind die Bausteine für die Entwicklung des Betätigten. Im TCOP (taxonomic code of occupational performance) setzt sich das Betätigen aus verschiedenen „Aktivitäten“ zusammen, die wiederum aus unterschiedlichen „Aufgaben“, „Basisfertigkeiten“ und „Funktionen und mentale Prozesse“ gebildet werden (Polatajko et al. 2013). Die Ausübung bedeutungsvoller Aktivitäten in einem Kontext (das Betätigen) wird, sofern es beherrscht wird, in immer komplexere Formen des Betätigten überführt. Ein Beispiel dafür ist die Erforschung eines Lego-Duplo-Steines durch ein kleines Kind. Es nimmt ihn in den Mund, schlägt damit auf den Boden usw. (die verschiedenen Möglichkeiten des Spiels mit einem Duplo-Stein). Wenn der Stein in ausreichendem Maße erfasst wurde, kann er in ein komplexeres Spiel überführt werden und es wird ein Haus gebaut, bevor er dann noch etwas später im gemeinsamen Spiel mit anderen Kindern zum Einsatz kommt.

Ein weiteres Beispiel ist die Nutzung eines Smartphones. Bevor die vorhandenen Möglichkeiten in vollem Umfang genutzt werden können, muss sein Besitzer zunächst die Tastatur, die Wischfunktion, das Menu, die Internetfunktionen usw. erkunden. Das Verständnis für die Aktivitäten, Aufgaben und die zugrunde liegenden Basisfertigkeiten unterstützt die ergotherapeutische Sicht auf eine eingeschränkte Betätigungscompetenz etwa infolge zunehmenden Alters.

Die Verwendung der Smartphone-Tastatur kann für ältere Menschen bei verminderten kognitiven und sensorischen Fertigkeiten erschwert sein.

In der Occupational Science befindet sich die Theoriebildung zur Entwicklung des Betätigten selbst immer noch in der Entwicklung. Humphry und Wakeford (2006) haben eine Arbeit zur Entwicklung des Betätigten aus der Interaktionsperspektive erstellt, wo sie dreierlei Perspektiven unterscheiden:

1. die Schaffung von Möglichkeiten zur Ausübung von Aktivitäten in und mit der Umwelt. Man denke etwa an die Gemeinde, die Spielplätze anlegt.
2. der gesellschaftliche Einfluss auf das Angebot von Aktivitäten, wie etwa das Angebot des im Handel erhältlichen Spielzeugs
3. der selbst organisierende Prozess des Kindes, das für eine Teilhabe am Betätigen sorgt.

Wenngleich das Vor- und Nachmachen wichtige Faktoren in der Entwicklung des Betätigten sind, betont Humphrey gerade das Ziel der Betätigung als Schlüssel der Entwicklung. Sie zeigt, dass fehlendes Wissen oder eine unzureichende Vorstellung über das Ziel einer Aktivität, die Intention zu ihrer Ausübung beeinträchtigt und dadurch die Entwicklung des Betätigten negativ beeinflusst (Humphrey 2002). Wenn ein erwachsener Mann beschließt, Schlittschuhlaufen zu lernen, tut er dies in dem Wissen, was Schlittschuhlaufen ist und was man damit erreichen kann. Ohne dieses Wissen ist es schwierig, mit einer neuen Aktivität zu beginnen.

Edwards und Christiansen (2005) stellen die Vorstellung vom Betätigten als Produkt der Entwicklung und Förderer des Entwicklungsprozesses zur Diskussion. Für sie sind Wachstum, Reifung und Lernen die Kernelemente der Entwicklung. Dabei beeinflussen sich die verschiedenen Entwicklungsgebiete gegenseitig und interagieren miteinander hinsichtlich ihrer Funktionen, sodass Veränderungen im Laufe des Lebens möglich sind (Edwards u. Christiansen 2005).

Beide Theorien betonen die intrinsische Motivation einer Person als Entwicklungsfaktor des Betätigten. Sie erklären jedoch die Komplexität seiner Entwicklung nur unzureichend, weil der wichtige Einfluss der Umwelt in den Modellen nicht richtig zur Geltung kommt (Davis u. Polatajko 2011). Beim Legospiel sollte die Umwelt ein wichtiger Faktor sein, der das Kind in seinem Spiel anregt. Auch im Hinblick auf das Smartphone wird der Einfluss der Umwelt eine wichtige Rolle dabei spielen, ob eine ältere Person sich der Nutzung eines Smartphones zuwendet oder nicht.

12.5 Entwicklung des Betätigens: die Person

Die Entwicklung des Betätigens durch die Person hat in der Interaktionsperspektive drei Aspekte (Davis u. Polatajko 2011):

- Kontinuität im Betätigen in allen Lebensphasen
- Entwicklung eines Betätigungsrepertoires
- persönliche Faktoren (Determinanten), die das Betätigen beeinflussen.

12.5.1 Kontinuität im Betätigen

Die Entwicklung des Betätigens ist ein kontinuierlicher Prozess, der sich durch alle Lebensphasen zieht. Er beginnt mit der Empfängnis und endet mit dem Tod. Dabei sind alle Lebensphasen wichtig, ohne dass einer von ihnen eine größere Bedeutung zugesprochen werden könnte (Davis u. Polatajko 2011). Die Entwicklung vollzieht sich für jeden Menschen in seiner eigenen Umwelt und mit den eigenen Rollen und Aufgaben auf eigenständige Weise. Manchmal verlaufen diese Entwicklungen ganz reibungslos und manchmal mit Haken und Ösen (Edwards u. Christiansen 2005). Aktivitäten, die einer bestimmten Lebensphase zuzurechnen sind (Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenzeit, Alter), weisen auf der Grundlage von individuellen und kulturellen Unterschieden eine große Variationsbreite auf (Wright u. Sugarman 2009). Neue Aktivitäten entstehen in jedem Lebensabschnitt. Ein Kleinkind lernt das Malen mit Farben, ein Jugendlicher lernt, sich selbst das Essen zuzubereiten, ein Erwachsener erlernt Fertigkeiten, die an seinem neuen Arbeitsplatz erforderlich sind, und ein älterer Mensch lernt Fertigkeiten für ein neues Hobby, für das nach dem Arbeitsleben endlich genügend Zeit ist. Betätigungsmuster (occupational patterns) bestehen aus festen und vorhersagbaren Abläufen, die Teil des Betätigens der Person sind (Bendixen 2006). Vergleichbare Betätigungsmuster werden in einer späteren Lebensphase häufig auf ein höheres, komplexeres Niveau gehoben. So lernen Kinder im Grundschulalter das Rollschuhfahren oder Skaten, wovon sie als Erwachsene z.B. profitieren, wenn sie dann Eisschnelllauf trainieren wollen. Ein Mädchen, das gerne Handball spielt, wird als Erwachsene eine Vorliebe für Ballsportarten behalten. Die Entwicklung des Betätigens ist ein lebenslanger und kontinuierlicher Prozess, zu dem die Erweiterung, die maximale Beherrschung und auch die Abnahme von Fertigkeiten bei der Ausübung von Aktivitäten im Laufe des späteren Lebens gehören. Veränderungen der persönlichen körperlichen, psychosozialen und kognitiven Möglichkeiten und Interessen führen auch zu Änderungen beim Betätigen. Das Gleiche gilt für Veränderungen in der Umwelt und bei den Anforderungen, die an die Durchführung einer Aktivität gestellt werden (Davis u. Polatajko 2011).

12.5.2 Entwicklung eines Betätigungsrepertoires

Das Betätigungsrepertoire (occupational repertoire) besteht aus der Summe aller täglichen Aktivitäten zu einem gegebenen Zeitpunkt. Durch die explizite Betrachtung des Betätigungsrepertoires eines Klienten wird das Betätigen in seiner Gesamtheit erfasst und in seiner Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Person verstanden (Davis u. Polatajko 2010).

Maike

Wie auch ihr Bruder spielt Maike Dienstagsabends in der Jugendmannschaft des örtlichen Volleyballvereins. Dort entdeckt man ihr Talent und nominiert sie für ein regionales Jugendauswahlteam am Sonntagabend. Nur kurze Zeit später trainiert sie bereits mit der Jugendnationalmannschaft. Maikes Eltern bekommen viele Komplimente dafür, dass sie Maikes Freude am Volleyball so gefördert haben. Die Eltern sagen, dass Maike ihre Hausaufgaben auf dem Autorücksitz während der Fahrten zum Training und zu den Wettkämpfen erledigt. Aufgrund der langen Reisezeiten kommt sie an den Wochenenden oft erst spät ins Bett, und das gemeinsame Essen als Familie findet allenfalls noch zweimal wöchentlich statt.

Der Fokus der Ergotherapie liegt vor allem auf der Erweiterung der Kompetenzen bei der Durchführung spezifischer Aktivitäten. Maikes Geschichte verdeutlicht, dass nicht nur eine spezifische Aktivität, sondern auch der Umgang mit der Summe aller Aktivitäten (Betätigungsrepertoire) der Aufmerksamkeit bedarf. Auch wenn Ergotherapeuten die Bedeutung dieses Blickes auf die Metaebene des Betätigens ausdrücklich nahe gebracht wird, erfolgt die Umsetzung vergleichsweise selten. Bei Personen mit geringer Belastbarkeit wird der Blick auf die Gesamtheit der Aktivitäten an einem Tag gerichtet, um Möglichkeiten einer besseren Kräfteverteilung etwa mithilfe einer „Aktivitätenwaage“ zu ermitteln, die als App oder in handschriftlicher Form bei der möglichst effizienten Verteilung der Energien auf die Aktivitäten über den Tag hilft (Hove-ten Moederdijk u. Hulstein-Gennep 2014).

Wenn das Betätigungsrepertoire einer Person aufgrund der Menge der Aktivitäten nicht zu bewältigen ist, oder durch einen Rückgang der Aktivitäten zu wenige Herausforderungen bietet, kann das gesundheitliche Folgen haben (Davis u. Polatajko 2010). Wenn man sich nur auf spezifische Aktivitäten konzentriert, ohne sich das Betätigungsrepertoire auf der Metaebene anzusehen, kann der Ergotherapeut wichtige Aspekte bei der Ermöglichung des Betätigens übersehen.

12.5.3 Persönliche Faktoren (Determinanten)

Die genetische Anlage, das Lernen und die Plastizität des Gehirns, sowie die aktive Partizipation und die Motivation sind persönliche Faktoren, die sich auf die Entwicklung des Betätigten auswirken. Im Folgenden werden wir diese Faktoren ein wenig genauer betrachten.

Genetische Anlage

Das ererbte genetische Material, das Genom, beeinflusst die Entwicklung des Betätigten. Auf welche Weise dies geschieht, wird in zwei Theorien zu erklären versucht:

- Die deterministische Sicht geht davon aus, dass Talent wie auch die Intelligenz oder das motorische Geschick in den Genen determiniert ist und eben die Intelligenz und die Geschicklichkeit bestimmen.
- Die probabilistische Sicht besagt, dass die Gene mehrere Möglichkeiten in sich bergen. Diese Möglichkeiten werden durch die Interaktion mit der Umwelt in unterschiedlichem Maße weiterentwickelt. Die Umwelt beeinflusst also, welche Gene in welchem Umfang aktiv werden. Das Ausmaß eines Talents ist dabei nicht bei Geburt festgelegt, sondern wird durch relevante Erfahrungen geformt (Leseman 2005).

Die darüber geführte Diskussion wird auch als Nature-Nurture-Dichotomie bezeichnet und sucht nach dem wahren Verhältnis zwischen der Bedeutung der Gene und der Bedeutung der Umwelt für die Entwicklung. Inzwischen ist man sich darüber einig, dass beide Faktoren bedeutungsvoll sind, wobei deutlich wird, dass das aktive „Tun“ in einer fordernden und stimulierenden Umwelt die Entwicklung des Betätigten anregt (Davis u. Polatajko 2011).

Lernen und die Plastizität des Gehirns

Lernen stellt sich bei allen Aspekten des täglichen Lebens beim zielgerichteten Betätigten in sozialen, Spiel-, Lern-, Arbeits-, Freizeit-, spirituellen und Überlebensaktivitäten ein. Da jeder Mensch mit anderen Fähigkeiten geboren wird und in einer anderen Umwelt mit anderen Anforderungen aufwächst, verfügt auch jeder Mensch über eine einzigartige persönliche Kompetenzentwicklung. Die angeborene Leichtigkeit, mit der Kinder lernen, bestimmt den Zusammenhang zwischen den angeborenen und den sich entwickelnden Fähigkeiten, die für die zu lernenden Aktivitäten erforderlich sind. Diese Aktivitäten bilden die Grundlage des Betätigungsrepertoires einer Person. Die Möglichkeit des Lernens fußt auf der Plastizität, d. h. der Formbarkeit und Wandelbarkeit des Gehirns, die nach heutigem Wissen durch Anlage und Umwelt bestimmt wird.

Zentrales Nervensystem

Das zentrale Nervensystem (ZNS) ist kein statisches, unveränderliches Organ, sondern es verändert sich fortwährend auf der Basis von Lernerfahrungen. Durch diese plastischen Eigenschaften des ZNS sind auch die Eigenschaften jedes Menschen einzigartig (Cranenburgh 2009).

Der Mensch lernt am meisten zu Beginn seines Lebens, da zu diesem Zeitpunkt die Plastizität des Gehirns noch am größten ist. Dies gilt ganz besonders für das allererste Lebensjahr, wenn das Kind und mit ihm das Gehirn sehr stark wächst. Von der Geburt bis zur vollen Reife verdreifacht sich der Umfang des menschlichen Gehirns. Im Allgemeinen ist mit diesem Wachstum auch eine äquivalente Zunahme der Betätigungskompetenzen verbunden (Davis u. Polatajko 2011). Das Lernen und die Plastizität des Gehirns sind somit wichtige Faktoren der Entwicklung.

Aktive Partizipation und Motivation

Für das Erlernen einer Aktivität ist das aktive Tun unerlässlich. Die aktive Partizipation und die Motivation im Hinblick auf die Aktivität sind eng miteinander verbunden. Motivation ist ein komplexer Begriff, der mit den unterschiedlichen Prozessen zusammenhängt, die für den Beginn, die Aufrechterhaltung und den Grad der Intensität des Betätigten eine Rolle spielen. Deci und Ryan (2000) entwickelten die Selbstdeterminationstheorie, die für die Qualität der Motivation bestimmend ist. Dieser Theorie zufolge haben Menschen drei fundamentale Bedürfnisse: 1. Kompetenz erleben und spüren, dass man etwas kann, 2. selbst bestimmen, was man tun will, und nicht etwas von anderen aufgezwungen bekommen und 3. nach Verbundenheit, d. h. Beziehungen eingehen können, dazugehören und von anderen akzeptiert werden (Deci u. Ryan 2000, Hiemstra u. Bohlmeijer 2013). Aus den Kernelementen des Betätigten entsteht Motivation, wenn ein positiver Zusammenhang (fit) zwischen den individuellen Möglichkeiten (körperlich, kognitiv, emotional), dem Kontext und den Aktivitäten, die jemand ausüben möchte, besteht. Die aktive Teilhabe am Spielen, Lernen, Arbeiten und an der Versorgung von sich selbst und anderen stellt sich ein, wenn die Aktivität eine Anforderung darstellt und bedeutungsvoll und somit motivierend ist. Die Gründe dafür stellen sich aufgrund des Fits dann für jeden Einzelnen anders dar.

Aktive Partizipation und Motivation

Wiseman et al. (2005) beschrieben unterschiedliche motivierende Faktoren bei Kindern, wie etwa das reine Genießen einer Aktivität und die Freude bei der Ausführung. Viele Kinder tun etwas, um eine positive Rückmeldung oder eine Belohnung zu erhalten, weil sie gut darin sind, aus Neugier oder aus dem Bedürfnis heraus, etwas zu erklären oder anderen zu helfen. Auch das Gefühl von Verantwortlichkeit kann ein Motivator dafür sein, etwas zu tun, und Kinder führen Aktivitäten auch wettkampfmäßig aus. Dies zeigt, dass die Partizipation und Motivation persönliche Faktoren sind. Je stärker die Motivation einer Person zur Ausübung einer Aktivität ist, umso stärker ist auch ihre Teilhabe an der Aktivität und ihre Bereitschaft zur Entwicklung der für diese Aktivität erforderlichen Kompetenzen.

Ein Beispiel sind die Brüder Arthur und Lucas Jussen, die seit ihrem 5. Lebensjahr Klavier spielten und 10 Jahre lang 3 Stunden täglich vor dem Flügel verbrachten. „Wir hatten zu Hause ein Klavier stehen, mit dem eigentlich wenig gemacht wurde. Ich bin dann damals mal dahinter gekrochen.“ Das war für Lucas Jussen der Beginn und auch sein jüngerer Bruder Arthur schien ein großes Talent mitzubringen. Seitdem eroberten sie die Welt mit einem internationalen Plattenvertrag und erlangten gleich mit der ersten CD Goldstatus.

12.6 Entwicklung des Betätigten: die Umwelt

12.6.1 Physische und soziale Umwelt

Menschen betätigen sich in einem Kontext. Während ihres Lebens entwickeln Menschen sich in Interaktion mit ihrer physischen und sozialen Umwelt (Davis u. Polatajko 2011). In den verschiedenen Lebensphasen erlernen Menschen verschiedene Aspekte ihres Betätigungsrepertoires. Dieses Lernen läuft für jeden anders und in einem anderen Tempo ab. Von der Geburt des Kindes an wächst seine Umwelt immer weiter. Zu Beginn beschränkt sich seine Interaktion noch auf die unmittelbare Umwelt. Wenn ein Kind beginnt, sich fortzubewegen, vergrößert sich seine Umwelt immer weiter, und indem das Kind immer mehr Möglichkeiten bekommt, wird auch die Interaktion mit der physischen und sozialen Umwelt immer intensiver. Zunächst geschieht dies in der Nachbarschaft und der nahen Umwelt am Haus. Für den unabhängigen Jugendlichen und Erwachsenen gibt es dann keine geografischen Grenzen mehr. Studierende etwa verbringen oftmals einen Teil ihrer Ausbildung im Ausland und manche Arbeitnehmer werden am anderen Ende der Welt

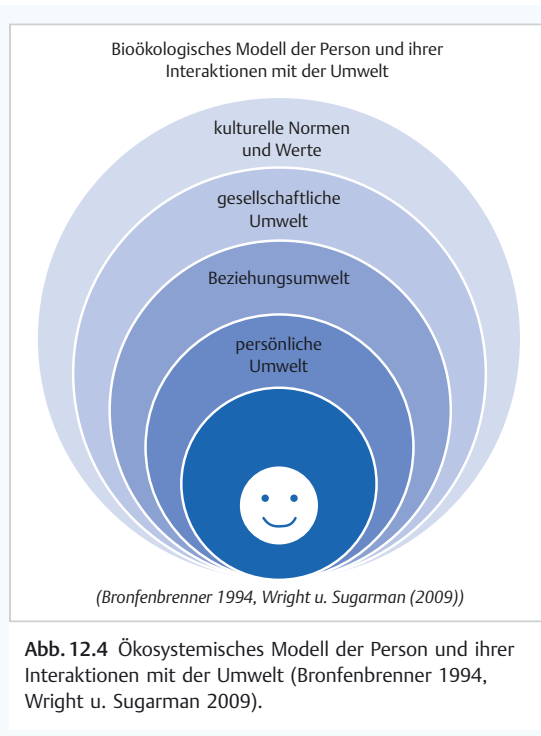
eingesetzt. Jugendliche verbringen mit 16 vielleicht mit Freunden eine Woche Ferien in Spanien, die Volljährigen unternehmen nach ihrer Ausbildung eine Weltreise und die Alten überwintern irgendwo im milden mediterranen Klima.

Ökosystemischer Ansatz nach Bronfenbrenner

Der russisch-amerikanische Entwicklungspsychologe Urie Bronfenbrenner ging davon aus, dass die Umwelt einen großen Einfluss auf die Entwicklung hat. Er hat dies in seinem ökosystemischen Ansatz dargelegt. „Öko-“ steht dabei für die biologischen Faktoren einer Person – Alter, Geschlecht und Erbfaktoren –, „systemisch“ steht für die Interaktion mit der Umwelt. Bronfenbrenner setzt die Person in den Kontext ihrer ständig wachsenden sozialen Umwelt und erklärt, dass die sozioemotionale Entwicklung durch die Interaktion mit der soziokulturellen Umwelt zustande kommt (Bronfenbrenner 1994). Wright und Sugarman (2009) haben dieses Modell angepasst und gehen von vier beständig wachsenden Umwelten einer Person aus, die miteinander interagieren (► Abb. 12.4):

1. Das Mikrosystem ist die persönliche, unmittelbare Umwelt (personal setting): Familie, Schule, Freunde, Vereine und Menschen aus der direkten Wohnumwelt.
2. Das Mesosystem bildet die Beziehungen (setting in interactions) zwischen den verschiedenen Personen der direkten Umwelt: z. B. Freunde aus der Schule, die auch Fußball mögen, oder ein Arbeitskollege, der in derselben Straße wohnt.
3. Das Exosystem bildet die gesellschaftliche Umwelt (institutions and systems), die einen indirekten Einfluss auf die Person ausübt: z. B. Beschlüsse der Schulverwaltung oder die politische Agenda eines Landes im Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden.
4. Das Makrosystem setzt sich aus den kulturellen Normen und Werten zusammen und betrifft den sozioökonomischen Status, die Kultur, die Subkultur und die Glaubensrichtung.

Diese verschiedenen Umwelten beeinflussen die Entwicklung des Kindes, des Jugendlichen, des Erwachsenen und auch des älteren Menschen, die ihrerseits mit ihrem Tun die Umwelt beeinflussen (Bronfenbrenner 1994). Für Ergotherapeuten bietet dieses Modell eine Struktur zur Analyse der Umweltfaktoren.



Die Bedeutung der Umwelt für die Entwicklung wird in Untersuchungen an kleinen Waisenkindern mit Umweltdeprivation deutlich. Die Folgen der Deprivation bei diesen Kindern sind teilweise umkehrbar. Eine kanadische Untersuchung an Adoptivkindern, die aus rumänischen Kinderheimen stammten, zeigte, dass die Umkehrbarkeit mit dem Zeitraum, den die Kinder in einem Heim verbracht hatten, mit dem dort verfügbaren Spielmaterialien sowie mit der Aufmerksamkeit, die ihnen von dem Personal entgegengebracht worden war, zusammenhing (Morison et al. 1995).

12.6.2 Historischer und kultureller Kontext

Die physische und soziale Umwelt eines Menschen setzt sich aus seinem historischen und kulturellen Kontext zusammen (Davis u. Polatajko 2011). Das Bronfenbrenner-Modell bildet den Einfluss der direkten Umwelt und den umgebenden Kontext ab. Kürzlich wurde noch eine fünfte Umwelt definiert: der zeitliche Kontext (Chronosystem). Dieser besteht aus den Veränderungen der Person und der Umwelt im Laufe der Zeit (Wright u. Sugarman 2009). Das System beschreibt die Bedeutung des Einflusses von Umweltveränderungen, die das Ergebnis historischer Entwicklungen und kultureller Veränderungen sind. Die historische Periode, in der eine Person lebt, hat einen Einfluss auf die Entwicklung des Betätigens und des Betätigungsrepertoires.

Computer und soziale Medien

Das historische Umfeld der Depression der 1930er-Jahre oder des Zweiten Weltkriegs beeinflusste das Betätigen von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen und heute sind es die Möglichkeiten des digitalen und virtuellen Kontextes. Kinder, die in den 1950er-Jahren aufgewachsen sind, hatten, wie Gerard Reve in „Die Abende“ ausführlich beschrieb, ganz andere Spielmöglichkeiten als Kinder, die in der heutigen Zeit aufwachsen. Mit den heutigen Spielzeugen und den enormen Möglichkeiten des digitalen und virtuellen Kontextes sieht das Betätigungsrepertoire der Kinder jetzt ganz anders aus. Insofern ist es schön, zum Beispiel Annie M. G. Schmidts Geschichten von „Heiner und Hanni“ oder „Julia und Alexander“ (niederländisch: „Jip en Janneke“) mit dem aktuellen Kinderspiel zu vergleichen. Auch die Inhalte des Studiums und der Arbeit haben sich in den letzten Jahrzehnten durch den Einsatz von Computern und Internet enorm verändert. Fernstudien und Arbeiten von zu Hause aus sind mittlerweile etabliert. Der Einsatz von Computern und sozialen Medien hat auch die Art und Weise, wie Menschen ihre Freizeit verbringen, verändert. Der Zeitgeist und die technologische Entwicklung beeinflussen die Entwicklung des Betätigens.

Tief verwurzelte Denkschemata, wie etwa die Diskriminierung von Personen aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Hautfarbe, ihres Alters, einer Behinderung, ihres Glaubens und ihrer sexuellen Orientierung sind fest mit der kulturellen Umwelt, in dem Kinder leben, verknüpft und stellen bedeutende Entwicklungshindernisse für das Betätigen dar (Davis et al. 2002). Die Kultur gibt vor, was gelernt und geglaubt werden soll und wie man sich verhält. Mit anderen Worten: Die Kultur formt das menschliche Betätigen. Die unterschiedlichen Kontexte, in denen Kinder von Immigranten aufwachsen und lernen, formen deren Entwicklung des Betätigens. Die Entwicklung des Betätigungsrepertoires dieser Migrantenkinder, die in einem Mischkontext aufwachsen, hängt von ihrem eigenen kulturellen Erbe und der Kultur des Landes, in dem sie dann leben, ab. In qualitativen Studien an Migrantenkindern in Kanada kamen drei Themen zum Vorschein: 1. die Gemeinschaft als Verbindung von alten und neuen Betätigungsroutrinen; 2. die Familie als Kern der Integration alter und neuer Betätigungsroutrinen; 3. das Betätigen als Weg zu neuen Möglichkeiten. Diese Themen zeigen, dass die Entwicklung des Betätigens ein wichtiger Aspekt bei der Integration von Migrantenkindern in die neue Gesellschaft ist (Lencucha et al. 2013).

Ältere Menschen

Menschen ab 65 Jahren tun heute ganz andere Dinge als noch in früheren Zeiten, was auch an den gesellschaftlichen Entwicklungen mit Unterstützung der Legislative (finanzielle Absicherung, bessere körperliche Verfassung) und der gesundheitlichen Aufklärung durch die Versicherer liegt. In den 1960er- und 1970er-Jahren lebten viele ältere Menschen in Altenheimen und litten unter sozialer Isolation, struktureller Abhängigkeit, den Verlust ihrer Rollen und Aufgaben und der damit zusammenhängenden Passivität. Die Menschen dieser Altersgruppe treten heute, im 21. Jahrhundert, in eine neue Lebensphase ein. Sie reisen und tun Dinge, zu denen sie während ihres Arbeitslebens keine Gelegenheit hatten. So entfalten und entwickeln sie sich. Die persönliche Entwicklung wird zunehmend als etwas betrachtet, das ein Leben lang andauert, und die täglichen Aktivitäten gelten als Motor der Entwicklung neuer Fertigkeiten und neuer Aspekte der eigenen Person.

Talent und Umwelt

Wenn die Umwelt nicht auf die Möglichkeiten etwa eines Kindes in Entwicklung abgestimmt wird, können sich seine Talente nur unzureichend entfalten. Das musikalische Talent eines Kindes kommt nur in einer unterstützenden musikalischen Umwelt, in dem die Eltern sich mit Musik befassen und z. B. ein Instrument spielen, zur Blüte. Die Menschen begeben sich dann auch auf die Suche nach einer für sie geeigneten Umwelt. Zu diesem Thema finden sich in der Literatur und im Film gute Beispiele, wie etwa in dem Film „Good Will Hunting“. Hier spielt Matt Damon einen Jungen aus der Arbeiterschicht, der über ein geniales mathematisches Talent verfügt, das jedoch erst zur Entfaltung kommt, als es an einer Hochschule eher zufällig angeregt wird.

12

Eine „good enough environment“ bedeutet das wahrscheinlich genau richtige Maß an Herausforderung, bei dem die Umwelt (good enough) und die Aktivität zusammen letztlich eine Aufgabe darstellen, die eine Person so beteiligt sein lässt, dass sie in einen Flow gerät und ein befriedigendes Gefühl erlebt (Csikszentmihályi 1999).

12.7 Entwicklung des Betätigens: mehrschichtige Betätigungsmuster

Die Entwicklung des Betätigens spiegelt sich in der menschlichen Entwicklung wider. Dabei unterscheidet man zweierlei Formen mehrschichtiger Betätigungsmuster:

- die mehrschichtige Veränderung, die durch den Charakter und die Richtung der Entwicklung des Betätigens gekennzeichnet ist
- die Beherrschung des Betätigens, was die Fertigkeit und Sachkenntnis beim Betätigen im Laufe des Lebens auf der Grundlage von Reifung, Erfahrung und Fertigkeit bedeutet.

12.7.1 Mehrschichtige Veränderung

Das Prinzip der mehrschichtigen Veränderung besagt, dass die Entwicklung nicht bei jedem Menschen reibungslos und in einer Richtung verläuft, sondern sowohl Wachstum, als auch Rückschritte und Variationen mit sich bringt. Die Prinzipien der unterschiedlichen Richtungen und Übergänge in der Entwicklung und beim Älterwerden zeigen Muster von Gewinn und Verlust an Aktivitäten mit einer hohen Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Menschen.

Mehrschichtige Veränderung geht nicht nur von Wachstum und Rückschritten aus, wie sie sich im Laufe des Lebens abspielen, sondern auch von Variationen in Ausmaß, Charakteristik, Qualität, Quantität, Komplexität und Spezialisierung des Betätigens.

Der Lebenslauf eines Menschen weist mitunter große Richtungsänderungen auf. Die Übergänge (Transitionen) zwischen den einzelnen Phasen sind oft mit Unterbrechungen des Weges verbunden (Betätigungstransitionen, occupational transitions). Beispiele für Transitionen sind die ersten Schritte, die Einschulung, das Abitur, die erste eigene Wohnung, der Studienbeginn, der erste Arbeitsplatz, die Elternschaft, das Durchleben einer Scheidung und die Pensionierung. Diese Transitionen hängen von den individuellen Unterschieden ab. Dadurch wird auch der Begriff der mehrschichtigen Veränderung im Lebenslauf jedes Menschen deutlich, sodass auch die Entwicklung des Betätigens bei jedem Menschen einzigartig verläuft (Davis u. Polatajko 2011). Untersuchungen zur Entwicklung des Betätigungsrepertoires bei Kindern zeigten, dass es unter diesen große Unterschiede gibt. Manche 6-jährigen Kinder hatten mit Aktivitäten bereits abgeschlossen, denen einige ältere Kinder noch nachgingen. Manch ein Teenager beschäftigte sich noch mit Zeichnen und Malen, während andere damit schon nach dem Kindergarten abgeschlossen hatten (Wiseman et al. 2005).

12.7.2 Betätigungen beherrschen

Das Beherrschen einer Betätigung (mastery) bezieht sich auf die verschiedenen Stufen des Könnens, die sich im Laufe des Lebens auf der Grundlage von Reifung, Erfahrung und Fertigkeit einstellen. Der Mensch hat einen natürlichen Antrieb, neue Aktivitäten in den Griff zu bekommen und darin immer besser zu werden. Können ist nichts Statisches. Es wandelt sich zeitlebens entlang einer kontinuierlichen Linie vom „Lehrling“ zum „Meister“. Dabei geht es bei der Entwicklung des Betätigens um sich verändernde Fähigkeiten (changing mastery). Die Betonung liegt dabei auf der Veränderung und nicht auf der Verbesserung, da die Entwicklung des Betätigens wie erwähnt nicht immer in eine Richtung verläuft.

Während der Entwicklung des Betätigens werden die ausgeführten Aktivitäten zunehmend komplexer und spezialisierter. Quantität und Qualität des Betätigungsrepertoires nehmen zu. Das Spiel mit Bauklötzen beginnt mit dem Aneinanderschlagen und führt schließlich zum Bau einer Ritterburg. In jeder Entwicklungsphase des Lebens zeigt sich die Entstehung und schließlich Beherrschung verschiedener Aktivitäten. Als „Können“ oder „Meisterschaft“ bezeichnet man bei Erwachsenen das Befähigungsniveau, das schließlich z.B. im Beruf erreicht wird. Der Begriff lässt sich jedoch auf alle täglichen Aktivitäten übertragen, die wir uns im Laufe des Lebens aneignen. Er kommt als „mastery“ (Beherrschung) auch im „Model of Occupational Adaptation“ vor (Kap. 23). Das Modell beschreibt, wie sich eine Person fortwährend anpasst und bemüht, die Anforderungen des Betätigens zu beherrschen. Die Betätigungsanpassung (occupational adaptation) erscheint hierbei als Prozess der Interaktion zwischen der Person (desire for mastery) und der Umwelt (demand for mastery), in dem sich das Betätigen einer Person abspielt (Schkade u. McClung 2001).

Herausforderungen

Betätigungen, die ein weniger hohes Fertigniveau erfordern, wie z. B. essen oder sich ankleiden, werden von mehr Menschen ausgeübt, als Betätigungen mit größeren Anforderungen und einem höheren Fertigniveau, wie etwa ein Wettsegeln auf einem wackeligen Segelboot oder das Schmieden eines silbernen Schmuckstücks. Ein Neugeborenes ist zur Befriedigung seiner basalen Lebensbedürfnisse vollständig auf seine Eltern angewiesen. Durch die Interaktion der Eltern mit dem Kind erhält es immer mehr Möglichkeiten, zu lernen und sich an die Anforderungen der Umwelt anzupassen. In den ersten Lebensjahren werden die unwillkürlichen Bewegungen zunehmend durch das zielgerichtete Betätigen ersetzt. Kleinkinder bekommen die basalen Fertigkeiten buchstäblich in den Griff, die sie dann in der Schule als Basis für die dortigen Anforderungen einsetzen und immer besser beherrschen. In der Adoleszenz und im

Erwachsenenalter wird die Zahl der Aktivitäten, die mühelos ausgeführt wird, immer größer und der Grad der Beherrschung steigt. Die Qualität und Komplexität der Betätigungen wird immer vielfältiger. Am Ende des Erwachsenenalters besteht nicht mehr die ursprüngliche Neigung, immer neue Dinge zu erlernen. Bei älteren Menschen, die nicht mehr arbeiten, gibt es eine Vielzahl an Dingen, die sie tun und lernen wollen, da sie über mehr freie Zeit verfügen. Bei manchen nimmt die Variationsbreite des Betätigens zu, bei anderen geht sie zurück (Davis u. Polatajko 2011).

12.7.3 Entwicklungsphasen des Betätigens

Die Phasen der menschlichen Entwicklung lassen sich auf vielerlei Arten klassifizieren. Die bekannteste Beschreibung umfasst fünf Entwicklungsgebiete und geht auf Gesell (1954) zurück:

- Grobmotorik: die Entwicklung von Kopfhaltung, Rumpfstabilität, Rollen, Sitzen, Krabbeln, Stehen, die mit dem Laufen endet
- Feinmotorik: die Entwicklung von Greifen, kleinen Hand- und Fingerbewegungen, Geschicklichkeit und Hand-Augen-Koordination
- Adaptation: die Art und Weise, in der ein Kind seine motorischen Fähigkeiten im täglichen Leben und beim Spiel einsetzt
- Sprechen und Sprache: Kommunikation mit anderen, zunächst durch Schreien und Lachen, später durch Sprachlaute, Worte und Sätze
- Persönlichkeit und Sozialverhalten: Wille, Durchsetzungsvermögen, Kooperation, Interessen und Aufmerksamkeit, die Kommunikation im Sozialverhalten und die Anpassung an neue Situationen.

Für Gesell war die motorische Entwicklung ein qualitativer Prozess, bei dem die aufeinanderfolgenden Entwicklungsphasen einem festen und vorhersagbaren Muster folgen. Er war Verfechter der Reifungstheorie und ging davon aus, dass Veränderungen im motorischen Verhalten während des Entwicklungsprozesses durch Reifung des ZNS ausgelöst und reguliert würden. Auch nicht zuletzt wegen ihres normativen Charakters war die Definition dieser Phasen für das Verständnis und die Abgrenzung einer normalen von einer pathologischen Entwicklung von großem Nutzen (Volman u. Wimmers 2006).

Die motorischen Wegmarken von Gesell und auch andere Beschreibungen der Entwicklung des Menschen spiegeln eine neuromotorische Perspektive wider. Auch wenn die Wegmarken der Entwicklung als Indikator eines Reifungsprozesses angesehen werden können, erfolgt die Entwicklung des Betätigens nicht nur auf der Basis eines Reifegrades. Der Blick auf die Entwicklung als

Abfolge festgelegter Etappenziele ist zu eng, da ja die Entwicklung des Betätigens ein kontinuierlicher lebenslanger Prozess ist, bei dem sich das Betätigungsverhalten erweitert und vergrößert, und der sich in der Interaktionsperspektive durch das Zusammenspiel von Person, Kontext und Betätigung entfaltet (Law et al. 1996, Thelen u. Smith 1994). Nicht alle Kinder können mit 40 Wochen krabbeln – manche sind früher dran, andere später, und es gibt auch Kinder, welche die Phase des Krabbelns einfach überspringen. Mit zunehmendem Alter verliert der Reifungsprozess für die Entwicklung des Betätigens zunehmend an Bedeutung und an seine Stelle treten dann soziale und kulturelle Faktoren. Hier spielen auch sozio-ökonomische Faktoren mit hinein. Davis und Polatajko (2011) erklären, dass es keine „Gesell-artige“ Beschreibung für die Entwicklung des Betätigens gibt. Dies sei nach ihrer Auffassung nicht möglich und auch nicht wünschenswert, was an der interaktiven Art des Betätigens mit seinen dynamischen Interaktionen von Person, Kontext und Betätigung läge, wodurch sich eine enorme Variationsbreite ergäbe. Die ► Tab. 12.1 stellt daher alle Entwicklungsstufen in allen Lebensphasen dar und nicht nur die kindlichen.

12.8 Diskussion

Der Beruf der Ergotherapie ist ständig in Bewegung. Ergotherapeuten entwickeln ihr Fach zu einem klientenzentrierten, betätigungsorientierten, kontextbasierten, evidenzbasierten, technologiebasierten und populationsbasierten Beruf weiter. Bei der betätigungsorientierten Arbeit ist das Betätigen sowohl Mittel als auch Ziel der ergotherapeutischen Intervention zur Beeinflussung der Betätigungsfrage. Ergotherapeuten nehmen hier die Haltung ein, dass der Mensch sein Betätigen lebenslang entwickelt und dass diese Entwicklung von den in diesem Kapitel umrissenen Faktoren beeinflusst wird. Ergotherapeuten sind auf das Betätigen von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und auch älteren Menschen in ihrem (sozialen) System ausgerichtet und arbeiten auch mit Organisationen oder Populationen. An dieser Stelle wird auch der Wechsel der Denkrichtung bei Ergotherapeuten in der Arbeit mit Kindern erwähnt. Das betätigungsorientierte Arbeiten war aus den früheren entwicklungsgerichteten Blickwinkeln von Kinderergotherapeuten nicht immer selbstverständlich. Nach Humphry (2002) spiegelt sich das in der Tatsache wider, dass Kinderergotherapeuten in einem entwicklungsorientierten Bezugsrahmen anderer Fachgebiete wie Psychologie und Neurologie arbeiteten. Die Sicht dieser Fachgebiete, wonach eine Veränderung des Betätigens durch Veränderungen der physischen, kognitiven und affektiven Bedingungen möglich ist, vernachlässigt die Interaktionsperspektive. Wie in diesem Kapitel beschrieben, führt die Interaktionsperspektive zu der Sicht, dass sich das Betätigen aus der Interaktion der Person mit seiner Umwelt entwickelt, und belegt die Komplexität des Betätigens.

Tab. 12.1 Entwicklungsschritte während der Lebensphasen (Davis u. Polatajko 2011).

Lebensphase	Entwicklungsschritte
Säugling/ Kleinkind (0–2 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Bindung an Eltern • Entwicklung der Sinne • motorische Entwicklung bis zum Gehen • sensomotorisches Lernen in Interaktion mit der Umwelt • Entdeckung der Eigenschaften von Dingen und Erlernen der Kategorienbildung • emotionale Entwicklung
Kleinkind (2–4 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung der Mobilität und anderer grober motorischer Fähigkeiten • Entwicklung von Koordination und Feinmotorik • Fantasienspiele • Sprachentwicklung • Entwicklung der Selbstkontrolle
Vorschulkind (4–6 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung der Geschlechtsidentität • frühe Moralentwicklung • Entwicklung eines Selbstwertgefühls • Entwicklung konzeptioneller Fähigkeiten • Entwicklung des Gruppenspiels
Grundschulkind (6–12 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Freundschaften • Entwicklung des konkreten Denkens • Entwicklung der schulischen Fähigkeiten • Entwicklung der Selbstreflexion • Entwicklung des Teamspiels
Jugend (12–18 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Geschlechtsreife • Entwicklung des abstrakten Denkens • Entwicklung der persönlichen Ideologie • emotionale Entwicklung • Entwicklung von Freundeskreisen • Entwicklung sexueller Beziehungen
Adoleszenz (18–25 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie gegenüber den Eltern • Weiterentwicklung der Geschlechtsidentität • Verinnerlichung moralischer Werte • Berufswahl
frühes Erwachsenalter (25–40 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau intimer Beziehungen • Kinder bekommen und großziehen • Arbeitsleben • Lebensstil
mittleres Erwachsenalter (40–65 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • beruflicher Werdegang • Neubestimmung der Partnerbeziehung • Ausbau der Versorgungsverhältnisse • Management des Haushalts • Anpassung an älter werdende Eltern • Umgang mit den körperlichen Veränderungen des Alterns
höheres Erwachsenalter (65–80 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrauch der intellektuellen Fähigkeiten • Erleben sensorischer und kognitiver Beeinträchtigungen • Anpassung der Energie an neue Rollen und Aktivitäten • Akzeptanz des Lebenslaufs • Entwicklung einer Vision des Sterbens

Der Blick auf das Betätigungsrepertoire des Menschen lässt das Betätigen in seiner Gesamtheit mitsamt seines Beitrages für die Gesundheit und das Wohlbefinden verständlich werden. Diese werden ja nicht nur durch die Kompetenz bei bestimmten Aktivitäten gefördert, sondern durch die Summe aller Aktivitäten eines Tages: „Don't forget the repertoire: the meta occupational issue“ (Davis u. Polatajko 2010).

Bei ergotherapeutischen Interventionen zum Betätigen empfiehlt sich als Ausgangspunkt ein Top-down-Ansatz bei den Partizipationen und beim Betätigen. Das Training von Funktionen wie Feinmotorik oder sensorische Integration, die sog. Bottom-up-Arbeit, greift die Interaktionsperspektive in der Entwicklung des Betätigten nicht auf (Hocking 2001). Die Kinderergotherapie war immer auf die Entwicklung von Kindern ausgerichtet und orientierte sich an der jeweiligen Lebensphase der vollständig in Entwicklung begriffenen jungen Menschen. Da Entwicklungsbereiche wie Motorik, Sprachentwicklung und sozioemotionale Entwicklung aus anderen Wissenschaftsbereichen stammen, verlangsamt das Nachdenken über Teilaspekte von Betätigungen das betätigungsorientierte Arbeiten von Kinderergotherapeuten (Bazyk u. Case-Smith 2010). Das Wissen um die Entwicklung der Bedingungen des Betätigten kann natürlich nicht unberücksichtigt bleiben: Der Ergotherapeut nutzt dieses Wissen, um zu einer korrekten Einschätzung z. B. der spezifischen Betätigungsmöglichkeiten eines 2-jährigen Kindes in einem bestimmten Kontext zu kommen. Dadurch kann er die Fragen der Mutter zum Spielen des Kindes in einem spezifischen Entwicklungsalter einordnen, um dann der Mutter einen geeigneten Rat zur interaktiven Entwicklung des Betätigten des Kindes geben zu können.

In diesem Kapitel wurde deutlich, dass die Entwicklung des Betätigten kein gradliniges Konzept ist, wonach die Möglichkeiten des Betätigungsrepertoires im Laufe des Lebens immer weiter zunehmen. Die Kernkompetenz des Ergotherapeuten ist das Ermöglichen von Betätigung. Dabei zielt er auf die Entwicklung, Erneuerung, Effektivität, Sicherheit, Erhaltung und den Umgang mit dem Verlust des Betätigten ab. All diese Aspekte hängen mit dem Prinzip der mehrschichtigen Veränderung zusammen, wobei die Entwicklung nicht bei jedem Menschen reibungslos und in einer Richtung verläuft, sondern auch Wachstum, Rückschritte und Variationen umfasst. Die ergotherapeutischen Interventionen erfolgen dabei aus der Interaktionsperspektive, an der verschiedene Faktoren beteiligt sind: ein umfassenderer Blick auf den Klienten, den Kontext und die Aktivitäten. Das Arbeiten aus der Interaktionsperspektive erleichtert das Verständnis für die Entwicklung von Kompetenzen und für Veränderungen der Betätigungs Routinen eines Menschen.

12.9 Zusammenfassung

Die Entwicklung der menschlichen Betätigung wurde in diesem Kapitel aus der ergotherapeutischen Sicht auf das Betätigen und die Entwicklung beschrieben, wobei jüngere Erkenntnisse aus der Occupational Science herangezogen wurden. Dabei steht die dynamische Interaktion zwischen der Person, dem Kontext und der Betätigung im Mittelpunkt (Interaktionsperspektive). Der Mensch entwickelt sich durch sein Tun während des ganzen Lebens weiter, passt sein Betätigen an und erlernt immer wieder neue Aktivitäten.

Die Ausgangspunkte der Entwicklung sind für Ergotherapeuten deshalb von Bedeutung, weil sie durch sie das Betätigen analysieren können, um abgestimmte Interventionen zu entwerfen. Diese Ausgangspunkte sind:

- Kontinuität der Entwicklung: Betätigungsmuster, die im Laufe des Lebens wiederkehren
- mehrschichtige Determinanten der Entwicklung des Betätigten: die Person und ihre Umwelt
- mehrschichtige Betätigungsmuster in der Entwicklung des Betätigten: die nicht lineare Entwicklung und das Beherrschen der Betätigung.

Die mehrschichtigen Determinanten der Entwicklung eines Menschen ermöglichen einen Einblick in die Komplexität der Betätigungsentwicklung, indem verschiedene Faktoren unterschieden werden. Solche persönlichen Faktoren, die sich auf die Entwicklung des Betätigten auswirken, sind die Erbanlagen, das Lernen und die Plastizität des Gehirns sowie die aktive Partizipation und die Motivation. Die Determinanten der Umwelt werden in physische, soziale, historische und kulturelle unterschieden. Das mehrschichtige Betätigungsmuster zeigt die Menge der Aspekte an, die das Betätigen und die Betätigungsentwicklung beeinflussen. Die ► Tab. 12.1 stellt die lebenslange Entwicklung des Betätigten mit den in der jeweiligen Lebensphase wichtigen Entwicklungsanforderungen dar. Im Abschnitt Diskussion wird die Relevanz der ergotherapeutischen Perspektive beleuchtet.

12.10 Literatuur

- Bazyk S, Case-Smith J. School-Based Occupational Therapy. In: Case-Smith J, O'Brien MC (Hrsg.). *Occupational Therapy with children: understanding children's occupations and enabling participation*. Missouri: Mosby Elsevier; 2010:713–743.
- Bendixen HJ, Kroksmark U, Magnus E, Jakobsen K, Alsaker S, Nordell K. Occupational pattern: A renewed definition of the concept. *Journal of Occupational Science* 2006;13(1):3–10.
- Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. In: Husen T, Postlewaite T (Hrsg.). *International Encyclopedia of education*. Oxford: Pergamon/Elsevier; 1994.
- Case-Smith J. Development of childhood occupations. In: Case-Smith J, O'Brien JC (Hrsg.). *Occupational Therapy for Children*. St Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2015:65–101.
- Cranenburgh C. *Neurowetenschappen 1, een overzicht*. Amsterdam: Reed Business; 2009.
- Csikszentmihályi M. *Flow: psychologie van de optimale ervaring*. Amsterdam: Boom; 1999.
- Davis JA, Polatajko H. Don't forget the repertoire: The meta occupational issue. *OT Now* 2010;12(3):20–22.
- Davis JA, Polatajko HJ. Occupational development. In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). *Introduction to occupation, the art and science of living*. New Jersey: Pearson Education Inc; 2011:135–174.
- Davis JA, Polatajko HJ, Ruud CA. Children's occupations in context: The influence of history. *Journal of Occupational Science* 2002;9(2):54–64.
- Deci EL, Ryan RM. The 'what' and 'why' of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry* 2000;11:227–268.
- Edwards D, Christiansen C. Occupational development. In: Christiansen C, Baum C, Bass-Haugen J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-being*. Thorofare (NJ): Slack; 2005.
- Erlandsson LK, Christiansen CA. The complexity and patterns of human occupations. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015:113–127.
- Gesell AL. *The first five years of life; a guide to the study of the preschool child*. London: Methuen; 1954.
- Hartingsveldt MJ van, Houten J van den, Leij-Hemmen I van der, Velden M ten. *Profiel specialisatie kinderergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2014.
- Hiemstra D, Bohlmeijer E. De sterkekantenbenadering. In: Bohlmeijer E, Boller L, Westerhof G, Walburg JA (Hrsg.). *Handboek Positieve Psychologie - Theorie, onderzoek, toepassingen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2013:123–138.
- Hocking C. Implementing occupation based assessment. *American Journal of Occupational Therapy* 2001;55(4):463–9. doi:10.5014/ajot.55.4.463
- Hove-ten Moederdijk K, Hulstein-Gennep M van. *De Activiteitenweger*. Amersfoort: Meander Medisch Centrum; 2014.
- Humphry R. Young children's occupations: Explicating the dynamics of developmental processes. *American Journal of Occupational Therapy* 2002;56(2):171–179.
- Humphry R, Wakeford L. An occupation-centered discussion of development and implications for practice. *American Journal of Occupational Therapy* 2006;60(3):258–267.
- Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1996;63(1):9–23.
- Lawton MP, Nahemow L. Ecology and the ageing process. In: Eisdorfer C, Lawton MP (Hrsg.). *The psychology of adult development and ageing*. Washington (DC): American Psychological Association; 1973:619–67.
- Lencucha JC, Davis JA, Polatajko HJ. Living in a blended world: The occupational lives of children of immigrants to Canada. *Journal of Occupational Science* 2013;20(2):185–200.
- Leseman P. Genetisch onbepaaldheid en culturele variatie: is het merocratisch ideaal houdbaar. In: Karsten S, Slegers P (Hrsg.). *Onderwijs en ongelijkheid: grenzen aan de maakbaarheid*. Antwerpen: Garant; 2005.
- Lewin K. *Environmental forces in child behavior and development: a dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill Book Co; 1935.
- Mandich A, Rodger S. Doing, being and becoming: their importance for children. In: Rodger S, Ziviani J (Hrsg.). *Occupational Therapy with children: understanding children's occupations and enabling participation*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006:115–135.
- McGraw MB. *The neuromuscular maturation of the human infant*. New York: Columbia University Press; 1945.
- Morison SJ, Ames EW, Chisholm K. The development of children adopted from Romanian orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology* 1995;41:411–430.
- Piaget J. *The psychology of the child*. New York: Basic books; 1972.
- Pierce D. *Occupational Science for Occupational Therapy*. Thorofare (NJ): SLACK Incorporated; 2014.
- Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L. Specifying the domain of concern: occupation as core. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation - second edition*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:13–36.
- Schkade JK, McClung M. *Occupational Adaptation into Practice, Concepts and Cases*. Thorofare (NJ): Slack; 2001.
- Shumway-Cook A, Woollacott M. *Motor control Theory and practical applications*. 3. Aufl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Thelen E, Smith L. *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. Cambridge: MIT Press; 1994.
- Volman MJ, Wimmers R. Theorieën over motorische ontwikkeling. In: Empelen R, Nijhuis-Van Der Sanden MW, Hartman A (Hrsg.). *Kinderfysiotherapie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006:33–59.
- Vygotsky LS. *Mind in society*. Harvard: University Press; 1978.
- Wiseman JO, Davis JA, Polatajko HJ. Occupational development: towards an understanding of children's doing. *Journal of Occupational Science* 2005;12(1):26–35.
- Wright R, Sugarman L. *Occupational Therapy and life course development: A workbook for professional practice*. Oxford: Wiley/Blackwell; 2009.

13 Betätigungsbereiche

Margo van Hartingsveldt

„Wir sind das, was wir wiederholt tun.“

Aristoteles (384–322 v. Chr.)

Keywords

- Betätigung
- Zeitnutzung
- Bedeutung der Betätigung
- Betätigungsgleichgewicht
- Ausgeschlossenheit von Betätigung

Jan Taminiau - Modedesigner

„Ich arbeite an den Wochenenden. Samstags stehe ich etwas später als sonst auf, so gegen neun. Frühstück fällt aus, und ich geh dann gleich ins Atelier. Da ist es angenehm ruhig und ich kann mich ganz meinen eigenen Dingen widmen; in Ruhe zeichnen und an der Schneiderpuppe modellieren. Manchmal schaut eine Freundin herein, um zwischendurch ein Tässchen Kaffee zu trinken, doch ich genieße es vor allem, samstags meiner Fantasie viel Zeit und Raum zu geben.“

Ein „Wochenendgefühl“ hatte ich eigentlich noch nie, dass man Freitag abends denkt: Jetzt geht's los! Meine Arbeit hört nicht auf und mein Kopf auch nicht. Die Arbeit ist für mich Fußball, Tennis und Bridge-Club. Ich habe immer irgendein Kleid im Kopf. Ich koche nie. Ich gehe liebend gern aus essen, und wenn dafür keine Zeit ist, lass ich mir einen Salat ins Atelier bringen. Mein Freund kocht zum Glück mit Leidenschaft. Ich fände es schön, mal ein Essen für Freunde zuzubereiten. Er kann dann kochen und ich kümmere mich um das Herrichten des Esstischs. Doch bisher ist es mir noch nicht gelungen, so etwas zu planen. Zeitmanagement ist nicht so mein Ding. Ich plane lieber zuerst ein Kleid und danach das Essen“ (NRC Handelsblad, 26. März 2011).

13.1 Einleitung

Menschen sind sich betätigende Wesen und ein Leben ohne Betätigung ist nicht vorstellbar. Im täglichen Leben sind Menschen fortwährend mit irgendwelchen Aktivitäten beschäftigt, sei es allein oder gemeinsam mit anderen, und selbst in der „freien“ Zeit, wenn eigentlich nichts zu tun ist (Wilcock u. Hocking 2015). In jeder Minute, jeder Stunde und an jedem Tag ist der Mensch mit etwas beschäftigt. Das Betätigen des Menschen besteht aus dem, was man heute tut, was man gestern getan hat und was man morgen tun wird. Und was ein Mensch alles tut,

hängt vom Zeitpunkt am Tag, von dem Ort, an dem er sich befindet, mit wem er zusammen ist und vielen weiteren Faktoren ab. In der Ergotherapie sind die Aktivitäten eines Menschen in Betätigungsbereiche unterteilt, die vier großen Bereiche, die Adolf Meyer (1922) in seinem Artikel „The philosophy of occupational therapy“ definierte: Arbeit, Spiel, Ruhe und Schlaf. In den Niederlanden entschied man sich für die Einteilung in drei Betätigungsbereiche: Wohnen/Versorgen, Lernen/Arbeiten und Spiel/Freizeit. Es fällt auf, dass Ruhe und Schlaf verschwunden sind. Allerdings ist ein Unterteil von Wohnen/Versorgen die Versorgung von sich selbst, was auch beinhaltet, für ausreichend Ruhe und Schlaf zu sorgen. Die Betätigungsbereiche sollten nicht als Kategorien verstanden werden, die voneinander abzugrenzen sind und einander ausschließen. Eine Betätigung kann nämlich auch in verschiedenen Betätigungsbereichen untergebracht werden, was davon abhängt, wo die Person sie einordnet. Gartenarbeit fällt z. B. für die eine Person unter Hobby und demnach in den Betätigungsbereich Spiel/Freizeit. Für einen anderen ist Gartenarbeit eben Arbeit und gehört in den Bereich Lernen/Arbeiten, und schließlich kann sie auch Teil des Betätigungsbereiches „Wohnen/Versorgen“ sein (Hartingsveldt et al. 2010).

Dieses Kapitel beginnt mit einer allgemeinen Einleitung über das Betätigen von Menschen. Dabei wird darauf eingegangen, was Menschen alles an einem Tag tun, welche Zeiten für das Betätigen aufgebracht werden, welche Bedeutung es für Menschen hat und welches Gleichgewicht Menschen beim Betätigen erfahren. Darüber hinaus gehen wir auf externe Faktoren ein, welche Menschen an der Ausübung von Betätigungen hindern (occupational deprivation). Es folgen die Kap. 14 „Wohnen/Versorgen“, Kap. 15 „Lernen/Arbeiten“ und Kap. 16 „Spiel/Freizeit“, in denen es um die Beschreibung jener Betätigungsbereiche geht.

13.2 Das Betätigen

In diesem Abschnitt geht es darum, was Menschen tun. Sie schlafen, duschen, kochen, essen, versorgen ihren Nachwuchs, arbeiten, studieren, spielen, reden, treiben Sport, gehen in ein Museum, gehen aus, lesen, denken nach, sehen fern, hören Musik, skypen und vieles mehr – alles das sind Aktivitäten, die Teile von Betätigungen sind. Sämtliche Betätigungen werden in einem Kontext ausgeübt und schaffen subjektive Erfahrungen (Pierce 2001). Während des Betätigens führen Menschen mal eine einzelne Aktivität aus, doch nicht selten sind sie mit mehreren Dingen zugleich befasst. Die Menschen sehen fern oder essen und sehen fern, oder sie kochen und hören dabei Radio, wobei sie zugleich ihr Kind versorgen. Sie tun

Dinge allein, wie etwa die Erstellung eines neuen Kapitels für das Buch „Grundlagen der Ergotherapie“, und sie führen Aktivitäten gemeinsam mit anderen Menschen aus, wie das gemeinsame Frühstück der Familie am Sonntagmorgen, das gemeinsame Singen in einem Chor oder die Zusammenarbeit mit einem Klienten im Rahmen einer ergotherapeutischen Intervention (Harvey u. Pentland 2011).

Das Betätigen der Menschen trägt zur Identität der Personen bei. In dem Satz „Man ist, was man tut“ kommt dies klar zum Ausdruck. Das Leben ist ein Prozess, in dem alles was Menschen tun (doing), sie zu dem macht, was

sie sind (being), dazu beiträgt, wie sie werden (becoming), und sicherstellt, dass sie irgendwo zugehören (belonging; Wilcock u. Hocking 2015). Was Menschen in ihrem täglichen Leben tun, zeigt, wie sie sind, und vermittelt einen Eindruck von ihrem aktuellen Lebensstil, der einen Teil der Kultur ausmacht, in der sie leben. Das Betätigen der Menschen wird von der Zeit, die sie dafür aufwenden, durch die Bedeutung, die sie der Aktivität beimessen, durch das Gleichgewicht, das sie dabei erleben, sowie durch die ihnen gegebenen Möglichkeiten zur Teilhabe am Betätigen beeinflusst.

Zeitnutzung

Jeder Mensch hat die gleiche Menge Zeit zur Verfügung – 24 Stunden pro Tag und 168 Stunden pro Woche. Es gibt Ähnlichkeiten unter den Menschen, was die Zeitnutzung angeht. So muss etwa jeder Mensch schlafen und essen, aber es gibt auch Variationen. Die Zeitnutzung von Niederländern und Menschen aus 15 anderen europäischen Staaten zeigen eine hohe Übereinstimmung unter den untersuchten Ländern.

Für die persönliche Versorgung inklusive der Schlafenszeit werden etwa 11 Stunden aufgewendet: 8 Stunden schlafen, 2 Stunden essen, 1 Stunde Körperpflege, ankleiden usw.). Für bezahlte Arbeit werden durchschnittlich 2:40 Stunden aufgewendet (Durchschnitt aller Personen

zwischen 20 und 74 Jahren, ausgehend von 365 Tagen im Jahr) und für Hausarbeit 3:10 Stunden. Niederländer zwischen 20 und 74 verfügen durchschnittlich über 5:24 Stunden Freizeit pro Tag. Dieser Zeitraum bleibt nach Abzug aller Verpflichtungen, persönlicher Versorgung und Reisezeiten übrig. 1:30 Stunden wird täglich für Fahrten zur Arbeit, zu Geschäften und Einrichtungen, zum Sportverein, zum Transport der Kinder usw. aufgewendet. Von jeweils 24 Stunden werden also 45 % der Zeit eines Niederländers für die persönliche Versorgung, etwa ein Viertel für Verpflichtungen und 5 % für Fahrzeiten aufgebracht, sodass über etwa 25 % der Zeit frei verfügt werden kann (► Abb. 13.1; Naab 2011).

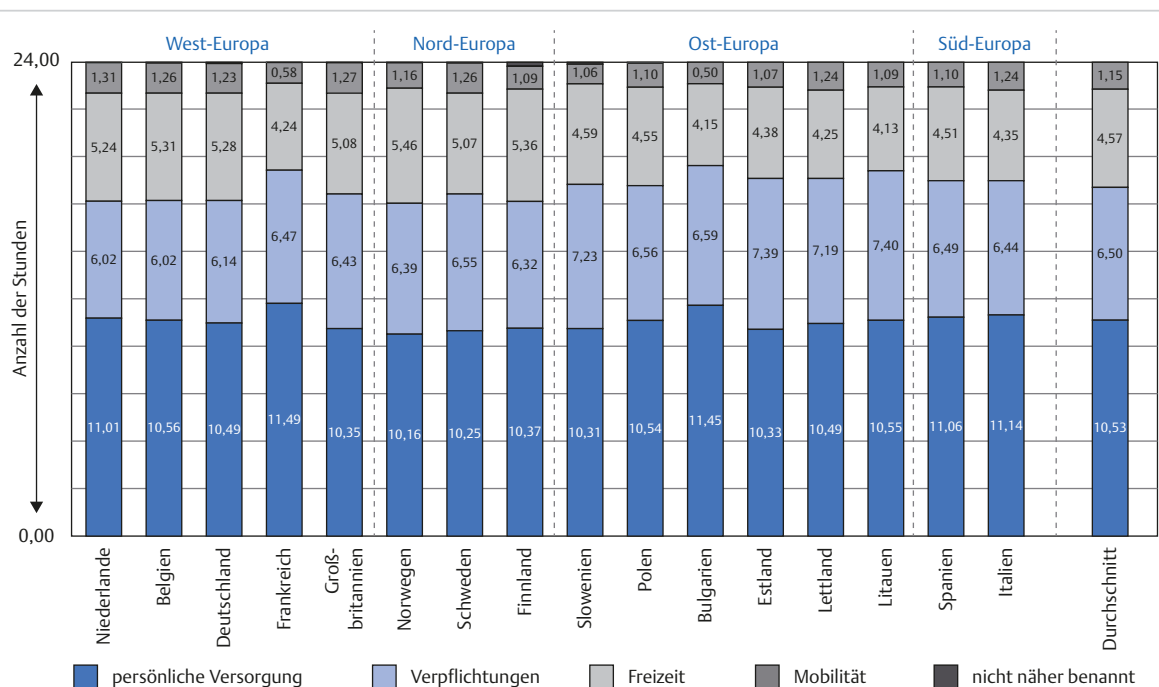


Abb. 13.1 Zeitnutzung im Vergleich zwischen 16 europäischen Staaten.

13.3 Zeitznutzung

Was macht eine Person alles an einem Tag? In der Soziologie befasst sich ein Forschungszweig mit der Zeitznutzung von Menschen (time use research). Seit den 1960er-Jahren werden auch in den Niederlanden entsprechende Untersuchungen durchgeführt. Die erforderlichen Daten werden oftmals über die Führung eines zeitgenauen Tagebuchs erhoben (time diary), in dem eine Person alle Aktivitäten aufführt, die sie an einem Tag ausgeübt hat, und den dafür aufgewendeten Zeitraum mit notiert. In ein derartiges Tagebuch können auch Angaben über subjektive Erfahrungen und den Kontext aufgenommen werden (Harvey u. Pentland 2011). Sodann werden die drei Kernelemente des Betätigens registriert: die Aktivitäten, die subjektive Erfahrung der Person und der Kontext, in dem die Aktivität stattfindet (Pierce 2001). Bei vielen Menschen hat der Alltag eine klare Struktur. Sie stehen zumindest an den Werktagen zu einem mehr oder weniger festgelegten Zeitpunkt auf, um sich selbst und eventuell auch Kinder auf den kommenden Tag vorzubereiten. Es folgt die Fahrt zur Schule oder zum Arbeitsplatz oder man macht sich zu Hause ans Lernen oder an die Arbeit. Wer keinem Unterricht folgt oder keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, hat oft eine ganze Reihe anderer Betätigungen auf seiner Liste stehen, wie etwa die Versorgung der Kinder, die Haushaltsführung, die Unterstützung anderer Personen oder ein Hobby. Im Leben einer pensionierten Person sieht der Tag natürlich anders aus als bei jungen und werktätigen Eltern mit kleinen Kindern. Oftmals haben sie jedoch auch feste Zeiten für bestimmte Betätigungen reserviert wie etwa Sport, Freunde treffen oder ehrenamtliche Tätigkeiten. Zwischen ihren Aktivitäten sind heute viele Menschen zusätzlich mit Laptop, Tablet oder Smartphone beschäftigt (Cloin 2013).

Dass die Zeit eine Ordnung kennt, liegt an dreierlei Dingen. Zum einen ist das der Biorhythmus des Menschen, der dafür sorgt, dass Menschen innerhalb einer gewissen Schwankungsbreite in der Nacht schlafen und tagsüber aktiv sind. Daraus leiten sich die Zeiten ab, zu denen Menschen essen und trinken. Zweitens hat der Mensch das Bedürfnis, seine Aktivitäten mit anderen abzustimmen, sich zu verabreden, um gemeinsam Dinge zu tun und sich zugehörig zu fühlen, sei es im Rahmen der Familie, der Arbeit oder einfach im Sportverein (Wilcock u. Hocking 2015). Und drittens gibt es das Bestreben, persönliche Routinen festzulegen. Menschen wollen nicht jeden Tag erneut herausfinden müssen, was für sie wichtig ist. Das würde zu viel Energie kosten. Stattdessen vertrauen sie auf Routinen, also auf gewohnte und feststehende Muster. Die Zeitpunkte, zu denen bestimmte Dinge geschehen, sowie deren Reihenfolge sind wichtige Bausteine für diese Routinen (Cloin 2013). Kielhofner (2008) nennt diese Muster unserer täglichen Aktivitäten Gewohnheiten (habituation). Jeder Mensch hat andere Routinen, Gewohnheiten, feste Muster. Diese erzeugen ein

persönliches Betätigungsrepertoire (occupational repertoire). Ein solches Betätigungsrepertoire besteht aus einer Reihe von Betätigungsmustern, über die ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt in seinem Leben verfügt (Davis u. Polatajko 2010). Betätigungsmuster (occupational patterns) bestehen aus festen und vorhersagbaren Betätigungsweisen einer Person (Bendixen et al. 2006). Betätigungsrepertoire und Betätigungsmuster sehen bei jeder Person anders aus. Sie sind so einzigartig wie der persönliche Fingerabdruck. Betrachtet man, was ein Mensch am Tage tut, so fällt auf, dass es eine große Regelmäßigkeit, Vergleichbarkeit und Systematik im Leben der Menschen gibt. Die Entscheidungen, welche die Menschen in ihrem Betätigen treffen, hängen von verschiedenen Blickwinkeln ab. Aus der zeitlichen Perspektive kann das Betätigen notwendig, pflichtgemäß, zweckgebunden oder frei sein (Harvey u. Pentland 2011):

- „Notwendige Betätigungen“ (necessary occupations) bezeichnet Betätigungen der erforderlichen Versorgung von sich selbst, wie essen, schlafen, Sexualität und die Erfüllung der persönlichen gesundheitlichen und hygienischen Bedürfnisse.
- „Pflichtgemäße tägliche Betätigungen“ (contracted occupations) steht für Betätigungen im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit und offiziellem Unterricht.
- „Zweckgebundene tägliche Betätigungen“ (committed occupations) meint Betätigungen die einen Produktivitätscharakter haben, wofür jedoch kein Lohn ausgegeben wird. Diese Betätigungen sind eher schwierig zu erfassen, werden häufig zwischendurch erledigt und oft mit anderen Aktivitäten kombiniert. Die Betätigungen stammen z. B. aus dem Haushaltsbereich, der Essenszubereitung, sind mit Einkäufen, der Kinderversorgung, der Angehörigenbetreuung, der Instandhaltung der Wohnung, des Autos usw. verbunden.
- „Freie Betätigungen“ (free time occupations) bezieht sich auf Betätigungen, die in der Zeit ausgeübt werden, die nach den notwendigen, pflichtgemäßen und zweckgebundenen Betätigungen übrig ist. Die Freizeit lässt sich erweitern, indem man Betätigungen, die getan werden müssen, verringert und etwa nicht kocht, sondern sich ein Fertiggericht für die Mikrowelle besorgt, oder aufschiebt und z. B. die Einkäufe erst am nächsten Tag erledigt. Freizeitgestaltung ist etwas anderes, als freie Zeit zu haben. Bei der Freizeitgestaltung trifft die Person selbst die Wahl, wie die Mußestunden gefüllt werden. Doch in der verbliebenen freien Zeit werden auch Dinge getan, die sein „müssen“, wie etwa ein Familienbesuch oder der Besuch eines Empfangs aus Höflichkeit.

Bei den Dingen, die Menschen täglich tun, räumen sie gewöhnlich den notwendigen und pflichtgemäßen Betätigungen Priorität ein. Für das zweckgebundene und freie Betätigen wird dann die übrige gebliebene Zeit genutzt (Harvey u. Pentland 2011).

13.4 Bedeutung von Betätigung

Neben der Inventarisierung dessen, was Menschen an einem Tag alles tun und womit sie ihre Zeit verbringen, betrachten Ergotherapeuten auch die Bedeutung dieser täglichen Betätigungen. Pierce (2001) führt die subjektive Erfahrung des Betätigten an: „Eine Betätigung ist die Erfahrung einer Person, die zugleich die Bedeutung dieser Betätigung festlegt.“

Der Begriff „bedeutungsvoll“ (meaningful) wird von vielen Ergotherapeuten verwendet. Die „bedeutungsvolle Betätigung“ steht für das Betätigen, das von Personen, Organisationen oder Populationen ausgewählt und durchgeführt wird, um Erfahrungen zu sammeln, die eine Bedeutung haben und befriedigend sind. Doch ist es tatsächlich so, dass alles, was wir an einem Tag tun, bedeutungsvoll und befriedigend ist und konzentrieren sich Ergotherapeuten wirklich nur auf das bedeutungsvolle Betätigen von Menschen? Untersuchungen zur Bedeutung des Betätigten zeigen, dass bestimmte Betätigungen wichtiger sind als andere und dass die eine Betätigung einen größeren Beitrag zum Wohlbefinden leistet als eine andere. Eine bedeutungsvolle Betätigung ist für den einen das Klavierspiel und für den anderen die Runde mit dem Hund durch den Park.

Jonsson (2008) führte eine Längsschnittuntersuchung zur Bedeutung des Betätigten für Menschen, die in Rente gingen, durch. Aus der Studie ging hervor, dass manche Betätigungen als bedeutungsvoller erachtet wurden als andere und dass Aktivitäten auch einen unterschiedlich großen Anteil an einem Gefühl des Wohlbefindens hatten. Auf der Basis der Daten aus Tiefeninterviews mit dieser Personengruppe wurde das Betätigen wie folgt unterteilt:

- Mitmachbetätigungen (engaging occupations): Betätigungen, bei denen Menschen gerne mitmachen und für die sie sich Zeit nehmen
- basale Betätigungen (basic occupations): Aktivitäten, die ein Mensch zu tun hat als Teil seiner persönlichen Routinen und Gewohnheiten, wie z. B. die Versorgung von sich selbst und den Angehörigen
- soziale Betätigungen (social occupations): Aktivitäten, die auf die soziale Interaktion von Menschen ausgerichtet sind
- entspannende Betätigungen (relaxing occupations): Aktivitäten, die auf die Entspannung abzielen, wie spazieren oder Rätsel lösen
- regelhafte Betätigungen (regular occupations): Aktivitäten, die täglich oder wöchentlich absolviert werden, ohne dass die Person wirklich beteiligt ist, die jedoch mehr zur Routine gehören, wie etwa einkaufen oder das tägliche Ausführen des Hundes
- unregelmäßige Betätigungen (irregular occupations): Aktivitäten, die man sich aussucht und eine positive Bedeutung haben, wie etwa in den Urlaub fahren

- zeitraubende Betätigungen (time-killing occupations): Aktivitäten, bei denen man keine Teilhabe empfindet und mit denen lediglich die Zeit totgeschlagen wird.

Das Gefühl von Wohlbefinden, das diese Personengruppe durch das Betätigen erfuhrt, war am stärksten bei den Mitmachbetätigungen (engaging occupations) und wurde danach in folgender Reihenfolge beschrieben: soziale, entspannende, unregelmäßige, zeitraubende und als letztes die basalen Betätigungen (Jonsson 2008). Diese Untersuchung zeigt, dass Betätigungen für die Menschen eine unterschiedliche Bedeutung besitzen. Vor allem die basalen Betätigungen wurden von dieser Personengruppe als etwas empfunden, das getan werden muss und keinen großen Beitrag zum Wohlbefinden leistet. Auffallend war, dass gerade die basalen Betätigungen häufig das Thema bei den ergotherapeutischen Interventionen waren. Wenn Personen das Betätigen im Zusammenhang mit der Versorgung von sich selbst oder anderen nicht mehr ausüben können, verändert sich oftmals die Wertigkeit dieser basalen Betätigungen. Die Bedeutung ändert sich mit den Umständen. Jeder, der einmal längere Zeit krank war, hat erfahren, dass den einfachen, oft unbewusst ausgeführten Aktivitäten plötzlich eine größere Bedeutung zukommt. Wie schön es ist, wieder selbstständig zu duschen, sich selbst wieder das Frühstück zuzubereiten, wenn man eine Zeit lang bettlägerig gewesen ist! Daneben treffen Menschen, die nicht mehr imstande sind, alles an einem Tag zu tun, verschiedene Entscheidungen darüber, welche Betätigungen sie weiterhin ausführen möchten. Wenn man es möglich machen kann, die basalen Betätigungen von anderen Menschen erledigen zu lassen, kann dadurch noch ausreichend Energie für Mitmachbetätigungen übrig sein, was dem Wohlbefinden der Menschen zugute kommt. Für die Ergotherapie ist es von großer Wichtigkeit weiter zu erforschen, welche Betätigungen unter welchen Bedingungen das Wohlbefinden der Klienten fördern (Jonsson 2008 u. 2011).

13.5 Betätigungsgleichgewicht

Menschen führen viele verschiedene Betätigungen aus, wovon sie manche lieber tun als andere und eine Reihe von Betätigungen „muss“ einfach gemacht werden. Das Maß, in dem Menschen ihre täglichen Betätigungen entsprechend ihren Werten und Ambitionen organisieren können, sodass das Betätigen unter Kontrolle ist und als harmonisch und zusammenhängend erlebt wird, bezeichnet man als Betätigungsgleichgewicht (occupational balance; Backman 2011).

Ein Gleichgewicht zu finden zwischen den Dingen, die man tut und die man tun muss, stellt in unserer westlichen Welt für viele Menschen eine fortwährende Herausforderung dar. Es ist ein dynamischer Prozess, der an die individuelle Erfahrung gekoppelt ist. Dies wird an den Erfahrungen von Jan Taminiau deutlich, der ständig mit

seiner Arbeit beschäftigt ist, immer ein Kleid im Kopf hat und kein Bedürfnis nach einem echten Wochenendgefühl hat. Wie Menschen das Gleichgewicht beim Betätigen erleben, wirkt sich auch auf das Erleben von Glück, Stress, Gesundheit und Wohlbefinden aus (Backman 2011).

Christiansen (1996) zeigt drei Perspektiven auf, die das Erleben einer Balance beim Betätigen beeinflussen. Die erste hängt mit der Zeitznutzung und damit, wie wir unseren Tag und unsere Woche strukturieren, zusammen. Menschen sagen oft, sie hätten keine Zeit für Aktivitäten, die sie gerne machen, was ein Hinweis auf ein unzureichendes Gefühl für ein Gleichgewicht sein kann. Die zweite Perspektive bezieht sich auf den natürlichen Tag-/Nachtrythmus und die Biorhythmen und die dritte auf die Umwelt, die sozialen und persönlichen Beschränkungen und Möglichkeiten eines Beteiligtseins bei der Ausübung verschiedener Aktivitäten. Hierhin gehören auch die Begriffe „Flow“ und „optimale Erfahrung“ (Csikszentmihályi 1999).

Das Erleben eines Gleichgewichts im Betätigen ist vor allem für Erwachsene mit Familie eine große Aufgabe. Die Suche nach einem Gleichgewicht zwischen der Erwerbsarbeit, den Versorgungsaufgaben und dem sozialen Leben ist für manche Menschen ein fortwährender Kampf, wobei für einige von ihnen das Gleichgewicht in so weiter Ferne liegt, dass sie sich überanstrengen und ein Burn-out erleiden. Daneben gibt es Menschen, die viel arbeiten und ein dicht gepacktes Sozialleben führen und gleichwohl ein Gleichgewicht erreichen. Für Personen mit einer Beeinträchtigung ist das erneute Suchen nach dem Gleichgewicht oftmals ein großes Thema, wie etwa für Personen mit einer krankheitsbedingten chronischen Erschöpfung. Für sie ist die Suche nach einem Gleichgewicht zwischen den Dingen, die sie an einem Tag erledigen wollen, und ihrer verminderten Energie oft der Grund einer ergotherapeutischen Intervention.

13.6 Ausschluss von Betätigungen

Der Ausschluss vom Betätigen (Betätigungsdeprivation, occupational deprivation) wird als Zustand eines anhaltenden Ausschlusses von der Partizipation am notwendigen und bedeutungsvollen Betätigen infolge externer Faktoren definiert. Wilcock und Hocking (2015) beschrieben dies so: „Die Betätigungsdeprivation zeichnet sich durch eingeschränkte Betätigungsmöglichkeiten aus, wodurch die Entwicklung stagniert oder Kapazitäten ungenutzt bleiben, oder durch unzureichende Betätigungsmöglichkeiten, wenn zu wenig oder nichts Bedeutungsvolles getan werden kann.“

Ein Ausschluss vom Betätigen kann durch soziale, ökonomische, physische, geografische, historische, kulturelle oder politische Faktoren verursacht sein. Dies alles basiert auf externen Faktoren. Es ist wichtig sich zu vergegen-

wärtigen, dass eine Erkrankung an sich mitunter nicht die Ursache für eine Betätigungsdeprivation ist. Oft ist es die gesellschaftliche Reaktion auf eine Beeinträchtigung des Betätigens, die den Grad der Betätigungsdeprivation bestimmt. Whiteford (2011) benannte dafür fünf Ursachen:

- **geografische Isolierung:** Zu den wichtigsten Gründen einer Betätigungsdeprivation gehört die Beeinträchtigung durch die Umwelt, in der man wohnt oder untergebracht ist. Es ist z. B. schwierig ins Kino zu gehen und sich mit Freunden zu treffen, wenn man auf einer Insel lebt und erst nach einer einstündigen Bootstour in die Nähe einer Stadt kommt. Das Betätigen hat eine soziale Komponente, und wenn man nicht am gemeinsamen Handeln beteiligt sein kann, gibt es auch weniger Möglichkeiten für soziale Interaktionen.
- **Bedeutung der Erwerbsarbeit:** Im Westen trägt der Beruf erheblich zur Identitätsbestimmung bei. Oft hört man die Frage: „Was tust du?“ Und meist wird als Antwort der ausgeübte Beruf genannt. Der Beruf beeinflusst die soziale Akzeptanz und den sozialen Status, der erarbeitete Lohn gibt einem die Möglichkeit, etwas mit anderen Menschen zu unternehmen. Angesichts der Bedeutung des Berufs ist es verständlich, dass sich Arbeitslosigkeit auf das Wohlbefinden und die Gesundheit eines Menschen auswirken kann. Langzeitarbeitslosen fehlen die Kontakte am Arbeitsplatz und es mangelt ihnen an den finanziellen Möglichkeiten zu gemeinschaftlichen Aktivitäten mit anderen, wie etwa Sport, ausgehen, verreisen usw. Dies führt zur Betätigungsdeprivation. Andererseits gibt es auch Menschen, die sehr viel arbeiten, dabei natürlich viele soziale Kontakte haben und genügend Geld verdienen, jedoch nur über wenig freie Zeit verfügen, um mit anderen Menschen Dinge zu unternehmen, was auch als Form der Betätigungsdeprivation gilt.
- **Die Unterbringung in einer Haftanstalt** ist eine weitere Ursache für Betätigungsdeprivation. Wenn die Restriktionen für das Betätigen extrem sind, kann das schädliche Auswirkungen haben, von reiner Langeweile bis zur Entwicklung von Psychosen mit Suiziden und auch aufrührerisches Verhalten befördern.
- **Rollenstereotypen** können ebenfalls eine Betätigungsdeprivation auslösen. So können z. B. Frauen aus kulturellen oder religiösen Gründen von Betätigungen, die sie gerne ausüben möchten, ausgeschlossen bleiben. Viele Mädchen in der Dritten Welt haben z. B. keine Möglichkeit, eine Schule zu besuchen.
- **Flüchtlingsdasein:** Durch Isolation in einem Flüchtlingslager und aufgrund von Restriktionen im Zusammenhang mit der ausstehenden Anerkennung als Flüchtling leiden viele dieser Menschen unter einer Betätigungsdeprivation. Hinzu kommt, dass Flüchtlinge sich ihren Wohnort nicht selbst gewählt haben und dadurch ihre gewohnten Betätigungen nicht mehr ausüben können. Davon sind Betätigungen aller Betätigungsbereiche be-

troffen, ihren Beruf können sie zumeist nicht mehr ausüben, das Wohnen/Versorgen hat viele andersartige Aspekte und selbst die freie Zeit wird anders ausgefüllt.

Menschen mit einer Behinderung stoßen in ihrer Umwelt auf Barrieren, die sie von den Betätigungen, die sie ausführen möchten, ausschließen. Barrieren, die zur Betätigungsdeprivation führen, bilden sich in der physischen aber auch in der sozialen Umwelt. In den vergangenen Jahren sind durch bauliche Maßnahmen und technische Einrichtungen viele Möglichkeiten in der physischen Umwelt geschaffen worden. Zudem wurde viel für die Emanzipation von Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen getan, und die Toleranz in der Gesellschaft hat sich auch durch die Medien gewandelt, die gezeigt haben, dass Skifahren und Marathonläufe auch mit Behinderungen möglich sind. Auch die Toleranz gegenüber nicht körperlichen Beeinträchtigungen ist durch die mediale Aufmerksamkeit gewachsen. Solche Berichte zeigen der Welt, dass alle Menschen ungeachtet ihrer Beeinträchtigungen die Möglichkeit zur Partizipation erhalten und am täglichen und gesellschaftlichen Leben teilnehmen können (Whiteford 2011).

Die verschiedenen Betätigungsbereiche werden in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben. Das Betätigen innerhalb dieser Betätigungsbereiche wird von der dafür aufgewendeten Zeit, der Bedeutung, die dem Betätigten beigemessen wird, und den Möglichkeiten zur Partizipation an Aktivitäten beeinflusst. Dabei versucht jede Person ihr eigenes Gleichgewicht zu finden, so wie Taminiu das zu Beginn dieses Kapitels so treffend beschrieben hat.

13.7 Literatur

- Backman CL. Occupational Balance and Well-being. In: Christensen CA, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation, the art and science of living. Upper Saddle River: Pearson; 2011:231–250.
- Bendixen HJ, Kroksmark U, Magnus E, Jakobsen K, Alsaker S, Nordell K. Occupational pattern: A renewed definition of the concept. *Journal of Occupational Science* 2006;13(1):3–10.
- Christiansen C. Three perspectives on balance in occupation. In: Zemke R, Clark F (Hrsg.). Occupational science: The evolving discipline. Philadelphia: F.A. Davis; 1996:431–451.
- Cloin M. Met het oog op de tijd – een blik op de tijdsbesteding van Nederlanders. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2013.
- Csikszentmihályi M. Flow: Psychologie van de optimale ervaring. Amsterdam: Boom; 1999.
- Davis JA, Polatajko H. Don't forget the repertoire: The meta occupational issue. *Occupational Therapy Now* 2010;12(3):20–22.
- Harvey AS, Pentland W. What Do People Do? In: Christensen CA, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation, the art and science of living. Upper Saddle River: Pearson; 2011:101–134.
- Hartingsveldt MJ van. Gewoon doen – dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2016.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Jonsson H. A new direction in the conceptualization and categorization of occupation. *Journal of Occupational Science* 2008;15(1):3–8.
- Jonsson H. Occupational transitions: Work to retirement. In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation, the art and science of living. New Jersey: Pearson Education Inc; 2011:211–230.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
- Meyer A. The philosophy of occupational therapy. *Am J Occup Ther* 1977;31:639–642. Reprinted from *Archives of Occupational Therapy* 1922;1(1):1–10.
- Naab E. Nederland beter: Kan het nog beter dan; 2011.
- Pierce D. Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy* 2001;55(2):138–146.
- Whiteford G. Occupational Deprivation. In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation: The art and science of living. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2011:303–328.
- Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective on health. 3. Aufl. Thorofare, NJ: Slack; 2015.

14 Betätigungsbereich: Wohnen und Versorgen

Robbert Kruijne, Margriet Pol

„Erst baut der Mensch ein Haus, dann formt das Haus den Menschen.“

Dam et al. (1989)

„Liebe beginnt zu Hause, in unserer eigenen Familie.“

Mutter Teresa (1910–1997)

Keywords

- Wohnen
- demografische Entwicklung
- technische Entwicklung
- Versorgung
- Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- basale Aktivitäten des täglichen Lebens (BADL)
- instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)
- Identität
- Betätigungsprofil
- ergotherapeutische Intervention

Zu früh für's Pflegeheim

Frau Brandt lebt in einem Appartement in dem kleinen Dorf, in dem sie praktisch ihr ganzes Leben verbracht hat. Das Appartement ist hell und freundlich und voller vertrauter Dinge. Im Haushalt und bei der Wäsche hat Frau Brandt Hilfe. Man kennt sie in dem kleinen Dorf, und zwei ihrer Kinder wohnen selbst noch hier. Man hat bei ihr eine Demenz festgestellt. Sie hat ein Ritual für jeden Morgen, dass ihr beim selbstständigen Waschen und Ankleiden hilft, wenn alles parat liegt. Sie ist es gewohnt, morgens kleinere Einkäufe im Supermarkt des Dorfes zu tätigen, was sie mit ihrem Rollator bewerkstelligt. Die Menschen im Dorf sind mit ihrer Situation vertraut und helfen ihr wenn nötig beim Bezahlen oder auf dem Nachhauseweg. Sie nutzt ein Hausnotrufsystem und kann so im Notfall jemanden anrufen. Auf Knopfdruck klingelt das Telefon sowohl bei ihrer Tochter als auch in der Hausnotrufzentrale, die dann miteinander klären, wer nach dem Rechten schaut. Beide Parteien haben einen Wohnungsschlüssel für das Appartement. Im Haus sind Sensoren installiert, die Aktivitäten in der Wohnung registrieren. Wenn diese Auffälligkeiten im Aktivitätsmuster melden, werden automatisch ebenfalls die Hausnotrufzentrale und ihre Tochter alarmiert. Sowohl Frau Brandt als auch ihre Kinder fühlen sich dadurch sicher und freuen sich darüber, dass die alte Dame mit diesen Hilfen noch möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung bleiben kann.

Das verletzte Knie

Die 21-jährige Judith zieht sich während eines Handballspiels eine schwere Knieverletzung zu. Sie wird sofort operiert, sodass kein bleibender Schaden zu befürchten ist. Für eine rasche Genesung ist es jedoch erforderlich, dass sie das betroffene Bein in den kommenden sechs Wochen gestreckt halten kann. Als sie sich von dem Schreck der Verletzung erholt hatte, ist sie zunächst erleichtert, dass sich ihr Knie aller Voraussicht nach wieder vollkommen erholen würde. Doch schon bald wird ihr klar, dass es auf dem Weg dahin noch einige Hindernisse zu überwinden gibt. Judith setzt ihre Ausbildung zur Dozentin an der Sporthochschule vorläufig aus, bis sie wieder ganz fit ist. In der nächsten Zeit wird sie keinen Sport betreiben können. Als sie es mit gehöriger Anstrengung nach Hause in die dritte Etage schafft, wird ihr klar, dass sie doch größere Schwierigkeiten hat, als gedacht. So merkt sie, dass das Einkaufen eine ziemliche Herausforderung ist und dass sie in der Wohnung auch in ihrer Beweglichkeit erheblich eingeschränkt ist (Küche und Dusche sind recht klein). Nach drei Tagen mit dem Laptop auf dem Sofa beschließt sie, die übrige Zeit, die sie zur Genesung benötigt, bei ihren Eltern zu verbringen.

14.1 Einleitung

Die eigene Wohnung steht wie kein anderer Ort für den Betätigungsbereich Versorgung, der im Berufsprofil Ergotherapie als „für sich selbst und andere sorgen“ definiert ist, mit schlafen, den Haushalt führen und sich selbst und seine Angehörigen versorgen. Bei dieser Betätigung ist es im Laufe der Zeit zu drastischen Veränderungen gekommen. So wusch man sich etwa früher einmal wöchentlich mit Seife an einer Schüssel, während heute oftmals täglich unter fließendem Wasser in der Dusche mit Infrarotsensor und thermostatischer Mischbatterie geduscht wird. Aus dem Wäschewaschen von Hand auf einem Waschbrett in einem Bottich wurde ein automatisierter Prozess mit Waschmaschinen und Trocknern mit Antiknitterfunktion. Diese Aktivitäten sind oftmals zu so einem selbstverständlichen Teil unseres Lebens geworden, dass viele Menschen sich dessen erst bewusst werden, wenn die Ausübung nicht mehr gelingt.

Dies trifft auch auf das Wohnen zu, das jeder tut, doch vielen fällt es schwer zu beschreiben, was Wohnen nun eigentlich ist. Menschen haben immer gewohnt, sei es an einem festen Ort oder als Nomaden, die sich immer wieder neue Orte zum Wohnen aussuchen. Gewohnt wurde also zu allen Zeiten. Und Wohnen ist für Menschen wichtig. Die Wohnung ist die Basis, von der aus das tägliche

14 Betätigungsbereich: Wohnen und Versorgen

Robbert Kruijne, Margriet Pol

„Erst baut der Mensch ein Haus, dann formt das Haus den Menschen.“

Dam et al. (1989)

„Liebe beginnt zu Hause, in unserer eigenen Familie.“

Mutter Teresa (1910–1997)

Keywords

- Wohnen
- demografische Entwicklung
- technische Entwicklung
- Versorgung
- Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- basale Aktivitäten des täglichen Lebens (BADL)
- instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)
- Identität
- Betätigungsprofil
- ergotherapeutische Intervention

Zu früh für's Pflegeheim

Frau Brandt lebt in einem Appartement in dem kleinen Dorf, in dem sie praktisch ihr ganzes Leben verbracht hat. Das Appartement ist hell und freundlich und voller vertrauter Dinge. Im Haushalt und bei der Wäsche hat Frau Brandt Hilfe. Man kennt sie in dem kleinen Dorf, und zwei ihrer Kinder wohnen selbst noch hier. Man hat bei ihr eine Demenz festgestellt. Sie hat ein Ritual für jeden Morgen, dass ihr beim selbstständigen Waschen und Ankleiden hilft, wenn alles parat liegt. Sie ist es gewohnt, morgens kleinere Einkäufe im Supermarkt des Dorfes zu tätigen, was sie mit ihrem Rollator bewerkstelligt. Die Menschen im Dorf sind mit ihrer Situation vertraut und helfen ihr wenn nötig beim Bezahlen oder auf dem Nachhauseweg. Sie nutzt ein Hausnotrufsystem und kann so im Notfall jemanden anrufen. Auf Knopfdruck klingelt das Telefon sowohl bei ihrer Tochter als auch in der Hausnotrufzentrale, die dann miteinander klären, wer nach dem Rechten schaut. Beide Parteien haben einen Wohnungsschlüssel für das Appartement. Im Haus sind Sensoren installiert, die Aktivitäten in der Wohnung registrieren. Wenn diese Auffälligkeiten im Aktivitätsmuster melden, werden automatisch ebenfalls die Hausnotrufzentrale und ihre Tochter alarmiert. Sowohl Frau Brandt als auch ihre Kinder fühlen sich dadurch sicher und freuen sich darüber, dass die alte Dame mit diesen Hilfen noch möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung bleiben kann.

Das verletzte Knie

Die 21-jährige Judith zieht sich während eines Handballspiels eine schwere Knieverletzung zu. Sie wird sofort operiert, sodass kein bleibender Schaden zu befürchten ist. Für eine rasche Genesung ist es jedoch erforderlich, dass sie das betroffene Bein in den kommenden sechs Wochen gestreckt halten kann. Als sie sich von dem Schreck der Verletzung erholt hatte, ist sie zunächst erleichtert, dass sich ihr Knie aller Voraussicht nach wieder vollkommen erholen würde. Doch schon bald wird ihr klar, dass es auf dem Weg dahin noch einige Hindernisse zu überwinden gibt. Judith setzt ihre Ausbildung zur Dozentin an der Sporthochschule vorläufig aus, bis sie wieder ganz fit ist. In der nächsten Zeit wird sie keinen Sport betreiben können. Als sie es mit gehöriger Anstrengung nach Hause in die dritte Etage schafft, wird ihr klar, dass sie doch größere Schwierigkeiten hat, als gedacht. So merkt sie, dass das Einkaufen eine ziemliche Herausforderung ist und dass sie in der Wohnung auch in ihrer Beweglichkeit erheblich eingeschränkt ist (Küche und Dusche sind recht klein). Nach drei Tagen mit dem Laptop auf dem Sofa beschließt sie, die übrige Zeit, die sie zur Genesung benötigt, bei ihren Eltern zu verbringen.

14.1 Einleitung

Die eigene Wohnung steht wie kein anderer Ort für den Betätigungsbereich Versorgung, der im Berufsprofil Ergotherapie als „für sich selbst und andere sorgen“ definiert ist, mit schlafen, den Haushalt führen und sich selbst und seine Angehörigen versorgen. Bei dieser Betätigung ist es im Laufe der Zeit zu drastischen Veränderungen gekommen. So wusch man sich etwa früher einmal wöchentlich mit Seife an einer Schüssel, während heute oftmals täglich unter fließendem Wasser in der Dusche mit Infrarotsensor und thermostatischer Mischbatterie geduscht wird. Aus dem Wäschewaschen von Hand auf einem Waschbrett in einem Bottich wurde ein automatisierter Prozess mit Waschmaschinen und Trocknern mit Antiknitterfunktion. Diese Aktivitäten sind oftmals zu so einem selbstverständlichen Teil unseres Lebens geworden, dass viele Menschen sich dessen erst bewusst werden, wenn die Ausübung nicht mehr gelingt.

Dies trifft auch auf das Wohnen zu, das jeder tut, doch vielen fällt es schwer zu beschreiben, was Wohnen nun eigentlich ist. Menschen haben immer gewohnt, sei es an einem festen Ort oder als Nomaden, die sich immer wieder neue Orte zum Wohnen aussuchen. Gewohnt wurde also zu allen Zeiten. Und Wohnen ist für Menschen wichtig. Die Wohnung ist die Basis, von der aus das tägliche

und gesellschaftliche Leben angegangen wird, wie auch die Geschichte von Frau Brandt zeigt.

Betätigungen, die mit dem Betätigungsbereich Versorgung verbunden sind, umfassen die Interaktion zwischen der Betätigung selbst, der persönlichen Identität, Werte und Normen sowie den physischen, sozialen, kulturellen und institutionellen Kontext, in dem die Betätigung ausgeführt wird (Huet et al. 2010). Das Beispiel von Judith hat gezeigt, dass der Betätigungsbereich Versorgung ein wichtiger Teil des Betätigten ist. Es kann als Basis der weiteren Aktivitäten, die ein Mensch in seinem täglichen Leben angeht, betrachtet werden.

Der Betätigungsbereich Wohnen und Versorgung umfasst mehr als den Aufenthalt in der Wohnung und das zugehörige Betätigen im Bereich der Selbstversorgung, der Versorgung anderer und des Haushalts. Auch die (Nacht-)Ruhe und die Sexualität gehören dazu. Die Wohnung kann auch als Ausgangspunkt für die Unternehmung verschiedenster Aktivitäten in den verschiedenen Betätigungsbereichen angesehen werden (Hartingsveldt et al. 2010).

Das Ziel dieses Kapitels besteht darin, einen Überblick über den aktuellen Kenntnisstand und die Sichtweisen auf den Betätigungsbereich Wohnen und Versorgen zu vermitteln. Zunächst wird auf das Wohnen eingegangen und anschließend wenden wir uns dem Konzept der Versorgung zu. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, unterliegt dieser Bereich heute großen Veränderungen, mit denen der Ergotherapeut in unterschiedlicher Weise konfrontiert ist.

14.2 Soziale Entwicklungen mit Einfluss auf Wohnen und Versorgen

In den nächsten Dekaden wird das Thema Wohnen und Versorgung nicht zuletzt deshalb von zunehmender Bedeutung sein, weil die Nachkriegsgeneration ab 2020 75 Jahre wird. Das Wort von der „doppelten Vergreisung“ macht die Runde, da nicht nur die individuelle Lebenserwartung steigt, sondern auch der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Ab einem Alter von 75 geht man von einem erhöhten Versorgungsbedarf aus. Zudem wird der Anteil junger Menschen im Zusammenleben immer geringer. In diese Entwicklung reiht sich eine Reihe von Trends ein:

- Das längere Wohnen in der eigenen Umwelt wird gefördert. Versorgung soll weitestmöglich in den eigenen vier Wänden stattfinden, statt in Pflege- und Wohneinrichtungen.
- Pflegeheime werden schrittweise geschlossen.
- Die Zahl der Einpersonenhaushalte nimmt zu.
- Die Gesellschaft entwickelt sich in die Richtung einer Partizipationsgemeinschaft, in der die Bürger in die

Pflicht genommen werden, möglichst viel für ihre Angehörigen zu tun.

- Die Menschen sollen nach Möglichkeit zur Mitarbeit in der Gemeinschaft angehalten werden.
- „Der Klient führt Regie“ gilt als das Motto und Bezugsrahmen in der Versorgung, was Folgen für Professionals und Organisationen hat.

Mit der Zahl älterer Menschen steigt auch die Zahl der chronischen Erkrankungen. Etwa die Hälfte der Personen mit einer solchen andauernden Krankheit leidet unter körperlichen Beeinträchtigungen, welche die Fähigkeit zur Selbsthilfe und die Teilhabe an Aktivitäten in der Gemeinschaft berühren (NIVEL2011). Dies hat erhebliche Auswirkungen für die Gesellschaft wie etwa auf dem Gebiet des Wohnens und der Gesundheitsfürsorge.

Die meisten Älteren und Menschen mit chronischen Erkrankungen wünschen sich, möglichst lange in der eigenen Wohnung leben bleiben zu können. In den Niederlanden wurde 2015 von der Regierungsseite über das WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, etwa „Gesetz zur Förderung der Gemeinschaft“) die Umstrukturierung der Versorgung eingeleitet (Rijksoverheid 2015). Jeder Mensch hat demnach das Recht auf eine langfristige Versorgung, die zu Hause oder, wenn das nicht möglich ist, in einer Einrichtung erfolgen kann. Die Gemeinden stehen dabei in der Pflicht, für Unterstützung beim selbstständigen Wohnen und das Mitwirken in der Gemeinschaft zu sorgen. Über ein anderes Gesetz (Zorgverzekeringswet, ZVW) wird die (medizinische) Versorgung organisiert. Die gebotene Versorgung und Unterstützung setzt bei den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Möglichkeiten der Menschen und ihrer sozialen Netzwerke an. Dies wirkt sich auch auf den Wohnungsmarkt aus. Wie die Menschen heute leben möchten, unterscheidet sich von der Situation vor 35 Jahren. Neben den eigenen Wünschen der Menschen wird jetzt auch wieder eine stärkere Teilhabe der Gemeinschaft an der Zusammenarbeit in der Nachbarschaft und in der Wohnumwelt eingefordert. Dies verlangt auch nach Innovationen auf dem Wohnungsmarkt und erfordert diverse Aktionen wie etwa die Erneuerung alter Bausubstanz oder die Anpassung von Wohnungen, wenn die Bewohner mit Beeinträchtigungen zu kämpfen haben. Es soll jedoch auch zunehmend in neue Wohnformen investiert werden, wenn z.B. ältere Menschen eine Wohngemeinschaft gründen wollen, Wohnungen für ein ganzes Leben geeignet sein sollen (ISSO 2016) oder Wohnformen für Personen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen geschaffen werden. Das verlangt auch nach neuen Formen der Zusammenarbeit etwa zwischen Gemeinden, Wohnkooperativen, Versicherern, Anwohnern, Ergotherapeuten und technischen Betrieben.

Menschen, die der permanenten Aufsicht und Versorgung bedürfen, haben das Recht auf den Verbleib in einer entsprechenden Einrichtung wie etwa einem Pflegeheim.

In den Niederlanden werden Personen, die Kandidaten für die Aufnahme in ein Pflegeheim sind, von einer dafür vorgesehenen Behörde beurteilt. In Deutschland bekleidet der „Medizinische Dienst der Krankenkassen“ diese Funktion. In den letzten Jahren wurden die Hürden für die Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung angehoben. In der Folge wohnen ältere Menschen jetzt länger zu Hause.

In den kommenden Jahren wird die öffentliche Hand in die Lebensqualität der Pflegeheime in den Niederlanden investieren. Dabei stehen die Versorgungsqualität im Hinblick auf eine stärkere Berücksichtigung der Wünsche, Bedürfnisse und Möglichkeiten der Bewohner sowie die Bereitstellung der dafür erforderlichen räumlichen und personellen Ressourcen im Mittelpunkt. Weiterhin soll für vermehrte Tagesaktivitäten älterer Menschen und spezielle Schulungen von Professionals Geld in die Hand genommen werden.

Sowohl bei der Verbesserung der häuslichen Versorgungsmöglichkeiten als auch der Versorgung innerhalb von entsprechenden Einrichtungen wird in den kommenden Jahren die technologische Anpassung eine immer größere Rolle spielen. Derartige Anpassungen wirken sich auch unmittelbar auf das Betätigen aller Beteiligten, d. h. Anwender und auch Professionals, aus. Die zuvor zu klärende Frage ist, wie die physische und soziale Umwelt zur Unterstützung der Versorgung beschaffen sein sollte und auf welche Weise sie sich realisieren lässt.

Einige Versorgungsformen, bei denen Klienten und Professionals sich bisher persönlich begegneten, können heute aufgrund der technologischen Möglichkeiten auch aus der Distanz funktionieren: Beide Seiten verlassen nicht mehr das Haus, können aber dennoch einen sehr direkten Kontakt zueinander herzustellen. Das führt für alle Beteiligten zu einer großen Zeitersparnis und lässt dem Klienten mehr Freiheiten und Eigenregie. Es ermöglicht diesem zudem, länger selbstständig in der eigenen Umwelt zu leben. Man bezeichnet diese Versorgungsmöglichkeiten als Telemedizin (Willems u. Lier 2009, E-health Monitor 2015).

Weltweit werden verschiedene Technologien eingesetzt, die alle der Telemedizin zuzurechnen sind. Der interpersonelle Kontakt über Telefon und neuere Technologien wie SMS, Video, E-Mail und Webseiten findet reichlich Verwendung. Mitten in der Entwicklung steckt auch der Einsatz von Sensoren zur Erfassung körperlicher Zustände oder von Aktivitäten (Pol et al. 2014). Auf der Ebene der psychischen Versorgung und der Stimulation der Eigenregie kommt besonders der Erleichterung des interpersonellen Kontaktes eine große Bedeutung zu (Oort 2010). Die Anwendungen, die der Vermeidung einer Versorgung in entsprechenden Einrichtungen dienen, stammen vornehmlich aus der Versorgung von Menschen mit Demenz und älteren Menschen. Größere Studien zur Effektivität existieren noch kaum (Pol 2013). Vielversprechende Entwicklungen sind offenbar jene, die den Vorteil für den Klienten und den effizienten Einsatz knapper Ver-

sorgungsressourcen im Auge haben, wie z. B. der Einsatz eines Aktivitätsmonitorings bei Älteren, das einen Teil dazu beitragen kann, dass eine häusliche Versorgung weiter Bestand hat, oder Sensoren als Hilfsmittel in der Reha bei z. B. älteren Menschen nach einer Hüftfraktur. Die meisten technischen Entwicklungen spielen sich auf dem Gebiet der tragbaren und kabellosen Sensoren und der Übermittlung und Verarbeitung von Informationen aus autonomen Sensoren ab (Evers et al. 2009, Pol et al. 2014). Die immer rascher voranschreitende Entwicklung besonders auf dem Gebiet der Informationstechnologien und ihre Anwendungen innerhalb der Wohnung (Hausautomation) und bei der Versorgung (Assistenzsysteme) führen zu revolutionären Veränderungen des Betätigten des Klienten und seines Systems, der Professionals, der Hilfsorganisationen und der Politik (Oort 2010). Gerade diese Entwicklungen sind für Ergotherapeuten von besonderer Wichtigkeit. Im Internet finden sich manche Seiten, die sich mit Wohnen und Versorgung und auch technischen Anwendungen befassen:

- www.fu-berlin.de/sites/dcfam-service/media/pflege/Laenger-zuhause-leben.pdf
- www.frankfurt-university.de/fachbereiche/fb4/services-und-einrichtungen/ausstellung-barrierefrei.html
- www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/projekt-inklusive-wohnen
- www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Mobilitaet/mobilitaet_node.html
- www.bmbf.de/de/mensch-und-technik-hand-in-hand-704.html
- <https://nullbarriere.de/wohnungsanpassung-massnahmen.htm>

14.3 Wohnen

Wohnen ist mehr, als ein Dach über dem Kopf. „Zu wohnen bedeutet den mehr oder weniger dauerhaften Verbleib an einem Ort, von dem aus man in die Welt hinausgeht, sie erlebt und zu dem man dann wieder zurückkehrt (Dam et al. 1989).“

Die Wohnung ist die Basis einer Person für verschiedene Betätigungen aus den Bereichen Wohnen/Versorgung, Lernen/Arbeit und Spiel/Freizeit. Für die Partizipation an der Gemeinschaft bietet das Wohnen den Ausgangspunkt. Das Wohnen ist auch mehr als die Wohnung, es ist eine Betätigung. Ainsworth und Jonge (2011) nennen es das „konzeptionelle Modell Wohnen“. Dieses Konzept beinhaltet drei Bereiche, in denen dargestellt wird, wie jemand sein Zuhause erfährt, nämlich persönlich, sozial und physisch. Für jedes „Zuhause“ gilt, dass es eine einzigartige Kombination aus der Person, der sozialen und physischen Umwelt und der zugemessenen Bedeutung darstellt.

Das persönliche Zuhause

Das Zimmer der Tochter Beate hat einen ganz eigenen Charakter. Vor allem das viele Rosa und die Perlen, ein rosa MP3-Spieler, lila Bettzeug und viele Kuscheltiere. Ganz anders der Rest der Wohnung, der durchgängig hell und pragmatisch bequem gestaltet ist und voller geschmackvoller Kunstgegenstände und designer Dinge ist.

Das soziale Zuhause

Ayshe und Bernd haben eine Wohnung gekauft, in der gut zwei Familien leben könnten. Der viele Platz ist aber auch erforderlich, da ihr viertes Kind unterwegs ist und Ayshe's Eltern im kommenden Jahr mit in der Wohnung leben werden. Ayshe hat marokkanische Wurzeln und für sie ist es ganz selbstverständlich, bald für ihre Eltern zu sorgen.

Dilek und Cem haben türkische Wurzeln und leben in einem hübschen, freistehenden Haus in einem Dorf, das überwiegend von Menschen mit deutschen Wurzeln und stark evangelischer Prägung bewohnt wird. Trotz eines ganz guten, oberflächlichen Verhältnisses zu den Menschen in der Nachbarschaft, möchten sie doch lieber versuchen, in einem Viertel in einer kleinen Stadt heimisch zu werden, wo es mehr Menschen mit türkischem Hintergrund gibt. Sie erwarten, sich dadurch dort eher zu Hause zu fühlen, nicht zuletzt wegen der Sitte, häufiger beieinander vorbeizuschauen.

Das physische Zuhause

Ab dem Zeitpunkt, als die Kinder der Familie Holstein das Haus verlassen hatten und in eigene Wohnungen gezogen waren, kam das große frei stehende Haus mit den vier Schlafzimmern den Eltern viel zu groß vor. Sie beschlossen, es zu verkaufen und in ein Luxusappartement in der Stadt zu ziehen, das sich im Erdgeschoss befindet und lebenslaufbeständig ist (d. h. barrierefreie Architektur, unabhängig von Alter oder Handicap der Nutzer). Die Geschäfte und das Gemeindezentrum sind fußläufig.

Das Haus oder die Wohnung befindet sich in einer bestimmten Umwelt: in einem Viertel, einem Dorf, einer Stadt, einer Provinz und in einem Land. Menschen identifizieren sich auch mit ihrem Viertel, dem Dorf oder der Stadt und mit den Menschen dort. Das Wohnen hat neben der erwähnten Dimension des Zuhauses auch eine physische, soziale und kulturelle Dimension in der Umwelt.

Ausweitung der Einrichtungen

Aufgrund der Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur und der Ausweitung von Einrichtungen verschwinden in vielen Vierteln, vor allem für die Bevölkerungsgruppen, die dort schon viele Jahre wohnen, die vertrauten Geschäfte, Gemeindehäuser und andere Einrichtungen wie etwa Post- oder Bankfilialen. Doch auch Nachbarn und Bekannte verschwinden. Stattdessen leben dort jetzt andere, Fremde. Die Nachbarschaft ist nicht länger die vertraute Umwelt, wo die Vorstellung einer möglichst lange erhaltenen Selbstständigkeit umsetzbar ist. Ist es dann überhaupt noch schön, in der eigenen Wohnung weiter zu leben? Es geht weniger um einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung, als vielmehr darum, auf dieselbe Weise weiterleben zu können. Menschen, die immer selbstständig waren, werden das auch bleiben wollen. Sie möchten möglichst lange zu Hause leben und begrüßen dabei verschiedene Serviceleistungen, wünschen sich aber keine Versorgung. Anderen wiederum, die es gewohnt sind, Versorgung im Kollektiv zu regeln, d. h. mit Nachbarn oder Familie, tut man keinen Gefallen damit, möglichst lange zu Hause wohnen zu bleiben, wenn das Netzwerk gar nicht mehr existiert.

Aber auch ungeachtet dieser Neustrukturierungen gilt, dass manche Menschen eine kleine Pflegeeinrichtung bevorzugen, wenn ihr Netzwerk schrumpft und es die vertraute Umwelt so gar nicht mehr gibt und eine neue geschaffen werden muss. Es geht den Menschen nicht nur um betreutes Wohnen in einer Wohnanlage. Sie wünschen sich auch Geschäfte, Bibliotheken und Restaurants. Wenn es so etwas nicht gibt, schafft man lediglich Wohn-/Versorgungsinseln innerhalb eines Viertels. In den Niederlanden fallen den Wohnungsbaugenossenschaften bei der Schaffung einer vertrauten Umwelt wichtige Aufgaben zu, indem sie z. B. schöne Innenhöfe, eine gute Verwaltung und Stellen für Hausmeisterposten schaffen. Dabei wird auch nach möglichen Arrangements zum allseitigen Nutzen geschaut.

14.3.1 Wohnen und Betätigen

Die Wohnumwelt, zu der auch die Wohnung gehört, stellt den Kontext dar, in dem sich ein Teil des Betätigens abspielt. Dazu ein paar Beispiele:

- Der physische Ort der Küche bestimmt, dass dort das Essen zubereitet wird.
- Wenn die soziale Umwelt vorwiegend aus älteren Menschen besteht, wird eine junge Familie mit zwei Kindern wahrscheinlich nur schlecht Kontakte in der Nachbarschaft aufbauen.
- Wenn eine Person es aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes gewohnt ist, häufig ein Gebetshaus aufzusuchen und sich im Viertel keines befindet, muss diese Person viele Fahrzeiten aufwenden.

- Eine graue Industriestadt mit langweiligen Wohnungen kann sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken.

Für einen Ergotherapeuten ist es wichtig, den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Dimensionen des Wohnens und ihrer Bedeutung für den betreffenden Klienten zu erfassen. Es gehört zu den fachlichen Aufgaben eines Ergotherapeuten, das Betätigen zu analysieren und so einen Überblick über die Betätigungsmöglichkeiten zu erhalten. Durch den kontextbasierten Ausgangspunkt fokussiert sich der Ergotherapeut auf das Betätigen in der sozialen und physischen Umwelt des Klienten (Christiansen u. Townsend 2014). Viele Betätigungsfragen spielen sich im Bereich der Wohnung oder der Wohnumwelt ab, was dann auch den Ort der ergotherapeutischen Intervention vorgibt. Die Wohnumwelt und der Ausgangspunkt der Intervention können aber auch ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim sein. Das Betätigen beeinflusst die Gesundheit und das Wohlbefinden (Wilcock 2015). Dazu tragen auch eine gesunde Wohnung und Wohnumwelt bei.

14.3.2 Wohnen mit Versorgung

Lange Zeit bestand ein klarer Unterschied zwischen den Personen, die zu Hause wohnten, und den Menschen, die in einer Einrichtung untergebracht waren. Wenn es nicht länger möglich war, zu Hause zu wohnen, ging man in ein spezialisiertes Haus. Das galt für Personen jeden Alters mit körperlichen, psychischen oder geistigen Beeinträchtigungen, die der Versorgung bedurften. Der Fokus lag dabei auf dem Behandeln, Pflegen und Versorgen. Aus dem Zuhause wurde das Heim, aus dem Wohnen die Unterbringung. Die entsprechenden Einrichtungen wurden vorzugsweise in ländlichen Regionen angesiedelt, statt inmitten eines dörflichen oder städtischen Umfeldes. Die gesellschaftliche Partizipation war somit aufgrund der Lage erschwert. Die Bauten glichen am ehesten Kliniken, in denen man sich ausschließlich um das körperliche Wohl kümmerte und nicht um das psychische und soziale Wohlbefinden. In den letzten Jahren kam es zu einer immer stärkeren Verlagerung zur häuslichen Versorgung. Zog man früher noch dorthin um, wo die Pflege angeboten wurde, kommt diese jetzt immer öfters dahin, wo die Menschen möglichst lange wohnen bleiben sollen, nämlich vorzugsweise zu Hause.

Oliver

Der 45-jährige Oliver leidet unter einer chronischen Herzkrankung, Epilepsie und Diabetes mellitus. Er nimmt verschiedene Medikamente ein und fühlt sich etwas energielos. Er wohnt allein und ist als Automechaniker in Teilzeit beschäftigt. Mit seinem Smartphone überwacht er selbst seinen Blutzuckerspiegel, Puls, Blutdruck und Herzrhythmus und leitet die erhobenen Messwerte digital an seinen Hausarzt weiter. Zusammen legen sie dann per E-Mail die Medikation fest. Zu Hause hat er ein Hausnotrufsystem und es wurden verschiedene Sensoren installiert, die auffällige Veränderungen im Aktivitätsmuster registrieren und automatisch melden. Die Zentrale wird in einem solchen Fall zuerst Oliver kontaktieren und dann seinen Bruder. Morgens setzt sich Oliver eine Insulinspritze, nimmt die weiteren Medikamente ein und fährt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit. Im Falle eines epileptischen Anfalls wissen seine Kollegen, wie sie sich zu verhalten haben, sorgen dafür, dass er sich nicht verletzt, und bringen ihn nach dem Anfall nach Hause, da er dann nicht mehr imstande ist zu arbeiten. Das gilt auch für den Folgetag. Im Schnitt ist Oliver aber nicht häufiger krank als seine Kollegen. Er ist selbst stolz darauf, dass er sein Leben auf diese Weise führen kann.

Anne

Anne wird heute 21 Jahre alt und feiert im Gemeinschaftsraum der Wohngruppe. Dazu ist die ganze Familie eingeladen. Anne hat eine Zerebralparese und ist in mehrfacher Hinsicht behindert. Sie hat einen großen Versorgungsbedarf und kommuniziert über die Täfelchen an ihrem Kommunikator. Damit heißt sie alle Besucher zur Begrüßung herzlich willkommen. Bisher hatte sie mit ihren beiden Brüdern und der Schwester bei den Eltern in einer angepassten Wohnung gelebt. In der jetzigen Wohnform lebt sie in der eigenen Wohnung und bekommt Hilfestellung, wo dies nötig ist. Im Gemeinschaftsraum wird unter Begleitung durch die Bewohner, die dazu in der Lage sind, gekocht. Anne kann dabei nicht helfen, doch findet sie es gemütlich, einfach dabei zu sein.

Partizipation ist ein wichtiges gesellschaftliches Thema, was auf die 2015 veränderte Gesetzgebung in den Niederlanden in Form des WMO zurückzuführen ist. Ein wichtiges Ziel dieses Gesetzes ist die Förderung der Selbstständigkeit und die gesellschaftliche Partizipation der Menschen. Auf dieser Grundlage sind die Kommunen dazu verpflichtet, Bürgern mit einer Behinderung eine Lösung anzubieten, die sie in die Lage versetzt, einen Haushalt zu führen, sich in und außerhalb der Wohnung sowie mit öffentlichen Verkehrsmitteln fortzubewegen, Mitmenschen zu treffen und sich auf dieser Grundlage sozialen Gruppen anzuschließen (Klerk et al. 2010). An die Stelle des Wohnens in großen Einrichtungen ist für Personen mit Behinderungen eine große Vielfalt an kleinen maßgeschneiderten Wohnformen entstanden. Diese Tendenz bezeichnet man als Extramuralisierung oder „Vergesellschaftung der Versorgung“. Es gibt in den Niederlanden immer mehr Möglichkeiten, spezifische Wohnformen zu realisieren.

Wohnservicezonen

Eine Wohnservicezone ist eine Nachbarschaft, ein Viertel oder eine dörfliche Struktur, in der optimale Bedingungen für Wohnformen geschaffen werden, die der Gesundheit und dem Wohlbefinden zuträglich sind, und das mit einer nicht planbaren Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Mehrere Parteien arbeiten an einem auf die örtlichen Gegebenheiten zugeschnittenen und zusammenhängenden Ansatz für Wohnen, Wohlbefinden und Versorgung. Zu den Zielgruppen zählen ältere Menschen, Personen mit Behinderungen, mit psychischen Beeinträchtigungen sowie Bewohner des Viertels ganz allgemein.

14.3.3 Ergotherapie und Wohnen mit Versorgung

Der Ergotherapeut ist der Experte im Ermöglichen von Betätigung in der Wohnung und in der Wohnumwelt (Kontext), wobei er schlüssigen Rat zur physischen Umwelt geben kann und dabei die soziale Umwelt und die Bedeutung des Betätigten in der Umwelt mit berücksichtigt. Der Ergotherapeut vermag es, innerhalb verschiedener Kontexte zu arbeiten und von dort heraus zu beraten. In Anbetracht der Entwicklungen in der Versorgung wird die Menge der Hilfsanfragen auf diesem Gebiet weiter zunehmen.

Martin

Martins Eltern fragen den Ergotherapeuten, ob ein Hebelifter empfehlenswert wäre, um Martin vom Boden in den Rollstuhl zu bekommen, da er inzwischen zu schwer würde, um noch von ihnen selbst gehoben zu werden. Der 10-jährige Martin ist geistig behindert und halbseitengelähmt. Die Analyse ergibt, dass Martin trotz seiner geistigen Behinderung in der Lage ist, neue Dinge zu lernen. Der Ergotherapeut versucht, ob er Martin in einigen Sitzungen Techniken beibringen kann, sich selbst vom Boden in den Rollstuhl zu bewegen, was ihm letztlich gelingt, ebenso umgekehrt. Zudem bereitet es Martin Vergnügen.

Ergotherapeuten werden in den Niederlanden oft im Rahmen des WMO als unabhängige Berater für Kommunen tätig. Bis heute ging es dabei um Beratungen im Hinblick auf Hilfsmittel, Beförderung und Wohnraumanpassungen. Das WMO wurde 2007 eingeführt und 2015 inhaltlich angepasst. Das bedeutet auch, dass die Kommunen im Umgang mit Älteren und mit Menschen mit körperlichen Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen unterstützt werden. In einer neuen Form von Aufnahmegesprächen in der häuslichen Umwelt geht es um die Klärung einer Versorgungssituation zwischen Professionals und der Gemeinde, wobei auch die Rolle der Familie, der Nachbarschaft oder der Angehörigenpfleger bei der Unterstützung des selbstständigen Wohnens besprochen wird (Rijksoverheid 2015). Dabei geht es um einen umfassenderen Ansatz der Betätigungsfrage. Der Blick geht über diese eine Frage hinaus und es kommen alle Lebensbereiche des Menschen zur Sprache: Versorgung und Unterstützung, aber auch Wohnen, Schuldnerberatung, Ausbildung und Arbeit. Ein WMO-Berater, der oftmals Ergotherapeut ist, betrachtet dann gemeinsam mit dem Klienten, was noch erforderlich ist, um Teil des gesellschaftlichen Lebens bleiben zu können.

14.3.4 Ergotherapeutische Intervention

„... Von besonderer Bedeutung ist, dass der Ergotherapeut den Wohnraum des Klienten als Privatsphäre, kontrollierten Bereich und sicheren Rückzugsort akzeptiert, der nach den persönlichen Vorlieben und Prioritäten des Bewohners eingerichtet wurde.“ (Ainsworth u. Jonge 2011)

Anpassungen des Wohnraums sind eine häufige Interventionsform bei Personen, die eine Beeinträchtigung beim Betätigen an und in ihrer Wohnung erfahren (Stark et al. 2009 u. 2015). Es geht dabei um Interventionen, die auf eine Anpassung der Wohnung oder des Hauses gerichtet sind, um den Klienten in die Lage zu versetzen, die Aktivitäten des täglichen Lebens weitestmöglich wieder ausführen zu können. Solche Anpassungen gelten als

effektiv, wenn dadurch die Betätigungsfrage für 10 Jahre gelöst werden kann (Petersson et al. 2009, Stark et al. 2009). Die Beseitigung derartiger Betätigungsfragen reicht jedoch nicht aus, um die Betroffenen umfassend bei der Partizipation an bedeutungsvollen Aktivitäten an und in der Wohnumwelt zu unterstützen. Anpassungen, die sich nur auf die physische Wiederherstellung einer bestimmten Aktivität beschränken, ohne zugleich auch andere Faktoren im Leben der Personen zu berücksichtigen, leisten keinen optimalen Beitrag zum Betätigen, das möglicherweise als noch eingeschränkt erfahren wird (Fänge u. Iwarsson 2005).

Die Beratung zu individuellen Wohnraumanpassungen ist eine bekannte Aufgabe von Ergotherapeuten. Sie werden aber auch hinzugezogen, wenn es um die Einrichtung anderer Wohnformen oder um eine Arbeitsplatzanalyse mit Beratung geht. Die ergotherapeutische Intervention zielt beim Thema Wohnen sehr stark auf das Enabling der Umwelt und hat die Form einer ergotherapeutischen Beratung und Begleitung für

- den Klienten als Person und sein System,
- den Klienten als Organisation (z. B. Schule oder Arbeitsstätte) und für
- den Klienten als Population in der Gesellschaft (z. B. Obdachlose).

Zur Unterstützung der Qualität der (ergotherapeutischen) Beratung stehen dem Professional Literaturquellen, Modelle und verschiedene Instrumente zur Verfügung.

Die allgemeinen Anforderungen an Wohnräume und das Wohnen sind in Regelwerken, Prüfberichten, Handbüchern und Anforderungskatalogen niedergelegt. Ein aktuelles Buch befasst sich u. a. mit dem Thema der Wohnforschung (Rosemann u. Konrad 2017). Von Jacqueline Bürki aus der Schweiz gibt es ein „Assessment Haushaltsabklärung/Wohnungsabklärung“ (www.ergoern.ch/Admin/Files/Checklisten/25_Assessment_Wohnungsabklaerung.pdf).

Die Umsetzung folgt einem klientenzentrierten Ansatz. Ainsworth et al. (2011) liefern detaillierte Informationen zu standardisierten Messinstrumenten, mit denen man sich einen Überblick über die Wohnsituation, die Bedürfnisse und die Prioritäten verschaffen kann. Das amerikanische MPT-Modell (Matching Person and Technology) bietet mit seinen Instrumenten (Scherer u. Craddock 2002) eine gute Unterstützung für eine klientenzentrierte Beratung über die möglichen Maßnahmen (Wielandt et al. 2006).

Es gibt nur wenige evidenzbasierte Prozeduren und Instrumente für den Beratungsprozess (Berndt et al. 2009). Die Forschung steckt auf diesem Gebiet noch in den Kinderschuhen. Ein internationales Instrument zur Unterstützung des Beratungsprozesses, das an den ICF gebunden ist, befindet sich gerade in der Entwicklung (Assistive Technology Evaluation and Selection, ATES; Steel et al. 2010 und 2011).

Personenebene – Die Person als Klient

Der 45-jährige Gerd lebt alleinerziehend mit seinen zwei Kindern im Alter von 6 und 8 Jahren zusammen. Vor einigen Jahren wurde bei ihm multiple Sklerose diagnostiziert. Seine Kinder sind recht selbstständig, benötigen aber noch Begleitung. Sie wohnen in einem Reiheneckhaus zur Miete. Gerd arbeitet wöchentlich 20 Stunden als Einkäufer in einem großen Betrieb, der etwa 600 m von seinem Zuhause entfernt ist. Seit dem letzten Schub benötigt Gerd einen Rollstuhl und gelangt auch nicht mehr in sein Schlaf- und Badezimmer im Obergeschoss des Hauses. Die Wohnungsbaugenossenschaft bietet ihm eine geeignetere Wohnung an, die jedoch am anderen Ende der Stadt liegt. Da sein Arbeitsplatz und auch die Schule fußläufig liegen, kann ein

Umzug nicht wünschenswert sein. So wendet sich die Kommune an einen Ergotherapeuten mit der Frage, ob die aktuelle Wohnung entsprechend der neuen Anforderungen umgebaut werden kann und was ein solcher Umbau kosten würde. Der Ergotherapeut kommt zu einer umfassenden Empfehlung, bei der er auch den progressiven Charakter der Erkrankung berücksichtigt. Demnach kann die aktuelle Wohnung durch einen Treppenlift, eine Vergrößerung des Badezimmers, eine Dusche mit Gefälle mit Platz für einen Hebelift und einen Professional sowie den Umbau des Dachbodens zu einem neuen Schlafzimmer für den älteren Sohn angepasst werden.

Organisationsebene – Die Organisation als Klient

Ein Klosterorden möchte gerne weiterhin für alle Ordensschwwestern innerhalb des Klosters sorgen. Sobald eine Schwester auf Hilfe angewiesen ist, besteht ungeachtet der Behinderung der Wunsch, dass sie so lange wie möglich in der Kongregation bleiben können möge. Der Altersdurchschnitt liegt bei 82 Jahren. Das Kloster hat eine Versor-

gungseinheit als Anbau anfertigen lassen. Darin befinden sich Versorgungseinheiten, ein Gemeinschaftsraum und eine Art Stationszimmer. Aktuell bewohnen diesen Trakt fünf Ordensschwwestern mit Demenz und fünf Personen mit körperlichen Behinderungen. Das Kloster verfügt ferner über einen Speisesaal, eine Kirche und einen großen Gar-

ten. Eine Ergotherapeutin wird um Rat gebeten, wie es sich verwirklichen ließe, dass Klosterbewohner mit allen möglichen Erkrankungen im Hinblick auf das Wohnen und Versorgen möglichst lange im Kloster verbleiben können. Die Kultur in einem Kloster kann mit der in einer Großfamilie verglichen werden, in der man füreinander sorgt und in der eine straffe Tagesstruktur herrscht, die das gemeinschaftliche Essen und Beten betrifft. Andererseits wird die Privatsphäre sehr geachtet. Die Ergotherapeutin verschafft sich mithilfe des Residential Environment Impact Survey (REIS; Fisher et al. 2014) einen Überblick über die Wünsche, Aktivitäten und Möglichkeiten. Zudem holt sie sich Rat bei einem IT-Unternehmen, das Erfahrungen im Umgang mit Monitoring- und technischen Assistenzsystemen hat. Nach der Analyse und der gemeinsamen Beratung mit der Ordensleitung kommt sie zu einer Empfehlung, die u. a. die folgenden Punkte beinhaltet:

- Der Garten wird rollstuhlgerecht umgestaltet, gesichert und mit Kameras versehen.
- Das Kloster wird in Zonen unterteilt, um die Bewegungsfreiheit der dementen Bewohner regulieren zu können.
- In den fünf Zimmern der Schwestern mit Demenz werden mobile Infrarot-Bewegungsmelder installiert, über die im Schwesternzimmer die Anwesenheit und das Aufstehen aus dem Bett registriert werden können.
- Die aktuelle Rufanlage wird durch ein modernes System ersetzt, sodass über Bild und Ton kommuniziert werden kann.
- Die Zimmer werden auf ihre Zugänglichkeit und Nutzerfreundlichkeit hin überprüft.
- In zwei Zimmern werden Toiletten mit einem Dusch-WCs sowie ein einklappbarer Duschhocker installiert.

Populationsebene – Die gesellschaftliche Gruppe als Klient (community-based)

Einer Gruppe von Personen mit verschiedenen Erkrankungen wird um ergotherapeutische Hilfe zu Fragen gebeten, welche die Wohnumwelt betreffen. Die Eltern der Betroffenen wünschen sich, dass ihre Kinder so selbstständig wie möglich in der Nachbarschaft wohnen. Die Gemeinde plant einen Wohnkomplex und ist bereit, die Eltern bei den Planungen des Bauprozesses einzubeziehen.

Marie ist 18 Jahre und hat neben einer kombinierten Verhaltensstörung und einer geistigen Beeinträchtigung auch eine leichte rechtsseitige Parese. Von Zeit zu Zeit erleidet sie einen epileptischen Anfall. Marie besucht die vorbereitende Berufsschule in der Nachbarschaft und möchte Tierpflegerin werden und bekommt Unterstützung bei der Suche nach einem angepassten und geeigneten Praktikumsplatz. Das Ziel besteht darin, dass innerhalb des neuen Wohnkomplexes ein Innenhof entsteht, in dem Tiere leben. Marie möchte dem Hausmeister assistieren. Selbstständig kann sie diese Aufgaben nicht übernehmen. Teilweise ist sie in der Lage, sich selbst zu versorgen und sitzend zu duschen, allerdings bedarf dies bei ihr der Aufforderung und der Kontrolle.

Elias ist 35 und hat nach einem Unfall komplexe Beeinträchtigungen davongetragen: Um sich selbstständig fortzubewegen, ist er auf einen elektrischen Rollstuhl angewiesen. Zudem weist er eine verminderte Funktion des Kurzzeitgedächtnisses auf. Er arbeitet als IT-Fachmann drei Tage in der Woche in der Grundschule. Er kann sich in einer angepassten Umwelt selbstständig versorgen und auch zur Toilette gehen, doch benötigt sein Gedächtnis Unterstützung.

Die 29-jährige Britta leidet unter psychotischen Episoden. Immer wieder kommt es zu lang anhaltenden Phasen, in denen sie sich zurückzieht, paranoid gegenüber der Außenwelt wird und zunehmend verwahrlost. In diesen Perioden benötigt sie Hilfe und Aufsicht. Wenn sie sich gut

fühlt, leistet sie Freiwilligendienste bei einem lokalen Radiosender.

Die Ergotherapeutin erfasst für jeden Einzelnen die vorhandenen Ressourcen und arbeitet dazu mit den Beteiligten zusammen: Eltern, Versorger, Marias Lehrer, Elias Arbeitgeber und die Kommune, das UWV (uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen, Leistungsträger für Arbeitnehmerversicherungen in den Niederlanden), das Team der psychiatrischen Abteilung, in der Britta behandelt wird, der Arzt des medizinischen Dienstes, die Wohnungsbau-gesellschaft und der Architekt. Sie erstellt einen Anforderungskatalog, der auf der Analyse der Beeinträchtigungen, Ressourcen und Wünsche von Marie, Elias und Britta basiert. Für alle drei ist eine 24-Stunden-Rufbereitschaft erforderlich. Sie erhalten ein Personennotrufsystem, das mit der nur zwei Straßen entfernten Zentrale des Versorgungszentrums gekoppelt ist. Die Wohnungen der drei Bewohner werden baulich für die drei maßgeschneidert. Marias Wohnung wird dabei mit einem Sensorsystem ausgestattet, das ihr Aktivitätsprofil registriert. Bei einer Abweichung, wie sie sich etwa im Falle eines epileptischen Anfalls zeigen kann, schlägt das System in der Zentrale Alarm und der Professional kann sich über die elektronische Türenergiegelung Zugang zu ihrer Wohnung verschaffen. Bei Elias wurde aufgrund seiner Gedächtnisstörungen (mit seiner Hilfe) ein Computer so programmiert, dass er ihm im richtigen Moment basierend auf seinen Kalendereinträgen die passende Gedächtnisstütze liefert. Zudem vermag er seine Umwelt über diesen Computer zu regulieren, wie etwa das Absenken der Rollläden, das Verschließen der Tür, die Bedienung von Licht, Radio und Fernsehen. Brittas Apartment wird so eingerichtet, dass sie sich während der epileptischen Anfälle möglichst nicht verletzt. Ferner gibt es ein zusätzliches Zimmer, falls sie in einer kritischen Phase einen Professional oder einen Angehörigenpfleger in ihrer Nähe benötigt.

14.4 Versorgen

Die Versorgung wurde immer schon durch die elementaren Bedürfnisse des Lebens, die Fähigkeit zur eigenen Gesunderhaltung und der gesellschaftlichen Akzeptanz motiviert (Huet et al. 2010). Der Betätigungsbereich Versorgung steht im Berufsprofil des Ergotherapeuten für die Versorgung von sich selbst und anderen. Die Selbstversorgung (self-care occupations) ist ein umfassendes Konzept, für das zahlreiche Beschreibungen existieren. Diese unterscheiden zwischen der Selbstversorgung (self-care; auch self-care occupations) in Bezug auf die ADL (James 2009) und der Selbsterhaltung (self-maintenance; Babola 2004).

Die ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens) werden in die Basis-(BADL) oder persönlichen Aktivitäten (PADL) und die instrumentellen Aktivitäten (IADL) unterteilt (Schell u. Gillen 2013).

Die BADL sind eher die grundlegenden Aufgaben der Selbstversorgung, wie Körperpflege, Toilettengang, an- und auskleiden, essen, Fortbewegung, persönliche Versorgung, schlafen und ruhen. Die IADL umfassen die Interaktionen mit der Umwelt, die fakultativ auch an andere delegiert werden können (Rodger u. Brown 2006). Dazu gehören die Versorgung anderer, z. B. der Familienmitglieder, die Haushaltsführung, die Versorgung von Haustieren und die außerhäusliche Mobilität.

Ein weiterer Unterschied zwischen BADL und IADL besteht im Komplexitätsgrad des Betätigens. Die BADL sind zumeist einfachere Betätigungen, während die IADL komplexer sind und höhere Anforderungen an das Problemlösungsvermögen, die sozialen Fertigkeiten und die Interaktionen zwischen Person und Umwelt stellen (Huet et al. 2010; ► Tab. 14.1). Erwachsene sind am Tag durchschnittlich 10–15 % ihrer Zeit mit ADL beschäftigt (Harvey u. Pentland 2011), Kinder liegen darüber. Je jünger ein Kind ist, desto mehr Hilfe benötigt es und desto mehr Zeit nehmen die ADL in Anspruch. Dabei geht es für das Kind um die BADL, für den versorgenden Elternteil um die IADL (Barnes u. Case-Smith 2004).

Neben den ADL-Aufgaben gehören auch die Sexualität und die Schlafhygiene unter den Betätigungsbereich Versorgung.

Die Selbsterhaltung besteht aus allen ADL-Aktivitäten: der gesamte Versorgungsbereich, Sozialisation, Kommunikation, Verhalten in Notsituationen und Sexualität. Diese Selbsterhaltung wird oft eher in Bezug zu Aktivitäten gesetzt, wobei es hier eine deutliche Interaktion mit der (sozialen) Umwelt gibt (Babola 2004, McHugh Pendleton u. Schultz-Krohn 2017). In diesem Kapitel definieren wir „Versorgung“ als „sämtliche Aufgaben, die für ein möglichst gesundes Leben, das Erleben von Wohlbefinden und die gesellschaftliche Partizipation erforderlich sind“. Das heißt auch, dass nicht allein die basalen Selbstversorgungsaktivitäten in den Fokus geraten, sondern auch die komplexeren Aktivitäten, die dem täglichen Leben eine

Bedeutung geben. International und im Zusammenhang mit wissenschaftlicher Forschung wird auch oft von „self-care occupations“ gesprochen.

Tab. 14.1 Beispiele für BADL und IADL (OTA 2008, McHugh Pendleton u. Schultz-Krohn 2017).

BADL	IADL
<ul style="list-style-type: none"> • waschen/duschen • Toilettengang • sich ankleiden • Mahlzeiten einnehmen (Schlucken, Einsatz von Geräten usw.) • funktionelle Mobilität (inkl. Transfers, Fortbewegung mit einem Rollstuhl usw.) • persönliche Hygiene • sexuelle Aktivitäten • Schlaf/Ruhe 	<ul style="list-style-type: none"> • sich um andere kümmern • Pflege von Haustieren • Kinder großziehen • Einsatz von Kommunikationsmitteln • Mobilität innerhalb der Gemeinschaft • Regelung finanzieller Angelegenheiten • die eigene Gesundheit und die anderer erhalten • den Haushalt führen • Mahlzeiten zubereiten • für Sicherheit sorgen • einkaufen

14.4.1 Entwicklung der Versorgung von sich selbst und anderen

Die Entwicklung des Betätigungsbereiches Versorgung wird am Lebenslauf erkennbar (Wright u. Sugarman 2009, Molineux 2004). In den verschiedenen Lebensphasen spielt dieser Bereich eine jeweils andere Rolle. Dabei steht die erste Lebenshälfte im Zeichen einer wachsenden Unabhängigkeit von anderen Menschen, die dann in der zweiten Lebenshälfte wieder allmählich abnimmt. In den ersten 10 Lebensjahren entwickelt sich ein Kind aus einem Zustand der vollkommenen Abhängigkeit auf allen Gebieten der Selbstversorgung hin zur völligen Unabhängigkeit. Eine Studie an 4.398 Personen zwischen 3 und 93 Jahren zeigte, dass im Alter zwischen 3 und 6 Jahren die ADL-Fertigkeiten enorm zunehmen und Kinder bis etwa zum Alter von 15 Jahren auf diesem Gebiet immer mehr lernen. Danach bleibt der Grad der Selbstständigkeit bei den ADL etwa bis zum 65. Lebensjahr unverändert, wonach diese Selbstständigkeit bis zum Lebensende allmählich wieder nachlässt (Hayase et al. 2004). Im Alter von 5–6 Jahren können die meisten Kinder bereits ausreichend für sich selbst sorgen, um 6 Stunden am Stück die Schulbank zu drücken. Wenn Kinder zur Schule gehen, können sie im Allgemeinen selbstständig die Toilette aufsuchen, sich um ihre persönliche Hygiene kümmern, selbstständig zu Mittag essen und sich auch selbstständig an- und auskleiden. In dieser Lebensphase bilden sich die ersten Betätigungsmustern und Betätigungsroutinen aus. Kinder entwickeln Vorlieben für Kleidungsstücke und Speisen und auch ihre eigenen Routinen im Bereich der Hygiene und Selbstversorgung. Die Grundlagen für die späteren Routinen der Selbstversorgung, die BADL, wer-

den also schon frühzeitig im Leben geschaffen (Rodger u. Brown 2006, Sheperd 2010). Im weiteren Verlauf der Kindheit entwickelt man Gewohnheiten und Routinen, die eher auf das Leben in der sozialen Umwelt gerichtet sind, die IADL. Das Kind erlernt eine Rolle im Haushalt, wie z. B. den Tisch abräumen, die Spülmaschine ausräumen, die Wäsche zusammenlegen, mit dem Hund rausgehen, den Kaninchenstall sauber machen und im Garten helfen. Daneben geht es auch zunehmend darum, die Möglichkeiten der Umwelt zu nutzen und z. B. das Telefon und die sozialen Medien zu verwenden, einkaufen zu gehen, mit Geld umzugehen und die öffentlichen Verkehrsmittel zu nutzen (Rodger u. Brown 2006).

Infolge der zunehmenden Unabhängigkeit und Verantwortung auf dem Gebiet der Selbstversorgung entwickelt das Kind mit der Zeit ein Gefühl von persönlicher Effektivität und Identität. Dieser Prozess setzt sich bis in die Adoleszenz hinein fort. In dieser Phase entwickelt sich das Kind zu einem Erwachsenen mit persönlichen Betätigungs-routinen sowie mit Normen und Werten auf dem Gebiet der Versorgung seiner selbst und anderer (Loukas u. Dunn 2010). Beim Bewohnen eines Zimmers und im Zusammenwohnen kommt noch die gemeinschaftliche Sorge um das Wohnen und den Haushalt hinzu. Hier finden sich auch Parallelen zur Versorgung anderer. Bei der Gründung einer Familie wird die Versorgung der Kinder, die Versorgung anderer, zu einem wichtigen Teil des Lebens. Diese Versorgung hängt von dem Alter der Kinder ab und lässt mit steigendem Alter und zunehmender Selbstständigkeit immer mehr nach. Mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters füllen ältere Menschen ihr Leben wieder mit neuen Inhalten und die Versorgungsrollen in der Beziehung verändern sich mitunter. Die Verantwortung für den Haushalt wird oftmals neu geregelt und man wird zu Großeltern oder leistet Freiwilligenarbeit. Viele ältere Menschen werden zu Angehörigenpflegern ihrer Partner oder eines Elternteils. Da die älteren Menschen immer älter werden, leiden sie immer häufiger unter chronischen Erkrankungen und Komorbiditäten, wodurch die Abhängigkeit von der sozialen Umwelt wieder wächst (Graff et al. 2010). Im letzten Lebensabschnitt kommt es oft zu einer immer größer werdenden Abhängigkeit von einer Versorgung. Auch verändert sich die Wahrnehmung von Unabhängigkeit und es wird mehr Wert auf die sozialen Aspekte der Abhängigkeit gelegt.

14.4.2 Verlust der Fähigkeit zum Betätigen

Der Verlust der Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, kann in einen Verlust an Selbstvertrauen und ein starkes Abhängigkeitsgefühl münden (Kielhofner 2008). Zusätzlich können soziale Rollen nicht mehr in gewohnter Weise wahrgenommen werden. Die nachlassende Fähigkeit zur Ausübung der BADL und IADL führt zu einer großen Belastung der Betroffenen und eventueller Angehörigenpfleger, die diese Person unterstützen. Fragen zur Versorgung von sich selbst und anderen sind in nahezu jedem Behandlungssetting und bei praktisch jeder Klientenpopulation ein wichtiger Bestandteil der ergotherapeutischen Intervention (Huet et al. 2010). Der Ergotherapie stellt mit dem Klienten zusammen eine Prioritätenliste zu den Betätigungsfragen im Hinblick auf die Versorgung auf. Die sich anschließende Intervention zielt auf die Veränderung des Betätigens:

- Entwicklung des Betätigens
- Wiedererlernen des Betätigens
- effektiveres Betätigen
- sichereres Betätigen
- Erhalt des Betätigens
- Umgang mit dem Verlust des Betätigens.

Bei einer auf die Versorgung ausgerichteten Intervention spielt der soziale und kulturelle Kontext des Klienten eine wichtige Rolle. Welche Gewohnheiten, Routinen und Rollen gibt es in der Familie des Klienten (Rodger u. Brown 2006). Die Intervention erfolgt an dem Ort, wo sich die Betätigungsfrage zeigt: zu Hause, in der Schule, in der Kindertagesstätte oder in der Wohngruppe eines Klienten.

Marcella

Die 45-jährige Marcella leidet in ihrem Alltag sehr unter ihrem Waschzwang. Bei großem Stress nehmen ihre Zwangshandlungen noch einmal zu. Dadurch hat sie Mühe, ihren haushaltlichen Pflichten nachzukommen, wodurch sich die Anspannung oftmals noch verstärkt und sie noch weniger in der Lage ist, die notwendigen Betätigungen zu verrichten. Gleiches gilt für ihre eigenen Grundbedürfnisse rund ums Essen und die Selbstversorgung. Da sie sich dafür sehr schämt, verlässt sie auch nicht mehr das Haus. Einzig mit der Versorgung ihrer drei Katzen ist sie derzeit zufrieden.

Michael

Der 24-jährige Michael hat aufgrund einer geistigen Behinderung große Schwierigkeiten, den Überblick über die am Tage anstehenden Aufgaben zu behalten. Er trainiert gemeinsam mit dem Ergotherapeuten in seiner aktuellen Wohngruppe darauf, mehrere Aktivitäten nacheinander ausführen zu können. Er hofft immer noch, dereinst seine eigene Wohnung in der Innenstadt beziehen zu können.

14.4.3 Die Bedeutung von Versorgung

Das Konzept der Versorgung hängt stark mit der Identität einer Person zusammen (Hasselkus 2002): Beeinträchtigungen bei der Selbstversorgung werden von den Menschen oftmals auch als unlösbar empfunden, da sie diese Aktivitäten so eng mit ihrer Identität verbunden sehen. Für Ergotherapeuten ist es daher wichtig zu wissen, wie jemand ist (Identität und Unabhängigkeit), was für den Betroffenen wichtig ist (Entscheidungen und Bedeutungen), wie jemand etwas tut (Effektivität und Motivation) und in welcher Art von Umwelt die Person lebt. Die Teilhabe einer Person an der Versorgung ihrer selbst und anderer steht im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Intervention, wird aber nach Hasselkus (2002) zu oft als Routine betrachtet: „Das Betätigen ... wird gesehen, aber nicht beachtet.“ Die Versorgung von sich selbst und anderen wird einfach als normaler Alltag betrachtet. Das tatsächliche Ausführen der Aktivitäten des täglichen Lebens ist oftmals komplex, wenn dies nicht mehr möglich ist, sind die Folgen groß (Huet et al. 2010).

Versorgung und Identität

Eine Grundvorstellung in der Ergotherapie ist es, dass die Identität einer Person auch dadurch geprägt wird, wie sie ihre Aktivitäten ausführt. Christiansen und Baum (2014) legten eine hierarchische Struktur der identitätsbildenden Faktoren vor. Diese setzt sich zusammen aus den Eigenschaften der Person selbst (self), dem Bild, das jemand von sich selbst im Hinblick auf Persönlichkeit und Charaktereigenschaften hat (Selbstbild, self-concept), und der Art, wie er dieses Bild seiner selbst bewertet (Selbsteinschätzung, self-esteem). Diese Selbsteinschätzung erfolgt auf der Basis der Werte, die jemand hinsichtlich des Betätigens und der Rollen hat, die er in seinem täglichen Leben einnimmt. Solche Konzepte sind natürlich nicht statisch, sondern verändern sich mit der Zeit (Christiansen 1999). Bei Untersuchungen an Menschen nach einem oder querschnittsgelähmten Personen zeigte sich, dass der Prozess der Wiederaufnahme von Aktivitäten der Selbstversorgung einen starken Einfluss darauf hatte, wie die eigene Identität wahrgenommen wurde (Guidetti et al. 2007). Auch in einer Studie an Personen mit chronischen Rückenschmerzen stellte man fest, dass die Schmerzen und Beeinträchtigungen bei der Ausführung von Aktivitäten der Selbstversorgung einen Einfluss auf die Identität und die Betätigungen der Teilnehmer hatten (Satink et al. 2004, Aegler u. Satink 2009).

Versorgung anderer

Ein auffälliger Aspekt im Betätigungsbereich Versorgung und des Konzeptes der Autonomie ist die kulturelle Perspektive. Iwama (2003) bezeichnet die Unabhängigkeit als bedeutende westliche Norm. In anderen Kulturen wird jedoch möglicherweise ein größerer Wert auf die

Verbundenheit miteinander gelegt (gegenseitige Abhängigkeit) als auf die Unabhängigkeit. Dies hat naturgemäß einen großen Einfluss auf die Art und Weise, wie Ziele auf dem Gebiet der Selbstversorgung formuliert werden und worauf sie gerichtet sind. Auch die Art und Weise, in der die Selbstversorgungsaktivitäten ausgeführt werden, hängt sehr von den kulturellen Normen und Werten ab. Ergotherapeuten berücksichtigen die individuellen Wünsche, Erwartungen, Werte und Normen der Person auf dem Gebiet der Selbstversorgung. Es ist wichtig, dass Ergotherapeuten dann die Unabhängigkeit auf eine Weise evaluieren, die über das rein physische Vermögen zur Ausübung einer Aktivität hinausgeht. Unabhängigkeit kann als die Fähigkeit zum Treffen eigener Entscheidungen interpretiert werden (Huet et al. 2010), wodurch die Autonomie gesteigert wird. Autonomie bezieht sich auf die Möglichkeit zur Kontrolle über das eigene Leben und seine Lenkung. Dieser Ansatz erfordert eine ausgedehntere Analyse der Person in ihrer Kultur, der an sie gerichteten Rollenerwartungen und ihrer persönlichen Werte und Überzeugungen.

Hannes

Der 33-jährige Hannes hat aufgrund einer Schizophrenie große Mühe, sich mit verschiedenen Aktivitäten zu befassen. Gemeinsam mit der ambulanten psychiatrischen Hilfe wird jede Woche ein neuer Wochenplan aufgestellt, der ihm bei der sinnvollen Strukturierung des Alltags behilflich ist. Diese Struktur wurde vor 2 Jahren mit einem Ergotherapeuten zusammen erstellt, doch Hannes findet es immer noch störend, jede Woche jemandem aufs Neue erzählen zu müssen, was er für Pläne hat. Er hofft, sich irgendwann seine Tage wieder selbst einteilen zu können, ohne dass er dafür fremde Hilfe benötigt.

Versorgung und persönliche Effektivität

Querschnittslähmungen

Jakob (39) und Achim (41) wurden beide in der Abteilung für Querschnittslähmungen des RehaZentrums aufgenommen. Bei beiden erlaubt ihre Querschnittslähmung noch einige Selbstständigkeit bezüglich ihres Betätigens. Bei der Fragenaufnahme und der Analyse durch den Ergotherapeuten geben sie an, dass sie ihrer Rolle als Väter junger Söhne große Bedeutung beimessen. Beim Nachfragen zeigt sich jedoch, dass beide diese Rolle ganz unterschiedlich ausfüllen. Für Jakob ist es wichtig, samstags vormittags zum Fußballplatz zu kommen, um seinem Sohn zuzusehen. Zudem ging er früher regelmäßig mit seinem Sohn in den Wald, um ihm die Natur nahezubringen. Achim hingegen gibt an, dass er mit seinem Sohn weiter an elektronischen Bauteilen basteln möchte und gern mit ihm ins Museum geht.

Die Intervention, die der Ergotherapeut gemeinsam mit dem Klienten ausarbeitet, hängt stark von der Vorstellung des Klienten darüber ab, wie die jeweilige Rolle nach dessen Auffassung auszufüllen ist. Wie das Fallbeispiel zeigt, bestimmen die Vorstellungen von Jakob und Achim von „Vaterschaft“ die Betätigungen, die sie im Rahmen ihrer Vaterrolle angehen, und die Art und Weise, wie sie das tun. Neben der Vorstellung davon, wie eine Rolle ausgefüllt werden sollte, spielt der Glaube an die eigenen Fähigkeiten eine wichtige Rolle bei der Ausübung von Aktivitäten innerhalb des Betätigungsbereiches Versorgung. Die persönliche Effektivität (Selbstwirksamkeit, self-efficacy) bestimmt auch die erfolgreiche Ausübung dieser Aktivitäten (Huet et al. 2010). Es konnte gezeigt werden, dass Klienten mit Beeinträchtigungen in ihrem Betätigen ein Gefühl der verminderten Kontrolle haben. Wenn der Ergotherapeut an diesem Punkt ansetzen möchte, sollte dies bei der Evaluation der Ausführung von Selbstversorgungsaktivitäten berücksichtigt werden (Guidetti et al. 2007, Hammell 2006).

Versorgung und Entscheidungsfreiheit

Selbstständig darüber entscheiden zu können, wie und wann eine Aktivität ausgeübt wird, ist ein Grundrecht jedes Menschen (Townsend u. Wilcock 2004). Dies gilt natürlich auch für Versorgungsaktivitäten. Die Entscheidungen können durch überlebensnotwendige Dinge, wie die Zubereitung des Essens oder den Einsatz von Kommunikationsmitteln in einem Notfall veranlasst sein. Aber es können auch kulturelle oder persönliche Faktoren, wie etwa die Wahl eines bestimmten Kleidungsstückes zu einer sozialen Aktivität oder die Bedeutung, die einer Aktivität beigemessen wird, der Auslöser sein. Ergotherapeuten suchen gemeinsam mit dem Klienten nach der geeignetsten Lösung, bei der Normen, Werte und Vorlieben des Klienten berücksichtigt wurden (Townsend et al. 2007). Der Ergotherapeut zeigt dabei die unterschiedlichen Möglichkeiten auf, sodass der Klient und sein System in der Lage sind, sorgfältig abzuwägen. Dabei respektiert der Ergotherapeut stets die Autonomie des Klienten, wodurch dieser zur Umsetzung der Lösungen seiner Wahl motiviert wird.

Versorgung und Umwelt

Die Umwelt eines Klienten setzt sich aus der sozialen, physischen, kulturellen und institutionellen Umwelt zusammen (Polatajko et al. 2013). Dabei sind es jedoch die Ergotherapeuten, die es von jeher gewohnt sind, sich vornehmlich um die physische Umwelt zu kümmern, wenn sie mit Menschen arbeiten, die bei der Ausübung von (Selbst-)Versorgungsaktivitäten eine Beeinträchtigung erfahren müssen. Angesichts der komplexen Interaktionen, welche Menschen mit den verschiedenen Elementen ihrer Umwelt eingehen, erscheint es sinnvoll, sich auch einen Überblick über die sozialen, kulturellen und institu-

tionellen Umweltfaktoren zu verschaffen und deren Einfluss auf die Ausführung von Versorgungsaktivitäten zu betrachten. So ist eine taugliche Anpassung der Wohnumwelt sehr schwierig, ohne einen Überblick über die Bedeutung der Wohnung zu haben. Die Bedeutung der Aktivitäten ist ja mit der Bedeutung des Kontextes, in dem sie stattfinden, verbunden. Man nehme nur die Bedeutung, die eine Person dem „Spielen am Küchentisch“ mit der gesamten Familie beimisst. Eine Anpassung der Küche kann dazu führen, dass diese bedeutungsvolle Aktivität mit ihrer großen sozialen Funktion für den Klienten und die Familie nicht mehr ausgeübt werden kann.

14.4.4 Evaluation der Versorgungsfrage

Franzi

Die 37-jährige Franziska hat in einem Trainingshaus die erforderlichen Wohnfertigkeiten trainiert und bezieht nun ein eigenes Appartement, in dem sie zweimal wöchentlich für je eine halbe Stunde begleitet wird. Sie bemerkt jedoch, dass ihr das Alleinsein schwerfällt und die einsamen Abende lassen ihre Spannungsbeschwerden stärker werden, wodurch sie zunehmend aus dem Tritt gerät. Im Gespräch mit der Ergotherapeutin beschließt sie, ihren Wunsch nach selbstständigem Wohnen aufzugeben, um sich ein Apartment mit drei anderen Klienten zu teilen, wodurch mehr Begleitung möglich ist und sie auch nicht mehr allein im Haus ist.

Wie an diesem Beispiel zu erkennen, ist es für das Gelingen einer Intervention sehr wichtig, die Betätigungsfrage richtig einzuordnen. Die Inventarisierung und Analyse der Betätigungsfragen gilt auch als wichtiger Teil des professionellen Reasonings innerhalb der Ergotherapie (Craig et al. 2007, Davis et al. 2007). Durch die systematische Erfassung der (Selbst-)Versorgungsfragen kann der Einfluss einer Erkrankung oder Beeinträchtigung auf das Betätigen und die (Selbst-)Versorgungsaktivitäten deutlich werden. Ebenso kann sich zeigen, in welcher Weise sich (soziale) Rollen und Aufgaben und Routinen unter dem Einfluss einer Erkrankung oder Beeinträchtigung für den Klienten als auch sein System verändern. Man kann erwarten, dass die Komplexität der Ausführung von (Selbst-)Versorgungsaktivitäten in dem Moment zunimmt, in dem jemand mit den Beeinträchtigungen in seinem Betätigen konfrontiert wird (Huet et al. 2010). Das gemeinschaftliche strukturierte Ordnen der Betätigungsfragen kann in einem solchen Moment dabei helfen, hier ein größeres Verständnis zu entwickeln. Daneben kann es auch das Verständnis für die Wünsche und Bedürfnisse einer Person befördern und anzeigen, wo bei einer Person noch weitere Möglichkeiten für (Selbst-)Ver-

sorgungsaktivitäten liegen, sei es für den Klienten selbst oder auch für seine Umwelt. Dies umfasst Betätigungsmuster aus der Vergangenheit und Erwartungen und/oder Wünsche für die Zukunft (Davis et al. 2007). Bei eingehender Analyse der Betätigungsfrage zur Selbstversorgung achtet der Ergotherapeut gemeinsam mit dem Klienten auf die drei Kernelemente des Betätigten: die Aktivität, die Möglichkeiten der Person sowie die Stimuli und die Barrieren in der Umwelt (Polatajko et al. 2013), Law u. Baum 2005). Einen Überblick über Betätigungsfragen verschafft man sich ganz grob auf zweierlei Arten. Die erste Möglichkeit ist die Beobachtung der Aufgabe oder Aktivität, während der Klient sie ausübt, bzw. der Einsatz eines standardisierten Beobachtungsinstrumentes. Die zweite Möglichkeit ist die Beschaffung von Informationen über Instrumente, die den Klienten zur Reflexion seiner Erlebnisse und Erfahrungen bei der Ausführung von Versorgungsaktivitäten veranlassen. Der große Vorteil in der Verwendung standardisierter Assessments besteht in der Möglichkeit zum Vergleich verschiedener Messergebnisse bei derselben Person oder von Messungen bei unterschiedlichen Personen. Um ein möglichst komplettes Bild der (erlebten) Betätigungsfragen zu erhalten, werden beide Sichtweisen nebeneinander benötigt (Johansson et al. 2007). Um einen Klienten bei den Anforderungen des täglichen Lebens zu unterstützen, versucht man einen Einblick in das subjektive Erleben des Klienten während des Betätigens zu erlangen (Petersson et al. 2009).

14.4.5 ADL und die breitere Perspektive des Klienten

Die Ergotherapie richtet sich auf die Person und ihr System, auf Organisationen und Populationen. In diesem Abschnitt geht es zuvorderst um die Person und ihr System. Auf dem Niveau der Organisation ist der Betätigungsbereich auch ein wichtiges Arbeitsfeld für Ergotherapeuten. In Einrichtungen bilden Ergotherapeuten die Versorgenden im Hinblick auf die BADL weiter. Sie initiieren Projekte wie z. B. zum gemeinsamen Kochen und Essen (IADL). Sie wirken auch mit Blick auf die Umwelt bei Neubauten beratend usw. Ergotherapeuten an Schulen beraten und coachen die Lehrkräfte und anderes Personal beim An- und Auskleiden zum Sportunterricht, bei Hilfestellungen auf der Toilette oder der Versorgung von Kindern, beim Mittagessen, bei der Fortbewegung in der Schule und auf dem Spielplatz. Ausgangspunkt dabei ist, dass die Kinder in der Schule an allen dort stattfindenden Aktivitäten teilhaben können. Auf der gesellschaftlichen Ebene sind Ergotherapeuten an inklusiven Bauplanungen beteiligt, damit Gebäude und der öffentliche Personenverkehr zugänglich sind (Conway 2008).

14.5 Diskussion

Gibt es eine Grenze bei der Vergesellschaftung der Versorgung? Und wenn ja, wo liegt sie? Wann hat das Wohnen im Viertel einen Mehrwert und wann das Wohnen in einer besonders gestalteten und geschützten Umwelt? „So einfach wie möglich und so aufwendig wie nötig“ ist ein häufig gehörtes Sprichwort im Zusammenhang mit der Versorgung von Personen mit einer Beeinträchtigung. „So aufwendig wie nötig“ fordert dazu auf, auch die Situationen im Blick zu haben, in denen mehr erforderlich erscheint, als in der normalen Umwelt realisierbar ist.

Im Hinblick auf die Zukunft wird die Schere weiter auseinandergehen. Einerseits gibt es den Trend, wonach immer mehr ältere Menschen immer mehr Geld zur Verfügung haben, aber andererseits gehören ältere Menschen zu der ärmsten Bevölkerungsgruppe in den Städten. Kommerzielle, private Einrichtungen werden sich noch mehr auf eine zahlungskräftige ältere Kundschaft einstellen. Aber wer kümmert sich um die Menschen, die weniger in den Taschen haben? Von dieser Frage sind Menschen mit einer Behinderung noch stärker betroffen, wobei oftmals die fehlenden finanziellen Mittel die größte Behinderung darstellen. Wohnungsbaugenossenschaften werden weiterhin Wohnungen verkaufen und bleiben auf dem Markt aktiv, der Geld einbringt. Die Frage ist, ob und wie sie diese Erträge in Arrangements für Menschen reinvestieren, die nur wenig Geld zur Verfügung haben.

Zudem wird das Thema eines möglichst langen Verbleibs in den eigenen vier Wänden weiter diskutiert werden. Diese Entwicklung hat einen großen Einfluss auf die Art des Bauens und wie wir unsere Gesellschaft physisch und auch im Hinblick auf die Infrastruktur einrichten. Die Organisation dieser Dinge und ihre finanzielle Last sollten von der ganzen Gesellschaft getragen werden. Es ist jedoch noch nicht ganz klar, wie groß der gesellschaftliche Rückhalt bei diesen Entwicklungen ist. Aufgrund der Überalterung der Gesellschaft und der steigenden Versorgungskosten wird es für ergotherapeutische Praxis immer mehr um Fragen im Betätigungsbereich Versorgung gehen. Wenn sich die Ergotherapeuten dem Thema Versorgung aus einer umfassenden Betrachtung des Betätigens heraus annähern (wofür dieses Kapitel plädiert) und nicht nur den Blick auf die Ausführung der Aktivitäten gerichtet halten, hat dies Folgen dafür, wie Interventionen im Bereich Versorgung eingesetzt werden. Immer mehr Untersuchungen zeigen, dass Faktoren wie der kulturelle Hintergrund, Gewohnheiten sowie persönliche Normen und Werte eine wichtige Rolle für die Wahrnehmung von Partizipation spielen, was auch den Betätigungsbereich Wohnen/Versorgen betrifft. Das Verständnis für die Interaktionen und der Einfluss dieser Faktoren werden also immer weiter in den Vordergrund rücken und in die tägliche Berufspraxis Einzug halten.

Einrichtungen und Institutionen haben noch keine befriedigende Lösung dafür finden können, wie Ergothera-

peuten in kurzer Zeit eine Analyse durchführen können, um sich ein möglichst genaues Bild von den so wichtigen Wünschen und Bedürfnissen des Klienten machen sollen. Da die Einrichtungen naturgemäß an einer schnellen Rückkehr in die häusliche Umwelt interessiert sind, ist die zur Verfügung stehende Zeit für einen Überblick über alle relevanten Faktoren des Klienten oftmals begrenzt. Die Herausforderung für Ergotherapeuten in einer Einrichtung besteht darin, einen Weg zu finden, mit diesem Spannungsfeld beim Einsatz standardisierter Assessments umzugehen.

Die Sicherstellung der Versorgung ist ein Kerninteresse der Regierungspolitik (RVZ 2010). Dies verlangt nach einer ergotherapeutischen Intervention, die einen nahtlosen Übergang aus der Einrichtung zur Ergotherapie in der häuslichen Umwelt ermöglicht. Hier bedarf es einer Zunahme an Ergotherapiepraxen und der guten Zusammenarbeit unter den beteiligten Professionals. Die Beratung zur individuellen Wohnraumanpassung gehört zu den bekannten Aufgaben von Ergotherapeuten. Da aufgrund der oben erwähnten Faktoren immer mehr Menschen mit komplexen Versorgungsfragen zu Hause wohnen, wird dieses Gebiet für Ergotherapeuten zu einer Gelegenheit, sich zu profilieren. Daneben werden Ergotherapeuten auch bei der Einrichtung anderer Wohnformen wie etwa dem betreuten Wohnen zurate gezogen oder zur Arbeitsplatzanalyse mit entsprechender Beratung eingeschaltet.

14.6 Zusammenfassung

Die eigene Wohnung ist der wichtigste Ort für den Betätigungsbereich Versorgung. Hier finden Schlaf, Haushaltsführung und die Versorgung von sich selbst und den Angehörigen statt. Die Politik strebt nach dem partizipativen Zusammenleben, sodass jeder die Gelegenheit bekommen soll, an der Gesellschaft zu partizipieren, doch sieht der Berufsalltag oftmals anders aus. Es gibt immer mehr Möglichkeiten für Menschen, ihre spezifischen Wohnbedürfnisse zu realisieren, die Zahl der unterschiedlichen Wohnformen nimmt zu. In den nächsten Dekaden wird durch die „doppelte Vergreisung“ der Bedarf nach einer Versorgung in der eigenen Wohnung steigen. Die immer schnelleren Entwicklungen vor allem auf dem Gebiet der Informationstechnologien und ihren Anwendungen innerhalb der Wohnung (Hausautomation) und bei der Versorgung (Assistenzsysteme) führen zu revolutionären Veränderungen des Betätigens des Klienten und seines Systems, der Professionals und der Hilfsorganisationen.

Versorgung bedeutet eine komplexe Interaktion zwischen der Ausübung von Selbstversorgungsaktivitäten, den Aktivitäten, die zur Behauptung des Einzelnen im täglichen und gesellschaftlichen Leben erforderlich sind, und den Aktivitäten, die zur Versorgung anderer in der (direkten) Umwelt vonnöten sind. Dabei unterscheidet man zwischen den basalen Aktivitäten (BADL) und den

instrumentellen Aktivitäten (IADL). Man muss wissen, wie jemand ist (Identität und Unabhängigkeit), was für den Betreffenden wichtig ist (Entscheidungen und Bedeutungen), wie jemand etwas tut (Effektivität und Motivation) und in welcher Art von Umwelt die Person lebt. Die Teilhabe einer Person an der Selbstversorgung und der Versorgung anderer steht für die ergotherapeutische Intervention im Mittelpunkt. Die Entwicklung dieser Faktoren lässt sich im Lebenslauf des Betroffenen zurückverfolgen. Dabei fällt auf, dass der erste Lebensabschnitt im Zeichen einer zunehmenden Selbstständigkeit steht, die dann über einen langen Zeitraum stabil bleibt, um dann im höheren Alter allmählich wieder abzunehmen. Um sich einen Überblick über diese Faktoren verschaffen zu können, stehen verschiedene Assessmentinstrumente zur Verfügung. Die Beschreibung des Betätigens ist zur Bestimmung der Prioritäten innerhalb dieses Betätigungsbereiches wichtig. Bei der ergotherapeutischen Intervention kann hier auf der Ebene der Person und ihres Systems, der Organisation oder der Population gearbeitet werden.

14.7 Literatur

- ActiZ. Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven: Een nieuwe ambitie voor de langdurige zorg. Utrecht: ActiZ; 2010.
- Aegler B, Satink T. Performing occupations under pain: The experience of persons with chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2009;16(1):2009.
- Ainsworth E, Jonge D de. An occupational therapist's guide to home modification practice. Thorofare, NJ: Slack; 2011.
- AOTA. Occupational therapy practice framework: Domain & process. 2. Aufl. *The American Journal of Occupational Therapy* 2008;62(6):625–683.
- Babola KT. Independent living strategies for adults with developmental disabilities. In: Christiansen CH (Hrsg.). *Ways of living: Self-care strategies for special needs*. 2. Aufl. Bethesda, MD: AOTA; 2004.
- Barnes KJ, Case-Smith J. Adaptive strategies for children with developmental disabilities. In: Christiansen CH (Hrsg.). *Ways of living: Self-care strategies for special needs*. 2. Aufl. Bethesda, MD: AOTA; 2004:109–147.
- Bernd T, Pijl D van der, Witte L de. Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2009;16(3):146–158.
- Christiansen CH. The 1999 Eleanor Clarke Slagle lecture: Defining lives, occupation as identity, an essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *The American Journal of Occupational Therapy* 1999;53:547–558.
- Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. 2. Aufl. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2011.
- Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. 2. Aufl. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2014.
- Christiansen C, Manville Baum C, Julie D. *Bass occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 2015.
- Conway M. *Occupational therapy and inclusive design*. Oxford: Blackwell; 2008.
- Craik J, Davis J, Polatajko HJ. Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF), amplifying the context. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007:229–246.

- Dam JM van, Appelo MT, Pennartz PJJ, Scherhorn E, Wit-Sauter AM de. Woonecologie tussen consumptie en existentie. Wageningen: Stichting Voorlichting Huishoudwetenschappen; 1989.
- Davis JA, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Practice Process Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007:247–276.
- E-Health Monitor 2015. <https://www.nictiz.nl/programmas/e-health-monitor/ehealth-monitor-2015/>
- Evers H, Blijham N, Willems C. Zorg op afstand: Literatuurstudie naar internationale ontwikkelingen en kennis over effecten. Utrecht: Vilans; 2009.
- Fänge A, Iwarsson S. Changes in accessibility and usability in housing: An exploration of the housing adaptation process. *Occupational Therapy International* 2005;12:44–59.
- Fisher G, Forsyth K, Harrison M, Angarola R, Kayhan E, Noga PL et al. Residential Environment Impact Scale (version 4.0). The Model Of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy. Chicago, USA: University of Illinois; 2014.
- Gitlin LN. Conducting research on home environments: Lessons learned and new directions. *Gerontologist* 2003;43:628–637.
- Graff MJL, Graff, Melick M van, Thijssen M, Verstraten P, Zajec J. Ergotherapie aan huis bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers. EDOMAH programma. Bohn Stafleu & van Loghum; 2010.
- Guidetti S, Asaba E, Tham K. The lived experience of recapturing self-care. *The American Journal of Occupational therapy* 2007;61:303–310.
- Hammell KW. Perspectives on disability and rehabilitation: Contesting assumptions: Challenging practices. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Harvey AS, Pentland WE. What do people do? In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation: The art and science of living. 2. Aufl. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2011:101–133.
- Hasselkus BR. The meaning of everyday occupation. Thorofare, NJ: Slack; 2002.
- Hayase D, Mosenteen D, Thimmaiah D, Zemke S, Adler K, Fisher AG. Age-related changes in activities of daily living ability. *Australian Occupational Therapy Journal* 2004;51:192–198.
- Heerkens Y, Claus E, Hagedoren E, Jonker H, Muylkens J, Bougie T et al. Verslag van het project opstellen richtlijnen voor functiegerichte aanspraak hulp-middelen. RiFa. Fase 1 opstellen van een basisrichtlijn. Utrecht: CG-Raad; 2010.
- Heijmans A, Lemette M, Veld A de, Kuiper C. Adviseren als ergotherapeut: Competenties en verhalen uit de praktijk. Den Haag: Boom Lemma; 2007.
- Huet V van, Parnell T, Mitsch V, Mcleod-Boyle A. Enabling engagement in self-care occupations. In: Curtin M, Molineux M, Supyk-Mellson J (Hrsg.). Occupational therapy and physical dysfunction: Enabling occupation. 6. Aufl. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2010:341–356.
- ISSO-publicatie 77. Levensloopgeschiedenis wonen.
- Iwama MK. The issue is: Toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy* 2003;57:582–589.
- James AB. Activities of daily living and instrumental activities of daily living. In: Blesedell-Crepeau E, Cohn ES, Boyt-Schell BA (Hrsg.). Willard & Spackman's occupational therapy. 11. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2009:478–518.
- Johansson K. Older people's home modification process. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008.
- Johansson K, Borell L, Lilja M. Older persons' navigation through the service system towards home modification resources. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2009;16:227–237.
- Johansson K, Lilja M, Petersson I, Borell L. Performance of activities of daily living in a sample of applicants for home modification services. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2007;14:44–53.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Klerk M de, Gilsing R, Timmermans J et al. Op weg met de Wmo: Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007–2009. Den Haag: Publicatie SCP; 2010.
- Kort H, Cordia A, Witte L de. Langdurende zorg en technologie. Den Haag: Lemma; 2007.
- Krijgsman J, Swinkels I, Lettow B van, Jong J de, Out K, Friele R et al. eHealth-monitor 2016. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het NIVEL; 2016.
- Law M, Baum C. Measurement in occupational therapy. In: Law M, Baum C, Dunn W (Hrsg.). Measuring occupational performance, supporting best practice in occupational therapy. 2. Aufl. Thorofare, NJ: Slack; 2005:3–20.
- Loukas KM, Dunn ML. Instrumental activities of daily living and community. In: Case-Smith J, O'Brien MC (Hrsg.). Occupational therapy for children. 6. Aufl. St. Louis (MO): Mosby; 2010:518–539.
- McHugh Pendleton H, Schultz-Krohn W. Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction. 8 Aufl. St. Louis, MD: Mosby Elsevier; 2017.
- Mercken C. Bungalowwonen: Kleinschalig wonen binnen bestaande muren van een verzorgingshuis. Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg; 2005.
- Molineux M. Occupation for occupational therapists. Oxford: Blackwell Publishing; 2004.
- NVE. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Lemma/Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie; 1999.
- Oort S van. Domotica: Doos van Pandora of heilige graal. Utrecht: TNO Bouw en Ondergrond; 2010.
- Petersson I, Kottorp A, Bergstrom J, Lilja M. Longitudinal changes in everyday life after home modifications for people aging with disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2009;16:78–87.
- Pol MC, Poerbodipoero S, Robben S, Daams J, Hartingsveldt M van, Vos R de et al. Sensor monitoring to measure and support daily functioning for independently living older people: A systematic review and road map for further development. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013;61(12):2219–2227. doi:10.1111/jgs.12563
- Pol M van, Nes F van, Hartingsveldt M, Buurman B de, Rooij S, Krose B. Older people's perspectives regarding the use of sensor monitoring in their home. *Gerontologist*; 2014. doi:10.1093/geront/gnu104
- Pol MC, Riet G ter, Hartingsveldt M van, Kröse B, Rooij SE de, Buurman MB. Effectiveness of sensor monitoring in an occupational therapy rehabilitation program for older individuals after hip fracture, the SO-HIP trial: Study protocol of a three-arm stepped wedge cluster randomized trial. *BMC Health Services Research*; 2017. doi:10.1186/s12913-016-1934-0
- Polatajko HJ, Backman C, Baptiste S, Davis J, Eftekhari P, Harvey A et al. Human occupation in context. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:37–61.
- Rijksoverheid, Kaljouw M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren. Zorginstituut Nederland; 2015.
- Rodger S, Brown T. I can do it: Developing promoting and managing children's self-care needs. In: Rodger S, Ziviani J (Hrsg.). Occupational therapy with children: Understanding children's occupations and enabling participation. Oxford: Blackwell Science; 2006:200–221.
- Rosemann M, Konrad M. Selbstbestimmtes Wohnen. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017.
- RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: De nieuwe ordening. Discussienota. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010.
- Satink T, Winding K, Jonsson H. Daily occupations with or without pain: Dilemmas in occupational performance. *Occupational Therapy Journal of Research*; 2004;24(4):144–150.
- Scherer MJ, Craddock G. Matching Person & Technology (MPT) assessment and process (reliability and validity). *Technology & Disability* 2002;14(3):125–131.
- Schell G, Gillen M. Willard and spackman's occupational therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Shepherd J. Activities of daily living. In: Case-Smith J, O'Brien MC (Hrsg.). Occupational therapy for children. 6. Aufl. St. Louis (MO): Mosby; 2010:474–517.
- Stark SL, Landsbaum A, Palmer JL, Somerville EK, Morris JC. Client-centered home modifications improve daily activity performance of older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2009;76:235–245.

- Stark SL, Somerville E, Keglovits M, Smason A, Bigham K. Clinical Reasoning Guideline for Home Modification Interventions. *Am J Occup Ther* 2015;69(2):6902290030p1–6902290030p8. doi: 10.5014/ajot.2015.014266
- Steel E, Gelderblom GJ, Witte LP. Linking instruments and documenting decisions in service delivery guided by an ICF-based tool for assistive technology selection. In: Miesenberger K, Klaus J, Zagler W, Karshmer A (Hrsg.). *Proceedings of the International Conference on Computers Helping People with special needs (ICCHP)*. Berlin/Heidelberg: Springer; 2010:537–543.
- Steel E, Gelderblom GJ, Witte LP. Development of an AT selection tool using the ICF. *Technology and Disability* 2011;23(1):1–6.
- Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, Ende CH van den. Occupational therapy for community dwelling elderly people: A systematic review. *Age Ageing* 2004;33:453–460.
- Susan LS, Somerville E, Keglovits M, Smason A, Bigham K. Clinical reasoning guideline for home modification interventions. *American Journal of Occupational Therapy* 2015;69:1–8. doi:10.5014/ajot.2015.014266
- Townsend E, Wilcock AA. Occupational justice and client-centered practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapists* 2004;71:75–87.
- Townsend EA, Trentham B, Clark J, Dubouloz-Wilner CJ, Pentland WE, Doble S et al. Enabling individual change. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007:135–152.
- Ursum E, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F. NIVEL overzichtstudies – zorg voor chronisch zieken; 2011.
- Wielandt T, McKenna K, Tooth L, Strong J. Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). *Disability and Rehabilitation. Assistive Technology*, 2006;1(1–2):29–40.
- Wilcock AA. *An occupational perspective on health*. 2. Aufl. Thorofare, NJ: Slack; 2015.
- Willems CG, Lier J van. *Zorg op afstand door gebruik van E-technologie*. Utrecht: Vilans; 2009.
- Wright R, Sugarman L. *Occupational therapy and life course development: A workbook for professional practice*. Oxford: Wiley/ Blackwell; 2009.

15 Betätigungsbereich: Lernen/Arbeiten

Chris Kuiper, Jolien van den Houten

„Das Wesen der dialoggeleiteten Entscheidung ist nicht die Perfektion und auch nicht die breite Akzeptanz, sondern die Suche nach einer Entscheidung, die den größten Anteil an der Verbesserung der Lernergebnisse des Lernenden hat und langfristig den Zielen Partizipation und Gleichberechtigung dient.“

Reeves (2011)

Keywords

- Partizipation
- Gesetzgebung, Übertragung in die soziale Domäne
- Lernen/Arbeiten als Basis für die Produktentwicklung
- Lernen/Arbeiten als Einflussgrößen für Gesundheit und Wohlbefinden
- Lernen/Arbeiten auf der Ebene von Personen, Organisationen und Populationen
- Übertragungsprozesse

Kein Diplom, aber stolz auf das Erreichte

Ich kenne Daniel noch aus der Zeit, als er sich in der Ergotherapie Strategien abschaute, um seinen Haushalt und seine Aufgaben in der Schule besser zu organisieren. Kürzlich las ich über ihn in einem Newsletter über neue Diplomanden des (weiterführenden) Sonderunterrichts.

Daniel nahm bereits seit 2010 an diesem Sonderunterricht teil. Er ist leicht ablenkbar, und man diagnostizierte ADHS bei ihm. Er hat aber auch einen ausgeprägten Sinn für Humor. Ihm wurde ein Platz in der Werkstatt zugewiesen, doch waren technische Dinge gar nicht so sein Ding. Was nun? Daniel wollte lieber Chauffeur werden, ein schöner Beruf. Doch war der Weg dorthin weit, erst recht, wenn man Lernprobleme hat. In der Lehrwerkstatt hat er zu arbeiten gelernt: „Nicht labern, arbeiten!“ Er lernte auch pünktlich zu sein, sich durchzusetzen, anzupacken, Verantwortung zu übernehmen und in angemessener Weise nachzufragen, wenn ihm etwas zu schwer oder unverständlich erschien.

Seit November arbeitet er bei einer Umzugsfirma, zu Beginn nur zweimal wöchentlich, doch inzwischen an vier Tagen. Hier ist er ein wenig gereift und erwachsener geworden. Für seine Entwicklung war dieser Job sehr nützlich. Weniger wegen der Schwere der Arbeit, sondern wegen der Zusammenarbeit und dem Respekt für den Kunden und die Dinge. Ihm gefiel die Arbeit gut und so wollte er dabei bleiben.

Um dies zu realisieren, waren jedoch noch einige Schritte notwendig. Sein Chef, Herr Baumann, erklärte ihm, dass er sich beim entsprechenden Berufsverband

anmelden müsse. Dort sagte man ihm, dass er sich zum MBO1 für Jugendliche aus der Praxisschule anzumelden habe (spezielle Schulform in den Niederlanden für Schüler mit Lernschwierigkeiten; führt meist zu Hilfsarbeiter- oder Assistententätigkeiten). Da erfuhr er, dass er eine Versicherung abschließen müsse. Die UWV als Leistungsträger für Arbeitnehmerversicherungen in den Niederlanden sagte schließlich, dass er einen Chef brauche, aber den hatte er ja schon in Herrn Baumann gefunden.

Obwohl der Abschluss an der Sonderschule durch verschiedene Hindernisse in weiter Ferne zu liegen schien, hat Daniel sämtliche Hürden genommen. Aus dem zapeligen Jungen von 2010 ist ein richtiger Kerl geworden. Er ist noch lange nicht am Ende seiner Entwicklung angelangt, doch befindet er sich jetzt dank seiner Eltern, seines Arbeitgebers und vor allem seines eigenen Einsatzes auf einem guten Weg.

Daniel hat verschiedene Entwicklungsphasen durchlaufen. Ich bin mir der großen Schritte, die er unternommen hat, und des Einflusses der sozialen, physischen, kulturellen und ökonomischen Umwelt auf seine Entwicklung bewusst. Als Ergotherapeut kribbelt es mir geradezu in den Fingern, neben der Arbeit mit Daniel selbst auf schulischer oder politischer Ebene eine Veränderung auf den Weg zu bringen.

15.1 Einleitung

Daniels Geschichte bildet eine Reihe von Aspekten aus dem Betätigungsbereich Lernen/Arbeiten ab und bietet einen Einblick auf die Gebiete, in denen Ergotherapeuten eine positive Veränderung anstoßen können. Lernen und Arbeiten bilden von jeher einen zentralen Pfeiler der ergotherapeutischen Arbeit und sind auch heute noch ein wichtiger Ansatzpunkt für eine klienten- und fragenorientierte Annäherung.

Kennzeichnend für diesen Betätigungsbereich sind Veränderungsprozesse auf zwei Ebenen:

- auf der Personenebene: die tief greifenden Übergänge von der einen Lebensphase zur nächsten, von der Grund- in die weiterführende Schule, von der Ausbildungsphase in die Arbeitsphase und von der Arbeitsphase in die Pensionierung. Diese Übergänge verlaufen bei Menschen mit Beeinträchtigungen beim Betätigen weniger selbstverständlich ab. Eine erschwerte Anpassung an die neue Situation, die geforderten (neuen) Rollen, Routinen und Aktivitäten können der Auslöser einer Betätigungsfrage sein. Eine ergotherapeutische Intervention kann einen Beitrag zu den notwendigen Veränderungen leisten.

- auf gesellschaftlicher Ebene: Seit Beginn dieses Jahrhunderts vollzieht sich ein Wandel in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Beschäftigung. Es gibt einen administrativen Übergang von Ressourcen, Aufgaben und Zuständigkeiten hin zu den Gemeinden. Gleichzeitig findet ein Wandel (Transformation) in der Jugendhilfe und in der Bildung statt.

Die Ausgangspunkte dieser Veränderungen passen gut zu den Veränderungen in der Ergotherapie. Es finden sich hier auch inhaltliche Anregungen mit Blick auf den Betätigungsbereich Lernen/Arbeiten:

- Interventionen am Ort der Betätigungsfrage ausführen, ggf. integral/multiprofessionell
- ausgehen von den Möglichkeiten des Klienten mit dem Fokus auf der fragenorientierten Hilfe
- Betonung des Selbstbestimmungsrechtes und der Eigenverantwortung des Klienten, dem mehr Eigenregie überantwortet wird.

15.2 Der Rahmen: gesellschaftliche Veränderungsprozesse

Die niederländischen Kommunen haben aufgrund der Umwidmung der Jugendhilfe und einer geeigneten Unterbringung im Jahre 2015 eine beträchtliche Anzahl neuer Aufgaben und Befugnisse zugewiesen bekommen. Diese Umwidmung hat Auswirkungen auf die Organisation der Bildung des Beschäftigungsmanagements gehabt.

15.2.1 Jugendgesetz

Seit dem 1. Januar 2015 sind die Gemeinden der Niederlande für alle Formen der Jugendhilfe zuständig. Dies ist im niederländischen Jugendgesetz festgelegt, welches das Jugendbetreuungsgesetz ablöste. Die Gemeinden haben eine Jugendhilfepflicht.

15.2.2 Geeigneter Unterricht

Die Gemeinden und Schulverwaltungen haben seit August 2014 in den Niederlanden die gesetzliche Pflicht, jedem Kind den bestmöglichen Bildungsstandort zuzuweisen. Rechtsgrundlage hierfür ist das Gesetz zur angemessenen Bildung.

Die Kosten der Ergotherapie in der Schule werden durch diesen Übergang in zweierlei Hinsicht gedeckt:

- Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Ergotherapie-Einzelmaßnahmen, die in besonderen Situationen in der Schule während der Unterrichtsstunden stattfinden können.

- Der Kooperationsverband sorgt für eine angemessene Ausbildung oder die Gemeinde erstattet der Schule auf der Grundlage von Angeboten eine ergotherapeutische Beratung im Rahmen des „Gesetzes über eine angemessene Ausbildung“ oder des „Jugendgesetzes“.

15.2.3 Das Partizipationsgesetz

Das Partizipationsgesetz unterstützt Menschen bei der Hinführung zu einem Arbeitsplatz, der vorzugsweise dauerhaften Charakter hat. In diesem Zusammenhang wurden 35 Regionalgesellschaften gegründet. Kommunen und Arbeitgeber werden bei den dabei notwendigen Innovationen in vielfältiger Weise unterstützt.

- das Projekt Fachkompetenz, das darauf abzielt, die Arbeit von (Angestellten von) sozialen Diensten effektiver zu gestalten
- Unterstützung der Arbeitgeber bei der Rekrutierung von Menschen mit Behinderungen
- Programme von Arbeitgeberverbänden, um sich auf diese neue Gruppe von Arbeitnehmern vorzubereiten
- Verbindung von Fürsorge und Partizipation, Gestaltung von behindertengerechter Arbeit
- Verbindung zwischen Bildung und Arbeit, u. a. durch soziale Nachbarschaftsteams, für welche die Anleitung zur (regulären) Arbeit ein wichtiger Bestandteil des integrierten Ansatzes ist.

Ergotherapeuten arbeiten dank des sozialen Wandels zunehmend mit neuen Partnern außerhalb des Gesundheitssystems zusammen. Sie vermarkten ihre Produkte und Angebote über kommunale Ausschreibungen, oft in einem multidisziplinären Kontext. Zu diesem Zweck untersuchen sie die Vergabeverfahren, die betroffenen Zielgruppen und den Bedarf an Produkten der jeweiligen Kommunen. Es gibt regional kommunale Unterschiede bei den Ausschreibungen, was Ergotherapeuten zu einer unternehmerischen Denkweise und einem entsprechenden Verhalten nötigt.

Prävention von Betätigungsfragen

Die Prävention von Betätigungsfragen/Betätigungsbedürfnissen ist ein wichtiges und aktuelles Thema. In den Niederlanden gibt es bereits einige bewährte Verfahren dazu:

- Das Projekt „Frühwarnung“ in der Region Friesland: Screening von Kindern in einem multiprofessionellen Kontext. Gegebenenfalls wird es ein Interventionsangebot geben, das auf die Teilhabe zu Hause, in der Schule und in der Nachbarschaft abzielt.
- In der Region Noord-Holland gibt es ein regelmäßiges Angebot für Kinder mit Autismus, die an Sport- und Outdoor-Spielen in der Schule teilnehmen.

15.3 Ergotherapie und Lernen/Arbeiten

Lernen und Arbeiten sind untrennbar miteinander verbunden. Wo Kinder formal in einem Ausbildungskontext in der Grund- und weiterführenden Schule lernen, wird bei Jugendlichen und Erwachsenen in einem Arbeitskontext lernend gearbeitet oder arbeitend gelernt. Das Lernen in einem Ausbildungskontext wird als Vorbereitung auf das spätere Arbeitsleben verstanden. In allen Lebensphasen finden sowohl Lernen als auch Arbeiten statt. Man denke nur an die Ferienjobs während der Schulzeit, das Lernen im Rahmen des Studiums auf jeder Ebene, das Training-on-the-Job am Arbeitsplatz und die (Freiwilligen-)Arbeit in Kombination mit entsprechenden Kursen während des Pensionsalters in einem gesellschaftlichen/kulturellen Kontext. Der Mensch lernt infolge der Interaktion zwischen der Schul- und Arbeitswelt und der persönlichen Entwicklung lebenslang.

Die Partizipation in der Schule und am Arbeitsplatz ist für das menschliche Wachstum und die Entwicklung des Betätigten (occupational development) von essenzieller Wichtigkeit und trägt zur Gesundheit und zum Wohlbefinden bei (Law et al. 2006). Lernen und Arbeiten sind das Ergebnis der dynamischen Interaktionen der Person (Kind, Jugendlicher, Erwachsener), der Lehr- und Arbeitsaktivitäten und des Kontextes, in dem sich dieses Lernen und Arbeiten abspielt (PEO-Modell; Law et al. 1996). Die Balance beim Betätigten zwischen dem Lernen/Arbeiten, Wohnen/Versorgen und Spielen/Freizeit wirkt sich auf die Gesundheit aus. Ein Ungleichgewicht wird als krankmachender Faktor angesehen und kann entsprechend gesundheitliche Folgen haben (Wilcock et al. 2015). Im schulischen Kontext, in den Nachbarschaftsteams, im Beschäftigungsmanagement und im Arbeitsschutz wird der Ergotherapeut auch mit „Krankheiten“ konfrontiert. Man denke auch an die Begriffe „Schulkrankheit“ und „Berufskrankheit“.

Der Betätigungsbereich Lernen/Arbeiten betrifft die Rollen als Schüler, Studierender, Arbeitnehmer, Arbeitgeber und auch als Freiwilliger und hat Aspekte wie Entfaltung, Entwicklung, Herausforderung oder Ambition, die als Begrifflichkeiten aus der Ergotherapie „doing“, „being“ und „becoming“ genannt werden. Durch die Zusammenarbeit mit anderen im Rahmen von Lernen/Arbeiten entsteht das Gefühl der Zugehörigkeit (belonging). Diese soziale Interaktion, die gegenseitige Unterstützung und die gemeinsame Ausübung von Aktivitäten sind menschliche Bedürfnisse. Dieses Dazugehören stärkt für die Person und für die anderen den Wert eines Lebens (Wilcock et al. 2015). Neben der ökonomischen Dimension des (zukünftigen) Verdienstes hat Lernen/Arbeiten auch eine soziale Dimension (Hartingsveldt et al. 2010): „... sind die Vorteile einer Arbeit, ein Gefühl der Normalität zu bekommen, etwas zur Gesellschaft beizutragen, Akzeptanz, Struktur, ein Gefühl der Kompetenz, Stärkung der Identität sowie eine bessere

Gesundheit und ein besseres Selbstwertgefühl zu erfahren“ (Leufstadius et al. 2009).

Der Betätigungsbereich spielt in verschiedenen Lebensphasen eine Rolle, wobei der Begriff Lernen, wie bereits erwähnt, weiter gefasst wird, als nur auf den Kontext der Schule bezogen, und in allen Phasen zugegen ist. Es kommen ganz unterschiedliche Interventionen für den Betätigungsbereich Lernen/Arbeiten infrage. Man denke etwa an die Unterstützung der schulischen Laufbahn, die Hilfe, wenn man in der Schule nicht mehr mitkommt, die Begleitung zur Schule oder Arbeit und wieder nach Hause, das integrale Gesundheitsmanagement (IGM) und an den Lebensstil.

Die Interventionen in diesem Betätigungsbereich können auf der Ebene des Individuums, der Organisationen oder der Populationen stattfinden (Hartingsveldt et al. 2010).

- Ebene des Individuums: gerichtet auf die spezifische individuelle Partizipationsfrage. Dies betrifft den individuellen Klienten und die unmittelbar Beteiligten, wie z. B. Arbeitgeber, Familie oder Lehrperson. Die Effektivität dieser Intervention wird immer deutlicher (Verhoef 2015). Das Verständnis für die möglichen Interventionen bezüglich individueller Arbeit ist stark angewachsen.
- Ebene der Organisationen: gerichtet auf die Arbeit mit Gruppen, Lehrkörpern, mittlerer Managementebene, um eher allgemeinere Fragestellungen anzugehen, wie z. B. Co-Teaching, Aufklärung über Lebensstile, Arbeitshaltungen und die Anleitung von Professionals und Arbeitsexperten, die vor allem bei der Wiedereingliederung helfen. Diese Ebene betrifft auch das Mitdenken auf der Schul- und Organisationsebene, z. B. beim Thema Einrichtung von Schulräumen, Mobiliar und Auswahl des Curriculums.
- Ebene der Gesellschaft und der Populationen: gerichtet auf das universelle Design (universal design), das allgemeine Thema der Bauweise von etwa Schulen und öffentlichen Gebäuden, aber auch im Hinblick auf Webseiten, Unterrichtsmaterialien usw., um eine Partizipation im erweiterten Sinn, das Streben nach einem inklusiven Zusammenleben zu ermöglichen.

Für Ergotherapeuten bedeutet dies, dass neben der ergotherapeutischen Kompetenzen für das Screenen, Inventarisieren und Analysieren, Behandeln und Begleiten sowie für die Beratung Dritter auch die Kompetenzen hinsichtlich des Stützens und Stärkens und des Erneuerns und Unternehmens eingesetzt werden (Verhoef et al. 2013).

Dies stimmt mit den (inter-)nationalen Verabredungen und Gesetzgebungen überein, die auf ein inklusives Zusammenleben ausgerichtet sind, für das die Gesellschaft die Voraussetzungen zur Partizipation schafft, damit jeder Mensch als vollwertiger Bürger beteiligt sein kann: „Inklusion ist das neue „Cool“.“ Durch diesen Prozess verändern sich auch Lehrpersonen und Arbeitgeber, und aktiv arbeitet man an dem geeigneten Unterricht und der passenden Arbeit zusammen. Auch besteht die nach-

drückliche Erwartung, dass Menschen mit einer (potenziellen) Betätigungsfrage, Krankheit oder einer Behinderung selbst bereits alles tun, um zu partizipieren. Strategien zu einer dafür erforderlichen Verhaltensänderung, wie etwa das aktive Selbstmanagement, gehören zu den Werkzeugen der Ergotherapie.

15.4 Lernen und Unterricht

In diesem Abschnitt geht es um das Lernen im Kontext der Schule. Das Lernen innerhalb der Schule gilt dabei als Voraussetzung für das zukünftige Partizipieren in der Gesellschaft. Der Schulkontext bildet die kulturelle, physische, technologische und soziale Unterrichtsumwelt, in der sich das Lernen abspielt. Er beeinflusst damit die Struktur, die Routinen und die Entwicklung des Betätigten. Schulparkipitation sorgt für eine breit gefächerte Stimulation der emotionalen, intellektuellen und kreativen Entwicklung von Kindern und fördert den Erwerb sozialer, kultureller und körperlicher Fertigkeiten. Beim Lernen in der Schule wird eine optimale Übereinstimmung zwischen dem Kind, den schulischen Aktivitäten und dem Schulkontext angestrebt, wodurch das Kind eine aktive und motivierte Lernhaltung einnehmen kann. Für eine solche Lerneinstellung muss das Kind das Gefühl bekommen, dass es etwas leisten kann, dass andere es mögen und dass es imstande ist, etwas selbstständig zu tun.

Im Gesetz ist der Anspruch jedes Kindes auf Unterricht geregelt. Dieser soll beim Kind zu einer möglichst vollständigen Entfaltung seiner Persönlichkeit, seiner Talente und seiner geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit führen. Dieses Gesetz knüpft unmittelbar an die Artikel 28 und 29 der UN-Kinderrechtskonvention an. Daher investiert die niederländische Politik in eine verpflichtende Grundausbildung für alle Kinder und Jugendliche, um ihnen somit die Möglichkeit zur zukünftigen Partizipation an der Gesellschaft zu bieten.

Auch in Deutschland besteht eine Schulpflicht für alle Kinder, die bis zu einem bundeslandspezifischen Stichtag eines Jahres das sechste Lebensjahr vollenden, beginnend mit dem 1. August desselben Jahres. Diese Vollzeitschulpflicht erstreckt sich je nach Bundesland auf neun oder zehn Schuljahre. Nach dem Ablauf der Vollzeitschulpflicht beginnt die sogenannte Berufsschulpflicht, die in der Regel mit dem Abschluss einer Berufsausbildung bzw. mit dem Ablauf des zwölften Schuljahres endet (für alle genannten Regeln gelten teils geringe Abweichungen von Bundesland zu Bundesland).

Der niederländische Lernpädagoge Gert Biesta (2012 und 2014) hat drei Anforderungen aufgelistet, denen ein guter Unterricht genügen sollte und die über die reine Wissensvermittlung hinausgehen:

- **Qualifizierung:** die Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen
- **Sozialisierung:** Heranführung an und Umgang mit Traditionen und Praktiken (wer man ist)

- **Persönlichkeitsbildung:** die Ausbildung des „Person-Seins“ (wie man ist).

Im Internet finden sich zahlreiche Beispiele dafür, wie dies in der Praxis aussieht (www.wiwo.de/erfolg/beruf/arbeit-der-zukunft-wie-sich-die-arbeitswelt-2035-von-heute-unterscheidet/11700318.html, www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/BST_Delphi_Studie_2016.pdf, www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/187851/schulberufssystem). Auch hat eine Ausrichtung auf die erforderlichen Fertigkeiten des 21. Jahrhunderts in den Unterricht Einzug gehalten. Die zukünftigen Berufstätigen müssen in der Lage sein, Technologien einzusetzen, Informationen aktiv zu verarbeiten und Problemlösungsstrategien entwickeln und umsetzen zu können (► Abb. 13.1).

Die Kinder selbst sind unterschiedlich gut dazu in der Lage, die Angebote in der Schule wahrzunehmen. Nicht alle Kinder lernen leicht lesen und schreiben, können geduldig basteln, gehen problemlos mit Technologien um, sind auf Problemlösungen ausgerichtet, halten ihre Schränke ordentlich und erlangen bei Sport und Spiel eine gute soziale Position. Dadurch können sich Betätigungsfragen auftun. Um Kindern und ihrer Umwelt einen Mehrwert bieten zu können, erfordert die Arbeit in und mit dem Schulkontext spezifische Kenntnisse. Der Ergotherapeut versucht, auf der Grundlage der relevanten Gesetze sowie der ergotherapeutischen, schulpädagogischen und didaktischen Ausgangspunkte flexibel zu argumentieren und zu handeln. Er verfügt zudem über spezifische Kenntnisse über die betätigungsorientierte Arbeit innerhalb der Schulen und im sog. adaptiven Unterricht (Overveld 2012). Dabei geht man davon aus, dass Kinder verschieden sind und auch verschieden lernen. Alle Kinder profitieren dabei von Variationen der Arbeitsweisen, Unterweisungen und Betreuungen.

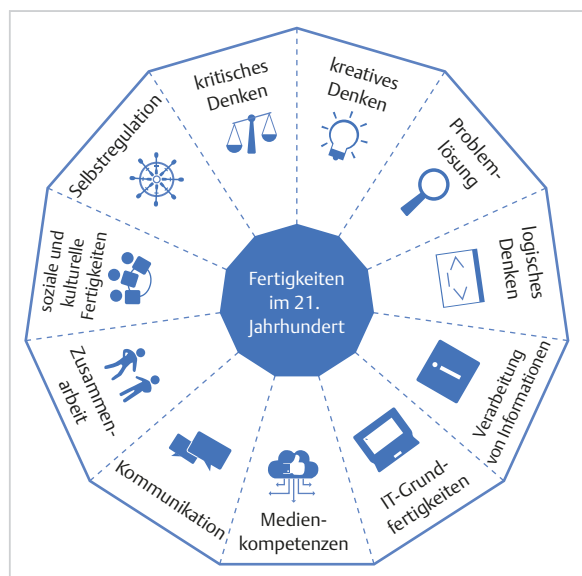


Abb. 15.1 Fertigkeiten für das 21. Jahrhundert (www.kennisnet.nl).

Beweg' mich zum Lernen

Eine gute Methode, wie die Ergotherapie einen Teil zu einem adaptiven und betätigungsorientierten Unterricht beitragen kann, stammt aus der niederländischen Provinz Süd-Limburg. Dort wird „Beweg' mich zum Lernen“ in den Grundschulen der Arbeitsgemeinschaft „Kindante“ praktiziert. Es handelt sich um eine Intervention innerhalb der Grundschulen, die von Ergotherapeuten auf der Gruppenebene umgesetzt wird. Die Kinder werden in einem Bewegungsparcours animiert, kognitive Lernaufgaben, die zuvor der Klasse erläutert wurden, häufig und in Variationen durch sensomotorische Aktivitäten einzuüben.

Die Schule bietet durch die variierte Angebotsstruktur, die Unterrichtsinhalte, den didaktischen Ansatz und den Aufbau des Lernprozesses einen signifikanten Beitrag zur Entwicklung des Betätigten und der Betätigungskompetenzen des Kindes (Hinder u. Ashburner 2010, Rodger u. Ziviani 2006).

In den Niederlanden gibt es trotz des Rechts auf Unterricht immer noch Tausende schulpflichtige Kinder, die über längere Zeit nicht unterrichtet werden. Dabei geht es vor allem um Kinder, die gerne zur Schule gehen möchten, jedoch aufgrund von spezifischen Lehrbedürfnissen und aus unterschiedlichen medizinischen, sozialen, intellektuellen oder emotionalen Gründen nicht erreicht werden.

Man kann sagen, dass sich geeignete Interventionen für den Unterricht auf dreierlei Ebenen konzentrieren können: die inklusive Schule, die Klasse und den einzelnen Schüler (► Abb. 15.2). In allen Fällen sind die Voraussetzungen natürlich die Partizipation der Eltern, die gemeinsame Entschließung über die zu erreichenden Ziele und ein Plan zur Umsetzung (siehe auch das Zitat eingangs dieses Kapitels).

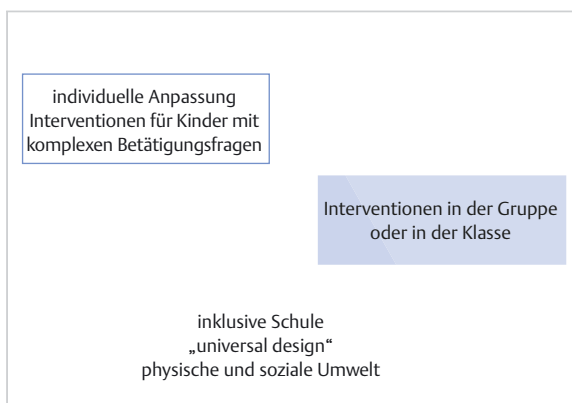


Abb. 15.2 Interventionen in der Schule auf dreierlei Ebenen (Missiuna et al. 2011).

15.4.1 Inklusive Schule und universelles Design

Um dafür Sorge zu tragen, dass alle Kinder eine geeignete und erfolgreiche Schulzeit absolvieren können, bietet die Arbeit mit der Schule als Organisation und Population die Möglichkeit zur partizipationsorientierten Unterstützung. Die allgemeinen Themen (Schul-)Gebäude, Lernprogramme und Einsatz von Technologien geben letztlich die Strategie vor, wie der Unterricht für möglichst viele zugänglich gemacht werden kann. Dies stellt in der ► Abb. 15.2 die Basis der Pyramide dar.

Im Internet finden sich viele interessante Informationen zum Thema universelles Design (z. B. www.rehadat-hilfsmittel.de; UN-Behindertenrechtskonvention; dve.info/infoteh/universal-design). Marzano hat die Faktoren einer erfolgreichen Schullaufbahn untersucht und dabei die folgenden Faktoren beschrieben, die in abnehmender Relevanz aufgeführt sind (Marzano 2000, Law et al. 2006):

1. ein reelles, solides und realisierbares Unterrichtsprogramm, angewandter Unterricht im Lesen und Rechnen
2. anspruchsvolle Unterrichtsziele und ein effektives Feedback des Lernprozesses
3. Teilhabe der Eltern und umgebender Gruppen
4. eine sichere und geregelte Umwelt (physisch, sozial, kulturell und technologisch):
 - a) Einrichtung des Schulgebäudes und des Spielplatzes
 - b) die innerschulische Atmosphäre: Ideen und Vorurteile (Beld et al. [eingereicht])
 - c) Prozeduren: die Bereitschaft, Kinder mit Behinderungen am Schwimmunterricht teilnehmen zu lassen, Einrichtung fester Pausen im Schulalltag
 - d) finanzielle Mittel: Kosten für die Teilhabe an der Schule und an Schulausflügen, Transportmöglichkeiten zur und von der Schule, Erlangung von Mitteln (Schultasche, Schreibbedarf)
5. Kollegialität und Professionalität.

Im Hinblick auf diese Faktoren werden Ergotherapeuten von Arbeitsgemeinschaften und speziellen Schulen aufgrund ihrer Kompetenzen hinzugezogen. Hierzu ein paar Beispiele:

- Beratung zur Schreibmethodik, die eine einheitliche Methodik empfiehlt, ohne dass es zum „Bruch“ zwischen der 2. und 3. Klasse kommt, wobei sowohl Beratungen zur Methodik als auch die Förderung des Fachwissens über Workshops für Lehrkräfte angeboten wird. Neben dem Fokus auf dem Schreiben kann sich der Ergotherapeut im Unterrichtsprogramm auch auf die Entwicklung im weiteren Sinne konzentrieren und sich z. B. von den sieben „leadership pearls“ von Stephen Covey anregen lassen.

- Ausarbeitung eines Programms zur „gesunden Schule“ in enger Zusammenarbeit mit Eltern, Schule und anderen Interessengruppen
- Beratung beim Bau und der Einrichtung von Schulen und Spielplätzen, wie etwa bei der Ausstattung allgemeiner Räume und der Klassenzimmer, Empfehlungen zur Beleuchtung in der Klasse und zum Mobiliar, aber auch Mitarbeit an Sicherheitskonzepten für die Schule.
- www.aota.org
- www.canchild.ca
- <https://dve.info>.

15.4.2 Die Klasse

Die Klasse stellt die zweite Ebene der Pyramide dar. Diese kulturelle, technologische, soziale und physische Umwelt beeinflusst das Lernen in der Gruppe und bildet damit die zweite Interventionsebene. Da Kinder und Jugendliche am besten in einer sicheren und nicht bedrohlichen Lernumwelt lernen, ist es wichtig, die allgemeine Stimmung und Atmosphäre in der Klasse zu kennen (Overveld 2012, Beld et al. [eingereicht]).

Das Arbeiten in und mit der Klasse erfordert spezifische kontextorientierte Beobachtungsverfahren (Kap. 26), wie z. B.

- das Classroom Assessment Scoring System (CLASS; Pianta et al. 2008),
- das School Setting Interview (SSI; Hemmingsson et al. 2005) oder
- School-AMPS (School Version of the Assessment of Motor and Process Skills; Fisher et al. 2007).

Co-Teaching

Beim Umgang mit der Diversität in einer Klasse kann das Co-Teaching zusätzliche Unterstützung bieten (Bazyk u. Cahill 2015, Koot 2011). Lehrkraft und Ergotherapeut arbeiten dabei in und mit der Klasse gemeinsam und unterstützen einander mit ihrer jeweils eigenen Expertise in vier Bereichen (Marzano et al. 2010):

- Aufstellen von Regeln und Prozeduren und Kontrolle ihrer Befolgung
- geeignete Maßnahmen bei störendem Verhalten
- Schaffung eines guten und effektiven Verhältnisses zwischen Lehrer und Schüler
- Erzeugung der richtigen inneren Haltung für das Management der Klasse:
 - Antizipierung, Strukturierung und richtiges Timing für das Lernen, die Lernzeiten und die Klassenroutinen
 - Materialien, Räumlichkeiten und Einrichtungen der Klasse
 - individuelle Verarbeitung des Unterrichtsstoffes und der Verlauf des Unterrichts (Koot 2011).

Als weiterer Effekt beim Co-Teaching wird allen Kindern der Klasse mehr Aufmerksamkeit zuteil und alle erhalten mehr Übungsmöglichkeiten. Das Erlernen von Fertigkeiten im Kontext der Klasse leistet daneben einen positiven Beitrag zum Transfer des Erlernten (McBryde et al. 2006). Eine andere Form des Co-Teaching ist der „Meister der Klasse“: Aufgrund von Untersuchungen zum Lernklima, Beobachtungen in der Klasse und Selbstreflexionen stellen der Lehrer und ein Trainer der Schule einen persönlichen Entwicklungsplan auf, der umgesetzt wird und mit Supervision über einen Videoconsultant verbunden wird (Marzano et al. 2010).

Partnering for Change (P4C)

Eine spezifische ergotherapeutische Intervention für Schulen ist das „Partnering for Change“ (P4C). Dieses in Kanada entwickelte Ergotherapie-Programm, bei dem Lehrkräfte und Ergotherapeuten zusammenarbeiten, ist auf die Lernaktivitäten und die Lernresultate aller Schüler einer Klasse ausgerichtet. Die Klasse ist dabei so eingerichtet, dass sie eine stimulierende Lernumwelt für alle Kinder darstellt. Seit 2015 wird P4C für die Situation in den Niederlanden validiert (www.canchild.ca).

Weitere Interventionen

Im Schulsetting kommen auch verschiedene weitere, nicht spezifisch ergotherapeutische Interventionen zum Einsatz, die auf die Klasse oder Gruppe abzielen. Dazu hier einige Beispiele:

- School Wide Positive Behavior Support (SWPBS): Das SWPBS spricht die Stärken eines Kindes an. Es handelt sich um ein sehr fundiertes und evidenzbasiertes Konzept, das in den Niederlanden in das Repertoire effektiver Jugendinterventionen des Niederländischen Jugendinstitutes aufgenommen wurde. Infos und Materialien für den deutschsprachigen Raum finden sich etwa bei Bröcher (2014).
- „Mission Possible“ (für Jugendliche) und „Kids Skills“ (für Kinder, „Ich-schaff's“-Programm) sind persönlichkeitsorientierte Entwicklungsprogramme, die sich auf das lösungsorientierte Denken konzentrieren. Die Jugendlichen lernen dabei in 11 Schritten, Ziele zu formulieren und zu verfolgen.
- Antifrustprogramme wie das Könnertaining
- Das Write-start-Programm widmet sich dem Schreiben in und mithilfe der Klasse (www.write-start-handwriting.org).
- „Zones of Regulation“ ist ein systematisches, kognitives verhaltensorientiertes Curriculum, das sich der Selbstregulierung von Kindern widmet. Sie werden sich dadurch ihrer Emotionen und Impulse bewusst, wodurch sich ihre sozialen Problemlösungsfähigkeiten vergrößern (www.zonesofregulation.com).

15.4.3 Schulpflichtige Kinder mit komplexen Betätigungsfragen

Das einzelne schulpflichtige Kind mit seinen spezifischen Betätigungsfragen bildet die Spitze der Pyramide. Es hat den Anspruch darauf, mit all seinen Fähigkeiten innerhalb und außerhalb der Schule zu partizipieren. Bei den Unterrichtsaktivitäten, die sich auf die emotionale, intellektuelle, kreative, soziale, kulturelle und körperliche Entwicklung des Kindes richten, wird vom Kind erwartet, dass es signifikante Lernfortschritte macht, das gewünschte soziale Verhalten zeigt, kompetent in der Selbstorganisation und beim Spiel ist und sich auf das 21. Jahrhundert vorbereitet (Case-Smith u. Rogers 2005).

Die schulischen Leistungen hängen zu 80% an den Hintergrundmerkmalen eines Schülers und lediglich zu 20% an der Schule (Coleman 1966, Jencks 1972). Marzano definierte auf der Grundlage der Untersuchungen von Bloom (1976) und Fraser et al. (1987) vier einflussreiche Hintergrundmerkmale: die häusliche Situation, Vorkenntnisse, Begabung und Interesse. Da die häusliche Situation ein so bedeutender Faktor ist, strebt ein Ergotherapeut bei der Arbeit im Schulkontext auch die möglichst enge Einbeziehung der häuslichen Situation des Kindes

an. Bei der Arbeit mit einzelnen Schülern beeinflussen diese Hintergrundmerkmale die Art der ergotherapeutischen Intervention, die Unterweisung und die Begleitung. Sie beeinflussen ja auch die Rollen und die zugehörigen Aktivitäten der Kinder und Jugendlichen. Durch die beim Aufwachsen und beim Betätigen gestiegenen Erwartungen und Anforderungen aus der Schul- und Lernumwelt entwickelt sich das schulische Betätigen aus den in ► Tab. 15.1 beschriebenen Rollen hin zu einer größeren Selbstständigkeit, Selbststeuerung und Verantwortlichkeit. Ein kompetentes Ausfüllen der oben erwähnten Rollen kann die Kinder jedoch mit spezifischen Herausforderungen konfrontieren. Der Einsatz und/oder die Entwicklung von auf die Betätigungskompetenz ausgerichteten Problemlösungsfertigkeiten kann bei diesen Kindern eine positive Veränderung in Gang setzen. Man denke hier an Fertigkeiten wie z. B. um Hilfe zu bitten, neue Aufgaben angehen zu können und auch Erfolge als solche empfinden zu können (Chapparo u. Lowe 2012). Die nachfolgende Übersicht basiert auf den Beschreibungen individueller ergotherapeutischer Interventionen (Bazyk et al. 2015, Chapparo u. Lowe 2012, Hinder u. Ashburner 2010, Case-Smith u. Rogers 2005).

Tab. 15.1 Rollen (Chapparo u. Lowe 2012).

Rolle	Beschreibung
lernen	Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Lehrplan, wie z. B. Wissenserwerb, Problemlösung und kritisches Denken, Einnahme einer lernenden Haltung, Zusammenarbeit, Schreiben, IT-Nutzung
arbeiten	Aktivitäten, die mit dem Arbeitsverhalten verbunden sind, wie z. B. ruhig sein, aufmerksam und konzentriert sein, Instruktionen folgen, Organisation der (Haus-)Arbeit, Regeln und Absprachen einhalten, Zeitnutzung
spielen	Aktivitäten, die mit dem Spielen in Zusammenhang stehen, wie z. B. Scherzen, strukturiert spielen nach Vorgabe des Lehrers, unstrukturiertes Spiel auf dem Spielplatz, wo Entscheidungen getroffen und Spiele initiiert werden
sich selbst versorgen	Aktivitäten, die der persönlichen Sicherheit dienen, wie z. B. Überleben, Einhaltung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens, Ernährung, Kleidung usw.
einer Gemeinschaft angehören	Aktivitäten, die auf die Zugehörigkeit (zur Schule, Klasse, Gruppe) gerichtet sind, wie z. B. Verantwortung übernehmen, Sprachgebrauch, Raumnutzung, Entwicklung von Routinen

Screening, Inventarisierung und Analyse

Das Screenen, Inventarisieren und Analysieren des Betätigens im Schulkontext erfordert den Einsatz spezifischer kontextgerichteter Beobachtungsverfahren (Kap. 26), wie z. B.:

- Assessment of Motor and Process Skills in School (School-AMPS; Fingerhut et al. 2002)
- Fotointerview (Duijse et al. 2011)
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al. 2005)
- Student Teacher Relationship Scale (STRS)
- McMaster Handwriting Protocol (Pollock 2012)
- Writic (Hartingsveldt et al. 2014).

Behandeln und Begleiten, Beratung Dritter

Auf die Umwelt gerichtet

- Klärung von Erwartungen, Fertigkeiten und Verhalten der Eltern und Lehrpersonen. Mögliche Themen sind: Wie können die Eltern ihr Kind noch besser unterstützen? Wie funktioniert die Abstimmung zur Begleitung zwischen Eltern, Lehrern und Kind? Wie lässt sich die Kommunikation zwischen Eltern/Lehrkräften und Kind verbessern?
- Beratung zu Anpassungen über physische Veränderungen der Umwelt, wie Möbel, Entfernung ablenkender Bildmaterialien, Zugang zur Spielecke und Sitzen in der Spielecke

- Beratung zur technologischen Umwelt wie etwa den Einsatz spezifischer IT-Anwendungen
- Beratung zur sozialen Umwelt, wie Absprachen zum Spielverhalten in den Pausen und im Sportunterricht
- Klassenroutinen, zusätzliche Ruhezeiten oder geeignete Übungsmöglichkeiten für das Kind, Zusatzzeiten, um eine Aufgabe abzuschließen; Schulroutinen, wie Abwechslung in den Pausenzeiten für Kinder, die mehr Zeit für die Selbstorganisation benötigen.

Auf die Aktivität gerichtet

- Anpassung der Aktivität wie der Einsatz einer anderen Schreibmethode für das Kind, IT-Anwendungen anstelle des Schreibens, einhändiges Schuhbinden, Verwendung von Kopfhörern mit Musik während einer schulischen Aktivität, um die Aufmerksamkeit besser fokussieren zu können
- Angebot anderer Aktivitäten, wie z. B. Rollstuhlbasketball statt Völkerball.

Auf das sich entwickelnde Kind gerichtet

Spezifische Interventionen zur Steigerung der Betätigungskompetenz des Kindes sind u. a.:

- Verbesserung der Kindeskompetenzen, wie das Erlernen individueller lösungsorientierter Strategien (Polatajko u. Mandich 2004; www.solutionfocused.org.au)
- Erweiterung der Fertigkeiten durch gerichtete Übungen wie etwa vorbereitende Schreibübungen, spezifisches Schreibtraining, Umgang mit Verschlüssen, feinmotorische manuelle Fertigkeiten, initiativ werden, in angemessener Form Fragen stellen, Anpassung an Regeln usw.

Auch wenn Beeinträchtigungen beim schulischen Lernen vielerlei Hintergründe haben können, zeigen doch zwischen 5 und 27 % der Kinder konkrete Schwierigkeiten beim Schreiben (Volman et al. 2006). Schreiben ist für die kognitive Entwicklung wichtig. Es spielt auch bei anderen Lernaufgaben eine Rolle, wie etwa beim Rechnen und in der Gemeinschaftskunde und ist daher für die Partizipation in der Schule so wichtig.

Entwicklung des Schreibens

Das Schreiben wird unter qualitativen Gesichtspunkten, wie der Lesbarkeit der Handschrift, und unter quantitativen Aspekten, wie dem Schreibtempo, bewertet. Letzteres ist beim Übergang von der Grund- in die weiterführende Schule wichtig, weil dort Aufzeichnungen in einem vergleichsweise hohen Schreibtempo angefertigt werden. Eine Beeinträchtigung beim Schreiben gilt als beseitigt, wenn das Kind leserlich, in ausreichendem Tempo und ohne Schmerzen oder Ermüdungserscheinungen die Schreibarbeiten in altersentsprechender Weise bewältigen kann (Overvelde et al. 2010a). Im Jahre 2010

erschien eine evidenzbasierte Arbeit zu den motorischen Schreibstörungen bei Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter (3–8 Jahre; www.fysionet-evidence-based.nl/index.php/kngf-guidelines-in-english). Die Untersucher analysierten das Schreiben und stellten die effizienteste Intervention vor. Der Therapeut wird bei seiner Arbeit von einem „Flussdiagramm zu motorischen Schreibstörungen bei Kindern“ unterstützt. Die Interventionen umfassten Arbeitsweisen, die auf die Schreibaufgabe und das motorische Lernen des Kindes gerichtet waren (Overvelde et al. 2010b). Auch ein jüngeres systematisches Review von Hoy et al. (2011) lässt erkennen, welche Interventionen hinsichtlich des Schreibens wirksam sind.

Meldepflicht

In allen Phasen der Begleitung hat der Ergotherapeut sich in den Niederlanden an das Gesetz zur Meldepflicht von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlungen zu halten. In diesem Gesetz ist festgelegt, dass jede Organisation, die mit Kindern und Erwachsenen arbeitet, einer Meldepflicht unterliegt, zu der die Festlegung gehört, wer wann welche Schritte bei einem Verdacht auf häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung zu unternehmen hat. Das Gesetz wurde dort 2013 eingeführt und gilt für den Gesundheits- und Bildungsbereich, Kinderkrippen, soziale Hilfseinrichtungen, Jugendfürsorge und Justizbehörden.

15.5 Verknüpfung von Ausbildung und Arbeitsmarkt

Eine gute Verbindung von Ausbildung und Arbeitsmarkt ist für die Partizipation von Jugendlichen von großer Wichtigkeit. Gerade für junge Menschen in einer relativ vulnerablen Position stellt eine solche Verbindung eine besondere Herausforderung dar. Ein Teil der Jugendlichen benötigt Unterstützung, um einen Arbeitsplatz zu bekommen und auch zu behalten, da ja die Anpassung an eine neue Situation, geforderte Rollen, Routinen und Aktivitäten der Anlass für eine potenzielle Betätigungsfrage sein können. Schwierigkeiten bei diesem Übergang sind nicht neu. Es gibt bereits ein breites Spektrum an Fördermöglichkeiten für junge Menschen aus den Bereichen Bildung, Fürsorge, Berufsberatung und von der Arbeitgeberseite. Die Jugendverfassung, das Partizipationsgesetz sowie Entwicklungen in der Bildung (angemessene Bildung, Schwerpunkt Handwerk) und rund um die Jugendarbeitslosigkeit vergrößern die Chance, dass die Hilfsangebote zusammen so organisiert werden, dass Jugendliche nicht durch alle Maschen fallen. Hier liegen, wie nachfolgend beschrieben, die Chancen für ergotherapeutische Angebote.

Tab. 15.2 Spannungsfeld zwischen Lernen und Arbeiten (Poortman u. Visser 2009).

Zentrale Aspekte beim Lernen	Zentrale Aspekte beim Arbeiten
Akquisition: Kompetenzerwerb als Ziel	Partizipation: Teilhabe am Arbeitsprozess und Sozialisation als Ziel
umfassend ausbilden für landesweit geltende Kompetenzen mit Abschlüssen: <ul style="list-style-type: none"> flexible Fachkunde Theorie hinter der Praxis Relevanz für mehrere und unterschiedliche Arbeitssituationen Erweiterung um andere Ziele als nur gute Leistung, wie z. B. „Bürgerrechte“ und „Lernen zu lernen“ 	spezifisches Training: <ul style="list-style-type: none"> für Produktivität und gute Leistung, handwerkliches Können für spezifische Arbeitsaufgaben relevant für diesen Arbeitsplatz
Kontrolle, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> Zeiten reservieren Lernmaterialien und Aufgaben Reflexion und zugewiesene Begleitung 	authentisches Lernen: <ul style="list-style-type: none"> keine Zeit für Lernen, Reflektieren oder Führen die Arbeitsprozesse, Materialien und die Kollegen sind die Quellen des Lernens

15.5.1 Lernen im Arbeitskontext

Wie erwähnt findet Lernen immerzu und in verschiedenen Kontexten statt: in der Schule, bei der Arbeit, zu Hause. Arbeit steht nie losgelöst vom Lernen. Jugendliche lernen zur Vorbereitung auf die Arbeit, Arbeitnehmer lernen, um besser in dem zu werden, was sie tun, und es wird gelernt, um arbeitsbezogene Innovationen zu entwickeln und zu implementieren. Das Lernen im Arbeitskontext ist daher von besonderem Interesse. Man kann auch von einer Neubewertung sprechen, da seit knapp zwei Dekaden die Bedeutung einer lebenslangen Weiterbildung als Arbeitnehmer betont wird, um am Thema zu bleiben und weil das Lernen am Arbeitsplatz auch in den Bereichen der Berufsschulen eine große Rolle spielt. Es gibt aber auch ein Spannungsfeld zwischen Lernen und Arbeiten (Poortman u. Visser 2009).

Der Arbeitsplatz ist eine reiche und kraftvolle Lernumwelt, da hier die authentischen Anforderungen des Berufsalltags der Anlass für bedeutungsvolles Lernen sind. Doch die Umwelt erfordert auch normales Arbeiten, weshalb der Arbeitsplatz dann doch nicht mehr die ideale Lernumwelt darstellt. Es besteht ein fast naiver Glaube an das vorhandene Lernpotenzial des Arbeitsplatzes gegenüber der Notwendigkeit, das Lernen am Arbeitsplatz durch Aktivitäten zu steuern. Mit anderen Worten gibt es folgende Dilemmas:

- Wissenserwerb versus Partizipation (in praktischen Situationen)
- breit gefächertes Lernen versus spezifisches Lernen
- „lenken“ versus „loslassen“ (Poortman u. Visser 2009; ▶ Tab. 15.2).

15.5.2 Der Arbeitsplatz als reiche Lernumwelt

Es gibt verschiedene Formen von Lernen am Arbeitsplatz.

- Berufsanfänger erlernen Fertigkeiten in Praktika und Lehrbetrieben. Durch konkrete berufliche Anforderungen in der Arbeitsumwelt entstehen reichhaltigere und

komplexere Lernmöglichkeiten Lernmöglichkeiten als in der Schule. Das Lernen am Arbeitsplatz verbessert zudem den Übergang von der Ausbildung in den Arbeitsmarkt.

- Verbesserung des Arbeitsverhaltens (performance) der Belegschaft in einem Betrieb (Nijhof u. Nieuwenhuis 2008). Aktivitäten, die durch Training, Ausbildung und Entwicklung am Arbeitsplatz auf eine Erhöhung des Leistungsvermögens des einzelnen Arbeitnehmers und der Organisation als Ganzes gerichtet sind, sind Teil der sog. Human Resources Development (HRD).
- Lernen in einer Arbeitsumwelt als Innovation und als Möglichkeit zur persönlichen Entwicklung.

15.6 Arbeiten

Die Erwerbsarbeit bestimmt bei etwa 44 Millionen Deutschen einen Großteil des Lebens. Die Bedeutung der Arbeit für eine vollwertige Partizipation ist entsprechend groß. Arbeit ist jedoch auch eine mögliche Belastungsquelle, die man besser meidet, lässt einen abstumpfen, führt zur Verfremdung und kann krankmachen (Grint 1998, Kuiper 2003a, Schaufeli et al. 2003). Mit der zunehmenden Vergreisung und dem Mangel an Nachwuchs in der Bevölkerung wird das „Jeder muss arbeiten“ von vielen Menschen beständig im Mund geführt (Winsemius u. Houten 2010). Dies gilt auch für Menschen mit einer arbeitsrelevanten Beeinträchtigung, wenngleich dies eine besondere Herausforderung bedeuten kann.

Eine arbeitsrelevante Beeinträchtigung wird durch die Arbeit selbst oder durch andere Dinge verursacht und wirkt sich nachteilig auf die Funktionsausübung während der Arbeit aus (Borst-Eilers 1999). Nicht alle Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung haben auch eine arbeitsrelevante Beeinträchtigung. In den Niederlanden leiden über 30 % der Berufstätigen zwischen 16 und 65 Jahren unter einer (nach eigenen Angaben) chronischen Erkrankung (Detaille et al. 2010), doch wurden von dieser Gruppe im Jahr 2013 nur 14 % als eingeschränkt erwerbsfähig registriert. Sie hatten Schwierig-

keiten, eine Arbeit zu finden oder zu behalten (CBS 2015). Die Zahl der jungen Erwachsenen (15–25 Jahre) mit einer arbeitsrelevanten Beeinträchtigung wird auf 113.000 geschätzt, was dort 2008 einem Anteil von 5,7 % an der Gesamtzahl in dieser Gruppe entsprach (1.973.000; Bokdam et al. 2010).

Beim Übergang vom Wohlfahrtsstaat zur Partizipationsgesellschaft stehen zwei Entwicklungen im Fokus:

- Es sind Initiativen nötig, welche die Partizipation der Bürger stimulieren (soziale Aktivierung).
- Zugleich sollte jeder Bürger auf die eigene Verantwortung hingewiesen werden, einen seinen Möglichkeiten entsprechenden Beitrag für die Gemeinschaft zu leisten.

Im Partizipationsgesetz erklärt die Regierung, dass sie jedem Einzelnen eine Perspektive für eine vollwertige Bürgerschaft bieten möchte. Dabei geht man weitestgehend von der eigenen Kraft der Menschen aus und bietet dort Unterstützung an, wo es erforderlich ist. Einer Erwerbsarbeit nachzugehen, leistet einen Beitrag zur Partizipation an der (modernen) Welt (Gent et al. 2008). Das Bemühen um die Partizipation aller spiegelt sich im Bemühen um einen inklusiven Arbeitsmarkt wider, der genügend Platz für junge und ältere Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen bietet. Dieses Streben nach einem inklusiven Arbeitsmarkt bietet vielmehr Ansatzpunkte zur Entwicklung von Angeboten und Produkten für die ergotherapeutische Arbeit, als dies bisher der Fall ist (s. Kasten „Der Arbeitsmarkt“).

Der Arbeitsmarkt

Die Politik bemüht sich darum, Menschen mit großem Abstand zum Arbeitsmarkt, wieder eine Arbeit zu ermöglichen. Die Versäumnisse der vergangenen Dekade konnten ein gutes Stück weit nachgeholt werden, doch ist immer noch Potenzial für einen weiteren Rückgang vorhanden. Noch immer entstehen zahlreiche gesundheitliche Beschwerden bei der Arbeit und durch die Arbeit, wobei ein Großteil dieser Beschwerden vermeidbar wäre. Durch eine bessere Anwendung der bestehenden Gesetze böten sich Räume für eine weitere Absenkung. Die Arbeitspartizipation von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen hat sich nicht positiv entwickelt. Die Arbeitszeit, gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZA), ist rückläufig. Bei der Förderung der Arbeitspartizipation von kranken oder behinderten Arbeitnehmern ist es wichtig, die Beeinträchtigungen der Betroffenen zu erkennen und in einem kreativen und flexiblen Sinne bereit zu sein, nach einer Lösung für diese Menschen zu suchen.

Zu all diesen Punkten kann die Ergotherapie einen positiven Beitrag leisten. Ergotherapeuten sind Experten auf dem Gebiet des Betätigens und der Verhaltensänderung. Kombiniert man diese Expertise mit einem Verständnis für die Arbeitsprozesse und dem Angebot von Interventionen, kann sich daraus ein wichtiger Beitrag zur Arbeitspartizipation und zur Gesundheit zukünftiger Arbeitnehmer, (früherer) Arbeitnehmer und Selbstständiger ableiten lassen. Dazu werden von einem Ergotherapeuten die folgenden Dinge gefordert:

- Steigerung der Aufmerksamkeit, des Wissens und der Sachkenntnis hinsichtlich der Arbeitspartizipation und der arbeitsrelevanten Gesundheitsbeeinträchtigungen
- Steigerung der Aufmerksamkeit, des Wissens und der Sachkenntnis hinsichtlich der geltenden Rechtslage
- interprofessionelle Zusammenarbeit sowohl in Organisationen als auch mit anderen Experten für Arbeit und Gesundheit
- Entwicklung einer integrierten Versorgung bei Erhöhung der Arbeitspartizipation.

Die Interventionen richten sich auf:

- Arbeitszuführung
- bei der Arbeit bleiben
- wieder Arbeit aufnehmen (Kuiper et al. 2011).

15.6.1 Arbeitszuführung

Im Jahr 2014 gab es in den Niederlanden etwa 135.000 arbeitslose Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren. Das sind 15,9 % dieser berufstätigen Altersgruppe, doch sind lediglich 2,2 % von diesen als arbeitssuchend bei der Arbeitsmerversicherung UWV gemeldet. Für viele von ihnen ist es schwierig, eine feste Anstellung auf dem Arbeitsmarkt zu erreichen, wodurch ihre Perspektive für eine vollständige Partizipation gefährdet ist und es ein Risiko dafür gibt, langfristig im Abseits zu landen.

Die offiziellen Statistiken für die Niederlande im Jahre 2013 zeigten deutlich, dass die Arbeitslosigkeit unter der arbeitsfähigen Bevölkerung bei Migranten deutlich höher liegt, als bei Bevölkerungsteilen ohne Migrationshintergrund (14,5 % versus 6,7 %). Von den Erstgenannten sind 7,2 % bei der UWV als arbeitssuchend registriert im Vergleich zu 3,5 % der Niederländer ohne Migrationshintergrund (NJI 2014).

Zur vulnerablen Jugend rechnen wir Jugendliche und junge Erwachsenen bis 27 Jahre, die Schwierigkeiten haben, einen Schulabschluss zu schaffen und einen großen Abstand zum ersten Arbeitsmarkt haben, sodass sie dort auch nur selten eine dauerhafte Anstellung finden. Dadurch werden sie angesichts der komplexen Anforderungen durch die heutige Gesellschaft zu einer vulnerablen Gruppe. Im Allgemeinen handelt es sich um zumeist überforderte Jugendliche, die in ihrer Persönlichkeit, mit ihrem Körper und/oder in verschiedenen Lebensbereichen Misserfolge oder Beeinträchtigungen erfahren.

Auf der individuellen Ebene hat natürlich jeder Jugendliche seine eigenen Chancen und Betätigungsfragen. Auch auf der Organisationsebene gibt es große Unterschiede, sowohl im Hinblick auf die Region als auch auf die Organisation. Eine Arbeitsgemeinschaft hat mit anderen Fragen zu kämpfen als die Kommune, der UWV oder der Schulvorstand einer Schule für Praxisunterricht. Auf der Populationsebene werden verschiedene Gruppen von Jugendlichen mit spezifischen Anforderungen unterschieden.

Jugendliche ohne Schulabschluss von Sonderschulen, Praxisunterricht oder MBO1-Schulen

Man denke hier etwa an Jugendliche mit visuellen Schwierigkeiten, Kommunikationsstörungen (z. B. Hör- oder Sprachentwicklungsstörung, Störungen aus dem autistischen Formenkreis), Jugendliche von einer Schule für körperbehinderte Kinder oder Jugendliche mit ernsthaften Verhaltensauffälligkeiten und/oder eventuell einem IQ unter 85. Im Vorfeld der Umsetzung des Partizipationsgesetzes und des Gesetzes über angemessene Bildung hat das OCW (niederländisches Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur) im Jahr 2010 eine Sondierungsstudie zur Anwendung von „Lernen im Betrieb“ für diese Schüler in Auftrag gegeben. Dieses Experiment, genannt Boris-Projekt, wurde von 2010–2012 mit 400 Schülern in 15 VSO-Schulen (voortgezet speciaal onderwijs, Sonderschule für körperlich oder geistig behinderte Kinder zwischen 13 und 19 Jahren) durchgeführt und war ein großer Erfolg.

Das Boris-Projekt

Das Boris-Projekt („Boris verschafft dir einen Job“) begleitet Schüler an Schulen für Praxisunterricht und Sekundarstufenunterricht an einer Förderschule auf dem Weg zu einem Arbeitsplatz. Die wichtigsten Ziele dabei sind:

- ein effizienter und effektiver Weg von der schulischen Ausbildung in den Arbeitsmarkt
- mehr ökonomisch selbstständige Jugendliche, weniger Finanzhilfen
- zusätzliche Möglichkeiten für Betriebe, um Jugendliche anzuwerben
- optimaler Einsatz der Infrastruktur von MBO und VO auf dem Weg von der Qualifizierung zum Arbeitsplatz
- bessere Positionierung der VSO-Schüler in der Gesellschaft.

Schulverweigerer und Schulabbrecher

Leider ist das Phänomen der Schulverweigerer gut bekannt. Es handelt sich dabei um schulpflichtige Kinder und Jugendliche, die in einer Schule oder Ausbildungsstätte eingeschrieben sind und ohne gültige Entschuldigung oder Freistellung von der Anwesenheitspflicht länger als 4 Wochen hintereinander dem Unterricht fernbleiben.

Diese Verweigerer stehen im Fokus von Lehrern, Schulbehörden und dem Ministerium für Arbeit und Soziales. Daneben gibt es noch eine Gruppe von Schulverweigerern, die in keiner Schule oder Ausbildungsstätte eingeschrieben sind, aber auch keine gültige Befreiung von der Unterrichtspflicht vorlegen können. In diese Gruppe fallen auch die Kinder von Flüchtlingen. In den Niederlanden haben Kinder nach 72 Stunden auf niederländischem Boden das Anrecht auf eine Unterrichtsteilnahme. Auch die Zahl der Schüler, die „aus körperlichen oder psychischen Gründen nicht an einer Schule zugelassen (Freistellung 5a in den Niederlanden) und vom Unterricht freigestellt sind“, ist in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Praktisch alle Kommunen kennen Fälle von Schulverweigerung. Absolute Verweigerer werden längst nicht alle erfasst, und für einen Teil der Kinder mit Freistellungen existieren oftmals keine geeigneten Angebote oder es gibt keinen geeigneten Unterrichtsort.

Ausbildung erhöht die Chance auf die Arbeitspartizipation. Aber es gibt auch andere Möglichkeiten. In vielen Gemeinden der Niederlande existieren niederschwellige Anlaufstellen, bei denen sich Jugendliche auf der Suche nach einer geeigneten Folgeausbildung melden können. Dort werden ganz verschiedene Dienstleistungen von unterschiedlichem Umfang angeboten.

In den Anlaufstellen für Jugendliche arbeiten gewöhnlich mehrere Parteien zusammen, die gemeinsam das Ziel verfolgen, den gefährdeten Jugendlichen der eigenen Gemeinde eine geeignete Arbeit zu beschaffen oder beim Erreichen eines Schulabschlusses behilflich zu sein. Ergotherapeuten können hier als Jobcoach gute Dienste leisten.

Erwerbsunfähigkeitsunterstützung für junge Menschen mit Behinderung

Traject

Traject richtet sich an Jugendliche zwischen 16 und 25 Jahren mit körperlichen Beeinträchtigungen in einem Reha-Setting. Das Projekt kümmert sich um Jugendliche, die nicht mehr in die Kinderrehabilitation passen, aber auch noch nicht so weit sind, an der Erwachsenen-Reha teilzuhaben. Das Ziel ist die Hinführung an einen Arbeitsplatz. Die Jugendlichen können aus verschiedenen Modulen wählen: bei der Arbeit, aktiver Lebensstil und Sport, Haushaltsführung und Wohnen, Selbstbestimmung im Leben, Freundschaft, Beziehung und Zärtlichkeit. Jugendliche, die sich für das Modul „bei der Arbeit“ entscheiden, werden bei der Suche nach einem Arbeitsplatz von einem Ergotherapeuten und einem Jobcoach unterstützt. In 6–8 Treffen über jeweils 2 Stunden lernt der Jugendliche seine eigenen Kapazitäten und Wünsche kennen, bekommt einen besseren Einblick darin, inwieweit seine Behinderung eine Arbeit beeinflusst und wie er damit am besten umgehen kann. Die Jugendlichen lernen, sich selbst zu präsentieren und ein Bewerbungsschreiben zu verfassen. Das Training bereitet sie auf die mit dem Erreichen eines Arbeitsplatzes verbundenen Veränderungen vor. Nach Abschluss des Programms verfügt jeder Jugendliche über einen Plan mit erreichbaren Zielsetzungen zum Thema Arbeit und Fertigkeiten. Das Lernen im Arbeitskontext gehört ebenfalls zu den möglichen Zielen (Verhoef et al. 2013).

Spezifische Gruppen

Schließlich gibt es auch Jugendliche, die aus einer Haft entlassen wurden, die aus der Straßenszene, aus Migrantengruppen oder aus großstädtischen Milieus stammen sowie Jugendliche, bei denen bisher Interventionen bzw. Jugendfürsorge im Vordergrund standen und die aufgrund dessen nur wenig Ausbildung erhalten haben.

Work-Wise

Die Zielgruppe dieses Programms sind Jugendliche zwischen 12 und 23 Jahren, die mindestens 3 Wochen in einer Jugendstrafanstalt untergebracht waren und in die Gemeinschaft zurückkehren. Das Ziel von „Work-Wise“ besteht darin, Jugendliche so zu coachen, dass sie den Sprung zum selbstständig funktionierenden Schüler, Lehrling oder Arbeitnehmer schaffen, die nicht wieder rückfällig und kriminell aktiv werden. Das Programm dauert 12–15 Monate und besteht aus einer maßgeschneiderten Kombination von intensivem persönlichem Coaching, ergänzt durch gezielte Interventionen

zur Kompetenzerweiterung im schulischen und beruflichen Bereich. Das Programm wird in den Niederlanden von allen Jugendvollzugseinrichtungen und manchen Jugendfürsorgestellen angeboten. Auch außerhalb solcher Stellen trifft man immer häufiger auf Work-Wise, wie z. B. im Rahmen eines Aktionsplanes gegen Jugendarbeitslosigkeit. Die individuelle Begleitung ist dabei der Schlüssel zum Erfolg des Programms.

15.6.2 Arbeitsplatz behalten oder die Arbeit wieder aufnehmen

Die Ergotherapie setzt das Betätigen als Mittel zur positiven Beeinflussung der Gesundheit ein. So sind – wenig überraschend – gesundheitliche Faktoren auch die wichtigsten Gründe für längere Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Neben der direkten gesundheitlichen Wirkung (man denke etwa an die höhere physische oder psychische Belastbarkeit) können Ergotherapeuten auch die Beeinflussung der externen Faktoren anstreben (die physische oder psychische Belastbarkeit bei der Arbeit oder zu Hause). Mitunter konzentrieren sich Ergotherapeuten auf die Beeinflussung persönlicher Faktoren. Diese stehen mit den Lebensverhältnissen des Individuums in Zusammenhang und bestehen aus individuellen Merkmalen, die nicht Teil des allgemeinen Gesundheitszustandes sind (RIVM 2002). In den letzten Jahren erfahren positive Aspekte wie Lebensstil, Vitalität, Arbeitsmotivation, Arbeitsstil (Kuiper u. Roelofs 2008), Flow, Teilhabe und dauerhafte Einsetzbarkeit (Kuiper et al. 2011) zunehmend Beachtung.

Organisationen und individuelle Klienten können Ergotherapeuten hinzuziehen, um dafür zu sorgen, dass Arbeitnehmer weiter arbeiten können. Die Interventionen sollen dabei stets kontextorientiert, betätigungsorientiert und vorzugsweise auch evidenzbasiert sein. Die Ausrichtung des Ergotherapeuten kann jedoch abweichen und sich mehr auf die Gesundheit, die Fehlzeiten, die Arbeitsleistung, das Gleichgewicht zwischen Belastung und Belastbarkeit, die Arbeitssicherheit oder auch die Qualität der Arbeit konzentrieren.

Häufige Fehlzeiten

Häufige Fehlzeiten sind oftmals ein Vorbote lang andauernder Fehlzeiten. Die Hälfte der Arbeitnehmer mit regelmäßigen Fehlzeiten hat im Anschluss ein Jahr mit anhaltenden Fehlzeiten. Überdies weisen Arbeitnehmer mit häufigen Fehlzeiten ein erhöhtes Risiko dafür auf, in den folgenden 4 Jahren über 1 Jahr lang arbeitslos zu sein (11 % gegenüber 4 % in der Kontrollgruppe). Eine leichte Mehrheit der langwierig erkrankten Arbeitnehmer (54 %) erklärt, dass ihre Krankmeldungen (teilweise) mit ihrer Arbeit in Zusammenhang steht (Jehoel-Gijsbers 2010).

„Arbeitgeber interessieren sich nicht nur für langfristige Arbeitsausfälle, sondern auch für kurze und häufige Fehlzeiten“ (Koopmans 2009).

Das Betätigten wird auch eingesetzt, um die Arbeitsfähigkeit und die Produktivität zu steigern. Die Arbeitsfähigkeit ist definiert als: „... das Maß, mit dem ein Arbeitnehmer sowohl körperlich als auch psychisch in der Lage ist, seine aktuelle Arbeit zu verrichten“ (NEN 2010).

Die Produktivität hängt mit der erfahrenen Schulausbildung, der Arbeitsverteilung und Spezialisierung, aber auch mit der Motivation und der Gesundheit zusammen. In diesem Fall geht es also darum, inwieweit jemand aufgrund seiner Möglichkeiten und Beeinträchtigungen dazu befähigt ist, optimal zu funktionieren.

Im Rahmen des PEO-Modells liegt der Fokus auf dem Zusammenspiel zwischen der Person, der Arbeitsanforderung und der Umwelt. In der Domäne Arbeit und Gesundheit wird dies als das Gleichgewicht zwischen Belastung und Belastbarkeit bezeichnet. Diese Ausrichtung wird mit dem Modell von Dijk et al. (1990) begründet, das von einem erwünschten Gleichgewicht zwischen der Arbeitsbelastung (sowohl physisch als auch psychisch) und der Belastbarkeit des Arbeitnehmers ausgeht. Wenn es kein solches Gleichgewicht gibt, entstehen gesundheitliche Fragen oder die Ausübung von Arbeitsaktivitäten ist bedroht oder beeinträchtigt. Der Zusammenhang zwischen Funktionsfähigkeit, personbezogenen und Umweltfaktoren im Hinblick auf Arbeit und Betätigung wird auch in der ICF aufgegriffen (Heerkens et al. 2004).

Ein anderer Ansatzpunkt zielt auf die Sicherheit der Arbeit ab und ist direkt mit dem Begriff des Risikos verbunden. Der ergotherapeutische Fokus liegt dabei auf der Arbeitsanforderung und dem Kontext. Ergotherapeuten verfolgen beim Thema des Gesundheits- und Sicherheitsrisikos die arbeitshygienische Strategie, die im Artikel 3 des niederländischen Gesetzes Arbowet aufgenommen wurde und die Reihenfolge der Maßnahmen festlegt:

1. Identifizierung der Ursache, um Schwierigkeiten gar nicht erst aufkommen zu lassen
2. kollektive technische Maßnahmen zur Verringerung der Schwierigkeiten

3. organisatorische Maßnahmen, die dafür sorgen, dass die Mitarbeiter weniger lang dem Risiko ausgesetzt sind
4. persönliche Schutzmaßnahmen, um zu verhindern, dass Mitarbeiter Schaden nehmen.

Bei einer Ausrichtung auf die Arbeitsqualität (wie bei einer Arbeitsplatzanalyse und einer Risiko-Inventarisierung und -Evaluierung, RI&E) stehen die Aktivitäten und der Kontext des PEO-Modells im Mittelpunkt („4 mal A“):

1. Arbeitsinhalt, z. B. Mangel an Abwechslung, Selbstständigkeit, Verantwortung
2. Arbeitsbedingungen, z. B. schmutzige, gefährliche oder lärmende Arbeit
3. Arbeitsverhältnisse, z. B. Verhältnis zu Vorgesetzten und Kollegen
4. Arbeitsvoraussetzungen, z. B. flexible Arbeitszeiten, Gehalt, Promotionsmöglichkeiten usw.

Oftmals bewerten Organisationen Fehlzeiten als Ergebnis oder Indikator ihrer Führung. Aus betrieblichen Gesundheitsprüfungen geht ja scheinbar hervor, dass 70 % der Fehlzeiten mit dem Verhalten in Verbindung stehen und 30 % eine medizinische Ursache haben (SZW 2004). Häufig geht es bei Arbeitsausfällen um beides und die Interaktionen zwischen diesen Aspekten. Ein konkreter Arbeitsausfall hat sowohl medizinische als auch verhaltensmäßige Seiten. Die Effektivität einer ergotherapeutischen Intervention wird oft auf der Grundlage von Ausfallzeiten, gemessen in Häufigkeit und Gesamtdauer, bestimmt.

Überblick über die Messinstrumente

Zur Erfassung von Beschwerden und der Arbeitsfähigkeit stehen zahlreiche Instrumente zur Verfügung.

- Die Symptom-Checklist-90 (SCL-90) ist eine Selbstbeurteilungsskala, die körperliche und psychische Beschwerden als psychopathologisches Screening misst (Arrindell et al. 2003).
- Ein verbreitetes Instrument zur Bestimmung der Belastbarkeit der Arbeitnehmer ist die Functional Capacity Evaluation (FCE), bei dem es sich um ein Instrument zur objektiven Erfassung der individuellen arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit in einer standardisierten Umwelt handelt (Kuijer 2006, Wind 2007, Soer 2009, Bieleman 2010).
- Der aus den Niederlanden stammende Four-Dimensional-Symptom-Questionnaire (4DSQ) stellt einen Fragebogen zur Bestimmung von Stress, Depression, Angst und Somatisierungen dar (Terluin et al. 2006).
- Ebenfalls in den Niederlanden wurde die Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) entwickelt, mit deren Hilfe verschiedene Bereiche der Funktionsfähigkeit über einen normal langen Arbeitstag (mindestens 8 Stunden) standardisiert beurteilt werden (LISV 2002).

- Der Work Limitations Questionnaire (WLQ) kam 2001 in den USA heraus (Lerner et al. 2001). Er dient der Bestimmung der Auswirkungen einer chronischen Erkrankung auf die Produktivität.
- Der Work Ability Index (WAI), im Deutschen auch Arbeitsbewältigungsindex (ABI) ist ein verbreitetes Messinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen (Tuomi et al. 1998).
- Im Occupational Performance History Interview (OPHI-II, Interview zur Betätigungsvorgeschichte Version 2) geht es um die Erfassung und Auswertung der Betätigungsanamnese eines Klienten mithilfe eines halbstrukturierten Interviews. Das Ziel ist die Informationsgewinnung über betätigungsorientierte Aktivitäten des Klienten. Das Instrument bestimmt das Funktionieren des Klienten über einen bestimmten Zeitraum (Kielhofner et al. 2001).
- Das Worker Role Interview (WRI) ist ein offenes Interview, in dem es um Fragen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und die damit verbundenen Erwartungen geht (Thomas et al. 1998). Es ermöglicht einen Einblick in psychosoziale und Umweltfaktoren, die das Betätigen des Klienten beeinflussen können (Bravemann 2005).
- Die Work Environment Impact Scale (WEIS) ist ein Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumwelt auf den Stelleninhaber und dient der Vergrößerung einer erfolgreichen Partizipation. Dabei werden auch leistungshemmende Faktoren und die Zufriedenheit betrachtet, um einen möglichst optimalen Fit zwischen dem Arbeitnehmer, seinen Möglichkeiten und der Arbeitsumwelt zu erreichen (Moore-Corner et al. 1998).

Natürlich gibt es noch viele weitere geeignete Instrumente für verschiedene Gebiete wie etwa zur Wahrnehmung der Arbeitspartizipation (Vaarhorst u. Kuijer-Siebelink 2010), zur Arbeitsumwelt, zur sozialen Unterstützung, zum Betätigungsgleichgewicht (occupational balance; Law et al. 2005), zur Interferenz Arbeit-Zuhause (Donders et al. 2003) und zur Arbeitssucht (Schaufeli et al. 2011; www.meetinstrumentenzorg.nl).

Auch in den Leitlinien, die speziell für Fachleute im Bereich Arbeitsschutz entwickelt wurden, sowie in den Leitlinien für den Betriebsarzt finden sich relevante Quellen zu Messinstrumenten im Arbeitsprozess.

Leitlinien

- In den ergotherapeutischen Leitlinien ist die Arbeit ein großes Thema, das auch in immer mehr (multidisziplinären) Leitlinien Einzug findet, wie etwa in den psychiatrischen und arbeitsbezogenen Leitlinien zur kardiologischen Rehabilitation (PAAHR) des niederländischen Kardiologenverbandes oder in den Leitlinien „HIV und Arbeit“ oder „Rheumatoide Arthritis und Arbeitspartizipation“.
- Die meisten Richtlinien für Fachleute im Bereich Arbeitsschutz können direkt von der DVE-Website heruntergeladen werden. Es wird auch auf viele andere Leitlinien verwiesen, in denen der Arbeitswelt besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.
- STECR (früher eine Plattform für Reintegration, heute ein Kompetenzzentrum) hat eine Reihe von Richtlinien für Fachleute im Bereich Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz entwickelt. Diese beschreiben, welche Schritte am besten durchgeführt werden können, wobei sie nicht evidenzbasiert, sondern rein praktisch ausgerichtet sind.
- Die Dokumentationen der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (<https://osha.europa.eu/de>) enthalten spezifische Schwerpunkte zu den Gebieten Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz oder behandeln spezielle Bereiche oder Arbeitnehmergruppen. Kurz und knapp und verständlich werden darin auf einer Seite die vorrangigen Gesundheits- und Sicherheitsrisiken beleuchtet und beschrieben, was dagegen getan werden kann und wer dafür verantwortlich ist.

Interventionen

Dabei geht es um die Festlegung der Ziele und Prioritäten in Absprache mit dem Klienten und seinem System hinsichtlich der Arbeitspartizipation. Die allgemeinen Zielsetzungen befinden sich auf der Ebene des Selbstmanagements (Kuiper et al. 2016):

- Unterstützung des Klienten bei bewussten Entscheidungen hinsichtlich der belastenden Faktoren am Arbeitsplatz (oder in anderen relevanten Kontexten), die auf die Entstehung oder die Unterhaltung von Beschwerden und/oder die Arbeitsplatzpartizipation einen Einfluss haben
- die Belastbarkeit des Klienten stärken, indem die Entscheidungen seinen eigenen Einsichten in die Entstehung oder Unterhaltung von Beschwerden und/oder die Arbeitsplatzpartizipation entspringen
- Unterstützung des Klienten bei der Realisierung von Anpassungen des Arbeitsplatzes oder der Aufgaben, die zur Erlangung, zum Erhalt oder zur Wiederaufnahme des Arbeitsplatzes nötig sind.

Konkrete Beschreibungen von Interventionen finden sich in den Leitlinien, die krankheitsorientiert, berufsorientiert oder fragenorientiert sind.

Onlineunterstützung des Selbstmanagements

Aus der wissenschaftlichen Literatur geht hervor, dass Personen mit einer chronischen Erkrankung über ein Online-Programm zum Selbstmanagement einen besseren Umgang mit dieser Erkrankung erlernen können. Mögliche Schwierigkeiten bei der Arbeit können dadurch verringert oder beseitigt werden oder sie entstehen gar nicht erst. So können Arbeitnehmer mit einer chronischen Erkrankung länger in Arbeit gehalten werden. Arbeitnehmer und Arbeitgeber verfügen bislang noch über wenige Erfahrungen mit solchen Online-Programmen, doch erkennen beide Seiten ihren möglichen Nutzen. Es gibt ein hypothetisches Best-practice-Vorgehen, bei dem praktische und theoretische Rahmenbedingungen formuliert sind, die bei einer Online-Selbstmanagementintervention für Arbeitnehmer mit chronischen Erkrankungen erfüllt sein sollten. Das Ziel der Intervention ist Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes. Ein solches Programm ist im Idealfall anwenderfreundlich, reizvoll und flexibel im Gebrauch. Arbeitnehmer können diejenigen Teile des Programms durchlaufen, die auf ihre persönlichen Bedürfnisse und die jeweilige Erkrankungsphase abgestimmt sind. Das Programm enthält immer auch Informationen über das Arbeiten mit chronischen Erkrankungen, zur Kommunikation zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber, über Lebensstil und Copingstrategien sowie über den Umgang mit Schwierigkeiten.

Immer mehr Ergotherapeuten sind zudem auch Reintegrationsspezialisten. Aus ihrer Praxis heraus betreuen sie Klienten am Arbeitsplatz oder bei der Rückkehr dahin. Tagtäglich erleben sie die Bedeutung ihrer ergotherapeutischen Expertise für die Reintegration, das Jobcoaching und andere Fragen rund um das Thema Arbeit. Klienten mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit, kranke Arbeitnehmer, Arbeitsuchende und Arbeitgeber profitieren von den speziellen Blickwinkeln in der Ergotherapie, die auf die Erzeugung von Möglichkeiten unter erschwerten Bedingungen ausgerichtet sind.

Zum Erhalt eines Arbeitsplatzes können Ergotherapeuten auf verschiedene Weisen beitragen:

- begleitete Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz oder auf eine andere Stelle im gleichen Betrieb (erste Wahl)
- Analyse und Anpassung des Arbeitsplatzes
- externe Reintegration, begleitete Rückkehr an einen Arbeitsplatz in einem anderen Betrieb (zweite Wahl)
- Außenvermittlung (eine von Unternehmen finanzierte Dienstleistung für ausscheidende Mitarbeiter, die als professionelle Hilfe zur beruflichen Neuorientierung angeboten wird)
- Laufbahncoaching.

Die Beratung und Begleitung älterer Arbeitnehmer stellt ein wichtiges neues Betätigungsfeld für Ergotherapeuten dar. Evans et al. (2008) fordern Ergotherapeuten dazu auf, ihre Angebote anzupassen, sich um Finanzierungen zu bemühen und an Schulungen teilzunehmen, damit sie besser vorbereitet sind, um älteren Menschen effektive Programme anbieten zu können. Sie stellten sich die folgenden Fragen: Warum arbeiten Menschen nach dem Erreichen ihres Pensionsalters noch weiter? Wie gut kennen sich Ergotherapeuten mit den Bedürfnissen der stetig wachsenden Gruppe älterer Arbeitnehmer aus? Und welche Ergotherapieinterventionen können für diese Gruppe von Nutzen sein. Aus Interviews geht hervor, dass gesundheitsförderliche Gewohnheiten und familiäre Unterstützung wichtig sind, um auch nach dem 55. Lebensjahr noch Arbeitsmöglichkeiten zu erhalten. Die finanzielle Sicherheit erwies sich bei den Befragten als wichtiger Motivator für eine Fortsetzung der Erwerbstätigkeit.

15.6.3 Ehrenamt

In der heutigen Partizipationsgesellschaft legt man großen Wert auf die Übernahme von Verantwortung und die Beteiligung der Bürger. Die freiwillige, unvergoltene und unorganisierte Hilfeleistung von Mitbürgern ist wesentlicher Ausdruck einer solchen Beteiligung. Die meiste ehrenamtliche Arbeit wird von Menschen zwischen 35 und 45 Jahren in Schulen, Sportvereinen und in der Nachbarschaft geleistet. In den Städten wird weniger Freiwilligenarbeit geleistet als in ländlichen Regionen. Genaue Angaben über die Zahl der ehrenamtlich tätigen Menschen sind schwer zu erhalten, da die erhaltenen Zahlen stark von der Fragestellung und dem Zeitpunkt der Untersuchung abhängen. In den Niederlanden gaben 2014 37% der Bevölkerung an, mindestens einmal im Jahr ehrenamtliche Arbeiten für eine gesellschaftliche Einrichtung geleistet zu haben (Bekkers 2015). Der Rückgang bei der Zahl der Ehrenamtler und der von diesen geleisteten Arbeitsstunden geht nach Bekkers zum Großteil auf den lauter werdenden Ruf des Staates an die Bürger zur informellen Hilfe und Versorgung von Angehörigen, Freunden und Nachbarn zurück. In den offiziellen Statistiken ist dies nicht ohne Weiteres ersichtlich, doch zeigen sie, dass Männer weniger ehrenamtliche Arbeit im Sport-/Hobbyverein, bei kulturellen Gruppen und Versorgungsaufgaben übernehmen (Arends et al. 2015). Die Zahl der Frauen, die solche Arbeiten leisten, ist konstant geblieben. Schaut man sich die Zahlen zur informellen Hilfeleistung an, erkennt man sowohl für Frauen als auch für Männer einen leichten Anstieg.

15.6.4 Pensionierung

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts betrachtet man die Pensionierung, d. h. den Abschied von der Lebensphase der Vollzeitbeschäftigung, als wichtige Übergangszeit (Thane 2000). Aber das vorhersehbare Muster des Alterns und der Pensionierung hat sich gewandelt (Biggs 2005). Jonsen et al. (2001) schildern, dass dieser Prozess häufig voller Überraschungen steckt und von Turbulenzen gekennzeichnet ist. Der Übergang um das 65. Lebensjahr herum wird immer komplexer. Viele ältere Arbeitnehmer entscheiden sich für einen flexiblen Ausstieg aus dem Berufsleben durch zeitlich begrenzte Teilzeitbeschäftigung, die Annahme anderer Erwerbstätigkeiten (z.B. beratende Tätigkeiten) oder Freiwilligenarbeit (Quinn u. Kozy 1996). Nach einer Pensionierung können Menschen ihre sozialen Rollen teilweise und damit auch die diesen zugemessene Bedeutung sowie die sozialen Kontakte verlieren. Ergotherapeuten kennen sich mit der Wichtigkeit bedeutungsvoller Aktivitäten für Gesundheit und Wohlbefinden aus. Nach Hewitt et al. (2010) sind Ergotherapeuten bestens dafür geeignet und auch in der Position, diesen Menschen in der Zeit des Übergangs zur Seite zu stehen und weiterhin bedeutungsvolle Aktivitäten zu identifizieren, zu planen und auszuführen.

Heaven et al. (2013) haben ein Review zur Effektivität von Interventionen durchgeführt, die auf die Förderung und den Erhalt sozialer Rollen nach dem Eintritt in das Rentenalter gerichtet waren. Dazu stellten sie die folgenden Fragen: 1. Welche Formen der Intervention zur Förderung der sozialen Rollen nach der Pensionierung gibt es? 2. Haben diese Interventionen zu einer Zunahme der erfahrenen Rollen geführt? 3. Führt diese Rollen zu einer Steigerung der Gesundheit und des Wohlbefindens? Die Untersucher fanden nur einige Interventionen, die zudem sehr unterschiedlich waren. Die meisten stammten aus den USA. Die Studie kam zu dem Schluss, dass gerichtete Interventionen für Menschen im Rentenalter, die den Erhalt oder die Ausweitung der sozialen Rollen mit Gruppenunterstützung im Blick haben, die Gesundheit und das Wohlbefinden steigern können. Die Qualität der Untersuchung war jedoch nicht hoch und der Bias erwies sich als recht groß. Die Untersucher sind also recht zurückhaltend damit zu behaupten, dass die Interventionen effektiv sind. Sie sprechen eher von mangelnder Aussagekraft und dass Interventionen, die auf den Erhalt sozialer Rollen gerichtet sind, möglicherweise die Gesundheit und das Wohlbefinden von pensionierten Menschen verbessern könnten. Diese Ergebnisse können jedoch zukünftigen Untersuchungen als Grundlage dienen.

15.7 Diskussion

Eine angemessene (inklusive) Ausbildung richtet sich besonders auf die Zusammenarbeit, auf die Perspektive des Klienten und seines Systems und bietet dem Ergotherapeuten wichtige Chancen und Möglichkeiten im Hinblick auf das Ausbildungssetting. Die Arbeit an und mit einer Schule erfordert ein breites Spektrum ergotherapeutischer Kompetenzen und Fertigkeiten. Der Ergotherapeut kann bei der Aufstellung eines Förderplans durch die Schulen einen wertvollen Beitrag leisten. Wenn Schüler zeitweilig andere Maßnahmen benötigen, als im regulären Unterricht an einer Regelschule angeboten werden, können schulübergreifende Programme eine Lösung bieten, wie z.B. kleine Klassen/Gruppen mit viel individueller Förderung und Begleitung. Die Zusammenarbeit erfordert es, sich in die Rolle des anderen einzudenken und strategisches Handeln zu entwickeln. Für Eltern und Lehrkräfte ist die zielorientierte Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten nicht selbstverständlich. Gefordert ist hier eine eindeutige Positionierung und klare Kommunikation sowie der Einsatz von Enablement Skills: anpassen, fürsprechen, coachen, zusammenarbeiten, beraten, koordinieren, entwerfen/konstruieren, informieren, beteiligen und spezialisieren (Townsend et al. 2013). Die oben beschriebenen nationalen und regionalen Übergangsprozesse erfordern explizit eine Erweiterung der Arbeitskontexte für und durch Ergotherapeuten. So wird der Einsatz der ergotherapeutischen Expertise in der Jugendfürsorge noch zu wenig aufgegriffen. Auch auf dem Gebiet der Arbeit ist es aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen zu starken Verschiebungen gekommen, und zwar nicht nur wegen der veränderten Gesetzeslage, sondern auch aufgrund der neu aufgeworfenen Fragen zur Arbeitspartizipation von Flüchtlingen und Migranten und der klaren Aufforderung zu ehrenamtlichen Tätigkeiten (die mitunter schon verpflichtenden Charakter hat). Zudem wurde das Renteneintrittsalter deutlich erhöht.

15.8 Zusammenfassung

Das Kapitel umreißt zu Beginn die tief greifenden Veränderungen, zu denen es in den vergangenen Jahren in den Niederlanden auf den Gebieten der Versorgung und Ausbildung Jugendlicher und der sozialen Sicherheit gekommen ist. Diese (kontextuellen) Veränderungen haben auch für die Ergotherapie Folgen: neue Kooperationspartner, neue Arbeitsbereiche und neue Interventionen. Lernen und Arbeiten werden als Resultate der dynamischen Interaktionen zwischen der Person, den Lern- und Arbeitsaktivitäten und dem Kontext, in dem das Lernen/Arbeiten stattfindet, wahrgenommen. Der Ausgangspunkt dabei ist, dass das Betätigen – und hier das Lernen/Arbeiten – die Gesundheit aufgrund der Anforderungen, der Struktur, des Dazugehörens und des Mithaltens sowie der finanziellen und bedeutsamen Erträge eine positive ge-

sundheitliche Wirkung entfaltet. Doch die schul-/arbeitsbedingten gesundheitlichen Beschwerden können als Kehrseite der Medaille eine ergotherapeutische Unterstützung erforderlich machen. Der Übergang von einer Lebensphase in die nächste, von der Grund- in die weiterführende Schule, von der Ausbildungsphase in die Arbeitsphase und von der Arbeitsphase in die Pensionierung, erfordert eine Anpassung an die neuen Rollen, Routinen und Strukturen, was zum Auslöser von Betätigungsfragen werden kann.

In diesem Kapitel erfolgte die Betrachtung von Gesundheitsbeschwerden und Betätigungsfragen auf der individuellen, der Gruppen- und der Organisationsebene aus einer betätigungsorientierten, evidenz- und technologiebasierten Perspektive. Die ergotherapeutische Arbeit im Kontext von Schule oder Arbeitsplatz erfordert ein Cross-over. Unternehmerisches Denken, die Vertiefung ergotherapeutischen Wissens in der Sprache, den Wissensdomänen, der Gesetzgebung und der Arbeitskultur anderer Berufsgruppen, basierend auf einer starken sozialen und klientenzentrierten Ausrichtung, scheint notwendig zu sein. Doch dann hat die Ergotherapie auch vieles zu bieten.

15.9 Literatuur

- Arends J, Flöthe L. Wie doet vrijwilligerswerk. Den Haag: CBS; 2015.
- Arrindell WA, Ettema JH. SCL-90 Symptom checklist: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets Test Publishers; 2003.
- Bazyk & Cahill, Ch. School-based occupational therapy. In: Case-Smith J, O'Brien MC (Hrsg.). Occupational therapy for children. 7. Aufl. St. Louis (MO): Mosby; 2015:664–703.
- Bekkers R. Hoofdstuk 6 Geven van tijd: vrijwilligerswerk. In: Schuyt T, Gouwenberg B, Bekkers T. (Hrsg.). Geven in Nederland 2015. Giften, Nalaten-schappen, Sponsoring en Vrijwilligerswerk. Amsterdam: Reed Business Education; 2015.
- Beld MHM, Voort D van der, Kuiper CHZ, Helm GHP van der, Swart JJW de, Stams GJJM. Back to school, assessing classroom climate in special education: A validation study of the Special Education Classroom Climate Inventory (SECCI). [ingereicht]
- Bieleman A. Work participation and word capacity in early osteoarthritis of the hip and the knee. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2010.
- Biesta GJJ. Goed onderwijs en de cultuur van het meten. Den Haag: Boom/Lemma; 2012.
- Biesta GJJ. The beautiful risk of education. Boulder Co: Paradigm Publishers; 2014.
- Biggs S. Beyond Appearances: Perspectives on Identity in Later Life and Some Implications for Method. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 2005;60(3):118–28.
- Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
- Bokdam J, Visser S de, Engelen M. Probleemanalyse niet-participatie jongeren. Den Haag; 2010.
- Borst-Eilers E. Beleidsvisie inzake kenniscentra voor arbeidsrelevante aandeningen; 1999;48:19.
- Bravemann BA. User's guide to worker role interview: WRI: (version 10.0) University of Illinois, model of human occupation clearinghouse. University of Illinois: Department of occupational therapy; 2005.
- Bröcher J. Schoolwide Positive Behavior Support (PBIS) in German Schools: Kooperatives Forschungsprojekt von Münchner Schulstiftung Ernst v. Borries und EuropaUniversität Flensburg; 2014. Trainingsposter No. 1–9. Zum Download: <http://www.foerdermagazin.de/foms201601>
- Case-Smith J, Rogers J. School-based occupational therapy. In: Case-Smith J. Occupational therapy for children. 5. Aufl. Missouri: Elsevier Mosby; 2005:795–824.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Eén op de drie arbeidsgehandicapten heeft betaald werk. Den Haag: CBS; 2015. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2015/een-op-de-drie-arbeidsgehandicapten-heeft-betaald-werk.htm>
- Chapparo C, Lowe S. School: Participating in more than just the classroom. Kids can be kids: A Childhood Occupations Approach; 2012:83–101.
- Coleman JS. Equality of educational opportunity. Washington, DC: U.S. Office of Education. Consortium for longitudinal studies; 1966.
- Detaile SI, Gulden JWJ van der, Engels J, Heerkens YF, Dijk FJH van. Using intervention mapping (IM) to develop a self-management programme for employees with a chronic disease in the Netherlands. Biomedical Chromatography Public Health 2010;10:353.
- Dijk FJH van, Dormolen M van, Kompier MAJ, Meijman TF. Herwaardering model belasting-belastbaarheid. Transportation Security Operations Center Gezondheidsz 1990;68(1):3–10.
- Donders NCGM, Gulden JWJ van der, Furer JW, Tax B, Roscam Abbing EW. Werk-thuis interferentie. Een literatuuronderzoek naar meetinstrumenten en onderzoeksmodellen bij het combineren van werk en zorg. Transportation Security Operations Center Geneeskunde. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2003;81(8):473–482.
- Duijse M van, Hoogerwerf E, Hoop A de. Zorgleerling formuleert eigen hulpvraag via foto interview. Tijdschrift voor Remedial Teaching 2011;1:14–17.
- Evans DM, Conte K, Gilroy M, Marvin T, Theysohn H, Fisher G. Occupational therapy – meeting the needs of older adult workers? Work 2008;31(1):73–82.
- Fingerhut P, Madill H, Darrah J, Hodge M, Warren S. Classroom-based assessment: Validation for the school AMPS. The American Journal of Occupational Therapy 2002;56(2):210–213.
- Fisher AG, Bryze K, Hume V, Griswold LA. School AMPS: School Version of the Assessment of Motor and Process Skills (2. Aufl.). Fort Collins, CO: Three Star Press; 2007.
- Fraser BJ, Walberg HJ, Welch WW, Hattie JA. Synthesis of educational productivity research (Special issue). Journal of Educational Research 1987;11(2):145–252.
- Gent MJ van, Horssen C van, Mallee L, Slotboom S. De Participatieladder. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek; 2008.
- Grint K. The sociology of work. 2. Aufl. Oxford: Blackwell Publishers Ltd; 1998.
- Hartingsveldt MJ van, Cup EHC, Groot IJM de, Nijhuis van der, Sanden MWG. Writing Readiness Inventory Tool in Context (WRITIC): Reliability and convergent validity. Australian Occupational Therapy Journal 2014;61:102–109.
- Hartingsveldt M van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Boom/Lemma; 2010.
- Heaven BEN, Brown LJ, White M, Errington L, Mathers JC, Moffatt S. Supporting Well-Being in Retirement through Meaningful Social Roles: Systematic Review of Intervention Studies. Milbank Quarterly 2013;91(2):222–287.
- Heerkens Y, Engels J, Kuiper C, Gulden J van der, Oostendorp R. The use of the ICF to describe work related factors influencing the health of employees. Disability and Rehabilitation 2004;26(17):1060–1066.
- Hemmingsson H, Egilson S, Hoffman O, Kielhofner G. The School Setting Interview (SSI) Version 3.0, 2005. <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=10>
- Hewitt A, Howie L, Feldman S. Retirement: What will you do? A narrative inquiry of occupation based planning for retirement: Implications for practice. Australian Occupational Therapy Journal 2010;57(1):8–16.
- Hinder EA, Ashburner J. Occupation-centered intervention in the school setting. Occupation-centered practice with children: A Practical Guide for Occupational Therapists; 2010:227–247.
- Hoy MM, Egan MY, Feder KP. A systematic review of interventions to improve handwriting. Canadian Journal of Occupational Therapy 2011;78(1):13–25.

- Joel-Gijsbers G. Beperkt aan het werk. Den Haag: scp-publicatie; 2010. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2010/Beperkt_aan_het_werk
- Jencks C. Inequality: A reassessment of the effect of family and schooling, basic books; 1972.
- Jonsson H, Josephson S, Kielhofner G. Narratives and experience in an occupational transition: A longitudinal study of the retirement process. *The American Journal of Occupational Therapy* 2001;55(4):424–432.
- Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai JS. Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance: History interview (OPHI-II). *American Journal of Occupational Therapy* 2001;55(3):260–267.
- Koopmans PC. Recurrence of sickness absence: A longitudinal study. Groningen; 2009.
- Koot S. Co-Teaching. Krachtig gereedschap bij de begeleiding van leraren. Uitgeverij Pica, Huizen; 2011.
- Kuijjer W. Measuring disability in patients with chronic low back pain. The usefulness of different instruments. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2006.
- Kuiper C. Arbeid werkt? Openbare les. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam; 2003a.
- Kuiper C. Deskundigheidsbevordering voor ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en – Mensendieck. Woerden; 2003b.
- Kuiper C, Roelofs P. Occupational style, the prodigal son: The revival of a construct. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin* 2008;58(1).
- Kuiper C, Heerkens Y, Balm M, Bieleman A, Nauta N. Arbeid en gezondheid. Een handboek voor paramedici en arboprofessionals. 2. Aufl. BSL: Houten; 2011.
- Kuiper C, Verhoef J, Munten G. Evidence-based practice voor paramedici. 4. Aufl. Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming. Amsterdam: Boom; 2016.
- Law M, Baum C. Measurement in occupational therapy. In: Law M, Baum C, Dunn W (Hrsg.). *Measuring occupational performance. Supporting best practice in occupational therapy*. Thorofare (NJ): SLACK Incorporated; 2005.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian occupational performance measure. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE; 2005.
- Law M, Cooper B, Strong S, Steward D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1996;63:9–23.
- Law M, Petrenchik T, Ziviani J, King G. Participation of children in school and community. In: Rodger S, Ziviani J (Hrsg.). *Occupational Therapy with children, understanding children's occupations and enabling participation*. 1. Aufl. Oxford: Blackwell Publishing; 2006:67–90.
- Lerner DJ, Amick BC III, Rogers WH, Malspeis S, Bungay K. The work limitations questionnaire: a self-administered instrument for assessing on-the-job work disability. *Medical Care* 2001;39:72–85.
- Leufstadius C, Eklund M, Erlandsson L. Meaningfulness in work: Experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work* 2009;34:21–32.
- LISV. Functionele Mogelijkheden Lijst (FML): Claim Beoordelings- en BоргingsSysteem (CBBS). Amsterdam: LISV; 2002.
- Marzano RJ. A new era of school reform: Going where the research takes us. Aurora, CO: Mid-continent Research for Education and Learning; 2000. ERIC Document Reproduction Service No. ED454255.
- Marzano RJ, Pickering D. Wat werkt: Pedagogisch handelen en klassenmanagement. Drukkerij Meulenberg; 2010.
- McBryde C, Ziviani J, Cuskelly M. The transition to school. In: Rodger S, Ziviani J (Hrsg.). *Occupational Therapy with children, understanding children's occupations and enabling participation*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006:222–240.
- Missiuna C, Cairney J, Pollock N, Russell D, Macdonald K, Cousins M et al. A staged approach for identifying children with developmental coordination disorder from the population. *Research in Developmental Disabilities* 2011;32:549–559.
- Moore-Corner RA, Kielhofner G, Olson L. A user's guide to Work environment impact scale. Model of human occupation clearinghouse: University of Illinois at Chicago; 1998.
- NEN; 2010. <https://www.nen.nl/NEN-Shop/Norm/NENISO-260002010-nl.htm>
- Nijhof WJ, Nieuwenhuis AFM. The learning potential of the workplace. Rotterdam/Taipei: Sense Publishers; 2008.
- NJI. Arbeidstoeleiding kwetsbare jeugd; 2014. <http://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Publicatie-Nji/Arbeidstoeleidingkwetsbare-jeugd.pdf>
- Overveld K van. Groepsplan Gedrag: Planmatig werken aan passend onderwijs. Pica; 2012.
- Overvelde A, Bommel I van, Bosga I, Cauteren M van, Halfwerk B, Smits-Engelsman B et al. (2010a). Evidence statement motorische schrijfproblemen bij kinderen; 2010a. http://kngfrichtlijnen.nl/index.php/component/kngf/?view=search&task=search.search&q=*&categ=0&f=directive%7CBeroerte_kg_&q=*&page=239
- Overvelde A, Bommel I van, Bosga I, Cauteren M van, Halfwerk B, Smits-Engelsman B. (2010b). Stroomdiagram motorische schrijfproblemen bij kinderen; 2010b. http://kngfrichtlijnen.nl/index.php/component/kngf/?view=search&task=search.search&q=*&categ=0&f=directive%7CBeroerte_kg_&q=*&page=239
- Pianta RC, La Paro KM, Hamre BK. Classroom Assessment Scoring System. Baltimore Maryland: Brookes Publishing Co; 2008.
- Plasterk. Transformatie in het sociaal domein brief plaskerk aan de voorzitter van de tweede kamer der staten – Generaal; 2015. <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2015/04/07/kamerbrief-over-deovergang-van-bevoegdheden-naar-de-gemeenten/kamerbrief-over-deovergang-van-bevoegdheden-naar-de-gemeenten.pdf>
- Polatajko H, Mandich A. Enabling occupation in children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE; 2004.
- Pollock N. McMaster schrijfprotocol, NL versie. Hogeschool van Amsterdam, uitgereikt op studiedag Kansen voor Kinderen; 2012.
- Poortman C, Visser K. Leren door werk: De match tussen deelnemer en werkplek. 's-Hertogenbosch/Utrecht: Expertisecentrum Beroepsonderwijs; 2009.
- Quinn JF, Kozy M. The role of bridge jobs in the retirement transition: Gender, race, and ethnicity. *The Gerontologist* 1996;36(3):363–72.
- Reeves D. Finding your leadership focus. New York: Teachers College Press; 2011.
- RIVM. 2002. <http://www.who-fic.nl/dsresource?objectid=rivmp:230329type=org&disposition=inline&nc=1>
- Rodger S, Ziviani J. (Hrsg.). *Occupational Therapy with Children: Understanding Children's occupations and Enabling Participation*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- Schaufeli W, Bakker A, Jonge J de. De psychologie van arbeid en gezondheid. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2003.
- Schaufeli W, Wijnhe C van, Peeters M, Taris T. Werkverslaving, een begrip gemeten. *Gedrag & Organisatie* 2011;24:43–63.
- Soer R van der, Schans CP, Geertzen JH, Groothoff JW, Brouwer S, Dijkstra PU et al. Normative values for a functional capacity evaluation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2009;90(10):1785–1794.
- SZW; 2004. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0017123/2004-09-22>
- Terluin B, Marwijk HWJ van, Adèr HJ, Vet HCW de, Penninx BWJH, Hermens MLM, Boeiing CA van, Balkom AJLM van, Klink JLL van der, Stalman WAB. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006;6:34. Published online 2006 Aug 22. doi: 10.1186/1471-244X-6-34, PMID: PMC1590008, PMID: 16925825
- Thane P. Old Age in English History: Past Experiences, Present Issues. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- Thomas C, Kinébanian A, Velozo C, Kielhofner G, Fischer G. Werknemersrol interview. Amsterdam: Innovatiecentrum model of Human Occupation; 1998.
- Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J et al. Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend EA, Polatajko HJ. *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health and well-being, & justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.

- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Work ability index. 2. Aufl. Helsinki Finnish Institute of Occupational Health; 1998.
- Vaarhorst SA, Kuijer-Siebelink W. Meten is weten, maar met welk instrument? Een onderzoek naar meetinstrumenten gericht op de beleving van arbeidsparticipatie. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2010;2:2–7.
- Verhoef JAC. Improving work participation of young adults with physical disabilities. Doctoral thesis. Erasmus University Rotterdam; 2015.
- Verhoef J, Zalmstra A. Beroepscompetenties ergotherapie. Een toekomstgerichte beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut. Boom/Lemma; 2013.
- Verhoef JAC, Miedema HS, Meeteren J van, Stam HJ, Roebroek ME. A new intervention to improve work participation of young adults. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2013;55(8):722–728.
- Volman M, Schendel B van, Jongmans M. Handwriting difficulties in primary school children: A search for underlying mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy* 2006;60(4):451–460.
- Wind H. Assessment of physical work ability: The utility of functional capacity evaluation for insurance physicians. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2007.
- Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective on health. 3. Aufl. Thorofare (NJ): Slack; 2015.
- Winsemius A, Houten M van. Participatie onward. Movisie; 2010.

16 Betätigungsbereich: Spiel und Freizeit

Els Spaargaren, Sander Taam

„Im Spiel lernen Kinder das, was ihnen niemand beibringen kann.“

Lawrence K. Frank (1890–1958)

„Suche die kleinen Dinge, die dem Leben Freude und Erfüllung geben.“

Konfuzius, chinesischer Philosoph (551–479 v. Chr.)

Keywords

- Definition und Wert des Spielens
- Spielen: „tun, sein, werden und dazugehören“
- Spielfähigkeit
- Flow
- Diversität und Spiel
- Spielinterventionen für das Kind (und sein System), Organisationen und Populationen
- Freizeitaktivität
- Wert der freien Zeit
- gemeinsame Ansätze
- Betätigungsgleichgewicht (occupational balance)
- Freizeitinterventionen für das Individuum (und sein System), Organisationen und Populationen

Freizeit

Es ist Samstagnachmittag und die Familie hat die üblichen Arbeiten im und am Haus erledigt. Die 7-jährigen Kinder Paul und Pablo spielen mit Freunden in der Nachbarschaft. Sie bauen im Gebüsch neben der Schule eine Hütte und sind vollkommen vertieft in ihr Spiel. Ihre kleine Schwester ist noch ein Baby und spielt auf dem Fußboden. An diesem Wochenende ist die Großmutter da. Sie sitzt auf dem Sofa und löst das Sudoku aus der Tageszeitung. Die Mutter spielt mit einer Freundin Tennis und der Vater jätet im Gemüsebeet das Unkraut, damit der erste Salat ausgesät werden kann. Die Großmutter passt am Abend auf die Kinder auf, sodass die Eltern endlich einmal mit Freunden ausgehen können.

16.1 Einleitung

Der Betätigungsbereich Spiel und Freizeit ist Teil des Betätigtens. Im Laufe des Lebens üben Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen zahllose Aktivitäten aus, die diesem Betätigungsbereich zuzurechnen sind. Die Begriffe Kind und Spiel sind scheinbar untrennbar miteinander verbunden. Ein 8 Wochen altes Baby liebt

bereits die Kitzelspiele, ein 3-jähriger kocht auf seinem Spielzeugherd und das Kindergartenkind spielt mit einer Freundin Playmobil. Bei den 6- bis 12-jährigen Kindern wird aus dem Spiel allmählich eine Freizeitaktivität. Die Kinder treffen jetzt mehr und mehr ihre eigenen Entscheidungen, wie sie ihre freie Zeit verbringen möchten. Auch Erwachsene und Ältere treffen hinsichtlich der Freizeitgestaltung ihre eigenen Entscheidungen. Jeder tut dies auf seine Weise, aber es hat immer mit Vergnügung zu tun. Spielen und Freizeitaktivitäten rufen oftmals positive Gefühle hervor und sind für das Erleben von Wohlbefinden sehr wichtig. In diesem Kapitel geht es um den Betätigungsbereich Spiel und Freizeit. Er beginnt mit der Beschreibung dieser Elemente im Laufe des Lebens. Es schließt sich dann ein Teil über das Spiel und ein Teil über Freizeit an. In beiden geht es zunächst um den Betätigungsbereich im Allgemeinen, worauf eine Schilderung der verschiedenen Aspekte der ergotherapeutischen Intervention folgt. Dabei wird auf die Interventionen beim Individuum und seinem Systems, bei Organisationen und bei Populationen eingegangen. Das Kapitel endet mit der Diskussion des Themas und einer Zusammenfassung.

16.2 Spielen und Freizeit im Laufe des Lebens

Spielen ist die Lieblingsbeschäftigung von Kindern; es ist Spiegel ihrer Entwicklung sowie ihrer inneren Welt, ihrer sozialen Fähigkeiten und die Essenz ihrer Existenz (Stagnitti 2011). Ein Kind spielt ab dem Säuglingsalter bis etwa zum Alter von 11 oder 12 Jahren. Während dieser Zeit entwickeln Kindern viele verschiedene Spielfertigkeiten und ihren eigenen Spielstil (Sturges et al. 2002). Wenn sie älter werden, spielen sie häufiger Spiele mit Regeln, wie Brettspiele, Spiele im Freien und Computerspiele. Dies führt zu gegebener Zeit zur Teilhabe an einer spezifischen Sportart oder an einem Hobby (Rigby u. Rodger 2006). Der Begriff Freizeitgestaltung bezieht sich auf die Nutzung der freien Zeit bei älteren Kindern, Erwachsenen und älteren Menschen. In ihrer Freizeit haben Kinder und Jugendliche die Wahl und können sich vergnügen. Spiele und Freizeitaktivitäten sind zusätzliche und überlappende Betätigungsbereiche. Freude, Spaß und Glück sind die positiven Erfahrungen, die mit bedeutungsvollen Erfahrungen in diesen überlappenden Betätigungsbereichen assoziiert sind (Poulsen u. Ziviani 2010).

Jugendliche treiben in der Freizeit gerne Sport. Sie haben zudem viel Kontakt mit Freunden, Bekannten und Familienangehörigen. Sie verbringen auch viel Zeit mit Internet, Fernsehen, sozialen Medien und PC- oder Videospielen. Die große Mehrheit der Jugendlichen unter-

nimmt einmal im Jahr eine längere Reise. Neben diesen regen Betätigungen tragen viele Jugendliche auch etwas zur Gemeinschaft bei, indem sie Freiwilligenarbeit (40 %) und informelle Hilfe leisten (27 %; CBS 2010).

Bei Erwachsenen betrifft das Betätigen in der Freizeit die Zeitspanne, die nach der Erledigung aller notwendigen, verpflichteten und zwingenden Betätigungen übrig ist. In der Freizeit tun Menschen auch Dinge, die sein „müssen“, wie etwa Familienbesuche oder aus Höflichkeit an einem Empfang teilnehmen. Für viele Erwachsene ist die „quality time“ ein sehr wichtiger und wertvoller Teil des täglichen Lebens.

Die Entwicklung vom Erwachsenen zum älteren Menschen ist ein wichtiger Übergang: die Beendigung der Erwerbstätigkeit mit dem Eintritt in das Rentenalter und die große Veränderung des Betätigungsrepertoires im Anschluss daran. Die Menschen haben mit einem Male viel freie Zeit, die erneut gestaltet werden will. Freiheit ist einer der am meisten mit der Pensionierung assoziierten Begriffe. Für lange Zeit hat die Arbeit im Mittelpunkt des Lebens gestanden und plötzlich ist das nicht mehr der Fall. Freiheit wird von manchen Menschen als Paradoxon erlebt: Die „Pflicht“ zur Gestaltung des Tages wird mitunter zu einer schwereren Aufgabe, als die Arbeit es war. Während der eine diese freie Zeit als Gewinn erlebt, muss der andere sie „totschlagen“. Beim Aufbau eines neuen Betätigungsrepertoires nach der Berentung ist die Teilhabe an Aktivitäten ein wichtiger Faktor hinsichtlich des Erlebens von Wohlbefinden (Jonsson 2008).

16.3 Spielen

Borussia

Jan ist der beste Torwart Deutschlands. Trotz seiner einseitigen spastischen Parese hat er während des Spiels das Gefühl, das alles möglich ist. Jan sitzt mit einem Freund in der Umkleidekabine vor dem Schulsport: „Wir spielen in der besten Mannschaft!“, „Ja, wir schlagen jeden und ich bin der beste Torwart!“ Er taucht ab auf den Fußboden und tut so, als parierte er einen Schuss. Jan zeigt auch auf sein Borussia-Abzeichen: „Wir sind Gewinner!“, „Genau, weil wir das beste Team haben.“ Jan imitiert weitere Torwartbewegungen, wendet sich an die „Zuschauer“ und fragt seine Klassenkameraden, ob sie ein Autogramm möchten. Er macht mit seinem Freund High-Five und gemeinsam laufen sie tollend in die Turnhalle umher.

16.3.1 Einleitung

Spielen ist der primäre Betätigungsbereich von Kindern (Tanta u. Knox 2015). Ein Kind spielt, weil es ihm Spaß macht und es Kontrolle über sein Spiel hat. Kinder sind während des Spielens motiviert, gefesselt und vergnügt. Dadurch wird der Prozess des Spielens wichtiger als das Resultat einer Spielerfahrung (Bundy et al. 2008, Eden u. Huggins 2001, Parham 2008). Spielaktivitäten, die Kinder selbst wählen, sind Aktivitäten, in denen sie zum Ausdruck bringen können, wer sie sind und was für sie wichtig ist. Das Spiel bietet einen Einblick in die Qualität ihres Lebens und ihr Wohlbefinden. Ein Kind entwickelt während des Spielens Selbstvertrauen und Problemlösungsfähigkeiten, sodass es zukünftig kreativ mit Herausforderungen umzugehen lernt, wenn es im späteren Leben auf Schwierigkeiten trifft. Wenn Kinder völlig in ihrem Spiel aufgehen, schaffen sie sich ihre eigene Welt, in der alles möglich ist. Dadurch erlangen sie Vertrauen und Sicherheit, was sehr wichtig für die Entwicklung des Selbstwertgefühls ist. Während des Spiels interagiert das Kind mit seiner Umwelt. Das Spielen bereitet Kinder auf das Leben der Erwachsenen vor und gehört für sie zwingend zu einem gesunden Lebensstil (Rigby u. Rodger 2006).

Die Partizipation am Spiel ist für die Entwicklung des Betätigten (occupational development) und das Erleben von Wohlbefinden bedeutsam, womit das Thema auch für Ergotherapeuten wichtig wird. Kultur und Spiel können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Das Spiel ist in den Rhythmus des täglichen Lebens eingebettet, wobei sich die Umwelt förderlich oder bremsend auf das Spielen auswirken kann (Bazyk et al. 2003). Der Wert, der dem Spiel beigemessen wird, ist unterschiedlich und kulturgebunden (Kinébanian u. Stomph 2009).

16.3.2 Definition des Spiels

Der Begriff „Spiel“ wird häufiger im Zusammenhang mit Kindern genutzt, während bei Jugendlichen und Erwachsenen eher von der Freizeitaktivität die Rede ist. Während der Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen verändern sich die Spielaktivitäten, Motivationen und die Umwelten, in denen Spiel und Freizeitaktivitäten stattfinden (Rigby u. Rodger 2006).

Allgemeine Merkmale des Spiels sind:

- Beim Spiel ist das Kind intrinsisch motiviert und es bestimmt, was gespielt wird.
- Was als Spiel angesehen wird, ist für jedes Kind anders. Wenn ein Kind spielt, geht es vollständig in der Aktivität auf.
- Während des Spielens ist der Prozess wichtiger als das Endergebnis.
- Gespielt wird viel mit Spielzeug aber auch mit anderen Gegenständen.
- Beim Spiel steht das Erleben im Mittelpunkt und es birgt viel Fantasie.

16.3.3 Spiel: „tun“, „sein“, „werden“ und „dazugehören“

Wilcock und Hocking (2015) beschrieben das Betätigen in diesen Begriffen: die verschiedenen Spielformen (tun), der Wert eines Spiels für eine Person (sein), die Entwicklung der Spielfähigkeit (werden) und das gemeinsame Spiel (dazugehören). Diese Begriffe werden weiter unten in diesem Kapitel näher erörtert.

Spiel: „tun“ (doing)

Bei den verschiedenen Spielformen geht es um die beobachtbaren Eigenschaften des Spiels, welche sich je nach Entwicklungsstand des Kindes unterscheiden (Poel u. Blokhuis 2008).

Spielend manipulieren und kombinieren

Die basalste Ebene in der Spielentwicklung ist das spielende Manipulieren oder das spielende Bewegen. Das Kind rasselt mit der Rassel oder stößt ein Mobile an, auf dass es sich bewegt. Die sinnliche Wahrnehmung durch das Berühren der Gegenstände steht zunächst im Vordergrund. Das spielende Kombinieren beginnt etwa mit 10 Monaten. Man tut etwas irgendwo hinein und holt es wieder heraus. Auch Aktions-Reaktions-Spielzeug ist in dem Alter beliebt.

Funktionelles Spiel

Im Alter von anderthalb Jahren nutzt und kombiniert ein Kind die Materialien in funktioneller Weise, wenn es z. B. mit einem Löffel in der Pfanne rührt oder ein Telefon ans Ohr hält. Das Kind hat gelernt, in welchem Kontext und auf welche Weise Dinge benutzt werden.

Symbolisches Spiel

Etwa um das 2. Lebensjahr herum macht das Kind zum ersten Mal etwas „als ob“. Das Spiel zeichnet sich dadurch aus, dass Dingen eine andere Bedeutung zugeschrieben wird, oder das Kind tut so, als ob Dinge da wären, die eigentlich nicht da sind, oder Dinge sich ereigneten, die eigentlich nicht passieren. Ein gutes Beispiel ist das Servieren und genüssliche Trinken einer imaginären Tasse Kaffee.

Konstruktions- und Fantasienspiele

Das Kindergartenalter steht ganz im Zeichen von Bauen, Zeichnen, Basteln und allen anderen Spielformen, bei denen das Kind etwas tut. Dies bezeichnet man als Konstruktionspiel. Auch das Fantasienspiel wird in dieser Zeit entwickelt. Das Kind versetzt sich in eine Rolle und spielt Szenen. Der kindlichen Fantasie sind dabei keine Grenzen gesetzt.

Spiele mit Regeln

Das Spielen nach Regeln entwickelt sich etwa ab dem 6. Lebensjahr. Dazu gehören Brett- und Kartenspiele aber auch Fangen und Verstecken. Das Spiel zeichnet sich jetzt dadurch aus, dass mit anderen gespielt wird und Wettbewerbselemente enthalten sind. Die Regeln werden untereinander verabredet.

Soziale Spiele

Das Spiel der älteren Kinder und Jugendlichen verschiebt sich hin zu Teamsportarten, „rumhängen, chillen“, im Netz unterwegs sein, chatten, PC- und Konsolenspiele usw. Die Art der Spiele ist komplexer und oft an Regeln gebunden.

Spielen ist für Kinder essenziell. Es beeinflusst die intellektuelle, soziale, motorische und emotionale Entwicklung (Rigby u. Rodger 2006, Forsyth u. Yavis 2002, Simeonsson et al. 2001). Durch das Spiel lernen Kinder ein lösungsorientiertes, kreatives, flexibles und leistungsorientiertes Verhalten. Spiel fördert auch die Teilhabe, Motivation und soziale Interaktion (Bundy et al. 2001). Die Kinder erlernen und entwickeln auch verschiedene Rollen. Das Spiel fungiert zudem als Kommunikationsmittel zwischen Kindern, was ihnen die Möglichkeit bietet, Gefühle auszudrücken oder zu verarbeiten. Spielen stimuliert das Experimentieren mit Fantasie und Wirklichkeit. Wenn ein Kind von einer Aktivität gefesselt ist und in der Ausführung völlig aufgeht, erfährt es einen Flow (Csíkszentmihályi 1990). Für das Erreichen eines Flows ist es wichtig, dass die Herausforderung des Spiels und die dazu erforderlichen Fertigkeiten zueinanderpassen. Der Flow gibt ein Gefühl der Kontrolle, der Mensch verliert sich, das Zeitgefühl ändert sich und die hohe Konzentration auf die Aktivitäten erzeugt Motivation, Zufriedenheit und innerliche Befriedigung. Engagement, Aufmerksamkeit, Anpassungsvermögen und Spielausführung werden gefördert (Rigby u. Rodger 2006). Der Flow kann auch als höchste Stufe des Beteiligtseins betrachtet werden (occupational engagement).

Spiel: „sein“ (being)

Freude, Vergnügen und Glück sind die positiven Erfahrungen, die mit den bedeutungsvollen Erfahrungen in diesen überlappenden Betätigungsbereichen assoziiert sind (Poulsen u. Ziviani 2010). In einem Review wurde ermittelt, dass Kinder mit dem Spiel folgende Werte verbinden: Spaß, Freiheit, Erfüllung und Freundschaft (Powrie et al. 2015). Mit den Mitteln der Fantasie ist im Spiel alles möglich, was das Spielen so schön macht. Ein intrinsisch motiviertes Kind spielt, weil es einen inneren Drang zu dieser Aktivität verspürt. Es ist keine Belohnung oder Motivation von außen erforderlich. Das Kind spielt, weil es für es schön ist und weil es spielen will. Spielen ist ein Ausdruck von Spielfähigkeit (playfulness) und eine starke

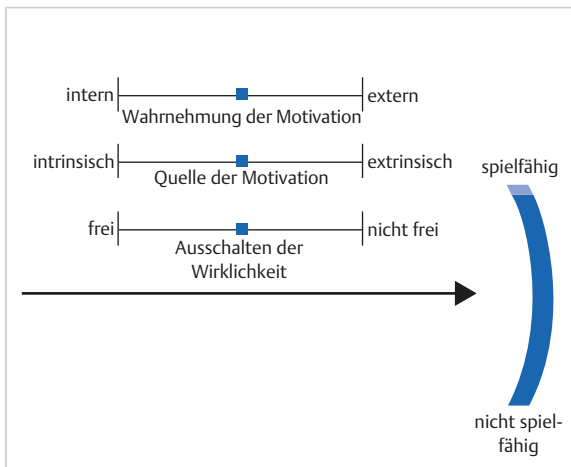


Abb. 16.1 Modell der Spielfähigkeit (Skard u. Bundy 2008).

Stimulanz für Lebensqualität und Gesundheit. Während des Spiels reflektiert das Kind (un-)bewusst. Beispiele dafür sind z.B. das Spielen eines Musikinstrumentes, das Schreiben in ein Tagebuch oder einfache Tagträume. Für Kinder, die schwer erkrankt sind, ist das „Sein“ wichtig, um einen inneren Frieden mit dem eigenen Schicksal zu erreichen.

Das Spielerlebnis eines Kindes ist für eine außenstehende Person schwer zu interpretieren (Rigby u. Rodger 2006). Die Spielfähigkeit wird bestimmt durch: intrinsische Motivation (intrinsic motivation), innere Kontrolle (internal control), Ausblenden der Realität (suspension of reality) und das Verstehen und Geben von zwischenmenschlichen Signalen im Rahmen des Spiels (framing play). Diese Elemente sind im Modell von Skard und Bundy (2008) grafisch dargestellt (► Abb. 16.1). Die „innere Kontrolle“ meint, dass ein Kind bestimmt, was es mit wem und wie spielt und wann das Spiel zu Ende ist. Das „Ausblenden der Realität“, die Freiheit zur Fantasie hängt damit zusammen, wie realistisch das Spiel des Kindes ist. Kinder können so tun, als wären sie jemand anderes, als wäre ein Objekt etwas anderes oder als gingen sie einer bestimmten Aktivität nach. Kurz: In ihrem Spiel ist alles möglich. Beim „framing play“ geht es um den Rahmen, in welchem Spieler Signale senden, wie sie behandelt werden möchten. Ein guter Spieler vermag sowohl Signale anderer Personen zu verstehen, als auch selbst deutliche Signale auszusenden, sodass sich das Spiel weiter entwickeln kann und für die beteiligten Spieler deutlich und stimulierend bleibt. Dazu ein paar Beispiele: In welchem Maße zeigt das Kind Vergnügen, tut es „als ob“, inwieweit geht es in einer Aktivität auf und kann das Spiel sich entwickeln lassen, sodass es anregend bleibt (Skard u. Bundy 2008). Der Ausdruck der Spielfähigkeit kann sich je nach Kontext in unterschiedlicher Weise zeigen. Die vier Elemente bilden ein Kontinuum, die während des Spiels

mehr oder weniger vorhanden sind. Die Summe der Elemente bestimmt, in welchem Maße ein Kind spielfähig ist. Flow und Spielfähigkeit hängen zusammen. Bei einer ausgeprägten Spielfähigkeit bestimmen die Kinder selbst, was sie tun, können neue Dinge entdecken und mit Überzeugung spielen. Durch diese Merkmale kann ein Kind schon früh eine Flow-Erfahrung machen. Die Fertigkeiten des Kindes und die Herausforderung, die es wählt, sind aufeinander abgestimmt (Reid 2004). Trotz des Umstandes, dass es bisher nur recht wenige Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Spiel, Gesundheit und Wohlbefinden gibt, herrscht allgemein Einigkeit darüber, dass Spielen hierzu einen Beitrag leistet (Christiansen u. Baum 1997).

Spiel: „werden“ (becoming)

Spielen ist eine persönliche Erfahrung. Jedes Kind entwickelt eine Spielfähigkeit und macht seine eigenen einzigartigen Spielerfahrungen. Spiel schafft Freiheiten, in denen sich Kreativität entfalten kann. Bundy et al. (2008) sehen Spielfähigkeit als eine Haltung, in der Kreativität und Flexibilität erforderlich sind, um Herausforderungen zu begegnen und Probleme zu lösen. Im Spiel entwickeln Kinder ihre sozialen Fähigkeiten und ihre Selbstachtung. Das Kind entfaltet Copingstile und -Strategien, wodurch das Gefühl der Kompetenz und das Selbstvertrauen während der Entwicklung zunehmen (Shikako-Thomas et al. 2014). Die Herausforderungen, denen sich Kinder im Laufe der Jahre gegenübersehen, können durch das Spiel kreativ angegangen oder gelöst werden.

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Spielfähigkeit und dem Coping. Dies impliziert, dass Kinder sich leichter an neue Situationen anpassen können, wenn sie spielfähig sind (Hess u. Bundy 2003). Das Ziel von Kinderergotherapeuten ist neben der Stimulation der Spielfähigkeit auch die Förderung der Copingstile, wodurch das Kind verschiedene Möglichkeiten zum Beteiligtsein an die Hand bekommt.

Spiel: „dazugehören“ (belonging)

Das Bedürfnis der Zugehörigkeit und in einer Gruppe etwas beizutragen, ist eine relevante Dimension der Lebensqualität. Kinder entwickeln Freundschaften, indem sie zusammen spielen. Sie denken sich Spiele aus oder erschaffen eine Fantasiewelt, in der sie gemeinsam dem Spiel eine Form verleihen und es sich entfalten lassen. Dies erzeugt ein Gefühl der Verbundenheit und schafft Ziele und Werte. In einer Studie zeigte sich, dass Kinder mit einer körperlichen Behinderung Spiel und Entspannung einsetzen, um die sie umgebende Stigmatisierung aufgrund der Behinderung zu überwinden (Piškur et al. 2012). Kinder erklären, dass die soziale Umwelt, in der ein Spiel stattfindet, wichtig ist. Im Sport und Spiel zeigen sie, was sie können. Das Teilen der Erfahrung ist hier besonders wichtig. Professionals, Familien, Schulen und

Sportvereine können dieses Wissen einsetzen, um die Partizipation an Sport und Spiel zu fördern (Bult et al. 2013, Lundberg et al. 2011).

16.3.4 Spielen in einer sich wandelnden Gesellschaft

Die Formen und Kontexte von Spielen sind veränderbar. Früher spielten Kinder mit anderen Materialien, es gab mehr natürliche Spielräume und die Spielzeiten waren weniger festgelegt. Heutzutage arbeiten beide Elternteile, während die Kinder in der Nachmittagsbetreuung sind und an allerlei außerschulischen Aktivitäten und Sportmöglichkeiten teilnehmen. Kurzum: Die freie Zeit wird verplant. Aktivitäten wie Musikunterricht, Sport und Schwimmen sind oft allwöchentliche Programmpunkte. Wenngleich die Kinder hierbei viel spielen können, sind dem Ganzen doch stets klare Grenzen gesteckt und es gilt, Regeln darüber zu berücksichtigen, was erlaubt ist und was nicht.

In den westlichen Gesellschaften sind die Schulnoten vorrangig, wodurch es im Allgemeinen zu einer Betonung der kognitiven Entwicklung auf Kosten des reinen Vergnügens und der Entfaltung von Kreativität kommt. In anderen Kulturen wird das soziale Spielen stärker angeregt und es geht weniger um das Spielen mit Objekten.

In den Großstädten gibt es oft weniger Möglichkeiten, draußen zu spielen. Die Spielplätze sind häufig in keinem guten Zustand und die Umwelt eignet sich weniger gut für freie Spiele wie z. B. Verstecken, Hütten bauen, Flöße bauen usw. In ländlicheren Gegenden gibt es diese Möglichkeiten jedoch weiterhin.

Stiftung „Jantje Beton“

Die niederländische Stiftung „Jantje Beton“ will zum Spielen anregen und fördert Spielprojekte zur Verbesserung von Spielplätzen in Wohnvierteln und auf Schulhöfen. Die Stiftung hat eine Online-Befragung unter 435 Kindern im Alter von 6–11 Jahren durchgeführt.

Dabei stimmten 90 % der Kinder den folgenden Aussagen zu: „Es ist schön, draußen zu spielen, weil ich da selbst bestimmen kann, was ich tun will“ und „Wenn ich draußen spiele, fühle ich mich frei“. Das Zusammensein mit Freunden ist beim Draußenspielen das Schönste. Auch einfach „rumlaufen und toben“ macht das Draußenspiel für Kinder schön. In der Untersuchung wurde auch gesagt, dass das Spielen schöner sein kann, wenn weniger Autos fahren und es mehr Plätze oder Grünflächen gäbe und es sicherer in der Nachbarschaft sei.

Werbung und Medien beeinflussen die Spielvorlieben der Kinder. Viele Spielmaterialien haben sich gewandelt (Clements 2004). Kinder sehen durchschnittlich 10–20 Stunden wöchentlich fern. Dies ist zwar im Vergleich zu früheren Jahren ein Rückgang, doch dafür sehen sie jetzt mehr Filme im Internet, chatten oder machen Computerspiele (CBS 2010).

Praktisch alle Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren haben Zugang zu einem Computer mit Internetverbindung. Das Internet wird hauptsächlich für die sozialen Medien und das Spielen genutzt. Dabei geht es dann vornehmlich um das Spielen und Herunterladen von Spielen, Filmen und Musik. Über Tablets und Smartphones werden diese dann genutzt und miteinander geteilt.

Computerspiele, Spielecomputer und Musik werden immer technischer (Johnson u. Klaas 2007). Für Kinder mit Behinderungen können diese Spielformen durch unterstützende Technologien oder alternative Steuerungen zugänglich gemacht werden. Verschiedene Firmen haben sich auf die Kommunikations-, Computer- und Umweltanpassung spezialisiert. Dazu gehören dann etwa spezielle Softwareanwendungen, verschieden gestaltete Schalter, PC-Mäuse, Joysticks, Kopfsteuerungssysteme, angepasste Tastaturen, Augensteuerungen, angepasste Gamecontroller für Spielecomputer oder Saug-Blas-Steuerungen (Jones et al. 2008).

In verschiedenen Fachbereichen ist auch die Entwicklung der Virtual Reality (VR) in vollem Gange. Die VR als Spielform bietet Kindern die Möglichkeit, in einer virtuellen Welt zu spielen oder auch eine ganz neue Welt zu erschaffen (Reid 2004).

Ergotherapeuten können aufgrund ihrer Fähigkeiten, Spiele und das Spielen selbst zu analysieren, den Spielenden aber auch Technikern, Prothetikern/Orthetikern und Spieleerfindern wichtige Hinweise zu den Spielmöglichkeiten der Kinder und zu möglichen Anpassungen der Spielzeuge geben.

Draußen ist es langweilig

Kahle Parkplätze zwischen den Hochhäusern, Grünflächen ohne Spielgeräte und ein zubetonierter Schulhof, auf dem lediglich ein Klettergerüst steht. Für die rund 200 Kinder in dem Leidener Stadtteil Slaaghwijk beschränkt sich das Spiel auf der Straße meist auf ein wenig Herumlaufen und ein paar Gespräche. „Früher blieb ich oft drinnen, weil es draußen doch nichts gab“, erzählt der 8-jährige Mo. Das veränderte sich erst, als sich Lehrkräfte und Eltern der Brede School Merenwijk zusammentaten, um die gesamte Nachbarschaft zu verschönern. Sie war sich sicher, dass ein natürlicher, spannender Schulhof viel mehr Kinder zum gemeinsamen Spielen animieren würde, und fragten bei „Jantje Beton“ um Unterstützung nach.

Mutter: „In der Stadtteilgruppe bin ich bei der Organisation von Nachbarschaftsaktivitäten aktiv. Hier hab ich den Plan vorgestellt, mit dem wir die Neugestaltung des Spielplatzes in Angriff nehmen wollten. Wir haben dazu die na-

he gelegene Grundschule, die Gemeindeverwaltung und „Jantje Beton“ kontaktiert. Wir haben alle zusammen Hand angelegt, um einen schöneren und spannenderen Spielplatz zu entwerfen, der einfach mehr Spaß macht. Für mich ist es wichtig, dass alle Kinder dort Freude haben können, und nicht zuletzt auch mein Sohn Thomas, der im Rollstuhl sitzt. An einer der Sitzungen hat sich auch auf unsere Einladung hin unser Ergotherapeut beteiligt, um mit darüber nachzudenken, welche Spielformen und Spielgeräte hier auch für Kinder mit Behinderungen infrage kämen. „Es ist schön zu erleben, dass man Einfluss haben kann. Nicht nur im Hinblick auf mein eigenes Kind, sondern für alle Kinder des Viertels. Zur Finanzierung rechnen wir mit der Unterstützung durch „Jantje Beton“, mit einem Beitrag von der Gemeinde und führen selbst eine Spendensammelaktion im Viertel und in unseren Netzwerken durch.“

16.3.5 Ergotherapie und Spielpartizipation

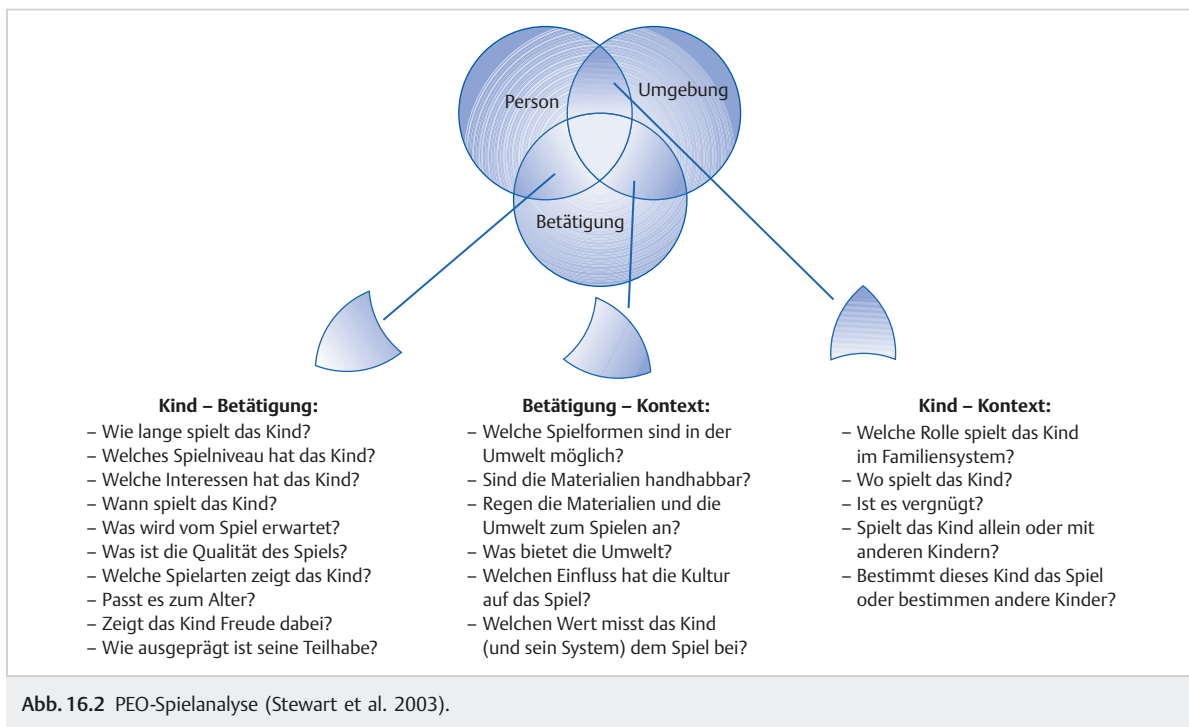
Bei der Spielpartizipation geht es um eine komplexe Interaktion zwischen dem Kind und seinem System, dem Spiel und der Umwelt. Jedes Kind ist einzigartig und hat seinen eigenen Spielstil und seine eigenen Lieblingsspiele. Die Einbettung von Spielen in das tägliche Leben eines Kindes und seiner Familie wird von verschiedenen Faktoren bestimmt. Da wären zunächst die unterschiedliche Bedeutung des Spielens für eine Familie, die vorhandenen Gewohnheiten, der kulturelle Hintergrund und das Maß der für Spiele zur Verfügung stehenden Zeit.

Viele Kinder wachsen in einer multikulturellen Umwelt auf und begegnen sich in der Schule und am Nachmittag beim Spielen. Die Diversität zeigt sich beim Spiel oder auch etwa bei den (Spiel-)Materialien in den Familien zu Hause (Kinébian u. Stomph 2009). Die Familie sorgt für die Aufsicht und die Sicherheit, wodurch das Kind seine Umwelt erkunden kann (Shikako-Thomas et al. 2013, Rigby u. Huggins 2003). Auch die Spielkameraden, die zur Verfügung stehenden Materialien und Spielsachen sowie die physische Umwelt, in der gespielt wird, bestimmen die Spielmöglichkeiten. Das Spiel der Kinder untereinander fördert deren soziale und emotionale Entwicklung (Gagnon u. Nagle 2004). Kinder entwickeln Selbstvertrauen, wenn sie sich in einer stützenden sozialen Umwelt befinden, und gehen früher das Risiko ein, die Umwelt zu erkunden (Letts et al. 2003). Kurz gesagt, der Kontext bietet die Ansatzpunkte, die eine Partizipation möglich machen (Rigby u. Rodger 2006, Rigby u. Huggins 2003).

Zusammen kochen

Sumaye fährt mit dem Bus nach Hause. Ihre Mutter holt sie an der Haltestelle ab und drückt sie liebevoll an sich. Zu Hause hört Sumaye ihre Schwester schreien. Die Mutter ist immer mit ihr beschäftigt, und besorgt ihr auch jetzt etwas zu trinken. Sumaye sieht fern. Wenn das Baby im Bettchen liegt, fragt die Mutter: „Sollen wir zusammen etwas kochen?“ Sumaye sitzt am Tisch und hat eine Pfanne mit Wasser und einen Holzlöffel vor sich. „Kochen!“, ruft sie und rührt in der Pfanne herum. Das Wasser schwappt schon mal über. Jedes Mal, wenn ihre Mutter ein Stück Möhre hineingibt, lacht Sumaye und das Wasser spritzt hoch. Mit dem Holzlöffel macht sie am Pfannenrand und auf dem Tisch Musik. Wenn die Möhren klein geschnitten und eingefüllt sind, wischt die Mutter den Boden auf und Sumaye wischt mit einem Schwämmchen den Tisch ab, wobei beide ein marokkanisches Kinderlied vor sich hin summen.

Kinder mit einem nicht westlichen kulturellen Hintergrund sind häufiger auf soziale Spiele ausgerichtet und weniger auf das Spiel mit Spielzeug. Dies sagt nichts über den Wert des Spiels oder die Spielfähigkeit aus. Mithilfe des PEO-Modells kann eine strukturierte Spielanalyse durchgeführt werden (Stewart et al. 2003; ► Abb. 16.2). Bei einer guten Übereinstimmung von Kind, Spiel und Kontext ist die Spielpartizipation optimal (Case-Smith u. O'Brien 2015). Ergotherapeuten verfügen über analytische Fertigkeiten, um Veränderungen zu initiieren, wodurch die Umwelt und das Spiel so aufeinander abgestimmt werden, dass das Kind mit seinen Möglichkeiten und Beeinträchtigungen teilhaben kann.



Kinder mit einer Behinderung sind von einer an ihre Möglichkeiten, ihr Niveau und ihre Interessen angepassten Umwelt abhängiger, als es Kinder ohne Behinderungen sind (Bedell et al. 2013, Bronson u. Bundy 2001, Rigby u. Huggins 2003). Aktivitäten wie die Selbstversorgung, Therapien oder Arztbesuche kosten mehr Zeit. Dadurch bleibt weniger Zeit für das Spiel übrig. In Studien konnte gezeigt werden, dass Kinder mit Behinderung weniger mit Gleichaltrigen spielen als Kinder ohne Behinderung. Sie spielen mehr allein oder mit Erwachsenen und haben dadurch größere Schwierigkeiten im Umgang mit Altersgenossen (Palisano et al. 2012, Harkness u. Bundy 2001).

Im Allgemeinen mögen in der Entwicklung beeinträchtigte Kinder grobmotorische Spiele und Herumtollen lieber. Kinder, die sich normal entwickeln, bevorzugen Aktivitäten am Tisch und das gemeinsame Spiel (Case-Smith et al. 2008). Es gibt auch Unterschiede im Spiel zwischen Jungen und Mädchen. Jungen spielen häufiger Computer- und Konsolenspiele. Sie bevorzugen auch kompetitive und riskantere Spiele. Mädchen beteiligen sich zumeist lieber an sozialen Aktivitäten und Rollen- oder Imitationsspielen.

Ein Gespräch mit den Eltern/Betreuern über Spielmaterialien und in der Vergangenheit gespielte Spiele oder die gemeinsame Suche nach geeigneten Spielmaterialien kann sehr aufschlussreich sein. Es hilft dabei, den Begriff „Spiel“ mit Leben zu füllen und den Wert der Spielmaterialien oder der Spielfähigkeit zu erläutern. Manchmal

haben Familien Materialien oder Fotos, die ein Wiedererkennen und eine Identifikation ermöglichen. Im Gespräch wird dann deutlicher, auf welche Weise solche Dinge in die Begleitung mit einfließen können.

Wasser, Ton, Sand, Holz und Steine sind Materialien, welche die Fantasie der Kinder aller Kulturen anregen. Universelle Themen wie der Hüttenbau, Aktivitäten im Haushalt oder das Kochen werden von allen Kindern erkannt und können das Imitationsverhalten und die Fantasie stimulieren. Kulturgebundene (Spiel-)Materialien können der Anlass für ein Gespräch über das Spielen sein, um den Wert von Spielen und des Spielens zu erkunden. Die Spielpartizipation steigt, wenn die Spielfähigkeit zunimmt oder der Kontext besser auf die Möglichkeiten des Kindes abgestimmt ist (Letts et al. 2003).

In den Niederlanden gibt es „Spielotheken“, in denen aus einem breit gefächerten Sortiment Spiele für jede Altersgruppe entliehen werden können. So können Eltern Materialien und Spiele testen, bevor sie sie anschaffen.

Es gibt auch spezielle Spielzeug-Webseiten, wo man Ideen sammeln kann (www.meinespielzeugkiste.de/, www.spielgut.de/, www.spielundzukunft.de/spielzeug/spielzeug-nach-alter/).

Mit ein wenig Kreativität lassen sich aus scheinbar wertlosen Materialien wie Klopapierrollen, Rohren, leeren Kartons und Dosen oder Klettband fantastische Spielzeuge basteln (www.pinterest.de/explore/selbstgemachtes-spielzeug/). Das Internet bietet natürlich auch Zugang zu zahllosen Online-Spielen.

16.3.6 Klärung von Fragen zum Spielen

Das Beobachten und Messen von Spielen erlaubt einen Einblick in die Spielfähigkeit, Spielfertigkeit und die Art und Weise, auf die ein Kind im Kontext von Schule, Zuhause und Umwelt spielt. Daraus ergeben sich Ansatzpunkte dafür, wie die Qualitäten eines Spiels zur Förderung der Partizipation des Kindes eingesetzt werden können. Auch zeigen sich Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich der Stimulation der Spielfähigkeit. Die Beratung des Systems des Kindes kann zur Verbesserung der Spielpartizipation führen (Hamm 2006). In den vergangenen Jahren wurden einige Instrumente entwickelt, die sich auf die Spielfähigkeit und das Spiel in seinem Kontext richten. Diese Instrumente sind eine wertvolle Ergänzung der bestehenden Assessments und verdienen einen Platz in der modernen Ergotherapiepraxis. Spiel-Assessments werden in drei Kategorien unterteilt (Case-Smith 2010):

- Assessments zur Bestimmung der zugrunde liegenden Aktivitäten oder Funktionen während eines Spiels. Das Kind spielt und wird währenddessen z. B. im Hinblick auf spezifische motorische oder kognitive Fähigkeiten wie etwa mit der Preschool Play Scale (PPS) bewertet (Knox 2008).
- Assessments zur Bestimmung der Spielvorlieben, des Spielstils oder der Spielfähigkeit. Sie konzentrieren sich auf die Erfahrung und die Gemütsverfassung, wenn das Kind spielt, wie etwa der Test of Playfulness (ToP) und der Test of Environmental Supportiveness (TOES; Skard u. Bundy 2008) oder die Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE; King et al. 2007).
- Geschichte. Dabei wird das Kind in einem Interview dazu befragt, wie es das Spiel erlebt. Die Pediatric Interest Profiles (PIP) wurden für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 21 Jahren entwickelt (Henry 2008).

16.3.7 Ergotherapeutische Intervention

Die ergotherapeutische Intervention zur Förderung des Spiels und der Spielpartizipation kann sich auf den Klienten/das Kind und sein System, auf Organisationen und auf eine Population mit potenziellen Betätigungsfragen richten.

16.3.8 Fertigkeiten auf der Ebene des Kindes und seines Systems

Im Asylbewerberheim

Der 2-jährige Rakan lebt mit seinen Eltern in einem Asylbewerberheim. Sie kamen als Flüchtlinge aus Syrien. Rakan kam mit einer Spina bifida zur Welt. Der Neurologe der Uni-Klinik zieht einen Ergotherapeuten hinzu und konfrontiert ihn mit der Frage, durch welche Maßnahmen Rakans Entwicklung stimuliert werden könnte.

Der Ergotherapeut schaut regelmäßig bei Rakan vorbei, wo er jedoch stets länger suchen muss, um die richtige Wohnung und Familie zu finden. Rakan sitzt auf dem Boden und spielt mit Autos. Es gibt kein anderes Spielzeug und Rakan kann sich auf dem Fußboden nicht bewegen. Per Telefon ist ein Dolmetscher zugeschaltet, während der Ergotherapeut mit ihnen spricht. Die Eltern erklären, dass Rakan gerne draußen und zusammen mit anderen Kindern spielen würde und sich hier drinnen langweile.

Nach diesem Gespräch beobachtet der Ergotherapeut Rakans Fähigkeiten. Auf der Grundlage dieser Beobachtung und Analyse veranlasst er die Anschaffung eines Rollstuhls für Rakan. Aufgrund der guten Kontakte in seinem Netzwerk kann der Ergotherapeut einen Kleinkindrollstuhl auf Leihbasis besorgen. Damit gelingt es Rakan, sich auch in der Wohnung auf dem Boden fortzubewegen. Sein erfinderischer Vater bastelt aus einem Stück Karton einen recht langen Tisch zwischen die Beine von zwei Stühlen, sodass Rakan mit seinen Autos auch spielen kann, während er im Rollstuhl sitzt. Bei einer zentralen Sammelstelle können die Bürger Spielsachen vorbeibringen. Hier wird geschaut, welches Spielzeug Rakan Spaß machen kann und ihn fordert. Er kann jetzt mit Duplo bauen, Puzzle legen und mit ein paar Kuscheltieren in seine eigene Fantasiewelt eintauchen.

Der Ergotherapeut sucht gemeinsam mit einer Mitarbeiterin der Sammelstelle nach Möglichkeiten in einer Schule oder einer Kindertagesstätte. Sie erklärt, dass dafür Pläne existierten, doch dass es damit leider nicht vorwärtsginge. Zusammen denken sie über die Optionen nach. Die Mitarbeiterin wendet sich an die Stiftung WarChild, die Kindern von Asylbewerbern den Zugang zu Schulen oder Kindertagesstätten ermöglichen will und eventuell auch etwas für Rakan tun kann. Es wird Zeit, etwas zu unternehmen.

Ein Ergotherapeut beobachtet und analysiert das Spiel eines Kindes aus der betätigungs- und kontextorientierten Sicht (occupation- und contextbased). Das Hauptinteresse gilt dabei der Spielfähigkeit, der intrinsischen Motivation des Kindes und dem Fit zwischen dem Kind, der Spielaktivität und dem Kontext (Darrah et al. 2011). Bei der Analyse der Betätigungsfrage wird auf die beeinträchtigenden und faszinierenden Faktoren der Spielpartizipation geachtet. Dazu wird auch eine Aufstellung der Kosten, der verfügbaren Aktivitäten in der näheren Umwelt und der Möglichkeiten, Unterstützung zu erhalten, angefertigt (Ziviani et al. 2009).

Die Interessen der Familie, die zur Verfügung stehende Zeit und die Transportmöglichkeiten bestimmen ebenfalls die Möglichkeiten mit und sind daher wichtige Aspekte. Ergotherapeuten unterstützen das Kind und die Familie, um zu einer geeigneten Lösung der Betätigungsfrage im Bereich des Spielens zu kommen. Für diesen Prozess sind spezifische Kenntnisse in folgenden Bereichen erforderlich:

- Kenntnis der Spielformen, Spielfähigkeit und Entspannung
- Analysen und Messungen des Spiels vornehmen können
- den Einfluss von Beeinträchtigungen auf das Spiel bewerten können
- Kenntnis von den Lernprozessen bei Kindern und der ihnen eigenen Hinwendung zu neuen Herausforderungen
- Kenntnis der Möglichkeiten und Fertigkeiten des Familiensystems, um die Spielpartizipation zu unterstützen
- Einblick in die Möglichkeiten, die durch das Viertel/die Nachbarschaft vorgegeben sind
- zuhören können, im Netzwerk arbeiten, motivieren und coachen.

Ich will auch mitmachen!

Maïke spielt „Schule“. Dabei schreibt sie Aufgaben auf eine Tafel und sorgt in der Klasse für Ruhe, indem sie „Schschscht!“ ruft. Wenn eine falsche Antwort gegeben wird, sagt sie „beim nächsten Mal stimmt’s bestimmt“ und erklärt die Aufgabe noch einmal.

Kai mag die bunten Flackerlichter bei der Weihnachtsbeleuchtung und das Schaukeln in der Hängematte. Die Matte ist oberhalb des Bettes gespannt. Er wiegt sich darin hin und her und gibt dabei zufriedene Laute von sich.

Joni spielt draußen mit Freunden ein Kletterspiel, kann aber praktisch nicht laufen. Um mitmachen zu können, stellt er sich vor, dass ein Zauberspruch nötig ist, um genug Kraft für das Spiel zu haben. All seine Freunde tragen deshalb nach jeder Runde ein Steinchen zu dem Spruch bei. Im Austausch gegen diese „Goldstücke“ erhält jeder einen kleinen Schluck des magischen Trankes, der es ihnen ermöglicht, das Spiel „durchzuhalten“.

Letztlich geht es darum, dass ein Kind spielfähig sein kann, Spaß hat, zugehörig ist und nach Möglichkeit in einer Schule oder in einem Verein im Viertel mitmachen kann.

Wenn eine spezifische motorische oder kognitive Funktion oder z.B. ein Konstruktions- oder Fantasiespiel trainiert werden soll, dann ist das Spiel ein geeignetes Mittel, um Übungssituationen angenehmer werden zu lassen. Der Therapeut agiert direktiv und bestimmt, was gespielt wird. Dabei werden das Entwicklungsalter des Kindes und seine Spielvorlieben berücksichtigt.

Gleich nach der Schule

Über das Zentrum für Jugend und Familie gelangte Marie mit ihren 2,5 Jahren in den Niederlanden in die Vorschule. Eine Vorschule kommt für Kinder infrage, die einen Entwicklungsrückstand aufweisen, oder Gefahr laufen, sprachlich nicht ausreichend voranzukommen. Aufgrund einer Hirnschädigung kostet es Marie mehr Mühe als den anderen, im Kreis eine Geschichte zu erzählen oder zusammen mit Puppen zu spielen. Um als Vierjährige in die Regel-Grundschule zu kommen, haben ihre Eltern beschlossen, sie in der Vorschule anzumelden. Während des Aufnahmegesprächs konnten ihre Eltern klar angeben, wo Marias Spielinteressen liegen. Im Gespräch gaben sie Hinweise der Logopäden und Ergotherapeuten aus dem Reha-Team weiter. Die Leiter der Vorschule nutzten diese Infos, um Marias Fertigkeiten auf kommunikativem Gebiet und beim Spiel gezielt zu stimulieren.

Ergotherapeuten benötigen unterschiedliche Fertigkeiten, um das Spiel im weitesten Sinne des Wortes zu stimulieren. Anhand der Enablement Skills (Befähigungskompetenzen) der ergotherapeutischen Intervention aus dem Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE; Townsend u. Polatajko 2013) wurden diese für den Bereich des Spielens beschrieben.

Durch Förderung der Beteiligung (engage) und der Zusammenarbeit (collaborate) werden eine Ausweitung der Spielmöglichkeiten und die Schaffung einer größeren Spieltiefe angestrebt („engage“ und „collaborate“). Durch das Zusammenspielen mit dem Kind können sich seine Spielfähigkeit, seine Spielfertigkeit und sein Selbstvertrauen entwickeln. Das Ziel besteht am Ende darin, dass das Kind seine Qualitäten in verschiedenen Situationen einbringen kann. Der Therapeut kann auch als Spielkamerad auftreten. Um die sozialen Interaktionen zwischen Kindern anzuregen oder um das Mitwirken eines Kindes zu erleichtern, kann ein Therapeut zu einem der Spieler in einer Gruppe werden, die Spielformen lenken und das Zusammenspiel begleiten. In dieser Rolle sind Beobachtungsgabe sowie das Verstehen und Antizipieren der kindlichen Kommunikationssignale von großer Wichtigkeit.

- Anpassen (adapt): Durch die Schaffung einer ruhigen Spielumwelt, die Anpassung der Spielmaterialien oder die Einführung alternativer Spielformen können die Spielfähigkeit und die Spielpartizipation stimuliert werden.
- Fürsprechen/Förderung der Partizipation (advocate): Auf der Basis der PEO-Analyse kann der Ergotherapeut sich über die Einleitung und spätere Implementierung von Veränderungen in der Klasse oder auf dem Schulhof für das Kind einsetzen. Damit wird eine Situation erzeugt, die dem Kind das Mitspielen erleichtert wird.
- Wissensvermittlung: Durch Vermittlung der Erkenntnisse zur Spielfähigkeit und Spielentwicklung des Kindes an die Eltern (educate) können diese bewusst Spiele auswählen und in ihr tägliches Leben integrieren. Zudem wird nach einer optimalen Einrichtung der Räumlichkeiten und nach geeigneten Zeitpunkten für das Spiel gesucht.
- Coaching: Mit Blick auf die Familie schaut man nach den Normen, Werten, Gewohnheiten und kulturellen Aspekten, die für die Familie und das Kind wichtig sind und deren Wirkung auf das Spielen. Die Eltern werden danach darin unterstützt, ihren Kindern eine Umwelt zu bieten, in der Spielen möglich wird.

16.3.9 Fertigkeiten auf der Ebene der Organisationen

Die regulären Grundschulen, „breitgefächerte“ Schulen, die in den Niederlande im Interesse von Zuwanderern oder sozial schwachen Familien mehr anbieten als nur Unterricht, oder Einrichtungen für Kinder mit mehrfachen Beeinträchtigungen ziehen Ergotherapeuten etwa zu Fragen der Schulhofgestaltung hinzu (Bundy et al. 2008). Die Entwicklung eines auf das Zusammenspiel oder die Stimulation des Draußenspiels zur Adipositasprävention gerichteten Programms sind Themen, welche Ergotherapeuten dabei in den Fokus nehmen, um sowohl dem Spiel als auch dem Thema Geltung zu verschaffen. Die Ergotherapeuten setzen sich z. B. für die Zugänglichkeit von öffentlichen Spielplätzen, Freizeit- und Vergnügungspark, Bibliotheken, Kinderbauernhöfen oder Tiergärten ein.

Auch Kinderkrippen, Kindertagesstätten oder spezielle Wohnformen werden von Ergotherapeuten hinsichtlich des Einsatzes von Spiel- und Entspannungsmaterialien und entsprechenden Aktivitäten beraten.

Das Coaching und die Aufklärung der Eltern sollten zu besseren Spielbedingungen der Kinder in der häuslichen Umwelt, in der Schule und im Wohnviertel führen. In der Zusammenarbeit mit den Eltern können Ideen ausgetauscht werden und sie können angeregt werden, sich an Elterninitiativen zu beteiligen.

Der Spielplatz

Der 6-jährige Dani leidet unter einer Muskelerkrankung. In den Pausen spielt er gerne auf dem Schulhof. Es gibt dort ein Klettergestell und eine Rutsche. In einem Schuppen stehen weitere Spielgeräte, die man sich in der großen Pause nehmen darf. Eine Ergotherapeutin bespricht mit Dani und seiner Lehrerin verschiedene Fragen zu seinen Spielmöglichkeiten, Spielinteressen und der Spielumwelt.

Dani fährt gerne Rad und dürfte auch klettern, doch hat er Angst, dass andere Kinder ihn drängeln, wenn er nicht schnell genug ist. Die Vorstellung, mit einem Ball zu spielen, gefällt ihm und er glaubt, dass er das gut kann. Zusammen mit der Ergotherapeutin überlegen sie sich verschiedene Möglichkeiten, wobei sie von dem ausgehen, was Dani Spaß macht und worin er gut ist. Die Lösungsmöglichkeiten besprechen sie dann mit seiner Lehrerin.

An der Rutsche sind fünf Kreise eingezeichnet, sodass dort fünf Kinder stehen können. Ein Kind darf erst hochklettern, wenn das vorherige Kind oben ist und rutschbereit dort sitzt. Vor der Pause wird abgestimmt, welche drei Dinge aus dem Schuppen geholt werden sollen. Dadurch wird die Vielfalt der Spielmöglichkeiten vergrößert.

Dani überlegt sich mit einem Freund drei Ballspiele, die er gut kann. Sie stellen gemeinsam eine Gruppe auf die Beine, die mitmachen möchte. Danis Lehrerin bespricht unterdessen mit dem Schuldirektor den Investitionsspielraum für ein neues Klettergerüst mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden. Die Ergotherapeutin bringt zusätzliche Ideen ein und schlägt interessante Webseiten vor. Auf dem Hof wird ein „Weg“ eingezeichnet, auf dem zwei Fahrräder fahren können.

Zwei Monate später besucht die Ergotherapeutin erneut die Schule. Sie erkundigt sich bei Dani, wie es jetzt mit dem Draußenspiel funktioniere. Die Aufteilung des Schulhofgeländes war eine gute Lösung. Den Kindern gefällt es, dass sie mitbestimmen können, welche Materialien aus dem Schuppen geholt werden und Dani kann sich an mehr Spielen beteiligen. Inzwischen liegt dem Direktor auch ein Angebot über ein neues Klettergerüst vor.

16.3.10 Fertigkeiten auf der Ebene der Populationen

Auf der Ebene der Populationen sind die Dienste von Ergotherapeuten in den „Problemvierteln“ gefragt. In den Niederlanden wurde seit dem 4. Regierungskabinett um Ministerpräsident Balkenende (2007–2010) in solchen Vierteln viel investiert, um den sich häufenden sozialen, physischen und ökonomischen Problemen an diesen Brennpunkten etwas entgegenzusetzen. Auf Basis der Bedürfnisse von Familien, Kindern und Schulen eines Viertels wurde geschaut, welche Spielbedürfnisse es gibt. Es gab Informationen im Viertel über geeignete Spielmaterialien für Kinder (Hofstede 2010). Ergotherapeuten mit speziellen Fachkenntnissen sammelten zusammen mit den Betreuern einer Kindergruppe mit Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis Ideen zu verschiedenen Spielformen und zur Förderung ihrer Spielfähigkeit.

Patientenvereinigungen werden bei der Formulierung der Werte des Spielens unterstützt, sodass man gemeinsam für die Rechte des Kindes eintreten kann.

Die Spielplatzbande

Die Spielplatzbande entspringt dem Projekt „Zusammen spielen“, das die Initiative einer niederländischen Stiftung für behinderte Kinder ist. Die „Bande“ besteht aus einem Testteam aus Kindern mit und ohne Behinderung. Ziel des Projektes ist es, Spielplätze in den Niederlanden so anzupassen, dass Kinder mit und ohne Behinderung dort zusammen spielen können.

Spielen wurde in der UN-Kinderrechtskonvention als universelles Recht jedes Kindes festgelegt. In dieser Konvention sind alle Rechte eines Kindes aufgeführt, worunter auch die Rechte auf Spiel und Freizeit fallen (www.kinderrechte.de).

Mithilfe der Gesetze und Regelwerke können sich Ergotherapeuten für die Partizipation von Kindern starkmachen, die aus welchen Gründen auch immer nicht mitspielen können. Es kann nach Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Organisationen, die sich für die Kindsrechte einsetzen, und Einrichtungen, die für und mit Kindern arbeiten, gesucht werden, wie z. B. UNICEF oder WarChild.

Um gemeinsam einen Mehrwert für Kindergruppen zu erreichen und die richtigen Professionals mit ins Boot zu holen, werden Ergotherapeuten in die Entwicklung der Versorgungsteams aber auch auf der kommunalen Ebene einbezogen. Dadurch können die Versorgung der Kinder und ihrer Systeme und die gemeindenahere Arbeit weiter intensiviert werden und der Ergotherapeut kann seine Fachkompetenz im Hinblick auf das Spielen und die Partizipation einbringen. Ein engagierter Ergotherapeut setzt dabei ein breites Netzwerk ein, um kreative Kräfte zu bündeln.

16.3.11 Diskussion

Dieser Abschnitt hat gezeigt, wie wichtig das Spielen für die Entwicklung des Betätigten (occupational development) und das Erleben von Gesundheit und Wohlbefinden ist. Die Spielformen und der Kontext sind veränderlich. Die Familien haben mehr zu bewältigen und zu organisieren, wodurch weniger Zeit und Freiraum für spontanes, selbst initiiertes Spielen bleiben. Ergotherapeuten sind in der Position, das Spielen zu fördern und können dabei Kinder, Organisationen und Populationen unterstützen.

Um das Spiel als Betätigungsbereich zu explorieren, werden Instrumente entwickelt, welche die Spielfähigkeit und die Bedeutung des Spiels für ein Kind zu bestimmen suchen. Um zuverlässige und valide Instrumente zu erhalten, sind jedoch klinimetrische Tests erforderlich. Die Förderung der Spielpartizipation bietet in einem breiteren Zusammenhang gute Profilierungsmöglichkeiten. Interventionen, die auf Organisationen und Populationen gerichtet sind, erzeugen eine größere Wirkung, da sie größere Menschengruppen erreichen können (Hartingsveldt et al. 2014). Ergotherapeuten, die bereits in einem Viertel bekannt und etabliert sind, können diese Entwicklungen wohl leichter anstoßen, als Therapeuten, die innerhäuslich arbeiten wie z. B. in einem Rehazentrum oder in einem Krankenhaus.

Ergotherapeuten haben vor allem Kinder mit Beeinträchtigungen im Blick, doch haben letztlich alle Kinder ein Anrecht auf Spielen. Das Streben nach gleichen Rechten und Inklusion aller Kinder ist eine große Herausforderung. Die Entwicklung von Spielprogrammen für Kinder in Grundschulen aber auch für die Kinder in Asylbewerberheimen oder in Vierteln, wo Kinder sich langweilen können, gehört zu den Möglichkeiten, etwas dagegen zu tun.

16.4 Freizeitgestaltung

Plötzlich machte es keinen Spaß mehr

„Warum hat man mich nicht verstanden? Am schlimmsten fand ich es, dass niemand verstand, weshalb ich so reagierte.“ Diese Aussagen ließ sich ein bekannter Moderator entlocken, der offenbar sauer und frustriert war. Man nannte ihn sogar „einen alten Nörgler“. „Stellen Sie sich vor, man nimmt einem Maler seinen Pinsel weg und sagt, dass er nicht mehr malen darf. Dann hat er auch die Nase voll. Dann nimmt man ihm etwas, das er sehr gerne tut. Auf einmal musste ich das, was ich am liebsten tue, aufgeben. Alles, was ich je getan habe, hab ich nie als Arbeit betrachtet, weil es einfach mein Leben war. Es gehörte zu mir. Ich hatte das Talent dazu und habe es gut eingesetzt, beinahe so, wie ein Maler mit seinem Talent umgeht.“

Es gab für diesen Moderator keinen Platz mehr, obwohl niemand auf so hohe Einschaltquoten kam wie er. Henny Huisman musste weichen und war enttäuscht. „Was ich am liebsten tue, ist Fernsehen machen und plötzlich war ich dessen beraubt. Warum verstand das niemand und warum wurde ich so hingestellt, als müsste ich unbedingt im Rampenlicht stehen? Warum versteht mich niemand?“ (Hoebe 2011)

16.4.1 Einleitung

Was bedeutet „Freizeitgestaltung“ eigentlich? Warum fallen viele Menschen, die nicht mehr arbeiten können, dürfen oder müssen in ein Loch? Wie kommt es, dass die Menschen Schwierigkeiten damit haben können, ihren Tag und/oder ihre Freizeit zu gestalten, wenn sie aufgrund einer Erkrankung, einer Kündigung oder des Eintritts in das Rentenalter nicht mehr arbeiten? Diese Fragen lassen sich am besten beantworten, wenn der Ergotherapeut dieses Thema tatsächlich bei der Intervention in den Mittelpunkt stellt. In diesem Abschnitt wird gezeigt, wie die Freizeitgestaltung die Qualität der gesellschaftlichen Teilhabe des Klienten verbessern kann.

Die AOTA beschreibt in ihrem Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) die Freizeitgestaltung als eine nicht verpflichtende Aktivität, die einem inneren Antrieb, einem Beteiligtsein und der Entscheidungsfreiheit entspringt (AOTA 2014). Auch Sellar und Stanley (2010) definieren Freizeit einfach als jede Zeit, die frei von den Notwendigkeiten des Lebens und den beruflichen oder familiären und haushaltlichen Pflichten ist. Die freie Zeit ist jene Zeit, in der man frei entscheidet, welche Aktivität man ausführen möchte.

16.4.2 Der Wert der freien Zeit

Steve Henry und David Alberts haben gemeinsam das Projekt „You are really rich“ ins Leben gerufen, in dem sie Menschen dazu ermutigen wollen, einem Verlust nicht zu lange nachzutruern, sondern sich auf das zu besinnen, was sie haben (Henry 2010). In Zusammenarbeit mit Forschern von „Brainjuicer“ befragten sie eine repräsentative Gruppe aus 1000 Personen. Die Befragten mussten 50 verschiedene Erlebnisse und Lebenssituationen auf einer zehnteiligen Gefühlsskala bewerten, je nachdem wie viel Genugtuung ihnen die jeweilige Sache verschafft. Zum Vergleich gaben die Befragten auf einer weiteren Skala an, wie glücklich sie verschiedenen hohe Lottogewinne machen würden (z. B. 10.000 oder 100.000 €). Durch die Mittelung der verschiedenen Beurteilungen und Vergleiche konnten die Untersucher abschätzen, welcher Geldwert den eigentlich unbezahlbaren Dingen zugemessen wurde.

Das innige Zusammensein (115.731 €) an einem sonnigen Tag (98.586 €) an frischer Luft (81.741 €) im Urlaub (100.935 €) mit jemandem, der einen liebt (181.413 €), ist insgesamt 578.406 € wert. Wenn dies schöne Erinnerungen hervorruft, kommen noch einmal 88.461 € hinzu (► Abb. 16.3).

Aus dieser Untersuchung wird ersichtlich, dass ein Bäcker reicher sein kann als ein Banker und eine Mutter mit einer Beeinträchtigung reicher als ein Ergotherapeut. Im Vergleich zu anderen wissenschaftlichen Arbeiten mag diese Arbeit von Henry und Alberts nicht ganz wasserdicht und nicht hinreichend sorgfältig ausgewertet sein. Doch ihre Intention unterscheidet sich von der der meisten Wissenschaftler, die Empfehlungen für gesellschaftliche Konzepte abgeben wollen, während Henry und Alberts eine gesellschaftliche Debatte lostreten möchten, die den Wert der alltäglichen Freuden, die jeder genießen kann, bemisst und die wir zumeist als selbstverständlich erleben.

16.4.3 Freie Zeit für jeden

Freizeit ist ein weiter Begriff. Der eine hat etwas mehr davon, der andere weniger, und jeder füllt diese Zeit anders aus, mit Sport, auswärts essen gehen, Urlaub machen, Kultur genießen, Natur genießen oder einen schönen Stadtbummel erleben, einfach Dinge tun, die man schön findet. Es ist eine gute Methode, sich zu entspannen, sich Inspiration zu holen, Energie zu tanken, Zeit mit anderen zu verbringen und neuen Menschen zu begegnen. Dies alles trifft auch auf Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu. Daher ist es wichtig, dass alle Maßnahmen und Einrichtungen auch für jeden Menschen erreichbar bzw. zugänglich sind (Zet 2015). Beim Thema der Zugänglichkeit von Freizeiteinrichtungen denkt man schnell an Rollstühle, Behindertentoiletten und Treppenaufzüge, doch laut der Organisation Zet ist die Zahl der Maßnahmen wesentlich größer. Man denke etwa an die Mar-

16.4 Freizeitgestaltung

Plötzlich machte es keinen Spaß mehr

„Warum hat man mich nicht verstanden? Am schlimmsten fand ich es, dass niemand verstand, weshalb ich so reagierte.“ Diese Aussagen ließ sich ein bekannter Moderator entlocken, der offenbar sauer und frustriert war. Man nannte ihn sogar „einen alten Nörgler“. „Stellen Sie sich vor, man nimmt einem Maler seinen Pinsel weg und sagt, dass er nicht mehr malen darf. Dann hat er auch die Nase voll. Dann nimmt man ihm etwas, das er sehr gerne tut. Auf einmal musste ich das, was ich am liebsten tue, aufgeben. Alles, was ich je getan habe, hab ich nie als Arbeit betrachtet, weil es einfach mein Leben war. Es gehörte zu mir. Ich hatte das Talent dazu und habe es gut eingesetzt, beinahe so, wie ein Maler mit seinem Talent umgeht.“

Es gab für diesen Moderator keinen Platz mehr, obwohl niemand auf so hohe Einschaltquoten kam wie er. Henny Huisman musste weichen und war enttäuscht. „Was ich am liebsten tue, ist Fernsehen machen und plötzlich war ich dessen beraubt. Warum verstand das niemand und warum wurde ich so hingestellt, als müsste ich unbedingt im Rampenlicht stehen? Warum versteht mich niemand?“ (Hoebe 2011)

16.4.1 Einleitung

Was bedeutet „Freizeitgestaltung“ eigentlich? Warum fallen viele Menschen, die nicht mehr arbeiten können, dürfen oder müssen in ein Loch? Wie kommt es, dass die Menschen Schwierigkeiten damit haben können, ihren Tag und/oder ihre Freizeit zu gestalten, wenn sie aufgrund einer Erkrankung, einer Kündigung oder des Eintritts in das Rentenalter nicht mehr arbeiten? Diese Fragen lassen sich am besten beantworten, wenn der Ergotherapeut dieses Thema tatsächlich bei der Intervention in den Mittelpunkt stellt. In diesem Abschnitt wird gezeigt, wie die Freizeitgestaltung die Qualität der gesellschaftlichen Teilhabe des Klienten verbessern kann.

Die AOTA beschreibt in ihrem Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) die Freizeitgestaltung als eine nicht verpflichtende Aktivität, die einem inneren Antrieb, einem Beteiligtsein und der Entscheidungsfreiheit entspringt (AOTA 2014). Auch Sellar und Stanley (2010) definieren Freizeit einfach als jede Zeit, die frei von den Notwendigkeiten des Lebens und den beruflichen oder familiären und haushaltlichen Pflichten ist. Die freie Zeit ist jene Zeit, in der man frei entscheidet, welche Aktivität man ausführen möchte.

16.4.2 Der Wert der freien Zeit

Steve Henry und David Alberts haben gemeinsam das Projekt „You are really rich“ ins Leben gerufen, in dem sie Menschen dazu ermutigen wollen, einem Verlust nicht zu lange nachzutruern, sondern sich auf das zu besinnen, was sie haben (Henry 2010). In Zusammenarbeit mit Forschern von „Brainjuicer“ befragten sie eine repräsentative Gruppe aus 1000 Personen. Die Befragten mussten 50 verschiedene Erlebnisse und Lebenssituationen auf einer zehnteiligen Gefühlsskala bewerten, je nachdem wie viel Genugtuung ihnen die jeweilige Sache verschafft. Zum Vergleich gaben die Befragten auf einer weiteren Skala an, wie glücklich sie verschiedenen hohe Lottogewinne machen würden (z. B. 10.000 oder 100.000 €). Durch die Mittelung der verschiedenen Beurteilungen und Vergleiche konnten die Untersucher abschätzen, welcher Geldwert den eigentlich unbezahlbaren Dingen zugemessen wurde.

Das innige Zusammensein (115.731 €) an einem sonnigen Tag (98.586 €) an frischer Luft (81.741 €) im Urlaub (100.935 €) mit jemandem, der einen liebt (181.413 €), ist insgesamt 578.406 € wert. Wenn dies schöne Erinnerungen hervorruft, kommen noch einmal 88.461 € hinzu (► Abb. 16.3).

Aus dieser Untersuchung wird ersichtlich, dass ein Bäcker reicher sein kann als ein Banker und eine Mutter mit einer Beeinträchtigung reicher als ein Ergotherapeut. Im Vergleich zu anderen wissenschaftlichen Arbeiten mag diese Arbeit von Henry und Alberts nicht ganz wasserdicht und nicht hinreichend sorgfältig ausgewertet sein. Doch ihre Intention unterscheidet sich von der der meisten Wissenschaftler, die Empfehlungen für gesellschaftliche Konzepte abgeben wollen, während Henry und Alberts eine gesellschaftliche Debatte lostreten möchten, die den Wert der alltäglichen Freuden, die jeder genießen kann, bemisst und die wir zumeist als selbstverständlich erleben.

16.4.3 Freie Zeit für jeden

Freizeit ist ein weiter Begriff. Der eine hat etwas mehr davon, der andere weniger, und jeder füllt diese Zeit anders aus, mit Sport, auswärts essen gehen, Urlaub machen, Kultur genießen, Natur genießen oder einen schönen Stadtbummel erleben, einfach Dinge tun, die man schön findet. Es ist eine gute Methode, sich zu entspannen, sich Inspiration zu holen, Energie zu tanken, Zeit mit anderen zu verbringen und neuen Menschen zu begegnen. Dies alles trifft auch auf Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu. Daher ist es wichtig, dass alle Maßnahmen und Einrichtungen auch für jeden Menschen erreichbar bzw. zugänglich sind (Zet 2015). Beim Thema der Zugänglichkeit von Freizeiteinrichtungen denkt man schnell an Rollstühle, Behindertentoiletten und Treppenaufzüge, doch laut der Organisation Zet ist die Zahl der Maßnahmen wesentlich größer. Man denke etwa an die Mar-

kierungen für Personen mit Sehstörungen, eine Trinkschüssel für den Blindenhund oder eine induktive Höranlage (Ringsschleifenanlage) im Theater. Es kann sich dabei um recht geringfügige Investitionen handeln, die den Gästen jedoch viel bedeuten. Oftmals sind es gar nicht mal die physischen Eingriffe, die den Unterschied ausmachen, sondern die Behandlung der Betroffenen. Letztlich ist es eine Frage der Gastfreundlichkeit, der Maßarbeit und der Qualität. Das ist es, was sich am Ende ein jeder wünscht.

Es muss noch viel passieren

Die Organisation Zet (2015) beschreibt auch, dass in den neuen Verwaltungsverordnungen der niederländischen Region Brabant dem gemeinsamen Tun viel Platz eingeräumt wurde. Henri Swinkels, Regionalabgeordneter für Lebensqualität und Kultur in der Provinz Nord-Brabant sagte: „Das gemeinsame Tun beginnt bei der Mitarbeit und eine Voraussetzung dafür ist die Zugänglichkeit.“ Neben den Personen mit einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung spricht Swinkels damit noch eine große Klientengruppe an, die kein selbstverständlicher Teil im Zusammenleben ist, nämlich Personen mit finanziellen Schwierigkeiten. „Armut hindert Menschen ebenso sehr am gemeinsamen Tun, was auch für die Bereiche Sport, Kultur und andere Formen der Freizeitgestaltung gilt.“ In dieser Hinsicht betrachtet Swinkels Armut auch als Behinderungsform und Quelle für Exklusion. „Es ist wichtig, dass wir auch diese Menschen nicht aus den Augen verlieren. Denn wie eine Behinderung macht auch Armut nie Urlaub.“

Auch hinsichtlich der Zugänglichkeit kann man von den Nachbarländern lernen. In Belgien ist sie ein Schwerpunkt der Politik, und die Unternehmen werden aktiv zur Erhöhung der Zugänglichkeit angeregt und dabei auch von den Behörden unterstützt. Für Mieke Broeders, die an der Umsetzung mitwirkt, ist es auch eine Frage von Normalität: „Mein Motto ist: Mach es für jeden einladend und zugänglich“ (Zet 2015).

16.4.4 Freizeitgestaltung und Bausteine für Glücksmomente

In den Niederlanden ist der Fahrradverband (Algemene Nederlandse Wielrijders Bond, ANWB) mit 4,1 Millionen Mitgliedern der größte Verein. Man denkt zunächst an Fahrradfahrer, doch hat er sich im 20. Jahrhundert auch für Autofahrer, Wanderer, Reiter, Motorradfahrer, Wassersportler, Wintersportler und Camper geöffnet und den Pannendienst hinzugenommen, wodurch er mit dem deutschen ADAC vergleichbar ist. Doch der ANWB tut noch mehr, wie z. B. die Organisation von Ausflügen.

1. gute Gesundheit: € 198.649	26. einen faulen Tag: € 59.871
2. ein „Ich liebe Dich“ hören: € 181.413	27. lesen: € 59.026
3. eine stabile Beziehung: € 170.334	28. anstehendes Wochenende: € 54.740
4. ein friedliches und sicheres Land: € 142.393	29. eine spontane Unternehmung: € 52.281
5. eigene Kinder: € 135.951	30. Spaziergang im Park: € 51.708
6. Zeit mit der Familie verbringen: € 121.052	31. Feierabend: € 49.861
7. lachen: € 118.823	32. Schönheit genießen: € 45.888
8. körperliche Nähe/Sex: € 115.731	33. Schokolade essen: € 44.889
9. in Urlaub fahren: € 100.935	34. gut aussehen: € 41.332
10. Stille und Ruhe genießen: € 98.811	35. gutes Arbeitsklima: € 40.952
11. die Möglichkeit, schönes Wetter draußen zu nutzen: € 98.586	36. sich fit und kräftig fühlen: € 40.667
12. ein Ausflug aufs Land: € 96.885	37. ein Geschenk erhalten: € 40.376
13. Zeit für sich selbst haben: € 88.614	38. Religion leben: € 40.183
14. schöne Erlebnisse: € 88.461	39. Geburtstag haben: € 39.096
15. Haustiere: € 86.504	40. liebe Nachbarn: € 37.068
16. draußen sein: € 81.741	41. etwas für die Gemeinschaft tun: € 37.032
17. etwas fachkundig produzieren: € 77.744	42. kochen: € 35.142
18. Hobby: € 77.045	43. Musik machen: € 33.009
19. Musik hören: € 75.705	44. sich am Lieblingsgetränk erfreuen: € 32.616
20. Freunde treffen: € 69.582	45. die Lieblingsmannschaft anfeuern: € 32.010
21. „Zu Hause ist es am schönsten.“: € 68.963	46. Mannschaftssport: € 25.823
22. etwas Neues lernen: € 66.188	47. ins Kino gehen: € 23.777
23. gut speisen: € 64.505	48. der Morgen: € 19.417
24. kreativ sein: € 62.783	49. mit Freunden durch die Kneipen ziehen: € 14.652
25. jemandem einen Gefallen tun: € 62.711	50. das Stadtleben: € 12.304

Abb. 16.3 Preisliste für Unbezahlbares (Henry 2010).

Nach Van Berkel können Ausflüge Glücksmomente beschern. Wie befriedigend diese sein können, hat der ANWB 2015 untersucht. Eine Studie des Centre of Expertise Leisure, Tourism and Hospitality (CELTH) hat nach den Faktoren für das Erleben eines Glücksmomentes gesucht: Die „sorgenfreie“ Teilnahme an Ausflügen und das Wissen, dass alles gut geregelt ist, dass man gastfreundlich aufgenommen wird, dass auf einen gezählt wird und dass man dazugehört. Daneben weist die Untersuchung auf drei wichtige Bausteine für Glücksmomente hin, die menschlichen Bedürfnissen entsprechen:

- „Miteinander verbunden zu sein“ wird im Zusammenhang mit der Familie meistens als sehr wichtig empfunden. Man denke dabei an den Großvater, der von früher erzählt, und dadurch zusammen mit der Familie die Geschichte wiederbelebt.

- „Wahrnehmen und staunen“: Menschen lassen sich gerne in Staunen versetzen.
- „Frei und entspannt“: den Zwängen des Alltags entfliehen und Dinge ohne Beeinträchtigungen erleben können (Zet 2015).

Im letzten Baustein scheint wieder die Anforderung für Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung durch, meint Van Berkel: „Von ihnen wird erwartet, dass sie sich ihrer Möglichkeiten bewusst sind, da ansonsten Unsicherheiten die Folge wären und das Risiko für unerwartete Schwierigkeiten bestünde. Unruhe ist nicht das, was man bei einem unbeschwerten Ausflug erleben will.“

Der Tagesausflug

Im April 2016 hab ich über die Ergotherapie mit einem 65-jährigen einsamen Mann einen Ausflug in das Marinemuseum von Den Helder unternommen. Er konnte mit seinem Behindertenfahrzeug verschiedene Abschnitte des Museums gar nicht besuchen. Einige Museumsteile waren aber mit einem problemlos verfügbaren Rollstuhl des Museums zugänglich. Freiwillige des Museums halfen ihm sehr freundlich durch Einsatz eines Warenhebers. An diesem Vormittag hörte ich ihn mehrfach sagen. „Sie können jetzt aber wieder hineingehen.“ Am besten ist mir jedoch sein enttäushtes Gesicht darüber in Erinnerung geblieben, dass es ihm nicht möglich war, eine Tasse Kaffee auf dem Restaurantschiff zu trinken. Nach dem soundsovielten Hindernis haben wir schließlich in der Nähe des Museums ein Restaurant gefunden, wo wir einen Kaffee trinken konnten. Sein Behindertenfahrzeug konnte verständlicherweise nicht mit hineingenommen werden und musste draußen stehen bleiben. Mit der Hilfe eines anderen Mannes konnten wir ihn schließlich nach drinnen führen. Jetzt konnte ich plötzlich nachempfinden, warum er schon vor drei Wochen erklärte, wenig Interesse daran zu haben, das Haus zu verlassen. Zugrunde lag wohl an erster Stelle kein Motivationsproblem. Vielmehr schienen die zahlreichen Hindernisse in der Gesellschaft der Grund dafür gewesen zu sein.

16.4.5 Freie Zeit als übrige Zeit, Aktivität oder Erfahrung

Für viele Menschen ist ihre freie Zeit ein ganz zentraler und sehr wertgeschätzter Teil ihres Lebens. Sie hilft den Menschen, Stress abzubauen, trägt zur Identitätsstiftung bei und bietet Möglichkeiten für ein Betätigungsgleichgewicht (occupational balance) und für Wohlbefinden (Bona 2000). In unserer westlichen Welt mit der arbeitsbezogenen Kultur wird die Freizeitgestaltung weniger wichtig genommen als die Arbeit und von jeher als hedonistisch, unproduktiv und selbstbezogen betrachtet. Bis zu einem

gewissen Punkt entspricht das auch der Vorstellung in der Ergotherapie, wo mehr Nachdruck auf die Belange der Arbeit anstelle der freien Zeit gegeben wird und indem man sich auf die Assessments und Interventionen aus den Bereichen Lernen/Arbeiten und Wohnen/Versorgen konzentriert (Sellar u. Stanley 2010). Dies führte dazu, dass die freie Zeit weniger Beachtung findet, als ihr gebührt. Sellar und Stanley zeigten drei Sichtweisen auf den Begriff der Freizeit auf: freie Zeit als übrige Zeit, als Aktivität oder als Erfahrung.

Freie Zeit als übrige Zeit

Die freie Zeit als übrige Zeit zu betrachten, ist vielleicht der gängigste Blick auf die Freizeit. Die „übrige Zeit“ meint die Zeitspanne, die frei von den Notwendigkeiten des Lebens und den beruflichen oder familiären und haushaltlichen Pflichten ist. Dabei geht man davon aus, dass sich Zeit klar in produktive Zeit und freie Zeit einteilen lässt und dass zu jedem Zeitpunkt immer nur eine Aktivität ausgeführt wird.

Doch bei der freien Zeit als „übrige Zeit“ gibt es auch eine andere Seite. Personen, die keine Möglichkeiten zur Fortbewegung haben, kein Geld und keine sozialen Unterstützungsangebote oder Netzwerke nutzen können, ist freie Zeit alles andere als entspannend. Arbeitslose, ältere Menschen, Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Menschen auf der Flucht fühlen sich häufig einem Übermaß an freier Zeit ausgesetzt (Sellar u. Stanley 2010). Menschen können sich in ihrer freien Zeit auch langweilen. Eine qualitative Studie unter Jugendlichen in Südafrika zeigt, dass sie dort oft nichts zu tun haben. Das soziale Milieu, dem sie entstammen, trägt zur Betätigungsdeprivation (occupational deprivation) und zu einem fehlenden Gleichgewicht in der Zeitstrukturierung bei, wodurch sie wenig tun und die Langeweile unterhalten wird. Die Teilnehmer an der Studie hingen viel auf der Straße herum, was die Sozialisierung möglich macht, aber auch der Langeweile Vorschub leistet. Langeweile in der freien Zeit hat auch Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Eine ergotherapeutische Intervention, die sich auf eine Ausfüllung der Tagesstruktur konzentriert, kann einen positiven Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden leisten, sodass die Menschen wieder in der Lage sind, an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen (Wegner 2011).

Freie Zeit als Aktivität

Freie Zeit lässt sich auch als Aktivität beschreiben, die der Entspannung des Individuums, der Gemeinschaft oder der Gesellschaft gewidmet ist. Eine Schwierigkeit bei der Betrachtung der freien Zeit als Form der Aktivität besteht darin, dass die psychosozialen und die Umweltfaktoren, die darauf Einfluss nehmen, wie wir uns während der Ausübung einer Freizeitaktivität fühlen, nicht berücksichtigt werden. Das Genießen des Zusammenseins mit

Freunden kann auch als freie Zeit umschrieben werden. Auf der anderen Seite kann die Teilnahme an einer verpflichtenden Zusammenkunft mit einem Freund oder einem Familienmitglied auch überhaupt nicht entspannend sein. Man kann dies auch als Produktivität zur Unterhaltung familiärer und sozialer Kontakte umschreiben (Sellar u. Stanley 2010).

Freie Zeit als Erfahrung

Freie Zeit kann überall und in jedem Moment des Betätigens erlebt werden, solange das Individuum subjektiv das Gefühl von freier Zeit hat. Es geht um die erfahrene Bedeutung der Aktivität für die betreffende Person (Sellar u. Stanley 2010).

16.4.6 Zeitstrukturierung

Die durchschnittlich kürzeste Arbeitswoche europaweit findet man mit 30,2 Stunden in den Niederlanden. Die Isländer sind die Fleißigsten in Europa – sie arbeiten durchschnittlich 45,5 Jahre lang 39,7 Stunden pro Woche. Deutschland und Österreich liegen in allen Belangen im europäischen Mittelfeld. In den Niederlanden werden täglich im Mittel 4 Stunden und 3 Minuten mit Fernsehen, Lesen, Radio oder Musik hören, Beschäftigung am Computer, Computerspielen, Hobbys und Spielen, Sport und Bewegung, Kultur und Vergnügungen und Entspannung verbracht. Das sind durchschnittlich pro Tag 16 Minuten mehr als in den anderen untersuchten europäischen Staaten. Niederländer legen viel Wert auf ihre freie Zeit. Neben den sozialen Kontakten sind für sie Entspannung und Hobbys die wichtigsten Dinge im Leben. Ausreichend freie Zeit zur Verfügung zu haben wird von 92 % der Niederländer als unerlässlich für ein gutes Leben erachtet (Cloin et al. 2011).

16.4.7 Die „Freizeiterfahrung“

Das Erleben der freien Zeit ist etwas ganz Persönliches. Die folgenden fünf Punkte spielen bei dem Erfahren von freier Zeit eine Rolle (Sellar u. Stanley 2010).

Erfahren von freier Zeit

Ein wichtiger Aspekt von Freizeit ist es, dass Menschen sie als Freiheit empfinden und also keine Verpflichtungen haben. Sie gibt Menschen die Gelegenheit, ihre eigene Wahl darüber zu treffen, was sie tun wollen und wie sie es tun wollen. Bei einer australischen Untersuchung unter älteren Menschen kam heraus, dass die Teilnehmer ihre Freizeit erst dann wirklich genossen, wenn die Aktivitäten, denen sie nachgingen, einem Ziel dienten oder zu irgendetwas einen Beitrag leisteten. Sie wollten sich die Freizeit verdienen und erleben, dass die freie Zeit produktiv war (Sellar u. Boshoff 2006).

Eine innerliche Erfahrung

Das Beteiligtsein bei der Arbeit, Forschung oder anderen produktiven Aktivitäten erbringt den Menschen eine zusätzliche Belohnung, z. B. in Form eines Gehaltes oder sozialer Anerkennung. Bei der Gestaltung der freien Zeit geht es vor allem um das innere Erleben. Produkte der freien Zeit wie ein Bild, ein gesünderer Körper oder zusätzliches Wissen sind die Ergebnisse von Malen, sportlicher Aktivität oder Lesen, aber nicht der primäre Grund für diese Aktivitäten. Nicht das Ergebnis, sondern die Erfahrung des Prozesses macht den Wert des inneren Erlebens bei der Freizeitgestaltung aus (Sellar u. Stanley 2010).

Genuss und Vergnügen

Freizeitgestaltung ist angenehm, was aber nicht heißt, dass freie Zeit immer nur schön ist. Das Erklimmen eines Berges wie dem Mont Ventoux in Frankreich per Fahrrad ist ganz schön anstrengend, doch sind die Erfahrung, am Gipfel anzukommen, und die nachfolgende Abfahrt so großartig, dass manche Menschen diese Aktivität mit Vergnügen auf sich nehmen (Sellar u. Stanley 2010).

Entspannung

Entspannung ist ein wesentlicher Teil der Freizeitgestaltung und oft Thema, wenn es um die Freizeit geht. Entspannung wird oft eher mit Inaktivität oder Passivität in der freien Zeit in Verbindung gebracht, wie etwa beim Lesen oder beim Ansehen von Filmen. Viele Menschen finden jedoch auch bei aktiven Freizeitaktivitäten Entspannung, wie etwa beim Bergsteigen, bei der Bildhauerei oder bei der Gartenarbeit. Entspannung ist ein wichtiges Ergebnis der Freizeitgestaltung jedoch nicht ihr primäres Ziel. Das Entspannungserlebnis nach einer bewältigten Anspannung ist sekundär, jedoch für viele der Mühen wert.

Flow und Freizeit

Jeder kennt wohl die Momente, in denen die täglichen Aktivitäten aufgrund einer einzigen Erfahrung vergessen werden, ein Moment, bei dem man in einem Ereignis völlig aufgeht und alles um sich herum vergisst, ein Gefühl der Inspiration und angenehmster Betätigung. Diese Augenblicke bezeichnet man als Flow. Emerson (1998) beschreibt, dass die Flow-Theorie gut zu den Zielen der Ergotherapie passt. Csíkszentmihályi ging davon aus, dass die Grundlage des menschlichen Wohlbefindens in der Erfahrung der konzentrierten Arbeit an einer Aufgabe besteht, welche die volle Aufmerksamkeit erfordert. Ein gutes Gleichgewicht zwischen den Anforderungen, die eine Aufgabe mit sich bringt, und den eigenen Fertigkeiten ist dabei im Hinblick auf die freie Zeit von Bedeutung.

Sellar und Stanley (2010) beschrieben eine Studie von Lefevre (1988), wonach Menschen während ihrer Arbeit 54% Flow erleben und 17% während ihrer Freizeit. Daneben erlebten 52% der Teilnehmer Lustlosigkeit in der Freizeit und 16% bei der Arbeit. Trotz dieser Ergebnisse zeigen sich die Menschen in der Freizeit motivierter als während der Arbeit. Warum sind Menschen zu Aktivitäten motiviert, die eher das Erleben von Lustlosigkeit fördern? Eine Theorie dazu ist, dass der Flow physische und psychische Energie verbraucht. Deshalb verfolgen Menschen, wenn sie nicht arbeiten, auch Aktivitäten wie Schlafen, Fernsehen oder Freunde treffen, was ihnen die Möglichkeit bietet, sich zu erholen und neue Kraft zu sammeln.

16.4.8 Betätigungsgleichgewicht (occupational balance): Das Gleichgewicht zwischen Produktivität und freier Zeit

Wilcock führte 1998 den Begriff des Betätigungsgleichgewichtes oder „occupational balance“ ein. Ein solches Gleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit erhält die physische und psychische Gesundheit des Menschen. Die verschiedenen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung rücken dadurch und unter dem Einfluss veränderter Arbeitszeiten mehr in den Vordergrund. Die freie Zeit wird der Arbeitszeit entgegengesetzt. Wer nicht (mehr) aktiv am Arbeitsprozess teilnehmen kann, wie etwa ältere Menschen oder erwerbsunfähige Personen, sieht sich oft einer zwangsmäßigen Freizeit ausgesetzt. Das Ungleichgewicht zwischen der Arbeit und der Freizeit kann aufgrund der herrschenden gesellschaftlichen Norm zu einem unbefriedigenden Gefühl führen, das sich nachteilig auf das Selbstwertgefühl und die persönliche Effektivität auswirken kann. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erzeugt Befriedigung und trägt zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität bei (Rademaker 2003). Majnemer (2010) betont die Wichtigkeit des Betätigungsgleichgewichtes für die ergotherapeutische Intervention. Ergotherapeuten können gemeinsam mit dem Klienten das Gleichgewicht zwischen den verpflichtenden Betätigungen (denen oft in der Ergotherapie der Vorrang eingeräumt wird) und den freiwilligen Betätigungen zur Förderung des Wohlbefindens und der gesellschaftlichen Partizipation stimulieren. Eine selbst gewählte Freizeitaktivität fördert nach Majnemer beim Klienten die Entscheidung und das Gefühl der Kontrolle. Ergotherapeuten verfügen über das Wissen und die Fähigkeiten, um mit Individuen, Organisationen und Populationen zu arbeiten und politische Veränderungen zugunsten der Partizipation von Menschen mit funktionellen Beeinträchtigungen zu initiieren.

Auch Zuzanek (2011) beschreibt, dass sich Ergotherapeuten zusammen mit dem Klienten auf das Erreichen

eines ausgeglichenen Lebensstils, die Strukturierung des Tages und die Lebensqualität konzentrieren können. Ein Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Freizeit und Arbeitszeit ist eine wichtige Voraussetzung, um einen gesunden Lebensstil zu ermöglichen. Überarbeitung erzeugt oftmals erhöhten Stress, der zu klinisch relevanten Überlastungs- oder Spannungssymptomen führen kann. Andererseits kann das Fehlen einer sinnvollen Arbeit oder von Freizeit auch negative gesundheitliche Folgen haben.

16.4.9 Freizeit und die aktuellen Vorstellungen von „tun“, „sein“, „werden“ und „dazugehören“

Freizeit: „tun“ (doing)

Das Konzept des „tun“ ist dem Ergotherapeuten recht nah. Definitionen aus der Praxis richten sich vornehmlich auf die Teilhabe an Aktivitäten, die mit der Arbeit, der Schule, der Selbstversorgung und mit der Freizeit zusammenhängen (Forhan 2010). Für Wilcock (2006) ist es wichtig, dass die Fertigkeiten und Kapazitäten des Klienten auf die Zukunft (bzw. auf zukünftige Betätigungen) ausgerichtet werden. Sie betont, dass Ergotherapeuten eine wichtige Rolle bekleiden und für den Einzelnen hinsichtlich der Freizeitgestaltung sehr wichtig sein können.

Freizeit: „sein“ (being)

Die Rollen, welche sich die Menschen aussuchen oder die sie innehaben, sind eng mit dem „sein“ verbunden. Gesellschaftlich bedeutende Rollen werden oftmals als besonders motivierend und bedeutungsvoll erfahren (Wilcock 2006).

Freizeit: „werden“ (becoming)

Diese Dimension richtet sich auf das Verändern und Entwickeln (Hitch et al. 2014). Dabei geht es um Veränderungen in der Zeit mit Blick auf eine Kontinuität und Weiterentwicklung. Sie richtet sich auf die individuellen Stärken und Schwächen in allen Lebensbereichen und somit auch auf die Freizeitgestaltung (Gunnarsson et al. 2010). Doch geht es hierbei nicht immer um eine Verbesserung, sondern mitunter auch um Selbstbeherrschung und Akzeptanz.

Freizeit: „dazugehören“ (belonging)

Hier geht es nach Hitch et al. (2014) um die sozialen Interaktionen, die gegenseitige Unterstützung, Freundschaft, ein Gefühl der Integration und um die Bestätigung durch andere (Hammell 2004, Lexell et al. 2011, Pickens et al. 2010). Die Zugehörigkeit zu einem sozialen Netzwerk ist dabei wichtig. Gruppenaktivitäten spielen z.B.

für Personen mit schweren psychischen Störungen eine Rolle. Derartige Aktivitäten können für diese Menschen sowohl unter sozialen als auch motivationalen Gesichtspunkten vorteilhaft sein (Alexandratos et al. 2012).

Ein gutes Verständnis für die Dimensionen „tun“, „sein“, „werden“ und „dazugehören“ dient auch hinsichtlich der Begrifflichkeiten dem gemeinsamen Austausch unter Ergotherapeuten, die an der gesellschaftlichen (Re-) Integration und Partizipation, wie etwa bei der Freizeitgestaltung, arbeiten.

16.4.10 Ergotherapeutische Instrumente im Bereich Freizeitgestaltung

Eine Schweizer Forschergruppe untersuchte, inwieweit die Freizeitgestaltung Gegenstand ergotherapeutischer Interventionen ist (Métral et al. 2008). Dabei zeigte sich, dass die Teilhabe an Freizeitaktivitäten bei Personen mit einer Hemiplegie deutlich vermindert ist. Es gab eine große Diskrepanz zwischen den Erfahrungen der Ergotherapeuten und denen der Klienten. Von den teilnehmenden Ergotherapeuten gaben 87 % ab, dass die Freizeitgestaltung zu ihren Therapiezielen gehöre, während diese Ziele den Klienten zufolge von 55 % erreicht würden. Ergotherapeuten glauben, das Thema der Freizeitgestaltung oft mit den Klienten gemeinsam anzugehen, während dies nur bei einer gewissen Zahl an Klienten auch zum Ziel führt.

In den Ergotherapieleitlinien zum Schlaganfall (Steultjens et al. 2013) ist aufgeführt, dass fünf Jahre nach einem Schlaganfall noch 60 % der Klienten auf die eine oder andere Weise in der Ausübung von Entspannungsaktivitäten beeinträchtigt sind (Teasdale u. Engberg 2005). Zudem sind 34 % ein Jahr nach dem Ereignis über ihre Situation im Bereich Entspannung unzufrieden (Hartman-Maier et al. 2007). Zu diesem Zeitpunkt werden von 87 % der Klienten noch Lücken in der Tagesgestaltung berichtet (Eriksson et al. 2012). Bei Klienten nach einem Schlaganfall ist ein signifikanter Rückgang bei der Teilhabe an entspannenden Aktivitäten zu verzeichnen, bei denen die Entspannung durch relativ viel Anspannung erzeugt wird (z. B. Spazieren, Laufen, Schwimmen, Radfahren und Gartenarbeit). Dies wurde durch Einsatz des Activity Card Sort (ACS) ermittelt. Die geringen Teilnehmerzahlen unterschieden nicht zwischen Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildungsniveau oder Funktionsniveau der Klienten. Der Grad des Aktivitätsrückgangs schwankt zwischen einem Viertel und der Hälfte (Hildebrand et al. 2012).

Neben dem ACS stehen dem Ergotherapeuten noch eine Reihe anderer Instrumente zur Informationsgewinnung zum Thema Bedeutung der Freizeitgestaltung gestern, heute und morgen zur Verfügung. Dazu gehören u. a.:

- Modified Interest Checklist (MNPS; Nilsson u. Fisher 2006)

- Children's Leisure Assessment Scale (CLAS; Rosenblum et al. 2010)
- Le Profil du Loisir (Profil der Freizeitgestaltung; Dutil et al. 2007)
- Nottingham Leisure Questionnaire (NLQ; Drummond u. Walker 1995)
- Perceive Recall Plan and Perform System (PRPP; Chapparo u. Ranka 2008)
- Activity Card Sort Nederland (ACS-NL; geplante deutschsprachige Version: www.activity-card-sort.de/index.php?Das-ACS).

16.4.11 Freizeitgestaltung und Partizipationsförderung: Das Partizipationsrad

Jedes Institut, jede Organisation oder Gemeinde kann die Idee des niederländischen Partizipationsrades als Instrument nutzen, um herauszufinden, was eine bestimmte Zielgruppe (z. B. eine Gruppe junger Rollstuhlfahrer, die sich für bessere Möglichkeiten im Behindertensport in ihrer Gemeinde einsetzen) für wichtig hält, was ihre Wünsche und Ziele sind, wie sich optimal mit den Jugendlichen zusammenarbeiten lässt und welche rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet werden sollten, um die Partizipation dieser Zielgruppe zu fördern (Darstellung eines niederländischen Partizipationsrades unter www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-05/participatiewiel-publicatie.pdf; Movisie 2015). In einem Partizipationsrad werden sechs Zielbereiche festgelegt:

1. selbstständiges Funktionieren
2. soziale Kontakte
3. gesellschaftliche Partizipation
4. gesellschaftliche Beiträge
5. Fertigkeiten erlangen
6. bezahlte Arbeit.

Das Rad hilft einem dabei, sich ein besseres Bild von der Person zu machen, Ziele zu formulieren und ein geeignetes Angebot zu entwickeln. Das Partizipationsrad ermöglicht die Kursbestimmung und einen freien Blick auf die Partizipationsmöglichkeiten. Jeder sucht auf seine Weise nach Partizipation. Das Rad hilft dabei, die damit verbundene Diversität und die Ansatzpunkte in Worte zu fassen und übersichtlich darzustellen. Dabei steht der Mensch im Mittelpunkt als Achse des Rades.

Das Rad macht auf einen Blick erkennbar, welche Partizipationsgesetze einander berühren und überlappen. Das WMO und das „Gesetz zum Partizipationsbudget“ berühren einander sogar bei fünf der sechs Ziele in dem Rad. Dadurch wird deutlich, dass eine Zusammenarbeit zwischen kommunalen Behörden viel bringen kann, indem z. B. doppelte Angebote verhindert oder Angebotslücken geschlossen werden. Das Rad zeigt klar die Notwendigkeit der Zusammenarbeit. Daneben können womöglich Doppelfinanzierungen von Aktivitäten verhin-

dert werden, was letztlich zu Einsparungen führt. Die Partizipationsförderung richtet sich in der Praxis an ein breites Spektrum: ökonomische Partizipation, gesellschaftliche Partizipation, politische Partizipation und Klientenpartizipation. Sie betrifft sowohl gefährdete Bürger als auch Personen, die mit beiden Beinen fest im Leben stehen. Es geht um die Stimulation der Menschen zur Aktivität im eigenen Viertel, in der Stadt oder in gesellschaftlichen Organisationen.

Die Eingangsfrage lautet, was kann die Ergotherapie den Klienten bieten und reicht das vorhandene Angebot aus. Es kann auch diskutiert werden, wie Verbindungen zwischen der Politik und der Umsetzung der verschiedenen Interessengruppen hergestellt werden können. Das Partizipationsrad zeigt, wie umfassend der Begriff Partizipation verstanden werden kann und wie die unterschiedlichen Beteiligten einen Beitrag dazu leisten können.

Arp et al. (2015) führten eine Untersuchung an 2008 Klienten der Organisation „Kwintes“ zum Ausmaß ihrer Partizipation durch. Die meisten Teilnehmer zeigten Anzeichen einer sozialen Isolation. Ein Drittel der Klienten erwartete dahin gehend einen Fortschritt, während die Hälfte von einer Stagnation ausging. Neben der weiteren Förderung von Reintegrationsmaßnahmen bedarf es einer größeren Aufmerksamkeit für die Unterstützung und Begleitung von sozial isolierten Personen.

Auch die soziale Isolation älterer Menschen ist schwer zu durchbrechen. Machielse (2015) führte zu diesem Thema eine Studie mit Unterstützung von „Movisie“ durch (www.movisie.nl). Darin geht es um die Wirksamkeit der Hilfe für sozial isolierte Ältere mit hartnäckiger und komplexer Problematik. Machielse meinte dazu: „Es gelingt diesen sozial isolierten Menschen nicht mehr, neue relevante Kontakte zu knüpfen oder sich an sozialen Aktivitäten zu beteiligen. Dafür ist ihre Isolation zu weitgehend. Sie haben sich mit der Zeit an ihre Lage gewöhnt und ihre eigenen Routinen entwickelt, um mit der Situation zurechtzukommen“ (Machielse 2015).

Die älteren Menschen haben sich zurückgezogen und meiden den Kontakt zu anderen, oftmals auch aus Unvermögen: „Sie mussten zu oft erleben, dass es ihnen nicht gelingt, einen Kontakt zu anderen herzustellen. Sie fühlen sich unsicher, unverstanden und wollen nicht immerzu mit ihrem eigenen sozialen Unvermögen konfrontiert werden“ (Machielse 2015).

Die Studie zeigt auch, dass eine soziale Isolation nicht immer durch soziale Interventionen durchbrochen werden kann. Dennoch hat die professionelle Unterstützung für diese älteren Menschen wichtige Folgen. Nach Bool, der als Berater der Studie zur Wirksamkeit sozialer Interventionen tätig war, geht es um Teilbereiche, in denen sich doch ein Effekt erkennen ließ:

„Sozial isolierte Personen verfügen über kein Netzwerk oder irgendeine Form der Unterstützung. Sie sind daher im Bedarfsfall vollständig auf professionelle Hilfe ange-

wiesen. Professionals können praktische Fragen angehen, fungieren als Ansprechpartner und bilden ein Fangnetz.“

Dadurch sind die Älteren ihrem Leben besser gewachsen und eine weitere Verschlechterung der Situation kann verhindert werden. Die Untersuchung zeigt, dass sich der soziale Sektor intensiv der Frage der sozialen Isolation widmen sollte und dass es hier keine einfachen Lösungswege gibt.

Soziale Isolation

In den letzten Jahren wurde vom Ergotherapieverbund Nord-Holland die soziale Isolation von Klienten mit Suchtverhalten und/oder einer Doppeldiagnose angegangen. Es wurden verschiedene Dinge ausprobiert und verschiedene Gruppen ins Leben gerufen wie etwa eine Fitnessgruppe, eine Schwimmgruppe, eine Kreativgruppe und eine Café-Gruppe. Das Durchbrechen der sozialen Isolierung der Betroffenen ist sehr schwierig. Die meisten Aktivitäten wurden inzwischen wieder eingestellt mit Ausnahme der Café-Gruppe. Die Teilhabe an organisierten Aktivitäten in der Gruppe wurde von den meisten Klienten nicht oder kaum durchgehalten. Eine wichtige Ursache dafür könnte sein, dass die meisten Klienten Schwierigkeiten mit den exekutiven Fertigkeiten haben, aber auch soziale Ängste spielen bei vielen Klienten eine große Rolle.

16.4.12 Freizeitgestaltung der Person (und ihres Systems), der Organisation und der Population

Person und ihr System

Bei der ergotherapeutischen Intervention auf der Ebene der Person und ihres Systems wird klientenorientiert gearbeitet. Ausgangspunkte sind dabei die Wünsche und Interessen der Person und ihres Systems. Die Betätigungen im Rahmen der Freizeitgestaltung sind dabei zugleich Mittel und Ziel der Intervention (occupation as means and end; Polatajko et al. 2013). Bei der Intervention wird auf den Zeitaspekt, die Anpassung der Umwelt und/oder des Betätigens sowie auf den Ersatz von Aktivitäten geachtet. Bei dem zeitlichen Aspekt geht es darum, wie ein Mensch seine Zeit im Laufe des Tages verbringt und/oder wie sich zeitliche Freiräume zur Freizeitgestaltung schaffen lassen (occupational balance; Hulstein-Van Gennep u. Hove-Moerdijk 2008).

Mieke

Mieke besucht inzwischen bereits sechs Wochen regelmäßig die Café-Gruppe im Gemeindezentrum 't Ambacht. Die Gruppe wird von einer Ergotherapeutin des Ergotherapieverbundes Nord-Holland unterstützt. Bei den Treffen berichtet sie von ihrem Wunsch, mehr unter Menschen zu sein. Mieke fühlt sich zu Hause sehr einsam. Neben einer Angststörung hat sie auch eine Medikamentenabhängigkeit infolge einer Morphinsucht entwickelt.

In den ersten Wochen war Mieke bei den Gruppentreffen sehr unsicher und nervös. In der letzten Woche erzählte sie jedoch stolz, dass sie in der kommenden Woche wieder für einige Wochenstunden bei ihrem aktuellen Arbeitgeber tätig sein will.

Organisation

Auf der Ebene der Organisation richtet sich die ergotherapeutische Intervention hinsichtlich der Freizeitgestaltung z. B. auf eine Gruppe innerhalb einer Einrichtung. So kann man sich etwa in einer Wohngruppe für geistig behinderte Menschen um eine gemeinsame Freizeitaktivität bemühen. Dem Ergotherapeuten fällt dabei eine coachende und unterstützende Rolle zu.

Kaffeetrinken im Gemeindehaus

Die Café-Gruppe im Gemeindezentrum 't Ambacht in Alkmaar, die auch Mieke besucht, ist ein gutes Beispiel für eine Aktivität, bei der zunächst die Partizipation im Mittelpunkt steht. Die meisten Besucher der Gruppe sind sozial isoliert. Sie haben zwar zumeist Kontakt zu ihren Angehörigen, aber nur wenige oder gar keine Freunde und oft fällt ihnen auch die Teilhabe an organisierten Aktivitäten in der Gruppe schwer. Die Café-Gruppe ist ein erster Schritt, um Leidensgenossen zu treffen und bietet die Chance, die soziale Isolation ein Stück weit zu durchbrechen. Ein Besucher der Gruppe, der auch Erfahrungsexperte ist, versucht herauszufinden, ob die Café-Gruppe als selbstständige Organisation bzw. Verein funktionieren kann. Inzwischen nehmen verschiedenen Klienten auch an anderen Aktivitäten aus dem Programm des Gemeindezentrums teil wie z. B. am Chor und am Essensprojekt.

Population

Auf der gesellschaftlichen Ebene gehören alle Menschen mehreren Gemeinschaften an. Das Wesen einer Gemeinschaft ist es, dass etwas geteilt wird. Bei der Arbeit mit Gemeinschaften/Populationen kann auch die Freizeitgestaltung ein Thema sein. Gruppen, die eine Betäti-

gungsfrage haben können, sind z. B. Menschen, die gemeinsam Sport treiben, Karten spielen, die Kirche besuchen, die Gruppe Jugendlicher, die sich jeden Abend an der gleichen Stelle im Dorf trifft, oder eine Gruppe Arbeitnehmer, die Nachtdienst im Hafen hat.

Gemeindezentrum 't Ambacht in Alkmaar

Das Gemeindezentrum 't Ambacht in Alkmaar wurde im Jahre 2013 zur Selbstständigkeit gezwungen. Aufgrund der rigorosen Sparmaßnahmen mussten viele Gemeindehäuser ihre Pforten notgedrungen schließen. Im Ambacht-Viertel in Alkmaar haben einige Anwohner ihre Kräfte gebündelt. Innerhalb des Gemeindezentrums sind unterschiedliche Gemeinschaften aktiv und man tauscht Aktivitäten und Materialien miteinander. So sind etwa mehrere Chöre aktiv, Töpfer- und Zumba-Gruppen sowie ein Bridgeclub. An jedem Dienstagabend gibt es ein Dinnerprojekt, wo Menschen aus der Nachbarschaft an einem bezahlbaren 3-Gänge-Menü teilhaben können. Es gibt sogar eine aktive Kirchengruppe am Sonntagmorgen. Die vom Ergotherapieverbund Nord-Holland unterstützte Café-Gruppe besitzt inzwischen auch seit nunmehr drei Jahren eine eigene Anlaufstelle in dem Haus. Inzwischen wurde auch eine Kooperation mit dem Mare Nostrum als größten Gemeindezentrum Alkmaars auf den Weg gebracht.

16.5 Diskussion

Ergotherapeuten sind auf das Betätigen der Menschen ausgerichtet. Zu den Kernaufgaben in der Ergotherapie gehört es, Menschen mit Behinderungen Hilfestellungen beim Thema Freizeitgestaltung zu bieten. Doch legen viele Ergotherapeuten ein zu geringes Gewicht auf diesen Bereich (Métral et al. 2008).

Wie erlebt ein Klient die Freizeitgestaltung? Womit hat er ggf. zu kämpfen? Und vor allem: Warum sieht sich ein Klient so vielen Hindernissen oder Widerständen ausgesetzt? Viele Klienten können aus verschiedenen Gründen beeinträchtigt sein oder an der gesellschaftlichen Teilhabe gehindert werden. Viele erleben auch Ängste und Widerstände, wenn sie Aktivitäten in der Gemeinschaft unternehmen (Taam 2010). Auf der Grundlage verschiedener Untersuchungen schätzt Tilburg (2007), dass rund 30 % der erwachsenen Niederländer einsam sind. Zwei Drittel von diesen gelten als mäßig einsam und ein Drittel, also 10 %, als völlig vereinsamt. Die Erfahrung zeigt, dass sich viele Klienten im allgemeinen Gespräch über ihre Freizeit zunächst nicht hilfsbedürftig zeigen.

Nach Rademaker (2016) verfügt ein aktiver Klient über die richtige Gesundheitskompetenz. Er kann lesen, schreiben und Informationen verarbeiten, verstehen, Entscheidungen treffen und anpassen. Leider gibt es in sämtlichen

Mieke

Mieke besucht inzwischen bereits sechs Wochen regelmäßig die Café-Gruppe im Gemeindezentrum 't Ambacht. Die Gruppe wird von einer Ergotherapeutin des Ergotherapieverbundes Nord-Holland unterstützt. Bei den Treffen berichtet sie von ihrem Wunsch, mehr unter Menschen zu sein. Mieke fühlt sich zu Hause sehr einsam. Neben einer Angststörung hat sie auch eine Medikamentenabhängigkeit infolge einer Morphinsucht entwickelt.

In den ersten Wochen war Mieke bei den Gruppentreffen sehr unsicher und nervös. In der letzten Woche erzählte sie jedoch stolz, dass sie in der kommenden Woche wieder für einige Wochenstunden bei ihrem aktuellen Arbeitgeber tätig sein will.

Organisation

Auf der Ebene der Organisation richtet sich die ergotherapeutische Intervention hinsichtlich der Freizeitgestaltung z. B. auf eine Gruppe innerhalb einer Einrichtung. So kann man sich etwa in einer Wohngruppe für geistig behinderte Menschen um eine gemeinsame Freizeitaktivität bemühen. Dem Ergotherapeuten fällt dabei eine coachende und unterstützende Rolle zu.

Kaffeetrinken im Gemeindehaus

Die Café-Gruppe im Gemeindezentrum 't Ambacht in Alkmaar, die auch Mieke besucht, ist ein gutes Beispiel für eine Aktivität, bei der zunächst die Partizipation im Mittelpunkt steht. Die meisten Besucher der Gruppe sind sozial isoliert. Sie haben zwar zumeist Kontakt zu ihren Angehörigen, aber nur wenige oder gar keine Freunde und oft fällt ihnen auch die Teilhabe an organisierten Aktivitäten in der Gruppe schwer. Die Café-Gruppe ist ein erster Schritt, um Leidensgenossen zu treffen und bietet die Chance, die soziale Isolation ein Stück weit zu durchbrechen. Ein Besucher der Gruppe, der auch Erfahrungsexperte ist, versucht herauszufinden, ob die Café-Gruppe als selbstständige Organisation bzw. Verein funktionieren kann. Inzwischen nehmen verschiedenen Klienten auch an anderen Aktivitäten aus dem Programm des Gemeindezentrums teil wie z. B. am Chor und am Essensprojekt.

Population

Auf der gesellschaftlichen Ebene gehören alle Menschen mehreren Gemeinschaften an. Das Wesen einer Gemeinschaft ist es, dass etwas geteilt wird. Bei der Arbeit mit Gemeinschaften/Populationen kann auch die Freizeitgestaltung ein Thema sein. Gruppen, die eine Betäti-

gungsfrage haben können, sind z. B. Menschen, die gemeinsam Sport treiben, Karten spielen, die Kirche besuchen, die Gruppe Jugendlicher, die sich jeden Abend an der gleichen Stelle im Dorf trifft, oder eine Gruppe Arbeitnehmer, die Nachtdienst im Hafen hat.

Gemeindezentrum 't Ambacht in Alkmaar

Das Gemeindezentrum 't Ambacht in Alkmaar wurde im Jahre 2013 zur Selbstständigkeit gezwungen. Aufgrund der rigorosen Sparmaßnahmen mussten viele Gemeindehäuser ihre Pforten notgedrungen schließen. Im Ambacht-Viertel in Alkmaar haben einige Anwohner ihre Kräfte gebündelt. Innerhalb des Gemeindezentrums sind unterschiedliche Gemeinschaften aktiv und man tauscht Aktivitäten und Materialien miteinander. So sind etwa mehrere Chöre aktiv, Töpfer- und Zumba-Gruppen sowie ein Bridgeclub. An jedem Dienstagabend gibt es ein Dinnerprojekt, wo Menschen aus der Nachbarschaft an einem bezahlbaren 3-Gänge-Menü teilhaben können. Es gibt sogar eine aktive Kirchengruppe am Sonntagmorgen. Die vom Ergotherapieverbund Nord-Holland unterstützte Café-Gruppe besitzt inzwischen auch seit nunmehr drei Jahren eine eigene Anlaufstelle in dem Haus. Inzwischen wurde auch eine Kooperation mit dem Mare Nostrum als größten Gemeindezentrum Alkmaars auf den Weg gebracht.

16.5 Diskussion

Ergotherapeuten sind auf das Betätigen der Menschen ausgerichtet. Zu den Kernaufgaben in der Ergotherapie gehört es, Menschen mit Behinderungen Hilfestellungen beim Thema Freizeitgestaltung zu bieten. Doch legen viele Ergotherapeuten ein zu geringes Gewicht auf diesen Bereich (Métral et al. 2008).

Wie erlebt ein Klient die Freizeitgestaltung? Womit hat er ggf. zu kämpfen? Und vor allem: Warum sieht sich ein Klient so vielen Hindernissen oder Widerständen ausgesetzt? Viele Klienten können aus verschiedenen Gründen beeinträchtigt sein oder an der gesellschaftlichen Teilhabe gehindert werden. Viele erleben auch Ängste und Widerstände, wenn sie Aktivitäten in der Gemeinschaft unternehmen (Taam 2010). Auf der Grundlage verschiedener Untersuchungen schätzt Tilburg (2007), dass rund 30 % der erwachsenen Niederländer einsam sind. Zwei Drittel von diesen gelten als mäßig einsam und ein Drittel, also 10 %, als völlig vereinsamt. Die Erfahrung zeigt, dass sich viele Klienten im allgemeinen Gespräch über ihre Freizeit zunächst nicht hilfsbedürftig zeigen.

Nach Rademaker (2016) verfügt ein aktiver Klient über die richtige Gesundheitskompetenz. Er kann lesen, schreiben und Informationen verarbeiten, verstehen, Entscheidungen treffen und anpassen. Leider gibt es in sämtlichen

westlichen Staaten eine immer noch große Gruppe von Menschen mit Lese-Rechtschreibschwäche. Sie verfügen nicht über diese Fertigkeiten und sind nicht in der Lage, die Etiketten von Arzneimitteln oder die Beipackzettel zu lesen, Formulare zu verstehen oder auszufüllen sowie Schildern und Wegweisern in Kliniken zu folgen. Hierunter leiden besonders Menschen mit einem niedrigen Ausbildungsniveau und einem niedrigen sozialen Status. Bei komplexeren Fragen, wie etwa der Mitbestimmung bei einer Betätigungsfrage oder beim Selbstmanagement spielen auch psychische und soziale Aspekte eine bedeutende Rolle. Zudem geht es um Eigenschaften wie Motivation und Selbstvertrauen. Jeder Zweite hierzulande hat Schwierigkeiten das Heft zu Fragen der Gesundheit, Krankheit und Versorgung selbst in die Hand zu nehmen.

Während der Interventionsphase ist es daher ein wichtiger Teilaspekt, auch die soziale Funktionsfähigkeit des Klienten im Auge zu behalten. Dieser Schritt wird jedoch oftmals übersprungen, weil der Klient häufig aussagt, keine Schwierigkeiten bei der Freizeitgestaltung zu erleben. Viele Klienten erklären auch bei Fragen nach ihren sozialen Kontakten, mit diesem Thema keine Schwierigkeiten zu haben. Durch das Informieren über und die Suche nach gesellschaftlichen Unterstützungsmöglichkeiten können sich sowohl für den Klienten als auch für den Ergotherapeuten Chancen und Möglichkeiten einer Neuorientierung eröffnen. Was sind sichere Orte in der Gesellschaft und warum fällt es Menschen so schwer, aus ihrer sozialen Isolation herauszufinden. Warum dreht sich für viele Personen das Partizipationsrad nicht oder weshalb kommt ein Mensch keine Sprosse auf der Partizipationsleiter weiter nach oben. Wie sicher ist eine Gesellschaft für Menschen, die einsam sind oder sozial isoliert leben?

Noch 23 Jahre

Am 18. Juni beging Henny Huisman die große Sechs: „Vorausgesetzt ich werde 83, bleiben mir noch 23 Jahre, also ein Drittel von dem, was ich bereits hinter mir habe. Kostbare Zeit also, die ich noch nutzen möchte. Ich habe inzwischen ein Alter erreicht, das ich voll und ganz genießen kann, mit meiner Frau Lea, der Familie und mit allem, was ich habe, ganz zu schweigen von unseren kleinen Enkelkindern, die direkt in unserer Nachbarschaft wohnen. Einfach nur schöne Sachen mit ihnen zu unternehmen, ist einfach wunderbar. Was kann sich ein Mensch zu seinem 60. Geburtstag mehr wünschen!“ (Hoebe 2011).

„Was kann sich ein Mensch mehr wünschen!“ Dieser Satz war eine spontane Äußerung von Henny Huisman. Für einen Ergotherapeuten und seinen Klienten kann dieser Satz der Beginn eines schönen und aufregenden Abenteuers voller Chancen sein.

Schwierigkeiten bei der Partizipation können verschiedene Ursachen haben. Derartige Ursachen können zusammen mit dem Klienten aufgelistet und in erreichbare und bezahlbare Möglichkeiten umgewandelt werden. Dabei ist es wichtig, neben der Begleitung und Unterstützung von Individuen auch gesellschaftliche Aktivitäten anzugehen und zu entwickeln. Das bedeutet, sich vor allem mit Klienten und Organisationen auf die Suche nach entsprechenden Gelegenheiten in der Gesellschaft zu begeben.

16.6 Zusammenfassung

Spielen ist die reinste Ausdrucksform von Kindern. Ergotherapeuten sind prädestiniert dafür, diese für Kinder bedeutungsvollen Aktivitäten weiter zu explorieren, um einen besseren Einblick in die Bedeutung und den Wert des Spiels zu erlangen. In diesem Kapitel wurde das Spielen aus den Blickwinkeln des „tun“, „sein“, „werden“ und „dazugehören“ beleuchtet. Die Spielfähigkeit und der Flow sind wichtige Aspekte der Spielpartizipation. Es wurden weiter die auf das Kind und sein System, auf Organisationen und auf Populationen gerichteten ergotherapeutischen Interventionen und die dazu erforderlichen Fertigkeiten beschrieben. Hinsichtlich verlässlicher und valider Instrumente sind noch klinimetrische Untersuchungen zur Wirksamkeit von Interventionen auf dem Gebiet des Spielens erforderlich. Die Suche nach Partnern für eine Zusammenarbeit und die Bündelung der Kräfte sind wichtig, um das Spiel und seine Bedeutung fest im Blick zu behalten. Patienten-/Klientenvereinigungen und Organisationen zur Förderung der Spielpartizipation können dabei wichtige Verbündete sein.

Zu den Kernaufgaben des Ergotherapeuten gehört es auch, Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Freizeitgestaltung zu begleiten. Doch werden die Ziele auf diesem Gebiet oftmals nur unzureichend bearbeitet. Wie erlebt der Klient eigentlich seine Freizeitaktivitäten? Womit hat er zu kämpfen? Und vor allem: Warum stößt der Klient auf soviel Hindernisse und Widerstände? Indem der Ergotherapeut die gesellschaftliche Partizipation ins Zentrum rückt und buchstäblich in der Gesellschaft funktioniert (z. B. indem man den Klienten zu seinen Aktivitäten begleitet), erhält der Ergotherapeut ein realistisches Bild davon, wie die Freizeitgestaltung von Personen mit einer Gesundheitsbeeinträchtigung aussieht und erlebt wird.

16.7 Literatuur

- Alexandratos K, Barnett F, Thomas Y. The impact of exercise on the mental health and quality of life of people with severe mental illness: a critical review. *British Journal of Occupational Therapy* 2012;75(2):48–60.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & process. 2. Aufl. Am J Occup Ther 2014;62(6):625–683.
- Arp T, Maurik G van, Nieuwjk A. Kracht en keerzijde van participatie. Participatie en Herstel nummer 4; 2015.
- Bazyk S, Stalnaker D, Llerena M, Ekelman B, Bazyk J. Play in Mayan children. Am J Occup Ther 2003;57:273–283.
- Bedell G, Coster W, Law M, Liljenquist K, Kao YC, Teplicky R, Anaby D, Khemani MA. Community participation, supports, and barriers of school age children with and without disabilities. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2013;94(2):315–23.
- Blesedell-Crepeau E, Cohn ES, Boyt-Schell BA. Willard & Spackman's occupational therapy. 11. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Bona L di. What are the benefits of leisure? An exploration using the Leisure Satisfaction Scale. *British Journal of Occupational Therapy* 2000;63:50–58.
- Bronson MJ, Bundy AC. A correlational study of a test of playfulness and at-test of environmental supportiveness for play. OTJR (Thorofare NJ) 2001;21:241–259.
- Bundy A, Nelson L, Metzger M, Bingaman K. Validity and reliability of a test of playfulness. OTJR (Thorofare NJ) 2001;2:276–292.
- Bundy AC, Luckett T, Naughton GA, Tranter PJ, Wyver SR, Ragen J et al. Playful interaction: Occupational therapy for all children on the school playground. Am J Occup Ther 2008;62(5):522–527.
- Bult MK, Verschuren O, Lindeman E, Jongemans MJ, Westers P, Claassen A et al. Play preferences of typically developing children and children with developmental delays between 3–7 years. OTJR Occupation, Participation and Health 2008;28:19–29.
- Bult MK, Verschuren O, Lindeman E, Jongemans MJ, Westers P, Claassen A et al. Predicting leisure participation of school aged children with cerebral palsy: longitudinal evidence of child, family and environmental factors. *Child: Care, health and development* 2013;39(3):374–380.
- Case-Smith J, Miller-Kuhaneck H. Play preferences of typically developing children and children with developmental delays between 3–7 years. OTJR (Thorofare NJ) 2008;28:19–29.
- Case-Smith J, O'Brien MC (Hrsg.). Occupational therapy for children. 7. Aufl. St. Louis (MO): Mosby; 2015.
- Case-Smith J. Development of childhood occupations. In: Case-Smith J, O'Brien MC (Hrsg.). Occupational therapy for children. 6. Aufl. St. Louis (MO): Mosby; 2010.
- CBS. Vrijtijdsbesteding en maatschappelijke participatie van jongeren: 2e kwartaalrapport 2010 Landelijke Jeugdmonitor. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2010. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2010/26/vrijtijdsbesteding-en-maatschappelijke-participatie-van-jongeren-2e-kwartaalrapport-2010-landelijke-jeugdmonitor>
- Chapparo C, Ranka J. The PRPP system of task analysis: User's training manual. Sydney: OP Network; 2008.
- Christiansen CH, Baum CM. Occupational therapy: Enabling function and well-being. 2. Aufl. Thorofare (NJ): Slack; 1997.
- Clements R. An investigation of the status of outdoor play. *Contemporary Issues in Early Childhood* 2004;5(1):68–80.
- Cloin M, Kamphuis C, Schols M, Tiessen-Raaphorst A, Verbeek D. Nederland in een dag: Tijdsbesteding in Nederland vergeleken met die in vijftien andere Europese landen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2011.
- Csikszentmihályi M. Flow: The psychology of optimal experience. New York: Harper & Row; 1990.
- Darrah J, Law M, Pollock N, Wilson B, Russell DJ, Walter SD et al. What are the benefits of leisure? An exploration using the Leisure Satisfaction Scale. *British Journal of Occupational Therapy* 2000;63:50–58.
- Darrah J, Law M, Pollock N, Wilson B, Russell DJ, Walter SD, Rosenbaum P, Galuppi B. Context therapy: a new intervention approach for children with CP. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2011;53(7):615–20.
- Drummond A, Walker FM. A randomised controlled trial of leisure rehabilitation after stroke. *Clin Rehabil* 1995;9:283–290.
- Dutil E, Bier N, Gaudreault C. Le Profil du Loisir, un instrument prometteur en ergothérapie. *Canada Journal of Occupational Therapy* 2007;74(4):326–336.
- Eden S, Huggins L. YMCA Playing to learn: A guide to quality care and education of young children. Toronto: YMCA of Greater Toronto; 2001.
- Emerson H. Flow and Occupation: A Review of the Literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1998;65(1):37–44. <https://doi.org/10.1177/000841749806500105>
- Eriksson G, Aasnes M, Tistad M, Guidetti S, Koch L von. Occupational gaps in everyday life one year after stroke and the association with life satisfaction and impact of stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2012;19(3):244–255.
- Ewalds D. (2010). Vrijtijdsbesteding en maatschappelijke participatie van jongeren. 2e kwartaalrapport Landelijke Jeugdmonitor. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2010.
- Forhan M. Doing, being, and becoming: A family's journey through perinatal loss. *American Journal of Occupational Therapy* 2010;64(1):142–151.
- Forsyth R, Yarvis S. Participation in childhood. *Child Care Health Dev* 2002;28:227–279.
- Gagnon SG, Nagle RJ. Relationships between peer interactive play and social competence in at-risk preschool children. *Psychology in the Schools* 2004;41(2):173–189.
- Galuppi B. Context therapy: a new intervention approach for children with CP. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2011;53(7):615–620.
- Gunnarsson AB, Peterson K, Leufstadius C, Jansson J, Eklund M. Client perceptions of the Tree Theme MethodTM: A structured intervention based on storytelling and creative activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2010;17(3):200–208.
- Hamm EM. Playfulness and the environmental support of play in children with and without development disabilities. OTJR (Thorofare NJ) 2006;26:88–96.
- Hammell KW. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2004;71(5):296–305.
- Harkness L, Bundy AC. Playfulness and children with physical disabilities. OTJR (Thorofare NJ) 2001;21:73–89.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut: Maatschappelijk relevant! Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie 2011;4(2):34–43.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Hartingsveldt MJ van, Houten J van der, Leij-Hemmen I van der, Velden M ten. Profiel Specialisatie kinderergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2014.
- Hartman-Maeir A, Soroker N, Ring H, Avni N, Katz N. Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation* 2007;29(7):559–566.
- Henry A. Assessment of play and leisure in children and adolescents. In: Parham LD, Fazio L (Hrsg.). Play in occupational therapy for children. St. Louis: Mosby; 2008:95–193.
- Henry S. You are really rich, you just don't know it yet. London: Virgin Books; 2010.
- Hess L, Bundy AC. The association between playfulness and coping in adolescents. *Phys Occup Ther Pediatr* 2003;23:5–17.
- Hildebrand M, Brewer M, Wolf T. The impact of mild stroke on participation in physical fitness activities. *Stroke Research and Treatment* 2012;5:48682.
- Hitch D, Pépina G, Stagnittia K. In the Footsteps of Wilcock, Part Two: The Interdependent Nature of Doing, Being, Becoming, and Belonging. *Occupational Therapy In Health Care* 2014;28(3):247–263.
- Hoebie Y. Waarom word ik niet begrepen? Interview met Henny Huisman. Weekblad Privé; 2011.
- Hofstede S. Jaarverslag Hogeschool van Amsterdam. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2010.
- Hulstein-van Gennep G, Hove-Moerdijk K ten. De activiteitenweger, methodisch werken aan belastbaarheid. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie* 2008;36(3):22–25.

- Johnson K, Klaas SJ. The changing nature of play: Implications for pediatric spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2007;30(1):71–75.
- Jones M, Grogg K, Anschutz J, Fierman R. A sip-and-puff wireless remote control for the apple iPod. *Assistive Technology* 2008;20(2):107–110.
- Jonsson H. A New direction in the conceptualization and categorization of Occupation. *Journal of Occupational Science* 2008;15:3–8.
- Ketelaar M. Predicting leisure participation of school aged children with cerebral palsy: longitudinal evidence of child, family and environmental factors. *Child: Care, Health and Development* 2012;39(3):374–380.
- Kinébanian A, Stomph M. Diversity matters: Guiding principles on diversity and culture. Amsterdam: World Federation of Occupational Therapists; 2009. <http://www.wfot.org/>
- Kinébanian A, Thomas C. Werken aan arbeidsproblemen, methodische richtlijnen voor Arbeidsrehabilitatie en Dagbesteding. Utrecht: Lemma; 1995:175–186.
- King GA, Law M, King S, Hurley P, Hanna S, Kertoy M et al. Measuring children's participation in recreation and leisure activities: Construct validation of the CAPE and PAC. *Child Care Health Dev* 2007;33(1):28–39.
- Knox S. Development and current use of the Revised Knox Preschool Play Scale. In: Parham LD, Fazio L (Hrsg.). *Play in occupational therapy for children*. St. Louis (MO): Mosby; 2008:55–70.
- Lefevre F. Flow and the quality of experience during work and leisure. In: Csíkszentmihályi M, Csíkszentmihályi IS (Hrsg.). *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1988:307–318.
- Letts L, Rigby P, Stewart D (Hrsg.). *Using environments to enable occupational performance*. Thorofare (NJ): Slack; 2003.
- Lundberg NR, Taniguchi S, McCormick BP, Tibbs C. Identity negotiating: re-defining stigmatized identities through adaptive sports and recreation participation among individuals with disability. *J Leis Res* 2011;43:203–225.
- Lexell EM, Iwarsson S, Lund ML. Occupational adaptation in people with multiple sclerosis. *OTJR: Occupation, Participation & Health* 2011;31(3):127–134.
- Machielse A. Ouderen in sociaal isolement. *Ervaren baat van hulp*. Utrecht: Movisie; 2015.
- Majnemer A. Balancing the boat: Enabling an ocean of possibilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2010;77(4):7.
- Media en ICT: Gebruik televisie, krant, pc en internet. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2009. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70655ned&D1=0-4,6&D2=0-16,28-36&D3=I&HD=090710-1416&HDR=G2,T&STB=G1>
- Métral M, Wassmer L, Bertrand M. Participation in leisure activities by patients with hemiplegia is greatly reduced. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2008;75(5):272–281.
- Movisie. *Het Participatiewiel*. Utrecht: Movisie; 2015.
- Nederlands Jeugdinstituut; factsheet mediagebruik kinderen met een LVB; 2015. <http://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Publicatie-Nji/Factsheet-Media-en-LVB-kinderen.pdf>
- Nilsson I, Fisher AG. Evaluating leisure activities in the oldest old. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2006;13(1):31–37.
- O'Sullivan C, Chard G. An exploration of participation in leisure activities post-stroke. *Australian Occupational Therapy* 2010;57:159–166.
- Opleiding Ergotherapie. *Activity Card Sort Nederland (ACS-NL)*. Amsterdam: Opleiding Ergotherapie: Expertise Centrum Ergotherapie; 2008.
- Palisano RJ, Chiarello LA, King GA, Novak I, Stoner T, Fiss A. Participation based therapy for children with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation* 2012;34(12):1041–52.
- Parham LD. Play and occupational therapy. In: Parham LD, Fazio LS (Hrsg.). *Play in occupational therapy for children*. St. Louis (MO): Mosby; 2008:3–39.
- Pickens ND, O'Reilly KR, Sharp KC. Holding on to normality and overshadowed needs: Family caregiving at end of life. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2010;77(4):234–240.
- Piskur B, Beurskens AJ, Jongmans MJ, Ketelaar M, Norton M, Frings CA, Hemmingson H, Smeets RJ. Parent's actions, challenges, and needs while enabling participation of children with a physical disability: scoping review. *BMC Pediatrics* 2012;8:12–177.
- Poel L van der, Blokhuis A. *Wat je speelt ben je zelf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008.
- Poerbodipoero SJ, Sturkenboom IH, Hartingsveldt MJ van, Nijhuis-van der Sanden MWG, Graff MJ. The construct validity of the Dutch version of the activity card sort. *Disability and Rehabilitation* 2015:1–9.
- Polatajko H, Cantin N, Amoroso B, McKee P, Rivard A, Kirsh B et al. Occupation based enablement: A practice mosaic. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.
- Poulsen A, Ziviani J. Enablement of children's leisure participation. In: Rodger S (Hrsg.). *Occupation-centred practice with children: A practical guide for occupational therapists*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010:248–273.
- Powrie B, Kolehmainen N, Turpin M, Ziviani J, Copley J. The meaning of leisure for children and young people with physical disabilities: a systematic evidence synthesis. *Dev Med Child Neurol* 2015;57(11):993–1010.
- Rademakers L. *Filosofie van de vrije tijd*. Budel: Uitgeverij Damon; 2003.
- Rademakers J. *De actieve patient als utopie*. NIVEL; 2016.
- Reid D. The influence of virtual reality on playfulness in children with cerebral palsy: A pilot study. *Occup Ther Int* 2004;11(3):131–144.
- Rigby P, Gaik S. Stability of playfulness across environmental settings: A pilot study. *Phys Occup Ther Pediatr* 2007;27:27–43.
- Rigby P, Huggins L. Enabling young children to play by creating supportive environments. In: Letts, Rigby P, Stewart D (Hrsg.). *Using environments to enable occupational performance*. Thorofare (NJ): Slack; 2003:155–175.
- Rigby P, Rodger S. Developing as a player. In: Rodger S, Ziviani J (Hrsg.). *Occupational therapy with children: Understanding children's occupations and enabling participation*. Oxford: Blackwell Science; 2006:177–199.
- Rodger S (Hrsg.). *Occupation-centred practice with children: A practical guide for occupational therapists*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010:94–113.
- Rosenblum S, Sachs D, Schreuer N. Reliability and validity of the children's leisure assessment scale. *American Journal of Occupational Therapy* 2010;64(4):633–641.
- Sellar B, Boshoff K. Subjective leisure experiences of older Australians. *Australian Occupational Therapy* 2006;53:211–219.
- Sellar B, Stanley M. Leisure. In: Curtin M, Molineux M, Supyk-Mellson J (Hrsg.). *Occupational therapy and physical dysfunction: Enabling occupation*. 6. Aufl. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2010:357–369.
- Shikako-Thomas K, Kolehmainen N, Ketelaar M, Bult M, Law M. Promoting leisure participation as part of health and well-being in children and youth with cerebral palsy. *Journal of child neurology* 2014;29(8):1125–33.
- Shikako-Thomas K, Shevell M, Schmitz M, Lach L, Law M, Poulin C, Majnemer A. Determinants of participation in leisure activities among adolescents with CP. *Research in developmental disabilities* 2013;34(9):2621–34.
- Simeonsson RJ, Carlson D, Huntington GS, McMillen JS, Brent JL. Students with disabilities: A national survey of participation in school activities. *Disabil Rehabil* 2001;23:49–63.
- Skard G, Bundy A. Test of playfulness. In: Parham LD, Fazio LS (Hrsg.). *Play in occupational therapy for children*. 2. Aufl. St. Louis (MO): Mosby; 2008:71–94.
- Stagnitti K. Play. In: Curtin M, Molineux M, Supyk-Mellson J (Hrsg.). *Occupational therapy and physical dysfunction: Enabling occupation*. 6. Aufl. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2011:371–390.
- Stueltjens EMJ, Cup EHC, Zajec J, Hees S van. *Ergotherapiegerichtlijn CVA*. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Stewart D, Letts L, Law M, Acheson-Cooper B, Strong S, Rigby PJ. The Person-Environment-Occupation Model. In: Blesedell-Crepeau E, Cohn ES, Boytschell BA (Hrsg.). *Willard & Spackman's occupational therapy*. 10. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2003:227–233.
- Sturgess J, Rodger S, Ozanne A. A review of the use of self-report assessment with young children. *Br J Occup Ther* 2002;65:108–116.
- Taam S. *Handboek Maatschappelijke Re-integratie*. Alkmaar: Ergotherapie Noord-Holland; 2011.

- Taam S. Maatschappelijke participatie: de basis voor plezier, harmonie, kwaliteit en succes. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2010;4 (4):26–29.
- Tanta KJ, Knox SH. Play. In: Case-Smith J, O'Brien MC (Hrsg.). *Occupational therapy for children*. 6. Aufl. St. Louis (MO): Mosby; 2015:483–497.
- Teasdale TW, Engberg AW. Psychosocial consequences of stroke: a long-term population-based follow-up. *Brain Injury* 2005;19(12):1049–1058.
- Tilburg T van. Prevalentie. In: Tilburg T van, Gierveld J de Jong (Hrsg.). *Zicht op eenzaamheid; achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum; 2007.
- Townsend EA, Polatajko H. *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health and well-being, & justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.
- Trendition; de medische voordelen van een virtuele wereld; 2015. <http://www.smarthealth.nl/trendition/2015/04/23/de-medische-voordelen-van-een-virtuele-wereld/>
- Unicef. *A world fit for children*. New York: United Nations; 2002. http://www.unicef.org/specialsession/docs_new/documents/A-RES-S27-2E.pdf
- United Nation Convention on the right of the child, general comment on article 31; 2013. <https://www.youtube.com/watch?v=5tjRPWPhlFA>
- Wegner L. Through the lens of a peer: Understanding leisure boredom and risk behaviour in adolescence. *South African Journal of Occupational Therapy* 2011;41:18–24.
- Wellink H. *Een beetje meer draagkracht graag. Determinanten van de kwaliteit van leven van mensen met lichamelijke beperkingen*. Doctoraalscriptie Algemene Sociale Wetenschappen. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2003.
- WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Genf: World Health Organisation; 2001. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Wilcock AA. Population interventions focused on health for all. In: Blesedell-Crepeau E, Cohn ES, Boyt-Schell BA (Hrsg.). *Willard & Spackman's occupational therapy*. 10. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Wilcock AA. *An occupational perspective on health*. 2. Aufl. Thorofare (NJ); 2006.
- Wilcock AA, Hocking C. *An occupational perspective on health*. 3. Aufl. Thorofare (NJ): Slack Incorporated; 2015.
- Zet. *All Inclusive: Op weg naar toegankelijke vrijetijdsbesteding*. Tilburg: ISSUU; 2015. https://issuu.com/wijzijnzet/docs/zet_trendboek_all_inclusive
- Ziviani J, Poulson AA, Hansen C. Movement skills proficiency and physical activity: A case for engaging and coaching for health (EACH-Child). *Aust Occup Ther J* 2009;56:259–265.
- Zuzanek J. *Work, occupation and leisure*. In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. 2. Aufl. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2011:281–302.

Teil III

Der theoretische Hintergrund – Modelle und Frameworks

17	Begriffe verstehen – der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle	353
18	Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E) und Canadian Practice Process Framework (CPPF)	378
19	Model of Human Occupation (MOHO)	395
20	KAWA-Modell	421
21	Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)	422
22	Person-Environment-Occupation-Performance-Modell (PEOP) und PEOP Occupational Therapy Process	439
23	Weitere betätigungs-basierte Ergotherapiemodelle	455



Geschichten aus der Praxis – 3: Tom zimmert die Lücke in seinem Lebenslauf zu

Sander Taam

Im Dezember 2011 besucht ein Ergotherapeut die Organisation Actief Talent im niederländischen Alkmaar wegen einer Sitzung anlässlich des Dutch Street Cup 2012. Actief Talent bietet Personen mit einer Suchtproblematik eine Tagesstruktur. Als der Ergotherapeut die Räumlichkeiten betritt, geht der 23-jährige Tom direkt auf ihn zu. „Haben Sie schon die Zeitung von heute gelesen? Da steh ich auch drin!“ Der Therapeut sagt, dass er diese Zeitung nicht abonniert habe, aber jetzt neugierig geworden sei. Tom nimmt die Zeitung, die noch auf dem Tisch liegt und sagt: „Hier, von heute, 30. Dezember. Ich dachte, es käme in einer anderen Zeitung, aber ich bin auch hier drin.“ Aufgeregt deutet er auf den Artikel. „Eigentlich wollte ich Ihre Hilfe als Ergotherapeut auch noch erwähnt haben, aber das Interview war so schnell wieder vorbei ... Schöner Artikel, oder!?“

Der Ergotherapeut liest den Artikel mit großem Interesse und findet vor allem die Überschrift großartig: „Tom zimmert die Lücke in seinem Lebenslauf zu“, ein Titel voller Kraft und Schwung, der zu Tom passt.

Drei Jahre zuvor lernte der Ergotherapeut Tom kennen. Zu jener Zeit wollte er unbedingt Zimmerer werden. Seine Suchterkrankung war damals sehr stark und Tom hatte sich entschlossen, sein Elternhaus zu verlassen. Nach einem halben Jahr fand Tom den Weg in eine Entzugsklinik in Alkmaar. Dort erarbeitete er dann auch mit einem Ergotherapeuten eine Tagesstruktur für sich. Während der begleitenden Gespräche mit dem Ergotherapeuten entschied sich Tom für die Teilhabe an einem Aktivierungsprogramm von Actief Talent, das zum Ziel hatte, seinen Arbeitsrhythmus und sein Arbeitserleben

wieder aufzubauen. Inzwischen hat Tom auch eine Phase im betreuten Wohnen hinter sich und wohnt jetzt selbstständig. Bei Actief Talent in Alkmaar hat er einen Arbeitsplatz in der Holzwerkstatt bekommen, in der u. a. aus alten Baugerüsten (Garten-)Möbel gefertigt werden. Auf die Frage des Ergotherapeuten nach Toms Plänen für das kommende Jahr hat er schon einen Plan: „Ich arbeite an Möbeln, um mir ein Portfolio zusammenzustellen. Im September 2012 beginnt der neue Ausbildungsgang zum Möbelbauer. Da ich eine Vergangenheit habe und eine Lücke in meinem Lebenslauf aufweise, will ich sichergehen und mein Portfolio vorstellen können. Das will ich so, und das kann ich auch.“ Als Tom über seine zukünftigen Ziele spricht, sieht der Ergotherapeut, wie Leidenschaft und Motivation ein Leuchten in Toms Augen zaubern. Sein Wunsch, Zimmerer zu werden, ist in den vergangenen drei Jahren noch stärker geworden. Der Ergotherapeut zeigt große Bewunderung dafür, wie Tom sich den Weg zimmert, den er selbst beschreiten will. Wo ein wirklicher Wille ist, ist auch ein Weg.

Hinweis

Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patienten, ihren Angehörigen und Freunden, z. T. auch bei weiteren Personen, die z. B. in die Behandlung von Patienten eingebunden sind.

17 Begriffe verstehen – der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle

Astrid Kinébanian, Inka Logister-Proost

„Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie.“

Kurt Lewin (1890–1947)

Keywords

- Begriffe
- Vision
- Leitbild
- Paradigma
- Wissen
- Theorie
- Bezugsrahmen
- methodisches Handeln
- Methodik
- Methode
- Framework
- Klassifizierung
- Taxonomie
- Modell
- Inhaltsmodell (Praxismodell)
- Prozessmodell

Feedback

Die Ergotherapiestudierende Mia trifft ihre Kommilitonin Nele auf dem Flur. Sie kann es Nele bereits im Gesicht ablesen, als sie nach dem Portfoliogespräch den Raum verlässt ...

Mia: „Na, wie hat es geklappt?“

Nele: „Lief nicht schlecht, aber ich hab ziemlich viel Feedback bekommen! Sie fragten mich, warum ich das OPHI-II im PEO verarbeitet habe und nicht im MOHO; und auch, warum ich das CPPF benutzt habe, wo es doch in dem Fallbeispiel um eine Beratungsfrage gegangen war. Ach ja, und welchen Bezugsrahmen ich verwendet hätte. Da hab ich gesagt: Man geht auf ein Kind anders zu als auf einen älteren Menschen. Aber das hatten sie nicht gemeint. Sie meinten, ich sollte mich mit mehr Modellen beschäftigen und auch den theoretischen Hintergrund der Modelle untersuchen.“ Sie seufzte. „Schon bei dem Gedanken daran schlafe ich ein! Es gibt so viele Modelle und dann überall noch das theoretische Geschwafel darum herum. Irgendeine Idee, wie ich aus der Nummer 'rauskomme?“

Mia: „Nein, mir haben sie so etwas Ähnliches gesagt, und jetzt seh' ich den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr. Die ganzen Inhaltsmodelle, Prozessmodelle, Theorien, Paradigmen und Bezugsrahmen und so weiter ...

Das macht mich ganz kirre, und dann muss das Ganze noch methodisch betrachtet werden, und das professionelle Reasoning muss verständlich sein und dann musst du noch eine Vision haben ...! Puuuh ...!“

17.1 Einleitung

Im Teil III dieses Buches geht es um die Modelle in der Ergotherapie. Das richtige Modell oder die richtige Kombination aus Inhalts- und Prozessmodellen zu wählen, ist wichtig für die Ergotherapie. Und um eine Entscheidung treffen zu können, ist ein sorgfältiges professionelles Reasoning erforderlich. Zu wissen, auf welche Sichtweise und Theorie sich ein Modell gründet, hilft dabei eine fundierte Entscheidung zu treffen. Im gesamten Gesundheitssystem wird mit Modellen gearbeitet, methodisch vorgegangen und ein professionelles Reasoning betrieben. Es gibt spezifische Ergotherapiemodelle aber auch multidisziplinäre Modelle, die für Ergotherapeuten nützlich sein können. Allerdings nutzt jede Disziplin dies in einer für sie spezifischen Form mit kollektiven, berufsbezogenen Bezugsrahmen, Paradigmen und Blickwinkeln und den sich daraus ableitenden Aktionen im Hinblick auf den Klienten (Holm 1986).

Dreht sich schon alles? Dass die Studierenden in dem obigen Beispiel stöhnen und die beinahe babylonische Sprachverwirrung rund um diese Begrifflichkeiten schwierig finden, kann man sich gut vorstellen. In diesem Kapitel erläutern wir die Begriffe und stellen die Verbindungen zwischen ihnen her. In Teilen wird jedoch eine gewisse Unklarheit bestehen bleiben, da auch in der aktuellen Literatur zu den jeweiligen Begrifflichkeiten keine eindeutige Klarheit und Deutlichkeit herrscht. Manche Begriffe werden durcheinander und auch synonym verwendet. Feste Definitionen gibt es nicht für jeden Begriff, da es in der Ergotherapie (noch) an einem umfassenden Konsens zu jeder dieser Fragen fehlt (Supyk-Mellson u. McKenna 2010). Für Ergotherapiestudierende und Ergotherapeuten, die versuchen, die theoretischen Einflüsse auf den Beruf zu verstehen, kann dies sehr frustrierend sein (Duncan 2006). Zudem werden manche Begriffe in der englischsprachigen Literatur anders verwendet als in den Niederlanden, Belgien oder in den deutschsprachigen Ländern. Bei der Lektüre eines Artikels aus der Literatur ist es also wichtig, den theoretischen Background (Theorie und Vision) des Autors zu kennen, aus dem heraus er bestimmte Begrifflichkeiten einsetzt.

17 Begriffe verstehen – der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle

Astrid Kinébanian, Inka Logister-Proost

„Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie.“

Kurt Lewin (1890–1947)

Keywords

- Begriffe
- Vision
- Leitbild
- Paradigma
- Wissen
- Theorie
- Bezugsrahmen
- methodisches Handeln
- Methodik
- Methode
- Framework
- Klassifizierung
- Taxonomie
- Modell
- Inhaltsmodell (Praxismodell)
- Prozessmodell

Feedback

Die Ergotherapiestudierende Mia trifft ihre Kommilitonin Nele auf dem Flur. Sie kann es Nele bereits im Gesicht ablesen, als sie nach dem Portfoliogespräch den Raum verlässt ...

Mia: „Na, wie hat es geklappt?“

Nele: „Lief nicht schlecht, aber ich hab ziemlich viel Feedback bekommen! Sie fragten mich, warum ich das OPHI-II im PEO verarbeitet habe und nicht im MOHO; und auch, warum ich das CPPF benutzt habe, wo es doch in dem Fallbeispiel um eine Beratungsfrage gegangen war. Ach ja, und welchen Bezugsrahmen ich verwendet hätte. Da hab ich gesagt: Man geht auf ein Kind anders zu als auf einen älteren Menschen. Aber das hatten sie nicht gemeint. Sie meinten, ich sollte mich mit mehr Modellen beschäftigen und auch den theoretischen Hintergrund der Modelle untersuchen.“ Sie seufzte. „Schon bei dem Gedanken daran schlafe ich ein! Es gibt so viele Modelle und dann überall noch das theoretische Geschwafel darum herum. Irgendeine Idee, wie ich aus der Nummer 'rauskomme?“

Mia: „Nein, mir haben sie so etwas Ähnliches gesagt, und jetzt seh' ich den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr. Die ganzen Inhaltsmodelle, Prozessmodelle, Theorien, Paradigmen und Bezugsrahmen und so weiter ...

Das macht mich ganz kirre, und dann muss das Ganze noch methodisch betrachtet werden, und das professionelle Reasoning muss verständlich sein und dann musst du noch eine Vision haben ...! Puuuh ...!“

17.1 Einleitung

Im Teil III dieses Buches geht es um die Modelle in der Ergotherapie. Das richtige Modell oder die richtige Kombination aus Inhalts- und Prozessmodellen zu wählen, ist wichtig für die Ergotherapie. Und um eine Entscheidung treffen zu können, ist ein sorgfältiges professionelles Reasoning erforderlich. Zu wissen, auf welche Sichtweise und Theorie sich ein Modell gründet, hilft dabei eine fundierte Entscheidung zu treffen. Im gesamten Gesundheitssystem wird mit Modellen gearbeitet, methodisch vorgegangen und ein professionelles Reasoning betrieben. Es gibt spezifische Ergotherapiemodelle aber auch multidisziplinäre Modelle, die für Ergotherapeuten nützlich sein können. Allerdings nutzt jede Disziplin dies in einer für sie spezifischen Form mit kollektiven, berufsbezogenen Bezugsrahmen, Paradigmen und Blickwinkeln und den sich daraus ableitenden Aktionen im Hinblick auf den Klienten (Holm 1986).

Dreht sich schon alles? Dass die Studierenden in dem obigen Beispiel stöhnen und die beinahe babylonische Sprachverwirrung rund um diese Begrifflichkeiten schwierig finden, kann man sich gut vorstellen. In diesem Kapitel erläutern wir die Begriffe und stellen die Verbindungen zwischen ihnen her. In Teilen wird jedoch eine gewisse Unklarheit bestehen bleiben, da auch in der aktuellen Literatur zu den jeweiligen Begrifflichkeiten keine eindeutige Klarheit und Deutlichkeit herrscht. Manche Begriffe werden durcheinander und auch synonym verwendet. Feste Definitionen gibt es nicht für jeden Begriff, da es in der Ergotherapie (noch) an einem umfassenden Konsens zu jeder dieser Fragen fehlt (Supyk-Mellson u. McKenna 2010). Für Ergotherapiestudierende und Ergotherapeuten, die versuchen, die theoretischen Einflüsse auf den Beruf zu verstehen, kann dies sehr frustrierend sein (Duncan 2006). Zudem werden manche Begriffe in der englischsprachigen Literatur anders verwendet als in den Niederlanden, Belgien oder in den deutschsprachigen Ländern. Bei der Lektüre eines Artikels aus der Literatur ist es also wichtig, den theoretischen Background (Theorie und Vision) des Autors zu kennen, aus dem heraus er bestimmte Begrifflichkeiten einsetzt.

Während die Diskussion über die Unterschiede der Begriffe andauert, ist es wichtig, dass Studierende und Ergotherapeuten inspiriert werden und inspiriert bleiben, Modelle weiter zu untersuchen und zu verstehen, was der Sinn von Modellen ist. Sie geben einem einen Leitfaden beim Nachdenken, beim professionellen Reasoning, bei der Vermittlung der Entscheidungen an den Klienten und bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung an die Hand. Dieses Kapitel hilft dabei, die Begrifflichkeiten zu entwirren und zu lernen, wie man Ergotherapiemodelle auswählt.

Ein „Begriff“ oder eine „Begrifflichkeit“ ist etwas Abstraktes, eine Idee, eine Vorstellung, eine Denkeinheit. Wenn eine sprachliche Verwirrung mit englischen Begriffen droht, wird darauf in einer Box eingegangen. Eine solche Unklarheit besteht bereits für das Wort „Begriff“ selbst.

Sprachverwirrung

Das Wort „Begriff“ selbst ist etwas verwirrend. Im Englischen wird aus „Begriff“ das Wort „concept“. Im Deutschen und im Niederländischen steht „Konzept“ für einen Entwurf, einen groben Plan, ein Manuskript usw. In der wissenschaftlichen Literatur sieht man jedoch immer häufiger, dass von „Konzept“ die Rede ist, wenn der einzelne Begriff gemeint ist. Konkrete Beispiele für solche Begrifflichkeiten (concept) sind „Verträglichkeit“ oder „Inklusion“. Das „Betätigen“ ist ein zentraler Term (concept) in der Domäne der Ergotherapie.

Wenn Begriffe zusammenhängen, doch noch kein Konsens über ihre definitive Verwendung erzielt wurde, kann man dies im Deutschen als „Konstrukt“ bezeichnen, im Englischen heißt es „construct“. Ein Begriff wie „jung“ kann z. B. eine vollständig unterschiedliche Bedeutung oder Konnotation haben – geht es um „jungen Käse“ oder um „junge Teilnehmer“ oder „junge Klienten“? Und der Begriff „Konzept“ bedeutet vor allem „Entwurf“, oder „grober Plan“, wird aber auch als „Methode“ verstanden (z. B. das Bobath-Konzept) oder als Programm für ein Vorhaben.

In diesem Kapitel verwenden wir das Wort „Begriff“ sowohl für alleinstehende als auch für zusammenhängende Worte.

17.2 Der Zusammenhang zwischen den Begriffen

Die Begrifflichkeiten werden weiter unten in diesem Kapitel näher beleuchtet. Es ist wichtig, zuerst die Beziehung zwischen all diesen Konzepten rund um den Wissensaufbau zu kennen. Die ► Abb. 17.1 bietet einen Überblick über die wichtigsten Begriffe, die in diesem Kapitel behandelt werden.

Modelle werden im Grunde auf einer Theorie aufgebaut. Eine Theorie beruht auf gesammelten und kombinierten Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen. Ansichten und Paradigmen führen in Kombination mit Theorien und Bezugsrahmen zu Modellen. Dies alles bildet das Fundament des methodischen Handelns und liefert den Unterbau für das professionelle Reasoning während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses.

Mit anderen Worten: Das Schema gibt wieder, wie ergotherapeutisches Wissen zur Theorienbildung genutzt wird. Wissen und Theorie führen zur Bildung eines Bezugsrahmens. Aus dem Bezugsrahmen und den Theorien werden Modelle geformt, aus denen sich Methoden, methodisches Handeln und Methodiken ableiten lassen, die letztlich als Interventionen umgesetzt werden.

Am Rande der Verzweiflung

Nele schaut Mia verzweifelt an. „Ich hab das Kapitel noch nicht mal richtig begonnen und bin schon völlig raus!“

Mia versucht, es mit ihren eigenen Worten wiederzugeben: „Ein Ergotherapeut sieht, dass die Ausübung von Aktivitäten einen Beitrag zum Wohlbefinden der Menschen leistet (Erfahrungswissen). Andere Ergotherapeuten machen die gleiche Erfahrung (Erfahrungswissen). Aus all den Wahrnehmungen/dem Erfahrungswissen werden allgemeine Annahmen generiert, aus denen sich eine Theorie zum Betätigen des Menschen entwickelt.“

„Logisch“, denkt Nele, „Wissen und Theorien über das Betätigen führen also dazu, dass alle Ergotherapeuten sich auf die Kerndomäne konzentrieren: das Betätigen.“

„Genau“, sagt Mia, „und das bezeichnet man als ergotherapeutischen Bezugsrahmen.“

Nele merkt an, dass Ergotherapeuten sich verschiedener Theorien bedienen, wie etwa Theorien über Menschen, Theorien über das Betätigen oder Theorien über Umwelt und Kontexte. Und da besteht ein Zusammenhang.

Mia nickt: „Der Zusammenhang zwischen den Theorien führt zur Entwicklung eines Modells. Und aus meiner Sicht ist das PEO-Modell dafür ein gutes Beispiel. Danach wird das Modell in einer praktischen Anwendung umgesetzt.“

„Das hätte ich also sagen müssen! Ich habe entsprechend dem PEO-Inhaltsmodell gehandelt.“

„Du hast also nicht „einfach irgendwas“ gemacht, Nele“, sagte Mia, „sondern all das führte für dich und deinen Klienten zu einer Intervention: Die Intervention basiert also auf einem Modell, das auf zugrunde liegenden Theorien aufbaut.“

Ein wenig erleichtert schauen sich beide an. Ab jetzt können sie also gut begründen, warum sie den einen Klienten coachen, den anderen bezüglich einer Anpassung der Umwelt beraten und bei einem dritten Klienten die Aktivität einfacher gestalten.

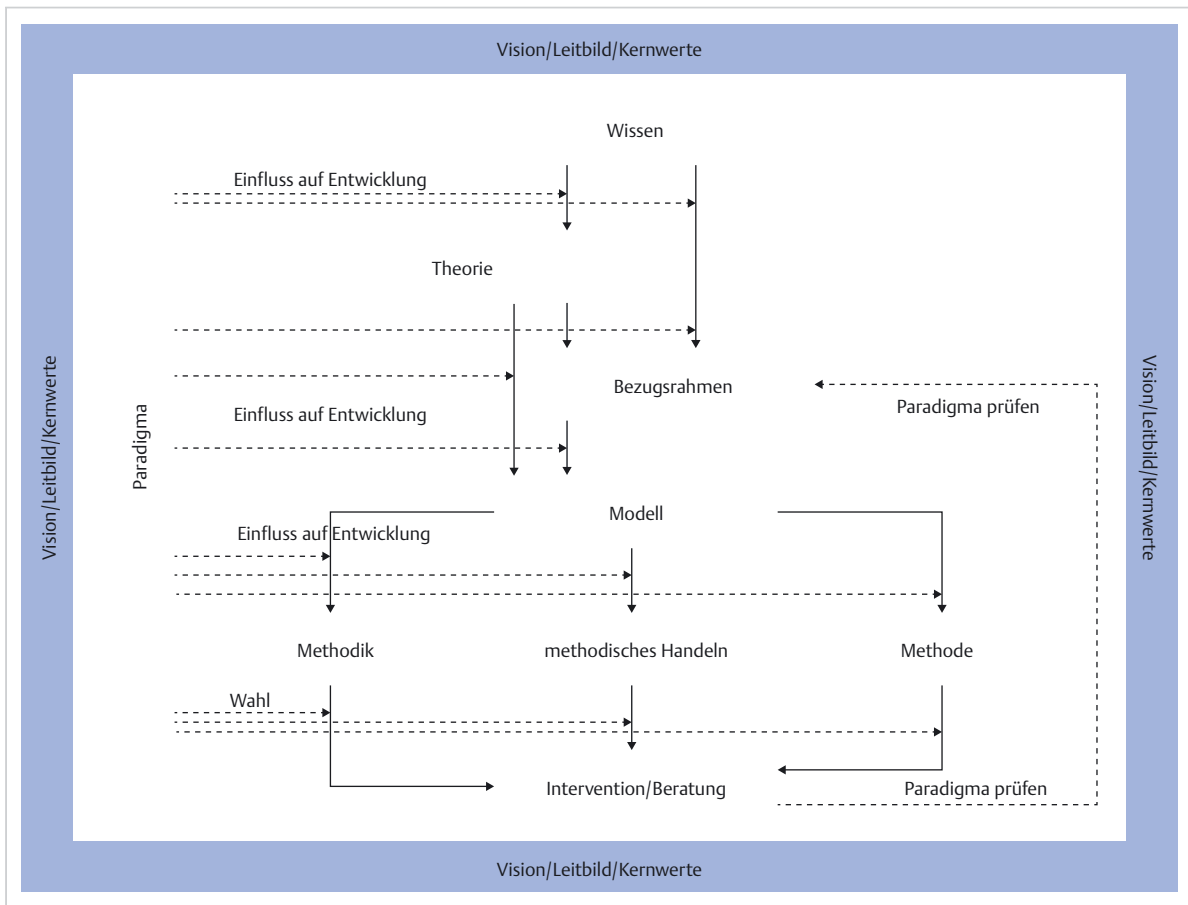


Abb. 17.1 Der Zusammenhang zwischen den Begrifflichkeiten in diesem Kapitel.

Hier wird auch klar, dass das Paradigma (grundsätzliche Denkweise) in der Ergotherapie bei der Auswahl des Bezugsrahmens (d. h. des Blickwinkels, aus dem heraus das Reasoning erfolgt) im Mittelpunkt steht und bei der Entwicklung einer Theorie, eines Modells oder einer Methodik führend ist. Und andersherum: In der Praxis profitieren Ergotherapeuten von einer Methode oder Intervention, wenn sie aus einer Theorie, einem Modell oder einer Methodik hervorgeht, die an das Paradigma der Ergotherapie anknüpft. Mit anderen Worten: Steht das Betätigen im Mittelpunkt? Aus dem Ergotherapieparadigma werden betätigungsorientierte Modelle entwickelt, wie etwa das Model of Human Occupation (MOHO) oder das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Daraus ergeben sich die Bezugsrahmen: Was tut der Ergotherapeut? Daraus leiten sich praktische Richtlinien für einen spezifischen Bereich ab: Wie tut der Ergotherapeut etwas?

Richtlinien

Cole und Tufano meinten mit „Bezugsrahmen“ eine Perspektive, aus der man Entscheidungen begründet. Die sich daraus ableitenden praktischen Richtlinien (practice guidelines) dürfen nicht mit „Leitlinien“ übersetzt und verwechselt werden. Bei Leitlinien handelt es sich um konkrete evidenzbasierte Handlungsempfehlungen zur Aufstellung eines auf den Klienten abgestimmten Interventionsplans, wie etwa die Ergotherapieleitlinie Schlaganfall (Steultjens et al. 2013). Cole und Tufano bezeichnen die Richtlinien für eine spezifische Domäne als Bezugsrahmen.

Die ► Abb. 17.1 zeigt, wie die verschiedenen Begrifflichkeiten zusammenhängen und in die Vision und das Leitbild der Ergotherapie eingebettet sind.

Paradigma, Vision und Leitbild

In der Literatur wird viel über die Stellung des Paradigmas, der Vision und das Leitbild bei der Entwicklung des Wissensfundus (body of knowledge) eines Berufsbildes diskutiert. Manche Autoren setzen das Paradigma in den äußeren Rahmen und stattdessen Vision und Leitbild an die Stelle des Paradigmas. Oder anders gesagt: Entspringt das Paradigma der Vision und dem Leitbild oder ist es umgekehrt?

Wieder andere Autoren setzen das Paradigma mit dem Wissensfundus der Ergotherapie gleich.

In der Literatur wird auch mit anderen Ordnungen in der Wissensstruktur gearbeitet. Meistens verwenden die Autoren dieselben Begriffe, doch variiert ihr Platz in der theoretischen Ordnung (Turpin u. Iwama 2011).

17.3 Vision und Leitbild

Mia und Nele auf der Suche nach einer Vision und dem Leitbild

Mia hat auf der Website der AOTA ein wichtiges Dokument gefunden, das ihr dabei hilft zu verstehen, was genau in einer ausformulierten Vision stehen kann. Die AOTA formulierte 2007 die „Centennial Vision“, mit der sie 2017 das hundertjährige Bestehen der Ergotherapie in den USA feierte. Die Vision lautet: „Wir betrachten die Ergotherapie als einen kraftvollen, wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten Beruf, der weithin Anerkennung findet, und mit seinen global vernetzten und vielfältigen beruflichen Vertretern dem gesellschaftlichen Bedürfnis nach Betätigung dient“ (www.aota.org).

Die AOTA hat 2018 ihre Vision 2025 vorgestellt, die auf der Arbeit der Centennial Vision von 2017 aufbaut, um den Beruf über das Jahr 2017 hinaus zu leiten.

Mia macht sich weiter auf die Suche im Internet und findet auf der Seite des Flämischen Ergotherapieverbandes (VE) einen Link zur beruflichen Vision, die sich der VE und der Vlaams Overleg Ergotherapie (VLOE) zu eigen gemacht haben: „Die Vision stützt sich auf fünf kräftige Pfeiler. Im Mittelpunkt steht das Betätigen des Klienten in einem spezifischen, auf Lebensqualität basierenden Betätigungskontext, in dem der Ergotherapeut sich in Bezug auf gesellschaftliche Veränderungen und Trends klar positioniert.“

Das Leitbild des VE für den Ergotherapeuten lautet: „Ein Ergotherapeut begleitet Menschen jeden Alters dabei, das Funktionieren in Lern-, Lebens-, Arbeits- und Entspannungssituationen zurückzugewinnen, zu verbessern und/oder zu erhalten. Die Mittel, die dem Ergotherapeuten dafür zur Verfügung stehen, sind alle Aktivitäten/

Betätigungen, welche die Personen in den Situationen ausüben können.“

Nele sucht unterdessen nach einem entsprechenden Text des niederländischen Berufsverbandes, den sie auch alsbald findet. Ihr gefällt der Text:

„Ergotherapie Nederland ist der Interessenvertreter der Ergotherapie und der Ergotherapeuten in den Niederlanden. Für seine Mitglieder ist Ergotherapie Nederland die verbindende, innovative und inspirierende Vereinigung ergotherapeutischer Professionals.“

17.3.1 Vision

Eine Vision ist eine Überzeugung, ein Bündel von Auffassungen, nach denen man lebt. Sie ist eine Art Kompass, der die Richtung vorgibt, sodass nicht gleich bei jedem kleineren Alltagsereignis eine andere Richtung eingeschlagen wird (Turpin u. Iwama 2011), eine Art realistischer Tagtraum und das Ziel, das man anstrebt, wie z. B. die Partizipation aller Menschen ungeachtet ihrer Herkunft, ihres Geschlechts, ihrer Religion, ihrer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen usw. Die Vision beschreibt, was man erreichen möchte.

Die Vision ist eine Sichtweise, die langfristige Perspektive einer Berufsgruppe oder Organisation. Für jede Berufsgruppe oder Organisation gibt es immer nur eine Vision. Ein Ergotherapeut teilt die Vision innerhalb der Berufsgruppe, aber er teilt auch die Vision seiner Arbeit, z. B. „die Vision der Genesung im Rahmen der Rehabilitation“ oder „die Vision der geriatrischen Rehabilitation“.

Eine Berufsgruppe oder Organisation hat eine inspirierende, innovative, herausfordernde Vision mit einem dynamischen Ausblick auf die Zukunft. Die Vision bietet dem ergotherapeutischen Visionär ein ambitioniertes Bild dessen, was die Berufsgruppe oder Organisation gerne erreichen würde.

Eine Vision kann sich im Verhalten und in der Politik niederschlagen. Die Berufsgruppe kann dies dann in ihrer Produktentwicklung oder bei der Erneuerung der Angebote und so weiter vorwegnehmen. Jemand kann auch eine persönliche Vision haben. In diesem Sinne ist eine Vision mehr eine (geteilte) Meinung.

Vision

In der englischsprachigen Literatur wird für das Wort „Vision“ oft „philosophy“ verwendet. Im Deutschen ist das in etwa auch möglich, wenn man z. B. von der „Unternehmensphilosophie“ spricht, allerdings nicht im Sinne der Philosophie als Geisteswissenschaft.

Eine Vision wird formuliert, um auf eine Berufsgruppe oder Organisation einzuwirken. Dabei bedient sie sich der folgenden Mittel:

- Motivation der Menschen (z. B. der Mitarbeiter oder der Mitglieder einer Berufsorganisation)
- Fokussierung der Menschen auf relevante Aktivitäten
- Bildung eines Rahmens, aus dem sich ableiten lässt, wie Aktivitäten (in der Organisation) eingeführt werden und wie diese Aktivitäten sich in das große Ganze einordnen lassen.

Die ► Abb. 17.1 zeigt deutlich, dass eine Vision sämtliche Aspekte der Theorie- und Modellentwicklung zu durchdringen vermag. Sie macht sich aber auch in allen Aspekten des professionellen Reasonings und in der Ausübung der beruflichen Praxis bemerkbar. Ein Ergotherapeut ist z. B. der Ansicht, dass alle Klienten gleichwertig sind und das Recht haben, die Regie über ihr eigenes Leben zu übernehmen und auch für sie bedeutungsvolle Aktivitäten auszuüben, mit denen sie an der Gesellschaft partizipieren können. Wenn dies die Vision eines Ergotherapeuten ist, dann wird das von ihm verwendete Modell auf einem humanistischen Bezugsrahmen fußen, dem Theorien zur sozialen Inklusion zugrunde liegen. Hat ein Ergotherapeut die Vision, dass die Klienten am stärksten von technischer Fachkenntnis seitens des Ergotherapeuten profitieren, bedient er sich eines Modells, das auf einem medizinisch-technischen Bezugsrahmen basiert, der auf naturwissenschaftlichen Theorien aufbaut.

Kernwerte

Kernwerte werden als ethischer Kompass verstanden. Sie geben Aufschluss darüber, was der Beruf als erstrebenswert erachtet, und vermitteln somit auch eine Vorstellung von der Identität eines Berufes.

Es gibt zwei Arten von Kernwerten. Spezifische Kernwerte beeinflussen die Art und Weise, wie wir handeln, wie z. B. den Austausch von Wissen über Partizipation und Integrität. Allgemeine Kernwerte geben die Verantwortung gegenüber den Beteiligten an, wie z. B. Respekt vor dem Klienten und das Erzielen von Ergebnissen für den Klienten und die Finanzierer. Die Kernwerte bilden die Grundlage des Leitbildes der Ergotherapie: der Glaube an die positive Beziehung zwischen Betätigten, Gesundheit und Wohlbefinden und die Vorstellung, dass Menschen sich betätigende Wesen sind, die glücklicher und gesünder werden, wenn sie etwas tun, dass eine Bedeutung für sie hat: „Alle Menschen sollten in der Lage sein oder es sollte ihnen möglich gemacht werden, sich Betätigungen zu widmen, die ihren Bedürfnissen entsprechen und frei gewählt wurden, um daran zu wachsen und Wohlbefinden zu erleben“ (Wilcock u. Townsend 2009).

17.3.2 Leitbild

Ein Leitbild (mission statement) definiert wofür ein Beruf steht und begründet damit auch die Identität der Berufsgruppe bzw. einer Organisation. Durch das Leitbild zeigt die Berufsgruppe, wer sie ist, was sie tut und was sie erreichen möchte. Ein Leitbild ist zeitlos und steht also, im Gegensatz zur Vision, nicht fortwährend zur Diskussion. Das Ziel eines Leitbildes ist die Förderung der Kohäsion (Zusammenhalt, z. B. in Form geteilter Normen und Werte) und der Kohärenz der Organisation. Ein gutes Leitbild ist knapp formuliert und steht in Verbindung mit den Zielen der Berufsgruppe oder der Organisation. Dabei wird auch angegeben, an welche Beteiligten (Kunden, Mitarbeiter oder andere Interessenten) sich die Organisation richtet. Im Leitbild zeigt sich, was die Berufsgruppe oder Organisation den Klienten, Mitarbeitern oder Interessenten bedeutet. Es gibt etwas, an das man „glaubt“, wovon man überzeugt ist und wo man sich für einsetzt. Ein Leitbild nutzt eine klare und deutliche Sprache (ohne Fachbegriffe oder Abkürzungen) und wirkt ansprechend. Es ist kurz und kraftvoll formuliert, damit die Menschen es sich gut merken können. Man kann auch ein persönliches Leitbild haben.

Das Leitbild geht aus der Vision hervor: Kurz: Die Vision ist, was eine Organisation oder eine Berufsgruppe der Welt zu sagen hat, und das Leitbild ist das Warum. Oder anders gesagt: Vision heißt „Wofür stehen wir als Gruppe?“ und Leitbild heißt „Was wollen wir gemeinsam erreichen?“

17.4 Paradigma

Ein Paradigma ist ein zusammenhängendes Bündel von Theorien, ein theoretischer Denkraum. Kihlhorner sagt, dass das Paradigma in der Ergotherapie der kulturelle Kern des Berufes ist, der die Berufsidentität bestimmt (Turpin u. Iwama 2011). Das bedeutet, dass sich im Paradigma die Kernbegriffe, die Sicht auf den Menschen und die Gesellschaft sowie die Werte des Berufes wiederfinden. Für die Ergotherapie bedeutet das: betätigungs-basiert, kontextbasiert, klientenzentriert und evidenzbasiert.

Das Berufsprofil und der Berufscode basieren immer auf einem Paradigma. Paradigmen passen sich an und laufen parallel zu den Trends im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft. Dies verlangt Flexibilität. Wenn sich also Paradigmen aufgrund von veränderten Vorstellungen zum Gesundheitssystem verschieben, führt dies auch zu anderen oder überarbeiteten Ergotherapiemodellen (Turpin u. Iwama 2011, Supyk-Mellson u. McKenna 2010). Dies bezeichnet man als Paradigmaverschiebung. Indem man als Ergotherapeut stets auf der Höhe dieser neuen Entwicklungen bleibt (lebenslanges Lernen) und die daran anschließenden Modelle in die praktische Arbeit ein-

bettet, verbreitet die Berufsgruppe eine klare Vision, die mit dem aktuellen Gesundheitssystem verbunden ist.

Das CMOP-E ist beliebt, da es sich wie viele andere Ergotherapiemodelle neben dem individuellen Klienten (und seinem System) auch Organisationen und Populationen zuwendet. Eine derartige Paradigmenverschiebung um die Frage „Wer ist der Klient?“ verlangt nach Ergotherapiemodellen, die sich ausdrücklich mit der Gleichwertigkeit und den gleichen Rechten bei Fragen der Gesundheit und der Partizipation befassen, also mit Modellen, welche die Fürsprache und das Empowerment als grundlegende Berufsfertigkeiten betrachten, mit denen Klienten zum Betätigten befähigt werden sollen (Turpin u. Iwama 2011).

Die Ergotherapie wird sich auf die zu erwartenden Klimaveränderungen und den sich daraus ergebenden Folgen für das Betätigen von Menschen einstellen (Hartingsveldt et al. 2010). Es ist gut vorstellbar, dass es dadurch in der Ergotherapie zukünftig zu einer Paradigmenverschiebung mit einem größeren Augenmerk auf sozioökologische Modelle kommt.

17.5 Wissen, Theorie und Bezugsrahmen

Sachkenntnis

Die Ergotherapeutin Karin fragt die Praktikantin Nele: „Kennst du dich eigentlich gut mit den zugrunde liegenden Theorien aus, um aus diesem Bezugsrahmen einen Interventionsplan für Frau Lüdinghaus zu erstellen?“ „Bitte was!“, sagt Nele und denkt zugleich: „Ich muss sofort Mia anrufen!“

17.5.1 Wissen

Viele menschliche Aktivitäten erfordern ein spezifisches Wissen. Man weiß, dass man ein Streichholz durch Reiben des schwefelhaltigen Köpfchens über die Reibfläche entzündet. Wissen setzt sich aus der Erfahrung und dem bisherigen Wissen zusammen, z. B. über eine Person, ein Ereignis oder ein Phänomen. Man kann viele Formen des Wissens unterscheiden: Fachwissen, Selbsterkenntnis, Sprachkenntnisse, wissenschaftliche Erkenntnis, praktisches Wissen, Erfahrungswissen usw. Das Wissen vergrößert sich fortwährend durch wissenschaftliche Forschung. Wissen kann sich aber auch verändern, indem ein Teil früherer Erkenntnisse von neueren abgelöst und verworfen wird. So hat sich z. B. unser Wissen über die Welt verändert, als die Menschen herausfanden, dass die Welt keine Scheibe, sondern eine Kugel ist.

Wissen bereichert den Menschen. Der Mensch kann dieses Wissen in Schulungen aufnehmen. Wissen ist auch eine Konstruktion der Realität, eine gerechtfertigte Auf-

fassung. Wissen ist eine veränderliche Kombination aus Erfahrungen, Werten, kontextuellen Informationen und Einsicht. Aus all diesen Dingen bildet sich ein Rahmen, mit dessen Hilfe neue Erfahrungen und neue Informationen evaluiert werden, um sie dann in diesen Rahmen zu integrieren (Poell u. Kessels 2001).

Menschen sammeln Wissen, um die Natur beherrschen zu können. Dazu kombinieren sie ihre Erfahrungen und nutzen die Zusammenhänge zwischen ihren Erkenntnissen, um ihre Umwelt in der gewünschten Form zu manipulieren. Das Ziel der Erkenntnis und die Entdeckung von Zusammenhängen geben dem Menschen das Gefühl der Kontrolle. Nach Dewey ist das Gehirn das Instrument, das diese Kontrolle ermöglicht. Zumindest ist das Gehirn das Organ, das die Korrelationen zwischen den Ergebnissen und dem bisherigen Wissen herstellt (Dewey 1996).

Was eine Gesellschaft als Wissen ansieht, ist kulturell bestimmt. Was Menschen in der einen Kultur für wahr erachten, gilt nicht automatisch auch in einer anderen Kultur. Auch der Wert bestimmter Erkenntnisse ist in den Kulturen unterschiedlich. Ist es hygienischer mit der rechten Hand zu essen, Messer und Gabel oder Stäbchen zu benutzen? Was ist in einem solchen Fall das Richtige? Die Antwort darauf findet sich in der Kultur, in der die Menschen aufwachsen oder verbleiben.

Im Laufe der Jahrhunderte wurde ein ungeheures Wissen angesammelt, das einen enormen Einfluss auf das Betätigen der Menschen hatte und auch immer noch hat (meistens zu seinem Nutzen, aber manchmal auch zu seinem Schaden).

Den gesamten Prozess der Wissenssammlung nennt man Wissenschaft. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse lassen sich in drei Kategorien einteilen.

Grundlegendes Wissen

Hierbei geht es um Wissen, das die Grundlagen der Existenz berührt. Die Grundlagenwissenschaft strebt nach Erkenntnis der Erkenntnis wegen, ohne dass ein Nutzen direkt erkennbar wäre. So hatten etwa die Wissenschaftler, die den Magnetismus entdeckten, keine Vorstellung davon, dass unser Leben im 21. Jahrhundert ohne Elektrizität nur schwer vorstellbar ist.

Angewandtes Wissen

Dieses Wissen dient der Problemlösung oder der Entwicklung eines Produktes, eines Dienstes oder einer Technik. Es gibt z. B. unzählige Anwendungsmöglichkeiten für Elektrizität und es werden noch immer weitere Anwendungen auf der Basis grundlegender Erkenntnisse über magnetische Felder und andere Energieformen entwickelt.

Praktisches Wissen

Dieses Wissen stammt aus der Praxis und aus der Erfahrung. Es geht um das Wissen, wie etwas ans Laufen gebracht werden kann, ohne ein tieferes Verständnis dafür zu haben, warum es funktioniert oder wie es im Störfall zu reparieren ist. Jeder weiß z. B., dass das Licht angeht, wenn man auf den Schalter drückt. Ein Kind lernt das bereits mit 2 Jahren, ohne irgendeine Ahnung von den Theorien des Elektromagnetismus zu haben.

Wissen

Die englische Übersetzung von „Wissen“ ist „knowledge“ und damit ist auch exakt das Gleiche gemeint. Der „body of knowledge“ meint jedoch die definierte Kerndomäne eines Berufes, so wie das Betätigen die Kerndomäne der Ergotherapie ist. Der „body of knowledge“ umfasst Theorien, Begrifflichkeiten, Formulierungen und Aktivitäten, die zu der Kerndomäne gehören.

17.5.2 Theorie

Eine Theorie ist die Beschreibung eines Bündels zusammenhängender Gedanken, Hypothesen und Erklärungen. Die Theorie „hilft bei der Beschreibung, Erklärung und Vorhersage von Verhalten und/oder Beziehungen zwischen Konzepten oder Ereignissen“ (Cole u. Tufano 2008).

Sowohl die Theorie als auch die Praxis sind für Ergotherapeuten notwendig, aber sie sind nicht das Gleiche. Die Theorie ist das Wissen, *warum* etwas funktioniert, und die Praxis ist das Wissen, *wie* etwas auszuführen ist. So entspringt z. B. das professionelle Reasoning zur Beeinflussung und Reduzierung von Spastiken der Theorie (wissen warum), wodurch es möglich wird, nach Sitzhaltungen für ein Kind zu suchen, bei denen es so wenig wie möglich durch die Spastiken beeinträchtigt wird (wissen wie) und dann eine Aktivität ausüben kann. Ohne die Theorie würde die Praxis allein auf Vermutungen basieren (Higgs et al. 2008).

Die Theorie hilft also bei der Erklärung der Wirklichkeit und vermag Vorhersagen über die Wirklichkeit zu machen. Wenn man mit soundsoviel Kraft gegen einen Tennisball schlägt und kein Wind bläst, wird der Ball auch soundso schnell aufkommen, wobei niemand beim Tennispiel einen Gedanken an die folgende Formel verschwenden wird:

$$\vec{F} = \frac{d\vec{p}}{dt} = \frac{d}{dt}(m\vec{v}) = \vec{v} \frac{dm}{dt} + m \frac{d\vec{v}}{dt}$$

Die verschiedenen Aspekte einer Theorie (Beschreibung, Erklärung und Vorhersage) erfordern jeder für sich eine andere Form der Untersuchung. Theorien sind in erster Linie hypothetisch, sind eher Vermutungen und keine Tatsachen.

Danach wird eine Hypothese durch systematische Aufsummierung der durch Beobachtung und Messung (Beschreibung) gewonnenen Einblicke geprüft und es werden Ursache und Wirkung geklärt. Auf der Basis aller Fakten und durch Simulationen und Wahrscheinlichkeitsberechnungen entsteht ein Bild über den zukünftigen Ablauf eines Phänomens. Schließlich wird eine evidenzbasierte Theorie in professionelles Handeln in der Praxis umgesetzt (evidencebased practice).

So kann man z. B. auf der Grundlage von Knochenstrukturen und Schmerzen in Kombination mit der Beobachtung von Symptomen zu dem Schluss kommen, dass die Ursache für die Unfähigkeit zu gehen ein Knochenbruch ist. Aus Erfahrung sowie aus Theorien über Zellwachstum und Zellproliferation innerhalb des Körpers weiß man, dass ein Knochenbruch am besten durch Immobilisation heilt. Also wird das Bein eingegipst. Auf der Basis der Theorien lässt sich dann auch vorhersagen, wie lange es bis zur Ausheilung des Knochens voraussichtlich dauern wird, nämlich sechs Wochen.

Die Tatsachen werden stets im Licht einer Theorie interpretiert, wodurch die Tatsachen eine Bedeutung bekommen. Ein anderes Beispiel: Wenn es etwa draußen dunkel wird und ein Grollen zu hören ist (Tatsache), folgt die Interpretation: „Es wird wohl bald regnen. Wir müssen die Fenster schließen“ (Betätigung). Dies geht auf die Theorie über den Zusammenhang zwischen Unwetter und Regen zurück. Findet das Grummeln bei hellem, klarem Himmel statt (Tatsache), folgt die Deutung: „Das Geräusch wird wohl von einem Flugzeug stammen (Theorie) und ich sitze weiter schön in der Sonne“ (Betätigung).

Das Wissen darüber, welche Betätigung in einer bestimmten Situation erforderlich ist, bezeichnet man als stilles oder implizites Wissen (tacit knowledge). Das Betätigen von Menschen findet immer vor einem theoretischen Hintergrund statt, auch wenn man sich dessen nicht zu jeder Zeit bewusst ist. Die formale Theorienbildung ist das tief gehende und gründliche Erklären des impliziten Wissens, das alle Professionals in der täglichen Praxis nutzen, so wie es auch alle anderen Menschen in ihrem täglichen Leben tun (Schön 1983). Theorienbildung ist es auch, wenn man Zusammenhänge zwischen Phänomenen und Konzepten herstellt und diese beschreibt und erklärt, Vorhersagen dazu trifft und sie vor allem auch kommuniziert und in verschiedenen Situationen einsetzt.

In diesem Kapitel und im gesamten Buch wird der Begriff der Theorie recht weit gefasst. Chapparo und Ranka (2005) beschreiben die Theorie in der Ergotherapie so: „In der Occupational Science ist die Theorie die kommunizierbare Ausformulierung des konzeptuellen Bildes des Betätigten in Relation zur Gesundheit und zum Wohl-

befinden, seiner Einzelteile und der Art und Weise, wie diese Teile miteinander im Verbindung stehen.“

Diese Definition macht deutlich, dass sich die ergotherapeutische Theorienbildung auf den Zusammenhang zwischen dem Betätigten, der Gesundheit und den Fertigkeiten zur Ausübung der Betätigung bezieht.

Ein Blick zurück

Mia blättert gern in diesem Buch zurück, denn sie vermutet, dass die Aneignung des „Wissens“ und der „Theorien“ mit der Geschichte der Ergotherapie, der Entwicklung der Theorien und den Verschiebungen der Paradigmen zusammenhängt.

Nele geht noch einmal zurück zur ► Abb. 17.1, um sich das dortige Schema genauer anzusehen. Jetzt versteht sie die Begriffe schon besser und auch, wie diese miteinander in Verbindung stehen.

In Kap. 1 und Kap. 2 wurde beschrieben, wie sich die ergotherapeutische Theorie entwickelte. In den 1980er- und 1990er-Jahren hatte sich auch eine Identitätskrise abgezeichnet, deren Folge die Neuformulierung des Paradigmas in der Ergotherapie war. Danach hieß es: Der Zusammenhang zwischen dem Betätigten und der Gesundheit und dem Wohlbefinden wird als gemeinsames (oder verbindendes) Basiskonzept aller Formen der Ergotherapie betrachtet (Hartingsveldt et al. 2010). Dies scheint eine einfache und naheliegende Paradigmenverschiebung zu sein, doch ihre Konsequenzen sind weitreichend. Hooper (2006) erklärt dies als eine erkenntnistheoretische Transformation: Woher wissen wir, was wir wissen? Es geht mithin um eine Verschiebung der Art, in der die Ergotherapie Wissen definiert und wie Wissen erlangt wird.

Man kann sagen, dass bis in die 1990er-Jahre hinsichtlich der Wissensentwicklung das reduktionistische Denken vorgeherrscht hat (d. h. die genaue Betrachtung zahlloser Einzelaspekte). Dies führte zu unterschiedlichen spezifischen Interventionen, z. B. zur sensorischen Integration, kognitiven Rehabilitation bei traumatischen Hirnschädigungen oder zu ausdruckszentrierten Techniken für Personen mit psychiatrischen Erkrankungen. In den 1980er-Jahren betonten internationale ergotherapeutische Wissenschaftler die Bedeutung einer erneuerten Fokussierung auf das Betätigten. Dieser Funke sprang über und führte zur Entwicklung betätigungsorientierter Modelle (Wong u. Fisher 2015). Zudem wurde der Fokus auf das Betätigten über die Jahre von sozialpolitischen Strömungen beeinflusst und es verschoben sich die beruflichen Prioritäten (Wong u. Fisher 2015).

Ergotherapeutische Interventionen basieren auf den Theorien des Betätigten. Oder anders herum: Diese Theorien bilden die Grundlage der sog. betätigungs-basierten Modelle (occupation based). In diesen Modellen geht man

von einer Synthese aller Elemente aus, die das Betätigten des Menschen ermöglichen (► Abb. 17.1, ► Abb. 17.2). Die Synthese und die Anwendung der Konzepte zum Betätigten sind die Punkte, welche Ergotherapeuten von anderen Professionals unterscheiden (Wong u. Fisher 2015).

17.5.3 Bezugsrahmen

Ein Bezugsrahmen (frame of reference) ist nach Mosey (1986, 1992) ein System vergleichbarer und miteinander in Verbindung stehender Begrifflichkeiten, Definitionen und Prämissen, die sich von Theorien ableiten, welche in einem bestimmten Praxiskontext die Richtung vorgeben. Sie führte als Erste den Begriff des Bezugsrahmens in die Ergotherapie ein: „[Bezugsrahmen] ... ist eine Reihe zusammenhängender, intern konsistenter Konzepte, Definitionen und Prämissen.“ Nach Cole und Tufano beschreiben Bezugsrahmen auf systematische Art und Weise, wie die Theorie in die Praxis eingebunden wird (Cole u. Tufano 2008).

Bezugsrahmen

In einem nicht ergotherapeutischen Zusammenhang versteht man unter einem Bezugsrahmen die Summe der Gebräuche, Normen und Regeln, nach denen sich eine Person oder eine ganze Gemeinschaft richtet. In diesem Sinn bestimmt ein Bezugsrahmen, oftmals unbewusst, wie etwas beurteilt wird. Ein Bezugsrahmen braucht keinen Namen: Wenn man mit der Idee aufgewachsen ist, dass fernzusehen Zeitverschwendung ist, wird man es befremdlich finden, dass manche Menschen jeden Abend (oder auch schon tagsüber) vor dem Fernsehgerät sitzen. Die Menschen können z. B. voller Überzeugung nach einem humanistischen oder religiösen Bezugsrahmen ihr Leben verbringen. Menschen können sich auch einer Frage aus einem psychologischen, soziologischen oder umweltbezogenen Bezugsrahmen zuwenden. Einige Beispiele zum Begriff der „Nachhaltigkeit“:

- aus dem psychologischen Bezugsrahmen: Verbessere die Welt, indem du bei dir selbst beginnst; also eine individuelle Perspektive.
- aus dem soziologischen Bezugsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen kommen nur zustande, wenn man die Frage strukturell angeht, d. h. nur wenn gesellschaftliche Institutionen anders funktionieren, wird sich die Welt verändern. Die Bankvorstände änderten ihre Bonuskultur erst auf Druck der öffentlichen Meinung und langfristige Anlagen wurden für Privatpersonen erst attraktiv, als der Steuervorteil erhöht wurde (als Belohnung).
- aus dem umweltbezogenen Bezugsrahmen: Hier sucht man nach technischen Lösungen, wie z. B. dem E-Mobil.

Natürlich liegt die Wahrheit bei solchen komplexen Fragen am ehesten in der Mitte. Solche Themen lassen sich nur aus verschiedenen Bezugsrahmen in Angriff nehmen.

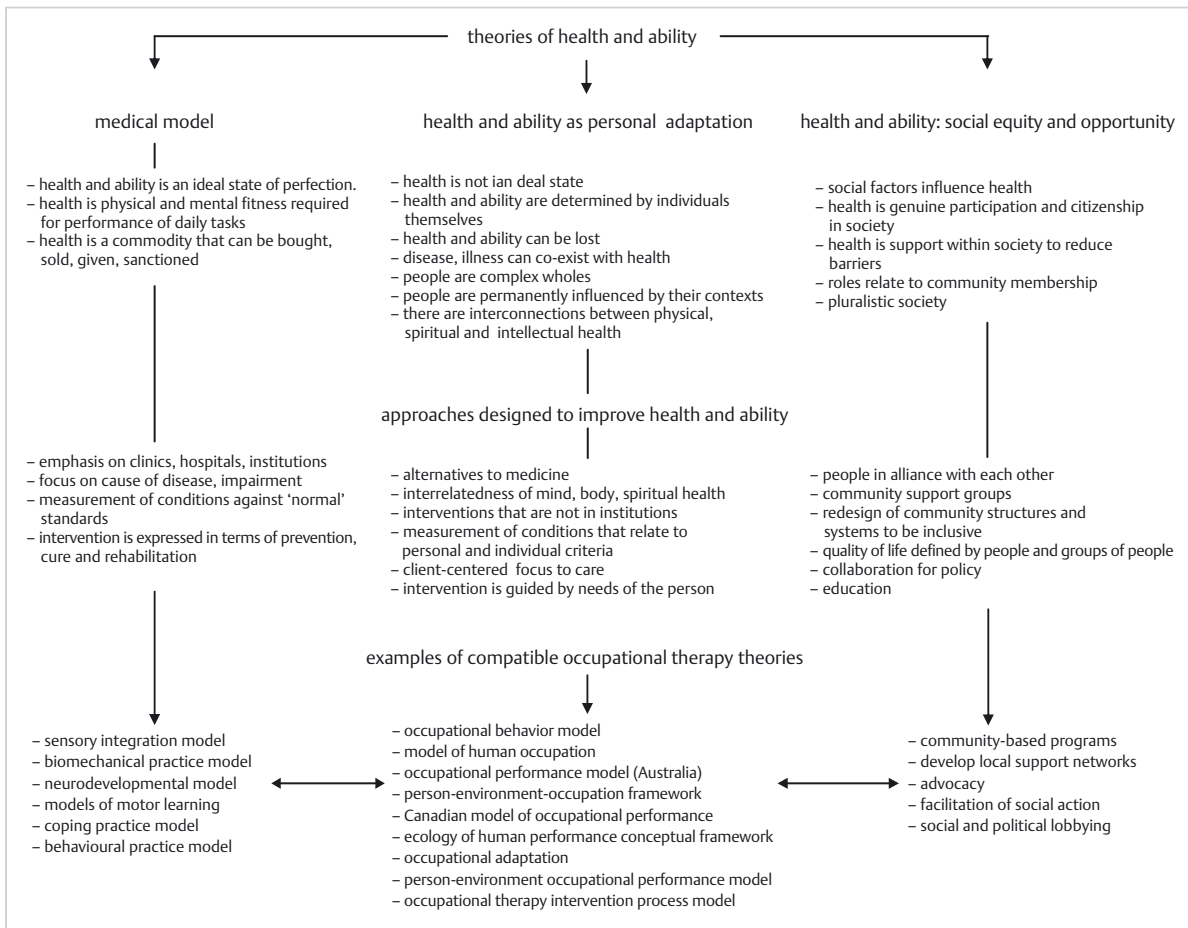


Abb. 17.2 Theories of health and ability and their impact on theory building in occupational therapy (Theorien zu Gesundheit und Leistungsfähigkeit und ihre Bedeutung für die Theoriebildung in der Ergotherapie; Whiteford u. Wright-St Clair 2005).

Eine Berufsidentität gründet sich auf verschiedene Bezugsrahmen. So arbeitete die Ergotherapie ursprünglich mit einem humanistischen Bezugsrahmen. Dieser wandelte sich zu einem medizinischen Bezugsrahmen, bevor die Ergotherapie Jahrzehnte später wieder zu Ersterem zurückkehrte (Kap. 2 u. Kap. 3). Aktuell nutzt die Ergotherapie in praktisch allen Ländern der Welt (wieder) einen humanistischen und zumeist auch einen systemtheoretischen Bezugsrahmen. Technische Berufe und viele medizinische Berufe nutzen hingegen vielfach einen naturwissenschaftlichen Bezugsrahmen.

Ein Bezugsrahmen bietet:

- eine Struktur, auf die sich das Denken und Argumentieren stützt, und welche die Basis für Entscheidungen in der Praxis bildet
- eine Richtung bei der Auswahl der wissenschaftlichen Evidenzen, Assessments und Interventionen, die am stärksten mit dem Wesen der Ergotherapie verbunden sind

- eine Terminologie, mit der die Betätigungsfragen und Schwierigkeiten der Klienten im Zusammenhang mit dem Betätigten und der Partizipation in Worte gefasst werden können
- eine Quelle, mit der das professionelle Know-how in Fachwissen umgesetzt werden kann
- eine gute Übereinstimmung zwischen den Bedürfnissen und den Wünschen des Klienten, indem er die passende Theorie anbietet (Melton et al. 2009).

Jeder Bezugsrahmen unterstützt den Ergotherapeuten auf andere Weise bei der Inventarisierung, Analyse und Definition der (potenziellen) Betätigungsfragen, bei den Interventionen und Beratungen sowie bei der Evaluation der Effekte der ergotherapeutischen Intervention (Supyk-Mellson u. McKenna 2010). Die Wahl des Bezugsrahmens passt zu dem, wofür die Ergotherapie steht:

- Entwicklung des Betätigten
- Wiedererlernen des Betätigens
- effektiveres Betätigen

- sichereres Betätigen
- Erhalt des Betätigens
- Umgang mit dem Verlust des Betätigens.

Manche Bezugsrahmen (wie etwa biomechanisch orientierte) konzentrieren sich nur auf die „Ermöglicher“ des Betätigens (enablers of occupation), die internen Faktoren des Klienten. Diese Bezugsrahmen richten sich vornehmlich auf die Körperfunktionen und deren Störungen oder Beeinträchtigungen. Andere Bezugsrahmen (z. B. rehabilitative frame of reference) rücken die Ausführung täglicher Aktivitäten durch den Klienten in den Mittelpunkt. Sie haben dabei vor allem die Aktivitäten und die damit verbundenen Beeinträchtigungen im Blick. Der humanistische Bezugsrahmen etwa ist noch weiter gefasst und stellt das Betätigen des Klienten in den Betätigungskontext (Zuhause, Schule, Arbeit). Er richtet sich vornehmlich auf die Partizipation und deren Grenzen.

Bezugsrahmen

Der englische Begriff „Framework“ bezeichnet einfach einen Rahmen, ein Schema eines Bezugsrahmens. Beispiele sind das Canadian Practice Process Framework (CPPF) oder das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF), das sowohl den Inhalt als auch den Prozess beschreibt.

Ergotherapeuten verwenden verschiedene Bezugsrahmen im Hinblick auf das Betätigen, um den so unterschiedlichen Betätigungsfragen und Schwierigkeiten der Klienten etwas entgegensetzen zu können. So kann z. B. in der Akutphase bei Verbrennungswunden der biomechanische Bezugsrahmen am geeignetsten sein, um einer Narbenbildung mit nachfolgender Beeinträchtigung des Bewegungsausschlages und der Kraft vorzubeugen. Nach der Entlassung kann ein Bezugsrahmen für Rehabilitation und Entwicklung effektiver sein, da es sich jetzt um Themen wie die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz oder die Rückkehr in die Schule handelt. Eventuell werden bereits verwendete Strategien aus dem biomechanischen Bezugsrahmen fortgeführt, wie etwa aktive Übungen zum Erhalt des Bewegungsausschlages und das weitere Tragen eines Druckverbandes.

In dem o. a. Beispiel werden die Bezugsrahmen nacheinander und in Abhängigkeit von der Phase der Erkrankung eingesetzt. Bezugsrahmen können aber auch gleichzeitig zum Einsatz kommen, wenn sie einander ergänzen und nicht widersprechen. Der Ergotherapeut kann sich zusammen mit einem Klienten, der mit den Folgen eines Schlaganfalls zu kämpfen hat, für eine Bewegungsinduktionstherapie im Hinblick auf die Parese einer Extremität entscheiden. Er kann zudem Hilfsmittel für die nicht betroffene Extremität anbieten. Der Ergotherapeut setzt also zugleich einen Bezugsrahmen ein, der auf die Gene-

sung abzielt, und einen, bei dem es um die Rehabilitation geht (Rogers 2010). Der Ergotherapeut kann sich innerhalb eines verhaltenstherapeutischen Bezugsrahmens für einen direktiven Ansatz entscheiden (z. B. operante Konditionierung), aber nicht für denselben Klienten dann im selben Bezugsrahmen eine nicht direktive Methodik auswählen (z. B. klientenzentrierter Ansatz nach Rogers), da diese beiden Methodiken einander widersprechen.

17.6 Methodik, Methode und methodisches Handeln

Knobeleyen

Nele und Mia knobelnd gemeinsam am Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E).

„Das CMOP-E entwickelte sich aus dem ergotherapeutischen Bezugsrahmen und basiert u. a. auf Theorien zum Menschen als sich betätigendem Wesen. Passend zum ergotherapeutischen Paradigma steht das Betätigen im Mittelpunkt. Damit hast du also eine Vision von Gesundheit, Wohlbefinden, Inklusion und Gerechtigkeit. Ok, dann weiter ...“

Das methodische Handeln kann mithilfe des zugehörigen Canadian Practice Process Framework (CPPF) erfasst werden. Mia meint, dass die zugehörige Methodik das „enabling occupation“ sei, das Ermöglichen des Betätigens. Nele zufolge sind die zugehörigen Methoden die „Key occupational therapy enablement Skills“: das Ermöglichen des Betätigens in Zusammenarbeit mit dem Klienten, z. B. durch das Anpassen, Fürsprechen, Coachen, Zusammenarbeiten, Konsultieren/Beraten usw.

Als sie das jetzt durchgearbeitet haben, sehen sie den Fragen zu den Grundlagen, die sie beim nächsten Portfoliogespräch erwarten, zuversichtlich entgegen.

17.6.1 Methodik

Eine Methodik ist ein Bündel von Methoden zur Einleitung eines auf einer Theorie basierenden Veränderungsprozesses. Die Methodik ist zugleich die Lehre von der Methode, nämlich die Erkenntnisse aus Erfahrung, Vision, Theorie und Reflexion über das methodische Handeln.

Wenn jemand z. B. lernen will, in einem Rollstuhl zu fahren, wird ein Ergotherapeut bei dieser Person eine Methode wählen, die auf dem Erfahrungslernen nach James, Hahn und Dewey beruht (Ploeg 2011). Der Ergotherapeut geht hier dann davon aus, dass Lernen und Veränderungen des Betätigens das Ergebnis direkter Erfahrungen sind. Danach sagt er zu dem Klienten: „Probieren Sie es mal aus“. Bei einem anderen entscheidet er sich für einen kognitiven verhaltenstherapeutischen Ansatz in der Hoffnung, dass der Klient ein ausreichendes Selbstvertrauen entwickelt, um mit dem Rollstuhl auch ohne

- sichereres Betätigen
- Erhalt des Betätigens
- Umgang mit dem Verlust des Betätigens.

Manche Bezugsrahmen (wie etwa biomechanisch orientierte) konzentrieren sich nur auf die „Ermöglicher“ des Betätigens (enablers of occupation), die internen Faktoren des Klienten. Diese Bezugsrahmen richten sich vornehmlich auf die Körperfunktionen und deren Störungen oder Beeinträchtigungen. Andere Bezugsrahmen (z. B. rehabilitative frame of reference) rücken die Ausführung täglicher Aktivitäten durch den Klienten in den Mittelpunkt. Sie haben dabei vor allem die Aktivitäten und die damit verbundenen Beeinträchtigungen im Blick. Der humanistische Bezugsrahmen etwa ist noch weiter gefasst und stellt das Betätigen des Klienten in den Betätigungskontext (Zuhause, Schule, Arbeit). Er richtet sich vornehmlich auf die Partizipation und deren Grenzen.

Bezugsrahmen

Der englische Begriff „Framework“ bezeichnet einfach einen Rahmen, ein Schema eines Bezugsrahmens. Beispiele sind das Canadian Practice Process Framework (CPPF) oder das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF), das sowohl den Inhalt als auch den Prozess beschreibt.

Ergotherapeuten verwenden verschiedene Bezugsrahmen im Hinblick auf das Betätigen, um den so unterschiedlichen Betätigungsfragen und Schwierigkeiten der Klienten etwas entgegensetzen zu können. So kann z. B. in der Akutphase bei Verbrennungswunden der biomechanische Bezugsrahmen am geeignetsten sein, um einer Narbenbildung mit nachfolgender Beeinträchtigung des Bewegungsausschlages und der Kraft vorzubeugen. Nach der Entlassung kann ein Bezugsrahmen für Rehabilitation und Entwicklung effektiver sein, da es sich jetzt um Themen wie die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz oder die Rückkehr in die Schule handelt. Eventuell werden bereits verwendete Strategien aus dem biomechanischen Bezugsrahmen fortgeführt, wie etwa aktive Übungen zum Erhalt des Bewegungsausschlages und das weitere Tragen eines Druckverbandes.

In dem o. a. Beispiel werden die Bezugsrahmen nacheinander und in Abhängigkeit von der Phase der Erkrankung eingesetzt. Bezugsrahmen können aber auch gleichzeitig zum Einsatz kommen, wenn sie einander ergänzen und nicht widersprechen. Der Ergotherapeut kann sich zusammen mit einem Klienten, der mit den Folgen eines Schlaganfalls zu kämpfen hat, für eine Bewegungsinduktionstherapie im Hinblick auf die Parese einer Extremität entscheiden. Er kann zudem Hilfsmittel für die nicht betroffene Extremität anbieten. Der Ergotherapeut setzt also zugleich einen Bezugsrahmen ein, der auf die Gene-

sung abzielt, und einen, bei dem es um die Rehabilitation geht (Rogers 2010). Der Ergotherapeut kann sich innerhalb eines verhaltenstherapeutischen Bezugsrahmens für einen direktiven Ansatz entscheiden (z. B. operante Konditionierung), aber nicht für denselben Klienten dann im selben Bezugsrahmen eine nicht direktive Methodik auswählen (z. B. klientenzentrierter Ansatz nach Rogers), da diese beiden Methodiken einander widersprechen.

17.6 Methodik, Methode und methodisches Handeln

Knobeleyen

Nele und Mia knobelnd gemeinsam am Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E).

„Das CMOP-E entwickelte sich aus dem ergotherapeutischen Bezugsrahmen und basiert u. a. auf Theorien zum Menschen als sich betätigendem Wesen. Passend zum ergotherapeutischen Paradigma steht das Betätigen im Mittelpunkt. Damit hast du also eine Vision von Gesundheit, Wohlbefinden, Inklusion und Gerechtigkeit. Ok, dann weiter ...“

Das methodische Handeln kann mithilfe des zugehörigen Canadian Practice Process Framework (CPPF) erfasst werden. Mia meint, dass die zugehörige Methodik das „enabling occupation“ sei, das Ermöglichen des Betätigens. Nele zufolge sind die zugehörigen Methoden die „Key occupational therapy enablement Skills“: das Ermöglichen des Betätigens in Zusammenarbeit mit dem Klienten, z. B. durch das Anpassen, Fürsprechen, Coachen, Zusammenarbeiten, Konsultieren/Beraten usw.

Als sie das jetzt durchgearbeitet haben, sehen sie den Fragen zu den Grundlagen, die sie beim nächsten Portfoliogespräch erwarten, zuversichtlich entgegen.

17.6.1 Methodik

Eine Methodik ist ein Bündel von Methoden zur Einleitung eines auf einer Theorie basierenden Veränderungsprozesses. Die Methodik ist zugleich die Lehre von der Methode, nämlich die Erkenntnisse aus Erfahrung, Vision, Theorie und Reflexion über das methodische Handeln.

Wenn jemand z. B. lernen will, in einem Rollstuhl zu fahren, wird ein Ergotherapeut bei dieser Person eine Methode wählen, die auf dem Erfahrungslernen nach James, Hahn und Dewey beruht (Ploeg 2011). Der Ergotherapeut geht hier dann davon aus, dass Lernen und Veränderungen des Betätigens das Ergebnis direkter Erfahrungen sind. Danach sagt er zu dem Klienten: „Probieren Sie es mal aus“. Bei einem anderen entscheidet er sich für einen kognitiven verhaltenstherapeutischen Ansatz in der Hoffnung, dass der Klient ein ausreichendes Selbstvertrauen entwickelt, um mit dem Rollstuhl auch ohne

Begleitung in ein Geschäft zu fahren. Die Entscheidung zwischen der einen und der anderen Methodik hängt vom Lernstil eines Klienten ab.

17.6.2 Methodisches Handeln

Das methodische Handeln lässt sich als bewusstes, zielgerichtetes professionelles Handeln in den verschiedenen Phasen innerhalb eines Prozesses definieren (Satink u. Look 2006). Merkmale des methodischen Handelns sind das systematische, prozesshafte, bewusste, zielgerichtete und dynamische Handeln.

Methodisches Arbeiten ist eine Form der Prozessführung mit dem Ziel, die Ergotherapie in strukturierter und kontrollierter Weise ablaufen zu lassen (Kap. 24). Jeder Schritt im ergotherapeutischen Prozess fußt auf einem ausgesuchten Bezugsrahmen. Welches der verschiedenen Prozessmodelle von Ergotherapeuten eingesetzt wird, hängt von der Vision und dem gewählten theoretischen Hintergrund ab, der zu den Partizipationsfragen des Klienten und zu seinem kulturellen Hintergrund passt (Hartingsveldt et al. 2010).

17.6.3 Methode

Eine Methode ist eine feste, gut durchdachte Form des Betätigens mit dem Zweck, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, also das, was man letztlich in einer spezifischen Situation als Intervention durchführt. Aus derselben Methodik kann der Ergotherapeut die Methode ändern (reframing). Wenn er bemerkt, dass der Klient mündliche Instruktionen benötigt, wird er dies besprechen und das eventuell auch mit einem Angehörigenpfleger des Klienten zum Thema machen. Später stellt er vielleicht fest, dass der Klient schlecht hören kann, was ein Audiogramm bestätigt. Dann wird er dem Angehörigenpfleger vorschlagen, eine andere Methode zu wählen, da schriftliche Instruktionen wahrscheinlich eher zum Erfolg führen.

17.7 Modelle – Was sie sind und was sie nicht sind

Nach Higgs (2008) lassen sich Modelle als mentale Landkarten vorstellen, die einer Person, die eine Betätigung ausübt, zu verstehen hilft, was sie eigentlich tut. Ein Modell ist also eine vereinfachte, zusammenfassende Wiedergabe einer Theorie, in der Vision, Leitbild und Paradigma verarbeitet sind und die Zusammenhänge zwischen den Elementen visuell in einem Schema dargestellt sind. Eine in der Wissenschaft gebräuchliche Definition lautet: Ein Modell ist eine bekannte systematische Methode zur Organisation und Anwendung von Wissen (in der Wirklichkeit). Diese Definition ähnelt stark der Definition einer Theorie. In der wissenschaftlichen Literatur werden

die Begriffe Theorie und Modell auch oft durcheinander geworfen. In der obigen Definition ist klar, dass es bei einem Modell um die Organisation aber auch um die Anwendung von Wissen geht. Ein Modell ist also ein Leitfaden, der die Anwendung einer Theorie in bestimmte Bahnen lenkt. Kielhofner schrieb 1995: Eine Theorie kann einem Therapeuten nie im Vorhinein sagen, was er im Kontext der Therapie genau zu tun hat. Modelle bieten einen Rahmen, in dem Ergotherapeuten ihre Überlegungen anstellen. Aber daneben brauchen sie die Fähigkeit, mit dem Klienten zu diskutieren und mit ihm gemeinsam Entscheidungen zu fällen (Turpin u. Iwama 2011).

Es gibt in der Ergotherapie eine ganze Reihe von Modellen. Die Frage ist dabei: Was ist was und welche Modelle sind wofür gut?

Es besteht ein Unterschied zwischen einem Prozessmodell und einem Inhaltsmodell (Praxismodell). Ein Prozessmodell bietet beim Durchlaufen eines Prozesses eine Struktur, z. B. als Grundlage des methodischen Handelns, um eine Betätigungsfrage zu klären. Ein Prozessmodell bietet jedoch keine Informationen zum Inhalt der Betätigungsfrage. Dazu bedient man sich eines Inhaltsmodells. Diese unterstützen die Analyse und interpretieren alle Faktoren, die mit dem Betätigten in Zusammenhang stehen. Sie nutzt man zur Erläuterung von Veränderungsprozessen. Prozess- und Inhaltsmodelle werden in Kombination eingesetzt (s. auch Kap. 17.8 und Kap. 17.9).

Inhaltsmodelle verbinden Werte, Glauben und Annahmen in der Ergotherapie miteinander und helfen durch ihre Strukturen bei der Deutung und Umsetzung von Evidenzen in der klientenzentrierten Ergotherapie (Ikiugu et al. 2009). Ergotherapeuten bedienen sich gerne der Inhaltsmodelle, machen sie doch durch ihren Ursprung in der Ergotherapie theorie den Unterschied gegenüber anderen Professionals aus. Zudem zeigen sich der Nutzen und die Bedeutung einer Evidenz nur, wenn sie in einem theoretischen Modell eingebettet sind. Erst damit lassen sich Assessments und Interventionen anwenden, um zu Veränderungen im Betätigten der Klienten zu kommen (Ikiugu et al. 2009).

Kein Modell – was nun?

Nele findet in ihrem Portfolio die Anmerkung: „Die ICF ist kein Modell!“ Mia will sich das zusammen mit ihr ansehen, denn auch sie hatte den Hinweis erhalten, dass das OTPF kein Modell sei! Aber was ist es dann? Zusammen setzen sich die beiden in die Mediathek und versuchen, ihre Gedanken noch einmal richtig zu sortieren.

17.7.1 Framework

Das Framework ist die schematische Darstellung einer ganzen Reihe von Begrifflichkeiten, die miteinander in Zusammenhang stehen. Assessments und Interventionen kommen hier nicht vor. In der AOTA wird etwa das OTPF klar beschrieben: „Das Framework dient nicht der Taxonomie, nicht der Theorie und ist auch kein Modell in der Ergotherapie. Aufgrund seines Aufbaus wird ein Framework als Leitfaden in der ergotherapeutischen Praxis zusammen mit dem Wissen und den Evidenzen zu dem jeweiligen Praxisbereich sowie bei den geeigneten Klienten angewendet.“

Das OTPF ist eine Zusammenfassung der miteinander in Verbindung stehenden Fundamente, welche die ergotherapeutische Praxis definieren und führen. Das Framework wurde entwickelt, um den Beitrag der Ergotherapie für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Partizipation herauszustreichen. Die ► Abb. 17.1 und ► Abb. 17.2 sind im Grunde auch Frameworks.

17.7.2 Klassifikation

Unter einer Klassifikation versteht man eine Einteilung in Gruppen nach Phänomenen, Objekten oder Prozessen aufgrund ihrer Übereinstimmungen oder Ähnlichkeiten bei spezifischen Eigenschaften oder Merkmalen. In einer Klassifikation werden Objekte indiziert, sortiert, identifiziert, determiniert und kodiert, d. h. die Einordnung von Objekten oder Phänomenen in ein bereits bestehendes Klassifikationssystem oder die Feststellung der Identität von Objekten über eines oder mehrere Kriterien.

Die ICF ist ein Referenzsystem für Klassifikationen: Der Gesundheitszustand einer Person kann mithilfe der ICF über Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation und Kontextfaktoren (sowohl umwelt- als auch personbezogene) beschrieben werden (WHO 2001). Die Leistungsverzeichnisse der primären Ergotherapie und das „Diagnostic and statistical manual of mental Disorders“ (DSM-5) sind vergleichbare Klassifikationssysteme.

17.7.3 Taxonomie

Eine Taxonomie ist eine hierarchische Einteilung aufgrund von Übereinstimmung mit einer taxonomischen Baumstruktur. Man kann so ziemlich alles einer taxonomischen Einteilung unterziehen: Lebewesen, Pflanzen, Bücher, Orte, Ereignisse. Einfach gesagt: Auch Lakritz kann man in zwei Gruppen einteilen: süß und salzig. Diese Gruppen kann man einer weiteren Untergliederung bezüglich ihrer Konsistenz in hart und weich unterziehen. Diese kann man dann nach Farben unterteilen: schwarz, braun und farbig. Dann lassen sie sich noch weiter nach ihrer Form oder Sorte einordnen, z. B. Autolakritz, Bauernhoflakritz usw. Von einem Lakritz in Form der alten

niederländischen 2,5-Gulden-Münze kann man diese also rücklaufend als Münzenlakritz, der braun, weich und salzig ist, beschreiben. In der Ergotherapie gibt es den Taxonomic Code of Occupational Performance (TCOP). Auch ein Thesaurus in PubMed oder in der Mediathek ist eine Taxonomie.

17.8 Inhaltsmodelle in der Ergotherapie

Inhaltsmodelle sorgen für eine Struktur in der praktischen Ergotherapie und unterstützen das professionelle Reasoning des Ergotherapeuten. Durch Verwendung eines Inhaltsmodells bleibt der Fokus eher auf das Betätigen, den Klienten, seine Betätigungsumwelt und die wechselseitigen Verflechtungen und Bedeutungen gerichtet. Denn das ergotherapeutische Inhaltsmodell trägt das Paradigma, die Vision und das Leitbild der Ergotherapie in sich und basiert u. a. auf den Theorien der Occupational Science.

Ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell trägt zur Schaffung eines Gesamtbildes des Klienten und seiner Wünsche im Hinblick auf das Betätigen und die Partizipation bei. Es hilft bei der Formulierung der Ergotherapieziele und bei der Fokussierung auf das gewünschte Resultat. Nach Kielhofner (2004) sollte es folgende Kriterien erfüllen:

- Es basiert auf einer schlüssigen Theorie (evidenzbasiert), die dem Wissensfundus der Ergotherapie und anderer wissenschaftlicher Disziplinen entspringt.
- Es hilft bei der Formulierung der Annahmen zum „sich nicht betätigen können“, zum „Betätigen“ und zum „Verändern durch Betätigen“.
- Es umfasst zuverlässige und valide Assessments.
- Es wurden evidenzbasierte Interventionsmethoden entwickelt.

Ikiugu ergänzte, dass ein Modell innerhalb eines bestimmten Kontextes verwendet wird, wobei

- der Fokus auf der Betätigungsperformanz liegt (occupational performance),
- die Zusammenarbeit zwischen Klient und Ergotherapeut während des Prozesses auf das Betätigen ausgerichtet ist (klientenzentriert) und
- das Betätigen in den Kontext eingebettet ist (kontextbasiert),
- sodass das Modell mit den Grundsätzen des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas konsistent ist, wie es auch in verschiedenen nationalen und internationalen Berufsprofilen der Ergotherapeuten beschrieben ist (Ikiugu 2004).

Die Übersicht der häufigsten ergotherapeutischen Inhaltsmodelle (► Tab. 17.1) zeigt, dass längst nicht alle Modelle den von Kielhofner beschriebenen Kriterien ent-

sprechen. Manche Modelle, wie z.B. das Kawa-Modell, stecken noch in den Kinderschuhen. Die Assessments und Interventionen werden wohl noch entwickelt werden. Im Jahre 2015 wurde ein praktischer Leitfaden zur Nutzung des Kawa-Modells als Beurteilungsinstrument veröffentlicht (Teoh u. Iwama 2015).

Bei anderen Modellen wie etwa dem Person-Environment-Occupation-(PEO)-Modell und dem Occupational-Adaptation-(OA)-Modell ist die Frage berechtigt, ob es sich um Modelle handelt oder eigentlich nur um ein Framework wie beim OTPF. Zudem fällt auf, dass es noch sehr wenige Modelle mit evidenzbasierten Interventionsmethoden gibt. Deren Entwicklung ist also eine Herausforderung für die kommenden Dekaden (► Tab. 17.2). Inhaltsmodelle werden im Laufe der Jahre durch die Visionen der Entwickler beeinflusst. So ergänzen die Visionen die Kernkonzepte des CMOP-E wie etwa Enablement (Polotajko), soziale Gerechtigkeit (social justice, Townsend) und Umwelt (Law); Wong u. Fisher 2015). Inhaltsmodelle werden auch über die Jahre bei Paradigmenverschiebungen angepasst. So wurde etwa das Person-Environment-Occupation-Performance Model (PEOP) als betätigungsorientiertes Modell entwickelt und ein Gegengewicht zu dem reduktionistischen Paradigma geschaffen. Später gelangte der Top-down-Ansatz mehr in den Mittelpunkt und 2015 wurde das Modell angepasst, um nicht länger nur für Individuen herangezogen werden zu können, sondern auch für Organisationen und Populationen (Wong u. Fisher 2015).

In der Praxis heißt das also, dass viele Ergotherapeuten ungeachtet der Diagnose oder einer (potenziellen) Betätigungsfrage des Klienten mit demselben ergotherapeutischen Inhaltsmodell arbeiten. Allerdings wählt der Ergotherapeut in Abhängigkeit von der Diagnose, der (potenziellen) Beeinträchtigung bei Betätigungen und der Betätigungsfrage für jeden Klienten den passenden Bezugsrahmen. Ein Ergotherapeut in einem sozialpsychiatrischen Zentrum arbeitet z.B. gerne mit allen Klienten mit dem MOHO-Modell, doch entscheidet er sich bei einem Klienten mit eingeschränkten Betätigungsmöglichkeiten infolge einer nicht angeborenen Hirnschädigung für die Heranziehung des neurologischen Bezugsrahmens. Bei einem Klienten mit Betätigungsbeeinträchtigungen infolge einer schizophrenen Symptomatik entscheidet sich entscheidet sich derselbe Ergotherapeut für einen verhaltenstherapeutischen Bezugsrahmen.

Dabei sind wieder mehrere Varianten gegeben. Ein Ergotherapeut, der gerne mit dem MOHO arbeitet, kann bei bestimmten Klienten davon Abstand nehmen und sich für das Kawa-Modell entscheiden, da der Klient mit der östlichen Denkweise und Mentalität vertraut ist. Oder innerhalb eines Ergotherapieteams arbeiten einige der Therapeuten nach dem CMOP-E und andere mit dem PEOP, was dann von ihrer Vision und dem abhängt, was am besten zu dem Klienten passt, mit dem sie arbeiten.

Inzwischen verwenden Ergotherapeuten auch Modelle aus anderen Bezugsrahmen, welche die Prinzipien, Methodiken, Methoden und Tools beschreiben, die für die Umsetzung in der Praxis erforderlich sind, z.B. den verhaltensensorientierten, den biomechanischen oder den neuropsychologischen Bezugsrahmen. Mit anderen Worten: Der Ergotherapeut verwendet neben einem ergotherapeutischen Inhaltsmodell noch Bezugsrahmen, die erforderlich sind, um tatsächlich mit dem Klienten das Betätigen zu entwickeln, neu zu erlernen, zu verbessern, zu erhalten oder ein anderes Betätigen zu erlernen und den Verlust des Betätigens zu verhindern.

Konzeptionelle Modelle

Die ergotherapeutischen Inhaltsmodelle werden oft (vor allem in der englischsprachigen Literatur) anders bezeichnet nämlich „conceptual model“ oder „model of practice“ oder „conceptual practice model“. Das englische „conceptual“ bedeutet hier so viel wie „basierend auf Anschauungen oder Theorien“, während in Deutschland „konzeptionell“ bedeutet „auf ein Konzept bezogen“. „Konzept“ steht im Deutschen jedoch für „grober Plan, Entwurf, Idee“.

Cole und Tufano (2008) meinen, dass Inhaltsmodelle erklären, *weshalb* die Ergotherapie funktioniert, und Praxismodelle zeigen, *wie* sie funktioniert. In diesem Buch werden die Begriffe Inhaltsmodell und Praxismodell jedoch synonym betrachtet, weil das „Warum“ und das „Wie“ zumeist auf das Engste miteinander verbunden sind. In der englischsprachigen Literatur ist das MOHO ein konzeptuelles Praxismodell, während es in Europa als Inhaltsmodell/Praxismodell bezeichnet wird.

Beim MOHO dreht sich alles um den Willen, um Habituation und um das Performanzvermögen, was alles in eine ausführliche Theorie zum Betätigen eingebettet und mit vielen wissenschaftlich überprüften Messinstrumenten angereichert ist. Auch in diesem Modell kann man sich für verschiedene Interventionen entscheiden, sofern man dem ursprünglichen Bezugsrahmen zu den Themen Betätigen, Willen, Habituation und Performanz weiterhin gerecht wird.

Andere Autoren verwenden die Begriffe „Modell“ und „Bezugsrahmen“ auch austauschbar (Bruce u. Borg 2002; Blesedell-Crepeau et al. 2003). Der Unterschied zwischen einem Modell und einem Bezugsrahmen ist in der englischsprachigen Literatur gering. Man könnte sagen, dass der Bezugsrahmen weniger tief gehend ist als das Modell.

Ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell verfügt über keine Theorien zu den Diagnosen und ihren Folgen für den Menschen. Daher bedient sich ein Ergotherapeut z.B. bei einem Klienten mit Parkinson auch der Theorien und Modelle aus der Neurologie und Neuropsychologie. Setzt ein

Ergotherapeut jedoch nur Modelle aus Neurologie und Neuropsychologie ein, fehlt es ihm an den Möglichkeiten, wie ein Ergotherapeut zu denken, also einen Zusammenhang zwischen dem Betätigten, der Gesundheit, dem Wohlbefinden und der Partizipation des Klienten herzustellen.

17.8.1 Theorien als Grundlagen der Inhaltsmodelle

Wie oben erwähnt, basieren die verschiedenen ergotherapeutischen Modelle auf einer Theorie, und man tut gut daran, diese Theorien zu kennen. Einer der theoretischen Unterschiede besteht darin, dass es z.B. eine Strömung mit Modellen und Theorien gibt, die auf biomedizinischen (reduktionistischen) Denkweisen bestehen. Die Gegenströmung dazu bevorzugt die biopsychosozialen Modelle und Theorien. Beide Strömungen zeigen Wege zum Betätigten des Menschen und zum Zusammenhang zwischen der Gesundheit und dem Handeln auf. Chaparro und Ranka (2005) haben in einem Schema dargestellt, wie die unterschiedlichen theoretischen Perspektiven zum Zusammenhang von Gesundheit und der Möglichkeit zum Betätigten die Entwicklung der Ergotherapie-modelle beeinflusst haben:

- der medizinische Bezugsrahmen (Gesundheitsideal)
- Gesundheit und Leistungsfähigkeit als persönliche Anpassung (humanitärer Ansatz)
- Gesundheit und Leistungsfähigkeit: soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Die ► Abb. 17.2 zeigt deutlich, welche Modelle sich aus der ersten, medizinischen Perspektive ableiten: das medizinische Modell. Innerhalb dieses Rahmens wird Gesundheit als statisches Ideal und als Voraussetzung dafür betrachtet, im täglichen Leben handlungsfähig zu sein. Diese Modelle werden in diesem Buch nicht behandelt. Das Paradigma der Ergotherapie, nämlich dass sich Menschen durch neue Betätigungserfahrungen verändern und an neue Bedingungen anpassen können, steht in diesen Modellen zu wenig im Vordergrund.

Die zweite, humanitäre Perspektive entspringt dem humanitären Denken, wobei Gesundheit und auch Behinderungen als etwas betrachtet werden, dass die sich betätigende Person selbst beeinflussen und bestimmen kann. Ein Kritikpunkt am medizinischen Denken ist, dass Gesundheit dort als Abwesenheit von Gesundheit und Beeinträchtigungen gesehen wird. In der zweiten Perspektive wird der wechselseitigen Beeinflussung von Körper, Geist und Umwelt größere Aufmerksamkeit geschenkt. Das Anpassungsvermögen des Menschen unter sich ständig verändernden Bedingungen steht im Mittelpunkt. Unter diesem Ansatz wurden in den vergangenen Jahren verschiedene ergotherapeutische Modelle entwickelt. Einige der in ► Abb. 17.2 erwähnten Modelle und Frameworks werden in diesem Buch eingehender besprochen.

In der dritten, sozialen Perspektive werden Gesundheit und die Möglichkeit zum Betätigten auf der Grundlage der sozialen Gerechtigkeit und der Chancengleichheit betrachtet. Gesundheit und die Fähigkeit zum Betätigten gelten als ein Konzept, das den Einflüssen des gesellschaftlichen Kontextes unterworfen ist, in dem jemand lebt. Die Gesundheit gilt hier als die Fähigkeit zur gesellschaftlichen Partizipation trotz Krankheit oder Behinderung, und zwar als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft. Die Theoriebildung zu dieser Perspektive nimmt innerhalb der Ergotherapie langsam Fahrt auf und findet sich etwa bei Christiansen und Townsend (2010), Wilcock (2006), Whiteford und Wright-St.Clair (2005) und bei Kronenberg et al. (2011) wieder. Inzwischen gibt es zwar das Community-Based-Rehabilitation-(CBR)-Modell, doch handelt es sich dabei um kein spezifisches Modell der Ergotherapie. In gewissem Sinne ist es jedoch ein Versuch der CMOP-E-Entwickler, der Vorstellung von „social justice“ und „Gerechtigkeit“ einen hohen Stellenwert einzuräumen.

Die Theorien, auf denen die Ergotherapiemodelle basieren, unterscheiden sich in manchen Aspekten. Sie stimmen jedoch darin überein, dass in allen drei Perspektiven die Verbesserung der Gesundheit und der Betätigungskompetenzen des Menschen angestrebt wird.

Ergotherapeuten haben in den vergangenen Jahrzehnten aus den verschiedenen Perspektiven einen Ansatz für eine eigenständige Theoriebildung geformt, der in der Occupational Science und in den zahlreichen neuen Inhalts- und Prozessmodellen in der Ergotherapie seinen Ausdruck findet. Es ist gut möglich, dass in der kommenden Dekade in der Ergotherapie Modelle entwickelt werden, welche alle drei Perspektiven – medizinisch, humanitär und sozial – integrieren.

17.8.2 Inhaltsmodelle und Frameworks in der Ergotherapie – ein Überblick

„Professionals nutzen Praxismodelle wie ein Brennglas, um ihr Betätigten zu fokussieren und auf einen Punkt zu lenken“ (Turpin u. Iwama 2011).

Das Betätigten ist komplex und es gehört zu den Aufgaben des Ergotherapeuten, mit dem Klienten gemeinsam alle Informationen dazu zu ordnen. Ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell bestimmt, durch welche Brille man schaut, um die Informationen sinnvoll zu bündeln und zu interpretieren. Das eine Inhaltsmodell passt besser zu der Vision des einzelnen Ergotherapeuten als das andere. Wer die Umwelt für den wichtigsten Ausgangspunkt hält, wird ein sozioökologisches Modell wählen, während jemand anders, der sich vornehmlich auf die zugrunde liegenden Funktionen und Kapazitäten konzentriert, einem Modell den Vorzug geben wird, das mehr die Ausführung von Betätigungen im Blick hat. Der Ergotherapeut, der sich vermehrt sozial engagiert, wird sich ein Modell mit den Schwerpunkten Empowerment und soziale Gerechtigkeit aussuchen.

Bei der Entscheidung für ein Inhaltsmodell ist es hilfreich, sich die Unterschiede zwischen den Modellen klar zu machen. Die Variationen bei den Modellen können in folgenden Bereichen sichtbar werden:

- die verschiedenen Praxiskontexte, für welche die Modelle ursprünglich entwickelt worden waren
- soziokulturelle Unterschiede im Zusammenhang mit dem Land, in dem oder für welches das Modell entwickelt wurde
- der Zeitpunkt in der Geschichte der Ergotherapie
- die Perspektive, aus welcher der Autor das Modell vorstellt (Turpin u. Iwama 2011).

In den Curricula von 65 Ergotherapieschulen aus Australien, Kanada, USA und Großbritannien waren im Jahre 2010 das CMOP-E (98,5%), das MOHO (98,5%) und PEOP (81,5%) die drei am häufigsten im Unterricht dozierten Modelle. Diese Auswahl basierte auf den Evidenzen in der Literatur und auf dem Einsatz dieser Modelle in der Praxis (Wong u. Fisher 2015). Die ► Tab. 17.1 bietet einen Überblick zu den verbreitetsten Inhaltsmodellen und Frameworks in der Ergotherapie.

Tab. 17.1 Überblick über die verbreitetsten Inhaltsmodelle und Frameworks in der Ergotherapie (Polatajko et al. 2013, Turpin u. Iwama 2011).

Modell/Framework	Beschreibung Theoretischer Unterbau Assessments	Betätigung Person-Aktivitäten-Umwelt
<p>Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (COPM-E) (Polatajko et al. 2013; Kap. 18)</p> <p>Das COMP-E ist eine Weiterentwicklung des CMOP.</p> <p>Bezugsrahmen: CMOP biopsychosozial; CMOP-E tendiert zu sozio-ökologisch humanistisch</p>	<p>Beschreibung: dreidimensionale Darstellung der Beziehung zwischen einer Person mit drei Komponenten der Betätigung (performance components), drei Betätigungsfeldern und der Umwelt mit vier Elementen. Der Fokus liegt auf der Ausführung (performance) von und der Teilhabe an (engagement) den Betätigungen. Die Intervention zielt darauf ab, die Übereinstimmung zwischen Person, Umwelt und Kontext und Betätigung sicherzustellen. Dies führt zur Ausführung von Aktivitäten mit dem Ergebnis von Betätigungen. Besonderes Augenmerk wird auf soziale Ungleichheit und ungleiche Chancen gelegt (Wong u. Fisher 2015). Das Modell setzt die Person in einen sozialen Kontext.</p> <p>Theoretischer Unterbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PEO • Umweltpsychologie • soziale Wissenschaft • Humanökologie <p>Assessment: COPM</p>	<p>Betätigung: konzipiert die Umsetzung der Alltagsaktivitäten und die Einbindung in die Betätigung als dynamische Interaktion zwischen Person, Aktivität und Rollen in Bezug auf die Umwelt und Leben/Arbeiten/Spielen.</p> <p>Person: Ausführung und Beteiligtsein: kognitiv, affektiv und physisch Wesen der Person: spirituell</p> <p>Aktivitäten: Selbstversorgung, Produktivität und freie Zeit</p> <p>Umwelt: physisch, sozial, kulturell und institutionell</p>
<p>The Model of Human Occupation (MOHO, 4. Fassung; Kielhofner u. Forsyth 2008; Kap. 19)</p> <p>Bezugsrahmen: biopsychosozial, humanistisch</p>	<p>Beschreibung: Schlüsselprinzip, bei dem der Mensch als dynamisches System betrachtet wird; drei Systeme im Zusammenspiel mit der Umwelt: Wille (volition), Gewohnheiten (habituation), Betätigungsperformance (occupational performance), Performanzvermögen und Fertigkeiten Der Schwerpunkt der Intervention liegt auf dem Willen und der routinemäßigen Betätigung. Dies führt zu kompetenten Betätigungen und einer Betätigungsidentität mit in der Folge angepassten Betätigungen (Wong u. Fisher 2015).</p> <p>Theoretischer Unterbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziologie • Sozialpsychologie • Ergotherapieliteratur aus früheren Perioden <p>Assessments z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OPHI-II • MOHOST 2.2 • SCOPE 2.2 • WRI • REIS 4.0 • COSA 2.2 <p>zudem eine Reihe von Interventionsprogrammen</p>	<p>Betätigung: Motivation, Ausführung und Organisation von auf Betätigungsverhalten ausgerichtetem Verhalten</p> <p>Person: Wille: persönliche Kompetenzen, Werte und Interessen Gewohnheiten: Gewohnheiten, Rollen Performanzvermögen: physische und mentale Kapazitäten, subjektive Erfahrungen</p> <p>Umwelt: physisch (natürlich und menschengemacht), sozial (Gruppe mit gemeinsamen Aktivitäten und rollenbezogenen Aktionen, sozialer Kontext). Betätigen nimmt sozialen und physischen Raum ein</p>

Tab. 17.1 Fortsetzung

Modell/Framework	Beschreibung Theoretischer Unterbau Assessments	Betätigung Person-Aktivitäten-Umwelt
Occupational Therapy Practice Framework (OTPF, 3. Fassung; AOTA 2015; Kap. 21)	<p>Beschreibung: Der erste Teil des OTPF umreißt die Domäne: den beruflichen Rahmen, in dem der Ergotherapeut über das Wissen und die Erfahrung verfügt. Der Bereich Ergotherapie richtet den Fokus auf Alltagsaktivitäten: das Ergebnis der dynamischen Beziehung zwischen der Person, dem Kontext und den Aktivitäten. Obwohl die Domäne separat beschrieben wird, ist sie untrennbar mit dem zweiten Teil – dem Prozess – verbunden. Das OTPF ist kein Modell, sondern lediglich ein Framework.</p> <p>Theoretischer Unterbau: • Occupational Science</p> <p>Assessments: keine</p>	<p>Betätigung: Die Ergotherapie verwendet nach OTPF den Begriff „Betätigung“ für „alltägliche Tätigkeiten“ im weitesten Sinne. Betätigungen sind mehrdimensional und komplex.</p> <p>Person-Aktivität-Umwelt: Der Klient kann eine Person, eine Gruppe oder eine Population sein. Organisationen werden separat beschrieben. Alle fünf Aspekte der Domäne sind gleich, es gibt keine Hierarchie. Zwischen allen Aspekten existieren Wechselwirkungen und diese beeinflussen die Teilhabe des Klienten an seinen Aktivitäten, seine Partizipation und seine Gesundheit. In diesem Sinne sind Person-Aktivität-Umwelt und die Betätigungen miteinander verknüpft.</p>
<p>Kawa-Modell (Iwama 2006; Kap. 20.8.1)</p> <p>Bezugsrahmen: multikulturell, humanistisch; nicht konform mit den westlich geprägten Gesundheitsmodellen</p>	<p>Beschreibung: Ein allseits bekanntes Phänomen – der Fluss – wird als Metapher benutzt, um subjektive Sichtweisen über das Selbst, das Leben, das Wohlbefinden und die Bedeutung der Alltagsaktivitäten zu übersetzen. Das individuelle Leben wird in einer Metapher dargestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Fluss (Kawa) • Steine = Lebensbedingungen • Ufer und Flussbett = Umwelt • Treibholz = Möglichkeiten und Grenzen <p>Fokussiert auf die Steigerung des Lebensflusses und die Erhaltung des Strömens. Es werden Ereignisse und Dinge identifiziert, die auf den Lebensfluss und das Streben nach einem optimalen Wohlbefinden, d. h. einen starken, tiefen und ungebremsten Flusslauf einwirken.</p> <p>Theoretischer Unterbau: östliche Theorien über Harmonie, Natur und Wohlbefinden</p> <p>Assessment: Kawa als Assessment-Tool (Teoh u. Iwama 2015)</p>	<p>Betätigung: Der Fluss steht für das Leben, die Betätigungen sind die Strömung. Ohne Strömung gibt es kein Wasser, ohne Betätigungen kein Leben. Lebensfluss, Lebensenergie. Der Ausdruck des Lebens, der Beweis, „lebendig“ zu sein. Der Raum zwischen der Umwelt, den Umständen und den Verpflichtungen, wird mit Wasser (Leben) und Strömung (Betätigungen) gefüllt. Der Grad der Strömung bestimmt die Lebensqualität.</p> <p>Person: Individuen oder Kollektive und ihre Lebensumstände. Die Person ist in einen breiteren Kontext als Teil der Umwelt eingebettet; untrennbar verbunden und in Beziehung zueinander.</p> <p>Umwelt: Wird von der Person als Kontext, in dem sie sich befindet, benannt und angezeigt. Ufer und Flussbett bestimmen zusammen mit anderen Strukturen die Form und Bedeutung der Betätigungen.</p>
<p>Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) (Christiansen et al. 2015; Kap. 22)</p> <p>Bezugsrahmen: biopsychosozial, soziologisch, ökologisch, neurobehavioral, sozialpolitisch, Behindertenbewegung, Technologie, öffentliches Gesundheitswesen</p>	<p>Beschreibung: Das PEOP-Modell geht von einer dynamischen wechselseitigen Beziehung zwischen der Person, der Umwelt und dem Kontext sowie den Alltagsaktivitäten aus. Es stellt den Klienten in den Mittelpunkt des Interventionsprozesses und des Therapieergebnisses hinsichtlich des Wohlbefindens und der Lebensqualität. Der Fokus liegt auf Kapazitäten, Ressourcen und Faktoren, welche die Betätigung mit Alltagsaktivitäten ermöglichen (enablers). Interventionen führen zu Alltagsaktivitäten, die eine Partizipation mit sich bringen (Wong u. Fisher 2015).</p> <p>Theoretischer Unterbau: • Occupational Science • Neurowissenschaft • Umweltwissenschaft • Rehabilitationswissenschaft • Psychologie</p>	<p>Betätigung: Die Betätigungen werden durch die Ausführung von Aktivitäten, Aufgaben und Rollen, aber auch durch Eigenschaften der Person (intrinsische Faktoren) und des Kontextes (Umwelt: extrinsische Faktoren) beeinflusst. Grundannahmen zu den Betätigungen sind: Menschen sind natürlich motiviert, ihre Welt zu entdecken und in den Griff zu bekommen Situationen, in denen Menschen Erfolg haben, geben ihnen ein gutes Gefühl und motivieren sie, sich neuen Herausforderungen zu stellen.</p> <p>Person: Der Klient ist eine Person und ihr System, eine Organisation oder eine Population. Sowohl die Person als auch die Umwelt unterstützen sich gegenseitig und ermöglichen Betätigungen; Spiritualität, Lebensgeschichte (Narrative)</p>

Tab. 17.1 Fortsetzung

Modell/Framework	Beschreibung Theoretischer Unterbau Assessments	Betätigung Person-Aktivitäten-Umwelt
	<ul style="list-style-type: none"> • Physiologie • Sinngestaltungstheorien Assessments: keine; aber eine Leitlinie zur Auswahl von Assessments	Aktivitäten: was Menschen in ihrem täglichen Leben tun wollen und sollten; Hierarchie der Aktivitäten in Bezug auf Verhalten und Möglichkeiten: Rollen, zielgerichtetes Verhalten, Aufgaben, Aktionen, Möglichkeiten Umwelt: soziale Unterstützung, soziale und ökonomische Systeme, bebaute Umwelt und Technik, natürliche Umwelt, Kultur und Werte
Person-Environment-Occupation (PEO) (Law et al. 1996; Kap. 23) Bezugsrahmen: primär biopsychosozial mit sozioökologischen Elementen	Beschreibung: Das PEO-Modell besteht aus drei überlappenden Kreisen (Person-Betätigung-Umwelt). Der Fokus des PEO-Modells liegt auf der Betätigungsfähigkeit und der Steigerung der PEO-Fit: Je größer der Fit (occupational performance), desto mehr Harmonie und Zufriedenheit wird der Klient in seinen Betätigungen erfahren. Enge Beziehung zum PEOP-Modell und dem OTPF Theoretischer Unterbau: <ul style="list-style-type: none"> • Umwelttheorie • Occupational Science • Soziologie • Ergonomie Assessments: keine	Betätigungen: komplexes und dynamisches Phänomen, kontinuierlich durch Raum und Zeit beeinflusst Der PEO-Fit geht davon aus, dass die drei Komponenten fortgesetzt miteinander interagieren. Person: einzigartiges Wesen, dynamisch und motiviert, entwickelt sich immerzu weiter und steht in ständiger Interaktion mit seiner Umwelt. Rollen, Eigenschaften und Lebenserfahrung, erlernte und angeborene Fähigkeiten. Aktivitäten: Aktivitäten und Aufgaben kommen den individuellen Bedürfnissen des Menschen entgegen (Selbsterhaltung, Selbstdarstellung) und stehen im Kontext seiner persönlichen Rollen und seiner Umwelt. Umwelt: kulturell, sozioökonomisch, institutionell, physisch, sozial (Person, Haushalt, Nachbarschaft und Gesellschaft). Nach den meisten ergotherapeutischen Inhaltsmodellen kann die Umwelt Betätigungen einerseits ermöglichen und andererseits behindern.
Occupational Adaptation Model (Schultz 2009; Kap. 23) Bezugsrahmen: biopsychosozial, Integration von Betätigung und Anpassung	Beschreibung: Das OA-Modell beschreibt die Integration von zwei Konzepten: Betätigung (occupation) und Anpassung (adaptation). Theoretischer Unterbau: <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungstheorien • Psychologie • Copingtheorien Assessments: keine (Occupational-Adaptation-Leitfaden für die Praxis)	Betätigungen: Die OA ist der Prozess, in dem die Person (Wunsch nach Beherrschung einer Aktivität; (desire for mastery) mit der Umwelt (Nachfrage nach Beherrschung einer Aktivität; demand for mastery), in dem die Person handelt, interagiert. Dazu gehören bestimmte Rollen und Rollenerwartungen, welche die Betätigungen der Person und ihrer Umwelt beeinflussen. Person: besteht aus sensomotorischen, psychosozialen und kognitiven Elementen, möchte angepasst agieren und diese Alltagsaktivitäten in den Griff bekommen Aktivitäten: Betätigungsbereiche: Arbeit, Selbstversorgung und Freizeit Umwelt: (physisch, sozial und kulturell) erfordert und erwartet, dass sich die Person entsprechend betätigen kann

Tab. 17.1 Fortsetzung

Modell/Framework	Beschreibung Theoretischer Unterbau Assessments	Betätigung Person-Aktivitäten-Umwelt
Occupational Performance Model Australia (OPMA) (Chapparo u. Ranka 1997; Kap. 23) Bezugsrahmen: biopsychosozial	Beschreibung: Das OPMA-Modell besteht aus 8 Bausteinen und einer Reihe von Elementen. Die Pfeile im Diagramm beziehen sich auf mögliche Verbindungen zwischen den Bausteinen. Der Fokus des OPMA-Modells ist überwiegend betätigungsorientiert und basiert auf Annahmen bezüglich der Betätigungen, der Durchführung der Aktionen (performance) und des Menschen als selbstorganisierendem System. Theoretischer Unterbau: • Occupational Science • Systemtheorien Assessments: „Perceive, Recall, Plan and Perform“ (PRPP)	Betätigung: mehr als nur Tun (doing), auch Wissen und Sein als wichtige humanistische Grundbegriffe Person: Individuum, Gruppe, Gemeinschaft oder Gesellschaft Aktivitäten: Routine, Aufgaben und Teilaufgaben. Selbstversorgung, Produktivität/Schule, Freizeit/Spiel und Erholung. Umwelt: sensorische, physische, soziale und kulturelle Dimensionen in räumlicher und zeitlicher Hinsicht
Bieler Modell (Nieuwesteeg-Gutzwiller u. Somazzi 2010; Kap. 23) Bezugsrahmen: kognitiv, psychosozial	Beschreibung: Fokus auf die Entwicklung, Erhaltung und/oder Wiederherstellung der menschlichen Betätigungsfähigkeit mit Betätigungsfragen Theoretischer Unterbau: Betätigungstheorien Assessments: einige Arbeitsinstrumente	Betätigungen: Betätigungen sind zielgerichtet und bewusst, motivierend, strukturierend, können von der Person selbst oder von anderen bestimmt werden und prägen die Umwelt und die Person
Cognitive Disabilities Model (CDM; Allen et al. 1992; Kap. 23) Bezugsrahmen: neurologisch, kognitiv	Beschreibung: umfassende Betrachtung der kognitiven Funktionen; es werden sechs kognitive Ebenen unterschieden; betont die konkreten Folgen kognitiver Beeinträchtigungen bei Betätigungen Theoretischer Unterbau: • Entwicklungspsychologie • Neurologie Assessments: • Allen Cognitive Level Screen (ACLS) • Routine Task Inventory – expanded (RTI-expanded) • Cognitive Performance Test (CPT)	Betätigungen: Welche Beeinträchtigungen und Betätigungsmöglichkeiten liegen vor? Selbstständigkeit und Unterstützungsbedarf

17.9 Ergotherapeutische Prozessmodelle

Bei einem Prozess geht es darum, einen Verlauf oder Entwicklungsgang in Schritte einzuteilen, und es geht auch um eine zeitliche Abfolge. Während eines Prozesses wird der Weg zu einem gewählten Ziel aufgezeigt und umgesetzt, wobei das Erreichen des Ziels ein tragfähiges Ergebnis bedeutet, das durch die Zusammenarbeit der beteiligten Parteien zustande kommt.

Prozessmodelle sind allgemeinerer Natur und werden nicht speziell für die Ergotherapie entwickelt. Unabhängig von der Fragestellung besteht ein Prozess aus einer Reihe von Phasen, die jede in verschiedene Schritte unterteilt wird.

- Kennenlernen:
 - Überweisung
 - Begegnung
 - Bereitschaft
- Inventarisierung:
 - Inventarisierung der Betätigungsfragen
 - Priorisierung
 - Analyse der Betätigungsfragen
 - Formulierung der Betätigungsfragen
- Zielsetzung und Umsetzungsplan:
 - Ziele formulieren
 - Plan zur Umsetzung aufstellen
- Ausführung des Plans (Durchführung der Intervention)
- Evaluation und Nachsorge (Was hat die Intervention gebracht?):
 - Evaluationsergebnis und Prozess
 - Nachsorge (Kap. 27).

Dies ist die Grundstruktur jedes Prozessmodells. Der Umgang mit einem solchen macht einen wichtigen Teil des methodischen Handelns in der Ergotherapie aus. Es geht dabei um die Art und Weise, in der ein Klient mit dem Ergotherapeuten den Veränderungsprozess modelliert und organisiert, oder anders gesagt: die Schritte, welche der Klient gemeinsam mit dem Ergotherapeuten durchläuft. Keine Phase der Grundstruktur kann übersprungen oder

ausgelassen werden. In der Praxis arbeitet man jedoch oftmals zugleich an mehreren Phasen.

Prozessmodelle leiten sich von Theorien verschiedener Wissenschaftszweige ab, z.B. Andragogik (Wissenschaft von der Erwachsenenbildung), Soziologie, Systemtheorie, Lerntheorie, Unterrichtsforschung, Politik und Management. Stets geht es um das prozesshafte Durchlaufen verschiedener Phasen eines Veränderungsprozesses.

Tab. 17.2 Verbreitete Prozessmodelle in der Ergotherapie.

Prozessmodell	Prozessbeschreibung	Besonderheiten
Canadian Practice Process Framework (CPPF; Craik et al. 2013; Kap. 18) spiralförmiges Modell	Der Prozess besteht aus acht Kernkompetenzen und Aktionen, mit deren Hilfe dem Klienten das Betätigen ermöglicht werden soll: <ul style="list-style-type: none"> • eintreten/initiieren • Erwartungen abklären • erheben/bewerten • sich auf Ziele einigen/planen • Plan umsetzen • überwachen/verändern • Ergebnis bewerten • beenden/abschließen 	Nachfolger des Occupational Performance Process Model (OPPM) Das Framework basiert auf dem Enablement. Ausgangspunkte sind die Klientenzentrierung, Evidenzbasierung und Betätigungsbasierung. Der Ergotherapieprozess besteht aus vier Elementen: dem sozialen Kontext, dem praktischen Kontext und dem theoretischen Rahmen. Das vierte Element ist prozessorientiert (acht Aktionspunkte) und verleiht dem Prozess des „occupational enablement“ eine Form. Zielgerichtet und generisch, kann beim Klienten, bei Familien, Gruppen, Gemeinschaften, Organisationen und Populationen angewendet werden (Hartingsveldt 2008).
Prozess des professionellen Reasonings im Model of Human Occupation (MOHO; Kielhofner u. Forsyth 2008; Kap. 19) zyklisches Modell, spiralförmige Anwendung auch möglich	Der Prozess des professionellen Reasonings besteht aus sechs Schritten: <ol style="list-style-type: none"> 1. Generierung und Anwendung von Fragen für den Reasoningprozess 2. mithilfe strukturierter und unstrukturierter Methoden Informationen über den Klienten und auch mit ihm sammeln 3. Verständnis für die Situation des Klienten entwickeln, indem seine Stärken und seine Herausforderungen einbezogen werden 4. Festlegung der Ziele (d. h. der Veränderungen, die der Klient erreichen möchte) und Erstellung eines Therapieplans (d. h. die Einbeziehung des Klienten in die Alltagsaktivitäten und die therapeutischen Strategien) 5. Durchführung und Auswertung der Therapie 6. Informationen sammeln, um das Ergebnis der Therapie zu bestimmen (d. h. den Grad, in dem der Klient sein Ziel erreicht hat) Der Klient ist eine Quelle für Informationen und arbeitet mit dem Therapeuten zusammen.	In der dritten Fassung beschrieb Kielhofner vier Phasen des professionellen Reasonings, in der vierten unterscheidet er sechs Schritte. Die Tabelle zum professionellen Reasoning bietet eine Übersicht über die Betätigungsfragen, Stärken, Herausforderungen, Veränderungen, Teilhabe an Alltagsaktivitäten des Klienten und die therapeutischen Strategien.
Occupational Therapy Practice Framework (OTPF; AOTA 2015; Kap. 21) lineares Modell	Der Prozess besteht aus: Evaluationsprozess: Betätigungsprofil und Analyse der Alltagsaktivitäten Interventionsprozess: Interventionsplan, Durchführung der Intervention, Überprüfung der Intervention Ergebnis: Gesundheit und Partizipation durch Teilhabe an den Betätigungen. Die Möglichkeiten bei den Klientenfaktoren und -fähigkeiten haben sich verbessert. Fortsetzung der Verhandlung über den Interventionsplan und die gewünschten Ergebnisse Kontinuierliche Interaktion zwischen Evaluation, Intervention und Ergebnissen während des gesamten Prozesses	Das OTPF umreißt die dynamische klientenzentrierte Ergotherapie. Prozess mit Fokus auf den Betätigungen Die Domäne und der ergotherapeutische Prozess lenken den Fokus auf die Betätigungen. Obwohl der Prozess separat beschrieben wird, ist er untrennbar mit der Domäne in einer transaktionalen Beziehung verbunden. Die Zusammenarbeit zwischen dem Ergotherapeuten und dem Klienten ist von zentraler Bedeutung für die Interaktivität der erbrachten Leistungen.

Tab. 17.2 Fortsetzung

Prozessmodell	Prozessbeschreibung	Besonderheiten
Application to Practice of Kawa-Model (Iwama 2006; Kap. 20.8.1) zyklisches Modell, spiralförmige Anwendung auch möglich	Der Prozess besteht aus sechs Schritten: <ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung des Klienten im Kontext • Klärung des Kontexts • Prioritätensetzung nach der Klientenperspektive • Beurteilung der Schwerpunkte einer ergotherapeutischen Intervention • Intervention • Evaluation 	
Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM; Fisher 2009; Kap. 23) zyklisches Modell	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau eines klientenzentrierten Performanzkontextes • Identifizierung von Ressourcen und Beeinträchtigungen innerhalb des klientenzentrierten Performanzkontextes • Identifizierung und Priorisierung der gemeldeten Stärken und Schwierigkeiten bei der Betätigungsperformanz (occupational performance) • Beobachtung der Ausführungen des Klienten und Durchführung einer Performanzanalyse • Definition und Beschreibung von Aktionen, die der Klient effektiv durchführen kann oder nicht • Festlegung, Abschluss oder Neudefinition von klientenzentrierten und betätigungsbasierten Zielen • Ursache definieren/klären oder interpretieren • Restaurationsmodell auswählen • Akquisitionsmodell auswählen • Kompensationsmodell auswählen • Modell für Bildung und Unterricht auswählen • Neubewertung der Betätigungsperformanz (occupational performance) mit Blick auf verbesserte oder zufriedenstellende Leistungen 	Die therapeutische Beziehung entwickelt sich fortwährend parallel zum ergotherapeutischen Prozess. Der für AMPS oder School-AMPS zertifizierte Ergotherapeut kann den Bericht, der auch die Kompetenzstufen der motorischen und prozessualen Fähigkeiten anzeigt, zur Indikationsstellung nutzen.
PEOP Occupational Therapy (PEOP OT) Processmodel (Bass et al. 2015; Kap. 22) zyklisches Modell	Der Prozess besteht aus vier Hauptkomponenten, die während des ergotherapeutischen Prozesses gleichzeitig ablaufen können: <ul style="list-style-type: none"> • Narrativ • Assessment und Evaluation • Intervention • Ergebnis. 	Der Prozess baut auf den Fähigkeiten des Menschen und den Ressourcen der Umwelt auf. Er basiert auf den Betätigungsfragen des Klienten zu den Alltagsaktivitäten.
Beratungsphasenmodell (Heijmans et al. 2007; Kap. 25) zyklisches Modell	Das Modell besteht aus vier Phasen und acht zugehörigen Schritten: <ol style="list-style-type: none"> 0. Beratungsfrage I. Analyse der Schwierigkeiten <ol style="list-style-type: none"> 1. Klärung der Beratungsanfrage 2. Aufbau der Zusammenarbeit 3. Analyse der Herausforderungen II. Definition der Herausforderungen und Planung <ol style="list-style-type: none"> 4. Definition der Herausforderungen und Formulierung der Ziele 5. Sondierung und Ermittlung möglicher Lösungsansätze 6. Erstellung eines Aktionsplans III. Ausführung <ol style="list-style-type: none"> 7. Umsetzung und Anpassung des Aktionsplans IV. Evaluatie und Nachsorge <ol style="list-style-type: none"> 8. das Erreichte erhalten, bewahren und auswerten 	Das Beratungsphasenmodell ist eine Weiterentwicklung des zuvor veröffentlichten Beratungsmodells (Heijmans et al. 1999) und des Beratungsphasenmodells (Driessen u. Heijmans 2006). Es eignet sich in allen Beratungssituationen für alle Ergotherapeuten in unterschiedlichen Rollen und Praxiskontexten. Allgemeine problemlösungsorientierte und projektbezogene Arbeitsweise mit parallelen Teilschritten mit spezifischen, ergotherapeutischen Inhalten. Es gibt verschiedene Beratungsphasenmodelle verschiedener Autoren mit eigener Klassifizierung, Akzentuierung und/oder Differenzierung von Unterphasen. Alle sind Varianten der Beschreibung eines allgemeinen Prozesses zur Beseitigung von Betätigungsfragen (Heijmans 2007).

17.9.1 Phasen im Prozessmodell

Man könnte sagen, dass es bei Prozessmodellen um die „Wissenschaft“ geht, auf prozesshafte Weise zu Antworten, Lösungen, Anpassungen, Empfehlungen oder Veränderungen zu kommen. Immer werden dabei eine Reihe von Phasen durchlaufen, und insofern geht es um Variationen desselben Themas. Die Phasierungen der Prozessmodelle weisen große Übereinstimmungen auf, variieren jedoch je nach Art der Fragestellung. Je nach Prozessmodell werden mitunter für verschiedene Phasen andere Bezeichnungen geführt, manchmal werden Phasen zusammengefasst, manchmal welche ergänzt.

Das Prozessmodell ist ein zu durchlaufender Stufenplan, doch verraten die einzelnen Schritte nichts über deren Inhalte. Bei der Einleitung von Veränderungen erweist sich die Nutzung von Prozessmodellen als zielführend, wenn man sie als Leitfaden oder Arbeitsweise betrachtet, gleichsam ein Wegweiser, der die Richtung zum Ziel anzeigt. Über das, was man auf diesem Weg tut und wie man es tut, also den Inhalt, sagt es jedoch nichts aus.

17.9.2 Dynamik in Prozessmodellen: Lineare, zyklische und spiralförmige Prozesse

Durch die Einteilung in Phasen suggerieren Prozessmodelle, dass diese nacheinander durchlaufen werden sollen, doch gilt es, dabei ein paar Feinheiten zu beachten. Eine Frage wird in einer ersten Phase festgehalten und analysiert, bevor es in der darauf folgenden Phase zur Zielsetzung kommt. Daran schließt sich eine Phase der Planung und der Planumsetzung an, bevor der Prozess mit einer Evaluations- und Nachsorgephase abschließt. Sämtliche Phasen werden durchlaufen, die Frage ist geklärt und der Ergotherapieprozess wird abgeschlossen. Dies bezeichnet man als lineare Arbeitsform.

Meistens ist es jedoch so, dass die Betätigungsfrage oder die Beratungsfrage eines Klienten so komplex ist, dass ein zyklischer Prozess einen angemesseneren und vollständigeren Ansatz bietet. Immer wieder wird von dem Klienten ein anderer Aspekt der Fragestellung priorisiert, inventarisiert und analysiert. Es können sich auch Veränderungen im Leben des Klienten ergeben, wodurch man beschließt, eine Stufe innerhalb des Prozesses zurückzugehen und die Frageninventarisierung und -analyse erneut zu durchlaufen, worauf der Umsetzungsplan für diesen Teilaspekt angepasst wird. Dabei geht es immer um das Erreichen der optimalen Betätigungs- und Partizipationsmöglichkeiten für den Klienten in seiner Umwelt. In seiner zyklischen Form besteht der Prozess aus mehr als dem Durchlaufen der Phasen, denn nach der Evaluationsphase startet das Ganze wieder mit einer neuen oder einer angepassten Fragestellung. Bei einem zyklischen Prozess geht es oft um „mehr vom Gleichen“; es werden dieselben Zyklen durchlaufen.

In der Ergotherapie sind eine Reihe von Modellen spiralförmig angelegt, was heißen soll, dass man – wenn nötig – wieder zu einer vorherigen Phase zurückkehren kann, wobei man auf den Erfahrungen aus den vorhergehenden Phasen aufbaut. Der Prozess bekommt dann das Bild einer fortwährenden Spirale.

Durch einen spiralförmigen Ansatz lässt sich die Betätigungsfrage des Klienten immer besser und auf einem höheren Niveau verstehen. Bei linearen und zyklischen Prozessen bleiben das Verständnis für eine Frage und deren Klärung stets auf demselben Niveau.

17.9.3 Prozessmodelle in der Ergotherapie

In diesem Abschnitt geht es darum, die einzelnen Prozessmodelle und -schemata in der Ergotherapie grob zu umreißen (► Tab. 17.2). Man erhält einen Überblick über die Schritte und Phasen, mit denen in der Ergotherapie gearbeitet wird, und bekommt zudem einen Eindruck von den Parallelen und den Unterschieden zwischen den verschiedenen Prozessmodellen. Auch wird ersichtlich, ob es sich in Abhängigkeit von der Ausrichtung des Veränderungsprozesses um einen zyklischen, spiralförmigen oder linearen Prozess handelt. Ergotherapeuten treffen gemeinsam mit ihren Klienten Entscheidungen, ordnen und organisieren für jede Phase das erforderliche professionelle und erfahrungsmäßige Wissen und formen es zu einem zusammenhängenden und zielgerichteten Ganzen – zum methodischen Handeln. Während dieses Prozesses wählt man ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell, einen Bezugsrahmen und die Methoden aus. Im Laufe der Jahre hat sich der Beruf des Ergotherapeuten in vielen Bereichen weiterentwickelt.

Die Ergotherapie gibt es für Personen (und ihr System), für Organisationen und für Populationen. Das Aufgaben- und Arbeitsgebiet des Ergotherapeuten ist immer größer geworden und umfasst auch Interventionen, Beratungen, Coaching, langfristige Prozessbegleitungen und Präventionsarbeit. Wie im Berufsprofil des Ergotherapeuten aufgeführt, geht die Erwartung dahin, dass sich die Ergotherapie zunehmend auf die zukünftigen Entwicklungen einstellt. Was die Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen, die Entwicklung des Berufes, die Qualitätssicherung und die Organisation einer Ergotherapie-Abteilung betrifft, werden wieder andere Modelle herangezogen. Demzufolge ergibt sich die Frage, welche Prozessmodelle in all diesen Berufszweigen verwendet werden und in welcher Hinsicht sich die Phasen gleichen oder eben unterscheiden.

Ergotherapeutische Prozessmodelle

Viele ergotherapeutische Prozessmodelle sind zyklisch und durch ein einfaches Schema darzustellen. Die Phasen werden durch Pfeile in einem Kreis angezeigt. In der Beschreibung der verschiedenen Modelle, wie dem MOHO und KAWA, wird jedoch deutlich, dass die Ergotherapeuten damit umgehen sollen, als handele es sich um ein spiralförmiges Modell, vor allem wenn es um komplexe Fragen von Personen geht. In der grafischen Darstellung ist dies jedoch nicht ersichtlich. Das CPPF ist ein spiralförmiges Prozessmodell, das dies explizit so darstellt und beschreibt.

17.9.4 Prozessmodelle für Organisationen und Populationen

Wenngleich ergotherapeutische Prozessmodelle im Grunde bei allen Klienten einsetzbar sind, also für Personen und ihr soziales System, Organisationen und Populationen, kann es für Organisationen oder Populationen effektiver sein, Prozessmodelle einzusetzen, die speziell für sie entwickelt wurden.

Handelt es sich um eine Organisation (z. B. eine Einrichtung, in der ein Ergotherapeut arbeitet), geht es vielfach auch um Veränderungen im Rahmen der Qualitätssicherung. Um Betätigungsfragen prozesshaft oder projektmäßig anzugehen, stehen dem Ergotherapeuten verschiedene Modelle zur Verfügung.

Prozessmodelle zum projektbezogenen Arbeiten

Bei der projektbezogenen Arbeit geht es immer um eine formelle Aufgabe. Oft wird eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit getroffen, in der die Resultate und/oder das Produkt definiert werden. Bei projektbezogener Arbeit handelt es sich zumeist um einen linearen Prozess.

Prozessmodelle zum Umgang mit ethischen Fragen

Der angemessene Umgang mit ethischen Fragestellungen in der Berufsausübung ist im Kodex der Berufsvereinigung festgehalten. Wird ein Ergotherapeut in der täglichen Praxis mit einem berufsethischen Dilemma konfrontiert, ist es zu dessen Lösung erforderlich, sich ihm in systematischer Weise anzunähern und dabei die Regeln des Berufskodex einzubeziehen. Dies erfordert die Fertigkeit des „ethischen Denkens“. Ein Berufskodex ist nur zur Reflexion des professionellen Handelns sinnvoll und kann als Teil der Qualitätssicherung verstanden werden. Dazu bedarf es der Bewusstmachung des Zusammenhangs zwischen den persönlichen und den professionellen Normen

und Werten. Für den Umgang mit ethischen Fragen kann man z. B. ein Schema zur normativ-ethischen Analyse heranziehen (Ebskamp 2006).

Lernprozessmodelle und Prozessmodelle zur Veränderung von Betätigungsmustern

In vielen ergotherapeutischen Prozessen geht es um die Ingangsetzung und inhaltliche Ausstattung eines Lern- und/oder Veränderungsprozesses des Klienten zur Förderung seines Betätigens und seiner Partizipation.

Zur Begleitung der Veränderungen von Betätigungsmustern der Klienten wurden verschiedene Modelle zur Verhaltensänderung entwickelt (Balm 2007, Gerards u. Borger 2006, Prochaska et al. 2002). Die Modelle stellen zumeist eine Integration von Prozess- und Inhaltsmodellen dar und bieten eine zusätzliche Perspektive auf die Modelle in der Ergotherapie, da diese Modelle sich speziell auf den Prozess der Verhaltensänderung im Allgemeinen sowie auf den Prozess des Klienten und die Interventionen des Professionals im Speziellen richten.

Kennzeichnend für diese Modelle ist es, dass verschiedene Phasen beschrieben werden, in denen ein Klient schrittweise zu einer Veränderung des Verhaltens mit anschließender Konsolidierung geführt werden soll. Beispiele für Prozessmodelle zur Initiierung einer Veränderung sind das Chronic-care-Modell, der Reasoned-action-Approach (Fishbein u. Ajzen 2010) und auch das Health-counseling-Modell (Gerards u. Borger 2006). Im Lernzyklusmodell (Kolb 1984) werden vier Phasen eines effektiven Lernprozesses unterschieden: Tun/Erfahren, Reflexion, Theorie, Experimentieren. Nach Kolb ist ein effektives und nachhaltiges Lernen das Ergebnis eines zyklischen Durchlaufens eines Prozesses, bei dem vier Verhaltensweisen aneinander anknüpfen.

Später entwickelten Korthagen und Lagerwerf (2008) den Reflexionszyklus in Analogie zu Kolbs Lernzyklus. Es handelt sich dabei um ein Spiralmodell, das auch aus vier Phasen besteht, wobei in jeder Phase Fragen zur Reflexion gestellt werden.

17.10 Diskussion

Da Ergotherapeuten vor allem mit dem Betätigten ihrer Klienten befasst sind, also dem „Tun und Lassen ganz einfacher Dinge“, können Nicht-Ergotherapeuten den Eindruck bekommen, dass Ergotherapeuten mit ihrem Wissen einfach nur über Dinge des „gesunden Menschenverstandes“ nachdenken. Die Modelle zeigen, dass die Basis des ergotherapeutischen Wissens alles andere als „einfach nachdenken“ ist: „Die für uns wichtigsten Aspekte der Dinge sind durch ihre Einfachheit und Alltäglichkeit verborgen“ (Wittgenstein, in Turpin u. Iwama 2011).

Ergotherapeuten fragen sich in der Praxis oft, was die Theorie für sie bedeutet. O'Neal et al. (2007) haben dazu

eine Untersuchung angestrengt und kamen zu folgendem Schluss: „... Ergotherapeuten halten Theorien nicht für wichtig und sind oftmals zurückhaltend damit, sie in der Praxis anzuwenden.“

Ikiugu et al. (2009) kamen zu demselben Ergebnis: „Ergotherapeuten haben Schwierigkeiten damit, theoretische konzeptuelle Praxismodelle als Leitfaden ihres Wirkens einzusetzen, da kein einziges Modell imstande sei, die Betätigungsfragen aller Klienten abzudecken.“

Warum sind Theorien also wichtig? Wenn Professionals die Theorie in der Praxis anwenden, basiert ihr professionelles Reasoning auf logischen und mit Überzeugung vertretbaren Vorstellungen. Wenn Ergotherapeuten die theoretischen Konzepte nicht kennen und keinen Konsens darüber haben, wie Konzepte in der Praxis umzusetzen sind, wirkt sich das auf die tatsächliche Anwendung von Konzepten (und Modellen und Interventionen) aus. So existieren Publikationen detaillierter Diskussionen zu den Begriffen „occupation-focused“, „occupation-centered“ und „occupation-based“ und die unterschiedlichen Autoren definieren diese Begriffe in unterschiedlicher Weise (Kap. 23.5). Je nach konzeptuellem Modell können die Begriffe „occupational participation“ und „occupational competency“ eine Spur unterschiedlich definiert werden (Wong u. Fisher 2015).

Der Gebrauch von Theorien versetzt Ergotherapeuten in die Lage zu erklären, wie ihre Interventionen zu Veränderungen im Betätigten des Klienten führen, und wissenschaftlich nachzuweisen, warum die Interventionen effektiv sind (O’Neal et al. 2007). Die Evidenzen zeigen, dass eine Intervention wirkt, und die Theorie erklärt, warum sie wirkt. Daher ist es so wichtig, dass die theoretischen Modelle von den Ergotherapeuten in die Praxis implementiert werden (Ikiugu et al. 2009). Oder um es mit Kurt Lewin zu sagen: „Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie.“ Eine Theorie ermöglicht es, die beruflichen Handlungsweisen zu erklären und zu verantworten, was im Rahmen der Qualitätssicherung auch erforderlich ist. Eine Theorie bietet auch Inspiration, führt das Betätigen von Menschen (somit auch die Inhalte der Therapie) und weist der wissenschaftlichen Forschung die Richtung. Die Entwicklung von Theorien ist für jeden Beruf die Voraussetzung, um sich Wissen anzueignen und zu teilen. Das Ziel der Theorienentwicklung ist es, eine Sprache und Erläuterungen so zu fixieren, dass sie vor anderen ausbreitet und mit ihnen geteilt werden kann. Das Verfassen dieses Buches ist z.B. ein Versuch, verschiedene Theorien zur Ergotherapie zueinander zu bringen, damit dieses Wissen an nachfolgende Generationen von Ergotherapeuten weitergegeben werden kann. Auf diese Weise wird mehr oder weniger die gleiche Sprache gesprochen. Dadurch kann miteinander diskutiert werden, und auch der übrigen Welt können die Zusammenhänge zwischen dem Betätigten und der Partizipation einerseits und der Gesundheit und dem Wohlbefinden andererseits dargelegt werden.

Je weiter sich die Theorie hinsichtlich der Struktur, dem Ziel, der Komplexität und ihrer Vorhersagekraft entwickelt, desto feiner wird sich die berufliche Fachsprache entfalten. Innerlich wird ständig theoretisiert, auch wenn man das nicht wahrnimmt (Schön 1983).

Wie kann ein Ergotherapeut oder ein Studierender bei den ganzen Publikationen und den vielen Modellen die Spreu vom Weizen trennen? Passt das Modell zu seiner Vision, zum Klienten, zu der (potenziellen) Betätigungsfrage, zur Phase im Ergotherapieprozess und zum Praxis-kontext?

Die Ergotherapie benötigt verschiedene Inhalts- und Prozessmodelle für das professionelle Handeln, um den Anforderungen durch die verschiedenartigen Betätigungsfragen der Klienten gerecht werden zu können. Mitunter scheint es, als wolle jeder engagierte Ergotherapeut oder jede nationale und internationale Ergotherapeutenvereinigung ihr eigenes Modell in der Welt verbreiten. Einerseits ist das ein gutes Zeichen, setzt es doch die Diskussionen über die Inhalte und die Arbeitsmethoden in der Ergotherapie auf diese Weise ständig fort und hält den Beruf lebendig. Andererseits sind die Unterschiede zwischen den Modellen manchmal derart geringfügig, dass die Frage erlaubt sein muss, ob den Debatten mit diesen neuerlichen Modellen wirklich gedient ist.

Manche Modelle entwickeln sich weiter, und dann ist es wichtig, dass ein Ergotherapeut sich in die Veränderungen und Unterschiede vertieft und mit der überarbeiteten Fassung eines Modells weiterarbeitet. Das OPPM wurde durch das CPPF ersetzt, aus dem CMOP wurde nach einem Update das CMOP-E. Manchmal ändern sich Einsichten und Visionen, wodurch es zu Paradigmenverschiebungen kommen kann. Dann ist ein Modell mitunter plötzlich passé. Ein gutes Beispiel dafür ist das aus der Mode gekommene Modell von Reed und Sanderson.

Manchmal steht auch ein Bezugsrahmen zur Diskussion, weil die Evidenzen zeigen, dass das Arbeiten nach der Theorie bei einer bestimmten Diagnosegruppe nicht effektiv ist. So fußte die Neuro-Developmental Treatment (NDT) anfänglich auf einem hierarchischen Modell des Gehirns. Das Konzept war auf die Wiederherstellung der normalen motorischen Bewegungen durch neuerliches Lernen fokussiert. Inzwischen hat sich das Wissen gewandelt. Das hierarchische Modell gilt als überholt und wird nicht mehr verwendet. So geraten Modelle, Bezugsrahmen und Theorien in Vergessenheit und es ist einfach nicht angebracht, sie weiter zu verwenden. Dafür sind dann andere (weiterentwickelte oder überarbeitete) Modelle, Bezugsrahmen und Theorien hip und angesagt. Und anderen Modellen kann der Zahn der Zeit scheinbar nichts anhaben, sodass sie dann als Basismodelle der Ergotherapie eingestuft werden.

Selbstredend sollten Ergotherapeuten bei der Auswahl eines Modells nicht ihr Fähnchen in den Wind hängen oder „vielseitig“ arbeiten. Modelle können jedoch einander ergänzen. Ikiugu (2011) beschrieb eine Methode,

durch die Ergotherapeuten in systematischer Weise unterschiedliche konzeptionelle Modelle verwenden können. Das Organizing Model of Practice (OMP) könnte ein Leitfaden bei der Auswahl von Assessments und deren Zusammenstellung während des Ausführungsplans sein. Interventionsstrategien können dann anderen konzeptionellen Modellen nach dem Complementary Model of Practice (CMP) entlehnt werden (Wong u. Fisher 2015).

So könnte das MOHO als OMP verwendet werden, um sich bei einem Klienten einen Überblick über seine Routinen, Gewohnheiten und sozialen Rollen zu verschaffen. Das PEOp könnte als CMP ergänzt werden, um die Umwelt auf unterstützende und behindernde Faktoren hinsichtlich des Betätigens zu analysieren (Wong u. Fisher 2015).

In diesem Kapitel wurden eine ganze Reihe von Varianten für einen prozesshaften Ansatz einer Betätigungsfrage beschrieben. Einerseits fällt dabei auf, dass es um eine logische Abfolge von Schritten geht, auf die man mit „gesundem Menschenverstand“ auch von selbst gekommen wäre, doch ist dies ein Trugschluss. Denn in der Praxis erweist es sich meist als schwierig, sich sorgsam an den phasenhaften Ablauf eines Prozesses zu halten. Man neigt schnell dazu, bei einer scheinbaren Lösung zuzugreifen, wobei man dann alsbald feststellt, dass es doch keine echte Lösung ist. Dann heißt es zurück zu „Wie war noch mal die Betätigungsfrage?“ Dieses Kapitel hat gezeigt, wie wichtig es ist, in all den unterschiedlichen Veränderungsprozessen, die man als Ergotherapeut begleitet, immer wieder zu prüfen, um welche Art von Veränderung es sich handelt und nach welchem Prozessmodell am besten an der Veränderung gearbeitet werden kann.

Die Inhalts- und Prozessmodelle wurden in dem Kapitel separat behandelt, auch wenn es den Anschein hat, als würden beide zukünftig integriert und zu einem Modell verschmolzen werden. Abschließend sei hier Pu der Bär zitiert. Das Zitat gibt hervorragend wieder, wie sich das Wissen in der Praxis entwickelt und vor allem, wie man all das Wissen, die Modelle, die Methoden usw. verwenden kann. Man denke dabei besonders auch an die freie Assoziation: Die Anwendung der Ergotherapie bleibt auch und vor allem ein kreativer Prozess: „Mach es größer, mach es kleiner. Füge etwas hinzu, nimm etwas weg. Tausche zwei Teile aus. Entferne etwas. Ersetze etwas durch etwas anderes. Kombiniere zwei Dinge. Sei kreativ.“ (Pu der Bär)

17.11 Zusammenfassung

In diesem Kapitel geht es um die Begriffe Vision, Leitbild und Paradigma, Wissen und Theorie, Bezugsrahmen, Methodik, methodisches Handeln und Methode sowie Inhalts- und Prozessmodell. Dabei wird auf die theoretischen Perspektiven eingegangen, aus denen die ergotherapeutischen Inhalts- und Prozessmodelle entwickelt werden. Die Merkmale von Prozessmodellen werden geschildert und es gibt eine knappe Übersicht über die ergotherapeutischen Inhalts- und Prozessmodelle.

17.12 Literatur

- Allen CK, Earhart CA, Blue T. Occupational therapy treatment goals for the physically and cognitively disabled. Rockville (MD): American Occupational Therapy Association; 1992.
- AOTA. AOTA's Centennial Vision and executive summary. *Am J Occup Ther* 2007;61(6):613–614.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & process 3rd edition. *Am J Occup Ther* 2015;68(1):1–48.
- Balm MFK. Gezond bewegen kun je leren: Gedragsverandering door ergo-, fysio- en oefentherapeuten. Utrecht: Lemma; 2007.
- Bass JD, Baum C, Christiansen CA (Hrsg.). Interventions and outcomes The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Occupational Therapy Process In Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015.
- Baum C, Christiansen CA, Bass JD. The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015.
- Blesedell-Crepeau E, Cohn ES, Boyt-Schell BA. Willard & Spackman's occupational therapy. 10. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Bruce MA, Borg B. Psychosocial frames of reference: Core for occupation based practice. Thorofare (NJ): Slack; 2002.
- Chapparo C, Ranka J. The Occupational Performance Model (Australia). Monograph 1. Lidcombe: OP Network, University of Sydney; 1997.
- Chapparo C, Ranka J. Theoretical contexts. In: Whiteford G, Wright-St Clair V (Hrsg.). Occupation & practice in context. Sydney: Churchill Livingstone; 2005.
- Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation: The art and science of living. 2. Aufl. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2010.
- Christiansen CH, Baum CM, Bass-Haugen J. Occupational therapy: Performance, participation and well-being. 3. Aufl. Thorofare (NJ): Slack; 2015.
- Cole MB, Tufano R. Applied theories in occupational therapy: A practical approach. Thorofare (NJ): Slack; 2008.
- Craik J, Davis J, Polatajko HJ. Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF), amplifying the context. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:229–246.
- Dewey J. The supremacy of method. In: Fischer MH (Hrsg.). Classic American philosophers. New York: Fordham University Press; 1996.
- Diessen M, Heijman A. Adviseren aan derden. In: Kinébanian A, Granse M le. Grondslagen van de ergotherapie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006.
- Duncan EAS. Foundations for practice in occupational therapy. 4. Aufl. London: Churchill Livingstone; 2006.
- Ebskamp J. Basisboek beroepsethiek voor Social Work. Baarn: Nelissen; 2006.
- Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: The reasoned action approach. New York: Psychology Press; 2010.

- Fisher AG. Occupational therapy intervention process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation based interventions. Fort Collins (CO): Three Star Press; 2009.
- Gerards F, Borger R. Health counseling. Baarn: Nelissen; 2006.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Hartingsveldt MJ van, Piškur B, Stomph M. Het Canadian Practice Process Framework (CPPF): van procesmodel naar framework. Wetenschappelijk tijdschrift voor Ergotherapie 2008;1(2):11–16.
- Heijnsman A, Kuiper C, Lemette M. De ergotherapeut als adviseur: Methodiek en adviesvaardigheden. Utrecht: Lemma; 1999.
- Heijnsman A, Lemette M, Veld A de, Kuiper C. Adviseren als ergotherapeut: Competenties en verhalen uit de praktijk. Den Haag: Boom Lemma; 2007.
- Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N. Clinical reasoning in the health professions. 3. Aufl. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2008.
- Holm MB. Frames of reference: guides for action-occupational therapist. In: Schmid H (Hrsg.). Project for independent living in occupational therapy (PILOT). Rockville (MD): AOTA; 1986:69–78.
- Hooper B. Beyond active learning: A case study of teaching practices in an occupation centered curriculum. Am J Occup Ther 2006;60:551–562.
- Ikiugu MN. Instrumentalism in occupational therapy: An argument for a pragmatic conceptual model of practice. International Journal of Psychosocial Rehabilitation 2004;8:109–117.
- Ikiugu MN, Smallfield S, Condit C. A framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy practice. Can J Occup Ther 2009;76(3):162–170.
- Ikiugu MN, Smallfield S. Ikiugu's eclectic method of combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy. Aust Occup Ther J 2011;58(6):437–46.
- Iwama MK. The kawa model: Culturally relevant occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006.
- Kielhofner G, Forsyth K. Therapeutic reasoning: Planning, implementing and evaluating the outcomes of therapy. In: Kielhofner G (Hrsg.). Model of Human Occupation: Theory and practice. Baltimore (MD): Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
- Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy. 3. Aufl. Philadelphia (PA): FA Davis; 2004.
- Kolb DA. Experimental learning, experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
- Korthagen F, Lagerwerf B. Leren van binnenuit: Onderwijsontwikkeling in een nieuwe tijd. Baarn: Nelissen; 2008.
- Kronenberg F, Pollard N, Sakellariou D (Hrsg.). Occupational therapies without borders, Vol 2: Towards an ecology of occupation based practices. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2011.
- Law M, Cooper B, Strong S, Steward D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational performance. Can J Occup Ther 1996;63(1):9–23.
- Melton J, Forsyth K, Freeth D. Using theory in Practice. In: Duncan E (Hrsg.). Skills for practice in occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.
- Mosey AC. Psychosocial components of occupational therapy. New York: Raven Press; 1986.
- Mosey AC. Applied scientific inquiry in the health professions: An epistemological orientation. Rockville (MD): American Occupational Therapy Association; 1992.
- Nieuwesteeg-Gutzwiller M, Somazzi M. Betätigungsorientierte Ergotherapie: Das Bieler Model als Grundlage für Ausbildung und Praxis. Bern: Huber; 2010.
- O'Neal S, Dickerson AE, Holbert D. The use of theory by occupational therapists working with adults with developmental disabilities. Occupational Therapy in Health Care 2007;21(4):71–85.
- Ploeg JD van der. Ervaringsleren, theorie en praktijk. Rotterdam: Lemniscaat; 2011.
- Poell R, Kessels J. Human resource development: Organiseren van het leren. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2001:24.
- Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L. Specifying the domain of concern: Occupation as core. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:13–36.
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM (Hrsg.). Health behaviour and health education: theory, research and practice. 3. Aufl. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2002:99–120.
- Rogers J. Occupational reasoning. In: Curtin M, Molineux M, Supyk-Mellson J (Hrsg.). Occupational therapy and physical dysfunction: Enabling occupation. 6. Aufl. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2010.
- Satink T, Loon H van. Methodisch handelen. In: Kinébanian A, Granse M le. Grondslagen van de ergotherapie. Maarssen: Elsevierge-zondheidszorg; 2006.
- Schön DA. The reflective practitioner: How professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.
- Schultz S. Theory of occupational adaptation. In: Blesedell-Crepeau E, Cohn ES, Boyt-Schell BA (Hrsg.). Willard & Spackman's occupational therapy. 11. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2009:478–518.
- Steultjens EMJ, Cup EHC, Zajec J, Hees S van. Ergotherapiepraktijk CVA. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Supyk-Mellson J, McKenna J. Understanding models of practice. In: Curtin M, Molineux M, Supyk-Mellson J (Hrsg.). Occupational therapy and physical dysfunction: Enabling occupation. 6. Aufl. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2010.
- Teoh JY, Iwama MK. The Kawa Model Made Easy. A Guide to Applying the Kawa Model in Occupational Therapy Practice. 2. Aufl; 2015. www.kawa-model.com
- Turpin M, Iwama MK. Using occupational therapy models in practice. A field guide. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier; 2011.
- Whiteford G, Wright-St Clair V. Occupation & practice in context. Sydney: Churchill Livingstone; 2005.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organisation; 2001. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Wilcock AA, Townsend EA. Occupational justice. In: Blesedell-Crepeau E, Cohn ES, Boyt-Schell BA (Hrsg.). Willard & Spackman's occupational therapy. 11. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Wilcock AA. An occupational perspective on health. 2. Aufl. Thorofare (NJ): Slack; 2006.
- Wong SR, Fisher G. Comparing and Using Occupation-Focused Models. Occup Ther Health Care 2015;29(3):297–315.

18 Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E) und Canadian Practice Process Framework (CPPF)

Margo van Hartingsveldt, Barbara Piškur

18

„Sie müssen den Klienten nicht in den Mittelpunkt stellen. Das macht er schon ganz von selbst, wenn er das möchte, denn auch ein Klient denkt mitunter: „Jetzt mal nicht!“ Im Mittelpunkt zu stehen bedeutet noch zu oft, dass man als Klient auf das Ziel fixiert wird, wo der Therapeut einen sehen möchte. Man wird in den Mittelpunkt gestellt, dafür wird schon gesorgt. In Versorgungsplänen und in multidisziplinären Meetings wird über einen gesprochen und es werden Beschlüsse gefasst. Der „Mittelpunkt“ bietet dem Klienten keinen wirklichen Raum.“

Burck (2005)

Keywords

- Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E)
- Canadian Practice Process Framework (CPPF)
- Fit-Chart
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
- klientenzentriert
- Betätigungsperformanz und Beteiligtsein (occupational performance and engagement)
- Ermöglichung von Betätigung (enabling occupation)
- Betätigen
- Person: affektiv, kognitiv und physisch
- Umwelt: physisch, sozial, kulturell und institutionell
- Spiritualität

Häusliche Pflege

Frau Vennen empfängt zu Hause ihren Ergotherapeuten aus dem Gesundheitszentrum um die Ecke. Das hatte der junge Mann vom Pflegedienst für sie arrangiert. Sie hatte nämlich bei ihrem letzten Besuch geäußert, sich oft so trübsinnig zu fühlen und allmählich dahinzusiechen, seit ihr Mann verstorben war. Ihr gefällt es, dass ein neuer Professional zu ihr nach Hause kommt, weiß aber nicht genau, was sie von dem Besuch zu erwarten hat. Aber sie ist angenehm überrascht. Das Eis ist schnell gebrochen und der Ergotherapeut nimmt sich Zeit und zeigt ein aufrichtiges Interesse an den Belangen von Frau Vennen. Sie versteht jetzt auch, was der Ergotherapeut ihr anbieten kann. Ihr gefällt es, ihre Geschichte erzählen zu können, dass der Ergotherapeut gut zuhört und dass sie selbst verdeutlichen kann, was ihr wichtig ist, um wieder aktiver zu werden.

18.1 Einleitung

Im Jahre 1997 hat die Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) eingeführt (CAOT 1997). Damit wurde der Fokus auf die Kerndomänen der Ergotherapie gelegt: die Ausführung des Betätigens bzw. Betätigungsperformanz (occupational performance) und die klientenzentrierte Arbeit (Hartingsveldt et al. 2010). Das CMOP beschreibt die Ausführung des Betätigens (occupational performance) als dynamische Interaktion zwischen Person, Betätigung (occupation) und Umwelt (environment). Die Autoren stellen die Occupational Performance so dar: „Ausführung von Betätigungen meint die Möglichkeit, bedeutungsvolle Aktivitäten auszuwählen, zu organisieren und in befriedigender Weise durchzuführen, die kulturell definiert und altersgerecht sind im Hinblick auf die Selbstversorgung, die Lebensfreude und als Beitrag zum sozialen und ökonomischen Fortgang der Gesellschaft gesehen werden“ (CAOT 1997).

Mit dem CMOP verlagerte sich die Aufmerksamkeit, die auf eine Vergrößerung der Kapazitäten eines Klienten ausgelegt war, hin zur Ermöglichung des Betätigens. Dabei richteten sich die Interventionen auch nachdrücklich auf die Umwelt (Townsend 2002). Im Jahre 2007 wurde das CMOP überarbeitet. Es entstand das CMOP-E, wobei das „E“ für „engagement“ steht (Townsend u. Polatajko 2013). Damit wird betont, dass die Sicht auf Gesundheit, Wohlbefinden und Gerechtigkeit durch das Betätigen nicht von der Ausführung abhängig sind. Auch das Engagement bei der Betätigung (occupational engagement) ist ein wichtiger Aspekt der Partizipation eines Menschen und bietet ein umfassenderes Konzept als die tägliche Ausübung einer Aktivität. Gemeint ist hier das Beteiligtsein an etwas, das man selbst tut, das man gemeinsam mit anderen tut oder das jemand anderes tut, die Gedanken darüber, was eine andere Person tun kann, nachdenken darüber, was man gerne tun möchte, reflektieren darüber, was man allein oder mit anderen zusammengetan hat usw. Beteiligtsein reicht also viel weiter als die Ausführung von Aktivitäten (beyond performance).

Beteiligtsein am Betätigen anderer

Nils ist 12, geistig behindert, taub und kann nur schlecht sehen. Seine Lieblingsbeschäftigung sind die gemeinsamen Fahrten mit dem Vater auf dem Rollstuhlfahrrad. Wenn die Tage länger sind, tun sie dies mehrmals wöchentlich gemeinsam. Der Vater fährt Rad (occupational performance), während der Sohn in einem Gestell am Vorderteil des Fahrrads sitzt (occupational engagement). Sie genießen beide die Fahrten, die Geschwindigkeit, den Wind, der ihnen durch die Haare fährt, und gemeinsam so schräg wie möglich um die Kurven zu fahren ... Das Beteiligtsein am gemeinsamen Handeln und der gemeinsame Spaß dabei stärkt die Verbindung zwischen Vater und Sohn.

Die Menschen können ein unterschiedlich starkes Beteiligtsein am Betätigen erleben. Sie können ganz und gar in einer Aktivität aufgehen oder sich langweilen und während der Ausführung abgelenkt sein (Jonsson 2008). Daneben sind Menschen auch oft am Betätigen beteiligt, ohne die Aktivität tatsächlich selbst auszuführen. Man denke dabei nur an ein Fußballspiel, bei dem 22 Personen tatsächlich das Spiel spielen, aber Zigtausende Menschen auf den Rängen durch das Zusehen beteiligt sind. Menschen können auch eine Bedeutung aus dem Beteiligtsein am Betätigen anderer ziehen (Polatajko et al. 2013b).

Die Autoren des CMOP stellten Mitte der 1980er-Jahre fest, dass in der Ergotherapie auch ein Prozessmodell benötigt wird, bei dem das methodische Handeln im Einklang mit den Vorstellungen des CMOP steht; ein Prozessmodell, bei dem der ergotherapeutische Prozess mit der Anerkennung des Klienten als Person beginnt: sich die Zeit nehmen für den Klienten und nicht zu schnell zur Lösung der Betätigungsfrage übergehen. Zudem sollte das Prozessmodell Ergotherapeuten dabei unterstützen, der Zusammenarbeit mit dem Klienten eine Form zu verleihen (Fearing et al. 1997). Im Jahre 1997 wurde das Occupational Performance Process Model (OPPM) vorgestellt, ein Prozessmodell mit einem Fokus auf dem Betätigen und der Partizipation des Klienten. Beim Einsatz des OPPM wird die klientenzentrierte Arbeit zu jeder Phase des Ergotherapieprozesses gestaltet. Es gibt jedoch auch zum OPPM ein paar Dinge anzumerken (Craik et al. 2013). Im Jahre 2007 wurde daher das Canadian Practice Process Framework (CPPF) in den kanadischen Leitlinien lanciert (Townsend u. Polatajko 2013). Das CPPF wurde als Framework beschrieben, der auf die Ermöglichung des Betätigens (enabling occupation) einer Person (und ihres Systems), einer Organisation oder einer Population gerichtet ist. Die Ausgangspunkte im CPPF sind klientenzentriert, evidenzbasiert und betätigungsorientiert (Davis et al. 2013). Der Ergotherapieprozess wird darin in acht Punkten dargestellt.

18.2 Das CMOP-E – Hintergrund, theoretische Grundlagen und Aufbau

Die Entwicklung des CMOP entspringt dem Streben der CAOT nach allgemeinen Leitlinien für die ergotherapeutische Praxis mit einem Fokus auf der klientenzentrierten Arbeit. 1991 erschienen die „Occupational Therapy Guidelines for client-centered Practice“ (CAOT 1991). Die Formalisierung des Konzepts der klientenzentrierten Arbeit unter Führung kanadischer Ergotherapeuten stellte den Beginn wachsender Forschungsanstrengungen und Publikationen zum Thema der klientenzentrierten Theorie und Praxis dar (Mroz et al. 2015). Diese Arbeit gilt auch als die Grundlage des Canadian Model of Occupational Performance (Trentham 2001). Was als Projekt zur Entwicklung von Leitlinien begonnen hatte, entwickelte sich nach zahlreichen Diskussionen zu einem konzeptionellen Modell zur weiteren Entwicklung der ergotherapeutischen Theorie.

Das neue CMOP-E (► Abb. 18.1) hat in der Ergotherapie zwei wichtige Funktionen. Erstens beschreibt es die drei Kernkonzepte der Ergotherapie und bietet zugleich eine grafische Darstellung der ergotherapeutischen Perspektive. Zweitens erfolgt die Ausführung des Betätigens in einer Umwelt und ist das Ergebnis einer dynamischen Interaktion zwischen der Person, ihrem Betätigen und der Umwelt (► Abb. 18.1). Veränderungen in einem der Konzepte beeinflussen immer auch die anderen. Die Vorstellung von der klientenzentrierten Arbeit wird durch die Platzierung des Klienten in die Mitte des Schemas unterstrichen (► Abb. 18.1a). Der Ergotherapeut ist auf die Person und ihre Umwelt konzentriert (► Abb. 18.1b). Der Querschnitt mit dem Betätigen im Vordergrund und im Zentrum weist den Kerndomänen der Ergotherapie eine zentrale Position zu und zeigt, dass Ergotherapeuten sich mit dem menschlichen Betätigen (human occupation), der sich betätigenden Person (occupational person) und dem Einfluss des Betätigens auf die Umwelt befassen (occupational influences). Das CMOP-E richtet sich auf individuelle und soziale Veränderungen (individual bzw. social change). Andere Modelle wie etwa das Model Of Human Occupation (MOHO; Kielhofner 2008) konzentrieren sich allein auf die Veränderungen der Person. Die Aspekte der Person und der Umwelt, die nicht mit dem Betätigen zusammenhängen, stehen nicht im Kontext der ergotherapeutischen Intervention (Polatajko et al. 2013b).

Die Verbindungen zwischen den unterschiedlichen Konzepten im CMOP-E als Inhaltsmodell basieren auf den Theorien zum Flow (Csíkszentmihályi 1999), zur Selbstwirksamkeit (Bandura 1986) und zur sozialen Veränderung (Whiteford u. Wright-St Claire 2005). Die Theorien dienen dem Verständnis für die Herausforderungen, denen sich die Menschen beim Betätigen gegenübersehen (occupational challenge), und die Entscheidungen, die sie dabei treffen (occupational choice).

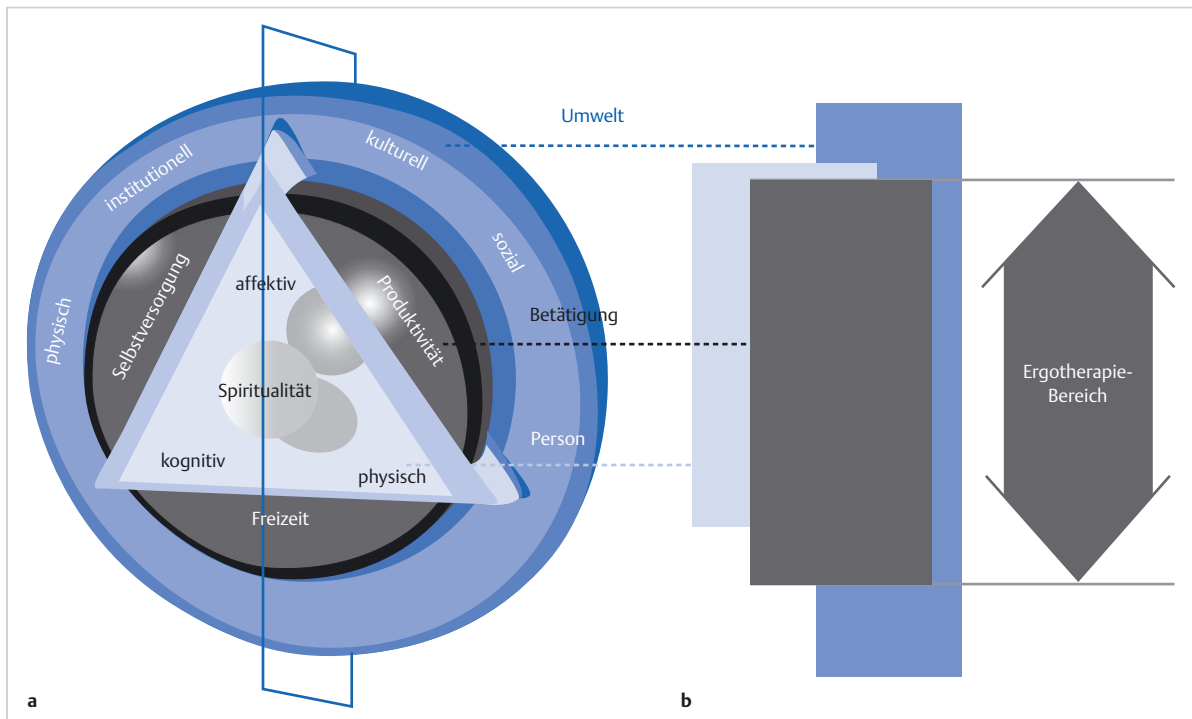


Abb. 18.1 Das kanadische Modell der Betätigungsperformanz und des Engagements (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E; links: Aufsicht, rechts: Querschnitt; Polatajko et al. 2013b).

18.2.1 Visionen und Konzepte

Der Hintergrund des CMOP-E als Inhaltsmodell wird aus den Konzepten Person, Betätigen, Umwelt und Lebenslauf gebildet.

Person

Im CMOP-E gilt eine Person als integrierte Einheit ihrer spirituellen, sozialen und kulturellen Erfahrungen und Performanzkomponenten (performance components). Die Spiritualität als zentrales Wesensmerkmal einer Person ist ein Alleinstellungsmerkmal des CMOP-E. Auch wenn die Spiritualität in der Person verortet ist, steht sie doch in Verbindung mit dem Betätigen und der Umwelt. Die Spiritualität wohnt in einem Menschen, wird von der Umwelt geprägt und verleiht dem Betätigen eine Bedeutung (Townsend 2002). Die Identifizierung des Menschen als spirituellem Wesen bedeutet die Anerkennung seiner intrinsischen Werte und den Respekt vor seinen Überzeugungen, Werten und Zielen. Ein Ergotherapeut erkennt die Spiritualität eines Menschen durch aufmerksames Zuhören, durch das Gespräch über das Leben und zu treffende Entscheidungen und durch das gemeinsame Reflektieren über für den Betroffenen bedeutungsvolle Betätigungen. Das heißt auch, dass der Ergotherapeut den Klienten als Ganzes betrachtet, weil er weiß, dass ein eingeschränkter Blick auf Teile der Person, losgelöst von an-

deren Menschen und anderen Elementen aus der Umwelt sinnlos ist.

Affektive Komponente

Der Affekt bezieht sich auf die Gefühle einer Person und beinhaltet soziale und emotionale Funktionen sowie inter- und intrapersonelle Faktoren. Es geht dabei um das Gefühl und die Emotionen, welche eine Person während der Ausführung von Betätigungen erlebt, die sie alleine oder gemeinsam mit anderen ausübt.

Kognitive Komponente

Bei der Kognition geht es um das Denken. Der Begriff umfasst alle mentalen Funktionen, sowohl kognitive als auch intellektuelle. Auch die Wahrnehmung, Konzentration, das Reasoning und das Urteilsvermögen fallen hierunter. Es interessiert bei einer Person weniger eine einzelne psychische Funktion wie etwa das Gedächtnis als vielmehr der Prozess des Denkens während des Betätigens.

Physische Komponente

Hier geht es um das Tun. Physis umfasst alle sensorischen, motorischen und sensomotorischen Funktionen. Die Aufmerksamkeit gilt nicht der Qualität des Muskeltonus, sondern den Kapazitäten des Klienten beim Betätigen.

Spiritualität

Die angeborene Essenz ist der wichtigste Teil des Selbst (innate essence of self), das sich in allen Aktionen der Person äußert, die Qualität, ein einzigartiger und authentischer Mensch zu sein: Jedes Individuum wird als einzigartige Person erkannt, die dem Leben eine einzigartige Bedeutung zuerkennt. Die Spiritualität hat durch das CMOP (CAOT 1997) und das CMOP-E (Townsend u. Polatajko 2013) eine größere Relevanz erlangt. Sie ist eine der vier Grundelemente einer Person. Die kanadischen Leitlinien empfehlen Ergotherapeuten, auch der Spiritualität Aufmerksamkeit zu schenken und die Bedeutung der Sinnggebung im Leben eines Klienten zu achten (Law 1998). Die Forschung nimmt sich inzwischen der Spiritualität an (Maley et al. 2016). Die Kanadierin McColl (2011) veröffentlichte ein Buch zur Spiritualität in der Ergotherapie. Sie stieß in der Literatur auf verschiedene Konzepte, die mit Spiritualität zusammenhingen: Die einen hingen mit dem Individuum selbst zusammen, wie etwa Hoffnung, Glaube, Vertrauen, Lebensziele, Altruismus, innere Kraft und Sinnggebung im Leben; andere Konzepte beziehen sich auf den Zusammenhang des Individuums mit der Welt, wie z. B. Toleranz und Verbundenheitsgefühle. Und sie beschrieb Konzepte, die in einem Zusammenhang mit einer höheren Macht stehen, wie bedingungslose Liebe, religiöse Verehrung und Glauben (McColl 2011).

Hasselkus (2011) hat ein Buch mit dem Titel „The meaning of everyday occupation“ zum Thema Spiritualität verfasst. Sie bezeichnet das Betätigen darin als Ausdruck von Spiritualität, welche sie als Grundlage für die Motivation zur Durchführung und zur Auswahl von Betätigungen betrachtet. Auch die kindliche Spiritualität ist ein Thema in der Ergotherapie. Die Spiritualität nährt und stützt dabei das Selbstwertgefühl und die innere Kraft und macht Kinder widerstandsfähig. Sie fördert die Möglichkeiten der Partizipation am Betätigen in der Schule, zu Hause und in der privaten Umwelt. Die Spiritualität gibt Kindern auch die Möglichkeit, Risiken einzugehen, ihre Träume zu verfolgen und Durchhaltevermögen zu zeigen, wenn sie auf Widerstände stoßen. Fördert man beim Kind die Verbindung mit seiner Spiritualität, unterstützt man es zugleich in seiner Teilhabe am Leben (Burgman 2010).

Ergotherapeuten begegnen der Spiritualität, wenn sie die Erfahrungen des Klienten und die Bedeutung, die das Betätigen für seine Existenz hat, zu verstehen versuchen. Logister-Proost (2004) hat niederländische Ergotherapeuten darum gebeten, das Thema Spiritualität kritisch zu betrachten. Sie stellte sich die Frage, ob die Spiritualität, so wie sie in Kanada bewertet wird, auch für die niederländische Kultur infrage käme. Auch zweifelte sie insgesamt die Übersetzung von „spirituality“ mit „Spiritualität“ an. In ihrem Artikel scheint sie eher die Übersetzung „Sinnggebung“ zu bevorzugen (Logister-Proost 2004).

Betätigen

Im CMOP-E wird das Betätigen als Brücke zwischen der Person und der Umwelt beschrieben, wobei das Individuum die Umwelt durch die Ausübung seiner Aktivitäten beeinflusst (Polatajko et al. 2013b). Im CMOP-E ist das Betätigen auf die Selbstversorgung (self-care), die Produktivität (productivity) und die Freizeit (leisure) ausgerichtet. Das Betätigen wird von den Autoren des CMOP-E wie folgt definiert: „Betätigungen sind Gruppen von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, denen durch Individuen und die Kultur eine Bezeichnung, eine Struktur, ein Wert und eine Bedeutung verliehen werden. Betätigungen sind alle Aktivitäten, die Personen unternehmen, um sich zu betätigen, einschließlich der Selbstversorgung (self-care), der Freizeit (leisure) und ihres Beitrages zur sozioökonomischen Entwicklung ihrer Gemeinschaft (productivity; CAOT 1997).“

Das Betätigen ist dabei mehr als die Ausübung einer Aktivität, denn diese erhält in einem spezifischen Kontext eine Relevanz (Pierce 2001). Wo Aktivitäten und Aufgaben einem bestimmten Zweck dienen, gibt das Betätigen dem Leben Bedeutung. Es ist ein komplexer Prozess, in dem eine Person bedeutungsvolle Aktivitäten in Interaktion mit ihrer Umwelt ausübt. Die Komplexität ist nicht sichtbar, weil die Bedeutungen, die Ziele, die Werte und die Überzeugungen hinter dem Betätigen nicht direkt wahrnehmbar sind (Townsend 2002). Die Bedeutung des Betätigens wird erst deutlich, wenn die Person darüber spricht (Polatajko et al. 2013a).

Die Autoren des CMOP-E führen sechs Ausgangspunkte des Betätigens auf. Diese zeigen deutlich die große Bedeutung des Betätigens für das Leben der Menschen. Der Mensch ist ein sich betätigendes Wesen und das Betätigen wirkt sich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus, es strukturiert die Zeit und das Leben, es gibt dem täglichen Leben eine Bedeutung und es ist eine persönliche Erfahrung. Der Einfluss derartiger Merkmale ist zugleich ein Plädoyer für sowohl das letzte Merkmal des Betätigens als auch für die Existenzberechtigung der Ergotherapie: Das Betätigen hat ein therapeutisches Potenzial (Polatajko et al. 2013b; Kap. 7.2).

Umwelt

Die Umwelt ist im CMOP-E ein wichtiges Thema. Es wird konsequent von der Interaktion zwischen Person, Betätigung und Umwelt ausgegangen, wobei alle drei gleichrangig sind. Die Umwelt spielt eine wichtige Rolle für die Bedeutung, die dem Betätigen zugeschrieben wird, für das Verständnis der Betätigungsfrage und für die Suche nach Lösungen. Zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung ging es im CMOP mehr um die Beeinflussung der Umwelt als in anderen ergotherapeutischen Praxismodellen. In der Ergotherapieliteratur werden verschiedene Einteilungen der Umwelt verwendet (Baum et al. 2015, Kielhofner 2008, AOTA 2014). Im CMOP-E gliedert sie sich in die kul-

turelle, institutionelle, physische und soziale Umwelt (Townsend 2002).

Kulturell

Die kulturelle Umwelt wird aus ethnischen, zeremoniellen und routinemäßigen Aktivitäten/Praktiken gebildet, die auf dem Ethik- und Wertesystem bestimmter Gruppen basieren.

Institutionell

Die institutionelle Umwelt setzt sich aus den gesellschaftlichen Organisationen und Aktivitäten/Praktiken zusammen, wozu auch die Politik, Entscheidungsprozesse und Verfahrensweisen gehören. Ebenso fallen hierunter ökonomische Themen wie finanzielle Prioritäten, Möglichkeiten der Vergütung und Förderung, Unterstützung von Arbeitnehmern, juristische Dienste und politische Aspekte. Auch die von staatlicher Seite geförderten Dienste, die Gesetzgebung und die politische Praxis seien hier erwähnt.

Physisch

Die natürliche und die bebaute Umwelt besteht aus Gebäuden, Gärten, Wegen, Transportmitteln, Technologien, dem Wetter, der Natur und anderen Objekten aus der Umwelt.

Sozial

Die soziale Umwelt besteht aus den Beziehungen der Menschen in einer organisierten Gemeinschaft und den sozialen Gruppierungen, die auf gemeinsamen Interessen, Werten, Einstellungen und Überzeugungen basieren.

18.2.2 Das Betätigen im Verlauf des Lebens

Die dynamischen Interaktionen zwischen der Person, der Umwelt und dem Betätigen entwickeln sich mit der Zeit. Das Verhältnis zwischen diesen Konzepten verändert sich im Laufe des Lebens durch die Reaktionen auf die Möglichkeiten und die Herausforderungen und prägt den Lebenslauf jedes Einzelnen (Wright u. Sugarman 2009, Davis u. Polatajko 2011). Mit der Zeit und durch Veränderungen in den Interaktionen zwischen Person, Umwelt und Betätigung wird sich der Lebenslauf einer Person weiterentwickeln, anpassen oder neue Betätigungsmuster aufgreifen. Man kann zwar den Lebenslauf im Betätigen als Anhäufung von Erfahrungen betrachten, doch ist sein Verlauf nicht vorhersehbar. Entwicklungsverzögerungen, akute und chronische Krankheiten oder auch andere persönliche Schwierigkeiten wirken sich auf den Lebenslauf aus und verändern die Betätigungsmuster einer Person, weil Menschen neue Herausforderungen suchen

und neue Pfade beschreiten, die mit neuen Anforderungen verbunden sind. Auch Veränderungen der Umwelt, wie etwa die Einführung neuer Technologien, bringen verschiedene körperliche und psychische Anforderungen mit sich, die eine Anpassung des Betätigens erforderlich machen (Townsend 2002).

Die Vision des CMOP-E

Die Partizipation an der Gemeinschaft findet sich im CMOP-E im Verhältnis der Konzepte „Person“, „Umwelt“ und „Betätigen“ wieder. Eine Partizipation ist eng mit den sozialen Rollen und der Sinngebung verbunden, die für jede Person in ihrer spezifischen Umwelt einzigartig sind. Partizipation wird also als die Teilhabe an der Gesellschaft in einer für die Person sinnvollen Art und Weise betrachtet. Ein optimales Niveau beim Betätigen in den verschiedenen Lebensphasen sichert dem Individuum eine Stellung in der Gemeinschaft. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Inklusion, damit alle Menschen ihrem Leistungsvermögen entsprechend in der Gemeinschaft mitwirken können (Polatajko et al. 2013b).

Im CMOP-E wird das Betätigen als die Summe der Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens beschrieben, denen das Individuum und die Kultur einen Wert und eine Bedeutung beimessen. Der Begriff der „Funktionsfähigkeit“ aus der ICF (WHO 2001) lässt sich nicht direkt mit den Performanzkomponenten (performance components) des CMOP-E gleichsetzen. Die „affektiven“, „kognitiven“ und „physischen“ Betätigungsvoraussetzungen werden in ihrem Verhältnis zum „Betätigen“ beschrieben. Sie sind wahrnehmbar, was auf die „Funktionsfähigkeit“ in der ICF nicht zutrifft.

Interventionen zur Ausführung von Betätigungen und zum Engagement

Das CMOP-E, das auf der Ermöglichung des Betätigens fußt, bietet die Möglichkeiten, Einflussfaktoren der Ausführung des Betätigens und das Beteiligtsein von Personen, Organisationen und Populationen zu erkennen. Zudem bietet es die Möglichkeit zur Verbesserung des Fit von Person, Betätigung und Umwelt, um dadurch die Anforderungen beim Betätigen (occupational challenges) zu minimieren (Polatajko et al. 2013b).

Csikszentmihályi untersuchte die Erfahrungen, welche die Menschen während der Ausführung einer Aktivität machen. Er konnte zeigen, dass der Grad der Teilhabe von der Passung zwischen der Anforderung der Umwelt, die zum Betätigen animiert, und den Möglichkeiten und Kapazitäten der Person abhängt. Er führte den Begriff des Flow als optimaler Erfahrung ein, bei der ein Mensch eine so hohe Teilhabe an seinem Betätigen zeigt, dass er alles um sich herum vergisst (Csikszentmihályi 1999). Auch das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten bestimmt die Effektivität des Betätigens und den Grad der Teilhabe in

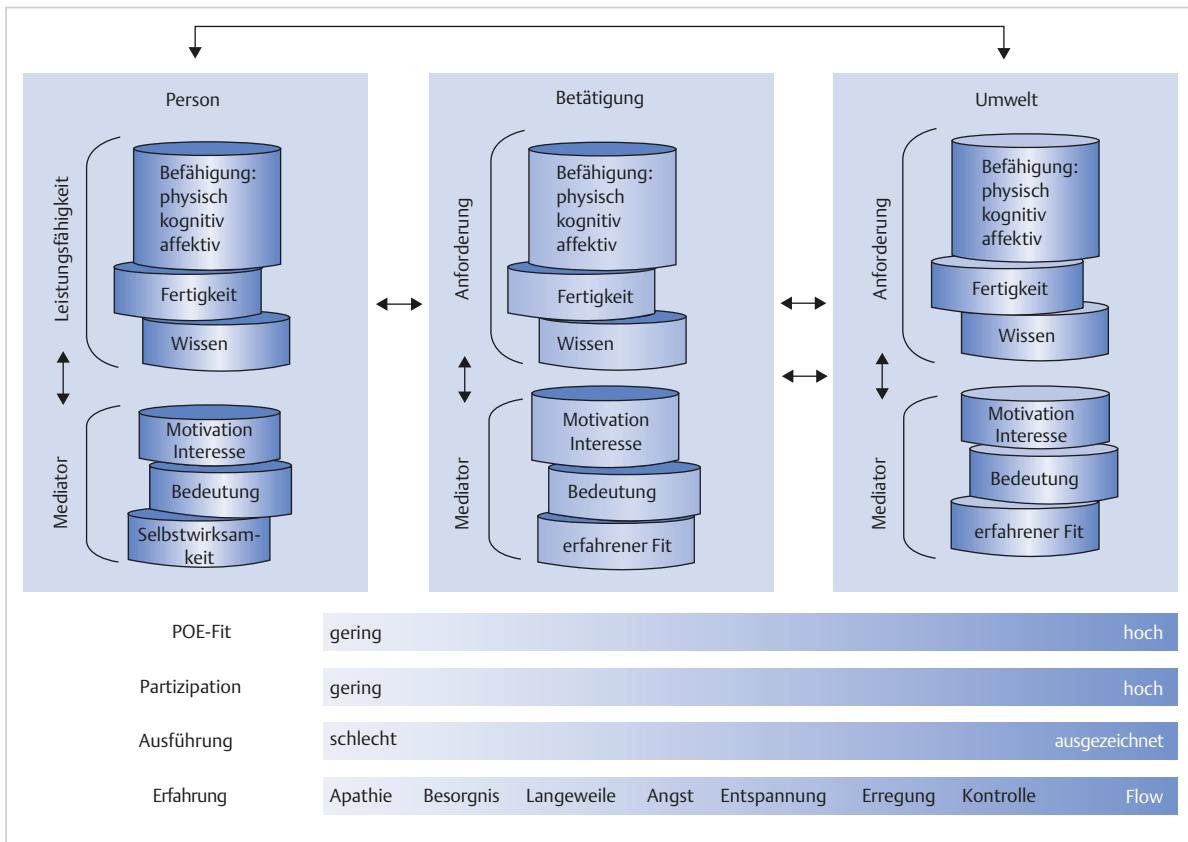


Abb. 18.2 Fit-Chart (Polatajko et al. 2013b).

einer bestimmten Umwelt (Bandura 1986). Die Erfahrung der eigenen Effektivität, der Selbstwirksamkeit (self-efficacy), beeinflusst den Wunsch nach dem Erlernen neuer Fertigkeiten, die Mühen, die damit verbunden sind, das erforderliche Durchhaltevermögen, wenn etwas nicht auf Anhieb gelingt, und die Reflexion über den Verlauf des Lernprozesses. Bei der Ermöglichung des Betätigens im Hinblick auf die gesundheitliche Förderung kommt es auf zwei Perspektiven an. Die individuelle Perspektive (enabling individual change; Townsend et al. 2013a) betrachtet Gesundheit als etwas, das die sich betätigende Person selbst beeinflussen kann. Die Ergotherapie richtet sich dabei auf die Interaktion von Person, Betätigung und Umwelt. Bei der sozialen Perspektive (enabling social change; Townsend et al. 2013b) spielt die Gesellschaft eine Rolle für die Gesundheit ihrer Bürger. Die Ergotherapie richtet sich dabei auf die soziale Gerechtigkeit (social justice) und die Inklusion im Zusammenleben.

Im „Fit-Chart“ (► Abb. 18.2; Polatajko et al. 2013b) werden 18 Variablen, welche die Beziehungen zwischen Person, Betätigung und Umwelt charakterisieren und die Interaktionen zwischen diesen drei Konzepten strukturieren, miteinander verbunden. Das Konzept der Person (d.h. das Individuum und sein System, die Organisation

und die Population) kennt drei Variablen zur persönlichen Kapazität: die Möglichkeiten (physisch, kognitiv und affektiv), die Fertigkeiten und das Wissen. Diese Kapazität gibt das Betätigungsniveau an. Daneben verfügt eine Person über drei Mediatoren, welche die Ausführung und die Teilhabe am Betätigen fördern oder beeinträchtigen: Motivation/Interesse, Bedeutung und Effektivität (Polatajko et al. 2013c).

Das Konzept des Betätigens weist als Variablen ebenfalls die Möglichkeiten (physisch, kognitiv und affektiv), die Fertigkeiten und das Wissen auf. Im Hinblick auf das Betätigen sind dies die Anforderungen, die erfüllt sein müssen, um die Ausführung der täglichen Aktivitäten zu ermöglichen. Die Mediatoren des Betätigens beeinflussen die Entscheidungen, die während der Ausführung oder Teilhabe an einer Aktivität getroffen werden. Auch die Ebene des „Fit“ beim Betätigen kann als positiver oder negativer Mediator betrachtet werden (Polatajko et al. 2013c).

Nicht nur das Konzept des Betätigens, sondern auch die Umwelt stellen dieselben Anforderungen und Mediatoren hinsichtlich der Ausübung von Aktivitäten oder des Beteiligtseins einer Person. Während einer Intervention bei einem Individuum und seinem System, einer Organisa-

tion oder einer Population stellt der Ergotherapeut die verschiedenen Variablen zusammen und bestimmt das Niveau der Ausführung und des Engagements am Betätigten (Polatajko et al. 2013c).

Die ► Abb. 18.2 stellt den „Fit“ bzw. den Mangel daran als ein Kontinuum von „niedrig“ nach „hoch“ dar. Das Niveau des Fit ist mit dem Beteiligtsein am Betätigten (occupational engagement), der Ausführung des Betätigten (occupational performance) und der Qualität der Erfahrung daraus nach Csíkszentmihályi (1999) verbunden: Apathie, Besorgnis, Langeweile, Angst, Entspannung, Erregung, Kontrolle, Flow (Polatajko et al. 2013c).

Wenn ein Individuum und sein System, eine Organisation oder eine Population keine Betätigungsfragen oder Herausforderungen beim Betätigten sieht, besteht auch kein Anlass für eine ergotherapeutische Intervention. Wenn der Ergotherapeut Beeinträchtigungen beobachtet, die in keinem Zusammenhang mit dem Betätigten stehen, besteht auch kein Anlass, sich damit weiter zu beschäftigen.

Ergotherapeuten können in der sozialen und physischen Umwelt Veränderungen einleiten, um das Betätigten zu optimieren oder um die Person in die Lage zu versetzen, Kompetenzen im Betätigten wieder aufzubauen, zu entwickeln, zu erhalten oder zu entdecken. Die therapeutische Beziehung ist durch einen klientenzentrierten Ansatz geprägt, wobei das Bündnis im Zentrum steht, die Autonomie des Klienten respektiert und unterstützt wird und der Beitrag des Klienten wertgeschätzt wird.

18.2.3 Messinstrumente der Modelle

Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ist ein individualisiertes klientenzentriertes Messinstrument für Ergotherapeuten, mit dem Veränderungen in der Klientenperspektive hinsichtlich des Betätigten im zeitlichen Verlauf erfasst werden. Es wurde als Evaluationsinstrument zur Bestimmung der Effektivität einer Intervention entwickelt. Das COPM kann bei Klienten unterschiedlicher Altersgruppen und mit verschiedenen Betätigungsfragen eingesetzt werden (Law et al. 2014).

18.3 Canadian Practice Process Framework (CPPF)

Herr Kessel

Herr Kessel ist 65 und pensionierter Drucker. Er bewohnt mit seiner 66-jährigen Frau ein Seniorenappartement in der 3. Etage eines Hauses ohne Aufzug. Sein Sohn lebt in London und kommt nicht so oft zu Besuch. Seine Frau arbeitet ehrenamtlich in der Bücherei des Ortes. Herr Kessel hat stets viel Zeit für seine Hobbys Reisen und Fußball aufgewendet. Jetzt funktioniert das nicht mehr so gut und er verbringt viel Zeit am Computer. Sechs Jahre zuvor hatte er einen Schlaganfall erlitten, weshalb er in erster Linie Physiotherapie erhält. Da er viele ganz praktische Fragen hat, empfahl sein Hausarzt ihm eine ergotherapeutische Praxis.

18.3.1 Hintergrund

Der CPPF unterstützt Ergotherapeuten bei der Zusammenarbeit mit dem Klienten und rückt die Ausführung des Betätigten und die Teilhabe des Klienten ins Zentrum der Intervention. Es handelt sich um ein Framework, das eine klientenzentrierte, evidenzbasierte und betätigungs-basierte Ergotherapie unterstützt. Der CPPF zielt auf die Ermöglichung von Veränderungen bei der Betätigungsperformanz und des Engagements (occupational performance and engagement) des individuellen Klienten und seines Systems, der Organisation oder der Population ab (Craik et al. 2013, Davis et al. 2013).

Der CPPF greift die klientenzentrierte Arbeit auf. Er basiert auf den Arbeiten des US-amerikanischen Psychologen Rogers (1942). In den Leitlinien der CAOT nimmt die klientenzentrierte Ergotherapie bereits seit 1997 einen zentralen Platz ein: „... gemeinschaftliche Ansätze, die auf die Ermöglichung des Betätigten mit dem Klienten gerichtet sind ... Ergotherapeuten zeigen Respekt vor ihren Klienten, beteiligen sie an der Entscheidungsfindung, setzen sich mit ihnen für ihre Bedürfnisse ein und anerkennen ansonsten ihre Erfahrung und Kenntnisse (CAOT 1997, Townsend 2002).“

In der Beschreibung des CPPF wird viel Wert auf die Darstellung eines optimalen Verhältnisses zwischen Klient und Ergotherapeut gelegt. Im Rahmen des CPPF ist es der Klient, der letztlich die Entscheidungen trifft. Der Ergotherapeut klärt den Klienten soweit auf, dass dieser in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen. Es wird davon ausgegangen, dass Klienten kompetente und ernst zu nehmende Personen sind, die Fragen zu ihrer Lebensqualität abwägen können. Die Betätigungsfragen werden intensiv analysiert. Dabei wird die Lebensweise oder der Lebenslauf des Klienten zusammenfassend dargestellt und berücksichtigt (Craik et al. 2013, Davis et al. 2013).

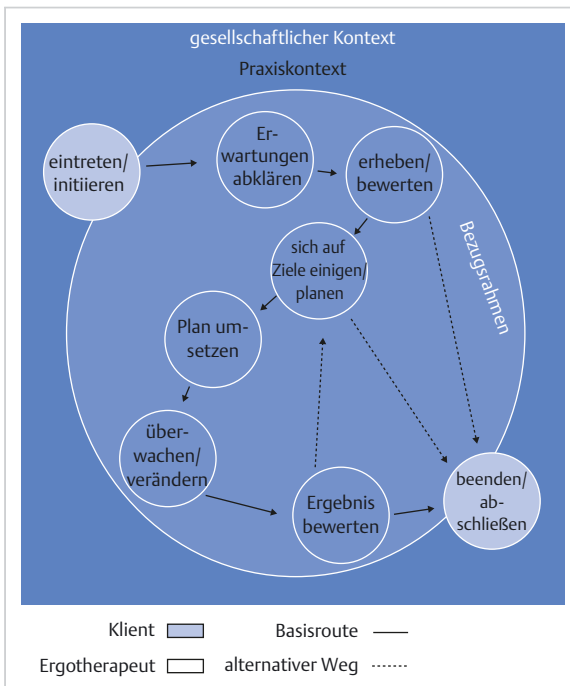


Abb. 18.3 Canadian Practice Process Framework (CPPF; Craik et al. 2013, Davis et al. 2013).

Die Abbildung zum CPPF (► Abb. 18.3) veranschaulicht das dynamische Wechselspiel zwischen Klient und Ergotherapeut, in dem eine kontinuierliche Reflexion über die spezifische Umwelt stattfindet. Der CPPF-Prozess hat zwei Hauptrollen zu vergeben: der Klient (das Individuum und sein System, die Organisation oder Population) und der Ergotherapeut. Beide tragen Verantwortung, beide nehmen aktiv an dem ergotherapeutischen Prozess teil und beide werden von einer ganzen Reihe persönlicher Faktoren und Umweltfaktoren beeinflusst. Der Klient ist der Experte seines eigenen Betätigens. Er verfügt über ein Betätigungsrepertoire (occupational repertoire), das sich aus einer Vielzahl von Betätigungen ergibt, die er im Laufe seines Lebens eingeübt hat (Davis u. Polatajko 2010), sowie über Betätigungsmuster (occupational patterns), die aus dem festen und vorhersagbaren Betätigten bestehen, welche sich bei der Ausübung der Aktivitäten zeigen (Bendixen et al. 2006). Da der Klient der Experte seines eigenen Betätigens ist, ist er es letztendlich auch, der entscheidet, was geschehen soll. Der Ergotherapeut wird den Klienten soweit unterrichten, dass dieser fähig ist, Entscheidungen zum Ergotherapieprozess zu treffen, die auf die Optimierung seines Betätigens gerichtet sind.

Im CPPF wird der Therapieprozess in vier separaten Aspekten beschrieben. Drei dieser Aspekte sind kontextabhängig: gesellschaftlicher Kontext, Praxiskontext und der Bezugsrahmen. Der vierte Aspekt ist prozessorientiert und setzt sich aus acht Aktionspunkten zusammen

(acht kleine Kreise), welche den Leitfaden für den ergotherapeutischen Prozess bilden. Die Aktionspunkte im CPPF sind: eintreten/initiieren, Erwartungen abklären, erheben/bewerten, sich auf Ziele einigen/planen, Plan umsetzen, überwachen/verändern, Ergebnis bewerten, beenden/abschließen.

Die Gesamtheit der Aktionspunkte zeigt, dass der Klient eine therapeutische Beziehung eingeht, was zu einer reflexiven, transparenten, ethischen und klientenzentrierten Ergotherapie führt, welche die Diversitäten in Werten, Interessen und Glaubensrichtungen respektiert (Davis et al. 2013). Bei den mittleren sechs Aktionspunkten ist auch grafisch festgehalten, dass es einen Dialog zwischen dem Klienten (blau) und dem Ergotherapeuten (weiß) gibt. Diese Aktionspunkte verlaufen von blau nach weiß, was zeigt, dass beide ihren eigenen Anteil an jedem dieser Aktionspunkte haben. Die Aspekte und die Aktionspunkte des CPPF werden im folgenden Abschnitt beschrieben (Craik et al. 2013, Davis et al. 2013).

18.3.2 Gesellschaftlicher Kontext und Praxiskontext

Therapeut und Klient bilden beide einen Teil eines gesellschaftlichen Kontextes, der aus kulturellen, institutionellen, physischen und sozialen Umweltelementen besteht. Das Klient-Therapeut-Verhältnis beginnt, wenn dem Ergotherapeuten eine Anfrage oder eine Überweisung vorgelegt wird und Therapeut und Klient den Ergotherapieprozess im Praxiskontext starten. Nach Möglichkeit ist der Praxiskontext der Ort, an dem der Klient seine Betätigungsfrage hat: zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz oder in seinem Viertel. Da dies ein Unterteil des gesellschaftlichen Kontextes ist, wird auch deutlich, dass das Klient-Therapeut-Verhältnis von persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren beeinflusst wird. Zwischen beiden Kontexten befindet sich eine gestrichelte Linie, die zeigen soll, dass die beiden Umwelten miteinander verknüpft sind und einen gemeinsamen Einfluss ausüben (Craig et al. 2013, Davis et al. 2013).

Herr Kessel

Sein gesellschaftlicher Kontext ist von der rheinischen Kultur geprägt. In seiner physischen Umwelt erlebt er als Rollstuhlfahrer verschiedene Beeinträchtigungen. Sehr viele soziale Kontakte hat das Ehepaar nicht: ihr Sohn und einige Freunde, die allesamt warmherzige und freundliche Menschen mit großer Reiselust sind.

Der Praxiskontext ist eine allgemeinärztliche Praxis in einem Gesundheitszentrum. Die Ergotherapie-sitzungen finden zu Hause statt oder werden über E-Health angeboten. Die Ergotherapie wird aus der Basisversicherung vergütet, was für Herrn Kessel 10 Stunden pro Jahr bedeutet (in den Niederlanden).

Tab. 18.1 Persönliche Faktoren (Craik et al. 2013).

Persönliche Faktoren	Merkmale
persönliche Merkmale und zeitliche Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit • Alter, Entwicklungsalter • Allgemeinzustand, Lebensstil • Geschlecht, Ethnie • psychische Gesundheit
Wissen, Fähigkeiten und Möglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Schulwissen und schulische Fertigkeiten • Berufswissen und berufliche Fertigkeiten • Betätigungserfahrungen (occupational experiences) • Copingfähigkeiten, Lernfähigkeiten und Lernstile • Sprache • Gewohnheiten
Perspektiven – Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft	<ul style="list-style-type: none"> • Normen, Werte, Glaube • Einstellungen zu Geschlecht und Ethnie • persönliche, kulturelle und Betätigungsidentität • Verständnis für die zukünftigen Möglichkeiten • Motivation, Vertrauen, Ideale, Ambitionen

Mit dem Beginn des Ergotherapieprozesses startet die Zusammenarbeit von Klient und Therapeut. Es kommt zu einer Interaktion, in die beide Parteien ihre persönlichen Faktoren mit einbringen (► Tab. 18.1). Der Ergotherapeut ist ein Experte im Ermöglichen des Betätigens (enabling occupation) und trägt die Ideen, Werte und Theorien seines eigenen Berufs sowie das professionelle und persönliche Wissen und seine Erfahrung dazu bei. Der individuelle Klient ist der Experte seines eigenen Lebens und bringt seine Lebensgeschichte, sein Betätigungsrepertoire, seine Betätigungsmuster und seine Betätigungsfragen mit.

Dazu gehören auch die Möglichkeiten, Fertigkeiten und das Wissen über Gesundheit und Wohlbefinden. Geht es um eine Organisation oder Population wird das historische Wissen mitgebracht, was z.B. die strukturellen und kulturellen Entwicklungen und Veränderungen angeht.

Die Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut wird grafisch in dem Modell abgebildet. Der Praxiskontext verläuft von blau (Klient) nach weiß (Therapeut), was bedeutet, dass beide ihren Anteil am Praxiskontext haben – der Klient als Experte für sein Leben und der Therapeut als Experte für die Ermöglichung des Betätigens (Craik et al. 2013).

Der Praxiskontext besteht aus den vier Umweltelementen des CMOP-E. In einem Rehaszentrum etwa setzt sich die kulturelle Umwelt aus den Normen und Werten der Professionals und anderer Beteiligter, die institutionelle Umwelt aus der Philosophie der Einrichtung und die soziale Umwelt aus den Klienten, Familien, Besuchern, Studenten und den Teams der Professionals zusammen. Die physische Umwelt besteht aus den Behandlungsräumen, den Toiletten, dem Aufzug, den Treppen, der Turn- und Übungsräume, der Möbel usw.

18.3.3 Der Bezugsrahmen

Im CPPF bilden die ausgesuchten Bezugsrahmen die Basis des gesamten Ergotherapieprozesses. Der Einfluss dieser Wahl zeigt sich in allen Aktionspunkten. Während des Ergotherapieprozesses kann es auch zur Wahl eines anderen Bezugsrahmens kommen. Bezugsrahmen sorgen dafür, dass das Betätigen des Klienten sichtbar wird, besser zu verstehen ist und dass die Ursachen für die Anforderungen beim Betätigen besser herauskommen (Fearing et al. 1997). Daneben unterstützen sie den Ergotherapeuten dabei, die Richtung der Untersuchung festzulegen, Analysen anzustellen, den Interventionsplan aufzustellen und umzusetzen und die getroffene Auswahl zu rechtfertigen. Da es häufiger auch um komplexere Betätigungsfragen geht, kann der Ergotherapeut mehrere Bezugsrahmen auswählen. Die Bezugsrahmen stammen aus der Ergotherapie, aus der Occupational Science und aus anderen Wissenschaftsgebieten. Um das eigene Tun im Ergotherapieprozess zu begründen und ein Gespräch darüber zu ermöglichen, sucht der Therapeut eines der ergotherapeutischen Inhaltsmodelle aus (Polatajko et al. 2013b, Kielhofner 2008, Baum et al. 2015, Iwama 2006). Die Bezugsrahmen aus anderen Wissenschaftsgebieten geben über das „Wie“ der Intervention Auskunft (Rodger 2010). Beispiele für solche Bezugsrahmen aus anderen Wissenschaftsgebieten sind: der Bezugsrahmen der neurologischen Entwicklung, der Bezugsrahmen zum Erwerb motorischer Fähigkeiten, der biomechanische Bezugsrahmen oder der Bezugsrahmen der sozialen Partizipation (Hinojosa u. Kramer 2009). Bezugsrahmen können ein Top-down- oder auch ein Bottom-up-Vorgehen stützen. Der Begriff des Top-down wurde von Trombly (1993) im Zusammenhang mit einem Top-down-Assessment eingeführt, dessen Grundsätze mit denen eines betätigungsorientierten Assessments übereinstimmen (Hocking 2001).

Herr Kessel – Eintreten/initiieren: Der Beginn der Beziehung

Der Ergotherapeut kommt zu Herrn Kessel nach Hause, um sich ihm und seiner Frau vorzustellen. Das Ehepaar hatte bisher noch keine Erfahrungen mit Ergotherapie. Daher erklärt der Ergotherapeut den beiden, was sie zu erwarten haben. Der Anforderungsschein des Hausarztes enthielt praktisch keine Informationen, sodass der Ergotherapeut mit einem Screening begann. Der Ergotherapeut geht hier also ohne klaren ärztlichen Auftrag vor, was in den Niederlanden üblich ist, sich in Deutschland jedoch in einer regional begrenzten Testphase befindet. (Der DVE strebt eine Ergänzung des Berufsgesetzes an, die auch Behandlungen ohne ärztliche Verordnung möglich machen soll.)

Schon bald kristallisierte sich eine ergotherapeutische Betätigungsfrage heraus, die in ein dem Ergotherapeuten bekanntes Bild passte, ohne dass es Hinweise auf sogenannte Red Flags gegeben hätte. Wäre der Ergotherapeut also nach dem Screening auf zu viele und zu komplexe Fragen aufmerksam geworden oder dabei auf medizinische Hindernisse gestoßen, über die ihm zu wenige Informationen vorgelegen hätten, würde dies einer Red Flag entsprechen. Die würde offiziell den Schritt erfordern, zunächst die

offenen Fragen von einem Arzt bzw. einem geeigneten Spezialisten klären zu lassen, sodass aus dem roten dann grünes Licht werden kann. Gibt es beim Erstkontakt keine Unklarheiten und auch keine Red Flags, kann sich der Ergotherapeut ohne ärztliche Anordnung an die Arbeit machen. Dies bezeichnet man als den direkten Zugang zur Ergotherapie. Zur Erlangung dieser Erlaubnis benötigen die Ergotherapeuten den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem entsprechenden Kurs, der seit 2012 integraler Bestandteil der Ausbildung an den Hochschulen ist.

Der Ergotherapeut setzt die Sitzung fort und Herr Kessel erzählt nun ausführlicher, womit er gegenwärtig zu kämpfen hat. In dem Gespräch wird dadurch deutlich, dass er gerne wieder reisen würde. Das Paar findet es gut, dass auch der Ergotherapeut über reichlich Reiseerfahrungen verfügt und in seiner Vergangenheit auch an organisierten Reisen mit einer freiwilligen Hilfsorganisation für pflegebedürftige und behinderte Personen teilgenommen hat. Der Ergotherapeut klärt die beiden auch über das limitierte Kontingent der Kassenleistungen für seine Dienste auf. Gemeinsam beschließen sie, mit der Ergotherapie fortzufahren.

Bei diesem Vorgehen geht man von den möglichen Betätigungsfragen und den sich daraus ergebenden Folgen für die Rollen aus, die der Klient im täglichen Leben und in der Gemeinschaft einnimmt. Beim Bottom-up geht man hingegen von den Voraussetzungen für das Betätigen aus. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass Ergotherapeuten auch mehrere Bezugsrahmen nebeneinander verwenden (Brown et al. 2007). Entscheidet sich ein Ergotherapeut für den CMOP-E, also ein betätigungsorientiertes Modell mit einem Top-down-Interventionsansatz, lässt sich dies z. B. nicht mit einem Bottom-up-Bezugsrahmen, wie etwa den zur sensorischen Integration, kombinieren.

Im CPPF bilden die ausgesuchten Bezugsrahmen die Grundlage für den gesamten ergotherapeutischen Prozess. Der Ergotherapeut entscheidet sich hier für das CMOP-E. Diese Auswahl wird sich auf alle Aktionspunkte auswirken. Während des Prozesses wird der Ergotherapeut in bestimmten Phasen zusätzliche Bezugsrahmen hinzuziehen.

18.3.4 Die Aktionspunkte des CPPF

Die verschiedenen Aktionspunkte des CPPF (► Tab. 18.2) werden nun für Herrn Kessel weiter ausgearbeitet.

Tab. 18.2 Aktionspunkte des CPPF.

Aktionspunkt	Beschreibung
eintreten/initiieren (Beginn der Beziehung zwischen Ergotherapeuten und Klient, Beginn der Zusammenarbeit im Praxiskontext)	ein erstes Gespräch mit dem Klienten: <ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen des Klienten und seines Systems sowie eventuell weiterer involvierter Personen/Interessengruppen • Erkennen einer Betätigungsfrage durch den Klienten und/oder andere Beteiligte • Informationen über die Ergotherapie, die Expertise des Ergotherapeuten und den Ablauf der Intervention • Beratung mit dem Klienten und gemeinsame Feststellung einer Indikation zur Ergotherapie
Erwartungen abklären (Benennung, Validierung und Priorisierung der Herausforderungen bei Alltagsaktivitäten, wie der Klient sie erlebt)	ein narratives Interview mit dem Klienten: <ul style="list-style-type: none"> • zum Verständnis der Werte, Überzeugungen, Annahmen, Erwartungen und Wünsche des Klienten und ein halbstrukturiertes Interview mit z. B. COPM: <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung und Priorisierung der Hauptfragen bei Alltagsaktivitäten • sich ein Bild vom Klienten als ein sich betätigendes Wesen machen • sich ein Bild von der Umwelt und dem Kontext des Klienten machen Dieser Aktionspunkt endet mit dem Aussprechen der gegenseitigen Erwartungen und der gemeinsamen Formulierung der Betätigungsfragen (occupational issues) und die möglichen Ziele (occupational goals) der Intervention.

Tab. 18.2 Fortsetzung

Aktionspunkt	Beschreibung
erheben/bewerten (Ermittlung der Komponenten der Alltagsaktivitäten und der Bedingungen in der Umwelt)	<p>Der Therapeut führt weitere, auf die Person und die Umwelt ausgerichtete Untersuchungen durch, um die Betätigungsfragen besser zu verstehen (Top-down-Ansatz):</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Bestandsaufnahme der Aktivitäten, die Gegenstand der Intervention sein sollen, der Vorstellungen und Wünsche des Klienten und seiner Bereitschaft, seine Betätigungen zu verändern • die Ausführung der Tätigkeiten des Klienten in der natürlichen Umwelt beobachten • Assessments verwenden, die sich auf mögliche Erklärungen für die Betätigungsfrage konzentrieren; prüfen, ob ein Fit zwischen den persönlichen Fähigkeiten, den Anforderungen der Umwelt und den Alltagsaktivitäten besteht; eine Bestandsaufnahme der Mediatoren wie Motivation, Interesse, Bedeutung und Wirksamkeit anhand des „Fit-Chart“ vornehmen; • Stärken und Ressourcen des Klienten und des Ergotherapeuten identifizieren, die zur Intervention beitragen können • Daten verarbeiten, Ergebnisse der Assessments interpretieren und die beste evidenzbasierte und auf dem Fit-Chart gründende Erklärung für die Betätigungsfrage wählen • gemeinsam mit den Klienten die Schlussfolgerungen validieren und formulieren
sich auf Ziele einigen/planen (aushandeln der Zielvorstellungen und Erstellung eines Umdetzungsplans)	<p>Der Klient und der Therapeut besprechen gemeinsam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Vereinbarung über die Ziele und den Umsetzungsplan • den Fit zwischen den persönlichen Faktoren des Klienten, den Umwelt- und den Betätigungsfaktoren • die Richtung der Veränderung und mögliche Lösungen • Einfluss des sozialen und praktischen Kontextes auf die möglichen Veränderungen und Lösungen • den Umsetzungsplan, der eine Einigung über die angestrebten Ziele beinhaltet. Der Plan legt ferner Folgendes fest: die zu ergreifenden Maßnahmen, die Personen, die in den Prozess einbezogen werden, wer was tun wird, wo die Intervention stattfinden wird, wie die Zusammenarbeit aussehen wird und wie der Zeitplan aussieht.
Plan umsetzen (Ausführung des Umsetzungsplans durch Alltagsaktivitäten)	<p>Der Aktionsplan wird umgesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Klienten in die gewünschten Aktivitäten einbinden und versuchen, Fortschritte zu erzielen • Verwendung spezifischer Bezugsrahmen und Interventionen, die geeignet sind, die gewünschte Veränderung bei den Alltagsaktivitäten herbeizuführen • mit anderen Beteiligten zusammenarbeiten, um das gewünschte Ziel zu erreichen.
überwachen/verändern (evaluieren und ggf. anpassen)	<p>Die Umsetzung des Aktionsplans erfordert eine kontinuierliche gemeinsame Evaluation der eingesetzten Strategien, um festzustellen, ob sie zum Fortschritt des Klienten hin zu einer Verbesserung in der Betätigungsfrage bei den Alltagsaktivitäten beitragen. Beraten, aufklären, zusammenarbeiten, sich für die Partizipation stark machen und den Klienten und andere einbeziehen, um den Erfolg möglich zu machen Plan anpassen oder ggf. gemeinsam einen neuen Plan erstellen.</p>
Ergebnis evaluieren	<p>gemeinsame Bewertung der Intervention und Evaluation der klientspezifischen Ergebnisse; mithilfe des COPM (Law et al. 2014) können Veränderungen bei den Zielen festgelegt werden.</p>
beenden/abschließen	<p>den gemeinsamen Abschluss der Intervention, wobei der Ergotherapeut den Klienten über die Möglichkeiten informiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Ergotherapie wieder aufnehmen • Überweisung an einen anderen Professional.

Herr Kessel – Erwartungen abklären: Die Strukturierung der Zusammenarbeit von Klient und Therapeut

Auch der nächste Besuch des Ergotherapeuten findet bei Herrn Kessel zu Hause statt. Als der Kaffee eingeschenkt ist, bittet der Therapeut ihn, seine Lebensgeschichte zu erzählen. Danach wendet der Therapeut das COPM an (Law et al. 2014), wobei Herr Kessel erklärt, dass er gerne verreist. Nach seiner Pensionierung (er war damals 57) waren die Reisen mit Hotelübernachtung im In- und Ausland eine wichtige Aktivität für ihn und seine Frau geworden. Auch die Ausflüge zu Freunden und zu seinem Sohn nach London fehlen ihm. Zudem fällt es ihm schwer, bei Nachbarschaftsaktivitäten aktiv mitzuwirken. Als pensionierter Drucker hatte er die Aufgabe übernommen, für den Satz und die Vervielfältigung des Gemeindeblättchens zu sorgen. Schließlich würde er auch gerne wieder selbst zum Friseur

gehen. In Anbetracht der zukünftigen privaten Entwicklungen – in London wird das erste Enkelkind erwartet – hat das Reisen für ihn jedoch Priorität. Bei der Vertiefung dieser Betätigungsfrage rücken sowohl die Mobilität als auch die Transfers während einer Reise als besonders schwierige Punkte in den Vordergrund. Da das Reisen eine gemeinschaftliche Aktivität mit seiner Frau ist, wird Frau Kessel direkt in den Prozess einbezogen. Die Sitzung endet mit der Formulierung der wechselseitigen Erwartungen, der Fragen zum Betätigen (Reisen, Nachbarschaftsaktivitäten, eigenständige Friseurbesuche) und der möglichen Ziele, wobei ein gemeinsamer Ausflug der Eheleute das erste Ziel der ergotherapeutischen Intervention sein soll.

Herr Kessel – Professional Reasoning des Ergotherapeuten

Auf der Grundlage der ersten beiden Gespräche und der Erfahrung mit Klienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, hat der Ergotherapeut die Erwartung, dass die bei Reisen anstehenden Herausforderungen sowohl die eingeschränkte Motorik als auch die prozessbezogenen Fertigkeiten betreffen. Zudem werden das Ausmaß der persönlichen Effektivität des Paares und die Umweltfaktoren eine Rolle spielen. Die Erklärungen für die möglichen Ursachen der Betätigungsfragen führen den Ergotherapeuten zur Auswahl der

Bezugsrahmen, die bei den folgenden Aktionspunkten zur Anwendung kommen: neben dem CMOP-E ein Bezugsrahmen zum motorischen Lernen, ein kognitiver Bezugsrahmen, ein psychologischer Bezugsrahmen und ein ökologischer Bezugsrahmen, um einen besseren Überblick über die Umwelt zu bekommen (Hinojosa u. Kramer 2009). Mit diesen Bezugsrahmen wird versucht, die Beziehungen zwischen den Personen (die Eheleute Kessel), der Umwelt und dem Betätigen zu verstehen.

Herr Kessel – Erheben/bewerten: Ein Überblick über die Interaktionen von Person, Betätigung und Umwelt

In der dritten Sitzung, die erneut bei den Kessels stattfand, begründet der Ergotherapeut seine Auswahl hinsichtlich der Untersuchung, wobei beide ihm zustimmen. Herr Kessel wünscht sich genauere Informationen über die Bedingungen an den Flughäfen und Bahnhöfen. Frau Kessel will diese Informationen beschaffen. Gemeinsam mit dem Ergotherapeuten besprechen sie dann die wichtigsten Fragen und Frau Kessel ruft bei einer Auskunftsstelle an.

Bei der Beobachtung der Mobilitäten und Transfers zeigt sich, dass Herr Kessel ausreichende Unterstützung von seiner Frau erhält. Es kostet sie jedoch viel Mühe und sie benötigen viel Platz, der außerhäuslich nicht überall im gleichen Maße vorhanden ist (ökologischer Bezugsrahmen). Bei der Nachbesprechung gibt Frau Kessel zudem an, in den letzten Monaten vermehrt Rückenschmerzen gehabt zu haben. Das Gespräch mit den beiden nach den Beobachtungen zeugt auch von einem geringen Gefühl der Selbstwirksamkeit (self-efficacy). Herr Kessel hat wenig Zuversicht, dass er an einem Flughafen oder an einem Bahnhof die erforderliche Unterstützung erhält. Frau Kessel

macht sich vor allem über ihre eigenen Möglichkeiten der Hilfe Sorgen. Die Anwendung des Assessment of Motor and Process Skills (AMPS; Fisher u. Jones 2011) offenbarte die motorischen Schwierigkeiten, aber keine Schwierigkeiten bei den Prozessfertigkeiten (Bezugsrahmen zum motorischen Lernen und zur Kognition).

Der Ergotherapeut hat nun genügend Informationen für das Fit-Chart und die Frage, wie die Mediatoren Motivation, Interesse, Bedeutung und Selbstwirksamkeit bei Herrn Kessel den Fit zwischen den persönlichen Kapazitäten und den Anforderungen mit Blick auf das Betätigen und die Umwelt beeinflussen. Während des Prozesses werden auch einige Stärken des Ehepaares erkennbar, die der Ergotherapeut auch benennt. So ist die Motivation der beiden, wieder auf Reisen zu gehen und den Sohn in London zu besuchen hoch. Der Ergotherapeut schlägt vor, sich diese Stärken einmal genauer anzusehen. Dies kann sich positiv auf das Gefühl der Selbstwirksamkeit auswirken. Frau Kessel ist recht gut darin, Informationen zusammenzutragen. Herr Kessel hat ein gutes technisches Verständnis und ist in der

Lage, sich über verschiedene praktische Herausforderungen beim Reisen Gedanken zu machen. Er kann neue Methoden rasch verarbeiten und andere Personen instruieren. Auch die soziale Umwelt des Sohnes denkt mit und ist zu Anpassungen bereit.

Immer wieder spricht der Ergotherapeut mit dem Paar über seine Untersuchungsergebnisse und fordert beide auf, sich an dem gedanklichen Prozess zu beteiligen, damit sie gemeinsam herausfinden können, welche Ursachen die Betätigungsfragen haben: (1) Der Rollstuhl eignet sich nicht zum Reisen. Er ermöglicht es Herrn Kessel nicht, selbst zu fahren, weder während der Reise noch am Zielort. Zudem ist er schwer und muss umständlich zusammengeklappt werden. (2) Die gegenwärtige Situation, bei der Frau Kessel

für die Mobilität und die Transfers zuständig ist, ist sehr belastend. Frau Kessel verfügt über keine Ansätze, wie sie auch in anderen Umwelten (enge Räume) zurechtkommen kann. (3) Das Ehepaar Kessel fühlt sich hinsichtlich ihrer Möglichkeiten beim Reisen unsicher. Noch nie hatte Frau Kessel ihrem Mann beim Einsteigen in einen Zug geholfen. (4) Die Wohnung des Sohnes würde geringfügige Anpassungen benötigen. Vor allem die Duschen und die Treppen stellen eine besondere Schwierigkeit dar. Frau Kessel und ihr Sohn müssten Hilfestellungen leisten, doch da sie diese Situation noch nie erlebt haben, benötigen sie eine Anleitung dazu, wie sie Herrn Kessel während des Besuches in London am besten unterstützen können.

Stärken und Ressourcen des Klienten und des Ergotherapeuten

Im OPPM besteht die vierte Phase in der Inventarisierung der Stärken und Unterstützungen des Klienten und des Ergotherapeuten (Fearing et al. 1997). Seit der Einführung des OPPM wird vielfach mit diesem Thema bewusster umgegangen und die Auflistung der Stärken und vorhandenen Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten des Klienten sind zu einem Teil der ergotherapeutischen Untersuchung geworden. Ergotherapeuten gehen von den vorhandenen Möglichkeiten der Menschen aus. Dies kommt in der Betrachtung der Stärken des Klienten zum Ausdruck im Gegensatz zur problemorientierten Betrachtungsweise, die nicht immer effektiv ist, da die Motivationskräfte durch sie beeinträchtigt werden. Bei einem Ansatz, der die Stärken des Klienten betont, steht deren Ausarbeitung im Zentrum. Zudem werden die persönlichen Qualitäten eingesetzt und entwickelt, wodurch sich das Selbstvertrauen und die intrinsische Motivation vergrößern (Hiemstra u. Bohlmeijer 2013). Im CPPF ist kein separater Aktionspunkt für die Inventarisierung der Stärken und der möglichen Unterstützungen und Hilfen des Klienten vorgesehen, sondern dies ist unter „erheben/bewerten“ subsummiert.

Nachfolgend sind hier Fragen aufgeführt, die an den Klienten gerichtet werden können, und Fragen, die der Ergotherapeut sich selbst stellen kann, um weitere Informationen über die Stärken und Ressourcen des Klienten zu erhalten (Fearing u. Clark 2000). Diese Fragen wurden eventuell teilweise bereits in anderen Phasen behandelt.

Stärken des Klienten:

- Wo, glauben Sie selbst, liegen ihre Stärken?
- Wie würde Ihr bester Freund oder eine Person, die Sie gut kennt, Sie beschreiben?
- Was hat Ihnen früher durch schwierige Zeiten geholfen?
- Haben Sie einen persönlichen Glauben, etwas, das Ihnen Halt gibt, oder eine spirituelle Führung, aus der Sie Kraft ziehen?
- Was ist das Wichtigste in Ihrem Leben?

Hilfe aus der Umwelt:

- Welche Menschen aus Ihrer Umwelt sind für Sie am wichtigsten?
- Könnte es sinnvoll sein, sie in die Dinge einzubeziehen, die wir hier gemeinsam planen und versuchen?
- Was gibt es in Ihrem Haushalt oder in Ihrer Arbeitsumwelt, dass hilfreich sein könnte?
- Haben Sie in der Vergangenheit die Hilfe von irgendwelchen Diensten in Anspruch genommen?
- Wissen Sie über die finanziellen Mittel Bescheid, die Sie zur Unterstützung erhalten könnten?
- Gibt es Routinen, die für Sie besonders wichtig sind?

Stärken und Ressourcen beim Betätigen:

- Welche Aktivitäten, die Sie am Arbeitsplatz, in der Schule, zu Hause oder in der Freizeit ausüben, machen Sie stolz?
- Was haben Sie früher gemacht, was Sie nie aufgeben wollten?
- Welche Rollen sind für Sie besonders wichtig?
- Wenn Sie an besonders gute Zeiten zurückdenken, was haben Sie damals getan?

Stärken des Ergotherapeuten:

- Kann ich mich selbst in die Lage des Klienten hineinversetzen und verstehe ich das Bild, das er von der Zukunft hat?
- Kann ich über ein Gefühl der Sympathie hinausgehen und einen therapeutischen Prozess für das Individuum psychisch, emotional und physisch unterstützen?
- Bin ich mit persönlichen Dingen konfrontiert, denen ich Beachtung schenken muss, um ein besserer und effizienter Therapeut für den Klienten zu sein?
- Achte ich darauf, zuerst der Geschichte des Klienten zuzuhören und ihn als Person kennenzulernen, bevor ich Empfehlungen zur Intervention abgebe?
- Verfüge ich über ausreichende Fähigkeiten für die bei dem Klienten erforderlichen Untersuchungen und Interventionen, die bei ihm zur Optimierung seines Betätigens erforderlich sind?

Herr Kessel – Sich auf Ziele einigen und planen

Der Ergotherapeut überlegt sich gemeinsam mit dem Ehepaar Kessel die Ziele, die sie erreichen wollen. Gemeinsam kommen sie zu dem Schluss, dass Zugfahrten im Inland zu Freunden und in Museen möglich sein sollten. Auch die Londonreise wird als ein zu bewältigendes Ziel angesehen. Der Plan dazu sieht vor, selbstständig zum Flugplatz zu gelangen, das Flugzeug nach England zu besteigen und sich dort abholen zu lassen. Dabei werden das Wohnen und die Fortbewegung in London im Rollstuhl als eigenes Ziel angesehen. Der Plan zur Umsetzung sieht wie folgt aus:

- Person Frau Kessel: Sie wendet bei den Hilfestellungen zur Fortbewegung und zu den Transfers während der Begleitung ergonomische Prinzipien an und vermag dies auch in unterschiedlichen Umwelten umzusetzen.
- Person Herr Kessel: Er kann außerhäuslich begrenzte Distanzen im Rollstuhl zurücklegen. Er wendet verschiedenen Strategien an, um das Aufkommen von Schulterschmerzen während der Reisen zu verhindern.
- Umwelt: Das Haus in London wird an einzelnen Stellen so angepasst, dass die Treppen und die Dusche mit Hilfe bewältigt werden können. Herr Kessel ist in der Lage, andere Personen für die benötigte Hilfestellung an der Treppe zu instruieren.
- Betätigen: Als Alternative zum Flugzeug werden andere Reisemöglichkeiten für die Fahrt nach England aus- gesucht.

Herr Kessel – Plan umsetzen

Die Umsetzung des Plans kann nun beginnen. Der Ergotherapeut steht dem Ehepaar und dem Sohn über Skype oder Facetime als E-Coach unterstützend und beratend zur Seite. Der Sohn schickt die Fotos via WhatsApp und der Ergotherapeut überlegt mit den Kessels und ihrem Sohn, wie das Haus konkret angepasst werden kann. Es ist ein wenig wie eine Reise, bei der das Ziel auf unterschiedliche Weise erreicht werden kann, wobei es nicht nur um das Tun, sondern vor allem auch um die Bedeutung des Tuns geht.

Fearing und Clark (2000) differenzierten fünf Interventionsformen: entwickeln und wiederherstellen, verändern, anpassen, verhindern und kreieren. Bei den Aktionspunkten passen die folgenden Interventionen zur Situation der Kessels:

- entwickeln und wiederherstellen: Herr Kessel lernt, sich außer Hauses mit dem Rollstuhl fortzubewegen.
- verändern: Das Ehepaar lernt, sich die richtigen Flughäfen, Bahnhöfe und anderen Orte so auszusuchen, dass ihnen das Reisen möglich wird. Umwelten, die mit Beeinträchtigungen verbunden sind, meiden sie.
- anpassen: Das Haus des Sohnes wird durch kleine Anpassungen so vorbereitet, dass Herr Kessel dort Unterstützung findet.
- vermeiden: Frau Kessel lernt, wie sie durch Anwendung ergonomischer Prinzipien die Entwicklung chronischer Rückenschmerzen verhindern kann.
- kreieren: Durch die Ausübung von Aktivitäten, die bedeutungsvoll und aktivierend sind (das Reisen), setzt sich das Paar neue Herausforderungen und Ziele, durch welche sie ihre Lebensqualität zu steigern vermögen.

Herr Kessel – Überwachen/verändern: Im Auge behalten und ggf. anpassen

Bei jeder gemeinsamen Sitzung wird darüber gesprochen, wie es mit der Umsetzung des Plans vorangeht. Gemeinsam mit dem Paar evaluiert der Ergotherapeut die Aktionen und versichert sich bei dem Paar, ob die Art der Begleitung wunschgemäß ist. Die Kessels sagen beide, dass sie

mit der ergotherapeutischen Intervention, der Entwicklung und dem letztendlichen Ziel des Besuches beim Sohn in London sehr glücklich sind. Dieses Ziel erscheint ihnen jetzt viel besser erreichbar.

Herr Kessel – Ergebnis bewerten

Im Gespräch entscheidet man sich dazu, einen Zeitpunkt für ein Resümee zu planen, der nach einer ersten Reise nach London terminiert sein soll. Der Ergotherapeut geht dabei erneut das COPM mit dem Ehepaar durch. Beide wa-

ren mit der Reise und dem Aufenthalt bei Sohn und Schwiegertochter sehr zufrieden. Der Rücken von Frau Kessel bereitet immer noch etwas Sorgen. Gemeinsam formulieren sie ein neues Ziel.

Herr Kessel – Abschluss

Auch an dem letzten Ziel wird jetzt gemeinsam gearbeitet. Dabei steht der Rücken von Frau Kessel im Mittelpunkt und die Transfers werden erneut durchgesprochen. Frau Kessel fällt es schwer, die ergonomischen Prinzipien konsequent einzubauen. Oftmals hilft sie ihrem Mann, ohne dabei über ihren Rücken nachzudenken. Während des Transfers hilft ihr Mann ihr jetzt dabei, dass sie auch an ihren Rücken denkt. Gemeinsam gelingt es besser und sie beschließen,

dass sie keine ergotherapeutische Unterstützung mehr benötigen. In einem Abschlussgespräch blicken sie noch einmal zurück auf die Intervention – Zeit zum Innehalten, und für das Ehepaar ist der Mehrwert der Ergotherapie überdeutlich geworden. Sollte sich in ihrem Leben noch einmal eine Betätigungsfrage auftun, wissen sie jetzt, wo sie ihren Ergotherapeuten finden und wie sie ihn erreichen können.

18.3.5 Alternative Wege

Bei komplexen Fragen reicht es für manche Klienten nicht aus, den CPPF einmal durchzugehen. Wenn nicht alle Betätigungsfragen berücksichtigt werden konnten, kann der komplette Verlauf des CPPF erneut durchgenommen werden, doch ist es auch möglich, nur einen Teil des Weges erneut zu absolvieren. Die Themen, die in der Ergotherapiepraxis behandelt werden, sind sehr unterschiedlich und erfordern verschiedene Routen durch den Ergotherapieprozess, damit die gesteckten Ziele erreicht werden können. Das CPPF kennt auch alternative Routen, die in der ► Abb. 18.2 durch gestrichelte Linien angezeigt werden. Die Entscheidung für einen alternativen Weg basiert auf dem Prozess des professionellen Reasonings des Ergotherapeuten und der Ergebnisse des ersten gemeinsamen Weges im Ergotherapieprozess (Davis et al. 2013).

18.4 Diskussion

Wong und Fisher (2015) erklären in einer Arbeit, in der sie die verbreitetsten betätigungsorientierten Ergotherapiemodelle in der westlichen Welt miteinander verglichen, dass der Einfluss des CMOP-E bei verschiedenen Autoren auf die Kernbegriffe des Modells und der kanadischen Leitlinien zurückzuführen seien. Dabei geht es um das Enablement (Polatajko 1992), die soziale Gerechtigkeit (Townsend 1993) und die Umwelt (Law 1991). Die aufgeführten Referenzen beziehen sich auf die prestigeträchtige Muriel-Driver-Memorial-Vorlesungsreihe, die alljährlich auf dem kanadischen Kongress gehalten wird und bei der diese drei Autoren 1991, 1992 und 1993 über ihr Thema berichtet haben (Wong u. Fisher 2015). Helene Polatajko, Liz Townsend und Mary Law hatten diese Themen in der internationalen Ergotherapie verbreitet.

Auf dem WFOT-Weltkongress in Montreal 1998 beeindruckte die kanadische Ergotherapie mit ihren Leitlinien durch die Art und Weise, wie sie das klientenzentrierte Arbeiten in der Praxis umzusetzen vermochte. Die Leitlinien sprachen im In- und Ausland sowohl Ergotherapeuten als auch Nicht-Ergotherapeuten an und fanden international eine breite Resonanz. Auf der Grundlage der aktuellsten kanadischen Leitlinie (Enabling Occupation II;

Townsend u. Polatajko 2013) haben sich in Kanada, Australien und in den Niederlanden Praxen zu Gemeinschaften zusammengeschlossen, um diese jüngsten kanadischen Leitlinien zu evaluieren (community of practice, CoP). Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, wie eine optimale Implementierung dieser Leitlinien zu erreichen sei. In den Niederlanden konnte gezeigt werden, dass die Leitlinien einen Mehrwert für die aktuelle Praxis und den Klienten von heute darstellen, aber dass auch neue Instrumente und Methoden erforderlich sind, um die Implementierung verwirklichen zu können (Piškur et al. 2015). In den vergangenen 13 Jahren wurden die Leitlinien in den aktuellen Curricula, den Kursen nach dem Bachelorabschluss, in der Praxis, sowie in der Forschung und bei den Leitlinien verwendet (Steultjens et al. 2013, Sturkenboom et al. 2008). All diese Erfahrungen bieten Stoff für weitergehende Diskussion darüber, wie weit Ergotherapeuten mit ihrer klienten- und familienzentrierten Arbeit kommen und ob der Klient bei der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) das letzte Wort hat. Kaljouw und Vliet (2015) umreißen in einer gutachterlichen Schrift im Auftrag eines niederländischen Beratungsausschusses zum Thema Gesundheitsberufe einen neuen Blick auf die Versorgung, der auf der neuen Definition von Gesundheit (Huber et al. 2011) und der Paradigmenverschiebung von der Krankheit und Versorgung hin zu Gesundheit und Lebensstil beruht (RVZ 2010). Diese neue Sicht weist dem Bürger eine größere Eigenverantwortung zu und zielt darauf ab, Menschen dazu zu befähigen, in ihrer eigenen Lebensumwelt zu funktionieren (Sprundel u. Bijsterveldt 2014). Wie klientenzentriert arbeiten Ergotherapeuten aber wirklich, und überlassen sie die Regie tatsächlich dem Klienten? Die gemeinsame Entscheidungsfindung stützt den Prozess, in dem der Klient darin bestärkt wird, die für ihn richtige Wahl zu treffen, was die Intervention betrifft. Die Wissenschaft konnte zeigen, dass eine gute Organisation und Unterstützung des Prozesses für den Klienten hilfreich ist. Die Klienten sind besser informiert, sind sich der Vor- und Nachteile bestimmter Entscheidungen bewusst, sind häufiger zufrieden und haben weniger Zweifel an ihren Entscheidungen (Stacey et al. 2011). Die Frage dabei ist, wie sorgsam Ergotherapeuten den Klienten aufklären und ob sie sehen können, dass die Informationen tatsäch-

lich vom Klienten soweit verstanden wurden, dass er in der Lage ist, eine wohlüberlegte Entscheidung zu treffen. Auf welchem Niveau der Teilhabe man sich befindet, lässt sich mit der Partizipationsleiter abschätzen. Diese zeigt die unterschiedlichen Ebenen der Zusammenarbeit mit dem Klienten an, und zwar von unten nach oben (von 1 nach 5):

1. Information
2. Hinzuziehung
3. Beratung
4. Zusammenarbeit
5. Entscheidung/Regie des Klienten.

Auf der untersten Ebene wird der Klient also nur informiert, auf der obersten liegt die Entscheidung bei ihm (Landelijk Platform GGZ 2011). In dieser Diskussion darüber, wie weit Ergotherapeuten bei ihrer Klienten- und Familienzentrierung gehen, ist es auch wichtig, die Ansicht des Klienten dazu aufzunehmen.

Eine jüngere Literaturarbeit zeigt, dass bisher nur wenige Untersuchungen die Ansicht des Klienten dazu registriert haben (Hammell 2013): Was hält der Klient von der klientenzentrierten Vorgehensweise des Ergotherapeuten? Hammel merkt an, dass die Klientenzentrierung des Ergotherapeuten als Strategie eingesetzt wird, um den Status des Berufes zu erhöhen, aber dass es auch Hinweise darauf gibt, dass dieser Ansatz in der Praxis nicht immer die erforderliche Beachtung findet (Hammell 2013 u. 2015). Dies erfordert von den Ergotherapeuten, das eigene klientenzentrierte Arbeiten zu reflektieren. Kritisches Denken erfordert die Bereitschaft, das eigene Denken neu zu strukturieren und verringert die Gefahr falscher Annahmen (Hammell 2015).

18.5 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde geschildert, wie sich das CMOP-E in den vergangenen Dekaden zu einem Inhaltsmodell in der Ergotherapie entwickelt hat, das auf die Betätigungsperformanz und/oder das Beteiligtsein von Personen, Organisationen oder Populationen in ihrer Umwelt gerichtet ist. Das zugehörige CPPF wird als Prozessmodell/Framework beschrieben und verleiht der klientenzentrierten und auf das Betätigen ausgelegten evidenzbasierten ergotherapeutischen Intervention die Struktur. Im CPPF steht in acht Aktionspunkten die Zusammenarbeit mit dem Klienten innerhalb des direkten Praxiskontextes und des größeren gesellschaftlichen Kontextes im Mittelpunkt. Auch die „Fit-Chart“ wird beschrieben, in der die Übereinstimmung zwischen Person, Betätigung und der Umwelt grafisch dargestellt ist.

18.6 Literatur

- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3. Aufl.). American Journal of Occupational Therapy 2014;68(2):1–48. doi: 10.5014/ajot.2014.682006
- Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, Inc; 1986.
- Baum C, Christiansen CA, Bass JD. The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015.
- Bendixen HJ, Kroksmark U, Magnus E, Jakobsen K, Alsaker S, Nordell K. Occupational pattern: a renewed definition of the concept. Journal of Occupational Science 2006;13(1):3–10.
- Brown T, Rodger S, Brown A, Roevers C. A profile of Canadian pediatric occupational therapy practice. Occupational Therapy in Health Care 2007;21(4):39–69.
- Burck D. Alles naar wens? Rapportage stichting cliënt en veiligheid; 2005. Nieuwegein: Stichting cliënt en kwaliteit.
- Burgman I. Enabling children's spirituality in occupational therapy practice. In: Rodger S (Hrsg.). Occupation-centred practice with children - A practical guide for occupational therapists. West-Sussex: Wiley-Blackwell; 2010.
- CAOT. Occupational therapy guidelines for client-centred practice. Toronto ON: CAOT Publications ACE; 1991.
- CAOT. Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Ontario: CAOT Publications ACE; 1997.
- Craik J, Davis J, Polatajko HJ. Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In: Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:229–246.
- Csikszentmihályi M. Flow: psychologie van de optimale ervaring. Amsterdam: Boom; 1999.
- Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Practice Process Framework: Amplifying the process. In: Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:247–282.
- Davis JA, Polatajko H. Don't forget the repertoire: The meta occupational issue. OT Now 2010;12(3):20–22.
- Davis JA, Polatajko HJ. Occupational development. In: Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation, the art and science of living. New Jersey: Pearson Education Inc; 2011:135–174.
- Fearing VG, Clark J. Individuals in context: A practical guide to client-centered practice. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 2000.
- Fearing VG, Law M, Clark J. An occupational performance process model: Fostering client and therapist alliances. Canadian Journal of Occupational Therapy 1997;64(1):7–15.
- Fisher AG, Jones KB. Assessment of Motor and Process Skills, Vol.1: Development, Standardization, and Administration Manual (7. Aufl. Vol. 1). Ft. Collins, CO: Three Star Press; 2011.
- Hammell KR. Client-centered practice in occupational therapy: Critical reflections. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2013;20(3):174–181.
- Hammell KR. Client-centered occupational therapy: The importance of critical perspectives. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2015; (0):1–7.
- Hartingsveldt MJ van, Piškur B, Stomph M. Het Canadian Practice Process Framework (CPPF): van procesmodel naar framework. Wetenschappelijk tijdschrift voor Ergotherapie 2008;1(2):11–16.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Hasselkus BR. The meaning of everyday occupation. Thorofare (NJ): Slack; 2011.
- Hiemstra D, Bohlmeijer E. De sterke kanten benadering. In: Bohlmeijer E, Bolier L, Westerhof G, Walburg JA (Hrsg.). Handboek Positieve Psychologie - Theorie, onderzoek, toepassingen. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2013:123–138.

- Hinojosa J, Kramer P. Frames of reference for pediatric occupational therapy. 3. Aufl. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.
- Hocking C. Implementing occupation based assessment. *American Journal of Occupational Therapy* 2001;55(4):463–9. doi: 10.5014/ajot.55.4.463
- Huber M, Knottnerus AJ, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Meer JWM van der, Schnabel P, Smith R, Weel C van, Smid H and. How should we define health? *British Medical Journal* 2011;235–7.
- Iwama M. The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2006.
- Jonsson H. A new direction in the conceptualization and categorization of occupation. *Journal of Occupational Science* 2008;15(1):3–8.
- Kalijouw M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Den Haag: Zorginstituut Nederland; 2015.
- Kielhofner G. Model of Human Occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
- Landelijk Platform GGZ. Handreiking patientveiligheid vanuit cliënten en familieperspectief. Utrecht: Landelijk Platform GGZ; 2011.
- Law M. The environment: A focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1991;58(4):171–179.
- Law M. Client-centred occupational therapy. Thorofare (NJ): Slack; 1998.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McCol MA, Polatajko HJ, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2014.
- Logister-Proost I. Spiritualiteit in de ergotherapie: Van theorie naar concrete praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie* 2004;32:4–5.
- Maley CM, Pagana NK, Velenger CA, Humbert TK. Dealing With Major Life Events and Transitions: A Systematic Literature Review on and Occupational Analysis of Spirituality. *American Journal of Occupational Therapy* 2016;70(4):7 004260010p1–7 004260010p6.
- McCol MA. Spirituality and occupational therapy. Ottawa: CAOT; 2011.
- Mroz TM, Pitonyak JS, Fogelberg D, Leland NE. Client Centeredness and Health Reform: Key Issues for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 2015;69(5):6905090010p1–6905090010p8.
- Pierce D. Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy* 2001;55(2):138–46.
- Piškur B, Zalmstra A, Jakobs M, Daniëls R. Application of the enabling occupation II guidelines in a non-Canadian context. *Scandinavian journal of occupational therapy* 2015;22(4):325–326.
- Polatajko HJ. Naming and framing occupational therapy: a lecture dedicated to the life of Nancy B. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1992;59(4):189–199.
- Polatajko HJ, Backman CL, Baptiste S, Davis J, Eftekhar P, Harvey A, Jarman J, Krupa T, Lin C, Pentland W, Rudman DL, Shaw L, Amoroso B, Connor-Schisler A. Human Occupation in context. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013a.
- Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L. Specifying the domain of concern: occupation as core. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation - second edition*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013b:13–36.
- Polatajko HJ, Davis JA, Cantin N, Dubouloz-Wilner C, Trentham B. Occupation based practice: The essential elements. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation - second edition*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013c:203–228.
- Rodger S (Hrsg.). *Becoming more occupation-centred when working with children*. In: *Occupation-Centred Practice with Children - A Practical Guide for Occupational Therapists*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010:21–44
- Rogers CR. *Counseling and psychotherapy. New concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin; 1942.
- RVZ. *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010.
- Sprundel T van, Bijsterveldt M van. *Eigen regie een sociaal begrip – sleutel in de transitie naar echte participatie*. ActiZ: Position paper eigen regie. Amsterdam; 2014.
- Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Légaré F, Thomson R. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;10(10).
- Steultjens EMJ, Cup EHC, Zajec J, Hees S van. *Ergotherapiegerichtlijn CVA*. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Sturkenboom IHW, Thijssen MCE, Gons-van de Elsacker JJ, Jansen IJH, Maasdam A, Schulten M, Vijver-Visser D, Steultjens EJM, Bloem BR, Munneke M. *Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson, een richtlijn van Ergotherapie Nederland*. Utrecht/Den Haag: Ergotherapie Nederland/Uitgeverij Lemma; 2008.
- Townsend EA. Occupational therapy's social vision. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1993;60(4):174–184.
- Townsend EA. Enabling occupation, An occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2002.
- Townsend EA, Cockburn L, Letts L, Thibeault R, Trentham B. Enabling Social Change. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation - second edition*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013a:153–176.
- Townsend EA, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.
- Townsend EA, Trentham B, Clark J, Dubouloz-Wilner C, Pentland W, Doble S, Rudman DL. Enabling individual change. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation- second edition*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013b:135–152.
- Trentham B. Different no longer: Building structures for a proud profession CAOT in the 1980's. *Occupational Therapy Now* 2001;(3):3–7.
- Trombly C. Anticipating the future: assessment of occupational function. *American Journal of Occupational Therapy* 1993;47(3):253–7.
- Whiteford G, Wright-St Claire V. *Occupation & Practice in context*. Sydney: Elsevier Churchill Livingstone; 2005.
- WHO. *International Classification of Function, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Wong SR, Fisher G. *Comparing and Using Occupation-Focused Models*. Occupational therapy in health care; 2015.
- Wright R, Sugarman L. *Occupational Therapy and life course development: A workbook for professional practice*. Oxford: Wiley/Blackwell; 2009.

19 Model of Human Occupation (MOHO)

Joan Verhoef, Annerie Zalmstra

„Die Idee hinter dem MOHO war eine Hilfestellung für die Berufspraxis in der ganzen Welt, die betätigungsorientiert, klientenzentriert, ganzheitlich, evidenzbasiert ist und welche die anderen ergotherapeutischen Modelle und interdisziplinären Theorien ergänzt.“

Gary Kielhofner (1949–2010)

Keywords

- Model of Human Occupation (MOHO)
- Komponenten der Betätigung: Volition, Habituation und Performanzvermögen
- Umwelt
- Ebene der Betätigung: Partizipation, Performanz und Fertigkeit
- Dimensionen der Betätigung: Identität, Kompetenz und Anpassung
- Veränderung verläuft von der Exploration über die Kompetenz zur Beherrschung
- therapeutische Interventionen und Assessments aus dem MOHO

Lukas Treutel (1)

Der 19-jährige Lukas Treutel erfreut sich sehr daran, seit einem Jahr in einer Kölner Einrichtung zum betreuten Wohnen zu leben. Im vergangenen Jahr hat er seine Ausbildung zum Verwaltungsangestellten erfolgreich abgeschlossen, was in Anbetracht seiner zunehmenden Beeinträchtigungen aufgrund einer progredienten Muskeldystrophie vom Typ Becker-Kiener eine beachtliche Leistung war. Seine Eltern hatten ihn sehr unterstützt und sind nach wie vor für ihn da, wenngleich sie mit ihrem kleinen landwirtschaftlichen Betrieb alle Hände voll zu tun haben. Momentan führt Lukas ehrenamtlich die Bücher für den Spielplatzverein des Viertels, was jedoch wenig befriedigend für ihn ist. Er wünscht sich nichts mehr als einen bezahlten Arbeitsplatz. Darüber hofft er auch, mehr Kontakt zu Gleichaltrigen zu bekommen. Sein Freundeskreis könnte ruhig etwas größer sein, denkt er.

Der Reha-Arzt hat ihn an eine Ergotherapeutin in der Poliklinik des Rehasentrums überwiesen. Lukas berichtet während des Erstgesprächs auch, dass er ein großer Fan der Rockband „Tote Hosen“ ist. Im Internet verfolgt er jeden ihrer Schritte, doch am liebsten würde er sie auch mal live erleben. Bei einer solchen Aktion gibt es mit dem Rollstuhl allerdings immer noch eine ganze Reihe von Schwierigkeiten.

Von seiner Arbeit hat er recht klare Vorstellungen: In Köln gibt es einige Restaurants, die von Menschen mit

leichter geistiger Behinderung als Arbeitserfahrungsprojekte geleitet werden. Bei einer solchen Stelle würde er am liebsten die Buchhaltung übernehmen. Gleichzeitig zweifelt er jedoch daran, ob er auch die nötigen Qualifikationen für eine solche Arbeit mitbringt und/oder ob er den Anforderungen eines solchen Arbeitsplatzes gerecht werden kann.

Lukas macht der Ergotherapeutin deutlich, dass er nicht wünscht, dass die Entscheidungen für ihn getroffen werden. Das hat er oft genug erlebt.

19.1 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Das Model of Human Occupation (MOHO; Modell der menschlichen Betätigung) ist in den 1970er-Jahren von Gary Kielhofner in den USA entwickelt worden. Das Modell wurde seitdem zunächst dort in der Praxis angewendet und gelangte später auch nach West-Europa. Kielhofner hatte nach einem abgeschlossenen Psychologie-Studium einen Master-Grad in Ergotherapie erlangt und seinen Doktor in Public Health gemacht. Ab 1989 arbeitete er in Chicago an der University of Illinois als Leiter der Ergotherapie und leistete durch seine Forschungstätigkeit und die Publikationen einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der Ergotherapie. Im September 2010 starb er im Alter von erst 61 Jahren.

Das Ziel der Entwicklung des MOHO war es, einen besseren Einblick in die Bedeutung des Betätigens für den Menschen sowie für dessen Gesundheit und Krankheiten zu bekommen. Das MOHO ist für jede Person mit einer Betätigungsfrage geeignet und bietet einen breiten und ganzheitlichen Blick auf das menschliche Betätigen und seine Betätigungsfragen. Das Betätigen (occupation) wird umschrieben als die Aktion oder das Tun, wodurch sich der Mensch in seiner Welt betätigt (Kielhofner 1995). Das menschliche Betätigen (human occupation) wird als Ausübung von Arbeit, Spiel oder Aktivitäten des täglichen Lebens in einer bestimmten Umwelt und zu einer bestimmten Zeit definiert (Kielhofner 2008). Das MOHO macht sichtbar, wie eine Person ihre täglichen Aktivitäten auswählt, organisiert und ausführt und richtet ein besonderes Augenmerk auf die Betätigungsmotivation. Das Modell richtet sich dabei sowohl auf die Merkmale des Individuums als auf die Umweltfaktoren, welche die Betätigungsauswahl beeinflussen.

Das Modell wurde als Ergänzung zu bereits bestehenden Modellen und (interdisziplinären) Theorien entwickelt. Zu der Zeit, in der das MOHO entstand, befasste sich der größte Teil der Modelle mit Störungen. Die Ab-

sicht war, hierzu ergänzend ein Modell zu liefern, das sich auf die Motivation zum Betätigen, den Lebensstil und den Einfluss der Umwelt konzentrierte, sodass es in der Praxis seinen Platz neben den anderen Modellen und interdisziplinären Konzepten finden würde.

Das MOHO wurde erstmalig 1980 vorgestellt und erschien 1985 in Buchform. In der Fassung von 1995 war vor allem die Beschreibung und Anwendung der Systemtheorie überarbeitet worden. In der dritten Version (2002) wurden aus den drei Subsystemen des menschlichen Systems die drei miteinander zusammenhängenden Komponenten Volition („Wille“), Habituation (Gewöhnung) und Performanzvermögen (performance capacity).

In diesem Kapitel wurde von der 4. Auflage aus dem Jahre 2008 ausgegangen. Inzwischen ist unter der Herausgeberschaft von Renée Taylor 2017 die 5. Auflage erschienen. In dieser werden die aktuellsten Forschungsergebnisse zum MOHO-Modell beschrieben und die Anwendung dieser Ergebnisse in der ergotherapeutischen Praxis dargestellt. Neu ist zum Beispiel, dass in jedes Kapitel Lernmomente eingebaut wurden, die es ermöglichen, seinen Lernerfolg nach dem Lesen des Kapitels anhand von Quizfragen zu überprüfen. Man kann zudem Übungsaufgaben und Selbstreflexionsübungen durchführen, um die wichtigsten Elemente des Modells zu trainieren. Darüber hinaus wurden neue Praxisbeispiele aufgenommen, in denen auch Fragen aufgeworfen werden, die den Leser zum kritischen Nachdenken und Diskutieren anregen sollen und dabei helfen, das Modell in der Praxis umzusetzen, wie z. B.:

- Wie wird das Betätigen motiviert, in Mustern organisiert und in einer Umwelt ausgeführt?
- Was geschieht, wenn Betätigungsfragen infolge von Beeinträchtigungen, Krankheiten oder anderen Faktoren auftreten?
- Wie kann die Ergotherapie Menschen in die Lage versetzen, an bedeutungsvollen Betätigungen teilzunehmen, die befriedigend sind und ihr körperliches und emotionales Wohlbefinden steigern?

Das Modell ist klientenzentriert, da es die Perspektive und die Wünsche des Klienten bei der Strukturierung der Therapie betont. Dies geschieht aufgrund der Prämisse, dass jeder Klient einzigartig ist, und durch die Darbietung von Konzepten für den Ergotherapeuten, durch die er die Perspektive und die Situation des einzelnen Klienten besser verstehen und respektieren kann. Zudem stehen die Entscheidungen, das Betätigen und die Erfahrung des Klienten im Zentrum des Behandlungsprozesses. Das Modell ist aufgrund der Integration von Körper und Psyche hinsichtlich der Klärung und Beeinflussung von Motivation, Organisation und Ausführung des Betätigens als ganzheitlich anzusehen.

Das letzte Merkmal ist die Evidenzbasierung: Es gibt über 100 Publikationen zur Validität der Konzepte, zur Zuverlässigkeit und Validität der Bewertungsinstrumente, die sich vom MOHO ableiten, und zu den Resultaten und Prozessen der auf dem MOHO basierenden Interventionen.

Die Beschreibung des Modells ist in der 3. Version (2002) im Großen und Ganzen gleich geblieben. Vor allem die Beschreibungen der Bewertungsinstrumente, Anwendungen, des theoretischen Unterbaus und die Kasuistiken wurden ausgeweitet und auf die Anwendung des Modells in der Praxis hin ausgerichtet. Die Bewertungsinstrumente wurden im separaten Teil III des Buches untergebracht und die Publikationen und wissenschaftlichen Belege zur Anwendung des MOHO im Teil V. Kurze und bildhafte Fallbeispiele streichen in vielen Kapiteln unter anderem die kulturellen Aspekte des Betätigens heraus. In dieser neuen 8. Auflage kommen nun auch die Kommunikation und die schriftliche Dokumentation der ergotherapeutischen Behandlung zur Sprache.

Aktuell gibt es Bewertungsinstrumente und Publikationen in über 20 Sprachen und Ergotherapeuten aus der ganzen Welt liefern wichtige Beiträge zur weiteren Entwicklung des MOHO, sodass die Konzepte und die Anwendung des Modells mehrere Kulturen widerspiegeln und sich das Modell in eine multinationale und multikulturelle Richtung entwickelt.

19.2 Theoretischer Unterbau

Das MOHO ist auf die Motivation, Organisation und Ausführung des menschlichen Betätigens gerichtet. Zur Klärung der verschiedenen Aspekte bietet es eine breite und integrierte Sicht aus verschiedenen Blickwinkeln auf das Betätigen. Kielhofners theoretische Konzepte stammen vor allem aus der Psychologie, der Systemtheorie, der Biologie und der Soziologie. Das MOHO richtet sich auf drei Aspekte des menschlichen Betätigens:

- die Motivation und die Entscheidungen von Menschen, Dinge zu tun, die ihrem Leben einen Inhalt geben
- die Muster des Betätigens
- die Ausführung des Betätigens und die Varianten, derer sich die Menschen dabei bedienen.

Das Modell stellt den Menschen als Gesamtheit dreier miteinander verbundener Komponenten dar: Volition (Wille), Habituation (Gewöhnung) und Performanzvermögen (performance capacity). Diese Vorstellung basiert auf der Systemtheorie, die sich als neue Annäherungsform zum Studium komplexer Erscheinungen einen Namen gemacht hat und den Schwerpunkt auf dem Ganzen und auf den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Unterteilen des Ganzen legt. Dies führt zu einer anderen Betrachtungsweise des Betätigens und des Verhaltens.

19.2.1 Die systemtheoretische und dynamische Organisation des Betätigens

Das MOHO basierte ursprünglich auf den Konzepten der allgemeinen und offenen Systemtheorie und wurde durch die Ideen der dynamischen Systemtheorie weiterentwickelt. In neueren Fassungen des MOHO wird die Systemtheorie weniger intensiv behandelt und stärker an das Betätigen angepasst. In der 4. Auflage wurden einige Begriffe aus der Systemtheorie verwendet, um sich der Wechselwirkung zwischen der Motivation oder dem Willen (volition), der Gewöhnung (habituation) und dem Performanzvermögen (performance capacity) sowie der Umwelt und dem Einfluss dieser Wechselwirkungen auf das Betätigen und die Veränderungsprozesse anzunähern.

Ein System wird als Ansammlung von Elementen plus ihrer Beziehungen zueinander definiert. Dabei gilt, dass das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile. Die Beziehungen machen das System also zu mehr als einer bloßen Ansammlung seiner einzelnen Elemente. Das System als Ganzes weist dabei Eigenschaften auf, die in den einzelnen Elementen nicht vorkommen. Die dynamische Systemtheorie (DST) richtet sich auf die Beschreibung des Systems, weil dieses mehr Stabilität verspricht als seine Elemente, was auch bedeutet, dass das System weniger veränderlich ist. Diese Sicht ist auch effizient, da sich die Beschreibungen vereinfachen, weil weniger Dimensionen dargestellt werden müssen (Scholz 1990, Savelsbergh 1993). Deshalb eignet sich die systemtheoretische Sicht auch zur Betrachtung komplexer Erscheinungen wie etwa dem menschlichen Betätigen. Der Grundsatz, wonach die Art und Weise, in der die Elemente eines Systems (oder einer Person) aufeinander einwirken, von der Umwelt abhängig sind, wird als Heterarchie bezeichnet. In einer Heterarchie leistet jede Komponente einen Beitrag zur Gesamtdynamik (dem Verhalten) und es ist keine zentrale Steuerung erforderlich. Dabei ist nicht jede Betätigung oder Bewegung im Gehirn „vorprogrammiert“, sondern das Betätigen entsteht durch das Zusammenspiel der Elemente eines Systems in seiner Umwelt. Das spontane Entstehen komplexer Aktionen aus der Interaktion zwischen verschiedenen Komponenten ohne zentrale Steuerung wird als Emergenz (emergence) bezeichnet. Das Betätigen ist aus systemtheoretischer Sicht im MOHO ein dynamischer Prozess, über den der Mensch die Organisation von Körper und Psyche instand hält. Betätigen ist das Organisieren verschiedener menschlicher Komponenten (Volition, Habituation, Performanzvermögen) in einer bestimmten Reihenfolge, die durch die Aufgabe vorgegeben und auf die Umwelt abgestimmt ist. Durch die dynamische Zusammenstellung des Betätigens oder des Verhaltens organisiert sich das System um die Aufgabe herum. Wenn wir arbeiten, spielen und Aktivitäten des Betätigens ausführen, sind wir nicht nur mit dem Betätigen beschäftigt, sondern (re)organisieren auch uns selbst.

Durch Veränderungen einer der Komponenten Volition, Habituation und Performanzvermögen oder der Umwelt entstehen neue oder veränderte Betätigungen oder Verhaltensweisen. Bei der Wiederholung dieses Verhaltens oder dieser Betätigungen bildet sich dies in der Struktur ab. Dadurch werden Menschen, was sie tun.

Betätigen ist ein Prozess der Selbstorganisation: Wir halten uns selbst fit und entwickeln uns durch unser Betätigen. Dazu ist sowohl Stabilität erforderlich, um eine Kontinuität und Identität des Systems zu erhalten als auch Flexibilität, damit Anpassungen an (Umwelt-)Veränderungen möglich sind.

Lukas Treutel (2)

Wenn Lukas z. B. den Job als Buchhalter erhält und einer bezahlten Arbeit in einem Restaurant nachgeht, wird seine Motivation dafür höher sein, als für seine derzeitige Freiwilligentätigkeit. Diese Veränderung der Motivation kann bedeuten, dass er neue Fertigkeiten erlernt, z. B. hinsichtlich der Dokumentenführung oder der Planung von Arbeitsprozessen oder auch der sozialen Kontakte mit Kollegen oder der Kommunikation mit Menschen mit leichter geistiger Behinderung. Dieses für ihn neue Verhalten als Buchhalter entsteht durch die Aufgaben, die er dann zu bewältigen hat, ohne dass alle Unterteile (zentral) aus seinem Gehirn einzeln gesteuert werden müssten. Diese Veränderungen können ihrerseits wieder andere Veränderungen anstoßen und z. B. zu einem anderen Bild der eigenen Möglichkeiten (gewachsenes Selbstvertrauen), einem anderen Kleidungsstil oder neuen Interessen führen.

Annahmen aus der Systemtheorie

- Handlungen, Gedanken und Gefühle entstehen aus der Wechselwirkung von Volition, Habituation, Performanzvermögen und Umwelt.
- Veränderungen bei einem dieser Aspekte können zu Veränderungen im Denken, Fühlen oder Betätigen führen.
- Volition, Habituation und Performanzvermögen werden durch das, was die Person während des Betätigens denkt und fühlt, erhalten und auch verändert.
- Ein bestimmtes Muster bei Volition, Habituation und Performanzvermögen bleibt erhalten, solange die zugrunde liegenden Gedanken, Gefühle und Betätigungen in einer bestimmten Umwelt beständig wiederholt werden.
- Veränderungen machen es erforderlich, dass neue Gedanken, Gefühle und Betätigungen entstehen und ausreichend in einer bestimmten Umwelt wiederholt werden, um ein neu organisiertes Muster entstehen zu lassen.

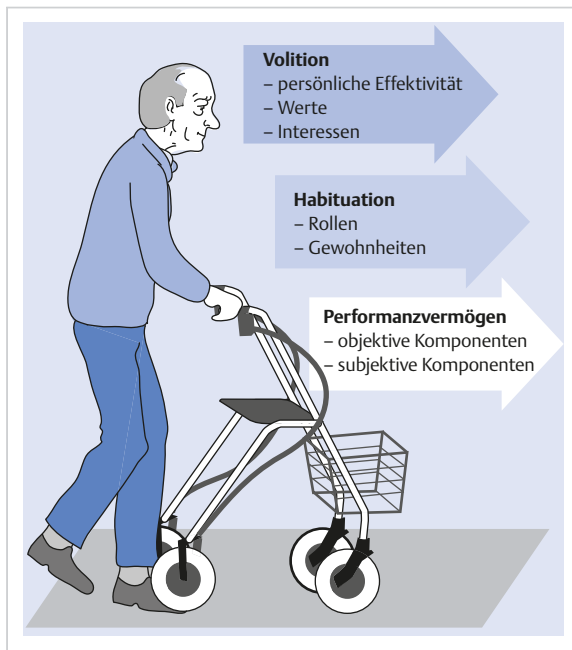


Abb. 19.1 Integration von Volition, Habituation und Performanzvermögen (Kielhofner 2008).

19.3 Aufbau des Modells

Das MOHO erklärt, wie das menschliche Betätigen motiviert, (in Mustern) organisiert und ausgeführt wird und welche Wechselwirkungen es zwischen dem Betätigen der Person und seiner Umwelt gibt. Im MOHO wird der Mensch als aus drei miteinander verbundenen Bestandteilen zusammengesetzt dargestellt: Volition, Habituation und Performanzvermögen. Diese Komponenten reagieren aufeinander und auf die Umwelt und bilden so das Betätigen (► Abb. 19.1).

Der Wille (Volition) hängt mit der Motivation zum Betätigen zusammen, und die Gewohnheiten (Habituation) sind mit dem Prozess verbunden, wobei das Betätigen in Mustern oder Routinen organisiert wird. Das Performanzvermögen steht mit den physischen und psychischen Kapazitäten, die das Betätigen ermöglichen in Zusammenhang. Beim Betätigen unterscheidet das MOHO drei Ebenen: Partizipation, Ausführung und Fertigkeit. Schließlich werden drei Dimensionen des Betätigens unterschieden: Betätigungsidentität, Betätigungskompetenz und Betätigungsanpassung.

Im folgenden Abschnitt werden nacheinander die menschlichen Komponenten, die Umwelt, die Betätigungsebenen und die Betätigungsdimensionen beschrieben.

19.3.1 Menschliche Komponenten

Im MOHO wird das Betätigen von den menschlichen Komponenten bestimmt:

- Volition (Motivation oder Wille):
 - persönliche Effektivität
 - Werte
 - Interessen
- Habituation (Gewöhnung):
 - verinnerlichte Rollen
 - Gewohnheiten
- Performanzvermögen (performance capacity):
 - objektive Komponenten
 - subjektive Erfahrung.

Das Betätigen ereignet sich stets in einer Umwelt, die es beeinflusst. Die Motivation zum Betätigen oder der Wille (Volition) wird durch die dynamische Interaktion zwischen dem Bild von der persönlichen Effektivität (personal causation), den Werten (values) und den Interessen (interests) geprägt. Der Begriff der „Selbstwirksamkeit“ bezieht sich auf das innere Bild von den eigenen Möglichkeiten zur Realisierung bestimmter Dinge und hängt von zwei Komponenten ab: einem Bewusstsein für die eigenen Möglichkeiten und einem Gefühl der Effektivität. Die Werte stehen für die Überzeugungen, durch die das Betätigen eine Bedeutung bekommt und die gewisse Anforderungen an die Ausführung stellen, und werden von persönlichen Überzeugungen und einem Pflichtgefühl geprägt. Bei den Interessen geht es darum, was man gern tut und was einem Vergnügen oder Befriedigung verschafft. Die persönliche Effektivität, die Werte und die Interessen sind eng miteinander verbunden: Die Menschen möchten gerne in den Dingen, die ihnen wichtig sind, gut sein und neigen dazu, Dinge, die sie gut können, schön zu finden.

Die Wechselwirkung zwischen diesen Elementen bildet ein Muster aus Gefühlen und Gedanken über sich selbst als sich betätigende Person in der Welt. Im Laufe des Lebens entwickelt jedes Individuum eine einzigartige persönliche Betätigungsgeschichte, Erfahrungen und Reflexionen, die seine Motivation und seinen Willen formen. Diese Geschichte wird dadurch geformt, dass man gelernt und erfahren hat, in welchen Dingen man gut ist und in welchen nicht (persönliche Effektivität), was man gerne tut (Interessen) und was für Betätigungen man wichtig und bedeutungsvoll findet (Werte). Die Interaktionen zwischen diesen Komponenten des Willens bilden die Grundlage für die Auswahl der Aktivitäten und Betätigungen.

Die Auswahl der Betätigungen, oder der Willensprozess, verläuft über das Antizipieren, Auswählen, Erfahren und Interpretieren. Der Prozess beginnt mit der Wahrnehmung einer Reaktion auf Möglichkeiten oder Erwartungen zum Betätigen (antizipieren), worauf ein Beschluss hinsichtlich des Betätigens gefasst wird (auswählen). Beim Betätigen erlebt man Gedanken und Gefühle

(erfahren) und auf der Grundlage der bisherigen Erinnerungen an Reflexionen zur Bedeutung des Betätigten für einen selbst und seine Umwelt wird das Betätigen interpretiert.

Dies führt zu der Entscheidung darüber, was man tun wird. Dabei kann es sich um wohlüberlegte Beschlüsse über Aktivitäten handeln, die kurzfristig angelegt sind (activity choice), wie etwa essen, einkaufen oder Sport treiben. Aber es kann auch wohlüberlegte Entscheidungen zu langfristig angelegten oder verpflichtenden Betätigungen geben, wie etwa die Auswahl einer beruflichen Ausbildung oder die bewusste Entscheidung, Kinder in die Welt zu setzen. Diese Entscheidungen haben Folgen für die bisherigen Rollen und Gewohnheiten und werden als Betätigungsentscheidungen bezeichnet (occupational choices).

Herr Pocorni

Der 61-jährige Herr Pocorni musste vor gut einem Jahr die Tätigkeit als Restaurantkoch sehr zu seinem Leidwesen einstellen und erhält nun eine volle Berufsunfähigkeitsrente. Die Beeinträchtigungen, die er aufgrund seiner Herzinsuffizienz erlebt, machten ihm seine Tätigkeit, die er seit seiner Einwanderung aus Curaçao vor über 30 Jahren mit soviel Herzblut ausgeübt hatte, beinahe unmöglich. Jetzt stellte sich für ihn die Frage, wie er seine Zeit sinnvoll nutzen könnte. Sein Ergotherapeut wies ihn auf ein Freizeitzentrum in seiner Nähe hin, das für spezielle Anlässe einen Koch auf freiwilliger Basis suchte. Dieses Angebot war ganz nach seinem Geschmack. Gemeinsam mit dem Ergotherapeuten überlegte Herr Pocorni, wie sich das unter Berücksichtigung seiner Erkrankung am besten realisieren ließe. Es verschafft ihm große Freude und Befriedigung, wenn er sieht, dass anderen gut schmeckt, was er zubereitet hat. Genau das ist es, was ihm gefällt und was er gut kann. Jetzt hat er wieder das Gefühl, etwas wert zu sein.

Die Habituation ist das halbautomatisierte Verhaltensmuster, das auf die uns vertrauten räumlichen, sozialen und zeitabhängigen Aspekte unserer Gewohnheiten abgestimmt ist. Dadurch entstehen Muster in unseren Betätigungen, die für routinemäßige Abläufe und Automatisieren sorgen. Durch Gewöhnung (Habituation) zeigen wir feste oder konsistente Verhaltensmuster, die von Gewohnheiten und Rollen geprägt und auf eine bekannte Umwelt abgestimmt sind. Gewöhnung entsteht durch Gewohnheiten und verinnerlichte Rollen. Gewohnheiten sind erworbene Tendenzen zur konsistenten Reaktion und Handlungsweise in bekannten Umwelten oder Situationen. Dazu ist es erforderlich, dass die Aktivität regelmäßig wiederholt wird, sodass ein Muster entstehen kann, und dass die Umwelt gleich bleibt. Verinnerlichte Rollen werden als die Integration eines sozial und/oder

persönlich definierten Status und dem damit zusammenhängenden Verhalten und Einstellungen definiert. Die Rolle als Freundin oder Tochter erfordert ein bestimmtes Verhalten und bestimmte Betätigungsmuster, die Rolle als Praktikantin oder Arbeitnehmerin erfordert, pünktlich bei der Arbeit zu erscheinen und seinen Aufgaben nachzukommen. Die Habituation liefert also eine Struktur für das, was man normalerweise an einem durchschnittlichen Tag tut.

Monika Remmler (1)

Die 42-jährige Monika Remmler steht wegen ihrer vielen Aufgaben und Rollen unter ziemlichem Druck. Als alleinstehende Mutter muss sie nach dem Tod ihres Ehepartners vor drei Jahren ihre drei Kinder allein versorgen und zur Schule und den verschiedenen Nachmittagsaktivitäten bringen. In der örtlichen Grundschule ist sie zudem als Lesemutter aktiv. Dreimal wöchentlich arbeitet sie als Assistentin der Clubführung in einem Golfclub, versucht einmal wöchentlich ins Fitnessstudio zu gehen, ihre Freundinnen zu treffen und auch regelmäßig ihre Eltern und Schwiegereltern zu besuchen.

All diese Aufgaben und Verpflichtungen sind ihr zu viel geworden. Nach einer depressiven Phase macht sie sich jetzt mithilfe einer Ergotherapeutin Gedanken über mögliche Veränderungen ihres Lebensstils.

Mit Performanzvermögen (performance capacity) werden die Fähigkeiten umschrieben, die das Betätigen möglich machen. Diese Fähigkeiten werden durch die zugrunde liegenden objektiven und psychischen Komponenten und den damit zusammenhängenden subjektiven Erfahrungen geformt. Die objektiven Komponenten des Performanzvermögens setzen sich aus dem Bewegungsapparat, dem Nervensystem, dem Herz-/Lungen-System und anderen Körpersystemen und -kapazitäten zusammen, die beim Betätigen aktiv sind. Die subjektive Durchführungserfahrung innerhalb der Welt und das Wissen um die Welt durch unseren Körper wird als „gelebter Körper“ (lived body) definiert.

Beeinträchtigungen oder Behinderungen können einen großen Einfluss auf die Motivation zum Betätigen, auf Rollen und Gewohnheiten und das Performanzvermögen haben.

Die Volition zum Betätigen kann durch Beeinträchtigungen oder Behinderungen beeinflusst werden, indem diese einer Person das Gefühl geben, nicht geeignet zu sein und bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten nicht mehr ausüben zu können oder nur noch weniger gut (oder langsamer) als früher oder nicht so gut wie andere Personen (Selbstwirksamkeit). Das Gefühl, nicht kompetent oder fähig zu sein, kann zu Desinteresse, Inaktivität, Angst oder auch Depression führen, was dann wiederum eine Abnahme der Selbstwirksamkeit nach sich

zieht. Werte beeinflussen die Art und Weise, wie eine Person Behinderungen und Beeinträchtigungen erlebt. Wenn jemand die Aufgaben oder Aktivitäten, die ihm wichtig sind, nicht mehr ausüben kann oder wenn die Ausführung nicht mehr seinen eigenen Ansprüchen daran entspricht, kann das Selbstvertrauen oder auch das Interesse an der betreffenden Aktivität schwinden. Das Interesse an Aktivitäten kann abnehmen oder auch ganz verschwinden, wenn die Aktivitäten mühsamer werden oder nicht mehr ausgeführt werden können oder wenn der Betreffende mit dem Ergebnis nicht mehr zufrieden ist.

Die Habituation kann durch Behinderungen beeinträchtigt werden und manchmal ist es erforderlich, neue Gewohnheiten zu entwickeln, wie etwa die Anwendung von Gelenkschutzmaßnahmen, eine ergonomische Arbeitshaltung oder das Duschen im Sitzen. Dies erfordert (zeitweise) eine größere Aufmerksamkeit für die täglichen Routinen. Behinderungen führen auch oft zu Schwierigkeiten im Umgang mit bestimmten Rollen oder mit deren Annahme. Die Rollen, die bei der Arbeit, im Haushalt, in der Familie, in der Freizeit oder in der sozialen Umwelt übernommen wurden, können manchmal nicht mehr ausgefüllt werden oder zumindest nicht mehr den eigenen Ansprüchen genügen.

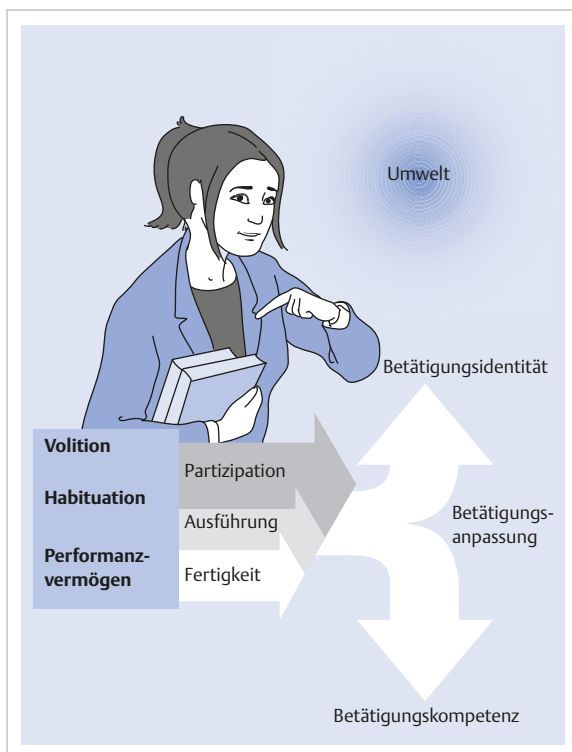


Abb. 19.2 Der Prozess der Anpassung einer Betätigung (Kielhofner 2008).

Das Performanzvermögen schließlich wird durch Behinderungen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen am direktesten beeinflusst. Wenn sich die körperlichen und/oder psychischen Kapazitäten verändern, wird auch das subjektive Erleben von Körper und Psyche beeinflusst. Diese Erfahrung von sich selbst, der Umwelt und den veränderten Erfahrungen beeinflusst das Betätigen (► Abb. 19.2).

19.3.2 Die Umwelt

Das Betätigen ist die Folge einer Wechselwirkung zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Die Umwelt wird durch die natürlichen, sozialen, kulturellen, ökonomischen und politischen Kontexte gebildet, welche die Motivation, die Organisation und die Ausführung der Betätigungen einer Person beeinflussen. Die meisten Menschen betätigen sich täglich in einer Reihe verschiedener Umwelten: in der Wohnung, am Arbeitsplatz, im Unterricht, im Viertel, beim Einkaufen, auf der Straße, am Bahnhof, im Sportverein usw. Die Umweltdimensionen wie Räume, Dinge, Menschen, Erwartungen und Möglichkeiten wirken sich auf das Betätigen aus. Daneben wird das Betätigen auch von kulturellen, ökonomischen und politischen Faktoren beeinflusst. Die Umwelt beeinflusst, was Menschen tun und wie sie es tun. Sie besteht aus folgenden Dimensionen:

- Dinge, die der Mensch verwendet
- Räume, in denen der Mensch sich betätigt
- Betätigungen und Aufgaben, die aufgrund des Kontextes, in dem eine Person sich betätigt, durchführbar sind, erwartet werden und/oder erforderlich sind
- soziale Gruppen, innerhalb derer eine Person sich betätigt
- die umgebenden kulturellen, ökonomischen und politischen Bedingungen der Gesellschaft, welche u. a. die Mittel (Ressourcen) und den Grad der Betätigungsfreiheit der Person beeinflussen.

Die Umwelt beeinflusst das Betätigen, indem sie auf der einen Seite Möglichkeiten und Mittel anbietet und auf der anderen Seite Voraussetzungen und Beschränkungen vorgibt (► Abb. 19.3). Wie diese das Betätigen beeinflussen, hängt von der Person und ihren Werten, Interessen, ihrer Selbstwirksamkeit, ihren Gewohnheiten, Rollen und ihrem Performanzvermögen ab. Elemente aus der Umwelt bieten die Möglichkeit (opportunities) und Mittel (resources), die Entscheidung zum Betätigen anzuregen oder zuzulassen. Eine Straße bietet z. B. die Möglichkeit, auf ihr zu fahren. Die Umwelt kann auch Mittel bereitstellen, die das Betätigen stimulieren oder vereinfachen.

Jede Umwelt enthält hinsichtlich des Betätigens herausfordernde Elemente (demands) und begrenzende Elemente (constraints). Mauern, Türen, Treppen, Wege, Brücken und Zäune bestimmen, welchen Weg wir gehen und wie viel Mühe uns das kostet. Ein Zaun kann ein Hin-

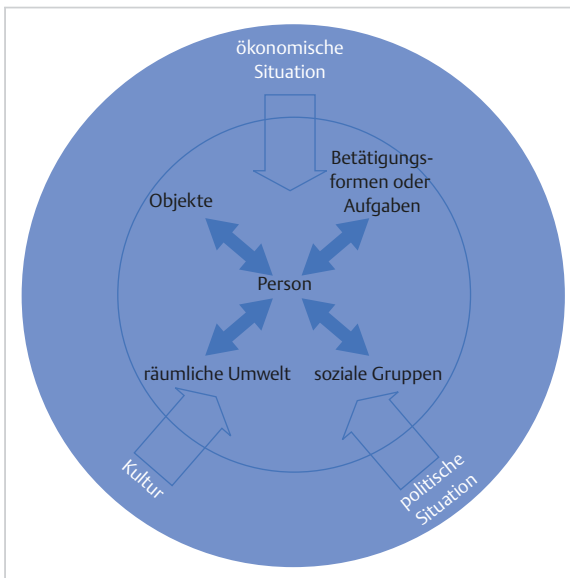


Abb. 19.3 Umweltfaktoren mit Einfluss auf die Betätigung (Kielhofner 2008).

dernis darstellen, aber auch Möglichkeiten bieten, darüber hinweg zu klettern oder ihn zu öffnen. Die Zeit, die Gesetze, die Wünsche anderer Menschen, Verträge und soziale Normen erfordern oder verbieten ein bestimmtes Verhalten. Es wird erwartet, dass man an der Kasse Eintritt zahlt, sich in die Warteschlange einreihet und Bekannte, die man trifft, grüßt.

Jede Umwelt bietet eine Reihe von Möglichkeiten und Mitteln, Anforderungen und Begrenzungen. Die Anforderungen in der Umwelt können eine Person zu maximalen Leistungen anspornen, oder auch Desinteresse und Langeweile hervorrufen, wenn etwa die Herausforderungen in der Umwelt unter dem Niveau einer Person sind, oder auch Angst und Mutlosigkeit, z.B. wenn die Umwelt zu hohe Anforderungen stellt.

Dieselbe Umwelt kann eine Person anregen und eine andere langweilen. Der Einfluss, den die Möglichkeiten, Mittel, Anforderungen und Begrenzungen der Umwelt auf eine Person ausüben, wird als Umwelteinfluss (environmental impact) bezeichnet. Die natürlichen und sozialen Aspekte der Umwelt sind untrennbar miteinander verbunden und erzeugen gemeinsam Betätigungssituationen. Eine Betätigungssituation ist eine Komposition aus Räumen, Dingen, Aufgaben und sozialen Gruppen, die zusammenhängen und einen für die Ausführung einer Betätigung bedeutungsvollen Kontext bilden. Betätigungssituationen sind die Orte, an denen wir uns befinden und betätigen und die dem, was wir tun, eine Bedeutung und einen Zusammenhang verleihen. Betätigungssituationen, die zum täglichen Leben gehören, sind etwa die Wohnung, das Viertel, der Arbeitsplatz und die Orte, an denen man seine Freizeit verbringt, wie z.B. eine Kneipe, ein Restaurant, ein Sportverein, Kino, Theater oder eine Kir-

che. Die verschiedenen Räume, Dinge, Gruppen und Aktivitäten, mit denen wir es in den verschiedenen Betätigungssituationen zu tun haben, bieten Möglichkeiten, Mittel, Herausforderungen und Begrenzungen für unser Betätigen. Die Entscheidungen darüber, was man tut und wie man es tut, werden oftmals von den Merkmalen dieser Betätigungssituationen beeinflusst.

19.3.3 Partizipation, Performanz und Fertigkeiten

Das Betätigen, das von der Volition, der Habituation und dem Performanzvermögen in einer Umwelt geprägt ist, erlangt Zusammenhang und Bedeutung durch die Partizipation. Das MOHO unterscheidet drei Betätigungsebenen: Partizipation (occupational participation), Betätigungsperformanz (occupational performance) und Fertigkeiten (occupational skills).

„Partizipation“ bezieht sich auf das Betätigen im weitesten Sinne und auf die Teilhabe an der Gesellschaft mit persönlicher und sozialer Bedeutung. Die Partizipation betrifft die Teilhabe an Betätigungen, die mit Wohnen/Versorgen, Lernen/Arbeiten oder Spielen/Freizeit in Zusammenhang stehen und das Leben einer Person prägen, wodurch sie auch für das Wohlbefinden wichtig sind. Die Betätigungspartizipation wird durch das Performanzvermögen, die Gewohnheiten (Habituation), die Motivation (Volition) und die Umweltbedingungen beeinflusst. Beispiele für Partizipation sind lernen, arbeiten, Teamsport treiben, zur Wahl gehen, Freiwilligendienste leisten oder an Nachbarschaftsaktivitäten teilnehmen.

„Performanz“ bezieht sich auf die Ausführung einzelner Betätigungen: aufeinanderfolgende Aktivitäten oder Aufgaben, die ein zusammenhängendes Ganzes bilden, wie duschen, ankleiden, kochen, einkaufen, eine Wand streichen oder joggen. Die Ausführung von Betätigungen ist oft Teil unserer täglichen Routine, sodass Rollen und Gewohnheiten einen wichtigen Einfluss auf die Ausführung haben. Zudem wird die Ausführung in großem Maße von der Umwelt mitbestimmt: Sie erfordert den Einsatz von Dingen, beansprucht Raum und erfolgt vielfach in sozialen Gruppen.

Die „Fertigkeit“ ist die detaillierteste Ebene und bezieht sich auf wahrnehmbare zielgerichtete Teilhandlungen oder Aktionen, während man eine Betätigung ausübt, wie etwa irgendwohin greifen, etwas heben, Rad fahren, eine Dose öffnen, schneiden, schreiben oder telefonieren. Die einzelnen Aktionen, die gemeinsam die Ausführung einer Betätigung bilden, werden als Fertigkeiten bezeichnet. Im Gegensatz zum Performanzvermögen, das sich auf die grundsätzlichen Möglichkeiten bezieht, beziehen sich Fertigkeiten auf die tatsächliche Anwendung der Möglichkeiten in konkreten Aktionen.

Es werden drei Formen von Fertigkeiten unterschieden: motorische Fertigkeiten, prozesshafte Fertigkeiten und Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten.

Fertigkeiten sind in die Ausführung (Performanz) eingebettet und die Ausführung in die Partizipation. Wenn Personen partizipieren, führen sie eine Reihe von Betätigungen aus und setzen dabei eine Vielzahl von Fertigkeiten ein.

Monika Remmler (2)

Monika Remmler partizipiert an ihrem Arbeitsplatz als Assistentin der Clubführung und in der Versorgung ihrer Kinder. Dabei führt sie verschiedene Betätigungen aus, wie duschen, sich anziehen, zur Arbeit fahren, Versammlungen abhalten, einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, vorlesen, Sport treiben, staubsaugen usw. Die Betätigungen ihrerseits erfordern wieder verschiedene Fertigkeiten, wie etwa gehen, Einkäufe oder Taschen heben oder tragen, Kartoffeln schälen und mit den Kindern reden.

19

19.4 Betätigungsidentität, Betätigungskompetenz und Betätigungsanpassung

Im Laufe unseres Lebens führt die Partizipation zur Betätigungsanpassung (occupational adaptation): Als Reaktion auf Ereignisse oder Herausforderungen entwickeln und verändern sich Personen, sodass die Aufgaben und Aktivitäten, die sie ausüben, zu ihrem Wohlbefinden beitragen. Die Betätigungsanpassung hat zwei Komponenten: Betätigungsidentität und Betätigungskompetenz. Gemeinsam bilden sie die drei Dimensionen des Betätigens.

19.4.1 Betätigungsidentität

Die Betätigungsidentität bezeichnet das Bild der Person, die man ist oder die man sein will. Man baut sie man im Laufe des Lebens auf. Identität ist eine Beschreibung von sich selbst, in der sich Rollen, Beziehungen, Werte, Selbstbild sowie persönliche Wünsche und Ziele widerspiegeln. Die Partizipation trägt zur Ausbildung der Identität bei. In der Identität werden Motivationen (Volition), Rollen und Gewohnheiten sowie subjektive (Körper-)Erfahrungen integriert, sodass sich die Identität wie folgt zusammensetzt:

- einem Gefühl von Kapazitäten und Effektivität
- was einen interessiert und Befriedigung verschafft
- wer man nach den Definitionen der Rollen und Beziehungen ist
- wozu man sich verpflichtet fühlt und was man für wichtig erachtet
- ein Gefühl der vertrauten Lebensroutinen
- Wahrnehmungen der Umwelt und was diese erwartet und bietet.

Bei der Betätigungsidentität geht es um das subjektive Bild von sich selbst, das sich durch das Betätigen und durch Erfahrungen ausbildet. Das Erzählen der Lebensgeschichte (occupational narratives) stellt Zusammenhänge her und weist den persönlichen Motiven, Gewohnheiten, Kapazitäten und Umwelten eine Bedeutung zu und trägt zur Identitätsbildung bei. Der Aufbau einer Betätigungsidentität beginnt mit der Selbsterkenntnis der eigenen Möglichkeiten und Interessen aus der Geschichte und erweitert sich zu einer auf Werten basierenden Vision von der Zukunft, wie die Person sie sich wünscht.

19.4.2 Betätigungskompetenz

Betätigungskompetenz ist das Maß, in dem man ein Betätigungsmuster einhält, das die Betätigungsidentität widerspiegelt.

Kompetenz hat mit der Umsetzung der Identität in der Aktivität zu tun. Die Betätigungskompetenz umfasst:

- den eigenen Erwartungen, Rollen, Werten und Performanzstandards zu genügen
- das Einhalten einer Routine, die einen in die Lage versetzt, Verantwortung zu übernehmen
- Teilhabe an verschiedenen Betätigungen, die ein Gefühl von Fähigkeit, Kontrolle, Zufriedenheit und Befriedigung verschaffen
- den eigenen Werten folgen und Aktionen unternehmen, um erwünschte Resultate im Leben zu erzielen.

Kompetenz beginnt mit der Organisation des eigenen Lebens, um grundlegenden Verantwortungen und persönlichen Standards entsprechen zu können, und weitet sich zur Annahme von Rollenverpflichtungen aus, um ein befriedigendes und interessantes Leben zu führen.

19.4.3 Betätigungsanpassung

Betätigungsanpassung bezieht sich auf den Prozess, eine positive Betätigungsidentität zu formen und danach zu handeln. Sie entsteht aus Identität und Kompetenz. Die Betätigungsanpassung ist die Folge der Partizipation am Betätigen in der Vergangenheit. Wenn ein Mensch die ersten Betätigungen erlernt und beginnt, durch das Ergreifen von Gegenständen und die Erkundung des ihn umgebenden Raumes an der Welt um ihn herum teilzunehmen, entwickeln sich Motivationen (Volition), Gewohnheiten (Habituation) und Performanzvermögen. Der Mensch interagiert fortwährend mit seiner Umwelt und treibt dadurch die Entwicklung von Motivation, Gewohnheiten und Fertigkeiten voran. Durch Partizipation konstruiert er mit der Zeit eine Betätigungsidentität und Betätigungskompetenzen. Beides tritt zutage, wenn man sich entwickelt und auf Veränderungen im Leben reagiert, wozu auch Krankheiten und Behinderungen zählen. Der Erfolg in der Betätigungsanpassung, der sich in der sich ausbildenden Identität und in dem Ausmaß der ein-

Fertigkeiten sind in die Ausführung (Performanz) eingebettet und die Ausführung in die Partizipation. Wenn Personen partizipieren, führen sie eine Reihe von Betätigungen aus und setzen dabei eine Vielzahl von Fertigkeiten ein.

Monika Remmler (2)

Monika Remmler partizipiert an ihrem Arbeitsplatz als Assistentin der Clubführung und in der Versorgung ihrer Kinder. Dabei führt sie verschiedene Betätigungen aus, wie duschen, sich anziehen, zur Arbeit fahren, Versammlungen abhalten, einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, vorlesen, Sport treiben, staubsaugen usw. Die Betätigungen ihrerseits erfordern wieder verschiedene Fertigkeiten, wie etwa gehen, Einkäufe oder Taschen heben oder tragen, Kartoffeln schälen und mit den Kindern reden.

19

19.4 Betätigungsidentität, Betätigungskompetenz und Betätigungsanpassung

Im Laufe unseres Lebens führt die Partizipation zur Betätigungsanpassung (occupational adaptation): Als Reaktion auf Ereignisse oder Herausforderungen entwickeln und verändern sich Personen, sodass die Aufgaben und Aktivitäten, die sie ausüben, zu ihrem Wohlbefinden beitragen. Die Betätigungsanpassung hat zwei Komponenten: Betätigungsidentität und Betätigungskompetenz. Gemeinsam bilden sie die drei Dimensionen des Betätigens.

19.4.1 Betätigungsidentität

Die Betätigungsidentität bezeichnet das Bild der Person, die man ist oder die man sein will. Man baut sie man im Laufe des Lebens auf. Identität ist eine Beschreibung von sich selbst, in der sich Rollen, Beziehungen, Werte, Selbstbild sowie persönliche Wünsche und Ziele widerspiegeln. Die Partizipation trägt zur Ausbildung der Identität bei. In der Identität werden Motivationen (Volition), Rollen und Gewohnheiten sowie subjektive (Körper-)Erfahrungen integriert, sodass sich die Identität wie folgt zusammensetzt:

- einem Gefühl von Kapazitäten und Effektivität
- was einen interessiert und Befriedigung verschafft
- wer man nach den Definitionen der Rollen und Beziehungen ist
- wozu man sich verpflichtet fühlt und was man für wichtig erachtet
- ein Gefühl der vertrauten Lebensroutinen
- Wahrnehmungen der Umwelt und was diese erwartet und bietet.

Bei der Betätigungsidentität geht es um das subjektive Bild von sich selbst, das sich durch das Betätigen und durch Erfahrungen ausbildet. Das Erzählen der Lebensgeschichte (occupational narratives) stellt Zusammenhänge her und weist den persönlichen Motiven, Gewohnheiten, Kapazitäten und Umwelten eine Bedeutung zu und trägt zur Identitätsbildung bei. Der Aufbau einer Betätigungsidentität beginnt mit der Selbsterkenntnis der eigenen Möglichkeiten und Interessen aus der Geschichte und erweitert sich zu einer auf Werten basierenden Vision von der Zukunft, wie die Person sie sich wünscht.

19.4.2 Betätigungskompetenz

Betätigungskompetenz ist das Maß, in dem man ein Betätigungsmuster einhält, das die Betätigungsidentität widerspiegelt.

Kompetenz hat mit der Umsetzung der Identität in der Aktivität zu tun. Die Betätigungskompetenz umfasst:

- den eigenen Erwartungen, Rollen, Werten und Performanzstandards zu genügen
- das Einhalten einer Routine, die einen in die Lage versetzt, Verantwortung zu übernehmen
- Teilhabe an verschiedenen Betätigungen, die ein Gefühl von Fähigkeit, Kontrolle, Zufriedenheit und Befriedigung verschaffen
- den eigenen Werten folgen und Aktionen unternehmen, um erwünschte Resultate im Leben zu erzielen.

Kompetenz beginnt mit der Organisation des eigenen Lebens, um grundlegenden Verantwortungen und persönlichen Standards entsprechen zu können, und weitet sich zur Annahme von Rollenverpflichtungen aus, um ein befriedigendes und interessantes Leben zu führen.

19.4.3 Betätigungsanpassung

Betätigungsanpassung bezieht sich auf den Prozess, eine positive Betätigungsidentität zu formen und danach zu handeln. Sie entsteht aus Identität und Kompetenz. Die Betätigungsanpassung ist die Folge der Partizipation am Betätigen in der Vergangenheit. Wenn ein Mensch die ersten Betätigungen erlernt und beginnt, durch das Ergreifen von Gegenständen und die Erkundung des ihn umgebenden Raumes an der Welt um ihn herum teilzunehmen, entwickeln sich Motivationen (Volition), Gewohnheiten (Habituation) und Performanzvermögen. Der Mensch interagiert fortwährend mit seiner Umwelt und treibt dadurch die Entwicklung von Motivation, Gewohnheiten und Fertigkeiten voran. Durch Partizipation konstruiert er mit der Zeit eine Betätigungsidentität und Betätigungskompetenzen. Beides tritt zutage, wenn man sich entwickelt und auf Veränderungen im Leben reagiert, wozu auch Krankheiten und Behinderungen zählen. Der Erfolg in der Betätigungsanpassung, der sich in der sich ausbildenden Identität und in dem Ausmaß der ein-

gesetzten Kompetenzen zeigt, variiert mit der Zeit. Die meisten Menschen werden einen Moment in ihrem Leben haben, in dem sie Schwierigkeiten bei der Betätigungsanpassung erleben, was eine „Neuformung“ der Identität und Kompetenz erforderlich macht.

Gabi Hendricks

Die 33-jährige Gabi Hendricks hatte als ambitionierte und erfolgreiche Anwältin eine gute Anstellung, bis sie als Fußgängerin von einem Auto angefahren wurde. Von diesem Unglück trug sie bleibende kognitive Störungen davon, die schwerwiegende Folgen für ihre Rolle als Arbeitnehmerin, Ehefrau und Freundin haben. Für die Menschen in ihrer Umwelt ist es nicht so offensichtlich, was mit ihr nicht in Ordnung ist. Ihre Erwartungen sind oft noch zu hoch.

Gabi sieht sich gezwungen, ihre Gewohnheiten und Routinen stark zu verändern und das Bild von sich selbst, von ihrer Identität, anzupassen. Sie erlebt sich als nicht mehr betätigungskompetent: Ihre Betätigungsmuster stimmen nicht mehr mit ihrem Bild von ihrer eigenen Identität überein. Sie befindet sich in einer Phase der Betätigungsanpassung: Der Wandel ihrer Möglichkeiten, Gewohnheiten und Rollen erfordert, dass sie eine neue (Betätigungs-)Identität ausbildet, die auf ihre aktuelle (Betätigungs-)Kompetenz abgestimmt ist.

19.5 Mensch, Betätigung, Intervention und Veränderung

19.5.1 Die Vision vom Menschen

Aus der Perspektive des MOHO setzt sich der Mensch aus drei Komponenten zusammen, die eng miteinander verbunden sind und sich gegenseitig beeinflussen: Volition, Habituation und Performanzvermögen – drei verschiedene Aspekte einer Person, die unter fortwährendem Einfluss der Umwelt stehen und sich auf das Betätigen des Menschen auswirken. Für das MOHO besitzt jeder Mensch einen natürlichen Antrieb zum Betätigen, der sich aus dem Bedürfnis speist, die umgebende Welt zu untersuchen und zu beeinflussen. Die Triebfeder entsteht also in und aus der Wechselwirkung mit der Umwelt (Kielhofner 2008). Das MOHO betont sehr stark die Person als Element, das Veränderungen zuwege bringt und die Umwelt beeinflusst.

19.5.2 Betätigen im MOHO

Im MOHO wird das Betätigen aus der Systemtheorie als dynamischer Prozess betrachtet, durch den der Mensch die Organisation von Körper und Psyche instand hält. Es gibt eine starke Wechselwirkung zwischen Menschen

und ihrer Umwelt und diese Wechselwirkung resultiert in Betätigungen. Das Betätigen eines Menschen bildet sich aus der Interaktion der drei menschlichen Elemente (Volition, Habituation, Performanzvermögen) mit der Umwelt. Das Betätigen kommt durch die Entscheidungen des Menschen, die an seinen Motiven anknüpfen (Volition) und die eigene Identität bestimmen, zustande. Im menschlichen Betätigen finden sich Gewohnheiten und Muster (Habituation) und es bedarf gewisser Kapazitäten, um sich tatsächlich betätigen zu können. Diese Kapazitäten bestehen aus der Gesamtheit der motorischen Fertigkeiten, den Prozessfertigkeiten und den kommunikativen Fertigkeiten, die erforderlich sind, um den Gewohnheiten nachzukommen und Rollen, Aufgaben und Aktivitäten zu bewältigen. Das Betätigen oder das Verhalten ist die Organisation verschiedener menschlicher Komponenten in einer bestimmten Reihenfolge, welche durch die Eigenschaften der Anforderung vorgegeben und auf die unterschiedlichen Dimensionen der Umwelt abgestimmt ist.

Das Betätigen wird im MOHO als Betätigung bei der Arbeit, bei Spiel oder Freizeit oder bei Aktivitäten des täglichen Lebens definiert. Im Berufsprofil Ergotherapie (Hartingsveldt et al. 2010) heißen diese Bereiche Wohnen/Versorgen, Lernen/Arbeiten und Spielen/Freizeit. Das Betätigen umfasst also eine große Bandbreite menschlicher Aktivitäten. Als Aktivitäten des täglichen Lebens bezeichnet man die Betätigungen, die erforderlich sind, um sich selbst zu versorgen und seine eigene Umwelt zu unterhalten, wie z. B. duschen, essen, Haushaltsführung, Wäsche waschen usw. Der Bereich „Spielen/Freizeit“ bezieht sich auf Aktivitäten, die aus eigenem Interesse und Antrieb durchgeführt werden, wie z. B. Sport treiben, ausgehen, feiern, Hobbys pflegen, experimentieren usw. Der Bereich „Arbeiten“ spricht (bezahlte und unbezahlte) Aktivitäten an, bei denen anderen Dienstleistungen oder Produkte angeboten werden (Kielhofner 2008).

19.5.3 Veränderung und Entwicklung im MOHO

Nach der Systemtheorie ist die Veränderung im MOHO ein (Reorganisations-)Prozess, bei dem sich mehrere gleichzeitige Änderungen einander beeinflussen. Die Komponenten Wille (Volition), Gewöhnung (Habituation) und Performanzvermögen sowie die Umwelt reagieren aufeinander. Wenn es in einer Komponente zu einer Veränderung kommt, ändert sich die Gesamtdynamik, was zur (spontanen) Entstehung neuer Betätigungen und neuer Verhaltensweisen führt. Daraus ergeben sich drei Ausgangspunkte hinsichtlich der Interventionen zur Veränderung von Betätigungen und Verhalten.

Zuerst wird mithilfe von Assessmentverfahren der Frage nachgegangen, inwieweit sowohl Volition, Habituation und Performanzvermögen als auch die Umwelt das tägliche Funktionieren des Klienten beeinflussen. Das bedeutet, dass die Assessments, die zum MOHO gehören,

holistisch ausgerichtet (d. h. es werden alle Komponenten betrachtet) und dynamisch sind: Bei der Klärung der Schwierigkeiten gehen Klient und Therapeut gemeinsam der Frage nach, wie sich die verschiedenen Komponenten gegenseitig beeinflussen.

Zweitens ist es wichtig, mehrere Lösungen zu verfolgen, wenn man die Betätigungsfrage des Klienten klären will, da man ja auch von mehreren Faktoren ausgeht, die auf das Betätigen einwirken. Interventionen können auf eine Verbesserung des Performanzvermögens, auf die Veränderung der Betätigungsgewohnheiten, auf eine Veränderung der Auswahl von Betätigungen oder auf die Veränderung der Umwelt ausgerichtet sein.

Schließlich sind die ergotherapeutischen Interventionen möglichst weitgehend auf alle Faktoren gerichtet, die Einfluss auf das Betätigen (bzw. dessen Dynamik) des Klienten nehmen. Das bedeutet, dass Faktoren wie der Verlust von Rollen, ein Gefühl der persönlichen Unzulänglichkeit, Schwierigkeiten bei der Realisierung von Werten und Interessen oder Barrieren in der Umwelt allesamt Teil einer ergotherapeutischen Intervention sein können. Die Einbeziehung aller relevanten Faktoren und die Kombination verschiedener Strategien führen zu den besten Resultaten.

Wenn eine Person neue Betätigungen wiederholt, wird es zu Veränderungen kommen. Durch Wiederholung neuer Betätigungsmuster kommt es zu einer Neuorganisation von Volition, Habituation und Performanzvermögen. Allen Veränderungen liegen also die folgenden Prozesse zugrunde:

- Eine Veränderung von Volition, Habituation und Performanzvermögen oder Umwelt schafft eine Dynamik, aus der neue Gedanken, Gefühle und Aktionen entstehen.
- Eine ausreichende Wiederholung dieser neuen Dynamik mit den zugehörigen Gedanken, Gefühlen und Aktionen sorgt dafür, dass sich Volition, Habituation und Performanzvermögen in der Person neu organisieren.
- Die fortdauernde Interaktion zwischen der neuen Organisation und der Umwelt, die gleich bleibt, sorgt für den Erhalt der neuen Denk-, Gefühls- oder Betätigungsmuster.
- Veränderungen des Betätigens (occupational change) entwickeln sich gewöhnlich phasenhaft von der Exploration über die Kompetenzbildung bis zur Beherrschung (achievement):
 - Die Exploration ist die erste Phase einer Veränderung, in der eine Person etwas Neues ausprobiert und dadurch etwas über ihre eigenen Möglichkeiten, Vorlieben und Wertvorstellungen lernt.
 - Kompetenz (competency) ist die Phase der Veränderung, in der eine Person die während der Exploration entdeckten Formen des Betätigens „festzulegen“ beginnt. Die Person ist dabei auf eine dauerhafte, angemessene Ausführung und die Ausbildung von Routinen im Verhalten ausgerichtet.

- Die Beherrschung (achievement) ist die Phase, in der eine Person sich so viele Fertigkeiten und Gewohnheiten angeeignet hat, dass sie an neuen Aktivitäten aus den Bereichen Wohnen/Versorgen, Lernen/Arbeiten und Spielen/Freizeit partizipieren kann.

Das MOHO unterscheidet schließlich drei Formen der Veränderung: periodische, transformationale und katastrophale:

- Die periodische Veränderung (incremental change) beschreibt eine allmähliche Veränderung, die in der bestehenden Betätigungsidentität und -kompetenz auftritt und zur normalen Entwicklung während des ganzen Lebens gehört. Beispiele hierfür sind ein zunehmendes Wissen über eine neue Rolle oder Fertigkeit oder auch der langsame Rückgang der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit bei älteren Menschen.
- Die transformationale Veränderung (transformational change) bezieht sich auf eine fundamentale Veränderung in einem gefestigten Denk-, Gefühls- oder Betätigungsmuster. Die Person sollte dabei bestehende alte Muster abtrainieren und durch neue ersetzen. Dies hat eine wesentliche Änderung der Betätigungsidentität oder -kompetenz zur Folge. Transformationale Veränderungen sind seltener als periodische und haben größere Folgen für die Entwicklung.
- Von einer katastrophalen Veränderung (catastrophic change) spricht man, wenn sich die Lebenssituation einer Person infolge interner oder externer Umstände dramatisch verändert. Derartige Umstände sucht man sich nicht aus, wie etwa eine chronische Erkrankung, Entlassung am Arbeitsplatz oder der Verlust des Partners. Katastrophale Veränderungen bewirken, dass die betroffene Person ihr Leben grundlegend reorganisieren muss. Sie stellen eine große Herausforderung für die Betätigungsanpassung dar und erfordern, dass die Person sowohl die Betätigungsidentität als auch die -kompetenz wiederherstellt.
- Transformationale und katastrophale Veränderungen können dem Leben eine andere Richtung geben. Nach einer derartigen Veränderung kommt es gewöhnlich zu einer Phase mit periodischen Veränderungen, in der sich die Person die neuen Denk-, Gefühls- und Betätigungsmuster immer mehr zu eigen macht, bis sich neue Routinen etabliert haben. Schließlich kommt es dann zur Beherrschung der neuen Betätigungsmuster. Die Person durchläuft bei solchen Veränderungen die Phasen Exploration, Kompetenz und Beherrschung durch die Annahme neuer Rollen in einer neuen Umwelt oder sie verändert den Lebensstil als Reaktion auf das Auftreten von Krankheiten oder Beeinträchtigungen.

Mirjam Wagner

Die 28-jährige Mirjam Wagner muss seit zwei Jahren mit Gehhilfen gehen. Die Ursache sind starke chronische Schmerzen in ihrem linken Bein infolge eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms nach einer Knöchelverstauchung. Ruhe und Physiotherapie konnten nicht zur Schmerzlinderung beitragen, sodass sie an einen Ergotherapeuten verwiesen wurde, um den Umgang mit den Schmerzen zu erlernen. Zudem nahm sie kürzlich an einer Studie zur Pain Exposure Physical Therapy (PEPT) teil. Hier stellte sich ein Erfolg ein, und wenngleich sie immer noch viel Schmerzen im Bein verspürt, läuft sie wieder ohne Gehhilfen.

Mirjam hat seit ihrer Kindheit viel getanzt, und dies wieder zu können, ist ihre wichtigste Motivation dafür, die (schmerzhafte) Therapie durchzuziehen. Sie arbeitet als Fachreferentin beim Sozialministerium, ist alleinstehend und lebt in einer Parterrewohnung in Berlin.

Die Schmerzerkrankung stellt für Mirjam eine katastrophale Veränderung dar, die weitreichende Folgen für ihre Lebenssituation hat. Sie arbeitet nicht mehr Vollzeit, sondern nur noch 28 Wochenstunden, kann nicht mehr tanzen und muss viel Zeit für die Behandlungen beim Physiotherapeuten und Ergotherapeuten aufbringen.

Sie hat täglich viel Schmerzen, was sie auch davon abhält, sich mit Freundinnen zu treffen oder auszugehen. Der Ergotherapeut ist gemeinsam mit Mirjam ihre täglichen Routinen durchgegangen. Aufgrund der Schmerzen geht sie vielen Aktivitäten und Aufgaben nicht mehr nach und beschränkt sich auf die Arbeit und den Haushalt.

Jetzt, wo sie wieder ohne Gehhilfen gehen kann, überlegt Mirjam zusammen mit dem Ergotherapeuten, sich neue Aktivitäten zu suchen, die angenehm und entspannend sind. Sie belegt einen Kurs in Digital-Fotografie und besucht mit einer Freundin Yoga-Sitzungen (Exploration). Die Fotografie macht ihr viel Spaß und das Yoga dient ihrer Entspannung, sodass sie es als Ersatz für das Tanzen betrachtet. Nach und nach wird sie in beidem besser und integriert die Aktivitäten in ihre wöchentlichen Routinen (Kompetenz). Auch geht sie jetzt wieder regelmäßig mit Freundinnen aus. Sie hofft, in absehbarer Zeit doch auch wieder tanzen und ihr Arbeitspensum auf 32 Wochenstunden erhöhen zu können, doch möchte sie auch mehr Zeit zur Pflege ihrer Freundschaften und zur Entspannung haben (Beherrschung).

19

Volition, Habituation und Performanzvermögen werden durch das, was Menschen tun, und wie sie darüber denken und empfinden, geformt, unterhalten und verändert. Nach dem MOHO werden alle Veränderungen während des Therapieprozesses durch den Grad des Engagements des Klienten bzw. durch sein Beteiligungsein beim Betätigen gelenkt. Dieses Beteiligungsein hängt mit seinem Denken und Fühlen in einer spezifischen Umwelt während der Intervention zusammen oder ist das Resultat einer zielgerichteten Intervention. Die Ergotherapie ist also ein Prozess, bei dem der Klient aktiv Betätigungen ausübt, die

seine Fertigkeiten, Routinen, Gedanken und Gefühle über sich selbst prägen. Während der Intervention kann sich der Klient z. B. neue Gewohnheiten zulegen, Fertigkeiten einüben oder bestimmen, welche Bedeutung die Aktivitäten für ihn persönlich besitzen.

Im MOHO werden beim „occupational engagement“ des Klienten neun Dimensionen unterschieden, die zur Veränderung beitragen (► Tab. 19.1). Diese können den Ergotherapeuten im Gespräch mit dem Klienten über den Veränderungsprozess und die Art und Weise, wie die Therapieziele zu erreichen sind, unterstützen.

Tab. 19.1 Dimensionen des Occupational Engagements.

Dimension	Definition
auswählen/beschließen	Vorwegnahme und Auswahl verschiedener Betätigungsalternativen auf der Grundlage der Motivation
sich verpflichten	wissen, was zu tun ist und sich an den Plan halten, um das Ziel zu erreichen
erforschen	erkunden neuer Objekte, Räume, sozialer Gruppen und/oder Betätigungen/Aufgaben; Aktivitäten mit verändertem Performanzvermögen ausführen; Erprobung neuer Formen des Tuns; Erkundung von Partizipationsmöglichkeiten im eigenen Kontext
identifizieren	neue Informationen ausfindig machen und erkennen, Betätigungsalternativen und neuen Gefühlen, die Lösungen für die Umsetzung und Partizipation bieten und/oder diesen Bedeutung verleihen
besprechen/aushandeln	aktives Geben und Nehmen, damit Perspektiven geschaffen werden, auf die man sich untereinander einigen kann und/oder die einen Kompromiss zwischen verschiedenen Erwartungen, Plänen oder Wünschen ermöglichen
planen	erstellen eines Aktionsplans für eine Betätigung oder Partizipation
üben	Wiederholung oder konsequente Partizipation an einer Aktivität mit dem Ziel, Fähigkeiten zu entwickeln oder zu verbessern und sich effektiver zu betätigen
neu bewerten	kritisch bewerten und Alternativen zu früheren Gedanken, Meinungen, Gefühlen, Gewohnheiten oder Rollen überlegen
festigen	die Ausführung oder Partizipation trotz Unsicherheit oder Schwierigkeiten aufrechterhalten

19.6 Praktische Anwendung

Es wurden zahlreiche Mittel entwickelt, die der Anwendung des MOHO dienen, wie der Prozess des professionellen Reasonings, verschiedene Assessments, standardisierte Programme und Interventionsprotokolle und es gibt viele Beispiele. Im folgenden Abschnitt gehen wir auf diese Punkte ein.

19.6.1 Der Prozess des professionellen Reasonings

Das professionelle Reasoning im MOHO ist klientenzentriert, theorie- und evidenzbasiert. Die Klientenzentrierung zeigt sich an folgenden Punkten:

- Das MOHO betrachtet jeden Klienten als einzigartiges Individuum, das die Gründe für eine Therapie liefert und die Art und die Ziele der Interventionsstrategien vorgibt.
- Im MOHO wird das, was der Klient tut, denkt und fühlt als zentraler Mechanismus einer Veränderung angesehen (occupational engagement).

Das Modell konzentriert sich auf das Verstehen des Klienten mit seinen eigenen Werten, Interessen, der Selbstwirksamkeit und seinen Kapazitäten, Rollen, Gewohnheiten und Erfahrungen beim Betätigen in der für ihn relevanten Umwelt. Dies alles bildet die Grundlage für die Ziele des Klienten und die Interventionsstrategien.

Die Anwendung des MOHO in der Praxis macht ein Verhältnis zwischen dem Ergotherapeuten und dem Klienten notwendig, in dem der Therapeut die Entscheidungen, Aktionen und Erfahrungen des Klienten versteht, respektiert und unterstützt. Klient und Therapeut bringen jeweils ihre eigene Expertise in den Prozess und in die Zusammenarbeit mit ein. Das klientenzentrierte Arbeiten umfasst auch Klienten, die nicht sprechen können oder in anderer Weise nicht aktiv mitarbeiten können. Der Ergotherapeut arbeitet in diesen Fällen mit Familienmitgliedern oder anderen Beteiligten zusammen, die ihm beim Verständnis für den Klienten hilfreich sein können. Kielhofner unterschied sechs Schritte im Prozess des professionellen Reasonings (► Abb. 19.4).

Klärung von Fragen

1. Schritt: Fragen für den Reasoning-Prozess generieren und einsetzen

Die Grundlage einer erfolgreichen Intervention ist das Verhältnis zwischen Klient und Ergotherapeut, wobei der Ergotherapeut den Klienten zu verstehen lernt. Die MOHO-Konzepte bieten dem Klienten und auch dem Ergotherapeuten die Möglichkeit, sich die Fragen zu überlegen, die der Informationsbeschaffung hinsichtlich der Betätigungsfrage dienlich sind. Die ► Abb. 19.5 zeigt sieben

allgemeine Fragen, die auf den MOHO-Theorien basieren. Der Ergotherapeut kann mit ihrer Hilfe ein Gespräch mit dem Klienten einleiten, das zur Verdeutlichung der bestehenden Betätigungsfragen beiträgt.

So erhalten der Klient und auch der Ergotherapeut einen Eindruck von den stärkeren und schwächeren Anteilen der Betätigung. Auch kann am Ende dieses Schrittes festgestellt werden, welcher Aspekt des Betätigens im 2. Schritt der weiteren Analyse bedarf.

2. Schritt: Mit dem Klienten Informationen über ihn einholen

Auf Grundlage der Ergebnisse von Klient und Ergotherapeut im 1. Schritt setzt der Therapeut in diesem Schritt strukturierte und unstrukturierte Assessments ein, um zu spezifischen Aspekten des Betätigens noch vertiefende Informationen zu erhalten.

3. Schritt: Formulierung einer Hypothese zur Betätigungsfrage mit Stärken und Herausforderungen

Der Ergotherapeut bezieht den Klienten so weit wie möglich in die Klärung der Betätigungsfrage mit ein. In diesem 3. Schritt analysieren sie gemeinsam die Informationen aus dem 2. Schritt. Der Ergotherapeut kombiniert diese Informationen mit seinem Wissen über die theoretischen Konzepte des MOHO. Das Ziel dieses Schrittes besteht darin, ein neues Verständnis als Grundlage für die gewünschten Veränderungen zu schaffen.

Intervention

4. Schritt: Ziele bestimmen und Pläne für das Engagement des Klienten und die Interventionsstrategien erstellen

In diesem Schritt legen Klient und Ergotherapeut die Ziele fest. Es wird zudem gemeinsam geprüft, welche Dimensionen des „occupational engagements“ dem Klienten bei der angestrebten Veränderung helfen würden (► Tab. 19.1). Die dazu erforderlichen Interventionsstrategien werden gemeinsam beschlossen. Wichtig ist, dass der Ergotherapeut beim Erstellen des Therapieplans mit dem Klienten im Gespräch bleibt und zusammenarbeitet. Das Gelingen der Therapie hängt ja von der Bereitschaft des Klienten ab, die Ziele und Strategien zu akzeptieren. Der Ergotherapeut kann aus folgenden Interventionsstrategien wählen (Kielhofner 2008):

- validieren: Bekräftigung des Respekts vor den Erfahrungen und Perspektiven des Klienten
- identifizieren: Verdeutlichung der persönlichen Möglichkeiten des Klienten sowie der Faktoren aus der Umwelt, die seinem Betätigen und der Partizipation zuträglich sein können

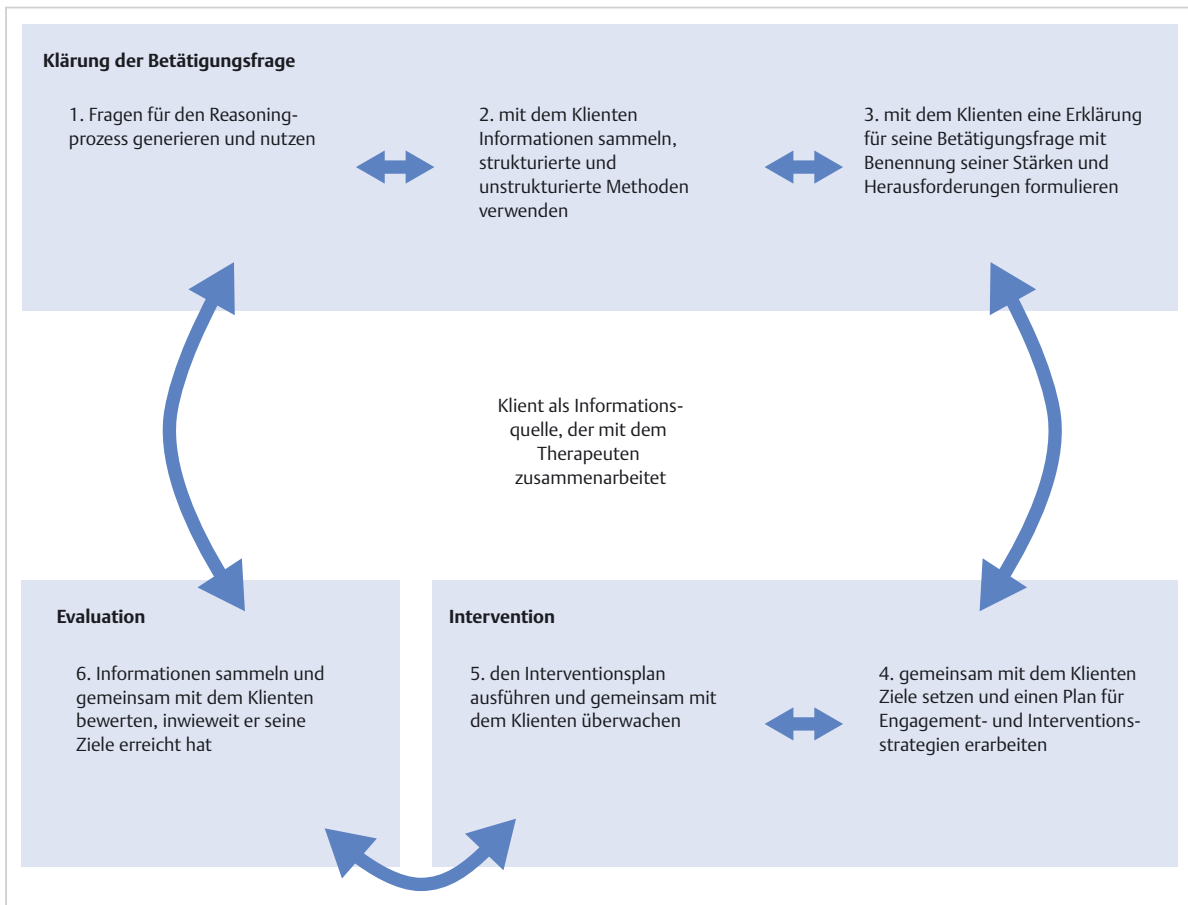


Abb. 19.4 Die sechs Schritte im Reasoningprozess (Kielhofner 2008).

- Feedback geben: Teilen der Ansichten zur Betätigungsfrage, sodass der Klient ein größeres Verständnis für seine Fragen bekommt und neben seiner eigenen Sicht auf die Zukunft auch noch eine andere mögliche Perspektive hat (mit Bezug zur Volition)
- beraten: Beratung zur Erreichbarkeit von Zielen und ob diese auch wünschenswert sind sowie zu den möglichen Arbeitsmethoden, um Ziele zu erreichen. Kielhofner betrachtet die Beratung als Teil des gemeinsamen Entscheidungsprozesses von Klient und Ergotherapeut. Dabei ist es wichtig, dass der Ergotherapeut ein gutes Bild von der Volition des Klienten bekommen hat, um z. B. zu verstehen, was es für den Klienten schwierig macht, eine Entscheidung zu fällen.
- verhandeln: aktiver Austausch mit dem Klienten, um zu einer gemeinsamen Perspektive zu kommen oder um eine Übereinkunft darüber zu erzielen, was der Klient tun wird
- strukturieren: Anbieten von Fixpunkten für die zu treffende Wahl oder das Betätigen selbst durch z. B. das Aufzeigen von Alternativen, das Festlegen von Grenzen oder das Aufstellen von Regeln

- coachen: instruieren, demonstrieren, Vorwärtsverketzung, verbale Instruktionen, physische Begleitung, wenn der Klient neue Betätigungsweisen erkundet oder durch Training seine Fertigkeiten steigert
- ermutigen: Angebot emotionaler Unterstützung und Stärkung für den Klienten im Hinblick auf sein Betätigen
- anbieten physischer Unterstützung: Angebot körperlicher Unterstützung, sodass der Klient bei eingeschränkten motorischen Fertigkeiten eine Aufgabe erfolgreich bewältigen kann.

5. Schritt: Ausführung des Interventionsplanes und Monitoring

In diesem Schritt setzen der Ergotherapeut und der Klient den Interventionsplan um. Zugleich überwacht der Ergotherapeut sorgfältig den Verlauf, indem er u. a. mit dem Klienten darüber im Gespräch bleibt. Es ist möglich, dass sich neue Situationen ergeben oder dass es neue Informationen gibt, wodurch es erforderlich werden kann, die Situation neu zu bewerten und/oder den Therapieplan anzupassen. Neue Informationen können aber natürlich auch eine Bestätigung des Interventionsplanes bedeuten.

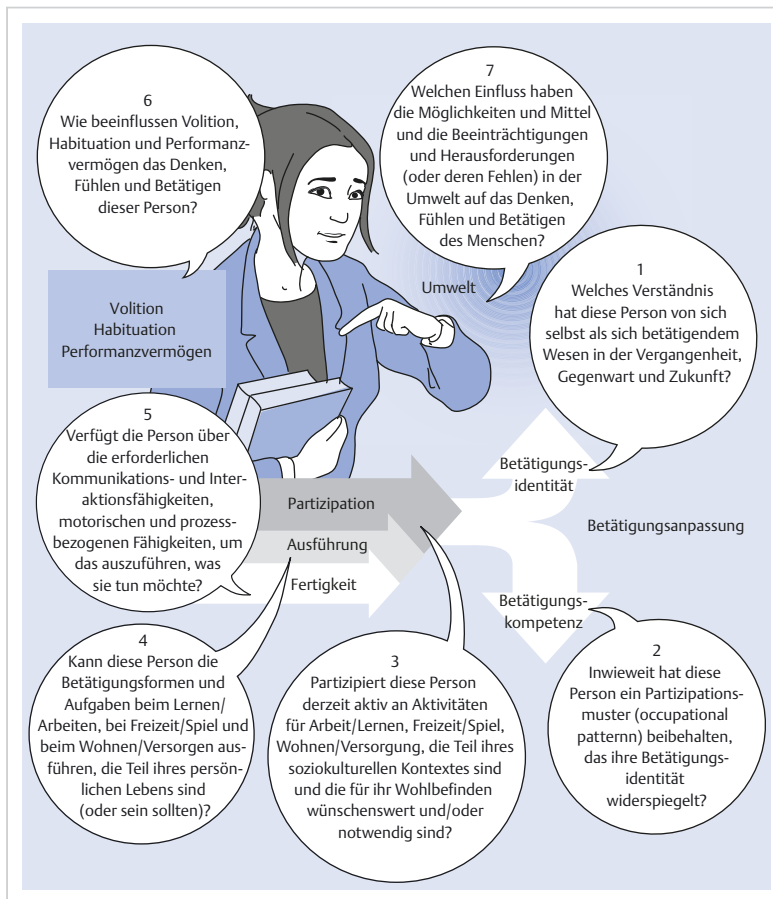


Abb. 19.5 Sieben allgemeine auf der Theorie basierende Fragen (Kielhofner 2008).

Evaluation

6. Schritt: Informationen einholen, um die Resultate zu evaluieren

Die Ermittlung des Interventionsergebnisses kann auf unterschiedliche Weisen erfolgen:

- durch Ermittlung mit dem Klienten, inwieweit seine Ziele erreicht werden konnten
- durch neuerlichen Einsatz strukturierter Assessments, um zu prüfen, ob sich die Punktwerte des Klienten verbessert haben.

Es ist auch möglich, sich einer Kombination aus beiden Instrumenten zu bedienen.

Diese sechs Schritte im Prozess des professionellen Reasonings werden nicht immer streng eingehalten. Bei der Präzisierung der Betätigungsfragen, der Intervention und der Evaluation kann es notwendig sein, dass der Ergotherapeut zu einer früheren Stufe zurückkehrt, sofern sich eine neue Schwierigkeit einstellt.

19.6.2 Assessments

Im 2. Schritt des professionellen Reasonings holt der Ergotherapeut in methodischer Art und Weise vertiefende Informationen zu den im 1. Schritt gemeinsam mit dem Klienten identifizierten Aspekten seiner Betätigungsfrage ein. Der Ergotherapeut analysiert nachfolgend mit dem Klienten gemeinsam diese Informationen, sodass beide ein gutes Verständnis von der Betätigungsfrage und den eigentlichen Bedürfnissen des Klienten bekommen. Um diese Informationen zu bekommen, kann der Ergotherapeut sich der strukturierten und unstrukturierten Assessments bedienen wie z.B. der informellen Beobachtung (Kielhofner 2008). Bei den strukturierten Assessments existiert eine breite Palette an Instrumenten, die auf der Grundlage des MOHO entwickelt wurden. Nachfolgend eine kleine Auswahl derartiger Tools:

Beobachtungsinstrumente

Mit dem Assessment der motorischen und prozesshaften Fertigkeiten (Assessment of Motor and Process Skills, AMPS; Fisher 2010) beurteilt der Ergotherapeut die motorischen und prozesshaften Fertigkeiten des Klienten während der Ausführung alltäglicher Tätigkeiten. Auf der

Basis der Beobachtungsergebnisse lassen sich dann Behandlungsziele hinsichtlich der motorischen und prozesshaften Fertigkeiten formulieren. Mithilfe dieses Instruments können zudem Veränderungen dieser Fertigkeiten evaluiert werden. Eine ausführlichere Beschreibung des AMPS findet sich in Kap. 23 (www.ampsintl.com).

Das Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten (Assessment of Communication and Interaction Skills, ACIS; Forsyth et al. 1998) dient der Beurteilung dieser Fertigkeiten bei alltäglichen Aktivitäten in einer Gruppe. Dabei geht es um die physischen Aspekte der Kommunikation, des Informationsaustausches und um die Beziehungen. Das Assessment wird eingesetzt, um die Zielsetzungen hinsichtlich der Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten zu formulieren und um Veränderungen in diesem Bereich zu erkennen.

Die Fragebogen zur Volition (Volitional Questionnaire, VQ; Heras et al. 2007) und zur kindlichen Volition (Pediatric Volitional Questionnaire, PVQ; Basu et al. 2008) – kurz Volitionsbogen – sind für die Informationsgewinnung bei Erwachsenen oder Kindern gedacht, die aufgrund schwerer Beeinträchtigungen Schwierigkeiten haben, sich verbal zu äußern. Auch Umweltfaktoren, welche die Volition beeinflussen, können darüber erfasst werden. Es handelt sich um genaue Erhebungsinstrumente der Volition, mit denen sich Ziele formulieren und Veränderungen des Willens feststellen lassen.

Selbstbewertungsinstrumente

Mit dem Betätigungsfragebogen (Occupational Questionnaire, OQ; Smith et al. 1986) und dem Activity Record (ACTRE; Gerber u. Furst 1992) führt der Klient selbst Tagebuch über seine Werktags- und Wochenendaktivitäten. Der OQ ist die einfachste Form: Der Klient notiert halbstündlich, was er tut und beantwortet dazu einige Fragen. Diese beziehen sich auf seine eigene Wahrnehmung bezüglich seiner Betätigungskompetenz bei einer Aktivität, den Wert, den er dieser beimisst, und die Freude, die er dabei erlebt.

Die ACTRE wurde für Klienten mit physischen Beeinträchtigungen entwickelt und erfasst zusätzlich zum OQ noch Aspekte wie Schmerzen, Ermüdungserscheinungen, Betätigungsschwierigkeiten und Ruhephasen während der Aktivität. Die Analyse, die der Ergotherapeut gemeinsam mit dem Klienten durchführt, bietet dem Klienten die Möglichkeit, sein Aktivitätsmuster kritisch zu betrachten und zu bestimmen, welche Veränderungen er erreichen möchte. Die Fragenliste macht auch Veränderungen bei der Partizipation erkennbar.

Mit dem Occupational Self Assessment (OSA; Baron et al. 2006) und dem pädiatrischen Äquivalent Child Occupational Self Assessment 2.2 (COSA; Kramer et al. 2014) bewertet der Klient selbst seine Betätigungskompetenz bei alltäglichen Aktivitäten zu Hause, in der Öffentlichkeit oder in der Schule sowie die Bedeutung, die er selbst die-

ser beimisst. Mit diesem Assessment lassen sich Ziele festlegen und Veränderungen bei der Partizipation aufzeigen.

Strukturierte Interviews

Das Occupational Performance History Interview II (OPHI-II; Kielhofner et al. 2004) ist ein semistrukturiertes Interview, das die Lebensgeschichte des Klienten in schematischer Form erfasst. Es besteht aus einer Vier-Punkte-Skala zur Betätigungskompetenz, Betätigungsidentität und zum Umwelteinfluss. Es gibt auch ein narratives Element zum Lebenslauf. Das Interview ist ein gründliches und umfassendes Assessment und hilft bei der Bestimmung von Zielen, bei der Verhandlung zu Interventionen und beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung.

Mit dem „Interview zur Rolle des Arbeitenden“ (Worker Role Interview, WIR; Braveman et al. 2005) wird eine Aussage zur Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den bisherigen oder einen vergleichbaren Arbeitsplatz nach Krankheit oder Unfall des Klienten möglich.

Gemischte Assessments

Das Model Of Human Occupation Screening Tool (MOHOST; Parkinson u. Forsyth 2006) für Erwachsene und das Short Child Occupational Profile (SCOPE; Bowyer et al. 2005) als Variante für Kinder bieten dem Ergotherapeuten die Möglichkeit, sich in kurzer Zeit einen Überblick über das Betätigen des Klienten nach den MOHO-Konzepten zu verschaffen. Der Ergotherapeut kann sich auf informelle Beobachtungen konzentrieren oder auf andere Weise Informationen einholen. Er entscheidet, was in einer bestimmten Situation die praktischste Vorgehensweise ist. Anschließend beurteilt er die Items Wille, Gewohnheiten, Fertigkeiten und Umwelt auf einer Vier-Punkte-Skala. Diese Assessments dienen dazu, sich einen Überblick über die Ausgangssituation hinsichtlich des Betätigens des Klienten zu verschaffen, seine Stärken aufzuzeigen, Ziele festzulegen und Veränderungen bei der Partizipation zu erkennen.

In Kap. 28 werden die hier genannten sowie eine ganze Reihe weiterer Assessments beschrieben. Weitere Informationen zum MOHO, zu Assessments, neuen Entwicklungen in der Praxis und Links zu Film-Clips finden sich unter www.cade.uic.edu/moho.

19.6.3 Standardisierte Programme

Klienten, Behörden und Versicherer erwarten von Ergotherapeuten Interventionen, die effektiv und effizient sind. Auf der Grundlage des MOHO wurden zahlreiche Programme für bestimmte Klientengruppen entwickelt. Das MOHO sorgt dabei für den theoretischen Unterbau der Betätigungsfragen der Klientengruppen, der Interventionen und der angestrebten Resultate. Die MOHO-As-

sessments dienen der Analyse der Betätigungsfragen und der Bestimmung der Ergebnisse (Kielhofner 2008).

Eines dieser Programme ist der Remotivation Process (Heras et al. 2003). Dieses Programm wurde auf der Basis von Untersuchungen zur Volition und systematischen Experimenten in der Praxis entwickelt. Eine kontrollierte Studie vermochte die Evidenzen für die Effektivität des Programms aufzudecken. Der Remotivation Process kennt drei Interventionsniveaus: Exploration, Kompetenz und Beherrschung. Auf jedem Niveau gibt es spezifische Strategien zur Förderung des Engagements des Klienten und zur Stärkung der Volition. Es gibt eine detaillierte Anleitung für das Programm.

In den Niederlanden wurde das EDOMAH-Programm entwickelt (Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers, etwa: „Ergotherapie für ältere Menschen mit Demenz“; Graff et al. 2012), für welches das MOHO aufgrund seiner Klientenzentrierung und der Ausrichtung auf das Klientensystem ein wesentlicher Pfeiler ist. Es handelt sich um ein evidenzbasiertes, klientensystemorientiertes Programm, das gemäß den Stufen des „Continuum of increasing evidence“ entwickelt wurde. Es richtet sich an ältere Menschen in ihrer häuslichen Umwelt mit leichter bis mittlerer Demenz und ihre Angehörigenpfleger. Gary Kielhofner hat intensiv an der Ausgestaltung des Programms mitgewirkt. Zudem haben sich die Entwickler des ethnografischen Rahmens bedient. Wesentlicher Teil des Programms ist es, ein Bild von der Lebensgeschichte des älteren Menschen zu erhalten. Dazu bedient sich der Ergotherapeut des OPHI-II. Wenn der Klient nicht imstande ist mitzuarbeiten, beobachtet der Ergotherapeut ihn mithilfe des ebenfalls auf dem MOHO basierenden VQ (s. o.; Heras et al. 1999). Der Einsatz von MOHO-Assessments wird in verschiedenen Ergotherapie-Leitlinien empfohlen (z. B. Schlaganfall, multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit).

19.7 Diskussion

Das MOHO spielt eine wichtige Rolle für die Rückkehr der Bereiche „Bedeutung“ und „bedeutungsvolles Betätigen“ in die Ergotherapie und stellt einen wesentlichen Impuls für die weitere Entwicklung des Berufes in Richtung Professionalisierung und Wissenschaftlichkeit dar. Motivationen, Rollen und Gewohnheiten nehmen dank des MOHO in der heutigen Ergotherapie einen wichtigen Stellenwert ein.

Das MOHO hat eine lange Entstehungsgeschichte. Nach den ersten Publikationen 1980 hat eine stetig wachsende Zahl von Ergotherapeuten und Occupational Scientists aus der ganzen Welt ihren Teil zur Entwicklung des Modells beigetragen, wodurch die Konzepte darin auf eine immer stärkere theoretische Basis gestellt werden konnten. Das Modell ist jetzt für Klienten mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen geeignet, die Assessments wurden standardisiert und validiert und es existie-

ren Richtlinien zur Verwendung des Modells. Die Effektivität von Programmen, die auf der Basis des MOHO entwickelt wurden, konnte in Wirksamkeitsuntersuchungen evaluiert werden.

Das MOHO knüpft an die ICF an, indem beide die Partizipation und die Aktivitäten in den Fokus stellen, anerkennen, dass Gesundheitszustände die Partizipation eines Menschen beeinflussen, dass individuelle Merkmale und die Umwelt die Partizipation und die Aktivitäten bestimmen und dass all diese Faktoren sich gegenseitig in dynamischer und nicht linearer Weise beeinflussen. Die Konzepte des MOHO lassen sich in den Domänen und Kategorien der ICF wiederfinden. Wo die ICF sich auf die Klassifizierung von Funktionen, Aktivitäten und Partizipationen beschränkt, bietet das MOHO jedoch einen theoretischen Rahmen, um erlebte Betätigungs- und Partizipationsschwierigkeiten zu lindern oder zu beseitigen. Zudem ist das MOHO eng mit der Definition der positiven Gesundheit als Fähigkeit des Menschen zur Anpassung und zur Übernahme der Eigenregie im Rahmen der physischen, emotionalen und sozialen Herausforderungen des Lebens verbunden (Huber et al. 2011). Die Beschreibung der Betätigungsanpassung als Dimension des Betätigens bietet Ansatzpunkte, um die eigene Stärke eines Menschen zu betonen und Anpassungen an veränderte oder sich verändernde Bedingungen zu begleiten.

Mithilfe der MOHO-Konzepte wurde in den USA das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) entwickelt. Die Phaseneinteilung darin deckt sich mit dem Prozess des professionellen Reasonings des MOHO, und die sechs Domänen passen zu den MOHO-Konzepten. Das OTPF erklärt jedoch nicht, wie und warum Klienten Schwierigkeiten bei der Teilhabe an alltäglichen Aktivitäten bekommen.

Ausgehend von dem MOHO wurden viele Assessments entwickelt, mit denen Ergotherapeuten Informationen über die Betätigungsfragen des Klienten und die wünschenswerten Veränderungen im zukünftigen Betätigen und bei der Partizipation einholen können. Die zunehmende Bedeutung des evidenzbasierten Arbeitens spiegelt sich auch in der 4. Überarbeitung des MOHO wider. Darin werden die verfügbaren Evidenzen zum MOHO und die sich daraus ableitenden Assessments beschrieben, die sich mit folgenden Fragen befassen:

- Was sagt eine MOHO-Untersuchung über das Leben und die Bedürfnisse von Personen mit Behinderungen aus?
- Welche Belege gibt es für die Reliabilität und die Validität der auf dem MOHO basierenden Assessments?
- Wie stellt sich eine auf dem MOHO basierende Ergotherapie dar?
- Welche Beweise gibt es dafür, dass eine auf dem MOHO basierende Therapie zu positiven Ergebnissen führt?
- Wie äußern sich Klienten zu einer auf dem MOHO basierenden Intervention?

Das MOHO ist ein sehr ausgedehntes und komplexes Modell, das eines intensiven Studiums bedarf. Die Autoren hoffen, dass dieses Kapitel in dieser Hinsicht einen Beitrag geleistet hat und Ergotherapeuten mit dem Modell und seiner Bedeutung in der heutigen Berufspraxis ein wenig vertraut machen konnte. Die 5. Fassung von 2017 beschreibt die aktuellsten Forschungsergebnisse in Bezug auf das MOHO. Es beschreibt seine Umsetzung in der Praxis anhand neuer Fallbeispiele, die zeigen, wie mit dem MOHO die dargestellten Herausforderungen beim Betätigen angegangen werden können, und wie das Lehren und Lernen verbessert werden kann.

19.8 Zusammenfassung

Dieses Kapitel beschreibt das ergotherapeutische Inhalts- und Praxismodell MOHO, das bei jeder Person mit einer Betätigungsfrage eingesetzt werden kann. Das Modell beschreibt, wie das Betätigen motiviert, (in Mustern) organisiert und ausgeführt werden kann. Das MOHO basiert auf der Systemtheorie. Es betrachtet den Menschen als Produkt dreier miteinander verbundener Komponenten: Volition, Habituation und Performanzvermögen. Diese Komponenten bilden in Wechselwirkung mit der Umwelt das Betätigen. Innerhalb des Betätigens werden drei Ebenen unterschieden: Partizipation (occupational participation), Betätigungsperformanz (occupational performance) und Fertigkeiten (occupational skills). Die Fertigkeiten sind in die Performanz eingebettet und die Performanz in die Partizipation. Die Partizipation führt zur Betätigungsidentität und -kompetenz. Diese beiden Faktoren münden gemeinsam in die Anpassung des Betätigens. Die Veränderung durch eine Intervention ist ein dynamischer Prozess, der aus den gleichzeitig und aufeinander Einfluss nehmenden Veränderungen (der Komponenten der) Person, ihrer Umwelt und dem Verhältnis beider besteht.

19.9 Literatur

- Baron K, Kielhofner G, Iyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment (OSA): Version 2.2. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 2006.
- Basu S, Kafkes A, Schatz R, Kiraly A, Kielhofner G. The Pediatric Volitional Questionnaire (PVQ): Version 2.1. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 2008.
- Bowyer P, Kramer J, Ploszaj A, Ross M, Schwartz O, Kielhofner G et al. The Short Child Occupational Profile (SCOPE): Version 2.2. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 2005.
- Braveman B, Robson M, Velozo C, Kielhofner G, Fisher G, Forsyth K et al. Worker Role Interview (WRI): Version 10.0. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 2005.
- Evenhuis E, Eyssen ICMJ. Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson. Amsterdam: VUmc afdeling Revalidatiegeneeskunde, sectie Ergotherapie; 2012.
- Fisher AG, Bray Jones K. Assessment of Motor and Process Skills, Vol I: Development, Standardization, and Administration Manual. 7. Aufl. Fort Collins (CO): Three Star Press; 2010.
- Forsyth K, Salamy M, Simon S, Kielhofner G. The Assessment of Communication and Interaction Skills: Version 4.0. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 1998.
- Gerber L, Furst G. Scoring methods and application of the Activity Record (ACTRE) for patients with musculoskeletal disorders. *Arthritis Care Research* 1992;5:151–156.
- Graff MJ, Melick M van, Thijssen M, Verstraten P, Zajec J. Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
- Heras CG de las. Nederlandse versie. Ensing, M., Hokken, L., Kinébanian, A., & Thomas, C. (Red.). () Volitional Questionnaire; 1999.
- Heras CG de las, Llerena V, Kielhofner G. Remotivation Process, Progressive Intervention for Individuals with Severe Volitional Challenges: Version 1.0. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 2003.
- Heras CG de las, Geist R, Kielhofner G, Li Y. The Volitional Questionnaire (VQ): Version 4.1. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 2007.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D et al. How should we define health? *BMJ* 2011;(343):d4163.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapie. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Kramer J, Velden M ten, Kafkes A, Basu S, Federico J, Kielhofner G. The Child Occupational Self Assessment: Version 2.2. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 2014.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 2. Aufl. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1995.
- Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy. 4. Aufl. Philadelphia: FA Davis Company; 2009.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 3. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A et al. Occupational Performance History Interview-II. (OPHI-II): Version 2.1. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 2004.
- Parkinson S, Forsyth K. The Model Of Human Occupation Screening Tool (MO- HOST): Version 2.0. Chicago (IL): Authors; 2006.
- Savelsbergh GJP. The state of the art: A personal view on the development of movement coordination. In: Savelsbergh GJP (Hrsg.). The development of coordination in infancy. Amsterdam: Elsevier; 1993:519–524.
- Scholz JP. Dynamic pattern theory, some implications for therapeutics. *Physical Therapy* 1990;70(12):827–843.
- Smith NR, Kielhofner G, Watts J. The relationship between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy* 1986;40:278–283.
- Steultjens EMJ, Cup EHC, Zajec J, Hees S van. Ergotherapie richtlijn CVA. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Sturkenboom I, Thijssen M, Gons-van Elsacker J, Jansen I, Maasdam A, Schulten M et al. Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2008.
- Zalmstra A, Stomph M. Probleeminventarisatie en -analyse. In: Speth-Lemmens I, Tonneijk H. Ergovaardig: Deel 1. Den Haag: Lemma; 2012.

20 KAWA-Modell

Liesbeth de Vries, Mieke le Granse

Mit Dank an Bart Mistiaen, Mitautor dieses Kapitels in der 3. und 4. Auflage von „Grondslagen van de ergotherapie“. Unser weiterer Dank geht an Almut Gross-Klussmann für das (fiktive) Fallbeispiel von Mark und an Kee Lim für neue Anregungen zum Einsatz des KAWA-Modells.

„Betätigung ist Lebensfluss und Ergotherapeuten machen den Lebensfluss für Menschen möglich.“

Iwama (2006)

Keywords

- Lebensstrom
- Lebensenergie
- kulturelle Relevanz
- Harmonie

Das Gefängnis von Canterbury

Studierende der Canterbury Christ Church University untersuchten den Bedarf und die Wünsche hinsichtlich ergotherapeutischer Interventionen unter den Gefängnisinsassen von Canterbury. Man entschied sich dafür, zwei Instrumente nebeneinander zu verwenden. Eines davon war das Kawa-Modell (Neilson u. McConnell 2011). Dabei erhielten sie u. a. das folgende Feedback:

- „Das Kawa-Modell hilft mir, meine Probleme zu erkennen und mich auf das Notwendige zu konzentrieren (um diese zu überwinden).“
- „Das Kawa-Modell hat mir dabei geholfen, einmal wirklich über meine Zukunft nachzudenken und mich mehr um mein Leben und was ich nun wirklich daraus machen möchte zu kümmern. Ich versuche, auch Mithäftlinge einzubeziehen, weil es wirklich gut ist. Vielen Dank dafür!“
- „Das Kawa-Modell war für mich eine Hilfe, weil ich hier zeichnen kann, statt viel zu schreiben.“

20.1 Einleitung

Das Kawa-Modell wurde aus der ergotherapeutischen Praxis heraus entwickelt. Eine Gruppe japanischer Ergotherapeuten hatte zunehmend Schwierigkeiten damit, die in der westlichen Welt entwickelten Ergotherapie-Modelle richtig zu verstehen und an ihren eigenen, nicht westlich geprägten Kontext anzupassen. Eine qualitative Studie zum Anlass nehmend, entwickelten sie das Kawa-Modell (Iwama 2006, Lim u. Iwama 2006, Lim 2008). Das Ziel bestand darin, eine alternative Perspektive zu bieten

und Begriffe wie das „Betätigen“ (occupation) und „Wohlbefinden“ aus der soziokulturellen Perspektive zu betrachten und zu beschreiben. Kawa als japanisches Wort für „Fluss“ steht als Metapher für den Lebensfluss. Das Leben ist eine komplexe und tief greifende Reise durch Raum und Zeit, ähnlich einem Fluss. Das Optimum an Gesundheit und Wohlbefinden im Leben eines Menschen kann als tiefer, starker und ungebremsster Lauf eines Flusses dargestellt werden. Durch Einsatz dieses Modells lässt sich eine vollständige Übersicht über das Leben eines Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt visualisieren. Im ergotherapeutischen Prozess kann dies in verschiedenen Momenten sowohl dem Klienten als auch den Ergotherapeuten viele Erkenntnisse liefern und Ansatzpunkte für Interventionen bieten. Das Ziel der Ergotherapie bei der Verbildlichung des menschlichen Lebens besteht darin, den Lebensfluss für den Klienten zu ermöglichen und zu verbessern (Iwama 2006).

20.2 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Nachdem die Gruppe japanischer Ergotherapeuten festgestellt hatte, dass sie die in der Ausbildung vermittelten theoretischen ergotherapeutischen Konzepte nicht in der Praxis anwenden konnten, beschlossen sie, etwas zu unternehmen (Lim et al. 2006). Zunächst wurde versucht, die bestehenden Konzepte von einem kanadischen Ergotherapeuten mit japanischen Wurzeln in die japanische Lebenswirklichkeit übersetzen zu lassen. Dabei wurde aber deutlich, dass das Verstehen und Anwenden weniger eine Frage der Übersetzung der Konzepte war (Lim u. Iwama 2006), sondern dass vielmehr die unterschiedlichen soziokulturellen Kontexte die Bedeutung bestimmten. Es wurde eine qualitative Untersuchung angesetzt, um den Ursprung des fehlenden Verständnisses für die bestehenden Konzepte herauszuarbeiten und möglicherweise alternativ definierte Basiskonzepte für die Ergotherapie zu entwickeln.

Als Untersuchungsmethodik bediente man sich der sog. „Grounded Theory“ (etwa „gegenstandsbezogene“ oder „datengestützte Theoriebildung“; Strauss u. Corbin 1997). Sie ermöglicht es, eine Vielzahl von Daten zu sammeln und sinnvoll auszuwerten. Neben den Interviews und Fokusgruppengesprächen wurden auch nonverbale Äußerungen etwa durch Zeichnungen, Fotos, Diagramme usw. hinzugezogen. Nach der Analyse und Kodierung kristallisierte sich eine Struktur mit verschiedenen Kästen und Pfeilen heraus (► Abb. 20.1).

Auch wenn die Form nicht der östlichen Lebenssicht entsprach, gab der Inhalt der Struktur doch diese Sicht

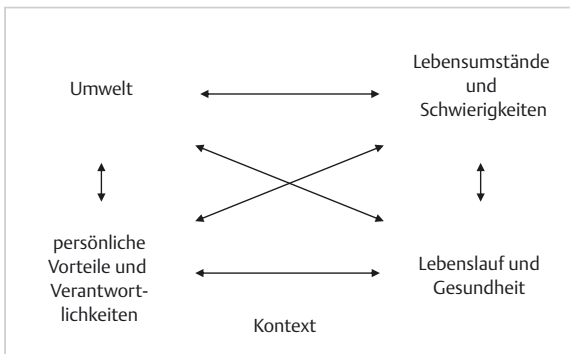


Abb. 20.1 Vereinfachte Darstellung des Kawa-Modells.

wieder. Keines der vier Elemente nimmt eine exponierte Stellung im Anfangsmodell ein. Die Folge ist, dass sich ein Eingreifen bei einem der Elemente per definitionem auf alle anderen Elemente und somit auch auf das Ganze auswirkt. Keines der Konzepte steht für sich allein und die Elemente sind nicht scharf voneinander abgrenzbar (Iwama 2006).

In der letzten Phase der Untersuchung wurden die verschiedenen Kategorien häufiger in Zusammenhang mit dem Leben, dem Lebenslauf, der Lebensenergie usw. gebracht als mit den Konzepten des „Selbst“, des „Betätigten“ und der „Umwelt“. In diesem Moment entstand das Bild von dem Fluss.

Der Fluss (jap. Kawa) besitzt aufgrund seines offenen Charakters eine starke metaphorische Bedeutung in der japanischen Kultur und auch in anderen Teilen der Welt.

20.3 Theoretischer Unterbau

Normen, Werte, Meinungen und Überzeugungen werden von der Kultur und/oder Gesellschaft bestimmt und definiert. Die Gesellschaft bestimmt, was als abweichend gilt, was wichtig ist und definiert die Regeln des Verhaltens. Die Kultur und der zugehörige soziale Kontext schaffen die Grundlagen dafür, welche Bedeutung Konzepten wie dem „bedeutungsvollen Betätigten“ oder dem „Wohlbefinden“ beigemessen wird (Kelly u. McFarlane 2007, Kinébanian u. Stomph 2009, Dillard et al. 1992).

Die Ergotherapie hat ihre Wurzeln in der westlichen Welt (Quiroga 1995, Kinébanian u. Stomph 2009, Iwama 2006, Lim u. Iwama 2006, Kielhofner 2009). Die grundlegenden Theorien und Modelle haben hier ihren Ursprung. Autonomie, Unabhängigkeit und Selbstständigkeit sind essenzielle Werte innerhalb dieser Theorien und Modelle.

In dieser westlichen Perspektive gilt der Mensch als unabhängiges Wesen, und die Umwelt und der Klient sind klar voneinander zu trennende Elemente. Doch sind die westlichen Vorstellungen über das Betätigten, bei dem der Mensch zielbewusst und bedeutungsvoll innerhalb

einer spezifischen Umwelt als unabhängiges, autonomes und selbstbestimmtes Wesen vorgeht, nicht universell gültig (Iwama 2006).

Die östliche Sicht auf den Menschen unterscheidet sich in vielerlei Aspekten von der westlichen und bildet somit auch die Grundlagen des Kawa-Modells. Wo im Westen Individualismus, Autonomie und Unabhängigkeit die maßgeblichen Begriffe sind, stehen im Osten das Kollektiv, die soziale Hierarchie und die gegenseitigen Abhängigkeiten eher im Mittelpunkt (Iwama 2006).

In der östlichen Lebenssicht ist das Selbst hinsichtlich des großen Ganzen dezentralisiert. Das Selbst ist keine separate Einheit und wird als untrennbarer Teil eines größeren Ganzen wie der Familie oder der Gesellschaft betrachtet, aber gleichermaßen auch als untrennbar mit der Natur und dem Kosmos verbunden. Es besteht immer eine Verbindung zu den Erfahrungen anderer. In der östlichen Sicht wird diese Verbindung jedoch nicht als linearer Zustand gesehen, sondern als Netzwerk, in dem alles sich auf alles auswirken kann. Das Interesse des Kollektivs und das gegenseitige Einverständnis haben Vorrang vor den Interessen des Einzelnen. Ruhe und Gelassenheit im „Sein“ werden als wichtige Eigenschaften angesehen. Harmonie und Einheit werden dadurch zu Schlüsselbegriffen.

Eine solche Dezentralisierung des Selbst führt auch zu einer sozial strukturierten Hierarchie. Wo man in der westlichen Welt einem bestimmten Status nahekommt, der aufgrund der persönlichen Möglichkeiten und Talente erreicht werden kann, erlangt man im Osten den Status im Allgemeinen eher auf der Grundlage des Alters und des sozialen Netzwerkes, dem eine Person angehört. Diese soziale Hierarchie beeinflusst die Beziehungen und Betätigungen des Alltags. Der Verhaltenskodex ergibt sich dadurch, wie man sich selbst im Verhältnis zu anderen in einer hierarchischen Rangordnung einordnet. Je nach Platzierung und Situation wird einem eine Rolle zugeschrieben und man übernimmt die Verantwortung dafür, diese Rolle gut auszufüllen.

Bei der Anwendung von Modellen, die ihren Ursprung in einer anderen Kultur als der des Klienten haben, ist es wichtig, dass man sich die möglichen Unterschiede in der Wahrnehmung und Bedeutung bestimmter Konzepte klar macht (Iwama 2006). Zur Kultur gehören untrennbar auch stets die Themen Gesundheit und Versorgung. Die Menschen lernen in ihrer Kultur, was „gesund“ und „Gesundheit“ bedeutet, wie Krankheit definiert ist, wie man mit Krankheit umgeht, was man tun kann, damit es einem wieder besser geht, wann man sich welche Hilfe holt usw. (Munoz 2007, Bonder 2013, Hasselkus 2011). Innerhalb der Ergotherapie versucht man, die Betätigungen des Klienten zu verstehen (Martins u. Reid 2007). Das Betätigten (occupation) ist auch ein kulturell determiniertes Konzept, das in den verschiedenen Kulturen mit unterschiedlichen Bedeutungen und Inhalten gefüllt wird (Iwama 2005, Brooke et al. 2007). Der Einsatz ergothera-

peutischer Modelle, die sich aus Auffassungen oder Konzepten ableiten, die (eventuell) vom Klienten nicht verstanden werden oder nicht mit seiner Lebensrealität in Einklang zu bringen sind, birgt die Gefahr, dass der Klient die Fragen des Ergotherapeuten nicht wirklich versteht. Auf der anderen Seite gibt es auch das Risiko, dass der Ergotherapeut die Berichte des Klienten mit seinem eigenen Bezugsrahmen in einer Weise interpretiert, die nicht dem entspricht, was der Klient eigentlich gemeint hat.

Interkulturelle Ergotherapie (cross cultural) bedeutet, sich im Gespräch von kulturellen Auffassungen, Normen und Wertvorstellungen der eigenen Kultur zu lösen. Dabei ist es wichtig, sich der eigenen Stellung und Position in der Gesellschaft und der wechselseitigen Beeinflussungen in der Klient-Therapeut-Beziehung bewusst zu sein. Dies wird auch als interkulturelle Kompetenz bezeichnet (Balcazar et al. 2009). Das bedeutet, dass man sich als Ergotherapeut der eigenen kulturell und sozial bedingten Normen und Werte, die man in den ergotherapeutischen Prozess mit einbringt und welche die Interpretationen und das professionelle Reasoning färben, bewusst ist und dass man dem Klienten mit einer offenen Haltung begegnet und seiner Lebensgeschichte zuhört, sodass man optimal auf ihn eingehen kann und die Kommunikation sich klar und offen gestaltet.

Das Kawa-Modell bietet die Möglichkeit, sich das tägliche Leben des Klienten offen, unvoreingenommen und erwartungsfrei anzusehen. Der narrative und interaktive Charakter des Kawa-Modells wird dabei als grundsätzlich ergotherapeutisch betrachtet (Kelly u. McFarlane 2007). Das ergotherapeutische Handeln wird dadurch auf die kulturellen Eigenheiten des Klienten ausgerichtet. Das setzt voraus, dass der therapeutische Prozess von einem möglichst großen Einverständnis zwischen Klient und Therapeut darüber geleitet wird, was für den Klienten im täglichen Leben alles bedeutungsvoll ist oder diesem Bedeutung verleiht.

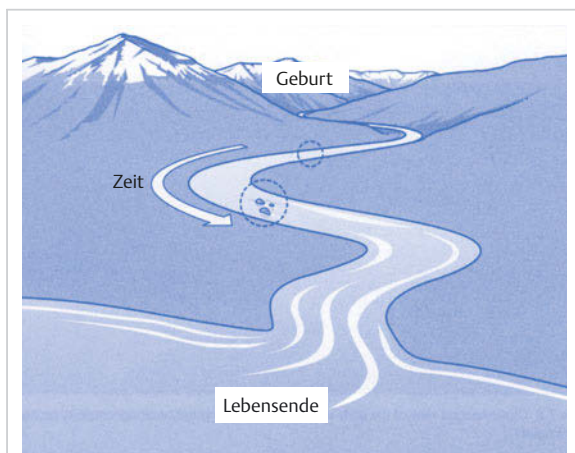


Abb. 20.2 Das Kawa-Modell des Lebensflusses.

20.4 Aufbau des Modells

„Kawa“ bedeutet „Fluss“ und das Kawa-Modell steht für das Bild vom Lebensstrom oder Lebensfluss. Dieser kann als ganzes Bild visualisiert werden (► Abb. 20.2), wobei der Fluss einen Anfang (Geburt) und ein Ende (Tod) hat. Indem man verschiedene Elemente im und um den Fluss mit einbringt, kann der Lebensfluss des Klienten in einer bestimmten Weise sichtbar gemacht werden (► Abb. 20.3). Auf diese Weise erhält man praktisch einen Querschnitt durch den Fluss. Die Struktur des Modells, seine unterschiedlichen Abschnitte im und um den Fluss herum, werden in diesem Abschnitt näher ausgeführt.

20.4.1 Mizu (Wasser)

Wasser steht im Kawa-Modell als Bild für die Lebensenergie, den Lebensstrom des Klienten. So wie das Leben eines Menschen mit allem verbunden und durch alles geformt wird, was ihn umgibt, berührt das Wasser, das in einem Fluss fließt, die Felsen, Wände und Ufer und alle übrigen Elemente, die Teil des Kontextes eines Flusses sind. Das Wasser beeinflusst alle Elemente in dem Fluss und umgekehrt wirken sich die Elemente im Fluss auf seinen Lauf aus.

Wenn das Wasser viel Platz hat, entsteht eine gute Strömung, sinnbildlich für einen guten Lebensstrom. Wenn es nur wenig Raum gibt, wird der Fluss des Wassers blockiert, wird die Strömung verlangsamt und der Verlauf des Flusses wird schwierig. Dies steht für eine schlechtere Gesundheit und ein vermindertes Wohlbefinden.

Das Wasser beeinflusst seinerseits wiederum die Elemente im Wasser. Wenn es gegen die Elemente stößt, kann es mitunter Teile losreißen oder glätten. Aber die Strömung des Wassers kann auch Schäden an den Elementen verursachen oder sie gar zerstören.

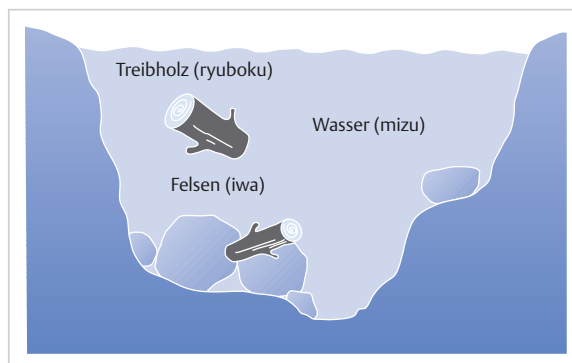


Abb. 20.3 Das Kawa-Modell: Querschnitt durch den Fluss.

20.4.2 Torimaki (Flussbegrenzung oder Flussbett): Kawa no soku-heki (Flussufer) und Kawa no zoko (Flussgrund)

Die Seiten und der Grund des Flusses bilden sowohl in sozialer als auch in physischer Hinsicht die Umwelt des Klienten. Die soziale Umwelt umfasst vor allem Personen, die in direkter Beziehung zum Klienten stehen. Sowohl die physische als auch die soziale Umwelt können den Strom des Flusses/den Lebensfluss verstärken oder abschwächen.

Wie die soziale und physische Umwelt zu einem bestimmten Zeitpunkt erlebt wird, spiegelt sich in der Darstellung der Flussbegrenzungen wider. Der Lebensfluss ist optimal, wenn die soziale Umwelt als harmonisch wahrgenommen wird. Die Flussseiten liegen ein Stück weit auseinander und der Flussgrund ist tief. Dies bietet dem Wasser viel Raum zum Fließen. Wenn die Strömung stark ist, verlagern sich die Steine im Flussbett und behindern die Strömung weniger.

Wenn die Umwelt jedoch nicht als harmonisch, sondern eher als beeinträchtigend und behindernd erlebt wird, ist der Fluss eng und flach und das Wasser hat weniger Platz zu fließen. Die anderen Elemente im Fluss wirken in dieser Situation eher als Hindernis oder Blockade der Strömung.

20.4.3 Iwa (Felsen)

Die Felsen stehen für besondere Bedingungen, die ein Hindernis im Leben eines Menschen bedeuten können. Es sind die Lebensumstände, die vom Klienten als problematisch und schwer zu ändern erlebt werden können. Felsen können von unterschiedlicher Form und Größe sein, und in dem einen Fluss befinden sich mehr als in einem anderen. Sie können auch von Beginn an im Fluss vorhanden sein, wie z.B. bei einer angeborenen Erkrankung, oder auch spontan im Fluss auftauchen, wie bei einer erworbenen Erkrankung, und auch vorübergehende Erscheinungen sein. Die Wirkung eines Felsens wird erkennbar, wenn und auf welche Art er mit seiner Umwelt in Berührung kommt. Die Beeinträchtigungen bei einem Kind etwa infolge einer Muskelerkrankung (z.B. nicht mehr in der Lage zu sein, die Wohnungstür zu öffnen) hängen von der physischen und sozialen Umwelt ab. Wenn in diesem speziellen Fall z.B. stets ein Elternteil anwesend ist oder das Kind die Möglichkeit zur Umweltsteuerung hat, wird wohl das Öffnen der Wohnungstür keine Schwierigkeit darstellen. Fehlen diese Möglichkeiten jedoch, kann es sehr wohl zum Problem werden.

Große und übereinander gelagerte Steine können die Strömung des Flusses ernstlich behindern. Andere Felsen bleiben unbemerkt, bis sie z.B. gegen das Flussufer stoßen und dadurch mit der sozialen und physischen Umwelt in Kontakt geraten.

20.4.4 Ryuboku (Treibholz)

Treibholz steht für die persönlichen Eigenschaften und die Ressourcen. Das kann z.B. der Charakter oder die Persönlichkeit sein, aber auch spezielle Fertigkeiten und immaterielle (Freunde, Familie) und materielle (Geld, Wohlstand) Güter, die einen positiven oder negativen Einfluss auf die Bedingungen des Lebensflusses eines Menschen haben können. In manchen Situationen kann das Treibholz zu einer Verbesserung der Strömung und zu einer Beschleunigung führen, indem es andere Elemente aus dem Fluss an den Rand drängt und dadurch dem Wasser mehr Platz verschafft. Es kann jedoch auch an Felsen hängen bleiben oder zwischen Felsen, Rändern und Grund eingeklemmt werden. Dann hat es eine behindernde und blockierende Wirkung auf die Strömung des Wassers.

20.4.5 Sukima (Platz zwischen Hindernissen und Blockaden)

In dem Bild von den Hindernissen und Blockaden gibt es Stellen, an denen das Wasser, der Lebensfluss, zwischen diesen hindurchströmt. Zumeist bilden die Hindernisse in einem Fluss verschiedene Räume für das Wasser, die alle ihre eigenen Begrenzungen haben, wie etwa Steine, die Flussufer oder Treibholz. Jeder Raum bietet dadurch eigene Möglichkeiten der Verbreiterung oder Vergrößerung. Der Fokus in der Ergotherapie richtet sich auf diese Erweiterungen, statt auf die einzelnen Hindernisse in dem Fluss (► Abb. 20.4). Damit wird einer holistischen Sichtweise Vorschub geleistet. Die Räume in dem Fluss entstehen durch das Zusammenspiel aller Elemente in einem Fluss und in seiner Umwelt.

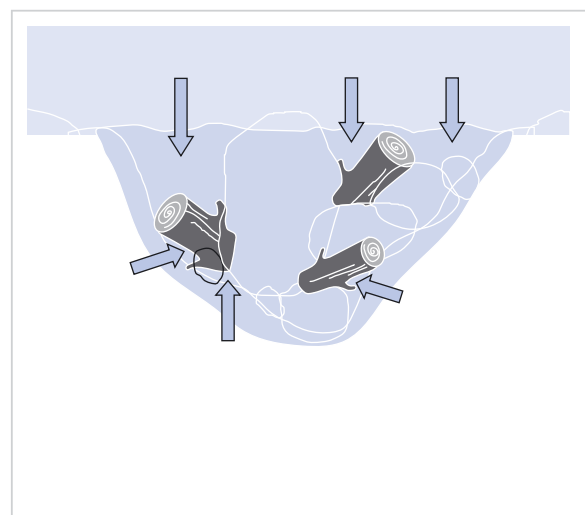


Abb. 20.4 Das Kawa-Modell: Ansatzpunkte für die ergotherapeutische Intervention.



Abb. 20.5 Beispiele für Strukturelemente und die Form: a Strukturelemente; b Form (Lim 2016).

20.4.6 Praktische Anwendung

Das Kawa-Modell verfügt über ein offenes Design, was bedeutet, dass man frei darin ist, das Modell nach eigener Auslegung anzuwenden. Die Strukturelemente können auf verschiedene Weisen interpretiert werden und das Modell kann auf unterschiedliche Weisen eingesetzt werden. Der Klient kann aufgefordert werden, seinen eigenen Fluss zu zeichnen, aber auch der Ergotherapeut kann sich daran machen, die Geschichte des Klienten durch die Zeichnung eines Flusses ins Bild zu fassen. Kee Hean Lim (2016) untersuchte in seiner Promotionsarbeit an der Ergotherapieschule der Brunel University in London die Nutzbarkeit des Kawa-Modells in sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Dazu fertigte er eine Art Puzzle aus einem gezeichneten Querschnitt eines Flusses an und gestaltete dazu lose Strukturelemente. Die Klienten wurden gebeten, mit diesen Dingen eine Momentaufnahme aus ihrem Leben darzustellen (► Abb. 20.5 und ► Abb. 20.6).

Studierende der Georgia Regents University entwickelten eine App, mit der sich ein Fluss mit allen Elementen erzeugen lässt.

Das Kawa-Modell lässt sich also auf verschiedene Weisen und in kreativer Form und zudem in verschiedenen Phasen des ergotherapeutischen Prozesses einsetzen. Die Entwickler geben in ihrem Buch auch Anregungen für verschiedene Schritte, doch weisen sie auch nachdrücklich darauf hin, dass Ergotherapeuten und Klienten sich entsprechend der Philosophie des Kawa-Modells gemeinsam auf die Suche nach der Form der Anwendung begeben sollten, damit es auch hinsichtlich der Betätigungsfragen hilfreich ist. Der folgende Stufenplan kann als grober Leitfaden angesehen werden:

- **Wer ist der Klient?** Auf dieser Stufe prüfen Ergotherapeut und Klient gemeinsam, ob und wie sich das Kawa-Modell einsetzen lässt, um der Geschichte des Klienten zu einer größeren Deutlichkeit zu verhelfen.
- **Überblick über den Kontext.** In diesem Schritt wird ein Querschnitt des Flusses gezeichnet, wobei alle Strukturelemente benannt und visualisiert werden.

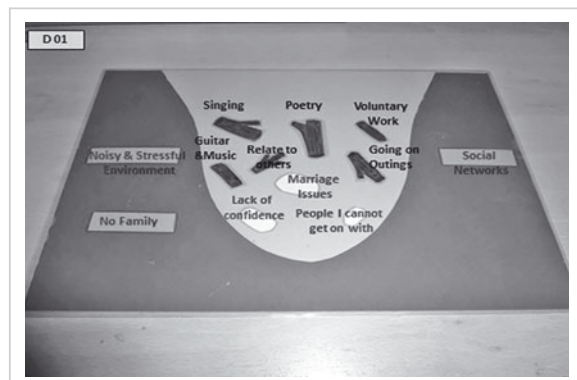


Abb. 20.6 Beispiel einer Form, in der ein Klient Strukturelemente platziert hat (Lim 2016).

- **Priorisierung der Interventionsmöglichkeiten.** Die Räume, in denen das Wasser fließt, werden markiert und näher untersucht. Wo gibt es Räume und wo kann man Möglichkeiten schaffen, um das Wasser strömen zu lassen? Was ist die Priorität des Klienten, an der man hinsichtlich der hinderlichen Elemente in seinem Fluss ansetzen kann?
- **Ermittlung des Fokus in der Ergotherapie.** Auf der Grundlage des vorherigen Schrittes wird gemeinsam ermittelt, auf was sich die Ergotherapie richten soll. Dieser Fokus wird mit den Worten des Klienten formuliert. Er ist bedeutsam und erfordert die direkte Teilhabe am ergotherapeutischen Prozess.
- **Intervention.** In diesem Schritt wird die Intervention geplant und implementiert.
- **Evaluation.** Die Intervention wird durch die neuerliche Zeichnung des Flusses evaluiert. Die Steine, das Treibholz, die Flusssseiten und der Flussgrund können ihre Form und Kontur ändern, müssen aber nicht alle verschwinden, um einen noch besseren Lebensfluss zu erreichen.

20.5 Mensch, Betätigung, Intervention und Veränderung

Das Kawa-Modell bedient sich eines Menschenbildes, dass einer östlich geprägten Weltsicht entspringt (Iwama 2006). Die wichtigsten kulturellen Merkmale, die ins Auge fallen, sind die wechselseitige Abhängigkeit statt der Unabhängigkeit und die Ausrichtung auf die Gegenwart statt auf die Zukunft. Fertigkeiten werden nicht als Funktionen der persönlichen Entwicklung und Entfaltung betrachtet, sondern als Funktion der Gruppe, der man zugehörig ist. Der Fluss ist in diesem Sinne eine sehr starke Metapher. Ein Fluss besteht nicht nur aus Wasser und nicht nur aus Ufern. Beide Aspekte sind erforderlich, um von einem Fluss sprechen zu können.

Aus der Beschreibung der verwendeten Strukturelemente lässt sich folgern, dass der Begriff des Betätigten (occupation) durch das Wasser symbolisiert wird. Wann man die Fluss-Metapher konsequent weiter vertieft, lässt

sich sagen, dass das Betätigen eines Flusses aus dem Fließenlassen des Wassers besteht. In diesem Sinne steht eine freie Strömung des Wassers als Symbol für Gesundheit und das Erfahren von Wohlbefinden.

Interventionen haben immer das Ziel, entweder das Volumen des Wassers oder die Kraft der Strömung zu erhöhen. Dies kann durch Eingriffe an verschiedenen Strukturelementen des Flusses erreicht werden. Diese Interventionen wollen nicht so sehr die Strukturelemente verändern, sondern viel mehr auf die Beziehungen zwischen den verschiedenen Elementen einzuwirken. Dort, wo verschiedene Elemente miteinander in Kontakt treten, gibt es auch Möglichkeiten zur Intervention.

Diese Perspektive auf den Menschen, das Betätigen und die Interventionen zielt vor allem auf den Umstand, dass die Interventionen des Ergotherapeuten sich immer aus den bestehenden Möglichkeiten des Klienten ableiten (Platz für das Wasser zu fließen) und weniger aus den bestehenden Beschränkungen (Steine u. ä.).

20

Theewaterskloof, Südafrika

Im Jahre 2004 startete in der südafrikanischen Westkap-Gemeinde Theewaterskloof ein einzigartiges Projekt. Dabei arbeiteten Studierende aus verschiedenen Ausbildungsstätten der Hochschulen in Arnhem und Nijmegen mit dem Ziel zusammen, einen Beitrag zum Entwicklungsplan von Theewaterskloof zu leisten. 2006 haben sich dann zwei Studierende der Ergotherapie im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten zu dem Projekt gestoßen, um sich der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Kinder aus der Gemeinde zu widmen.

Um sich einen Überblick über die ökonomischen und soziokulturellen Faktoren zu verschaffen und zu sehen, welchen Einfluss diese auf die Entwicklung der Kinder und ihrer schulischen Leistungen in der Gemeinde Theewaterskloof hatten, setzten die Studierenden das Kawa-Modell ein (► Abb. 20.7; Steggink et al. 2007).

Armut und Alkoholismus führen zu großen Schwierigkeiten in der Gemeinde. Je nach finanziellen Möglichkeiten der Familien wird in eher modernen Backsteinhäusern gelebt oder aber in sehr alten Lehmhäusern. Viele Familien wohnen in Häusern des sog. „Reconstruction and Development Program“ (RDP), die ein Zimmer haben und deren Erstellung von der Regierung in Auftrag gegeben wurde. Viele Menschen arbeiten für einen sehr geringen Lohn in der Landwirtschaft und die Arbeitstage sind sehr lang. Die Wochenenden werden vom Binge-Trinken geprägt, für das ein großer Teil des Verdienstes draufgeht. Infolge dieses Alkoholmissbrauches durch Männer und Frauen ist das Alkoholembryopathie-Syndrom unter Kindern weit verbreitet, was u. a. wiederum mit erheblichen Lernstörungen verbunden ist. Zudem sind die Kinder auch nicht vor physischer Gewalt geschützt und erfahren oftmals keine Unterstützung und Begleitung, die sie zu ihrer Entwicklung benötigen.

Die Schulklassen sind sehr groß und die Lehrkräfte verfügen nicht über die Fähigkeiten und das ausreichende Wissen, um diesen Kindern einen angemessenen Unterricht zuteilwerden zu lassen. Während des Projektes wurde den Studierenden immer klarer, dass die Analyse der Probleme stark von dem eigenen Hintergrund, den Erfahrungen und Ansichten geprägt wurde. Das Kawa-Modell wurde eingesetzt, um die Situation unvoreingenommen und ohne Wertungen zu erfassen.

Eine Analyse des Lebensflusses der Kinder anhand des Kawa-Modells zeigte, dass drei wichtige Aspekte die Entwicklung der Kinder beeinflussen: fehlendes Wissen und unzureichende Fertigkeiten seitens der Lehrkräfte hinsichtlich der Lernstörungen infolge des Alkoholembryopathie-Syndroms, eingeschränkte Mittel und Unterstützung sowie eine unzureichende Stimulation der sozialen Umwelt für die Entwicklung des Kindes.

Basierend auf dieser Analyse wurde die Einsetzung eines Kurses für Lehrkräfte und die Organisation eines Gemeinschaftstages beschlossen. Ziel dieser Interventionen war es, einen Beitrag zur Verbesserung des Lebensflusses durch die Fokussierung auf eine Verbreiterung der Flusssseiten und einer Vertiefung des Flussgrundes und sich dazu der Räume zwischen den verschiedenen Hindernissen in dem Fluss zu widmen.

Mit dem Kurs wurde versucht, das Wissen und die Fertigkeiten des Lehrpersonals zu vergrößern, indem man sie in die Lage versetzte, das Verhalten des Kindes zu verstehen und auf dieser Grundlage Anpassungen im Unterricht vorzunehmen, sodass dieser besser zu den Möglichkeiten der Kinder passte.

Um in einem ersten Schritt das erforderliche Bewusstsein für den Bedarf der Kinder an Stimulation und Unter-

20.5 Mensch, Betätigung, Intervention und Veränderung

Das Kawa-Modell bedient sich eines Menschenbildes, dass einer östlich geprägten Weltsicht entspringt (Iwama 2006). Die wichtigsten kulturellen Merkmale, die ins Auge fallen, sind die wechselseitige Abhängigkeit statt der Unabhängigkeit und die Ausrichtung auf die Gegenwart statt auf die Zukunft. Fertigkeiten werden nicht als Funktionen der persönlichen Entwicklung und Entfaltung betrachtet, sondern als Funktion der Gruppe, der man zugehörig ist. Der Fluss ist in diesem Sinne eine sehr starke Metapher. Ein Fluss besteht nicht nur aus Wasser und nicht nur aus Ufern. Beide Aspekte sind erforderlich, um von einem Fluss sprechen zu können.

Aus der Beschreibung der verwendeten Strukturelemente lässt sich folgern, dass der Begriff des Betätigten (occupation) durch das Wasser symbolisiert wird. Wann man die Fluss-Metapher konsequent weiter vertieft, lässt

sich sagen, dass das Betätigen eines Flusses aus dem Fließenlassen des Wassers besteht. In diesem Sinne steht eine freie Strömung des Wassers als Symbol für Gesundheit und das Erfahren von Wohlbefinden.

Interventionen haben immer das Ziel, entweder das Volumen des Wassers oder die Kraft der Strömung zu erhöhen. Dies kann durch Eingriffe an verschiedenen Strukturelementen des Flusses erreicht werden. Diese Interventionen wollen nicht so sehr die Strukturelemente verändern, sondern viel mehr auf die Beziehungen zwischen den verschiedenen Elementen einzuwirken. Dort, wo verschiedene Elemente miteinander in Kontakt treten, gibt es auch Möglichkeiten zur Intervention.

Diese Perspektive auf den Menschen, das Betätigen und die Interventionen zielt vor allem auf den Umstand, dass die Interventionen des Ergotherapeuten sich immer aus den bestehenden Möglichkeiten des Klienten ableiten (Platz für das Wasser zu fließen) und weniger aus den bestehenden Beschränkungen (Steine u. ä.).

Theewaterskloof, Südafrika

Im Jahre 2004 startete in der südafrikanischen Westkap-Gemeinde Theewaterskloof ein einzigartiges Projekt. Dabei arbeiteten Studierende aus verschiedenen Ausbildungsstätten der Hochschulen in Arnhem und Nijmegen mit dem Ziel zusammen, einen Beitrag zum Entwicklungsplan von Theewaterskloof zu leisten. 2006 haben sich dann zwei Studierende der Ergotherapie im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten zu dem Projekt gestoßen, um sich der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Kinder aus der Gemeinde zu widmen.

Um sich einen Überblick über die ökonomischen und soziokulturellen Faktoren zu verschaffen und zu sehen, welchen Einfluss diese auf die Entwicklung der Kinder und ihrer schulischen Leistungen in der Gemeinde Theewaterskloof hatten, setzten die Studierenden das Kawa-Modell ein (► Abb. 20.7; Steggink et al. 2007).

Armut und Alkoholismus führen zu großen Schwierigkeiten in der Gemeinde. Je nach finanziellen Möglichkeiten der Familien wird in eher modernen Backsteinhäusern gelebt oder aber in sehr alten Lehmhäusern. Viele Familien wohnen in Häusern des sog. „Reconstruction and Development Program“ (RDP), die ein Zimmer haben und deren Erstellung von der Regierung in Auftrag gegeben wurde. Viele Menschen arbeiten für einen sehr geringen Lohn in der Landwirtschaft und die Arbeitstage sind sehr lang. Die Wochenenden werden vom Binge-Trinken geprägt, für das ein großer Teil des Verdienstes draufgeht. Infolge dieses Alkoholmissbrauches durch Männer und Frauen ist das Alkoholembyopathie-Syndrom unter Kindern weit verbreitet, was u. a. wiederum mit erheblichen Lernstörungen verbunden ist. Zudem sind die Kinder auch nicht vor physischer Gewalt geschützt und erfahren oftmals keine Unterstützung und Begleitung, die sie zu ihrer Entwicklung benötigen.

Die Schulklassen sind sehr groß und die Lehrkräfte verfügen nicht über die Fähigkeiten und das ausreichende Wissen, um diesen Kindern einen angemessenen Unterricht zuteilwerden zu lassen. Während des Projektes wurde den Studierenden immer klarer, dass die Analyse der Probleme stark von dem eigenen Hintergrund, den Erfahrungen und Ansichten geprägt wurde. Das Kawa-Modell wurde eingesetzt, um die Situation unvoreingenommen und ohne Wertungen zu erfassen.

Eine Analyse des Lebensflusses der Kinder anhand des Kawa-Modells zeigte, dass drei wichtige Aspekte die Entwicklung der Kinder beeinflussen: fehlendes Wissen und unzureichende Fertigkeiten seitens der Lehrkräfte hinsichtlich der Lernstörungen infolge des Alkoholembyopathie-Syndroms, eingeschränkte Mittel und Unterstützung sowie eine unzureichende Stimulation der sozialen Umwelt für die Entwicklung des Kindes.

Basierend auf dieser Analyse wurde die Einsetzung eines Kurses für Lehrkräfte und die Organisation eines Gemeinschaftstages beschlossen. Ziel dieser Interventionen war es, einen Beitrag zur Verbesserung des Lebensflusses durch die Fokussierung auf eine Verbreiterung der Flusssseiten und einer Vertiefung des Flussgrundes und sich dazu der Räume zwischen den verschiedenen Hindernissen in dem Fluss zu widmen.

Mit dem Kurs wurde versucht, das Wissen und die Fertigkeiten des Lehrpersonals zu vergrößern, indem man sie in die Lage versetzte, das Verhalten des Kindes zu verstehen und auf dieser Grundlage Anpassungen im Unterricht vorzunehmen, sodass dieser besser zu den Möglichkeiten der Kinder passte.

Um in einem ersten Schritt das erforderliche Bewusstsein für den Bedarf der Kinder an Stimulation und Unter-

stützung ihrer Entwicklung zu wecken, wurde ein Gemein-schaftstag organisiert. Es fanden verschiedene Aktivitäten statt, was die Menschen der Gemeinschaft einander näher brachte und dazu anregte, gemeinsam Dinge zu unternehmen. Ein Beispiel dafür war eine Bastelaktion für sowohl Kinder als auch Eltern, die zeigte, wie leicht Spielzeug und Spiele selbst gemacht werden können.

Auf der Basis des Kawa-Modells wurde ein klares Bild der Lebenssituation der Kinder gezeichnet. Diese Visualisierung machte deutlich, wie sich alle Aspekte einander gegenseitig beeinflussen, wodurch eine Entscheidung über die Interventionen getroffen werden konnte. So konnte ein Beitrag zur Verbesserung des Lebensflusses der Kinder geleistet werden.

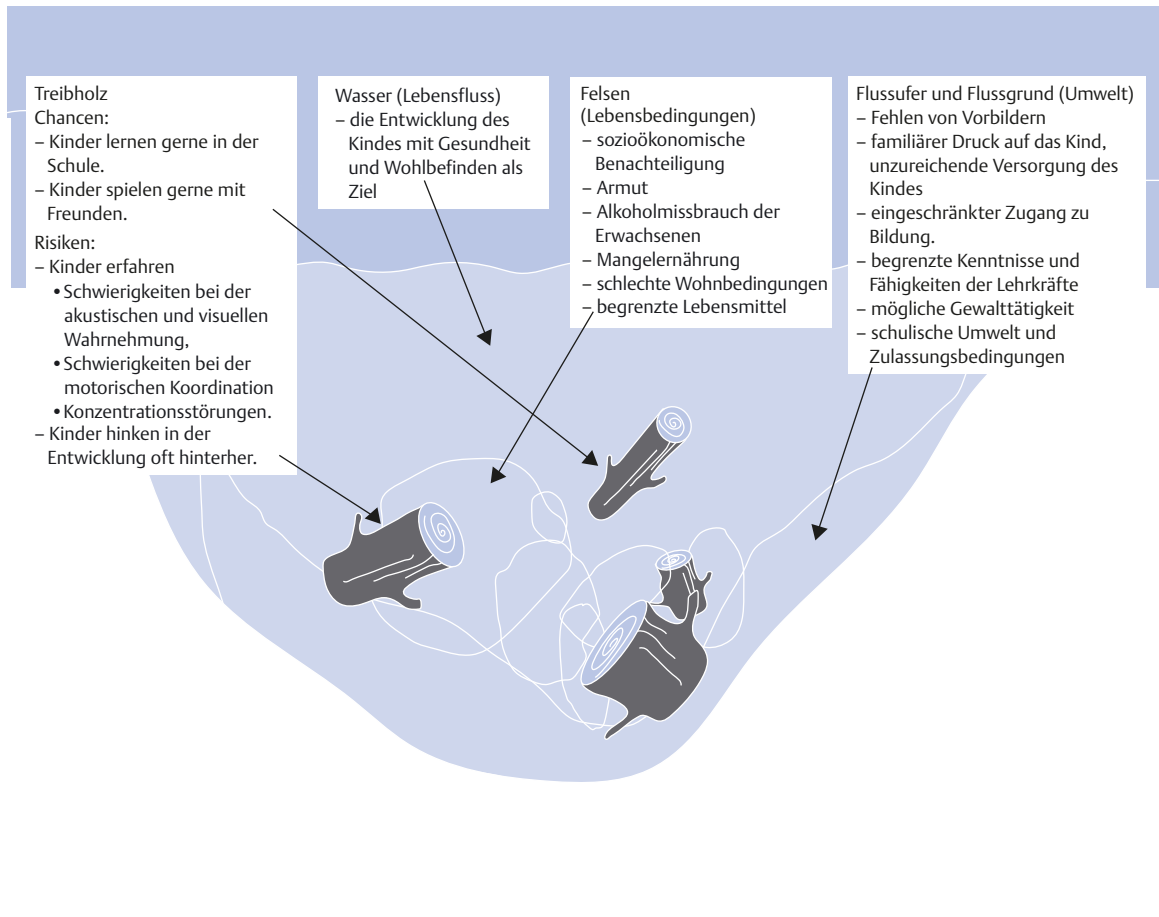


Abb. 20.7 Eine Kawa-Analyse aus Theewaterskloof (Steggink et al. 2007).

Mark

Der 27-jährige Mark hat sich nach der Realschule für ein freiwilliges soziales Jahr in einem Pflegeheim gemeldet. Nach Beendigung dieser Zeit konnte er sich für kein Studium entscheiden. Er hatte große Angst, die falsche zu treffen, was zur Folge hatte, dass er bis heute noch immer keine Entscheidung getroffen hat.

Mark wohnt noch zu Hause. Seine Eltern konnten es nicht mehr länger mit ansehen und holten sich Hilfe für Mark. Schon bald stellte sich heraus, dass Mark seit Jahren nicht mehr krankenversichert war und außerhalb seiner Familie überhaupt keine sozialen Kontakte mehr pflegte. Für Mark wurde ein Betreuer organisiert und eine Wohnung gesucht, wo er selbstständig wohnen konnte.

Mark kommt jetzt seit einem Jahr 2- bis 3-mal wöchentlich in die Ergotherapiepraxis. Der Ergotherapeut ging mit Mark einige Male in die neue Wohnung, um gemeinsam ermitteln, was für ihn wichtig war, um dort selbstständig leben zu können. Zum ersten Treffen mit dem Ergotherapeuten kam Mark in Begleitung seines Betreuers. Er gab sich sehr schüchtern und ließ kaum Blickkontakt zu. Der Ergotherapeut bediente sich bei Mark des Kawa-Modells und bat ihn um die Anfertigung einer Zeichnung seines Lebensflusses (► Abb. 20.8).

Auf das Gespräch über diese erste Zeichnung hin, wurden gemeinsam Ziele formuliert. Mark würde gerne selbstständiger werden, sich eine Arbeit suchen und Dinge, die er begonnen hat, auch zu Ende führen. Für den Kontakt zu anderen wünscht er sich die Fähigkeit, ein spontanes Gespräch beginnen zu können, ohne sich ständig zu fragen, ob, das was er gerade gesagt hat, auch das Richtige war. Im Anschluss daran zeichnete Mark den Querschnitt durch den Fluss, wie er ihn sich wünscht (► Abb. 20.9).

Im Laufe der Zeit zeigte Mark sich offener, begann auch mal ein Gespräch und wandte das Erlernte in der Praxis an. So geht er etwa tagtäglich spazieren, kommt selbstständig in die Praxis, hält Verabredungen ein, entwickelt eigene Ideen und beginnt sich für seine Umwelt zu interessieren.

Der Ergotherapeut hat Mark empfohlen, einen Tai-Chi-Kurs zu belegen. Diesem Rat ist er gefolgt und empfand die erste Stunde als positiv. Derzeit trainiert Mark eine Reihe alltäglicher Aktivitäten, die erforderlich sind, wenn er in seine eigene Wohnung umzieht. So übt der Ergotherapeut mit ihm etwa die Zubereitung des Frühstücks, Mittagessens und des Abendbrotes ein, ebenso das Einkaufen, die Haushaltsführung usw. Durch diese Aktivitäten lernt Mark auch, kleine Entscheidungen zu treffen, was ihm immer noch schwerfällt.

Er möchte auch gerne wieder einer Tätigkeit nachgehen. Neben dem Einrichten der Wohnung wird auch Zeit für eine Aufstellung von Marks Wünschen hinsichtlich der Freizeitgestaltung aufgewandt. Inzwischen hat Mark mehrmals in seiner Wohnung übernachtet. Er ist stolz über seine Fortschritte und zeigt sich zunehmend als stärkere Persönlichkeit. Seinen „Wunschfluss“ hat er auf Leinwand gemalt und

das Bild gemeinsam mit seinem Ergotherapeuten in der Wohnung aufgehängt (► Abb. 20.10).

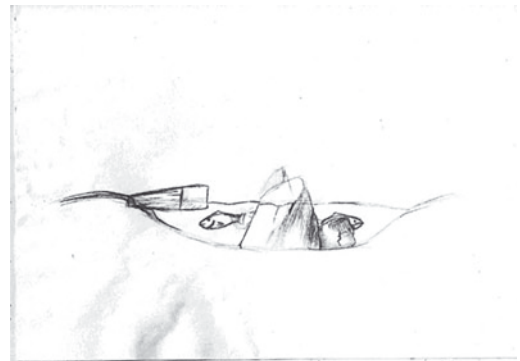


Abb. 20.8 Lebenslauf von Mark, 1. Zeichnung.

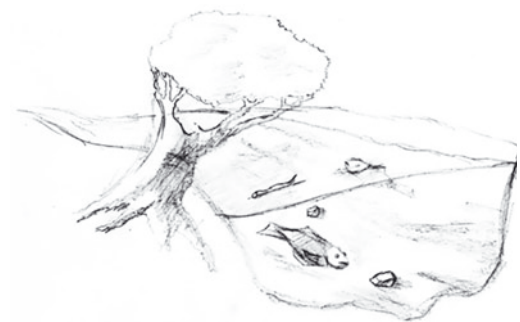


Abb. 20.9 Zeichnung von Mark zur erwünschten Situation.



Abb. 20.10 Mark zeichnet auf einer Leinwand die für ihn ideale Situation.

20.6 Diskussion

Duncan (2012) sagte, dass konzeptuelle Modelle das Ziel haben sollten, eine Ergotherapie zu ermöglichen, die Richtung der Interventionen aufzuzeigen und ein klientenzentriertes und betätigungsbasiertes Vorgehen sicherzustellen. Lim (2008), Carmody et al. (2007) und auch andere zeigten, dass das Kawa-Modell dies leisten kann. Es bietet die Möglichkeit, dem ergotherapeutischen Prozess eine Form zu verleihen und die ergotherapeutische Praxis zu unterstützen. Die Klienten gehen in ganz unterschiedlicher Weise an die Aufgabe heran, ihren persönlichen Fluss zu zeichnen, und der Ergotherapeut erhält dadurch etwas an die Hand, mit dem er sich auf die spezifischen Bedürfnisse des Klienten einzustellen vermag. Das Kawa-Modell verfügt über ein offenes Design, was bedeutet, dass man frei darin ist, das Modell nach eigener Auslegung anzuwenden. Die simple Natur der Metapher und dieses Design kann jeder verändern und den jeweils bestehenden Wünschen und Bedürfnissen derjenigen, die damit arbeiten, anpassen. Häufig liegen den ergotherapeutischen Modellen (kulturelle) Wertvorstellungen und Konzepte zugrunde, die den ergotherapeutischen Prozess und die Interpretationen des Therapeuten (entscheidend) beeinflussen können. Das Kawa-Modell bietet mit seinem Aufbau zur Visualisierung eines Flusses (Lebensfluss) ein alternatives Modell, das dem Verständnis des Betätigten des Klienten dient. Die Zeichnung eines Flusses darüber, wie der Klient sein Leben erlebt, macht erkennbar, dass die aufgeführten Fakten und Ereignisse im Leben einer Person nicht mit der Lebensgeschichte übereinstimmen müssen, wie der Klient sie in seinem Fluss einzeichnet und also erfährt (Cheng 2010). Oftmals werden Vermutungen und Interpretationen auf Grundlage der (medizinischen) Situation des Klienten angestellt, die bereits bekannt sind, bevor es zum ersten Handschlag zwischen Therapeut und Klient kommt. Fragenstellen, aktives Zuhören und das professionelle Reasoning reichen nicht immer aus, um sicherzustellen, dass die Perspektive des Klienten wirklich vollständig eingenommen wird. Das Kawa-Modell zwingt den Ergotherapeuten dazu, sich das Leben des Klienten aus dessen Sicht anzusehen (Cheng 2010).

Das Kawa-Modell lässt viel Platz, um die Stärken des Klienten herauszustreichen, statt lediglich den Fokus auf die Beeinträchtigungen zu legen. Der Klient wird gefordert innezuhalten und sich vorzustellen, wie er sein derzeitiges Leben wahrnimmt oder wie er es gerne erleben würde. Zudem bietet das Kawa-Modell dem Klienten und dem Ergotherapeuten die Möglichkeit sich klarzumachen, wie sich bestimmte Faktoren im Leben eines Menschen gegenseitig beeinflussen können. Das Kawa-Modell ist eine personenorientierte Sichtweise (Lim 2016).

Doch wenn das Kawa-Modell den Ergotherapeuten dazu ermutigt, die kulturelle Relevanz seines Handelns kritisch zu hinterfragen (Iwama 2006), bedeutet dies, dass

derselbe Ergotherapeut nicht vergessen darf, dass sich das Kawa-Modell ebenfalls im Rahmen eines bestimmten kulturellen Kontextes bewegt. Kelly und McFarlane (2007) weisen angesichts dessen darauf hin, dass das Kawa-Modell zu den narrativen Modellen zählt. Dies kann auch der Grund für seinen Erfolg im Westen sein, da hier das Narrativ zu den intuitiven Fertigkeiten sowohl des Ergotherapeuten als auch des Klienten gerechnet wird.

Durch sein offenes Design ist der Einsatz des Kawa-Modells recht niederschwellig und auf verschiedene Weisen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses möglich. Der Klient/das Klientensystem kann dazu veranlasst werden, seinen eigenen Fluss zu zeichnen, oder der Therapeut kann sich daran machen, den Fluss des Klienten zu skizzieren. Dies ist zu verschiedenen Zeitpunkten möglich – bei der Aufnahme, um sich einen Überblick über das Leben des Klienten zu verschaffen und um die Möglichkeiten einer Intervention auszuloten, oder als Evaluation, um einen Eindruck von dem Lebensfluss aus der Sicht des Klienten nach einer Intervention zu erlangen.

Der Einsatz des Kawa-Modells in der ergotherapeutischen Praxis erfordert Flexibilität und Kreativität (Carmody et al. 2007, Lim 2009). Um ein vollständiges Bild davon zu erhalten, wie der Fluss für einen bestimmten Klienten aussieht, sind gewisse Gesprächskompetenzen des Ergotherapeuten erforderlich. Es ist sehr wichtig, ein möglichst vollständiges Bild zu erhalten und die richtigen und angemessenen Entscheidungen bei der Interventionsauswahl treffen zu können. Vom Klienten erfordert dies die Fähigkeit, sich in die Metapher eindenken zu können. Manchen Klienten wird es schwerfallen, ihre Situation so weit zu abstrahieren und sie in die Metapher Fluss zu übersetzen. Die Interpretation der Strukturelemente des Kawa-Modells kann bei den Klienten sehr unterschiedlich ausfallen. Die inhaltliche Ausgestaltung ist somit sehr variabel, was Vergleiche und eine Standardisierung der erhaltenen Informationen schwierig macht.

Eine Standardleitlinie zur Verwendung des Kawa-Modells fehlt somit und es wurden (bisher) keine Assessments dafür entwickelt. Dadurch kann es recht variabel eingesetzt werden. Der Einsatz des Modells zu Forschungszwecken und in der evidenzbasierten Praxis ist also schwierig, da sich die Informationen nur sehr schlecht messbar machen lassen.

Das Kawa-Modell kann dabei helfen, den Basiskonzepten der Ergotherapie eine möglichst breite kulturelle Identität zu verleihen, sodass auch die Forschung eine denkbar weit gefasste kulturelle Relevanz erlangt (Kelly u. McFarlane 2007). Nach Kelly und McFarlane ist dies wichtig, um aus der eigenen kulturell bestimmten ergotherapeutischen Methodologie heraus nach universellen Merkmalen Ausschau zu halten, um dadurch der narrativen Kraft der Ergotherapie zu wissenschaftlicher Geltung zu verhelfen. Die Kraft des Kawa-Modells besteht in der expliziten kreativen Anforderung und in ihrer klientenzentrierten kulturellen Bedeutung.

20.7 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde das Kawa-Modell vorgestellt. Dieses aus der Praxis geborene Modell bezweckt die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes einer Person und die übersichtliche Darstellung des Lebensflusses eines Klienten, ohne dass damit bestimmte Werte verbunden wären. Die Metapher des Flusses steht dabei im Mittelpunkt, wobei das in dem Fluss fließende Wasser den Lebensfluss symbolisiert. Die Strömung bzw. den Platz, den das Wasser zum Fließen hat, wird von dem Flussbett, den Steinen oder Felsen und dem Treibholz bestimmt. Die Rolle der Ergotherapie besteht in der Ermöglichung und/oder der Optimierung des Lebensflusses.

20.8 Literatur

- Balcazar FE, Suarez-Balcazar Y, Taylor T. Cultural competence: Development of a conceptual framework. *Disabil Rehabil* 2009;31:1153–1160.
- Bonder BR. Culture in clinical care. New York: Slack; 2013.
- Brooke KE, Desmarais CD, Forwell SJ. Types and categories of personal projects: A revelatory means of understanding occupation. *Occupation Therapy International* 2007;14(4):281–296.
- Carmody S, Nolan R, Chonchuir NN, Curry M, Halligan C, Robinson K. The guiding nature of the kawa (river) model in Ireland, creating both opportunities and challenges for occupational therapists. *Occupational Therapy* 2007;14(4):221–236.
- Cheng IKS. Transforming practice: reflections on the use of art to develop knowledge and reflective practice. *Reflective practice* 2010;11(4):489–498.
- Dillard M, Andonian L, Flores O, Lai L, MacRae A, Shakir M. Culturally competent occupational therapy in a diverse populated mental health setting. *Am J Occup Ther* 1992;46(8):721–726.
- Duncan EAS. Foundations for practice in occupational therapy. 5. Aufl. London: Churchill Livingstone; 2012.
- Hasselkus BR. The meaning of everyday occupation. 2. Aufl. Thorofare (NJ): Slack; 2011.
- Iwama M. The kawa (river) model: Nature, life flow & the power of culturally relevant occupational therapy. In: Kronenberg F, Algado SS, Pollard N (Hrsg.). *Occupational therapy without borders*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005.
- Iwama MK. The kawa model: Culturally relevant occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006.
- Kelly G, McFarlane H. Culture or cult? The mythological nature of occupational therapy. *Occup Ther Int* 2007;14(4):188–202.
- Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy. 4. Aufl. Philadelphia (PA): FA Davis; 2009.
- Kinébanian A, Stomph M. Diversity matters: Guiding principles on diversity and culture. Amsterdam: World Federation of Occupational Therapists; 2009. <http://www.wfot.org/>
- Lim H, Iwama MK. Emerging models, an Asian perspective: The kawa (river) model. In: Duncan EAS (Hrsg.). *Foundations for practice in occupational therapy*. 4. Aufl. London: Elsevier; 2006.
- Lim KH. Working in a transcultural context. In: Creek J, Lougher L (Hrsg.). *Occupational therapy and mental health*. 4. Aufl. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008:251–276.
- Lim KH. Ebb and flow: reflections on the kawa model in practice and education. *Mental Health* 2009;14(2):55–57.
- Lim KH. Researching the utility of the Kawa Model in Mental health; 2016.
- Martins V, Reid D. New immigrant women in urban Canada: Insights into occupation and sociocultural context. *Occup Ther Int* 2007;14(4):203–220.
- Munoz JP. Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occup Ther Int* 2007;14(4):256–280.
- Neilson DL, McConnell D. HMP Canterbury Occupational Therapy Report 2011. Canterbury: Canterbury Christ Church University; 2011:13–15.
- Quiroga VAM. Occupational Therapy History: The First 30 Years, 1900 to 1930. Bethesda (MD): AOTA Press; 1995.
- Steggink L, Vries L de, Hess-Apri L, Satink T. Hyperactive children, let them learn and enjoy! Development understanding and support from an occupational therapy perspective in the rural context of Theewaterskloof municipality. *Afstudeerscriptie*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen; 2007.
- Strauss A, Corbin J. Grounded theory in practice. London: Sage; 1997. <http://www.kawamodel.com> <https://m.facebook.com/KawaModel/>

20.8.1 Internetseiten

<http://www.kawamodel.com>
<https://m.facebook.com/KawaModel/>

21 Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)

Inka Logister-Proost

„Der Mensch benötigt einen Orientierungsrahmen, damit er ein sich zusammenhängendes Bild von der Welt als Voraussetzung für kohärentes Handeln machen kann.“

Erich Fromm (1900–1980)

Keywords

- Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)
- Domäne
- Betätigungen (occupations)
- Klientenfaktoren (client factors)
- Performanzfertigkeiten (performance skills)
- Performanzmuster (performance patterns)
- Kontext und Umwelt (context and environment)
- Betätigungsprofil (occupational profile)
- Betätigungsanforderungen (activity demands)
- Prozess
- Evaluationsprozess
- Interventionsprozess
- Prozess der zielgerichteten Ergebnisse

Daoud

Daoud ist 4,5 Jahre alt und ein aufgewecktes Bürschen. Wie neugierig der Kleine ist! Er will alles sehen. Man muss sich nur einmal ansehen, wie er nach jedem Holztier greifen will. Und er versucht es immer und immer wieder! Wenn ich ihm etwas erkläre, hört er andächtig zu ... Es scheint so, als würde er sofort begreifen, was ich meine. Und wie er es genießt ...! Er ist ein kluges Kind, sehr wissbegierig und hat ein hohes Durchsetzungsvermögen!

Die Ergotherapiestudierende Maike wird von ihrer Betreuerin aufgefordert, ihre Beobachtungen an Daoud strukturiert zu dokumentieren. Nach einem Hinweis aus ihrer Interventionsgruppe beschließt sie, das OTPF herunterzuladen. Zu ihrer großen Erleichterung findet sie dabei ausführliche Tabellen mit Aufzählungen. Dadurch bekommt sie genügend Ideen, was sie alles bei ihrer Dokumentation und Analyse berücksichtigen könnte. Damit wird sie ein hilfreiches Betätigungsprofil von Daoud erstellen können.

21.1 Einleitung

Das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) ist eine Zusammenfassung von Definitionen und Begriffen aus der Ergotherapie und den ergotherapeutischen Prozessen und macht deutlich, wie dies alles miteinander in Zusammenhang steht. Das Framework wurde entwickelt, um den Beitrag der Ergotherapie für Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation einzelner Personen und auch Gruppen und Populationen durch Einbeziehung in das Betätigen zu verdeutlichen.

Das OTPF konkretisiert das Paradigma der Ergotherapie (Cole u. Tufano 2008; Kap. 17). Es handelt sich nicht um eine ergotherapeutische Taxonomie, Theorie und auch um kein Modell. Das Framework bietet jedoch einen Überblick über die Begrifflichkeiten und liefert konkrete Beispiele. Durch die Anordnung in Tabellen erhält die Vielzahl der ergotherapeutischen Fachbegriffe eine Struktur. Es wird in Kombination mit dem Wissen und den Evidenzen, die auf dem Gebiet des Betätigens und der Ergotherapie von Bedeutung sind, eingesetzt.

21.2 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Im Jahre 1979 brachte die American Occupational Therapy Association (AOTA) ein Dokument mit einer einheitlichen Terminologie zur Dokumentation ergotherapeutischer Leistungen heraus (AOTA 1979). 1989 und 1994 folgten eine 2. und eine 3. Auflage (AOTA 1989, 1994). Der Text verschob sich allmählich von einem uniformen Berichtssystem (das vom amerikanischen Gesundheitsministerium gefordert worden war) hin zu einer Beschreibung der Domänen der Ergotherapie.

1999 erschien dann „The guide to occupational therapy practice“ (Moyers 1999). Dieses Dokument und das Feedback auf die erwähnte 3. Fassung führten zu einer Weiterentwicklung: dem OTPF (AOTA 2002a, b), das in seiner heutigen Form von 2015 die 3. überarbeitete Version darstellt (AOTA 2015).

21.3 Theoretischer Unterbau

Das OTPF spiegelt die jüngsten Entwicklungen in der Ergotherapie wider und baut auf einer Reihe von Werten auf, die seit seiner Entstehung 1917 in den USA dem Berufsbild zu eigen sind. Es unterstreicht die Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung zu jedem Klienten und eines Interventionsplanes, der auf der Kenntnis der Umwelt, der Werte, der Ziele und der Bedürfnisse des Individuums basiert (Meyer 1922/1977). Das OTPF unter-

stützt auch die systematische Beobachtung und Interventionen, die wissenschaftlich begründet sind und der täglichen Praxis entsprechen (Dunton 1934).

Es knüpft an die gegenwärtige Perspektive in der Ergotherapie an: klientenzentriert, basierend auf dem Betätigten, den Kontext würdigend und evidenzbasiert. Im OTPF betont die Ergotherapie den Menschen als sich betätigendes Wesen und unterstreicht, wie wichtig es ist, dass Menschen durch ihr Betätigen in einem gesunden, produktiven und zufriedenen Leben eine Identität erhalten (Unruh 2004). Die Teilhabe am Betätigten erfolgt individuell oder gemeinsam mit anderen. Nach dem OTPF betrachten Ergotherapeuten einen Klienten als selbstständig, wenn dieser

- das Betätigen selbst ausführt,
- die Unterstützung organisiert, die, ungeachtet der Menge oder Art an Hilfe, notwendig ist, um zu partizipieren,
- den Aktivitäten in einer angepassten Umwelt nachgeht,
- verschiedene Hilfsmittel oder alternative Strategien einsetzt und
- die Aufsicht über die Vollendung der Aktivität anderer führen kann (AOTA 2002a).

Dies verweist auf die in unserer Gesellschaft wichtigen Werte Unabhängigkeit und Selbstständigkeit. Auch spielen Netzwerke eine wichtige Rolle, in denen Menschen einander helfen oder um Hilfe bitten können. Selbstständigkeit ist wichtig: Selbst entscheiden und tun zu können, was Menschen eben gerne tun, verleiht dem eigenen Leben einen Wert (Kaljouw u. Vliet 2015). Auch die Kerndomänen der Ergotherapie finden sich im OTPF wieder: die Ausrichtung auf die Partizipation in den sozialen Rollen und das Betätigen. Ein betätigungsorientierter Interventionsplan

- fußt auf dem Wissen über die Verbindungen zwischen der Person, ihrem Beteiligtsein bei bedeutungsvollen Betätigungen und dem Kontext,
- schafft Veränderungen oder Wachstum bei den Klientenfaktoren (Körperfunktionen, Körperstrukturen, Werte, Überzeugungen und Sinnggebung) und den Performanzfertigkeiten, die für eine erfolgreiche Partizipation erforderlich sind (motorische Fertigkeiten, prozessbezogene Fertigkeiten und soziale Interaktionsfertigkeiten) und
- führt ggf. zur Anpassung der Umwelt und zu Veränderungen des Kontextes (AOTA 2015).

Das OTPF kommt mit den Zielen der AOTA überein, nach denen sich Ergotherapeuten für das Wohlbefinden aller Personen, Gruppen und Populationen sowie für Inklusion und die Ablehnung von Diskriminierungen einsetzen (AOTA 2015). Hier besteht ein Unterschied zu unserer Sicht auf den Klienten: Personen, Organisationen und Populationen (Kap. 21.7 und Kap. 21.8).

Das OTPF schließt sich der WHO-Definition von Gesundheit an, die anerkannt hat, dass Gesundheit durch das Unvermögen, Aktivitäten auszuführen und zu partizipieren, beeinflusst wird. Dies kommt durch Barrieren in der Umwelt sowie durch Beeinträchtigungen, die mit Körperstrukturen und -funktionen in Zusammenhang stehen, zustande (WHO 2001; Kap. 21.8).

Die Domäne des OTPF knüpft auch teilweise an die ICF an (Kap. 7), die ja aus zwei Teilen besteht:

- Teil 1 klassifiziert und definiert Körperfunktionen und -strukturen, menschliche Aktivitäten und Partizipation
- Teil 2 klassifiziert und definiert Kontexte menschlicher Funktionen, d. h. die Umwelt (externe Einflüsse) und persönliche Kontexte (interne Einflüsse; WHO 2001).

Im OTPF werden hier noch die Performanzmuster und die Performanzfertigkeiten ergänzt. Das OTPF versucht sich mit der ICF zu verbinden, weil die ICF tatsächlich ja auch ein Framework ist und zu einer einheitlichen Sprachregelung der Professionals im Gesundheitssystem beiträgt.

21.4 Aufbau des Modells

Das OTPF ist in zwei Abschnitte untergliedert:

- die Domäne, in welcher der Ergotherapeut Wissen und Expertise besitzt (► Abb. 21.1)
- der Prozess, der das methodische Handeln des Ergotherapeuten, die Klientenzentrierung und das Beteiligtsein am Betätigten beschreibt (► Abb. 21.2)

Diese beiden Bereiche werden gesondert beschrieben (Kap. 21.5 bzw. Kap. 21.6), auch wenn sie untrennbar miteinander verbunden sind (► Abb. 21.3). Während der Ergotherapie kommt es zu einer Wechselwirkung zwischen der Domäne und dem Prozess. Das Ergebnis zielt auf die Ausführung von Aktivitäten (das bedeutungsvolle Betätigen), die Rollenkompetenz und die Partizipation am täglichen Leben.

Das OPTF enthält übersichtliche Tabellen und Listen. Diese Tabellen können zur Unterstützung der Dokumentation und zur Analyse von Informationen des Klienten eingesetzt werden. Zudem ist ein Gebrauch im Rahmen der Beobachtungen des Klienten, der Aktivitätsanalyse und der Vorbereitung der ergotherapeutischen Intervention mit dem Klienten möglich. Es finden sich auch ein Anhang, ein Glossar, Literaturangaben und eine Bibliografie.

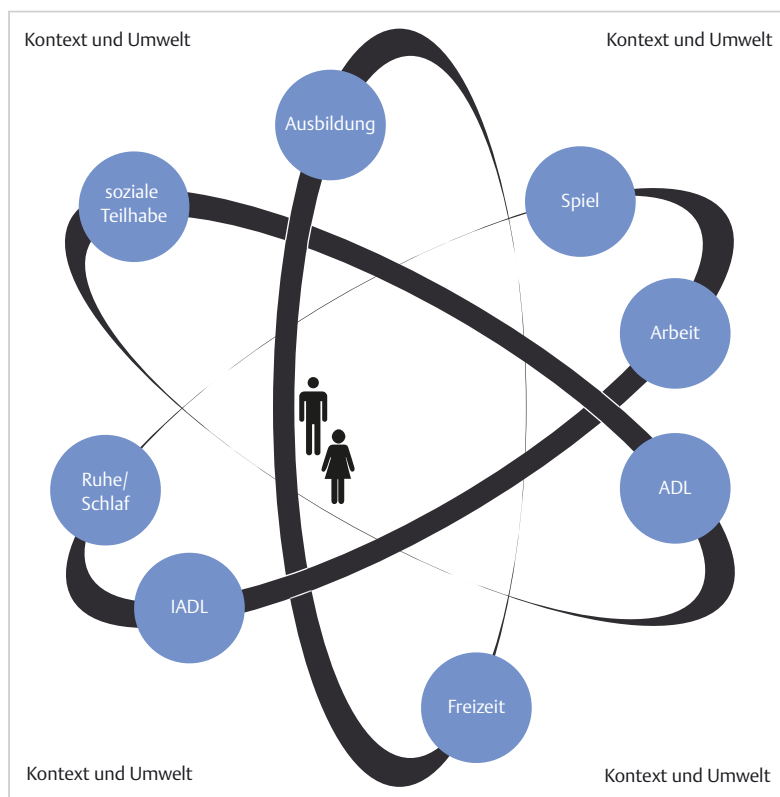


Abb. 21.1 Domänen in der Ergotherapie (AOTA 2015).

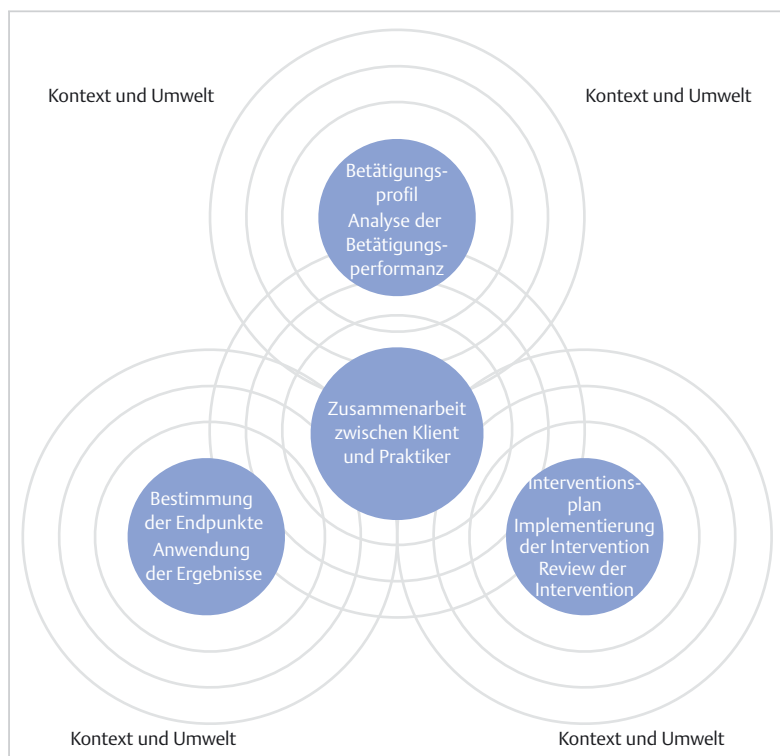


Abb. 21.2 Ergotherapieprozess (AOTA 2015).

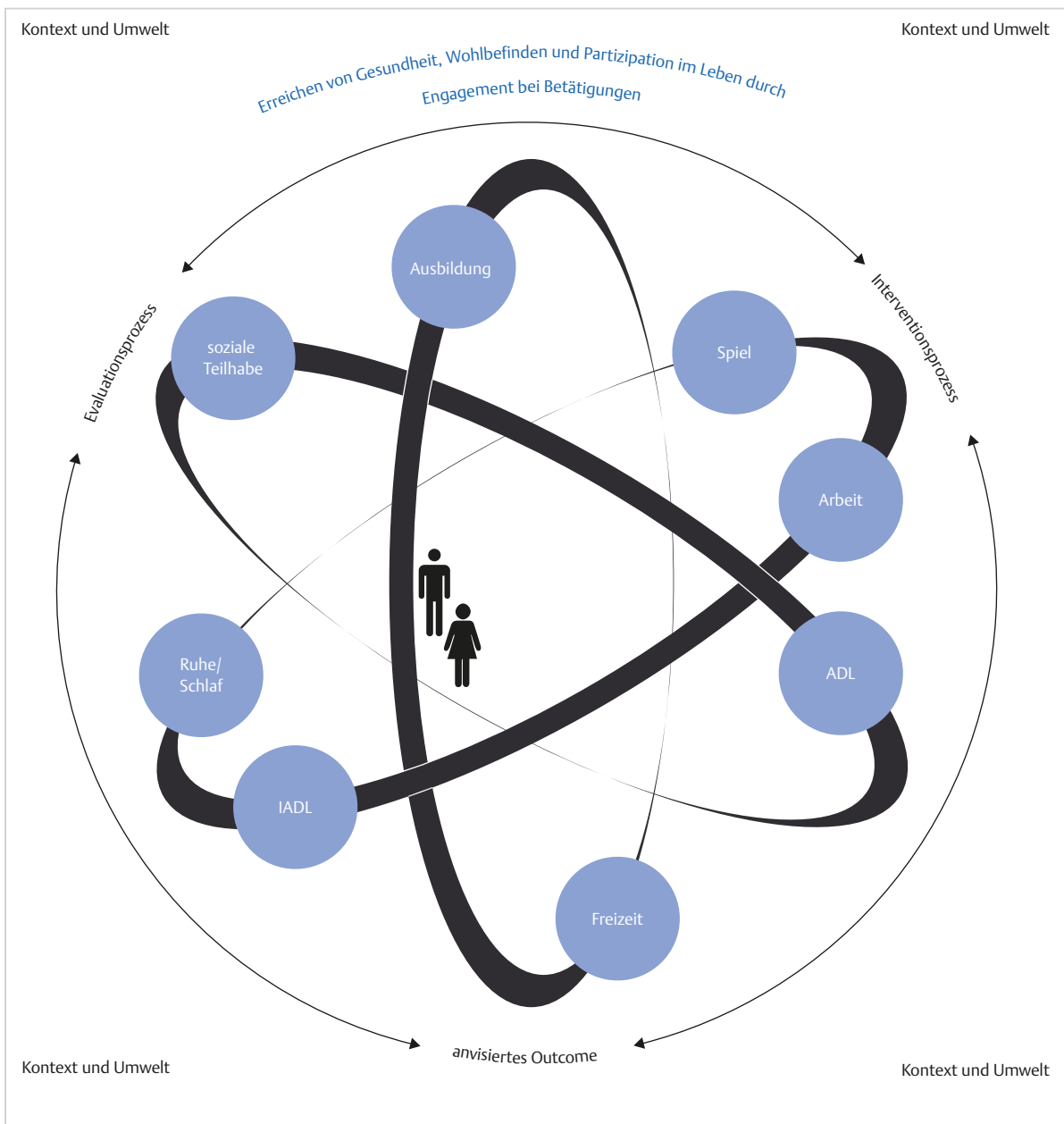


Abb. 21.3 Ergotherapie – Domänen und Prozess (AOTA 2015).

21.5 Domäne

Das OTPF beschreibt die Domäne der Ergotherapie wie folgt:

„Durch Einsatz der zentralen Elemente, des Wissens und der Fertigkeiten helfen Ergotherapeuten den Klienten (Personen, Gruppen oder Populationen) beim Betätigen und bei den täglichen Aktivitäten, denen sie nachgehen wollen oder sollten, in einer Weise, die ihrer Ge-

sundheit und der Partizipation zuträglich ist“ (AOTA 2015).

Die Domäne (► Abb. 21.1) besteht aus fünf gleichwertigen Aspekten ohne hierarchische Abfolge. Zwischen allen Aspekten bestehen Wechselwirkungen und sie beeinflussen den Klienten im Beteiligtsein an seinem Betätigen, bei der Partizipation und in seiner Gesundheit (AOTA 2008; ► Tab. 21.1).

Tab. 21.1 Aspekte der Domäne Ergotherapie im OTPF (AOTA 2015).

Betätigungen (occupations)	Klientenfaktoren (client factors)	Performanzfertigkeiten (performance skills)	Performanzmuster (performance patterns)	Kontext und Umwelt (context and environment)
<ul style="list-style-type: none"> • ADL • IADL • Ruhe/Schlaf • Bildung • Arbeit • Spiel • Freizeit • soziale Teilhabe 	<ul style="list-style-type: none"> • Werte, Überzeugungen und Spiritualität • Körperfunktionen • Körperstrukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • motorisch • prozessbezogene Fertigkeiten • soziale Interaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewohnheiten • Routinen • Rituale • Rollen 	<ul style="list-style-type: none"> • kulturell • personbezogen • zeitlich • virtuell • physisch • sozial

21.5.1 Aktivitäten

Im OTPF sind Aktivitäten (occupations) die Betätigungen der Menschen. Das Betätigen spielt sich in einem Kontext ab und wird von der Wechselwirkung zwischen den Klientenfaktoren, den Performanzfertigkeiten und den Performanzmustern beeinflusst.

Aktivitäten brauchen Zeit, haben ein Ziel, eine Bedeutung und nützen dem Klienten. Aktivitäten können von anderen beobachtet (z. B. die Zubereitung einer Mahlzeit)

oder vom Klienten allein vollführt werden (zum Lernen ein Buch lesen).

Das Betätigen kann mehrere Aktivitäten umfassen. Innerhalb des OTPF wird es in verschiedene Kategorien unterteilt: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Erholung und Schlaf, Ausbildung/Unterricht, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Partizipation (► Tab. 21.2 u. Kap. 21.7.2).

Tab. 21.2 Aktivitäten (AOTA 2015).

Umschreibung	Beispiele
Die ADL sind auf die Pflege des eigenen Körpers ausgerichtet; grundlegende Aktivitäten, um am Leben zu bleiben.	Baden/Duschen, Körperpflege, Toilette und Hygiene, Ankleiden, Essen und Schlucken, Fortbewegung und Mobilität, Sexualität
Instrumentale Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) unterstützen das Leben zu Hause und im Viertel; oft komplexer als ADL.	Versorgung von Mitmenschen, Haustieren, Kinder, Einsatz von Kommunikationsmitteln, Mobilität, Finanzen, Gesundheit, Haushalt, Zubereitung von Mahlzeiten, religiöse Aktivitäten, sich kümmern um die eigene Sicherheit, Erledigungen machen/Einkaufen
Ruhe und Schlaf sind Aktivitäten, die der Genesung förderlich sind und zur gesunden und aktiven Teilhabe an den täglichen Aktivitäten beitragen.	Ruhe, Vorbereitung des Schlafes, Schlafen
Schulische und berufliche Ausbildung sind lehrreiche Aktivitäten, die in einer Lernumwelt stattfinden.	formelle Teilnahme an Schule und Ausbildung, Kursen usw.; informeller Bedarf an Ausbildung und Entwicklung; informelle Teilnahme an der persönlichen Bildung
Arbeit gibt es mit und ohne finanzielle Entlohnung.	berufliches Interesse, Bewerbung, Durchführung von Arbeiten, Vorbereitung auf den Ruhezustand, Freiwilligenarbeit
Das Spiel ist eine spontane oder organisierte Aktivität, die Spaß und Unterhaltung bietet.	Spiele entdecken und daran teilnehmen
Die Freizeit besteht aus Aktivitäten, die nicht verpflichtend sind und aus einer intrinsischen Motivation heraus durchgeführt werden.	Möglichkeiten in der Freizeit erkunden, vorbereiten und Freizeit verbringen
Die soziale Teilhabe besteht aus Aktivitäten, die notwendig sind, um an der Gemeinschaft, der Familie und am Freundes- und Kollegenkreis teilzuhaben, sei es durch direkten Kontakt oder durch Kommunikationsmittel.	Gesellschaft, Familie, Freunde, Kollegen und Bekannte (z. B. Altersgenossen)

21.5.2 Klientenfaktoren

Klientenfaktoren sind die spezifischen Kapazitäten, Merkmale oder Überzeugungen einer Person, die einen Einfluss auf die Ausführung von Aktivitäten haben können. Das OTPF sieht Klientenfaktoren als Werte, Überzeugungen, Spiritualität, Körperfunktionen und Körperstrukturen. Diese Klientenfaktoren werden durch die An- oder Abwesenheit von Krankheiten, Deprivation, Behinderungen und Lebenserfahrungen beeinflusst.

Das Vorhandensein spezifischer Körperfunktionen und -strukturen ist keine Bedingung für den Erfolg bei der Ausführung täglicher Aktivitäten. Das Fehlen spezifischer Körperfunktionen und -strukturen bedeutet ebenso wenig automatisch, dass der Klient Beeinträchtigungen beim Betätigen erfährt. Eine angepasste physische Umwelt oder Unterstützung und Hilfe aus der sozialen Umwelt sind Faktoren, die der Klient nutzen kann, um auf die Ausführung Einfluss zu nehmen (AOTA 2008).

Frau Behrends

Frau Behrends hat den „grünen Daumen“. Sie ist ganz verrückt nach Pflanzen und Gartenarbeit. Nach einer Unterschenkelamputation fällt ihr der Transport großer und schwerer Dinge schwer. Ihr Partner trägt ihr den schweren Sack Erde aus der Laube an ihre Arbeitsstelle und setzt ihn gleich neben ihr ab, sodass sie dann wieder selbst mit dem Umtopfen fortfahren kann.

Klaus

Klaus will keine ambulante Pflege. Er hält es nicht für erforderlich und möchte seine Privatsphäre behalten. Er legt sich selbst einen Duschhocker aus dem Baumarkt zu und bittet seinen Nachbarn, ihn an der Wand zu montieren, sodass er wieder selbstständig duschen kann.

Die Klientenfaktoren unterscheiden sich bei Personen, Organisationen und Populationen nicht so sehr (► Tab. 21.3).

21.5.3 Performanzfertigkeiten

Performanzfertigkeiten (performance skills) sind als zielgerichtete Aktionen definiert, die als kleine Einheiten während der Durchführung und des Beteiligtseins bei einer täglichen Aktivität wahrnehmbar sind (AOTA 2015). Performanzfertigkeiten werden erlernt, entwickeln sich im Laufe der Zeit und finden dann in speziellen Kontexten und Umwelten statt. Die Performanzfertigkeiten lassen sich unterteilen in motorische Fertigkeiten, prozessbezogene Fertigkeiten und soziale Interaktionsfertigkeiten (Fisher u. Griswold 2014). Diese Kategorien sind untereinander verbunden.

Ergotherapeuten beobachten und analysieren Performanzfertigkeiten, um den Zusammenhang zwischen den zugrunde liegenden Faktoren, die bedeutungsvolles Betätigen fördern oder behindern, zu verstehen (AOTA 2015). Performanzfertigkeiten werden durch Körperfunktionen (innerhalb des Kontextes) möglich gemacht. Mit anderen Worten: Die Körperfunktionen und -strukturen machen die Performanzfertigkeiten möglich, welche die Kapazitäten der Person widerspiegeln. Performanzfertigkeiten werden kombiniert eingesetzt, sodass eine Person in die Lage versetzt wird, eine Aktivität auszuführen. Eine Veränderung bei einer Performanzfertigkeit kann sich auch auf andere Fertigkeiten auswirken (► Tab. 21.4).

Tab. 21.3 Klientenfaktoren bei einer Person, einer Gruppe und einer Population (AOTA 2015).

Klientenfaktoren	Beschreibung
Werte (values), Überzeugungen (beliefs) und Spiritualität (spirituality): die Wahrnehmung und Motivation des Klienten, die Bedeutung, die er der Aktivität beimisst	Werte, Überzeugungen und Bedeutungen beeinflussen die Teilhabe an Aktivitäten und umgekehrt: Die Teilhabe an Aktivitäten beeinflusst Wahrnehmung, Motivation und Bedeutung.
Körperfunktionen beziehen sich auf das physiologische und psychologische Funktionieren von Körpersystemen (WHO 2001). Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und deren Teile (WHO 2001).	Körperstrukturen und Körperfunktionen sind miteinander verbunden. So sind z. B. Herz und Blutgefäße Körperstrukturen, welche die kardiovaskuläre Funktion unterstützen.

Tab. 21.4 Performanzfertigkeiten innerhalb der Domäne im OTPF (AOTA 2015).

Performanzfertigkeiten	Beschreibung
motorische Fertigkeiten	beobachtete Performanzfertigkeiten einer Person (1) im Umgang mit den zur Erfüllung einer Aufgabe benötigten Materialien und (2) sich selbst und mit Materialien in der Umwelt fortzubewegen (Boyt Schell et al. 2014a)
prozessbezogene Fertigkeiten	beobachtete Performanzfertigkeiten einer Person, (1) Werkzeuge und Materialien auszuwählen und zu verwenden, (2) Aktionen und Einzelschritte auszuführen und (3) bei Schwierigkeiten die Ausführung anpasst (Boyt Schell et al. 2014a)
soziale Interaktionsfertigkeiten	beobachtete Performanzfertigkeiten beim sozialen Austausch und bei der Informationsbeschaffung zwischen zwei oder mehr Personen; Sozialverhalten, Kooperation (Boyt Schell et al. 2014a)

Karoline schreibt

Während Karoline eine Glückwunschkarte schreibt und zum Versand fertigmacht, beobachtet der Ergotherapeut eine ungewöhnliche Schrittabfolge bei der Durchführung (prozessbezogene Fertigkeit „Reihenfolge“ mit direkten Konsequenzen für die Fertigkeit „sich zielgerichtet betätigen“). Durch das Besprechen der Aktivität im Vorfeld hält Karoline die richtige Reihenfolge ein, die sie sich auch auf einem Zettel notiert. Dadurch kann sie die Performanzfertigkeit „Einhalten der Reihenfolge“ adäquat umsetzen, wodurch auch die Beeinträchtigungen bei „sich zielgerichtet betätigen“ verschwinden. Beide Aktivitäten führen am Ende zum gewünschten Ergebnis.

Die beobachteten Performanzfertigkeiten werden von den grundlegenden Körperfunktionen (Muskeln und Muskelkraft zum Halten des Stiftes) und dem Kontext unterstützt (der Kontakt zum Geburtstagskind, der Platz, das Büro, in dem Karoline schreibt, der Stuhl, auf dem sie dabei sitzt).

Herr Bauers

Seit der Pensionierung, dem Tod seiner Frau und der Scheidung seiner Tochter steht Herr Bauers allzeit bereit, um seine Rolle als Großvater für seine Enkel einzunehmen. Er holt sie von der Schule ab, gibt ihnen etwas zu trinken, hört sich ihre Geschichten an und hilft ihnen bei den Hausarbeiten. Seine Tochter kocht für alle, wenn sie von der Arbeit zurückkommt, und er bleibt dann immer noch zum gemeinsamen geselligen Abendessen (soziale Rolle).

Ostern

Das Osterfest verläuft bei der Familie Küppers nach festen Gewohnheiten. Alle treffen sich im Elternhaus zum gemeinsamen Osterfrühstück und gehen danach in die Kirche. Anschließend wird Kaffee zum Osterstollen getrunken. Schließlich wird mit allen Enkelkindern der Garten nach Ostereiern abgesucht (Ritual).

21.5.4 Performanzmuster

Performanzmuster (performance patterns) sind Gewohnheiten, Routinen, Rollen und Rituale beim Betätigen. Sie können das sinnvolle Betätigen unterstützen oder auch behindern (AOTA 2015).

Frau Braun

Frau Braun kontrolliert nach dem Kochen stets, ob sie auch alle Herdplatten ausgeschaltet hat (Gewohnheit).

Maike

Maike nimmt ihr Frühstück immer zuerst im Bademantel ein und liest die Zeitung auf ihrem Tablet. Danach nimmt sie auch ihre Medikamente ein. Dann geht sie sich schließlich waschen und anziehen (Routine).

Performanzmuster entwickeln sich im Laufe der Zeit und werden von allen anderen Aspekten der ergotherapeutischen Domäne beeinflusst. Wenn die Ergotherapeuten diese Performanzmuster mit den Klienten besprechen, können sie ein größeres Verständnis dafür entwickeln, wie die Aktivitäten (und deren Häufigkeit) im Leben des Klienten integriert sind. Ein Klient kann grundsätzlich zur Durchführung einer Aktivität imstande sein, doch wenn er die Performanzfertigkeiten nicht in ein aktives Performanzmuster umsetzt, können Gesundheit und Partizipation darunter leiden (► Tab. 21.5). Verfügt z.B. ein Klient über die Performanzfertigkeiten und die Mittel, um sich zu waschen, anzuziehen und eine Mahlzeit zuzubereiten, ohne dass er die Aktivitäten in eine konsistente Routine einzubinden vermag, kann er dennoch mit schlechter Ernährung und sozialer Isolation zu kämpfen haben (AOTA 2015).

Tab. 21.5 Performanzmuster im OTPF (AOTA 2015).

Performanzmuster	Beschreibung
Gewohnheiten	Tendenz, in vertrauten Umwelten und Situationen immer gleich zu reagieren und sich gleich zu verhalten; wiederholtes spezifisches, automatisches Verhalten mit geringer Variation (Boyt Schell et al. 2014a)
Routinen	Verhaltensmuster; bringt Struktur in das tägliche Leben. Routinen können nützlich sein oder Schaden anrichten. Routinen erfordern kurzfristiges Engagement und passen in kulturelle und ökologische Zusammenhänge (Fiese 2007, Segal 2004)
Rituale	symbolische Betätigungen mit spiritueller (sinnstiftender), kultureller oder sozialer Bedeutung, die zur Identität einer Person beitragen und Werte und Glauben stärken. Rituale haben eine starke affektive Komponente und bestehen aus einem Bündel von Ereignissen (Fiese 2007, Segal 2004).
Rollen	Reihe von Verhaltensweisen, die den Erwartungen der Gemeinschaft entsprechen und durch Kultur und Kontext geprägt sind; weitere Ausdefinierung durch den Klienten (der Ideen dazu hat)

Tab. 21.6 Kontext und Umwelt im OTPF (AOTA 2015).

Kontext und Umwelt	Beschreibung
kultureller Kontext	Gewohnheiten, Glauben, Aktivitätenmuster, Verhaltensnormen und Erwartungen, die von der Gemeinschaft, welcher der Klient angehört, akzeptiert werden. Der kulturelle Kontext beeinflusst die Identität und die Aktivitätenauswahl des Klienten.
persönlicher Kontext	charakteristisch für das Individuum unabhängig vom Gesundheitszustand (WHO 2001). Zum persönlichen Kontext gehören Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Bildungsniveau und ggf. die Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder Population.
zeitlicher Kontext	die Zeit, wie sie in Bezug auf Aktivitäten erlebt wird; der zeitliche Aspekt der bedeutungsvollen Betätigung im Rahmen der täglichen Betätigungsmuster, einschließlich Rhythmus, Tempo, Dauer und Reihenfolgen (Larson u. Zemke 2003, Zemke 2004). Der zeitliche Kontext steht in Zusammenhang mit der Lebensphase, der Jahreszeit oder dem bestimmten Tag im Jahr, der Dauer und dem Rhythmus der Aktivität und der Geschichte.
virtueller Kontext	Umwelt, in der die Kommunikation über das Internet und den Computer erfolgt, ohne dass ein physischer Kontakt besteht; beinhaltet Simulation, Echtzeit- oder Near-Time-Umwelten wie Chaträume, E-Mail, Videokonferenzen; Funkübertragung; Fernüberwachung über drahtlose Sensoren oder Computerdaten
physische Umwelt	die natürlichen und gebauten nicht menschlichen Umwelten und die Objekte in diesen Umwelten; die natürliche Umwelt umfasst Land, Pflanzen und Tiere und ihre sensorischen Qualitäten; zur gebauten Umwelt gehören Gebäude, Möbel, Werkzeuge, Hilfsmittel
soziale Umwelt	Anwesenheit von Personen, Beziehungen zu Personen und Erwartungen von Personen, Gruppen und Populationen, mit denen der Klient in Kontakt steht; bedeutsame Personen wie Partner, Freunde, Angehörigepfleger, auch deren Erwartungen; Beziehungen zu Einzelpersonen, Gruppen oder Populationen, die Standards, Rollenerwartungen und soziale Routinen mitprägen (politisch, ökonomisch, institutionell)

21.5.5 Kontext und Umwelt

Das Beteiligtsein und Partizipieren an Betätigungen erfolgt innerhalb einer sozialen und physischen Umwelt, die sich im Kontext befindet. In der Literatur werden die Begriffe Umwelt (environment) und Kontext oft durcheinander verwendet. Im OTPF werden beide Begriffe genutzt, um interne und auch externe Zustände zu berücksichtigen, die einander beeinflussen und sich auf die Ausübung einer Aktivität auswirken.

Der Begriff „Umwelt“ bezieht sich auf:

1. die natürliche und bebaute physische Umwelt, in der sich das Betätigen ereignet
2. auf die soziale Umwelt, die aus der Anwesenheit von Menschen, deren Beziehung zum Klienten und ihren Erwartungen an den Klienten erwächst.

Bei den Kontexten unterscheidet man kulturelle, persönliche, zeitliche und virtuelle. Manche Kontexte sind extern zum Klienten (z. B. virtuell), andere intern (z. B. persönlich) oder auch beides betreffend (z. B. kulturell). Die Kontexte sind eng miteinander verbunden und häufig weniger greifbar als die physische und soziale Umwelt und üben doch einen starken Einfluss auf das Betätigen aus (► Tab. 21.6).

Das Funktionieren eines Menschen reicht für eine vollständige Partizipation oder zur Sinngebung und zum Erreichen eines Zieles nicht aus. Es ist wichtig, dass der Klient hinreichend an der Welt um ihn herum beteiligt ist, die aus einer einzigartigen Kombination aus Kontexten und Umwelten besteht. Mit allen Kontexten und Umwelten verflochten ist das Konzept des Rechts auf Betätigungsgerechtigkeit (occupational justice): das Recht auf

die inklusive Partizipation an alltäglichen Aktivitäten für alle Mitglieder der Gesellschaft, ungeachtet ihres Alters, ihrer Möglichkeiten, ihres Geschlechts, ihrer sozialen Stellung oder anderer Verschiedenheiten (Nilsson u. Townsend 2010). Ergotherapeuten setzen sich daher mit den ethischen, moralischen und zivilen Aspekten der Umwelten und der Kontexte eines Klienten auseinander. Sie stimulieren das Empowerment und die „self-advocacy“, frei übersetzt als das „Für-sich-selbst-sprechen“. Nach dem OTPF gehört das Recht auf Betätigungsgerechtigkeit zu den Ergebnissen einer Ergotherapie. Das passt auch zu der WHO-Vision von Gesundheit (AOTA 2015).

21.6 Der Prozess

Das OTPF beschreibt den Ergotherapieprozess als klientenzentriertes Ergotherapieangebot. Der Prozess besteht aus (1) dem Evaluationsprozess (Kap. 21.8), (2) dem Interventionsprozess und (3) dem Anvisieren von Outcomes. Der gesamte Prozess spielt sich innerhalb der ergotherapeutischen Domäne ab. Der Prozess wird durch das professionelle Reasoning aus der typischen Perspektive des Ergotherapeuten ermöglicht, also aus der Analyse des Betätigten und der Aktivitäten und aus der Zusammenarbeit mit dem Klienten (AOTA 2015).

In vielen Berufen finden sich Prozesse mit der Abfolge Evaluation, Intervention und Ergebnis (Kap. 23). Nach OTPF konzentrieren sich aber nur Ergotherapeuten während dieses Prozesses auf den Einsatz des Betätigten und von Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation (AOTA 2015).

Um das Betätigten analysieren zu können, muss ein Verständnis für die Komplexität und die dynamischen Interaktionen zwischen den Klientenfaktoren, den Performanzfertigkeiten, den Performanzmustern und den Kontexten und Umwelten vorhanden sein (die Aspekte der Domäne). Dies geschieht in Kombination mit der Aktivität, die den Klienten hinreichend fordert. Dadurch vermag Ergotherapeut zu evaluieren, welche Aspekte die Betätigungsfrage des Klienten auslösen und welche das Betätigten unterstützen. Ergotherapeuten setzen Theorie, Evidenzen, Wissen und Performanzfertigkeiten ein, um ein erwünschtes Ergebnis zu erzielen (AOTA 2015). Obwohl der Prozess im OTPF linear dargestellt wird, verläuft er tatsächlich eher fließend und dynamisch. Dabei behalten Ergotherapeuten immer das Resultat im Blick.

Ergotherapeuten reflektieren dabei immer wieder und passen den Interventionsplan an neue Entwicklungen und Einsichten an, die sich während des Prozesses ergeben. Unabhängig davon, ob es um eine Person, eine Gruppe oder eine Population geht, werden die Informationen gesammelt, kombiniert und aus einer ergotherapeutischen Perspektive zusammengefügt. Dabei geht es um Informationen darüber, was der Klient möchte oder benötigt, wo seine Stärken und Beeinträchtigung liegen und wo beim Betätigten seine Risiken liegen (AOTA 2015).

Ergotherapeuten arbeiten auch indirekt im Interesse des Klienten mit anderen zusammen, wenn es z.B. um die Konsultation von Lehrkräften, multidisziplinären Teams oder um Beratungen mit kommunalen Organisationen und Arbeitgebern geht. Ergotherapeuten können das Leben ihrer Klienten indirekt beeinflussen, indem sie sich für bestimmte öffentliche Belange einsetzen, wenn es etwa um die Verbesserung des öffentlichen Personennahverkehrs für Ältere geht oder indem man mehr Möglichkeiten für Menschen mit Behinderung schafft, wohnen und arbeiten zu können, wo sie gerne möchten. Interventionen richten sich also nicht immer direkt an den Klienten, sondern auch auf die komplexe Dynamik rund um den Klienten etwa über Familie, Angehörigenpfleger, potenzielle Arbeitgeber und auch lokale Hilfsdienste (AOTA 2015; ► Tab. 21.7).

Während des Prozesses findet ein kontinuierliches professionelles Reasoning zum Betätigten des Klienten statt (Kap. 21.8, Kap. 25). Dies ermöglicht es dem Ergotherapeuten, die Betätigungsfragen, die betroffenen Performanzfertigkeiten und die Bedeutung des Betätigten zu identifizieren. Es dient auch einem besseren Verständnis für den Zusammenhang zwischen sämtlichen Aspekten der Domäne, die das Betätigten beeinflussen. Dies wirkt sich auf die Klientenzentrierung der Interventionen und deren Ergebnisse aus.

Das professionelle Reasoning wird durch den Einsatz theoretischer Prinzipien und Modelle, dem Wissen über die Wirkung auf die Partizipation und die verfügbaren Evidenzen unterstützt (AOTA 2015). Integraler Bestandteil des Prozesses ist das vom Ergotherapeuten in der Behandlung eingesetzte Selbst (therapeutic use of self). Er bringt sein Selbst im Interesse der therapeutischen Beziehung ein. Narratives Reasoning, Empathie und Zusammenarbeit tragen zur klientenzentrierten Vorgehensweise bei.

Tab. 21.7 Operativer Ergotherapieprozess nach OTPF (AOTA 2015).

Evaluation	Intervention	Anvisiertes Outcome
Betätigungsprofil	Interventionsplan	Outcome
Analyse der Betätigungsperformanz	Implementierung der Intervention	
	Überprüfung der Intervention	
	fortgesetzter Austausch über den Interventionsplan und die angestrebten Ziele	
fortgesetzte Interaktion zwischen Evaluation, Intervention und den Ergebnissen während des gesamten Prozesses		

Die Klienten bringen während des ergotherapeutischen Prozesses ihr eigenes Wissen und ihre Lebenserfahrungen mit und beschreiben ihre Hoffnungen und Wünsche für die Zukunft. Sie reden auch über ihre Fragen und ihre Prioritäten. Durch die Kombination des Wissens und der Expertise des Ergotherapeuten über bedeutungsvolles Betätigen mit dem Wissen des Klienten, seiner Familie, den unterstützenden Personen und anderen Interessengruppen, werden der Fokus des Interventionsplans gemeinsam bestimmt und die Prioritäten gesetzt (AOTA 2015).

Eine Aktivitätsanalyse ist wichtig, um die Anforderung an den Klienten bei der Ausführung zu verstehen. Die Anforderungen von Aktivitäten und Betätigungen (activity demands) sind wichtig, um zu erkennen, welche spezifischen Körperstrukturen, -funktionen, Performanzfertigkeiten und Performanzmuster notwendig sind, um eine Aktivität auszuüben und was das vom Klienten erfordert. Die Anforderungen sind für jede Aktivität spezifisch. Die Veränderung eines Merkmals einer Aktivität führt zur Veränderung anderer Merkmale.

Aktivitätsanalyse

Eine Aktivitätsanalyse (AOTA 2015) gibt Antwort auf folgende Fragen:

- Welche Materialien, Hilfsmittel und Quellen sind erforderlich, um an der Aktivität beteiligt zu sein?
- Wo und mit wem wird die Aktivität ausgeführt?
 - spezielle Räumlichkeiten
 - spezielle soziale Interaktion erforderlich?
- Wie wird die Aktivität ausgeführt?
 - Reihenfolge, Prozedur, Regeln?
- Welche Anforderungen an die Kapazitäten des Klienten werden durch die Aktivität gestellt?
 - Aktionen, Performanzfertigkeiten, Körperfunktionen?
- Welche Bedeutung misst der Klient der Aktivität bei?
 - symbolische Bedeutung, unbewusste Bedeutung, metaphorische Bedeutung?

21.6.1 Evaluationsprozess

Gemäß dem OTPF konzentriert sich der Evaluationsprozess auf die Inventarisierung dessen, was der Klient an Aktivitäten ausgeübt hat, was er tun kann, tun will und was erforderlich ist, um etwas tun zu können. Auch richtet er sich auf die Identifizierung der unterstützenden und der behindernden Faktoren im Betätigen hinsichtlich Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation. Die Evaluation besteht aus (a) einem Betätigungsprofil (occupational profile) und (b) der Betätigungsanalyse (analysis of occupational performance; AOTA 2015).

Betätigungsprofil

Das Betätigungsprofil ist eine Bündelung der persönlichen Geschichte des Klienten hinsichtlich seines Betätigens und seiner Erfahrungen, täglichen Routinen, Interessen, Werte und Bedürfnisse. Durch Aufstellung eines Betätigungsprofils versteht der Ergotherapeut den Blickwinkel und den Hintergrund des Klienten besser.

Die Einholung der Informationen zum Betätigungsprofil kann sich in einer einzigen Sitzung abspielen oder auch über einen längeren Zeitraum erstrecken, was von dem Klienten und dem Setting, in dem der Ergotherapeut arbeitet, abhängt. Die Informationen werden durch formale Interviewtechniken und auch über leichte und angenehme Konversation abgefragt. Das Betätigungsprofil ermöglicht eine individuelle Sicht bei der Evaluation, der Interventionsplanung und der Interventionsumsetzung.

Betätigungsprofil (AOTA 2015)

Die im Betätigungsprofil zusammengetragenen Informationen geben Antwort auf folgende Fragen:

- Warum sucht der Klient Hilfe und was ist seine aktuelle Frage hinsichtlich des Betätigens?
- Bei welchen Aktivitäten empfindet der Klient sich als erfolgreich und welche Beeinträchtigungen behindern ihn dabei?
- Welche Aspekte der Umwelt und des Kontextes empfindet der Klient als Unterstützung und welche als Hindernis seiner Teilhabe an erwünschten Aktivitäten?
- Wie sieht die Betätigungsgeschichte des Klienten aus?
- Was sind die Betätigungsmuster des Klienten und wie haben sich diese im Laufe der Jahre verändert?
 - Welche Werte und Interessen hat der Klient?
 - Welche täglichen Rollen hat der Klient inne?
- Welche Prioritäten und Wunschergebnisse hat der Klient in Bezug auf
 - Ausführung, Prävention, Partizipation,
 - Rollenkompetenz,
 - Gesundheit und Wohlbefinden,
 - Lebensqualität und
 - Gerechtigkeit?

Betätigungsanalyse

Bei der Betätigungsanalyse (analysis of occupational performance) werden die (potenziellen) Beeinträchtigungen spezifisch identifiziert. Die Betätigungsperformanz ist das Ergebnis des dynamischen Zusammenspiels zwischen Klient, Aktivität und der Umwelt/dem Kontext. Man bedient sich dabei verschiedener Assessments, die zur Beobachtung, Vermessung und Informationsbeschaffung über Faktoren entwickelt wurden, welche das Betätigen fördern oder beeinträchtigen. Zudem werden die erwünschten Ergebnisse formuliert.

Betätigungsanalyse

Zur Betätigungsanalyse (AOTA 2015) gehören eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten Aktivitäten:

- Verbindung der Informationen aus dem Betätigungsprofil und Fokussierung auf spezifische Aktivitäten und Kontexte
- Beobachtung der Ausführungen des Klienten während der Aktivitäten, die für sein Betätigen relevant sind
- Auswahl und Anwendung spezifischer Assessments sowie Identifizierung und Bestimmung der Kontexte und Umwelten, Aktivitäten und Anforderungen von Aktivitäten und Betätigungen, Klientenfaktoren, Performanzfähigkeiten und Muster
- Auswahl von Assessments zur Bestimmung des Effektes
- Interpretation der Informationen aus den Assessments und Identifizierung der Faktoren, die das Betätigen bei der Ausführung unterstützen oder behindern
- Entwicklung und Präzisierung der Hypothesen zum Betätigen des Klienten (Stärken und Beeinträchtigungen)
- Formulierung der Ziele in Zusammenarbeit mit dem Klienten hinsichtlich der gewünschten Ergebnisse
- Festlegung der Methode zur Messung des Interventionserfolges
- Planung einer möglichen Intervention in groben Zügen, basierend auf der empfohlenen Praxis und den verfügbaren Evidenzen.

Für das Assessment des Klienten, der Umwelt, des Kontextes, der Betätigung oder der Aktivität und der tatsächlichen Ausführung werden verschiedene Methoden eingesetzt. Die Assessments während der Evaluation sind formal und informell, strukturiert und unstrukturiert, angelehnt an standardisierte Kriterien oder auf Leitlinien basierend. Um objektive Informationen zu erlangen, erhalten standardisierte Assessments im OTPF den Vorzug, wenn sie zur jeweiligen Situation passen. Bei der Auswahl behält der Ergotherapeut stets die Bedürfnisse und Ziele des Klienten, das theoretische Modell und das Wissen zur Klimometrie, den Protokollen und Evidenzen im Blick (AOTA 2015).

21.6.2 Der Interventionsprozess

Der Interventionsprozess (intervention process) besteht aus professionellen Aktionen des Ergotherapeuten in Zusammenarbeit mit dem Klienten, wodurch das Betätigen mit Blick auf Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation erleichtert werden soll (Kap. 21.8). Ergotherapeuten verwenden die während der Evaluation gesammelten Informationen zusammen mit den theoretischen Rahmen für die angestrebte Intervention, um sie auf das Betätigen anzuwenden (occupation-centered interventions; AOTA 2015).

Die Intervention richtet sich auf die Unterstützung des Klienten durch:

- Erreichen eines physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens
- die Identifizierung und Realisierung seiner Wünsche
- dem Entsprechen seiner Bedürfnisse und Hilfsgesuche
- Veränderung der Umwelt
- das Erlernen des Umganges damit (AOTA 2015).

Im OTPF findet sich eine lange Liste mit ergotherapeutischen Interventionen. Die Interventionen variieren in Abhängigkeit von dem Klienten (Individuum, Gruppe, Population) und dem Praxiskontext, in dem die Ergotherapie angeboten wird. Interventionen für Gruppen oder Populationen werden im Prinzip kollektiv allen Teilnehmern gleichzeitig angeboten. In diesem Fall konzentrieren sich die Interventionen auf gesundheitsförderliche Aktivitäten, das Selbstmanagement, Aufklärung und die Anpassung der Umwelt.

Der Interventionsprozess ist in drei Stufen unterteilt: 1. den Interventionsplan, 2. die Implementierung der Intervention und 3. die Reflexion über die Intervention (► Tab. 21.8, ► Tab. 21.9, ► Tab. 21.10 und ► Tab. 21.11). Während der Intervention werden die Informationen aus der Evaluation mit Praxismodellen, theoretischen Rahmen und Evidenzen zusammengeführt. Diese Informationen unterstützen das professionelle Reasoning des Ergotherapeuten während der Entwicklung, Ausführung und Evaluation des Interventionsplanes.

Tab. 21.8 Schritte bei der Interventionsplanung (AOTA 2015).

Schritt	Ausgestaltung						
1	Planentwicklung einschließlich der Auswahl von: <table border="1"> <tr> <td>a</td><td>objektiven und messbaren Zielsetzungen, die auf das Betätigen ausgerichtet sind, mit Zeitplan</td></tr> <tr> <td>b</td><td>ergotherapeutische Ansätzen, wie z. B. erstellen oder fördern, erlernen oder wiederherstellen, erhalten, modifizieren und vorbeugen</td></tr> <tr> <td>c</td><td>Art der Dienstleistung, einschließlich der Frage, wer die Intervention durchführt, Art der Intervention und nach welchem Modell sie durchgeführt wird</td></tr> </table>	a	objektiven und messbaren Zielsetzungen, die auf das Betätigen ausgerichtet sind, mit Zeitplan	b	ergotherapeutische Ansätzen, wie z. B. erstellen oder fördern, erlernen oder wiederherstellen, erhalten, modifizieren und vorbeugen	c	Art der Dienstleistung, einschließlich der Frage, wer die Intervention durchführt, Art der Intervention und nach welchem Modell sie durchgeführt wird
a	objektiven und messbaren Zielsetzungen, die auf das Betätigen ausgerichtet sind, mit Zeitplan						
b	ergotherapeutische Ansätzen, wie z. B. erstellen oder fördern, erlernen oder wiederherstellen, erhalten, modifizieren und vorbeugen						
c	Art der Dienstleistung, einschließlich der Frage, wer die Intervention durchführt, Art der Intervention und nach welchem Modell sie durchgeführt wird						
2	Berücksichtigen potenzieller Bedürfnisse und Planungen bei Entlassung						
3	eventuell Empfehlung oder Vermittlung anderer Professionals						

Tab. 21.9 Schritte bei der Implementierung der Intervention (AOTA 2015).

Schritt	Ausgestaltung		
1	Bestimmung der Art der ergotherapeutischen Intervention und Umsetzung	a	therapeutischer Einsatz der Betätigungen und Aktivitäten
		b	vorbereitende Methoden und Aufgaben
		c	Ausbildung und Training
		d	Fürsprache
		e	Gruppeninterventionen
2	Überwachung der Reaktionen des Klienten auf spezifische Interventionen durch laufende Evaluierung und Neubewertung		

Tab. 21.10 Schritte zur Reflexion der Intervention (AOTA 2015).

Schritt	Ausgestaltung
1	Überprüfung des Interventionsplans und seiner Umsetzung mit Blick auf die erzielten Ergebnisse
2	ggf. Anpassung des Plans
3	Feststellung des Bedarfs der Fortsetzung oder der Beendigung der Ergotherapie und der eventuellen Überweisung an andere Dienste

Tab. 21.11 Schritte während der Implementierung des Prozesses der anvisierten Outcomes (AOTA 2015).

Schritt	Ausgestaltung
1	Auswahl der Art des Ergebnisses und des Messinstruments, einschließlich Betätigung, Prävention, Gesundheit und Wohlbefinden, Lebensqualität, Partizipation, Rollenkompetenz, Wohlbefinden und Betätigungsgerechtigkeit (occupational justice)
2	Einsatz der Ergebnisse zur Ermittlung des Fortschrittes und Anpassung der Ziele und Interventionen

Interventionsplan

Der Interventionsplan (intervention plan) gibt die Richtung der Aktionen des Ergotherapeuten vor, beschreibt die ausgewählte ergotherapeutische Perspektive und die Art der Interventionen, die erforderlich sind, um die Ziele des Klienten zu erreichen. Dieser Plan wurde in Zusammenarbeit mit dem Klienten oder den direkt beteiligten Personen entwickelt und wird durch folgende Punkte bestimmt:

- die Ziele, Werte, Überzeugungen und Fragen des Klienten zum Betätigen
- die Gesundheit und das Wohlbefinden des Klienten
- die Performanzfertigkeiten und Performanzmuster des Klienten

- den kollektiven Einfluss des Kontextes und der Umwelt, der Anforderungen durch die Aktivitäten und der Klientenfaktoren
- den Praxiskontext, in dem die Interventionen stattfinden
- die besten verfügbaren Evidenzen (AOTA 2015).

Die Auswahl der Ziele und der Entwurf des Interventionsplanes gehen von der aktuellen und potenziellen Situation des Klienten hinsichtlich seiner Teilhabe am Betätigen und an den Aktivitäten aus.

Implementierung der Intervention

Die Implementierung der Intervention (intervention implementation) ist der Prozess, in dem der Interventionsplan in Aktionen umgesetzt wird. Die Interventionen können sich auf einen einzelnen Aspekt oder auch auf verschiedene Aspekte innerhalb der Domäne richten. Interventionen führen zu positiven Veränderungen im erwünschten Betätigen des Klienten sowie für seine Gesundheit und seine Partizipation.

Die Aspekte sind miteinander verbunden und beeinflussen einander kontinuierlich in einem dynamischen Prozess. Wenn der Klient in der Lage ist, sich bei einem Aspekt anzupassen, zu verändern und zu entwickeln, wird der Ergotherapeut erwarten, dass dies auch andere Aspekte der Domäne beeinflusst. Durch diese dynamische wechselseitige Beziehung setzen sich die Assessments und Interventionsplanungen während des Implementierungsprozesses kontinuierlich fort (AOTA 2015).

Reflexion über die Intervention

Das Reflektieren über die Intervention (intervention review) ist der kontinuierliche Prozess von neuerlicher Evaluation des Interventionsplanes, der Effektivität der Umsetzung des Planes und des Fortganges hinsichtlich der

Ergebnisse. Wie auch bei der Interventionsplanung wird bei diesem Prozess mit dem Klienten auf der Grundlage der gesteckten Ziele und der Fortschritte zusammengearbeitet. Eine Neubewertung und Reflexion kann zu Änderungen des Interventionsplans führen (AOTA 2015).

21.6.3 Der Prozess des anvisierten Outcomes

Die Ergebnisse (outcomes) sind die Endresultate des ergotherapeutischen Prozesses und beschreiben, was der Klient durch die Ergotherapie erreicht hat. Der Effekt der Ergotherapie kann sich in allen Bereichen der Domäne zeigen. Die Ergebnisse sind eine direkte Folge der Interventionen bei bestimmten Aktivitäten, Klientenfaktoren, Performanzfertigkeiten, Performanzmustern, Kontexten und der Umwelt. Ergebnisse können auch mit einer Verbesserung der wechselseitigen Beziehungen zwischen den Aspekten in der Domäne zusammenhängen. Dadurch hat der Klient die Möglichkeit, den gewünschten Aktivitäten nachzugehen, während sich die Kapazitäten bei den Klientenfaktoren und die Performanzfertigkeiten verbessert haben.

Die Ergebnisse stehen auch mit dem subjektiven Erleben des Klienten über die erreichten Ziele in Zusammenhang. Dies kann sich z. B. in einer Steigerung bei den Zukunftsaussichten, in größerem Vertrauen, größerer Hoffnung, Heiterkeit, Effizienz und Ausdauer bei bedeutungsvollen Aktivitäten und einer größeren Resilienz und in vermehrtem Wohlbefinden widerspiegeln. Die Ergebnisse für Gruppen können sich etwa als verbesserte soziale Interaktion, erhöhtes Selbstvertrauen durch gegenseitige Unterstützung, ein größeres soziales Netzwerk oder eine gesteigerte Produktivität bei der Arbeit mit einer Abnahme arbeitsbezogener Beschwerden äußern. Im Hinblick auf Populationen zeigen sich die Behandlungsergebnisse z. B. als verbesserte Gesundheit, bessere Betätigungsgerechtigkeit (occupational justice), bessere Vertretung der eigenen Belange oder besserer Zugang zu bestimmten Leistungen.

Die Wirkung der Ergebnisse und die Beschreibung der Resultate sind nicht nur für den Klienten wichtig, sondern auch für Interessenvertreter und Geldgeber. Je nach Praxiskontext können sich die spezifischen Ergebnisse und die Art der Dokumentation unterscheiden.

Der Fokus auf den Resultaten zieht sich durch den gesamten Ergotherapieprozess. Während der Implementierung und Evaluation des Interventionsplanes werden die Ziele und die anvisierten Outcomes an veränderte Bedürfnisse, Kontexte und Möglichkeiten beim Betätigen angepasst.

21.7 Die Vision des OTPF vom Menschen und seinem Betätigen

21.7.1 Die Vision vom Menschen

Im OTPF ist der Klient

- eine Person (einschließlich derjenigen, die mit der Versorgung des Klienten befasst sind),
- eine Gruppe (eine Menge von Einzelpersonen, wie z. B. Familie, Arbeiter, Studierende, Gemeinde) oder
- eine Population (ein Verbund von Gruppen von Einzelpersonen, die in einer Stadt einer Region oder in einem Land leben oder welche dieselben Merkmale oder Sorgen haben).

Ergotherapeuten arbeiten auch auf der Organisationsebene. In erster Linie richtet sich die Ergotherapie an die Mitglieder (Arbeitnehmer) einer Organisation, aber auch an diejenigen, die von einer Organisation Leistungen empfangen, wie etwa ein Programm zur Sturzprävention oder eine ergonomische Beratung zum Heben von Lasten. Zum Zweiten kann der Ergotherapeut mit eigener Praxis z. B. von einer Organisation als Berater beauftragt werden oder auch zeitweilig angestellt sein. Und zum Dritten bedienen sich Organisationen des Wissens und der Expertise von Ergotherapeuten, ohne dass sie tatsächlich Klienten sind, so z. B. als Leiter oder Entscheider in einer Projektgruppe (AOTA 2015).

21.7.2 Die Vision vom Betätigen

Das Betätigen (occupation) hat im OTPF den Sinn von „alltäglichen Aktivitäten“, mit denen Menschen beschäftigt sind. Individuelle Unterschiede in der Einstellung gegenüber dem eigenen Betätigen spiegeln die Komplexität und das Multidimensionale jeder Aktivität wider. In der Literatur findet man verschiedene Definitionen des „Betätigens“, die einen Beitrag zum Verständnis dieses zentralen Konzeptes leisten. Mitunter werden von Ergotherapeuten die Begriffe „Betätigen“ und „Aktivität“ bei der Beschreibung der Partizipation im täglichen Leben durcheinander verwendet. Manche Autoren sind der Auffassung, dass diese beiden Begriffe Verschiedenes bezeichnen (Christiansen u. Townsend 2010, Pierce 2001, Reed 2005). Im OTPF ist die Aktivität in dem Begriff „Betätigen“ eingeschlossen.

Die Perspektive des Klienten auf die Kategorisierung einer Aktivität fällt je nach Bedürfnis und Interesse des Klienten unterschiedlich aus. Wäsche waschen kann z. B. für den einen eine Freiwilligenarbeit für den Fußballverein sein, während dieselbe Tätigkeit für eine andere Person zu den haushaltlichen Pflichten zählt (IADL). Eine Gruppe von Kindern spielt in der Freizeit ein Quiz und

eine andere Gruppe von Kindern führt dieses Quiz als Teil eines Leselernprogramms in der Schule aus.

Die Priorisierung von Aktivitäten auf bestimmten Gebieten kann auch vom Zeitpunkt innerhalb eines Jahres abhängig sein. So kann das Schmücken des Weihnachtsbaumes in der Adventszeit eine Priorität erlangen, die andere Betätigungsfragen überschattet. Oder das Finden eines rollstuhlfreundlichen Hotels in Italien kann in der Vorferienzeit eine drängende Frage sein.

Umfang und Art des Betätigens sind genau so bedeutungsvoll wie die Teilhabe selbst. So kann z. B. ein übermäßiges Arbeitspensum ohne ausreichenden Ausgleich durch andere Aspekte des Lebens wie Schlaf oder soziale Kontakte einen gesundheitlichen Risikofaktor darstellen (Hakansson et al. 2006).

Für die Identität eines Klienten sind seine Aktivitäten und die Gefühle von Kompetenz wichtig. Sie haben eine besondere Bedeutung und einen besonderen Wert. Sie beeinflussen, wie viel Zeit der Klient für die Aktivität aufwendet und welche Entscheidungen er hinsichtlich der Aktivität trifft.

Das Betätigen wird oftmals mit anderen geteilt. Wenn zwei oder mehrere Personen daran beteiligt sind, spricht man von „Co-Occupations“ (Zemke u. Clark 1996). Für jemanden zu sorgen oder eine andere Person als Angehöriger zu pflegen, ist eine Co-Occupation, bei der eine aktive Teilnahme der versorgenden und der versorgten Person erforderlich ist (Olsen 2004). Die diesen sozialen Interaktionen inhärenten Aktivitäten sind wechselseitig, interaktiv und festgelegt (Dunlea 1996, Esdaile u. Olson 2004).

Klienten können auch verschiedene Aktivitäten gleichzeitig ausüben und kombinieren, wie etwa eine Mutter, die bei den Hausarbeiten hilft, das Mittagessen zubereitet und in der Zwischenzeit den Abwasch erledigt. Interventionen, die sich auf Co-Occupations richten, erfordern einen ganzheitlichen Blick auf das Beteiligtsein des Klienten im Verhältnis zu anderen signifikant beteiligten Personen innerhalb des Kontextes (AOTA 2008).

21.8 Diskussion

Eine Leitlinie für eine einheitliche Sprachregelung innerhalb der Ergotherapie ist ein hehres Anliegen. Doch kommt die Terminologie des OTPF als spezifisch ergotherapeutische Terminologie nicht infrage, da ein Großteil der Begrifflichkeiten auch von anderen Disziplinen genutzt wird (Gutman et al. 2007). Es ist wichtig, dass sich die Ergotherapie mit ihrer Terminologie an den anderen Gesundheitsdisziplinen, gesellschaftlichen Einrichtungen und anderen Interessengruppen orientiert. Dass sich das OTPF am ICF orientiert ist daher einerseits positiv, da die ICF dieselben Ziele verfolgt. Andererseits gäbe es zur ICF noch vieles hinsichtlich der Ergotherapie zu sagen (Kap. 7). Nach Gutman sollte das OTPF gerade die Eigenheiten der Ergotherapie verdeutlichen (Gutman et al. 2007).

Das OTPF enthält viele Tabellen, die alle Aspekte der Domäne und der Aktivitätsanalyse berühren und eine Übersicht zu den Interventionsformen und den möglichen Ergebnissen in der Ergotherapie bietet. In diesen Tabellen finden sich viele Beispiele. In diesem Sinne ist die OTPF zur Vorbereitung und beim professionellen Reasoning hilfreich.

Wie bereits im OTPF beschrieben, ist daneben der Einsatz von Theorien und Modellen notwendig. Zudem sollten die standardisierten, validen und reliablen Assessments sowie die evidenzbasierten Interventionen bekannt sein (Gutman et al. 2007).

21.8.1 Kulturelle und sprachliche Unterschiede

Einige in der OTPF verwendete Begriffe können Verwirrung stiften. So gibt es im ergotherapeutischen Prozess der OTPF beispielsweise die Phasen „evaluation process“, „intervention process“ und „targeting outcomes process“. Der Begriff der „Evaluation“ kommt in der Regel nach der Intervention zum Einsatz und bezeichnet die Bewertung ihrer Wirksamkeit. Innerhalb der OTPF wird jedoch „evaluation“ zu Beginn des Prozesses verwendet. Hierzulande sind die Begriffe „Inventarisierung“ und „Analyse“ gebräuchlicher.

Die OTPF spricht vom „clinical reasoning“, während sich bei uns das „professionelle Reasoning“ eingebürgert hat. Der Begriff „clinical“ oder „klinisch“ ist einfach zu sehr mit der medizinischen Versorgung verbunden, während Ergotherapeuten ja nicht nur dort, sondern auch in Schulen, Organisationen, Gemeinden, in der Nachbarschaft usw. arbeiten (Boyt-Schell u. Schell 2008).

Der Klient wird in der OTPF als Person, Gruppe oder Population bezeichnet. Die OTPF beschreibt eine Organisation als „Praxiskontext“ und nicht als „Klienten“. Einerseits ist eine Organisation ein Praxiskontext für Ergotherapeuten, wenn es um eine Person und ihr System geht (Hartingsveldt 2015). Andererseits kann eine Organisation auch Klient sein, wenn der Ergotherapeut als Berater in Erscheinung tritt (Heijnsman et al. 2007). Im deutschsprachigen Raum ist der Klient in der Ergotherapie Person, Organisation oder Population.

Die OTPF nutzt den Gesundheitsbegriff der WHO von 2001: „... ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit von Krankheiten“ (WHO 2001). Die Kritik an dieser Definition geht dahin, dass demnach praktisch niemand mehr gesund wäre. Inzwischen findet Hubers Definition von 2011 zunehmend Verbreitung: „... die Fähigkeit, sich in Eigenregie an die physischen, emotionalen und sozialen Anforderungen des Lebens anzupassen“ (Huber et al. 2011). In der OTPF werden die Anpassungsfähigkeit und die Eigenregie noch immer zu wenig betont.

Die OTPF wurde für Ergotherapeuten und Ergotherapeassistenten geschrieben. In den USA gibt es Berufsschulen für Ergotherapie und die Absolventen heißen „Ergotherapie-Assistenten“. Sie arbeiten unter der Aufsicht von Ergotherapeuten mit Hochschulabschluss. Ihre Hintergründe sind sehr heterogen: Betreuer, Aktivitätsberater oder Personen, welche die Ergotherapie-Ausbildung nicht abgeschlossen haben. Die Aufgaben können sehr unterschiedlich sein.

21.8.2 Inhaltliche Unterschiede

Das OTPF teilt die Aktivitäten in verschiedene Kategorien ein. Die OTPF klassifiziert Aktivitäten als separate Kategorien. So wird z. B. die „soziale Partizipation“ von Bildung, Arbeit und Spiel getrennt. Im täglichen Leben überschneiden sich die Aktivitäten jedoch, und während des Unterrichts, der Arbeit und dem Spiel kommt es zu sozialer Partizipation. Diese Einteilung des OTPF bremst das Knüpfen von Verbindungen. So werden Tanzunterricht und Sport bei „Bildung“ eingeordnet, während manche Klienten dies als Freizeitaktivität und manche sogar als (Freiwilligen-)Arbeit verstehen dürften.

Zudem sind die Auszählungen im OTPF sehr nüchtern. „Haushalten“ wird zwar als Aktivität aufgeführt, doch fehlen die Instandhaltung des Wohnraums und das „Wohnlich-machen“ als Aktivitäten. „Ruhe“ wird unter „Schlaf“ eingeordnet, während Ruhe, Entspannung und Freude, die in der Freizeit erlebt werden, nicht erfasst sind.

Wie klientenzentriert ist das OTPF wirklich? Das OTPF setzt sich nachdrücklich für die Klientenzentrierung ein und benennt die Momente der Zusammenarbeit während des ergotherapeutischen Prozesses. Liest man mit kritischem Blick darin, fällt einem auf, dass der Ergotherapeut innerhalb des Prozesses Vorschläge macht und vieles für den Klienten regelt. Der Klient kann sich dazu äußern, doch der Ergotherapeut wacht über die Ergebnisse. In der Sprachregelung des OTPF fehlt der Fokus auf dem Empowerment. Der Klient wird nicht dazu angeregt, sich selbst als betätigungsfähig, durchsetzungsfähig, akzeptierend und verarbeitungsfähig zu betrachten und auch nicht ermuntert, sich für die gemeinsame Arbeit mit dem Ergotherapeuten bereit zu fühlen (readiness).

Das OTPF ist ausgesprochen ergebnisorientiert, was in einer effektiven und effizienten Ergotherapiepraxis sicherlich nutzbar gemacht werden kann. Doch drohen nun andere Ziele innerhalb der Ergotherapie durch die Ergebnisorientierung (outcome) unter den Tisch zu fallen. Das Tun hat für den Klienten nicht immer die höchste Priorität. Die Themen „Sein“ oder „Werden“ oder auch das Gefühl der Zugehörigkeit können für den Klienten von großem Interesse und sehr bedeutsam sein. Bei Populationen ist dieser Punkt vielleicht sogar der allerwichtigste.

Partielles Betätigungsprofil von Daoud

Aktivitäten

- ADL: Daoud kann nicht selbstständig essen und trinken, kann sich nicht selbst waschen und anziehen und ist nicht sauber.
- Ruhe und Schlaf: schläft gut, ist aber schnell erschöpft
- Schulunterricht: geht (noch) nicht zur Schule. Es gibt eine Schule in der Nähe des Flüchtlingsheims, in die sein Bruder Uriah geht.
- Spielen: Daoud kann nicht selbstständig spielen. Im Sudan spielte er allerdings mit Steinchen und einer Art Rassel. Während der Ergotherapie spricht ihn Folgendes an: Zurückrollen eines Balls, Bauklötzchentürme umwerfen, mit Autos spielen, Plastiktiere. Er mag es, mit seinem Bruder Uriah zu spielen und liebt sudanesishe Lieder und Musik (Das Lieblingslied ist über einen Elefanten im Zoo, der seine Familie vermisst).

Klientenfaktoren

- Körperfunktionen und -strukturen
- Zerebralparese mit spastischer Quadriplegie und Athetosen; keine Therapie im Sudan
- asymmetrischer tonischer Nackenreflex
- suboptimale Kopfhaltung
- suboptimales Rumpfgleichgewicht
- schwerer Entwicklungsrückstand
- gestörtes Körperschema
- hört auf Anweisungen und versteht sofort den Sinn
- erscheint aufgeweckt, neugierig, genussfähig
- Durchsetzungsvermögen (versucht z. B. im Spiel immer wieder nach etwas zu greifen)
- undeutliche arabische Sprache, auch ein wenig Niederländisch
- Glaube/Religion: Islam, mag Geschichten wie etwa Mohammeds Himmelfahrt
- betet (noch) nicht mit, Uriah wohl oder darf zumindest zusehen

Performanzfertigkeiten

- Manual Ability Classification System (MACS): Daoud wendet Dinge nicht an und hat große Schwierigkeiten damit, einfache Aktivitäten auszuführen. Er benötigt vollständige Unterstützung.
- pflegebedürftig
- Gehen und Stehen unmöglich. Da er (auf einer Matte) liegt, bewegt er sich auf dem Bauch fort.
- Sitzhaltung: Im Sudan lag Daoud zumeist auf einer Matte, doch brachte seine Mutter ihm auch das Sitzen in einer Zimmerecke auf dem Boden bei. Aktuell sitzt er in einer pathologischen Haltung auf dem Boden nach hinten gelehnt in einem Buggy. Seine Hände kann er in dieser Haltung nicht funktionell einsetzen. Auf dem Schoß kann er mit Beckenunterstützung sitzen und die Armbewegungen sind dann auch fließender.

Auch ein Schalensitz fördert eine angemessene Sitzhaltung.

Performanzmuster

- Rollen: Sohn, Bruder
- Gewohnheiten: Beim Geschichtenerzählen wird er ganz ruhig. Er reagiert fröhlich und neugierig auf Spielangebote, Gesang und auf alles, was sein Bruder Uriah tut.
- Routinen: Er folgt den Routinen seiner Familie. Mittags schläft er noch 1,5 Stunden.
- Rituale: noch Erkundigungen über seine Teilhabe an islamischen Bräuchen einholen

Kontext und Umwelt

- persönlich: Daoud Isaijas
- sozial: Eltern und Zwillingbruder Uriah (gesund, doch nützt seit der Flucht aus Ägypten in die Niederlande nichts ein). Daoud ist von seiner Mutter abhängig. Der Vater leidet möglicherweise unter einer posttraumatischen Belastungsstörung mit vereinzelt aggressiven Impulsdurchbrüchen.
- physisch: lebt im Flüchtlingsheim. Die Familie teilt sich einen Wohncontainer aus drei Zimmern, einer Kücheneinheit und einem Bad mit einem Ehepaar aus Somalia. Sie hoffen auf eine Aufenthaltsgenehmigung und wünschen sich dann eine eigene Wohnung, die für Daoud angepasst werden kann. Das Verfahren kann sich jedoch noch eine ganze Weile hinziehen.
- kulturell: Herkunftsland ist der Sudan. Die Familie spricht arabisch, der Vater gebrochenes Englisch. Die Mutter kann man nicht direkt ansprechen, sondern das geht über den Vater (der das Wort führt). Man lebt jetzt seit 9 Monaten in den Niederlanden und wartet auf die Bewilligung ihres Asyltrages. Im Falle einer Ablehnung will man in die Berufung gehen. Die Eltern besuchen im Flüchtlingszentrum Kurse in Niederländisch und Sozialkunde.
- zeitlich: Daoud ist 4,5 Jahre alt. Islamische Feiertage sind wichtig. Die Familie erlebt die Wartezeit im Flüchtlingsheim als sehr frustrierend.

21.9 Zusammenfassung

Das OTPF stellt eine Zusammenfassung der Grundlagen der ergotherapeutischen Praxis dar (AOTA 2015). Das Framework wurde zur Verdeutlichung des Beitrags der Ergotherapie für Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation von Personen, Gruppen und Populationen durch Teilhabe am Betätigen entwickelt. Es wird in Kombination mit dem Fachwissen und den auf dem Gebiet des Betätigens und der Ergotherapie relevanten Evidenzen eingesetzt. Das aktuelle Framework knüpft an die derzeitige Vision der Ergotherapie einer klientenzentrierten, auf

dem Betätigen basierenden, innerhalb der Umwelt und des Kontextes angesiedelten und evidenzbasierten Behandlung an. Das OTPF ist auch Ausdruck der Überzeugung, dass ein positiver Zusammenhang zwischen bedeutungsvollen Betätigungen, Gesundheit, Wohlbefinden und der Sicht auf den Menschen als sich betätigendem Wesen besteht.

Das OTPF ist in zwei Abschnitte unterteilt:

- die Domäne, welche den professionellen Bereich umreißt, in dem der Ergotherapeut das Wissen und die Expertise besitzt (► Abb. 21.1)
- der Prozess, der die klientenzentrierten Aktionen von Ergotherapeuten beschreibt, die der Teilhabe am Betätigen dienen (► Abb. 21.2).

Obwohl Domäne und Prozess separat beschrieben werden, sind sie in Wahrheit doch untrennbar miteinander verbunden (► Abb. 21.3). Das Framework enthält auch einen Anhang, ein Glossar, ein Quellen- und ein Bücherverzeichnis.

Die Domäne der OTPF knüpft teilweise an die ICF an und setzt sich aus folgenden Aspekten zusammen: Aktivitäten (occupations), Klientenfaktoren (client factors), Performanzfertigkeiten (performance skills), Performanzmuster (performance patterns), Kontext und Umwelt (context and environment).

Der Prozess besteht aus drei Phasen: Evaluationsprozess (evaluation process), Interventionsprozess (intervention process) und anvisierten Outcomes (targeting outcomes process).

21.10 Literatur

- AOTA. Occupational therapy product output reporting system and uniform terminology for reporting occupational therapy services. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association; 1979.
- AOTA. Uniform terminology for occupational therapy. 2. Aufl. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association; 1989.
- AOTA. Uniform terminology for occupational therapy: Third edition. *Am J Occup Ther* 1994;48(11):1047–1054.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. *Am J Occup Ther* 2002a;56(6):609–639.
- AOTA. Position paper: Broadening the construct of independence. *Am J Occup Ther* 2002b;56(6):660.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process 2nd edition. *Am J Occup Ther* 2008;62(6):625–683.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process 3rd edition. *Am J Occup Ther* 2015;68(1):1–48.
- Boyt-Schell BA, Gillen G, Scaffa M. Glossary. In: Boyt-Schell BA, Gillen G, Scaffa M (Hrsg.). Willard and Spackman's occupational therapy. 12. Aufl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014a:1229–1243.
- Boyt-Schell BA, Schell JW. Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation: The art and science of living. 2. Aufl. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2010.
- Cole MB, Tufano R. Applied theories in occupational therapy: A practical approach. Thorofare (NJ): Slack; 2008.
- Dunlea A. An opportunity for co-adaptation: The experience of mothers and their infants who are blind. In: Zemke R, Clark F (Hrsg.). Occupational science: The evolving discipline. Philadelphia: FA Davis; 1996:227–342.

Auch ein Schalensitz fördert eine angemessene Sitzhaltung.

Performanzmuster

- Rollen: Sohn, Bruder
- Gewohnheiten: Beim Geschichtenerzählen wird er ganz ruhig. Er reagiert fröhlich und neugierig auf Spielangebote, Gesang und auf alles, was sein Bruder Uriah tut.
- Routinen: Er folgt den Routinen seiner Familie. Mittags schläft er noch 1,5 Stunden.
- Rituale: noch Erkundigungen über seine Teilhabe an islamischen Bräuchen einholen

Kontext und Umwelt

- persönlich: Daoud Isaijas
- sozial: Eltern und Zwillingbruder Uriah (gesund, doch nass seit der Flucht aus Ägypten in die Niederlande nachts ein). Daoud ist von seiner Mutter abhängig. Der Vater leidet möglicherweise unter einer posttraumatischen Belastungsstörung mit vereinzelt aggressiven Impulsdurchbrüchen.
- physisch: lebt im Flüchtlingsheim. Die Familie teilt sich einen Wohncontainer aus drei Zimmern, einer Kücheneinheit und einem Bad mit einem Ehepaar aus Somalia. Sie hoffen auf eine Aufenthaltsgenehmigung und wünschen sich dann eine eigene Wohnung, die für Daoud angepasst werden kann. Das Verfahren kann sich jedoch noch eine ganze Weile hinziehen.
- kulturell: Herkunftsland ist der Sudan. Die Familie spricht arabisch, der Vater gebrochenes Englisch. Die Mutter kann man nicht direkt ansprechen, sondern das geht über den Vater (der das Wort führt). Man lebt jetzt seit 9 Monaten in den Niederlanden und wartet auf die Bewilligung ihres Asyltrages. Im Falle einer Ablehnung will man in die Berufung gehen. Die Eltern besuchen im Flüchtlingszentrum Kurse in Niederländisch und Sozialkunde.
- zeitlich: Daoud ist 4,5 Jahre alt. Islamische Feiertage sind wichtig. Die Familie erlebt die Wartezeit im Flüchtlingsheim als sehr frustrierend.

21.9 Zusammenfassung

Das OTPF stellt eine Zusammenfassung der Grundlagen der ergotherapeutischen Praxis dar (AOTA 2015). Das Framework wurde zur Verdeutlichung des Beitrags der Ergotherapie für Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation von Personen, Gruppen und Populationen durch Teilhabe am Betätigen entwickelt. Es wird in Kombination mit dem Fachwissen und den auf dem Gebiet des Betätigens und der Ergotherapie relevanten Evidenzen eingesetzt. Das aktuelle Framework knüpft an die derzeitige Vision der Ergotherapie einer klientenzentrierten, auf

dem Betätigen basierenden, innerhalb der Umwelt und des Kontextes angesiedelten und evidenzbasierten Behandlung an. Das OTPF ist auch Ausdruck der Überzeugung, dass ein positiver Zusammenhang zwischen bedeutungsvollen Betätigungen, Gesundheit, Wohlbefinden und der Sicht auf den Menschen als sich betätigendem Wesen besteht.

Das OTPF ist in zwei Abschnitte unterteilt:

- die Domäne, welche den professionellen Bereich umreißt, in dem der Ergotherapeut das Wissen und die Expertise besitzt (► Abb. 21.1)
- der Prozess, der die klientenzentrierten Aktionen von Ergotherapeuten beschreibt, die der Teilhabe am Betätigen dienen (► Abb. 21.2).

Obwohl Domäne und Prozess separat beschrieben werden, sind sie in Wahrheit doch untrennbar miteinander verbunden (► Abb. 21.3). Das Framework enthält auch einen Anhang, ein Glossar, ein Quellen- und ein Bücherverzeichnis.

Die Domäne der OTPF knüpft teilweise an die ICF an und setzt sich aus folgenden Aspekten zusammen: Aktivitäten (occupations), Klientenfaktoren (client factors), Performanzfertigkeiten (performance skills), Performanzmuster (performance patterns), Kontext und Umwelt (context and environment).

Der Prozess besteht aus drei Phasen: Evaluationsprozess (evaluation process), Interventionsprozess (intervention process) und anvisierten Outcomes (targeting outcomes process).

21.10 Literatur

- AOTA. Occupational therapy product output reporting system and uniform terminology for reporting occupational therapy services. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association; 1979.
- AOTA. Uniform terminology for occupational therapy. 2. Aufl. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association; 1989.
- AOTA. Uniform terminology for occupational therapy: Third edition. Am J Occup Ther 1994;48(11):1047–1054.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. Am J Occup Ther 2002a;56(6):609–639.
- AOTA. Position paper: Broadening the construct of independence. Am J Occup Ther 2002b;56(6):660.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process 2nd edition. Am J Occup Ther 2008;62(6):625–683.
- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process 3rd edition. Am J Occup Ther 2015;68(1):1–48.
- Boyt-Schell BA, Gillen G, Scaffa M. Glossary. In: Boyt-Schell BA, Gillen G, Scaffa M (Hrsg.). Willard and Spackman's occupational therapy. 12. Aufl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014a:1229–1243.
- Boyt-Schell BA, Schell JW. Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Christiansen CH, Townsend EA (Hrsg.). Introduction to occupation: The art and science of living. 2. Aufl. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2010.
- Cole MB, Tufano R. Applied theories in occupational therapy: A practical approach. Thorofare (NJ): Slack; 2008.
- Dunlea A. An opportunity for co-adaptation: The experience of mothers and their infants who are blind. In: Zemke R, Clark F (Hrsg.). Occupational science: The evolving discipline. Philadelphia: FA Davis; 1996:227–342.

- Dunton WR. The need for and value of research in occupational therapy. *Occupational Therapy and Rehabilitation* 1934;13:325–328.
- Esdaile SA, Olson JA. *Mothering occupations: Challenge, agency, and participation*. Philadelphia: FA Davis; 2004.
- Fiese BH. Routines and rituals: Opportunities for participation in family health. *OTJR: Occupation, Participation and Health* 2007;27:41–49.
- Fisher AG, Griswold LA. Performance skills: Implementing performance analyses to evaluate quality of occupational performance. In: Boyt-Schell BA, Gillen G, Scaffa M (Hrsg.). *Willard and Spackman's occupational therapy*. 12. Aufl. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2014:606–609.
- Gutman SA, Mortera MH, Hinojosa J, Kramer P. Revision of the Occupational Therapy Practice Framework. *Am J Occup Ther* 2007;61(1):119–126.
- Hakansson C, Dahlin-Ivanoff S, Sonn U. Achieving balance in everyday life. *Journal of Occupational Science* 2006;13:74–82.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Hartingsveldt MJ van, Hengelaar R, Logister-Proost I. *Praktijkcontexten van ergotherapeuten bewegen mee met de veranderingen in zorg en welzijn*. *Ergotherapie Magazine* 2015;3:40–46.
- Heijlsman A, Lemette M, Veld A de, Kuiper C. *Adviseren als ergotherapeut: Competenties en verhalen uit de praktijk*. Den Haag: Boom Lemma; 2007.
- Huber MAS, Knottnerus JA, Green L et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343(4 163):235–237.
- Kaljouw M, Vliet K van. *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. *Zorginstituut Nederland*; 2015.
- Larson E, Zemke R. Shaping the temporal patterns of our lives: The social coordination of occupation. *Journal of Occupational Science* 2003;10:80–89.
- Loon H van, Satink T. Probleeminventarisatie en -analyse van handelen en omgeving. In: Kinébanian A, Granse M le. *Grondslagen van de ergotherapie*. 2. Aufl. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006:687–715.
- Meyer A. The philosophy of occupational therapy. *Am J Occup Ther* 1977;31:639–642. Reprinted from *Archives of Occupational Therapy* 1922;1(1):1–10.
- Moyers PA. The guide to occupational therapy practice. *Am J Occup Ther* 1999;53:247–322.
- Nilsson I, Townsend E. Occupational justice - Bridging theory and practice. *Scan J of Occup Ther* 2010;17:57–63.
- Olsen JA. Mothering co-occupations in caring for infants and young children. In: Esdaile SA, Olson JA (Hrsg.). *Mothering occupations*. Philadelphia: FA Davis; 2004:28–51.
- Pierce D. Untangling occupation and activity. *Am J Occup Ther* 2001;55(2):138–146.
- Reed KL. An annotated history of the concepts used in occupational therapy. In: Christiansen CH, Baum CM, Bass-Haugen J (Hrsg.). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. 3. Aufl. Thorofare (NJ): Slack; 2005:527–626.
- Segal R. Family routines and rituals: A context for occupational therapy interventions. *Am J Occup Ther* 2004;58:499–508.
- Unruh AM. Reflections on: "So... what do you do?" Occupation and the construction of identity. *Can J of Occup Ther* 2004;71:290–295.
- WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organisation; 2001.
- Zemke R. Time, space, and the kaleidoscopes of occupation (Eleanor Clarke Slagle Lecture). *Am J of Occup Ther* 2004;58:608–620.
- Zemke R, Clark F. *Occupational science: An evolving discipline*. Philadelphia: FA Davis; 1996.

22 Person-Environment-Occupation-Performance-Modell (PEOP) und PEOP Occupational Therapy Process

Margo van Hartingsveldt, Sanne Pellegrom

„Das PEOP-Modell konzentriert sich auf die Anwendung des ergotherapeutischen Wissens, das für das Betätigen relevant ist, unabhängig davon, ob es sich um ein Individuum, eine Gruppe oder um eine Population handelt.“

Baum et al. (2015)

Keywords

- Person-Environment-Occupation-Performance-(PEOP)-Modell
- PEOP Occupational Therapy (PEOP) OT-Prozessmodell
- Klient als Person mit seinem System, als Organisation und als Population
- persönliche Faktoren wie Kapazität und Beeinträchtigung
- hilfreiche oder hinderliche Umweltfaktoren
- Betätigung
- Partizipation
- Wohlbefinden
- Narrativ
- Top-down-Ansatz

DOEN!

„Nur ein kleiner Anstoß war nötig, um wieder rauszugehen und Menschen zu treffen ... Das fühlt sich so gut an!“

Die ergotherapeutische Praxis DOEN organisiert mit älteren Menschen mit surinamesischem Hintergrund eine Gruppenintervention in Amsterdam mit dem Ziel, dass ältere Menschen ein besseres Verständnis für ihre Lebenssituation und ihre Verwundbarkeit erhalten, doch vor allem sollten sie dabei lernen, in Chancen und Möglichkeiten zu denken.

„Mir macht es wieder Spaß zu kochen, und das mit Menschen, die ich noch nie zuvor gesehen habe.“

Beim ersten Treffen stand die Lebensgeschichte der Teilnehmer ganz im Vordergrund und es ging somit in der Gruppe viel um Surinam und um wechselseitiges Wiedererkennen. In den folgenden Treffen wurden Themen rund um ein längeres selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden angesprochen. Dabei lernten die älteren Menschen, was erforderlich ist, um z. B. auch zukünftig die Einkäufe selbst bewältigen zu können. Um wirklich zu erkennen, wo die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmer liegen, wurden Hausbesuche

verabredet, bei denen auch Partner, Familie, Freunde oder andere Angehörigenpfleger zugegen waren.

„Ich traue mich jetzt wieder, mit dem Elektro-Rollstuhl meine Enkel zu besuchen. Die ganzen Jahre stand das Ding im Flur herum.“

Nachdem die Älteren sich sechsmal getroffen hatten, wurde ein Abschlusstreffen organisiert, bei dem die Teilnehmer gemeinsam im Gemeindehaus kochten. Jeder hatte seine eigene Aufgabe: Haushaltsplan aufstellen, auf dem Markt einkaufen, das Gemeindehaus reservieren, im Supermarkt einkaufen, den Abend organisieren, das Thema des Abends bestimmen usw. Es war für jeden eine großartige Erfahrung. Zwölf Teilnehmer, die sich wenige Monate zuvor noch nicht gekannt hatten, ein jeder mit seiner ganz eigenen Geschichte, seinen altersbedingten Beeinträchtigungen und seinen Vorstellungen von der Zukunft.

„Ich bin sehr stolz auf das Ergebnis: ein schöner Abend, neue Freunde, eine köstliche Mahlzeit und alles selbst organisiert!“

22.1 Einleitung

In diesem Kapitel geht es um die 4. Fassung des Person-Environment-Occupation-Performance-Modells (PEOP; Baum et al. 2015). Hier wurde auch das PEOP Occupational Therapy Process als Prozessmodell ergänzt (PEOP OT-Prozessmodell; Bass 2015). Das PEOP-Modell geht davon aus, dass die Ausübung von „Aktivitäten, Aufgaben und Rollen“ von der „Person“ und der „Umwelt“ unterstützt wird und dass diese drei Kernelemente die Grundlage des Betätigens bilden. Das PEOP-Modell verdeutlicht, dass das Betätigen Partizipationen ermöglicht und einen Beitrag zur Gesundheit, zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität leistet. So steht in dem PEOP-Modell auch der wichtigste Ausgangspunkt der Ergotherapie im Mittelpunkt: Das Betätigen fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen (Wilcock u. Hocking 2015).

Das verbesserte PEOP-Modell setzt bei den aktuellen Entwicklungen in der Ergotherapie und in der Gesellschaft an. Es unterstützt das klientenzentrierte Arbeiten, indem es dem Klienten und seiner Lebensgeschichte (oder seinem Narrativ) einen zentralen Platz einräumt. Diese ist eine Voraussetzung für die Beschreibung der aktuellen Lebenssituation, für die Ermittlung der verfügbaren Ressourcen und der Zielformulierung bei einer er-

gotherapeutischen Intervention. Das Narrativ als Ausgangspunkt des PEOP-OT-Prozessmodells (Bass 2015) ebnet den Weg zum Verständnis und zur Interpretation der Klientengeschichte. Das Narrativ handelt von der persönlichen Geschichte des Klienten und macht die Bedeutung, die das Betätigen für die Person hat, erkennbar. Im PEOP-Modell steht auch der Top-down-Ansatz beim Assessment und in der gemeinsamen Entscheidungsfindung zentral.

Das PEOP-Modell richtet sich an den Klienten als Person mit seinem System, als Organisation und als Population (Christiansen et al. 2015). Es handelt sich um das erste Ergotherapie-Modell, das den Klienten auf verschiedenen Ebenen beschreibt und unterstützt einen breiteren Blick auf den Klienten (Hartingsveldt et al. 2010). Ziel des Modells ist es, dem Ergotherapeuten ein brauchbares, logisches, systematisches und umfassendes Instrument an die Hand zu geben, mit dem er gemeinsam mit den Klienten den ergotherapeutischen Interventionen eine Form verleihen kann. Das PEOP-Inhaltsmodell und das -Praxismodell sind in allen Praxiskontexten, in jedem Alter, in jedem Lebensabschnitt und bei allen denkbaren Betätigungsfragen einsetzbar.

Lebensstils, die in einer Teilhabe an sinnvollen und zielgerichteten Aktivitäten, Aufgaben und Rollen münden, mit denen die Menschen zufrieden sind und eben Wohlbefinden erleben. Das PEOP bietet als Modell die einfachste Darstellung des Prozesses beim Betätigen (Wong u. Fisher 2015).

22.2 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Die Entwicklung des PEOP-Modells durch Christiansen und Baum begann 1985. Die erste Veröffentlichung erfolgt 1991 (Christiansen u. Baum 1991). Zu dieser Zeit stand noch das reduktionistische biomedizinische Paradigma für im Mittelpunkt des Berufes. Die Ergotherapie war damals zuvorderst auf die Genesung bei Beeinträchtigungen und die Beseitigung von Hindernissen ausgerichtet. In dieser Zeit sah man allmählich ein, dass der reduktionistische Ansatz besonders für Menschen mit chronischen Erkrankungen zu wenige Ansatzpunkte liefert und dass es keine Antworten auf Fragen darüber gab, wie ein Mensch sich an völlig veränderte Lebensumstände anpassen könnte (Kinébanian u. Van de Velde 2012). Aus dem Bedürfnis heraus, in der Ergotherapie wieder verstärkt die Kerndomäne des Betätigens ins Zentrum zu rücken, wurde mit der Entwicklung betätigungsorientierter Modelle begonnen (Fisher 2014). Das PEOP war das erste Modell, das auf das Betätigen ausgerichtet war, und trug anfänglich dazu bei, das berufsspezifische Paradigma in der Ergotherapie in Ausbildung, Praxis und Forschung wieder in den Vordergrund zu rücken.

Der PEOP ist vergleichbar mit anderen berufsorientierten Modellen, hat aber auch eine eigene Farbe und einen eigenen Akzent, die in den Ergebnissen des Modells sichtbar sind.

Das PEOP ist mit anderen betätigungsorientierten Modellen vergleichbar, aber es hat auch eine eigene Note und einen eigenen Schwerpunkt, was sich in den Ergebnissen des Modells zeigt. Das Modell wurde im Laufe der Jahre an die Entwicklungen im Beruf und an die gesellschaftlichen Veränderungen angepasst (Christiansen u. Baum 1997, 2005, 2015). In der 4. Fassung wurde dem PEOP als Inhaltsmodell auch ein Prozessmodell zur Seite gestellt: das PEOP OT-Prozessmodell (Bass 2015), in dem vier Komponenten des Ergotherapieprozesses benannt werden: (1) das Narrativ, (2) Assessment und Evaluation, (3) die Intervention und (4) das Resultat. Inhalts- und Prozessmodell können bei Personen (und ihrem System), Organisationen und Populationen angewendet werden und teilen sich in drei wichtige Wissensdomänen der Ergotherapiepraxis:

Verschiedene betätigungsbasierte Inhaltsmodelle

Der Beruf des Ergotherapeuten hat einen soliden theoretischen Unterbau und es werden verschiedene international anerkannte ergotherapeutische betätigungsbasierte Inhaltsmodelle genutzt. In allen ergotherapeutischen Inhaltsmodellen wird das Verhältnis zwischen der Kerndomäne, dem Betätigten und den Kernelementen Person, Aktivität und Umwelt beschrieben. Die meisten in der westlichen Welt verwendeten Modelle sind das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E; Polatajko et al. 2013), das Model Of Human Occupations (MOHO; Kielhofner 2008) und das PEOP-Modell (Baum et al. 2015).

Die betätigungsorientierten Modelle legen den Schwerpunkt auf das Betätigen als gewünschtem Ergebnis des Modells. Alle drei erwähnten Modelle interpretieren das Betätigen als das Tun und das Ausführen einer Aktivität. Jedes dieser Modelle legt jedoch den Schwerpunkt auf die Kerndomäne anders (Wong u. Fisher 2015). Das Outcome des CMOP-E betont das Engagement als tiefere emotionale Teilhabe am Betätigen (Polatajko et al. 2013). Im MOHO fokussiert man sich auf die intrinsische Entwicklung und Veränderung der persönlichen und auf das Betätigen ausgerichteten Prozesse und bezeichnet dies als „occupational adaptation“ (Kielhofner 2008). Das PEOP setzt seinen Schwerpunkt auf die Notwendigkeit der Kompetenz im Betätigen, um die Partizipation im alltäglichen und gemeinschaftlichen Leben mit dem Ziel der Erfahrung von Wohlbefinden zu ermöglichen. Dabei geht es um Entscheidungen hinsichtlich des

- Person (person): (intrinsische) persönliche Faktoren, die dazu genutzt werden, um die Kapazitäten zu beschreiben und bei der Identifizierung der Beeinträchtigungen helfen
- Umwelt (environment): (extrinsische) Umweltfaktoren, die den Menschen beim Betätigen unterstützen oder ihm Steine in den Weg legen
- Betätigung (occupation): Aktivitäten, Aufgaben und Rollen, welche die Menschen ausüben wollen und die für sie wichtig sind, um ihr Leben zu leben.

Das Modell ist transaktional, d. h. es gibt eine kontinuierliche gegenseitige Wechselwirkung und Dynamik zwischen der Person und der Umwelt. Das Modell ist zudem klientenzentriert, verfolgt einen Top-down-Ansatz und wurde entworfen, um der ergotherapeutischen Intervention im Gespräch und bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung eine Struktur zu verleihen. Es kann somit als Leitfaden für die Erstellung eines kompletten Betätigungsprofils der Person (und ihres Systems), der Organisation (Gruppe) oder Population dienen. Es stützt sich bei der Intervention auf die drei Komponenten der evidenzbasierten Praxis (EBP): die einzigartigen Wertvorstellungen, Expertisen und Umstände des Klienten, die Expertise des Professionals sowie die besten Evidenzen aus der ergotherapeutischen Forschung. Neu ist die ausführliche Anwendung des PEOP-Modells in der Praxis sowohl beim einzelnen Klienten und seinem System als auch bei Organisationen, Gruppen und Populationen. Dafür wurde das PEOP OT-Prozessmodell entwickelt. Die Aufmerksamkeit für spezifische Gesundheitsförderungen und Präventionsmaßnahmen bei Gruppen, Organisationen und Populationen gilt als große Chance für die gesamte Ergotherapie.

22.3 Theoretischer Unterbau

Das Wissen, das dem PEOP-Inhalts- und Prozessmodell zugrunde liegt, stammt u. a. aus der Occupational Science, den Neurowissenschaften, den Umweltwissenschaften und anderen sozialen, biologischen und das Verhalten betreffenden Wissenschaftsgebieten, die allesamt einen Beitrag zu einer soliden wissenschaftlichen Basis des Modells zur Verbesserung des Verständnisses für das menschliche Handeln geleistet haben. Daneben haben sich Christiansen et al. (2015) auch von den aktuellen Themen im Gesundheitssystem wie etwa aus den Bereichen Sozialpolitik, Behindertenbewegung, Technologie, Rehabilitationswissenschaften und öffentlichem Gesundheitswesen beeinflussen lassen. Auch wenn im Laufe der Jahre Definitionen angepasst und neue Konzepte hinzugefügt wurden, sind die Ausgangspunkte des Modells dieselben geblieben. Die Autoren des PEOP-Modells waren mit der Entwicklung eines klaren Modells erfolgreich, das konzeptuell gut zusammengesetzt ist und sich in der Anwendung des evidenzbasierten Wissens in Ausbildung, Praxis, Forschung und Politik als stabil erwiesen hat

(Baum et al. 2015, Wong u. Fisher 2015). Das PEOP-Modell richtet sich auf die folgenden drei Punkte:

1. Unterstützung des klientenzentrierten Arbeitens
2. Ausrichtung auf das Betätigen
3. Betonung der Systemperspektive.

22.3.1 Das PEOP-Modell unterstützt das klientenzentrierte Arbeiten

Seit Jahren steht im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Behandlung das klientenzentrierte Arbeiten. Es basiert auf den Arbeiten von Carl Rogers und ist seit den 1980er-Jahren Ausgangspunkt der Ergotherapie (CAOT u. NHW 1983, Rogers 1942). Dabei wurde immer die Gleichberechtigung in der Zusammenarbeit und in der Diskussion über die Strukturierung der Intervention betont (Sumsion u. Law 2006).

Ergotherapeuten verwenden vornehmlich den Begriff „Klient“ und sprechen nicht vom „Patienten“. „Klient“ impliziert eine aktivere Partizipation und stärkt die erwünschte Art der Zusammenarbeit, bei der das Gespräch im Mittelpunkt steht (Mroz et al. 2015). Auf der Basis des PEOP-Modells arbeitet der Ergotherapeut als Bündnispartner mit dem Klienten zusammen. In der gemeinsamen Entscheidungsfindung ist es der Klient, der die Ziele setzt. Diese wichtige Form der Zusammenarbeit zwischen Klient und Ergotherapeut im PEOP bildet eine Brücke zwischen der wissenschaftlichen, biologischen und technologischen Wirklichkeit der medizinischen Welt und der praktischen, soziokulturellen und spirituellen Wirklichkeit des täglichen Lebens. Diese Brücke ermöglicht ein vollständiges Bild von den persönlichen Faktoren und den Umweltfaktoren, die einen positiven oder auch negativen Einfluss auf das Betätigen, die Partizipation und das Wohlbefinden des Klienten haben (Bass 2015). Dies entspricht auch der Vision von Townsend et al. (2013c), die den Wert der Ergotherapie in der Integration des biomedizinischen und des sozialen Modells sehen, welche dem Beruf seine Kraft und seinen Mehrwert verleiht (translational profession). Sie bezeichnen die Ergotherapie als Beruf, der das Eine in das Andere umsetzt (Townsend et al. 2013c). Ergotherapeuten übersetzen Ideen, Sprache, Praxis und Forschungsergebnisse wechselseitig in das Betätigen und in das medizinische Handeln.

Im Kontext der persönlichen Lebensumstände geht es um den Platz, an dem man lebt, darum, wie man dem Leben einen Inhalt gibt und was eine Person als wichtig genug empfindet, um dem während ihres Lebens nachzugehen. Es geht um die Kombination all dieser Faktoren, die einen Beitrag zur Ermöglichung oder auch zur Beeinträchtigung des Betätigens, der Partizipation und letztlich auch der Gesundheit und des Wohlbefindens leisten.

22.3.2 Das PEOP-Modell ist auf das Betätigen gerichtet

Die Kerndomäne des Betätigens ist das Zentrum aller betätigungsorientierten Inhaltsmodelle in der Ergotherapie. Im PEOP-Modell steht das Tun (doing) ganz zentral. Das Betätigen (occupational performance) wird als die „Ausübung von bedeutungsvollen Aktivitäten, Aufgaben und Rollen in der komplexen Interaktion der Person mit ihrer Umwelt“ definiert. Das PEOP-Modell geht davon aus, dass das Betätigen die Partizipation (die aktive Mitwirkung und innere Teilhabe, die zum Wohlbefinden von Individuen und Gemeinschaften beitragen) und das Wohlbefinden (Gesundheit und Lebensqualität) unterstützt (Baum et al. 2015). Die auf die Ermöglichung des Betätigens gerichteten Ziele sind so unterschiedlich wie das alltägliche Leben an sich. Bei Kindern können sich die Ziele auf das Mitmachen im Lieblingssport, das Lernen in der Klasse, das Spiel mit Freunden oder das Erlernen der für eine Arbeit erforderlichen Fertigkeiten richten. Bei Erwachsenen kann es die Rückkehr an den Arbeitsplatz, das sichere Leben in den eigenen vier Wänden, die Versorgung der Kinder oder das Erlernen der Fertigkeiten, die für das Eingehen einer wichtigen Beziehung bedeutsam sind, sein. Bei älteren Menschen schließlich kann es darum gehen, möglichst lange in der vertrauten Umwelt weiterzuleben, einen an Alzheimer erkrankten Partner zu versorgen, den Enkelkindern vorlesen zu können oder den Gottesdienst zu besuchen. Trotz der Unterschiede ist all diesen Punkten eines gemein: Jedes Ziel spiegelt die individuellen Wünsche zur vollständigen Partizipation am täglichen und gesellschaftlichen Leben wider (Bass 2015). Das PEOP-Modell kann als Leitfaden dafür dienen, sich einen Überblick über das Betätigungsprofil eines Klienten zu verschaffen. Dieses Profil liefert Informationen über die individuellen Erfahrungen im bisherigen Leben eines Menschen hinsichtlich des Betätigens und den Möglichkeiten und Herausforderungen, denen sie sich beim Ausfüllen ihrer Rollen und der Verfolgung ihrer Interessen und der Übernahme ihrer Verantwortlichkeiten gegenüber sieht (Baum et al. 2015).

22.3.3 Das PEOP-Modell betont die Systemperspektive

Das PEOP-Modell ist ein Systemmodell, in dem von einer dynamischen und wechselseitigen Interaktion zwischen den Komponenten Person, Umwelt und der Ausübung von Aktivitäten, Aufgaben und Rollen ausgegangen wird. Systemmodelle beruhen auf dem Prinzip, dass jede Komponente das Potenzial hat, auf andere Komponenten und auf das System als Ganzes einzuwirken. Beim PEOP-Modell geht es um das Betätigen, die Partizipation und das Wohlbefinden als Outcome des Modells.

Wenn ein Mensch eine Aktivität ausführt, erfolgt dies in wechselseitiger Interaktion mit der Umwelt. Diese

wechselseitige Interaktion zwischen Person und Umwelt wird als Durchsatz (throughput) des Modells betrachtet. Jede Veränderung der persönlichen Möglichkeiten, die Wahl der täglichen Aktivitäten und die Merkmale der Umwelt können das Potenzial haben, das Betätigen einer Person, einer Organisation oder einer Population zu beeinflussen (Baum et al. 2015).

22.4 Aufbau und Anwendung des PEOP-Inhaltsmodells

Das PEOP-Modell (► Abb. 22.1) zeigt, dass das Betätigen (occupational performance) nicht nur in der Ausführung von Aktivitäten, Aufgaben und Rollen besteht (occupation). Das Betätigen wird auch von den Merkmalen der Person (intrinsische Faktoren: kognitiv, psychisch, physiologisch, sensorisch, motorisch und spirituell) und der Umwelt bestimmt (extrinsische Faktoren: Kultur, soziale Determinanten, soziale Unterstützung und soziales Kapital, Ausbildung und Politik, physische und natürliche Umwelt und unterstützende Technologien). Diese Wechselwirkung führt zum Betätigen (das Tun), zur Partizipation (Beteiligtsein) und zum Wohlbefinden (Gesundheit und Lebensqualität). Das Betätigen führt nur dann zu Partizipation und Wohlbefinden, wenn es einen Person-Umwelt-Fit gibt, der die Person und ihr System, die Organisation oder Population bei bedeutungsvollen Betätigungen des täglichen Lebens optimal unterstützt.

22.4.1 Persönliche Faktoren

Die intrinsischen persönlichen Faktoren bestehen aus (1) psychischen, (2) bedeutungs- und sinnstiftenden oder spirituellen, (3) physiologischen, (4) kognitiven, (5) sensorischen und motorischen Faktoren (Baum et al. 2015).

1. Psychische Faktoren sind Motivation, Selbstvertrauen, Selbstbild, Identität und Selbstwirksamkeit (Brown u. Stoffel 2015):
 - a) Motivation wirkt sich auf die Ausführung der täglichen Aktivitäten aus und ist für die Veränderung und Anpassung des Betätigens wichtig.
 - b) Selbstvertrauen ist das Bild, das jemand von sich selbst hat, sei es positiv oder negativ. Dabei geht es auch um den Selbstwert, den sich eine Person zumisst. Hierzu gehören der gesamte Glaube an sich selbst und die Gefühle über sich selbst.
 - c) Die Identität ist ein komplexes Konzept des Selbst und hat einen interpersonellen Aspekt (die Identität bildet sich in der Beziehung zu anderen heraus), einen Kapazitätsaspekt (das Bild der eigenen Möglichkeiten und wer man werden kann) sowie einen Werteaspekt (wichtige persönliche Wertvorstellungen sind die Basis für das Treffen einer Wahl und für Entscheidungen). Die Identität ist die Eigenheit der Person, die aus dem Selbstbild besteht, das von der

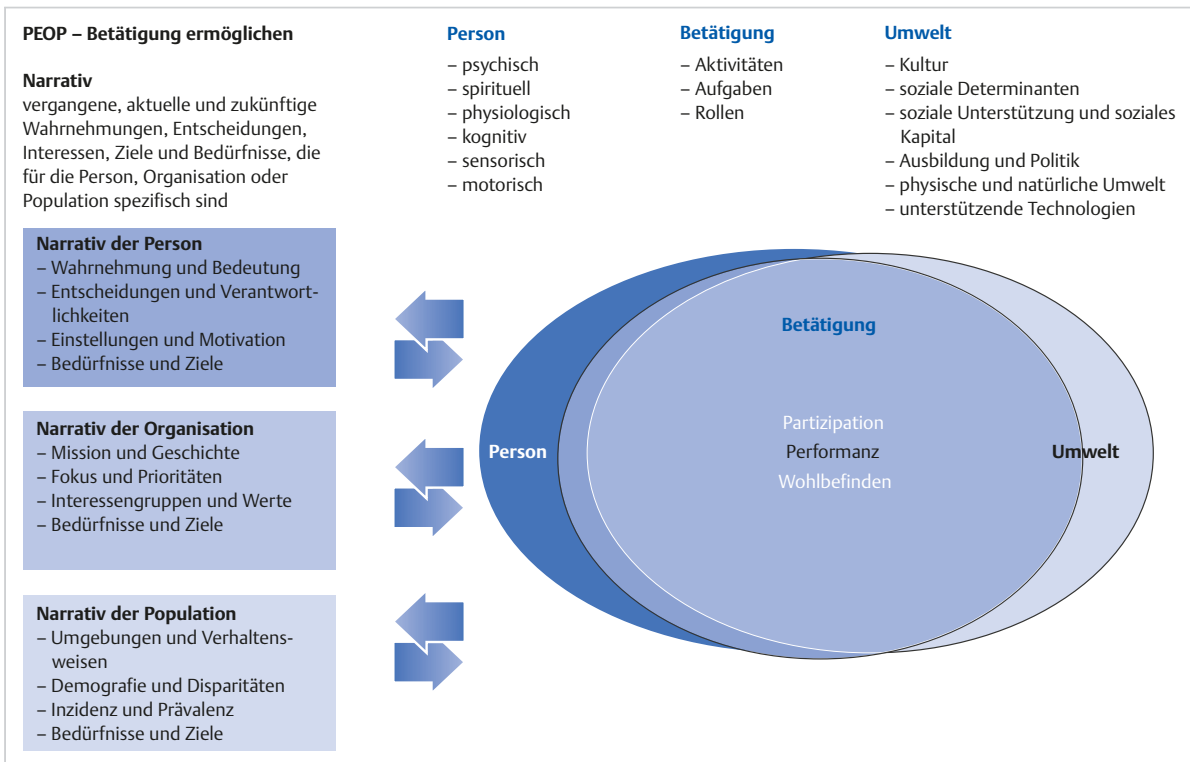


Abb. 22.1 Person-Environment-Occupation-Performance (Baum et al. 2015).

sozialen Umwelt beeinflusst wird (Christiansen 1999). Die Identität einer Person wird auch wiederum von der Identität der Ursprungsfamilie geprägt, welche ihrerseits von allen Routinen und Ritualen der Familie geformt wurde (Segal 2004).

- d) Die Selbstwirksamkeit ist eine primäre Triebfeder, die auf die Motivation Einfluss nimmt und auf dem Glauben an die eigenen Möglichkeiten zur Erreichung eines Zieles fußt (Bandura 1986).
2. Bedeutung und spirituelle Faktoren (Eakman 2015):
 - a) Die Bedeutung, welche die Menschen ihren Aktivitäten beimessen, hat große Folgen für ihre Identität und ihr Wohlbefinden. Die subjektive Erfahrung des Betätigens wurde so beschrieben: „Das Betätigen ist die Erfahrung einer Person, und nur sie kann der Betätigung eine Bedeutung verleihen.“ Das Adjektiv „bedeutungsvoll“ (meaningful) wird häufig gebraucht und „meaningful occupations“ steht für das Betätigen, das von einer Person oder einer Gruppe ausgewählt und ausgeführt wird, um bedeutungsvolle und befriedigende Erfahrungen zu machen (Pierce 2001).
 - b) Die Spiritualität ist das wesentliche Element des Menschen und trägt zu dem Gefühl für die eigene Person und ihren Platz in der Welt bei (Eakman 2015). Das Narrativ der Lebensgeschichte kleidet die

Bedeutung, die das Betätigen für eine Person und deren Spiritualität hat, in Worte. Dabei geht es um das Zugehörigkeitsgefühl und das Mitmachen und es zeigt auch, wie jemand die Welt sieht und interpretiert.

3. Physiologische Faktoren sind Kraft, Ausdauer, Schmerzen, Beweglichkeit bzw. Beeinträchtigungen in den Gelenken und der Bewegungsausschlag (Rogers 2015).
4. kognitive Faktoren, wie das Gedächtnis, Planungsvermögen, Aufmerksamkeit, Bewusstsein, Entscheidungsfähigkeit und Zielstrebigkeit
5. sensorische und motorische Faktoren: Um die Betätigungen ausführen zu können, müssen verhaltensneurologische Subsysteme die (somato)sensorischen Informationen (olfaktorisch, gustatorisch, akustisch, visuell, taktil, propriozeptiv) verarbeiten, wodurch man sich in einer Umwelt bewegen kann und mit der Bewegung verknüpfte Subsysteme wie die motorische Kontrolle, die Bewegungsplanung und die Haltungskontrolle aktiviert.

Bei der Analyse dieser Faktoren ist es wichtig herauszufinden, welche bei der Ausführung der täglichen Aktivitäten zu den Kapazitäten des Klienten gehören und welche beeinträchtigend wirken und sich hindernd auswirken (Wong u. Fisher 2015).

22.4.2 Umweltfaktoren

Die extrinsischen Umweltfaktoren sind: (1) Kultur, (2) soziale Determinanten, (3) soziale Unterstützung und soziales Kapital, (4) Bildung und Gesundheitspolitik, (5) die physische und natürliche Umwelt und (6) Unterstützungstechnologien (Baum et al. 2015).

1. Zur kulturellen Umwelt gehören die Werte, Normen, Gebräuche, Rituale und der Zeitaufwand.
2. Soziale Determinanten können das Betätigen, die Partizipation und das Wohlbefinden beeinflussen. Im Regenbogenmodell tauchen sie als Lebensstilfaktoren, soziale Netzwerke, Zugänglichkeit zu Einrichtungen und gesellschaftliche Faktoren auf (Dahlgren u. Whitehead 2006). Sie können einen positiven oder auch einen negativen Einfluss auf das Betätigen, die Partizipation und das Wohlbefinden haben.
3. Soziale Unterstützung entwickelt sich aus den Interaktionen der Menschen mit anderen Personen aus ihrem sozialen Netzwerk und hilft Personen bei der Komplexität des Betätigens. Dabei geht es um Zuneigung, Zustimmung, Zugehörigkeit, Sicherheit und das Finden eines Platzes in den sozialen Beziehungen zu anderen Menschen der Umwelt. Das soziale Kapital bezieht sich auf die sozialen Beziehungen und die Netzwerke, welche die Menschen unterhalten. Ein wichtiger Punkt dabei ist die Tragfähigkeit der sozialen Beziehungen, die eine Person zu seiner direkten Umwelt und zur weiteren gesellschaftlichen Umwelt aufbaut (Vosters et al. 2013). Soziale Unterstützung und soziales Kapital machen einen wichtigen Teil der sozialen Umwelt aus, das zum Personen- Umwelt-Fit beiträgt und das Betätigen der Menschen ermöglicht (Bass et al. 2015b).
4. Bildung und Gesundheitspolitik schaffen den gesellschaftlichen Rahmen, der das Betätigen beeinflusst und formbildend wirkt.
5. Die physische Umwelt setzt sich aus der bebauten Umwelt (im Hinblick auf die Zugänglichkeit und die Gebrauchsfaktoren), der natürlichen Umwelt (geografische Bedingungen, Klima und Luftqualität) sowie den verfügbaren Werkzeugen und Hilfsmitteln zusammen (Baum et al. 2015).
6. Die unterstützenden Technologien erlangen zunehmend Bedeutung und nehmen Einfluss auf das Verhältnis zwischen Klient und Ergotherapeut und auch auf die Örtlichkeit, wo die Hilfe geleistet wird. Sie tragen auch dazu bei, dass Versorgung und Wohlbefinden zeitlich und räumlich weniger festgelegt sind. Die Technik hat auch einen immer größeren Einfluss auf unser tägliches Leben. Man denke nur an die ständig zunehmende Verwendung von Computern, Smartphones, Tablets und an das Internet. Diese wachsende Bedeutung der Technologien hat auch große Folgen für die Ergotherapie, die immer häufiger neue Technologien in ihre Arbeit integriert und auch Klienten im Umgang damit berät und begleitet (Vereniging Hogescholen 2015).

Bei all diesen Umweltfaktoren stellt sich die Frage, ob sie der Durchführung des Betätigens förderlich oder abträglich sind und neue Barrieren aufbauen.

22.5 Vision vom Betätigen

Das PEOP-Modell geht von den folgenden Grundvoraussetzungen aus (Baum et al. 2015):

- Der Mensch ist ein von Natur aus sich betätigendes Wesen, das dadurch versucht, seine Welt zu entdecken und zu gestalten.
- Erfolgserlebnisse beim Betätigen geben dem Menschen ein gutes Gefühl und motivieren dazu, sich neuen Herausforderungen zu stellen.
- Das Betätigen wird als das Ausüben bedeutungsvoller Aktivitäten, Aufgaben und Rollen durch komplexe Interaktionen mit Personen und der Umwelt beschrieben.
- Das Betätigen unterstützt die Partizipation und das Wohlbefinden.
- Das Betätigen ist mit der Lebensphase einer Person und den damit verbundenen Rollen verknüpft. Je nach Lebensphase stehen unterschiedliche primäre Betätigungsbereiche im Vordergrund.

Für Kinder besteht ein Tag hauptsächlich aus Lernen und Spielen. Bei Erwachsenen wird das Betätigen vor allem von der Arbeit und dem Wohlergehen der Familie geprägt. Da ältere Menschen oftmals mehr Zeit für die täglichen Routinen benötigen, wird ihr Tag zumeist von der Versorgung und der Freizeit als wichtigem Betätigungsbereich bestimmt (Erlandsson u. Christiansen 2015).

22.6 Assessments des Modells

Auf der Grundlage des PEOP-Modells wurden keine speziellen Assessments entwickelt. Natürlich lassen sich alle Assessments an das PEOP-Modell anpassen. In Kap. 28 wird der Einsatz von Assessments im ergotherapeutischen Prozess anhand des PEOP-Modells erläutert.

22.7 Struktur und Anwendung des PEOP OT-Prozessmodells

Das PEOP OT-Prozessmodell setzt bei den Kapazitäten der Person und den Ressourcen in seiner Umwelt an. Diese unterstützen den Klienten in dem, was er in seinem Betätigen möchte und was er dazu benötigt. Im PEOP OT-Prozessmodell kumuliert das gesamte Wissen, das Ergotherapiestudierende während ihrer Ausbildung anhäufen. Es sind Fachkenntnisse in verschiedenen Wissensbereichen erforderlich, um die Personenfaktoren gut bewerten zu können, so etwa Anatomie, Physiologie, Neurologie, Psychologie, Ethik und Religion. Ganz ähnlich ist es bei den Umweltfaktoren. Hier ist Wissen aus den Bereichen Soziologie, Anthropologie, Politik, Geografie, Technik und aus dem Gesundheitswesen erforderlich, das während

der Ausbildung vermittelt wird. Um mehr von den Aktivitäten, Aufgaben und Rollen rund um das Betätigen zu verstehen, sind auch Kenntnisse in Occupational Science, Ergotherapie, den Betätigungsbereichen sowie über Aktivitäten, Ausbildung, Beruf und Familie erforderlich. Durch Praktika, externe Projekte und Fallberichte aus der Praxis bieten sich Möglichkeiten, Wissenslücken zu schließen und sich in der Zusammenarbeit mit der Person, der Organisation oder der Population Fertigkeiten in der tatsächlichen Praxis anzueignen.

22.7.1 Ausgangspunkte

Das PEOP OT-Prozessmodell ist klientenzentriert, betätigungsorientiert und evidenzbasiert.

Klientenzentrierung

Das klientenzentrierte Arbeiten steht im Mittelpunkt des Ergotherapieprozesses, bei dem Ergotherapeut und Klient zusammenarbeiten und nach Wegen suchen, wie Beeinträchtigungen beseitigt und Ziele erreicht werden können. Der Ergotherapeut nimmt gegenüber dem Klienten die Rolle eines Partners statt eines Entscheiders ein. Als Ergotherapeut ist es wichtig, die Einschätzung des Klienten über die Erreichbarkeit seiner selbst gesetzten Ziele zu erfassen. Die Klienten werden dazu angeregt, selbst ihrem Niveau entsprechende Entscheidungen über die Interventionen zu treffen. Dies hängt von den Kapazitäten des Klienten ab. Der Therapeut hat Respekt vor den Werten und Normen des Klienten sowie vor seinem Umgang mit der herausfordernden Situation (coping). Im PEOP OT-Prozessmodell steht der Klient im Zentrum des ergotherapeutischen Planungs- und Implementierungsprozesses (Bass 2015).

Betätigungsorientierung

Dem Betätigen und der Ausführung alltäglicher Aktivitäten gilt das besondere Augenmerk in der Ergotherapie und ist zugleich der rote Faden, der die verschiedenen Komponenten des PEOP OT-Prozessmodells miteinander verbindet. Das Betätigen fördert das Verständnis für die Lebensgeschichte des Klienten, ist der Gegenstand für Assessment und Evaluation, selektiert den Interventionsansatz und zeigt die Ergebnisse der Ergotherapie an. Das PEOP OT-Prozessmodell geht nicht von der Diagnose, son-

dern von den vom Klienten geäußerten Betätigungsfragen aus. Somit geht es nicht um Klienten mit einem Schlaganfall oder einer geistigen Behinderung, sondern um die Person mit ihren Kapazitäten und Beeinträchtigungen in ihrer (zutraglichen oder abträglichen) Umwelt, die gerne Aktivitäten ausführen möchte, welche für sie bedeutungsvoll sind oder die von ihr erwartet werden (Bass 2015).

Evidenzbasierung

Die Evidenz stützt die Entscheidungen des Ergotherapeuten darüber, welche Assessments angewendet, welche Interventionen durchgeführt und welche Instrumente zur Bewertung des Outcome eingesetzt werden. Die evidenzbasierte Praxis geht von den Erfahrungen und der einzigartigen Wahrnehmung des Klienten, der Erfahrung und dem Wissen des Ergotherapeuten und der Evidenz aus den relevanten Veröffentlichungen aus, um dadurch zusammen mit dem Klienten die Entscheidungen über eine effektive Intervention zu treffen. Die gemeinsame Entscheidungsfindung wird dabei von dem Kontext und von den persönlichen, professionellen und gesellschaftlichen Normen und Werten beeinflusst (Bass 2015, Benett 2015, Kuiper et al. 2016).

Das PEOP OT-Prozessmodell identifiziert die ganzen förderlichen und abträglichen Faktoren und unterstützt dadurch sowohl den Ergotherapeuten als auch den Klienten darin, gemeinsam zu einem realistischen Plan für eine Intervention zu kommen. Der Erfolg in diesem Prozess der gemeinsamen Entschließung (Groen-Ven et al. 2016) hängt von den Fertigkeiten des Ergotherapeuten ab, der Beziehung eine Struktur zu geben und die richtigen Fragen an den Klienten zu richten, indem er dessen Motivation ergründet. Dabei gibt der Ergotherapeut Auskunft über das entsprechende Wissen, das zu den Bedürfnissen und den Zielen des Klienten passt, und das erforderlich ist, um gute Entscheidungen treffen zu können (Baum et al. 2015).

Das PEOP OT-Prozessmodell hat vier primäre Komponenten (► Abb. 22.2), die während des Ergotherapieprozesses auch gleichzeitig auf den Plan treten können:

- Narrativ
- Assessment und Evaluation
- Intervention
- Ergebnis (Outcome).

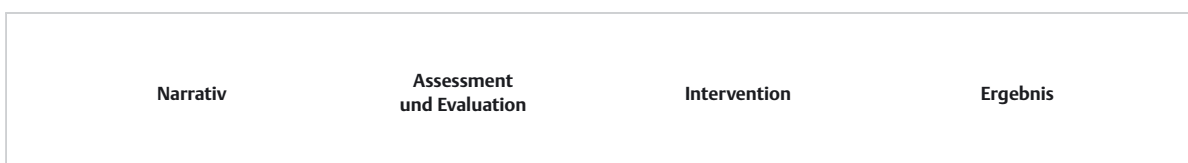


Abb. 22.2 PEOP-Occupational-Therapy-Prozessmodell (PEOP OT; Bass 2015).

22.7.2 Narrativ

Ein neuer Aspekt innerhalb des PEOP OT-Prozessmodell ist der Einsatz des Narrativs, d.h. der persönlichen Geschichte des Klienten. Durch Gespräche und Beobachtungen werden diese Geschichte und die Fragen des Klienten sowie seine Bedürfnisse deutlicher. Das Narrativ wurde in den vergangenen Jahren zunehmend häufig in den Bereichen Versorgung und Wohlbefinden angewandt (Bohlmeijer et al. 2006), um die Betätigungsfrage und ihre Bedeutung für den Klienten aus dem breiteren Kontext seiner Lebenssituation und im Hinblick auf das interpretative Reasoning zu verstehen (Mattingly u. Fleming 1994). Das Narrativ vertieft die individuelle Perspektive des Klienten und die mit den Betätigungsbeeinträchtigungen verbundenen Emotionen. Es enthält wichtige Hintergrundinformationen in Erzählform. Dabei geht es etwa darum, wie die Person, Organisation oder Population zur Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft steht und welchen Wert sie den Auswahlen, Interessen, Werten, Zielen und Wünschen, die individuell für jeden Klienten sind, beimisst (Bass 2015).

Mithilfe des Narrativs kann der Ergotherapeut durch Assessments, Beobachtungen und Evidenzen die intrinsischen und extrinsischen Faktoren, die das Betätigen beeinflussen, besser verstehen. Durch das Narrativ einer Person und ihres Systems, einer Organisation oder einer Population erlangt man Informationen darüber,

- wie der Klient zu Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft steht,
- an welchen kurz- und langfristigen Zielen der Klient arbeiten möchte und
- wie gut die Ziele des Klienten und der Ergotherapie zusammenpassen.

22.7.3 Assessment und Evaluation

Beim PEOP OT-Prozessmodell Assessment und der Evaluation geht es um die Ermittlung der intrinsischen und extrinsischen Faktoren, welche die Möglichkeiten (Kapazitäten der Person und Unterstützung aus der Umwelt) und Beeinträchtigungen (Beeinträchtigungen der Person und Barrieren in der Umwelt) beim Betätigen prägen. Die Evaluation erfolgt auf der Basis des abschließenden Betätigungsprofils, das durch die verschiedenen täglichen Aktivitäten, Personen- und Umweltfaktoren und durch den Grad, in dem diese förderlich oder hinderlich wirken, strukturiert wird. Das Profil führt dann

- zu einer Auswahl an Bezugsrahmen, die ein besseres Verständnis der intrinsischen und extrinsischen Faktoren ermöglichen,
- zu einem klientenzentrierten Betätigungsplan,
- zur Ausführung des Betätigungsplans (Intervention) und
- zu einem Ergebnis (outcome) beim Betätigen, bei der Partizipation und beim Wohlbefinden.

22.7.4 Intervention

Die Struktur des Modells unterstützt den Ergotherapeuten dabei, das PEOP-Modell so anzupassen, dass die Ziele zur Steigerung des Wohlbefindens und zur Verbesserung der Lebensqualität im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten erreicht werden können. Das PEOP OT-Prozessmodell hilft dem Ergotherapeuten bei der Überlegung, ob der gewählte Bezugsrahmen auch betätigungsorientiert, klientenzentriert und evidenzbasiert ist. Bei der Interventionsplanung, also der Ausführung des Betätigungsplans, kann der Ergotherapeut bei Organisationen und/oder Populationen denselben Schritten folgen wie bei der einzelnen Person und ihrem System, doch sollte die Analyse auf die spezifische Situation der Organisation oder Population zugeschnitten sein.

22.7.5 Ergebnis

Um als Gesundheitsprofessional und als Berufsgruppe betrachtet und wertgeschätzt zu werden, ist es wichtig, effektive Interventionen durchzuführen, die mit einem Mehrwert verbunden sind. Es ist wichtig, dies auch unter den Überweisern, Entscheidungsträgern und Geldgebern, wie etwa den Versicherungen, publik zu machen. Die Ergotherapie leistet einen Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Menschen, indem sie ihnen das Betätigen ermöglicht (Wilcock u. Hocking 2015, Hartingsveldt 2016). Der Kernbereich der Ergotherapie setzt beim „Funktionieren“ an, dem Schlüsselbegriff in dem wegweisenden Bericht von Kaljouw und Vliet (2015) zu den Themen Versorgung und Ausbildung. Das „Funktionieren“ gilt darin als die Fähigkeit, „das eigene Leben weitestmöglich so zu führen, wie man es führen möchte“. Das entspricht exakt den Zielen der Ergotherapie und es bietet der Ergotherapie als Berufsgruppe die Möglichkeit, ihren Mehrwert dazustellen.

Die Ergotherapie arbeitet beim Betätigen auf einem sehr breiten Gebiet, das sich bei jeder Zielgruppe und sogar bei jeder Person anders darstellt. Dies kann die Betreuung von Kindern mit leichten Schwierigkeiten bei der Entwicklung der schulischen Leistungen sein, die Stärkung eines depressiven Erwachsenen durch Einbringung einer Struktur in seine Selbstversorgung oder auch die Unterstützung älterer Personen über die Schaffung von Möglichkeiten zur Gesundheitserhaltung durch weiteres Ausüben der täglichen Aktivitäten und zur Fortsetzung der Lebensart in der gewohnten Umwelt. Es ist wichtig darüber nachzudenken, wie die Ergebnisse der Interventionen messbar gemacht werden können, um dadurch den geschaffenen Wert der Ergotherapeuten der Gesellschaft aufzeigen zu können (Bass 2015). Ein Assessment aus der Phase der Inventarisierung und Analyse kann in dieser letzten Phase des ergotherapeutischen Prozesses wiederholt werden, um einen Eindruck von der Wirksamkeit der Intervention zu erhalten. Dazu kann etwa

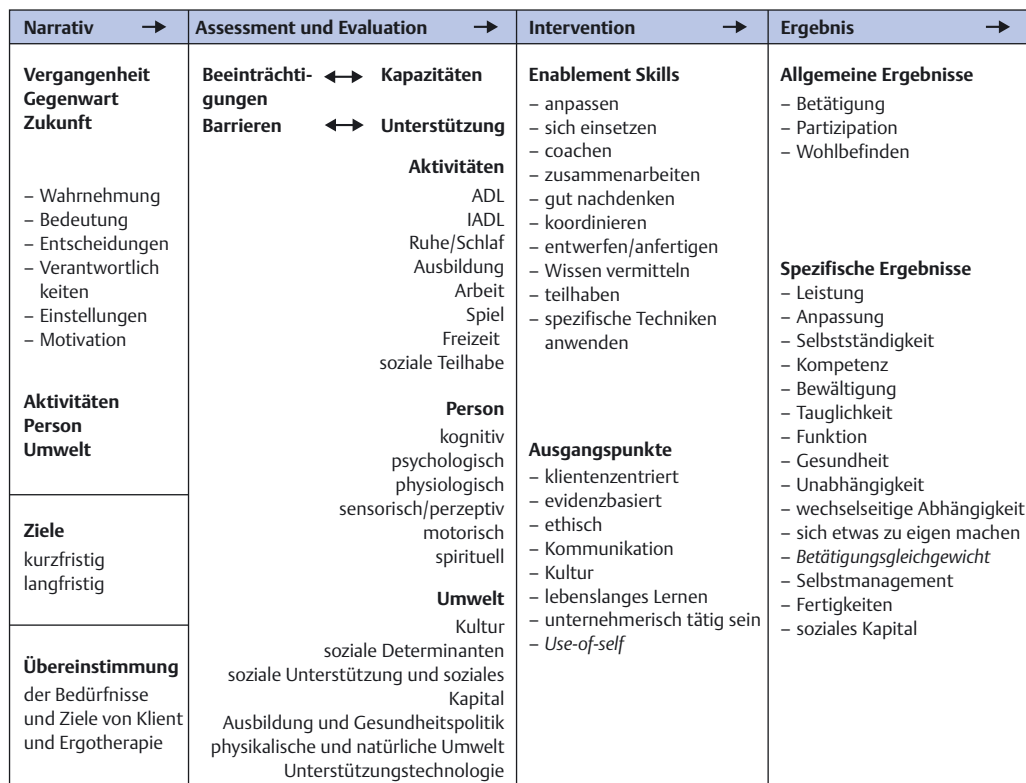


Abb. 22.3 PEOP OT-Prozessmodell für die Arbeit mit der Person und ihrem System (Bass 2015, Townsend et al. 2013a).

der COPM am Ende der Intervention erneut durchgeführt werden (Law et al. 2014). Dann wird erkennbar, ob der Klient die Aktivitäten, die der Zielpunkt der Interventionen waren, tatsächlich besser ausführen kann und ob die Zufriedenheit gestiegen ist.

22.8 Arbeiten mit dem PEOP OT-Prozessmodell

In diesem Abschnitt wird das PEOP OT-Prozessmodell für die Person und ihr System, die Organisation oder die Population basierend auf den Prozessmodellen nach Bass, Baum und Christiansen (2015) beschrieben. In der niederländischen Übersetzung dieser Prozessmodelle wurde

eine Anpassung der Interventionskomponente vorgenommen. In den ursprünglichen Prozessmodellen wurden Ansätze verwendet, die von diesen Autoren beschrieben wurden. Diese wurden durch die Enablement Skills aus dem Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) ersetzt (Townsend et al. 2013a; Kap. 8; ► Abb. 22.3).

22.8.1 Das PEOP OT-Prozessmodell für die Person und ihr System

Fallbeispiel

Stellen Sie sich folgende Szene vor: Sie fahren mit dem Fahrrad durch einen Park (Handlung: Aktivität), über einen kleinen Hügel, durch den Sie eine Beschleunigung erfahren, und sehen das Dreirad eines kleinen Kindes auf dem Weg (Umwelt: physisch und natürlich). Sie stürzen mit ihrem Fahrrad und im nächsten Moment finden Sie sich mit starken Schmerzen in einer Klinik wieder (Person: physisch, psychisch und sensorisch). Sie erfahren, dass ihre Schulter und ihr Schlüsselbein gebrochen sind (Person: physiologisch) und dass Sie eine leichte Gehirnerschütterung haben (Person: physiologisch und kognitiv). Und als wäre das noch nicht genug, spüren Sie auch noch einen Verband im Gesicht und bemerken, dass Sie dort mehrere Verletzungen haben, die vernäht wurden (Person: physiologisch und psychisch). Sie geraten in Panik und denken: „Dafür hab ich keine Zeit.“ Sie müssen für eine Prüfung lernen (Betätigung: Aufgabe), in drei Wochen heiratet ihre Nichte (Betätigung: Aktivitäten und Rollen) und ihre Familie wohnt weit weg (Umwelt: soziale Unterstützung). Als Ihnen klar wird, was mit Ihnen geschehen ist, wird Ihnen bewusst: „Ich kann nicht alles wie gewohnt tun, aber ich will möglichst schnell in mein altes Leben zurück.“ Sie wollen nach Hause, wissen aber nicht, ob Sie es jeden Tag an die Uni schaffen. Sie wohnen in der 3. Etage eines Hauses ohne Aufzug (Umwelt: physisch). Sie leben allein und keiner ihrer guten Freunde wohnt in der Nachbarschaft (Umwelt: soziale Unterstützung). Sie realisieren, dass Sie schwach sind (Person: psychisch), nicht klar sehen können (Person: psychisch und sensorisch), Ihnen fällt Ihre eigene Telefonnummer nicht mehr ein (Person: kognitiv) und Sie machen sich Sorgen

darüber, wie Sie das alles bezahlen sollen (eigene Risikoversicherung, Arbeit usw.; Umwelt: soziale Determinanten). „Was soll ich jetzt machen?“ (Bass et al. 2015a).

Wie könnte in diesem Fall eine Auflistung der Beeinträchtigungen und Möglichkeiten auf einer fortlaufenden Skala aussehen? Vielleicht wie in ► Abb. 22.4.

Stellen Sie sich vor, Sie seien schon zwei Wochen weiter. In der Klinik kümmert sich ein großes Team aus Gesundheitsprofessionals – einschließlich Ergotherapeuten – um die verschiedenen Folgen des Unfalls und die resultierenden Beeinträchtigungen und bespricht dies mit Ihnen. Der Ergotherapeut stellt Ihnen eine Reihe von Hilfsmitteln zur Verfügung und ist mit Ihnen das An- und Auskleiden durchgegangen. Dabei hat er Ihnen einige Techniken vermittelt, wie Sie dabei die Schulter und das Schlüsselbein möglichst wenig beanspruchen, um die Knochen gut heilen zu lassen. An der Hochschule konnten Sie einen Aufschub der Prüfung um einige Wochen erwirken und erreichen, dass Sie den Teil der Ausbildung einfach abrunden können. Vielleicht sind Sie noch nicht genügend vorbereitet auf die Prüfung, doch können Sie sich auf jeden Fall aufgrund der Empfehlungen für eine bessere Organisation des Tages besser konzentrieren. Zwei Kommilitonen haben sich bereit erklärt, Ihnen zu helfen, am Lernstoff dranzubleiben. Zudem hat der Hausverwalter ihnen vorübergehend eine leichter zugängliche Wohnung besorgt, in der Sie eine Zeit lang bleiben können. In Ihrer Wohnung wohnt für diese Zeit jemand anders, um die Kosten im Griff zu behalten. Wie sieht es jetzt mit den Behinderungen und Möglichkeiten aus? Vielleicht so wie in ► Abb. 22.5.

Erstes Assessment und erste Evaluation nach dem Fahrradunfall

Beeinträchtigungen Barrieren	↔ ↔	Kapazitäten Unterstützung	
.....-○-.....			Aktivitäten
.....○.....			sich anziehen
.....○.....			Prüfung vorbereiten
.....○.....			persönliche Faktoren
.....○.....			physiologisch
.....○.....			psychologisch
.....○.....			kognitiv
.....○.....			Umweltfaktoren
.....○.....			soziale Unterstützung
.....○.....			physisch und natürlich
.....○.....			Ausbildung und Politik

Abb. 22.4 Erstes Assessment und erste Evaluation nach dem Fahrradunfall.

Assessment und Evaluation 2 Wochen nach dem Fahrradunfall			
Beeinträchtigungen Barrieren	← →	Kapazitäten Unterstützung	
.....○.....			Aktivitäten sich anziehen Prüfung vorbereiten
.....○.....			persönliche Faktoren physiologisch psychologisch kognitiv
.....○.....			Umweltfaktoren soziale Unterstützung physisch und natürlich Ausbildung und Politik
.....○.....			
.....○.....			
.....○.....			

Abb. 22.5 Assessment und Evaluation 2 Wochen nach dem Fahrradunfall.

22.8.2 Das PEOP OT-Prozessmodell für Organisationen

Eine Organisation ist ein zusammenarbeitender Verbund aus Personen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen, wie etwa ein Unternehmen, eine Schule, ein Büro usw. (Sells 2015). Innerhalb von Organisationen arbeiten Ergotherapeuten nicht nur aus der individuellen Perspektive mit z. B. einem Bewohner, Klienten oder Schüler, sondern auch aus der sozialen Perspektive in und mit dem Kontext der Organisation. So leisten etwa Ergotherapeuten in einem Pflegeheim neben der individuellen Versorgung der Bewohner auch einen Beitrag zum gesamten Wohnklima und geben Anregungen für die Tagesgestaltung. Kinderergotherapeuten arbeiten sowohl im regulären als auch im Sonderunterricht individuell mit Schülern zusammen, aber auch mit den Lehrkräften und damit auf der Ebene der Organisation. Und in einem Flüchtlingsheim arbeiten Ergotherapeuten nicht nur mit den Flüchtlingen individuell zusammen, sondern auch mit den Organisatoren und Betreuern, damit auch Flüchtlinge mit Behinderungen partizipieren können.

Bei der Arbeit in und mit einer Organisation besteht der erste Schritt im PEOP OT-Prozessmodell (► Abb. 22.6) im Abrufen der Geschichte der Organisation in einem narrativen Prozess, bei dem ein Betätigungsprofil der Organisation auf der Basis der Betätigungsfrage entsteht, die an den Ergotherapeuten gerichtet wurde. Dabei kann eine betriebskundige Analyse wie etwa die SWOT-Analyse durchgeführt werden. Das englische Akronym SWOT steht dabei für strengths (Stärken), weaknesses (Schwächen), opportunities (Chancen) und threats (Bedrohungen). Damit werden die Stärken, Schwächen, Chancen und Bedrohungen einer Organisation in Beziehung zu der Betätigungsfrage gesetzt. Mithilfe dieser SWOT-Analyse lassen sich dann gemeinsam mit den beteiligten Personen in der Organisation die Ziele bestimmen. Eine solche Ana-

lyse kann mit Interviews von Interessengruppen oder Anspruchsberechtigten (stakeholders) beginnen, was in einer Schule das Direktorium, die Lehrkräfte, die Eltern und die Schüler sind. Solche Interviews können sowohl individuell als auch in einem Team geführt werden. Während dieser narrativen Phase in der Arbeit mit einer Organisation treten die Visionen, Leitbilder, Regeln und Prozeduren der Organisation klarer zutage und man erlangt einen Überblick über den aktuellen Fokus und die Prioritäten (Sells 2015).

Auf diese narrative Phase folgt eine Phase der etwas formaleren Assessments, die auf die Organisation ausgerichtet sind. Der Ergotherapeut bestimmt den Bedarf in der Organisation nach der Durchführung der Assessments an Personen und/oder der Ausübung von Aktivitäten und/oder der Umwelt. Für eine Organisation sind die Assessments wichtig, um einen Überblick über die aktuellen Möglichkeiten und Beeinträchtigungen hinsichtlich der Betätigungsfrage zu bekommen. Man denke etwa an eine Übersicht zu der Wohnumwelt von Menschen mit geistiger Behinderung, die in einer betreuten Wohneinrichtung leben, wie in dem nachfolgenden Fallbeispiel; oder eine Erfassung der physischen Umwelt von Kindern in einer Regelschule: Genügt das Schulmobiliar den individuellen Größen der Kinder? Dies kann z. B. mit einem Messinstrument erfasst werden, das rasch und effizient geeignetes und ungeeignetes Schulmobiliar identifizieren kann (Hofstede 2010).

Das PEOP OT-Prozessmodell für eine Organisation ist ein komplexer Prozess. Eine Organisation kann effektiv funktionieren, wenn alle gesteckten Ziele erreicht werden. Ein Ergotherapeut kann eine Organisation dabei gut unterstützen. Dazu schafft er ein Vertrauensklima, das den Menschen Autonomie zuspricht (Organisationskultur), erzeugt lebendige Arbeitsplätze (Umwelt) und bietet physische Unterstützung und Hilfsmittel für Individuen (ergonomische Programme).

Narrativ →	Assessment und Evaluation →	Intervention →	Ergebnis →
Vergangenheit Gegenwart Zukunft <ul style="list-style-type: none"> – Leitbild – Geschichte – Fokus – Prioritäten – Interessengruppen – Werte 	Beeinträchtigungen ↔ Kapazitäten Barrieren ↔ Unterstützung Aktivitäten für sich und andere sorgen Haushalt seinen Lebensunterhalt verdienen Fitness/Sport Spiel/Freizeit religiös/spirituell Ausbildung/Lernen	Enablement Skills <ul style="list-style-type: none"> – anpassen – sich einsetzen – coachen – zusammenarbeiten – gut nachdenken – koordinieren – entwerfen/anfertigen – Wissen vermitteln – teilhaben – spezifische Techniken anwenden Ausgangspunkte <ul style="list-style-type: none"> – klientenzentriert – evidenzbasiert – ethisch – Kommunikation – Kultur – lebenslanges Lernen – unternehmerisch tätig sein – Use-of-self 	Allgemeine Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> – Betätigung – Partizipation – Wohlbefinden Spezifische Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> – verbesserte Zugänglichkeit – zu Hause alt werden – Verringerung der überlasteten Angehörigenpfleger – Sturzprophylaxe – inklusiver Unterricht – wohnen – selbstständig leben – empfänglich/aufgeschlossen – öffentliches Bewusstsein – Selbstmanagement – soziale Partizipation – Sicherheit zuhause/am Arbeitsplatz – Bedürfnisse der Organisation erfüllen
Aktivitäten Person Umwelt	Person kognitiv psychologisch physiologisch sensorisch/perzeptiv motorisch spirituell		
Ziele Organisation Interessengruppen	Umwelt Kultur soziale Determinanten soziale Unterstützung und soziales Kapital Ausbildung und Gesundheitspolitik physikalische und natürliche Umwelt Unterstützungstechnologie		
Übereinstimmung der Ziele von Klient und Ergotherapie			

Abb. 22.6 PEOP OT-Prozessmodell für die Arbeit mit einer Organisation (Bass et al. 2015a, Townsend et al. 2013a).

Sich einen Überblick über die Wohnumwelt von Langzeitbewohnern in einer betreuten Wohneinrichtung verschaffen

Mithilfe des Residential Environment Impact Scale (REIS; Fisher et al. 2014) kann man sich einen gut strukturierten Überblick über das Wohnumwelt in einer Langzeiteinrichtung des betreuten Wohnens verschaffen. Dieses Messinstrument basiert auf der MOHO-Theorie. Es kann anzeigen, inwieweit die Einrichtung den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner entspricht.

Die REIS bietet dem Ergotherapeuten eine Struktur zur Beobachtung und Erfassung der Umwelt. Die Unterabschnitte „Inspektionsrunde in der Einrichtung“, „Beobachtung von Aktivitäten“, „Interviews mit Bewohnern“ und „Interviews mit Mitarbeitern“ wird eine Beurteilung der Umwelt aus verschiedenen Blickwinkeln möglich. Dies erzeugt ein Gesamtbild und ermöglicht eine gerichtete professionelle Beratung, die sogleich in die Praxis umgesetzt werden kann.

Ein Beispiel aus der Praxis

Die Ergebnisse der REIS bei der Erfassung der Gegebenheiten in einer kleinen Wohnform für Personen mit geistiger Behinderung ergaben, dass das Personal gut über die Bewohner und deren Wünsche und Bedürfnisse im Bilde ist.

Das Personal sorgt für Strukturen, doch bietet es den Bewohnern auch den Platz und die Möglichkeiten, eigene Entscheidungen zu treffen. Da dem Personal weniger Zeit für die Versorgung zur Verfügung steht, kann es nicht immer direkt da sein, wenn ein Bewohner um Hilfe bittet. Es ist lediglich die Erfüllung der Grundbedürfnisse ohne zusätzliche Leistungen vorgesehen. Die Wohneinheiten sind Privaträume und auf die Bewohner abgestimmt. Die Gemeinschaftsräume sehen hingegen eher nach einer Einrichtung aus.

Auf der Basis der REIS wurden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Beginn der Anwerbung Freiwilliger, die einen positiven Beitrag zum Wohlbefinden der Bewohner beisteuern können, weil sie Zeit mit den Bewohnern verbringen können, die von dem versorgenden Personal nicht aufgebracht werden kann
- Installation eines automatischen Türsensors, sodass Rollstuhlfahrer selbstständig in ihr Wohnquartier gelangen und es auch verlassen können
- wohnlichere Gestaltung des Gemeinschaftsraumes, damit dieser stärker dazu einlädt, dort Aktivitäten nachzugehen (Bleeker et al. 2016).

Narrativ →	Assessment und Evaluation →	Intervention →	Ergebnis →
Vergangenheit Gegenwart Zukunft <ul style="list-style-type: none"> – Umwelt – Verhalten – Demografie – Disparität – Inzidenz – Prävalenz 	Beeinträchtigungen ↔ Kapazitäten Barrieren ↔ Unterstützung Aktivitäten lernen allgemeine Funktionen Kommunikation Mobilität Familienleben Zwischenmenschlichkeit wichtige Lebensräume Gemeinschaft	Enablement Skills <ul style="list-style-type: none"> – anpassen – sich einsetzen – coachen – zusammenarbeiten – gut nachdenken – koordinieren – entwerfen/anfertigen – Wissen vermitteln – teilhaben – spezifische Techniken anwenden Ausgangspunkte <ul style="list-style-type: none"> – klientenzentriert – evidenzbasiert – ethisch – Kommunikation – Kultur – lebenslanges Lernen – unternehmerisch tätig sein – Use-of-self 	Allgemeine Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> – Betätigung – Partizipation – Wohlbefinden Spezifische Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> – verbesserte Zugänglichkeit: Gesundheit und Prävention – Lernergebnisse – werktätig sein – gesunde Ernährung und körperliche Aktivität – Gesundheit: Indikatoren und Gleichheit – psychische Gesundheit – Sicherheit zuhause, in der Gemeinschaft und am Arbeitsplatz – soziale Partizipation – Sturzprophylaxe
Aktivitäten Person Umwelt	Person kognitiv psychologisch physiologisch sensorisch/perzeptiv motorisch spirituell		
Ziele allgemein Aktivitäten	Umwelt Kultur soziale Determinanten soziale Unterstützung und soziales Kapital Ausbildung und Gesundheitspolitik physikalische und natürliche Umwelt Unterstützungstechnologie		
Übereinstimmung der Ziele von Klient und Ergotherapie			

Abb. 22.7 PEOP OT-Prozessmodell für die Arbeit mit einer Population (Bass et al. 2015a, Townsend et al. 2013a).

22.8.3 Das PEOP OT-Prozessmodell für Populationen

Der Begriff der Population wird von vielen Disziplinen aufgegriffen und ist als Personengruppe definiert, der ein Merkmal oder eine Qualität gemein ist. Eine Population kann recht klein sein (alle Erstsemester im Ausbildungsgang Ergotherapie), mittelgroß (alle Patienten mit amyotropher Lateralsklerose in Deutschland) oder auch sehr groß (alle Personen mit Depression in Europa; Bass 2015).

Die Ergotherapie konzentriert sich von je her auf die Arbeit mit dem Individuum und seinem System. Das resultiert aus der biomedizinischen Perspektive, bei der einzelne Professionals Interventionen an einzelnen Patienten und Klienten ausführen. In diesem Jahrhundert hat sich der Fokus im nationalen und internationalen Diskurs vermehrt auf die populationsbasierte Versorgung und die öffentliche Gesundheit gerichtet. Auch in der Ergotherapie wenden sich immer mehr Initiativen Fragen des Zusammenlebens zu (Bass 2015). Bei der Ermöglichung der sozialen Partizipation von Personengruppen an der Gesellschaft arbeiten Ergotherapeuten aus der sozialen Perspektive (enabling social and societal change;

Townsend et al. 2013b). Dabei geht man davon aus, dass die Gesellschaft einen Einfluss auf die Gesundheit des Menschen hat. Das inklusive Denken steht im Mittelpunkt. Die populationsorientierte Versorgung richtet sich speziell auf vulnerable Gruppen unserer Gesellschaft, wie etwa Personen mit leichter geistiger Behinderung, ältere Menschen mit Demenz und Flüchtlinge.

Bei der Arbeit mit einer Population gilt der erste Schritt im PEOP OT-Prozessmodell dem populationsorientierten Narrativ (► Abb. 22.7). Dies hilft dabei, die Population oder die Gemeinschaft zu definieren. Die Inventarisierung der Interessengebiete der Population verlangt nach einem Blick über den ergotherapeutischen Tellerrand hinaus und erfordert hinsichtlich der Umwelten, des Verhaltens, der demografischen Bedingungen, der Ungleichheit sowie der Inzidenz und Prävalenz einen breiteren Ansatz. Ein Überblick über die demografischen Bedingungen verschafft Klarheit über die Zielgruppen innerhalb einer Population. Zu inventarisierende Kriterien sind dann etwa Alter, Geschlecht, Einkommen, Ausbildungsstand, kultureller Hintergrund, Religion und geografische Lage. Auch die Umwelt einer Population kann erfasst werden, wie z. B. im Projekt Age-Friendly City Amsterdam.

Nach dieser narrativen Phase folgt eine Phase der formalen Assessments der Population. Die persönlichen Faktoren und die Umweltfaktoren betreffen dieselben Bereiche wie bei der Person und ihrem System. Sie werden jetzt lediglich auf der Ebene der Population statt auf der individuellen Ebene analysiert. Faktoren, die das Betäti-

gen betreffen, sind mehr auf gemeinschaftliche Aktivitäten der Population ausgerichtet und hängen oftmals mit der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsförderung auf der Partizipationsebene der ICF zusammen (WHO 2001, Bass 2015).

Age-Friendly City Amsterdam

21. April 2016 08:44, Fakultät Gesundheit

Die Wissenschaftlerin Caroline Rijkers stellte am 31. März während der Gesprächsrunde „Altern in der Stadt“ das Projekt Age-Friendly City vor. Dabei handelt es sich um ein weltweites Konzept, welches das Ziel verfolgt, die Städte auch für ältere Menschen freundlicher zu gestalten. Die Uni Amsterdam untersuchte, wie sich die Stadt umformen ließe, damit auch ältere Menschen darin gut leben können.

Es gibt den älteren Menschen nicht

Frau Rijkers erklärte in ihrer Präsentation, dass es *den* Amsterdamer Senioren nicht gibt. Die Altersgruppe der Älteren ist heterogen. Es gibt sowohl vitale als auch hilfsbedürftige Ältere. Manche Ältere nehmen vollständig an der Gesellschaft teil, was anderen Älteren inzwischen verwehrt ist. In einer derart heterogenen Gruppe ist es somit nicht ganz leicht, die Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen zu erfassen.

Es gibt die Stadt nicht

Auch *die* Stadt ist ein unklarer Begriff. Die Nachbarschaftsbereiche und Viertel Amsterdams sind sehr unterschiedlich. In den Betonsiedlungen im Osten lebt es sich ganz anders als z. B. im Süden der Stadt. Ältere Menschen haben es also mit verschiedenen Faktoren zu tun, welche die Altersfreundlichkeit ihres Viertels ausmachen. Daher ist es

wichtig, nicht nur nach den Möglichkeiten und Bedürfnissen der verschiedenen Gruppen älterer Menschen zu schauen, sondern auch die Altersfreundlichkeit der unterschiedlichen Amsterdamer Regionen zu berücksichtigen.

Einbeziehung der Älteren

Frau Rijkers plädierte dafür, den Älteren, die nicht gehört werden, ein Ohr zu schenken. Es kommt nicht nur darauf an, sich ihre Wünsche und Bedürfnisse anzuhören, sondern auch darauf, sie aktiv in den gesamten Prozess einzubeziehen, um Amsterdam auch für Ältere lebensfreundlicher zu gestalten, und zwar von der Erfassung der Bedingungen bis zur Umsetzung der Verbesserungspläne.

„Den besten Weg zu einem altersfreundlichen Amsterdam kennen nur die Älteren selbst“, stellte sie abschließend fest. Voller Begeisterung, Humor und guten Argumenten stürzte sie sich dann in die Diskussion u. a. mit Eric van der Burg, dem Ratsherr und Vertreter der Gruppe älterer Menschen in Amsterdam. Die Untersuchung zur Partizipation der Älteren, bei der auch Ältere selbst mitwirkten, fand dadurch ein breites Echo. Dank des Urban-Vitality-Fond wird das Projekt in Kürze zusammen mit den Mitgliedern des Konsortiums aus der Stadt Amsterdam, dem GGD (kommunale Gesundheitsbehörde), den Stadtteilen Süd und Ost, dem Ben-Sajat-Zentrum und der medizinischen Fakultät der Amsterdamer Uni.

22.9 Diskussion

Das PEOP-Modell und das zugehörige PEOP OT-Prozessmodell wurden entwickelt, um (angehenden) Ergotherapeuten ein nützliches, logisches, systematisches und umfassendes Werkzeug an die Hand zu geben, damit sie den ergotherapeutischen Interventionen gemeinsam mit dem Klienten eine Form verleihen können. Das Inhalts- und das Prozessmodell können in allen Praxiskontexten, bei Menschen jeden Alters, in allen Lebensphasen und zu allen möglichen Betätigungsfragen angewandt werden.

Das PEOP-Modell hat drei Ausgangspunkte: klientenzentriert, betätigungsorientiert und evidenzbasiert. Das kontextbasierte Arbeiten, das Arbeiten an den Orten, wo Klienten die Betätigungsfragen haben, gilt dabei nicht als Ausgangspunkt. Auf der Basis der Definition des Betätigens im Berufsprofil wird deutlich, dass das Betätigen mit dem persönlichen Leben zusammenhängt und kontext-

gebunden ist (Hartingsveldt et al. 2010). Der Kontext ist Teil des Betätigens und somit auch Teil des betätigungsbasierten Arbeitens. Im Berufsprofil wurde der Ausgangspunkt „kontextbasiert“ hinzugefügt, um die Bedeutung der eigenen Umwelt als Ort der Intervention hervorzuheben. Dies passt zu den Entwicklungen in der Ergotherapie, welche die Rolle der Umwelt bei der Ermöglichung der Partizipation der Menschen immer stärker ins Blickfeld rückt (Anaby et al. 2015, Darrah et al. 2011). Und es passt zum derzeitigen Bestreben der Politik, die Fragen zur Versorgung und zum Wohlbefinden der Menschen nach Möglichkeit in deren eigener Umwelt zu klären (Kalkouw en Vliet 2015). Der Fokus auf dem Narrativ als Startpunkt des ergotherapeutischen Prozesses greift die Bedeutung des Betätigens für den Menschen auf. Das Narrativ besitzt bei der Arbeit mit der Person und ihrem System bereits einen festen Platz im Berufsprofil, was auch auf den Einsatz des COPM (Law et al. 2014) und des OPHI

Nach dieser narrativen Phase folgt eine Phase der formalen Assessments der Population. Die persönlichen Faktoren und die Umweltfaktoren betreffen dieselben Bereiche wie bei der Person und ihrem System. Sie werden jetzt lediglich auf der Ebene der Population statt auf der individuellen Ebene analysiert. Faktoren, die das Betäti-

gen betreffen, sind mehr auf gemeinschaftliche Aktivitäten der Population ausgerichtet und hängen oftmals mit der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsförderung auf der Partizipationsebene der ICF zusammen (WHO 2001, Bass 2015).

Age-Friendly City Amsterdam

21. April 2016 08:44, Fakultät Gesundheit

Die Wissenschaftlerin Caroline Rijkers stellte am 31. März während der Gesprächsrunde „Altern in der Stadt“ das Projekt Age-Friendly City vor. Dabei handelt es sich um ein weltweites Konzept, welches das Ziel verfolgt, die Städte auch für ältere Menschen freundlicher zu gestalten. Die Uni Amsterdam untersuchte, wie sich die Stadt umformen ließe, damit auch ältere Menschen darin gut leben können.

Es gibt den älteren Menschen nicht

Frau Rijkers erklärte in ihrer Präsentation, dass es *den* Amsterdamer Senioren nicht gibt. Die Altersgruppe der Älteren ist heterogen. Es gibt sowohl vitale als auch hilfsbedürftige Ältere. Manche Ältere nehmen vollständig an der Gesellschaft teil, was anderen Älteren inzwischen verwehrt ist. In einer derart heterogenen Gruppe ist es somit nicht ganz leicht, die Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen zu erfassen.

Es gibt die Stadt nicht

Auch *die* Stadt ist ein unklarer Begriff. Die Nachbarschaftsbereiche und Viertel Amsterdams sind sehr unterschiedlich. In den Betonsiedlungen im Osten lebt es sich ganz anders als z. B. im Süden der Stadt. Ältere Menschen haben es also mit verschiedenen Faktoren zu tun, welche die Altersfreundlichkeit ihres Viertels ausmachen. Daher ist es

wichtig, nicht nur nach den Möglichkeiten und Bedürfnissen der verschiedenen Gruppen älterer Menschen zu schauen, sondern auch die Altersfreundlichkeit der unterschiedlichen Amsterdamer Regionen zu berücksichtigen.

Einbeziehung der Älteren

Frau Rijkers plädierte dafür, den Älteren, die nicht gehört werden, ein Ohr zu schenken. Es kommt nicht nur darauf an, sich ihre Wünsche und Bedürfnisse anzuhören, sondern auch darauf, sie aktiv in den gesamten Prozess einzubeziehen, um Amsterdam auch für Ältere lebensfreundlicher zu gestalten, und zwar von der Erfassung der Bedingungen bis zur Umsetzung der Verbesserungspläne.

„Den besten Weg zu einem altersfreundlichen Amsterdam kennen nur die Älteren selbst“, stellte sie abschließend fest. Voller Begeisterung, Humor und guten Argumenten stürzte sie sich dann in die Diskussion u. a. mit Eric van der Burg, dem Ratsherr und Vertreter der Gruppe älterer Menschen in Amsterdam. Die Untersuchung zur Partizipation der Älteren, bei der auch Ältere selbst mitwirkten, fand dadurch ein breites Echo. Dank des Urban-Vitality-Fond wird das Projekt in Kürze zusammen mit den Mitgliedern des Konsortiums aus der Stadt Amsterdam, dem GGD (kommunale Gesundheitsbehörde), den Stadtteilen Süd und Ost, dem Ben-Sajat-Zentrum und der medizinischen Fakultät der Amsterdamer Uni.

22.9 Diskussion

Das PEOP-Modell und das zugehörige PEOP OT-Prozessmodell wurden entwickelt, um (angehenden) Ergotherapeuten ein nützliches, logisches, systematisches und umfassendes Werkzeug an die Hand zu geben, damit sie den ergotherapeutischen Interventionen gemeinsam mit dem Klienten eine Form verleihen können. Das Inhalts- und das Prozessmodell können in allen Praxiskontexten, bei Menschen jeden Alters, in allen Lebensphasen und zu allen möglichen Betätigungsfragen angewandt werden.

Das PEOP-Modell hat drei Ausgangspunkte: klientenzentriert, betätigungsorientiert und evidenzbasiert. Das kontextbasierte Arbeiten, das Arbeiten an den Orten, wo Klienten die Betätigungsfragen haben, gilt dabei nicht als Ausgangspunkt. Auf der Basis der Definition des Betätigens im Berufsprofil wird deutlich, dass das Betätigen mit dem persönlichen Leben zusammenhängt und kontext-

gebunden ist (Hartingsveldt et al. 2010). Der Kontext ist Teil des Betätigens und somit auch Teil des betätigungsbasierten Arbeitens. Im Berufsprofil wurde der Ausgangspunkt „kontextbasiert“ hinzugefügt, um die Bedeutung der eigenen Umwelt als Ort der Intervention hervorzuheben. Dies passt zu den Entwicklungen in der Ergotherapie, welche die Rolle der Umwelt bei der Ermöglichung der Partizipation der Menschen immer stärker ins Blickfeld rückt (Anaby et al. 2015, Darrah et al. 2011). Und es passt zum derzeitigen Bestreben der Politik, die Fragen zur Versorgung und zum Wohlbefinden der Menschen nach Möglichkeit in deren eigener Umwelt zu klären (Kaljouw en Vliet 2015). Der Fokus auf dem Narrativ als Startpunkt des ergotherapeutischen Prozesses greift die Bedeutung des Betätigens für den Menschen auf. Das Narrativ besitzt bei der Arbeit mit der Person und ihrem System bereits einen festen Platz im Berufsprofil, was auch auf den Einsatz des COPM (Law et al. 2014) und des OPHI

(Occupational Performance History Interview; Kielhofner et al. 2004) zu Beginn des ergotherapeutischen Prozesses zurückzuführen ist. Durch Einbeziehung der Lebensgeschichte wird die Bedeutung ersichtlicher, die ein Mensch selbst seinem Betätigen und der Partizipation beimisst.

Das PEOP-Modell zielt auf die Erfassung der stützenden und beeinträchtigenden Faktoren der Person und ihrer Umwelt. Diese Informationen helfen dann bei der Ermöglichung des Betätigens. Der Blick auf die unterstützende Rolle der Umwelt und die Kapazitäten einer Person knüpft an die Betonung der Stärken der Menschen, Organisationen und Populationen an (Hiemstra u. Behlmeijer 2013). Dieser Ansatz folgt dem Stützen und Stärken aus dem Selbstmanagement und der Eigenregie des Klienten in der Ergotherapieintervention, die in der heutigen Interpretation von Versorgung und Wohlbefinden im Vordergrund stehen (Kaljouw u. Vliet 2015).

Das PEOP-Modell ist ein westliches Ergotherapiemodell und findet auch vorwiegend in diesen Ländern Anwendung (Wong u. Fisher 2015). Für die Arbeit mit Personen aus anderen Kulturkreisen ist es fraglich, ob dieses Modell zu gebrauchen ist oder ob man sich nicht besser für das Kawa-Modell entscheidet (Iwama 2006). Das Kawa-Modell entstand unter einem anderen kulturellen Paradigma und eignet sich besser für Personen mit andersartigem kulturellen Hintergrund, in dem das Kollektiv und die Gemeinschaft einen höheren Stellenwert genießen im Gegensatz zu dem in der westlichen Gesellschaft bevorzugten individuellen Lebensstil (Wong u. Fisher 2015).

Das PEOP-Modell richtet sich auf den Klienten als Person mit seinem System, als Organisation und als Population. Es ist das erste Ergotherapiemodell, das den Klienten auf verschiedenen Ebenen beschreibt, und bietet eine gute Grundlage für einen umfassenderen Blick auf den Klienten (Hartingsveldt et al. 2010). Es vermag der gesteigerten ergotherapeutischen Konzentration auf die Arbeit mit Organisationen und Populationen aus der sozialen Perspektive gerecht zu werden. Durch die Anwendung des PEOP OT-Prozessmodells in der Arbeit mit Organisationen und Populationen stehen das Betätigen, die Partizipation und das Wohlbefinden im Mittelpunkt. Dadurch wird deutlich, dass die Kerndomäne der Ergotherapie viel zu bieten hat und auch über die Arbeit mit Organisationen und Populationen einen Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden aller Bürger leisten kann.

22.10 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden das PEOP-Modell und das zugehörige PEOP OT-Prozessmodell beschrieben. Das PEOP betont die Notwendigkeit der Kompetenz im Betätigen, um die Partizipation im täglichen und gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, die das Erfahren von Wohlbefinden zum Ziel hat. Im PEOP-Modell sind sowohl die persönlichen als auch die Umweltfaktoren für den ergotherapeu-

tischen Prozess aus Assessments und Interventionen von Bedeutung. Beide können nach dem PEOP-Modell das Betätigen fördern oder behindern. Durch den Einsatz des PEOP OT-Prozessmodells wird deutlich, wie die Kapazitäten der Person und die stützenden Faktoren der Umwelt das Betätigen fördern und wie die Beeinträchtigungen der Person und die Barrieren der Umwelt es behindern. Das PEOP OT-Prozessmodell beginnt mit einem Narrativ und verdeutlicht damit die Bedeutung der Person und ihres Systems, der Organisation oder der Population in der ergotherapeutischen Intervention.

22.11 Literatur

- Anaby D, Law M, Teplicky R, Turner L. Focusing on the environment to improve youth participation: experiences and perspectives of occupational therapists. *International journal of environmental research and public health* 2015;12(10):13 388–13 398.
- Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, Inc; 1986.
- Bass JD. Occupations of populations. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015.
- Bass JD, Baum C, Christiansen CA. Interventions and outcomes The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Occupational Therapy Process. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015a.
- Bass JD, Baum C, Christiansen CA, Haugen K. Environment factors - Social determinants of health, social capital, and social support. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015b:359–386.
- Baum C, Christiansen CA, Bass JD. The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015.
- Benett S. Using evidence to guide practice. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015:93–109.
- Bleeker L, Groot I de, Knottnerus M. Amsterdam; 2016.
- Bohlmeijer E, Mies L, Westerhof G. *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum; 2006.
- Brown C, Stoffel VC. Person factors - Psychological. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015:217–232.
- CAOT, NHW. *Guidelines for the client-centred practice of occupational therapy*. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1983.
- Christiansen C, Baum C, Bass J. *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. 2. Aufl. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015.
- Christiansen C, Baum C, Bass-Haugen J. *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2005.
- Christiansen CH, Baum C. *Occupational Therapy: Overcoming human performance deficits*. Thorofare (NJ): SLACK Incorporated; 1991.
- Christiansen CH, Baum C. *Occupational Therapy: Enabling function and well-being*. 2. Aufl. Thorofare (NJ): SLACK Incorporated; 1997.
- Christiansen CH. Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy* 1999;53(6):547–558.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Levelling up (part 2)*. Copenhagen: WHO; 2006.
- Darrah J, Law MC, Pollock N, Wilson B, Russell DJ, Walter SD, Rosenbaum P, Galuppi B. Context therapy: a new intervention approach for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2011;53(7):615–20. doi:10.1111/j.1469-8 749.2011.03 959.x

- Eakman AM. Person factors - Meaning, sensemaking, and spirituality. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015:313–334.
- Erlandsson LK, Christiansen CA. The complexity and patterns of human occupations. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015:113–127.
- Fisher G, Anne G. Occupation-centred, occupation based, occupation-focused: Same, same or different? Previously published in Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2013; 20: 162–173. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2014;21(1):96–107.
- Fisher G, Forsyth K, Harrison M, Angarola R, Kayhan E, Noga PL, Johnson C, Irvine L. Residential Environment Impact Scale (version 4.0). Chicago: The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois; 2014.
- Groen-van de Ven L, Jukeme J, Smits C, Span M. Gezamenlijke besluitvorming. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G (Hrsg.). *Evidence-based practice voor paramedici*. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016:6 185.
- Hartingsveldt MJ van. Gewoon doen - dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2016.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: EN; 2010.
- Hiemstra D, Bohlmeijer E. De sterke kanten benadering. In: Bohlmeijer E, Boller L, Westerhof G, Walburg JA (Hrsg.). *Handboek Positieve Psychologie – Theorie, onderzoek, toepassingen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2013:123–138.
- Hofstede S. Peter de Onderbeentmeter: valide instrument voor passend meubilair. Nederlands tijdschrift voor Ergotherapie 2010;38(5):32.
- Iwama M. The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2006.
- Kaljour M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Den Haag: Zorginstituut Nederland; 2015.
- Kielhofner G. Model of Human Occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
- Kielhofner G, Mallison T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, Walens D. Occupational Performance History Interview - Version 2.1 (OPHI-II). Chicago: University of Illinois; 2004.
- Kinébanian A, Velde D van der. Oorsprong en ontwikkeling van het beroep. In: Grane M le, Hartingsveldt MJ van, Kinébanian A (Hrsg.). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business; 2012.
- Kuiper C, Verhoef J, Munten G. Evidence-based practice. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G (Hrsg.). *Evidence-based practice voor paramedici*. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016:15–32.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko HJ, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2014.
- Mattingly C, Fleming M. Clinical reasoning: forms of inquiring in the therapeutic practice. Philadelphia: F.A. Davies; 1994.
- Mroz TM, Pitonyak JS, Fogelberg D, Leland NE. Client Centeredness and Health Reform: Key Issues for Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy 2015;69(5):1–8.
- Pierce D. Untangling occupation and activity. American Journal of Occupational Therapy 2001;55(2):138–46.
- Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L. Specifying the domain of concern: occupation as core. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation - second edition*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:13–36.
- Rogers CR. Counseling and psychotherapy. New concepts in practice. Boston: Houghton Mifflin; 1942.
- Rogers SL. Person factors - physiological. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015:289–312.
- Segal R. Family routines and rituals: a context for occupational therapy interventions. American Journal of Occupational Therapy 2004;58(5):499–508.
- Sells CH. Occupations of organizations. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 2015:185–197.
- Sumsion T, Law M. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. Canadian Journal of Occupational Therapy 2006;73(3):153–162.
- Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J et al. Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health and well-being, & justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013a.
- Townsend EA, Cockburn L, Letts L, Thibeault R, Trentham B. Enabling Social Change. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation - 2. Aufl.* Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013b:153–176.
- Townsend EA, Freeman A, Liu L, Quach J, Rappolt S, Rivard A. Accountability for enabling occupation: Discovering opportunities. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation - second edition*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013c.
- Vereniging Hogescholen. Inspiratiebrief voor alle Hoger Gezondheidszorgopleidingen in Nederland. Den Haag: Sectoraal Advies College Hoger Gezondheidszorgonderwijs Vereniging Hogescholen; 2015.
- Vosters N, Petrina R, Heemskerk I. Inclusief - werken aan zorg en welzijn voor iedereen. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2013.
- WHO. International Classification of Function, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001.
- Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective on health. 3. Aufl. Thorofare (NJ): Slack Incorporated; 2015.
- Wong SR, Fisher G. Comparing and Using Occupation-Focused Models. Occupational therapy in health care; 2015.

23 Weitere betätigungsbasierte Ergotherapiemodelle

„Gedanken ohne Inhalt sind leer,
Anschauungen ohne Begriffe sind blind.“

Immanuel Kant (1724–1804)

Keywords

- Person-Environment-Occupation (PEO)
- Occupational Adaptation (OA)
- Occupational Performance Model (Australien) (OPM-A)
- Bieler Modell
- Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)
- Cognitive Disabilities Model (CDM) – überarbeitete Version

Welches Modell ist das richtige?

Sabine und Khilad stellten ihren Kommilitonen im Rahmen des Faches „Kasuistiken“ die Ausarbeitung eines ihnen zugeteilten Falles vor. Darin ging es um die Entwicklung eines Modellprojektes für unterprivilegierte Jugendliche in Heerlen und die mögliche Rolle der Ergotherapie dabei. Zur Strukturierung hatten sie verschiedene betätigungsorientierte Ergotherapiemodelle in Betracht gezogen, wie das MOHO, das PEO- und das OA-Modell. Dabei stellten sie fest, dass die Auswahl schwierig ist. Bei allen Modellen ging es doch um die Person, die sich innerhalb eines bestimmten Kontextes betätigt, und im Grunde eigneten sich all diese Modelle zur Strukturierung ihrer Ausarbeitung. Schließlich entschieden sie sich für das PEO-Modell, bei dem es sich um ein weithin anwendbares Modell handelt, das gut für diese Zielgruppe geeignet ist, da sie bei der Planung des Modellprojektes den Fokus auf die Ermöglichung des Betätigens und die Erweiterung des PEO-Fit legen wollten.

figen Prozesses eine Struktur verleiht, wie etwa als Grundlage für methodisches Handeln. Inhaltsmodelle helfen dabei, einen möglichst umfassenden Überblick über den Klienten und seine Wünsche zum Betätigen und zur Partizipation zu erlangen. Inhalts- und Prozessmodelle werden kombiniert eingesetzt.

Den bekanntesten betätigungsorientierten Inhalts- und Prozessmodellen wurden eigene Kapitel gewidmet (s. Kap. 18–22). In diesem Kapitel geht es um einige etwas weniger bekannte ergotherapeutische Inhalts- und Prozessmodelle:

- das PEO-Modell nach Law
- das Occupational Adaptation Model (OA) nach Schultz und Schkade
- das Occupational Performance Model (Australien) nach Chapparo und Ranka (OPM-A)
- das Bieler Modell aus der Ergotherapieschule in Biel (Schweiz)
- das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) nach Fisher
- das Cognitive Disabilities Model (CDM) nach Levy und Burns.

Das PEO-, OA-, OPM-A- und das Bieler Modell sind vor allem Inhaltsmodelle, das OTIPM ist ein Prozessmodell und das CDM legt seinen Fokus auf die kognitive Problematik und ist eine gute Ergänzung zu anderen betätigungsorientierten Modellen.

Die erwähnten Modelle werden nachfolgend kurz vorgestellt und mit einer Abbildung illustriert, sodass man sich einen ersten Eindruck von dem Hintergrund des Modells, seiner Struktur und seiner Anwendung mit den zugehörigen Assessments verschaffen kann. Da die verschiedenen Modelle die Bereiche „Kontext“ und „Umwelt“ unterschiedlich definieren, werden diese im Sinne der Terminologie des jeweiligen Modells genutzt. Die Literaturlisten zu den Modellen sind kurz gehalten, bieten jedoch die Möglichkeit, sich selbst auf die Suche nach vertiefender Literatur zu begeben.

Innerhalb der betätigungsorientierten Inhalts- und Prozessmodelle stellt man eine bestimmte Sicht auf das Betätigen von Menschen fest (Hagedorn 2002, Boyt-Schell et al. 2014):

- Es geht stets um die drei Hauptelemente Person, Betätigung und Umwelt.
- Die Person wird als einzigartiger Mensch mit eigenen Wünschen und eigenen Wahrnehmungen betrachtet.
- Das Betätigen wird als komplexes Geschehen begriffen, das von einer Person den Erwerb und den Gebrauch von Fertigkeiten fordert.
- Das Betätigen bezieht sich auf die Aufgaben und Aktivitäten, welche die Menschen im Einklang mit den zugehörigen Rollen ausüben.

23.1 Einleitung

Mieke le Granse

Die ergotherapeutischen Inhalts- und Prozessmodelle sind zu einem immer wichtigeren Thema sowohl für die Praxis als auch für Ausbildung und Forschung geworden, denn sie bieten eine Struktur, mittels derer die Interaktionen zwischen der Person und ihrer Umwelt über das Betätigen greifbar gemacht werden.

In Kap. 17 gibt es eine Übersicht über die in der Ergotherapie vielfach verwendeten Inhalts- und Prozessmodelle und ihre eventuellen Assessments. Ein Prozessmodell ist ein Modell, das dem Durchlauf eines mehrstu-

- Das Betätigen entwickelt und verändert sich im Laufe der Zeit.
- Es gibt über das Betätigen immer eine Interaktion zwischen der Person und ihrem Kontext.
- Einer guten Übereinstimmung (fit) zwischen der Person, ihrem Kontext und dem Betätigen wird eine große Bedeutung zugewiesen. Das Betätigen ist optimal, wenn der Kontext und die Fertigkeiten der Person mit den sich aus der Aufgabe ergebenden Anforderungen zueinander passen. Ein Bruch auf einem der drei Gebiete wirkt sich immer auf das Betätigen aus.
- Der Kontext (physisch, sozial, politisch, ökonomisch, institutionell und kulturell) stellt Anforderungen an die Person, die sich förderlich oder hinderlich auf das Betätigen auswirken können.
- Das Ziel der Ergotherapie besteht darin, die Gesundheit und das Wohlbefinden des Klienten über einen klientenzentrierten Prozess zu verbessern und ihn an den für ihn bedeutungsvollen Aktivitäten zu beteiligen, um dadurch seine Lebensqualität zu steigern.

Die betätigungsorientierten Inhalts- und Prozessmodelle basieren auf den biopsychosozialen Modellen und/oder auf Modellen der sozialen Beeinträchtigungen und betonen die Steigerung des Wohlbefindens statt den Umgang mit der „Krankheit“. Die Ursache von Betätigungsfragen wird einerseits als ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen, welche die Umwelt an die Person stellt, und der Fähigkeit dieser Person, darauf zu reagieren und sich darauf einzustellen, gesehen. Andererseits erscheint sie als Folge von Mängeln in der Umwelt oder beim Betätigen der Person selbst oder der Wechselwirkungen zwischen diesen beiden.

23.2 Person-Environment-Occupation (PEO)

Mieke le Grange

Keywords

- Person (person)
- Umwelt (environment)
- Betätigung (occupation)
- Betätigungsperformanz (occupational performance)

23.2.1 Einleitung

Das PEO-Modell gibt dem Ergotherapeuten ein praktisches Instrument an die Hand, um damit gemeinsam mit dem Klienten die Betätigungsfragen zu analysieren und zugleich einen Leitfaden für die Intervention und die Evaluation zur Verfügung zu haben. Mithilfe dieses Modells

kann der Nutzer die auf die Person, die Umwelt und/oder das Betätigen ausgerichtete Intervention auf der Mikro-, Meso- und Makroebene evaluieren.

23.2.2 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Das Modell wurde auf Bitten des kanadischen Ergotherapeutenverbandes entwickelt und 1996 veröffentlicht (Law et al. 1996). Die Entwicklung des Modells war Teil eines auf die Umwelt gerichteten Forschungsprogramms der School of Science McMaster University in Kanada. Der konzeptionelle Aufbau des Modells ist eng verwandt mit dem des PEOP-Modells (Christiansen et al. 2015), des CMOP-E-Modells (2007) und des Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3. Version, 2014). Das Modell ist in den verschiedenen Ergotherapiebereichen breit einsetzbar. In den vergangenen Jahren gab es jedoch keine überarbeitete Fassung mehr. In der Literatur finden sich allerdings regelmäßig Anpassungen an verschiedene Zielgruppen wie etwa im „Occupational therapy models for intervention with children and families“ (Barker Dunbar 2007).

23.2.3 Theoretischer Unterbau

Das Modell basiert u. a. auf der Systemtheorie, der Umwelttheorie, der Occupational Science, der Verhaltensforschung, der Sozial- und Verhaltenspsychologie und der klientenzentrierten Arbeit und wurde besonders von den Persönlichkeits- und Motivationstheorien von Maslow geprägt.

Es bietet einen theoretischen Rahmen für die Erforschung von Person-Umwelt-Prozessen und kann von Ergotherapeuten als Leitfaden während einer Intervention genutzt werden, um dem Klienten die erfolgreiche Teilhabe an bedeutungsvollen Aktivitäten zu ermöglichen.

23.2.4 Aufbau des Modells

Das PEO-Modell spiegelt die dynamische Transaktion zwischen der Person, seinen Betätigungen und der Umwelt zu einem bestimmten Zeitraum wider (► Abb. 23.1). Die drei Kreise Person, Umwelt und Betätigung überlappen einander. Während des Lebens ist das Ausmaß der Übereinstimmung (fit) durch Alter, das Erfahren von Gesundheit und Lebensqualität usw. einem beständigen Wandel unterworfen (► Abb. 23.2). Das PEO-Modell wird u. a. bei vielen Forschungsunternehmungen als Struktur verwendet, um den Interventionen der ergotherapeutischen Praxis eine Richtung zu geben.

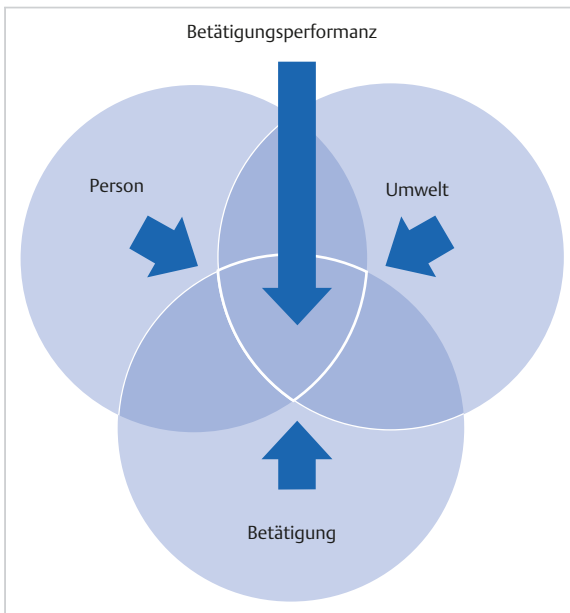


Abb. 23.1 PEO-Modell (Law et al. 1996).

23.2.6 Assessments des Modells

Es gibt im PEO-Modell keine spezifischen Assessments.

23.3 Occupational Adaptation (OA)

Mieke le Granse

Keywords

- Person
- Umwelt (environment)
- Betätigung (occupation)
- Anpassung (adaptation)
- occupational challenge
- occupational response
- adaptive response generation subprocess
- adaptive response evaluation subprocess
- adaptive response integration subprocess
- relative mastery

23.2.5 Vision vom Betätigen

Grundannahmen:

- Die Person ist dynamisch und motiviert, entwickelt sich immer weiter und steht im fortwährenden Austausch mit ihrer Umwelt.
- Die Umwelt ist alles andere als statisch und kann das Betätigen erleichtern oder erschweren.
- Betätigungen werden als Anpassung an die individuellen intrinsischen Bedürfnisse des Menschen im Kontext der Selbsterhaltung, des Selbstausdrucks und im Kontext seiner persönlichen Rollen und seiner Umwelt gesehen.
- Das Betätigen wird als komplexes und dynamisches Phänomen betrachtet, das unter dem kontinuierlichen Einfluss von Raum und Zeit steht.
- Der PEO-Fit geht davon aus, dass sich die drei Komponenten fortwährend wechselseitig beeinflussen.

23.3.1 Einleitung

Im Occupational-Adaptation-Modell (OA) von Janette K. Schkade und Sally Schultz geht es um die Integration von zwei Komponenten: Betätigung (occupation) und Anpassung (adaptation). OA beschreibt als Konzept menschliche Phänomene (z.B. wie Menschen ihr Betätigen anpassen) und es bietet Ergotherapeuten einen Bezugsrahmen, um eine Interventionsplanung in die gewünschte Richtung laufen zu lassen. OA ist der Prozess von Interaktionen zwischen dem Menschen und der Umwelt, der den Zugriff auf das Betätigen und seine Anpassung an die wechselnden Anforderungen des Lebens ermöglicht.

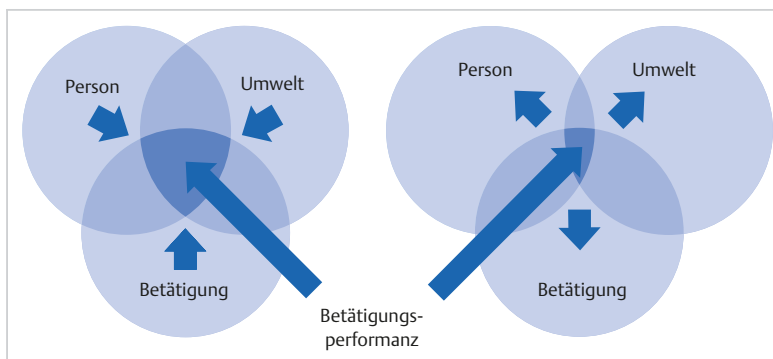


Abb. 23.2 PEO-Modell, Optimierung des Fit. Auf der linken Seite besteht ein Fit – die Betätigungsperformanz ist so groß wie möglich. In der rechten Abbildung ist jedoch der Fit und damit auch die Betätigungsperformanz deutlich geringer (Letts et al. 2003).

23.3.2 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Im Jahre 1989 entwickelten einige Ergotherapeuten der Texas Woman's University das OA-Konzept als Schwerpunkt angewandter Wissenschaft. Aus dieser Entwicklung ging das OA-Modell als theoretischer Blickwinkel hervor, das zur Anwendung in der Praxis gedacht war und auf fundamentalen ergotherapeutischen Prinzipien beruhte, wie etwa auf der Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut und Klient.

Das OA kann den Ergotherapeuten in seinem professionellem Reasoning unterstützen und das Verständnis dafür befördern, wie der Klient sich fortwährend an die Anforderungen des Betätigten anpasst und darin zur „Mastery“ gelangt (Beherrschung, Meisterung). Das Modell ermöglicht einen Einblick darin, wie die Interaktion zwischen der Person mit ihren Wünschen und der Umwelt mit ihren Anforderungen verläuft und welche Aktionen und welches Verhalten erforderlich sind, um zu einem gewünschten Verhalten zu kommen. Während des Anpassungsprozesses zeigt sich, inwieweit eine Person dazu in der Lage ist, Erfahrungen zu generieren, zu evaluieren und zu integrieren und so das Betätigen zu beherrschen.

Das Modell wird in der ergotherapeutischen Forschung vereinzelt als Bezugsrahmen verwendet. Zusammenfassend kann man sagen, dass der Einsatz dieses Modells effektiv ist und das unabhängige Funktionieren des Klienten verbessert.

23.3.3 Theoretischer Unterbau

Das OA-Modell geht sowohl von einem normal verlaufenden Entwicklungsprozess als auch von Situationen aus, in denen der normale Prozess infolge einer Krankheit oder eines Traumas gestört wird. Der Fokus des Modells liegt auf der Integration der Konzepte Betätigung und Anpassung. Es basiert auf verschiedenen Modellen und Theorien (z. B. Meyers Philosophie, raumzeitliche Adaptation nach Gilfoyle, Grady und Moore, „Model of Adaptation Through Occupation“ nach Reed, „Model Of Human Occupation“ nach Kielhofner und das „Model of Occupation“ nach Nelson sowie weitere Psychologie- und Copingmodelle), die alle ihren Schwerpunkt auf das Verhältnis zwischen Betätigung und Anpassung legen. Im OA-Modell geht diese Integration der Konzepte Betätigung und Anpassung ein Stück weiter und es wird die eigene Erfahrung des Klienten in einem relevanten Betätigungskontext hervorgehoben. Das OA geht von einer ganzheitlichen und klientenzentrierten Sichtweise aus und betrachtet die Umwelt, die Person und die Interaktion zwischen beiden als gleichwertige Größen. Das OA-Modell richtet die Interventionen auf den internen Anpassungsprozess des Klienten und den Einsatz bedeutungsvoller Aktivitäten, um einen optimalen Zugriff auf das Betätigen zu bekommen (relative mastery).

23.3.4 Aufbau des Modells

OA ist der Prozess der Interaktion zwischen dem Menschen (Wunsch nach „mastery“) und der Umwelt (Forderung nach „mastery“), in der die Person sich betätigt (► Abb. 23.3). Der Mensch sieht sich einer Anforderung gegenüber (occupational challenge), wie etwa ein Studierender der Teilnahme an einem Kursus zur OA. Diese Anforderung ist mit bestimmten Rollen und Rollenerwartungen verbunden (occupational role expectations), die das Betätigen des Menschen und seiner Umwelt beeinflussen. Der Mensch reagiert auf die Anforderungen der Betätigung (occupational response; der Studierende liest z. B. über OA, spricht darüber mit Kommilitonen, wendet das Modell beim eigenen Betätigen an). Die Umwelt reagiert auf die „occupational response“ und beurteilt sie (assessment of response outcome; der Studierende hat z. B. die Erwartung erfüllt, sich das OA anzueignen). Diese Reaktion kann die occupational response verändern (Integration in die occupational environment) und zu einem Teil der Umwelt werden. Während des Unterprozesses der „adaptive response generation“ setzt ein Mechanismus ein, der die erforderliche Energiemenge, das Betätigungsmuster, das Verhalten und den Plan zur Umsetzung der Betätigungen auswählt. Das Betätigen wird dann gestartet und evaluiert (adaptive response evaluation) und bei positiven Ergebnissen integriert (adaptive response integration). Auf dem internen Anpassungsprozess liegt der Fokus der Intervention.

23.3.5 Vision vom Betätigen

Grundannahmen:

- Die Person mit ihren sensomotorischen, psychosozialen und kognitiven Elementen wünscht sich, zu Betätigungsanpassungen fähig zu sein und Zugriff auf ihr Betätigen zu erlangen (relative mastery).
- Die physische, soziale und kulturelle Umwelt erfordert und erwartet, dass eine Person sich in den verschiedenen Betätigungsbereichen angepasst betätigen kann (Lernen/Arbeiten. Wohnen/Versorgen, Spiel/Freizeit) und weiterhin Zugriff auf sein Betätigen hat und auch behält.

23.3.6 Assessments des Modells

Es gibt keine spezifischen Assessments für dieses Modell. Es können aber jederzeit Assessments anderer Modelle eingesetzt werden. Es gibt jedoch einen „Occupational adaptation guide to practice“, der dem Ergotherapeuten durch Fragen die Möglichkeit eröffnet, mithilfe des Modells zusammen mit dem Klienten Fakten zu sammeln, Interventionen zu beschließen und in Übereinstimmung mit dem OA-Konzept zu evaluieren.

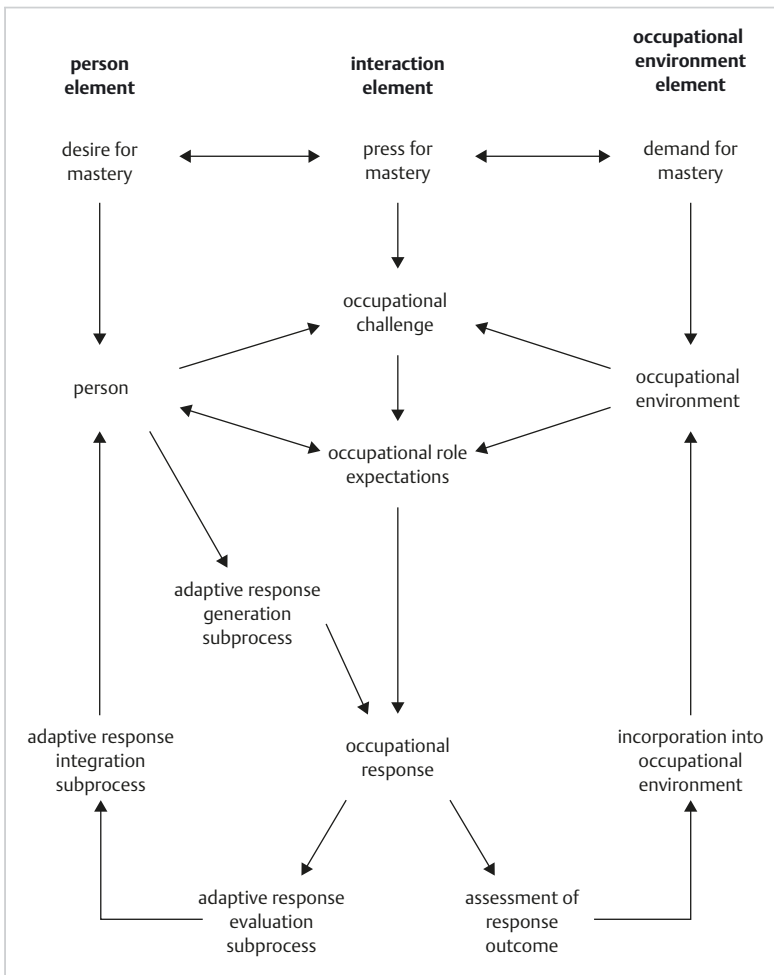


Abb. 23.3 Occupational Adaptation (Schkade u. Schulz 1992a, b).

23.4 Occupational Performance Modell (Australien) (OPM-A)

Mieke le Grange

Keywords

- Betätigungsperformanz (occupational performance)
- Betätigungsrolle (occupational role)
- Betätigungsbereiche (Selbstversorgung, Ruhe, Freizeit, Produktivität)
- Komponenten der Betätigungsperformanz: biomechanisch, sensomotorisch, kognitiv, intrapersonell, interpersonell
- Kernelemente der Betätigungsperformanz (body, mind, spirit)
- Raum
- Zeit
- externer Kontext: sozial, kulturell, physisch, sensorisch

23.4.1 Einleitung

Das OPM-A wurde im Jahre 1986 von Christine Chapparo und Judy Ranka an der Universität von Sidney (Australien) entwickelt. Das Modell bietet keine starre Schablone, sondern richtet sich nach den Erfahrungen und den gewünschten Behandlungsmethoden desjenigen, der damit arbeiten möchte.

23.4.2 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Das OPM-A hat verschiedene Ziele: Erklärungen zur Komplexität der Betätigungsperformanz (occupational performance), Darbietung einer Struktur für die ergotherapeutische Praxis und für ergotherapeutische Curricula sowie einen wissenschaftlichen Beitrag zur Betätigungsperformanz zu leisten. Chapparo und Ranka entwickelten das Modell über viele Jahre hinweg in Zusammenarbeit mit Kollegen aus der Praxis. Dies führte 1997 zur Veröffentlichung des OPM-A (Chapparo u. Ranka 1997) und 2001 zum Start ihrer Website. Die letzte Anpassung stammt aus dem Jahr 2014.

23.4.3 Theoretischer Unterbau

Der Schwerpunkt des Modells liegt auf der Betätigungsperformanz und geht von folgenden Voraussetzungen aus:

- bezüglich des Betätigens (occupation)
- bezüglich der Ausführung einer Betätigung (performance)
- bezüglich des Umstandes, dass der Mensch als sich selbst organisierendes System betrachtet wird.

Die Betätigungsperformanz steht im OPM im Mittelpunkt und wird immer als Reaktion auf die Anforderungen des inneren Kontextes betrachtet (vom Individuum abhängige Faktoren, welche die Ausführung der Betätigungen beeinflussen) und/oder dem externen Kontext (sensorische, physische, soziale und kulturelle Dimensionen im Verhältnis zu Zeit und Raum).

23.4.4 Aufbau des Modells

Die theoretische Struktur des Modells (► Abb. 23.4) wird aus acht Bausteinen/Konstrukten gebildet, von denen der erste Baustein (occupational performance) das Ergebnis des Zusammenwirkens der anderen sieben Bausteine ist. Jeder dieser Bausteine besteht wieder aus einer Reihe von Unterelementen. Das OPM-Schema zeigt das Modell mit samt seiner Bausteine und Elemente. Die Pfeile innerhalb des Schemas weisen auf die möglichen Verbindungen zwischen den Bausteinen hin. Hier eine kurze erläuternde Übersicht dazu:

1. Die Betätigungsperformanz (occupational performance) als übergreifendes Ganzes ist der zentrale Baustein. Dieser Baustein wird in dem Schema nicht separat aufgeführt, da die „occupational performance“ die Summe der anderen sieben Bausteine ist. Die Betätigungsperformanz wird wie folgt definiert: „... the ability to perceive, desire, recall, plan and carry out

roles, routines, tasks and subtasks for the purpose of selfmaintenance, productivity, leisure and rest in response to demands of the internal and/or external environment ...“

2. Betätigungsrollen (occupational roles): „... sind Muster des Betätigungsverhaltens, die sich aus Selbstversorgungs-, Produktivitäts-, Freizeit- und Ruhebetätigungen zusammensetzen. Die Rollen werden durch individuelle Umwelt- und Leistungsbeziehungen bestimmt. Sie werden durch den Bedarf und/oder eine Wahl festgelegt und durch Alter, Fähigkeit, Erfahrung, Umstände und Zeit modifiziert“.

Das meint z. B. die Auswahl einer passenden Rolle in einer bestimmten Situation.

1. Betätigungsbereiche (occupational performance areas): „Kategorien von Routinen, Aufgaben und Teilaufgaben, die von Personen ausgeführt werden, um die Anforderungen der Betätigungsrollen gerecht zu werden. Zu diesen Kategorien gehören Aktivitäten, die mit Selbstversorgung, Erholung, Freizeit/Spiel und Produktivität/Schule verbunden sind.“
2. Komponenten der Betätigungsperformanz (components of occupational performance): „Biomechanische, sensomotorische, kognitive, intra- und intrapersonelle Elemente.“
3. Kernelemente der Komponenten der Betätigungsperformanz (core elements of occupational performance): „Der Körper, der Verstand und der Geist, die zusammen den menschlichen Körper, das menschliche Gehirn, den menschlichen Verstand, das menschliche Bewusstsein und das Bewusstsein für das Universum bilden.“
4. externer Kontext (external context): „Ein interaktives psychologisch-soziokulturell-physikalisches und kognitives Phänomen, innerhalb dessen die Betätigungsperformanz stattfindet.“

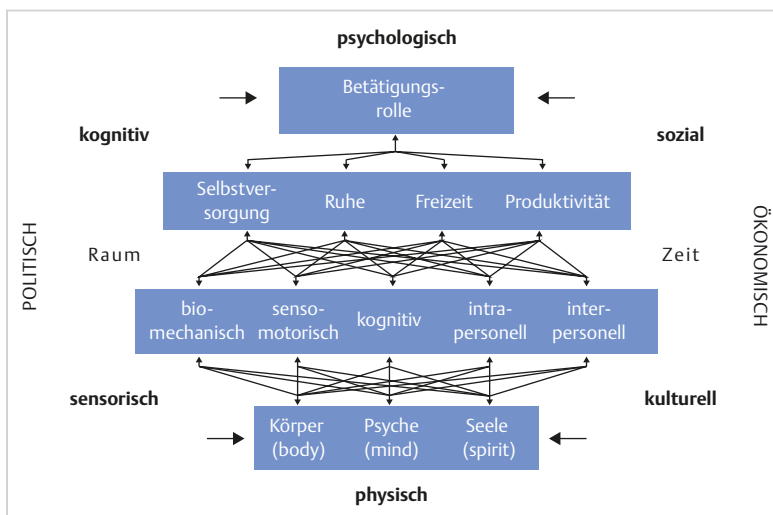


Abb. 23.4 Occupational Performance Model (Australien) (Chapparo u. Ranka 2014).

Die ökonomische und die politische Umwelt sind Unterdimensionen der psychosozioökulturellen-physiosensorischen und kognitiven Umwelt und beeinflussen ebenfalls die Betätigungsperformanz. Der externe Kontext formt die Betätigungsperformanz und kann sie auch verändern.

1. Raum (space): physischer Raum (z. B. Umgang mit Objekten) und gefühlter Raum (z. B. einem Raum eine Bedeutung zuschreiben).
2. Zeit (time): physikalische Zeit (z. B. der Kreislauf des Mondes) und gefühlte Zeit (z. B. eine Vorstellung von Zeit haben).

23.4.5 Vision vom Betätigen

Grundannahmen:

- Das Betätigen geht in diesem Modell noch ein Stück über das Tun hinaus und umfasst auch das Wissen und Sein als bedeutende humanistische Konzepte.
- Die Person wird nicht spezifisch als Individuum betrachtet, sondern kann auch eine Gruppe, eine Gemeinschaft oder die ganze Gesellschaft sein. Dadurch eignet sich das Modell auch für Kulturen mit einer eher kollektiven als einer individualistischen Ausrichtung.

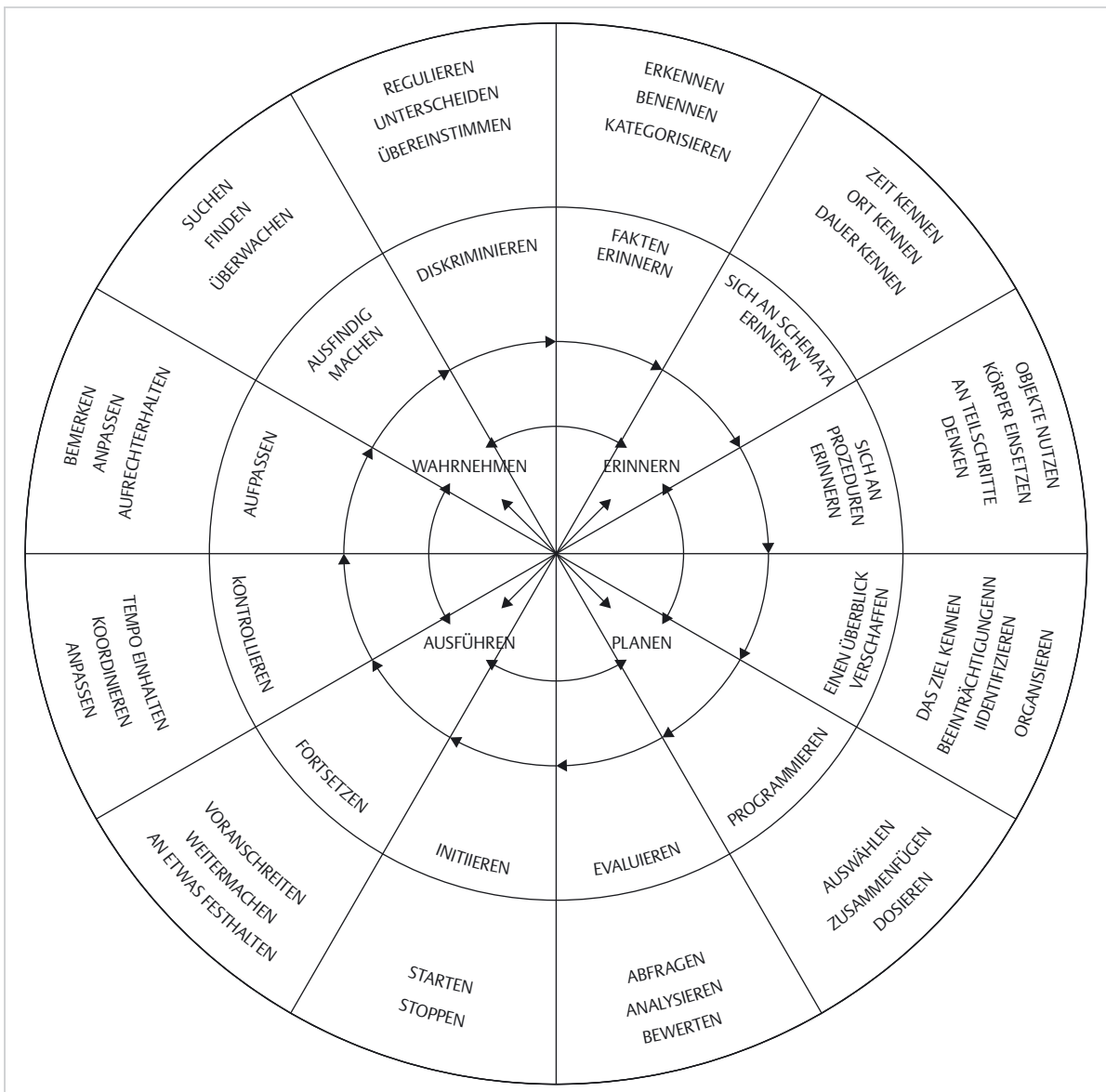


Abb. 23.5 PRPP-System (Chapparo u. Ranka 2005).

23.4.6 Assessments des Modells

PRPP-System

Im OPM-A gibt es verschiedene Assessments. Das Bekannteste ist das Perceive Recall Plan Perform-System (PRPP-System; wahrnehmen, erinnern, planen, ausführen) zur Aufgabenanalyse und Intervention (► Abb. 23.5). Dieses standardisierte und validierte Instrument bewertet den Einsatz kognitiver Strategien in der Behandlung von Kindern und Erwachsenen, die Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung haben, unabhängig von Diagnose, Alter oder kulturellem Hintergrund.

Mithilfe des PRPP-Systems lassen sich Rollen, Routinen, Aufgaben oder Teilaufgaben, die von dem Klienten oder seiner Umwelt als bedeutungsvoll eingestuft werden, analysieren und kognitive Ursachen für Betätigungsfragen identifizieren. Zudem kann die PRPP-Intervention zur Entwicklung und Anwendung kognitiver Strategien mit dem Ziel der Aufgabenbeherrschung eingesetzt werden. Sie wird als Beigabe zu den bestehenden Interventionsmethoden betrachtet und soll somit bestehende Interventionsmethoden auch nicht ersetzen.

Das PRPP-System wird in zwei Phasen unterteilt. Zuerst wird geschaut, welche Rollen, Routinen, Aufgaben oder Teilaufgaben für den Klienten bedeutungsvoll sind und wo sich Schwierigkeiten ergeben. In der ersten Phase wird dann die anvisierte Aufgabe in Teilschritte zerlegt. Jeder dieser Schritte wird dann während der Ausführung nach folgenden Kriterien beurteilt:

- fehlerhafte oder nachlässige Ausführung
- (unnötige) Wiederholungen bereits beherrschter Teilschritte
- Weglassen von Teilschritten
- zu schnelle oder zu langsame Ausführung.

Nach der Beobachtung kann bestimmt werden, inwieweit eine Person zu diesem Zeitpunkt eine Betätigungsleistung beherrscht (ausgedrückt in Prozent). Diese Informationen über das Beherrschungsniveau werden in der zweiten Phase analysiert, was dann zu einem besseren Verständnis für die Art der Informationsverarbeitung des Klienten und deren Einfluss auf das Betätigen führt. Die Schwierigkeiten in der Informationsverarbeitung werden schließlich den Bereichen Wahrnehmung (perceive), Gedächtnis (recall), Planung (plan) und Ausführung (perform) zugeordnet. Um ein umfassendes Bild von dem Klienten zu erhalten und Schlüsse daraus zu ziehen sind mehrere Beobachtungen verschiedener Aufgaben erforderlich. Durch das Beobachten verschiedener Aufgaben kann aus den dabei gewonnenen Informationen Voraussetzungen z. B. über die Funktionsfähigkeit in den eigenen vier Wänden gemacht werden.

Das PRPP-System befindet sich in fortwährender Entwicklung. In Australien wurde 2014 das „PRPP Instructors Network“ ins Leben gerufen. In diesem internationalen Netzwerk befasst man sich mit der Vermittlung und der

Erforschung des PRPP-Systems zur Aufgabenanalyse und Intervention. So gab es etwa Untersuchungen zum Einsatz des PRPP-Systems bei Menschen mit Demenz, Parkinson-Krankheit oder traumatischer Hirnschädigung.

23.5 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

Inka Logister-Proost

Keywords

- Interventionsplanung und -durchführung: top-down, klientenzentriert und betätigungsbasiert
- Modell zur Verbesserung von personbezogenen Faktoren oder Körperfunktionen auswählen (select restorative model)
- Modell zum Training von Betätigungsfertigkeiten (select acquisitional model)
- Modell für anderes Betätigen oder Anpassung an die physische Umwelt (select compensatory model)
- Modell für Aufklärung und Beratung (select model for education and teaching)
- motorische, prozessbezogene und soziale Fertigkeiten

23.5.1 Einleitung

Das von Anne G. Fisher erdachte Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) lenkt das professionelle Reasoning während der Planung und Implementierung der Assessments und Interventionen in die gewünschte Richtung. Es animiert zum Einsatz von Top-down-Assessments und klientenzentrierten und betätigungsorientierten Interventionen. Das Modell ist prozessgesteuert. Bei der Arbeit mit dem OTIPM können Ergotherapeuten die bestehenden Heilungs-, Entwicklungs- und Adaptationstheorien einsetzen (Fisher 1998 und 2009; Fisher u. Bray Jones 2010).

23.5.2 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Zunächst hatten Anne Fisher und Gary Kielhofner aus ihrer Zusammenarbeit heraus die motorischen und prozesshaften Fertigkeiten definiert. Ihre Wege trennten sich 1989 und Fisher entwickelte aus diesen Definitionen das Assessment of Motor and Process Skills (AMPS; Fisher u. Bray Jones 2010). Diese 16 motorischen und 20 prozesshaften Fertigkeiten fanden Einzug in das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) und wurden von Kielhofner auch in das MOHO aufgenommen.

1998 entwickelte Fisher dann das OTIPM, um zunächst das AMPS in den ergotherapeutischen Gesamtprozess einbetten zu können (Fisher 1998). Im Jahre 2002 wurde das OTIPM dann offiziell auf der AOTA vorgestellt. Das Modell wurde so aufgebaut, dass alle Ergotherapeuten es unabhängig von den eingesetzten Evaluationsinstrumenten anwenden können (Fisher 2009; Fisher 2014, 2017 auch auf Deutsch erschienen).

23.5.3 Theoretischer Unterbau

Das OTIPM folgt vier Prinzipien:

- Jeder Mensch ist einzigartig und möchte an den für ihn bedeutungsvollen Aktivitäten beteiligt sein.
- Der Mittelpunkt der Ergotherapie ist die Teilhabe des Klienten am Betätigen (bedeutungsvolles und zielgerichtetes Tun). Der Klient kann ein Individuum, eine Gruppe, eine Gemeinschaft und eine Population sein.
- Das Betätigen ist das primäre therapeutische Mittel, um Klienten zu Aktivitäten und zur Partizipation zu befähigen (occupation-as-means).
- Das Ziel der Ergotherapie besteht darin, dass die Klienten in der Lage sind, die für sie bedeutungsvollen Aktivitäten auszuführen (occupation-as-end).

Das OTIPM stützt sich auf drei theoretische Konzepte:

1. Das Modell unterstützt das klientenzentrierte Reasoning. Die Bemühungen gehen dahin, den Klienten und seine Situation aus seiner Perspektive heraus zu verstehen (Rogers 1951; CAOT 1991 und 2002). Der Fokus der Assessments, Interventionen und Evaluationen liegt auf den täglichen Aktivitäten, die eine Herausforderung für den Klienten bedeuten, oder zu denen es eine Frage gibt, wobei er die Betätigungen ausführen kann oder will.
2. Das Modell folgt während des professionellen Reasonings einer Top-down-Herangehensweise (CAOT 2002, Kielhofner 2008).
3. Das OTIPM fördert Assessments und Interventionen, die auf einem bedeutungsvollen Betätigen basieren (occupation based; u. a. Trombly et al. 2008). Die Partizipation und das Betätigen stehen im Mittelpunkt des ergotherapeutischen Prozesses und der Kommunikation mit Klienten und Mitarbeitern. Dabei sind sowohl die Erfahrungen des Klienten aus seiner Perspektive (insider) als auch die aus der Perspektive des Beobachtenden wichtig (outsider; Fisher 2009).

23.5.4 Aufbau des Modells

Das OTIPM gibt den zyklischen Ergotherapieprozess schematisch wider (► Abb. 23.6). Die blauen Pfeile zeigen die therapeutischen Beziehungen zwischen dem Klienten und jeder Person, mit welcher der Ergotherapeut innerhalb und in der Umwelt des Systems des Klienten zusammenarbeitet (develop therapeutic rapport and collabora-

tive relationships). Diese Beziehung zieht sich durch den gesamten Prozess, parallel zum Ergotherapieprozess. Die schwarzen Pfeile stellen den Ergotherapieprozess dar, während die Felder angeben, welche Entscheidungsmomente sich während des professionellen Reasonings anbieten.

Der Prozess beginnt mit der Hinzuziehung der relevanten und verfügbaren Informationen sowie mit einem Gespräch, das sich um das Betätigen des Klienten dreht. Dies ist notwendig, um die Bedeutung des Betätigens für den Klienten (internal factors) und seine Situation (external factors) umfänglich und tief gehend zu verstehen (establish client-centered performance context). Diese Informationen können 10 Dimensionen zugeordnet werden, woraus sich ein zusammenhängender Kontext ergibt: Umwelt, Rolle, Aufgabe, Kultur, Soziales, Gesellschaft, Zeit, Motivation, Körperfunktionen und Anpassung.

Während des Gesprächs wird für den Klienten und auch für den Ergotherapeuten deutlich, welche Aspekte der 10 Dimensionen das Betätigen fördern und/oder behindern (identify resources and limitations within client-centered performance context). Zudem erklärt der Klient, welche Aktivitäten von ihm priorisiert werden (identify and prioritize reported strengths and problems of occupational performance).

Durch Beobachtung des Klienten während der Ausübung bedeutungsvoller Aktivitäten erhält der Ergotherapeut ein klareres Bild von der Effektivität der Betätigungen des Klienten (observe client's task performance and implement performance analysis). Nach der Beobachtungsphase ist dann erkennbar, welche Fertigkeiten das Betätigen unterstützen und welche es behindern oder beeinträchtigen (define and describe actions the client does and does not perform effectively).

Dann werden klientenzentrierte und auf das Betätigen gerichtete Ziele formuliert oder neu definiert (establish, finalize or redefine client-centered and occupation-focused goals).

Es schließt sich eine Phase ein, in der die Ursache der Beeinträchtigungen beim Betätigen gesucht und verstanden wird (define/clarify or interpret cause). Die Ursachen können in persönlichen Faktoren, Beeinträchtigungen, in der sozialen und physischen Umwelt und in gesellschaftlichen Behinderungen oder Erwartungen begründet liegen.

Danach sprechen der Ergotherapeut (professional reasoning) und der Klient darüber, ob sich die Ergotherapie eher auf die Wiederherstellung einer Funktion (restitutive Modell auswählen) und/oder von Fertigkeiten (akquisitorisches Modell auswählen) richten sollte oder ob es eher um das Finden einer Kompensationsmöglichkeit, ein anderes Betätigen oder eine Anpassung an die physische Umwelt gehen sollte (kompensatorisches Modell auswählen). Aufklärung und Beratung werden häufig bei den Interventionsmodellen integrativ angewandt (edukatives, schulendes Modell auswählen).

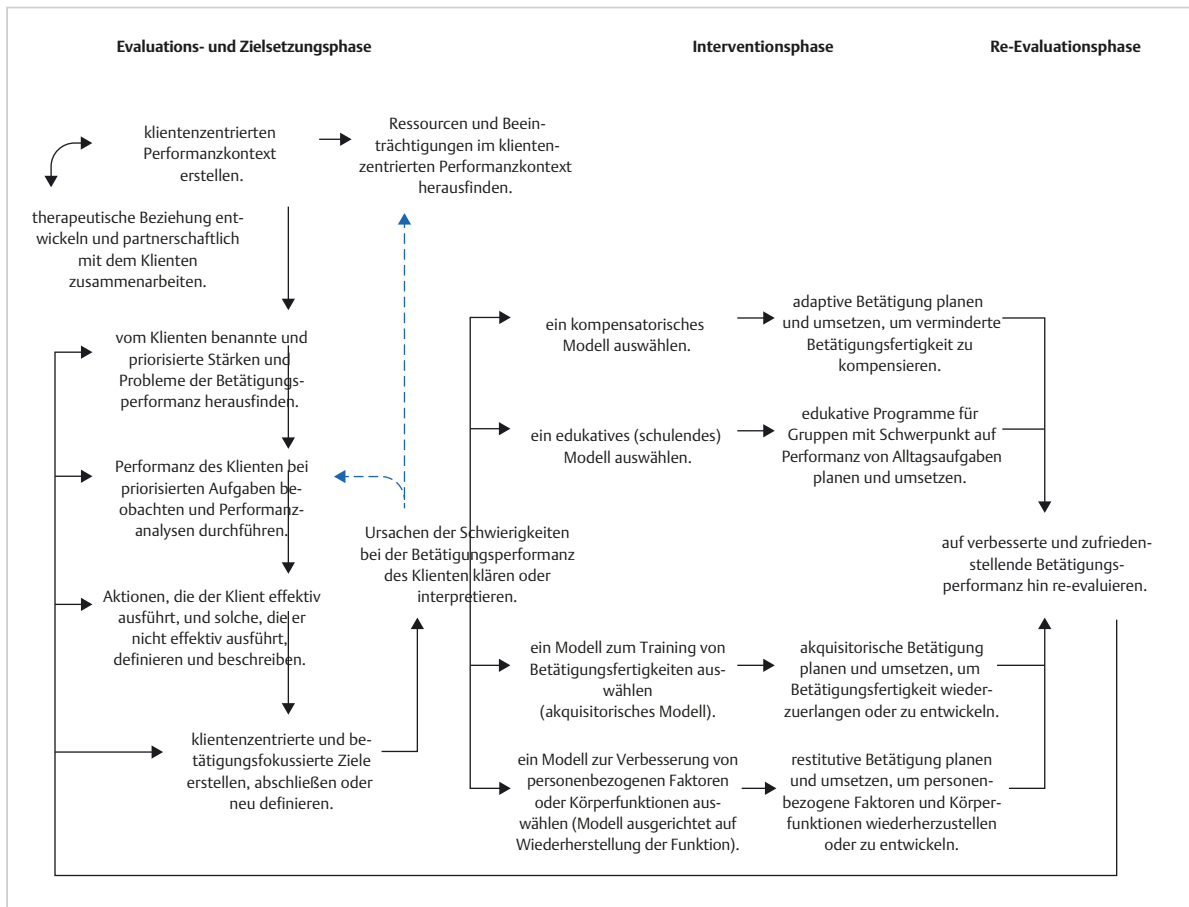


Abb. 23.6 OTIPM (Fisher 2009).

Nach der Implementierung der Interventionen kann der Ergotherapeut durch erneutes Beobachten die Effektivität der Intervention ermitteln, während der Klient sich zu seiner Zufriedenheit mit der Ausführung des Betätigens äußert. Der Ergotherapieprozess kann dann zu Ende geführt werden oder man kehrt eben noch einmal zu dem Prozess zurück, weil das Ergebnis nicht zufriedenstellend ist oder weil es weitere Betätigungsfragen gibt.

23.5.5 Vision vom Betätigen

Das OTIPM ist ein Top-down-Prozessmodell. Der Klient verfügt über Expertise und Erfahrung und hat eventuell selbst schon andere Anstrengungen unternommen, um eine Lösung für die beim Betätigen erfahrenen Beeinträchtigungen zu finden. Obschon das Tun in diesem Prozessmodell im Mittelpunkt steht, ist die Bedeutung des Tuns für den Klienten nicht weniger wichtig.

Das Modell konzentriert sich auf das Betätigen, das Tun und besonders auf die Lösung der Betätigungsfrage, wobei es darum geht, durch wiedererlangte Funktionen, Fertigkeitstrainings und Anpassungen/Hilfsmittel die Beein-

trächtigungen für das Betätigen zu beseitigen. Das Modell regt auch dazu an, die Hilfsquellen des Klienten und seine eigenen Stärken einzusetzen.

23.5.6 Assessments des Modells

Von denselben Entwicklern (Center for Innovative OT Solutions) und mit derselben Vision wurden auch Assessments entwickelt. Bei dem Assessment of Motor and Process Skills (AMPS; Fisher u. Bray Jones 2010), dem School Assessment of Motor and Process Skills (School AMPS; Fisher et al. 2007) und der Evaluation of Social Interaction (ESI; Fisher u. Griswold 2014) handelt es sich um standardisierte Beobachtungsinstrumente. Mit deren Hilfe lässt sich die Qualität der Ausführung von ADL-Handlungen oder sozialen Aktivitäten in einer natürlichen und betätigungsrelevanten Umwelt unter Berücksichtigung der Vorlieben und des kulturellen Hintergrundes des Klienten evaluieren.

Die zu bewertenden Fertigkeiten stimmen mit den zielgerichteten Betätigungen überein, wie sie in den ICF-Domänen Aktivitäten, Partizipation und Kommunikation

sowie interpersonelle Interaktionen und Beziehungen definiert sind. Das zugehörige personengebundene Softwareprogramm OTAP (Occupational Therapy Assessment Package) gibt die messbaren Interventionseffekte in objektiver Form wider. Die drei Instrumente haben eine lange Entwicklungsgeschichte hinter sich und sind valide, reliabel und einsetzbar. Als Ergotherapeut kann man die drei Assessments jedoch nur nutzen, wenn darüber ein Kurs mit einer bestandenen Prüfung absolviert wurde.

Das Assessment of Compared Qualities Occupational Performance (ACQ-OP) und das Assessment of Compared Qualities Social Interaction (ACQ-SI) sind standardisierte Interviews, die mit dem AMPS bzw. dem ESI kombiniert werden können (Kottorp et al. 2014). Das Interview wird eingesetzt, um die Diskrepanz zwischen der beschriebenen und der beobachteten Beeinträchtigung beim Betätigen bzw. bei sozialen Interaktionen zu evaluieren. Die Ergebnisse können in das OTAP-Programm überführt werden.

23.6 Bieler Modell

Mieke le Grasse

Keywords

- Handlungsfähigkeit
- personale Handlungsbedingungen
- lebensbereichsbezogene Handlungsbedingungen
- Verhaltensgrundformen
- Grundfunktionen
- Lebensbereiche

23.6.1 Einleitung

Das Ziel der Betätigungs- bzw. Handlungstheorien ist es, das Betätigen des Menschen in seinen physischen und psychischen Dimensionen zu verstehen und zu beschreiben. Die Ergotherapieschule im Schweizer Biel (1974–2008) nutzte handlungstheoretische Modelle als Denkmuster, um daraus der Ergotherapie als Beruf ein theoretisches und praktisches Fundament zu bereiten. Obwohl im deutschsprachigen Raum der Begriff „Betätigung“ häufig verwendet wird, spricht man beim Bieler Modell von „Handlungsfähigkeit“, vom „Handeln“ und von „Handlungen“ (www.bielermodell.ch).

23.6.2 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Aufgrund der Reaktionen auf das ergotherapeutische Handeln aus der Theorie und auch aus der Praxis entwickelte die Curriculum-Kommission der Ergotherapieschule in Biel das nach dem Schweizer Ort benannte Bieler Modell. Marie-Thérèse Nieuwesteeg-Gutzwiller und Mario Somazzi führten es gemeinsam mit der Kommission weiter und erarbeiteten das theoretische Fundament. Das Bieler Modell bietet der betätigungsorientierten Ergotherapie einen offenen Denkraum und mit ihm die Möglichkeit, die komplexen Phänomene eines Klienten mit Betätigungsfragen zu verstehen und zu beschreiben. Das Modell unterstützt eine systematische, strukturierte und therapeutische Denkweise während der Analyse, Planung, Ausführung und Evaluation im Rahmen des ergotherapeutischen Prozesses. Es ist das einzige ursprünglich deutschsprachige Ergotherapiemodell und kann in allen Betätigungsbereichen und bei allen Betätigungsfragen angewendet werden. Im Mittelpunkt des Modells stehen die Entwicklung, der Erhalt und/oder die Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit des Menschen, ganz unabhängig von der Art der Betätigungsfrage.

Das Bieler Modell ist ein auf Handlungstheorien basiertes Inhaltsmodell (und insofern in etwa zu vergleichen mit dem MOHO) und kein Prozessmodell.

Eine Kurzfassung des Bieler Modells liegt auch in Englisch, Französisch und Italienisch vor. Es greift die ICF auf und kann zusammen mit anderen Modellen und Assessments eingesetzt werden. Derzeit gibt es Bestrebungen, das Bieler Modell entsprechend der Bedürfnisse aus Praxis und Ausbildung weiterzuentwickeln. Zu diesem Zweck werden auch Evaluationsstudien durchgeführt.

23.6.3 Theoretischer Unterbau

Während Forscher wie Lewin, Leontjev und Hacker besonders den Zusammenhang zwischen Kognition und Handlung untersuchten, beziehen heutige Handlungstheoretiker wie Volpert und von Cranach auch emotionale und soziale Prozesse sowie die zugehörigen Interaktionen mit in die Theorien rund um das Handeln mit ein.

Ausgehend von den Handlungstheorien spricht man im Bieler Modell von Handlungsfähigkeit als dem wichtigsten Ziel der Ergotherapie. Sie hängt von den persönlichen Möglichkeiten/Kompetenzen des Menschen und den Kompetenzen in der Interaktion mit der Umwelt/dem Lebensbereich ab.

Folgende Faktoren des menschlichen Handelns bestimmen das Bieler Modell:

- Die Handlungen sind zielgerichtet und bewusst.
- Handlungen sind motiviert.
- Handlungen strukturieren.
- Handlungen sind selbst-, mit- oder fremdbestimmt.
- Handlungen gestalten Umwelt und Person.

23.6.4 Aufbau des Modells

Ausgangspunkt des Modells ist die Handlungsfähigkeit des Menschen (► Abb. 23.7). Diese wird definiert als die Fertigkeit einer Person, alleine oder gemeinsam mit anderen Personen aktuell und in zukünftigen Situationen realistisch handeln zu können. Sie wird von der Interaktion zwischen den Handlungsbedingungen der Person und den Handlungsbedingungen des Lebensbereiches bestimmt, die einander in den Verhaltensgrundformen überlappen. Diese Verhaltensgrundformen werden wieder unterteilt in Haltung/Fortbewegung, Umgang mit Gegenständen und soziale Interaktion. Handlungen bestehen immer aus einer Mischung dieser Verhaltensgrundformen dar.

Die Grundfunktionen werden hier unterteilt in sensorisch-motorische, perzeptiv-kognitive und emotionale. Diese Grundfunktionen (subjektiv) interagieren untereinander und mit den Verhaltensgrundformen (objektiv). Das Handeln des Menschen wird sowohl von den Möglichkeiten und den Beeinträchtigungen beeinflusst, die man in den Basisfunktionen erlebt, als auch von den physischen und psychischen Voraussetzungen.

Die Handlungsfähigkeit des Menschen hängt nicht nur von den Gegebenheiten ab, an denen eine Person selbst mitwirkt, sondern auch von seiner Lebensumwelt. Diese Lebensumwelt besteht aus den Lebensbereichen Spiel/ Freizeit, ADL sowie Schule/Arbeit/Beruf/Ausbildung. Diese unterliegen wiederum dem Einfluss der materiellen, sozialen und kulturellen Voraussetzungen.

23.6.5 Vision vom Betätigten

Im Bieler Modell geht man davon aus, dass der Mensch trotz seiner Betätigungsfragen oder seines Alters immer über Möglichkeiten zum Handeln verfügt und dass es wichtig ist, diese auch wahrzunehmen.

23.6.6 Assessments des Modells

Das Bieler Modell kennt eine Reihe von Instrumenten:

- Dokumentationen über Einzel- und Gruppenbehandlungen
- verschiedene Möglichkeiten zur Analyse der Handlungen und der Handlungsstrukturen von gesunden Personen und von Menschen mit Betätigungsfragen
- verschiedene Arbeitsblätter zur klientenzentrierten Arbeit und zur Partizipation
- Beschreibungen der Entwicklungstheorien innerhalb der Struktur des Modells.

Durch die systematische Erforschung des Modells und seiner Instrumente durch Studierende, Dozenten und praktisch tätige Ergotherapeuten in der Schweiz gibt es Evidenzen dafür, dass der Anwender dieses Modells und der zugehörigen Instrumente zunehmend professioneller und betätigungsorientierter zu Werke geht.

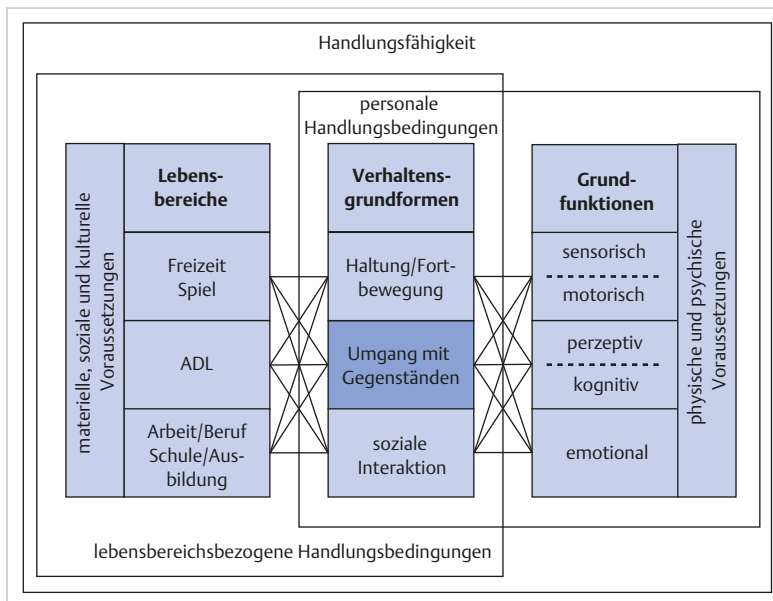


Abb. 23.7 Bieler Modell (Nieuwesteeg-Gutzwiller u. Somazzi 2010).

23.7 Cognitive Disabilities Model (CDM)

Bie Op de Beeck

Keywords

- kognitive Beeinträchtigungen
- funktionelle Ebenen
- Betätigungsfähigkeit

23.7.1 Einleitung

Ergotherapeuten arbeiten regelmäßig mit Klienten, die in ihrem Betätigen kognitiv beeinträchtigt sind. Meistens wird dann versucht mithilfe verschiedener Assessments zu analysieren, welche Beeinträchtigungen bei dem Klienten genau vorliegen und wie schwer diese sind. Und auch wenn es einem gelingt, sich darüber ein gutes Bild zu verschaffen, ist es nicht einfach vorherzusagen, welche Folgen genau sich daraus für das tägliche Funktionieren des Klienten ergeben.

Das CDM bietet einen Rahmen, um sich einer kognitiven Frage in anderer Weise zu nähern. Dabei liegt der Schwerpunkt weniger auf der Beeinträchtigung selbst als auf den konkreten Folgen, die sich daraus für das Betätigen ergeben. Eine solche allgemeine Annäherung kann ein probates Mittel sein, um auf relativ einfache Weise die Folgen einer kognitiven Beeinträchtigung abzuschätzen, das Verhalten des Klienten besser zu verstehen und angepasste Versorgungs- und Therapieprogramme zu entwickeln.

Im CDM werden 6 Kognitionsebenen unterschieden. Für jede dieser Ebenen versucht das Modell, Antworten auf folgende Art von Fragen zu geben:

- Welche Betätigungsbeeinträchtigungen weist ein Klient auf, der auf dieser Ebene funktioniert? Was kann er noch gut, was kann er nicht mehr gut?
- Wird er wieder alleine in seiner häuslichen Umwelt leben können?
- Wie viel Betreuung wird erforderlich sein?
- Welche Methoden eignen sich am besten dazu, einem Klienten neue Fertigkeiten zu vermitteln?
- Wie lässt sich eine größere Selbstständigkeit des Klienten stimulieren?
- Ist dem Klienten mit einer festen Tagesstrukturierung geholfen und wenn ja, wie könnte sie aussehen?

23.7.2 Hintergrund, Ursprung und Entwicklung

Die ursprüngliche Fassung des CDM stammt aus den 1980er-Jahren. Die Ergotherapeutin Claudia Allen hat über viele Jahre mit psychiatrisch chronisch kranken Klienten zusammengearbeitet und entwickelte das Modell, um bei den Betroffenen die Beeinträchtigungen bei Betätigungen besser einschätzen zu können. Später dann wurde das Modell auch bei anderen Klientengruppen mit kognitiven Beeinträchtigungen angewandt wie etwa bei Alzheimer-Patienten, nach Hirnverletzungen oder nach Schlaganfällen. Das Modell wird u. a. in den USA, in Israel und in China eingesetzt und erlangt auch in Westeuropa zunehmend Bedeutung.

Im Jahre 2005 haben Levy und Burns eine überarbeitete Fassung herausgebracht: „Cognitive Disabilities Model – Reconsidered“. Auf der Grundlage neuer neuropsychologischer Erkenntnisse schufen sie dem Modell eine stärkere theoretische Basis. In den vergangenen Jahren scheint die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Modell nachgelassen zu haben.

23.7.3 Theoretischer Unterbau

Um das Verhalten von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu verstehen, ist es wichtig ein Verständnis für die kognitiven Prozesse zu entwickeln, die sich in unserem Gehirn bei der Verarbeitung von Informationen abspielen. Die überarbeitete Version zeichnet ein einfaches Modell der Informationsverarbeitung (► Abb. 23.8). Um im Leben richtig und auch schnell reagieren zu können, benötigen wir ein gutes Informationsverarbeitungssystem. Wir nehmen Reize aus der Außenwelt auf und selektieren sie. Dies vollzieht sich in unserem sensorischen Kortex, und zwar blitzschnell und unbewusst. Wichtiges wird dabei zur weiteren Verarbeitung in unseren Arbeitsspeicher übertragen. Hier findet das bewusste Denken statt. Wir nutzen dazu die Informationen aus der Außenwelt und bringen unser früher erworbenes sachdienliches Wissen aus unserem Langzeitgedächtnis mit ein. Wenn eine Routinereaktion ausreicht, ist diese schnell und leicht abrufbar. Wir bedienen uns dazu unseres prozeduralen Gedächtnisses. Wenn eine speziellere Reaktion erforderlich erscheint, unterdrücken wir die Automatismen (Reaktionshemmung) und überlegen uns eine neue Reaktion. Daher benötigen wir gute exekutive Funktionen.

Bei kognitiven Beeinträchtigungen kommt es sehr schnell hinsichtlich der exekutiven Funktionen zu Schwierigkeiten. Viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen können zwar noch die Routinehandlungen des Alltags bewältigen (sich waschen, anziehen, essen usw.), doch fällt es ihnen schwer, wenn ein neues oder komplexeres Verhalten erforderlich ist.

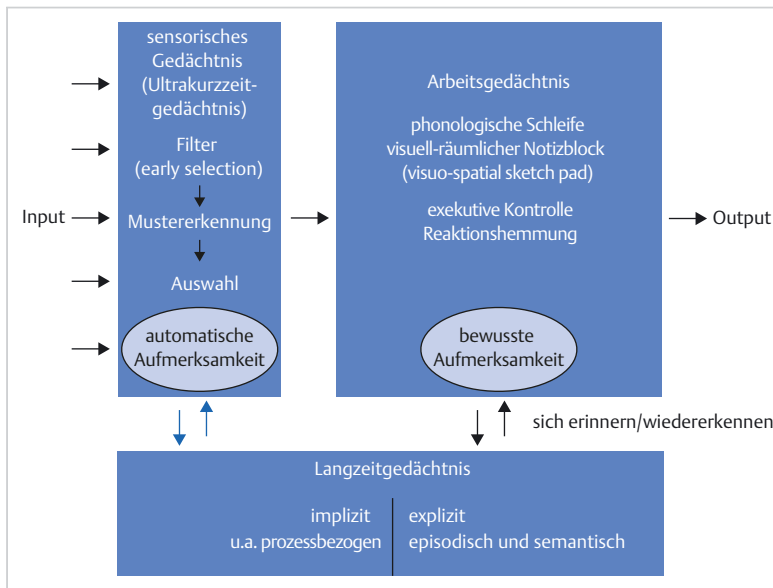


Abb. 23.8 Prozess der Informationsverarbeitung (Burns u. Levy 2006).

Dabei ist es auch hilfreich zu wissen, dass das prozedurale Gedächtnis oftmals weniger geschädigt ist, als das deklarative und bewusste Denken. Das bedeutet, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sich häufiger explizit nicht gut an Namen, Ereignisse usw. erinnern (vor allem wenn es um kürzlich erworbene Informationen geht), aber dass das „motorische Wissen“ noch ausgeprägt sein kann. Das Wissen über die Durchführung vertrauter Betätigungen ist noch vorhanden, wenn der richtige Anstoß gegeben wird (die Betroffenen können vielleicht nicht die gesamte Morgentoilette erledigen, doch mit kleinen Anreicherungen beginnen sie z. B. sich zu kämmen usw.).

23.7.4 Aufbau des Modells

Im CDM werden 6 funktionelle Ebenen unterschieden:

1. „automatic actions“ (stark ausgeprägte kognitive Beeinträchtigungen).
2. „postural actions“
3. „manual actions“
4. „goal-directed activity“
5. „exploratory actions“
6. „planned actions“ (keine kognitiven Beeinträchtigungen)

Für jede Ebene werden dann die Beeinträchtigungen bei Betätigungen des Klienten beschrieben, welche Wohnumwelt am geeignetsten ist, wie es mit den ADL-Anforderungen aussieht, wie die Lernfähigkeit ist (und wie Neues am besten zu erlernen ist) und welche Tagesbeschäftigungen möglich sind.

23.7.5 Vision vom Betätigen

Das CDM macht mitunter den Eindruck, dass es sich noch sehr stark auf die Beeinträchtigungen des Klienten fokussieren würde. In diesem Sinne scheint es auf den ersten Blick nicht so gut zu der aktuellen Tendenz zu passen, die einen größeren Wert auf die Emanzipation der Klienten, das Empowerment, die fragenorientierte Arbeit usw. legt. Dabei handelt es sich um ein wertvolles Modell, weil sich aus einem breiteren Verständnis für die Erlebniswelt des Klienten ein klareres Bild von den Möglichkeiten und den Grenzen der Person ergibt. Klienten mit kognitiven Beeinträchtigungen geraten oftmals nur mühsam ans Betätigen, was dann den Eindruck erweckt, sie seien weniger motiviert. Doch wenn man sich eine solche Situation vor dem Hintergrund seines Fachwissens anschaut, erkennt man oft, dass es eher um ein Nicht-Können als um ein Nicht-Wollen geht.

Das CDM unterstützt Ergotherapeuten dabei herauszufinden, was funktionieren könnte und was nicht. Es kann bei der Suche nach der am besten geeigneten Versorgungs- und Betreuungsform helfen. In diesem Sinn wird das Modell zu einer wertvollen Ergänzung anderer betätigungsorientierter Ergotherapiemodelle.

23.7.6 Assessments des Modells

Die Ebene, auf der ein Klient funktioniert, kann auf verschiedene Weisen bestimmt werden.

- Der Allen Cognitive Level Screen (ACLS) ist ein von Claudia Allen entwickeltes Screeninginstrument. Es handelt sich dabei eigentlich um eine kurze Naht, bei welcher der Klient versuchen soll, drei verschiedene Stiche nachzumachen. Der ACLS erlaubt nur eine erste grobe Einordnung der Funktionsebene des Klienten.

- Das Routine Tasks Inventory – Expanded (RTI-E) ist eine Beobachtungsskala für eine Vielzahl von Routinehandlungen (wie z. B. sich waschen oder ankleiden). Es wurde ursprünglich von Claudia Allen entwickelt und 2006 von Naomi Katz überarbeitet.
- Der Cognitive Performance Test (CPT) wurde von Theresa Burns entwickelt. Der Klient führt dabei eine Reihe praktischer Aufgaben aus wie etwa, eine Tabletenschachtel nach Vorgaben zu bestücken. Der CPT ist ein valides und reliables standardisiertes Verfahren.

23.8 Diskussion

Mieke le Granse

Wenn man sich die besprochenen Inhalts- und Prozessmodelle kritisch anschaut, stellt man fest, dass vor allem die Inhaltsmodelle in ihrem Kern ein hohes Maß an Überschneidungen aufweisen. Sie gehen fast alle von der sich in einem bestimmten Kontext betätigenden Person aus. Jedes Inhaltsmodell betrachtet diese Aspekte durch die eigene Brille. Viele Inhaltsmodelle ähneln einander dann auch so sehr, dass die vorsichtige Frage erlaubt sein sollte, ob es nicht praktischer wäre, ein einziges, umfassendes ergotherapeutisches Inhaltsmodell zu nutzen. Das ist jedoch unrealistisch und könnte vielleicht auch zu einer zu großen Gleichheit führen. Ein solches Modell könnte nie auf der ganzen Welt Gültigkeit haben. Man danke nur an die kulturellen Unterschiede, die es gibt und an die verschiedenen Ansichten zu Fragen der Gesundheit und des Wohlbefindens. Zudem gibt es anhaltende Diskussionen und Forschungsunterfangen zu den Modellen und Assessments, um diesen ein immer stabileres wissenschaftliches Fundament zu bereiten, um sie zu verfeinern und um ihre Evidenz zu beurteilen.

Dasselbe gilt für die Prozessmodelle. Auch diese zeigen alle einen ähnlichen Aufbau in methodischen Schritten, denen mal folgen kann.

Für diejenigen, der noch keine Erfahrungen mit ergotherapeutischen Inhaltsmodellen hat, kann das Erkennen der kleinen Unterschiede zwischen den verschiedenen Modellen schwierig sein. So kann etwa der Blick auf das Wohlbefinden in den verschiedenen Modellen unterschiedlich sein. Innerhalb des Kawa-Modells steht Wohlbefinden für Harmonie, während es im PEOP-Modell eher für das erlebte Gleichgewicht zwischen dem Betätigten eines Menschen und seiner Umwelt steht.

Gerade die Diversität der Modelle lädt dazu ein, gemeinsam mit dem Klienten herauszufinden, welches Modell und welches Assessment den Vorzug erhalten soll und am besten zu den Betätigungsfragen des Klienten passt.

23.9 Zusammenfassung

Mieke le Granse

In diesem Kapitel wurden eine Reihe ergotherapeutischer Modelle kurz vorgestellt. Es wurden ihr jeweiliger Hintergrund, ihr Ursprung und ihre Entwicklung sowie ihr theoretisches Fundament betrachtet. Auch der Aufbau jedes Modells wurde dargestellt, sodass man sich einen Eindruck davon verschaffen konnte, wie das jeweilige Modell in der Praxis eingesetzt werden kann. Zudem haben wir hier die Visionen hinter den Modellen hinsichtlich des Betätigens, der Partizipation und nach Möglichkeit auch der Intervention in Augenschein genommen. Schließlich wurden pro Modell die Assessments und Messinstrumente beschrieben. Zu jedem Modell finden sich in der nachfolgenden Literaturliste Angaben zur Hintergrundliteratur nach Unterkapitel geordnet, sodass sich der Leser damit selbst ein vertiefendes Wissen anzueignen vermag.

23.10 Literatur

23.10.1 Allgemein

- Boyt-Schell BA, Gillen G, Scaffa ME. Willard & Spackman's occupational therapy. 12. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Christiansen CH, Baum CM, Bass JD. Occupational therapy performance, participation and well-being. Thorofare, NJ: Slack; 2015.
- Hagedorn R. Foundations for practice in occupational therapy. Edinburgh/ New York: Churchill Livingstone; 2002.

23.10.2 PEO

- Barker Dubar S. Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families. Thorofare (NJ): Slack; 2007.
- Broome K, McKenna K, Fleming J, Worrall L. Bus use and older people: A literature review applying the person-environment-occupation model in macro practice. Scand J Occup Ther 2009;16:3–12.
- Cole MB, Tufano R. Applied theories in occupational therapy: A practical approach. Thorofare (NJ): Slack; 2008.
- Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational performance. Can J Occup Ther 1996;63(1):9–23.
- Letts L, Rigby P, Stewart D (Hrsg.). Using environments to enable occupational performance. Thorofare (NJ): Slack; 2003.
- Maclean F, Carin-Levy G, Hunter H, Malcolmson L, Locke E. The usefulness of the Person Environment Occupation Model (PEO Model) in an acute physical health care setting. British Journal of Occupational Therapy 2012;75(12):555–562.
- Metzler M, Metz M. Analyzing the barriers and supports of knowledge translation using the PEO model. Can J Occup Ther 2010;77(3):151–158.
- Strong S, Rigby P, Stewart D, Law M, Letts L, Cooper B. Application of the person-environmentoccupation model: A practical tool. Can J Occup Ther 1999;66:122–133.

23.10.3 OA

- Blesedell-Crepeau E, Cohn ES, Boyt-Schell BA. Willard & Spackman's occupational therapy. 11. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Cole MB, Tufano R. Applied theories in occupational therapy: A practical approach. Thorofare (NJ): Slack; 2008.
- Crist PA, Brasic Royeen C, Schkade JK. Infusing Occupation into Practice. Bethesda Maryland: AOTA; 2000.
- Egan M, Clark Green M, Gaudet G. Discovering occupation: A workbook. Ottawa: CAOT; 2003.
- Schkade JK, McClung M. Occupational Adaptation into Practice, Concepts and Cases. Thorofare (NJ): Slack; 2001.
- Schkade JK, Schultz S. Occupational adaptation: Toward a holistic approach for contemporary practice, Part 1. Am J Occup Ther 1992a;46:829–837.
- Schkade JK, Schultz S. Occupational adaptation: Toward a holistic approach for contemporary practice, Part 2. Am J Occup Ther 1992b;46:917–925.

23.10.4 OPM(A)

- Bilderbeek J, Kloppe R. Perceive, Recall, Plan en Perform: PRPP op een stroke unit in het verpleeghuis. Ergotherapie 2009;7:18–21.
- Chapparo C, Ranka J. The Occupational Performance Model (Australia). Monograph 1. Lidcombe: OP Network, University of Sydney; 1997. <http://www.occupationalperformance.com>
- Chapparo C, Ranka J. The PRPP system of task analysis: User training manual. Lidcombe: OP Network, University of Sydney; 2005. <http://www.prpp.nl>
- Chapparo C, Ranka J. The perceive, recall, plan & perform system assessment course manual; 2014 (auf Anfrage bei den Autoren erhältlich: chris.chapparo@sydney.edu.au and jranka@bigpond.net.au).
- Chapparo C, Lowe S, Heard R. The PRPP@school (teacher questionnaire): Examination of discriminant validity. Australian Occupational Therapy Journal 2013;60(1):61.
- Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Berlin: Springer; 2004.
- Lewis J, Chapparo C, Mackenzie L, Ranka J. Work after breast cancer: Identification of cognitive difficulties using the Perceive, Recall, Plan, and Perform (PRPP) System of Task Analysis. British Journal of Occupational Therapy 2016;79(5):323–332.

23.10.5 OTIPM

- CAOT. Occupational therapy guidelines for client-centred practice. Toronto: CAOT Publications ACE; 1991.
- CAOT. Enabling occupation: An occupational therapy perspective (rev. ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2002.
- Fisher AG. OPM Occupational therapy Intervention process Model. Ein Model zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter top-down-Intervention (übersetzt von B. Dehnhardt), Idstein: Schulz Kirschner Verlag; 2014.
- Fisher AG, Bray Jones K. Assessment of Motor and Process Skills, Vol I: Development, standardization, and administration manual. 7. Aufl. Fort Collins (CO): Three Star Press; 2010.
- Fisher AG, Griswold LA. Evaluation of social interaction (ESI). 3. Aufl. Fort Collins (CO): Three Star Press; 2014.
- Fisher AG, Eleanor Clarke Slagle lecture: Uniting practice and theory in an occupational framework. Am J Occup Ther 1998;52:509–521.
- Fisher AG. Occupational therapy intervention process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation based interventions. Fort Collins (CO): Three Star Press; 2009.
- Fisher AG, Bryze K, Hume V, Griswold LA. School AMPS: School version of the Assessment of Motor and Process Skills. 2. Aufl. Fort Collins (CO): Three Star Press; 2007.
- Kielhofner G. Model of human occupation: theory and application (4. Aufl.). Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Kottorp A, Griswold LA, Fisher A. Assessment Compared Qualities - Occupational Performance and Social Interaction. Fort Collins, Colorado: Three Star Press, Inc; 2014.
- Rogers CR. Client-Centered Counselling. Boston: Houghton-Mifflin; 1951.
- Trombly CA, Radomski MV. Occupational therapy for physical dysfunction. 6. Aufl. Baltimore: Williams & Wilkins; 2008.

23.10.6 Bieler Model

- Nieuwesteeg-Gutzwiller M, Somazzi M. Betätigungsorientierte Ergotherapie: Das Bieler Model als Grundlage für Ausbildung und Praxis. Bern: Huber; 2010. <http://www.bielermodell.ch>

23.10.7 Cognitive Disabilities – Reconsidered

- Allen CK, Earhart CA, Blue T. Occupational therapy treatment goals for the physically and cognitively disabled. Rockville (MD): American Occupational Therapy Association; 1992.
- Burns T, Levy L. Neurocognitive practice essentials in dementia: Cognitive disabilities – reconsidered model. OT Practice 2006;11(3):1–8.
- Katz N. Cognition and occupation across the life span. Bethesda (MD): AOTA; 2005.

Teil IV

Ergotherapie in der Praxis

24	Methodisches Handeln	474
25	Professionelles Reasoning	502
26	Gesundheitsförderung und Veränderung des Betätigens	519
27	Betätigungsanalyse	534
28	Assessments in der Ergotherapie	549
29	Qualitätssicherung	565
30	Ergotherapie und Wissenschaft	590
31	Epilog	601

IV

Geschichten aus der Praxis – 4: Nie mehr kalter Brei

Kim Bisschop

Festen Schrittes kommt die Oberschwester Mirjam in die Teamsitzung. Als alle Platz genommen haben, beginnt sie: „Wir müssen heute noch eine Lösung für das Versorgungsproblem von Herrn Hausmann finden. Ich möchte ihn ungern sedieren müssen, aber derzeit sind immer zwei Personen erforderlich, um ihn dann mit Gewalt anzuziehen. Er wird im Bett gewaschen und angezogen, während er Zeter und Mordio schreit und sich wie ein Löwe wehrt. Der Mann ist fast zwei Meter groß und immer noch bärenstark! Man merkt gut, dass er bis vor Kurzem noch tagtäglich auf dem Bauernhof gearbeitet hat. Seine Hände sind richtige Schaufeln. Und jetzt sitzt er den ganzen Tag über im Rollstuhl. Er weigert sich einfach zu gehen, obwohl er das gut kann. Er ist immer noch fit wie ein Turnschuh, aber denkt nicht im Traum daran, mitzuarbeiten. Bei uns sind ohnehin schon wenige Männer und jetzt laufe ich auch noch jeden Morgen alle Abteilungen ab, um zwei zu finden. Das ist einfach kein Zustand so, nicht für die Versorgung und auch nicht für Herrn Hausmann. Wenn ihr mich fragt, fangen wir heute mit Haldol-Tropfen an ...“

Als sie auf diese Weise ein wenig Dampf abgelassen hat, fällt sie nach hinten in ihren Stuhl. Zuvor hatte sie die ganze Zeit auf der Stuhlkante gesessen. Erwartungsvoll blickt sie den betreuenden Arzt an. Doktor Hein schaut in seine Unterlagen und fährt sich mit einer Hand durch das nicht mehr ganz so üppige Haar: „Ich sehe das Problem, aber ich finde es heftig, ihn deswegen auf Medikamente zu setzen. Er ist gerade 69 und körperlich noch in richtig guter Verfassung. Er kann hier in dem Heim noch jahrelang leben. Ich würde ihn gerne so lange wie möglich auf den Beinen sehen und ich frage mich ehrlich gesagt, warum er immer noch in den Rollstuhl gesetzt wird, wo er doch gut selbst gehen kann.“

Mirjam rückt wieder nach vorn und ist ziemlich verärgert.

„Sie sollten einmal morgens hier sein, wenn wir uns hier alle die Hacken ablaufen, um jeden bis zehn Uhr gewaschen und rasiert an den Frühstückstisch zu bekommen! Da ist keine Zeit um den Herrn eine Viertelstunde lang zu beknien, jetzt doch bitte selbst ein paar Schritte zu gehen. Ich geb's auf!“

Doktor Hein schaut mich an: „Könnten Sie nicht mal einen Blick darauf werfen, um zu sehen, ob es noch andere Möglichkeiten außer einer Medikamentierung gibt? Zuletzt bei Herrn Korsten hat es doch auch funktioniert, dass er sich nach einem halben Jahr wieder selbst angezogen hat, wissen Sie noch?“

Ich konnte mich noch gut erinnern: Mithilfe der Arndt OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE) war damals herausgekommen, dass Herr Korsten neben den

Gedächtnisstörungen auch eine leichte ideatorische Apraxie hatte und dadurch seine Kleidungsstücke in der falschen Reihenfolge anzog und mitunter auch die Kleidung seines Mitbewohners aus dem Schrank neben seinem nahm. Eines Morgens spazierte er fröhlich in einer viel zu kurzen und zu weiten Hose mit Trägern in den Frühstücksraum. Oben herum trug er einen Pullover und darüber ein Hemd. Nachdem das Personal ihm morgens die Kleidungsstücke auf dem Bett zurechtlegte und den Kleiderschrank seines Nebenmanns abschloss, konnte er sich in seinem Tempo anziehen. Es dauerte zwar mitunter eine halbe Stunde, bis er soweit war, aber dafür kam er dann ordentlich angezogen und zufrieden hinter seinem Vorhang hervor, um dann jede Pflegerin mit einem affektierten „Guten Tag, wertige Frau, ist es nicht ein wunderschöner Tag!?“ anzusprechen.

Jetzt ist Herr Hausmann an der Reihe, aber das ist eine ganz andere Geschichte. Aus meinen Unterlagen geht hervor, dass es etwa acht Monate her war, dass ich bei ihm das A-ONE und das AMPS durchgeführt habe, um dem Pflegepersonal einige Hinweise geben zu können, auf welche Weise man ihn am besten möglichst lange selbstständig und aktiv halten könnte. Ich erinnerte mich noch gut an sein grobes Erscheinungsbild und sein Festhalten an eingefahrenen Mustern. Gewaschen wurde sich am Waschbecken, nicht unter der Dusche, morgens aß er, nach dem Beten und mit dem Ellbogen auf dem Tisch, eine große Schale Brei und bevor er nach draußen ging, setzte er sich eine Mütze auf. Auf „Herr Hausmann“ reagierte er nicht. „Sach' Gerd für misch“, murmelte er dann. Zur AMPS-Observation hätte ich ihn gerne bei Betätigungen in der Küche beobachtet, wie er sich z. B. ein Butterbrot zubereitet oder eine Tasse Kaffee. Aber keine zehn Pferde brachten ihn an die Anrichte, weil das „Frauenarbeit“ sei ...

Scheinbar hatte er seit damals ziemlich abgebaut. Es ging auch mir ans Herz, dass ein so kräftiger Kerl so sehr auf fremde Hilfe angewiesen war. Es ist doch traurig, wenn so ein Bauer, der einst richtig zupacken konnte, jetzt im Bett auf dem Rücken liegend gewaschen wird. Ich bot an, mir andere Lösungsmöglichkeiten zu überlegen, wollte aber nichts versprechen ... Am nächsten Morgen stand ich bei ihm am Bett. Ich hatte die Pflegenden gebeten, uns noch ein paar Momente allein zu lassen, aber trug ein Alarmgerät in meiner Hosentasche. Meine weiße Jacke hatte ich an diesem Morgen bewusst nicht angezogen. Auf dem Spülschrank mit Waschbecken neben dem Bett lagen alle Utensilien zum Waschen und Anziehen parat.

„Guten Morgen, Gerd“, sagte ich.

„Mooiin“, kam es zurück.

„Würden Sie bitte aufstehen? Es ist schon Acht durch.“

Gerd Hausmann richtete sich auf und schaute sich fragend um.

„Ihre Kleidung liegt bereits hier, ebenso Waschlappen und Seife“, sagte ich und deutete auf den Spülschrank mit Waschbecken.

Gerd legte sich wieder hin und schrie: „Ich stell' mich nicht an den Spültisch!“

„Aber es ist kein Spültisch. Hier ist ein Waschbecken, an dem Sie sich waschen können“, versuchte ich es.

„Ich will keinen Spültisch“, schrie er wieder.

Da Herr Hausmann den Waschtisch offenbar als Spüle betrachtete, weigerte er sich, das Bett zu verlassen. Ich ging dann mit seinen Sachen in den Waschraum an der gegenüberliegenden Seite des Ganges. Dort befand sich ein weißes Waschbecken mit einem Spiegel darüber. Ich ließ die beiden Türen des Schlafzimmers und des Waschraumes offen, sodass Herr Hausmann alles gut sehen konnte. Deutlich sichtbar für ihn hing ich seine Sachen dort auf.

Wieder in seinem Zimmer sagte ich dann streng: „Gerd, Sie riechen und Sie müssen hier unbedingt mal raus. Gehen Sie sich doch mal eben waschen. Schauen Sie, da hinten ist das Waschbecken und gleich daneben hängen Ihre Sachen. Los jetzt!“

„Ja, ja, ich geh ja schon“, nörgelte Herr Hausmann und schlug seine Decke auf. Er stieg aus dem Bett und schlurfte zum Waschbecken. Als ich hinter ihm herging, sah ich auf dem Gang einige erstaunte Blicke. Denise bat ich, etwa zehn Minuten später am Flurende mit einer

Schüssel mit warmem Brei zu stehen und Gerd dann zum Frühstück zu rufen. Im Waschraum machte ich mich möglichst unsichtbar und kramte in einem Schrank mit Handtüchern herum. Aus den Augenwinkeln sah ich, dass das Waschen nicht so reibungslos vonstattenging, wie ich mir das gewünscht hätte, doch ließ ich ihn ganz in Ruhe sein Ding machen. Als er ein paar Schritte zu überspringen drohte, murmelte ich in ganz kurzen Sätzen ein paar Anweisungen: „Auch den obersten Knopf!“, „Noch den Rücken abtrocknen!“, „Nicht die Schnürsenkel vergessen!“ usw.

Als er den zweiten Schuh gebunden hatte, hörte er Denise rufen: „Gerd, der Brei wird kalt!“ Als ich die Tür öffnete, sah er Denise mit einer Schüssel dampfenden Brei in der Hand da stehen. Sie deutete mit ihrem Kopf in Richtung Esstisch und wiederholte noch einmal: „Mach voran, Gerd, mit kaltem Brei im Bauch kannst Du keine Kuh melken!“ Dann ging Gerd mit eiligen Schritten in den Essraum und nahm seinen Platz ein. Nach seinem Vater-unser-Gebet machte er sich dann über den dampfenden Brei her ...

Hinweis

Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patienten, ihren Angehörigen und Freunden, z. T. auch bei weiteren Personen, die z. B. in die Behandlung von Patienten eingebunden sind.

24 Methodisches Handeln

Inka Logister-Proost, Mark Steensels

Basierend auf den Kapiteln 21–24 der 2. Auflage von „Grondslagen van de ergotherapie“ (2006) von Henk van Loon, Ton Satink, Marjolein Thijssen, Margot van Melick, Huget Desiron, Anke Heijman und Marlou Driessen.

„Tue zuerst das Notwendige, dann das Mögliche, und plötzlich schaffst du das Unmögliche.“

Franz von Assisi (1181–1226)

Keywords

- methodisches Handeln
- top-down
- bottom-up
- Environment-first (Umwelt zuerst)
- Prozessmodell
- Inhaltsmodell
- Betätigungsfrage
- Kennenlernen
- Überweisung
- Treffen
- Bereitschaft
- Frageninventarisierung
- Priorisierung
- Fragenanalyse
- Bedarfsformulierung
- Zielsetzung
- Aktionsplan
- Evaluation
- Nachsorge

Ergotherapie

Wir sind jetzt vier Mal mit unserem kleinen Sohn Iba bei der Ergotherapie gewesen. Der Kinderarzt hatte uns an eine entsprechende Praxis überwiesen, die auf autistische Kinder spezialisiert ist. Während des Kennenlerngesprächs mit uns und einer Kennenlernspielstunde mit Iba wurde uns klarer, was Ergotherapie eigentlich heißt und was sie für Iba bedeuten könnte. Wir konnten über unsere Erwartungen sprechen, und die Ergotherapeutin fragte uns, inwieweit wir als Eltern in die Therapie einbezogen werden wollten. Die Art und Weise, wie sie sich gleich Iba näherte und mit ihm umging, war sehr vertrauenerweckend. Wir haben danach unsere Fragen gesammelt und sie bat uns, eine Prioritätenliste zu erstellen. Es ist so schade, dass Iba immer so ängstlich ist, sobald man Kontakt zu ihm suchte und ihn anfasste. Schmusen und trösten lässt er nie zu. Eine wichtige Frage war: Wie können wir Iba beim Waschen und Anziehen

helfen, wenn er nicht angefasst werden will? Zudem sprachen wir die Frage an, ob wir nichts an seiner Unbeweglichkeit tun könnten.

Die Ergotherapeutin fragte bei jeder unserer Fragen nach und gemeinsam arbeiteten wir uns dadurch. Uns wurden dadurch regelrecht die Augen geöffnet und wir sprachen auch darüber, was Iba kann und mag. Wie kam es, dass er es mochte, wie sein Großvater die Dinge tat, und wie schwer er sich bei seiner Cousine tat? Und woran lag das? Das Durchfragen führte zu einigen Erkenntnissen! Und als sie dann unsere Fragen zusammenfasste, stellten wir eine Verbindung zwischen diesen Fragen fest.

Die Ziele ergaben sich beinahe von selbst. Jetzt ist uns auch klar, welchen Nutzen Iba (und auch wir) aus einer Ergotherapie ziehen können. Sie machte einige Vorschläge, wie wir mit Iba an den Zielen arbeiten konnten.

Wir stellten schon nach wenigen Wochen fest, dass es hilft, wenn einer von uns die anderen Kinder zur Schule bringt, während der andere sich mit Iba befasst: feste Reihenfolgen, alles immer auf die gleiche Weise, keine Störungen durch die Hektik, welche die anderen Familienmitglieder mit einbringen.

24.1 Einleitung

Methodisches Handeln verschafft sowohl dem Klienten als auch dem Ergotherapeuten Klarheit und führt zu einem größeren Verständnis dafür, wie sich die Betätigungsfrage gemeinsam und in professioneller Weise angehen lässt, um dem Klienten das Betätigen und die Partizipation zu ermöglichen. Das methodische Handeln sorgt zudem dafür, dass ein klarerer Austausch über die Vorgehensweise mit dem Überweisenden, dem Auftraggeber, den Finanziers usw. stattfindet.

Während dieses Prozesses gehen der Klient (die Person und ihr System, eine Organisation oder Population) und der Ergotherapeut eine therapeutische Bindung ein, wobei der Dialog mit dem Klienten im Mittelpunkt steht. Der Klient ist letztlich derjenige, der entscheidet, wie der ergotherapeutische Prozess ausgestaltet wird, weil er als der Experte seines eigenen Betätigens angesehen wird. Der Ergotherapeut trägt dazu bei, indem er den Klienten so informiert, dass dieser Entscheidungen treffen kann (Polatajko et al. 2013a, b, Hartingsveldt et al. 2008).

Methodisches Handeln ist in den Veränderungsprozessen im Gesundheitswesen und in Beratungsprozessen erkennbar. Das methodische Handeln wird auch bei Projekten eingesetzt, die auf eine aktive Bürgerschaft oder das Arbeitsleben ausgerichtet sind. Alle Ergotherapeuten bedienen sich während der therapeutischen Beziehung zum

24 Methodisches Handeln

Inka Logister-Proost, Mark Steensels

Basierend auf den Kapiteln 21–24 der 2. Auflage von „Grondslagen van de ergotherapie“ (2006) von Henk van Loon, Ton Satink, Marjolein Thijssen, Margot van Melick, Huget Desiron, Anke Heijnsman und Marlou Driessen.

„Tue zuerst das Notwendige, dann das Mögliche, und plötzlich schaffst du das Unmögliche.“

Franz von Assisi (1181–1226)

Keywords

- methodisches Handeln
- top-down
- bottom-up
- Environment-first (Umwelt zuerst)
- Prozessmodell
- Inhaltsmodell
- Betätigungsfrage
- Kennenlernen
- Überweisung
- Treffen
- Bereitschaft
- Frageninventarisierung
- Priorisierung
- Fragenanalyse
- Bedarfsformulierung
- Zielsetzung
- Aktionsplan
- Evaluation
- Nachsorge

Ergotherapie

Wir sind jetzt vier Mal mit unserem kleinen Sohn Iba bei der Ergotherapie gewesen. Der Kinderarzt hatte uns an eine entsprechende Praxis überwiesen, die auf autistische Kinder spezialisiert ist. Während des Kennenlerngesprächs mit uns und einer Kennenlernspielstunde mit Iba wurde uns klarer, was Ergotherapie eigentlich heißt und was sie für Iba bedeuten könnte. Wir konnten über unsere Erwartungen sprechen, und die Ergotherapeutin fragte uns, inwieweit wir als Eltern in die Therapie einbezogen werden wollten. Die Art und Weise, wie sie sich gleich Iba näherte und mit ihm umging, war sehr vertrauenerweckend. Wir haben danach unsere Fragen gesammelt und sie bat uns, eine Prioritätenliste zu erstellen. Es ist so schade, dass Iba immer so ängstlich ist, sobald man Kontakt zu ihm suchte und ihn anfasste. Schmusen und trösten lässt er nie zu. Eine wichtige Frage war: Wie können wir Iba beim Waschen und Anziehen

helfen, wenn er nicht angefasst werden will? Zudem sprachen wir die Frage an, ob wir nichts an seiner Unbeweglichkeit tun könnten.

Die Ergotherapeutin fragte bei jeder unserer Fragen nach und gemeinsam arbeiteten wir uns dadurch. Uns wurden dadurch regelrecht die Augen geöffnet und wir sprachen auch darüber, was Iba kann und mag. Wie kam es, dass er es mochte, wie sein Großvater die Dinge tat, und wie schwer er sich bei seiner Cousine tat? Und woran lag das? Das Durchfragen führte zu einigen Erkenntnissen! Und als sie dann unsere Fragen zusammenfasste, stellten wir eine Verbindung zwischen diesen Fragen fest.

Die Ziele ergaben sich beinahe von selbst. Jetzt ist uns auch klar, welchen Nutzen Iba (und auch wir) aus einer Ergotherapie ziehen können. Sie machte einige Vorschläge, wie wir mit Iba an den Zielen arbeiten konnten.

Wir stellten schon nach wenigen Wochen fest, dass es hilft, wenn einer von uns die anderen Kinder zur Schule bringt, während der andere sich mit Iba befasst: feste Reihenfolgen, alles immer auf die gleiche Weise, keine Störungen durch die Hektik, welche die anderen Familienmitglieder mit einbringen.

24.1 Einleitung

Methodisches Handeln verschafft sowohl dem Klienten als auch dem Ergotherapeuten Klarheit und führt zu einem größeren Verständnis dafür, wie sich die Betätigungsfrage gemeinsam und in professioneller Weise angehen lässt, um dem Klienten das Betätigen und die Partizipation zu ermöglichen. Das methodische Handeln sorgt zudem dafür, dass ein klarerer Austausch über die Vorgehensweise mit dem Überweisenden, dem Auftraggeber, den Finanziers usw. stattfindet.

Während dieses Prozesses gehen der Klient (die Person und ihr System, eine Organisation oder Population) und der Ergotherapeut eine therapeutische Bindung ein, wobei der Dialog mit dem Klienten im Mittelpunkt steht. Der Klient ist letztlich derjenige, der entscheidet, wie der ergotherapeutische Prozess ausgestaltet wird, weil er als der Experte seines eigenen Betätigens angesehen wird. Der Ergotherapeut trägt dazu bei, indem er den Klienten so informiert, dass dieser Entscheidungen treffen kann (Polatajko et al. 2013a, b, Hartingsveldt et al. 2008).

Methodisches Handeln ist in den Veränderungsprozessen im Gesundheitswesen und in Beratungsprozessen erkennbar. Das methodische Handeln wird auch bei Projekten eingesetzt, die auf eine aktive Bürgerschaft oder das Arbeitsleben ausgerichtet sind. Alle Ergotherapeuten bedienen sich während der therapeutischen Beziehung zum

Klienten des methodischen Handelns: bei der Versorgung innerhalb der Klinik oder in der Praxis, als Coach, Therapeut oder Berater. Es kommt bei Personen und ihrem System, Organisationen und auch bei Populationen zum Einsatz.

Ist das methodische Handeln eine Besonderheit der Ergotherapeuten? Keineswegs. Auch andere Professionals innerhalb des Gesundheitssystems, in den Gemeinden oder in der Projektarbeit arbeiten methodisch. Methodisches Handeln findet sich auch in anderen Berufsgruppen. Auch Mechaniker, Manager oder Friseure gehen ihre Arbeitsabläufe immer strukturiert an. Auch im täglichen Leben treffen die Menschen prozesshafte Entscheidungen, z. B. wenn sie einen Urlaub, einen Hauskauf oder die Suche nach einer neuen Arbeitsstelle planen oder einfach entscheiden, mehr Sport zu treiben.

In diesem Kapitel wird beschrieben, was das methodische Handeln ist. Zudem wird erläutert, was der Prozess des methodischen Handelns in allen Phasen ausmacht. Das Kapitel schafft dafür die Grundlagen, die Vertiefungen finden sich in anderen Kapiteln des Buches. Es basiert auf dem Berufsprofil des Ergotherapeuten (Hartingsveldt et al. 2010) und der Berufskompetenz Ergotherapie (Verhoef u. Zalmstra 2013), weicht von diesen aber in einzelnen Punkten ab. Dies hängt mit einem wachsenden Verständnis und einer geeigneten Fachsprache bei den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen zusammen. Hinsichtlich der Gesundheit und des Wohlbefindens hat es große Veränderungen gegeben:

- Gesundheit gilt jetzt als „die Fähigkeit, sich anzupassen und den physischen, emotionalen und sozialen Anforderungen des Lebens in eigener Verantwortung zu begegnen (Huber et al. 2011).
- Der Übergang in eine Partizipationsgesellschaft nimmt den Bürger stärker in die Pflicht. Dazu gehört auch ein Klient, der bei einer Intervention als Akteur in Erscheinung tritt und Verantwortung übernimmt. Natürlich knüpft in der Ergotherapie der Prozess des methodischen Handelns in Wort und Tat hieran an.

Das Kapitel beschreibt zunächst, was methodisches Handeln ist und wie seine Merkmale aussehen. Danach wird jede Phase Schritt für Schritt mit anschaulichen Beispielen und Erfahrungen aus der Praxis dargestellt.

24.2 Was ist methodisches Handeln?

Das methodische Handeln lässt sich als bewusstes, zielgerichtetes professionelles Handeln umschreiben, das bestimmten Phasen innerhalb eines Prozesses folgt. Die methodische Vorgehensweise ist eine Form der Prozesssteuerung. Ihr Ziel ist es, die Ergotherapie in einer strukturierten und kontrollierten Weise ablaufen zu lassen.

Der Vorteil des methodischen Handelns besteht darin, dass alle Beteiligten wissen, was sie zu tun haben. Die gegenseitigen Erwartungen wurden benannt und es ist klar, wer wann was und warum macht. Durch das methodische Handeln sinkt die Fehlerwahrscheinlichkeit. Methodisches Handeln fördert den Prozess, wobei der Ergotherapeut der Geschwindigkeit des Klienten folgt. Weil sich das methodische Handeln besser überblicken lässt, kann es auch leichter evaluiert und ggf. angepasst werden.

Ein Ergotherapeut arbeitet mit einer Person (und ihrem System), einer Organisation oder einer Population methodisch. Dieser Prozess der systematischen Entscheidungsfindung stützt sich auf einen ergotherapeutischen Bezugsrahmen. Mit anderen Worten: Eine Betätigungsfrage, mit der jemand sich an einen Ergotherapeuten wendet, wird zu einer klientenzentrierten Intervention (client-centered), die sich auf das Betätigen (occupation-based) in der Umwelt konzentriert (context-based) und sich als effektiv erwiesen hat (evidence-based; Hartingsveldt et al. 2010). Methodisches Handeln ist

- systematisch,
- prozessorientiert,
- bewusst,
- zielgerichtet und
- dynamisch.

24.2.1 Systematisches methodisches Handeln

Die Betätigungsfrage des Klienten (Person und System, Organisation oder Population) wird methodisch ausgearbeitet, beantwortet und evaluiert. Dabei kann keine Phase im methodischen Handeln übersprungen werden. Das methodische Handeln eines Ergotherapeuten besteht aus mehreren Phasen und jede Phase wird aus verschiedenen Schritten gebildet.

Jeder Ergotherapeut arbeitet nach derselben logischen Abfolge der Phasen in diesem Prozess, und zwar unabhängig davon, wo er arbeitet oder was er tut. In einer individuellen Therapie oder einer individuellen Beratungssituation finden sich dieselben Phasen wie bei einer Gruppe in einer Organisation. Auch in einer Beratungskette, über die mehrere Organisationen und Professionals in den Beratungsprozess eingebunden sind, lassen sich dieselben Phasen erkennen (Veld et al. 2016). Ein Ergotherapeut, der als Berater für das niederländische WMO-Gesetz arbeitet, sollte sich nach dem ihm zur Verfügung stehenden Meldeverfahren mit dem methodischen Handeln befassen.

Bei Personen (und ihrem System) wird zunächst die Betätigungsfrage geklärt, bevor dann die Bedingungen aufgelistet, analysiert und evaluiert werden (Hartingsveldt et al. 2010). Wenn nötig werden hinsichtlich der Nachsorge und des Follow-up Verabredungen getroffen.

In Organisationen entsteht eine Vorstellung davon, was die Betätigungsfragen sind oder wie sich das Unternehmen entwickeln soll: Qualitätsnormen und Qualitätskriterien werden spezifiziert. Diese werden dann in mehreren Schritten und mit einer klaren zeitlichen Begrenzung in Aktionen umgesetzt. Nach einiger Zeit erfolgt schließlich die Evaluation der Ergebnisse, die dann Anpassungen mit einer Steigerung der Qualität nach sich ziehen. Anschließend werden Maßnahmen getroffen, die den Erhalt der erreichten Qualitätssteigerung gewährleisten sollen.

Geht es um eine Population, wird diese zunächst auf Grundlage der verschiedenen Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Anschließend wird z.B. der Bedarf an Prävention, Versorgung und Unterstützung ermittelt. Auf der Basis dieser Angaben kann dann die Population in Untergruppen aufgeteilt werden, worauf spezifische Interventionen ausgewählt werden können. Anschließend werden die Interventionen implementiert und die Effekte anhand der verschiedenen Ergebnisse evaluiert. Dies kann in einer zyklischen Verbesserung gegenüber der vorherigen Stufe münden.

24.2.2 Prozessorientiertes methodisches Handeln

Ein Prozess wird auf eine bestimmte Veranlassung hin initiiert und endet mit einem eindeutigen Ergebnis. Die verschiedenen Stufen bauen aufeinander auf. Dabei werden die Effekte berücksichtigt, welche die einzelnen Stufen auf die anderen haben. Die eine Phase innerhalb eines Prozesses schafft die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Durchführung der nächsten Phase.

Beim methodischen Handeln bedienen sich Ergotherapeuten eines Prozessmodells (schematische Darstellung). Die Bezeichnung und die Einteilung in Phasen und Stufen können sich je nach Prozessmodell unterschiedlich darstellen. Es gibt verschiedene Prozessmodelle, derer sich ein Ergotherapeut bedienen kann. Die Auswahl innerhalb eines Prozessmodells und die konkrete Abfolge werden von verschiedenen Faktoren bestimmt:

- interprofessionelle (multiprofessionelle) Absprachen zur Zusammenarbeit entsprechend einer Vision und/oder einem Ansatz
- die Vision des Ergotherapeuten: Wenn der Ergotherapeut sich auf das Ermöglichen des Betätigens fokussiert (enablement), entscheidet er sich wahrscheinlich für das CMOP-E und das zugehörige CPPF (Craig et al. 2013). Arbeitet er mit dem MOHO, entscheidet er sich für den zugehörigen Prozess des therapeutischen Reasonings (Kielhofner 2008).
- die Art der Betätigungsfrage des Klienten: Der Ergotherapeut wählt z.B. das ergotherapeutische Beratungsmodell (► Abb. 11.3) bei einer Beratungsfrage oder wendet während einer motivierenden Gesprächsführung das transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente (1997) an oder er setzt bei Personen mit

Betätigungs- und/oder Partizipationsfragen aufgrund einer chronischen Erkrankung das Chronic-care-Modell ein.

Für die Arbeit in Organisationen ist der Plan-Do-Check-Act-Zyklus (Deming 1989) eine bekannte Methodik, um Veränderungsprozesse in Gang zu setzen und zu implementieren.

Ergotherapeuten, die mit Populationen arbeiten, begeben sich in einen Prozess, in dessen Verlauf sie oftmals zu Beginn mit anderen Beteiligten über ein Brainstorming gute Ideen über die Möglichkeiten einer Population entwickeln. Bereits während der Startphase ist es wichtig, strategische Überlegungen anzustellen und zu versuchen, Einfluss auf der (kommunal)politischen Ebene zu erlangen. Der Prozess zeichnet sich weiterhin dadurch aus, dass man eine Sichtweise wählt, die auf der Community Based Rehabilitation und der Participatory Action Research (Fransen 2011) basiert.

In den Kapiteln 17–23 finden sich vertiefende Erläuterungen zu den Prozessmodellen. Normalerweise nähert sich ein Klient mit einem Ergotherapeuten dem Prozess „top-down“. Ein solcher Ansatz bedeutet bei den Assessments und Interventionen einen zunächst breiten Blickwinkel. Der Ergotherapeut beginnt mit den Betätigungsfragen des Klienten auf der Partizipationsebene. Davon ausgehend lassen sich die zugrunde liegenden Möglichkeiten und Beeinträchtigungen auf der Ebene der Fertigkeiten und Funktionen betrachten (Edwards et al. 2003, Schemm 2003).

Der Ergotherapeut schaut z.B. zunächst, wie sich die Partizipation eines Kindes auf dem Schulhof gestaltet und anschließend, welche Interventionen eine Verbesserung der Partizipation bedeuten könnten. Eine solche Intervention könnte etwa die Anpassung der Umwelt sein aber auch eine individuelle Ergotherapie auf der Aktivitätsebene. In speziellen Situationen entscheiden sich der Klient und der Ergotherapeut für einen „Bottom-up“-Ansatz. Dieser Ansatz konzentriert sich während der Assessments und der Interventionen auf die Möglichkeiten und Beeinträchtigungen der motorischen, kognitiven oder psychischen Fertigkeiten und Funktionen. Die Erwartung ist, dass dies zu einem erfolgreichen Betätigen führt, wenn die Funktionseinschränkung abnimmt oder ganz verschwindet oder wenn die Möglichkeiten beim Funktionieren stärker genutzt werden und sich entwickeln (Trombly 1993, Weinstock-Zlotnick u. Hinojosa 2004).

Ein Beispiel: Eine Partizipationsfrage aus einer Vereinigung mit einer Gruppe junger, arbeitsloser Veteranen mit posttraumatischer Belastungsstörung führt dazu, dass der Ergotherapeut zunächst auf der individuellen Ebene die Entwicklung von Wissen und Kompetenzen coacht. Dadurch wird die Gruppe gestärkt (empowered), sodass sie hinsichtlich ihrer eigenen Partizipation selbst Entscheidungen treffen und Aktionen durchführen kann.

Ein „Environment-first“-Ansatz bei den Assessments und Interventionen bedeutet eine Fokussierung auf die Umwelt und den Kontext, was bei der Ergotherapie für Organisationen und Populationen üblich ist. So haben zum Beispiel obdachlose Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung, die zunächst eine Wohnung bekommen und erst danach eine Betreuung, eine bessere Heilungsaussicht (housing first; Aubry et al. 2015). Arbeitslose Menschen mit Schizophrenie, die erst eine Arbeitsstelle erhalten und danach dort eingearbeitet werden, haben bessere Aussichten, diesen Arbeitsplatz zu behalten (supported employment; Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie 2012). Unabhängig davon, ob man sich nun für „top-down“, „bottom-up“ oder „environment-first“ entscheidet, werden die Phasen in derselben Reihenfolge durchlaufen.

24.2.3 Bewusstes methodisches Handeln

Der Prozess des methodischen Handelns umfasst sowohl die konkrete Ausführung als auch das Denken/Reasoning. Das professionelle Reasoning ist untrennbar mit dem methodischen Handeln verbunden (Boyt-Schell 2008). Es bestehen hier Wechselwirkungen: Das methodische Handeln gibt dem Klienten und dem Ergotherapeuten eine Struktur für die Zusammenarbeit und das professionelle Reasoning. Dadurch wird für den Klienten (Person und ihr System, Organisation oder Population) und den Ergotherapeuten klar, dass der ergotherapeutische Prozess einem wohlüberlegten Plan folgt. Umgedreht ist das professionelle Reasoning ein Leitfaden für das methodische Handeln. Es beeinflusst den Prozess und stärkt die Aktionen des Klienten und des Ergotherapeuten während der verschiedenen Phasen (Carrier et al. 2010). Der Ergotherapeut beginnt den komplexen Vorgang des Abwägens zwischen den theoretischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, Intuition, persönlichen Fertigkeiten und Überzeugungen bereits im professionellen Reasoning (Kuiper 2011). Gemeinsam gelangen Klient und Ergotherapeut zu einer bewussten Abwägung zwischen den verschiedenen Möglichkeiten der Inventarisierung, Interpretation und Beantwortung der Betätigungsfrage. Oft geht es bei den Klienten um komplexe Fragestellungen und Ergotherapeuten setzen während des gesamten Prozesses verschiedene Formen des professionellen Reasonings ein.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Mittel beginnt der Ergotherapeut z.B. mit einem Narrativ, bei dem der Klient seine (Lebens-)Geschichte, seine Erfahrungen und Deutungen selbst konstruiert. Mit diesem Ausgangspunkt sichert der Ergotherapeut die Klientenzentrierung des methodischen Handelns.

Als Grundlage werden der Ergotherapeut und der Klient sich des „enablement reasonings“ bedienen, d.h.: Der Fokus des gemeinsamen Reasonings liegt auf dem Betätigen bzw. der Ermöglichung der Partizipation

(Townsend et al. 2013). Durch das „enablement reasoning“ stellt der Ergotherapeut sicher, dass das methodische Handeln auch betätigungsorientiert und kontextbasiert ist. Das evidenzbasierte Reasoning mithilfe publizierter wissenschaftlicher Untersuchungen und Leitlinien schafft die Grundlage dafür, dass die vorgeschlagenen Interventionen auch effektiv sind. Oder der Ergotherapeut führt mit dem Klienten eine hypothetisch deduktive Diskussion, wobei sie gemeinsame Annahmen anstellen und logische Schlussfolgerungen ziehen.

In einer Organisation kann ein Ergotherapeut mit Beteiligten sprechen oder sie so coachen, dass die Beteiligten miteinander diskutieren, wobei der Austausch von Wissen angeregt wird.

Bei Populationen ist es wichtig, strategisch zu diskutieren und zu versuchen, auf der (kommunal)politischen Ebene Einfluss zu bekommen (Kap. 25).

24.2.4 Zielgerichtetes methodisches Handeln

Die Arbeit an dem von Klient (Personen und ihr System, Organisation und Population) und Ergotherapeut anvisierten Ziel wird möglichst effektiv und effizient und strukturiert durchgeführt. Das methodische Handeln ist darauf ausgerichtet, das Ziel möglichst effektiv zu erreichen. Während des Prozesses wird das Ziel des Klienten konkret. Am Prozessende wird evaluiert, ob das Ziel erreicht wurde. Das Endergebnis des methodischen Handelns ist das erreichte Ziel. Der Klient hat eine Lösung für seine Betätigungs- oder Partizipationsfrage gefunden und der Ergotherapeut hat effektiv gearbeitet.

Das kann z.B. einfach bedeuten, dass der Klient jetzt wieder selbstständig seine Hose mit einer Hand schließen kann. Aber es kann sich auch um ein komplexeres Ergebnis handeln, wenn der Klient sich nicht mehr einsam fühlt, indem er selbst mehr Initiative bei Kontakten ergreift, weil er jetzt mit einem elektrischen Dreirad selbst Besuche unternehmen kann und die Zeiten, in denen er allein ist, sinnvoller ausfüllt und nicht mehr als Einsamkeit erlebt.

Der Prozess des methodischen Handelns selbst ist effektiv. Jede Phase schließt mit dem angestrebten Ergebnis ab. Was sollte hier zur Sprache kommen, damit ein Klient eine Phase oder einen Schritt als nützlich erlebt? Der Klient (als Individuum) hat z.B. während der Kennenlernphase das Gefühl bekommen, seine Geschichte erzählen zu können, und die empathische Reaktion des Ergotherapeuten flößte ihm Vertrauen ein. Dadurch wagte er sich an den nächsten Schritt heran. Oder der Klient konnte seine Frage zu einer Aktivität vorbringen, wodurch er selbst verstand, weshalb ihm die Umsetzung nicht gut gelingt. Dadurch kann er seine Ziele auch deutlicher in Worte kleiden. Oder ein Brainstorming zwischen Klient und Ergotherapeut kann einen Überblick der denkbaren Lösungsrichtungen bieten, über den der Klient in der Folge

woche nachdenken kann. In einem anderen Beispiel empfindet vielleicht der Klient als Organisation bereits das Kennenlernen so stimulierend, dass man das Angebot unterschreibt und schon auf die Ergebnisse aus dem nächsten Schritt gespannt ist.

Das methodische Handeln ist hier auf das effiziente Erreichen des gesetzten Ziels ausgerichtet. Das bedeutet, dass der Aufwand für den Klienten und den Ergotherapeuten zum Erreichen des Ziels so wenig Zeit und Kosten wie möglich erfordert. Unnötige Beobachtungen und Fragebögen werden ausgespart und bei gleicher Wirksamkeit entscheidet man sich für die zeitlich kürzer angelegte Intervention. Wie kann sich der Klient auf die nächste Ergotherapie-Sitzung vorbereiten? Eine Organisation könnte z. B. die Zahlen zur Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz und den Jahresbericht vorlegen, sodass der Ergotherapeut beim nächsten Treffen bereits mit der Analyse beginnen kann. Oder aber der Partner eines individuellen Klienten geht mit einer Sturzpräventionsliste durch die Wohnung, misst im Zweifel den Eingang in die Dusche aus und macht ein Foto von der Toilette, sodass ein Hausbesuch des Ergotherapeuten gar nicht erforderlich ist.

Wie lange der Prozess des methodischen Handelns dauert, ist nicht festgelegt. Bei längeren Prozessen kann in seltenen Fällen vorab ein Zeitlimit für den gesamten Prozess festgelegt werden. Manche Dinge können sehr stark von den Wünschen des Klienten, von dem Praxis-kontext, in dem der Ergotherapeut arbeitet, sowie von den zugehörigen finanziellen und gesetzlichen Fragen abhängen.

In einem akuten Setting mit kurzer Aufnahmedauer vollzieht sich der Prozess rascher als in einem Reha-Setting, wobei der Inhalt der Intervention die Dauer des Prozesses bestimmt. Ergotherapeuten, die als Berater für das niederländische WMO-Gesetz arbeiten, schließen einen Prozess entsprechend der gesetzlichen Vorgaben innerhalb weniger Wochen ab. Begrenzte Finanzmittel beeinflussen die Länge des Prozesses des methodischen Handelns. Es gehört zu den Aufgaben des Ergotherapeuten, sich ggf. bei den Geldgebern für Finanzierungen starkzumachen. Es ist üblich, den Prozess im ambulanten und stationären Bereich nach Möglichkeit vollständig zu begleiten und zu beenden. Bei einer ihm angetragenen Aufgabe macht der Ergotherapeut während der Akquise der Organisation ein Angebot, in dem der Prozess, die Dauer und die Kosten grob umrissen werden. Bei der Frage nach Beihilfen oder einem Zuschlag (z. B. von einer Gemeinde) wird der Ergotherapeut auch bereits im Vorfeld einen Überblick über diese Punkte geben können. Es lassen sich auch vorab Absprachen darüber treffen, in welchen Phasen des Prozesses der Ergotherapeut eingeschaltet werden soll. Die Implementierung eines Vorschlages/einer Veränderung und die entsprechende Verankerung werden mitunter von der Organisation oder dem Betrieb selbst durchgeführt. Zudem werden Verabredungen über die Nachsorge oder das Follow-up getroffen.

Der Prozess des methodischen Handelns selbst ist effizient. Beim methodischen Handeln ist der Prozess ebenso wichtig wie das Ergebnis. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung erfordert Zeit und erstreckt sich über den gesamten Prozess. Der Klient und der Ergotherapeut behalten weiterhin die Veränderungen und den zugehörigen Akzeptanzprozess und das Coping des Klienten im Blick. Das Treffen von Entscheidungen und das Überblicken der sich daraus ableitenden Konsequenzen erfordert Zeit.

Schreitet der Ergotherapeut schneller voran als der Klient, geht dieser ihm unterwegs sozusagen verloren. Der Ergotherapeut rät z. B. zu sitzenden Tätigkeiten, während der Klient hofft, im Stehen kochen und spülen zu können. Der Klient führt trotz Bilanzproblemen und Sturzrisiko weiterhin stehende Tätigkeiten aus, weil er glaubt, dass er diese noch trainieren kann. Der Ergotherapeut versteht nicht, warum seine Ratschläge nicht befolgt werden ... Indem er sich in einer Phase die nötige zusätzliche Zeit nimmt, z. B. nachdem er Erwartungen akzeptiert oder angepasst hat, kann er in der nächsten Phase schneller vorangehen. Umgekehrt kann der Ergotherapeut den Klienten auch verlieren, wenn er zu lange in einer Phase haften bleibt: Fragebögen, Beobachtungen, Gespräche, Gespräche und nochmals Gespräche, während der Klient allmählich die Geduld verliert, weil seine Betätigungsfrage fortbesteht und nicht konkret beantwortet wird. Der Klient steht im Mittelpunkt des Prozesses und der Ergotherapeut folgt dem Tempo des Klienten. Autonomie, Selbstmanagement, Empowerment und Selbstverantwortung des Klienten stehen dabei im Vordergrund und der Ergotherapeut wird den Klienten so nötig in diesem Prozess unterstützen und stärken. Als Experte für sein Betätigen hat der Klient die Kontrolle. Ein optimaler Prozess methodischen Handelns führt zu leistungsfähigen und wertvollen therapeutischen Aktivitäten und optimalen Erfahrungen des Klienten.

24.2.5 Dynamisches methodisches Handeln

Während das System des methodischen Handelns unverändert bleibt, kann sich der Prozess verändern, was eine bewusste Flexibilität hinsichtlich der Zielausrichtung erfordert. Methodisches Handeln ist daher eine Herausforderung: In der fachlichen Argumentation und im Dialog mit dem Klienten folgt der Ergotherapeut in allen Phasen dem Aufbau eines Prozessmodells. Gemeinsam arbeiten sie an seinen Wünschen und Hoffnungen für die Zukunft. Der Klient und der Ergotherapeut kombinieren ihr Wissen und ihre Erfahrung in Bezug auf die Betätigungs- oder Partizipationsfrage, den Kontext und die Evidenz. Während dieses Prozesses versuchen beide, die Folgen der Interventionen zu überwachen, sich gegenseitig zu informieren, Dinge gegeneinander abzuwägen und Entscheidungen zu treffen. Dieser Prozess verläuft nur selten linear.

Es ist auch möglich, dass Klient und Ergotherapeut für jedes Ziel zur Fragenanalyse zurückkehren, um sich wieder auf das spezifische Ziel zu fokussieren, und dann den Aktionsplan anpassen, die Intervention durchführen, bewerten und zum nächsten Ziel übergehen. Manchmal entscheidet sich der Ergotherapeut dazu, ein Ziel oder eine Lösung „auszusäen“, um später darauf zurückzukommen, wenn der Klient Bedenk- und Akzeptanzzeit benötigt.

Die Priorisierungen des Klienten sind nicht immer statisch, sondern können sich auch verändern. In der Praxis erleben viele Ergotherapeuten, dass frühere Vereinbarungen beim nächsten Treffen überholt sind, weil sich inzwischen bestimmte Dinge ereignet haben. Es gibt Fortschritte oder auch Rückschritte, Ratschläge aus dem Familienkreis erscheinen mit einem Male sinnvoller oder der Klient hat nach einem Arztbesuch eine neue Einsicht erlangt. Tatsächlich ereignen sich innerhalb des Prozesses vielfältige „Miniprozesse“: Der Ergotherapeut beobachtet den Klienten bei der Ankunft, prüft, ob die Priorisierungen noch Bestand haben und eruiert, ob der Klient noch immer dem „eingeschlagenen Pfad“ folgt. Daher ist der Prozess mitunter unberechenbar, doch es ist Sache des Ergotherapeuten, hierauf sowohl sensibel als auch methodisch zu reagieren.

Es kann zu Situationen kommen, in denen zwei Ergotherapeuten in unterschiedlichen Phasen des Prozesses involviert sind. Der Klient kann das Bedürfnis haben, dass der (während des Aktionsplans) behandelnde Ergotherapeut an dem Gespräch in der häuslichen Umwelt mit dem Berater für das WMO-Gesetz (auch Ergotherapeut) teilnimmt. Dieser Ergotherapeut befindet sich mit dem gleichen Klienten in einer Sondierungsphase.

Beim methodischen Handeln nutzen Klient und Ergotherapeut sowohl subjektive als auch objektive Daten zur Planung, Durchführung und Bewertung des Therapieprozesses (Daniëls et al. 2006, Hartingsveldt et al. 2010). Beispiele für objektive Daten sind: „Das Ergebnis eines Tests zur Geschicklichkeit in Arm und Hand ist 2“ oder „Herr S. benötigt 34 Minuten zum Duschen und Ankleiden“. Beispiele für subjektive Daten sind: „Obwohl der Test eine 2 anzeigt, haben die Eltern das Gefühl, dass ihre Tochter versucht, den linken Arm und die Hand häufiger einzusetzen“ oder „Herr S. meint, dass das Duschen und Ankleiden viel zu lange dauert“. Für die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) sind sowohl subjektive als auch objektive Daten wichtig.

24.2.6 Methodisches Handeln und partizipative Entscheidungsfindung

Die partizipative Entscheidungsfindung beim methodischen Handeln beinhaltet den Austausch von Informationen, sowohl vom Ergotherapeuten zum Klienten als auch vom Klienten zum Ergotherapeuten. Dieser Austausch führt zu einer gemeinsam getroffenen Entschei-

dung über die Intervention(en) zur Erreichung des Ziels (gemeinsame oder partizipative Entscheidungsfindung).

Bei der partizipativen Entscheidungsfindung geht es auch um Abwägungen und Entscheidungen im Rahmen des methodischen Handelns: Wie kann die Betätigungsfrage gelöst werden? Was hilft bei der Priorisierung? Wie werden die Entscheidungen über die Art der Intervention transparent? Die verschiedenen Lernstile können sich hier auswirken: Eine Person profitiert von einem Prospekt oder einer informativen Website, eine andere zieht es vor, eine Demonstration auf einer DVD zu sehen oder möchte, dass der Ergotherapeut sie vorführt. Der eine profitiert von einem Entscheidungsbaum, der andere probiert gerne verschiedene Dinge aus.

Interventionen zur Förderung der partizipativen Entscheidungsfindung wirken sich positiv aus. Das Wissen über die Vor- und Nachteile der Interventionsmöglichkeiten nimmt zu und die Klienten beteiligen sich aktiver am Entscheidungsprozess. Die Klienten fühlen sich besser informiert und haben weniger Zweifel an den getroffenen Entscheidungen. Die Zufriedenheit mit dem Entscheidungsprozess nimmt zu. Darüber hinaus treffen Klienten andere Entscheidungen, wenn sie an der Entscheidungsfindung beteiligt sind (Faber et al. 2013).

Faktoren, die den Erfolg der partizipativen Entscheidungsfindung beeinflussen, können sich auf den Klienten, den Ergotherapeuten und auf deren Beziehung auswirken. Der wichtigste Faktor ist, inwieweit der Klient in den Entscheidungsprozess einbezogen werden möchte. Dies kann je nach Art der Entscheidung variieren und hängt davon ab, inwieweit dem Klienten mitgeteilt wird, dass eine Wahlmöglichkeit besteht.

Die intrinsische Motivation des Ergotherapeuten trägt zur Entscheidungsfindung bei. Auch die Erwartung, dass sich die partizipative Entscheidungsfindung positiv auf den Prozess auswirkt, ist hilfreich. Ein gegenseitiger Informationsaustausch zwischen Klient und Ergotherapeut ist ein wichtiger Erfolgsfaktor dafür. Eine offene, klientenzentrierte Einstellung der Professionals und eine motivierte, aktive Haltung der Klienten spielen dabei eine große Rolle (Faber et al. 2013).

Auch die Art und Weise, wie die Entscheidung getroffen wird, hat Auswirkungen. Es ist wichtig, die Risiken, Kosten und Vor- und Nachteile von Interventionen angemessen abzuwägen und zu diskutieren (Faber et al. 2013). Die gemeinsame Entscheidungsfindung erfordert zwei Formen der Argumentation: analytisch, wenn es um die Präsentation der Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung (Evidenz) geht, und narrativ, wenn der Klient Unterstützung benötigt, Entscheidungen zu treffen, die zu seinem Kontext und seiner Biografie passen.

24.3 Das Kennenlernen

Die erste Phase des ergotherapeutischen Prozesses ist das Kennenlernen. In dieser Phase ist es wichtig, dass der Ergotherapeut herausfindet, welchen Anteil er an den Erwartungen und Möglichkeiten des Klienten hat (Person und ihr System, Organisation oder Population). Was sind Beweggründe und Motive der Klienten, eine Lösung für ihre Betätigungsfrage zu suchen oder ihre Vorhaben umsetzen zu wollen? Mit welchem Netzwerk setzt sich der Klient auseinander (Familie, Nachbarn, Kollegen, Organisationen)? Hat der Klient Einblick in seine eigenen Ressourcen, Zeiten und Fähigkeiten, um seine Betätigungsfrage oder sein Vorhaben anzugehen?

In der ersten Phase ist es wichtig, dass der Ergotherapeut in der Lage ist, sich in sein Gegenüber hineinzuversetzen und auf Wünsche und Erwartungen einzugehen. Dabei sind eine klare Kommunikation und Einfühlungsvermögen wichtig. Diese Kennenlernphase ist der Beginn der therapeutischen Beziehung und der Zusammenarbeit, in welcher der Klient seine Verantwortung behält. Der Ergotherapeut bietet seine Unterstützung an, wobei der Klient so viel wie möglich aus eigener Kraft weitermacht.

Am Ende dieser Phase vereinbaren der Klient und der Ergotherapeut, dass sie die Zusammenarbeit fortsetzen und die Fragestellung bzw. Fragen des Klienten zielgerichtet bearbeiten. Sie werden hinsichtlich der Betätigungsfrage Eins und es gibt einen Konsens (Craig et al. 2013). Dieser Phase entsprechen die Berufskompetenzen „Screening“ und „Zusammenarbeit“ (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Die Kennenlernphase teilt sich in drei Abschnitte:

- Überweisung
- Treffen
- Bereitschaft.

24.3.1 Die Überweisung

Der erste Kontakt zum Klienten ist oft indirekt: durch eine mündliche oder schriftliche Überweisung eines Facharztes oder Allgemeinmediziners oder durch eine Überweisung im Rahmen einer interprofessionellen Beratung. Eine solche schriftliche Überweisung ist in all den Fällen erforderlich, in denen es um die Kostenerstattung für die ergotherapeutische Intervention geht.

Der Ergotherapeut beurteilt die Überweisung zunächst anhand der darin enthaltenen Informationen, um festzustellen, ob er als Spezialist für Partizipation und das Betätigen tatsächlich derjenige ist, den der Klient braucht.

Das Vertrauen zur Ergotherapie steigt. In den Niederlanden und auch teilweise in anderen Ländern besteht die Möglichkeit eines direkten Zugangs zur Ergotherapie und es ist zu erwarten, dass die Klienten dort zunehmend selbst die Initiative ergreifen und sich für einen ersten Termin an den Ergotherapeuten oder eine entsprechende Praxis wenden.

Die Kontaktaufnahme kann – mit Einverständnis des Klienten – auch über das soziale System des Klienten erfolgen (z.B. Eltern, Partner, informelle Betreuer) oder über Professionals, die mit dem Klienten in Verbindung stehen (ambulante Pflegekräfte, Supervisoren, Begleiter, Betreuer, Physiotherapeuten, Wiedereingliederungshelfer usw.) oder über berufliche Kontakte des Klienten erfolgen (z.B. Arbeitgeber oder Lehrkräfte).

Überweisung zur Ergotherapie

Elektronische Patientenakte von Arndt Schmitt-Holz, *19.06.1969:

- chronisches Erschöpfungssyndrom nach Operation und Chemotherapie
- Dickdarmkarzinom
- neben den Reha-Gruppenprogrammen gerne individuelle Ergotherapie.

In vielen Fällen hat der Ergotherapeut somit Zugang zu Informationen aus dem Antrag und der (elektronischen) Akte, und der ergotherapeutische Prozess hat bereits begonnen, bevor der Klient und er sich treffen. Es ist wichtig, dass der Ergotherapeut diese Informationen objektiviert.

So kann etwa im Bereich der integrierten Versorgung eine neue Perspektive dem Klienten neue Impulse verleihen. Das Verhalten, das jemand während der Zusammenarbeit mit dem bisherigen Ergotherapeuten gezeigt hat, wiederholt sich bei einer neuen Intervention nicht zwangsläufig genau so. Bei Menschen, die aufgrund einer chronischen Erkrankung eine Langzeitpflege erhalten, können die Angaben in ihren Aufzeichnungen veraltet sein. Andererseits kann eine Akte mit Berichten, die sich über ein ganzes Jahrzehnt erstrecken, eine Fülle von Informationen liefern. Der Ergotherapeut kann gemeinsam mit dem Klienten besprechen, wann und unter welchen Umständen er in der Lage war, sich wie gewünscht zu betätigen und zu partizipieren.

Ergotherapeuten sollten sich unter Umständen mit der Gemeinde/den Behörden oder einer Organisation als Klient auseinandersetzen. Der Klient kann ein unmittelbar Betroffener oder ein mittelbar beteiligter Dritter sein, der dafür verantwortlich ist, einer Person oder einer Gruppe von Personen angemessene Pflege und/oder Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Dieser wendet sich dann auch mit Fragen zu Beeinträchtigungen beim Betätigen und der Partizipation an die Ergotherapie. Ergotherapeuten denken in solchen Fällen auch marktwirtschaftlich und betreiben Akquise, um selbst proaktiv Beratungsaufträge von potenziellen Auftraggebern zu gewinnen (Veld et al. 2016).

Zur Vorbereitung auf die nachfolgenden Schritte in dieser Phase wird der Ergotherapeut aufgrund der Anfragen und der Umstände inzwischen zu einer Einschätzung da-

rüber kommen, welche ergotherapeutischen Prozessmodelle und spezifischen Bezugsrahmen angemessen wären.

24.3.2 Das Treffen

Das Treffen geht von beiden Seiten aus und bedeutet den Beginn der Zusammenarbeit zwischen dem Klienten und dem Ergotherapeuten (Hartingsveldt et al. 2010). Bei diesem Schritt geht es darum, den Klienten in seinem Kontext zu bewerten, zu verstehen und zu empfinden – die Begegnung von Mensch zu Mensch (Iwama 2006).

Klient und Ergotherapeut setzen sich gegenseitig über ihre Erfahrungen und ihr Wissen auf dem Gebiet der Betätigungsfrage in Kenntnis (occupational issue). Der Klient entwickelt Erfahrungswissen im Umgang mit seiner Beeinträchtigung oder Krankheit, mit dem Verlauf und der Entwicklung der Versorgung. Oftmals hat er sich bereits über andere Professionals, das Internet, Patientenvereinigungen Wissen angeeignet oder er ist Mitglied in einem entsprechenden digitalen Netzwerk. Der Klient bekommt auch einen ersten Eindruck vom Ergotherapeuten: Ist er vertrauenerweckend? Macht er einen fachkundigen und erfahrenen Eindruck? Der Klient will beruhigt sein und weiß, dass er in guten Händen ist und verstanden wird. Respekt, Zuhören und aufrichtige Aufmerksamkeit sind Schlüsselbegriffe. Der Ergotherapeut berücksichtigt die Vorlieben, Wünsche und Erwartungen des Klienten. Er schafft die Bedingungen dafür, dass der Klient die Möglichkeit hat, diese Dinge zu äußern.

Der Ergotherapeut klärt mit dem Klienten, welche Informationen bereits bekannt sind (aus der Vorinformation), sodass der Klient seine Geschichte nicht mit jedem neuen Professional wieder bereden muss. Eine Ausnahme ist der Klient, der von der Erzählung des Traumas profitiert, sodass auch neue Begegnungen zur weiteren Bearbeitung und Akzeptanz des Traumas beitragen.

Der Klient sollte über die Ergotherapie und ihre Möglichkeiten für ihn aufgeklärt werden. Eventuell hat ein Klient überhaupt keine Vorstellung von den Interventionsmöglichkeiten bei ihm oder aber er hat vielleicht ganz im Gegenteil bereits einen festen Plan, den er dem Ergotherapeuten vorlegen möchte (Logister-Proost 2007).

Am Ende dieses Schrittes wird deutlich, ob der Ergotherapeut im Hinblick auf das gesamte Betätigungsanliegen des Klienten genügend zu bieten hat. Ist dies nicht der Fall, kann der Klient an einen anderen Ergotherapeuten oder Professional verwiesen werden. Der Klient wird die Erfahrung auch für sich bilanzieren und entscheiden, ob er den ergotherapeutischen Prozess fortsetzen möchte. Gemeinsam stimmen sie die Fragen auf die Erwartungen des Klienten, die eigene Expertise und den finanziellen Rahmen ab, der für ergotherapeutische Interventionen verfügbar ist.

Ergotherapeuten, die ohne Überweisung arbeiten (Direktzugang), führen beim ersten Kontakt ein Screening

durch, um eine professionelle Entscheidung darüber zu treffen, ob eine ergotherapeutische Intervention angezeigt ist (Zanten 2010).

Auf dem Feld der Beratung wird der Ergotherapeut das Beratungsverhältnis zunächst einordnen und zwischen direkter und indirekter Beratung unterscheiden. Ist der Ergotherapeut als interner oder externer Berater tätig? Erfolgt die Beratung nach Anfrage oder unaufgefordert? Ist er als Content-Experte oder Prozessberater tätig? Der Klient kann sein Anliegen selbst vortragen, oder es wird über eine dritte Person vermittelt. Diese Informationen sind wichtig, um ein angemessenes Beratungsverhältnis bewusst und zielgerichtet aufzubauen (Veld et al. 2016).

In einer Beratungskette werden verschiedene Auftraggeber, Klienten und Professionals, die alle in den Beratungsprozess involviert sind, unterschieden. Daraus leiten sich mehrere Beratungsbeziehungen ab (Veld et al. 2016).

Bei einem guten Kennenlernesgespräch, Klärungsgespräch, Motivationsgespräch oder einem Gespräch in der häuslichen Umwelt stellt sich der Ergotherapeut auf die Person ein, die vor ihm sitzt. So wird der Ergotherapeut etwa ein Kind unter Berücksichtigung des tatsächlichen Alters – oder seines Entwicklungsalters – anders behandeln als einen Erwachsenen. Er passt zudem dabei seine Sprache z.B. an Personen mit eingeschränktem Wortschatz oder gerade besonderer Redegewandtheit an.

Darüber hinaus berücksichtigt der Ergotherapeut den Grund, warum der Klient mit ihm in Kontakt getreten ist. Ein konkretes und einfaches Beratungsgesuch einer Organisation erfordert einen anderen ersten Eindruck als eine komplexe Betätigungsfrage eines ehrenamtlichen Betreuers im Namen eines misstrauischen und verwirrten Klienten.

Die Umwelt und die Situation, in der sich das erste Kennenlernen ereignet, kann den Beginn der therapeutischen Beziehung bestimmen. Kommt der Klient zum Ergotherapeuten oder kommt der Ergotherapeut zum Klienten? Wer ist beim ersten Treffen anwesend? Wie findet das Gespräch statt (formell oder informell)? Das Gefühl, welche Umwelt, welche Situation und welcher Ansatz am besten geeignet sind, ist Teil des klientenzentrierten Ansatzes.

Frieda Luchs ruft ihre Freundin an

(...) Man hat mich heute in die Psychiatrie eingeliefert. Hans und mein Hausarzt haben darauf bestanden, aber ich will es nicht wirklich und ich habe Angst. Wer passt auf Liv und Jonas auf? Ich muss meine Kinder beschützen, denn wir werden beobachtet! Wir werden immer gejagt. Die Kinder wissen das nicht und Hans glaubt mir nicht. Der Ergotherapeut kam heute Nachmittag vorbei, aber ich sagte ihm, er solle mich in Ruhe lassen. Er sagte, dass er heute Nachmittag noch einmal vorbeischauen will. Er war sehr freundlich.

Ein paar Stunden später kam er vorbei und fragte, ob ich Lust auf eine Tasse Kaffee oder Tee hätte. Ich sagte ja, weil er mir vielleicht helfen könnte, wieder nach Hause zu kommen. Ich erklärte ihm, dass ich mich wirklich gut um meine Kinder kümmern kann und dass ich gerade zu Hause den Putz von der Wand geholt hatte, um zu beweisen, dass Sender dahinter versteckt sind. Natürlich hatte man sie gerade entfernt. Er fragte auch nach meinen täglichen Aktivitäten, also sagte ich ihm, dass ich drei Wochen lang nicht mehr im Kaufhaus gearbeitet habe und dass ich hoffe, meinen Job nicht zu verlieren ... Aber ich denke, meine Kollegen sind Spione! Er scheint meine Sorgen um die Kinder und die Bedeutung meiner Arbeit zu verstehen. Er fragte, ob er das nächste Mal mit mir und Hans hier weiter darüber reden könne. Alles gut!

24.3.3 Die Bereitschaft

Im dritten Schritt dieser Phase bespricht der Ergotherapeut mit dem Klienten, ob die Bereitschaft zur Therapie da ist (readiness). Die Veränderungsbereitschaft kann definiert werden als das Bedürfnis und die Fähigkeit einer Person zu Aktionen, die zu Veränderungen führen. Ist jemand offen für Veränderungen (Prochaska et al. 2013)? Dieser Schritt kann schnell abgehakt sein, wenn ein Klient sich etwa bereits Gedanken über Veränderungen, Anpassungen und Lösungsmöglichkeiten gemacht hat.

In diesem Schritt verschafft sich der Ergotherapeut einen ersten Eindruck vom Klienten. Hat er Einblick in seine Möglichkeiten und Grenzen und ist er in der Lage, lösungsorientiert zu denken? Ist er optimistisch, proaktiv und durchsetzungsstark oder eher pessimistisch, passiv und zurückhaltend? Betrachtet er sich als Experte seiner eigenen Angelegenheiten, fühlt er sich schikaniert, zieht er einen Nutzen aus seiner Klienten- oder Patientenrolle? Wie steht es um seine Akzeptanz? Geht der Klient gerne auf Nummer sicher oder ist er bereit, Risiken einzugehen (Logister-Proost 2007)?

Auch wenn sich Beeinträchtigungen beim Betätigen oder bei der Partizipation zeigen, bedeutet das noch nicht, dass der Klient auch bereit ist, Veränderungen anzugehen oder Schritte in Richtung einer Lösung zu unternehmen. Durch bestimmte Veränderungen in der Wortwahl zeigt der Klient an, dass er (vorsichtig) über eine andere Zukunft nachdenkt und grundsätzlich bereit ist, mögliche Lösungen ins Auge zu fassen sprechen (Rollnick u. Miller 1995). Aus der Sprache des Klienten wird der Wunsch erkennbar, die bestehende Situation zu verändern. Er glaubt jetzt, dass Veränderungen möglich sind. Er kann sich die Vorteile vorstellen und identifiziert die Nachteile der aktuellen Situation.

In dieser Phase achtet der Ergotherapeut auf die „Beschwerdensprache“: Der Klient braucht noch keine Veränderung (nicht willens), wenn er die Situation so lassen

will, wie sie ist. Er denkt, dass er sich nicht selbst ändern kann, oder glaubt, dass keine Veränderung möglich ist. Er sieht Vorteile in der aktuellen Situation und Nachteile in einer Veränderung.

Symbolische Aussagen von Klienten machen oftmals deutlich, welchen Einfluss etwas auf ihr Leben hat. Zum Beispiel: „Ich fühle mich gefangen“ oder „Wir stecken in einem tiefen Tal“. Solche Aussagen bieten die Möglichkeit, in derselben Sprache nach einer Sprache der Veränderung zu suchen: „Ich will meine Freiheit wieder“ oder eben „Wie kommen wir wieder aus dem Tal heraus?“

Die Bereitschaft hängt von verschiedenen Faktoren ab. Es ist denkbar, dass viele Menschen nach einem Trauma oder einer Diagnose Schwierigkeiten haben, die Folgen einer (chronischen oder fortschreitenden) Erkrankung für ihr Betätigen abzuschätzen. Metakognitive Ansätze, wie Feedback, Spiegelung oder selbst das Ergebnis einer Aktivität vorhersagen, sich dann zu betätigen und das eigene Betätigen zu reflektieren, sind bei Menschen mit nicht angeborenen Hirnschädigungen nachweislich wirksame Wege zur Förderung der Bewusstwerdung und der Selbsterkenntnis (Doig et al. 2014).

Ein weiterer Faktor ist die soziale Umwelt. Veränderungsbereitschaft ist nicht auf den Einzelnen beschränkt. Die heutige Gesellschaft appelliert zunehmend an die sozialen Netze und die Angehörigenpflege. Arbeitgeber oder Schulen müssen sich mit der Inklusion auseinandersetzen. Dadurch wird das Thema der Bereitschaft komplexer, und es ist wichtig, dass sich alle Beteiligten darüber im Klaren sind, dass sie sich möglicherweise mitverändern müssen. Das dialoggeleitete, klientenzentrierte, familienzentrierte, populationszentrierte Arbeiten ist eine Möglichkeit, relevante Personen von Anfang an einzubeziehen.

24.4 Inventarisierung

Die zweite Phase des ergotherapeutischen Prozesses ist die schrittweise Inventarisierung, die zur Formulierung der Betätigungsfrage führt. Diese Betätigungsfrage wird sich hauptsächlich auf Prävention, Intervention und/oder Beratungen hinsichtlich der Lösung von Hindernissen des Betätigens und der Partizipation beziehen (Creek 2009, Hartingsveldt et al. 2010). Je nach Arbeitsumfeld des Ergotherapeuten kann diese Phase auch als „diagnostische Phase“ bezeichnet werden (Hartingsveldt et al. 2010, Veld et al. 2016). Im Beratungssektor wird sie meist als „Kontextanalyse“ bezeichnet (Veld et al. 2016). Ein Berater für das WMO-Gesetz wird dies als „Bedarfsanalyse“ oder „-untersuchung“ bezeichnen.

Im Berufsprofil des Ergotherapeuten wird diese Phase „Frageninventarisierung und -analyse“ bezeichnet (Hartingsveldt et al. 2010). Wir lösen uns in diesem Buch ein Stück weit davon, weil der durchschnittliche Klient nicht davon profitiert, tief in die Probleme einzudringen, wenn er zum Ergotherapeuten geht, um sich mit seinen Hoff-

Ein paar Stunden später kam er vorbei und fragte, ob ich Lust auf eine Tasse Kaffee oder Tee hätte. Ich sagte ja, weil er mir vielleicht helfen könnte, wieder nach Hause zu kommen. Ich erklärte ihm, dass ich mich wirklich gut um meine Kinder kümmern kann und dass ich gerade zu Hause den Putz von der Wand geholt hatte, um zu beweisen, dass Sender dahinter versteckt sind. Natürlich hatte man sie gerade entfernt. Er fragte auch nach meinen täglichen Aktivitäten, also sagte ich ihm, dass ich drei Wochen lang nicht mehr im Kaufhaus gearbeitet habe und dass ich hoffe, meinen Job nicht zu verlieren ... Aber ich denke, meine Kollegen sind Spione! Er scheint meine Sorgen um die Kinder und die Bedeutung meiner Arbeit zu verstehen. Er fragte, ob er das nächste Mal mit mir und Hans hier weiter darüber reden könne. Alles gut!

24.3.3 Die Bereitschaft

Im dritten Schritt dieser Phase bespricht der Ergotherapeut mit dem Klienten, ob die Bereitschaft zur Therapie da ist (readiness). Die Veränderungsbereitschaft kann definiert werden als das Bedürfnis und die Fähigkeit einer Person zu Aktionen, die zu Veränderungen führen. Ist jemand offen für Veränderungen (Prochaska et al. 2013)? Dieser Schritt kann schnell abgehakt sein, wenn ein Klient sich etwa bereits Gedanken über Veränderungen, Anpassungen und Lösungsmöglichkeiten gemacht hat.

In diesem Schritt verschafft sich der Ergotherapeut einen ersten Eindruck vom Klienten. Hat er Einblick in seine Möglichkeiten und Grenzen und ist er in der Lage, lösungsorientiert zu denken? Ist er optimistisch, proaktiv und durchsetzungsstark oder eher pessimistisch, passiv und zurückhaltend? Betrachtet er sich als Experte seiner eigenen Angelegenheiten, fühlt er sich schikaniert, zieht er einen Nutzen aus seiner Klienten- oder Patientenrolle? Wie steht es um seine Akzeptanz? Geht der Klient gerne auf Nummer sicher oder ist er bereit, Risiken einzugehen (Logister-Proost 2007)?

Auch wenn sich Beeinträchtigungen beim Betätigen oder bei der Partizipation zeigen, bedeutet das noch nicht, dass der Klient auch bereit ist, Veränderungen anzugehen oder Schritte in Richtung einer Lösung zu unternehmen. Durch bestimmte Veränderungen in der Wortwahl zeigt der Klient an, dass er (vorsichtig) über eine andere Zukunft nachdenkt und grundsätzlich bereit ist, mögliche Lösungen ins Auge zu fassen sprechen (Rollnick u. Miller 1995). Aus der Sprache des Klienten wird der Wunsch erkennbar, die bestehende Situation zu verändern. Er glaubt jetzt, dass Veränderungen möglich sind. Er kann sich die Vorteile vorstellen und identifiziert die Nachteile der aktuellen Situation.

In dieser Phase achtet der Ergotherapeut auf die „Beschwerdensprache“: Der Klient braucht noch keine Veränderung (nicht willens), wenn er die Situation so lassen

will, wie sie ist. Er denkt, dass er sich nicht selbst ändern kann, oder glaubt, dass keine Veränderung möglich ist. Er sieht Vorteile in der aktuellen Situation und Nachteile in einer Veränderung.

Symbolische Aussagen von Klienten machen oftmals deutlich, welchen Einfluss etwas auf ihr Leben hat. Zum Beispiel: „Ich fühle mich gefangen“ oder „Wir stecken in einem tiefen Tal“. Solche Aussagen bieten die Möglichkeit, in derselben Sprache nach einer Sprache der Veränderung zu suchen: „Ich will meine Freiheit wieder“ oder eben „Wie kommen wir wieder aus dem Tal heraus?“

Die Bereitschaft hängt von verschiedenen Faktoren ab. Es ist denkbar, dass viele Menschen nach einem Trauma oder einer Diagnose Schwierigkeiten haben, die Folgen einer (chronischen oder fortschreitenden) Erkrankung für ihr Betätigen abzuschätzen. Metakognitive Ansätze, wie Feedback, Spiegelung oder selbst das Ergebnis einer Aktivität vorhersagen, sich dann zu betätigen und das eigene Betätigen zu reflektieren, sind bei Menschen mit nicht angeborenen Hirnschädigungen nachweislich wirksame Wege zur Förderung der Bewusstwerdung und der Selbsterkenntnis (Doig et al. 2014).

Ein weiterer Faktor ist die soziale Umwelt. Veränderungsbereitschaft ist nicht auf den Einzelnen beschränkt. Die heutige Gesellschaft appelliert zunehmend an die sozialen Netze und die Angehörigenpflege. Arbeitgeber oder Schulen müssen sich mit der Inklusion auseinandersetzen. Dadurch wird das Thema der Bereitschaft komplexer, und es ist wichtig, dass sich alle Beteiligten darüber im Klaren sind, dass sie sich möglicherweise mitverändern müssen. Das dialoggeleitete, klientenzentrierte, familienzentrierte, populationszentrierte Arbeiten ist eine Möglichkeit, relevante Personen von Anfang an einzubeziehen.

24.4 Inventarisierung

Die zweite Phase des ergotherapeutischen Prozesses ist die schrittweise Inventarisierung, die zur Formulierung der Betätigungsfrage führt. Diese Betätigungsfrage wird sich hauptsächlich auf Prävention, Intervention und/oder Beratungen hinsichtlich der Lösung von Hindernissen des Betätigens und der Partizipation beziehen (Creek 2009, Hartingsveldt et al. 2010). Je nach Arbeitsumfeld des Ergotherapeuten kann diese Phase auch als „diagnostische Phase“ bezeichnet werden (Hartingsveldt et al. 2010, Veld et al. 2016). Im Beratungssektor wird sie meist als „Kontextanalyse“ bezeichnet (Veld et al. 2016). Ein Berater für das WMO-Gesetz wird dies als „Bedarfsanalyse“ oder „-untersuchung“ bezeichnen.

Im Berufsprofil des Ergotherapeuten wird diese Phase „Frageninventarisierung und -analyse“ bezeichnet (Hartingsveldt et al. 2010). Wir lösen uns in diesem Buch ein Stück weit davon, weil der durchschnittliche Klient nicht davon profitiert, tief in die Probleme einzudringen, wenn er zum Ergotherapeuten geht, um sich mit seinen Hoff-

nungen, Wünschen und der Lösung seiner Betätigungsfragen zu befassen. In der internationalen ergotherapeutischen Literatur ist die Rede von „occupational issue“ oder „challenge“, also Betätigungsfragen bzw. Partizipationsfragen und Herausforderungen, was etwas aktiver klingt: Eine Betätigungsfrage erfordert eine Antwort, eine Herausforderung erfordert Aktionen.

Einerseits hat der Klient (Person und ihr System, Organisation oder Population) ausreichend Gelegenheit, gehört und verstanden zu werden und die Frage nach der Beeinträchtigung bei Betätigungen zu beschreiben und zu vertiefen. Dem Ergotherapeuten soll die Möglichkeit gegeben werden, die Beeinträchtigungen, die der Klient im Alltag erlebt, zu beobachten und die Zusammenhänge und Konsequenzen zu analysieren. Andererseits ist es wichtig, nicht zu lange und zu tief in die „Problematik“ einzudringen, indem man weiterhin in „Problemformulierungen“ kommuniziert, sondern rechtzeitig die Perspektiven auf mögliche Lösungen eröffnet. Hier besteht jedoch die Gefahr einer „reparierenden“ Haltung des Ergotherapeuten: sich auf eine Lösung stützen, ohne aufwendige Betrachtungen der Zusammenhänge, Ursachen usw. anzustellen.

In dieser Phase erklärt der Klient aus seiner Perspektive, welche Partizipations- und/oder Betätigungsfragen für ihn Vorrang haben.

Der Klient und der Ergotherapeut führen eine Bestandsaufnahme der Stärken, Ressourcen, unterstützen Fähigkeiten usw. sowie ein Brainstorming zu diesem Thema durch, bis klar ist, um welche Frage es genau geht. Gemeinsam schaffen sie die Grundlage für die Fortsetzung der Ergotherapie und generieren Fragen für das professionelle Reasoning. Im Beratungsmodell wird dies als Klärung des Beratungsauftrags bezeichnet (Veld et al. 2016).

Gemeinsam sammeln der Klient und der Ergotherapeut durch strukturierte und unstrukturierte Methoden relevante Informationen über den Klienten. Dies kann durch den Einsatz reliabler und valider Messinstrumente (standardisierte Tests, Interviews, Fragebögen und Beobachtungen) geschehen, mit denen qualitative und quantitative Daten erhoben werden (Fearing 1997). Anschließend entwickeln sie zusammen ein Verständnis für die Situation des Klienten, das sowohl seine Stärken und Ressourcen als auch seine Herausforderungen umfasst (Kielhofner 2008). Sie definieren und erklären oder interpretieren die Gründe dafür (Fisher 2009). Nicht nur die Frage des Betätigens ist Gegenstand der Bewertung, sondern auch, ob der Klient (das System, die Organisation, die Population) die Möglichkeit hat, sich zu verändern (Craig et al. 2013).

Bei einfachen Betätigungsfragen kann die Bestandsaufnahme kurz und knapp ausfallen. Bei komplexen Fragestellungen nehmen die Informationen während der Ergotherapie zu und die Erfassung der Situation wird umfangreicher. Viele Klienten können ein effektives Top-

down-Gespräch führen. In einem Prozess, in dem der Klient einen guten Überblick über das Angebot der Ergotherapie hat und klar anzeigen kann, wo er Unterstützung erwartet, kann der Ergotherapeut diese Phase mit einem Minimum an zusätzlichen Informationen durchlaufen.

Andere Klienten profitieren nicht von einem solchen Ansatz, was sich bei der ersten Besprechung zeigen kann. Wenn das Vertrauen des Klienten zunimmt, wird er es wagen, später mehr Informationen preiszugeben. Viele Klienten sind in der Lage, Beeinträchtigungen beim Betätigen zu erkennen, ohne den Grund dafür zu verstehen. Zum Beispiel haben viele Klienten nach einem Trauma keine Ahnung, welche Beeinträchtigungen sie in ihrem Betätigen erfahren werden. Die Inventarisierungsphase bietet dem Klienten die Möglichkeit, sein eigenes Betätigen und seine Partizipation besser zu verstehen.

Die Berufskompetenzen „Inventarisierung und Analyse“, „Beratung Dritter“ und „Zusammenarbeit“ kommen in dieser Phase zur Geltung. Die Berufskompetenz „Forschung“ umfasst das Sammeln, Organisieren, Analysieren und Interpretieren von Informationen zur Lösung der Betätigungsfrage (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Die Phase der Inventarisierung gliedert sich in vier Teilabschnitte:

- Frageninventarisierung
- Priorisierung
- Fragenanalyse
- Bedarfsformulierung.

24.4.1 Frageninventarisierung

Für eine fragenorientierte Ergotherapie sollte es zu einer gemeinsamen Anstrengung von Klient und Ergotherapeut kommen, die dazu führt, dass dem Klienten die Intervention zuteilwird, die seinen Wünschen und Erwartungen entspricht und zudem professionellen Standards genügt (Raad voor de Volksgezondheid 1998).

Im ersten Schritt in dieser Phase werden die allgemeinen Fragen, Wünsche und Erwartungen konkretisiert. Der Klient erkennt dabei die Bedeutung der (potenziellen) Beeinträchtigung für die Partizipation und das Ausfüllen seiner sozialer Rollen (Craig et al. 2013, Zalmstra u. Stomph 2012).

Gemeinsam mit dem Ergotherapeuten kann der Klient eine Inventarisierung der für das Selbstmanagement wichtigen Kompetenzen vornehmen, wie z. B. Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten und in die Fähigkeit zur Selbstentfaltung. Fertigkeiten, mit denen Menschen ihre Eigenregie stärken können, sind z. B. das Erfahrungswissen über das Leben mit der Krankheit, der eigene Beitrag zur Versorgung und die Organisation der Versorgungs- und Hilfsangebote.

Nicht Defizite, Mängel und Beschränkungen stehen im Vordergrund, sondern die Stärken, Erfahrungen und die zentrale Motivation des Klienten. Diese positive Einstel-

lung kann für das Selbstmanagement und die Motivation des Klienten wichtig sein.

Bei der Inventarisierung kann das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) zum Einsatz kommen, bei dem der Klient angibt, inwieweit bestimmte Aktivitäten für ihn wichtig sind und wie zufrieden er mit der Ausführung ist (Law et al. 2014). Ein narratives Interview zur Lebensgeschichte des Klienten kann ihn dabei unterstützen. Ein Beispiel hierfür ist das Occupational Performance History Interview (OPHI-II), ein semi-strukturiertes Interview, das sich auf die Vita des Klienten konzentriert.

Kreative Techniken, wie Kollagen, Gedichte schreiben, gemeinsames Singen oder Rollenspiele können dazu beitragen, Dinge zu klären und zu visualisieren. Die Arbeit mit einer Metapher hilft, eine hindernisreiche Lebensgeschichte indirekt zu erzählen. Dies ist auch als Handzeichnung oder einer digitalen Zeichnung mithilfe einer App möglich. So verwendet z. B. das Kawa-Modell die Zeichnung eines Flusses als Metapher für die Lebensenergie eines Menschen.

Das Durchlaufen dieses Teilabschnittes hat einige wichtige Nebeneffekte. Viele Klienten berichten, dass es durch einen Unfall, eine Krankheit oder einen anderen Schicksalsschlag zu einem Bruch in ihrer Lebensgeschichte gekommen ist. Dieser Bruch kann so gravierend sein, dass der Klient sein eigenes Leben und Betätigen nicht mehr zu kontrollieren vermag. Das Erzählen der Geschichte hilft sowohl dem Klienten als auch dem Ergotherapeuten dabei, den Bruch und seine Folgen zu verstehen. Dieses Verstehen ist ein wesentlicher Bestandteil des Abschnittes. Zeit und Ruhe tragen zur Verarbeitung und Akzeptanz bei.

Der Ergotherapeut kann während dieses Schrittes auf hochwertige Publikationen aus der deskriptiven Forschung zurückgreifen. Diese Art der Forschung liefert Informationen über die Erfahrungen, Bedürfnisse und Aktivitäten von Klienten, welche die gleichen Merkmale wie der aktuelle Klient des Ergotherapeuten aufweisen. Mit diesem Wissen kann der Ergotherapeut die Gespräche mit dem Klienten vertiefen und bereichern (Logister-Proost 2007).

Eine Frageninventarisierung erweist sich in der Praxis als dynamisch. Nach den Angaben des Klienten scheint es zunächst eine Beeinträchtigungen der Partizipation und/oder des Betätigens vorzuliegen, doch kann dies eine Woche später bereits ganz anders aussehen. Die Beeinträchtigung konnte beseitigt werden oder die Frage ist weniger wichtig oder aber komplexer geworden.

Innerhalb von Beratungsketten kann sich der Inhalt der Beratungsanfrage ändern (von einem Kettenglied zum nächsten), sodass zu klären ist, wer wen berät und wessen Kunde der Klient ist (Veld et al. 2016).

Das Projekt „Kleine Däumchen“ – vor 3 Tagen

Aktuelle Diskussionen auf LinkedIn

Im Stadtteil Nord leben viele Menschen mit türkischen, marokkanischen und irakischen Wurzeln. Acht Grundschulen arbeiten am Projekt „Kleine Däumchen“, in dem Physiotherapie-, Ergotherapie- und Logopädiestudierende einen Beitrag zur Vorbeugung und Verminderung eines Zurückbleibens in der sensomotorischen Entwicklung, der Spielentwicklung, den schulischen Fähigkeiten und den Sprachkenntnissen leisten. Ich bin Ergotherapeutin und an diesem Projekt beteiligt. Ich suche Kolleginnen und Kollegen, die zusätzliche Informationen zu den folgenden Fragen haben:

- Wo stehen Sensomotorik, Spielentwicklung und schulische Fähigkeiten auf dem aktuellen Lehrplan? Was könnte man ergänzen, damit Ergotherapiestudierende im 2. bis 4. Jahr den Grundschulern mit Migrationshintergrund und Entwicklungsrückständen ergotherapeutische Interventionen anbieten können?
- Welche Projekte laufen bereits?
- Mit welchem Screening-Tool können Lehrerinnen und Lehrer die teilnehmenden Kinder auswählen?
- Mit welchen Messinstrumenten kann das Funktionieren von Kindern und ihr Betätigen erfasst werden? Und welche Messinstrumente sind für Ergotherapiestudierende geeignet?
- Wie könnten in einem solchen Projekt Elemente wie Projektdauer, Einschlusskriterien, Basis- und Outcome-Messungen, Ziele, Arbeitsmethoden, Abschluss und Bewertung des Effekts ausgestaltet werden?
- Welche Erfahrungen haben Professionals mit schulergotherapeutischer Expertise mit ausländischen Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen?

24.4.2 Priorisierung

Im zweiten Schritt der Inventarisierungsphase soll der Klient zu einer Priorisierung seiner Betätigungsfragen kommen, und zwar abhängig davon, welche Bedeutung die Betätigungsfragen für sein Betätigen haben. Dadurch werden die Fragen des Klienten konkreter. Dies kann z. B. durch ein Gespräch mithilfe des Canadian Occupational Performance Measure (COPM), des Activity Card Sort (ACS) bzw. Pediatric Activity Card Sort (PACS) oder des Child Occupational Self Assessment 2.2 (COSAS) geschehen.

Es ist wichtig, sich die Argumente des Klienten für seine Priorisierung anzuhören (und zu hinterfragen). Dies können beispielsweise wirtschaftliche Notwendigkeiten (Arbeit), soziale Aspekte (Betreuung von Kindern oder Bekämpfung von Einsamkeit) oder körperliche Belastungen sein (Schmerz, Müdigkeit, Immobilität). Die Prioritäten-

setzung kann auch von der Bereitschaft des Klienten beeinflusst sein: Für die eine Betätigungsfrage kann das Er-sinnen und die Umsetzung eines Lösungsweges machbar sein, während er möglicherweise für eine andere Frage (noch) zu schwierig, zu beängstigend, zu konfrontierend oder zu belastend ist.

<http://marianne.blogger.com>

Heute zum zweiten Mal Ergotherapie gehabt. Musste mit Zahlen angeben, ob ich mit der Durchführung der Aktivitäten zufrieden bin und welche Aktivitäten ich für wichtig halte. Reiten und mit Leila rausgehen lieferten sich dabei natürlich ein enges Finish! ;-) Möchte wieder gärtnern, traue mich aber nicht (hab Angst, beim Unkrautjäten zu fallen... naja, gute Ausrede! [LOL]. Hab mich doch zuerst für Arbeit und Haushalt entschieden ... Das Wichtigste zuerst – sehr weise, oder? Müdigkeit durch MS besprochen, Suche nach dem richtigen Gleichgewicht. Gleich noch Physio und morgen die Kontrolle beim Neurologen; wird nie langweilig ...

Gepostet am 10–9–15 um 14:44, Antworten (7) |
Trackback (0)

Der Ergotherapeut kann mithilfe von Wirksamkeitsstudien oder Leitlinien den Klienten über die Wirksamkeit eines Prioritätenrangfolge informieren. So ist beispielsweise für Menschen mit einer chronischen psychiatrischen Erkrankung ein dauerhaftes Zuhause ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Erlangen und den Erhalt eines Arbeitsplatzes (Michon et al. 2008). Es kann auch medizinische Gründe gebe. So kann z. B. die Prognose einer fortschreitenden Erkrankung für eine bestimmte Reihenfolge sprechen. Bei der Priorisierung kann es auch wichtig sein, sekundäre Symptommatiken oder Multipathologien zu berücksichtigen, die das Betätigen beeinflussen können. Es ist somit wichtig, vorausschauend zu denken und zukünftige Entwicklungen zu antizipieren. Manchmal ist es auch ratsam, frühzeitig mit dem Antragsverfahren für individuell zugeschnittene Versorgungsleistungen zu beginnen. Die sozialpsychiatrischen Dienste können z. B. bei Ver-wahrlosungstendenzen und mangelnder persönlicher Hygiene eine dringende Priorität angeben.

Bei der Priorisierung durch den Klienten sollte der Ergotherapeut seine eigenen ethnozentrischen Reaktionen aus seinem Bezugsrahmen, seiner Kultur oder seiner Lebensumwelt reflektieren. Zudem sollte er gut auf die eigentlichen Fragen des Klienten achten. Der Ergotherapeut weiß, welche Fragen in einer bestimmten Klientel aufkommen können, aber aus Scham oder fehlender Selbst-sicherheit selten gestellt werden. Letztendlich ist es der Klient, der nach der Aufklärung und Beratung die Prioritäten festsetzt.

24.4.3 Fragenanalyse

Im dritten Teilabschnitt der Inventarisierung folgen weitere Untersuchungen und Analysen. Während der Analyse der Betätigungsfrage tragen der Klient und der Ergotherapeut Informationen über die Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation und/oder des Betätigens zusammen. Diese Informationen werden geordnet und analysiert. Sie werden besser verstanden, wenn sie in einen Kontext gestellt werden (physisch, sozial, kulturell, zeitlich). Der Ergotherapeut arbeitet mit dem Klienten zusammen, um die Informationen in verständlicher Sprache zu interpretieren, wobei er sein Wissen, die Theorie, Evidenzen und seine Erfahrung einsetzt. Das gemeinsame Ausfüllen eines so genannten „Fit-Chart“ dient der Analyse der Ausführung des Betätigens und der Teilhabe dabei sowie der Bewertung der Qualität der Erfahrung (Polatajko et al. 2013a, b).

Unabhängig davon, ob es sich um eine einfache oder um eine komplexe Betätigungsfrage handelt, ist es in beiden Fällen notwendig, die zugrunde liegenden Beeinträchtigungen und die unterstützenden Faktoren korrekt zu identifizieren. Die Betätigungsfragen, mit denen sich ein Klient an einen Ergotherapeuten wendet, sind überwiegend komplex, was z. B. an multiplen Pathologien, ungünstigen psychosozialen Verhältnissen, an den Lebensumständen und an der Lebensgeschichte, an den Umweltfaktoren und an finanziellen Zwängen liegen kann. Um diese Komplexität analysieren zu können, besprechen der Klient und der Ergotherapeut gemeinsam, auf welche Weise dieser (und der nächste) Schritt möglichst effektiv vollzogen werden kann.

Basierend auf einem Top-down-Assessment beginnt diese Bestandsaufnahme auf der Ebene der Partizipation und des Betätigens im Kontext, geht weiter auf das Aktivitäts-, Aufgaben- und Fertigniveau und untersucht gegebenenfalls auch die Funktionen. Mithilfe des Taxonomic Code of Occupational Performance (TCOP) lassen sich Beeinträchtigungen und Betätigungsmöglichkeiten analysieren (Hocking 2001).

Vor allem in medizinischen Bedarfsfällen, wie etwa nach Verbrennungen, zur Handrehabilitation oder in der Neurorehabilitation, kann der Ergotherapeut dem Klienten vorschlagen, die Bedarfsanalyse „bottom-up“ anzugehen. Dann wird zunächst die Funktionsstufe untersucht, z. B. die Handkraft, das Gedächtnis oder der Visus.

Der Ergotherapeuten sollte wissen, welche Informationen der Klient und er benötigen. Eine zu ausschweifende Inventarisierung ist unnötig, zeit- und kostenintensiv und auch für den Klienten belastend. Es liegt in der Verantwortung des Ergotherapeuten, die relevanten Informationen vom Rest zu trennen. Das Assessment gibt Aufschluss über den Informationsbedarf des Klienten in Bezug auf sein Betätigen und seine Partizipation. Wenn Klient und Ergotherapeut wissen, was sie messen bzw. wissen wollen, kann eine fundierte gemeinsame Entscheidung über

die Relevanz der Messinstrumente getroffen werden (Zalmstra u. Stomph 2012). Beispiele für Messinstrumente sind Tests, Beobachtungsmethoden, Fragebögen oder Interviews.

Beim professionellen Reasoning zur Auswahl eines Messinstruments berücksichtigt der Ergotherapeut die Qualität aufgrund der klinimetrischen Eigenschaften des Instrumentes, wie der Validität, der Reliabilität, der Reproduzierbarkeit und der Ansprechempfindlichkeit. Diese Eigenschaften sind von großer Bedeutung bei der Auswahl eines Messinstruments, aber auch praktische Überlegungen wie die Anwenderfreundlichkeit, die Klientenfreundlichkeit und die Kosten müssen bedacht werden.

Im Auswahlprozess konzentriert sich der Ergotherapeut auf Messinstrumente, die zu den Vorlieben des Klienten, seinen persönlichen Zielen und bedeutungsvollen Aktivitäten passen (Logister-Proost 2007; Kap. 28).

Es gibt viele Online-Checklisten und -Fragebögen, mit denen Klienten selbst loslegen können. Zum Beispiel eine Checkliste zu den Sturzfallen im Haushalt oder ein Lernstil-Test. Selbsteinschätzungen geben dem Klienten die Möglichkeit, seine eigene Situation und/oder seine Fähigkeiten zu analysieren und damit die Selbsterkenntnis zu stärken. Ein Beispiel hierfür ist der Impact on Participation and Autonomy (IPA). Der Contextual Memory Test ist ein Beispiel für ein Assessment, bei dem der Klient seine Leistung im Voraus einschätzt und diese anschließend bewertet und reflektiert.

Der Ergotherapeut achtet auf Diskrepanzen zwischen der Selbsteinschätzung des Klienten und seiner Bewertung. Dies lässt sich etwa mit dem Assessment of Compared Qualities-Occupational Performance (ACQ-OP) untersuchen, das in Kombination mit dem Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) verwendet werden kann.

Die Inventarisierung des Systems des Klienten kann neue Informationen bringen. Ein Fragebogen wie der Caregiver Strain Index, der von Angehörigenpflegern ausgefüllt wird, kann hier wichtige Zusatzinformationen liefern. Der Ergotherapeut sollte auch hier auf eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Klienten und der des Angehörigenpflegers achten (Pol 2010). Informationen von anderen Professionals können ebenfalls zu einer guten Bedarfsanalyse beitragen.

Im Beratungsprozess ist eine Kontextanalyse unerlässlich. Unter Kontext versteht man im Beratungssektor alles, was die Umwelt ausmacht und einen Einfluss hat (die Merkmale der Umwelt), wie z. B. Menschen, Gesetze und Verordnungen, aber auch der beratende Ergotherapeut und die Inhalte einer Beratung. Man denke hierbei an eine Analyse der Positionen, die ein Mensch innehat, seine Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten (Veld et al. 2016).

Wenn es sich nicht um einen einzelnen Klienten handelt, kann der Ergotherapeut Gruppenmethoden anwenden, wie z. B. die Einrichtung einer Fokusgruppe und die

Durchführung von „action research“. Dabei entscheidet man sich dafür, nicht nur zu beobachten und zu analysieren, sondern auch dazu, an dem Prozess teilzuhaben. Indem man in den Prozess eingreift und Veränderungen herbeiführt, wird ein besseres Verständnis für die Betätigungsfrage erzeugt. Das bedeutet, dass Untersucher und Untersuchte eng zusammenarbeiten, wodurch sich das Verständnis auf beiden Seiten erhöht.

Wenn Ergotherapeuten an einer Betätigungsfrage innerhalb einer Organisation arbeiten, betrachten sie die Kapazitäten beim kollektiven Betätigen der Teilnehmer innerhalb der Organisation (AOTA 2014). Geht es um ein Unternehmen oder um eine Non-profit-Organisation oder handelt es sich um eine Regierungsbehörde? Informationen über die Organisationsstruktur sind wichtig, um Kommunikationswege, Unterabteilungen und Verantwortlichkeiten zu kennen. Jede Organisation hat ihre eigene Kultur in schriftlicher Form niedergelegt und verfügt auch über eine ungeschriebene Kultur. Der Einblick in diese Merkmale einer Organisation fördert das Verständnis dafür, wie die Organisation ihre Ziele am besten erreichen kann (Haertlein Sells 2015). Eine weitverbreitete betriebswirtschaftliche Strategieplanungsmethode ist die SWOT-Analyse, welche die internen Stärken (strengths) und Schwächen (weakness) sowie die Chancen (opportunities) und Risiken (threats) in der Umwelt analysiert.

Wenn Ergotherapeuten mit einer Population arbeiten, betrachten sie die kollektive Betreuung und/oder die entsprechenden Merkmale einer Gruppe von Individuen (AOTA 2014). Die Einbeziehung der Ergotherapie bei Fragen der Population hängt hauptsächlich mit der Gesundheitsprävention zusammen, aber auch damit, wie und womit die Population ihre Zeit verbringt, und der Partizipation zusammen. In der Inventarisierungsphase können Ergotherapeuten z. B. die International Classification of Activities for Time-Use Statistics nutzen (ICATUS; Bass 2015). Darüber hinaus ist es in diesem Stadium wichtig, die Größe der Population zu bestimmen: Handelt es sich um alle Asylsuchenden mit körperlichen Beeinträchtigungen in einem Asylbewerberzentrum oder um alle Europäer mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko?

Während der Phase der Inventarisierung bei einer Population ist es wichtig, dass der Ergotherapeut mit anderen Professionals zusammenarbeitet. Er nutzt populationspezifische Forschungsergebnisse aus den Bereichen Soziologie, Epidemiologie, Geografie, Politikwissenschaft, Ökologie und/oder Informationstechnologie usw. Wenn der Ergotherapeut z. B. an der Barrierefreiheit behördlicher Institutionen für Bürger mit Sehbehinderung in einer bestimmten Stadt beteiligt ist, wird er nicht nur die Bedürfnisse der Bevölkerung darstellen, sondern auch zusätzliche Informationen vom Baudezernat, von einem Architekten oder einem Stadtrat usw. wünschen.

Eine gelungene Bedarfsanalyse setzt ein gutes Verständnis für die komplexen und dynamischen Interaktio-

nen zwischen Fertigkeiten, Betätigungsmustern, Kontexten, Anforderungen von Aktivitäten und Betätigungen und Klientenfaktoren voraus (AOTA 2014). Mithilfe eines Inhaltsmodells kann der Ergotherapeut die Daten so organisieren, dass eine logische Ordnung entsteht. Zusammenhängende Faktoren treten deutlicher hervor und Klient und Ergotherapeut erkennen, wo es noch an Informationen fehlt.

Beispiele für ein Inhaltsmodell sind das CMOP-E, das MOHO oder das Person-Environment-Occupation-Modell (PEO). Der Vorteil einer strukturierten Analyse besteht darin, dass das, was der Klient als undurchsichtiges Fragegewirr erlebt, oftmals auf eine oder zwei Ursachen reduziert werden kann. Wenn diese angegangen werden, lösen sich sekundäre Betätigungsfragen/Beeinträchtigungen manchmal von selbst (Teil 3, Der theoretische Hintergrund – Modelle und Frameworks).

Kuchen aus der Ergotherapie

Von: Marieke
Versandt: Montag, 2. Mai 2011, 11:38
An: J.Verheul
Betreff: Kuchen aus der Ergotherapie!

Hallo Mama,
kommst Du heute Abend mit Hermann zum Schokoladenkuchenessen vorbei? Ich war heute wieder bei der Ergotherapie und habe zwei Aktivitäten geübt (die ich hoffentlich bald wieder kann) und so konnte ich mit der Therapeutin sehen, welche Auswirkungen die Hirnschäden haben. Ich habe gebügelt und eben den Kuchen gebacken. Es fiel mir ziemlich schwer. Manchmal wusste ich nicht, was ich als Nächstes tun musste. Mir sind Sachen aus der rechten Hand gefallen und manchmal habe ich das Gleichgewicht verloren (konnte mich gerade noch festhalten). Es ist schrecklich! Ich habe auch etwas geweint. Dieser verdammte Fahrradunfall! Aber die Ergotherapeutin sagte, dass da mit Training und Tipps noch einiges herauszuholen sei ... Sie fand es gut, dass ich mich nicht so sehr habe aus der Fassung bringen lassen, sondern versuchte, die Dinge auf andere Art und Weise zu tun. Sie sagte, dies sei meine Stärke. Sie will das, was sie bei mir beobachtet hat, auswerten und einen Bericht schreiben, über den wir beim nächsten Mal diskutieren können.

Liebe Grüße an Papa und Hermann!

24.4.4 Bedarfsformulierung

Nach der Fragenanalyse interpretieren Klient und Ergotherapeut die Ergebnisse, sodass eine schlüssige Erklärung für die verschiedenen Betätigungsfragen des Klienten formuliert werden kann. Das Ziel dieses Schrittes ist eine kurze und klare Zusammenfassung der Analyse der Möglichkeiten und Grenzen des Klienten beim Betätigen und/oder bei den Partizipationen, die in für den Klienten verständlichen Worten formuliert ist. Der positive Nebeneffekt einer gemeinsamen Bedarfsformulierung ist, dass dadurch die Chance auf eine erfolgreiche Akzeptanz und Umsetzung der Beratung steigt (Veld et al. 2016).

Eine strukturierte Aufzählung der Betätigungsfragen, die der Klient selbst oder der Ergotherapeut mit den Worten des Klienten niedergeschrieben hat, ist eine bewährte Coaching-Technik. Der Klient kann dadurch seine eigenen Gedanken organisieren, fixieren und dadurch loslassen, Perspektiven erkennen und Entscheidungen treffen.

Ergotherapeutin Paula verfasst ihren Bericht

Die Pflegedienstorganisation hat keine klaren Richtlinien für den Umgang der Teamleiter der Pflegedienste mit den körperlichen Beschwerden des Personals. Lassen sich krankheitsbedingte Fehlzeiten reduzieren und die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt beschleunigen, wenn die Arbeitsbedingungen angepasst werden und die Pflegekräfte ergonomische Beratungen und Vorgaben erhalten, die körperliche Beschwerden verringern oder verschwinden lassen?

Durch eine klare definierte Fragestellung können in der nächsten Phase mögliche Ziele gesetzt werden, sodass das Endergebnis (die Antwort) später evaluiert werden kann. Eine klare Bedarfsformulierung trägt zu einer effektiven interprofessionellen Zusammenarbeit bei. Wenn mehr Professionals an der gleichen Frage arbeiten, sorgt die Abgrenzung dessen, was die Ergotherapie leistet, in einem interprofessionellen Team für Klarheit.

Eine gelungene Bedarfsformulierung kann auch als Teil der Übergabe an ergotherapeutische Kollegen, wie z. B. in der integrierten Versorgung oder im Pflegeprogramm, verwendet werden. Eine klare Bedarfsformulierung konkretisiert sich für Kooperationspartner (z. B. Eltern oder informelle Betreuer, Lehrer oder Partner in Beratungsketten). Die Bedarfsformulierung ist ein wichtiges Element in einem Abschlussbericht oder Feedback an den Überweisenden, den Auftraggeber und/oder den Geldgeber.

Frau Kaiser und Lisbeth, ambulante Ergotherapeutin

„Also wenn ich richtig verstanden habe, denken wir beide, dass der Kern meiner Betätigungsfrage darin besteht, was ich konkret gegen meine Untätigkeit und Einsamkeit nach Gerd's Tod so kurz nach meiner Pensionierung tun kann, in der Hoffnung, dass dies zu einer Verringerung meiner Depression beiträgt? Aber wie kümmere ich mich besser um mich selbst, was hilft mir, den Überblick über die Post und die Bankkonten zu behalten, wie ermuntere ich mich dazu, wieder zu Geburtstagsfeiern zu gehen? Und wenn ich wieder Aquarelle male und zu Nähen beginne – werde ich es dann auch wieder genießen können? Ja, ich wollte niemanden mit meinem Kummer zur Last fallen, aber diese Fragen helfen mir dabei, neue Perspektiven für mich zu finden.“

24.5 Zielsetzung und Aktionsplan

Das Ergebnis der dritten Phase des ergotherapeutischen Prozesses ist eine Zielsetzung und der Aktionsplan. Die Ziele orientieren sich an den Möglichkeiten und Wünschen für die Zukunft des Klienten (Person und ihr System, Organisation oder Population). Nach der Bedarfsformulierung durch den Klienten und den Ergotherapeuten werden mögliche Lösungswege ermittelt und festgelegt. Wenn der Klient entschieden hat, was er erreichen will und wie er seine Betätigungsfrage angehen will, kann ein Aktionsplan erstellt werden.

In dieser Phase sind die Berufskompetenzen „Behandlung und Begleitung“, „Stützen und Stärken“ und „Zusammenarbeiten“ gefragt. Im Rahmen der Berufskompetenz „Forschung“ geht es um die Anwendung von Evidenzen zur Lösung von Betätigungsfragen in der Praxis und zur Verbesserung des ergotherapeutischen Angebots (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Diese Phase teilt sich in zwei Unterphasen:

- Ziele formulieren
- Erstellung eines Aktionsplans.

24.5.1 Ziele formulieren

Durch die Formulierung von Zielen wird deutlich, was der Klient mit der Ergotherapie anstrebt. Ziele und Zielvereinbarungen geben dem Klienten die Möglichkeit, die eigenen Fortschritte zu verfolgen und sorgen für eine gewisse Kontinuität in der Kommunikation zwischen Ergotherapeut und Klient (Kielhofner 2008).

Die Ziele werden so formuliert, dass sie stets die ergotherapeutische Kerndomäne einbeziehen: Wurde das Ziel erreicht, werden das Betätigen und die Partizipation des Klienten in seiner Umwelt wieder möglich oder bleiben es aufgrund präventiver Maßnahmen. Das Ergebnis erhöht die Lebensqualität und verbessert die Sinngebung. Das Ziel ist auf bedeutungsvolle Aktivitäten ausgerichtet, die für den Klienten zu bestimmten sozialen Rollen gehören. Die Ziele können sehr konkret und messbar sein und auf eine Verbesserung und/oder die Wiedererlangung in den Bereichen Wohnen/Versorgen, Arbeit/Schule und Spiel/Freizeit ausgerichtet sein. Ziele können sich aber auch auf das Empowerment, die Veränderung des Selbstverständnisses oder das Selbstmanagement konzentrieren.

Die Festlegung ergebnisorientierter Ziele kann sich positiv auf die Dauer der Ergotherapie auswirken. Gute Zielsetzungen drücken auch eine gewisse Ambitioniertheit aus und wirken inspirierend und motivierend. Ziele geben den Weg einer Veränderung vor. Sie werden auch so formuliert, dass der Klient seine objektiven Bedingungen und seine subjektive Wahrnehmung in der Zielsetzung wiederfindet.

In einem Coaching-Verhältnis liegt die Initiative und Verantwortung beim Klienten. Der Klient kann dann seine Ziele selbst in der Ich-Form aufschreiben, sodass ihm klar ist, dass die gewünschten Ergebnisgrößen seine eigenen sind. Wenn der Ergotherapeut das Ziel im Auftrag des Klienten formuliert, verwendet er den genauen Wortlaut des Klienten.

In Organisationen ist es wichtig zu erkennen, ob es sich um von außen auferlegte Ziele oder um Ziele aus einer internen Motivation heraus handelt (Haertlein Sells 2015). Gut kommunizierte Ziele schaffen Gemeinsamkeiten: Die Ziele sind angemessen und für alle Personen in der Organisation erreichbar.

Bei Populationen konzentrieren sich die Ziele häufig auf die Nutzung der Zeit und die Unterstützung von Möglichkeiten in einem bestimmten Sektor wie Arbeit, Freizeit, Haushalt oder Verkehr/Mobilität. Andere Ziele gelten oft der Lebensqualität und dem Wohlbefinden. Das Endziel, das erreicht werden soll, kann ganz unterschiedliche Formen haben wie „Lebensstandard“, „Sicherheitsgefühl“ oder „Gesundheit“ (Bass 2015).

Sabine

Sabine: Es geschehen noch Zeichen und Wunder: Nach einem Gespräch mit dem Berater für das WMO-Gesetz schafft Papa sein Auto ab. #Scootmobile können auch gute #Transportmittel sein!

6 days ago from web – Reply – View Tweet
2 recent Retweets

Frau Kaiser und Lisbeth, ambulante Ergotherapeutin

„Also wenn ich richtig verstanden habe, denken wir beide, dass der Kern meiner Betätigungsfrage darin besteht, was ich konkret gegen meine Untätigkeit und Einsamkeit nach Gerd's Tod so kurz nach meiner Pensionierung tun kann, in der Hoffnung, dass dies zu einer Verringerung meiner Depression beiträgt? Aber wie kümmere ich mich besser um mich selbst, was hilft mir, den Überblick über die Post und die Bankkonten zu behalten, wie ermuntere ich mich dazu, wieder zu Geburtstagsfeiern zu gehen? Und wenn ich wieder Aquarelle male und zu Nähen beginne – werde ich es dann auch wieder genießen können? Ja, ich wollte niemanden mit meinem Kummer zur Last fallen, aber diese Fragen helfen mir dabei, neue Perspektiven für mich zu finden.“

24.5 Zielsetzung und Aktionsplan

Das Ergebnis der dritten Phase des ergotherapeutischen Prozesses ist eine Zielsetzung und der Aktionsplan. Die Ziele orientieren sich an den Möglichkeiten und Wünschen für die Zukunft des Klienten (Person und ihr System, Organisation oder Population). Nach der Bedarfsformulierung durch den Klienten und den Ergotherapeuten werden mögliche Lösungswege ermittelt und festgelegt. Wenn der Klient entschieden hat, was er erreichen will und wie er seine Betätigungsfrage angehen will, kann ein Aktionsplan erstellt werden.

In dieser Phase sind die Berufskompetenzen „Behandlung und Begleitung“, „Stützen und Stärken“ und „Zusammenarbeiten“ gefragt. Im Rahmen der Berufskompetenz „Forschung“ geht es um die Anwendung von Evidenzen zur Lösung von Betätigungsfragen in der Praxis und zur Verbesserung des ergotherapeutischen Angebots (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Diese Phase teilt sich in zwei Unterphasen:

- Ziele formulieren
- Erstellung eines Aktionsplans.

24.5.1 Ziele formulieren

Durch die Formulierung von Zielen wird deutlich, was der Klient mit der Ergotherapie anstrebt. Ziele und Zielvereinbarungen geben dem Klienten die Möglichkeit, die eigenen Fortschritte zu verfolgen und sorgen für eine gewisse Kontinuität in der Kommunikation zwischen Ergotherapeut und Klient (Kielhofner 2008).

Die Ziele werden so formuliert, dass sie stets die ergotherapeutische Kerndomäne einbeziehen: Wurde das Ziel erreicht, werden das Betätigen und die Partizipation des Klienten in seiner Umwelt wieder möglich oder bleiben es aufgrund präventiver Maßnahmen. Das Ergebnis erhöht die Lebensqualität und verbessert die Sinngebung. Das Ziel ist auf bedeutungsvolle Aktivitäten ausgerichtet, die für den Klienten zu bestimmten sozialen Rollen gehören. Die Ziele können sehr konkret und messbar sein und auf eine Verbesserung und/oder die Wiedererlangung in den Bereichen Wohnen/Versorgen, Arbeit/Schule und Spiel/Freizeit ausgerichtet sein. Ziele können sich aber auch auf das Empowerment, die Veränderung des Selbstverständnisses oder das Selbstmanagement konzentrieren.

Die Festlegung ergebnisorientierter Ziele kann sich positiv auf die Dauer der Ergotherapie auswirken. Gute Zielsetzungen drücken auch eine gewisse Ambitioniertheit aus und wirken inspirierend und motivierend. Ziele geben den Weg einer Veränderung vor. Sie werden auch so formuliert, dass der Klient seine objektiven Bedingungen und seine subjektive Wahrnehmung in der Zielsetzung wiederfindet.

In einem Coaching-Verhältnis liegt die Initiative und Verantwortung beim Klienten. Der Klient kann dann seine Ziele selbst in der Ich-Form aufschreiben, sodass ihm klar ist, dass die gewünschten Ergebnisgrößen seine eigenen sind. Wenn der Ergotherapeut das Ziel im Auftrag des Klienten formuliert, verwendet er den genauen Wortlaut des Klienten.

In Organisationen ist es wichtig zu erkennen, ob es sich um von außen auferlegte Ziele oder um Ziele aus einer internen Motivation heraus handelt (Haertlein Sells 2015). Gut kommunizierte Ziele schaffen Gemeinsamkeiten: Die Ziele sind angemessen und für alle Personen in der Organisation erreichbar.

Bei Populationen konzentrieren sich die Ziele häufig auf die Nutzung der Zeit und die Unterstützung von Möglichkeiten in einem bestimmten Sektor wie Arbeit, Freizeit, Haushalt oder Verkehr/Mobilität. Andere Ziele gelten oft der Lebensqualität und dem Wohlbefinden. Das Endziel, das erreicht werden soll, kann ganz unterschiedliche Formen haben wie „Lebensstandard“, „Sicherheitsgefühl“ oder „Gesundheit“ (Bass 2015).

Sabine

Sabine: Es geschehen noch Zeichen und Wunder: Nach einem Gespräch mit dem Berater für das WMO-Gesetz schafft Papa sein Auto ab. #Scootmobile können auch gute #Transportmittel sein!

6 days ago from web – Reply – View Tweet
2 recent Retweets

In der Literatur werden die Kriterien für die Zielformulierung unter verschiedenen Bezeichnungen geführt:

- **MAGIE:** messbar, akzeptabel, kommuniziert (geminced), inspirierend und engagiert
- **RUMBA:** relevant, verständlich (understandable), messbar, wahrnehmbares Verhalten (behavioral) und erreichbar (attainable)
- **SMART(IE):** spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch und terminiert plus inspirierend und unter eigener Kontrolle.

Die Unterschiede sind nicht groß und sie dienen in erster Linie dazu, die Ziele so konkret und messbar wie möglich zu formulieren. Dies erleichtert es dem Klienten, seine Fortschritte zu sehen und motiviert ihn, weiterzumachen.

Mithilfe einer Zielhierarchie bleibt die Beziehung zwischen den Zielen und dem Endziel des Klienten für alle Beteiligten klar und nachvollziehbar. Hier tritt die Priorisierung des Klienten wieder in den Vordergrund, wobei man zwischen einem Endziel, den lang- und den kurzfristigen Zielen unterscheiden kann.

- Das Endziel (outcome) der Ergotherapie wird in allgemeinen Lernergebnissen formuliert und ist oft interprofessionell. Mit anderen Worten, der Klient arbeitet mit verschiedenen Fachleuten am gleichen Ziel. Deshalb entspricht das Endziel der ergotherapeutischen Intervention dem Endziel, das der Klient auch mit allen anderen Beteiligten besprochen hat. Ein Endziel bezieht sich in der Regel auf die Partizipationsebene (ICF).
- Langfristige Ziele dienen dem Endziel und leiten sich daher von diesem ab. Langfristige Ziele sind auf die Partizipationsebene (ICF) und die Erfüllung sozialer Rollen ausgerichtet.
- Kurzfristige Ziele leiten sich von langfristigen ab und können während des Prozesses angepasst werden. Sie betreffen häufig die Aktivitätsebene (ICF), d. h. beteiligt sein am Betätigen oder an Aktivitäten in einem bestimmten Kontext oder die Fähigkeit dazu. Sie läuten eine Veränderung des Klienten, der Aufgabe und/oder der Umwelt ein. Die kurzfristigen Ziele geben an, welche Schritte der Klient zur Erreichung des langfristigen Ziels unternimmt. Sie sind eindeutig formuliert, konkret und gut evaluierbar. Der Fokus bleibt auf das Endziel gerichtet.

Oma Liem auf Facebook

Hallo, meine Lieben! Vielen Dank für all die Kommentare zu meiner Timeline. Ich möchte etwas sagen: Nach meinem Schlaganfall und dem Krankenhausaufenthalt bin ich jetzt in der Reha. Das große Ziel ist natürlich, wieder zurück nach Hause zu kommen. Zu Hause zu sein, ist einfach das Beste ... Und es gibt weitere gute Neuigkeiten: Ich habe mir in der Ergotherapie ein Ziel gesetzt: Ich möchte wieder selbst kochen! Und natürlich die köstlichen Gerichte machen, die ihr so liebt! Mendol mit Nasi Putih... Bahan-Bahan... Bawang Goreng. Um wieder kochen zu können, habe ich mir selbst kleine Ziele gesteckt: Ich will in einer Woche heißen Reis zubereiten können, in zwei Wochen wieder Gemüse schneiden, auch sehr fein, und am Ende des Monats alle Pfannengerichte wieder beherrschen! Wird ganz schön schwierig, aber dafür gibt es dann wieder richtig leckere Sachen ... Selamat makan oder auf Deutsch: Guten Appetit!

Man sollte nicht automatisch davon ausgehen, dass der Mensch selbst nicht in der Lage sei, Ziele zu formulieren. Bezugsrahmen, die sich an dem Erleben, dem Glück und dem Dasein für andere orientieren, und der narrative Ansatz können einen positiven Beitrag zum Dialog leisten. Wie in den bisherigen Phasen wird der Ergotherapeut bei der gemeinsamen Zielsetzung auch die Zusammenarbeit mit dem Klientensystem suchen, um es optimal einzubinden. Das bedeutet, dass sowohl der Klient als auch das Klientensystem bei der Besprechung der Ziele anwesend sind. Mit dem Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) oder während dem Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) können Kinder ihre Fähigkeiten und Grenzen im Alltag reflektieren und Ziele für ergotherapeutische Interventionen setzen. Auf diese Weise kann das Kind in Kombination mit den Vorstellungen der Eltern und Lehrer seine eigenen Ziele bestimmen (Missiuna et al. 2006).

24.5.2 Erstellung eines Aktionsplans

Nachdem die spezifisch erwünschten Ergebnisse und Ziele formuliert sind, können nun die Interessenschwerpunkte für die therapeutische Situation, Aktivitäten/Aufgaben und Interventionsformen diskutiert werden. Der Aktionsplan bietet Orientierung und Struktur für das Follow-up: die konkrete Antwort auf die während der Ergotherapie formulierte Betätigungsfrage.

Was ist der geeignetste Weg zum Erreichen der Ziele? Was unternimmt die Person (und ihr System), die Organisation oder die Population selbst und wo ist Unterstützung erforderlich?

Befindet sich die Beeinträchtigung beim Betätigen des einzelnen Klienten noch in einer akuten Phase und be-

steht die Möglichkeit einer Erholung? Kann die physische Umwelt angepasst und/oder die soziale Umwelt zur Unterstützung genutzt werden? Herrscht innerhalb einer Organisation ein Klima, in dem die Menschen einander vertrauen und das Raum für Autonomie lässt? Besteht eine Bereitschaft zur finanziellen und physischen Unterstützung von ergonomischen und gesundheitsförderlichen Maßnahmen?

In diesem Schritt besprechen Klient und Ergotherapeut gemeinsam die Prioritäten, Methoden und die Häufigkeit der Intervention. Dabei werden Stärken, Ressourcen, Einsatzbereitschaft, Erfahrung und Kompetenz des Klienten berücksichtigt. Der Ergotherapeut greift auch auf seine eigenen Erfahrungen und Kenntnisse zurück und kombiniert diese mit Nachweisen wie z. B. Veröffentlichungen wissenschaftlicher Forschung und Richtlinien.

Der Ergotherapeut, der als Berater für das WMO-Gesetz tätig ist, bespricht mit dem Klienten, welche Maßnahme die adäquateste Kompensation in seiner Situation darstellt.

Der Ergotherapeut wird sich für die Ergotherapie zu Hause oder in der Schule, bei der Arbeit oder im Vereinsheim einsetzen (advocacy), sodass das bedeutungsvolle Betätigen kontextbasiert erfolgen und das Erlernte generalisiert werden kann. Der Ergotherapeut wird sich für eine Einzeltherapie starkmachen, wenn die Gruppe in der Einrichtung das Übliche ist (oder umgekehrt), wenn sich dies als effektiver erweist. Der Ergotherapeut kann auch für eine bestimmte Frequenz plädieren, zum Beispiel häufiger als üblich.

Viele Methoden, die bereits während der Inventarisierungsphase ausgewählt wurden, gehen davon aus, dass der Klient selbst seine eigenen Antworten, Lösungen oder Veränderungen in Worte fasst und umsetzt, wie etwa beim Einsatz des CO-OP, beim Coaching oder beim Motivationsgespräch. Der Ergotherapeut unterstützt bei Bedarf diesen Prozess.

Peter schickt seinem Freund Rainer einen Bericht per WhatsApp

Peter: Die Ergotherapeutin empfiehlt Schienen gegen die Gelenkschmerzen. Ich zweifel noch.

Rainer: Wenn es dir hilft, tu es doch einfach.

Peter: So ein hässliches Ding! Und so umständlich!

Rainer: Einen Versuch ist es wert. Die Rheumatologin wollte doch Spritzen setzen ...

Peter: Besser nicht! Und ich will vorerst auch keine Operation.

Rainer: Sie wird doch wissen, was gut für dich ist ... Versuch es doch ... Wenn Du keine Schmerzen hast, klappt es auch bei der Arbeit wieder besser!

Peter: Ja, danke Dir! Wir sehen uns heute Abend. xX

Rainer: Halt durch! xxx

Im Rahmen der Beratung führt der Aktionsplan zu einem Beratungsergebnis, das an die Zielsetzung anknüpft. So wird beispielsweise an einem Aufklärungsprogramm, einer Anleitung oder einem Beratungsbericht gearbeitet. Während dieses Schrittes bespricht der Berater mit dem Klienten, welche Intervention wünschenswert und angemessen ist, um die Betätigungsfrage zu lösen und das Ziel zu erreichen. Bei einer effektiven Beratung geht es um ein Gleichgewicht zwischen der inhaltlichen Qualität der Beratung, dem Grad der Akzeptanz der Beratung durch die Beteiligten und der Vollständigkeit der Umsetzung der Beratung (Veld et al. 2016). Interventionen, die Organisationen angeboten werden, sollten ein effizienteres und effektiveres Betätigen innerhalb der Organisation entsprechend den Bedürfnissen der Klienten (Verbraucher, Interessengruppen) bewirken. Ergotherapeuten berücksichtigen die Merkmale einer Organisation wie Leitbild, Werte, Organisationskultur und -struktur, Politik und Verfahren, Gebäude und natürliche Umwelt. Ergotherapeuten richten ihre Intervention auf alle Eigenschaften, welche die Leistungsfähigkeit von Individuen innerhalb einer Organisation beeinträchtigen.

Interventionen bei Populationen sind kollektiv auf alle Mitglieder der Gruppe und nicht individuell oder auf bestimmte Personen innerhalb der Gruppe gerichtet. Ergotherapeuten können mit vielen Populationen arbeiten und es dabei mit Fragen wie Armut, Obdachlosigkeit und Diskriminierung zu tun bekommen. Sie richten ihre Interventionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsfragen und kämpfen gegen Hürden und Behinderungen innerhalb der Population und der Gesellschaft. Ihr Ziel ist es dabei, die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Menschen in der Population zu steigern, indem sie Dienstleistungen und Unterstützungen aus der Gesellschaft in Anspruch nehmen, die auf die Umsetzung abzielen, um das Betätigen der betroffenen Population zu verbessern. Der Schwerpunkt der Intervention liegt häufig auf gesundheitsförderlichen Aktivitäten, selbst organisierten pädagogischen Angeboten (Selbsthilfegruppen) und der Anpassung der Umwelt.

Ein Projekt widmet sich herumlungenden Alten

Was für ein gesellschaftliches Bild vermitteln herumlungende alte Menschen in der Öffentlichkeit? In diesen Sommermonaten scheinen unschuldige ältere Menschen Anlass für Konflikte und Spannungen zu sein. Die Medien berichten regelmäßig über Belästigungen in Einkaufszentren und Parks, die von Gruppen älterer Menschen ausgingen ...

Polizei, Kommunen und Wirtschaftsverbände haben sich zusammengeschlossen. Emine Sahin ist Ergotherapeutin bei der Beratungsstelle „Gemeinsam stark“ und soll dieses Projekt durchführen: „In Absprache mit der Gemeinde haben wir uns dazu entschlossen, diese Frage mittels Aktionsforschung anzugehen. Das bedeutet, dass ältere Menschen eingeladen werden, selbst aktiv an der Erarbeitung von Lösungen und an deren Umsetzung mitzuwirken. Ich bin sehr neugierig darauf zu sehen, wie ältere Menschen, die in der Öffentlichkeit Gruppen bilden, diese Form der Zeitgestaltung annehmen.“

Innerhalb eines Aktionsplans kommen die fünf wesentlichen Elemente der ergotherapeutischen Praxis wieder zum Vorschein:

- die Herausforderungen in Bezug auf Betätigungen/Partizipation (in den Zielen formuliert)
- die Notwendigkeit, Betätigungen/Partizipationen zu ermöglichen
- klientenzentrierte Herausforderungen und/oder Lösungen
- interprofessionelles Wissen und Fachkenntnis (Kooperation)
- professionelles Reasoning (Komplexität).

Ergotherapeutische Interventionsstrategien zeigen den Weg auf, der den Klienten zur Veränderung seines bedeutungsvollen Betätigens bzw. zur Reduzierung oder Vermeidung von Beeinträchtigungen beim Betätigen bringt. Im Rahmen des Veränderungsprozesses können folgende Strategien vom Klienten und/oder Ergotherapeuten angewendet werden:

- Fähigkeit zur Veränderung (genesen, entwickeln, Coping, Gesundheitsförderung)
- Veränderungen im Betätigen ermöglichen (Kompensation, Anpassung, Vereinfachung)
- Veränderungen in der Umwelt ermöglichen (Anpassung der physischen Umwelt, Aufklärung und Anleitung der sozialen Umwelt, einsetzen für Veränderungen innerhalb einer Kultur)
- Veränderung durch Initiierung einer Interaktion zwischen den oben genannten Punkten ermöglichen (Person, Betätigung, Kontext)

- Veränderungen in den Betätigungsmustern ermöglichen (Partizipationen anders gestalten, soziale Rolle anders ausfüllen)
- Der Klient passt seine Lebensgeschichte und seine Erwartungen an die Zukunft an (ggf. mit Unterstützung des Ergotherapeuten).
- notwendige gesellschaftliche Veränderungen ermöglichen (Recht auf Betätigungsgerechtigkeit, occupational justice, als kommunaler Wegbereiter agieren; Townsend et al. 2013).

24.5.3 Viermal „B“

Ergotherapeut und Klient tauschen sich hinsichtlich der Wirksamkeit, der Form und des Inhaltes der Intervention aus und es wird gemeinsam eine Wahl für die Nachsorge getroffen. Während dieser Überlegungen besprechen der Klient und der Ergotherapeut die Konsequenzen der geplanten Interventionen. Dies kann durch die Verwendung der vier B's (Logister-Proost 2007) realisiert werden.

Belastung

Wie schwer ist die empfundene Behinderung für den Klienten oder wie stark ist der Effekt der Beeinträchtigung für den Klienten im Betätigen? Wie groß ist die Belastbarkeit des Klienten und was ist die Konsequenz aus der Untätigkeit? Ziel der gemeinsamen Entscheidung ist es, eine Intervention zu wählen, die eine Verbesserung im Sinne des Klienten bewirkt (Offringa et al. 2000). Der Klient erhält Informationen zu den Erfolgsaussichten und die zu erwartenden Wirkungen der Intervention. Führt die Intervention tatsächlich zu einer Verbesserung des Betätigens und der Partizipation?

Mit anderen Worten: Wie sehr belastet den Klienten die Begrenzung seines Betätigens oder seiner Partizipation und hält er die Intervention für lohnend? Wie groß ist der Aufwand für den Klienten im Verhältnis zu seiner Chance auf eine Verbesserung? Und ist er bereit, das Risiko einzugehen, dass es zu keiner Besserung kommt?

Barrieren

Die Barrieren sind die Hindernisse, die überwunden werden können oder eben nicht. Ein Hindernis für Interventionen können wirtschaftliche Gründe sein. Beispielsweise wird dem Klienten die Anpassung nicht erstattet und er verfügt nicht über die finanziellen Mittel, um die Kosten selbst zu übernehmen. Vielleicht ist die Entfernung zum Gemeindezentrum für den Klienten zu groß, während es dort eine mögliche Lösung für seine Einsamkeit gibt. Auch Traditionen können eine Barriere sein: Zum Beispiel mag es in der Familie des Klienten üblich sein, den Angehörigen um jeden Preis selbst zu versorgen. Die überforderte pflegende Angehörige könnte es als Schande empfinden, ihren Partner in eine Pflegeeinrichtung ziehen zu lassen. Während des gemeinsamen Reasonings

prüft der Ergotherapeut mit dem Klienten, ob die vorgeschlagene Intervention mit dessen Werten und Präferenzen übereinstimmt.

Bewusstes Verhalten

Welches bewusste Verhalten von Klient und Ergotherapeut ist zur Durchführung der Intervention notwendig? Verfügt der Ergotherapeut über die zur Durchführung der beabsichtigten Intervention erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten? Ist es notwendig, dass der Ergotherapeut die neue Intervention übernimmt, und bedarf es dafür einer Schulung? Kann ein Kollege konsultiert werden, der die neue Intervention anwendet oder auf eine alte Intervention verzichtet? Die Intervention kann auch eine Verhaltensänderung des Klienten erforderlich machen. Aufklärung, Instruktionen, und Demonstrationen sind notwendig, damit der Klient eine Tätigkeit auf eine andere Art und Weise ausführen kann.

Balance

Es geht um die Kostenabwägung zwischen zwei effektiven Interventionen. Sind die finanziellen Möglichkeiten für eine Intervention gegeben? Ist es möglich abzuwarten, bis die erforderlichen Materialien verfügbar sind und die Schulung abgeschlossen wurde, sodass eine neue Intervention eingeführt werden kann? Wird die Intervention in der erforderlichen Frequenz und Dauer von der Krankenkasse, dem Auftraggeber oder der Kommune erstattet? Kann eine andere, billigere Intervention mit geringerer Frequenz oder kürzerer Dauer den gleichen Effekt erzielen? Wenn klar ist, welche Lösungen und/oder Interventionen angewandt werden sollen, kann der Aktionsplan umgesetzt werden (► Tab. 24.1).

Tab. 24.1 Überlegungen bei der Erstellung eines Aktionsplans.

Teilbereiche des Aktionsplans	Einzelheiten
Betätigung	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung des Betätigten • Wiedererlernen des Betätigten • effektiveres Betätigen • sichereres Betätigen • Erhalt des Betätigten • Umgang mit dem Verlust des Betätigten. • Analyse von Betätigungen und Aktivitäten
Klient	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatz dem Lernstil anpassen: Instruktion, Selbstprüfung, Reflexion, Training • Kapazitäten (Erholung, Anpassungsfähigkeit, Veränderung, Problemlösungsdenken) • Motivation, Bereitschaft
Kontext	<ul style="list-style-type: none"> • physischer Betätigungskontext (Abteilung für Ergotherapie, zu Hause, Schule, Arbeit, Nachbarschaft, Natur usw.) • sozialer Kontext (Einzelperson, Gruppe, Population, Partner, Angehörigenpfleger oder Kollegen anwesend?) • Uhrzeit (Tageszeit, Woche, Monat, Jahr) und Häufigkeit • virtuell (Simulation, Online-Selbsthilfe, Tele-Ergotherapie)
Materialien	Werkzeuge, Apparate, (angepasste) Möbel, Zutaten, Materialien, Transportmittel, audiovisuelle Unterstützung, Computertechnik, Haushaltsroboter, Spielmaterialien, Hilfsmittel; alle Materialien, die das Betätigen ermöglichen
Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Klient (Person und ihr System, Organisation, Population) • interprofessionell • Auftraggeber, Betriebe • Einrichtungen, Gemeinden, Behörden usw.
theoretischer Rahmen	Biodynamik, Neurorehabilitation, Ergonomie, Entwicklungspsychologie, neurolinguistisches Programmieren, kognitive Verhaltenstherapie, Erfahrungstheorien, motorisches Lernen, Glückstheorien, Erzähltheorie usw.
therapeutische Haltung	therapeutischer Einsatz seiner selbst (use of self), empathisch, (nicht-)direktiv, unterstützend, coachend, konfrontativ, menschlich, spiegelnd usw.

24.6 Umsetzen des Aktionsplans

Je nachdem, in welchem Umfeld der Ergotherapeut arbeitet, kann diese Phase auch als „Behandlung“, „Beratung“ oder „Information“ bezeichnet werden. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass im Kontext des Klienten (Person und System, Organisation oder Population) sinnvolle Aktionen durchgeführt werden, um die angestrebten Ergebnisse und Ziele zu erreichen. Der Ergotherapeut unterstützt dies durch Coaching, Training, Schulung, Instruktion, physische Begleitung und/oder Beratung. Dies kann einzeln oder in einer Gruppe geschehen. Bei der Umsetzung des Aktionsplans arbeitet der Ergotherapeut mit allen Beteiligten zusammen und setzt sich bei Bedarf für das Betätigen und die Partizipation des Klienten ein. Eventuell sollte der Aktionsplan angepasst und neu definiert werden.

Die Berufskompetenzen „Behandlung und Begleitung“, die „Beratung Dritter“ und „Zusammenarbeit“ spielen in dieser Phase eine Rolle (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Die vierte Phase im Ergotherapieprozess kennt nur einen Schritt:

- Ausführung des Aktionsplans.

24.6.1 Ausführung des Aktionsplans

Während der Umsetzung des Aktionsplans führen der Klient und der Ergotherapeut die im Voraus festgelegten Interventionen durch. Beide reflektieren bzw. überwachen die Reaktionen des Klienten auf spezifische Interventionen, indem sie die Fortschritte in Richtung der gesetzten Ziele kontinuierlich evaluieren (AOTA 2014).

Die Interventionen zielen darauf ab, Aktionen zu entwickeln, sich wieder zu betätigen, sich effektiver zu betätigen, sich effizienter zu betätigen, sich sicherer zu betätigen, sich kompensatorisch zu betätigen, das Betätigen zu erhalten und den Umgang mit einem Verlust des Betätigens zu erlernen. Die Klienten können Erfahrungen sammeln und neue Betätigungsmuster ausprobieren. Die Veränderung von Betätigungsmustern erfordert eine sorgfältige Unterstützung durch erfahrungsbasiertes Lernen, Information, Unterweisung, Ausbildung, Training und Coaching. Der Klient und der Ergotherapeut berücksichtigen dabei die Belastung und Belastbarkeit des Klienten selbst.

Innerhalb einer Organisation geht es oft um Veränderungsprozesse in komplexen sozialen Systemen. Wie lange die Umsetzung einer Veränderung dauert, ist schwer vorherzusagen; Merkmale wie Organisationsstruktur, Kultur und Geschichte beeinflussen das Tempo, mit dem der Aktionsplan umgesetzt werden kann (Haertlein Sells 2015).

Diese Umsetzung erfordert kontinuierliche zwischenzeitliche Evaluationen der angewandten Strategien und Theorien, um zu ermitteln, ob sie zur Erreichung der gesetzten Ziele beitragen. Diese Evaluierung hilft bei der

Anpassung der Ziele oder dabei, den Aktionsplan zu überarbeiten, um das angestrebte Ziel auf eine andere Weise zu erreichen (Hartingsveldt et al. 2010). Dies geschieht im ständigen Dialog zwischen Klient und Ergotherapeut, in Absprache mit anderen, bei der Nutzung von Ressourcen und dergleichen.

Obwohl Ergotherapeuten eine optimale Beratung anstreben, scheint in der Praxis oft ein Spannungsverhältnis zwischen dem, was der Ergotherapeut für möglich (sicher) hält – dem Idealbild – und der vom Klienten erlebten Realität des Alltags zu existieren. Manchmal ist eine solche Kluft während des professionellen Reasonings und der Beratung unvermeidlich. Aber es ist wichtig, dass das gegenseitige Vertrauen ausreicht und auch der Raum dafür vorhanden ist, ein solches Dilemma zu besprechen, zu verstehen und in eine andere Strategie oder einen anderen Ansatz zu überführen (closing the gap; Whiteford u. Wright-St Clair 2005).

Memo

An: Alle neuen Mitarbeiter und Lehrlinge aus dem Bereich Bau seit dem 1.1.2016
 Von: Klaus Pütz (Personalabteilung)
 Datum: 3.6.2016
 Betreff: Treffen zum Thema Rückenschmerzen auf der Baustelle

Einladung

Mittlerweile kennen alle Mitarbeiter der Giem-Bau die beste Arbeitshaltung und das intelligente Heben und sind im Umgang mit Baumaschinen geschult. Seitdem ist die Fehlzeitenquote deutlich geringer! Der Ergotherapeut Tim Wilms wird dieses Training für alle neuen Mitarbeiter wiederholen. Ebenfalls sind alle Lehrlinge eingeladen. Während des Treffens wird ein Film gezeigt, der die realistischen Folgen einer dauerhaften ungesteuerten Belastung des Rückens aufzeigt. Über ein Quiz, Filme und Übungen werden Sie über die richtige Arbeitshaltung, das intelligente Heben und die Verwendung der Arbeitsgeräte aufgeklärt.

Das Treffen findet am 21.6.2016 von 15:00–16:30 Uhr in der Kantine am Standort Nord statt. Die Teilnahme ist verpflichtend.

Während der Intervention stehen das Betätigen und die Geschichte des Klienten im Mittelpunkt und der Klient und der Ergotherapeut bleiben beide für die therapeutische Beziehung verantwortlich. Der Ergotherapeut achtet auf Veränderungen im Prozess: Rückfall im Heilungsprozess, einsetzende Medikamentenwirkungen, Veränderung im sozialen Netzwerk, gesetzliche Änderungen ...

Falls erforderlich, wird der Ergotherapeut in Absprache mit dem Klienten zusätzliche Daten sammeln oder neue Erkenntnisse nutzen, um eine andere Intervention vor-

24.6 Umsetzen des Aktionsplans

Je nachdem, in welchem Umfeld der Ergotherapeut arbeitet, kann diese Phase auch als „Behandlung“, „Beratung“ oder „Information“ bezeichnet werden. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass im Kontext des Klienten (Person und System, Organisation oder Population) sinnvolle Aktionen durchgeführt werden, um die angestrebten Ergebnisse und Ziele zu erreichen. Der Ergotherapeut unterstützt dies durch Coaching, Training, Schulung, Instruktion, physische Begleitung und/oder Beratung. Dies kann einzeln oder in einer Gruppe geschehen. Bei der Umsetzung des Aktionsplans arbeitet der Ergotherapeut mit allen Beteiligten zusammen und setzt sich bei Bedarf für das Betätigen und die Partizipation des Klienten ein. Eventuell sollte der Aktionsplan angepasst und neu definiert werden.

Die Berufskompetenzen „Behandlung und Begleitung“, die „Beratung Dritter“ und „Zusammenarbeit“ spielen in dieser Phase eine Rolle (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Die vierte Phase im Ergotherapieprozess kennt nur einen Schritt:

- Ausführung des Aktionsplans.

24.6.1 Ausführung des Aktionsplans

Während der Umsetzung des Aktionsplans führen der Klient und der Ergotherapeut die im Voraus festgelegten Interventionen durch. Beide reflektieren bzw. überwachen die Reaktionen des Klienten auf spezifische Interventionen, indem sie die Fortschritte in Richtung der gesetzten Ziele kontinuierlich evaluieren (AOTA 2014).

Die Interventionen zielen darauf ab, Aktionen zu entwickeln, sich wieder zu betätigen, sich effektiver zu betätigen, sich effizienter zu betätigen, sich sicherer zu betätigen, sich kompensatorisch zu betätigen, das Betätigen zu erhalten und den Umgang mit einem Verlust des Betätigens zu erlernen. Die Klienten können Erfahrungen sammeln und neue Betätigungsmuster ausprobieren. Die Veränderung von Betätigungsmustern erfordert eine sorgfältige Unterstützung durch erfahrungsbasiertes Lernen, Information, Unterweisung, Ausbildung, Training und Coaching. Der Klient und der Ergotherapeut berücksichtigen dabei die Belastung und Belastbarkeit des Klienten selbst.

Innerhalb einer Organisation geht es oft um Veränderungsprozesse in komplexen sozialen Systemen. Wie lange die Umsetzung einer Veränderung dauert, ist schwer vorherzusagen; Merkmale wie Organisationsstruktur, Kultur und Geschichte beeinflussen das Tempo, mit dem der Aktionsplan umgesetzt werden kann (Haertlein Sells 2015).

Diese Umsetzung erfordert kontinuierliche zwischenzeitliche Evaluationen der angewandten Strategien und Theorien, um zu ermitteln, ob sie zur Erreichung der gesetzten Ziele beitragen. Diese Evaluierung hilft bei der

Anpassung der Ziele oder dabei, den Aktionsplan zu überarbeiten, um das angestrebte Ziel auf eine andere Weise zu erreichen (Hartingsveldt et al. 2010). Dies geschieht im ständigen Dialog zwischen Klient und Ergotherapeut, in Absprache mit anderen, bei der Nutzung von Ressourcen und dergleichen.

Obwohl Ergotherapeuten eine optimale Beratung anstreben, scheint in der Praxis oft ein Spannungsverhältnis zwischen dem, was der Ergotherapeut für möglich (sicher) hält – dem Idealbild – und der vom Klienten erlebten Realität des Alltags zu existieren. Manchmal ist eine solche Kluft während des professionellen Reasonings und der Beratung unvermeidlich. Aber es ist wichtig, dass das gegenseitige Vertrauen ausreicht und auch der Raum dafür vorhanden ist, ein solches Dilemma zu besprechen, zu verstehen und in eine andere Strategie oder einen anderen Ansatz zu überführen (closing the gap; Whiteford u. Wright-St Clair 2005).

Memo

An: Alle neuen Mitarbeiter und Lehrlinge aus dem Bereich Bau seit dem 1.1.2016
 Von: Klaus Pütz (Personalabteilung)
 Datum: 3.6.2016
 Betreff: Treffen zum Thema Rückenschmerzen auf der Baustelle

Einladung

Mittlerweile kennen alle Mitarbeiter der Giem-Bau die beste Arbeitshaltung und das intelligente Heben und sind im Umgang mit Baumaschinen geschult. Seitdem ist die Fehlzeitenquote deutlich geringer! Der Ergotherapeut Tim Wilms wird dieses Training für alle neuen Mitarbeiter wiederholen. Ebenfalls sind alle Lehrlinge eingeladen. Während des Treffens wird ein Film gezeigt, der die realistischen Folgen einer dauerhaften ungesteuerten Belastung des Rückens aufzeigt. Über ein Quiz, Filme und Übungen werden Sie über die richtige Arbeitshaltung, das intelligente Heben und die Verwendung der Arbeitsgeräte aufgeklärt.

Das Treffen findet am 21.6.2016 von 15:00–16:30 Uhr in der Kantine am Standort Nord statt. Die Teilnahme ist verpflichtend.

Während der Intervention stehen das Betätigen und die Geschichte des Klienten im Mittelpunkt und der Klient und der Ergotherapeut bleiben beide für die therapeutische Beziehung verantwortlich. Der Ergotherapeut achtet auf Veränderungen im Prozess: Rückfall im Heilungsprozess, einsetzende Medikamentenwirkungen, Veränderung im sozialen Netzwerk, gesetzliche Änderungen ...

Falls erforderlich, wird der Ergotherapeut in Absprache mit dem Klienten zusätzliche Daten sammeln oder neue Erkenntnisse nutzen, um eine andere Intervention vor-

zuschlagen. Dies erfordert eine reflektierende Haltung und eine Zwischenevaluation. Veränderungen werden im professionellen Reasoning und in der gemeinsamen Entscheidungsfindung berücksichtigt. Eine Rückkehr zu früheren Phasen des Prozesses wird als zyklischer Prozess bezeichnet; ein Teil des methodischen Handelns wird wiederholt.

Die systematische Dokumentation des Verlaufes oder auch eines Stillstandes in den Evaluationen während der Ergotherapie zeigt dem Klienten ggf., dass die Suche nach einer anderen Intervention erforderlich ist. Auf diese Weise versteht der Klient besser, dass z. B. ein Wechsel von der reinen Ausrichtung auf die Wiederherstellung hin zu mehr adaptiven oder kompensatorischen Strategien stattgefunden hat (Tickle-Degnen 2002).

Bei der Umsetzung des Aktionsplans wird dem Wunsch Rechnung getragen, dass das vom Klienten erreichte Ziel konsistent, wiederholbar und generalisierbar (verallgemeinerbar) ist. Es reicht nicht aus, nur eine einzige Mahlzeit zuzubereiten; beim nächsten Mal sollte es genauso gut gehen (wiederholbar). Ein Ziel ist konsistent, wenn der Klient mit den gleichen Fertigkeiten verschiedene Mahlzeiten zubereiten kann. Eine Generalisierung liegt vor, wenn der Klient nicht nur in der angepassten Küche der Ergotherapieabteilung, sondern auch zu Hause und im Wohnwagen kochen kann.

Der Ergotherapeut berücksichtigt, dass mit fortschreitender Therapie die Chance besteht, dass der Klient nicht nur Erfolg, sondern auch Frustration, Enttäuschung, Wut oder Trauer erlebt. Dies kann das Arbeitsverhältnis belasten. Eine offene, ehrliche Haltung mit einem hohen Maß an Vertrauen macht die Arbeit mit diesen Gefühlen viel konstruktiver. Positivismus, Optimismus, Einfühlungsvermögen und aufrichtige Versuche, die Abwärtsspirale zu durchbrechen, sind ein nicht offensichtlicher, aber wirksamer Weg, um eine schwächere Phase für den Klienten erträglich zu machen und neuen Mut zu fassen.

Während der Durchführung des Aktionsplans erlernt der Klient (falls nötig und wenn möglich) Fähigkeiten, mit denen er zukünftige neue Betätigungsfragen selbst und auch ohne ein Eingreifen des Ergotherapeuten lösen kann.

24.7 Evaluation und Nachsorge

In dieser Phase bewerten der Klient (Person und ihr System, Organisation oder Population) und der Ergotherapeut, inwieweit die Ziele erreicht wurden: das Ergebnis der Intervention und die Zufriedenheit mit dem Ergebnis. Sie bewerten auch die Zusammenarbeit und den Weg bis zum Ergebnis. Die Evaluation kann zur Beendigung der Ergotherapie oder zu einem überarbeiteten Vorgehen und zu Verabredungen hinsichtlich der Nachsorge führen.

Eine ergotherapeutische Intervention ist ein Produkt. Die Dokumentation der zwischenzeitlichen Evaluationen kann zur Verbesserung des Produktes beitragen. Wenn Professionals dies systematisch und zielgerichtet betreiben, werden sich dadurch die Qualität und die Effektivität der Ergotherapie erhöhen.

Die Berufskompetenzen „Behandlung und Begleitung“, „Beratung Dritter“, „Zusammenarbeit“ und „Qualitätssicherung“ sind in dieser Phase gefragt. Evaluationen verbessern die Berufskompetenzen „Innovation“ und „Lernen und Entwicklung“ (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Die Phase „Evaluation und Nachsorge“ teilt sich in zwei Abschnitte:

- Evaluation von Ergebnis und Prozess
- Nachsorge.

24.7.1 Evaluation von Ergebnis und Prozess

In diesem Schritt evaluieren der Klient und der Ergotherapeut gemeinsam die Wirkung der ergotherapeutischen Intervention. Das aktuelle Betätigen des Klienten wird mit den Zielen des Aktionsplans verglichen. Dabei wird erkennbar, wie effektiv die Ergotherapie war und/oder ob die gewünschten Ergebnisse erreicht werden konnten. Haben sich die gewählten Interventionen und Vorgehensweisen als wirksam erwiesen und waren die gewählte Frequenz und die Dauer der Behandlungen ausreichend?

Um das Ergebnis der Intervention beurteilen zu können, ist es wichtig, an die Art und Weise anzuknüpfen, in der die Erhebung und Analyse der Betätigungsfrage Form angenommen hat. Viele Messgeräte haben einen Test- und Retest-Aufbau, sodass eine valide und reliable Effektmessung möglich ist. Ein empfindliches Messinstrument erfüllt diese Voraussetzungen und misst die Veränderungen im zeitlichen Verlauf.

Während der Evaluation reflektieren Klient und Ergotherapeut auch über den gemeinsam zu Ende geführten Prozess. Wie ist die Zusammenarbeit mit den beteiligten Personen und den Interessenvertretern verlaufen und waren sie in ausreichendem Maße in den Prozess eingebunden?

Die Ergebnisse und auch die schlechter verlaufenden Punkte werden protokolliert. Wenn die Ziele nicht (vollständig) erreicht wurden, kann die gemeinsame Evaluation wichtige Informationen für weitere Maßnahmen liefern.

Tab. 24.2 Ergotherapieprotokoll im Jahresbericht des Altenpflegeheims Onze Zorg.

Ausgangswerte, Evaluationsergebnisse und Nachmessung durch De Braam	Januar 2015	Juni 2015	Januar 2016
Einsatz des Hebeprotokolls	32 %	58 %	56 %
Einsatz des Transferprotokolls	23 %	42 %	49 %
Einsatz des Personenliftformulars	12 %	100 %	98 %

Die Ergebnisse sind das Resultat oder Endprodukt der gesetzten Ziele, an denen gearbeitet wurde: Der Klient führt eine bedeutungsvolle Tätigkeit selbstständig aus oder fühlt sich kompetenter in seinem Betätigen, ist stärker in eine gemeinsame Tätigkeit eingebunden. Der Klient partizipiert konkret und zufriedenstellend an einer sozialen Rolle und äußert auch, dass sich seine Lebensqualität verbessert hat.

Beispielsweise erlaubt die Performance Quality Rating Scale (PQRS) dem Klienten, das Ausmaß der Veränderung nach seinem Empfinden anzugeben. Auch der Beitrag zur Steigerung der Zufriedenheit kann dokumentiert werden. Dies kann unter anderem durch den Einsatz von COPM oder IPA geschehen. Mit diesen Messinstrumenten können der Klient und der Ergotherapeut die Zufriedenheit des Klienten (oder ihre Zunahme) mit der Durchführung von Aktivitäten oder seinem rollenbezogenen Betätigen während eines Re-Tests messen.

Innerhalb einer Organisation kann die Umsetzung von (Beratungs-)Ergebnissen evaluiert werden: eine Indikationsempfehlung, eine Arbeitsvorlage, ein Informationsprogramm oder eine Anleitung.

In der Population kann evaluiert werden, ob der Aktionsplan zu einer Verbesserung und einer vermehrten Teilhabe (produkt- und prozessorientiert, „product-led and process-led“) geführt hat. Führte die Umsetzung des Plans zu einer selbstgenerierten Entwicklung (self-generated development) und zu einer Stärkung der Fertigkeiten (capacity development) und gab es eine ausreichende Zusammenarbeit mit den Partnern (Fransen 2011)?

Frau Mertens ruft ihren Mann auf dem Handy an

„Gute Neuigkeiten, Volker! Die Ergotherapeutin hat wieder ein solches Beobachtungsvideo gemacht, und sie stellte fest, dass Jana ihren Arm immer öfter spontan ausstreckt. Das ist das, was auch wir gedacht hatten. Ich habe die Liste wieder bearbeitet; du weißt schon: Ich musste in Zahlen ausdrücken, wie zufrieden wir damit sind, wie Jana sich jetzt wäscht, anzieht und wie sie ihre Schultasche packt. Es war doch gut, dass wir sie in dieser Piratengruppe haben mitmachen lassen! Und Jana gefällt es dort so gut, und das ist doch auch sehr wichtig, meinst du nicht?“

Bei der Evaluation können verschiedene Situationen zur Sprache kommen:

- Die gesteckten Ziele sind erreicht und der Klient hat keine neuen Fragen, sodass der ergotherapeutische Prozess und die therapeutische Beziehung beendet werden können. Die Bewertung wird in einem Abschlussbericht an den Überwaiser, Auftraggeber oder Finanzier sowie an Kooperationspartner (wie Eltern oder informelle Betreuer, Lehrer) und andere Professionals festgehalten.
- Die gesteckten Ziele wurden erreicht, aber der Klient hat neue Betätigungsfragen, die er gerne beantwortet sehen möchte. Der ergotherapeutische Prozess wird erweitert. Der Klient und der Ergotherapeut formulieren die neue Betätigungsfrage und erarbeiten neue Ziele sowie einen neuen Aktionsplan.
- Die gesteckten Ziele wurden nicht erreicht und Klient und Ergotherapeut sind sich darin einig, dass sie den ergotherapeutischen Prozess fortsetzen wollen. Die Ziele werden aber jetzt kritisch hinterfragt und wenn nötig angepasst. Ein neuer Aktionsplan wird erstellt. Der Klient und der Ergotherapeut können auch beschließen, den ergotherapeutischen Prozess und die therapeutische Beziehung zu beenden. Es ist wichtig, dass der Ergotherapeut den Klienten bei Bedarf an einen anderen Professional verweist und/oder ihn über andere Hilfsangebote unterrichtet (Hartingsveldt et al. 2008).
- Die gesteckten Ziele sind (noch) nicht erreicht, aber der Klient bleibt aufgrund der Umstände beim derzeitigen Ergotherapeuten, möchte aber den Prozess mit einem anderen Ergotherapeuten aus einer anderen Einrichtung oder mit einem niedergelassenen Ergotherapeuten fortsetzen. Die Evaluation wird in einem Übergabebericht an einen ergotherapeutischen Kollegen festgehalten (z. B. im Rahmen der integrierten Versorgung oder in einem Versorgungsprogramm).

Nach der Evaluationsphase geht es mit einer neuen oder einer angepassten Fragestellung weiter oder die Ergotherapie endet.

Die Messung der Klientenzufriedenheit ist wichtig: Ist der Klient mit dem Ergebnis zufrieden, konnte eine Lösung für die Betätigungsfrage gefunden werden? Ist der Klient mit dem Ansatz des Ergotherapeuten und seinen Kenntnissen und Fähigkeiten zufrieden?

Um diese Zufriedenheit zu messen, hat der Berufsverband der Ergotherapeuten in den Niederlanden einen Fragebogen zum Thema entwickelt. Die (anonymisierten) Ergebnisse können für eine Klientenbefragung genutzt werden, die Aufschluss über die Qualität der Ergotherapie gibt. Diese Informationen ermöglichen es dem Ergotherapeuten auch, mit den Krankenkassen über die Qualität seiner ergotherapeutischen Praxis zu sprechen.

Patient Reported Outcome Measures (PROM) sind validierte, einfache Fragebögen für Klienten, die einen Einblick in die medizinische Wirksamkeit der Versorgung durch einen Leistungserbringer geben. Ein speziell für die Ergotherapie entwickeltes PROM (PRO-Ergo) befindet sich in der Entwicklung.

24.7.2 Nachsorge

Am Ende des ergotherapeutischen Prozesses informiert der Ergotherapeut den Klienten (Person und ihr System, Organisation oder Population) über die Möglichkeiten der Wiederaufnahme der Ergotherapie, wenn der Klient dies für notwendig hält. Auch eine Nachbereitung (telefonisch oder mit Terminvereinbarung) kann vereinbart werden.

Idealerweise sollte der Klient den ergotherapeutischen Prozess durchlaufen und die Ergotherapie beenden, sobald die Ziele erreicht sind. Es ist wichtig, dass sowohl der Klient als auch der Ergotherapeut den Prozess und die therapeutische Beziehung sorgsam beenden. Es gibt Klarheit darüber, was erreicht wurde und was nicht, und wie dieser Prozess verlaufen ist und/oder der Klient mit dem Endergebnis zufrieden ist. Im Allgemeinen fällt den Klienten nach der Rehabilitation die Beendigung der Ergotherapie schwer.

E-Mail

Von: Tine Klaus
Versandt: Sonntag, 9. Oktober 2011, 21:14
An: Martina Götze
Betreff: Nachsorge

Liebe Martina,
wie besprochen habe ich auf der Website nachgeschaut, welche Nachsorgemöglichkeiten es für mich gibt. Ich habe gesehen, dass am Nachmittag Kurse zur Vermittlung von Sozialkompetenz angeboten wurden. Ich denke, das ist eine gute Idee. Hältst du diese Schulungen ab? Inzwischen habe ich mich einer Selbsthilfegruppe auf Facebook angeschlossen. So helfen wir uns gegenseitig. Ich arbeite gerne in Teilzeit. Ich merke allerdings, dass

mir das Alleinsein an den Wochenenden noch schwer fällt, und ich befürchte, in mein altes Muster zurückzufallen. Dein Vorschlag, alle zwei Wochen mal miteinander zu sprechen, erscheint mir bei genauerer Betrachtung sinnvoll. Wir könnten dann über mein Wochenende sprechen und das nächste vorbereiten. In der Zwischenzeit habe ich mein Tagebuch über meine Freizeitaktivitäten weitergeführt.

Kann ich Dich für eine Terminabsprache mal anrufen?
Viele Grüße, Tine

Vereinbarungen über die Nachsorge und ein Follow-up sind in den folgenden Fällen wichtig:

- Der Klient beendet die Therapie frühzeitig und hat den Aktionsplan erst zur Hälfte durchlaufen. Das mag vielerlei Gründe haben, aber Verständnis und Respekt stärken hier das Vertrauensverhältnis. Wenn der Klient über Nachsorgemöglichkeiten informiert und damit einverstanden ist, wird er eher wieder die Initiative ergreifen und die Ergotherapie erneut aufnehmen.
- Der Klient ist mit der Ergotherapie fertig, möchte aber weiterhin für laufende Anwendungsverfahren, Arbeitsplatz- oder wohnliche Anpassungen, Mobilitätshilfen und dergleichen auf die Ergotherapie zurückgreifen können.
- Der Klient hat die Ergotherapie abgeschlossen, möchte aber bei neu auftretenden Betätigungsfragen die Ergotherapie wieder in Anspruch nehmen können.
- Der Klient vertraut auf sein eigenes Versorgungssystem (Angehörigenpflege), aber der Ergotherapeut zweifelt an dessen Tragfähigkeit. Es ist davon auszugehen, dass die Belastung durch die Versorgung mit zunehmender Dauer eher zu- und nicht abnimmt, wohingegen die Fähigkeit des Angehörigenpflegers zur Versorgung abnehmen kann, wenn dieser seine Reserven verbraucht hat.
- Der Klient hat Vertrauen in die gewählte Lösung, aber der Ergotherapeut bezweifelt, dass sie langfristig adäquat ist.

Nachsorge ist Vorsorge: Über die Evidenzen kann der Ergotherapeut angeben, ob der Klient zu einer der Risikogruppen zählt. Die Nachsorge kann sich auf folgende Bereiche konzentrieren: Prävention psychosozialer Probleme, Vorbeugung von Schwierigkeiten bei der beruflichen Wiedereingliederung, Vorbeugung von Rückfällen in alte Verhaltensmuster, Gesundheitsförderung usw.

Der Ergotherapeut kann mit dem Klienten individuelle Vereinbarungen über die Nachsorge treffen. Viele Rehabilitations- oder Krankenhausteams und Teams der integrierten Versorgung haben ein organisiertes Nachsorgeprogramm, in dem Ergotherapeuten eine Aufgabe haben oder in dem andere Professionals Indikationen zur Ergotherapie erkennen. Dies kann intern oder über ambulante Teams geschehen.

Umgekehrt ist es für den Ergotherapeuten wertvoll, zu sehen, wie die Klienten langfristig partizipieren und sich betätigen. Durch die Generalisierung der gewonnenen Erkenntnisse können andere Klienten noch besser auf die Entlassung aus der Ergotherapie vorbereitet und dabei begleitet werden (Heugten u. Moennekens 2002).

24.8 Diskussion

Am günstigsten ist es, wenn der Klient auch Akteur ist. Der Staat erwartet zunehmend mehr aktiven Bürgersinn, Selbstmanagement und Eigenverantwortung. Obwohl Ergotherapeuten (auch) danach streben, müssen sie sich mit Regelungen auseinandersetzen, die dem nicht immer gerecht werden. Benötigt in den Niederlanden ein Klient, der unter das Langzeitpflegegesetz (WLZ) fällt, einen Rollstuhl, kann er diesen nicht selbst beantragen, sondern ist auf den Ergotherapeuten angewiesen, der dazu berechtigt ist, den Antrag zu stellen und einzureichen (in Deutschland kann z.B. eine Rollstuhlverordnung/-bewilligung auf verschiedenen Weisen vonstatten gehen). Der Klient kann eine aktive Rolle beim Bericht an die WMO-Behörden spielen. Im Gespräch mit dem WMO-Berater steht er im Mittelpunkt und wird zu eigenen Initiativen und Lösungen ermuntert. Dennoch fühlt sich manch ein Klient hinterher ohnmächtig und wartet auf die amtlichen Entscheidungen darüber, welche mutmaßlich adäquate Versorgung ihm zugesichert wird.

Ist es das Ziel, dass der Klient als „normaler Mensch“ in die Gesellschaft aufgenommen wird? Natürlich besteht die Neigung, diese Frage zu bejahen. Dann ist es aber wichtig, die ethische Frage zu stellen, ob dies für den Klienten auch von Vorteil ist. Manchmal kann das Streben nach „möglichst normal“ zum Verlust von Leistungen oder den Anspruch auf Sondertransporte usw. führen. Der Ergotherapeut sollte also stets einen guten Überblick über die Folgen bestimmter Endziele haben und diese mit dem Klienten besprechen.

Im Idealfall ist die Intention des Klienten während des ersten Gesprächs positiv. Die Initiative kann jedoch auf den Arbeitgeber oder Versicherer zurückgehen oder auch auf den sozialen Druck durch den Angehörigenpfleger oder die Familie. Es gibt auch gesetzliche Regelungen zur Zwangseinweisung von Personen in psychiatrische Einrichtungen. Die genaue Ausgestaltung dieser Gesetze ist jedoch Sache der Bundesländer (PsychKG oder Unterbringungsgesetz). Es ist daher möglich, dass der Klient nicht freiwillig an einem Therapieangebot teilnimmt. Voraussetzung dafür ist, dass der Ergotherapeut die Wichtigkeit der gestellten Frage erkennt und erwartet, dass der Klient offen ist, seine Motivation und seine Sicht auf die Betätigungsfrage zu diskutieren.

Auch Klienten mit einer fatalistischen oder abhängigen Einstellung benötigen ein Coaching, bevor sie den nächsten Schritt im ergotherapeutischen Prozess machen. Das Motivationsgespräch (motivational interviewing) gehört

zu den Möglichkeiten, die ein Ergotherapeut in solchen Situationen nutzen kann.

Ergotherapeuten geraten bei ihrer Arbeit regelmäßig in Situationen, in denen sie aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz eine ergotherapeutische Beratung für eine Lösungsmöglichkeit halten. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass unaufgeforderte Beratungen selten erfolgreich sind, da sich niemand für ihre Umsetzung verantwortlich fühlt. Der Ergotherapeut wird daher zunächst den Kontakt und die Zusammenarbeit mit den vorgesehenen Beratern suchen, um dadurch Unterstützung zu bekommen und die Beratung akzeptabel und umsetzbar zu gestalten (Veld et al. 2016).

Ergotherapeuten treffen auch auf Klienten, die sich aufgrund ihrer eingeschränkten kommunikativen, kognitiven und/oder psychosozialen Funktionen ihrer Präferenzen, Wünsche und Erwartungen kaum oder gar nicht bewusst sind oder nicht dazu in der Lage sind, diese auszudrücken. Es gibt auch Situationen, in denen der Klient keine Informationen über die Intervention(en) aufnehmen, keine Wahl und auch keine Entscheidung treffen kann. Einerseits ist es dann Aufgabe des Ergotherapeuten, Informationen von Personen einzuholen, die dem Klienten nahestehen. Andererseits gelangt der Ergotherapeut durch Beobachtung und Interpretation der Körpersprache des Klienten an Informationen. Der Ergotherapeut trifft dann Entscheidungen, die immer im Interesse des Klienten sind.

Generell ist das Verhältnis zwischen Klient und Profession durch eine ungleiche Ausgangslage gekennzeichnet. Im Gegensatz zum Ergotherapeuten erfolgt für den Klienten das Eingehen einer therapeutischen Beziehung aus der Not heraus (Logister-Proost 2007). Der Klient ist darauf angewiesen, mit einer ihm fremden Person über Beeinträchtigungen und Herausforderungen, die Übergeben sozialer Rollen, die Abhängigkeit bei intimen Aktivitäten der Selbstversorgung, die finanziellen Sorgen aufgrund einer drohenden Behinderung usw. zu sprechen. Der Klient weiß oft nicht, was er von der Ergotherapie zu erwarten hat, und fühlt sich für mögliche Einschätzungen und daraus resultierende Interventionen unvorbereitet. Dies sollte dem Ergotherapeuten zu Beginn des Kontaktes mit dem Klienten bekannt sein (Logister-Proost 2007). Er strebt ein gleichberechtigtes Verhältnis an, in dem Solidarität und Autonomie im Vordergrund stehen (Pool 2003).

Bei den Treffen bringen Klient und Ergotherapeut ihre persönlichen Normen und Werte aus der eigenen Sozialisation, dem kulturellen Hintergrund, den Bezugsrahmen, der Lebensgeschichte und den Lebenserfahrungen mit ein. Der Klient kann eine andere Vorstellung von Gesundheit und Wohlbefinden haben als der Ergotherapeut. Es ist wichtig, dass der Ergotherapeut sich dies selbstreflektierend bewusst macht.

Der Ergotherapeut kann eigene Vorlieben entwickeln. Dadurch besteht das Risiko, dass Situationen, die dem Ergotherapeuten nicht gefallen, vermieden werden, wäh-

rend andere stets gewählt werden. So gibt es etwa in der sich schnell verändernden virtuellen Welt viele neue Möglichkeiten wie die Social Media, Seiten von Selbsthilfegruppen, Hausautomation, Haushaltsroboter, Apps usw. Ein Ergotherapeut, der solchen digitalen Innovationen ablehnend gegenübersteht, wird weder die positiven Möglichkeiten für den Klienten noch die Risiken sehen. Umgekehrt kann die Rückbesinnung auf „altmodische“ Hobbys für den Klienten eine adäquate Wahl sein (Obst einmachen, Briefmarken sammeln, Körbe flechten), während der Ergotherapeut dafür keinen Sinn hat. In der Konsequenz könnte der Klient hierdurch einen Nachteil erfahren, was in jedem Fall zu vermeiden ist (Boyt-Schell 2008).

Der gesamte ergotherapeutische Prozess zielt darauf ab, durch eine gezielte und wissenschaftlich fundierte Intervention Veränderungen herbeizuführen. Es ist wichtig, sich vor Augen zu halten, wer an diesem Veränderungsprozess beteiligt ist und was er für jeden Einzelnen von ihnen bewirken wird. Das setzt voraus, dass sich der Professional dieser Fragen bewusst ist (Aufmerksamkeit) und sich angesprochen fühlt (Verantwortung). Er muss wissen, wie man mit diesen Fragen umgeht (Kompetenz) und in der Antwort erkennen lassen, dass es um einen gemeinschaftlichen Prozess geht (Tronto, in Thijssen et al. 2006).

Aus der Sicht des Ergotherapeuten mag die Aufstellung eines Aktionsplans als adäquate Maßnahme gut dokumentiert und hinreichend begründet erscheinen. Bevor der Aktionsplan tatsächlich umgesetzt wird, durchläuft der Klient gemeinsam mit dem Ergotherapeuten einen Prozess. Der Prozess betrifft nicht nur den primären ergotherapeutischen Prozess, sondern kann auch eine Herausforderung in Form existenzieller Fragen bedeuten, wie etwa dass jeder Mensch zuvorderst Mensch ist (Grundlage jeder Form der Hilfeleistung; Thijssen et al. 2006).

Die wesentliche Frage innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses ist: Wann ist der Klient bereit? Ein Dilemma entsteht, wenn der Klient die Ergotherapie abbrechen will, während der Ergotherapeut noch weitere oder andere Möglichkeiten sieht. Umgekehrt gibt es Klienten, die eine Intervention fortsetzen möchten, während der Ergotherapeut dabei keinen angemessenen Fortschritt erkennt ...

Das Leitmotiv im professionellen Reasoning lautet: Sorgfältig methodisch vorgehen und gegebenenfalls einen Rückschritt im Prozess zulassen. Do no harm – Richte keinen Schaden an!

24.9 Zusammenfassung

Ein Ergotherapeut arbeitet methodisch mit einer Person (und ihrem System), einer Organisation oder einer Population zusammen. Das methodische Handeln eines Ergotherapeuten kann als gezieltes professionelles Handeln beschrieben werden, das bestimmten Schritten in einem zyklischen Prozess folgt. Methodisches Handeln ist systematisch, prozessorientiert, bewusst, zielgerichtet und dynamisch. Dieser Prozess der systematischen Entscheidungsfindung basiert auf einem ergotherapeutischen Bezugsrahmen. Das bedeutet, dass eine Betätigungsfrage, die einem Ergotherapeuten angetragen wird, zu klientenzentrierten (client-centered) Interventionen führt, welche sich auf das Betätigen (occupation based) in der Umwelt konzentrieren (context-based) und als wirksam erwiesen haben (evidence-based; Hartingsveldt et al. 2010). Dabei gehen Klient und Ergotherapeut eine therapeutische Beziehung ein, in welcher der Dialog zwischen beiden im Mittelpunkt steht, sodass sie gemeinsam die Fragen des Betätigens und der Partizipation besprechen, verstehen und lösen bzw. vermeiden. Um eine Betätigungsfrage zu erfassen, zu interpretieren und zu lösen, wägt der Ergotherapeut während des methodischen Handelns durch gemeinsame Entscheidungen bewusst zwischen den verschiedenen Möglichkeiten auf der Basis der Evidenzen, Bezugsrahmen und Erfahrungen ab (► Tab. 24.3).

Tab. 24.3 Methodisches Handeln.

		Eckpfeiler des methodischen Handelns	Ausgestaltung
betätigungsbasiert	theoretischer Rahmen	Kennenlernen <ul style="list-style-type: none">• Überweisung• Treffen• Bereitschaft	<ul style="list-style-type: none">• Treffen mit dem Klienten• Klientensystem, Zusammenarbeit• Informationen zur Ergotherapie• therapeutische Beziehung• Orientierungsmöglichkeiten und (mögliche) Beeinträchtigungen• Erwartungen• Bereitschaft, Einsicht• Aufgabendefinition• Prozessmodell auswählen
		Inventarisierung <ul style="list-style-type: none">• Frageninventarisierung• Priorisierung• Fragenanalyse• Bedarfsformulierung	<ul style="list-style-type: none">• Informationsquellen• Zusammenarbeiten• Möglichkeiten und Grenzen• Assessment• Kernanliegen des Klienten• in der Sprache des Klienten sprechen• analysieren, interpretieren• Priorisierung• Inhaltsmodell auswählen• Zusammenfassung
klientenzentriert		Zielsetzung und Aktionsplan <ul style="list-style-type: none">• Ziele formulieren• Aktionsplan erstellen	<ul style="list-style-type: none">• Endziel• langfristiges Ziel• kurzfristige Ziele• Kommunikation nach den RUMBA- oder SMART(IE)-Regeln, Klientensprache• Betätigungen• Kontext• Hilfsmittel• Bezugsrahmen• therapeutische Einstellung• Zusammenarbeit
kontextbasiert		Ausführung des Aktionsplans <ul style="list-style-type: none">• Implementierung des Interventionsplanes• Implementierung des Beratungsplanes	<ul style="list-style-type: none">• ausführen, evaluieren• erzielte Ergebnisse generalisieren, festigen• zusammenarbeiten• Reflexion
		evidenzbasiert	Evaluation <ul style="list-style-type: none">• Evaluation des Ergebnisses• Evaluation des Prozesses
			Nachsorge <ul style="list-style-type: none">• Generalisierung• Follow-up

24.10 Literatuur

- AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & process. 3. Aufl. Am J Occup Ther 2014;68(2), Supplement 1, S 1–48.
- Aubry T, Tsemberis S, Adair CE, Veldhuizen S et al. One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. Psychiatr Serv 2015;66(5):463–469.
- Bass JD. Kapitel 13 – Occupations of Populations. In: Christiansen CH, Baum CM, Bass JD (Hrsg.). Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being. 4. Aufl. SLACK Incorporated; 2015:185–197.
- Boyt-Schell BA. Professional reasoning in practice. In: Willard HS, Cohn ES et al. (Hrsg.). Willard & Spackman's occupational therapy. 9. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Carrier A, Levasseur M et al. Community occupational therapists' clinical reasoning: Identify tacit knowledge. Aust Occup Ther J 2010;57(6):356–365.
- Craik J, Davis J, Polatajko HJ. Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF), amplifying the context. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:229–246.
- Creek J. Occupational therapy defined as a complex intervention: a 5-year review. Br J Occup Ther 2009;2(3):105–115.
- Daniëls R, Verhoef J, Peters E. Klinisch redeneren. In: Kinébanian A, Granse M le. Grondslagen van de ergotherapie. 2. Aufl. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006:633–664.
- Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA): MIT Press; 1989.
- Doig E, Kuipers P, Prescott S, Cornwell P, Fleming J. Development of self-awareness after severe traumatic brain injury through participation in occupation based rehabilitation: Mixed-methods analysis of a case series. American Journal of Occupational Therapy 2014;68:578–588.
- Driessen M, Heijmans A. Adviseren aan derden. In: Kinébanian A, Granse M le. Grondslagen van de ergotherapie. 2. Aufl. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006:745–785.
- Edwards MA, Millard P, Praskac LA, Wisniewski PA. Occupational therapy and early intervention: A family-centred approach. Occup Ther Int 2003;10:239–252.
- Faber M, Harmsen M, Burg S van der, Weijden T van der. Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement. Een literatuuronderzoek naar de effectiviteit en naar voorwaarden voor succes. Nijmegen: UMC St. Radboud; 2013.
- Fearing VG. An occupational performance process model: fostering client and therapist alliances. Can J Occup Ther 1997;64(1):7–15.
- Fisher AG. Occupational therapy intervention process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation based interventions. Fort Collins (CO): Three Star Press; 2009.
- Fransen H. Crossroads and pathways in developing OT: The experience of Tunisia. Symposium 'Kaleidoscope of strategic moves in occupational therapy'. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2011.
- Haertlein Sells K. Kapitel 12 – Occupations of Organizations. In: Christiansen CH, Baum CM, Bass JD (Hrsg.). Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being. 4. Aufl. SLACK Incorporated; 2015:185–197.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Hartingsveldt MJ van, Piškur B, Stomph M. Het Canadian Practice Process Framework (CPPF): van procesmodel naar process framework. Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie 2008;1(2):11–6.
- Heugten C van, Moennekens M. Terugkomdagen voor CVA-revalidanten en hun partners. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; 2002.
- Hocking C. Implementing occupation based assessment. Am J Occup Ther 2001;55(4):463–469.
- Huber MAS, Kottner JA, Green L et al. How should we define health? BMJ 2011;343(4163):235–237.
- Iwama MK. The kawa model: Culturally relevant occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Kuiper C. Professioneel redeneren in de ergotherapie 20 jaar later. Tijd voor revitalisering van het hypothetisch-deductief denken? Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie 2011;4(1).
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. COPM, Canadian Occupational Performance Measure. 5. Aufl. CAOT Publications ACE; 2014.
- Logister-Proost I. Gezocht: effectieve ergotherapie: Cliëntgecentreerde evidence-based ergotherapie. Enschede: Ergowijis; 2007.
- Loon H van, Satink T. Probleeminventarisatie en -analyse van handelen en omgeving. In: Kinébanian A, Granse M le. Grondslagen van de ergotherapie. 2. Aufl. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006:687–715.
- Michon H, Weeghel J van. Rehabilitatie-onderzoek in Nederland: Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000–2007. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008. <http://www.kenniscentrumrehabilitatie.nl/onderzoek/>
- Missiuna C, Pollock N, Law M. Examination of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) with children with disabilities, their parents, and teachers. Am J Occup Ther 2006;60(2):204–214.
- Offringa M, Assendelft W, Scholten R. Inleiding in evidence-based medicine: Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie 2.0. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Pol M. Het verschil in perceptie van patiënt en mantelzorger over het functioneren van ouderen in ADL en IADL activiteiten na een acute opname in het ziekenhuis. Lezing tijdens symposium Ergotherapie in praktijk-Maatschappelijk relevant, wetenschappelijk onderbouwd. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2010.
- Polatajko H, Cantin N, Amoroso B, McKee P, Rivard A, Kirsh B et al. Occupation based enablement: A practice mosaic. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation. 3. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013a:177–202.
- Polatajko H, Davis J, Cantin N, Dubouloz-Wilner CJ, Trentham B. Chapter 8, Occupation based practice: The essential elements. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation. 3. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013b:203–208.
- Pool A. Van beheersen naar begrijpen. Lezing jaarcongres NIZW. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn; 2003.
- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Applying the stages of change. Psychotherapy in Australia 2013;19:9–15.
- Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997;12(1):38–48.
- Public Health Agency of Canada, Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-psp/php3-eng.php>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Naar een meer vraaggerichte zorg. Den Haag; Mai 1998.
- Rollnick, Miller. What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1995;23:325–334.
- Satink T, Loon H van. Methodisch handelen. In: Kinébanian A, Granse M le. Grondslagen van de ergotherapie. 2. Aufl. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006:665–686.
- Schemm R. Occupation based and family-centred care: A challenge for current practice. Am J Occup Ther 2003;57:347–350.
- Thijssen M, Melick M, Désiron H. Behandelen, plan van aanpak en uitvoeren. In: Kinébanian A, Granse M le. Grondslagen van de ergotherapie. 2. Aufl. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006:717–744.
- Tickle-Degnen L. Client-centered practice, therapeutic relationship and the use of research evidence. Am J Occup Ther 2002;56:470–474.
- Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J et al. Chapter 4, Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation. 3. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:87–92.
- Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation. 3. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.

- Trombly C. Anticipating the future: Assessment of occupational function. *Am J Occup Ther* 1993;47:253–257.
- Veld A de, Lemette M, Heijman A. Adviseren door ergotherapeuten. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016.
- Verhoef J, Zalmstra A. Beroepscompetenties ergotherapie. 2. Aufl. Een toekomstgerichte beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut. Amsterdam: Boom Lemma; 2013.
- Weinstock-Zlotnick G, Hinojosa J. The issue is: Bottom-up or top-down evaluation: Is one better than the other? *Am J Occup Ther* 2004;58(5):594–598.
- Whiteford G, Wright-St Clair V. Occupation & practice in context. Sydney: Churchill Livingstone; 2005.
- Zalmstra A, Stomph M. Probleeminventarisatie en -analyse. In: Speth-Lemmens I, Tonneijk H. *Ergovaardig: Deel 1*. Den Haag: Lemma; 2012.
- Zanten N van, Kuiper C, Maas R. Directe Toegankelijkheid voor Ergotherapeuten, cursistenhandleiding 2010–2011. Rotterdam: Transfergroep Rotterdam; 2010.

25 Professionelles Reasoning

Ramon Daniëls, Joan Verhoef

„Aktives Reasoning als Basis für überlegtes Handeln“

Mattingly u. Fleming (1994)

Keywords

- professionelles Reasoning
- interpretativer Bezugsrahmen
- empirisch-analytischer Bezugsrahmen
- kritisch-emanzipatorischer Bezugsrahmen
- konditionales Reasoning
- interaktives Reasoning
- narratives Reasoning
- pragmatisches Reasoning
- prozedurales Reasoning
- ethisches Reasoning
- politisches Reasoning
- Entscheidungsfindung
- Klientenperspektive
- therapeutische Perspektive
- Evidenzperspektive
- Reflexion
- kritische Professionals

25.1 Einleitung

Es dürfte keine Überraschung sein – ein Ergotherapeut denkt nach, trifft Entscheidungen und verantwortet diese in der täglichen Praxis. Dieses „Nachdenken über“ und „Treffen und Verantworten von Entscheidungen“, um Betätigungen in der Praxis zu begleiten und zu evaluieren, bezeichnet man als professionelles Reasoning (Higgs u. Jones 2008).

Seit den 1980er-Jahren wird in der ergotherapeutischen Literatur der Begriff „klinisches Reasoning“ (clinical reasoning) verwendet. Zwischen 1982 und 2014 wurden 140 Artikel zu diesem Thema veröffentlicht (Unsworth u. Baker 2015). Dies zeigt, dass das klinische Reasoning ein wichtiges Thema in der Ergotherapie ist. Da dieser Begriff jedoch zu oft mit einem medizinischen Ansatz assoziiert wird, nutzt man heute auch den Begriff „professionelles Reasoning“ (Boyt-Schell u. Schell 2008). Die Definitionen zum professionellen Reasoning (Visser u. Beishuizen 2001, Heijmans u. Bernards 2001, Boyt-Schell 2003) betonen den Denkprozess des Ergotherapeuten in Bezug auf einen Klienten in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses:

- Inventarisierung der Betätigungsfrage, der Wünsche oder der Vorlieben des Klienten
- Zielsetzung und Aktionsplan
- Umsetzung des Aktionsplans
- Evaluation und Nachsorge.

In diesem Kapitel geht es um das Reasoning, um den Denkprozess in Bezug auf die Klienten und um die Formen des Reasonings, die das professionelle Denken und die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Betätigungsfragen der Klienten aus verschiedenen Perspektiven ausmachen.

Andere Formen des Reasonings, die sich auf andere Rollen oder Kompetenzen von Ergotherapeuten beziehen, wie z. B. strategisches Denken oder kollaboratives Denken („strategic reasoning“ oder „collaborative reasoning“; Cole u. Creek 2016), werden hier nicht berücksichtigt, da sie den Rahmen dieses Kapitels sprengen würden (Kap. 25.5).

Das professionelle Reasoning hat viel mit Selbstreflexion zu tun. Ein Ergotherapeut, der gut reflektieren kann, ist auch in der Lage, aus Situationen des Praxisalltags zu lernen. Dies geschieht dadurch, dass man sich von seinen eigenen Handlungen während der Situation (reflection in action) oder nach der Situation (reflection on action) distanziert und sich selbst fragt, was passiert ist und was die eigenen Gedankengänge und Überlegungen waren, die zu den Entscheidungen geführt haben (Groen 2008). Ein angehender Ergotherapeut, der seine Denkprozesse, Überlegungen und Handlungen reflektiert, ist eher in der Lage, sein Handeln anzupassen und zu begründen.

Dieses Kapitel möchte einen Einblick in das professionelle Reasoning und das Reflektieren vermitteln, wie es in der Ergotherapie üblich ist, und richtet sich damit an Ergotherapiestudierende, die das Reasoning einüben, an Lehrer, die Argumentationsprozesse lenken und begleiten, sowie an Ergotherapeuten, die Entscheidungen treffen, aber sich nicht immer all ihrer Beweggründe bewusst sind. Das Kapitel beginnt mit einer Beschreibung der verschiedenen Formen des professionellen Reasonings. Im Anschluss geht es um die Entscheidungsfindung sowie um die Entwicklung zu einem kritischen Vertreter des Berufes Ergotherapie.

25.2 Das Reasoning in der Ergotherapie

Das ergotherapeutische Reasoning betrifft viele verschiedene Aspekte, wie z. B. die Motivation und die Wünsche des Klienten, seine Möglichkeiten und Grenzen und den Einfluss der Umwelt (Mattingly u. Fleming 1994). Auch der organisatorische Kontext, in dem der Ergotherapeut agiert, gibt Anlass zu vielfältigen Überlegungen, wenn es z. B. darum geht, wie viel Zeit er für die Arbeit mit einem Klienten zur Verfügung hat. Der Ergotherapeut denkt auch über geeignete Theorien und Modelle nach und bezieht Evidenzen in seine Entscheidungsfindung mit ein.

Die persönlichen Überzeugungen des Ergotherapeuten fließen auch in das professionelle Reasoning mit ein (Chapparo u. Ranka 2000). Mehrere Autoren haben beschrieben, wie sich all diese Aspekte im professionellen Reasoning wiederfinden lassen. Dieses Kapitel befasst sich mit den Formen des professionellen Reasonings, die in der ergotherapeutischen Literatur üblich sind.

25.2.1 Ergotherapie und die Two-body-Practice

Die Studien von Mattingly und Fleming aus den frühen 1990er-Jahren stehen im Mittelpunkt der Literatur zum professionellen Reasoning in der Ergotherapie (Robertson 2012). Obwohl ihre Untersuchungen letztlich zu fünf Reasoning-Formen führten, bezeichnen sie die Ergotherapie explizit als „Two-body-Practice“. Ergotherapeuten stellen Überlegungen zum Klienten über (► Abb. 25.1)

- einen empirisch-analytischen Bezugsrahmen an, in dem der Körper als Maschine betrachtet wird, deren Teile nicht mehr funktionieren können, und
- einen interpretativen Bezugsrahmen, der den Menschen als Lebewesen mit ganz individueller Persönlichkeit sieht.

Für Creek und Lawson-Porter (2007) ist die Two-body-Practice in der Ergotherapie ein integrativer Ansatz, um die Auswirkungen einer Krankheit auf das Leben eines Menschen zu erfassen: einerseits die Perspektive auf die Krankheit (Folgen und Vorgehen) und andererseits die Perspektive darauf, wie die Krankheit das Leben des Klienten beeinflusst. Die Nutzung dieser beiden Perspektiven ist ein spezifisches Merkmal in der Ergotherapie. Obwohl diese Bezugsrahmen andere Reasoning-Formen der Argumentation erfordern, ist ein erfahrener Ergotherapeut in der Lage, sie zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Klienten zu kombinieren. Im Folgenden werden die empirisch-analytische und die interpretative Perspektive des Reasonings erläutert.

Empirisch-analytischer Bezugsrahmen

Das Reasoning innerhalb des empirisch-analytischen Bezugsrahmens ist das Nachdenken darüber, ob die Betätigungsfrage des Klienten und die Lösungen aus dem Blickwinkel einer Krankheit oder einer Störung betrachtet werden. Der empirisch-analytische Bezugsrahmen entstammt den Naturwissenschaften und zielt auf die Reduzierung von Schwierigkeiten, das Generieren von Hypothesen über die Ursachen und das Finden von Belegen, welche die Hypothesen stützen.

In diesem Zusammenhang ist auch vielfach von der hypothetisch-deduktiven Methode die Rede (Kuiper 2011, Engelbert u. Wittink 2010). Auch Ergotherapeuten argumentieren damit. Aber wie funktioniert das? Um die richtige ergotherapeutische Diagnose zu stellen, werden auf Grundlage spezifischer Merkmale (sog. „cues“) Hypothesen über die möglichen Ursachen der aufgetretenen Betätigungsfrage aufgestellt. Eine Hypothese ist die vorläufige Erklärung einer Ursache, ohne dass diese bereits bewiesen wäre. Die Hypothesen geben die Richtung für die Ausarbeitung der Bestandsaufnahme und Analyse der Betätigungsfrage sowie der vorgeschlagenen Intervention vor. Nach der Aufstellung der Hypothesen kommt es zum Prozess der Datenerhebung, in dem die Daten stets zu den Hypothesen in Beziehung gesetzt werden. Dabei werden einige Hypothesen bestätigt und andere widerlegt, d. h. die Hypothesen werden auf ihre Richtigkeit überprüft.

Erfahrene Professionals haben Bilder und Muster der relevanten Faktoren verschiedener Klientenbilder im Kopf (Roberts 1996). Solche über Erfahrungen und Forschungen erstellte Schemata oder Krankheitsskripte ermöglichen es dem erfahrenen Ergotherapeuten, in kurzer Zeit Hypothesen über die Ursachen der Betätigungsfragen aufzustellen. Bei einem empirisch-analytischen Reasoning beruht auch der Inhalt der Intervention, wie z. B. die Methodik und die Mittel, auf dem, was aus der Theorie oder der wissenschaftlichen Forschung über die Wirkungen der Intervention bekannt ist.

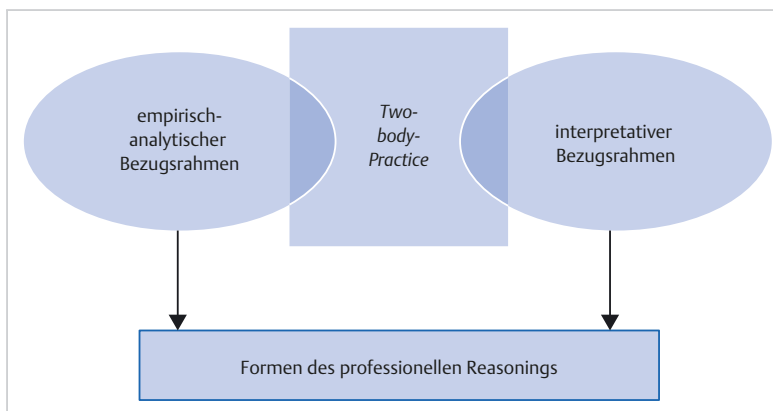


Abb. 25.1 Two-body-Practice (Creek u. Lawson-Porter 2007).

Vier Stadien der Frageninventarisierung und -analyse nach der hypothetisch-deduktiven Methode

Cue Acquisition (Stichwortsammlung)

Durch Beobachtung, die Geschichte des Klienten oder Untersuchungen werden Hinweise auf die Ursachen von Betätigungsfragen gesammelt. In der Regel werden diese Hinweise auf Basis von wenigen Informationen erstellt.

Frau Homburg wurde zur Ergotherapie überwiesen. Sie leidet unter kardialen Problemen und unter der Parkinson-Krankheit. Nach einem kurzen Vorstellungsgespräch führt die Ergotherapeutin das COPM durch und stellt fest, dass Frau Homburgs Hände zittern. Sie hat Schwierigkeiten, sich auf den Stuhl zu setzen und zeigt wenige Emotionen. „Es ärgert mich, so viel Zeit zum Anziehen zu benötigen“, sagt sie. Etwa zehn Minuten nach der Erläuterung des COPM fragt sie, warum dieses Gespräch überhaupt stattfindet. Während des Interviews bemerkt die Ergotherapeutin die kleinen Knöpfe an der Kleidung von Frau Homburg.

Hypothesenbildung

Die Ergotherapeutin wägt die Bedeutung der Stichworte oder Schlüsselbegriffe ab, verknüpft sie miteinander und stellt dann Hypothesen über die möglichen Ursachen des Problems auf. Die gesammelten Informationen enthalten eine Reihe von Stichworten, mit denen die Ergotherapeutin Hypothesen zur Betätigungsfrage des Ankleidens bilden kann. Sie stützt sich dabei auf ihr Wissen über die Parkinson-Krankheit und die Herzkrankheiten sowie auf die Erfahrungen mit anderen Klienten. Für Frau Homburg bedeutet das Ankleiden eine enorme Herausforderung, und die Ergotherapeutin möchte die Ursachen für die Schwierigkeiten beim Ankleiden ermitteln.

- Cue: zitternde Hände – Hypothese: Eine mögliche Erklärung ist, dass das Zittern den Klienten beim Ankleiden behindert, besonders bei Aktionen, die feinmotorische Funktionen erfordern.
- Cue: Kleidung – Hypothese: Eine mögliche Erklärung ist, dass Frau Homburgs Kleidung zu hohe Anforderungen an ihr feinmotorisches Funktionsniveau stellt.
- Cue: Schwierigkeiten, sich auf einen Stuhl zu setzen – Hypothese: Eine mögliche Erklärung ist, dass die Bewe-

gungssteife (Rigor) die Klientin daran hindert, sich anzukleiden.

- Cue: Herzprobleme – Hypothese: Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass ein Herzleiden zu (energetischen) Schwierigkeiten beim Ankleiden führt.
- Cue: Die Klientin fragt erneut nach dem Sinn des COPM – Hypothese: Eine mögliche Erklärung für die Schwierigkeiten beim Ankleiden ist, dass es kognitive Störungen im Zusammenhang mit einer Parkinson-Demenz gibt.

Cue Interpretation (Interpretation der Daten)

Die Ergotherapeutin sammelt weitere Informationen und lässt sich dabei von den gebildeten Hypothesen leiten. Die Informationen aus weiteren Beobachtungen, Gesprächen oder Tests werden einander gegenübergestellt und abgewogen. Die Ergotherapeutin hat in Absprache mit Frau Homburg beschlossen, das AMPS zur Untersuchung der motorischen und prozessbezogenen Fähigkeiten einzusetzen. Darüber hinaus werden während eines Gesprächs weitere Informationen über Umweltfaktoren eingeholt. Der Arzt wurde zu einer möglichen Demenz befragt.

Hypothesen-Evaluation

Die Hypothesen werden anhand der eingeholten Informationen überprüft, und es wird beurteilt, ob sie aufrechterhalten, angepasst oder abgelehnt werden. Aus der Beobachtung werden Schwierigkeiten bei motorischen und prozessbezogenen Fähigkeiten erkennbar. Es gibt einen Tremor bei willkürlichen Bewegungen und eine Bewegungssteife. Die Ergotherapeutin vermutet, dass auch kognitive Störungen eine Rolle spielen, und bittet um weitere Untersuchungen. Nach Angaben des Arztes gibt es Hinweise auf eine Parkinson-Demenz. Frau Homburg sagt, dass sie nur klassische Kleidungsstücke zu Hause habe und ihr die lässige moderne Kleidung nicht gefalle. Auf der Basis dieser neuen Informationen prüft die Ergotherapeutin nun, ob die früher aufgestellten Hypothesen aufrechterhalten werden können.

Interpretativer Bezugsrahmen

Die interpretative Perspektive besagt, dass die Lebensumwelt eines jeden Menschen einzigartig ist und zum Teil von den Erfahrungen und dem sozialen Kontext geprägt ist. Menschliches Handeln kann nur als Ganzes verstanden werden. Der aus den Humanwissenschaften abgeleitete interpretative Bezugsrahmen geht von der Komplexität des menschlichen Betätigens aus. Bei dieser Form des Reasonings werden die Geschichten der Menschen aufgezeichnet und interpretiert, um sie in ihrer ganzen Komplexität zu verstehen. Der Ergotherapeut klärt die

Bedeutung des Betätigens oder der Partizipation mit dem Klienten. Ergotherapeutische Instrumente, die hier zum Einsatz kommen können, sind das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) und das Occupational Performance History Interview (OPHI-II; Baaijen et al. 2008, Kielhofner et al. 2001 und 2004). Der Ergotherapeut hört dem Klienten zu und sucht intuitiv nach Themen, Metaphern oder Geschichten, mit denen die Perspektive des Klienten erfasst werden kann. Das Reasoning aus interpretativer Sicht ähnelt dem Vorgehen bei qualitativen Untersuchungen. Innerhalb dieses Ansatzes wird versucht,

die Bedeutung des täglichen und sozialen Handelns und die dabei auftretenden Beeinträchtigungen für die betroffene Person zu ermitteln, ohne Hypothesen dazu aufzustellen.

Ergotherapeutin und Klientin arbeiten gemeinsam die Bedeutung von Aktivitäten heraus

Die Ergotherapeutin besucht Frau Homburg zu Hause, um gemeinsam mit ihr zu klären, wer sie als (handelnde) Person ist. Frau Homburg berichtet mit Leidenschaft von ihrer früheren Tätigkeit als Möbeldesignerin und ihrem Hobby Blumenbinden. Die Ergotherapeutin stellt dazu weitere Nachfragen, um die Bedeutung dieser Aktivitäten zu erforschen.

Frau Homburg: „Ich mag es, etwas zu erschaffen, was vorher nicht da war. Und dass man auf Probleme stößt, die im Voraus nicht abzuschätzen sind, um sie dann zu lösen.“

Ergotherapeutin: „Sie mögen also Herausforderungen, das verstehe ich.“

Frau Homburg: „Je größer die Herausforderung, desto mehr Spaß habe ich. Früher hatte ich das beim Blumenbinden und beim Entwerfen von Möbeln; vor allem, wenn andere dann sahen, was ich geschaffen hatte und wie schön es war.“

Ergotherapeutin: „Sie sind also jemand, der gerne Probleme löst, sodass andere das Resultat wertschätzen können.“

Frau Homburg: „Ja, ich mag es, anderen zu gefallen, indem ich Dinge für sie löse und sie schön gestalte.“

Das Reasoning aus interpretativer Sicht ist in allen Phasen des ergotherapeutischen Prozesses anwendbar; auch während der Umsetzung des Aktionsplans. Ein therapeutischer Wert wird dem Erzählen von Geschichten (Narrativ) und der Reflexion über die Bedeutung von Ereignissen beigemessen. Kielhofner (2008) spricht über die Bedeutung der Schaffung positiver „occupational narratives“ mit Klienten. Innerhalb des Person-Environment-Occupation-Performance-Modells (PEOP) hat das Narrativ einen festen Platz (Christiansen et al. 2015). Nach Ansicht der Autoren beginnt jeder ergotherapeutische Prozess mit dem Narrativ, bei dem es um Wahrnehmungen, Entscheidungen, Interessen, Ziele und Wünsche aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft geht, die einzigartig für die Person, die Organisation oder die Population sind. Der Wert von Geschichten wird auch außerhalb der Ergotherapie erkannt. Weltweit wurden inzwischen viele Studien zur Wirksamkeit des „Life-Review“ (biografische Erinnerungsarbeit) auf Depressionen und das psychische Wohlbefinden durchgeführt (Bohlmeijer et al. 2008, Pot et al. 2008). Das Life-Review konzentriert sich auf positive und negative Erinnerungen aus der Vita, reflektiert die Bedeu-

tung von Erinnerungen und versucht, alle Erinnerungen in einer zusammenhängenden Lebensgeschichte zu integrieren.

25.2.2 Formen des professionellen Reasonings

Es gibt zwei gängige Klassifikationen der Formen des professionellen Reasonings in der Ergotherapie. Mattingly und Fleming (1994) unterschieden noch fünf: prozedurales, interaktives, narratives, konditionales und pragmatisches Reasoning. Boyt-Schell und Cervero (1993; Boyt-Schell 2003) unterschieden vier Formen, nämlich narratives und pragmatisches Reasoning sowie wissenschaftliches und ethisches Reasoning. Dabei ähnelt das wissenschaftliche Reasoning sehr stark dem prozeduralen Reasoning von Mattingly und Fleming.

Prozedurales Reasoning

Das prozedurale Reasoning bezieht sich auf die Krankheiten, den Gesundheitszustand oder das Funktionsniveau des Klienten, um sich der Betätigungsfrage zu nähern und mögliche (evidenzbasierte) Interventionen auszuwählen. Diese Form kommt der empirisch-analytischen Perspektive am nächsten. Die hypothetisch-deduktive Methode des professionellen Reasonings, wie oben erläutert, ist die Grundlage des prozeduralen Reasonings.

Interaktives Reasoning

Beim interaktiven Reasoning geht es um die Bedeutung der Krankheit oder Behinderung für den Klienten vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte und um die Beziehungsaspekte zwischen Klienten und Ergotherapeuten. Bei dieser Form des Reasonings steht die interpretative Sicht im Vordergrund. Mattingly und Fleming (1994) beschreiben das interaktive Reasoning als die Form, durch die Ergotherapeuten herausfinden, was für den Klienten wichtig und besonders ist, sodass speziell auf das Individuum zugeschnittene Maßnahmen angeboten werden können. Das interaktive Reasoning ermöglicht es dem Ergotherapeuten, eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen, die auf den Klienten motivierend wirkt (Mattingly u. Fleming 1994). Schwartzberg (2002) bezieht sich beim interaktiven Reasoning auf Fähigkeiten wie aktives Zuhören und Einfühlungsvermögen, um die Geschichte des Klienten zu verstehen und ihm zu zeigen, dass er wahrgenommen und gehört wird. Eine Voraussetzung dafür, dass sich der Klient sicher fühlen und eine Beziehung aufbauen kann, ist es, sich die eigenen Gefühle, Normen und Reaktionsmuster bewusst zu machen.

Narratives Reasoning

Das narrative Reasoning stützt sich auf die Lebensgeschichte des Klienten hinsichtlich der Bedeutung von Aufgaben, Sitten und Rollen des Klienten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Auf diese Weise wird der Bruch in der Lebensgeschichte repariert, sodass das Leben neu gestaltet werden kann (Mattingly 1991a, b). Auch das ist eine Form des Reasonings aus der interpretativen Perspektive. Laut Boyt-Schell und Schell (2008) spiegelt sich unsere Identität in dem, was wir tun; weil wir Geschichten über das, was wir tun, erzählen, spielen diese eine wichtige Rolle bei der Gestaltung und Entwicklung unserer persönlichen Identität. Klienten verwenden Geschichten und Metaphern, um ihren Lebensverlauf zu beschreiben und Bedeutungen zu interpretieren (Mallinson et al. 1996). Das Konstruieren von Geschichten hat einen großen therapeutischen Wert. Menschen erschaffen Geschichten, um ein Gefühl der Kohärenz zu bekommen, und Geschichten liefern Erklärungen für Ereignisse im Leben. Ergotherapeuten haben es oft mit unterbrochenen Lebensgeschichten bei ihren Klienten zu tun. Durch die gemeinschaftliche Konstruktion einer prospektiven Geschichte entwickelt sich eine neue Vorstellung von der Zukunft, auf deren Basis sinnvolle Ziele formuliert werden können.

Pragmatisches Reasoning

Beim pragmatischen Reasoning geht es um den Einfluss praktischer Faktoren, den Einfluss der Umwelt und den Einfluss des Ergotherapeuten selbst auf den Therapieprozess (Mattingly u. Fleming 1994; Boyt-Schell u. Schell 2008). Das pragmatische Reasoning geht über die Beziehung zwischen Klient und Ergotherapeut hinaus, da es den gesamten Kontext des Therapieprozesses betrifft. Der Kontext der Umwelt umfasst verschiedene externe Faktoren auf Mikro-, Meso- und Makroebene. Ein Ergotherapeut hat mit Rahmenbedingungen zu tun, die von der Regierung (Gesetzgebung), Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen festgelegt wurden. Eine Studie von Daniels et al. (2002) zeigte, dass die Entscheidungen der Ergotherapeuten stark von der Vision und der Politik der Organisation, in der sie arbeiten, beeinflusst werden. Für Ergotherapeuten in den Niederlanden und Belgien war die Entlassungspolitik in der Schlaganfall-Reha ein wichtiger Aspekt bei der Festlegung von Therapiezielen (Daniels et al. 2002). Auch die Normen, Werte und persönlichen Ansichten des Ergotherapeuten beeinflussen die Therapieentscheidungen stark (Unsworth 2004). Ein klientenzentrierter Ansatz setzt voraus, dass Ergotherapeuten sich ständig selbst hinsichtlich des Einflusses ihrer eigenen Sichtweise und dem der Umwelt auf ihr Handeln hinterfragen.

Konditionales Reasoning

Konditionales Reasoning ist die integrierte Anwendung von prozeduralem, interaktivem, narrativem und pragmatischem Reasoning, bei der die Gesamtsituation des Klienten und die Veränderungen darin berücksichtigt werden. Das konditionale Reasoning dient dazu, den Therapieprozess jederzeit auf die Bedürfnisse des Klienten, die (veränderte) Situation und an neue Daten oder Erkenntnisse des Ergotherapeuten anzupassen (Neistadt 1996). Im Rahmen des konditionalen Reasonings liegt der Schwerpunkt auf einem möglichen Zukunftsbild für den Klienten und den Maßnahmen, die erforderlich sind, um dieses Bild zu verwirklichen. Wie passt die Therapie am besten zu den gegenwärtigen und möglichen zukünftigen Wünschen, Bedürfnissen und dem sozialen Kontext dieser Person? Wie geeignet sind Interventionen im Hinblick auf die individuelle Situation des Klienten (Scanlan u. Hancock 2010)? Der Ergotherapeut stellt die Bedeutung der Therapie in den Kontext des Zukunftsbildes des Klienten (Geschichte) und ergreift gemeinsam mit ihm die zum Erreichen dieser Perspektive erforderlichen Maßnahmen. Das konditionale Reasoning ist aufgrund der Integration der verschiedenen Reasoning-Formen eine sehr komplexe und anschauliche Form (Fleming 1991, Mattingly u. Fleming 1994).

Ethisches Reasoning

Das ethische Reasoning wird von verschiedenen Autoren als Form des professionellen Reasonings betrachtet (Boyt-Schell 2003, Boyt-Schell u. Schell 2008, Chapparo u. Ranka 2000). Ethisches Reasoning bedeutet, sich systematisch und kritisch mit den Normen und Werten im Reasoning auseinanderzusetzen, und darüber nachzudenken, welche Rollen diese Normen und Werte in Situationen spielen, in denen Menschen sich betätigen und entscheiden. Dabei geht es um ein sorgfältiges Abwägen der persönlichen und beruflichen Normen, Werte und Interessen auf verschiedenen Ebenen, um zu einer sorgsam überdachten Entscheidung darüber zu kommen, was (in der gegebenen Situation) am besten zu tun ist (Leeuw et al. 2015, Edwards et al. 2012). Ethisches Reasoning dient vor allem dazu, ethische Entscheidungen auch im Spannungsfeld von Interessenkonflikten zu ermöglichen, und wird durch das Erleben von Dilemmas aktiviert (Boyt-Schell u. Cervero 1993, Boyt-Schell 2003).

Dilemmas bedeuten schwierige Entscheidungen, wobei unterschiedliche Interessen bedient werden müssen. Dabei wird der Ergotherapeut oft zwischen den verschiedenen Normen und den persönlichen Überzeugungen ein Gleichgewicht finden müssen. Zum Beispiel kann ein Ergotherapeut in ein Dilemma geraten, wenn die Ziele der Organisation nicht mit den Zielen des Klienten übereinstimmen. Ein weiteres Dilemma kann entstehen, wenn der Klient Interventionen wünscht, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht wirksam sind.

Schwartzberg (2002) hält es für wichtig, dass Ergotherapeuten in der Lage sind, solche Dilemmas behutsam zu erforschen und sich selbst die richtigen Fragen zu stellen. Ist diese Situation im Interesse des Klienten? Welche Rolle spielen meine persönlichen Überzeugungen und Normen für dieses Dilemma? Ethisches Reasoning verlangt vom Ergotherapeuten, dass er moralische Prinzipien wie das Recht auf Selbstbestimmung oder das Recht auf Gleichbehandlung und Chancengleichheit gut im Blick behält (Boyt-Schell u. Schell 2008, Edwards et al. 2012).

Um gute ethische Entscheidungen zu treffen, bedarf es in erster Linie des Wissens und der Einsicht oder einer

gewissen Sensibilität, um ethische Dilemmas in der beruflichen Praxis zu erkennen. Darüber hinaus ist eine geeignete Methode erforderlich, um die ethischen Aspekte einer Entscheidung zu untersuchen und die Überlegungen (Werte, Interessen), welche die Wahl des Betätigten beeinflussen, abzuwägen. Eine Methode zur ethischen Entscheidungsfindung kann diesen Prozess unterstützen, wie z. B. das in der Berufsordnung und den Verhaltensregeln für Ergotherapeuten beschriebene Modell zum ethischen Reasoning (Leeuw et al. 2015; Kap. 8).

Die ► Tab. 25.1 bietet Beispiele für Fragen zum professionellen Reasoning.

Tab. 25.1 Einteilung und Beispiele für Fragen (Boyt-Schell u. Cervero 1993, Boyt-Schell 2014, Mattingly u. Fleming 1994).

Prozedurales Reasoning	Narratives Reasoning	Pragmatisches Reasoning	Interaktives Reasoning	Konditionales Reasoning	Ethisches Reasoning
Reasoning auf der Grundlage der Art der medizinischen Diagnose und Behinderung, um Hypothesen zum besseren Verständnis für die Fragestellung und die Auswahl möglicher Interventionen aufzustellen	Reasoning auf der Grundlage der Lebensgeschichte der Person, um eine bedeutsame Zukunft zu schaffen, indem der Bruch in der Lebensgeschichte ausgefüllt wird	Reasoning auf der Grundlage des Einflusses praktischer Faktoren wie Regeln, Verfahren und Möglichkeiten in einem Setting, Finanzierung, aber auch des Wissens, der Fähigkeiten und der Meinungen des Therapeuten	Reasoning über die Bedeutung der Krankheit oder Behinderung und die Beziehungsaspekte zwischen dem Klienten und dem Ergotherapeuten, um besser auf die Person als einzigartiges Wesen reagieren zu können	Reasoning über eine mögliche Zukunftsperspektive für den Klienten und die notwendigen Maßnahmen zur Realisierung dieser Zukunftsperspektive	im Falle von Interessenkonflikten ethische Entscheidungen treffen
Reasoningfragen	Reasoningfragen	Reasoningfragen	Reasoningfragen	Reasoningfragen	Reasoningfragen
Welcher Art ist die Krankheit oder Beeinträchtigung? Welche Beeinträchtigungen sind normalerweise damit verbunden? Was sind die typischen Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren, die das Betätigen beeinflussen? Welche Theorien, Forschungsergebnisse und Protokolle stehen für das Assessment und die Intervention zur Verfügung?	Was ist die Lebensgeschichte dieser Person? Was ist die Person als sich betätigendes Wesen für ein Mensch? Wie beeinflusst der Zustand die Lebensgeschichte der Person oder deren Fähigkeit, ihre Lebensgeschichte fortzusetzen? Welche Aufgaben sind für die Person bedeutungsvoll und für das Erreichen der Interventionsziele hilfreich?	Wer hat diese Person warum überwiesen? Wer bestimmt die Dienste und was sind die Erwartungen daran? Welche Erwartungen bestehen seitens des Arbeitgebers und des Managements? Wie viel Zeit bleibt, um diese Person zu treffen? Welche Räumlichkeiten und Materialien stehen zur Verfügung?	Wie sieht diese Person ihre eigene Situation? Wie kann ein Vertrauensverhältnis zu dieser Person aufgebaut werden? Wie kann eine partnerschaftliche Beziehung aufgebaut werden, in der Entscheidungen auf einer gleichberechtigten Basis getroffen werden?	Wohin geht diese Person? Wie werden sich die verschiedenen Therapieoptionen angesichts des Gesundheitszustandes dieser Person auswirken? Wie sehen die soziale Situation, der ökonomische Status und der kulturelle Hintergrund dieser Person aus? Was wird angesichts dieser zukünftigen Möglichkeiten am besten unternommen?	Wie können aufgrund von Zeit- und Ressourcenengpässen Prioritäten gesetzt werden? Wie kann man die gegensätzlichen Interessen der Person und ihrer sozialen Umwelt ausgleichen? Was kann getan werden, wenn andere Teammitglieder nicht im Interesse des Klienten arbeiten? Was kann man tun, wenn der Klient Interventionen möchte, die nachweislich ineffektiv sind?

Politisches Reasoning

Das politische Reasoning unterscheidet sich von den anderen Formen des professionellen Reasonings, da es auf einem kritisch-emanzipatorischen Bezugsrahmen basiert. Dieser Bezugsrahmen stammt aus den Sozialwissenschaften (Soziologie, Kulturanthropologie, Politikwissenschaft) und erkennt die politische Natur menschlichen Handelns und die Komplexität der Gesellschaft an. Kritisch-emanzipatorisches Handeln erfordert Engagement und eine kritische Haltung gegenüber sozialen Fragen und dem eigenen Handeln mit dem Ziel, zur Emanzipation von Gruppen beizutragen. Der im Berufsprofil für Ergotherapeuten 2010 beschriebene Kompetenzbereich „Eintreten für Partizipation“ steht hiermit in engem Zusammenhang.

Ergotherapeuten beobachten zunehmend ein starkes politisches Element in ihrer Arbeit (Pollard et al. 2008). Dies wird teilweise durch Positionspapiere der WFOT beeinflusst (2004, 2006, 2014), die Ergotherapeuten in aller Welt ermutigen, bedeutungsvolles Betätigen und Partizipation als Recht anzuerkennen; jede Person sollte die Möglichkeit haben, sich an sinnvollen Aktivitäten zu beteiligen. Allerdings bieten Unternehmen und Organisationen nicht für alle die gleichen Chancen. Begriffe wie Betätigungsausgrenzung (occupational apartheid), Betätigungsungerechtigkeit (occupational injustice) und Betätigungsdeprivation (occupational depravation) weisen auf die Situationen von Gruppen hin, die keinen Zugang zu bedeutungsvollen Aktivitäten haben (Kronenberg u. Pollard 2005). Diese Rechte anzuerkennen bedeutet, dass der Ergotherapeut kritisch untersucht, warum Einzelpersonen und Gruppen in der eigenen Gesellschaft von bedeutungsvollen Aktivitäten und Partizipation ausgeschlossen scheinen, und dass er auch Gegenmaßnahmen ergreift. Die Unterstützung der Menschen in ihrem Recht auf Betätigung erfordert nicht nur eine „Therapie“, sondern ist ein politisches Unterfangen, das Einsicht in die politische Natur von Barrieren, Konflikten und Problemen erfordert (Kronenberg u. Pollard 2005).

Es ist sehr wichtig, dass Ergotherapeuten und Studierende sich der Motive und Interessen in der Politik, bei den Behörden und Verwaltungen, die Folgen für die medizinischen und sozialen Aspekte von Gesundheit haben, bewusst sind (Hocking u. Ness 2002). Das politische Reasoning steht für das Erforschen und Verstehen politischer Prozesse in der Gesellschaft und die Reaktionen darauf. Dabei kann es sich um die nationale oder regionale politische Ebene handeln, aber auch um die Politik einer Einrichtung, einer Gemeinde oder einer Hausarztpraxis. Beim politischen Reasoning geht es um das Verständnis für die Entstehung von Konflikten zwischen Gruppen, um die Entwicklung kooperativer Strategien, welche die Ergebnisse der Zusammenschlüsse beeinflussen, und um die Lösung der Konflikte.

Kronenberg et al. (2006) haben sechs Schlüsselfragen (Political Reasoning Tool), die Ergotherapeuten dabei hel-

fen können, die politische Natur ihres Handelns zu verstehen:

- Was sind die Kennzeichen des Konfliktes und wie ist der Status der Kooperation?
- Wer sind die Akteure, wer sind die Menschen, Gruppen und Organisationen?
- Wie verhalten sich die Akteure? Was sind ihre Ziele, Motive, Interessen und Überlegungen?
- Welche Mittel stehen den Akteuren zur Verfügung?
- Wie sieht die politische Landschaft aus?
- In welchem größeren Zusammenhang stehen die Konflikte und die Kooperationen?

Das Erkennen, Benennen und Untersuchen des politischen Charakters einer Situation gibt dem Ergotherapeuten mehr Werkzeuge an die Hand, um in strukturierter Weise nach Lösungen für Klienten und andere gesellschaftliche Gruppen zu suchen. Das politische Reasoning kann jeder Ergotherapeut erlernen. Es bedarf jedoch einer Entscheidung für eine Lebenseinstellung, die eine stets kritische Auseinandersetzung mit den persönlichen, beruflichen und politischen Werten, Annahmen, Interessen und Zielen erfordert. Um Ergotherapeuten bei dieser reflektierenden Haltung zu unterstützen, entwickelten Kronenberg et al. (2006) das 3PA-Modell mit Fragen zur Selbstreflexion, wie „Wer sind, wir?“, „Woher kommen wir?“, „Wofür stehen wir?“ oder „Was ist unser gesellschaftlicher Auftrag?“.

Das politische Reasoning hängt mit verschiedenen Formen des professionellen Reasonings zusammen, wie z. B. dem pragmatischen Reasoning, bei dem der Einfluss sowohl der Person als auch der Organisation und anderer Umweltfaktoren auf den Therapieprozess berücksichtigt wird. Es besteht auch ein Zusammenhang zum ethischen Reasoning. Boyt-Schell und Schell (2008) bezeichnen das Recht auf Selbstregulierung und das Recht auf Gleichheit und faire Chancen als moralische Prinzipien ethischen Denkens. Der Ergotherapeut wendet diese Prinzipien an, um ethische Dilemmas zu analysieren und zu lösen. Ob das politische Reasoning tatsächlich eine andere Form des Reasonings ist, wird die Zukunft zeigen. Die Intention hinter dem politischen Reasoning (Emanzipation von Gruppen) und die breite Ausrichtung auf das Betätigen in der Gesellschaft bieten die Möglichkeit, das politische Reasoning als eigenständige Form des professionellen Reasoning zu etablieren.

25.2.3 Professionelles Reasoning und die Prozess- und Inhaltsmodelle

In welchem Verhältnis stehen diese unterschiedlichen Formen des professionellen Reasonings zu den Prozess- und Inhaltsmodellen, die Ergotherapeuten in der Praxis anwenden und die in der Ausbildung häufig angesprochen werden? Die Antwort auf diese Frage scheint einfach zu sein:

- In jeder Phase der ergotherapeutischen Prozessmodelle können alle Formen des professionellen Reasonings genutzt werden.
- Ergotherapeutische Inhaltsmodelle bieten Konzepte, die das Reasoning von Ergotherapeuten leiten und der Ausgangspunkt für Fragen sein können, die Ergotherapeuten sich selbst stellen.

In einem Prozessmodell lassen sich mehrere aufeinander folgende Phasen unterscheiden: Bedarfsklärung, Zielvereinbarung und Aktionsplanung, Umsetzung und Evaluierung sowie Nachsorge. Diese verschiedenen Phasen geben die Richtung des Reasonings für den Ergotherapeuten vor. Der Prozess des Reasonings verläuft in Zyklen, d. h. jeder neue Schritt kann auch neue Fragen aufwerfen, sodass der Therapeut seine Daten ergänzt und die Ziele bzw. Strategien anpasst (Kielhofner 2009). In bestimmten Phasen des Prozessmodells können bestimmte Formen des Reasonings in den Vordergrund treten. Bei der Bedarfsklärung kommt interpretatives Reasoning zum Tragen. Für die Zielvereinbarung und Aktionsplanung eignet sich das konditionelle Reasoning. Der erfahrene Ergotherapeut wird aber auch bei der Bedarfsklärung nach Hinweisen suchen, um Hypothesen über das Betätigen zu entwickeln und prozedural zu begründen.

Zum professionellen Reasoning gehören auch die Umsetzung der Theorie in die Praxis. In Theorien denken zu lernen bedeutet, dass die Theorie einen möglichen Weg darstellt, den Klienten mit seinen Möglichkeiten, Rollen, Aktionen und Partizipationen zu betrachten (Kielhofner 2009). Inhaltsmodelle bieten daher Konzepte, die einen Leitfaden im Reasoningprozess darstellen. Dabei ist es wichtig, mehrere Theorien und Konzepte zu verwenden, um zu einem vollständigen (ganzheitlichen) Bild des Klienten zu kommen. So beschreibt z. B. Kielhofner (2008) aus dem MOHO Reasoningfragen zu den Konzepten „Motivation“ und „Gewöhnung“:

- Wie beeinflussen Beeinträchtigungen die Werte, Interessen und die persönliche Effektivität dieser Person?
- Wie beeinflussen Schmerzen und Schwäche die Rollen und Gewohnheiten dieses Klienten?

Beispielsweise kann das biomechanische Modell die folgenden Reasoningfragen aufwerfen:

- Kann der Klient alle notwendigen und gewünschten Bewegungen ausführen, um sich selbst zu versorgen?
- Wie viel Schmerzen hat der Klient und wann wirken diese sich auf seine Betätigungen aus?

Bestimmte Konzepte ziehen bestimmte Reasoningformen an. So wird beispielsweise die Frage nach dem Schmerz stärker prozedural begründet, während die Frage nach Werten und Interessen eher das interaktive Reasoning anspricht.

25.3 Professionelles Reasoning und Entscheidungsfindung

Die Entscheidungsfindung ist das sichtbare Ergebnis des professionellen Reasonings. Während das professionelle Reasoning als Denkprozess oft unsichtbar ist, bezieht sich die Entscheidungsfindung auf konkrete (sichtbare oder wahrnehmbare) Entscheidungen oder Beschlüsse zur Betätigung oder Intervention (McAllister u. Rose 2000).

Bei jedem Entscheidungsprozess bewertet der Ergotherapeut gemeinsam mit dem Klienten verschiedene Faktoren. Basierend auf der Ergotherapie als „Two-body-Practice“ kombiniert der Ergotherapeut einen empirisch-analytischen Bezugsrahmen mit einem interpretativen Bezugsrahmen. Der Denkprozess des Ergotherapeuten bezieht daher immer zwei Perspektiven in die Entscheidungsfindung mit ein: die therapeutische Perspektive und die Klientenperspektive.

Die Beschreibung der therapeutischen Perspektive bedeutet die Erwartung einer professionellen Einschätzung der Betätigungsfragen des Klienten und der Möglichkeiten zur Verbesserung des Betätigens und der Partizipation. Durch die explizite Einbeziehung der Klientenperspektive und die nicht direkte (unbewusste) Einbindung in den Reasoningprozess des Therapeuten wird die klientenzentrierte Arbeit betont.

Im heutigen Gesundheitssystem mit seiner Evidenzbasierung kann die Methodik der „evidence-based practice“ als dritte Perspektive leicht in den Reasoningprozess integriert werden (Verhoef et al. 2016). Nachfolgend wird auf die Perspektiven von Klient, (Ergo-)Therapeut und Evidenz in Bezug auf die verschiedenen Formen des beruflichen Reasonings näher eingegangen.

25.3.1 Die Klientenperspektive

In der Klientenperspektive steht das Erkunden der Bedeutung der Krankheit und/oder Beeinträchtigung für den Klienten im Mittelpunkt. Das bedeutet, dass der Ergotherapeut untersucht, welche Folge der Klient in seinem Betätigen erfährt und welche Bedeutung die Aufgaben, Gewohnheiten und Rollen des Klienten in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft für ihn haben. Um diese zu verstehen, macht sich der Ergotherapeut ständig ein Bild von den Erwartungen des Klienten an sich selbst, seine Umwelt und seine Therapie, seinen Erfahrungen mit seinen Möglichkeiten und Grenzen und mit der Therapie und seinen Wünschen hinsichtlich der Veränderungen seines Betätigens und seiner Partizipation. Dieses Bild des Klienten mit seinen Erfahrungen, Wünschen, Erwartungen und Zukunftsvisionen integriert der Ergotherapeut in seinen Reasoningprozess als „Klientenperspektive“. Dabei bedient er sich des narrativen und interaktiven Reasonings.

Die Klientenperspektive im Reasoningprozess des Ergotherapeuten konzentriert sich darauf, die Betätigungsfragen des Klienten und die Bedeutung der Krankheit oder Behinderung in seinem Leben anhand der Folgen für sein Betätigen und seine Partizipation zu verstehen und eine aus der Sicht des Klienten bedeutungsvolle Zukunft zu gestalten (Chapparo u. Ranka 2000). Diese Perspektive steht im Einklang mit dem interpretativen Bezugsrahmen. Sie bildet die Grundlage für einen klientenzentrierten Ansatz, bei dem Ziele und Interventionen im Dialog mit dem Klienten festgelegt werden, sinnvoll sind und sich aus dessen Wünschen und Bedürfnissen ergeben. Dabei spielt der Klient als Erfahrungsexperte eine aktive Rolle.

Die neue Sicht auf die Gesundheit als Fähigkeit des Menschen, sich im Lichte der physischen, emotionalen und sozialen Herausforderungen des Lebens anzupassen und selbst zu managen (Huber et al. 2011), setzt den Schwerpunkt auf die Resilienz, die eigene Stärke und die Eigenregie des Klienten und verstärkt die Betonung der Klientenperspektive. Um die Kontrolle über die eigene Versorgung übernehmen zu können, ist es wichtig, dass der Klient dort, wo er will und kann, eine aktive Rolle übernimmt und sich seine eigenen Ziele setzt. Dies erfordert eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Klient und Ergotherapeut, die auf gegenseitigem Vertrauen und Respekt beruht.

Merit (Klientenperspektive)

Merit (M) ist 23 Jahre alt und wurde vom Reha-Arzt wegen Fragen zu ihren beruflichen Vorstellungen zur Ergotherapie überwiesen. In einem ersten Gespräch ermittelt der Ergotherapeut (ET) die Bedeutung der Erwerbsarbeit für M. und ihre Erwartungen an die Arbeit.

ET: „Können Sie mir sagen, warum Sie arbeiten wollen?“

M: „Ich mag es, mit Menschen und Informationen umzugehen und etwas Sinnvolles zu tun. Und man entwickelt sich durch seine Arbeit auch weiter. Zudem will ich mein eigenes Geld verdienen, damit ich später selbstständig leben kann.“

ET: „Was für eine Arbeit würden Sie gerne machen?“

M: „Ich möchte einen Job mit etwa 32 Wochenstunden. Während meines Praktikums konnte ich das sehr gut bewältigen. Ich habe einen Fachhochschulabschluss in Kommunikation, weil ich diese Art der Arbeit körperlich gut schaffe und Freude am Schreiben und an Gestaltung habe. Ich habe meine Ausbildung vor zwei Jahren abgeschlossen, aber es ist mir bisher nicht gelungen, einen Job zu finden. Obwohl es nie ausgesprochen wird, glaube ich, dass es daran liegt, dass ich im Rollstuhl sitze.“

ET: „Welche Schritte haben Sie unternommen, um selbst eine Anstellung zu finden?“

M: „Ich habe viele Briefe und E-Mails mit Bewerbungen rausgeschickt und bin zweimal zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen worden. Ich habe auch im Internet nach einem Coach gesucht und bin fündig geworden. Aber ich bin mir noch unsicher, ob ich hier Kontakt aufnehmen soll.“

ET: „Sie wohnen bei Ihren Eltern. Haben Sie auch Pläne, selbstständig zu leben?“

M: „Ich fühle mich sehr wohl zu Hause bei meinen Eltern und das Haus ist für meinen Rollstuhl gut geeignet. Wenn ich einen Job finde, ist es auch praktisch, dass ich nicht selbst kochen muss und so weiter.“

ET: „Welche Unterstützung benötigen Sie bei der Jobsuche?“

M: „Ich hätte gerne ein paar Tipps, wie man eine E-Mail oder einen Brief schreibt und einen guten Lebenslauf verfasst. Ich frage mich oft, ob ich schreiben muss, dass ich im Rollstuhl sitze, oder es immer gleich herausposaunen muss. Aber wenn ich dann andererseits zu einem Gespräch eingeladen werde, sieht man es natürlich gleich.“

25.3.2 Die (ergo)therapeutische Perspektive

Der Ergotherapeut ist für eine qualitativ hochwertige Versorgung verantwortlich, d.h. die Versorgung sollte den tatsächlichen Wünschen und Bedürfnissen des Klienten entsprechen und effektiv, zweckmäßig und klientenzentriert sein (Hartingsveldt et al. 2010). Es wird von dem Ergotherapeuten erwartet, dass er die angebotenen Interventionen und die getroffenen Entscheidungen gegenüber dem Klienten, aber auch gegenüber dem Überweisenden, dem Krankenversicherer oder anderen Ergotherapeuten, die mit dem Klienten in Verbindung stehen, verantworten kann.

Der Klient erwartet vom Ergotherapeuten ein professionelles Urteil und/oder eine Beratung über mögliche Lösungen für die von ihm erlebten Betätigungsfragen. Dieses Urteil basiert auf den Kenntnissen und Erfahrungen des Therapeuten und ist berufsspezifisch. Ausgehend von den Fachkenntnissen des Ergotherapeuten zum Betätigen und zur Partizipation sowie zu Fragen oder Schwierigkeiten des Klienten hinsichtlich der medizinischen Diagnose und Prognose, werden ergotherapeutische Theorien und Modelle bemüht, um eine Erklärung für die dabei auftretenden Betätigungsfragen oder Beeinträchtigungen zu geben sowie um nach Möglichkeiten zur Verbesserung des Betätigens und der Partizipation zu suchen.

Die Klärung von Betätigungsfragen, die sich aus der Krankheit oder Behinderung ergeben, steht im Einklang mit der empirisch-analytischen Perspektive. Der Ergothe-

rapeut verbindet in seiner therapeutischen Perspektive das prozedurale, pragmatische und das konditionale Reasoning.

Das konditionale Reasoning bringt die Klientenperspektive und die therapeutische Perspektive zusammen und integriert alle Formen des Reasonings im Kontext der Geschichte des Klienten und im Dialog mit ihm.

Der Ergotherapeut (professionelle Perspektive)

Merit ist 23 Jahre alt und infolge eines Verkehrsunfalls mit Rückenmarksschädigung seit ihrem 16. Lebensjahr ab Höhe Th 4 querschnittsgelähmt. Im prozeduralen Reasoning spricht der Ergotherapeut von einer Paraplegie mit motorischen und sensiblen Ausfällen unterhalb von Th 4 ohne Beeinträchtigung der Funktionen der oberen Extremitäten. Merit ist vom Rollstuhl abhängig, doch ist sie in der Lage selbstständig Transfers durchzuführen und die ADL zu bewältigen. Der Ergotherapeut möchte Merit ein OPHI-II-Interview vorschlagen (prozedurales Reasoning), um eine Bestandsaufnahme ihrer Aktivitäten, Rollen und Gewohnheiten durchzuführen und ihre Wünsche und Prioritäten hinsichtlich der Partizipationen kennenzulernen (konditionales Reasoning). Dafür plant er einen Termin von einer Stunde Dauer ein (pragmatisches Reasoning).

Im Anschluss an das Interview bespricht der Ergotherapeut auf der Grundlage seiner Untersuchung mit Merit die Möglichkeiten, als Kommunikationsdesignerin zu arbeiten. Ein wichtiger Aspekt ist die Zugänglichkeit des Arbeitsplatzes, denn Merit sitzt im Rollstuhl. Sie kann unabhängig Transfers durchführen, kann aber nur dann selbstständig zur Toilette gehen, wenn der Raum rollstuhlgängig ist und über Halterungen verfügt (prozedurales Reasoning). Der Ergotherapeut bespricht mit Merit die Möglichkeiten (Verfahren und Gesetzgebung), dass der Arbeitgeber finanzielle Unterstützung bei der Ausgestaltung von Merits Arbeitsplatz erhalten kann (pragmatisches Reasoning). Sie besprechen gemeinsam, dass der Ergotherapeut dazu eine Liste der Erfordernisse aufstellt, die sie beim nächsten Treffen zusammen besprechen können (konditionales Reasoning). Der Ergotherapeut wählt dann Interventionen aus (prozedurales Reasoning), die zur Verbesserung von Merits (Arbeits-)Partizipation beitragen. In Absprache mit ihr prüft der Ergotherapeut, ob es möglich ist, in seiner Arbeitsumwelt einen Jobcoach zu finden, der mit und für Merit eine geeignete Arbeitsstelle sucht (pragmatisches Reasoning).

25.3.3 Die Evidenzperspektive

Nach der Methodik der evidenzbasierten Praxis (EBP) werden Entscheidungen auf Grundlage der Werte und Präferenzen des Klienten, des Wissens und der Erfahrung des Ergotherapeuten und der verfügbaren Evidenzen getroffen (► Abb. 25.2).

Die EBP fügt dem professionellen Reasoning einen weiteren Aspekt hinzu, nämlich die Einbeziehung vorhandener objektiver Beweise. Das professionelle Reasoning und die EBP haben das gleiche Ziel: mit dem Klienten zu einer Entscheidung über eine geeignete oder gewünschte Versorgung oder Intervention zu kommen und diese zu begründen (Kuiper et al. 2016). Der Ergotherapeut, der evidenzbasiert arbeitet, sucht nach Beweisen für die Wirksamkeit von Interventionen und möglichen Alternativen und bespricht mit dem Klienten mögliche Entscheidungen und Alternativen, sodass dieser in der Lage ist, eine fundierte Entscheidung über die gewünschte Versorgung oder Intervention zu treffen. Die EBP bewirkt, dass sowohl der Ergotherapeut als auch der Klient besser über mögliche (wirksame) Interventionen und Alternativen informiert werden und die Entscheidungen und mögliche Alternativen gemeinsam erörtert und diskutiert werden (Taylor 1997). Auf diese Weise kann die Anwendung der EBP zu einem sorgfältigen gemeinsamen Entscheidungsprozess beitragen.

Die EBP unterstützt das professionelle Reasoning, aber das gilt auch umgekehrt. Es erfordert ein sorgfältiges und versiertes professionelles Reasoning, um die Qualität der Evidenzen zu beurteilen und im Dialog mit dem Klienten und seinen Wünschen und Werten anzuwenden. Um das neue Wissen in das vorhandene zu integrieren, bedarf es auch des professionellen Reasonings (Jones u. Higgs 2000), wie auch bei der Anwendung der EBP hinsichtlich des Betätigens. Der Ergotherapeut und der Klient bestimmen gemeinsam, ob die vorhandenen Erkenntnisse in der

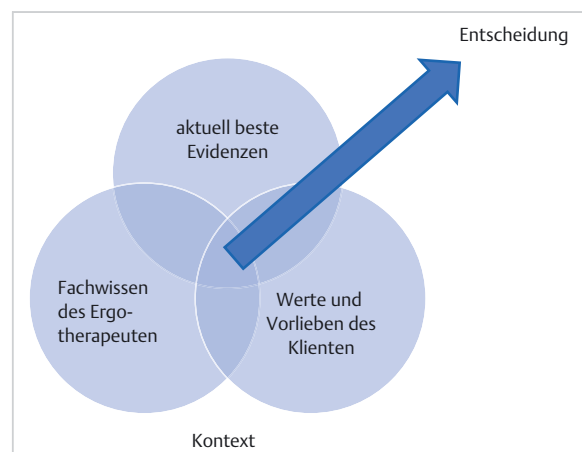


Abb. 25.2 Elemente der evidenzbasierten Praxis (EBP; Kuiper et al. 2016).

gegebenen Situation anwendbar sind und zur gewünschten Versorgung oder Behandlung führen. In einer Zeit, in der die Entwicklung von Leitlinien und die schnelle Verfügbarkeit von Forschungsergebnissen das Fachwissen rapide ansteigen lassen, ist das professionelle Reasoning unerlässlich, um diese Informationen kritisch bewerten und im Dialog mit dem Klienten nutzen zu können.

Merit (Evidenz-Perspektive)

In Merits Fall kann z. B. nach Beweisen für die Wirksamkeit von Interventionen gesucht werden, in denen es um die Begleitung (junger) Erwachsener mit Rückenmarkverletzungen bei der Arbeit geht. Die PICO-Regel (Problem/Patient, Intervention, Co-Intervention, Outcome) kann zur Formulierung einer beantwortbaren Frage verwendet werden (Verhoef et al. 2016). Ein Beispiel für eine PICO-Frage ist: Welche Interventionen (I) sind wirksam, um die Beschäftigungsquote (O) junger Erwachsener mit Rückenmarkläsion (P) zu verbessern. Eine Suche in CINAHL und PubMed unter Verwendung der Schlüsselwörter „Intervention“ UND/ODER „Ergotherapie“ UND/ODER „occupational therapy“, „Rückenmarkverletzung“ (ODER SCI, spinal cord injury), Arbeitspartizipation (ODER Arbeit ODER Job ODER employment) zeigt dann relevante und aktuelle Artikel an.

Eine Suche in PubMed unter Verwendung der Schlüsselwörter „spinal cord injury AND employment AND occupational therapy“ ergab 16 Treffer (Januar 2016), einschließlich eines systematischen Reviews aus dem Jahre 2014 mit dem Titel „Interventions for improving employment outcomes among individuals with spinal cord injury“ (Interventionen zur Verbesserung der Arbeitsergebnisse bei Personen mit Rückenmarkverletzungen; Trenaman et al. 2014). Eine Suche in CINAHL mit den Suchbegriffen „spinal cord injury AND work participation“ ergab ein Ergebnis: eine Studie aus dem Jahr 2006 mit dem Titel „Participation among persons with traumatic spinal cord injury or meningomyelocele“ (Partizipation bei Personen mit traumatischer Rückenmarkverletzung oder Meningomyelocele), aus der hervorgeht, dass 47 % der Menschen mit Querschnittverletzungen einer Arbeit nachgehen und dass das Fehlen anderer körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen oder neuralgischer Schmerzen die Wahrscheinlichkeit erhöht, mit einer solchen Beeinträchtigung einer Erwerbsarbeit nachzugehen (Valtonen et al. 2006). Eine weitere Suche mit den Stichworten „spinal cord injury AND occupational therapy AND work“ erbrachte sieben Suchergebnisse. Darunter war ein systematisches Review aus Norwegen aus dem Jahre 2007 mit dem Titel „Return to work following spinal cord injury“ (Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit nach Rückenmarkverletzung), wonach 21–67 % der Menschen mit Rückenmarkverletzung wieder eine Arbeit aufnehmen und dass ein jüngeres Alter, weniger schwere Verletzungen und eine größere (funktionelle) Unabhän-

gigkeit die Chance auf eine Wiedereingliederung erhöhen (Lidal et al. 2007).

Auf der Grundlage der Ergebnisse und der Durchsicht der Abstracts stellt der Ergotherapeut fest, dass sich die Anschaffung einiger Arbeiten lohnt und dass die Beschäftigungsaussichten für Menschen mit Rückenmarkverletzungen nicht schlecht sind. Dass Merit selbst Arbeit sucht und jung ist, keine zusätzlichen Beeinträchtigungen aufweist und sich selbstständig versorgen kann, wird als positiver Faktor gewertet.

25.3.4 Der Entscheidungsprozess

Das professionelle Reasoning konzentriert sich auf eine sorgfältige und systematische Entscheidungsfindung in der Klientenversorgung, um den Wechsel von der aktuellen zu einer vom Klienten gewünschten spezifischen Situation einzuleiten. Das bedeutet, dass Entscheidungen getroffen werden, bei denen die Klientenperspektive, die therapeutische Perspektive und (möglicherweise) vorhandene Evidenzen systematisch berücksichtigt und in die Überlegungen, die zu einer Entscheidung führen sollen, integriert werden.

Im Dialog zwischen Ergotherapeut und Klient werden die Ansichten ausgetauscht, wodurch das fachliche und persönliche Wissen und die Erfahrung von Klient und Ergotherapeut zusammengeführt und in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Wenn die drei Perspektiven zu einer einstimmigen Entscheidung führen, die den Wünschen des Klienten und dem Wissen und der Erfahrung des Ergotherapeuten entspricht und durch Evidenzen gestützt wird, dann ist es eine klare und wohlüberlegte Entscheidung. Dilemmas können sich aber ergeben, wenn die unterschiedlichen Perspektiven zu einer nicht einstimmigen Wahl führen.

Das professionelle Urteil des Therapeuten kann z. B. nicht den Wünschen des Klienten entsprechen, wenn der Therapeut der Meinung ist, dass dann durch die Beratung des Klienten unsichere Situationen im Straßenverkehr oder zu Hause entstehen können. Der Klient kann auch eine Intervention wünschen, die sich als unwirksam erwiesen hat, oder der Therapeut kann positive Erfahrungen mit Interventionen gemacht haben, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen wurde. Gerade in solchen Situationen sind ein sorgfältiges Reasoning und eine intensive Kommunikation erforderlich, um zu einer guten Entscheidung zu gelangen. Für die Lösung solcher Dilemmaspielen dann das konditionale und das ethische Reasoning eine wichtige Rolle. In einem offenen Dialog zwischen Ergotherapeut und Klient werden Wissen, Erfahrungen und Präferenzen beider Seiten ausgetauscht und überprüft, sodass der Klient eine wohlüberlegte Entscheidung treffen kann.

Tab. 25.2 Beispielfragen für das Reasoning des Ergotherapeuten in den verschiedenen Stadien der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Gespräch	Ziel	Beispielfragen für das Reasoning des Ergotherapeuten
Zielgespräch	gemeinsame Ziele festlegen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist die aktuelle Situation und wie sieht die vom Klienten gewünschte Situation aus? • Was sind die Triebfedern des Klienten für eine Veränderung? • Welche Präferenzen hat der Klient? • Was sind die Ziele des Klienten im Hinblick auf das Betätigen und die Partizipation? • Sind diese Ziele erreichbar und realistisch?
Auswahlgespräch	Der Klient ist sich bewusst, dass er eine Wahl hat.	<ul style="list-style-type: none"> • Ist dem Klienten bewusst, dass er eine Wahl hat? • Wie kann eine aktive Rolle des Klienten im Entscheidungsprozess gefördert werden? • Was braucht der Klient, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können?
Optionsgespräch	Der Klient ist über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und ihre Vor- und Nachteile informiert.	<ul style="list-style-type: none"> • Kann der Therapeut den Klienten über die verschiedenen Möglichkeiten der Ergotherapie (Forschung, Begleitung, Intervention, Beratung) und die zu erwartenden Ergebnisse informieren? Wenn nicht, welche zusätzlichen Kenntnisse oder Informationen benötigt er dann dafür? • Kennt der Therapeut die (vorgeschlagenen oder gewünschten) ergotherapeutischen Maßnahmen in ausreichender Weise? • Ist sich der Therapeut der möglichen Alternativen bewusst (basierend auf Fachwissen, verfügbaren Evidenzen)? • Kennt der Therapeut die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen, um sie auch mit dem Klienten zu besprechen? • Gibt es Auswahlhilfen für den Klienten?
Entscheidungs-gespräch	Der Klient wird darin unterstützt, das für ihn Wichtigste zu erkennen.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kann der Klient bestmöglich dabei unterstützt werden, die wichtigsten Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten für sich abzuwägen? • Welche zusätzlichen Informationen benötigt der Klient, um eine Auswahl treffen zu können? • Wie kann der Klient unterstützt oder dazu ermutigt werden, die notwendigen Informationen zu sammeln, um zu einer wohlüberlegten Entscheidung zu kommen? • Was kann getan werden, wenn der Klient keine Wahl trifft oder die Wahl dem Ergotherapeuten überlässt?

Heutzutage ist viel die Rede von evidenzbasierten oder gemeinsamen durchdachten Entscheidungen (Kuiper et al. 2016). Diese Formulierungen unterstreichen, dass Evidenzen in die Entscheidung einbezogen werden, aber nicht automatisch zur Entscheidung führen und dass der Klient derjenige ist, der über die ergotherapeutische Versorgung, die er erhalten möchte, entscheidet. Aufgabe des Ergotherapeuten ist es, dem Klienten die Informationen zur Verfügung zu stellen, die er benötigt, um eine gute Entscheidung treffen zu können, und ihn über die Therapiemöglichkeiten und die Vor- und Nachteile der verschiedenen Ansätze zu informieren. Die gemeinsame Entscheidungsfindung beginnt mit der gemeinsamen Zielsetzung in einem Zielgespräch und erfolgt dann in drei Schritten: (1) Klärung der Frage, ob eine Wahl besteht (Auswahlgespräch oder „choice talk“), (2) Diskussion der verschiedenen Optionen (options) und ihrer Vor- und Nachteile (Optionsgespräch oder „optional talk“) und (3) Unterstützung des Klienten bei der Ermittlung seiner Präferenz und beim Fällen der Entscheidung (Entscheidungsgespräch oder „decision talk“; Daniels et al. 2015, Elwyn et al. 2012). In diesen Schritten berät der Ergotherapeut den Klienten und bezieht dabei die verschiedenen

Perspektiven und Formen des professionellen Reasonings mit ein (► Tab. 25.2).

Das Wissen und das professionelle Reasoning des Ergotherapeuten entwickeln sich ständig weiter. Es besteht also ein Unterschied zwischen angehenden und erfahrenen Ergotherapeuten. Der Prozess des professionellen Reasonings entwickelt sich mit der Erfahrung des Ergotherapeuten. Je mehr Erfahrung der Ergotherapeut besitzt, desto flexibler wird er in der Anwendung von Theorien, Modellen und Evidenzen. Er vermag sie besser und schneller an die Wünsche und die Situation des Klienten anzupassen und ist besser dazu in der Lage, die Gesamtsituation des Klienten zu verstehen und im Auge zu behalten. Er kann sein Betätigen so rasch auf seine Beobachtungen abstimmen, dass es mitunter so erscheint, als denke er überhaupt nicht nach (Unsworth 2001).

25.4 Der kritische Professional

Das professionelle Handeln kann so selbstverständlich werden, dass der Ergotherapeut nicht immer in Momenten der Entscheidungsfindung innehält, um die Faktoren, welche die Entscheidungen beeinflussen, kritisch zu hinterfragen. Eine Falle für jeden Fachmann besteht jedoch darin, hauptsächlich Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, welche die eigenen Vorstellungen, Visionen und Theorien bestätigen, und Informationen zu ignorieren, die diesen Theorien entgegenlaufen. Das Reflektieren verhindert, dass der Ergotherapeut nur seine Routinen abarbeitet und nur sich und seine eigenen Überzeugungen und Modelle bestätigt wissen will. Das Reflektieren sensibilisiert den Professional für seine Denkprozesse und Methoden, die sein eigenes professionelles Verhalten beeinflussen (Taylor 2008).

In den letzten Jahren wurde das Reflektieren stark vom EBP und dem selbstorganisierten und lebenslangen Lernen beeinflusst. Der Professional von heute gilt als kritischer Experte. Ihn zeichnet es aus, explizit auf das eigene Handeln als Professional zurückzublicken und darüber nachzudenken (Andriessen 2014, Schön 1983). Im Jahr 2009 erklärte der damalige Fachhochschulrat, dass es in der modernen Gesellschaft von entscheidender Bedeutung sei, dass die Studierenden einer Fachhochschule in die Lage versetzt werden, reflektierend und innovativ zu sein und den EBP-Anforderungen zu entsprechen. Das Reflektieren ist der Rückblick auf das eigene Handeln in der Berufspraxis, um zu erkennen, was gut und was schlecht lief, und diesen selbst beobachteten Verlauf aus dem zur Verfügung stehenden Wissen heraus zu erklären. In dieser Wissensbasis finden sich oft Ansatzpunkte für einen geeigneteren Ansatz. Die Selbstreflexion ist nur möglich, wenn auch das Betätigen richtig begründet ist (Andriessen 2014). Diese Reflexion fördert eine Lernhaltung und trägt zur Verbesserung des eigenen professionellen Handelns und Reasonings bei.

Nach Schön (1983) kann die Reflexion in der Praxis auf zweierlei Arten erfolgen.

- „Reflection-on-action“: Dabei geht es darum, über eine Situation nachzudenken, nachdem sie stattgefunden hat. Diese Analyse im Nachhinein kann zu neuen Perspektiven auf Erfahrungen und Veränderungen im Verhalten und Handeln (Aktion) führen. Es ist ein Reflexionsprozess, der bewusst auf Erfahrungen zurückgreift, um sie neu zu bewerten und zu bestimmen, welche Betätigungsalternativen möglich sind, um sie dann in einer späteren Situation auszuprobieren.
- „Reflection-in-action“: Hier wird darüber nachgedacht, was gerade vor sich geht, d. h. die Gestaltung einer Aktion, während diese stattfindet. Ein solcher Denkprozess setzt ein, wenn Routinehandlungen plötzlich nicht oder nicht mehr funktionieren und ein experimentierender Ansatz gefragt ist.

Das Reflektieren erhöht vor allem die Effektivität: Durch Erweiterung des Betätigungsspielraums entstehen mehr Möglichkeiten, wie ein Ziel erreicht werden kann (Groen 2008). Ein reflektierender Professional ist in der Lage, sein eigenes Betätigen in Worte zu fassen und zu hinterfragen. Dies ermöglicht es ihm, aus den bisherigen Erfahrungen zu lernen und diese dabei weiterzuentwickeln und so sein eigenes lebenslanges Lernen zu gestalten. Kurzum, das Reflektieren führt zu einer größeren Selbsterkenntnis. Die besten Therapeuten entwickeln sich, indem sie aus ihren Beeinträchtigungen lernen und sie nicht meiden, sondern weiterentwickeln (Taylor 2008).

25.4.1 Wie geht „reflektieren“?

„Effektives Lernen findet nicht statt, wenn Sie nicht reflektieren. Um dies zu tun, müssen Sie zu einem bestimmten Punkt in der Zeit zurückgehen, über ihn nachsinnen und ihn noch einmal Revue passieren lassen. Erst dann werden Sie neue Einsichten in verschiedene Aspekte dieser Situation gewinnen (Boud et al. 1985).“

Wenn es um das Thema Reflexion geht, wird gerne der Lernzyklus nach Kolb erwähnt. Kolb begriff das Lernen als zyklischen Prozess. Jemand lernt, indem er konkrete Erfahrungen reflektiert, die dann mit theoretischen Modellen verknüpft werden, um neue Pläne oder Möglichkeiten zu formulieren. Diese Form des erfahrungsmäßigen Lernens führt letztlich zu der Entscheidung, ob man mit diesen neuen Möglichkeiten weitere Erfahrungen machen will oder nicht. Durch dieses Experimentieren werden neue Erfahrungen gemacht, die wiederum Gegenstand der Reflexion sind (Groen 2008).

Groen (2008) hat ein Modell entwickelt, um den Reflexionsprozess von Professionals zu begleiten, die sich vermehrt der Selbstreflexion widmen wollen. So kann der Professional zunächst in der sog. „Phase 1+“ das Bewusstsein für eine Situation schärfen. In Phase 2+ werden die konkreten Konsequenzen des eigenen Handelns in der Vergangenheit für den Professional und andere Beteiligte genauer betrachtet. Schließlich ermutigt Groen dazu in der Phase 3+, mögliche Konsequenzen künftiger Aktionen und Entscheidungsmomente aufzuzeigen. Das auf den Arbeiten von Korthagen basierende Modell ist in ► Abb. 25.3 wiedergegeben. Groen (2008) betont dabei also verschiedene Aspekte der Reflexion.

Das eigene Verhalten unter die Lupe nehmen

Die Voraussetzung dafür, sich Reflexionsfragen zu stellen, ist die Bereitschaft, das eigene Verhalten zu hinterfragen. Wenn diese Bereitschaft vorhanden ist und eine Situation entsteht, in der man mit den Betätigungen, den Ergebnissen oder dem Prozess nicht zufrieden ist, kann man sich Fragen stellen. Man beginnt, über das eigene Verhalten nachzudenken. Natürlich kann dies auch in Situationen

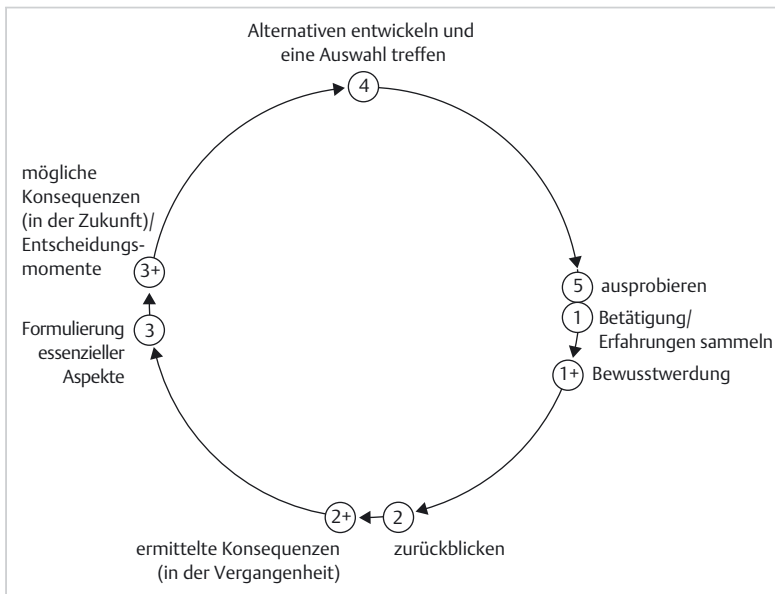


Abb. 25.3 Folgen künftiger Aktionen und die Entscheidungsmomente (Groen 2008).

geschehen, in denen man zufrieden ist, um sich der Aspekte bewusst zu werden, die zu dieser Zufriedenheit beitragen! Solche Situationen sind bedeutungsvolle Ereignisse oder Situationen.

Bewusstwerdung

Eine weitere Voraussetzung für das Reflektieren ist es, sich einer Situation bewusst zu sein, in der man sich unwohl gefühlt hat. Das unangenehme Gefühl deutet auf eine bedeutungsvolle Situation hin. Es ist wichtig, hier zu einer „Übersetzung“ zu kommen, und zwar von einem angenehmen oder unangenehmen Gefühl hin zu einer bewussten Erfahrung.

Bedeutungsvolle Situationen

In dem Moment, in dem man sich einer angenehmen oder unangenehmen Situation bewusst wird, kann man sie als Situation betrachten, die für sich selbst bedeutungsvoll ist. Die Situation hat für andere Personen nicht unbedingt die gleiche Relevanz. Wenn die bedeutungsvolle Situation definiert wurde, untersucht man, wie man sich darin verhalten hat. Wie gesagt, besteht Verhalten ja nicht nur aus sichtbaren Betätigungen, sondern auch aus Prozessen wie Denken und Fühlen, die für andere nicht wahrnehmbar sind. Wenn man sehr ehrlich zu sich selbst sein will, unterzieht man nicht nur seine Betätigungen, sondern auch seine Gedanken und Gefühle dieser Analyse. Die kritischen Fragen, die man in einer Untersuchung stellt, richten man in diesem Fall an sich selbst.

Fragen stellen

Das Fragenstellen ist eine Fähigkeit, die man beherrschen sollte, wenn man reflektieren will. Wenn man dazu in der Lage ist, kann man mit seiner „Untersuchung“ fortfahren. Zu diesem Zweck können sogenannte „Reflexionsfragen“ genutzt werden, wie z. B.:

- Was war der Zweck meines Handelns?
- Was genau waren meine Handlungen?
- Warum habe ich mich für diese Handlungen entschieden?
- Welche Theorien/Modelle oder Evidenzen haben meine Handlungen unterstützt?
- Wie erfolgreich waren meine Handlungen?
- Mit welchen Kriterien bestimme ich Erfolg?

25.4.2 Reflektieren des Ergotherapeuten

Das Reflektieren fördert die Entwicklung des kritisch-analytischen Denkens (Vos 2001). Durch Reflexion gelangt der Ergotherapeut zunehmend in die Lage, sein eigenes Handeln und Denken zu rechtfertigen, indem er es zu seinem Wissen in Beziehung setzt. In einer Zeit, in der neue Erkenntnisse schneller verfügbar werden und Evidenzen kritisch bewertet werden sollten, sind Reflexionsfähigkeit und professionelles Reasoning von großer Bedeutung für die Qualität des professionellen Handelns.

Für die Entwicklung des professionellen Reasonings ist es wichtig, die Betätigungsfrage des Klienten genau zu reflektieren, Ziele oder Ergebnisse zu bestimmen, Interventionen auszuwählen und den Interventionsprozess zu evaluieren. Auf diese Weise wird man sich der Überlegungen bewusst, die eine (entscheidende) Rolle gespielt ha-

ben, der Hypothesen, die bestätigt oder widerlegt wurden, der kritischen Faktoren, die wichtig waren, der Anwendung von Evidenzen, des Wissens oder der verwendeten Modelle und der richtigen und falschen Entscheidungen. Dies führt zu einem reiferen professionellen Denken und Handeln. Das Berufsprofil (Hartingsveldt et al. 2010) beschreibt vier Merkmale, die als Orientierungspunkte für eine Reflexion dienen können: klientenzentriert, betätigungsorientiert, evidenzbasiert und kontextbasiert. Diese sind mit vier weiteren Begriffen verbunden, über die ebenfalls reflektiert werden kann: effektiv, effizient, sicher und zufriedenstellend (Kuiper 2011).

25.5 Diskussion

Das professionelle Reasoning ist die Grundlage für professionelles Handeln. Es ist ein Denk- und Entscheidungsprozess, der es dem Ergotherapeuten ermöglicht, das zu tun, was in einer gegebenen Situation als das Beste gilt. Ethisches Reasoning kann eine wichtige Rolle spielen, wenn es darum geht, die „richtige“ Entscheidung zu treffen. Das ethische Reasoning-Modell, das im aktuellen Code of Ethics beschrieben ist, kann dabei nützlich sein. Professionelles Reasoning sorgt auch dafür, dass neue Informationen mit vorhandenem Wissen und Erfahrung kombiniert werden. In unserer Zeit werden neue Informationen immer schneller verfügbar und neue Entwicklungen folgen in immer kürzeren Abständen aufeinander. Unter diesen Voraussetzungen ist ein kompetentes professionelles Reasoning die Grundlage dafür, dass neues Wissen in das vorhandene integriert werden kann, um dann zu entscheiden, wann und wie es genutzt wird. Darüber hinaus sehen sich im heutigen Gesundheitssystem immer mehr Ergotherapeuten dazu verpflichtet, die Qualität ihrer Versorgung zu rechtfertigen. Diese Rechenschaftspflicht betrifft sowohl das Betätigten als auch den zugrunde liegenden Denkprozess, und auch hier spielt das professionelle Reasoning eine wichtige Rolle. Daher verdient es in der Praxis, in Bildung und Forschung höchste Aufmerksamkeit. Allerdings handelt es sich um ein sehr komplexes Thema und es wird viel über die Formen des Reasonings und ihre Umsetzung in Ausbildung und Praxis diskutiert.

Dazu einige Beispiele: Seit Mattingly und Flemings Untersuchungen von 1994 ist viel über das professionelle Reasoning in der Ergotherapie geschrieben worden. Die Art und Weise, wie in der Ergotherapie zwischen verschiedenen Formen des professionellen Reasonings unterschieden wird, hat einige Kritiker auf den Plan gerufen (Robertson 2012). Beispielsweise stellen Chapparo und Ranka (2000) die Art und Weise infrage, wie diese Formen entstanden sind. Die Beschreibungen stammen von Forschern wie Mattingly und Fleming (1994), welche die Berichte aus der beruflichen Praxis von Ergotherapeuten interpretierten. Chapparo und Ranka (2000) fragen sich, ob die Beschreibungen verschiedener Reasoning-Formen

nicht mehr als ein Spiegelbild der unterschiedlichen Wissensgebiete dieser Untersucher sind. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass es bei den Formen des professionellen Reasonings zu sehr um die Frage geht, warum das Reasoning für Ergotherapeuten wichtig ist, nicht aber darum, wie genau das denn geht (Roberts 1996). Robertson (2012) sieht im Reasoning einen Prozess des Problemlösens und Reflektierens über Lösungen (empirische analytische Perspektive). Eine wichtige Ergänzung dieser Diskussion ist die Verknüpfung der Reasoning-Formen mit dem empirisch-analytischen und interpretativen Bezugsrahmen. Die Betrachtung der Ergotherapie als Two-body-Practice würde vor allem die beiden unterschiedlichen Wege des professionellen Reasonings von Ergotherapeuten veranschaulichen. Diese Two-body-Practice wäre auch die Stärke der Ergotherapie. Für das politische Reasoning ist aber auch der kritisch-emanzipatorische Bezugsrahmen eine relevante Perspektive. Ob diese Perspektive zu einer anderen Art des Reasoning oder vor allem zum Nachdenken über andere Sachverhalte führt, wäre ein interessantes Thema für die Forschung.

Auch der Fokus aktueller Formen des professionellen Reasoning auf die Versorgung von Klienten ist ein Diskussionspunkt. Das Reasoning des Ergotherapeuten geht weiter und bezieht sich auch auf das Betätigten im Hinblick auf Organisationen oder den Kontext (z.B. das Wohnviertel und die Partizipationsgesellschaft). Entscheidungen über die Versorgungsqualität, die Politik, Entwicklungen wie der direkte Zugang zur Ergotherapie, die Anwendung und Umsetzung von Leitlinien, die (kontinuierliche) Weiterentwicklung von Fachkenntnissen und die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen können ebenfalls systematisch rationalisiert werden und sind Teil des Rahmens, in dem die Versorgung angeboten wird. Es stellt sich die Frage, ob die aktuellen Reasoning-Formen ausreichen, um das professionelle Reasoning von Ergotherapeuten in einem breiteren Kontext zu beschreiben.

Das professionelle Reasoning ist eine wichtige Quelle für die individuelle und kollektive berufliche Entwicklung und damit auch für die ergotherapeutische Ausbildung. Um den Studierenden die Praxis der Ergotherapie zu vermitteln, reicht es nicht aus, Theorie und Wissenschaft zu lehren. Die Vermittlung der ergotherapeutischen Denkweise erfordert die Kenntnis und Analyse ihres professionellen Reasonings. Es sind noch viele Fragen offen, wie z.B. welche Beachtung in der Ergotherapieausbildung dem empirisch-analytischen und dem interpretativen Reasoning geschenkt werden sollte. Könnte man z.B. Gründe dafür finden, dass ein Curriculum der Ergotherapie dem prozeduralen Reasoning ebenso viel Aufmerksamkeit schenken sollte wie dem interpretativen und narrativen Reasoning?

Kuiper stellt in „Het beroep ergotherapie“ eine Überbetonung des interpretativen Bezugsrahmens fest, mit der eine Unterbewertung des empirisch-analytischen Bezugs-

rahmens für das professionelle Reasoning einhergeht, die auch in der Bildung zu beobachten ist. Die Studierenden scheinen sich bei der Formulierung mehrerer Hypothesen, die sich auf Krankheitsbeschreibung, Klientenperspektive, Therapeutenperspektive und Zukunftsperspektive stützen können, schwer zu tun (Kuiper 2011). Gleichzeitig wird angeregt, dass ergotherapeutische Berufsanfänger mehr Wert auf das prozedurale, „therapeutische“ Reasoning legen und Experten mehr aus der Klientenperspektive denken und handeln sollten (interpretatives und narratives Reasoning; Unsworth 2001). Daraus lässt sich ableiten, dass auch die Ausbildung stärker auf interpretatives und narratives Reasoning ausgerichtet sein sollte, um die Entwicklung des Denkens aus der Klientenperspektive anzuregen. Dies stünde auch im Einklang mit der verstärkten Betonung der Verantwortung des Klienten oder Bürgers. Oder stellt sich das interpretative und narrative Reasoning mit den Jahren und mit zunehmender Arbeits- und Lebenserfahrung von selbst ein?

25.6 Zusammenfassung

Das professionelle Reasoning ist der Prozess der systematischen Entscheidungsfindung, der auf einem nachweisbaren professionellen Bezugsrahmen basiert, der sowohl subjektive als auch objektive Daten zur Planung, Umsetzung und Bewertung des Therapieprozesses nutzt. Dies geschieht sowohl im Vorfeld als auch während und nach Abschluss dieses Prozesses. Die Ergotherapie ist eine Two-body-Practice: Das professionelle Reasoning der Ergotherapie basiert auf dem Reasoning aus einem empirisch-analytischen und einem interpretativen Bezugsrahmen. Innerhalb dieser beiden Perspektiven werden verschiedene Formen des Reasonings unterschieden. In diesem Kapitel ging es um das narrative, interaktive, prozedurale, pragmatische, konditionale und ethische Reasoning. Der Abschnitt zum politischen Reasoning zeigt, dass ein professionelles Reasoning auch aus einer kritisch-emanzipatorischen Perspektive heraus möglich ist.

Professionalität erfordert ein professionelles Urteilsvermögen und fundierte Entscheidungen. Eine professionelle Entscheidungsfindung kann als Endergebnis des professionellen Reasonings angesehen werden. Bei der Entscheidungsfindung werden die Klientenperspektive, die Therapeutenperspektive und die Evidenzperspektive gegeneinander abgewogen und integriert. Das professionelle Reasoning und die Selbstreflexion sind in der Literatur oft miteinander verknüpft. Ein gut reflektierender Ergotherapeut ist in der Lage, Situationen des Berufsalltags in Lernmomente zu verwandeln. Dies geschieht, indem man eine innerliche Distanz zu den eigenen Handlungen während oder nach einer Situation (reflection in action bzw. on action) schafft und sich selbst Fragen darüber stellt, was passiert ist und was die eigenen Überlegungen dabei waren.

25.7 Literatur

- Andriessen D. Praktisch relevant én methodisch grondig? Dimensies van onderzoek in het hbo. Openbare les. Utrecht: Hogeschool Utrecht; 2014.
- Baaijen R, Boon J, Pol M, Tigchelaar E. OPHI II-NL. Nederlandse handleiding voor het Occupational Performance History Interview. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2008.
- Bohlmeijer ET, Westerhof GJ, Emmerik-de Jong M. The effects of integrative reminiscence on meaning in life: Results of a quasi-experimental study. *Aging Ment Health* 2008;12(5):639–646.
- Boud D, Keogh R, Walker D. Reflection: Turning experience into learning. London: Kogan Page; 1985.
- Boyt-Schell BA, Cervero RM. Clinical reasoning in occupational therapy: An integrative review. *Am J Occup Ther* 1993;47:605–610.
- Boyt-Schell BA. Clinical reasoning: the basis of practice. In: Blesedell-Crepeau E, Cohn ES, Boyt-Schell BA (Hrsg.). Willard & Spackman's occupational therapy. 10. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Boyt-Schell BA. Professional reasoning in practice. In: Boyt-Schell BA, Gillen G, Scaffa ME, Cohn ES (Hrsg.). Willard & Spackman's occupational therapy. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Boyt-Schell BA, Schell JW. Clinical and professional reasoning in occupational therapy. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Chapparo C, Ranka J. Clinical reasoning in occupational therapy. In: Higgs J, Jones M (Hrsg.). Clinical reasoning in the health professions. 2. Aufl. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2000.
- Christiansen CH, Baum CM, Bass JD. Occupational therapy: performance, participation, and well-being. Thorofare (NJ): Slack; 2015.
- Cole MB, Creek J. Global perspectives in professional reasoning. Thorofare (NJ): Slack Incorporated; 2016.
- Creek J, Lawson-Porter A. Contemporary Issues in Occupational Therapy: Reasoning and Reflection. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 2007.
- Daniëls R, Vogelzang F, Boer J den. Handreiking gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken; 2015. <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/nieuws/1510-gezamenlijke-besluitvorming-over-doelen-en-zorgafspraken-handreiking/1510-gezamenlijke-besluitvorming-over-doelen-en-zorgafspraken-handreiking/Gezamenlijke+besluitvorming+over+doelen+en+zorgafspraken+%28handreiking%29.pdf>
- Daniëls R, Winding K, Borell L. Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation. Dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation. *Scand J Occup Ther* 2002;9:167–175.
- Edwards I, Kessel G van, Jones M, Beckstead J, Swisher LL. The development of moral judgment and organization of ethical knowledge in final year physical therapy students. *Physical Therapy Reviews* 2012;17(3):157–166.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine* 2012;27(10):1361–1367.
- Engelbert R, Wittink H. Inleiding. In: Engelbert R, Wittink H. Klinisch redeneren volgens de HOAC II. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2010.
- Fleming MH. The therapist with the three-track mind. *Am J Occup Ther* 1991;45:1007–1014.
- Groen M. Effectief handelen door reflectie: Bekwamer worden als professional. Groningen: Wolters-Noordhoff; 2008.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Heijnsman A, Bernards N. Klinisch redeneren. In: Kuiper C, Balm M. Paramedisch handelen: Het ontwikkelen van beroepsattitudes. Utrecht: Lemma; 2001.
- Higgs J, Jones M. Clinical reasoning. In: Higgs J, Jones M (Hrsg.). Clinical reasoning in the health professions. 2. Aufl. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2000.
- Higgs J, Jones M. Clinical decision making and multiple problem spaces. In: Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N (Hrsg.). Clinical reasoning in the health professions. 3. Aufl. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2008.

- Hocking C, Ness NE. Revised minimum standards for the education of occupational therapists. Forrestfield, Western Australia: World Federation of Occupational Therapists; 2002.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D et al. How should we define health? *MJ* 2011;343:4163.
- Jones M, Higgs J. Will evidence-based practice take the reasoning out of practice? In: Higgs J, Jones M (Hrsg.). *Clinical reasoning in the health professions*. 2. Aufl. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2000.
- Kielhofner G. *Model of human occupation: Theory and application*. 4. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy*. 4. Aufl. Philadelphia (PA): FA Davis; 2009.
- Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai JS. Psychometric properties of the second version of the occupational performance history interview (OPHI-II). *Am J Occup Ther* 2001;55(3):260–67.
- Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A et al. Occupational Performance History Interview-II. (OPHI-II): Version 2.1. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 2004.
- Kronenberg F, Pollard N. Overcoming occupational apartheid: Preliminary exploration of the political nature of occupational therapy. In: Kronenberg F, Algado SS, Pollard N (Hrsg.). *Occupational therapy without borders*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005:58–87.
- Kronenberg F, Pollard N. Political dimensions of occupation and the roles of occupational therapy. *Am J Occup Ther* 2006;60(6):617–625.
- Kuiper C. Professioneel redeneren in de ergotherapie 20 jaar later: Tijd voor revitalisering van het hypothetisch-deductief denken? *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2011;4(1):49–62.
- Kuiper C, Verhoef J, Munten G. Evidence-based practice voor paramedici: Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016.
- Leeuw M de, Saenger S, Vanlaerhoven I, Vries-Uiterweerd A de. *Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2015.
- Lidal IB, Huynh TK, Biering-Sørensen F. Return to work following spinal cord injury: A review. *Disability & Rehabilitation* 2007;29(17):1341–1375.
- Mallinson T, Kielhofner G, Mattingly C. Metaphor and meaning in a clinical interview. *Am J Occup Ther* 1996;50:338–346.
- Mattingly C, Fleming MH. *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia (PA): FA Davis; 1994.
- Mattingly C. The narrative nature of clinical reasoning. *Am J Occup Ther* 1991a;45(11):998–1005.
- Mattingly C. What is clinical reasoning? *Am J Occup Ther* 1991b;45(11):979–986.
- McAllister L, Rose M. Speech-language pathology students: Learning clinical reasoning. In: Higgs J, Jones M (Hrsg.). *Clinical reasoning in the health professions*. 2. Aufl. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2000.
- Neistadt ME. Teaching strategies for the development of clinical reasoning. *Am J Occup Ther* 1996;50(8):676–684.
- Pollard N, Kronenberg F. Working with people in the margins. In: Creek J, Lougher L (Hrsg.). *Occupational therapy and mental health*. 4. Aufl. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.
- Pollard N, Kronenberg F, Sakellariou D. *A political practice of occupational therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.
- Pot AM, Melenhorst A, Onrust S, Bohlmeijer ET. (Cost)effectiveness of life review for older adults: Design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2008;8:211.
- Roberts AE. Clinical reasoning in occupational therapy: Idiosyncrasies in content and process. *Br J Occup Ther* 1996;59:372–376.
- Robertson L. *Clinical reasoning in occupational therapy: controversies in practice*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
- Robertson DM. Critical thinking and clinical reasoning in new graduate occupational therapists: a phenomenological study; 2012. <http://openair.rgu.ac.uk>
- Scanlan JW, Hancock N. Online discussions develop students' clinical reasoning skills during fieldwork. *Aust Occup Ther J* 2010;57:401–408.
- Schön DA. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
- Schwartzberg S. *Interactive Reasoning in the Practice of Occupational Therapy*. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 2002.
- Taylor C. What is evidence-based practice? *Br J Occup Ther* 1997;60(11):470–474.
- Taylor RR. The intentional relationship. *Occupational therapy and use of self*. Philadelphia: FA Davis Company; 2008.
- Trenaman LM, Miller WC, Escorpizo R, SCIRE Research Team. Interventions for improving employment outcomes among individuals with spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord* 2014;52(11):788–794. doi:10.1038/sc.2014.149.
- Unsworth CA. The clinical reasoning of novice and expert occupational therapists. *Scand J Occup Ther* 2001;8:163–173.
- Unsworth CA. Clinical Reasoning: How do worldview, pragmatic reasoning and client-centredness fit? *Br J Occup Ther* 2004;67(18):10–19.
- Unsworth CA, Baker A. A systematic review of professional reasoning literature in occupational therapy. *Br J Occup Ther* 2015.
- Valtonen K, Karlsson A, Alaranta H, Viikari-Juntura E. Work participation among persons with traumatic spinal cord injury and meningocele. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2006;38(3):192–200.
- Verhoef J, Kuiper C, Munten G. De methodiek van evidence-based practice. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G. *Evidence-based practice voor paramedici: Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming*. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016.
- Visser E, Beishuizen Y. *Clinical reasoning. Zorg op Maat*. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut; 2001.
- Vos J. Reflecteren. In: Kuiper C, Balm M. *Paramedisch handelen: Het ontwikkelen van beroepsattitudes*. Utrecht: Lemma; 2001.
- WFOT. Position paper on community based rehabilitation. Perth, Australia: World Federation of occupational therapists; 2004. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- WFOT. Position statement on human rights. Perth: World Federation of Occupational Therapists; 2006. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- WFOT. Position statement on human displacement (revised). Perth: World Federation of Occupational Therapists; 2014. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

26 Gesundheitsförderung und Veränderung des Betätigens

Marieke Werrij, Marluuke Jakobs

Mit besonderem Dank an Stijn De Baets für seine Ideen zur Integration der flämischen Perspektive in dieses Kapitel und an Ramon Daniels, Mitautor dieses Kapitels in „Grondslagen van de ergotherapie“, 3. Auflage (2012).

„Gesundheitsförderung ist der Prozess, der es den Menschen ermöglicht, ihre Gesundheit stärker zu kontrollieren und zu verbessern.“

WHO (1986)

„Kleine Veränderungen können schließlich große Folgen zeitigen.“

thegoodvibe.com

Keywords

- Gesundheit
- Gesundheitsförderung
- Prävention
- Verhaltensdeterminanten
- Verhaltensänderung
- Motivational Interviewing
- Selbstmanagement
- Intervention Mapping

Herr Hahn

Herr Hahn ist 65 Jahre alt und lebt allein. Über seinen Hausarzt kam er mit dem Ergotherapeuten in Kontakt. Herr Hahn weist darauf hin, dass wegen seines Rheumas und der COPD Duschen und Einkaufen eine Herausforderung darstellen. Die Abnahme des COPM zeigt, dass auch das Besuchen eines engen Freundes mit Schwierigkeiten verbunden ist. Herr Hahn möchte diese drei Betätigungen weiterführen können, sodass sie als seine Ziele formuliert werden. Die Ergotherapeutin fragt Herrn Hahn, ob er darüber aufgeklärt werden möchte, wie er bei zukünftigen Betätigungen Beeinträchtigungen aus dem Weg gehen kann, was Herr Hahn bejaht. Mithilfe von Bildern erklärt die Ergotherapeutin den Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und der Entwicklung von Beeinträchtigungen. Sie sagt zum Beispiel, dass ältere Menschen mit ausreichender täglicher körperlicher Aktivität ein geringeres Risiko für Beeinträchtigungen haben, dass Stürze ein Risiko für die Entwicklung von Behinderungen darstellen und dass ein gutes soziales Netzwerk wiederum vor der Entwicklung von Beeinträchtigungen schützt.

Herr Hahn hat dazu noch einige Fragen. Gemeinsam erörtern sie die Möglichkeiten, wie das Sturzrisiko verringert werden kann und wie sich z. B. über den Gang zum Supermarkt zugleich mehr körperliche Bewegung in den Alltag einbringen lässt. Zudem untersuchen sie zusammen die Faktoren, die das Betätigen von Herrn Hahn beeinflussen. Auf der Grundlage dieser gemeinsamen Analyse beschloss Herr Hahn auch, Ziele zur Sturzprävention und zur vermehrten körperlichen Bewegung zu formulieren.

26.1 Einleitung

Die Ergotherapie zielt darauf ab, Menschen in die Lage zu versetzen, an den für sie bedeutungsvollen Aktivitäten des täglichen Lebens teilzunehmen. Sie tun dies, indem sie die Möglichkeiten der Menschen und ihres Systems oder von Organisationen im Hinblick auf die Durchführung von Aktivitäten erhöhen oder die Umwelt anpassen (Hartingsveldt et al. 2010). Der Ergotherapeut beeinflusst somit durch Optimierung des Betätigens die Lebensqualität des Klienten. Untersuchungen haben gezeigt, dass das Betätigen – neben etwa körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung – ein weiterer wichtiger Faktor für ein gesundes Leben ist (Bass et al. 2015). Wilcock und Hocking (2015) und van Hartingsveldt (2016) betonen deshalb, dass es wichtig ist, die Gesundheit auch aus der Perspektive des Betätigens zu betrachten, denn viele Gesundheitsfragen haben mit dem zu tun, was man tut oder nicht tut. Indem der Ergotherapeut zur Durchführung bedeutungsvoller Aktivitäten beiträgt, spielt er auch eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung.

Dieses Kapitel nimmt zunächst die Begriffe „Gesundheit“, „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ etwas genauer unter die Lupe. Dabei wird die Aufmerksamkeit, die der Gesundheit und der Gesundheitsförderung zuteilwird, auch aus historischer Sicht beleuchtet. Zudem wird der Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und Ergotherapie beschrieben und der Begriff der betätigungsorientierten (occupation-focused) Gesundheitsförderung eingeführt.

Anschließend wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit, Alltagsaktivitäten und Verhalten diskutiert. Gesundheitsförderung – auch durch Veränderung des Betätigens – hat viel mit Verhaltensänderung zu tun. Die Kenntnis der Faktoren, die das Verhalten beeinflussen, ist daher unerlässlich. Es wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten Determinanten des Verhaltens gegeben. Auch

die Theorien und Modelle, die der Ergotherapeut beim Coaching von Klienten zur Veränderung des Betätigten anwenden kann, finden Beachtung.

Schließlich wird ein Blick auf die Gesundheitsförderung in der ergotherapeutischen Praxis geworfen. Was bedeutet das für die individuelle Ansprache des Klienten? Und welche Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten werden vom Ergotherapeuten verlangt, wenn die Gesundheitsförderung nicht auf der Ebene des einzelnen Klienten, sondern auf der Ebene einer Gruppe oder der Nachbarschaftsgemeinschaft erfolgt? Neben der Beantwortung dieser Fragen bietet der letzte Teil dieses Kapitels ein Modell, das Orientierungshilfen für die Interventionsentwicklung auf der Ebene des Individuums und der Population bietet. Es ist wichtig, daran zu denken, dass vieles, was ein Ergotherapeut in der täglichen Praxis tut, unter den Begriff Gesundheitsförderung fällt. Dies zeigt sich auch daran, dass in mehreren Kapiteln dieses Buches praktische Beispiele aufgeführt sind, bei denen die Gesundheitsförderung ein wesentliches Merkmal ist. Das Ziel des vorliegenden Kapitels ist zu verdeutlichen, was (ergotherapeutische) Gesundheitsförderung bedeutet und welche Konzepte und Modelle aus anderen Bereichen – auch aus der Psychologie – vom Ergotherapeuten genutzt werden können, um im Hinblick auf gesundheitsfördernde Interventionen zu fundierten Entscheidungen zu kommen.

26.2 Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung

Bevor das Konzept der Gesundheitsförderung zur Sprache kommt, ist es wichtig, über die Begriffe Gesundheit und Prävention nachzudenken. Das Gesundheitswesen hat in den letzten Jahrzehnten viele Entwicklungen durchlaufen. Das Prinzip, dass Menschen krank werden und krank sind, hat lange Zeit dominiert. „Heilung“ galt als bester Weg, die Gesundheit von Menschen zu verbessern. Diese klassische Denkweise wird oft als „medizinischer Ansatz“ bezeichnet. Dieses Denken veränderte sich, als klar wurde, dass die Medizin für manche Gesundheitsfragen keine Lösung hatte. Es entstand eine neue, multifaktorielle Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit aus biologischer, psychologischer und sozialer Sicht, nämlich durch Förderung der Gesundheit. Dies bedeutet, dass Anstrengungen unternommen werden, um die Chance auf Gesundheit zu optimieren und den Einfluss negativer Faktoren für die Gesundheit zu verringern oder nach Möglichkeit ganz zu beseitigen (Sassen 2016). Dieser so genannte „humanistische Ansatz“ wurde erstmals 1948 von der WHO mit der folgenden Definition des Gesundheitsbegriffs übernommen: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ („Health is a state of complete physical,

mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“; WHO 1948)

Diese Definition hat einige Nachteile. Der beschriebene Zustand ist ein schwer zu objektivierendes und unmöglich zu erreichendes Ideal. Darüber hinaus berücksichtigt sie nicht die Möglichkeiten und/oder Beeinträchtigungen von Einzelpersonen oder Gruppen (z.B. Menschen mit Behinderungen; Wilcock u. Hocking 2015). Sassen (2016) schlägt daher eine dynamischere Vision von Gesundheit vor, wobei der Schwerpunkt auf der Anpassungsfähigkeit des Menschen liegt und die Gesundheit unter objektiven und subjektiven Gesichtspunkten beschrieben wird. In dieser Vision wird Gesundheit sozusagen als „im Gleichgewicht sein“ verstanden. Sassen (2016) betont, dass diese dynamische Vision für die Gesundheitsberufe wichtig ist, weil sie die Anpassungsfähigkeit des Einzelnen und sein Selbstmanagement betont. Seitdem wurde die erwähnte WHO-Definition der Gesundheit von 1948 regelmäßig kritisiert, aber nicht verändert, bis Machteld Huber 2011 ein neues Gesundheitskonzept einführte. Huber spricht von „positiver Gesundheit“: „... die Fähigkeit, sich angesichts sozialer, physischer und emotionaler Herausforderungen anzupassen und selbst zu managen“ (Huber 2014, Huber et al. 2016).

In dieser Definition stehen die Anpassungsfähigkeit und die Fähigkeit, die eigenen körperlichen, emotionalen und sozialen Herausforderungen des Lebens zu bewältigen, im Vordergrund. Für Huber ist Gesundheit etwas, das auch neben einer Krankheit existieren kann. Die bereits erwähnte dynamische Sicht auf die Gesundheit steht im Einklang mit Hubers Definition. Ein gesundheitsbezogenes Konzept ist das Wohlbefinden. Dieser Begriff kann definiert werden als subjektive Beurteilung der Gesundheit, die keine biologischen Faktoren berücksichtigt, sondern stattdessen Fragen wie Selbstwertgefühl und Zugehörigkeit zu einer Gruppe (soziale Integration oder Zugehörigkeit). Wohlbefinden wird auch als angenehmes psychisches Erleben bezeichnet und ist mit dem Begriff Flow verbunden (Wilcock u. Hocking 2015).

Prävention wird in der Literatur definiert als „die Gesamtheit aller Maßnahmen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems, die auf den Schutz und die Förderung der Gesundheit durch die Verhinderung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen abzielen“ (Mackenbach u. Stronks 2012). Der Begriff der Prävention ist sehr weit gefasst und kann sich auf Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz oder Krankheitsprävention konzentrieren. Die Förderung von gesundem Verhalten steht im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt des Gesundheitsschutzes steht der Schutz der Bevölkerung vor Risikofaktoren. Dabei spielen Gesetze und Verordnungen eine wichtige Rolle. Die Krankheitsprävention betrifft die Prävention einer bestimmten Krankheit oder eines bestimmten Gesundheitsproblems (KNMG 2015, Mackenbach u. Stronks 2012, Sassen 2016).

Die WHO definierte 1986 Gesundheitsförderung so: „... ein Prozess, der Einzelpersonen, Organisationen und

Gemeinschaften in die Lage versetzt, die Kontrolle über die Faktoren zu erlangen, die ihre Gesundheit beeinflussen, damit sie ihren Gesundheitszustand verbessern können“ (WHO 1986).

Diese Definition zeigt, dass Gesundheitsförderung ebenfalls ein weit gefasster Begriff ist, bei dem Gesundheit mehr ist als nur die Abwesenheit von Krankheit. Darüber hinaus zeigt die Definition, dass die Gesundheitsförderung nicht nur mit Veränderungen auf individueller Ebene, sondern auch mit Anpassungen auf ökologischer und politischer Ebene verbunden ist.

Die Grundsätze dazu wurden 1986 von der WHO in der Ottawa-Charta (WHO 1986) festgelegt. Diese Charta legt fünf Strategien zur Gesundheitsförderung fest: (1) Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, (2) gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, (3) Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktion, (4) Entwicklung persönlicher Kompetenzen und (5) Gesundheitsdienste neu orientieren. Für Gesundheitsförderer bedeutet dies, dass sie sich für positive Veränderungen gesundheitsbeeinflussender Faktoren einsetzen (advocate), dass sie jedem Einzelnen ermöglichen (enable), den für ihn optimalen Gesundheitszustand zu erreichen und dass sie zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Interessen zugunsten der Gesundheit vermitteln. Die Prinzipien der Ottawa-Charta haben seither die Gesundheitspolitik weltweit beeinflusst.

26.3 Gesundheitsförderung und Ergotherapie

26.3.1 Der Zusammenhang zwischen dem Betätigen und der Gesundheit

Der erste Satz der Definition der Ergotherapie durch die WFOT zeigt sofort, dass ein Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und Ergotherapie besteht. „Die Ergotherapie ist ein Beruf, der sich mit der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigungen beschäftigt.“ In der Einleitung zu diesem Kapitel wurde bereits betont, dass das Betätigen ein wichtiger Faktor für ein gesundes Leben ist. Die meisten Menschen sind sich jedoch kaum darüber im Klaren, dass „nur etwas tun“ ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinflusst (Hartingsveldt 2016). Betrachtet man die Tätigkeit von Ergotherapeuten, so zeigt sich, dass die Gesundheitsförderung in fast allen Bereichen der Ergotherapie eine Rolle spielt. Die Ergotherapie basiert auf der Annahme, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Betätigen einerseits und Gesundheit und Wohlbefinden auf der anderen Seite gibt (Wilcock u. Hocking 2015) und dass die Teilhabe an bedeutungsvollen Aktivitäten die Gesundheit fördern, erhalten und wiederherstellen kann (Yerxa 1998). Der amerikanische Ergotherapieverband AOTA unterstützt und

stimuliert die Rolle von Ergotherapeuten in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen. Der Verband nennt drei Rollen, die Ergotherapeuten in diesem Bereich einnehmen können:

- Stimulierung eines gesunden Lebensstils
- Betonung des Betätigens als wesentliches Element gesundheitsfördernder Maßnahmen
- Interventionsangebote sowohl für Einzelpersonen als auch für Gruppen (AOTA 2008).

Wilcock und Hocking (2015) beschrieben die Dimensionen des Betätigens und ihre wechselseitigen Beziehungen: Im Betätigen geht es um die eigentliche Betätigung (doing), durch die sich das Individuum entwickeln kann (becoming). Dadurch „ist“ das Individuum tatsächlich jemand (being) und dieses „Tun“ vermittelt ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe (belonging). Diese vier Dimensionen tragen dazu bei, körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden bei der Ausübung der täglichen Aktivitäten zu erfahren. Wilcock et al. (2015) betonen, dass diese Dimensionen – Tun, Sein, Zugehörigkeit und Entwicklung – primäre Elemente des Lebens sind und dass Gesundheit nicht das (Haupt-)Ziel des Lebens ist, sondern auch ein Nebenprodukt sein kann. Gesundheit kann für Menschen ein Grund sein, sich zu betätigen, aber Betätigungen werden auch mit anderen Zielen und zur Befriedigung anderer lebenswichtiger Bedürfnisse durchgeführt. In dieser Hinsicht kann das Betätigen manchmal ungesund sein. Man denke etwa an einen jungen Menschen, der übermäßig Alkohol konsumiert, um sich an der Gesellschaft zu beteiligen.

Die Definition von Hubers „positiver Gesundheit“ weist viele Gemeinsamkeiten mit dem ergotherapeutischen Paradigma auf. Als Ergebnis der qualitativen Untersuchung beschrieb Huber sechs Säulen der „positiven Gesundheit“: das tägliche Funktionieren, die soziale Teilhabe, die Lebensqualität, die spirituelle Dimension, das geistige Wohlbefinden und die Körperfunktionen (► Abb. 26.1).

Mehrere dieser Säulen passen voll und ganz in die ergotherapeutische Gedankenwelt, wie z. B. das tägliche Funktionieren, die soziale Teilhabe und die Lebensqualität, aber auch die spirituelle Dimension, die als „Spiritualität“ u. a. in dem ergotherapeutischen Inhaltsmodell Canadian Model of Occupational Performance and Engagement eine wichtige Rolle spielt (CMOP-E; Townsend u. Polatajko 2013). Huber ist der Ansicht, dass dieser Pfeiler, der auch als „Bedeutung“ bezeichnet wird, eine sehr wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung spielt. In einem Interview äußerte sie sich dazu so: „Mit Bedeutung meine ich, dass ein Mensch versucht, das zu erreichen, was für ihn das Wichtigste im Leben ist, dass er es zum Kern seiner Existenz macht und sozusagen den Rest seines Lebens darum herum baut“ (Wildt 2015).

Das zeigt, dass sich die Definition der positiven Gesundheit nahtlos in das Berufsparadigma der Ergotherapie einfügt.

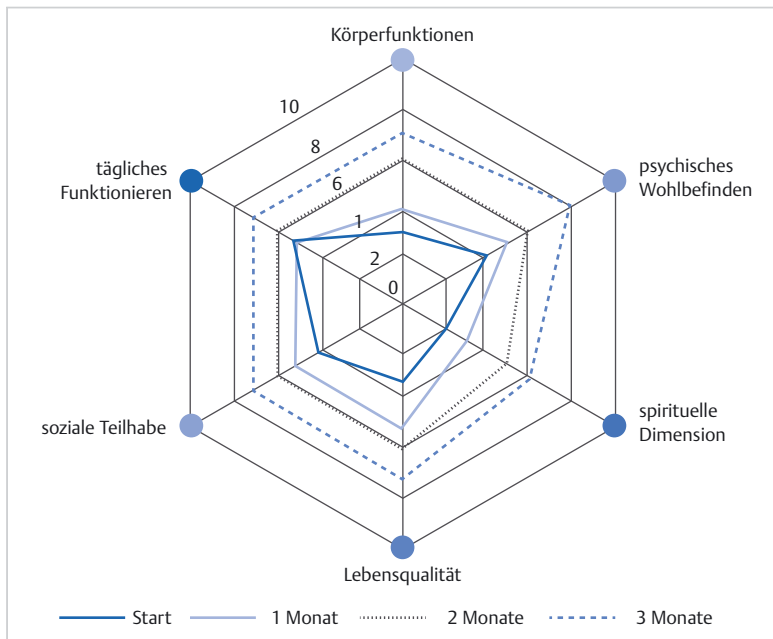


Abb. 26.1 Stützen einer positiven Gesundheit (Huber 2014).

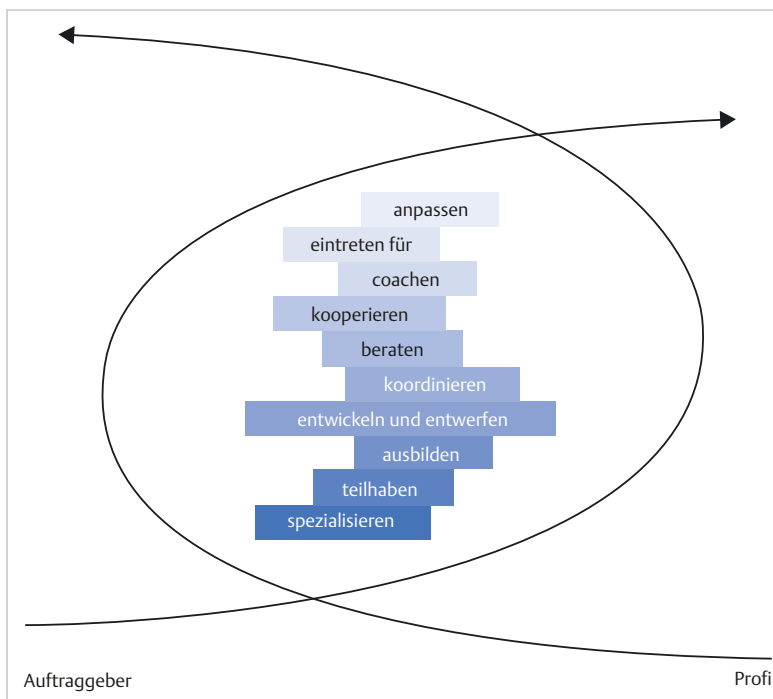


Abb. 26.2 Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE; Townsend et al. 2007).

Auch die Definition der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta (1986) weist viele Gemeinsamkeiten zum ergotherapeutischen Denken auf, einschließlich der dort vorgeschlagenen Ansätze zur Gesundheitsförderung. So wird z.B. beschrieben, dass Gesundheitsförderer Klienten in die Lage versetzen können (enable), einen optimalen Gesundheitszustand zu erreichen. Das ist natürlich sehr allgemein formuliert, aber das „Befähigen“ (enablement) gilt ja als eine Kernkompetenz des Ergotherapeuten. Townsend und Polatajko (2013) stellen das kanadische Modell des Client-Centered Enablement (CMCE) vor

(► Abb. 26.2), das die sogenannten Enablement Skills beschreibt, die Ergotherapeuten als Leitfaden für das Betätigen von Klienten nutzen können. Beispiele für Enablement Skills sind Coaching (coach), Zusammenarbeit (collaborate), Wissensvermittlung (educate), aber auch das Eintreten für den Klienten (advocate).

Dies verdeutlicht, dass Ergotherapeuten durch ihre Expertise eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung spielen können, um ein sinnvolles Betätigen zu ermöglichen.

26.3.2 Prävention und betätigungsorientierte (occupation-focused) Gesundheitsförderung

Zu Beginn dieses Kapitels wurde der Begriff der Prävention aufgebracht, und es wurde darauf hingewiesen, dass sich eine Prävention auf die Gesundheitsförderung, den Gesundheitsschutz und die Krankheitsprävention konzentriert. Wilcock und Hocking (2015) sprechen von betätigungsorientierter (occupation-focused) Krankheitsprävention, wobei das Kranksein aus dem Blickwinkel z. B. eines Ungleichgewichts im Betätigen (occupational imbalance), fehlender Betätigungsmöglichkeiten (Betätigungsdeprivation, occupational deprivation), fehlender Entwicklungsmöglichkeiten oder der Langeweile betrachtet wird. Diese Faktoren können z. B. zu Stress, unbefriedigender Elternschaft oder zur Unzufriedenheit mit der Arbeit führen, kurz: zur Beeinträchtigung der Partizipation. Um solche Partizipationshindernisse zu vermeiden oder zu verändern, können ergotherapeutische Interventionen im Rahmen der betätigungsorientierten Prävention eingesetzt werden. Wilcock und Hocking (2015) thematisieren auch eine betätigungsorientierte Gesundheitsförderung. Dies bezieht sich auf alle Maßnahmen, die darauf abzielen, die Teilhabe des Einzelnen am Betätigen zu erhalten oder zu steigern und die sich daher positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken können (Fisher 2013). Eine betätigungsorientierte Gesundheitsförderung kann sich auf eine solide theoretische Basis auch aus der Occupational Science stützen. Immer mehr Studien belegen, dass eine solche Form der Gesundheitsförderung positive Effekte hat (Zingmark et al. 2015). Ergotherapeuten sind nämlich darauf spezialisiert, komplexe Zusammenhänge zwischen Menschen, ihren Betätigungen und ihrer Umwelt zu verstehen. Ein Ergotherapeut weiß um die Wichtigkeit von Gewohnheiten und Routinen für das Lernen und den Erhalt von gesundheitsförderlichem Verhalten und ist daher bestens geeignet, um im Rahmen der Gesundheitsförderung unterstützend zu wirken (AOTA 2014a).

Ein Beispiel für betätigungsorientierte (occupation-focused) Gesundheitsförderung

Zingmark et al. (2015) untersuchten verschiedene ergotherapeutische Interventionen, die sich auf die Gesundheitsförderung bei selbstständig (allein) lebenden älteren Menschen richteten, die im Betätigen Beeinträchtigungen erfuhren. Eine der Interventionen war individuell ausgelegt, wobei der Ergotherapeut zunächst mit dem Klienten die beeinträchtigte Betätigung identifizierte, z. B. nicht selbstständig mit dem Bus in die Stadt gelangen, um Freunde zu besuchen. Die Interventionen bestanden aus:

- Zusammenfassung der spezifischen Aufgaben, die mit dieser Tätigkeit verbunden sind, wie z. B. der Umgang mit der ÖPNV-Karte
- gemeinsam die notwendigen Maßnahmen zur Steigerung der Betätigungsperformanz (occupational performance) so zu konzipieren und umzusetzen, dass der Betroffene die Tätigkeit wieder aufnehmen kann, wie z. B. den Kauf einer ÖPNV-Karte über das Mobiltelefon.

Anschließend wurde geprüft, ob das Ziel, mit dem Bus selbstständig in die Stadt zu gelangen, erreicht wurde. Dies alles erfolgte in 3–8 Sitzungen über maximal zehn Wochen.

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention finden auf verschiedenen Ebenen statt (Wilcock u. Hocking 2015). Diese Ebenen finden sich auch in der allgemeinen Literatur zur Prävention und Gesundheitsförderung wieder (Brug et al. 2017a).

- Die Primärprävention zielt darauf ab, die Krankheit oder die gesundheitliche Beeinträchtigung zu verhindern. Diese Form richtet sich an gesunde Einzelpersonen oder Gruppen. Hierbei kann es um die Vorbeugung von Einsamkeit älterer Menschen, arbeitsbedingten Beeinträchtigungen bei Erwachsenen oder Fettleibigkeit bei Kindern gehen.
- Die Sekundärprävention konzentriert sich auf die Früherkennung von Krankheiten oder Gesundheitsproblemen. Das Screening ist ein wichtiger Bestandteil dieser Präventionsform, wie z. B. das Screening von Kindern zu Schreidschwierigkeiten. Ein Screening ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn es in der Folge auch eine adäquate Intervention gibt.
- Die Tertiärprävention hat die Reduktion von Chronifizierungen oder Rezidiven bei bestehenden Erkrankungen und/oder die Optimierung des Gesundheitszustandes im Rahmen der Möglichkeiten des Klienten zum Ziel. Ein Beispiel dafür ist ein Selbstmanagementprogramm für Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Wilcock und Hocking erwähnen auch die Quartärprävention, die darauf abzielt, die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen zu erhalten.

Es gibt Beispiele für ergotherapeutische Interventionen auf allen erwähnten Ebenen.

Ein multidisziplinäres Präventionsprogramm zur Vorbeugung von lumbalen Rückenschmerzen bei Professionals im Gesundheitswesen (Kos et al. 2010) ist ein Beispiel für eine Primärprävention. In diesem Programm nutzt der Ergotherapeut das Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al. 2014), um eine Bestandsaufnahme der möglichen Schwierigkeiten beim Betätigen und/oder der Risikofaktoren für LWS-Beschwerden vorzunehmen. In vier Sitzungen klärt der Ergotherapeut die Gruppe über verschiedene ergonomische Prinzi-

prien auf (Kos et al. 2010). Eine weitere Intervention mit Schwerpunkt auf der primären Gesundheitsförderung ist das Healthy Active Ageing Programme, das sich an (relativ) gesunde ältere Menschen richtet und auf das American Lifestyle Redesign Program zurückgeht (Daniëls et al. 2006, Heijmans et al. 2011a, b).

Beispiele für eine Sekundärprävention in der Ergotherapie sind Sturzpräventionsprogramme (Marle et al. 2011) oder Präventionsprogramme für bei älteren Menschen entstehende Beeinträchtigungen (Daniëls et al. 2011), für Angehörigenpfleger (Leven et al. 2007) oder ein ergotherapeutisches Selbstmanagementprogramm für multimorbide Menschen mit Partizipationsschwierigkeiten (Garvey et al. 2015). „Kids on Track“ ist eine belgische Initiative, die sich an Kinder mit einem hohen Risiko für Schulschwierigkeiten und soziale Auffälligkeiten richtet (Vandebriel u. Lee 2011). Das Programm setzt bei Grundschulkindern mit Verhaltensauffälligkeiten an. Es konzentriert sich auf erfahrungsorientiertes Lernen durch „Wildnis- und Abenteueraktivitäten“ (z. B. Zelten, Zusammensein in der Natur, abenteuerliche Aktivitäten) und basiert ebenfalls auf kognitiven therapeutischen Techniken. Ergotherapeuten sind aufgrund ihrer Fokussierung auf die täglichen Aktivitäten in das Programm eingebunden (Vandebriel u. Lee 2011). In dem Buch „Occupational Therapy in the promotion of health and wellness“ (Scaffa et al. 2010) beschreiben mehrere vorwiegend amerikanische Autoren die Möglichkeiten ergotherapeutischer Interventionen in Risikogruppen mit den Schwerpunkten auf Drogenprävention, Adipositasprävention und der Stimulation von Sport und körperlichen Aktivitäten.

Beispiele für ergotherapeutische Interventionen auf der Ebene der Tertiärprävention sind reichlich vorhanden. Hier ist z. B. ein Programm für Klienten mit ADHS zu nennen, bei dem sich die Anwendung ergonomischer Prinzipien und die Vermittlung von Atemtechniken bei der Ausübung von Tätigkeiten als positiv erwiesen hat (Apfels 2011). Auf der organisatorischen Ebene sind Ergotherapeuten an der schulischen Unterstützung beteiligt, um die Leitung und den Lehrkörper an Grundschulen bei der Ermöglichung integrativer Bildung zu unterstützen (Pitteljon 2011).

Im Falle der Quartärprävention kann man sich etwa vorstellen, sich um angemessene und komfortable Einrichtungen für Menschen in der Endphase des Lebens zu bemühen oder eine Bestandsaufnahme der Dinge zu machen, die eine Person in ihrem Leben noch tun möchte.

Die Aktivitäten der Ergotherapeuten fanden lange Zeit vor allem auf der Ebene der Quartär-, Tertiär- und Sekundärprävention statt, d. h. erst nach einer bereits eingetretenen Erkrankung bzw. Beeinträchtigung. In den letzten Jahren sind Ergotherapeuten zunehmend auch auf dem Gebiet der Primärprävention aktiv geworden, zum einen, weil die Bedeutung des Betätigens in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden weltweit immer mehr zunimmt, zum anderen aber auch aufgrund von Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung, wie z. B. der neuen Defini-

tion von Gesundheit. Die Primärprävention konzentriert sich auf den Erhalt der Gesundheit und die Vorbeugung von Krankheiten bei gesunden Personen oder Gruppen. Sie sollte daher auf einem stärker populationsbasierten (population-based) Ansatz beruhen, z. B. bei Arbeitsverhältnissen oder im Rahmen der kommunalen Arbeit. Ziel der populationsorientierten Gesundheitsförderung ist es, die Gesundheit der Bewohner eines Viertels oder einer Kommune zu verbessern. Im Mittelpunkt steht dabei das Konzept des Empowerment. Es geht darum, einen Prozess zu unterstützen, durch den Einzelpersonen und Gemeinschaften die Kontrolle über ihr eigenes Leben erlangen (Pender et al. 2009). Merkmale der populationsorientierten Gesundheitsförderung sind die Partizipation der Bewohner, die Nutzung des sozialen Netzwerks und die berufsübergreifende Zusammenarbeit (Harting et al. 2011). Ein Vorteil der kommunalen Arbeit besteht darin, dass die Gesundheitsförderung nicht nur auf den Einzelnen, sondern auch auf seine (soziale) Umwelt ausgerichtet ist. Die Gestaltung des populationsorientierten Ansatzes mit einer echten Partizipation der Zielgruppe, einem tatsächlich positiven Einsatz des sozialen Netzwerkes wird und einer fruchtbaren Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen, erweist sich in der Praxis als große Herausforderung (De Maeseneer et al. 2014, Harting et al. 2011).

Im Rahmen der Primärprävention ist es auch wichtig, dass Ergotherapeuten die Klienten im Hinblick auf eine gesunde Lebensweise (z. B. Alkoholkonsum, Bewegung, Ernährung) unterstützen, da dies auch mit den täglichen Aktivitäten der Menschen zusammenhängt. Es wurde bereits erwähnt, dass der Berufsverband der US-amerikanischen Ergotherapeuten die Förderung eines gesunden Lebensstils als wichtige Aufgabe der Ergotherapie betrachtet (AOTA 2008). Ihre Rolle dabei wird auch von einzelnen Ergotherapeuten betont (Cason 2012, Stoffel 2013). In den Niederlanden unterstreicht unter anderem das jüngste Perspektivpapier des GGZ-Ausschusses („Ausschuss des ergotherapeutischen Berufsverbandes zur psychosozialen Gesundheit“) des dortigen Ergotherapieverbandes die Bedeutung der Lebensstilberatung durch Ergotherapeuten. Dies basiert auf der Vorstellung, dass die Aufmerksamkeit für die soziale Teilhabe zu einem gesunden Lebensstil beitragen kann und dass der Ergotherapeut aufgrund seiner Kenntnisse über somatische und psychische Beeinträchtigungen dabei wertvolle Hilfestellungen bieten kann (Ammeraal et al. 2015). In ihrer Antrittsrede an der Universität Tilburg sprach Van de Goor (2011) über die neue Rolle von Lifestyle-Coaches, die eingesetzt werden, um Risikogruppen zu einem gesunden Lebensstil zu bewegen. Da bei dieser Aufgabe vor allem Kenntnisse und Fertigkeiten in der Begleitung und beim Coaching von Verhaltensänderungen und bei allem, was mit dem Betätigen verbunden ist, erforderlich sind, erscheinen Ergotherapeuten neben den Praxisassistenten (in den Niederlanden) und den Pflegekräften für die Funktion des Lifestyle-Coachs geradezu prädestiniert. Das Selbstmanagement spielt bei allen erwähnten Formen

und Beispielen für die Gesundheitsförderung durch Ergotherapeuten eine wichtige Rolle (s.a. Kasten „Das Selbstmanagement als wichtiger Begriff in der Gesundheitsförderung“).

Das Selbstmanagement als wichtiger Begriff in der Gesundheitsförderung

Ein wichtiges Konzept im Kontext der betätigungsorientierter (occupation-focused) Gesundheitsförderung ist das Selbstmanagement. Sein Ansatz besteht darin, dass die Klienten Strategien erlernen, mit denen sie sich selbst „managen“ können (Jedeloo u. Leenders 2010). Ein genauerer Blick auf die Funktion der Gesundheitsförderung (die es dem Einzelnen ermöglicht, seine Gesundheitsfaktoren zu kontrollieren, um seine gesundheitliche Situation zu verbessern) zeigt uns, dass die Aufmerksamkeit dabei explizit auf die Kapazitäten und Fertigkeiten des Klienten zur Überwachung und Förderung seiner eigenen Gesundheit gerichtet sein sollte. Die zunehmende Betonung der Gesundheitsförderung lenkt die Arbeit der Ergotherapeuten mehr in Richtung Selbstmanagement. In den Niederlanden haben sich Selbstmanagementprogramme für ältere Menschen mit leichter Depression (Jonkers u. Lamers 2010) und mit Sturzängsten (Zijlstra et al. 2009) als wirkungsvoll erwiesen. Diese Beispiele zeigen das Potenzial von Programmen, die sich auf die Fähigkeit zum Selbstmanagement konzentrieren. Ein weiteres Beispiel dafür ist die Promotionsarbeit des Ergotherapeuten Ton Satink, in der Empfehlungen zur Entwicklung effektiver Unterstützungsprogramme des Selbstmanagements nach Schlaganfall gegeben werden (Satinck 2016).

26.4 Die Rolle von Veränderung in der betätigungsorientierten (occupation-focused) Gesundheitsförderung

Gesundheitsfördernde Interventionen sind zumeist mit Veränderungen verbunden. Oftmals ändert sich aus Gründen der Gesundheitsförderung etwas im Betätigen des Klienten. Der kanadische Ergotherapeutenverband (CAOT) hat vier Formen der Veränderung beschrieben, für die das Betätigen als Mittel und Zweck eingesetzt werden kann:

- Entwicklung des Betätigens während des bisherigen Lebens
- Erhalt der Teilhabe an Betätigungen (Engagement), Gesundheit und Wohlbefinden
- Wiederherstellung von Betätigungsmustern, Kompetenzen und Basisfertigkeiten

- Prävention des Verlusts von bedeutungsvollen Aktivitäten.

Ausgehend von diesen vier Formen der Veränderung ergeben sich die folgenden Veränderungstypen in Bezug auf das Betätigen:

- Entwicklung des Betätigens
- Wiedererlernen des Betätigens
- effektiveres Betätigen
- sichereres Betätigen
- Erhalt des Betätigens
- Umgang mit dem Verlust des Betätigens.

Gesundheitsfördernde Interventionen können mit allen oben genannten Veränderungen in Verbindung gebracht werden.

Betätigungsorientierte Gesundheitsförderung mit dem Ziel „sichereres Betätigen“

Frau Schippers hat im vergangenen Jahr einen Hirnschlag erlitten, der vor allem in eine Hemiplegie mündete. Da sie gerne kocht, möchte sie diese Betätigung wieder aufnehmen. Sie stellt jedoch fest, dass sie angesichts ihrer Halbseitenlähmung nicht in der Lage ist, verschiedene tägliche Aktivitäten sicher durchzuführen, was bedeutet, dass sie zurzeit gar nicht mehr selbst kocht. Auch ihr Mann wies mehrmals darauf hin, dass ihm angst und bange werde, wenn er sieht, wie seine Frau in der Küche herumpfusche. Aktivitäten, die Frau Schippers schwerfallen, sind zum Beispiel: Hähnchenstücke mit einem großen Fleischmesser in Stücke schneiden und die gekochten Kartoffeln abschütten. Nachdem die Ergotherapeutin und Frau Schippers die Betätigungsfragen geklärt haben, macht sie einen Hausbesuch. Nach der Beobachtung der Aktivitäten bespricht die Ergotherapeutin mit Frau Schippers eine Reihe von Alternativen, die ausprobiert werden können. Ein Beispiel für das einfachere Abschütten ist z. B. das Aufsetzen des Topfes auf den Rand des Spülbeckens mit erst dann sich anschließendem Ausgießen, sodass es nicht nötig ist, den Topf während der Drehbewegung zum Schütten in der Luft zu halten. Außerdem werden verschiedene Werkzeuge besprochen, die für Frau Schippers das Kochen sicherer machen, wie z. B. ein Schneidebrett mit Saugnäpfen, damit es nicht mit den Geflügelstücken wegrutschen kann. Frau Schippers probiert nach Anleitung und Demonstration durch die Ergotherapeutin verschiedene Alternativen und Hilfsmittel aus. In Absprache mit der Ergotherapeutin wählt Frau Schippers die Ansätze aus, die ihren Wünschen und Fertigkeiten am besten entgegenkommen. Nach einiger Übung zeigt sich, dass Frau Schippers wieder kochen oder sich „sicherer betätigen“ kann. Die Tatsache, dass sie jetzt – in sicherer Weise – wieder eine Tätigkeit ausüben kann, die für sie von großer Bedeutung ist, kann als gesundheitsfördernd angesehen werden.

und Beispielen für die Gesundheitsförderung durch Ergotherapeuten eine wichtige Rolle (s.a. Kasten „Das Selbstmanagement als wichtiger Begriff in der Gesundheitsförderung“).

Das Selbstmanagement als wichtiger Begriff in der Gesundheitsförderung

Ein wichtiges Konzept im Kontext der betätigungsorientierter (occupation-focused) Gesundheitsförderung ist das Selbstmanagement. Sein Ansatz besteht darin, dass die Klienten Strategien erlernen, mit denen sie sich selbst „managen“ können (Jedelloo u. Leenders 2010). Ein genauerer Blick auf die Funktion der Gesundheitsförderung (die es dem Einzelnen ermöglicht, seine Gesundheitsfaktoren zu kontrollieren, um seine gesundheitliche Situation zu verbessern) zeigt uns, dass die Aufmerksamkeit dabei explizit auf die Kapazitäten und Fertigkeiten des Klienten zur Überwachung und Förderung seiner eigenen Gesundheit gerichtet sein sollte. Die zunehmende Betonung der Gesundheitsförderung lenkt die Arbeit der Ergotherapeuten mehr in Richtung Selbstmanagement. In den Niederlanden haben sich Selbstmanagementprogramme für ältere Menschen mit leichter Depression (Jonkers u. Lamers 2010) und mit Sturzängsten (Zijlstra et al. 2009) als wirkungsvoll erwiesen. Diese Beispiele zeigen das Potenzial von Programmen, die sich auf die Fähigkeit zum Selbstmanagement konzentrieren. Ein weiteres Beispiel dafür ist die Promotionsarbeit des Ergotherapeuten Ton Satink, in der Empfehlungen zur Entwicklung effektiver Unterstützungsprogramme des Selbstmanagements nach Schlaganfall gegeben werden (Satink 2016).

26.4 Die Rolle von Veränderung in der betätigungsorientierten (occupation-focused) Gesundheitsförderung

Gesundheitsfördernde Interventionen sind zumeist mit Veränderungen verbunden. Oftmals ändert sich aus Gründen der Gesundheitsförderung etwas im Betätigen des Klienten. Der kanadische Ergotherapeutenverband (CAOT) hat vier Formen der Veränderung beschrieben, für die das Betätigen als Mittel und Zweck eingesetzt werden kann:

- Entwicklung des Betätigens während des bisherigen Lebens
- Erhalt der Teilhabe an Betätigungen (Engagement), Gesundheit und Wohlbefinden
- Wiederherstellung von Betätigungsmustern, Kompetenzen und Basisfertigkeiten

- Prävention des Verlusts von bedeutungsvollen Aktivitäten.

Ausgehend von diesen vier Formen der Veränderung ergeben sich die folgenden Veränderungstypen in Bezug auf das Betätigen:

- Entwicklung des Betätigens
- Wiedererlernen des Betätigens
- effektiveres Betätigen
- sichereres Betätigen
- Erhalt des Betätigens
- Umgang mit dem Verlust des Betätigens.

Gesundheitsfördernde Interventionen können mit allen oben genannten Veränderungen in Verbindung gebracht werden.

Betätigungsorientierte Gesundheitsförderung mit dem Ziel „sichereres Betätigen“

Frau Schippers hat im vergangenen Jahr einen Hirnschlag erlitten, der vor allem in eine Hemiplegie mündete. Da sie gerne kocht, möchte sie diese Betätigung wieder aufnehmen. Sie stellt jedoch fest, dass sie angesichts ihrer Halbseitenlähmung nicht in der Lage ist, verschiedene tägliche Aktivitäten sicher durchzuführen, was bedeutet, dass sie zurzeit gar nicht mehr selbst kocht. Auch ihr Mann wies mehrmals darauf hin, dass ihm angst und bange werde, wenn er sieht, wie seine Frau in der Küche herumpfusche. Aktivitäten, die Frau Schippers schwerfallen, sind zum Beispiel: Hähnchenstücke mit einem großen Fleischmesser in Stücke schneiden und die gekochten Kartoffeln abschütten. Nachdem die Ergotherapeutin und Frau Schippers die Betätigungsfragen geklärt haben, macht sie einen Hausbesuch. Nach der Beobachtung der Aktivitäten bespricht die Ergotherapeutin mit Frau Schippers eine Reihe von Alternativen, die ausprobiert werden können. Ein Beispiel für das einfachere Abschütten ist z. B. das Aufsetzen des Topfes auf den Rand des Spülbeckens mit erst dann sich anschließendem Ausgießen, sodass es nicht nötig ist, den Topf während der Drehbewegung zum Schütten in der Luft zu halten. Außerdem werden verschiedene Werkzeuge besprochen, die für Frau Schippers das Kochen sicherer machen, wie z. B. ein Schneidebrett mit Saugnäpfen, damit es nicht mit den Geflügelstücken wegrutschen kann. Frau Schippers probiert nach Anleitung und Demonstration durch die Ergotherapeutin verschiedene Alternativen und Hilfsmittel aus. In Absprache mit der Ergotherapeutin wählt Frau Schippers die Ansätze aus, die ihren Wünschen und Fertigkeiten am besten entgegenkommen. Nach einiger Übung zeigt sich, dass Frau Schippers wieder kochen oder sich „sicherer betätigen“ kann. Die Tatsache, dass sie jetzt – in sicherer Weise – wieder eine Tätigkeit ausüben kann, die für sie von großer Bedeutung ist, kann als gesundheitsfördernd angesehen werden.

Da die Gesundheitsförderung fast immer mit einer Form der Verhaltensänderung einhergeht, ist es wichtig, die Elemente, die bei einer Verhaltensänderung eine Rolle spielen, sowie die Phasen eines Veränderungsprozesses zu kennen. Dies unterstreichen unter anderem die AOTA und der niederländische Ergotherapieverband. Zum Beispiel hat die AOTA dafür gesorgt, dass in einem amerikanischen Gesetz zur psychischen Gesundheitsversorgung aus dem Jahre 2014 „Ergotherapeuten als Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten anerkannt“ und somit als Fachleute im Bereich der psychischen Gesundheit und Verhaltensänderung angesehen werden (AOTA 2014b). In seinem jüngsten Visionspapier sagte der niederländische GGZ-Ausschuss für Ergotherapie zudem:

„Die Herausforderung besteht auch darin, die Ergotherapie als einen Beruf zu sehen, der die Verhaltensänderung aus praktischer und konkreter Sicht in den Mittelpunkt stellt.“ (Ammeraal et al. 2015)

Für das Wissen zu Verhaltensänderungen kann ein Ergotherapeut auf Theorien und Modelle aus anderen Wissenschaften einschließlich der Psychologie zurückgreifen. Wenn er dieses Wissen mit seiner eigenen Expertise über bedeutungsvolles Betätigen kombiniert, kann er den Klienten in fundierter Weise im Veränderungsprozess des Betätigten zur Gesundheitsförderung oder zur „occupation-focused health promotion“ unterstützen. In den folgenden Abschnitten werden Theorien und Modelle vorgestellt, die dabei hilfreich sein können.

26.5 Erklärung des Gesundheitsverhaltens

Wie erwähnt, tragen Ergotherapeuten zur Gesundheitsförderung bei, indem sie bedeutungsvolle Betätigungen ermöglichen. Das bedeutet, dass die Gesundheitsförderung eine Anpassung des aktuellen Betätigten bzw. Verhaltens des Klienten erfordert. Gesundheitsförderung bedeutet daher, Menschen zu einer Änderung ihres Verhaltens zu motivieren und sie bei der Umsetzung zu unterstützen. Eine Verhaltensänderung ist jedoch nicht einfach. Verschiedene Faktoren können Verhaltensänderungen behindern. Ein Beispiel ist der Klient mit Rheuma, der gerne seine Funktionsfähigkeit verbessern würde. Gemeinsam mit seiner Ergotherapeutin hat er Ziele für die Anwendung von Gelenkschutzmaßnahmen formuliert (Ekelman et al. 2014). Es ist jedoch nicht möglich, diese Maßnahmen zufriedenstellend in das Betätigen zu integrieren. Dafür kann es mehrere Gründe geben: Vielleicht sieht der Klient vor allem die Nachteile des neuen Verhaltens. Vielleicht hat er das Gefühl, von seinen Angehörigen zu wenig Unterstützung bei der Umsetzung der Maßnahmen zu erhalten. Oder vielleicht hat er auch nicht das Vertrauen, die Maßnahmen zum Schutz der Gelenke ef-

ektiv anwenden zu können. Um ein Verhalten zu beeinflussen, sollte man wissen, was dahinter steckt. Diese Faktoren, die das Verhalten erklären, sind die Determinanten des Verhaltens.

26.5.1 Verhaltensdeterminanten

Eine wichtige Determinante des Verhaltens ist die Intention. Sie gibt an, inwieweit jemand beabsichtigt, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Wenn man z.B. gemeinsam mit Herrn Hahn aus der Fallgeschichte zu Beginn dieses Kapitels das Ziel angegeben hat, jeden Tag 30 Minuten zu Fuß zu gehen, dann kann seine Intention als das Maß aufgefasst werden, in dem er beabsichtigt, täglich 30 Minuten zu spazieren. Die Messung der Intention liefert wichtige Informationen über die Wahrscheinlichkeit, dass das gewünschte Verhalten tatsächlich durchgeführt wird, ist aber keine Garantie. Auch wenn jemand noch so sehr ein gewünschtes Verhalten ausführen möchte, kann es allerlei Hindernisse geben, welche die Durchführung behindern (Lechner et al. 2017). Ein Hindernis im Beispiel von Herrn Hahn könnte es sein, dass sein Wanderpartner verhindert wird (und er nicht alleine gehen möchte) oder dass er rasch Blasen an den Füßen bekommt.

Folgende drei Determinanten beeinflussen die Intention: die Einstellung, der soziale Einfluss und die Erwartungen an die Selbstwirksamkeit. Die Einstellung ist die „Haltung“ einer Person gegenüber einem bestimmten Verhalten. Zum Beispiel kann Herr Hahn eine positive oder negative Einstellung gegenüber einem 30-minütigen täglichen Spaziergang haben. Die Einstellung basiert auf verschiedenen Arten von Gedanken und Vorstellungen. Einige beziehen sich auf die Folgen von Verhaltensweisen, wie z.B. „Täglich 30 Minuten Gehen ist gesund“ oder „Täglich 30 Minuten Gehen erhöht die Chance, für längere Zeit selbstständig zu Hause zu leben“. Andere Gedanken haben mit Erlebnissen und Emotionen zu tun, wenn man Dinge tut, z.B. „Täglich 30 Minuten Gehen macht Spaß“ oder „Täglich 30 Minuten zu gehen, gibt mir ein gutes Gefühl“ (Fishbein u. Ajzen 2010, Lechner et al. 2017). Wichtig bei all diesen Beispielen ist, dass es sich immer um Gedanken und Vorstellungen handelt, die für bestimmte Verhaltensweisen spezifisch sind (in diesem Fall, wenn man einen täglichen Spaziergang von 30 Minuten unternimmt). Ein Werkzeug zur Überprüfung der Einstellung eines Klienten in der Praxis ist die Erstellung einer Übersicht mit allen Vor- und Nachteilen (► Tab. 26.1; Sassen 2016). Durch diese Einblicke in die Gedankenwelt des Klienten lässt sich besser ermitteln, welche Einstellung einer Veränderung bedarf. Dabei ist es wichtig, die sowohl kurz- als auch langfristigen Vor- und Nachteile zu beachten (Lechner et al. 2017, Sassen 2016).

Tab. 26.1 Beispielschema zu den Vor- und Nachteilen eines täglichen 30-minütigen Spazierganges.

	Kurzfristig	Langfristig
Vorteile	Ich treffe meinen Wanderfreund. Ich komme wieder häufiger raus.	Es ist gut für meinen Kreislauf. Es vergrößert die Wahrscheinlichkeit, dass ich länger selbstständig zu Hause wohnen kann.
Nachteile	Während ich wandere, habe ich keine Zeit für andere Dinge.	Immer dieselbe Runde zu laufen, ist langweilig.

Neben der Einstellung wirkt sich auch der soziale Einfluss auf die Intention aus (Vries et al. 1995, Fishbein u. Ajzen 2010). Dies betrifft zum einen den direkten Druck oder die Unterstützung, welche eine Person aus ihrer sozialen Umwelt erfährt. Im Beispiel von Herrn Hahn zum Beispiel könnte es sein, dass er von seinem Sohn ermutigt wird, 30 Minuten am Tag zu Fuß zu gehen (soziale Unterstützung). Der soziale Einfluss hat aber auch eine indirekte Komponente, z. B. wenn jemand zu gesundem Verhalten angeregt wird, weil er dies bei anderen Personen beobachtet (modeling), oder wenn jemand die Erwartungen anderer in Bezug auf das gewünschte Verhalten erfährt („Meine Kinder erwarten von mir, dass ich mein Bestes tue, um mich körperlich fit zu halten“). Letzteres wird auch als subjektive Norm bezeichnet (Fishbein u. Ajzen 2010, Lechner et al. 2017).

Eine dritte Determinante, welche die Intention beeinflusst, sind die eigenen Erwartungen an die Selbstwirksamkeit, die auch als „wahrgenommene Verhaltenskontrolle“ bezeichnet werden (Bandura 1986, Fishbein u. Ajzen 2010). Darunter versteht man das Vertrauen einer Person in ihre eigene Fähigkeit, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Damit ist es dem MOHO-Konzept der Selbstwirksamkeit sehr ähnlich. Im Falle von Herrn Hahn werden die Erwartungen an die Selbstwirksamkeit durch das Vertrauen bestimmt, das er darin hat, dass er es schafft, jeden Tag 30 Minuten zu spazieren. Die Selbstwirksamkeit ist ein starker Prädiktor für Verhalten: Wenn jemand wenig Vertrauen darin hat, dass es ihm gelingt, das gewünschte Verhalten umzusetzen, ist die Chance, dass er es tatsächlich versucht, sehr gering (Bartholomew Eldredge et al. 2016, Lechner et al. 2017).

Zusätzlich zu den oben genannten Determinanten von Verhalten beeinflussen auch die Risikowahrnehmung (eine Schätzung der Wahrscheinlichkeit und Schwere einer gesundheitlichen Beeinträchtigung), das erwartete Bedauern (das von einer Person vermutete Ausmaß des Bedauerns, wenn ein Verhalten nicht bzw. eben doch gezeigt wurde), Wissen, Einsicht, Persönlichkeitsmerkmale und Umweltfaktoren die Intention.

26.5.2 Erklärungsmodelle für Gesundheitsverhalten

Die Beziehungen zwischen den Determinanten werden in verschiedenen Modellen beschrieben. Diese Modelle werden als Verhaltensmodelle bezeichnet. Ein in den Niederlanden bekanntes Verhaltensmodell ist das ASE-Modell

(Attitüde, soziale Umwelt, Selbstwirksamkeit; Vries et al. 1988 und 1995). Ein ganz ähnliches, aber im Ausland bekannteres Modell ist die „Theory of planned behaviour“ (Ajzen 2005, Fishbein u. Ajzen 1975 und 2010). Beide Modelle gehen davon aus, dass die Intention durch die drei oben beschriebenen Determinanten Einstellung, sozialer Einfluss und Selbstwirksamkeitserwartungen bestimmt wird.

Eine weitere einflussreiche Theorie ist Banduras sozial-kognitive Lerntheorie (1986). Nach dieser Theorie ist Verhalten das Ergebnis der kontinuierlichen Interaktion und wechselnden Beeinflussung von Umweltaspekten, Person und Verhalten. Dabei spielen Erwartungen, einschließlich der Erwartungen an die Folgen von Verhalten und an die Selbstwirksamkeit eine wichtige Rolle. Darüber hinaus, so Bandura, lernen die Menschen nicht nur, weil sie ihr eigenes Verhalten ausführen und dessen Folgen sehen, sondern auch, indem sie andere Menschen beobachten (modeling). Obwohl die Begriffe Einstellung, sozialer Einfluss und Selbstwirksamkeitserwartungen von den verschiedenen Autoren leicht unterschiedlich definiert werden, erkennen alle Modelle die Bedeutung dieser Determinanten für die Erklärung des Gesundheitsverhaltens an.

Ein weiteres Modell, das als Verhaltensmodell betrachtet werden kann, ist die Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci (Ryan u. Deci 2000), die sich auf die menschliche Motivation konzentriert.

Verhaltensmodelle können den Ergotherapeuten dabei unterstützen, gemeinsam mit dem Klienten die bewussten und unbewussten Motive hinter bestimmten Alltags-handlungen zu entdecken.

26.6 Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens

Im vorigen Abschnitt wurden die Determinanten des Verhaltens und deren wechselseitige Beziehung beschrieben, um das Verhalten zu erklären. Um das Verhalten jedoch zu beeinflussen oder zu verändern, ist die Kenntnis der Prozesse erforderlich, die bei der Verhaltensänderung eine Rolle spielen. Es wurden mehrere Modelle entwickelt, die den Prozess der Verhaltensänderung beschreiben. Einige davon werden in diesem Abschnitt vorgestellt. Die Modelle bieten einen Ansatz, um Veränderungen des Verhaltens zu erreichen und das bedeutungsvolle Betätigen zu erhalten oder zu verbessern (Townsend u. Polatajko 2013).

Vereinfacht gesagt spielen drei Prozesse bei der Verhaltensänderung eine Rolle: die Bewusstseinsbildung, die Motivation und das Betätigen (Vries u. Hoving 2015). Determinanten, die zur Bewusstseinsbildung beitragen, sind Einsicht, Wissen und Risikowahrnehmung. Es ist wichtig, dass der Klient Einblick in seine eigene Gesundheitssituation und in das Verhalten erlangt, das sie beeinflusst. Ferner sollte er Kenntnis von der Gesundheitsproblematik und den Risiken bestimmter Verhaltensweisen haben und die Wahrscheinlichkeit und Schwere der Gesundheitsfrage realistisch einschätzen können. Determinanten, die eine Rolle bei der Motivation spielen, sind die Einstellung, der soziale Einfluss und die Selbstwirksamkeitserwartungen, die im vorherigen Abschnitt besprochen wurden. Wenn der Klient zum Betätigen motiviert ist, bedeutet das nicht, dass es auch tatsächlich passiert. Beeinträchtigende Umstände können eine Person daran hindern, Aktionen zu unternehmen. Determinanten, die bei Aktionen eine Rolle spielen, sind daher Fähigkeiten, Barrieren und Aktionspläne (Vries u. Hoving 2015). Ein Aktionsplan oder die Implementierungsintention ist ein Instrument zur Stärkung der Beziehung zwischen Absicht und Verhalten und legt fest, wann, wo und wie eine bestimmte Aktion durchgeführt wird, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen (Gollwitzer u. Sheeran 2006). Ein Beispiel für einen Aktionsplan ist „Morgen nach dem Frühstück gehe ich mit meinem Rollator in den Laden an der Ecke, um meine Einkäufe zu erledigen“.

Die unterschiedlichen Modelle verleihen den Phasen der Verhaltensänderung in unterschiedlicher Weise Gestalt. Beispielsweise sprechen Prochaska et al. (2008) in ihrem transtheoretischen Modell von verschiedenen „stages of change“, nämlich die Phasen Präkontemplation, Kontemplation, Vorbereitung, Aktion und Verhaltenshaltung. De Vries et al. (Vries et al. 2005 und 2012) entwickelten das Integrated Change Model, eine Erweiterung des zuvor entwickelten ASE-Modells. In diesem – kurz I-Change-Modell genannt – sind mehrere Verhaltens- und Veränderungsmodelle integriert, wie z. B. die sozialkognitive Lerntheorie von Bandura und die erwähnten „stages of change“ von Prochaska. Die oben genannten Prozesse der Bewusstseinsbildung, Motivation und der Aktion bilden den Ausgangspunkt dieses Modells. Eine vereinfachte Darstellung des I-Change-Modells bietet die ► Abb. 26.3.

Burgt und Verhulst (2003) entwickelten basierend auf der Arbeit von Hoenen et al. (1988), die sogenannte „Schrittfolge“ für Professionals aus nichtärztlichen Gesundheitsberufen, bestehend aus den Schritten: offen sein, verstehen, wollen, können, tun und fortsetzen. Balm beschreibt ähnliche Schritte für diese Berufsgruppen unter seinem „6-Schritte-Modell“ (Poelgeest et al. 2010; s. Kasten „Das 6-Schritte-Modell der Verhaltensänderung“).

Das 6-Schritte-Modell der Verhaltensänderung

1. Offen sein: Ausgangspunkt ist, dass der Klient darüber nachdenkt, was er in Bezug auf die Betätigungsfragen, die er erlebt, tun kann. In diesem Schritt ist es wichtig, eine kollaborative Beziehung aufzubauen und die Erwartungen zu formulieren.
2. Verstehen: Bereitstellung von Informationen und Unterstützung bei der Gewinnung von Erkenntnissen und anknüpfen an das vorhandene Wissen des Klienten und seine Bedürfnisse
3. Wollen: mit dem Klienten eine Verhaltensabsicht entwickeln, bei der die Bereitschaft besteht, nach Lösungen zu suchen und diese auszuprobieren. Die Verhaltensabsicht ist geprägt von Einstellung, sozialem Einfluss und Selbstwirksamkeitserwartung. Die Vor- und Nachteile des aktuellen und des neuen Betätigens werden z. B. in einer übersichtlichen Darstellung zusammengefasst.
4. Können: Ermittlung der bestehenden Barrieren und der Fertigkeiten im Zusammenhang mit neuen Betätigungen, Unterstützung beim Erlernen von Fertigkeiten (einschließlich Selbstmanagementfähigkeiten) und Abbau oder Beseitigung von Barrieren
5. Tun: Erarbeiten eines Aktionsplans mit konkreten Zielen; der Klient nimmt dann eine aktive Rolle bei der Umsetzung des Aktionsplans ein. Dies geschieht vor allem im eigenen Kontext.
6. Fortsetzen: gemeinsam Überlegen, inwieweit die neuen Aktivitäten tatsächlich Teil des Betätigens werden können, unter anderem durch Antizipation möglicher Rückfälle in das vorherige Betätigen, durch Besprechung des Umgangs damit und durch Bestandsaufnahme der Hilfsangebote in der sozialen Umwelt.

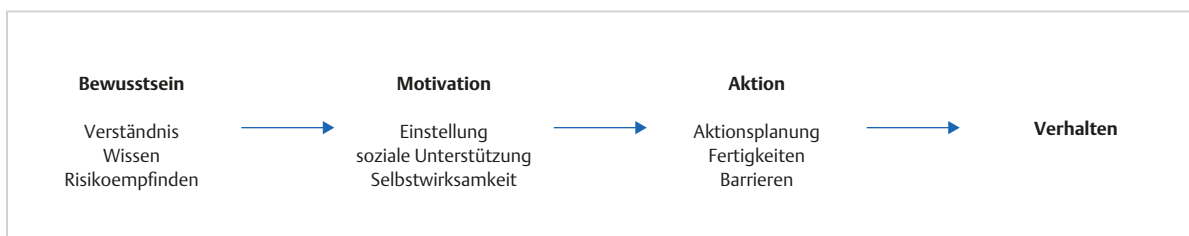


Abb. 26.3 Vereinfachte Darstellung des I-Change-Modells (Vries u. Hoving 2015).

Der Vorteil von Erklärungsmodellen für Gesundheitsverhalten wie dem 6-Schritte-Modell, dem transtheoretischen Modell und dem I-Change-Modell besteht darin, dass sich mit der Komplexität einer Verhaltensänderung in einer klaren Struktur besser umgehen lässt. Aus diesem Grund gibt es aber auch Kritikpunkte an solchen Modellen. Einer dieser Punkte ist es, dass die vereinfachte Gliederung von Verhaltensänderungen in Schritten oder Stufen den Eindruck erweckt, dass es tatsächlich solche definierten Schritte gibt, die in einem Prozess der Verhaltensänderung abgrenzbar sind, was jedoch in der Realität kaum je der Fall ist (Armitage 2009, Ruiter et al. 2017, West 2005). So ist z. B. die Bewusstwerdung eines Risikos nur dann sinnvoll, wenn der Klient darauf vertraut, dieses Risiko reduzieren zu können. Ist dies nicht der Fall, kann das Risikobewusstsein tatsächlich zu kontraproduktiven Effekten wie Vermeidung oder Verweigerung führen. Daher ist es wichtig, dass Informationen über Risiken mit Informationen kombiniert werden, wie dieses Risiko verringert werden kann (Peters et al. 2013, Ruiter et al. 2017).

Die hier vorgestellte Übersicht einiger Erklärungsmodelle für Gesundheitsverhalten ist sicherlich nicht vollständig. Die Wahl eines spezifischen Verhaltensmodells durch den Ergotherapeuten hängt vor allem vom Kontext, in dem er arbeitet, und seiner persönlichen Präferenz ab. Generell sind alle oben beschriebenen Modelle vergleichbar und die Basis ist die gleiche. Für alle Modelle ist es wichtig, sich immer wieder vor Augen zu halten, dass ein Modell eine Vereinfachung der Realität bedeutet.

26.7 Therapeutische Techniken bei Verhaltensänderungen

Die Modelle im vorigen Abschnitt zeigen deutlich die Prozesse der Bewusstseinsbildung, der Motivation und der Aktion. In all diesen drei Prozessen kann der Ergotherapeut eine unterstützende Rolle spielen. Natürlich ist die Art dieser Unterstützung je nach Klient und Betätigungsfrage unterschiedlich und hängt auch vom Stadium der Verhaltensänderung ab, in dem sich jemand befindet. Burgt und Verhulst (2009) beschreiben phasenweise die Schritte, Techniken und Interventionen, mit denen Professionals – sie nennen auch explizit die Ergotherapeuten – den Verhaltensänderungsprozess ihrer Klienten unterstützen können. Sassen (2016) beschreibt auch, wie Professionals ihre Klienten im Prozess der Verhaltensänderung begleiten können. Townsend und Polatajko (2013) geben in ihrem Buch „Enabling Occupation II“ ein paar Beispiele für die Unterstützung einer Verhaltensänderung durch den Ergotherapeuten unter Verwendung des oben erwähnten CMCE (► Abb. 26.2).

Eine wertvolle Methode, die in allen Phasen eines Verhaltensänderungsprozesses eingesetzt werden kann, ist das Motivational Interviewing (MI; Miller u. Rollnick

2014). Dabei handelt es sich um einen kollaborativen Diskussionsstil, der die eigene Motivation und Veränderungsbereitschaft stärken kann, wozu häufig Basisfertigkeiten wie „offene Fragen stellen“, „bestätigen“, „reflektierend zuhören“ und „informieren“ und „beraten, wenn gewünscht“ eingesetzt werden. Huber schreibt, dass eine motivierende Gesprächsführung ein wertvolles Instrument der Gesundheitsförderung ist (Wildt 2015).

26.8 Gesundheitsförderung auf der Ebene des Klienten

Die Gesundheitsförderung durch bedeutungsvolle Betätigungsmöglichkeiten ist der Berufsalltag der Ergotherapeuten. Viele der oben beschriebenen theoretischen Konzepte (die Determinanten des Verhaltens) und Modelle (Erklärungsmodelle für Gesundheitsverhalten und Verhaltensänderungsmodelle) kommen daher im direkten Kontakt zwischen Ergotherapeut und Klient zum Einsatz. Bei der Begleitung des Klienten in Richtung Verhaltensänderung sollte man wissen, in welcher Phase der Verhaltensänderung sich der Klient befindet, um ihm eine optimale Beratung zuteilwerden lassen zu können. Praktische Betätigungsanweisungen können hier nicht geboten werden. Dazu sei auf andere Arbeiten verwiesen (z. B. Hurrelmann, Klotz, Haisch: Lehrbuch Prävention & Gesundheitsförderung, 2014). In diesem Kapitel wird jedoch ein Modell beschrieben, das als Leitfaden für die Durchführung geplanter gesundheitsfördernder Aktivitäten durch den Ergotherapeuten dienen kann. Dabei handelt es sich um das Intervention Mapping (Bartholomew Eldredge et al. 2016).

Das Intervention Mapping unterstützt Professionals bei der planmäßigen und systematischen Entwicklung gesundheitsfördernder Interventionen. Kennzeichnend für dieses Planungsmodell ist die Beteiligung der Zielgruppe und der Anwender während der gesamten Entwicklung der Intervention. Dies passt nahtlos zur Ergotherapie, die ja während einer Intervention ausdrücklich klientenzentriert vorgeht. Zudem betont das Intervention Mapping auch die Rolle von Umweltfaktoren für Gesundheit und Verhalten. Die Einbeziehung der sozialen und physischen Umwelt steht auch im Mittelpunkt des ergotherapeutischen Interventionsprozesses. Schließlich betont Intervention Mapping die Wichtigkeit der Verwendung von Theorien: Eine praktische Frage sollte aus verschiedenen Theorien heraus angegangen werden (Ruiter u. Kok 2017). Die Verwendung theoretischer Modelle zur Erklärung von Verhalten aber auch die Prüfung der empirischen Evidenzen zur Wirksamkeit bestehender Methoden passen gut zum evidenzbasierten Ansatz der Ergotherapie. Obwohl Intervention Mapping ursprünglich primär für die Entwicklung und Anpassung von Interventionen bei Organisationen oder Populationen eingesetzt wurde, bietet es auch Instrumente für den Ergotherapeuten, der

gesundheitsfördernde Aktivitäten mit dem Klienten durchführen möchte. Das Durchlaufen der Schritte des Intervention Mapping passt z.B. gut in den Kontext des Kompetenzbereiches „Stützen und Stärken“, bei dem die Unterstützung von Klienten (oder einer Gruppe) durch Ergotherapeuten mit dem Ziel im Mittelpunkt steht, die Partizipation und die soziale Eingliederung zu verbessern (Verhoef u. Zalmstra 2013).

Das Intervention Mapping besteht aus sechs Schritten:

- Schritt 1 zielt darauf ab, einen Einblick in den gesundheitlichen Zustand zu erlangen. Dies bezieht sich nicht nur auf den Gesundheitszustand selbst, sondern auch auf die Faktoren und das Risikoverhalten, die ihn beeinflussen.
- In Schritt 2 werden (gemeinsam) Ziele auf der Ebene des Verhaltens (welches Verhalten möchte der Klient verändern?) und der Determinanten formuliert (welche Veränderungen der Determinanten des Verhaltens sind notwendig?).
- Schritt 3 konzentriert sich auf die Auswahl von (theoretischen) Methoden, die wirksam sind, um Veränderungen in den Determinanten herbeizuführen und diese Methoden in praktische Anwendungen zu übersetzen. Ist z. B. eine veränderte Einstellung des Klienten notwendig? In diesem Fall kann die Methode „neue Argumente“ verwendet werden. Ist eine Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartungen des Klienten erforderlich? Dann empfiehlt sich die Nutzung von Vorbildern und Demonstrationen oder von begleitendem Lernen und Feedback (Bartholomew Eldredge et al. 2016, Ruiter u. Kok 2017). Natürlich ist es wichtig, eine Methode zu wählen, die zu der Determinante passt, die verändert werden soll. Es ist auch wichtig, die Rahmenbedingungen bei der Anwendung der Methodik genau unter die Lupe zu nehmen. Voraussetzung für den Einsatz von Vorbildern ist etwa, dass sich der Klient mit einem solchen Vorbild identifizieren kann oder dass das veränderte Verhalten belohnt wird (Bartholomew Eldredge et al. 2016; Ruiter u. Kok 2017). Ist dies nicht der Fall, funktioniert die Methodik nicht.
- In Schritt 4 wird die Intervention im Rahmen eines Versuches konzipiert und erprobt.
- In Schritt 5 wird ein Auswahl- und Umsetzungsplan entwickelt.
- Schritt 6 zielt darauf ab, einen Evaluierungsplan zu entwickeln.

Der beschriebene Stufenplan weist auffallende Ähnlichkeiten mit dem Canadian Practice Process Framework (CPPF) auf (Townsend u. Polatajko 2013). Auch in diesem Modell wird deutlich, dass der Ergotherapeut systematisch einen Prozess von der Bestandsaufnahme und Analyse über die Zielvorgabe bis hin zur Umsetzung und Evaluation durchläuft. Für den Ergotherapeuten kann das Intervention Mapping von zusätzlichem Nutzen sein, weil der Fokus dieses Modells auf dem Verhalten und den De-

terminanten liegt und weil Intervention Mapping Ansatzpunkte zur systematischen und theoretischen Konstruktion einer Intervention zur Gesundheitsförderung bietet (in der CPPF-Phase „agree on objectives and plan“).

26.9 Gesundheitsförderung auf der Ebene der Organisation und Population

Intervention Mapping eignet sich auch hervorragend zur Entwicklung gesundheitsfördernder Programme auf der Organisations- oder Populationsebene. In den letzten Jahrzehnten wurden bereits viele Interventionen zu unterschiedlichen Themen und für unterschiedliche Zielgruppen entwickelt (und evaluiert). Eine Intervention mit Beteiligung der Ergotherapie war die Intervention „Actief Plus“ (Stralen et al. 2008 und 2009). Eines der Ziele dieser Intervention war es, Menschen über 50 Jahre zu motivieren und ihnen dabei zu helfen, für ausreichend Bewegung in ihrem täglichen Leben zu sorgen. Während der Entwicklung der Intervention wurden alle sechs Schritte des Intervention Mapping Protokolls abgeschlossen. Dies hat zu einem Programm geführt, das auf Computer-Tailoring basiert. Hierbei handelt es sich um eine Technik, bei der die Programmkomponenten auf die individuellen Eigenschaften und Interessen der Teilnehmer zugeschnitten werden können. Diese Eigenschaften – wie z.B. Wissen, Einstellung oder Motivation – wurden zuvor mittels eines Fragebogens gemessen. Anhand der Antworten auf den Fragebogen wurden die relevanten Informationen für eine Person ermittelt. Beispielsweise wurde für jede Person eine maßgeschneiderte Intervention entwickelt. Die Wirksamkeit des Programms „Actief Plus“ wurde in randomisierten kontrollierten klinischen Studien (RCT) untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass das Programm das Verhalten der über 50-jährigen wirksam fördert (Stralen et al. 2009). Auch eine Online-Version von „Actief Plus“, die zu einem späteren Zeitpunkt weiterentwickelt wurde, förderte wirkungsvoll das Bewegungsverhalten (Peels et al. 2014). Seit Mitte 2015 wird die Intervention „Actief Plus“ in verschiedenen Regionen der Niederlande durchgeführt (Peels et al. 2017).

Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Intervention ist ein komplexer Prozess. Das Durchlaufen dieses Prozesses nach einem vorgegebenen Stufenplan erhöht die Chance, dass ein solches Programm effektiv ist. Es ist sehr wichtig, die Zielgruppe und andere relevante Akteure in die Programmentwicklung einzubeziehen, die relevanten Umweltfaktoren zu identifizieren und Theorien angemessen zu nutzen. Mit zunehmender Bedeutung der Gesundheitsförderung wird es auch für den Ergotherapeuten immer wichtiger, zu einem Experten für die Auswahl und die Anwendung von Theorien zur Verhaltensänderung zu werden. Schließlich wurde bereits oben beschrieben, dass die Gesundheitsförderung – und zwar auf

allen Ebenen – viel mit Verhaltensänderungen zu tun hat. Für die Entwicklung von Interventionen zur Gesundheitsförderung ist die Verwendung eines Modells, das einen systematischen Ansatz unterstützt und einen praktischen Leitfaden bietet, von großer Bedeutung.

26.10 Diskussion

Die Gesundheitsförderung ist in unserer Gesellschaft wichtiger denn je, erst recht jetzt, wo Regierungen verstärkt auf Prävention setzen, um Pflegekosten zu senken. Für die Bürgerinnen und Bürger bedeutet dies unter anderem, dass sie mehr Verantwortung für ihre Gesundheit und ihren Lebensstil übernehmen (VWS 2011). Dem entspricht auch die aktuelle Definition des Begriffs Gesundheit (Huber 2014). In dem Kapitel wurde bereits diskutiert, wie Ergotherapeuten die Gesundheit fördern. Die Ergotherapie leistete immer schon einen wertvollen Beitrag zur Gesundheitsförderung, indem sie sich auf die Sekundär- und Tertiärprävention konzentrierte. Doch wird von der Ergotherapie zunehmend auch ein Einsatz in der Primärprävention erwartet und es gibt bereits entsprechende ergotherapeutische Programme. Dies kann etwa durch Motivation zu einem gesunden Lebensstil des Klienten oder durch die Entwicklung und Umsetzung von Interventionen in der Gemeinde geschehen.

Ergotherapeuten tragen zur Gesundheitsförderung bei, indem sie ein bedeutungsvolles Betätigen ermöglichen. Beschrieben wurde auch, wie Veränderungen im Betätigen mit Verhaltensänderungen zusammenhängen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Rolle des Individuums und wie der Ergotherapeut den Klienten zu einem gesunden Verhalten und bei dessen Umsetzung unterstützen kann. Es ist wichtig zu erkennen, dass eine Änderung der Betätigungsweise nicht automatisch erfolgt. Das Wissen über die Faktoren, die das Verhalten beeinflussen, und über die Prozesse, die eine Rolle bei der Verhaltensänderung spielen, ermöglicht es dem Ergotherapeuten, das Verhalten noch besser zu coachen. Für die Ausbildung bedeutet dies die Integration solcher Aspekte in den Lehrplan. Um Gesundheitsförderung zu erreichen, ist es aber auch wichtig, darüber nachzudenken, welche Veränderungen in der Umwelt ein gesundes Verhalten fördern können. So kann etwa in Einrichtungen dafür gesorgt werden, dass es einfacher wird, ein gesundes Verhalten an den Tag zu legen, wenn z. B. gesunde Alternativen in der Schulkantine angeboten oder Hilfsmittel wie Dreiräder für Kinder mit Duchenne-Krankheit organisiert werden. Oder es kann über Gesetzgebung und Verordnungen auf die Durchsetzung von gesundem Verhalten gedrängt werden (z. B. Verbot der Einrichtung von Imbissstuben in unmittelbarer Schulumnähe, Arbeitsschutzbestimmungen oder das Recht auf angemessene Bildung (Brug et al. 2017a). Gerade das Zusammenspiel von Veränderungen auf der persönlichen Ebene und in der Umwelt sorgt für eine effektive Gesundheitsförderung (Brug et al. 2017a, Green u. Kreuter 2005).

Das aktuelle Kapitel versucht, die Welt der Ergotherapie und die Gesundheitsförderung zusammenzuführen, indem beide Konzepte miteinander in Beziehung gesetzt werden. Das Ziel war es nicht (was auch gar nicht möglich wäre), einen umfassenden und detaillierten Überblick über Verhaltensdeterminanten sowie über Modelle und Theorien zur Verhaltensklärung und -veränderung zu geben. Es sollte jedoch deutlich geworden sein, dass Gesundheitsförderung und Verhaltensänderung im Mittelpunkt der täglichen Arbeit des Ergotherapeuten stehen.

26.11 Zusammenfassung

In diesem Kapitel ging es um die Gesundheitsförderung und die Bedeutung von damit verbundenen Verhaltensänderungen. Die Begriffe Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung wurden unter Berücksichtigung der neuen Gesundheitsdefinition bestimmt. Von Primärprävention spricht man, wenn sich die Intervention auf gesunde Menschen richtet und auf die Prävention von Gesundheitsproblemen abzielt. Die Sekundärprävention konzentriert sich auf die (Früh-)Erkennung von Symptomen, sodass ein rechtzeitiges und adäquates Eingreifen eine weitere Krankheitsentwicklung nach Möglichkeit verhindern kann. Die Tertiärprävention erfolgt bei Personen, die bereits eine Diagnose haben, und zielt darauf ab, keine weiteren Behinderungen entstehen zu lassen. Die Quartärprävention schließlich bezweckt den weitestmöglichen Erhalt oder die Steigerung der Lebensqualität von unheilbar Kranken. In der Literatur finden sich Beispiele für wirksame ergotherapeutische Interventionen auf allen Präventionsebenen.

Die Ergotherapie befasst sich in den letzten Jahren zunehmend mit der Primärprävention. Dies liegt zum einen an der weltweit wachsenden Bedeutung des Faktors Betätigung für die Gesundheit und das Wohlbefinden und zum anderen an den gesundheitspolitischen Umwälzungen in manchen Staaten wie den Niederlanden, die auch in anderen Ländern Einzug halten könnten. Relevante Konzepte im Rahmen der Prävention sind das Selbstmanagement und – vor allem in der Primärprävention – das Empowerment. Im Rahmen der ergotherapeutischen Gesundheitsförderung werden die Konzepte der betätigungsorientierten (occupation-focused) Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert.

Gesundheitsfördernde Interventionen sind mit Veränderungen verbunden. Deshalb ist auch für den Ergotherapeuten die Kenntnis der Verhaltensdeterminanten und der Prozesse bei einer Verhaltensänderung wichtig. Das Kapitel beschreibt verschiedene Verhaltensdeterminanten und Modelle zur Erklärung von Verhalten und zur Verhaltensänderung. Dieses Wissen aus der Psychologie hilft bei der Gestaltung gesundheitsfördernder Interventionen. Schließlich wird das Intervention Mapping beschrieben. Dieses Planungsmodell unterstützt Ergotherapeuten bei der Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der täglichen Praxis.

26.12 Literatuur

- Ajzen I. Attitudes, personality and behavior. Milton Keynes: Open University Press; 2005.
- American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational therapy practice framework: Domain and process. 2. Aufl. American Journal of Occupational Therapy 2008;62:625–683.
- American Occupational Therapy Association (AOTA). Factsheet the role of occupational therapy with health promotion. AOTA; 2014a.
- American Occupational Therapy Association (AOTA). Recognition of OTs as mental and behavioral health professionals included in mental health bill. Bethesda, MD: AOTA; 2014b. <http://www.aota.org/advocacy-policy/congressional-affairs/legislative-issues-update/2014/recognition-of-ot.aspx>
- Ammeraal M, Bosch L van den, Hendriks S, Peters I, Vette W. Visiedocument Herstel Van Het Gewone Leven. Ergotherapie Nederland, Commissie GGZ; 2015.
- Appels SAW. Belangrijke rol voor ergotherapeut met kennis van COPD. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie 2011;39:29–32.
- Armitage C. Is there utility in the transtheoretical model? British Journal of Health Psychology 2009;14:195–210.
- Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Erlbaum; 1986.
- Bartholomew-Eldredge LK, Markham CM, Ruiter RAC, Fernández M, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs: An intervention mapping approach. San Francisco: Jossey-Bass; 2016.
- Bass JD, Baum CM, Christiansen CH. A welcome to occupational therapy – performance, participation and well-being. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.). Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being. 4. Aufl. Thorofare, NJ: Slack; 2015.
- Berg M van den, Post NAM, Hamberg-van Reenen HH, Baan CA, Schoenmaker CG. Preventie in de zorg: Themarapport volksgezondheid toekomstverkenning 2014. Bilthoven: RIVM; 2014.
- Burgt M van der, Verhulst F. Doen en blijven doen. Voorlichting en compliance bevordering door paramedici. 3. Aufl. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2003.
- Burgt M van der, Verhulst F. Doen en blijven doen. Voorlichting en compliance bevordering door paramedici. 4. Aufl. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
- Burgt M van der, Terra B, Mechelen-Gevers E van. Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen: De stappen naar zelfmanagement. Amsterdam: Reed Business Education; 2015.
- Brug J, Lechner L, Assema P van, Kok G. Planmatige bevordering van gezond gedrag. In: Brug J, Assema P van, Lechner L (Hrsg.). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak. Assen: van Gorcum; 2017a:15–32.
- Brug J, Assema P van, Lechner L. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak. Assen: van Gorcum; 2017b.
- Cason J. Health policy perspectives – Telehealth opportunities in occupational therapy through the Affordable Care Act. American Journal of Occupational Therapy 2012;66:131–136.
- Daniëls R, Leven N van 't, Nes F van. Lifestyle Redesign programma; Gezond Actief Ouder Worden. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie 2006;34:252–255.
- Daniëls R, Rossum E van, Metzelthin S, Sipers W, Habets H, Hobma S et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. Clinical Rehabilitation 2011;25:963–974.
- Ekelman BA, Hooker L, Davis A, Klan J, Newburn D, Detwiler K et al. Occupational therapy interventions for adults with rheumatoid arthritis: An appraisal of the evidence. Early Online: Occupational Therapy in Health Care. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: EN; 2014:1–15.
- Fisher AG. Occupation-centered, occupation based, occupation focused: Same, same or different? Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2013;20:162–173.
- Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior. New York: Wiley; 1975.
- Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: The Reasoned Action Approach. New York: Psychology Press; 2010.
- Garvey J, Connolly D, Boland F, Smith SM. OPTIMAL, an occupational therapy led selfmanagement support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. BMC Family Practice 2015;16:59.
- Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. Advances in Experimental Social Psychology 2006;38:249–268.
- Goor LAM van de. Van gezondheid verzekerd? Tilburg University: Lectorale Rede; 2011.
- Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4. Aufl. New York: McGraw-Hill Companies Inc; 2005.
- Harting J, Kunst AE, Kwan A, Stronks K. A 'health broker' role as a catalyst of change to promote health: An experiment in deprived Dutch neighbourhoods. Health Promotion International 2011;26:65–81.
- Hartingsveldt M van. Gewoon doen: dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2016.
- Hartingsveldt M van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: EN; 2010.
- Heijnsman A, Baarends E, Brouwer D, Daniëls R, Kuiper C, Leven N van 't et al. Evaluatieverslag Implementatieproject 'Gezond Actief Ouder Worden'. Kennisthema's, beschrijvingen en kwantitatieve gegevens. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie; 2011a.
- Heijnsman A, Opstal SEM van, Daniëls R, Nes FA van, Leven N van 't, Kuiper C. Gezond Actief Ouder Worden: Toepassing en evaluatie van een preventief groepsprogramma voor thuiswonende ouderen middels actieonderzoek: leren in, van, met en door de praktijk. Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie 2011b;4:22–32.
- Hoenen JAJH, Tielen LM, Willink AE. Patiëntenvoorlichting stap voor stap: suggesties voor de huisarts voor de aanpak van patiëntenvoorlichting in het consult. Rijswijk: Uitgeverij voor de gezondheidsbevordering, Stichting O&O; 1988.
- Huber MAS. Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalization and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food. Doctoral dissertation. Maastricht University; 2014.
- Huber MAS, Vliet M van, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC et al. Towards a 'patient-centered' operationalization of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. Patient-centered medicine. BMJ Open 2016;5, e010091.010091.
- Jedelo S, Leenders J. Zelfmanagement. Den Haag: Boom Lemma; 2010.
- Jonkers K, Lamers F. Emotionele zorg chronisch zieken hoort in de eerste lijn. Tijdschrift voor praktijkondersteuning 2010;4:99–104.
- Kaljouw M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Zorginstituut Nederland; 2015.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Preventie en Gezondheidsbevordering. KNMG: Een beroepsgroep overstijgende aanpak. Utrecht; 2015.
- Kos D, Clerck M de, Heyrman A, Roussel N, Nijls J, Zinzen E. Multidisciplinair gezondheidsprogramma ter preventie van specifieke lagerugklachten bij zorgverleners. In: Handenhoven W van. Jaarboek Ergotherapie 2010. Vlaams Ergotherapeutenverbond. Leuven: Acco; 2010.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian occupational performance measure. 5. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2014.
- Lechner L, Kremers S, Meertens R, Vries H de. Determinanten van gedrag. In: Brug J, Assema P van, Lechner L (Hrsg.). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak. Assen: van Gorcum; 2017:83–123.
- Leven N van 't, Lange J de. Een literatuurverkenning: Ergotherapeutische interventies voor thuiswonende ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie 2007;2:25–29.
- Mackenbach JP, Stronks K. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Amsterdam: Reed Business; 2012.
- Maeseneer J de, Aertsgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. Eerstelijnszorg: nu meer dan ooit! Brussel; 2014.
- Marle A van, Verkade M, Pruy M. Valpreventie door ergotherapeuten. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie 2011;39:20–23.
- Miller WR, Rollnick S. Motiverende gespreksvoering, mensen helpen veranderen. 3. Aufl. Ekklesia; 2014.

- Peels DA, Stralen MM van, Bolman C, Golsteijn HJ, Vries H de, Mudde AN et al. The differential effectiveness of a printed versus a web-based tailored physical activity intervention among adults aged over 50. *Health Education Research* 2014;29:870–882.
- Peels D, Stralen M van, Bolman C, Lechner L. Planmatige ontwikkeling en evaluatie van de Actief Plus interventie: een advies-op-maat om het beweeggedrag van 50-plussers te bevorderen. In: Brug J, Assema P van, Lechner L (Hrsg.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak*. Assen: van Gorcum; 2017:295–315.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Gezondheidsvoorlichting en ziektepreventie*. Amsterdam: Pearson Education; 2009.
- Peters GJY, Ruiter RAC, Kok G. Threatening communication: a critical re-analysis and a revised meta-analytic test of fear appeal theory. *Health Psychology Review* 2013;7:8–31.
- Pitteljon H. Inclusief onderwijs voor type 4: van eigen initiatief tot proeftuinen. In: Handenhoven W van. *Jaarboek Ergotherapie 2011*. Vlaams Ergotherapeutenverbond. Leuven: Acco; 2011.
- Poelgeest A, Noordstar J, Mares M, Balm M, Luijnenburg-Kroes P. *Gezond bewegen kun je leren*. 2. Aufl. Amsterdam: Boom Lemma; 2010.
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
- Ruiter R, Kok G. Interventieontwikkeling. In: Brug J, Assema P van, Lechner L (Hrsg.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak*. Assen: van Gorcum; 2017:125–144.
- Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 2000;55:68–78.
- Sassen B. *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- Satink. *Zelfmanagement: begeleiding door de ergotherapeut*. Presentatie gegeven tijdens het symposium Ergotherapie richtlijn CVA; 2013.
- Satink T. What about self-management post-stroke? Doctoral dissertation. Nijmegen: HAN University of Applied Sciences; 2016.
- Scaffa ME, Reitz SM, Pizzi MA. *Occupational therapy in the promotion of health and wellness*. Philadelphia: FA Davis Company; 2010.
- Stoffel VC. Health policy perspectives – opportunities for occupational therapy behavioral health: A call to action. *American Journal of Occupational Therapy* 2013;67:140–145.
- Stralen MM van, Kok G, Vries H de, Mudde AN, Bolman C, Lechner C. The active plus protocol: systematic development of two theory- and evidence-based tailored physical activity interventions for the over-fifties. *BMC Public Health* 2008;8:399–410.
- Stralen MM van, Vries H de, Mudde AN, Bolman C, Lechner L. The working mechanisms of an environmentally tailored physical activity intervention for older adults: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009;6:83–94.
- Townsend EA, Polatajko HJ. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health and well-being & justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications; 2013.
- Townsend EA, Polatajko HJ, Craik J, Davis J. Canadian model of client-centered enablement. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE; 2007:87–151.
- Vandebriel P, Lee A. Kids on the right track? Zoektocht naar het profiel van de ideale deelnemer aan een project gebaseerd op wilderness en adventure therapy. In: Handenhoven W van. *Jaarboek Ergotherapie 2011*. Vlaams Ergotherapeutenverbond. Leuven: Acco; 2011.
- Verhoef J, Zalmstra A. *Beroepscompetenties ergotherapie*. 2. Aufl. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers; 2013.
- Vlaamse Overheid. *Beleid*; 2016. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid>
- Vries H de, Hoving C. Patiëntenvoorlichting. In: Jaarsma T, Wal M van der (Hrsg.). *Zorg rondom hartfalen*. Houten: BSL; 2015:135–142.
- Vries H de, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research* 1988;3:273–282.
- Vries H de, Backbier E, Kok GJ, Dijkstra M. Measuring the impact of social influences on smoking onset in a longitudinal study: An integration of social psychological approaches. *Journal of Applied Social Psychology* 1995;25:237–257.
- Vries H de, Mesters I, Steeg H van de, Hoving C. The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: An application of the integrated change model. *Patient Education and Counseling* 2005;56:154–165.
- Vries H de, Logister M, Krekels G, Klaasse F, Servranckx V, Osch L van. Internet-based computer tailored feedback on sunscreen use. *Journal of medical Internet research* 2012;14:2.
- VWS. *Gezondheid dichtbij*. Ministerie van VWS: Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag; 2011.
- West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction* 2005;100:1036–1039.
- WHO 1948. <http://www.who.int/about/mission/en/>
- Wilcock AA, Hocking C. *An occupational perspective of health*. Thorofare, NJ: Slack; 2015.
- Wildt JE de. *Nieuw perspectief op gezondheid daagt zorgverleners uit*. De Eerstelijns, 7. Den Bosch: Uitgeverij De Eerstelijns; 2015.
- World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO; 1986.
- Yerxa EJ. Occupation: The keystone of a curriculum for a self-defined profession. *American Journal of Occupational Therapy* 1998;52:365–371.
- Zijlstra GA, Haastregt JC van, Ambergen T, Rossum E van, Eijk JT van, Tennstedt SL et al. Effects of a multicomponent cognitive behavioral group intervention on fear of falling and activity avoidance in community-dwelling older adults: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57:2020–2028.
- Zingmark M, Nilsson I, Fisher A, Lindholm L. Occupation focused health promotion for well older people – a costeffectiveness analysis. *British Journal of Occupational Therapy* 2015;79:153–162.
- ZonMw. *Factsheet Positieve gezondheid: focus op de kracht en eigen regie van mensen*. ZonMw: Den Haag; 2014.

27 Betätigungsanalyse

Erica Baarends, Inge Speth-Lemmens

Wir bedanken uns bei den Kollegen und zwei Erfahrungsexperten, die uns bei diesem Kapitel mit Informationen und Rat zur Seite gestanden haben. Ein besonderes Dankeschön geht an die Ergotherapiestudierenden der Fachhochschule Zuyd, die zweimal ihr Feedback zu diesem Kapitel abgegeben haben. Ihre Kommentare und kritischen Fragen waren für uns sehr wertvoll. Danke an Pauline van Dijk, Tom van der Kallen, Vera Vanhouwe, Kyra Gelissen, Jorien Keulen, Karlijn van den Broek. Die Fotos stammen von Arthur Hendriks. Mit Dank an die Band MAD1, insbesondere Madi Hermens und Sander Ruijters.

„Kommst Du mit?“, fragte die Giraffe.

„Wohin?“

„Auf Entdeckungsreise.“

„Um was zu entdecken?“

„Ja, wenn ich das wüsste, wäre es keine Entdeckungsreise mehr.“

Das Eichhörnchen seufzte wieder. Es wurde so müde von den Entdeckungsreisen. Es gab so viele. Und jedes Mal entdeckte man wieder etwas Neues. Es war immer dasselbe.“

Toon Tellegen, niederländischer Kinderbuchautor (1984)

Keywords

- Taxonomieebenen der Betätigung (Taxonomic Code of Occupational Performance, TCOP)
- Betätigungsanalyse
- Aktivitätsanalyse
- Aktivitäten

Tunesisches Häkeln macht einfach Spaß!

Die 49-jährige Anita macht aufgrund eines metastasierten Mammakarzinoms eine schwere Zeit durch. Kreativ zu sein und kreativ zu bleiben, ist ihr gerade jetzt sehr wichtig. Sie ist gerne auf alle möglichen Arten kreativ, sei es nun Nähen, Malen, Scrapbooking oder Basteln. Anita ist aber unzufrieden, weil das alles nicht mehr so gut klappt und ihr nicht mehr so viel Freude bereitet wie vorher. Ihrem Ergotherapeuten Hans sagt sie, wie wichtig es für sie ist, wieder kreativ sein zu können. Gemeinsam besprechen sie, was sie genau tut und was im Moment schwierig ist. Sie kommen zu dem Schluss, dass es gut wäre, sich auf eine dieser Aktivitäten zu konzentrieren, um zu verstehen, was das Schöne an der Aktivität ist, und was es derzeit schwierig macht. Das tunesische Häkeln ist ein gutes Beispiel für beides. Stolz berichtet Anita über Taschen, Schals und Tücher, die sie angefertigt hat. Hans hat noch nie von tunesischem Häkeln gehört und Anita erklärt es ihm. Er erkundigt sich, aus welchen Teilaufgaben die Aktivität besteht, wann und wo sie dem

nachgeht, was ihr dabei wichtig ist, aber auch welche Herausforderungen es für die darstellt und welche Schwierigkeiten sie dabei erfährt. Hans beobachtet dann, wie Anita ein kleines Patch als Teil einer Decke häkelt. Gemeinsam diskutieren und betrachten sie die Aktivität aus allen möglichen Blickwinkeln. Sie beobachten Teilaufgaben, Fertigkeiten und Funktionen, die notwendig sind, aber auch den Kontext. Schließlich ziehen sie gemeinsam Schlussfolgerungen. Was führt zu Zufriedenheit, Freude und den erwünschten Ergebnissen? Was macht die Aktivität aktuell weniger bedeutungsvoll? Gibt es genügend Informationen oder ist es notwendig, mehr darüber zu erfahren? Dann denken sie gezielt über die nächsten Schritte nach. Schließlich stellen sie auf der Grundlage der Betätigungsanalyse Ziele auf und überlegen gemeinsam die damit verknüpften Aktionen. Aus der Analyse ergeben sich mehrere Ideen. So werden etwa verschiedene Arbeitshaltungen ausprobiert und nach einem guten Gleichgewicht während der Tätigkeit gesucht. Am Ende hat Anita die Freude am tunesischen Häkeln wiedergefunden und möchte auch andere kreative Aktivitäten wieder aufnehmen.

27.1 Einleitung

27.1.1 Worum geht es bei der Betätigungsanalyse?

Die Fähigkeit, das Betätigen eingehend zu analysieren, zählt zu den grundlegendsten eines Ergotherapeuten (Crepeau u. Scaffa 2014, Thomas 2015). In diesem Kapitel wird die Bedeutung einer Betätigungsanalyse erläutert. Dazu wird ein Stufenplan vorgestellt.

Die Betätigungsanalyse ist eine wichtige Fähigkeit, die eine hohe Aufmerksamkeit erfordert, denn Betätigungen sind komplexe Konzepte und für jeden Menschen einzigartig. Wie „alltägliche Betätigungen“ durchgeführt und erlebt werden, ist für jeden anders. Die Vielfalt der Betätigungen ist enorm. Ein Beispiel dafür ist das „Wäschewaschen“. Es ist eine gewöhnliche Haushaltsaktivität, aber jeder führt sie auf seine Weise durch. Einige sammeln alle Wäsche in einem großen Wäschekorb, andere benutzen verschiedene Wäschekörbe. Manche sammeln die Wäsche an einem festen Ort im Haus, wie z. B. im Bad, während andere das an wechselnden Orten tun. Einige kümmern sich zu festen Zeiten um die Wäsche, andere, wenn es ihnen gerade passt. Der eine verwendet nur Waschpulver, der andere Flüssigwaschmittel mit Fleckenlöser und Weichspüler. Die Waschmaschine kann sich an vielen verschiedenen Orten befinden, wie etwa auf dem

Dachboden, im Bad, in der Küche, im Hauswirtschaftsraum, in der Garage oder im Keller. Zum Trocknen wird die Wäsche in einen Trockner gegeben oder zum Trocknen draußen oder drinnen aufgehängt. Und auch beim Falten, Bügeln und Lagern der Wäsche herrscht breite Vielfalt, die mit sehr unterschiedlichen Arbeitsmethoden, Arbeitsplätzen, Arbeitszeiten und Arbeitspositionen verbunden ist. Neben dieser großen Vielfalt bei der Ausführung wird das Wäschewaschen auch sehr unterschiedlich von den Menschen bewertet. Jemand mag es sehr wichtig finden, dass die Wäsche im Freien trocknet, während es für andere eine geringere Rolle spielt. Und während der eine sich gerne mit der Wäsche beschäftigt, ist es für den anderen nur eine lästige Pflicht.

Die Vielfalt in der Ausführung und die Unterschiede in der Wahrnehmung von Aktivitäten sind für einen erfahrenen Ergotherapeuten selbstverständlich. Ein Ergotherapeut wird seine eigene spezifische Art und Weise des Umgangs mit jedem Klienten vorurteilsfrei, interessiert und verständnisvoll betrachten (Crepeau u. Scaffa 2014).

27.1.2 Wie ist die Betätigungsanalyse definiert?

Die Betätigungsanalyse bei einem Klienten durch einen Ergotherapeuten wird, ob mit oder ohne System des Klienten, wie folgt definiert (nach Crepeau u. Scaffa 2014, Mackenzie u. O'Toole, 2012, Thomas 2015): „Die Betätigungsanalyse ist die Analyse der Interaktion der verschiedenen Aspekte des Betätigens einer Person, beobachtet während einer bedeutungsvollen Tätigkeit in einem relevanten Kontext. Das Ziel dabei ist es, Einblicke in die wichtigsten fördernden und begrenzenden Faktoren seines Betätigens zu erlangen.“

Das bedeutet, dass die Betätigungsanalyse einen Einblick in die Wünsche, Bedürfnisse und speziellen Werte des bedeutungsvollen Betätigens eines Klienten gibt, aber auch, welche Aspekte limitierend oder eben förderlich sind. Gemeinsam mit dem Klienten wird dann festgelegt, welche Ziele er mit welchen Resultaten erreichen will. Die Analyse liefert auch Informationen für Strategien und Aktionen, wie z.B. für das Lernen, sich anders zu betätigen, wieder zu betätigen oder besser zu betätigen (Crepeau u. Scaffa 2014, Thomas 2015).

27.1.3 Wie erlernt man die Betätigungsanalyse?

Eine gute Betätigungsanalyse ist für einen Ergotherapeuten eine wichtige und essenzielle Fertigkeit, die der Erfahrung bedarf. Für einen „Ergotherapeuten in Ausbildung“ erfolgt die Annäherung an diese Fertigkeit durch das Erlernen eines systematischen und methodischen Ansatzes, der Einblicke in die Analyse der spezifischen Betätigungen eines Klienten ermöglicht. Vor der Analyse einer

Betätigung kann es sinnvoll sein, sich zunächst ein abstraktes Bild von einer Aktivität zu machen (Aktivitätsanalyse).

Dieses Kapitel bietet eine Einführung in die Betätigungsanalyse in Form einer Schritt-für-Schritt-Anleitung. Zudem wird der Einsatz der Aktivitätsanalyse dabei erläutert. Mit zunehmender praktischer Erfahrung wird die Betätigungsanalyse immer rascher und impliziter ablaufen können (Crepeau u. Scaffa 2014).

27.2 Theorie der Betätigungsanalyse

27.2.1 Was analysiert man bei einer Betätigung?

Betätigen ist für jeden Menschen einzigartig und daher per definitionem komplex

Im Berufsprofil der Ergotherapie ist das Betätigen wie folgt definiert:

„Betätigen ist die bedeutungsvolle, zielgerichtete Ausführung von alltäglichen Aktivitäten, die mit dem persönlichen Leben und dem Kontext zusammenhängen. Die Betätigungen, also die alltäglichen Aktivitäten, die ein Mensch ausführt, sind so wichtig, dass man sich ein Leben ohne sie nicht vorstellen kann. Im täglichen und gesellschaftlichen Leben sind die Menschen ständig mit bedeutungsvollen Betätigungen befasst, auch wenn sie „frei“ haben und eigentlich nichts tun müssen. Das Betätigen besteht aus Aktivitäten, die Menschen selbst angehen und deren Ausführung von ihnen erwartet wird“ (Hartingsveldt et al. 2010).

Es wird zwischen der Durchführung und dem Erleben von (oder dem Beteiligtsein an) Betätigungen unterschieden. Zwischen diesen beiden Aspekten besteht immer ein wechselseitiger Zusammenhang, der jedoch sehr unterschiedlich sein kann, wie einige Beispiele verdeutlichen. Eine Person führt Betätigungen sehr bewusst durch und erfährt und erlebt diese sehr intensiv, wie etwa ein Turner, der seine Übungen während eines Wettkampfes auf der Matte sehr intensiv erlebt und erfährt. Ein zweites Beispiel ist, dass jemand sich nicht selbst betätigt, sondern beteiligt ist und dies als bedeutungsvoll empfindet, wie etwa ein Kind, das sich nicht am Fangenspiel auf dem Schulhof beteiligt, aber lacht, als es aus der Ferne beobachtet, wie ein Klassenkamerad dem Gefangenwerden gekonnt ausweicht. Es kommt auch vor, dass die Betätigungen von einer Person ausgeführt werden, die jedoch kaum beteiligt ist, wie z.B. ein Koch, der die Küche am Ende des Tages wie gewohnt aufräumt, aber mit seinen Gedanken dabei ganz woanders ist. Last, but not least gibt es noch den Fall, dass jemand keine Erfahrung hat, nicht beteiligt ist und auch keine Aktivitäten ausführt. Dies wä-

re der Fall bei einer Person im Koma, die vollständig von anderen Menschen abhängig ist.

Dimensionen des Konzeptes „Betätigen“

Die unterschiedlichen Dimensionen des Betätigens lassen es als Konzept so komplex erscheinen. Für einen Ergotherapeuten ist das Verständnis all dieser Dimensionen eine wesentliche Voraussetzung dafür, das Betätigen richtig analysieren, interpretieren und einsetzen zu können. Die verschiedenen Inhaltsmodelle des Betätigens wie das Model of Human Occupation (MOHO) oder das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) bilden diese Dimensionen gut ab. In diesen Modellen werden die Dimensionen „Person“, „Betätigen“ und „Kontext“ unterschieden (Hartingsveldt et al. 2010).

- Wie eine **Person** das Betätigen erfährt oder sich involviert fühlt oder nicht, kann sehr unterschiedlich sein. Die Empfindungen reichen von sehr positiv mit Beschreibungen wie „lustig“, „anregend“, „fordernd“ bis zu ganz negativen Empfindungen wie „langweilig“, „ärgerlich“ oder „schrecklich“ usw. Diese subjektive Erfahrung hängt u. a. mit den Rollen zusammen, die diese Person inne hat, mit dem, was sie für wichtig hält, und welche Normen, Werte und Vorstellungen vom Leben sie hat. Diese Aspekte, die sich als subjektive Dimension des Betätigens zusammenfassen lassen, sind wichtig für die Analyse des Betätigens (Pierce 2003).
- Das **Betätigen** wird auf eine bestimmte einzigartige Weise organisiert. Menschen entwickeln in ihren Betätigungen Gewohnheiten und Routinen, die zum Teil von der Lebensphase abhängig sind. Sie haben bestimmte einzigartige Repertoires in ihrem Handeln. Aber das Betätigen unterliegt auch zeitlichen Faktoren, Zeitpunkten im Jahr, Zeitpunkten am Tag, Zeitlimits

oder Fristen. Innerhalb der Ergotherapie gliedert sich das Betätigen in drei Betätigungsbereiche: Wohnen/Versorgen, Arbeit/Lernen und Freizeit/Spiel (Hartingsveldt et al. 2010). Die individuelle und einzigartige Einteilung und Organisation des Betätigens wird in die Betätigungsanalyse einbezogen.

- Schließlich kann das Betätigen nicht losgelöst vom **Kontext** betrachtet werden, was in den ergotherapeutischen Modellen erkennbar ist. Der Kontext kann physisch sein, wie z. B. das Wohnviertel, der Grundriss eines Gebäudes oder die Einrichtung eines Raumes. Es kann dabei aber auch um Materialien, Instrumente oder Gegenstände gehen. Wichtig ist auch der soziale Kontext, wie Familie, Freunde, aber auch Bekannte und Fremde. Darüber hinaus beeinflusst auch der politische, kulturelle, virtuelle und technologische Kontext das Betätigen (Mackenzie u. O'Toole 2012).

Die einzigartige Variation der Dimensionen des Betätigens macht die Betätigung so komplex. Daher ist die Analyse der Betätigungen ein wichtiger Bestandteil des ergotherapeutischen Prozesses.

Betätigung – Aktivität: Die Verwirrung der Sprache

„Betätigung“ oder „Handlung“ ist die Übersetzung des englischen Begriffes „occupation“, der in der Ergotherapie international verwendet wird. „Betätigung“ wird in der Alltagssprache selten verwendet, weshalb heute oft der Begriff „Alltagsaktivitäten“ genutzt wird, der den Kernbereich für Menschen außerhalb des Berufsstandes deutlicher kennzeichnet.

Tab. 27.1 Taxonomieebenen der Betätigung (Taxonomic Code of Occupational Performance; Polatajko et al. 2007).

Ebene der Komplexität	Definition	Beispiel
Betätigung	eine Aktivität oder eine Reihe von Aktivitäten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt, in einer bestimmten Rolle und in einem bestimmten Kontext stattfinden	• Gartenarbeit im eigenen Garten am Samstagmorgen
Aktivität	ein Bündel von Aufgaben	• Rasenmähen • Pflege der Blumenkästen • Reinigung der Terrasse
Aufgabe	ein Bündel von Basisfertigkeit	• Rasenmäher bereiten • den Rasen mähen • das Gras harken und wegschaffen
Basisfertigkeit	ein Bündel von Funktionen und psychischen Prozessen	• die Griffe des Rasenmähers festhalten • den Rasenmäher schieben • das Kabel vom Mäher fernhalten
Funktion und psychischer Prozess	eine einfache willkürliche Muskelaktion oder eine psychische Aktion	• Anteversion der Schulter • Flexion in Ellenbogen, Handgelenk und Fingern • Aufmerksamkeit und Konzentration auf die Aufgabe

27.2.2 Wie lässt sich das Betätigen analysieren?

„Die Betätigungsanalyse ist eine Methode, um Einblick in alle Dimensionen und Aspekte einer bedeutungsvollen Aktivität innerhalb des Betätigens einer Person zu gewinnen (Crepeau u. Scaffa 2014, Mackenzie u. O'Toole, 2012, Thomas 2015).“

Wie in der Einleitung beschrieben, wird eine „Betätigungsanalyse“ durch einen Ergotherapeuten mit einem Klienten (mit oder ohne sein System) wie folgt definiert: „Die Betätigungsanalyse ist die Analyse der Interaktion der verschiedenen Aspekte des Betätigens einer Person, beobachtet während einer bedeutungsvollen Aktivität in einem relevanten Kontext. Das Ziel dabei ist es, Einblicke in die wichtigsten fördernden und begrenzenden Faktoren seines Betätigens zu erlangen.“

Bei der Betätigungsanalyse steht die betreffende Person mit ihren Betätigungen im Vordergrund. Das subjektive Erleben und die spezifische Ausführung der Aktivitäten im individuellen Betätigungskontext werden hervorgehoben.

Eine Betätigungsanalyse verfolgt mehrere Ziele. Sie gibt Aufschluss über die Qualität des Betätigens des Klienten. Darüber hinaus wird deutlich, welche fördernden und limitierenden Faktoren es für das Betätigen gibt. Es hilft dann, klar zu machen, welche Ziele eine Person in Bezug auf das Betätigen wie und mit welchen Ergebnissen erreichen kann und will. Die genaue Bedeutung von „Analyse“ in diesem Zusammenhang wird anhand eines Beispiels näher erläutert (s. Kasten „Was ist eine Analyse?“). Die Betätigungsanalyse hat einen festen Platz im methodischen Handeln eines Ergotherapeuten (Kap. 27.4; Crepeau u. Scaffa 2014).

Was ist eine Analyse?

Das Konzept der „Analyse“ steht im Zentrum der Betätigungsanalyse. Wikipedia definiert „Analyse“ als „ganzheitliche, systematische Untersuchung, bei der das untersuchte Objekt zergliedert und in seine Bestandteile zerlegt wird, die anschließend geordnet, untersucht und ausgewertet werden“. Die Analyse wird als Denkleistung verstanden, bei der Annahmen untersucht und Begründungen erkannt und analysiert werden. Dieser Ansatz lässt sich auch auf die Analyse von Betätigungen übertragen. Die Dimensionen und Unterdimensionen des Betätigens werden in der Betätigungsanalyse zerlegt oder aufgelöst. Dadurch ergeben sich Einblicke in die Qualität des Betätigens und darüber, inwieweit es um hemmende und stimulierende Faktoren geht. Diese Analyse ist eine kognitive Fähigkeit, die als Teil des kritischen Denkens gesehen wird (Facione 2015).


Die Dimensionen und Unterdimensionen der Aktivitäten sollten gut zusammenpassen. Bei einer gelungenen Interaktion erfahren Menschen keine Schwierigkeiten beim Betätigen. Bei bestehenden oder drohenden Schwierigkeiten ist es wichtig, die Betätigung zu zerlegen und herauszufinden, welche Teile des Puzzles nicht passen, und wo es bei der Interaktion zwischen den Unterdimensionen hakt. Man bedient sich der Denkleistung „Analyse“. Das Ergebnis sind letztlich fundierte Annahmen über die wichtigsten limitierenden und fördernden Faktoren des Betätigens.

Dazu ein Beispiel: Pascal ist nicht zufrieden mit dem Ergebnis der Aktivität „Kaffeekochen“. Nachdem sich die Ergotherapeutin durch Beobachtung einen Einblick in die Kaffe Zubereitung verschafft hat, konnten Pascal und sie einige Hypothesen formulieren. Förderlich wirken sich auf die Kaffe Zubereitung durch Pascal seine Ausdauer und seine Problemlösungsfähigkeit aus, während der soziale Kontext und seine kognitiven Funktionen zu den limitierenden Faktoren gehören. Anschließend ist es wichtig, gemeinsam die Annahmen und Schlussfolgerungen sorgfältig zu überdenken. Eventuell lassen sich Hypothesen anpassen, wenn z. B. die Art der Kaffeemaschine eine wichtige Rolle dabei spielt, ob der Kaffee durch Pascal zufriedenstellend zubereitet wird oder nicht.

27.2.3 Worauf liegt bei der Betätigungsanalyse der Schwerpunkt?

Ergotherapeuten treffen gemeinsam mit ihren Klienten wohlüberlegte Entscheidungen, worauf sie sich während der Analyse konzentrieren wollen. Dies kann mithilfe von Filmen oder Aufnahmen zum Betätigen geschehen. Je nach Betätigungsfrage kann die Kamera die gesamte Betätigung und den Kontext filmen oder sich auf bestimmte Funktionen und mentale Prozesse fokussieren (► Tab. 27.2). Das hängt davon ab, was der Klient als vorrangig angibt (► Tab. 27.1). Darüber hinaus hängt der Auswahlbereich auch von dem aktuellen Bezugsrahmen ab. Dieser legt auf der Taxonomieebene des Betätigens fest (► Tab. 27.1), worauf das größere Augenmerk liegen sollte, d. h. auf der Betätigungsebene, auf der Aktivitätsebene, auf der Aufgabenebene usw. So wird sich etwa im Bezugsrahmen zur motorischen Kontrolle der Fokus vor allem auf die motorischen Fertigkeiten und Funktionen konzentrieren. Im biomechanischen Bezugsrahmen wird bei der Analyse besonders auf die motorischen Funktionen wie Bewegungsumfang, Kraft und Ausdauer geachtet. Wenn Theorien zur Erklärung des Verhaltens für das Betätigen wichtig sind, lenkt dies den Fokus z. B. auf das Denken und Erleben.

Tab. 27.2 Fokus der Betätigungsanalyse.

Aufnahme	Beispiel	Fokus in der Analyse
Panoramaaufnahme (maximal auszoomen) Betätigungsniveau: Betätigung		<ul style="list-style-type: none"> • Welche Musik spielt die Person und warum? • Wo wird Gitarre in der Band gespielt (Cafés, Kneipen, Konzertsäle) und wie werden diese Umwelten erlebt? • Wie oft wird Gitarre gespielt und warum so oft? • Gibt es bestimmte Zeiten, zu denen Gitarre gespielt wird? • Ist die Tageszeit für die Person wichtig? • Welche anderen Leute sind in der Band am Gitarrenspiel beteiligt und was bedeuten diese Leute für die Person? • Welchen Einfluss haben andere Personen auf das Gitarrenspiel? • Ist die Person (und sind wichtige Personen in der Umwelt) mit der Qualität des Gitarrenspiels in der Band zufrieden? • Welchen Platz nimmt das Gitarrenspiel in der Band im Vergleich zu anderen Aktivitäten ein, die diese Person tut? (Stehen andere Verpflichtungen im Weg, oder schränkt es die Leistung anderer Aktivitäten ein, oder nehmen andere Aktivitäten zu viel Zeit und Energie in Anspruch, sodass das Gitarrenspiel nur in einer begrenzten Weise stattfindet?)
einzoomen Betätigungsniveau: Aktivität		<ul style="list-style-type: none"> • Welche Aktivitäten sind mit dem Gitarrespielen verbunden? • Hat die Person die Fähigkeit, in einer Band Gitarre zu spielen? • Wie wichtig ist es für die Person, in der Band zu spielen?
weiter einzoomen Betätigungsniveau: Aufgabe		<ul style="list-style-type: none"> • Kann die Person die Akkorde oder Noten des Musikstücks lesen oder sich daran erinnern, und was bedeutet das für diese Person? • Kann die Person den Rhythmus des Musikstücks beibehalten, wie erlebt sie ihn? • Benutzt die Person die Gitarre richtig und wie erlebt sie den Gebrauch der Gitarre? • Kann die Person über das Gitarrenspiel des betreffenden Stücks auf die richtige und gewünschte Weise kommunizieren? • Hat die Person genügend Platz? Kann sie beim Gitarrespielen die gewünschte Haltung einnehmen? • Wie hat diese Person dieses Musikstück erlebt?
noch weiter einzoomen Betätigungsniveau: Basisfertigkeit		<ul style="list-style-type: none"> • Kann die Person das Plektrum gut halten? • Werden die vorgesehenen Saiten mit der richtigen Kraft bewegt? • Bewegt die Person das Plektrum sanft und im richtigen Rhythmus? • Wie wird das Schlagen der Saiten erlebt und erfahren?
Close-up, maximal einzoomen Betätigungsniveau: Funktion und psychischer Prozess		<ul style="list-style-type: none"> • Sind die Anteversion/Rotation der Schulter, die Flexion des Ellenbogens, die Pronation des Unterarms, die Flexion der Finger usw. ausreichend? • Ist die Person mit der Funktion ihrer rechten Hand zufrieden?

27.2.4 Welchen Platz hat die Betätigungsanalyse im methodischen Handeln?

Die Betätigungsanalyse ist eines der Instrumente des Ergotherapeuten, durch das er gemeinsam mit dem Klienten Fragen, zukünftige Herausforderungen und Schwierigkeiten besser verstehen kann (Crepeau u. Scaffa 2014). Sie ist Teil des methodischen Denkens und Handelns (Mackenzie u. O'Toole 2012). So kann sie etwa dazu verwendet werden, um die Stärken eines Klienten und auch die an ihn gestellten Anforderungen beim Betätigen zu verstehen. Neben Fragebögen oder bestimmten Messinstrumenten ist die Betätigungsanalyse auch ein gangbarer Weg zur Klärung von ergotherapeutischen Betätigungsfragen. Sie hilft bei der Erstellung eines gemeinsamen Aktionsplans mit Zielen und versteh- und messbaren Resultaten. Die Beratung und das Empowerment des Klienten sind wichtig, um gemeinsam die Ziele festzulegen und eine sich nahtlos anschließende Intervention zu gewährleisten, damit die gesetzten Ziele auch erreicht werden können. Pierce war eine der Ersten, die den therapeutischen Wert des Betätigens beschrieben (Pierce 2003). Sie hat den aktuellen betätigungsorientierten Ansatz der Ergotherapie maßgeblich beeinflusst und ordnete den therapeutischen Wert des Betätigens drei Begriffen zu (s. Kasten „Therapeutische Bedeutung der Betätigung“).

Ergotherapeuten entscheiden im Rahmen des methodischen Handelns gemeinsam mit den Klienten, ob und in welcher Weise sie die Betätigungsanalyse nutzen wollen oder nicht. Dies erfordert ein professionelles Reasoning (Mackenzie u. O'Toole 2012).

Therapeutische Bedeutung der Betätigung

Pierce (2003) schuf drei Begriffe, die den therapeutischen Wert der Betätigung in ergotherapeutischen Interventionen bestimmen: Anziehungskraft (appeal), Realitätswert (intactness) und Genauigkeit (accuracy).

- Der Begriff der **Anziehungskraft** beschreibt das Ausmaß, in dem die Aktionen dem Klienten Erholung (Aufladen von Energie), Vergnügen und Ergebnisse bringen. Dieser Begriff gehört zur subjektiven Dimension des Betätigens.
- Der Begriff **Realitätswert** beschreibt den Grad, in dem sich die Betätigung der Realität annähert und im individuellen realen Kontext vollzogen wird. Dies unterstreicht die Bedeutung eines betätigungsorientierten Ansatzes in der Ergotherapie und des konkreten Handelns des Klienten im eigenen Kontext als Mittel und Ziel, um den Realitätswert zu gewährleisten.
- Der Begriff der **Genauigkeit** beschreibt, inwieweit die Betätigungen mit den Zielen und Wünschen des Klienten übereinstimmen.

Ein Ergotherapeut wird das Betätigen so arrangieren, dass es z. B. gerade genug Herausforderung bietet, um Fähigkeiten zu verbessern, eine positive Erfahrung zu ermöglichen und ein bestimmtes Ziel und Ergebnis zu erreichen, ohne das Ganze dabei aus den Augen zu verlieren. Um das Betätigen zu erleichtern, wird die Betätigung angepasst, z. B. indem die Anzahl der Teilaufgaben reduziert wird. Es ist jedoch wichtig, dass der Akt seinen subjektiven Wert und den Realitätswert behält. Hier sei noch einmal an das Beispiel von Anita erinnert, die Schwierigkeiten mit dem kreativen Betätigen hatte. Eine Möglichkeit besteht darin, die mit dem Häkeln verbrachte Zeit zu verkürzen, um weniger Müdigkeit aufkommen zu lassen. Aber wenn das bedeutet, dass es ihr nicht mehr so viel Freude bereitet wie früher, dann ist diese Anpassung des Betätigens nicht die Lösung und auch nicht therapeutisch zu nennen. Die Betätigungsanalyse trägt dazu bei, dass das Betätigen therapeutisch oder effektiv eingesetzt werden kann.

27.2.5 Betätigungsanalyse versus Aktivitätsanalyse

So wie es Unterschiede und auch Ähnlichkeiten zwischen den Konzepten der Betätigung und Aktivität gibt, so gibt es auch Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen der Betätigungsanalyse und der Aktivitätsanalyse. In der Literatur finden sich zahlreiche Definitionen der Aktivitätsanalysen, aber alle kreisen um die gleichen Themen (Crepeau u. Scaffa 2014, Mackenzie u. O'Toole 2012, Thomas 2015). Darauf basiert auch die folgende Definition:

„Eine Aktivitätsanalyse ist die Analyse der einer häufig vorkommenden Aktivität zugrunde liegenden Aufgaben, Fertigkeiten, Funktionen, mentalen Prozesse und kontextuellen Dimensionen.“

Die bewusste Reflexion über die übliche Durchführung einer Aktivität bedeutet, dass eine Aktivität getrennt von ihrem subjektiven Wert und dem individuellen Kontext analysiert wird, was eine abstrakte Vorstellung von der Aktivität erzeugt. Es ist keine Analyse von dem, was eine Person tatsächlich tut und erlebt. Das Ergebnis einer Aktivitätsanalyse ist in erster Linie abstraktes Wissen über die Charakteristika der Aktivität, wie sie durchgeführt wird und wie mögliche Variationen aussehen. Ein weiteres Ergebnis der Aktivitätsanalyse ist es, einen Einblick in mögliche fördernde und limitierende Faktoren der Aktivität zu gewinnen. Das Wissen um diese Faktoren ist im Prozess der Betätigungsanalyse wichtig, da dies im Gespräch mit dem Klienten und während der Beobachtung genutzt werden kann, um festzustellen, ob diese Faktoren tatsächlich für den Klienten fördernd oder limitierend sind.

Tipp für angehende Ergotherapeuten

Es kann hilfreich sein, sich zunächst ein abstraktes Bild von der Tätigkeit zu machen, bevor man in den Dialog mit dem Klienten eintritt. Dies ist sicherlich notwendig, wenn man mit der Tätigkeit nicht vertraut ist oder die verschiedenen Ausführungsmöglichkeiten nicht kennt. Man analysiert dann zuerst abstrakt mithilfe einer Aktivitätsanalyse, die noch ganz losgelöst vom Klienten und seinem Kontext ist.

27.2.6 Stufen der Aktivitätsanalyse

Die Aktivitätsanalyse kann wie bereits die Betätigungsanalyse als Stufenprozess dargestellt werden.

1. Definition der Aktivität, die der weiteren Analyse bedarf. Man vergewissert sich, dass die Aktivität zunächst klar beschrieben oder definiert ist. Zum Beispiel: „Das Fensterputzen ist eine Tätigkeit, bei der Fenster von innen und außen so gereinigt werden, dass sie als Ergebnis keine Streifen oder Flecken mehr aufweisen“.
2. Informationen und Wissen über die Aktivität zusammensuchen und -tragen oder an Gesprächen über die Aktivität teilnehmen. Man sollte auch seine eigenen Erfahrungen damit machen und/oder andere bei der Ausführung der Aktivität beobachten. Das Internet kann eine gute Quelle sein (z. B. YouTube-Videos von Personen, die bestimmte Aktivitäten ausführen). Man kann z. B. feststellen, dass es auch Dienstleisterbetriebe gibt, die das Fensterputzen in ihrem Leistungsangebot führen, oder man findet heraus, dass es spezielle weiterentwickelte Arbeitsinstrumente gibt.
3. Mithilfe des Formulars zur Betätigungsanalyse (► Tab. 27.3) lassen sich Teilschritte, Eigenschaften des Kontextes sowie mutmaßlich erforderliche Fähigkeiten und Funktionen zur Durchführung der Aktivität beschreiben. Das Formular braucht nicht vollständig ausgefüllt zu werden, da eine Aktivitätsanalyse ein abstraktes Bild ist. Eine solche Aktivitätsanalyse hilft dabei, sich im Vorfeld ein Bild davon zu machen, was an Berichten über eine Aktivität erwartet werden kann und welche Betätigungsfragen zur Sprache kommen könnten.

27.3 Betätigungsanalyse

27.3.1 Prozessstufen

Eine Betätigungsanalyse kann als Prozess verstanden werden (Thomas 2015). Dies wird bereits in der Definition erkennbar, in der die folgenden Einzelaspekte genannt sind, welche einzeln oder auch als Ganzes analysiert werden können:

- ein Individuum mit seiner bedeutungsvollen Betätigung in seinem relevanten Kontext

- die Interaktionen zwischen den verschiedenen Aspekten der Betätigung
- Beobachtung
- Einsicht in die wichtigsten fördernden und limitierenden Faktoren.

Um all diese Aspekte richtig analysieren zu können, wurden fünf Stufen des Prozesses abgegrenzt (► Abb. 27.1).

Stufe 1 – Selektion

Die erste Stufe besteht darin, eine bedeutungsvolle Aktivität des Betätigten zu besprechen und auszuwählen. Dabei wird auch festgelegt, was genau analysiert und beobachtet wird. Wie erwähnt, ist Betätigen ein komplexes und mehrdimensionales Ereignis, das sich aus mehreren bedeutungsvollen Aktivitäten zusammensetzt. Ergotherapeut und Klient legen gemeinsam fest, welche konkreten Aktivitäten für das Betätigen bedeutungsvoll sind. So kann etwa für die Betätigung „Kochen“ eine Liste erstellt werden, in die bedeutungsvolle Aktivitäten wie die Vorbereitung (Rezept aussuchen, einkaufen) aber auch die eigentliche Zubereitung der Mahlzeit aufgenommen werden. Es wird dann gemeinsam ausgewählt, welche bedeutungsvolle Aktivität so wichtig ist, dass sie genauer besprochen und beobachtet werden sollte. Manchmal ergibt sich diese Auswahl bereits während des Aufnahmegespräches oder durch die Bearbeitung eines Fragebogens, sodass dieses Gespräch dann entfallen kann. Die Wahl kann auf eine Aktivität fallen, die nicht effektiv, nicht effizient, nicht sicher, nicht selbstständig oder auch nicht zufriedenstellend ausgeführt werden kann und dadurch weniger bedeutungsvoll wird. Das Resultat dieses Schrittes ist eine Beschreibung der bedeutungsvollen Aktivität, die zum Gegenstand der Betätigungsanalyse wird, in ein oder zwei Sätzen, z. B.: „Rezepte für das Abendessen auswählen und eine Einkaufsliste erstellen“.

Stufe 2 – Einsicht

Auf der 2. Stufe geht es darum, durch Besprechung und Erörterung aller Betätigungsdimensionen das Verständnis für die gewählte bedeutungsvolle Aktivität zu steigern. Anschließend erfolgt ein Gespräch mit dem Klienten, ggf. auch zusammen mit seinem System, in dem die Aktivität detailliert besprochen wird. Ergotherapeuten wissen, dass Klienten bedeutungsvolle Aktivitäten auf ihre ganz eigene Art und Weise ausführen. So werden etwa ganz allgemeine Aktivitäten von unterschiedlichen Personen ganz „eigen“ ausgeführt, wie z. B. „Rezepte für das Abendessen aussuchen“ und „eine Einkaufsliste erstellen“. Man kann im Internet oder in Kochbüchern nach Rezepten suchen oder hat sich einen eigenen Ordner mit Rezepten angelegt. Gibt es vielleicht spezielle Anforderungen an die Rezepte, wie z. B. glutenfreie oder vegetarische Kost? Es ist wichtig, solche Dinge vorher zu besprechen, damit man weiß, was die Aktivität alles umfasst, aber auch, wo-

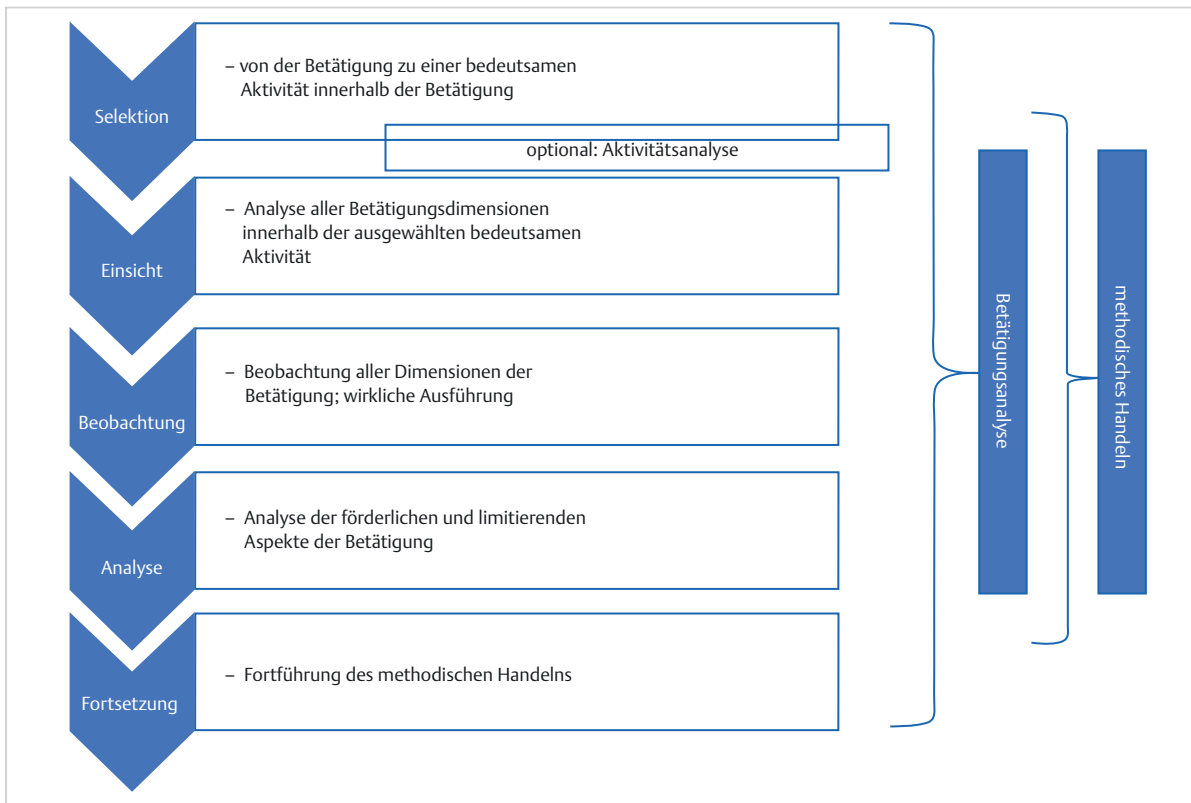


Abb. 27.1 Stufen im Analyseprozess der Betätigung.

rauf es bei der Beobachtung im nächsten Schritt ankommt.

Ein weiterer Grund ist, dass Ergotherapeuten nicht immer mit allen bedeutungsvollen Aktivitäten vertraut sind. Nehmen wir das Fallbeispiel der häkelnden Anita vom Anfang dieses Kapitels. Im Falle einer unbekannten Aktivität ist es wichtig, ein ausführliches Gespräch mit jemandem darüber zu führen, was diese Aktivität ausmacht, aber auch darüber, wie sie ausgeführt wird.

Tipp für angehende Ergotherapeuten

Es empfiehlt sich, vor diesem Schritt zunächst eine Aktivitätsanalyse durchzuführen (Kap. 27.2.5).

Das Resultat dieses Schrittes besteht darin, dass Ergotherapeut, Klient und eventuell das Klientensystem eine genaue Vorstellung von den Schritten, Funktionen, Fertigkeiten und kontextuellen Aspekten bekommen haben, die notwendig sind, um die bedeutungsvolle Aktivität so auszuführen, dass sie dem Klienten das gewünschte Vergnügen und/oder Ergebnis bringt. Erwartete und/oder erkannte Schwierigkeiten oder Limitierungen werden ebenfalls berücksichtigt. Dies ist wichtig für den Fokus

bei der Beobachtung im Rahmen der Betätigungsanalyse (Kap. 27.2.3).

Stufe 3 – Beobachtung

Die 3. Stufe beinhaltet die Beobachtung aller Betätigungsdimensionen, d.h. die eigentliche Durchführung der bedeutungsvollen Aktivität. Jetzt findet tatsächlich eine Beobachtung statt. Während des Gesprächs über die bedeutungsvolle Aktivität wurde vereinbart, wie, wo, wann und was genau beobachtet wird. In diesem Schritt werden die Möglichkeiten, Anforderungen und Beschränkungen des Betätigens beobachtet und systematisch analysiert. Der Klient führt die Aktivität im (möglichst) realen Kontext aus. Der Ergotherapeut beobachtet und macht sich Notizen zum beobachteten Verhalten, den Fertigkeiten und nach Möglichkeit auch zu den Funktionen. Er überwacht auch die Sicherheit der Betätigung. Gegebenenfalls stellt er noch ergänzende Fragen.

Am Ende dieses Schrittes sollten Ergotherapeut, Klient und eventuell das Klientensystem tatsächlich gesehen und erfahren haben, welche Interaktionen zwischen dem Erleben und der Art und Weise der Ausführung, den Fertigkeiten und Funktionen des Klienten und den kontextuellen Aspekten bei der bedeutungsvollen Aktivität bestehen.

Stufe 4 – Analyse

Stufe 4 ist eine Analyse der fördernden und limitierenden Faktoren des Betätigens. Gemeinsam mit dem Klienten werden die wichtigsten dieser Faktoren während des Betätigens analysiert (► Tab. 27.4). Es werden Hypothesen darüber angestellt, warum die Tätigkeit mehr oder weniger bedeutungsvoll ist oder an Bedeutung zu verlieren droht. Eine gute Beratung und ein professionelles Reasoning sind hier wichtig. Es kann gemeinsam überlegt werden, inwieweit sich diese Faktoren auch auf andere bedeutungsvolle Aktivitäten des Klienten auswirken. Wenn z. B. festgestellt wurde, dass während der Aktivität Gedächtnisstörungen der Grund dafür sind, dass der Klient bestimmte Zutaten des Rezepts nicht aufgeschrieben

hat, kann dies auch bei anderen Aktivitäten zu Schwierigkeiten führen. Die (► Tab. 27.4) zeigt eine Einteilung, mit deren Hilfe die fördernden und limitierenden Faktoren des Betätigens abschließend analysiert werden können.

Stufe 5 – Fortsetzung des methodisches Handelns

Bei der 5. Stufe geht es um die Fortsetzung des methodischen Handelns. Schließlich wird gemeinsam geprüft, welche weiteren Schritte es geben könnte. Dies könnte bedeuten, weitere Informationen über das Betätigen zu sammeln, aber auch gemeinsame Ziele festzulegen. Diese Folgeschritte gehören zum Prozess des methodischen Handelns des Ergotherapeuten (Kap. 27.2.4, Kap. 24.4).

Tab. 27.3 Formular zur Betätigungsanalyse.

	Stufe 1: Um welche Betätigung des Klienten geht es?	Bitte ausfüllen:	
Betätigung/ Aktivität	Besprechen Sie die Art und Weise, wie der Klient die Betätigung ausführt. Besprechen Sie, welche Rollen er hat.		
	Handelt es sich um eine oder mehrere bedeutungsvolle Aktivitäten?		
	Wenn es um mehrere Aktivitäten innerhalb der Betätigung geht, klären Sie folgende Punkte mit dem Klienten: Welche Aktivität hat Priorität und warum? Welche Aktivität hat den größten Wert und warum? Welche Aktivität wird jetzt oder in naher Zukunft nicht wunschgemäß ausgeführt? Man denke dabei an die Kategorien effizient, sicher, unabhängig, mühsam, zufrieden.		
	Entscheiden Sie gemeinsam abschließend, welche Aktivität einer weiteren Analyse unterzogen werden soll.	selektierte Aktivität:	
	Stufe 2.0: Diskussion und Begründung der Punkte, die zur Auswahl der Aktivität geführt haben	Bitte ausfüllen:	Stufe 3.0: Beobachtung der Ausführung Bitte zusätzliche Beobachtungen hier eintragen:
Betätigung/ Aktivität	Unter welchen Betätigungsbereich fällt die Aktivität: Wohnen/ Versorgen, Lernen/Arbeiten, Spielen/Freizeit?		
	Ist die Aktivität altersspezifisch?		
	Ist die Aktivität sicher?		
	Welche physischen und/oder psychischen Risiken gibt es?		
	Stufe 2.1: Diskussion und Begründung der Situation und der Art der Ausführung	Bitte ausfüllen:	Stufe 3.1: Beobachtung der Ausführung Bitte zusätzliche Beobachtungen hier eintragen:
Betätigung/ Aktivität	Was ist für den Klienten der Start- und Endpunkt der Aktivität und eventuell das Ergebnis, wie es im täglichen Leben vorkommt?		
	Welche Teilstufen gibt es?		
	Gibt es an einem Tag einen festen Zeitraum für die Aktivität?		
	Ist die Aktivität an eine Jahreszeit gebunden?		
	Wie lange dauert die Aktivität?		
	Wie häufig wird die Aktivität ausgeführt (täglich, wöchentlich)?		
	Hängt die Aktivität von anderen Aktivitäten ab?		

Tab. 27.3 Fortsetzung

	Stufe 2.2: Diskussion und Begründung der subjektiven Dimension	Bitte ausfüllen:	Stufe 3.2: Beobachtung der Ausführung Bitte zusätzliche Beobachtungen hier eintragen:
Person	Findet der Klient die Aktivität lustig/angenehm?		
	Gibt es dabei Anforderungen, die das Vergnügen trüben können?		
	Was hält der Klient bei der Ausübung der Aktivität für wichtig?		
	Entspricht die Aktivität bestimmten Bedürfnissen?		
	Welches Ergebnis ist wichtig?		
	Wann ist der Klient mit dem Ergebnis zufrieden?		
	Welche Ziele verfolgt der Klient mit der Aktivität?		
	Wirkt die Aktivität aktivierend im Sinne einer (Erholung) oder verursacht sie Erschöpfung/Müdigkeit?		
	Stufe 2.3: Diskussion und Begründung der Funktionen und Fertigkeiten	Bitte ausfüllen:	Stufe 3.3: Beobachtung der Ausführung Bitte zusätzliche Beobachtungen hier eintragen:
	Sensorische und perzeptive Fertigkeiten: Welche sensorischen und perzeptiven Funktionen und Fertigkeiten sind erforderlich, um die Aktivität auszuführen? Vermerken Sie die Schwierigkeiten.		
Person	taktil: warm/kalt, Tastsinn, spitz/stumpf		
	propriozeptiv: Finger, Daumen, Handgelenk, Ellenbogen, Schulter, Rumpf, Kopf, Hals, untere Extremitäten		
	vestibulär, Stereognosie		
	visuell, akustisch		
	Geruch, Geschmack		
	Gleichgewicht, Fangreaktion, Reflexe		
	Motorische Fertigkeiten: Welche motorischen Funktionen und Fertigkeiten sind erforderlich, um die Aktivität auszuführen?		
	Man denke bei den Funktionen an:		
Person	betroffene Gelenke, Körperteile und Bewegungsausschläge Denken Sie an folgende Bewegungen: • Finger: Flexion/Extension/Abduktion/Adduktion • Handgelenk: Flexion/Extension/radial/ulnar • Ellenbogen: Flexion/Extension/Pronation/Supination • Schulter: Anteversion/Retroversion, Innen- und Außenrotation/Abduktion/Adduktion • Rumpf: Flexion/Extension/Rotation/Lateroflexion • Untere Extremitäten: Flexion/Extension/ Innen- und Außenrotation/Abduktion/Adduktion • Griffe: Faustschluss/Pinzettengriff/Dreipunktgriff/Hakengriff/Kraftgriff		
	erforderliche Muskeln und Nerven, Muskeltonus und Muskelkraft		
	Ausmaß der erforderlichen Ausdauer		
	Ausmaß der Hautbelastung; Scher- und Druckkräfte		
	Man denke bei den Fertigkeiten an:		
Person	Körperhaltung: • Stabilisierung, Aufrichten, Positionierung		
	Nehmen und Halten von Objekten: • anreichen, bücken, ergreifen, manipulieren, koordinieren		
	sich selbst und Objekte bewegen: • bewegen, heben, gehen, transportieren, dosieren, fließend bewegen		
	Betätigung durchhalten: • Ausdauer, Tempo halten		

Tab. 27.3 Fortsetzung

Kognitive Fertigkeiten: Welche kognitiven Funktionen und Fertigkeiten sind erforderlich, um die Aktivität auszuführen?			
Man denke bei den Funktionen an:			
Person	Konzentration, Kurz- und Langzeitgedächtnis		
	Orientierung: Person/Zeit/Ort		
	Metakognition, Einsicht, Verallgemeinerung		
Man denke bei den Fertigkeiten an:			
Person	prozessbezogene Fähigkeiten: • konzentriert sein, zielgerichtet sein		
	Wissen anwenden: • auswählen, anwenden, handhaben, vermitteln		
	Zeitnutzung: • die Initiative ergreifen, für Kontinuität sorgen, Reihenfolgen festlegen, beenden		
	Räume und Objekte organisieren: • suchen und finden, sammeln, organisieren, aufräumen, navigieren		
	das Betätigen anpassen: • erkennen und reagieren, anpassen der eigenen Arbeitsweise, anpassen der Umwelt, aus Fehlern lernen		
Emotionale/regulierende Fertigkeiten: Welche emotionalen/regulierenden Funktionen und Fertigkeiten sind erforderlich, um die Aktivität auszuführen?			
Person	Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, Durchsetzungsvermögen		
	Risikoempfinden		
	Ausdrucksweise von Gefühlen, Erkennen von Gefühlen, Kontrolle über regulierende Fertigkeiten in Bezug auf Gefühle		
	Motivation, Affinität, Coping		
Sozial-kommunikative Fertigkeiten: Welche sozial-kommunikativen Funktionen und Fertigkeiten sind erforderlich, um die Aktivität auszuführen?			
Person	sprechen und zuhören		
	lesen und schreiben		
	nonverbal: Gestik, Mimik, Aussehen, Geräusche		
	Stufe 2.4: Diskussion und Begründung des Kontextes	Bitte ausfüllen:	Stufe 3.4: Beobachtung der Ausführung Bitte zusätzliche Beobachtungen hier eintragen:
Sozialer Kontext: Diskutieren Sie, welche Personen während der Aktivität anwesend sind und welche Rolle und welchen Einfluss sie haben.			
Kontext	Familie		
	Freunde, Nachbarn		
	Kollegen		
	Viertel, Gemeinde, Region		
Physischer Kontext: Besprechen Sie den physischen Kontext, in dem die Aktivität stattfindet, und das Ausmaß, in dem dieser die Aktivität beeinflusst.			
Kontext	Wie ist die physische Umwelt? Handelt es sich um eine natürliche oder um eine bebaute Umwelt?		
	Ist es ein privater oder ein öffentlicher Raum?		
	Größe des Raumes		
	Einrichtung des Raumes Möbiliar und eventuell Gestaltung		
	Arbeitsplatzgestaltung		
	Welche physischen Werkzeuge und Objekte werden benötigt? Welche Verbrauchsmaterialien werden benötigt?		
	Welche sensorischen Einflüsse gibt es (Beleuchtung, Gerüche, Temperatur, Belüftung, Umweltgeräusche usw.)?		
	Nachbarschaft, Viertel, Gemeinde, Region		

Tab. 27.3 Fortsetzung

Technologischer Kontext: Besprechen Sie, inwieweit bei der Aktivität Technologien zum Einsatz kommen? Hätte dies einen Mehrwert?			
Kontext	Kommunikationsmittel		
	Computer, Internet, Anwendungen		
	Wearables: Technologie, die am Körper getragen wird		
	Haushaltsroboter, Assistenzsysteme		
	Hilfsmittel, Einrichtungen		
Kultureller Kontext: Besprechen Sie, inwieweit die Aktivität kulturell geprägt ist. Denken Sie zum Beispiel an individuelle Interessen/Familieninteressen, Fragen der Abhängigkeit und Unabhängigkeit usw.			
Kontext	ursprüngliche Kultur und Kulturgruppe		
	Bedeutung der Kultur für die Aktivität		
	Familienkultur und mögliche Bedeutung für die Aktivität		
Sozioökonomischer Kontext: Besprechen Sie, inwieweit soziale und ökonomische Aspekte bei der Aktivität eine Rolle spielen.			
Kontext	Bildungsniveau und Gesundheit		
	Einkommen		
	Einsamkeit		
	Entfremdung von Betätigungen, Deprivation von Betätigungen		
Politischer/institutioneller Kontext: Besprechen Sie, inwieweit politische und institutionelle Aspekte einen Einfluss auf die Ausführung der Aktivität haben.			
Kontext	Politik, Regierung, Gesetze		
	Subventionen, Fördergelder		
	mögliche Hilfsangebote aus der Versorgung oder von Dienstleistern		

Tab. 27.4 Formular zur Analyse der fördernden und limitierenden Faktoren.

Aktivität	Wichtigste fördernde Faktoren mit Begründung	Wichtigste limitierende Faktoren mit Begründung
Einfluss der Aspekte und Merkmale der bedeutungsvollen Aktivität innerhalb der Betätigung: – allgemeine Aufmerksamkeitspunkte – Situation und Art der Ausführung		
Einfluss der personbezogenen Aspekte und Merkmale – subjektive Dimension – Funktionen und Fertigkeiten		
Einfluss der Aspekte und Merkmale des Kontextes auf das Betätigen		
Interaktion zwischen – Aspekte und Merkmale der Betätigung/Aktivität – personbezogene Aspekte und Eigenschaften – Aspekte und Merkmale des Kontexts		
Gemeinsame Annahmen:		

Erläuterung zur Betätigungsanalyse

- Stufe 1: Besprechung des Betätigens und Auswahl einer bedeutungsvollen Aktivität aus den Betätigungen
- Stufe 2: Besprechung und Erörterung aller Betätigungsdimensionen, um das Verständnis für die ausgesuchte bedeutungsvolle Aktivität zu steigern
- Stufe 3: Beobachtung der tatsächlichen Ausführung der Betätigung des Klienten (vorzugsweise) in seinem eigenen Kontext
- Stufe 4: Analyse der fördernden und limitierenden Betätigungsaspekte und gemeinsames Bilden von Hypothesen
- Stufe 5: Fortsetzung des methodischen Handelns.

27.4 Ein Beispiel aus der Praxis

Wir greifen hier erneut Anitas Fall auf, mit dem wir das Kapitel begonnen hatten. Anita war an einem metastasierten Mammakarzinom erkrankt und durchlebte eine schwierige Phase in ihrem Leben. Im Rahmen der Betätigungsfrage hatten Hans und Anita beschlossen, die Aktivität Häkeln zu analysieren. Hans hatte mit Anita ein Gespräch über das Häkeln geführt und gemeinsam mit ihr einen Teil des Formulars zur Betätigungsanalyse ausgefüllt (► Tab. 27.3). Anita häkelte dann in ihrer eigenen Umwelt auf ihre Weise einen Patch für eine Decke, während Hans dies beobachtete und gelegentlich Fragen dazu stellte. Der Fokus der Beobachtung lag hauptsächlich auf den physischen und kognitiven Aspekten der Durchführung, wobei ein biomechanischer Rahmen und ergonomische Prinzipien im Auge behalten werden mussten. Im Gespräch darüber zeigte sich, dass diese Aspekte besondere Schwierigkeiten darstellten (Kap. 27.2.3). Der Fragebogen zur Betätigungsanalyse (► Tab. 27.3) wurde weiter ausgefüllt. Anita und Hans analysierten dann die fördernden und limitierenden Betätigungsaspekte für das Häkeln (► Tab. 27.5). Dann formulierten beide gemeinsam die Ziele und suchten nach den verschiedensten Lösungsmöglichkeiten. Auch die Familie war daran beteiligt.

- Anitas Ehemann baute einen Ständer, der neben Anitas Stuhl platziert wurde, damit sie darauf ihre Vorlage ablegen konnte. Dadurch reduzierte sich für sie die Notwendigkeit der HWS-Flexion.
- Anitas Tochter überlegte mit ihr kleinere Häkelprojekte, wie z. B. einen Gürtel oder eine Krabbeldecke. Gleichzeitig vergrößert sie die Muster, sodass sie schneller Resultate erzielt.
- Anita beginnt den Tag mit Häkeln und verteilt die Aktivität über den Tag und besonders auf Zeiten, zu denen sie allein im Haus ist.
- Anita benutzt jetzt auch dickere Nadeln und dickere Wolle.

- Anita nutzt den Wecker ihres Handys, um sich rechtzeitig daran zu erinnern, dass sie eine Pause einlegen und den Arm aufgrund ihres Lymphödems bewegen muss.
- Anitas Ehemann kauft mehrere billige Lesebrillen, die an verschiedenen Stellen im Haus platziert werden und eine liegt jetzt immer im Häkelkorb.

Sie probieren diese Lösungsansätze gemeinsam aus und nach der Auswertung zeigt sich, dass das Ziel erreicht wurde und Anitas Freude und Zufriedenheit an der Aktivität Häkeln wieder gestiegen ist.

27.5 Diskussion

Ein wichtiger Diskussionspunkt in diesem Kapitel ist die Evidenz, die es für die Betätigungs- und Aktivitätsanalyse gibt. Die Literatur zu diesen Themen und ihren Definitionen ist nicht ganz eindeutig. Es finden sich kaum Angaben darüber, inwieweit diese Analyseformen wissenschaftlich fundiert sind. Es wurde nach Evidenzen darüber gesucht, wie diese Formen der Analyse erlernt werden, wie man sie einsetzt, wie der Prozess abläuft und welcher Beitrag dadurch zur Effektivität innerhalb des methodischen Handelns geleistet wird (Miller Kuhaneck et al. 2010). Die Autoren berichten von nur wenigen Rechercheergebnissen. Die Validität und Reliabilität der Betätigungsanalyse in der Ergotherapie muss also noch weiter wissenschaftlich untersucht werden. Die Darstellung der Analysen und des Vorgehens dabei in diesem Kapitel basiert weitgehend auf neuerer Literatur und auf der Expertise erfahrener Ergotherapeuten, Dozenten, Klienten und Studierender, die an der Erstellung dieses Kapitels beteiligt waren.

In diesem Kapitel wurde kein expliziter Gebrauch von einem einzigen ergotherapeutischen Inhaltsmodell zum Handeln gemacht. Es wurde von einem gemeinsamen Rahmen ausgegangen, der von den meisten Modellen geteilt wird, d. h. Aufmerksamkeit für die Person, die Betätigung und den Kontext. Je nach Wahl eines bestimmten Modells, z. B. des MOHO, kann es sein, dass ein Ergotherapeut etwas im Ablauf der Betätigungsanalyse ergänzen möchte, um z. B. auch Begriffe wie „Gewohnheiten und Routinen“ oder „Werte und Normen“ repräsentiert zu wissen. In dem Analyseformular wurden womöglich andere Begriffe und Bezeichnungen verwendet, doch das Formular soll hier nicht dogmatisch eingeführt werden. Wenn es zweckmäßig ist, Begriffe oder Konzepte anzupassen, um damit besser nach einem bestimmten Modell arbeiten zu können, dann ist das durchaus möglich. Einige Aspekte wurden vielleicht auch unzureichend beleuchtet, wie etwa der kulturelle Aspekt, der angesichts der aktuell großen Flüchtlingspopulation eine größere Aufmerksamkeit verdient hätte.

Tab. 27.5 Ausgefülltes Formular zur Analyse der fördernden und limitierenden Faktoren für die Aktivität „tunesisches Häkeln“.

Aktivität: Tunesisches Häkeln	Wichtigste fördernde Faktoren mit Begründung	Wichtigste limitierende Faktoren mit Begründung
Einfluss der Aspekte und Merkmale der bedeutungsvollen Aktivität innerhalb der Betätigung: – allgemeine Aufmerksamkeitspunkte – Situation und Art der Ausführung	Anita benutzt einen Sessel, in dem sie bequem sitzt. Ihre Häkelsachen befinden sich neben dem Sessel.	Die Häkelmuster im DIN-A5-Format liegen auf ihrem Schoß. Anita häkelt immer abends, nachdem sie schon viele andere Dinge getan hat. Anita ist es gewohnt, eine oder anderthalb Stunden am Stück zu häkeln. Sie benutzt eine recht dünne Häkelnadel (Nr. 2) und dünne Wolle.
Einfluss der personbezogenen Aspekte und Merkmale – subjektive Dimension	Das Häkeln lenkt Anita ab; für einen Moment mit etwas Positivem und etwas Konstruktivem beschäftigt zu sein. Anita sagt, dass Häkeln ihr „viel Befriedigung“ verschafft. Anita ist motiviert und dazu entschlossen, dass es ihr gelingen wird. Auf jeden Fall will sie wieder etwas Kreatives machen.	Das Häkeln liefert nicht die Resultate, die für Anita wichtig sind. Sie bringt ihre „Projekte“ nicht zum Abschluss.
Funktionen und Fertigkeiten	Regelmäßige Unterbrechungen und eine kurze Pause helfen ihr, danach gleich wieder weiterzumachen. Sie bewegt ihren Arm, schüttelt ihn aus und geht ein wenig herum. Sie ist sehr motiviert und bringt ihre Unzufriedenheit deutlich zum Ausdruck.	Die Flexion/Extension/Abduktion der Finger ist notwendig, aber schwierig, vor allem auf der rechten Seite. Extension und Abduktion des rechten Daumens ist schwierig. Der rechte Zeigefinger führt in etwa 90°-Flexion im DIP-Gelenk die Häkelnadel. Flexion der Finger 3–5 rechts, besonders im DIP-Gelenk (ca. 70–80°). Durch das Ödem in der rechten Hand ist es schwer, den Dreipunktgriff mit ausreichender Kraft aufrechtzuerhalten. Dadurch rutscht die Häkelnadel regelmäßig aus der Hand. Anita hält die Ellenbogenflexion bei etwa 100° nicht lange aufrecht. Auch die Schultermuskulatur ermüdet schnell. Flexion in den Hals- und Brustwirbeln. Erkennbare Ermüdung nach 15–20 Minuten. Konzentration: Nach 20 Minuten geht die Aufmerksamkeit zurück und „der Spaß ist vorbei“, wie sie es selbst formuliert. Sie verliert bildlich und tatsächlich den Faden.
Einfluss der Aspekte und Merkmale des Kontextes auf das Betätigen	Familie und Freunde unterstützen Anita. Sie fördern sie und tragen aktiv zu Lösungen bei. Sie häkelt allein zu Hause in ihrem eigenen Wohnzimmersessel.	Wenn Anita anfängt, merkt sie, dass ihr die Lesebrille für das Muster fehlt. Die Suche nach der Brille erfordert unnötiges Herumlaufen und Suchen. Anita verwendet keine Hilfsmittel oder technische Unterstützungen beim Häkeln.
Interaktion zwischen – Aspekte und Merkmale der Betätigung/Aktivität – personbezogene Aspekte und Eigenschaften – Aspekte und Merkmale des Kontextes	Ihre Familie wirkt unterstützend. So verlassen sie etwa bewusst zeitweilig den Raum, um Ablenkungen für Anita zu reduzieren. Das Häkeln ist für Anita so wichtig, dass sie eine Pause einlegt. Die bei der Aktivität entstehende Müdigkeit nimmt sie in Kauf. Das Ergebnis ist ihr wichtiger.	Zu häkeln und sich gleichzeitig mit Hans zu unterhalten, ist besonders anstrengend. Der abendliche Zeitpunkt des Häkelns nach Beendigung aller anderen Aktivitäten lässt die Müdigkeit rasch zunehmen. Da das Muster so klein ist und auf dem Schoß liegt, muss sie viel Flexion in der Wirbelsäule aufbringen und es macht das Häkeln besonders ermüdend. Anita wählt eher große Projekte (z. B. ein großes Plaid, einen Poncho), wodurch es lange dauert, bis Ergebnisse erzielt werden.

27.6 Zusammenfassung

Das „Betätigen“ ist ein komplexes und multidimensionales Konzept, über das aus verschiedenen Blickwinkeln diskutiert werden kann. Eine „Betätigungsanalyse“ ist daher nicht einfach, aber es ist möglich, die Betätigung „auseinanderzuziehen“ oder in Stücke zu unterteilen, um sie dann richtig zu verstehen. Die Betätigungsanalyse ist eines der Werkzeuge, die dem Ergotherapeuten zur Verfügung stehen, um gemeinsam mit dem Klienten Betätigungsfragen, zukünftige Herausforderungen und auch Schwierigkeiten beim Betätigen besser zu verstehen. Die Betätigungsanalyse ist daher Teil des methodischen Denkens und Handelns. Sie hilft dabei, das Betätigen therapeutisch oder effektiv einzusetzen. Die Betätigungsanalyse lässt sich in 5 Stufen unterteilen:

1. Besprechung des Betätigens und Auswahl einer bedeutungsvollen Betätigung. In diesem ersten Schritt wird festgelegt, was genau analysiert und beobachtet wird. (Anmerkung: Für Studierende ist es ratsam, sich zunächst durch eine Aktivitätsanalyse ein abstraktes Bild von der Aktivität zu verschaffen, bevor mit dem nächsten Schritt fortgefahren wird.)
2. Verstehen und Erörtern aller Betätigungsdimensionen, um das Verständnis für die ausgesuchte bedeutungsvolle Aktivität zu steigern. Anschließend findet ein Gespräch mit dem Klienten und eventuell auch seinem System statt, in dem die Aktivität im Detail besprochen und die anstehende Beobachtungsphase gemeinsam vorbereitet wird.
3. Beobachtung der tatsächlichen Ausführung der Betätigung des Klienten (vorzugsweise) in seinem eigenen Kontext.
4. Analyse der fördernden und limitierenden Betätigungsaspekte und gemeinsames Bilden von Hypothesen.
5. Follow-up: Fortsetzung des methodischen Handelns. Am Ende werden gemeinsam die nachfolgenden Schritte besprochen.

Das schrittweise Vorgehen bei der Betätigungsanalyse und das zugehörige Analyseformular sind Hilfsmittel, die dazu dienen, die Analyse weitestmöglich mit dem Klienten gemeinsam voranzutreiben. Mit wachsender praktischer Erfahrung wird die Betätigungsanalyse immer schneller und zunehmend implizit ablaufen.

27.7 Literatur

- Crepeau EB, Boyt-Schell BA, Gillen G, Scaffa ME. Chapter 21: Analyzing occupations and activity. In: Boyt-Schell BA, Gillen G, Scaffa ME, Cohn DA (Hrsg.). Willard & Spackman's occupational therapy. 12. Aufl. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Facione PA. Critical thinking: What it is and why it counts; 2015. www.insightassessment.com
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Mackenzie L, O'Toole G. Occupational analysis in practice. Chichester, UK: Wiley-Blackwell Publishing; 2012.
- Miller Kuhaneck H, Spitzer SL, Miller E. Activity analysis, creativity, and playfulness in pediatric occupational therapy: Making play just right. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
- Pierce DE. Occupation by design, building therapeutic power. Philadelphia: F. A. Davies Co; 2003.
- Polatajko HJ, Townsend EA. Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.
- Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L. Specifying the domain of concern: Occupation as core. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being & justice through occupation. 2. Aufl. Ottawa: CAOT publications ACE; 2007.
- Tellegen T. Er ging geen dag voorbij. Amsterdam: Querido; 1984.
- Thomas H. Occupation based activity analysis. 2. Aufl. Thorofare, NJ: Slack inc; 2015.

28 Assessments in der Ergotherapie

Margo van Hartingsveldt, Renate Meijers, Sanne Ras, Roos Stal und Marjon ten Velden

„Information ist nicht Wissen.“

Albert Einstein (1879–1955)

Kevin

Kevin und seine Mutter suchen den Ergotherapeuten des Reha-Zentrums auf. Kevin ist 7 Jahre alt und hat eine Zerebralparese. Es geht um Fragen zu seiner Selbstständigkeit in der Schule. Er besucht eine reguläre Grundschule und ist gerade in der 2. Klasse. Der Ergotherapeut bemerkt gleich zu Beginn Folgendes: Kevins Mutter zieht ihm den Mantel aus, hängt ihn auf und holt für ihn einen Stuhl herbei, sodass Kevin sofort sitzen kann. Der Ergotherapeut hat den Eindruck, dass die Mutter Kevin zu wenig dazu ermutigt, die täglichen Aktivitäten selbstständig auszuführen. Er nimmt diesen Gedanken mit in das Gespräch mit Kevin und seiner Mutter und in die Assessments.

28.1 Einleitung

Ergotherapeuten nutzen in der Praxis oft Assessments. Sie werden im ergotherapeutischen Prozess vor allem zu Beginn während der Inventarisierung und in der Evaluationsphase am Ende des Prozesses eingesetzt. In den „Standards for occupational therapy assessments“ wird der Prozess der Informationsbeschaffung wie folgt beschrieben: „... der Prozess der Beschaffung von ausreichenden Informationen über Individuen und ihre Umwelt, um fundierte Entscheidungen über Interventionen treffen zu können“ (Christiansen u. Baum 1992).

Die Autoren weisen darauf hin, dass die Datenerhebung ein fortlaufender Prozess innerhalb der ergotherapeutischen Intervention ist. Dieser Prozess wird durch den Einsatz von Assessments in Kombination mit dem professionellen Reasoning des Therapeuten geprägt.

In diesem Kapitel wird der Begriff „Assessment“ verwendet, da er weiter gefasst ist als „Messinstrument“. Assessments können Messinstrumente sein, aber auch Fragebögen und Selbsteinschätzungsinstrumente, die in der Ergotherapie ebenfalls häufig verwendet werden. Ein Assessment ist: „... ein spezifisches Instrument, Werkzeug oder eine systematische Interaktion, das zur Erfassung des Betätigungsprofils (occupational profile) und der Betätigungsperformanz (occupational performance) während des Evaluierungsprozesses verwendet werden“ (Hinojosa 2009).

Die ergotherapeutische Inventarisierung und Evaluation bildet die Ausführung des Betätigens (occupational performance) der Person und ihres Systems, einer Orga-

nisation oder einer Population in ihrem Kontext ab. Das Betätigen umfasst alles, was Menschen tun oder wobei sie mitwirken und bezieht sich auf alle Betätigungsbereiche: die Versorgung von sich selbst und anderen (Wohnen/Versorgen), die Teilhabe an der Gesellschaft durch Bildung, Arbeit oder Freiwilligenarbeit (Lernen/Arbeiten) und Spiel, Erholung, Entspannung und soziale Kontakte (Spiel/Freizeit; Hartingsveldt et al. 2010). Die Bewertung der physischen und sozialen Umwelt ist ebenfalls Bestandteil des Assessments durch den Ergotherapeuten.

Die Inventarisierung und Evaluation basiert auf den im Berufsprofil der Ergotherapeuten niedergelegten Prinzipien (Hartingsveldt et al. 2010):

- Sie richtet sich auf die Person und ihr System, die Organisation oder die Population.
- Sie konzentriert sich auf das Betätigen und sammelt Informationen über den Klienten, seinen Kontext und die Betätigungsfragen.
- Sie findet im Kontext der Betätigungsfrage statt.
- Es werden evidenzbasierte Assessments eingesetzt.

In der täglichen Praxis erweist sich die Anwendung von Assessments für Professionals als nicht immer so einfach (Swinkels et al. 2012). Ergotherapeuten nutzen häufig die ihnen vertrauten Assessments und entscheiden sich nicht immer bewusst für eines. Ihnen fällt die Auswahl relevanter Assessments oftmals schwer, auch weil das Angebot sehr groß ist (Piernik-Yoder u. Beck 2012, Herten et al. 2015). Dieses Kapitel informiert über die Assessments und erleichtert anhand einer übersichtlichen Tabelle die Auswahl eines geeigneten Verfahrens.

28.2 Ergotherapeutische Inventarisierung und Analyse

Assessments dienen dazu, gemeinsam mit dem Klienten einen Einblick in seine Betätigungsfrage zu gewinnen. In diesem Kapitel wird das Person-Environment-Occupation-Performance-Modell (PEOP) als Grundlage für die Beschreibung des ergotherapeutischen Prozesses verwendet. Das PEOP-Modell (Baum et al. 2015) geht davon aus, dass die Ausführung von „Aktivitäten, Aufgaben und Rollen“ durch die „Person“ und die „Umwelt“ unterstützt wird und dass diese drei Kernelemente die Grundlage des Betätigens bilden. Das PEOP-Modell macht deutlich, dass das Betätigen Partizipation ermöglicht und zum Wohlbefinden der Menschen beiträgt (Kap. 22).

Im zugehörigen Prozessmodell, dem PEOP Occupational Therapy (PEOP OT), ist der erste Schritt das „Narrativ“ (die persönliche Geschichte des Klienten). Das PEOP-Modell und das PEOP OT-Prozessmodell können beim Indivi-

dum und seinem System, bei einer Organisation oder bei einer Population verwendet werden, und das Narrativ wird auch bei der Arbeit mit einer Organisation und einer Bevölkerung angewendet (Bass et al. 2015).

Das Narrativ als Beginn der Intervention passt gut zu der Bedeutung, die das Betätigen für den Menschen und in der Ergotherapie hat. Seine subjektive Bedeutung wird wie folgt beschrieben: „Eine Betätigung ist die Erfahrung einer Person, die zugleich die Bedeutung dieser Betätigung festlegt.“ (Pierce 2001).

Bedeutungsvolle Betätigungen bieten eine Erfahrung, die für den Menschen eine gewisse Bedeutung hat und ihn befriedigt (Pierce 2001). Die Bedeutung des Betätigens wird erst klar, wenn der Klient davon berichtet. Deshalb wurde dem Narrativ in den letzten Jahren bei Fragen der Versorgung und des Wohlbefindens ein immer größerer Platz eingeräumt (Bohlmeijer et al. 2006). In der Ergotherapie wird es verwendet, um die Betätigungsfrage und die Bedeutung, die diese für den Klienten im breiteren Kontext seiner Lebenssituation besitzt, zu verstehen. Dies entspricht dem interpretativen Reasoning, bei dem der Mensch im Kontext seines Lebens, seines Betätigens, seiner sozialen Kontakte, seiner Lebensgeschichte und seiner Perspektiven gesehen wird. Diese Elemente haben für den Menschen Bedeutung und verleihen ihm ein Gefühl der Sinnhaftigkeit und der persönlichen Identität (Mattingly u. Fleming 1994). Bei dem Narrativ geht es also um die individuelle Perspektive des Klienten und um die tieferen Emotionen, die durch die Betätigungsfragen, mit denen der Klient konfrontiert ist, ausgelöst werden.

Das „narrative in action“ ist die Kombination aus einer Erzählung und der Ausführung einer Betätigung. Dabei erzählt die Person ihre persönliche Geschichte, während sie eine Betätigung ausführt. Es führt zu reichhaltigeren Informationen über die Bedeutung einer Betätigung, weil das Tun andere Erfahrungen im Zusammenhang mit dieser Betätigung in Erinnerung ruft, welche die Person dann auch in ihrer Geschichte berücksichtigt (Alsaker et al. 2009, Satink et al. 2016).

Das PEOP OT-Prozessmodell weist neben dem Narrativ noch drei weitere Komponenten auf, die während des ergotherapeutischen Prozesses gleichzeitig auftreten können (► Abb. 28.1):

- Narrativ (narrative)
- Assessment und Evaluation (assessment and evaluation)
- Intervention (intervention)
- Ergebnis (outcome).

Die ersten beiden Komponenten dieses Prozessmodells gehören zusammen und betreffen die Phase der Inventarisierung, wie in Kap. 24 beschrieben. In dieser Phase werden die Fragen gesammelt und eine Prioritätenliste auf der Basis der Informationen aus der Erzählung erstellt, worauf sich die Analyse der Betätigungsfrage und die abschließende Bedarfsformulierung anschließen. Es werden dabei Interviews, Assessments (Fragebögen, Selbsteinschätzungen und Messinstrumente), standardisierte und freie Beobachtungen eingesetzt. Mit deren Hilfe werden die Möglichkeiten (capabilities, enablers) und Limitierungen (constraints, barriers) des Klienten, der Umwelt und des Betätigens identifiziert (Bass et al. 2015). Während der Inventarisierung werden die Hilfsmittel immer kombiniert eingesetzt, wie z. B. ein Interview, in dem die Geschichte der Person und ihres Systems, der Organisation oder der Population im Mittelpunkt steht, die Durchführung eines oder mehrerer standardisierter Assessments und die Beobachtung des Betätigens.

Beobachtungen sind ein wichtiges Instrument für Ergotherapeuten, um das Betätigen, bei dem eine Frage auftaucht, zu erfassen. Folgende Punkte sind bei der Fertigkeit „Beobachtung“ zu berücksichtigen (Dunn 2000):

- Es wird sichergestellt, dass die natürliche Ausführung der Betätigung nicht beeinträchtigt wird.
- Man achtet auf die physischen und sozialen Merkmale der Umwelt, welche das Betätigen fördern oder beeinträchtigen.
- Das in nachvollziehbaren und wertfreien Begriffen beobachtete Verhalten wird beschrieben.

Assessments werden auch in der Evaluierungsphase des methodischen Handelns verwendet, das der vierten Komponente des PEOP OT-Prozessmodells entspricht (Ergebnis). Die Wiederholung eines Assessments ist für den Klienten wichtig, damit er erkennen kann, was die Intervention gebracht hat. Es ist auch wichtig, damit bei den Überweisern und Kostenträgern Rechenschaft über die Wirksamkeit der Intervention abzulegen. In der täglichen ergotherapeutischen Praxis wird dies noch zu wenig umgesetzt. Für den Beruf ist es jedoch unerlässlich, den Krankenkassen und anderen Kostenträgern belegen zu können, dass die Ergotherapie wirkt!

Wie Bass et al. (2015) schrieben, kommen Assessments während des gesamten dynamischen Ergotherapieprozesses zum Einsatz, da die Informationen aus den Assessments die Richtung der ergotherapeutischen Intervention vorgeben. Der ergotherapeutische Prozess ist ein dyna-

Narrativ

Assessment
und Evaluation

Intervention

Ergebnis

Abb. 28.1 PEOP Occupational Therapy (PEOP OT)-Prozessmodell (Bass et al. 2015).

mischer zyklischer Prozess, und Assessments können auch in der Umsetzungsphase des Aktionsplans (der dritten Komponente des PEOP OT-Prozessmodells) verwendet werden. Dies geschieht etwa, um Zwischenbewertungen vorzunehmen und ggf. den Aktionsplan in Absprache mit dem Klienten anzupassen. Für den Klienten kann es sich motivierend auswirken, zu erkennen, dass er Fortschritte gemacht hat. Das bedeutet, dass die Informationsgewinnung durch Assessments während der ergotherapeutischen Intervention ein fortlaufender Prozess ist.

28.3 Einsatz von Assessments

Aus welchen Gründen werden Assessments in der Ergotherapie eingesetzt? Assessments sind für mehrere Parteien wichtig (Beurskens et al. 2012d):

- Die Klienten sind besser informiert und in den Prozess eingebunden. Sie sind zudem wichtig für die gemeinsame Formulierung der Interventionsziele (partizipative Entscheidungsfindung, shared decision making).
- Professionals erhalten einen besseren Einblick in die Wirksamkeit ihrer Intervention und können so ihr Handeln verbessern.
- Kollegen und Zuweiser verbessern und standardisieren ihre Kommunikation.
- Die Kostenträger erhalten Einblick in die Ergebnisse.

Die Assessments werden in der Ergotherapie in einem Top-down- (Baum et al. 2015) oder einem betätigungs-basierten Ansatz (occupation based; Hocking 2001) angewendet. In den vergangenen 15 Jahren hat sich der Schwerpunkt der Assessments in der Ergotherapie von einem traditionellen Ansatz, der mit den Betätigungsvoraussetzungen begann (Kennedy et al. 2013), hin zu betätigungs-basierten (occupation based) Assessments verschoben, die in Alltagssituationen stattfinden. Das Assessment erfolgt im Kontext der Betätigungsfrage und erlaubt klare Aussagen (Hocking 2001, Brown u. Chien 2010). Das bedeutet etwa, dass es im natürlichen Kontext des Klienten und unter Berücksichtigung des Einflusses seiner physischen und sozialen Umwelt stattfindet. Dadurch gelangt man auch an Informationen über die Merkmale der Umwelt, welche die Ausführung von Betätigungen unterstützen oder behindern (Dunn 2005). Ein Assessment, das die Bedeutung des Betätigens für die Person berücksichtigt, schließt an das Narrativ zu Beginn des ergotherapeutischen Prozesses im Prozessmodell PEOP OT an. Dies steht im Einklang mit dem betätigungs-basierten Assessment (occupation based assessment), das Hocking 2001 beschrieben hat (► Abb. 28.2).

- „Meaning“: Im ersten Schritt weist Hocking (2001) darauf hin, dass die Ergotherapie den Menschen als sich betätigendes Wesen betrachtet, der aus dem Betätigen, das zu seiner Identität beiträgt, Bedeutung zieht (Kielhofner 2008). Menschen wissen, wer sie sind (being),

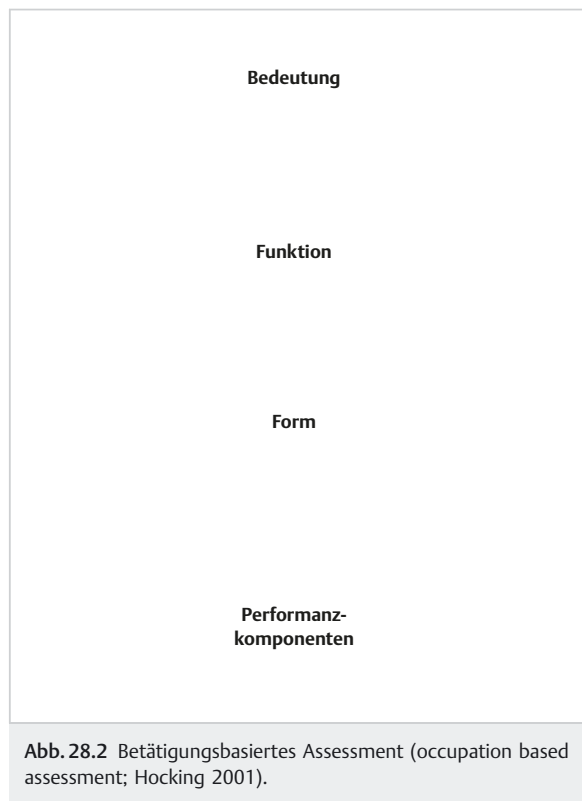


Abb. 28.2 Betätigungs-basiertes Assessment (occupation based assessment; Hocking 2001).

was sie tun können (doing), in welcher Umwelt sie ihre Betätigungen ausüben (belonging) und wer sie sein können (becoming; Wilcock u. Hocking 2015). Die Erkenntnisse, die Menschen über sich selbst gewonnen haben, teilen sie in ihren Erzählungen mit (Narrativ; Helfrich et al. 1994). Diese Bedeutung steht im Mittelpunkt des ersten Schrittes des betätigungsorientierten Assessments.

- „Function“: Der zweite Schritt widmet sich dem Ziel und der Funktion des Betätigens und seines Beitrages zum eigenen Lebensstil oder zum Lebensstil anderer (Hocking 2001). In der Ergotherapie kann darüber z. B. mithilfe des Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al. 2014) das Gespräch geführt werden.
- „Form“: Der dritte Schritt ist die Durchführung von Betätigungen in der natürlichen Umwelt. Anhand der Beobachtung wird deutlich, welche Faktoren in der physischen und sozialen Umwelt die Umsetzung der Betätigung unterstützen oder behindern (Hocking 2001).
- „Performance components“: Im letzten Schritt können die Betätigungsbedingungen weiter evaluiert werden.

Das betätigungs-basierte (occupation based) Assessment knüpft an den Taxonomic Code of Occupational Performance an (TCOP; Polatajko et al. 2013). Der TCOP gliedert das Betätigen in fünf Ebenen von abnehmender Komplexität: Betätigungen, Aktivitäten, Aufgaben, Basisfertigkeiten

ten, Funktionen und mentale Prozesse. Im betätigungs-basierten Assessment nach Hocking (2001) konzentrieren sich die ersten drei Schritte auf die Bedeutung (meaning), das Ziel und die Funktion (function) und die Ausführung im Kontext (form) des alltäglichen Betätigens und der Ausführung von Aktivitäten und Aufgaben. Die Betätigungsbedingungen beziehen sich auf Basisfertigkeiten, Funktionen und mentale Prozesse.

Die Stimme eines Kindes

Basierend auf der UN-Kinderrechtskonvention (UN 1989), der UN-Behindertenrechtskonvention unter besonderer Berücksichtigung von Kindern mit Behinderung (UNICEF 2007) und dem „World Report on Disability“ (WHO 2011) haben Kinder das Recht, an Entscheidungen über ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beteiligt zu werden. Kinder und Jugendliche haben einen Blick für ihr eigenes Leben und wollen in Entscheidungen, die sie betreffen, einbezogen werden. Für die ergotherapeutische Intervention mit Kindern und Jugendlichen bedeutet dies, dass sie bei der Festlegung der Ziele und des Aktionsplans mitwirken (Kramer u. Velden 2015). Kinder über 6 Jahre sind in der Lage anzugeben, was ihnen bei einer Intervention wichtig ist. Die Meinung des Kindes kann dabei von der Meinung der Eltern abweichen, ist aber ebenso wichtig (O'Brien et al. 2009). Der Dialog mit dem Kind oder Jugendlichen ist notwendig, um einen Einblick in das zu bekommen, was für ihn wichtig ist. Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass dies bisher nur selten geschieht (Hammell 2013). Dabei ist der Dialog mit dem Kind wesentlich für die Motivation zur Intervention. Das Gefühl, gehört und respektiert zu werden, zählt zu den psychischen Grundbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen bei (Deci u. Ryan 2000):

- Autonomie (ich wähle selbst)
- erfahrene Kompetenz (ich kann das)
- Verbundenheit (ich gehöre dazu).

Diese Grundbedürfnisse bestimmen wiederum die Qualität der Motivation von Kindern und Jugendlichen, die für die ergotherapeutische Intervention so wichtig ist.

Ein Instrument zur Selbsteinschätzung, wie das Child Occupational Self Assessment (COSA; Kramer et al. 2014) und das Fotointerview (Duijse et al. 2009), hilft Kindern und Jugendlichen dabei, ihre eigene Betätigungsfrage zu bestimmen, damit sie den Inhalt der Intervention (mit-) bestimmen können. Die Beteiligung des Kindes an allen Aspekten des ergotherapeutischen Prozesses ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention.

28.4 Auswahl des Assessments

Die Informationsgewinnung ist also auf verschiedene Weisen möglich. Im Fall Kevin haben wir gesehen, dass der Ergotherapeut Informationen aus dem ersten Eindruck gewinnen kann, die dann durch ein Assessment abgeklärt werden können. Der Einsatz eines Assessments kann die Informationsgewinnung strukturieren und standardisieren, erfordert aber auch den Einsatz von Zeit und Energie von Klient und Therapeut. Deshalb ist es wichtig, sich bewusst mit der Wahl eines Assessments auseinanderzusetzen. Durch die bewusste Auswahl wird ein Assessment verwendet, das sowohl die Möglichkeiten und die Situation des Klienten optimal aufgreift als auch auf den Zweck der Informationsgewinnung und die Möglichkeiten des Therapeuten abgestimmt ist. Für die bewusste Auswahl eines Assessments sind folgende Fragen wichtig:

- Von wem möchte ich Informationen erhalten?
- Welche Informationen möchte ich erhalten?
- Zu welchem Zweck möchte ich Informationen erhalten?

Herr Beer

Herr Beer ist 79 Jahre alt und lebt allein in einem Einfamilienhaus. Sein Sohn macht sich Sorgen um die Funktionsfähigkeit seines Vaters und wendet sich an einen Ergotherapeuten. Er sagt, dass es bei seinem Vater zu Hause häufig zu Unfällen kommt und dass sich das Wesen seines Vaters scheinbar verändert habe. Er besucht seinen Vater mehrmals in der Woche, um ihm zu helfen, was jedoch schwierig mit seinen eigenen familiären Verpflichtungen zu vereinbaren sei. Er fragt sich, ob sein Vater noch selbstständig leben kann und welche Unterstützungen dazu erforderlich seien. Herr Beer selbst sagt, dass er manchmal hinfällt, aber keine anderen Schwierigkeiten hat und sich noch jahrelang zu Hause leben sieht.

28.4.1 Von wem möchte ich Informationen erhalten?

Die Bestimmung des am besten geeigneten Assessments setzt beim Klienten an. Zuerst werden seine Merkmale spezifiziert. Viele Assessments richten sich an eine bestimmte Zielgruppe, die auf dem Alter, der Diagnose oder der Betätigungsfrage basiert. Auch der Energie- und Zeitaufwand für den Klienten variiert je nach Assessment. Es ist daher wichtig zu überlegen, zu welcher Zielgruppe der Klient gehört und welche beeinträchtigenden Faktoren das Assessment des Klienten beeinflussen, wie z.B. Aphasie, geistige Ermüdung oder körperliche Schwäche (Beurskens et al. 2012a). Darüber hinaus kann die Persönlichkeit des Klienten näher betrachtet werden, etwa im Hinblick darauf, wie offen der Klient in der Kommunikation ist und wie selbstbestimmt oder abhängig er ist. Die-

se Informationen dienen als Orientierungshilfe bei der Auswahl eines geeigneten Assessments und können z.B. Hinweise darauf geben, ob es ratsam ist, die Umwelt des Klienten in die Abnahme des Assessments einzubeziehen.

28.4.2 Welche Informationen möchte ich erhalten?

Diese Frage hängt mit der Phase des ergotherapeutischen Prozesses zusammen. Es kann dabei um diagnostische, inventarisierende, prognostische oder evaluierende Fragen gehen (Beurskens et al. 2012b). Zu einer diagnostischen Frage gehört ein Assessment, das den Ergotherapeuten unterstützt, um die Situation des Klienten besser einordnen zu können, wie z.B. die Frage nach dem Selbstständigkeitsgrad einer Person in der Selbstversorgung nach einem Schlaganfall. Dies könnte mit dem Assessment of Motor and Process Skills eruiert werden (AMPS; Fisher and Jones 2011). Eine inventarisierende Frage gehört zu einem Assessment, das die Informationsgewinnung unterstützt, wie z.B. die Ziele, die der Klient mit einer ergotherapeutischen Intervention erreichen möchte. Dazu kann bei Kindern das COSA eingesetzt werden (Kramer et al. 2014). Eine prognostische Frage erfordert ein Assessment, das die Erwartungshaltung des Klienten über seine zukünftigen Möglichkeiten unterstützt. Mit dem Writing Readiness Inventory Inventory Tool In Context (WRITIC; Hartingsveldt et al. 2015) lässt sich abschätzen, ob ältere Vorschulkinder bereit sind, in der 2. Klasse das Schreiben zu lernen. Bei einer Evaluationsfrage ist ein Assessment nötig, das eine eingetretene Verbesserung widerspiegeln kann. Um die Wirksamkeit der ergotherapeutischen Intervention abzubilden, kann das COPM am Ende der Intervention erneut abgenommen werden (Law et al. 2014). Dann wird auch deutlich, ob der Klient die Betätigungen, die Gegenstand der Intervention waren, tatsächlich besser ausführen kann und ob er damit zufriedener ist als vorher. Wird ein Assessment durchgeführt, das nicht mit dem übereinstimmt, was der Ergotherapeut messen will, wirkt sich das auf die Qualität der Messung aus. Daher stellt das Nachdenken über die Art der Informationen, die über ein Assessment gewonnen werden sollen, einen wichtigen Schritt bei seiner Auswahl dar.

28.4.3 Zu welchem Zweck möchte ich Informationen erhalten?

Der nächste Schritt widmet sich dem Zweck der Messung. Der Ergotherapeut bespricht dabei, welche Informationen er mit dem Assessment erhalten möchte (Beurskens et al. 2012b). Im Fall von Herrn Beer aus der Fallstudie hat der Ergotherapeut eine Reihe von Fragen zu beantworten, wie z.B.: „Was ist die Betätigungsfrage von Herrn Beer?“, „Wie steht es um die Unabhängigkeit und Sicherheit von Herrn Beer in der häuslichen Situation?“ und „Was ist der

Grund für die Leistungsminderung von Herrn Beer?“ In der Fallstudie wies Herr Beers Sohn darauf hin, dass er den Betreuungsbedarf seines Vaters für zu groß hält. Wenn ein Assessment zur Ermittlung der Pflegebelastung des Angehörigenpflegers herangezogen wird, können verschiedene Zielfragen bewertet werden, wie z.B.: „Ist der Angehörigenpfleger überlastet?“ und „Welche Anliegen hat der Angehörigenpfleger?“ Das Ziel, für das ein Assessment durchgeführt wird, beeinflusst die Ergebnisse des Assessments. Das erste Ziel kann zu einem Assessment führen, das anhand der Abbildung der Pflegebelastung einen Eindruck vermittelt, ob der Angehörigenpfleger überlastet ist. Das zweite Ziel erfordert dann ein Assessment, das inhaltlich die Belastung durch die Pflege und die Betätigungsfragen des Angehörigenpflegers untersucht. Bei der Betrachtung der Situation von Herrn Beer kann zur Analyse der Betätigungsfragen ein Beobachtungsinstrument oder ein Interview herangezogen werden. Mit einem Beobachtungsinstrument wie dem Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP; Chapparo u. Ranka 2008) steht die Interpretation des Betätigens des Klienten durch den Ergotherapeuten mehr im Vordergrund, während ein Interview wie das COPM (Law et al. 2014) stärker auf der Geschichte des Klienten basiert.

28.5 Die Suche nach dem Assessment

Gute Quellen für geeignete Assessments sind Leitlinien und die ergotherapeutische Fachliteratur. Der Vorteil dieser Quellen besteht darin, dass sie speziell auf die Zielgruppe zugeschnitten sind, der Wert der Assessments beurteilt wurde und dass sie in übersichtlicher Form dargestellt werden. Man kann auch eine Recherche in Datenbanken starten. Dabei ist es wichtig, die Datenbank und die Suchanfrage möglichst spezifisch zu halten, um eine geeignete Auswahl an Assessments zu erhalten.

Eine Reihe von Messinstrumenten basiert auf einem Inhaltsmodell. Beispielsweise wurden viele Assessments auf Basis des Model of Human Occupation entwickelt (MOHO; Kielhofner 2008). Auch andere Inhaltsmodelle haben ein Assessment. So wurde z.B. basierend auf dem Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E; Polatajko et al. 2013) das COPM entwickelt (Law et al. 2014). Wenn das MOHO als Inhaltsmodell in der Intervention eingesetzt wird, ist es naheliegend, ein MOHO-Assessment zu wählen, da dies dem professionellen Reasoning des Ergotherapeuten entspricht. Nicht alle Inhaltsmodelle verfügen über entsprechende Assessments, sodass es nicht immer möglich ist, die Kombination aus Inhaltsmodell und einem zugehörigen Assessment zu wählen. Wenn ein Assessment verwendet wird, das zu einem Inhaltsmodell gehört, ist es gut, die Theorie hinter dem Modell zu kennen, um das Messinstrument anwenden zu können. Wenn man z.B.

das Volitional Questionnaire (QQ) als MOHO- Messinstrument verwendet (Heras et al. 2007), sollte man wissen, was der Begriff „Wille“ (volition) im MOHO-Modell bedeutet und wie der Zusammenhang mit dem Betätigten aussieht. Als Therapeut ist es wichtig, sich der eigenen Denkweise bewusst zu bleiben, damit die Auswahl des Assessments zu den Informationen, die man sammeln möchte, passt.

Bei der Suche nach einem Assessment ist es auch wichtig, dass es für den Klienten und den Therapeuten praktisch anwendbar ist. Diese Praktikabilität bedeutet für den Klienten, dass das Assessment verständlich ist, dass die aufzuwendende Zeit überschaubar ist und dass die physische und kognitive Belastung auf die Leistungsfähigkeit des Klienten abgestimmt ist. Praktikabilität bedeutet für den Therapeuten, dass er das notwendige Wissen mitbringt, um die Beurteilung abzuschließen, und dass der Nutzung des Assessments keine praktischen Erwägungen, wie Schulung, Kosten, Dauer der Beurteilung oder erforderliche Materialien im Wege stehen (Beurskens et al. 2012a).

28.6 Verschiedene Klientenperspektiven

Bürgertreff

Die gesundheitliche Situation in einem bestimmten Amsterdamer Stadtviertel wird im Rahmen eines Bürgertreffs erörtert. Mit dabei sind Mitarbeiter verschiedener sozialer Institutionen, darunter auch ein Ergotherapeut, der bei einer dieser Organisationen angestellt ist. Es wird über die Gesundheit und die Lebensqualität von vulnerablen Bevölkerungsgruppen in dem Viertel gesprochen. Die Mitarbeiter haben Hinweise darauf erhalten, dass die gesundheitliche Lage und die Lebensqualität älterer Menschen sowie von Anwohnern mit psychischen Störungen beeinträchtigt ist. Daher wurde beschlossen, ein Projekt zur Verbesserung der Lebensqualität und des Gesundheitszustands ins Leben zu rufen. Der Ergotherapeut verfügt über reichlich Wissen über Aspekte, die zum Wohlbefinden beitragen können, und wird somit zum Hauptverantwortlichen für das Projekt. Zunächst will er sich die Fragen und Wünsche der Bewohner anhören und ihre Stärken herausarbeiten. Um diesen Prozess zu strukturieren, sucht der Ergotherapeut nach einem geeigneten Assessment.

Der häufigste Klient der Ergotherapie ist das Individuum mit seinem System, aber auch Organisationen und Populationen können Klienten sein (Granse u. Kuiper 2012). Der Prozess der Datensammlung ist auch für diese Klientengruppen wichtig. Dieses Kapitel enthält auch nützliche Assessments für die Arbeit mit Organisationen und Popu-

lationen. Die Assessments für diese Gruppen sind in der Regel Handbücher, die dem Prozess, der mit der Organisation oder der Population durchlaufen wird, eine Richtung vorgeben. Diese Assessments unterscheiden sich von den in der Ergotherapie üblichen, die zumeist auf einem medizinischen Modell basieren.

Nach dem PEOP OT-Prozessmodell beginnt der Ergotherapieprozess mit dem Narrativ der Organisation oder Population, welches die Grundlage für die Intervention bildet (Bass et al. 2015). Eine Methode, sich ein Bild von der Erzählung einer Population zu machen, ist Photo-voice, das zur Methodik des Participatory Action Research passt (Hergenrather et al. 2009; ► Tab. 28.4). Darüber hinaus werden auf der Ebene der Population verschiedene Assessments verwendet, um die öffentliche Gesundheit abzubilden, wie z.B. Gesundheitsverhalten, Zeitbudget, Lebensqualität und Wohlbefinden unter der Population eines Viertels. Dies sind wichtige Themen, die im Einklang mit den Ergebnissen des PEOP-Modells stehen und sich auf das Betätigten, die Partizipation und das Wohlbefinden der Menschen in einem Viertel beziehen (Baum et al. 2015).

28.7 Auswahl der Assessments für dieses Kapitel

Um eine möglichst vollständige Assessment-Liste erstellen zu können, wurde mit einer Literaturrecherche nach neuen, überarbeiteten oder übersetzten Assessments für das Individuum und sein System, für Organisationen und für Populationen gesucht.

Für den Klienten als Person und sein System werden die Untersuchungsfragen nach Zielgruppe (Kinder und Erwachsene) und Betätigungsbereich (Wohnen/Versorgen, Lernen/Arbeit und Spiel/Freizeit) aufgeteilt. Zum Einsatz kamen die Datenbanken PubMed, CINAHL, OT-Seeker, Narcis und ProQuest. Darüber hinaus wurden Leitlinien, aktuelle Bücher zur Ergotherapie und Websites einschlägiger internationaler Organisationen durchforstet. Gesucht wurde dabei nach Assessments, die seit 2010 veröffentlicht wurden, da in der vorherigen Auflage dieses Buches nach Assessments bis einschließlich 2011 gesucht worden war. Bei der Suche ab 2010 ergibt sich somit eine Überschneidung von einem Jahr, sodass keine Assessments übersehen werden konnten. Die in diesem Kapitel beschriebenen Assessments konzentrieren sich auf die Ebenen des Betätigten und der Aktivitäten gemäß TCOP (Polatajko et al. 2013). Diese beiden Ebenen knüpfen an das Betätigten als Kerndomäne der Ergotherapie an (Hartingsveldt et al. 2010). Darüber hinaus konzentrieren sich die Assessments in diesem Kapitel auf den Menschen und die Umwelt nach dem PEOP-Modell (Baum et al. 2015).

28.7.1 Die Person und ihr System

Die Assessments für die Person und ihr System wurden anhand der folgenden Einschlusskriterien ausgewählt:

- die Ebenen „Betätigungen“ und „Aktivitäten“ nach TCOP (Polatajko et al. 2013)
- die Kernelemente des PEO-Modells: Person und Umwelt (Baum et al. 2015)
- die Verfügbarkeit von Fragebögen und Handbüchern.

Alle gefundenen Assessments wurden anhand der erwähnten Einschlusskriterien bewertet und zu einer umfangreichen Liste zusammengefasst. Danach wurden Assessments ausgeschlossen, die sich speziell an eine Zielgruppe oder auf ein Krankheitsbild richten. Aus dieser Liste wurde dann eine Auswahl von Assessments für Erwachsene und Kinder getroffen, die auf einer proportionalen Darstellung der Betätigungsbereiche und der Anwendbarkeit der Assessments in verschiedenen ergotherapeutischen Kontexten beruhen.

28.7.2 Organisationen und Populationen

Bei der Literaturrecherche zu Assessments, Frameworks und Prozessbeschreibungen im Hinblick auf Organisationen und Populationen als Klienten wurden die Datenbanken PubMed, Narcis und ProQuest durchsucht. Zudem wurden neue Ergotherapiefachbücher und Websites einschlägiger internationaler Organisationen hinzugezogen. Die gefundenen Assessments wurden auf Grundlage folgender Einschlusskriterien bewertet:

- erschienen nach 2005
- in der Ergotherapie einsetzbar
- in englischer, niederländischer oder deutscher Sprache
- im deutschen Sprachraum in Gebrauch.

Um sicherzustellen, dass die Assessments den verschiedenen Arbeitsbereichen in der Ergotherapie gerecht werden, wurden sie in kleiner Zahl einem Praxistest durch Ergotherapeuten unterzogen. Die teilnehmenden Ergotherapeuten waren alle in verschiedenen Ergotherapiebereichen tätig, sodass die Tabelle aus verschiedenen Blickwinkeln der beruflichen Praxis bewertet wurde. Darüber hinaus wurde eine Kritikergruppe der Voraufgabe dieses Buches für die Auswahl der Assessments konsultiert, die auch ein Feedback zu der Liste aus niederländischer und flämischer Sicht abgab. Die endgültige Assessment-Liste ist das Resultat der Rückmeldungen der Kritiker und aus den Arbeitsbereichen.

28.7.3 Einteilung der Tabellen

Die in diesem Kapitel aufgeführten Assessments wurden auf vier Tabellen verteilt. Die ► Tab. 28.1, ► Tab. 28.2 und ► Tab. 28.3 enthalten die Assessments für Erwachsene, Kinder/Erwachsene bzw. Kinder und sind auf den Klienten als Einzelperson gerichtet. Die ► Tab. 28.4 führt dann die Assessments auf, die von Ergotherapeuten für Organisation und Populationen als Klienten verwendet werden können. Wie erwähnt, werden für den einzelnen Klienten nur die Assessments berücksichtigt, die sich auf die beiden obersten Ebenen des TCOP richten, d. h. auf das Betätigen und auf Aktivitäten. Assessments, die sich auf Betätigungsbedingungen und z. B. auf körperliche Funktionen konzentrieren, werden nicht berücksichtigt. Die ► Tab. 28.4, welche die Assessments für Organisationen und Populationen enthält, ist stärker zusammengefasst und führt nur die Namen, die Zielgruppen und den Zweck jedes Assessments auf.

Alle Assessments können auch via Google gesucht werden. Die Assessments wurden nicht direkt verlinkt, da solche Links schnell überholt sein können. Bei den genannten Kosten handelt es sich um Angaben aus dem Jahre 2016, die womöglich inzwischen nicht mehr ganz stimmen.

Tab. 28.1 Assessments für Personen: Erwachsene.

Name	Typ	Betätigungsbereich	Zielgruppe	Ziel	Anwendungsmerkmale
Activiteitenprofiel (1998)	Selbsteinschätzung und Interviewfragebogen	alle	Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen, für welche das Einteilen der eigenen Kräfte eine Herausforderung darstellt	Darstellung der täglichen Routine des Klienten über 48 Stunden, die einen Einblick in das Erleben von Schmerz, Müdigkeit und Ruhebedürfnis in Bezug auf die Ausführung von Aktivitäten und die Art der körperlichen Belastung gibt	Abnahme: etwa 90 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 12 €
Activiteitenweger (COPM 2014)	Selbsteinschätzung	alle	Reha-Klienten, für welche die Balance zwischen Belastung und Belastbarkeit eine Herausforderung bedeutet	Sichtbarmachen der Belastungen des Tages, das Finden eines Gleichgewichtes zwischen Belastung und Belastbarkeit mit zugleich Steigerung der Belastbarkeit	Abnahme: mehrere Sitzungen Kurs: ja Anschaffungskosten: 6 € (App für Android oder Apple)
Activity Card Sort – niederländische Version (ACS-NL 2013)*	Interview	alle	Klienten ab 60 Jahren in verschiedenen (Wohn-)Situationen: institutionell, rehabilitativ, zu Hause wohnend	Identifizierung der Aktivitäten älterer Menschen in den Bereichen IADL, Freizeit und soziale Kontakte durch Fotografien, um Veränderungen in den Alltagsaktivitäten sichtbar zu machen	Abnahme: 20 min Nachbesprechung und Bewertung: 10 min Kurs: ja Anschaffungskosten: Kurs und Materialien etwa 450 €
Caregiver Strain Index (CSI 1983)	Fragebogen	alle	Angehörigenpfleger	Bestimmung der wahrgenommenen Belastung durch die Versorgung Angehöriger	Abnahme: 5–10 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Handleiding Observatie Wil-substysteem (HOW 1999, niederländische Version des Volitional Questionnaire)*	Beobachtung	Personen (PEO)	Personen, die sich aufgrund schwerer Kommunikation oder kognitiver Beeinträchtigungen nicht gut verbal äußern können	Beurteilung der Werte, Interessen und persönlichen Effektivität des Klienten durch Einzel- oder Gruppenbeobachtungen bei der Durchführung von Betätigungen; kann verwendet werden, wenn der Therapeut nur durch Beobachtungen Informationen über das Volition-Subsystem des Klienten erhalten kann	Abnahme: 75 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Housing Enabler (2010)	Beobachtung und Checkliste	physische Umwelt	Personen mit einem potenziell beeinträchtigenden Wohnumfeld	Verschaffung eines Überblicks über Barrieren im physischen Wohnumfeld	Abnahme: variabel Kurs: nein Anschaffungskosten: etwa 54 € für die englischsprachige Anleitung und das Screening-Tool
Impact op Participatie en Autonomie (IPA 2004)*	Selbsteinschätzung	alle	Menschen ab 18 Jahren mit verschiedenen chronischen Beeinträchtigungen der Gesundheit	Identifizierung der Schwierigkeiten, auf die der Klient in Bezug auf Autonomie und Partizipation stößt mithilfe eines Fragebogens	Abnahme: 20 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine

Tab. 28.1 Fortsetzung

Name	Typ	Betätigungsbereich	Zielgruppe	Ziel	Anwendungsmerkmale
Model of Human Occupation Screening Tool, Version 2.0 (MOHOST-NL 2013)*	Selbsteinschätzung	alle	Personen mit körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, mit oder ohne sprachliche Beteiligung	Messung der Partizipation des Klienten und des Einflusses seiner Umwelt in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit; gibt einen Überblick über die Stärken und Schwächen des Klienten in Bezug auf die MOHO-Konzepte	Abnahme: mindestens 10 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Occupational Self Assessment (OSA 1998)*	Interview	alle	Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen	Darstellung der Betätigungsperformanz (occupational performance) über Fertigkeiten, Zufriedenheit mit Gewohnheiten, Energieeinteilung, Zufriedenheit mit Aktivitäten oder Aufgaben, die der Klient hat, und Einflüsse aus der Umwelt	Abnahme: 15–20 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 40 \$
Rollenlijst (Role Checklist 1998)*	Selbsteinschätzung	alle	Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen	Inventarisierung der Rollen des Klienten auf der Grundlage der vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Rollen und des Wertes, den der Klient ihnen beimisst	Abnahme: 30–45 min Nachbesprechung: 30–45 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-P 2010)	Selbsteinschätzung	alle	Erwachsene in Rehabilitation	Übersicht der vom Klienten ausgeführten Aktivitäten, der Beeinträchtigungen, die er dabei erfährt, und seiner Zufriedenheit mit der Ausführung	Abnahme: 10–20 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Work Environment Impact Scale (WEIS; 1998)*	Interview	Arbeitsumwelt	Erwachsene, die (vorübergehend) nicht arbeiten	Darstellung des Erlebens der Arbeitsumwelt	Abnahme: 40–45 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 40 \$
Worker Role Interview (WRI 1998)*	Interview	Arbeiten/Lernen	Erwachsene	Identifizierung psychosozialer und umweltbezogener Faktoren, welche die Rückkehr des Klienten an den Arbeitsplatz beeinflussen	Abnahme: etwa 75 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 11 €
World Health Organization Disability Assessment, Schedule II (WHODAS 2.0 2001)	Fragebogen	alle	Erwachsene	Messung des Funktionsniveaus von Erwachsenen, mit Schwerpunkt auf Aktivitäten und Partizipation	Abnahme: etwa 20 min Kurs: ja, Selbststudium Anschaffungskosten: keine

* Assessment liegt in deutscher Sprache und oft auch bei der DVE vor. Als Mitglied des DVE kann man auf der Website zahlreiche Assessments finden; k.A.: keine Angaben; Kostenangaben Stand 2016

Tab. 28.2 Assessments für Personen: Erwachsene und Kinder.

Name	Typ	Betätigungsbereich	Zielgruppe	Ziel	Anwendungsmerkmale
Assessment of Motor and Process Skills (AMPS 2012)*	Beobachtung	alle	Personen ab 4 Jahre	Darstellung der Qualität des selbstständigen Funktionierens durch die zur Erfüllung einer Aufgabe erforderliche körperliche Anstrengung, die Effizienz der Betätigung, die Sicherheit und die Selbstständigkeit	Abnahme: 60–120 min Kurs: ja Anschaffungskosten: inklusive Grundkurs 1130 €
Canadian Occupational Performance Measure (COPM 2014)*	Interview	alle	Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Ältere	Darstellung der Partizipationsmöglichkeiten des Klienten, Festlegung von Prioritäten bei der Intervention und Bewertung der Umsetzung und Zufriedenheit mit der Betätigung; durch erneuten Abnahme des COPM kann die Betätigung evaluiert werden.	Abnahme: 20–40 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 100 Listen und 2 Sets Bewertungskarten 22,50 €
Evaluation of Social Interaction (ESI 2010)*	Beobachtung	soziale Umwelt	Personen ab 2 Jahre mit oder ohne Behinderungen	Evaluierung der Qualität der sozialen Interaktion des Klienten mit Einzelpersonen durch Beobachtung der Interaktion mit Personen aus der täglichen Umwelt des Klienten	Abnahme: Interview, 2 Beobachtungen und Ausfüllen der Bewertungen Kurs: ja Anschaffungskosten: Kurs, Handbücher und Software 945 €
Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS 2005)*	Interview	alle	Jugendliche und Erwachsene mit verschiedenen Hintergründen und Schwierigkeiten	sammeln, analysieren und begutachten von Informationen über Art und Umfang der Betätigungen des Klienten, um einen Einblick in die aktuellen Betätigungen zu erhalten und Ziele setzen zu können	Abnahme: 20–30 min Bewertung: 5–20 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 40 \$
Occupational Performance History Interview 2.1 (OPHI-II 2008)*	Interview	alle	Personen ab 12 Jahre	Darstellung aktueller und früherer Betätigungen mittels eines halbstrukturierten Interviews, Bewertungsskalen und der Aufnahme der Lebensgeschichte	Abnahme: mindestens 60 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP 1999)*	Beobachtung	alle	Personen, deren Betätigungen möglicherweise unter einer beeinträchtigten Informationsverarbeitung leiden	Bewertung der Effektivität der Informationsverarbeitungsstrategien bei der Durchführung von ADL in einer realistischen Umwelt	Abnahme: unterschiedlich Kurs: ja Anschaffungskosten: Kurs inkl. Material 1270 €

* Assessment liegt in deutscher Sprache und oft auch bei der DVE vor. Als Mitglied des DVE kann man auf der Website zahlreiche Assessments finden; k.A.: keine Angaben; Kostenangaben Stand 2016

Tab. 28.3 Assessments für Personen: Kinder.

Name	Typ	Betätigungsbereich	Zielgruppe	Ziel	Anwendungsmerkmale
Assessment of Preschool Children's Participation (APCP 2012)	Fragebogen für Eltern	Freizeit/Spiel	Kinder zwischen 2 und 6 Jahren mit oder ohne funktionelle Beeinträchtigungen	Darstellung der Partizipationsmöglichkeiten von Vorschulkindern an Betätigungen	Abnahme: 35–45 min Kurs: k.A. Anschaffungskosten: k.A.
Child and Adolescent Scale of Environment (CASE 2004)	Fragebogen	Umwelt	Kinder mit Gehirnschädigungen	Darstellung der Umweltfaktoren, die den Klienten und sein System beeinträchtigen	Abnahme: 5–10 min Bewertung: 5–10 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Child and Adolescent Scale of Participation (CASP 2004)	Selbsteinschätzung oder Fragebogen	alle	Schulkinder ab 5 Jahren	Darstellung der Partizipation von Kindern im Vergleich zu Gleichaltrigen	Abnahme: 10 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Child Occupational Self Assessment (COSA)*	Selbsteinschätzung	alle	Kinder zwischen 7 und 17 Jahren	Darstellung der Wahrnehmung der eigenen Kompetenzgefühle, der Bedeutung von Aktivitäten und ob und wie die Kinder an den für sie bedeutungsvollen Aktivitäten partizipieren	Abnahme: Ausfüllen durch das Kind 20–30 min Nachbesprechung: 15–20 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 40 \$
Child-Initiated Pretend Play Assessment (CHIPPA 2003)	Beobachtung	Freizeit/Spiel	Kinder zwischen 3 und 8 Jahren mit Entwicklungsrückstand	die Fähigkeit des Kindes, spontan zu spielen und sich in Tun-als-ob-Spielen angemessen zu verhalten	Abnahme: 18–30 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 1100 AU\$
Children's Assessment of Participation and Environment (CAPE)*	Fragebogen	Freizeit/Spiel	Kinder/Jugendliche zwischen 6 und 21 Jahren mit oder ohne funktionelle Beeinträchtigungen	Darstellung der Partizipation von Kindern an außerschulischen Aktivitäten, die in Kombination mit dem PAC aufgenommen werden sollte	Abnahme: 30–45 min Kurs: nein Anschaffungskosten: in Kombination mit dem PAC 148 €
Fotointerview (2013)	Interview	alle	Kinder zwischen 6 und 12 Jahren	Darstellung der Bedeutung, Umsetzung und Zufriedenheit mit den Aktivitäten des Kindes im täglichen Leben	Abnahme: 20–25 min Kurs: ja (Workshop) Anschaffungskosten: in Kombination mit dem Workshop 190 €
Home Observation Measurement of the Environment (HOME 2003)	Beobachtung	Wohnen/Versorgen, Umwelt	Kinder zwischen 0 und 15 Jahren	Darstellung der Umweltfaktoren in der häuslichen Situation des Kindes, welche seine kognitive, soziale und emotionale Entwicklung beeinflussen	Abnahme: 90–120 min Kurs: nein Anschaffungskosten: Handbücher 30–50 \$, Formulare 12,50–25 \$
Participation and Environment Measure for Children and Youth (PEM-CY 2016)	Fragebogen für Eltern	alle	Kinder zwischen 5 und 17 Jahren mit oder ohne Beeinträchtigungen	Darstellung der Partizipation im Haushalt, in der Schule und in der Gemeinde in Kombination mit den Umweltfaktoren	Abnahme: 25–40 min Kurs: k.A. Anschaffungskosten: 99 \$
Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*	Interview	alle	Kinder zwischen 6 Monaten und 7,5 Jahren (geistiges Alter) mit Entwicklungsstörungen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen	Darstellung der Selbstständigkeit in der Durchführung der täglichen Aktivitäten und ihrer Umsetzung in der Umwelt des Kindes	Abnahme: 20–60 min Kurs: nein Anschaffungskosten: komplettes Set 229 €

Tab. 28.3 Fortsetzung

Name	Typ	Betätigungs- bereich	Zielgruppe	Ziel	Anwendungs- merkmale
Pediatric Volitional Questionnaire (PVQ)*	Beobachtung	Person	Kinder zwischen 2 und 8 Jahren mit körperlichen oder psychischen Behinderungen sowie Personen über 8 Jahre mit einem niedrigeren Entwicklungsstand	Darstellung der inneren Motivation des Kindes und des Einflusses der Umwelt auf diese Motivation	Abnahme: mindestens 2 Beobachtungen; pro Beobachtung 10–30 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 5 €
Preferences for Activities of Child (PAC)*	Fragebogen	Freizeit/Spiel	Kinder/Jugendliche zwischen 6 und 21 Jahren mit oder ohne funktionelle Beeinträchtigungen	Darstellung der Präferenzen des Kindes für außerschulische Aktivitäten; sollte in Kombination mit dem CAPE abgenommen werden	Abnahme: 15–25 min Kurs: nein Anschaffungskosten: in Kombination mit dem CAPE 148 €
School Assessment of Motor and Process Skills (School-AMPS 2011)*	Beobachtung	Arbeiten/ Lernen	Kinder zwischen 3 und 12 Jahren auf regulären oder Sondergrundschulen	Darstellung der motorischen und prozessbezogenen Fertigkeiten, die das schulische Verhalten negativ beeinflussen, sowie Darstellung der Stärken des Kindes, die sein Betätigen positiv beeinflussen	Abnahme: abhängig von der Aktivität Gespräch mit der Lehrkraft: 20 min Kurs: ja Anschaffungskosten: Kurs 855 €, Material 22 €
Sensory Profile (2013)*	Fragebogen für Eltern	alle	Kinder zwischen 4 und 12 Jahren	Darstellung von Beeinträchtigungen der sensorischen Informationsverarbeitung	Abnahme: mindestens 25 min Kurs: ja Anschaffungskosten: komplettes Set 228 €
Short Child Occupational Profile (SCOPE)*	Beobachtung	alle	Kinder zwischen 0 und 21 Jahren	Darstellung des Verhaltens des Kindes anhand folgender Faktoren: Volition, Habituation, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten, prozessbezogene und motorische Fertigkeiten und Umwelt	Abnahme: 20–90 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Systematische Opsporing Schrijfproblemen (SOS-2-NL 2014)	Beobachtung	Arbeiten/ Lernen	Kinder zwischen 7 und 12 Jahren	Ermittlung von Schreibschwierigkeiten	Abnahme: 10 min Kurs: nein Anschaffungskosten: 33 €
Test Of Environmental Supportiveness (TOES 1999)*	Beobachtung	Freizeit/Spiel, Umwelt	Kinder zwischen 1,5 und 15 Jahren	Darstellung des Einflusses der Umwelt auf das Spielverhalten des Kindes; vorgesehen in Kombination mit dem ToP	Abnahme: 15–20 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Test of Playfulness (ToP 2005)*	Beobachtung	Freizeit/Spiel	alle Kinder, die spielen und sich dabei engagiert verhalten	Beurteilung des Spielverhaltens anhand von vier Bereichen: innere Motivation, interne Kontrolle, Freiheit in der Begrenzung der Realität und Ausarbeitung; vorgesehen in Kombination mit dem TOES	Abnahme: 20–30 min Kurs: nein Anschaffungskosten: keine
Transitieprofiel (2010)	Interview	alle	junge Menschen	Veränderungen in der Selbstständigkeit junger Menschen beim Übergang in die nächste Lebensphase erkennen	Abnahme: 7 Themen Kurs: nein Anschaffungskosten: keine

Tab. 28.3 Fortsetzung

Name	Typ	Betätigungsbereich	Zielgruppe	Ziel	Anwendungsmerkmale
Writing Readiness Inventory Tool In Context (WRITIC 2014)	Beobachtung	Arbeiten/Lernen	Kinder zwischen 5 und 6 Jahren	Beurteilung, ob das Kind bereit ist, in der 2. Klasse schreiben zu lernen.	Abnahme: 20 min Ausfüllen der Bewertung: 10 min Kurs: Studentag (nicht verpflichtend) Anschaffungskosten: 45 €
* Assessment liegt in deutscher Sprache und oft auch bei der DVE vor. Als Mitglied des DVE kann man auf der Website zahlreiche Assessments finden; k.A.: keine Angaben; Kostenangaben Stand 2016					

Tab. 28.4 Assessments für Organisationen/Populationen.

Name	Zielgruppe	Ziel
Child Care Home Inventory (CC-HOME)	Institutionen	Bewertung von Organisationsstruktur, physischer Umwelt, Gesundheit und Sicherheit
Community Health Environment Checklist (CHEC)	Rollstuhlfahrer und Personen mit visuellen Beeinträchtigungen	Beurteilung der Zugänglichkeit von öffentlichen Räumen in Krankenhäusern, Einkaufszentren und Restaurants
Community Themes and Strengths Assessment (CTSA)	Populationen	erkennen, was für die Gemeinschaft wichtig ist, was die Lebensqualität in der Gemeinschaft ausmacht und welche Aktivitäten in diesem Bereich unternommen werden. Das Tool hilft auch, diese Bereiche in Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft zu verbessern. Das CTSA ist Teil des „Mobilizing for Action through Planning and Partnerships“.
Intervention Mapping	Organisationen/Populationen	systematische Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen
Photo-Voice	Individuen in einer Organisation oder Population	systematisch gesundheitsförderliche Maßnahmen entwickeln, um den Alltag der einzelnen Bewohner eines Viertels und dessen Geschichte abzubilden. Photo-Voice ist eine Methode innerhalb der „Participatory Action Research“.

28.8 Klinimetrische Eigenschaften

Die klinimetrischen Eigenschaften (► Abb. 28.3) bilden die Qualität eines Assessments ab. In diesem Abschnitt wird erläutert, was klinimetrische Eigenschaften sind und welche davon bei der Beurteilung der Qualität eines Assessments besonders wichtig sind.

In der nachfolgenden Beschreibung ist die Rasch-Analyse nicht enthalten. Diese Methode wird immer häufiger verwendet, um die klinimetrischen Eigenschaften eines Assessments festzuhalten, wurde jedoch aufgrund ihrer Komplexität hier nicht weiter beleuchtet.

28.8.1 Validität

Validität bedeutet, dass das Assessment tatsächlich das misst, was es zu messen vorgibt (Beurskens et al. 2012c). Man unterscheidet verschiedene Formen der Validität: Augenscheinvalidität (face validity), Inhaltsvalidität (auch

Kontentvalidität; content validity), Kriteriumsvalidität und Konstruktvalidität (construct validity). Bei der Beurteilung von Assessments sind Inhaltsvalidität und Konstruktvalidität wichtige Prädiktoren für die Qualität (Terwee et al. 2007).

Die Inhaltsvalidität misst, ob alle Aspekte, die in den relevanten Domänen gemessen werden, vollständig erfasst werden. Bei der Konstruktvalidität wird geprüft, ob das Assessment mit dem Gegenstand (Konstrukt) der Bewertung übereinstimmt (Beurskens et al. 2012c). Bei der Beurteilung der Inhaltsvalidität wird nach der Zielbeschreibung des Assessments, nach der Zielgruppe, nach dem Konstrukt und nach dem Auswahlverfahren geschaut.

Die Konstruktvalidität wird durch das Testen von vorab definierten Hypothesen beurteilt, wie etwa der erwarteten Korrelation zwischen Messinstrumenten, die den gleichen Gegenstand messen, oder dem erwarteten Unterschied bei der Punktzahl zwischen zwei Testgruppen, bei denen eine Differenz zum Testergebnis erwartet wird (Terwee et al. 2007).

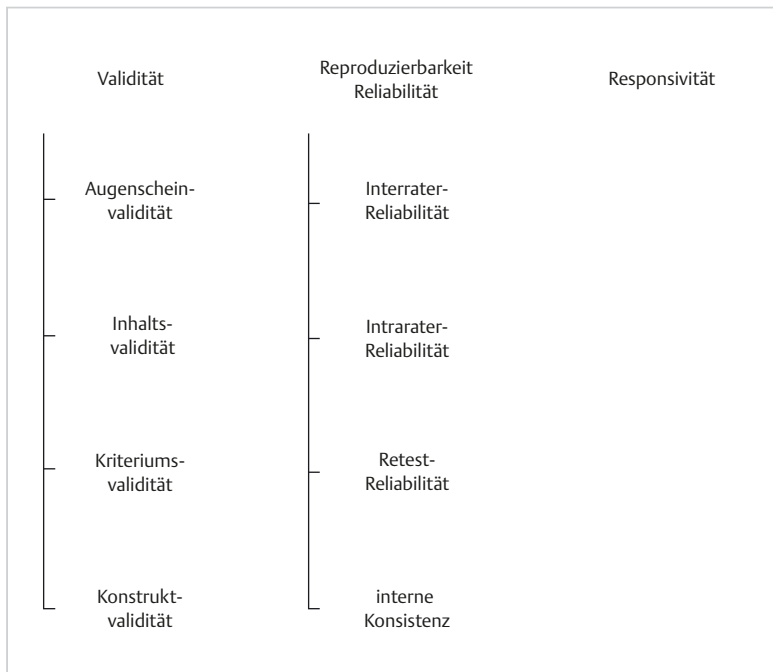


Abb. 28.3 Klinimetrische Eigenschaften von Assessments (www.meetinstrumenten.nl).

28.8.2 Reliabilität

Die Reliabilität oder Zuverlässigkeit eines Assessments gibt an, inwieweit bei verschiedenen Messungen die gleichen Ergebnisse resultieren, d.h. reproduzierbar sind (Horner u. Larmer 2006). Dazu gehören die Interrater-Reliabilität, die Intrarater-Reliabilität, die Retest-Reliabilität und die interne Konsistenz.

Die Interrater-Reliabilität ist das Maß, in dem die Messungen verschiedener Therapeuten übereinstimmen. Die Intrarater-Reliabilität gibt an, inwieweit die verschiedenen Messungen desselben Therapeuten übereinstimmen. Die Retest-Reliabilität ist der Grad, in dem bei der Wiederholung einer Messung für dieselbe Personengruppe die gleichen Ergebnisse erzielt werden. Für diese Formen der Reproduzierbarkeit kann der Intraklassen-Korrelationskoeffizient (intra-class-correlation, ICC) oder „Cohens Kappa“ verwendet werden (Horner u. Larmer 2006).

Die interne Konsistenz ist ein Maß dafür, wie die Items einer Skala miteinander zusammenhängen. Sie wird nach einer Faktorenanalyse mit „Cronbachs Alpha“ bestimmt (Terwee et al. 2007, Horner u. Larmer 2006).

28.8.3 Responsivität

Die Responsivität ist als das Vermögen eines Assessments definiert, Veränderungen im zeitlichen Verlauf zu erkennen (Terwee et al. 2007). Assessments, die zur Messung von Veränderungen z.B. beim Betätigen der Klienten eingesetzt werden, bezeichnet man als evaluativ. Ein gutes

evaluatives Assessment ist in der Lage, relevante Verbesserungen oder Verschlechterungen bei Klienten zu registrieren. Diese Eignung eines Assessments wird als Responsivität bezeichnet (Beurskens et al. 2012d).

28.9 Diskussion

Assessments sind wichtige und wertvolle Instrumente, um die Betätigungsfrage des Klienten zu erfassen. Ein Assessment kann konkrete Informationen liefern, kann eine Beurteilung abgeben und zu neuen Einsichten für den Klienten und den Therapeuten führen. Es ist eine wichtige Grundlage des ergotherapeutischen Prozesses. Ein weiterer wichtiger Aspekt von Assessments ist es, dass die Wirkung der ergotherapeutischen Intervention für den Klienten, die Kollegen und die Kostenträger transparent gemacht wird. Die Ergebnisse unterstützen auch den Mehrwert der ergotherapeutischen Arbeit und festigen das Bild des Berufes in der Gesellschaft.

Für den praktisch tätigen Ergotherapeuten ist die Frage wichtig, inwieweit das Ergebnis der Assessments für den Klienten in seinem Kontext hilfreich ist. Der Kern dieser Frage spiegelt sich im Motto dieses Kapitels wider: „Information ist nicht Wissen“. Ein Assessment erzeugt Informationen, die aber noch nicht zu Erkenntnissen führen, wenn das Assessment nicht zum Kontext der Betätigungsfrage passt. Wenn das Assessment zu einer Feststellung oder einem Ergebnis führt, aus dem weder der Klient noch der Therapeut etwas ziehen kann, ist dieses

Assessment nicht hilfreich. Deshalb ist es bei der Durchführung eines Assessments und der anschließenden Interpretation der Ergebnisse so wichtig, das Narrativ zum Ausgangspunkt zu machen und die Auswahl eines Assessments in Absprache mit dem Klienten darauf zu gründen. In diesem Fall wird die Entscheidung für ein Assessment auf der Grundlage der Betätigungsfrage des Klienten getroffen.

Zur beruflichen Kunst des Ergotherapeuten gehört es, den Klienten kennenzulernen und ihn bei der (Wieder-) Aufnahme des Betätigens zu unterstützen. Oft lernt man eine Person in einer ungezwungenen Situation am besten kennen, und das gilt auch für die Beziehung zwischen Ergotherapeut und Klient. Neben dem Einsatz von Assessments gibt es noch viele andere Möglichkeiten der Informationsgewinnung. Man sollte dabei auch die „spontanen“ Momente des Klienten nutzen, weil es auch dabei für den Ergotherapeuten viel zu entdecken gibt. Man denke dabei etwa an den ersten Eindruck eines Klienten, seine Sprechweise oder auch an die freie Beobachtung.

Das kontextbasierte Arbeiten, im Rahmen derer die Assessments dort durchgeführt werden, wo sich die Betätigungsfrage des Klienten zeigt, kann von großem Nutzen sein (Darrah et al. 2011). Dies passiert natürlich bei der Arbeit in der Umwelt des Klienten. Es gibt auch Assessments, die auf eine Abnahme im Kontext des Klienten standardisiert sind. Beispiele dafür sind die School-AMPS (Fisher et al. 2005) und das WRITIC (Hartingsveldt et al. 2014), die beide im Kontext der Schulklasse abgenommen werden.

Die Praktikabilität eines Assessments ist aus Sicht des Therapeuten einer der wichtigsten Aspekte für seine Anwendung in der beruflichen Praxis (Law et al. 2005). Hier spielen ganz praktische Fragen hinein, wie z. B. Schulung, Kosten, Nutzungsdauer und notwendige Materialien. Es gibt eine Reihe von Assessments, die ein Therapeut nur dann durchführen darf, wenn er einen entsprechenden Kurs dazu absolviert hat. Dies gilt etwa für die niederländische Version des Activity Card Sort (ACS-NL) (Poerbodipoero et al. 2015), das AMPS (Fisher u. Jones 2011) und das Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP; Chapparo u. Ranka 2008). Diese Kurse stellen sicher, dass die Assessments korrekt und effektiv durchgeführt werden, wozu es jedoch einer gewissen Investition von Zeit und Geld bedarf.

Ein Ergotherapeut muss den Prozess der Inventarisierung und Analyse nicht vollständig selbst durchführen. Man kann sich auch der Einsichten anderer Berufsgruppen wie Pflegekräften, Sanitätern, Psychologen, Lehrern und Sozialarbeitern bedienen und auch die Beobachtungen der Angehörigenpfleger nutzen.

Für Organisationen und Populationen als Klienten liegen noch kaum Assessments, Frameworks und Prozessbeschreibungen vor. Es ist deutlich, dass es für Ergotherapeuten und Wissenschaftler in der Arbeit mit Organisationen und Populationen noch viele Herausforderungen

zu bewältigen gibt. Es wäre schön, wenn in einer zukünftigen Ausgabe dieses Buches noch mehr Assessments, Frameworks und Prozessbeschreibungen zur Verfügung stehen würden und mehr Ergotherapeuten in diesen Bereichen tätig sein würden.

28.10 Zusammenfassung

Der Einsatz von Assessments im ergotherapeutischen Prozess kann von großem Nutzen sein: Er verschafft dem Klienten und dem Therapeuten Einblicke, Gesundheitsdienstleister erhalten mehr Einblick in die Wirkung von Interventionen, Kollegen und Zuweiser verbessern und standardisieren ihre Kommunikation und Kostenträger erhalten einen Einblick in die Ergebnisse der Interventionen.

Bei der Verwendung von Assessments ist es wichtig, sie ganz bewusst auszuwählen. Dabei stehen drei Fragen im Mittelpunkt: Von wem möchte ich Informationen erhalten, welche Informationen möchte ich erhalten und zu welchem Zweck möchte ich Informationen erhalten? Mit dem Prozessmodell PEOP-OT wird deutlich, in welchen Phasen der ergotherapeutischen Intervention Assessments eingesetzt werden. Dies ist vor allem in der Inventarisierungs- und in der Evaluationsphase der Fall, aber letztlich ist die Informationsgewinnung mittels Assessments ein Prozess, der die gesamte ergotherapeutische Intervention durchläuft.

Die Auswahl fällt leichter, wenn mehr Informationen über die Assessments zur Verfügung stehen. In diesem Kapitel finden sich deshalb Tabellen mit Assessments für alle Klientenformen in der Ergotherapie. Die Tabellen für die Einzelperson und ihr System bestehen aus Assessments für Kinder, Erwachsene und Kinder/Erwachsene. Die Tabelle für Organisationen und Populationen als Klienten zielt unter anderem auf die gemeindebasierte Arbeit.

28.11 Literatur

- Alsaker S, Bongaardt R, Josephsson S. Studying narrative-inaction in women with chronic rheumatic conditions. *Qualitative Health Research* 2009;19 (8):1154–1161.
- Bass JD, Baum C, Christiansen CA. Interventions and outcomes The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) occupational therapy process. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.) *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*. Thorofare, NJ: Slack; 2015.
- Baum C, Christiansen CA, Bass JD. The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) model. In: Christiansen C, Baum C, Bass J (Hrsg.) *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*. Thorofare, NJ: Slack; 2015.
- Beurskens S, Peppen R van, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H. Hanteerbaarheid van een meetinstrument. In: Beurskens S, Peppen R van, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H (Hrsg.) *Meten in de praktijk*. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum; 2012a.
- Beurskens S, Peppen R van, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H. Meten als onderdeel van het klinisch redeneren. In: Beurskens S, Peppen R van, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H (Hrsg.) *Metten in de praktijk*. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum; 2012b.

- Beurskens S, Peppen R van, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H. Methodologische eigenschappen van meetinstrumenten. In: Beurskens S, Peppen R van, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H (Hrsg.). *Meten in de praktijk*. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum; 2012c.
- Beurskens S, Swinkels R, Stutterheim E, Peppen R van. Meten met behulp van het stappenplan. In: Beurskens S, Peppen R van, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H (Hrsg.). *Meten in de praktijk*. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum; 2012d.
- Bohlmeijer E, Mies L, Westerhof G. De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum; 2006.
- Brown T, Chien C. Occupation-centered assessment with children. In: Rodger S (Hrsg.). *Occupation-centered practice with children – a practical guide for occupational therapists*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010:135–159.
- Chapparo C, Ranka J. The PRPP system of task analysis: User's training manual. Sydney: OP Network; 2008.
- Christiansen CA, Baum C. Occupational therapy: Overcoming human performance deficits. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 1992.
- Darrah J, Law MC, Pollock N, Wilson B, Russell DJ, Walter SD et al. Context therapy: A new intervention approach for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2011;53(7):615–620.
- Dunn W. Best practice occupational therapy in community service with children and families. Thorofare, NJ: Slack; 2000.
- Dunn W. Measurement issues and practices. In: Law M, Baum C, Dunn W. *Measuring occupational performance supporting best practice in occupational therapy*. Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 2005:21–32.
- Deci EL, Ryan RM. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry* 2000;11:227–268.
- Duijse M van, Hoogerwerf E, Hoop A de. Wat wil ik nou zelf verbeteren? Foto-Interview helpt kinderen bij de keuze van de eigen hulpvraag. *Nederlands Tijdschrift Voor Ergotherapie* 2009;37(4):25–27.
- Fisher AG, Jones KB. Assessment of motor and process skills. Vol. 1: Development, standardization, and administration manual. 7. Aufl. Ft. Collins, CO: Three Star Press; 2011.
- Fisher AG, Bryze K, Hume V, Griswold L. School version of the assessment of motor and process skills. Fort Collins, CO: Three Star Press; 2005.
- Granse M le, Kuiper C. Cliënt. In: Granse M le, Hartingsveldt MJ van, Kinébanian A (Hrsg.). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business; 2012.
- Helfrich C, Kielhofner G, Mattingly C. Volition as narrative: Understanding motivation in chronic illness. *American Journal of Occupational Therapy* 1994;48(4):311–317.
- Heras CG de las, Geist R, Kielhofner G, Li Y. The Volitional Questionnaire (VQ) Version 4.1. Chicago: University of Illinois; 2007.
- Hammell KR. Client-centered practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2013;20(3):174–181.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost MI, Kinébanian A. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: EN; 2010.
- Hartingsveldt MJ van, Cup EHC, Groot IJM de, Nijhuis-van der Sanden MWG. Writing Readiness Inventory Tool in Context (WRITIC): Reliability and convergent validity. *Australian Occupational Therapy Journal* 2014;61(2):102–109.
- Hartingsveldt MJ van, Cup EHC, Hendriks JCM, Vries L de, Groot IJM de, Nijhuis-van der Sanden MWG. Predictive validity of kindergarten assessments on handwriting readiness. *Research in Developmental Disabilities* 2015;36:114–124.
- Herten V van, Hoes R, Ven M van de, Ven-Stevens L van de, Lancée J, Daniëls R. Welke meetinstrumenten gebruiken ergotherapeuten in de praktijk? *Ergotherapie Wetenschap* 2015;43(4):26–37.
- Hergenrather KC, Rhodes SD, Cowan CA, Bardhoshi G, Pula S. Photovoice as community-based participatory research: A qualitative review. *American Journal of Health Behavior* 2009;33(6):686–698.
- Hinojosa J, Kramer P. Frames of reference for pediatric occupational therapy. 3. Aufl. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.
- Hocking C. Implementing occupation based assessment. *American Journal of Occupational Therapy* 2001;55(4):463–469.
- Horner D, Larmer PJ. Health outcome measures. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 2006;34(1):17.
- Kennedy J, Brown T, Stagnitti K. Top-down and bottom-up approaches to motor skill assessment of children: are child-report and parent-report perceptions predictive of children's performance-based assessment results? *Scand Journal of Occupational Therapy* 2013;20(1):45–53.
- Kielhofner G. Model Of human occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
- Kramer J, Velden M ten. Facilitating youth rights: using the child occupational self assessment. In: Poulsen A, Ziviani J, Cuskelly M (Hrsg.). *Goal setting and motivation in therapy: Engaging children and parents*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015:172–181.
- Kramer J, Velden M ten, Kafkes A, Basu S, Federico J, Kielhofner G. Child Occupational Self-Assessment (COSA) Version 2.2. Chicago: University of Illinois; 2014.
- Law M, King G, Russell D. Guiding therapists decisions about measuring outcomes in occupational therapy. In: Law M, Baum C, Dunn W (Hrsg.). *Measuring occupational performance supporting best practice in occupational therapy*. Thorofare, NJ: Slack; 2005:33–44.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko HJ, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Ottawa: CAOT Publications ACE; 2014.
- Mattingly C, Fleming M. Clinical reasoning: forms of inquiring in the therapeutic practice. Philadelphia: F.A. Davies; 1994.
- O'Brien JC, Bergeron A, Duprey H, Olver C, Onge HS. Children with disabilities and their parents' views of occupational participation needs. *Occupational Therapy in Mental Health* 2009;25(2):164–180.
- Pierce D. Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy* 2001;55(2):138–146.
- Piernik-Yoder B, Beck A. The use of standardized assessments in occupational therapy in the United States. *Occupational Therapy in Health Care* 2012;26(2–3):97–108.
- Poerbodipoero SJ, Sturkenboom IH, Hartingsveldt MJ van, Nijhuis-van der Sanden MWG, Graff MJ. The construct validity of the Dutch version of the activity card sort. *Disability and Rehabilitation* 2015:1–9.
- Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L. Specifying the domain of concern: occupation as core. In: Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013:13–36.
- Satink T, Josephsson S, Zajec J, Cup EHC, Swart BJM de, Nijhuis-Van Der Sanden MWG. Self-management develops through doing of everyday activities – a longitudinal qualitative study of stroke survivors during two years post-stroke. *BMC Neurology* 2016.
- Swinkels R, Peppen R van, Wolters P. Zoeken naar een meetinstrument. In: Beurskens S, Peppen R van, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H (Hrsg.). *Meten in de praktijk*. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum; 2012:50–75.
- Terwee CB, Bot SD, Boer MR de, Windt DA van der, Knol DL, Dekker J et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007;60(1):34–42.
- UNICEF. Promoting the Rights of Children with Disabilities. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre; 2007.
- Verenigde Naties. Verdrag voor de rechten van het kind. Verenigde Naties; 1989. <https://www.unicef.nl/wat-doet-unicef/kinderrechten/kinderrechtenverdrag>
- WHO. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Wilcock AA, Hocking C. A World report on disability occupational perspective on health. 3. Aufl. Thorofare, NJ: Slack incorporated; 2015.

29 Qualitätssicherung

„Qualität liegt im Auge des Betrachters.“

Rubrech u. Stuyling de Lange (2010)

Keywords

- Qualität der Versorgung auf der Mikroebene: Klient (System) und Ergotherapeut
- Qualitätssicherung
- gute Versorgung
- Qualitätszirkel
- Teilnahme an Evaluationen und Forschungsarbeiten
- professionelles Handeln
- Berufsregister der Professionals und Gütesiegel
- Qualitätsziele (SMART)
- Qualitätskriterien (RUMBA)
- dynamisches und systematisches Qualitätsmanagement
- Qualitätssicherung auf der Mesoebene: Abteilung, Team und Organisation
- Methoden zur Qualitätssteigerung
- kürzere Verbesserungsprozesse
- Qualitätsgesetzgebung
- Qualitätsmodelle
- integrierte Qualitätssysteme
- Qualitätssicherung auf Makroebene: national
- Leitlinien, Protokolle, Versorgungsstandards und Evidenzen
- externe Kriterien, Zertifizierung, Akkreditierung und Visitation
- Patienten-, Klienten- und Verbraucherorganisationen
- Berufsverbände

Im Restaurant

Erik geht zusammen mit seinem auf den Rollstuhl angewiesenen Partner zum Abendessen aus. Im Internet fanden sie ein rollstuhlgerechtes Restaurant in der Innenstadt mit Bewertungen zwischen 5 und 8. Sie beschloßen, eine Reservierung vorzunehmen. Mit dem Rollstuhl kam man gut durch die Fußgängerzone, doch im Restaurant selbst mussten sie feststellen, dass die Tische immer noch zu eng beieinanderstanden und es schwierig war, zwischen ihnen hindurch zu manövrieren. Zum Glück war die Toilette relativ leicht zugänglich und gut angepasst. Die Speisekarte bot eine große Auswahl an Gerichten. Das Restaurant war gut besucht, weshalb man mitunter lange auf die Bedienung warten musste. Doch konnte dieser Umstand den schönen Abend nicht mehr trüben und gemeinsam genossen sie die guten Speisen.

29.1 Versorgungsqualität, Rahmen und Begrifflichkeiten

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

29.1.1 Einleitung

Ob es das Restaurant ist, in dem man essen wird, der Urlaub, den man sich aussucht oder die Wahl des Verkehrsmittels – immer geht es auch um die Qualität. Man erwartet eine bestimmte Qualität beim Essen und bei der Bedienung, am Urlaubsort oder ein gewisses Maß an Sicherheit und Komfort beim Fortbewegungsmittel. Ob die gebotene Qualität ausreicht, um die gesetzten Erwartungen zu erfüllen, ist eine persönliche Bewertung. Qualität ist daher auch ein normativer Begriff. Man erwartet jedoch ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis. Das ist im Gesundheitswesen nicht anders.

Aus der Sicht des Klienten spielt die Qualität der Versorgung eine wichtige Rolle. Klienten, die mit Ergotherapeuten zu tun haben, erwarten eine bestimmte Qualität der Intervention (Mikroebene). Ergotherapeuten hinterfragen stets kritisch – vor, während und nach einer Intervention –, was die beste Vorgehensweise angesichts der gegebenen Möglichkeiten ist.

Aber auch die Organisation und das Team, in dem der Ergotherapeut arbeitet, erwarten ein gewisses Maß an Professionalität und Qualität. Dies spiegelt sich etwa in dem rechtzeitig eingereichten Teamreport, in einer fundierten Beratung oder im Mitdenken bei der Erstellung eines Protokolls oder eines Trainingsplans (Mesoebene) wider.

Der Ergotherapeut sollte sich auch mit Veränderungen bei Organisationen, in der Gesetzgebung und hinsichtlich der finanziellen Rahmenbedingungen auseinandersetzen. Neue Erkenntnisse kommen aus der wissenschaftlichen Forschung, und es gibt ständig neue Entwicklungen im Berufsprofil der Ergotherapie (Makroebene; Kap. 30). All diese Makroaspekte beeinflussen immer auch die Arbeit auf der Mikro- und Mesoebene.

Immer mehr Menschen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors erwarten, dass auf allen Ebenen sicher, effektiv, klientenorientiert, zeitnah und effizient gearbeitet wird (Kap. 29.1.2). Dies gilt auch für Ergotherapeuten. In diesem Kapitel werden anhand kurzer Praxisbeispiele die wichtigsten Konzepte zur Qualitätssicherung, die Beziehungen zwischen den verschiedenen Ebenen und die Möglichkeiten, die der Ergotherapeut hat, um systematisch an der Qualitätsverbesserung zu arbeiten, erläutert. Die Berufskompetenz „für eine gesicherte Qualität sorgen“ steht in diesem Kapitel im Vordergrund: „Der Ergotherapeut analysiert und bewertet systematisch die Wirksamkeit und Effektivität der ergotherapeutischen

Versorgung und der Dienstleistungen, sodass er einen Beitrag zur systematischen Verbesserung und Sicherung einer verantwortungsvollen Versorgung leistet, die den Bedürfnissen des Klienten und den Zielen der Organisation entspricht“ (Verhoef u. Zalmstra 2013; Kap. 32; www.thieme.de/ergotherapie_grundlagen).

Dieses Kapitel konzentriert sich vornehmlich auf die Aspekte der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Es wird aber auch spezifisch auf das Thema Qualität und Ergotherapie in Deutschland, Österreich und in der Schweiz eingegangen. Ergotherapeuten arbeiten auch in sozialen und gesellschaftlichen Kontexten, wie z.B. Projekte in Problemvierteln oder Gemeindezentren. Auch dann ist es wichtig, die Qualität des Betätigten gemeinsam mit allen Beteiligten zu überprüfen. Da hier jedoch andere Gesetze, Finanzrahmen, Partnerschaften und Kräfteverhältnisse als im Gesundheitswesen wirken, kommt dieser Bereich im vorliegenden Kapitel nicht zum Tragen.

Nach Klärung der wichtigsten Begrifflichkeiten wird auf der Mikroebene (Klient und Ergotherapeut) begonnen, gefolgt von der Mesoebene (die Organisationen, bei denen der Ergotherapeut arbeitet) und der Makroebene (Qualität im weiteren Rahmen von Regierung, Regulierung und Versicherern, Patienten- und Verbraucherorganisationen und Berufsverbänden).

29.1.2 Qualität und die Dimension der Qualitätssteigerung

Generell geht es bei Qualität um die Frage, werden die richtigen Dinge getan und werden die richtigen Dinge gut gemacht? Allerdings lässt sich die „Qualität der Versorgung oder Dienstleistung“ nicht genau definieren. Es ist ein subjektiver Begriff, bei dem gilt: „Die Qualität liegt im Auge des Betrachters“ (Rubrech u. Stuyling de Lange 2010). Denn die vielen qualitätsbestimmenden Faktoren werden von jedem Betroffenen aus seiner eigenen Perspektive beurteilt. Dabei spielt es keine Rolle, ob man Klient oder Ergotherapeut ist oder als Manager in einer Pflegeeinrichtung oder bei einer Versicherung arbeitet. Es gibt also keine klare Definition der Qualität. Gerade der Kontext, in dem Qualität mit den dazugehörigen Standards geliefert wird, bestimmt die subjektive Sicht auf die Qualität. Eine der gebräuchlichsten Definitionen von Qualität, in denen dies zutage tritt, ist die von Donabedian aus dem Jahre 1980: „Qualität ist der Grad der Ähnlichkeit zwischen den Kriterien für eine gute Versorgung (welcome care) und der Praxis dieser Versorgung (actual care)“.

Qualität hat auch kein absolutes Endniveau. Es kann jedoch unter Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten, einschließlich des aktuellen Standes des Fachwissens, nach der optimalen Qualität gestrebt werden. Das American Institute of Medicine (IOM) verwendet dies in seiner Qualitätsdefinition: „Qualität ist der Grad, in dem Gesundheitsdienste für Einzelpersonen und Populationen

die Wahrscheinlichkeit von gewünschten Gesundheitsergebnissen erhöhen und dabei mit dem aktuellen Fachwissen übereinstimmen“.

Um von einem zu liefernden Qualitätsniveau und einer Qualitätsverbesserung sprechen zu können, muss Qualität objektivierbar und auch messbar gemacht werden. Zu diesem Zweck hat das Committee on the Quality of Health Care des Institute of Medicine (IOM) im Jahre 2001 sechs Bereiche definiert, die gemeinsam einen Rahmen zur Verbesserung einer zielorientierten Versorgung bilden. Diese Bereiche sind: Sicherheit, Effektivität, Patientenorientierung, Einhaltung des Zeitrahmens, Effizienz und Gleichheit des therapeutischen Angebotes (Institute of Medicine; AHRQ 2016; s. Kasten „Sechs Qualitätsdimensionen im Gesundheitssektor“).

Sechs Qualitätsdimensionen im Gesundheitssektor

- sicher (safe): Vermeidung von Verletzungen der Patienten durch die Pflege, die ihnen helfen soll
- effektiv (effective): Bereitstellung von Dienstleistungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse für alle, die davon profitieren könnten, und Verzicht auf die Erbringung von Dienstleistungen für diejenigen, die davon nicht profitieren
- patientenzentriert (patient-centered): eine Versorgung, welche die individuellen Präferenzen, Bedürfnisse und Werte des Patienten respektiert und auf sie eingeht, und die sicherstellt, dass die Werte des Patienten als Richtschnur bei allen klinischen Entscheidungen dienen
- rechtzeitig (timely): Reduzierung von Wartezeiten und mitunter gefährlichen Verzögerungen sowohl für die Leistungsempfänger als auch für die Leistungserbringer.
- effizient (efficient): Vermeidung von Abfällen und der Verschwendung von Geräten, Hilfsmitteln, Ideen und Energie
- gleich (equitable): Bereitstellung von Pflegeleistungen, die keine Qualitätsunterschiede aufgrund persönlicher Merkmale wie Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, geografische Lage und sozioökonomischer Status aufweisen (AHRQ 2016).

In vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens bilden sie die Grundlage, auf der Führungskräfte die Richtung einer Qualitätsverbesserung vorgeben. Das IOM stellt fest, dass ein Versorgungssystem, das Verbesserungen in diesen Bereichen erzielt, viel besser auf die Bedürfnisse des Klienten eingehen wird. Die Klienten werden erfahren, dass die Versorgung sicherer, zuverlässiger und bedarfsgerechter ist und dass sie stärker integriert und verfügbarer ist. Auch Professionals werden davon profitieren. Sie werden in der Lage sein, ihre Arbeit besser zu erledigen.

gen, wovon der Klient profitiert. Die Intervention wird für den Klienten bedeutsamer, wenn er spürt, dass die Qualität hoch ist. Diese Bereiche oder Dimensionen können auch für Versicherer und politische Entscheidungsträger ein Leitfaden sein. Jede Einrichtung erarbeitet ihre eigene Umsetzung in den Bereichen der Qualitätssteigerung. Der Kasten „Sechs Qualitätsdimensionen im Gesundheitssektor“ gibt eine Übersetzung des Originaltextes wieder.

29.1.3 Systematische Qualitätssicherung

Qualitätsverbesserungen sollten in das Verhalten integriert und gewissermaßen zur Gewohnheit werden. Oder wie Aristoteles sagte: „Qualität ist kein Akt, sondern eine Gewohnheit.“ Qualität lässt sich aber nur dann effektiv steigern, wenn dies systematisch vonstattengeht. Der Ergotherapeut ist daher aufgefordert, systematisch an der Qualität der eigenen Leistung zu arbeiten. Ein Kreislauf, der diesen Prozess unterstützen kann, ist der Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA). Dabei handelt es sich um einen Prozess aus Planung und Zielformulierung (plan), Umsetzung (do), Evaluation der Umsetzung (check) und Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen (act).

Um Qualität zu erreichen, bedarf es einer professionellen Einstellung, in der kritische Reflexionen im Mittelpunkt des professionellen Handelns stehen. Ein Ergotherapeut wird z. B. gebeten, mit seinem Klienten oder einer Gruppe von Studierenden auf ein Interventions-, Beratungs- oder Begleitungsprogramm zurückzublicken. Was waren die Ziele? Sind diese erreicht worden? Wurde effizient gehandelt? Wurde der Klient ausreichend informiert? Können die Interventionen aus der aktuellen Literatur heraus begründet werden?

Der Ergotherapeut sollte hier stets abwägen: Was ist der Wunsch des Klienten? Welche Kompetenzen bringt er mit? Was sind die eigenen Kenntnisse, Fähigkeiten, Normen und Werte? Was sagt die Literatur über die Qualität bestimmter Interventionen? Darüber hinaus ist der Ergotherapeut an gesetzliche, finanzielle, organisatorische und andere Rahmenbedingungen gebunden. Dies erfordert ein anhaltendes professionelles Reasoning und Abwägen (Kap. 25 und Kap. 29.3.3).

Beim professionellen Handeln der Leistungserbringer im Gesundheitswesen gewinnt die Klientensicherheit immer mehr an Bedeutung (Wagner 2011). De Vries et al. (2008) sagen, dass es bei jedem zehnten stationären Patienten zu vermeidbaren Fehlern kommt. Eine nicht sichere Versorgung in Form von Zwischenfällen und Komplikationen führt bei 6% der Krankenhauspatienten zu unbeabsichtigten Folgeschäden. Zu den Ursachen gehören nach Wagner kognitive Beeinträchtigungen, unzureichende Schutzmechanismen gegenüber Fehlern, unzureichende Kommunikation, nicht ausreichend ausgebildetes Personal und Probleme mit der Ausrüstung. Diese Punkte be-

treffen sowohl die Sicherheit des Patienten als auch der Leistungserbringer.

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Studien auf dem Gebiet der Patientensicherheit durchgeführt, Produkte und Instrumente entwickelt und Implementierungsprozesse gestartet. Beispiele hierfür sind die Arzneimittelsicherheit, Systeme zur sicheren Meldung von Zwischenfällen und die Sturzprophylaxe.

29.1.4 Gesetze und Regelwerke

Die Politik betrachtet es als ihre Aufgabe, für eine verantwortungsbewusste Versorgung zu sorgen (responsible care). In den Niederlanden stehen dabei verschiedene Schlagworte im Vordergrund: gut, sicher, rechtzeitig verfügbar, zugänglich und für jedermann bezahlbar. In Belgien spricht man von verantwortungsbewusster Versorgung, wenn sie die Anforderungen an Effektivität, Effizienz, Kontinuität, soziale Akzeptanz und Nutzerorientierung erfüllt.

Die Konzepte von Responsible Care überschneiden sich, aber stets gilt, dass Gesundheitsdienstleister, Krankenversicherer und Entscheidungsträger von der Politik aufgefordert sind, die Klientenperspektive bei der Einrichtung und der Gestaltung der Versorgung zunehmend in den Mittelpunkt zu rücken.

In Belgien verpflichtet das Qualitätsdekret vom 17. Oktober 2003 jeden Nutzer, unabhängig von Alter oder Geschlecht, ideologischen, philosophischen oder religiösen Überzeugungen, von Ethnie oder Orientierung und ohne Unterschied in Bezug auf die finanzielle Situation des Betroffenen verantwortungsbewusst zu behandeln. Dabei werden die Achtung der Menschenwürde und der Diversität, der korrekte Umgang, der Schutz der Privatsphäre und das Recht auf Selbstbestimmung gewährleistet. Zudem ist jede Einrichtung verpflichtet, eine verantwortungsvolle Versorgung und Pflege zu bieten. Jede Person, welche diese Dienste nutzt, hat das Recht zu klagen, wenn die gelieferte Leistung als unzureichend empfunden wird, und dabei (von Dritten) unterstützt zu werden. Der Klient muss daher auch die relevanten Informationen darüber erhalten, wie seine Rechte und Pflichten in Bezug auf seinen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Dienstleistung aussehen. Die Einrichtungen und deren Nutzer tragen einen Teil der Verantwortung für die Qualität der Versorgung, unabhängig von der Verantwortung der Regierung.

Im niederländischen Gesundheitswesen unterliegen alle diese Konzepte einer Reihe wichtiger Qualitätsgesetze, welche die Rechte und Pflichten der Nutzer und Leistungserbringer beschreiben.

Das Berufsprofil Ergotherapeut weist darauf hin, dass es zu den Kompetenzen des Ergotherapeuten gehört, die richtige Balance zwischen Effektivität und Effizienz zu finden und dies auch gegenüber dem Klienten zu verantworten (Hartingsveldt et al. 2010).

In den aufgeführten Beschreibungen fehlt noch der Hinweis, dass gute Versorgung auch einen zeitlichen und kulturellen Aspekt hat. Was man heute unter einer qualitativ guten ergotherapeutischen Beratung, einer guten Intervention oder Beratung versteht, kann sich in fünf Jahren aufgrund neuer beruflicher Erkenntnisse oder hinzugewonnener wissenschaftlicher Erkenntnisse im Detail verändert haben. Die Auffassung von Ergotherapie ist in den Niederlanden eine andere als in Belgien und unterscheidet sich von der in Japan, Australien oder Deutschland (Kap. 29.6). Das hat mit den Normen und Werten einer Kultur, der Organisation des Gesundheitswesens, dem Stand der Technik, der Entwicklung des Berufsstandes im jeweiligen Land oder auch mit der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation zu tun.

Um die zu Beginn dieses Abschnitts gestellten Fragen zu beantworten, greift der nächste Abschnitt die Klientenperspektive auf. Es wird aufgezeigt, was der Klient unter einer qualitativ hochwertigen Intervention versteht und welche Möglichkeiten er hat, um diese Interventionsprozesse zu beeinflussen.

29.2 Die Klientenperspektive

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

Einige Beispiele

- Ein Klient bekommt aufgrund von Müdigkeit und Muskelschwäche immer größere Schwierigkeiten damit, das Haus zu verlassen. Im Internet hat er eine ergotherapeutische Praxis gefunden, die ihn anspricht. Er bittet dort um einen Beratungstermin zu der Frage, was er da am besten machen kann und welche Möglichkeiten es gibt.
- Ein anderer Klient befindet sich wegen einer schweren Depression in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung. Er befindet sich jetzt in einer Phase, in der zu prüfen ist, inwieweit er wieder ohne Aufsicht leben kann. Dazu nimmt er an einer Gruppe teil, welche die selbstständige Versorgung in Küche und Haushalt zum Ziel hat. Der muslimische Klient fragt sich, ob man dabei auf seine religiösen und kulturell bedingten spezifischen Bedürfnisse Rücksicht nimmt.
- Die Eltern eines Kindes, das eine Schule für behinderte Kinder besucht und dort Ergotherapie erhält, fragen sich, ob es für sie möglich wäre, sich in der Ergotherapie zu engagieren.

29.2.1 Qualitätskriterien aus der Klientenperspektive

Die Klienten sind die erste Zielgruppe einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Eine bedarfsorientierte Versorgung scheint effizienter und effektiver zu sein als eine angebotsorientierte (Wollersheim 2011). Die Klienten bereiten sich über die modernen Medien zunehmend auf den Kontakt mit Leistungserbringern im Gesundheitswesen vor. Im Internet können alle Arten von Informationen aus der wissenschaftlichen Forschung gefunden, Erfahrungen ausgetauscht und die Versorgungsangebote aus verschiedenen Perspektiven bewertet und miteinander verglichen werden. Dieses propositionale Wissen (Wissen, das zu Recht oder zu Unrecht erklärt, was richtig ist und nicht aus eigener Erfahrung resultiert), das bisher nur den Experten vorbehalten war, macht den Klienten zunehmend zum Partner in Versorgungsfragen, was eine individuelle, klientenzentrierte Herangehensweise erfordert (Kuiper et al. 2008).

Doch wie bereits in den vorherigen Abschnitten ersichtlich wurde, bestimmt nicht nur der Klient, was in Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung gut ist. Im Gegensatz zu Kunden in der Wirtschaft sind viel mehr Akteure involviert, wie z.B. die soziale Umwelt, die Leistungserbringer, insbesondere die Krankenkassen und der Staat, die bestimmen, welche Kosten erstattet werden, was selbst bezahlt werden muss oder was über Zusatzversicherungen vermittelt werden kann.

Für den einzelnen Klienten besteht die Qualität der Versorgung vor allem aus der aufgabenorientierten Komponente, d.h. der Klient erhält die richtige Intervention, die seinem Bedürfnis entspricht, und einer beziehungsorientierten Komponente: Wenn der Klient wirklich angehört wird, bekommt er auch das Gefühl, die richtige Intervention zu erhalten (Rubrech u. Stuyling de Lange 2010).

Darüber hinaus spielt Qualität natürlich auch eine Rolle, wenn der Klient eine Gruppe ist: Auf der Mikro- und Mesoebene stellt sich die Frage, welche Versorgungsqualität beispielsweise in einem Pflegeheim machbar und bezahlbar ist, und auf der Makroebene geht es um die kollektive Bewertung der Frage, welche Qualität die Versorgung hat.

Unter der Bezeichnung „Kwaliteit in Zicht“ (KIZ) haben die sechs größten niederländischen Organisationen (Asthma Fonds, Diabetesvereniging Nederland, De Hart & Vaatgroep, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, Reumapatiëntenbond en Vereniging Spierziekten Nederland) zusammen mit dem NPCF und Zorgbelang Nederland ein Basis-Set an Qualitätskriterien für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen entwickelt. Damit können krankheitsspezifische Qualitätskriterien für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen aus der Klientenperspektive erarbeitet werden. Diese Basiskriterien lassen sich pro Klienten

tengruppe in erkrankungsspezifische Qualitätskriterien übersetzen. Diese bilden dann die Grundlage für den Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Zehn Themen wurden ausgewählt, die für jede Phase des Pflegeprozesses (Prävention, Diagnostik, Pflegeplan, Export und Palliativmedizin) das gesamte Spektrum der Pflege so gut wie möglich abdecken.

- Eigenregie über die Versorgung (welche Entscheidungen kann der Klient selbst treffen)
- effektive Versorgung (EBP, Leitlinien, Präferenzen der Klienten)
- zugängliche Versorgung (und auch zeitnah und zugänglich)
- Kontinuität der Betreuung (Klarheit über die Verantwortlichen und die Ansprechpartner; gute Zusammenarbeit und Transfer)
- Information, Erläuterungen und Aufklärung (in verständlicher und auf den Klienten zugeschnittener Form)
- emotionale Unterstützung, Empathie und Respekt (Klient fühlt sich verstanden und unterstützt)
- klientenorientierte Umwelt (eine geeignete und angenehme (Behandlungs-)Umwelt)
- sichere Versorgung (Sicherheit und Vertrauen in die Leistungserbringer)
- transparente Qualität der Versorgung (Einblick in die Organisation und Ergebnisse der Versorgung)
- transparente Kosten (Einblick in Kosten und Gebühren).

Diese Kriterien helfen den Klienten dabei, die Qualität der Leistungserbringer zu vergleichen, und tragen zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei. Diese Informationen können auch für die Entwicklung von Gesundheitsstandards, Leitlinien und Klienteninformationen verwendet werden. Inzwischen ist eine Vielzahl von Instrumenten erarbeitet worden. Auch für Ergotherapeuten sind dies Punkte, die sich immer in ihren Versorgungsangeboten wiederfinden lassen. Sie tauchen u. a. auch in der Berufsordnung und den Verhaltensregeln für Ergotherapeuten auf (Leeuw et al. 2015).

Die Klienten können selbst versuchen, die Qualität der Versorgung auf Meso- oder Makroebene positiv zu beeinflussen, indem sie sich aktiv bei Klienten- und Verbraucherorganisationen, Elternvereinigungen, Klientenräten usw. einbringen.

29.2.2 Gesetzliche Grundlagen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Ein wichtiges Element in der Beschreibung einer „guten Versorgung“ ist der Aspekt der Sicherheit, der bereits erwähnt wurde. Die Verantwortung für eine sichere Versorgung ist mit dem Leistungserbringer ausdrücklich gesetzlich festgelegt. Ein wichtiges Instrument ist das Veilig Incident Melden (VIM). Vorfälle, Beinaheunfälle und unsichere Situationen werden nach der Meldung analysiert, um mögliche Lösungen zu formulieren, welche die Sicherheit sowohl für Klienten als auch für Mitarbeiter in einer Organisation erhöhen können. Es geht nicht darum, den Beteiligten eine „gelbe“ oder „rote Karte“ zu zeigen, sondern darum zu prüfen, ob bestimmte Absprachen, Verfahren oder Umweltfaktoren verbessert werden können, um das Auftreten risikobehafteter Situationen zu minimieren.

29.2.3 Qualitätsmessung und Klienten

Im Jahr 2011 wurde im Auftrag des Berufsverbandes Ergotherapie Nederland das Projekt Cliënten Ervaren Ergotherapie (CEE) ins Leben gerufen, um die Messung von Klientenerfahrungen zu unterstützen und zu fördern. Der entwickelte Stufenplan führt den Ergotherapeuten auf Basis eines PDCA-Zyklus durch den Verbesserungszyklus (Geusenbroek-Oskam 2011). In der „Do“-Phase wird ein Fragebogen als Instrument zur Erfassung der Klientenerfahrungen eingesetzt. Dieser basiert auf der Quality of Care Through the patient's Eyes – Eerstelijns Extramurale Ergotherapie (QUOTE-EEE). Nachdem der Ergotherapeut den Stufenplan korrekt durchlaufen und abgeschlossen hat, ist ein vollständiger Zyklus beendet und es gibt Plannungen für Verbesserungsmaßnahmen.

29.3 Die Perspektive des Ergotherapeuten

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

Einige Beispiele

- Nach der Bewilligung des direkten Zugangs zur Ergotherapie durch die Krankenkassen in den Niederlanden haben Sie 15 Minuten Zeit, um eine Aufnahme zu machen, eine korrekte Analyse vorzunehmen, festzustellen, ob ein Klient für eine Intervention infrage kommt oder nicht, und dies dem Hausarzt zu melden. Können Sie in dieser Zeit zu einer qualitativ guten Entscheidung kommen?
- Sie arbeiten in einem Rehazentrum und betreuen einen Klienten mit Parkinson-Krankheit. Ihre Intervention, die auf das Erlernen von Strategien abzielt, scheint kaum eine Verbesserung zu bringen. Sie fragen sich, ob es nicht besser wäre, auf die Empfehlung von Anpassungen umzuschalten. Was sagt die evidenzbasierte Leitlinie „Ergotherapie bei Parkinson-Krankheit“ dazu? Ist es damit möglich, eine qualitativ hochwertige Entscheidung zu treffen?
- Gemeinsam mit einem Kollegen führen Sie seit einigen Jahren eine gut gehende Praxis. Sie haben an der Entwicklung des Qualitätshandbuchs mitgewirkt (Koornneef 2011). Dieses Handbuch gibt Ihnen viele Mittel an die Hand, um die Qualität Ihres Angebotes systematisch zu verbessern.
- Als Kinderergotherapeutin wurden Sie gebeten, Empfehlungen für Sitz- und Arbeitshaltungen in einer Grundschule zu geben. Wie werden Sie damit umgehen?

29.3.1 Gesetzgebung zur Qualitätssicherung aus der Sicht der Professionals

Das BIG-Gesetz in den Niederlanden verpflichtet Professionals zur Qualitätssicherung (Staatsblad 1997). Dadurch soll die Versorgungsqualität überwacht und ein fahrlässiges Verhalten gegenüber Klienten verhindert werden. Die unter dieses Gesetz fallenden Berufe (z. B. Ärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten) unterliegen u. a. einer Melde- und Rückmeldepflicht, einem gesetzlichen Disziplinarrecht und verfügen über eine geschützte Berufsbezeichnung. Eine mit diesem Gesetz verbundene Verordnung regelt für eine Reihe dieser Berufe, die nicht direkt unter dieses Gesetz fallen, wie z. B. die Ergotherapie, Fragen zur Qualität der Ausstattung von Praxisräumen, der Verwaltung und Dokumentation, der Werbung, zur Prüfungsordnung und zu den Weiterbildungen.

29.3.2 Qualität der Berufsausübung

Um einen besseren Überblick über die Qualitätsmerkmale im Kontakt zwischen einem Leistungserbringer und einem Klienten zu erhalten, wurde um 1980 vom Nationalen Gesundheitsrat (NRV 1986, heute RVZ) ein oft zitierter konzeptioneller Rahmen entwickelt. Hier sei u. a. auf Foendoe Aubèl (2014) und Wollersheim (2011) verwiesen, die daraus die beschriebenen Qualitätsdimensionen ableiten. Basierend auf diesem Rahmen wurden Aussagen über 15 Qualitätsaspekte aus dem Bereich des methodisch-technischen Handelns, der Behandlung des Klienten und der Versorgungsorganisation getroffen. Der Grundgedanke ist, dass die Qualität durch das Zusammenspiel all dieser Faktoren bestimmt wird. Deshalb ist es wichtig, nicht nur Experte zu sein, sondern auch dem Klienten konzentriert und respektvoll zu begegnen und eine effiziente Versorgung zu gewährleisten (► Abb. 29.1).

Vergleicht man diesen konzeptionellen Rahmen mit den Top Ten der Qualitätsaspekte der Klienten, fällt eine Reihe von Dingen auf. An erster Stelle stehen für die Klienten Aspekte aus dem Bereich der Einstellung (Information), gefolgt von Themen auf dem Gebiet des methodisch-technischen Handelns (Fachkompetenz) und dann wieder andere Aspekte des Bereiches Einstellung (Umgang mit dem Klienten). Schließlich gibt es auch noch Wünsche hinsichtlich der Organisation der Berufspraxis.

29.3.3 Professionelles Handeln

Ein Ergotherapeut, der professionell agieren möchte, macht die Wahl der Interventionen nicht allein von seiner Expertise und wissenschaftlichen Evidenzen abhängig, sondern richtet sich dabei vor allem nach den Wünschen des Klienten (Ausgangspunkt der evidence-based practice), der finanziellen und organisatorischen Machbarkeit und moralischen Überlegungen. Ein qualitativ gutes Handeln basiert sicherlich auf den Strategien des professionellen Reasonings, bei denen der Professional bestmöglich die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse, die in Protokolle, Leitlinien und Versorgungsstandards eingeflossen sind, nutzt (Kap. 29.5.1). Ausgehend vom Paradigma der Ergotherapie ist es jedoch selbstverständlich, dass der Klient in seinem Kontext im Mittelpunkt steht und dass seine Betätigungsfrage und sein Erfahrungswissen einen starken Einfluss auf die letztlich durchgeführten Interventionen nehmen. Hierbei kann sich jedoch ein Dilemma ergeben. Ein Beispiel für ein solches Dilemma ist eine Situation, in der man das Training mit dem elektrischen Rollstuhl eines Klienten mit schweren kognitiven Störungen beendet, weil keine Besserung mehr zu erwarten ist (das auch Studien zeigen), während der Klient und sein Partner weitermachen wollen, weil sie die Hoffnung, dass er sich noch weiter erholen kann, noch nicht aufgegeben haben. Ein Beispiel für die Vielfalt der möglichen Dilemmas aufgrund der Diversität sind hinduistische El-

29.3 Die Perspektive des Ergotherapeuten

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

Einige Beispiele

- Nach der Bewilligung des direkten Zugangs zur Ergotherapie durch die Krankenkassen in den Niederlanden haben Sie 15 Minuten Zeit, um eine Aufnahme zu machen, eine korrekte Analyse vorzunehmen, festzustellen, ob ein Klient für eine Intervention infrage kommt oder nicht, und dies dem Hausarzt zu melden. Können Sie in dieser Zeit zu einer qualitativ guten Entscheidung kommen?
- Sie arbeiten in einem Rehazentrum und betreuen einen Klienten mit Parkinson-Krankheit. Ihre Intervention, die auf das Erlernen von Strategien abzielt, scheint kaum eine Verbesserung zu bringen. Sie fragen sich, ob es nicht besser wäre, auf die Empfehlung von Anpassungen umzuschalten. Was sagt die evidenzbasierte Leitlinie „Ergotherapie bei Parkinson-Krankheit“ dazu? Ist es damit möglich, eine qualitativ hochwertige Entscheidung zu treffen?
- Gemeinsam mit einem Kollegen führen Sie seit einigen Jahren eine gut gehende Praxis. Sie haben an der Entwicklung des Qualitätshandbuches mitgewirkt (Koornneef 2011). Dieses Handbuch gibt Ihnen viele Mittel an die Hand, um die Qualität Ihres Angebotes systematisch zu verbessern.
- Als Kinderergotherapeutin wurden Sie gebeten, Empfehlungen für Sitz- und Arbeitshaltungen in einer Grundschule zu geben. Wie werden Sie damit umgehen?

29.3.1 Gesetzgebung zur Qualitätssicherung aus der Sicht der Professionals

Das BIG-Gesetz in den Niederlanden verpflichtet Professionals zur Qualitätssicherung (Staatsblad 1997). Dadurch soll die Versorgungsqualität überwacht und ein fahrlässiges Verhalten gegenüber Klienten verhindert werden. Die unter dieses Gesetz fallenden Berufe (z. B. Ärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten) unterliegen u. a. einer Melde- und Rückmeldepflicht, einem gesetzlichen Disziplinarrecht und verfügen über eine geschützte Berufsbezeichnung. Eine mit diesem Gesetz verbundene Verordnung regelt für eine Reihe dieser Berufe, die nicht direkt unter dieses Gesetz fallen, wie z. B. die Ergotherapie, Fragen zur Qualität der Ausstattung von Praxisräumen, der Verwaltung und Dokumentation, der Werbung, zur Prüfungsordnung und zu den Weiterbildungen.

29.3.2 Qualität der Berufsausübung

Um einen besseren Überblick über die Qualitätsmerkmale im Kontakt zwischen einem Leistungserbringer und einem Klienten zu erhalten, wurde um 1980 vom Nationalen Gesundheitsrat (NRV 1986, heute RVZ) ein oft zitierter konzeptioneller Rahmen entwickelt. Hier sei u. a. auf Foendoe Aubèl (2014) und Wollersheim (2011) verwiesen, die daraus die beschriebenen Qualitätsdimensionen ableiten. Basierend auf diesem Rahmen wurden Aussagen über 15 Qualitätsaspekte aus dem Bereich des methodisch-technischen Handelns, der Behandlung des Klienten und der Versorgungsorganisation getroffen. Der Grundgedanke ist, dass die Qualität durch das Zusammenspiel all dieser Faktoren bestimmt wird. Deshalb ist es wichtig, nicht nur Experte zu sein, sondern auch dem Klienten konzentriert und respektvoll zu begegnen und eine effiziente Versorgung zu gewährleisten (► Abb. 29.1).

Vergleicht man diesen konzeptionellen Rahmen mit den Top Ten der Qualitätsaspekte der Klienten, fällt eine Reihe von Dingen auf. An erster Stelle stehen für die Klienten Aspekte aus dem Bereich der Einstellung (Information), gefolgt von Themen auf dem Gebiet des methodisch-technischen Handelns (Fachkompetenz) und dann wieder andere Aspekte des Bereiches Einstellung (Umgang mit dem Klienten). Schließlich gibt es auch noch Wünsche hinsichtlich der Organisation der Berufspraxis.

29.3.3 Professionelles Handeln

Ein Ergotherapeut, der professionell agieren möchte, macht die Wahl der Interventionen nicht allein von seiner Expertise und wissenschaftlichen Evidenzen abhängig, sondern richtet sich dabei vor allem nach den Wünschen des Klienten (Ausgangspunkt der evidence-based practice), der finanziellen und organisatorischen Machbarkeit und moralischen Überlegungen. Ein qualitativ gutes Handeln basiert sicherlich auf den Strategien des professionellen Reasonings, bei denen der Professional bestmöglich die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse, die in Protokolle, Leitlinien und Versorgungsstandards eingeflossen sind, nutzt (Kap. 29.5.1). Ausgehend vom Paradigma der Ergotherapie ist es jedoch selbstverständlich, dass der Klient in seinem Kontext im Mittelpunkt steht und dass seine Betätigungsfrage und sein Erfahrungswissen einen starken Einfluss auf die letztlich durchgeführten Interventionen nehmen. Hierbei kann sich jedoch ein Dilemma ergeben. Ein Beispiel für ein solches Dilemma ist eine Situation, in der man das Training mit dem elektrischen Rollstuhl eines Klienten mit schweren kognitiven Störungen beendet, weil keine Besserung mehr zu erwarten ist (das auch Studien zeigen), während der Klient und sein Partner weitermachen wollen, weil sie die Hoffnung, dass er sich noch weiter erholen kann, noch nicht aufgegeben haben. Ein Beispiel für die Vielfalt der möglichen Dilemmas aufgrund der Diversität sind hinduistische El-

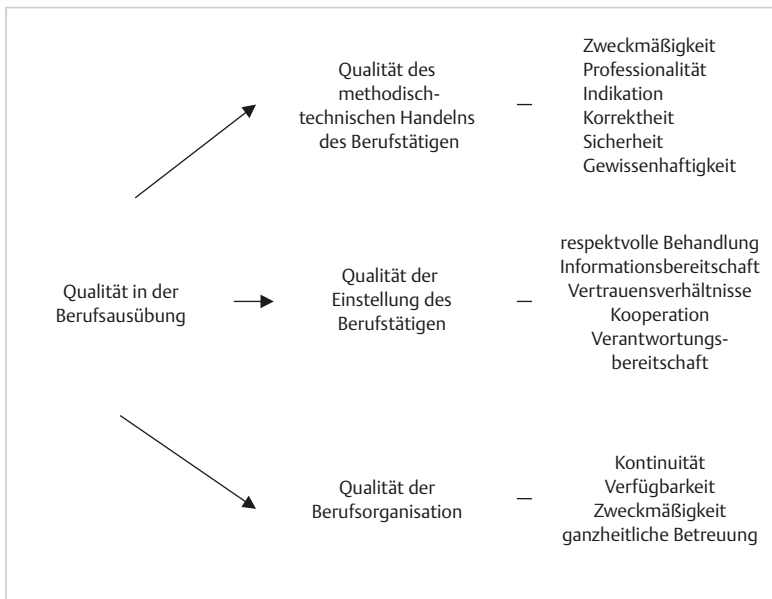


Abb. 29.1 Qualitätsaspekte in der Berufsausübung (Foendoe Aubel 2014).

tern, die immer wieder in die Auswahl der Interventionen für ihr Kind einbezogen werden, während sie selbst der Auffassung sind, dass die Behinderung ihrem Kind vom Schicksal auferlegt wurde.

In einer Reihe von Situationen ist es dann sinnvoll, Entscheidungen an ethischen Werten auszurichten, wie sie sich im Berufsprofil und in der Berufsordnung widerspiegeln. Ein Aspekt der Qualitätssicherung in der Berufsausübung ist das ethische Reasoning. Wann ist eine Intervention gut? Qualitätsprüfung bedeutet auch, sich der eigenen Werte und Normen, die Entscheidungen beeinflussen, bewusst zu sein, sich zu öffnen, das eigene Handeln gemeinsam mit Kollegen kritisch zu hinterfragen und bewusst zu reflektieren.

Ein professionelles Verhalten ist nur möglich, wenn auch der Fachmann kontinuierlich geschult wird. Denn die Gesellschaft verändert sich rasant, die Ansprüche der Klienten ändern sich und der Beruf des Ergotherapeuten verändert sich dadurch ebenfalls. Zudem entstehen ständig neue Erkenntnisse. Von einem Profi wird erwartet, dass er sich kritisch, verantwortungsbewusst und aus beruflicher Sicht sinnvoll damit auseinandersetzen vermag. Lebenslanges Lernen erfordert eine innere Motivation seitens der Professionals und der Organisation oder Institution, in der sie arbeiten, um Themen wie Ausbildungskonten und Terminanpassungen zu erleichtern. Darüber hinaus wird die Berufsgenossenschaft immer mehr Anforderungen an die Qualität des Berufes stellen.

29.3.4 Qualitätsregister Gesundheitsberufe

Jeder Gesundheitsberuf hat seine eigenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Als Beruf nach Artikel 34 des BIG-Gesetzes in den Niederlanden (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) ist die Ergotherapie gesetzlich nicht verpflichtet, ein Qualitätsregister zu führen. Die Berufsgruppe der Ergotherapeuten ist in das Qualitätsregister der Gesundheitsberufe aufgenommen worden. Bei diesem Register handelt es sich um ein freiwilliges Register für neun Gesundheitsberufe. Diese Berufe legen die Anforderungen fest, die ihre Vertreter erfüllen müssen.

Mit diesem Qualitätsregister wird einmalig registriert, ob ein Gesundheitsprofessional die Ausbildungsanforderungen des BIG-Gesetzes erfüllt. Nach fünf Jahren wird dann überprüft, ob die Person noch über die aktuellen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. Um dieser (Re-)Registrierung nachzukommen, ist es zwingend erforderlich, in diesem Fünfjahreszeitraum eine bestimmte Anzahl von Stunden an klientenbezogenen Aktivitäten durchgeführt zu haben und an Weiterbildungsmaßnahmen in verschiedenen Bereichen teilgenommen zu haben. Der Nachweis dieser Aktivitäten wird digital registriert und kann von (potenziellen) Klienten bis hin zu den Krankenkassen oder Therapeutenkollegen eingesehen werden.

Die Versicherer stellen an die unter Artikel 34 der BIG fallenden Berufsgruppen zunehmende Anforderungen. Um in eigener Praxis arbeiten zu können, ist es daher notwendig, im Qualitätsregister eingetragen zu sein. Dies kann in Zukunft auch für Ergotherapeuten gelten, die in einer intramuralen Umwelt arbeiten (Leeuw et al. 2015).

29.3.5 Das Arbeiten an der Qualitätssteigerung

Die Arbeit an der Qualität ist ein zyklischer Prozess. Dieser Prozess kann sowohl dynamisch und spontan als auch eher systematisch ablaufen (Verbeek 2004).

Die dynamische Qualitätssicherung ist weitgehend ungeplant und findet in Sprüngen statt. Lösungen werden vor Ort erarbeitet und umgesetzt. Es gibt eine rasche Annäherung der Ansichten mit den Kollegen und Unterstützung für die Veränderungen. Ein Beispiel dafür ist die Anpassung eines Assessments oder die Neugestaltung eines Schrankes oder Raumes. In vielen Fällen ist jedoch ein längeres Nachdenken erforderlich. Diese Prozesse sind komplexer und vielleicht gibt es auch geteilte Meinungen. Dann empfiehlt sich ein projektbezogener Ansatz mit Berichten und Evaluationsmomenten. Dies sind oft Prozesse auf der Ebene des Teams, der Abteilung oder der Organisation. In diesem Fall sind dann der bereits erwähnte PDCA-Kreis und die daraus abgeleiteten Qualitätsmodelle sehr nützlich.

29.4 Qualitätssicherung auf der Ebene des Teams, der Abteilung und der Organisation

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

Beispiele

- Der Leiter der paramedizinischen Dienste trifft sich im Herbst mit Vertretern der Abteilung Ergotherapie und will unter anderem die Ausbildungswünsche für das neue Jahr besprechen. Allerdings müssen Einsparungen vorgenommen werden, und der neue Haushalt wird Gegenstand harter Verhandlungen sein.
- Als Ergotherapeutin haben Sie an einer Schulung zum Programm „Gesund und aktiv älter werden“ teilgenommen. Sie treten in einen Dialog mit der Gemeinde ein, um einer Reihe älterer Menschen im Viertel dieses Programm zur Gesundheitsförderung anzubieten.
- Sie hören begeisterte Geschichten über einen Weiterbildungskurs nach dem Bachelor-Abschluss zur motivierenden Gesprächsführung (motivational interviewing, MI). Sie wollen Ihre Klienten bei den Veränderungsprozessen besser begleiten können, wenn sie beispielsweise mit ständiger Müdigkeit oder chronischen Schmerzen zu kämpfen haben. Sie reichen daher bei Ihrem Vorgesetzten einen Antrag für einen solchen Kurs ein.

29.4.1 Methoden zur Arbeit an der Qualitätssteigerung

Mesoaspekte sind nicht nur in führenden Positionen wichtig. Der Berufsalltag der Ergotherapeuten besteht größtenteils aus der Arbeit mit den Klienten, aber ein (kleiner) Teil der Arbeitszeit wird auch für die Schaffung der Voraussetzungen für die Klientenbetreuung aufgewendet. Die Realisierung, Entwicklung, Mitwirkung an oder die Diskussion über Aspekte der Mesoebene erfordert von allen Beteiligten ein effizientes Arbeiten. Es gibt Methoden und Modelle, die diese Veränderungsprozesse unterstützen können, um die Teamarbeit an der Qualitätssteigerung zu ermöglichen (► Tab. 29.1).

Tab. 29.1 Möglichkeiten einer systematischen Qualitätsarbeit.

Rahmen	Art der Qualitätsarbeit
Schulbildung	Steigerung der eigenen Kompetenzen; dies könnte ein festes Thema in einem Zyklus von Leistungsgesprächen sein; es besteht auch ein Zusammenhang mit dem Qualitätsregister.
Intervision	Wissens- und Erfahrungsaustausch, z. B. anhand von Fallbeispielen
Supervision	Ein Berufseinsteiger wird von einem erfahrenen Kollegen betreut.
Arbeitstreffen	Dabei geht es oft um methodisch-technische und organisatorische Fragen; ein solches Treffen sollte nach einer festen Methodik ablaufen.
Teilnahme an Peerberatungen, Consultings, Reviews, Qualitätszirkeln, Methode „kurze Verbesserungswege“	systematische Zusammenarbeit mit Kollegen zur Qualitätsverbesserung innerhalb eines klaren Zeitrahmens
Standards, Leitlinien und Protokolle	Wissen aus der Forschung oder aus Konsensbeschlüssen systematisch anwenden

29.4.2 Systematische Arbeit an der Qualitätssteigerung

Dieser Abschnitt behandelt die systematische Qualitätssteigerung durch ein Team und die Bedingungen, die dazu innerhalb einer Institution geschaffen werden sollten. Das zugrunde liegende Modell ist der PDCA-Zyklus oder Deming-Kreis des amerikanischen Statistikers Deming, das eine systematische und kontinuierlich erfolgende Qualitätssteigerung vorsieht. Es zeigt auch, dass das Streben nach Qualität nie ans Ende gelangt. Wenn eine beabsichtigte Verbesserung erreicht wurde, besteht der nächste Schritt darin, diese zu überwachen und zu erhalten (► Abb. 29.2).

29.3.5 Das Arbeiten an der Qualitätssteigerung

Die Arbeit an der Qualität ist ein zyklischer Prozess. Dieser Prozess kann sowohl dynamisch und spontan als auch eher systematisch ablaufen (Verbeek 2004).

Die dynamische Qualitätssicherung ist weitgehend ungeplant und findet in Sprüngen statt. Lösungen werden vor Ort erarbeitet und umgesetzt. Es gibt eine rasche Annäherung der Ansichten mit den Kollegen und Unterstützung für die Veränderungen. Ein Beispiel dafür ist die Anpassung eines Assessments oder die Neugestaltung eines Schrankes oder Raumes. In vielen Fällen ist jedoch ein längeres Nachdenken erforderlich. Diese Prozesse sind komplexer und vielleicht gibt es auch geteilte Meinungen. Dann empfiehlt sich ein projektbezogener Ansatz mit Berichten und Evaluationsmomenten. Dies sind oft Prozesse auf der Ebene des Teams, der Abteilung oder der Organisation. In diesem Fall sind dann der bereits erwähnte PDCA-Kreis und die daraus abgeleiteten Qualitätsmodelle sehr nützlich.

29.4 Qualitätssicherung auf der Ebene des Teams, der Abteilung und der Organisation

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

Beispiele

- Der Leiter der paramedizinischen Dienste trifft sich im Herbst mit Vertretern der Abteilung Ergotherapie und will unter anderem die Ausbildungswünsche für das neue Jahr besprechen. Allerdings müssen Einsparungen vorgenommen werden, und der neue Haushalt wird Gegenstand harter Verhandlungen sein.
- Als Ergotherapeutin haben Sie an einer Schulung zum Programm „Gesund und aktiv älter werden“ teilgenommen. Sie treten in einen Dialog mit der Gemeinde ein, um einer Reihe älterer Menschen im Viertel dieses Programm zur Gesundheitsförderung anzubieten.
- Sie hören begeisterte Geschichten über einen Weiterbildungskurs nach dem Bachelor-Abschluss zur motivierenden Gesprächsführung (motivational interviewing, MI). Sie wollen Ihre Klienten bei den Veränderungsprozessen besser begleiten können, wenn sie beispielsweise mit ständiger Müdigkeit oder chronischen Schmerzen zu kämpfen haben. Sie reichen daher bei Ihrem Vorgesetzten einen Antrag für einen solchen Kurs ein.

29.4.1 Methoden zur Arbeit an der Qualitätssteigerung

Mesoaspekte sind nicht nur in führenden Positionen wichtig. Der Berufsalltag der Ergotherapeuten besteht größtenteils aus der Arbeit mit den Klienten, aber ein (kleiner) Teil der Arbeitszeit wird auch für die Schaffung der Voraussetzungen für die Klientenbetreuung aufgewendet. Die Realisierung, Entwicklung, Mitwirkung an oder die Diskussion über Aspekte der Mesoebene erfordert von allen Beteiligten ein effizientes Arbeiten. Es gibt Methoden und Modelle, die diese Veränderungsprozesse unterstützen können, um die Teamarbeit an der Qualitätssteigerung zu ermöglichen (► Tab. 29.1).

Tab. 29.1 Möglichkeiten einer systematischen Qualitätsarbeit.

Rahmen	Art der Qualitätsarbeit
Schulbildung	Steigerung der eigenen Kompetenzen; dies könnte ein festes Thema in einem Zyklus von Leistungsgesprächen sein; es besteht auch ein Zusammenhang mit dem Qualitätsregister.
Intervision	Wissens- und Erfahrungsaustausch, z. B. anhand von Fallbeispielen
Supervision	Ein Berufseinsteiger wird von einem erfahrenen Kollegen betreut.
Arbeitstreffen	Dabei geht es oft um methodisch-technische und organisatorische Fragen; ein solches Treffen sollte nach einer festen Methodik ablaufen.
Teilnahme an Peerberatungen, Consultings, Reviews, Qualitätszirkeln, Methode „kurze Verbesserungswege“	systematische Zusammenarbeit mit Kollegen zur Qualitätsverbesserung innerhalb eines klaren Zeitrahmens
Standards, Leitlinien und Protokolle	Wissen aus der Forschung oder aus Konsensbeschlüssen systematisch anwenden

29.4.2 Systematische Arbeit an der Qualitätssteigerung

Dieser Abschnitt behandelt die systematische Qualitätssteigerung durch ein Team und die Bedingungen, die dazu innerhalb einer Institution geschaffen werden sollten. Das zugrunde liegende Modell ist der PDCA-Zyklus oder Deming-Kreis des amerikanischen Statistikers Deming, das eine systematische und kontinuierlich erfolgende Qualitätssteigerung vorsieht. Es zeigt auch, dass das Streben nach Qualität nie ans Ende gelangt. Wenn eine beabsichtigte Verbesserung erreicht wurde, besteht der nächste Schritt darin, diese zu überwachen und zu erhalten (► Abb. 29.2).

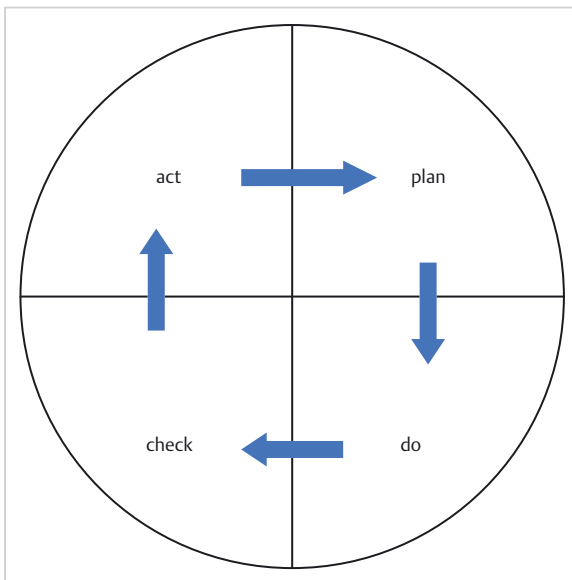


Abb. 29.2 PDCA-Zyklus.

Zunächst werden Qualitätsstandards und -kriterien festgelegt (plan). Anschließend wird in Übereinstimmung mit den vereinbarten Standards gehandelt (do). Im Laufe der Aktion werden Messungen durchgeführt und anschließend geprüft (check), ob die Normen erfüllt wurden. Nach dieser Bewertung in der Prüfphase werden ggf. Anpassungen vorgenommen und/oder Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der erreichten Qualitätsverbesserung ergriffen (act). Der kontinuierliche Prozess der Verbesserung und Sicherung zeigt sich in den Vereinbarungen, die getroffen werden, um zu verhindern, dass die Aufmerksamkeit für die erreichte Verbesserung nachlässt. Nach einiger Zeit werden die Aktionen erneut ausgewertet und angepasst und so weiter.

Eine der Anwendungen des PDCA-Zyklus ist die Methode „Kurze Verbesserungswege“, die vom CBO-Qualitätsinstitut (Centraal Begeleidings Orgaan) für das Gesundheitswesen entwickelt und vom TNO (Toegepast-natuurwetenschappelijk Onderzoek) übernommen wurde. Mit dieser Methode kann in einem Team von Ergotherapeuten in kurzer Zeit ein kleiner Verbesserungspunkt realisiert werden. Das Team wählt zunächst gemeinsam ein Thema aus, bei dem es einen Verbesserungsbedarf gibt. Es wird dann festgestellt, ob eine Änderung auch zu einer messbaren Verbesserung führen kann, und es wird vereinbart, wie und von wem eine Messung durchgeführt werden kann. Dies kann durch Auswertung von Daten oder aber auch durch Befragung von Klienten geschehen. Wird festgestellt, dass sich eine Veränderung lohnt, kann jedes Mitglied des Teams einen Verbesserungsplan auf

der Grundlage seiner eigenen Expertise oder z. B. aus der Literatur vorbringen. Eine oder mehrere der Ideen werden dann umgesetzt (do). Dies kann gleichzeitig oder in aufeinanderfolgenden PDCA-Runden geschehen. In jedem Fall wird das Ergebnis gemessen (check) und entschieden, ob die Änderung eingeführt werden soll (act). Auf diese Weise wird der Qualitätskreislauf mehrfach durchlaufen und eine praktische Qualitätssteigerung kann in kurzer Zeit erfolgen.

Weitere Beispiele für praktische Anwendungen des PDCA-Zyklus sind der Qualitätszirkel, eine Peer-Beratung oder ein Peer-Review.

Sie werden u. a. im Qualitätshandbuch für die Praxis als mögliche kompetenzerhöhende Tätigkeiten genannt, für die eine Akkreditierung beantragt werden kann.

Für die ambulante Ergotherapie ist das „Qualitätshandbuch für die Praxis“ in den Niederlanden ein Instrument in Buchform, durch welches das Arbeiten systematisch verbessert und kontrolliert werden soll und auch für andere Qualitätsregister transparent ist und offen steht, wie etwa von anderen Gesundheitsberufen, Krankenkassen, Hausärzten und anderen Kooperationspartnern. Auf diese Weise kann eine Praxis ihre Qualitätspolitik definieren und das Qualitätssystem der Organisation beschreiben (Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Ressourcen).

Obwohl die Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zur Verantwortung jedes Ergotherapeuten gehört, ist die systematische Überwachung und Förderung der Qualität nicht allein in Aufgabe des Einzelnen. Qualität zu liefern bedeutet, dass der Experte selbst über das richtige Wissen und die richtige Einstellung verfügt, was aber nur zum Tragen kommt, wenn es die Unterstützung der Arbeitsumwelt erfährt.

Das Arbeiten an einer Qualitätssteigerung bedeutet Veränderung. Nathans (2015) weist darauf hin, dass der Effekt eines Veränderungsweges von drei Faktoren abhängt, deren Verhältnis die folgende Formel beschreibt:

$$E = K \times A \times M$$

Dabei steht E für den reibungslosen Ablauf eines Beratungs- oder Veränderungsprozesses, K für die Qualität der Inhalte, A für die Akzeptanz des Weges durch alle Beteiligten und M für das Ausmaß, in dem der Umsetzungsprozess erfolgreich gelenkt wird (einschließlich der Bemühungen und der Beteiligung des Managements). Einen Einblick in diese Faktoren zu erlangen, ist eine wichtige Voraussetzung für eine Qualitätsveränderung.

Der Nationale Raad voor de Volksgezondheid hat auch einen konzeptionellen Rahmen für Institutionen mit Qualitätsaspekten erarbeitet. Dies betrifft die Qualität der Organisation, die Qualität der Mitarbeiter, die Qualität der materiellen Einrichtungen und die Qualität der Versorgung selbst. Für jeden dieser Aspekte lassen sich auf dreierlei Bereichen spezifischere Qualitätskriterien formulieren:

- allgemeine Qualitätsaspekte, z. B. über die Effektivität und Effizienz der Organisation und ob man im Rahmen einer integrierten Versorgung tätig wird
- relationale Qualitätsaspekte, z. B. die Art und Weise, wie Menschen miteinander und mit ihren Klienten umgehen
- technische Qualitätsaspekte, z. B. wie kompetent sind die Mitarbeiter, wie sicher ist das Gebäude?

Die Art und Weise, wie eine Organisation oder Institution diese Wechselwirkung zwischen dem professionellen Handeln ihrer Mitarbeiter, ihren organisatorischen und materiellen Möglichkeiten und ihrer Vision von Versorgung operationalisiert, bestimmt letztendlich die Qualität der erbrachten Leistungen. Der oben beschriebene PDCA-Zyklus ist auch für die Förderung und Kontrolle der Qualität in Bezug auf jeden der genannten Aspekte von zentraler Bedeutung.

In einer Organisation kommt der Qualitätszyklus auf jeder Ebene zum Einsatz: innerhalb der (interdisziplinären) Teams, auf der Ebene der Führungskräfte und auf der Managementebene. Als Beispiel dient das Six-Sigma-System. Diese Methode wurde 1985 in den USA vom Handyhersteller Motorola entwickelt. Die Firma hatte erkannt, wie wichtig es ist, Geschäftsprozesse abzubilden und deren unterschiedliche Verläufe zu messen. „Sigma“ ist in der Statistik ein Maß für die Variation oder Streuung der Qualität eines Prozesses. Diese basiert auf sechs Ebenen. Auf der höchsten Ebene, der Six-Sigma-Ebene, beträgt die Anzahl der Fehler nicht mehr als 3,4 pro Million Möglichkeiten. „Six Sigma“ verfolgt einen disziplinierten Ansatz, der auf sechs Grundprinzipien basiert: Kundenorientierung, Daten und Informationen als Ausgangspunkte, Geschäftsprozesse als Ausgangspunkte, proaktives und involviertes Management, Streben nach Perfektion und das Erzielen von Synergieeffekten. Six Sigma hat einen Fünf-Schritte-Plan, der in der Praxis angewendet werden soll. Dieser DMAIC-Zyklus ist sowohl eine Vertiefung als auch eine Erweiterung des PDCA-Zyklus (Emmerik 2016).

- **Define:** Identifizierung und Dokumentation des zu verbessernden Prozesses und Beschreibung des Problems mit diesem Prozess; je klarer die Schlussfolgerungen definiert werden, desto stärker sind sie.
- **Measure:** Die Erhebung von Daten bildet die Grundlage des Verbesserungsprozesses. Messen ist Wissen.
- **Analyse:** Durch Einsatz verschiedener Instrumente kann eine gründliche Analyse erfolgen.
- **Improve:** In diesem Schritt werden auf Grundlage der Ergebnisse Empfehlungen für Verbesserungen ausgesprochen. In der Regel werden dann Probeläufe der möglichen Lösungen gestartet.
- **Control:** Das Sichern ist ein entscheidender Schritt auf dem Weg zum Erfolg, auch um zu verhindern, dass alte Gewohnheiten wieder die Oberhand gewinnen.

Die Standards, mit denen ein Institut und seine Mitarbeiter sich vergleichen, können interne Standards sein, wie z. B. die eigene Vision von Versorgung, oder auch externe Standards. Beispiele für Letztere sind die Anforderungen der Gesundheitsinspektion an die Pflege in einem Pflegeheim, eine Standardberatung durch einen ergotherapeutischen Berufsverband oder die formalen Mindestqualitätsanforderungen für multidisziplinäre Teams.

29.4.3 Formulierung von Zielen und Kriterien

Werden Qualitätssteigerung und -sicherung systematisch angegangen, wird auch ersichtlich, ob und in welchem Umfang die angestrebte Qualität erreicht wurde. Dies ist nur möglich, wenn es auch eindeutige Kriterien gibt, die getestet werden können. Diese Kriterien sind klar formulierte Ziele, in denen die Indikatoren (was ist das messbare Element der Qualität) und die Standards (was soll mindestens erreicht werden) wiederzufinden sind.

Bei der Formulierung der zu erreichenden Behandlungs-, Begleitungs- oder Beratungsziele (das P im PDCA-Zyklus) kann es sinnvoll sein, sich der SMART-Kriterien zu bedienen:

- **spezifisch:** Es wird konkret und präzise formuliert.
- **messbar:** Messungen in Größen und Zahlen sind möglich.
- **akzeptabel:** Die Ziele sind für alle Beteiligten akzeptabel, es besteht Konsens.
- **realistisch:** Das angestrebte Ergebnis muss realisierbar sein.
- **terminiert:** Es wird ein Zeitpunkt ermittelt, zu dem das Ziel erreicht sein soll.

Gelegentlich werden die SMART-Ziele auch erweitert (SMARTIE). Dabei steht „I“ für innovativ, inspirierend und „S“ für Selbststeuerung.

Ein Beispiel für ein Beratungsziel: Innerhalb von zwei Wochen erhielt die Gemeinde von der Ergotherapeutin einen formalen Beratungsbericht, in dem beschrieben war, welcher Rollstuhl oder welcher Elektro-Scooter beim Klienten X infrage kommt.

Unter Qualitätsgesichtspunkten wäre es auch möglich, systematisch zu beurteilen, ob und inwieweit bestimmte vereinbarte Ziele erreicht wurden. Zu diesem Zweck werden die Kriterien, nach denen die Tests durchgeführt werden sollen, im Detail formuliert. Dann ist die RUMBA-Regel sinnvoll, die bei der Formulierung der Kriterien hilft (das C im PDCA-Zyklus), auf die sich die Bewertung stützt (Verbeek 2004, Hollands 2003):

- **relevant:** relevant für das Thema und den Zweck und ein Qualitätsindikator
- **understandable:** verständlich für alle Beteiligten
- **measurable:** konkret definiert und/oder messbar
- **behavioral:** umschreibt das beobachtbare Verhalten
- **attainable:** erreichbar/realisierbar unter den gegebenen Umständen.

Ein Beispiel

Nach einem Monat erfolgte die Beurteilung darüber, ob das gesetzte Ziel auf der Grundlage des folgenden Kriteriums erreicht wurde. Ergotherapeutische Berichte an die Gemeinde über die Art der Mobilitätshilfsmittel, die für den Klienten infrage kommen, wurden innerhalb von zwei Wochen versandt und entsprechen dem formalen Beratungsbericht.

29.4.4 Qualitätsmodelle

Die systematische Arbeit an der Qualität in der eigenen Praxis oder innerhalb einer Einrichtung auf Team-, Abteilungs- oder Organisationsebene ist ein komplexer Prozess, bei dem viele interne und externe Faktoren eine Rolle spielen. Aus dem PDCA-Zyklus wurden im Gesundheitswesen verschiedene Modelle abgeleitet, mit denen solche Prozesse gesteuert werden. Es gibt auch Modelle aus der Arbeitsorganisation. In jedem Modell ist die Implementierung von Veränderungen ein langwieriger Prozess. Diese ist erst dann abgeschlossen, wenn die Veränderung fest verwurzelt ist.

Implementierung nach Grol und Wensing

Die Implementierung nach Grol und Wensing (2011) wird häufig genutzt, wenn neue Erkenntnisse aus der Forschung verfügbar werden. Man verfügt dann über neue Kriterien oder Erkenntnisse, die eine gewünschte Situation beschreiben und man kann damit feststellen, inwieweit diese von der aktuellen Situation abweicht. Ausgehend von den Unterschieden zwischen Soll- und Ist-Zustand wird ermittelt, welche Strategie erforderlich ist, um die gewünschte Veränderung zu erreichen. Die Autoren nennen dabei sechs Schritte, wobei bei jedem Schritt der vorherige weiter im Blick behalten wird, um so dafür zu sorgen, dass die richtigen Aktionen erfolgen und ggf. der Prozess angepasst wird:

- ein Qualitätsproblem feststellen, das auf dem Unterschied zwischen neuen (wissenschaftlichen) Informationen, Leitlinien und der täglichen Praxis basiert
- einen Verbesserungsvorschlag erarbeiten
- die Zielgruppe und das Setting analysieren, begrenzende und fördernde Faktoren festlegen
- Strategien und Maßnahmen zur Veränderung der Praxis entwickeln oder auswählen
- entwickeln, erproben und umsetzen des Implementierungsplans
- kontinuierliche Evaluierung und ggf. Anpassung des Plans.

Das Spiralmodell nach De Bekker

Das Spiralmodell nach De Bekker (2010) wurde hauptsächlich für die Bereiche Pflege und Betreuung entwickelt. Es ist dem Modell von Grol sehr ähnlich, wird aber verwendet, wenn noch unklar ist, wie genau der gewünschte Zustand aussehen soll. Dieser Schritt, d.h. die gemeinsame Formulierung des Ziels, steht somit im Mittelpunkt dieses Modells. Nachdem die gewünschte Situation beschrieben (oder schrittweise erzeugt) wurde, kann man überprüfen, inwieweit sie von der aktuellen Situation abweicht. Daraus lassen sich dann Verbesserungsmaßnahmen (do) und Evaluationszeitpunkte (check) entwickeln.

Bei komplexeren Situationen innerhalb einer Organisation, in denen auch schwierige finanzielle und personelle Entscheidungen getroffen werden, kommen andere Modelle mit einer Methodik auf Managementebene zum Einsatz, in denen der PDCA-Zyklus jedoch immer erkennbar ist.

Unter dem Gesichtspunkt der Führungsverantwortung kann sich das Qualitätssystem auf die Überprüfung des einzelnen Mitarbeiters konzentrieren, indem regelmäßig Leistungs- oder Beurteilungsgespräche geführt werden. Dabei geht es darum, das Funktionsniveau eines Mitarbeiters abzubilden und dazu ein Feedback zu geben, nicht um die Bewertung seiner Leistungen. Wichtig ist auch, im Rahmen einer lebensphasenbewussten Personalpolitik regelmäßig über die Laufbahn des einzelnen Mitarbeiters und das Verhältnis von Beruf und Privatleben zu diskutieren. In einem solchen Funktionsgespräch können auch Schulungswünsche besprochen werden.

29.4.5 Integriertes Qualitätssystem

Von der Leitung einer Gesundheitseinrichtung kann erwartet werden, dass sie die Qualität der Organisation systematisch steuert, wobei die organisatorischen Prozesse und die Versorgungsprozesse Hand in Hand gehen. Dies erfordert ein gut durchdachtes und integriertes Qualitäts- und Managementsystem. Hierfür gibt es unterschiedliche Modelle, die von verschiedenen nationalen und internationalen Instituten entwickelt wurden.

International führend sind Qualitätsmanagementmodelle nach ISO 9001 und dem Excellence-Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM).

29.5 Qualität auf nationaler Ebene

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

Thomas

Als Thomas zum ersten Mal nach seinem Schlaganfall wegen einiger Restsymptome in die Reha geht, erwartet er, dass man dort darüber unterrichtet ist, was im Krankenhaus passiert ist, dass der Rehaarzt einen fundierten Behandlungsvorschlag hat und dass die anderen Therapeuten etwa aus der Ergo- und Physiotherapie kompetent sind und gut kooperieren, sodass nicht die gleichen Untersuchungen mehrfach durchgeführt werden müssen oder er seine Geschichte immer und immer wieder erzählen muss. Er hofft auch, dass alles gut organisiert wurde, damit nicht ein ganzer Tag für maximal ein- einhalb Stunden Behandlung draufgeht. Das Rehasentrum, das ihm zugewiesen wurde, ist das einzige in der Nähe. Thomas hatte gar keine Wahl. Er erwartet jedoch, dass die Behandlungen dort mit denen anderer Rehasentren vergleichbar sind.

29.5.1 Klinische Behandlungspfade, Leitlinien, Protokolle und Behandlungsstandards

Es wurde bereits geschildert, wie im Laufe der Jahre zahlreiche Leitlinien verfasst wurden, um die Qualität der Pflege und der Leistungserbringung zu verbessern, wobei oft auch entsprechende Protokolle, Pflegestandards und Evidenzerklärungen aufgenommen wurden. Die Unterschiede und Zusammenhänge zwischen diesen Dokumenten werden später beschrieben.

Neben dieser Anleitung für den Weg zu einer inhaltlichen Entscheidung (was tue ich warum), die ein Leistungserbringer auf der Grundlage einer Leitlinie trifft, gibt es beispielsweise immer auch organisatorische Entscheidungen zu treffen (wer macht was wann und wo), vor allem wenn es um multidisziplinäre Behandlungen geht.

Qualitätssicherung bedeutet daher nicht nur die Anwendung einer Leitlinie oder eines Protokolls, sondern zeigt sich auch in der Art und Weise, wie die gesamte Behandlung organisiert und koordiniert wird. Um diese komplexen Versorgungsprozesse transparent zu machen, werden für zahlreiche Syndrome weltweit klinische Behandlungs- oder Versorgungspfade entwickelt (clinical pathway). Das belgisch-niederländische Netzwerk Klinische Paden (NFP) beschreibt dies wie folgt:

„Ein klinischer Versorgungspfad ist die Bündelung von Methoden und Instrumenten, mit denen die Mitglieder

eines multidisziplinären und interprofessionellen Teams koordiniert werden, um die bei einer spezifischen Patientenpopulation anstehenden Aufgaben zu verteilen. Er bedeutet die Konkretisierung eines Programms, welches die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung zum Ziel hat. Zugleich ist er ein Mittel für die systematische Planung und Überwachung eines patientenorientierten Programms.“

Neben diesen Versorgungspfaden gibt es auch die integrierte Versorgung, bei der festgelegt wird, wie ein abgestimmter Behandlungs- und Versorgungsprozess in der gesamten Kette zwischen z.B. einer Klinik, einer Anschlussbehandlung in einer Rehaklinik und der ambulanten Weiterbetreuung aussieht. Während dieser Zeit arbeitet ein Prozessbegleiter mit dem Klienten zusammen, um sicherzustellen, dass zum richtigen Zeitpunkt der richtige nächste Schritt erfolgt.

Leitlinien

Eine (evidenzbasierte) Leitlinie ist ein systematisch entwickeltes Dokument, das auf wissenschaftlichen Erkenntnissen (evidenzbasiert) und gebündelten praktischen Erfahrungen (praxisbezogen) basiert und das den Leistungserbringern und Klienten bei der Entscheidung über eine adäquate (effektive und effiziente) Versorgung einer bestimmten Gesundheitsfrage helfen kann. Die Leitlinie ist eine Empfehlung, die das „Was, wann und warum“ beschreibt und ist wie der Pflegestandard und das Pflegeprotokoll an die Diagnose gekoppelt.

Leitlinien dienen vor allem dazu,

- den schnell wachsenden Informationsfluss überschaubar zu machen,
- die Unterschiede zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu verringern,
- therapeutische Maßnahmen stärker auf wissenschaftlichen Erkenntnissen als auf Erfahrungen und Meinungen beruhen zu lassen und
- mehr Transparenz zu erzielen.

Leitlinien können als Grundlage für nötige Verbesserungen angesehen werden, sind aber keine gesetzlichen Vorgaben und haben daher keine rechtliche Relevanz. Sie wurden für den „Durchschnittsklienten“ erstellt und müssen an den individuellen Klienten oder Patienten angepasst werden. Wenn es die Umstände erfordern, können die Leistungserbringer von einer Leitlinie abweichen. Um die Qualität der Maßnahmen weiterhin überwachen zu können, muss dies jedoch begründet und dokumentiert werden. Insofern besteht ein enger Bezug zum professionellen Reasoning (Kap. 25). Die Leitlinien werden von den Berufsverbänden genehmigt, die an ihrer Entwicklung mitgewirkt haben.

29.5 Qualität auf nationaler Ebene

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

Thomas

Als Thomas zum ersten Mal nach seinem Schlaganfall wegen einiger Restsymptome in die Reha geht, erwartet er, dass man dort darüber unterrichtet ist, was im Krankenhaus passiert ist, dass der Rehaarzt einen fundierten Behandlungsvorschlag hat und dass die anderen Therapeuten etwa aus der Ergo- und Physiotherapie kompetent sind und gut kooperieren, sodass nicht die gleichen Untersuchungen mehrfach durchgeführt werden müssen oder er seine Geschichte immer und immer wieder erzählen muss. Er hofft auch, dass alles gut organisiert wurde, damit nicht ein ganzer Tag für maximal ein- einhalb Stunden Behandlung draufgeht. Das Rehazentrum, das ihm zugewiesen wurde, ist das einzige in der Nähe. Thomas hatte gar keine Wahl. Er erwartet jedoch, dass die Behandlungen dort mit denen anderer Reha-zentren vergleichbar sind.

29.5.1 Klinische Behandlungspfade, Leitlinien, Protokolle und Behandlungsstandards

Es wurde bereits geschildert, wie im Laufe der Jahre zahlreiche Leitlinien verfasst wurden, um die Qualität der Pflege und der Leistungserbringung zu verbessern, wobei oft auch entsprechende Protokolle, Pflegestandards und Evidenzerklärungen aufgenommen wurden. Die Unterschiede und Zusammenhänge zwischen diesen Dokumenten werden später beschrieben.

Neben dieser Anleitung für den Weg zu einer inhaltlichen Entscheidung (was tue ich warum), die ein Leistungserbringer auf der Grundlage einer Leitlinie trifft, gibt es beispielsweise immer auch organisatorische Entscheidungen zu treffen (wer macht was wann und wo), vor allem wenn es um multidisziplinäre Behandlungen geht.

Qualitätssicherung bedeutet daher nicht nur die Anwendung einer Leitlinie oder eines Protokolls, sondern zeigt sich auch in der Art und Weise, wie die gesamte Behandlung organisiert und koordiniert wird. Um diese komplexen Versorgungsprozesse transparent zu machen, werden für zahlreiche Syndrome weltweit klinische Behandlungs- oder Versorgungspfade entwickelt (clinical pathway). Das belgisch-niederländische Netzwerk Klinische Paden (NFP) beschreibt dies wie folgt:

„Ein klinischer Versorgungspfad ist die Bündelung von Methoden und Instrumenten, mit denen die Mitglieder

eines multidisziplinären und interprofessionellen Teams koordiniert werden, um die bei einer spezifischen Patientenpopulation anstehenden Aufgaben zu verteilen. Er bedeutet die Konkretisierung eines Programms, welches die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung zum Ziel hat. Zugleich ist er ein Mittel für die systematische Planung und Überwachung eines patientenorientierten Programms.“

Neben diesen Versorgungspfaden gibt es auch die integrierte Versorgung, bei der festgelegt wird, wie ein abgestimmter Behandlungs- und Versorgungsprozess in der gesamten Kette zwischen z.B. einer Klinik, einer Anschlussbehandlung in einer Rehaklinik und der ambulanten Weiterbetreuung aussieht. Während dieser Zeit arbeitet ein Prozessbegleiter mit dem Klienten zusammen, um sicherzustellen, dass zum richtigen Zeitpunkt der richtige nächste Schritt erfolgt.

Leitlinien

Eine (evidenzbasierte) Leitlinie ist ein systematisch entwickeltes Dokument, das auf wissenschaftlichen Erkenntnissen (evidenzbasiert) und gebündelten praktischen Erfahrungen (praxisbezogen) basiert und das den Leistungserbringern und Klienten bei der Entscheidung über eine adäquate (effektive und effiziente) Versorgung einer bestimmten Gesundheitsfrage helfen kann. Die Leitlinie ist eine Empfehlung, die das „Was, wann und warum“ beschreibt und ist wie der Pflegestandard und das Pflegeprotokoll an die Diagnose gekoppelt.

Leitlinien dienen vor allem dazu,

- den schnell wachsenden Informationsfluss überschaubar zu machen,
- die Unterschiede zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu verringern,
- therapeutische Maßnahmen stärker auf wissenschaftlichen Erkenntnissen als auf Erfahrungen und Meinungen beruhen zu lassen und
- mehr Transparenz zu erzielen.

Leitlinien können als Grundlage für nötige Verbesserungen angesehen werden, sind aber keine gesetzlichen Vorgaben und haben daher keine rechtliche Relevanz. Sie wurden für den „Durchschnittsklienten“ erstellt und müssen an den individuellen Klienten oder Patienten angepasst werden. Wenn es die Umstände erfordern, können die Leistungserbringer von einer Leitlinie abweichen. Um die Qualität der Maßnahmen weiterhin überwachen zu können, muss dies jedoch begründet und dokumentiert werden. Insofern besteht ein enger Bezug zum professionellen Reasoning (Kap. 25). Die Leitlinien werden von den Berufsverbänden genehmigt, die an ihrer Entwicklung mitgewirkt haben.

Protokoll

Ein Protokoll ist spezifischer als eine Leitlinie. Es stellt vorzugsweise eine Übersetzung in den Pflegeprozess dar. Die verschiedenen Schritte und Entscheidungsmomente werden detaillierter aufgeführt. Neben dem Was und dem Wann werden auch das Wie und oft auch das Von wem beschrieben.

Protokolle leiten Entscheidungen von Professionals in der täglichen Praxis und sind daher auf die lokalen Gegebenheiten zugeschnitten, wobei die Möglichkeiten und Grenzen der Praxis berücksichtigt sind (Swinkels 2004). Auch hier sind Abweichungen zulässig, sofern dies inhaltlich gerechtfertigt ist, beispielsweise im Hinblick auf die medizinische Situation des jeweiligen Klienten.

Pflegestandard

Ein Pflegestandard bietet eine funktionale Beschreibung der multidisziplinär organisierten individuellen Prävention und Versorgung einschließlich der Unterstützung des Selbstmanagements bei einer bestimmten chronischen Erkrankung während des gesamten Versorgungsprozesses. Dieser basiert auf aktuellen und möglichst wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen sowie der Beschreibung der Organisation der betreffenden Prävention und Versorgung und der relevanten Leistungsindikatoren (Rapport Coördinatieplatform Zorgstandaarden 2010).

Evidence Statement

Ein „evidence statement“ gibt eine möglichst wissenschaftlich fundierte Antwort auf einfache und klar definierte Fragen, die sich aus der Problemanalyse im Handeln von Gesundheitsprofessionals ergeben. Ein Beispiel dafür sind die von der Physiotherapie entwickelten Evidenzstatements.

29.5.2 Externe Qualitätsprüfung, Zertifizierung, Akkreditierung und Visitation

Bisher wurde die interne Qualitätssicherung vor allem anhand interner Kriterien und Bewertungen diskutiert. Allerdings sollte eine Institution ihren Klienten, Krankenkassen, Kooperationspartnern und auch der Regierung gegenüber objektiv nachweisen, dass die Qualität ihrer Leistungen und ihrer Organisation in Ordnung ist und dass sie im Einklang mit den geltenden Gesetzen und Vorschriften handelt, stets auf die Qualitätssteigerung

achtet und vor allem immer den Klienten im Blick behält. Dies ist nur durch eine objektive externe Bewertung nach den national geltenden Kriterien möglich.

Externe Qualitätskriterien werden von der Politik und den nationalen Berufsverbänden festgelegt (Kap. 25.3.4). Darüber hinaus gibt es verschiedene national tätige Organisationen, die Qualitätskriterien formuliert haben und an der Überwachung, aber auch an der Umsetzung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligt sind.

Der Maßstab der Politik ist, dass die Versorgung effektiv, sicher und zeitnah erfolgen muss. Die Regierung hält es auch für wichtig, dass Patienten und Klienten die Qualitäten der Leistungserbringer miteinander vergleichen können. So können sie die Versorgung wählen, die zu ihnen passt. Das Ziel besteht darin, ein System von Qualitätsregistern zu schaffen, das hinsichtlich Anzahl, Finanzierung und Verwaltungsaufwand überschaubar ist.

Eine Einrichtung kann sich freiwillig von einer nationalen Zertifizierungsstelle extern prüfen lassen. Einer der Vorteile einer solchen Qualitätsprüfung ist es, dass die Einrichtungen nach innen und außen transparenter werden und die Qualitätssicherung nach innen stärker unterstützt wird. Mit der Erlangung eines Qualitätssiegels durch Zertifizierung, Akkreditierung oder Visitation kann sich eine Einrichtung positiv von Mitbewerbern abheben. Die Klienten wählen das beste Institut und Krankenkassen schließen lieber Verträge mit zertifizierten und akkreditierten Einrichtungen.

Bei der Zertifizierung prüft eine unabhängige Zertifizierungsstelle, ob (Teile von) Produkten oder Dienstleistungen einer Pflege-/Versorgungseinrichtung den vorgegebenen Standards entsprechen, und stellt dafür ein Zertifikat oder Qualitätszeichen aus. Diese Normen werden oft gemeinsam mit den Anbietern der Gesundheitsdienstleistungen festgelegt. Eine solche ISO- oder HKZ-Zertifizierung darf nur von Zertifizierungsstellen vergeben werden (z.B. Organisations- und Beratungsunternehmen), die bestimmte Kriterien erfüllen.

Bei der Akkreditierung prüft eine unabhängige private Organisation wie das Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), ob eine Pflegeeinrichtung in der Lage ist, die von ihr erwarteten Leistungen zu erbringen. Dies betrifft vor allem die Art und Weise, wie das Managementsystem, das Qualitätssystem und die Pflegeprozesse miteinander verbunden sind, und nicht die Qualität einer bestimmten Leistung oder eines bestimmten Mitarbeiters.

Zertifizierungs- und Akkreditierungsstellen bewerten Institute durch ein Audit, bei dem es neben der Vergabe eines Qualitätszeichens vor allem darum geht, einem Institut den Spiegel vorzuhalten, seine Stärken zu ermitteln und Empfehlungen für Verbesserungen in der Organisation zu geben. In den Niederlanden ist der Akkreditierungsrat die übergreifende Bewertungsstelle, die Akkreditierungen an Akkreditierungs- und Zertifizierungsstellen

len vergibt und damit deren Kompetenz und Objektivität sicherstellt.

Die Website www.jointcommissioninternational.org oder www.dakks.de zeigt, worauf sich die Zertifizierung und Akkreditierung im Gesundheitswesen konzentriert.

Die Visitation ist oft eine gegenseitige Bewertung durch vergleichbare Einrichtungen oder durch Kollegen auf der Grundlage von Kriterien, die von der Berufsgenossenschaft oder national geltenden Vereinbarungen festgelegt werden. Die ausführenden Personen geben Hinweise auf Verbesserungen in der Qualität der Gesundheitsversorgung, die zu konkreten Maßnahmen führen sollten. In der Praxis überschneiden sich die Begriffe „Audit“ und „Visitation“ oftmals.

29.5.3 Der Einfluss von Patienten-, Klienten- und Verbraucherorganisationen

In den Niederlanden und in Belgien sind viele verschiedene Patienten-, Klienten- und Verbraucherorganisationen tätig. Ausgehend von ihren eigenen Interessen, die oft im Zusammenhang mit einer bestimmten Erkrankung oder Erkrankungsgruppe stehen, setzen sie sich für ihre Mitglieder in den Bereichen Rechtsvertretung, Informationsvermittlung, Aufklärung, Kontakt mit Leidensgenossen, Selbsthilfegruppen und auch in den größeren Verbänden für die Forschung einsetzen. Neben ihren allgemeinen Interessenvertretungen haben solche Verbände auch lokale und regionale Zweigstellen, wo sich Einzelpersonen einbringen und ihre individuellen Interessen vertreten können. Auf regionaler Ebene vereinigen sich Patienten-, Klienten- und Verbraucherorganisationen zu regionalen Patienten- und Verbraucherplattformen. Im Jahr 2015 wurde eine Studie des NIVEL (Netherlands institute for health services research; Bouwman et al. 2015) veröffentlicht, die zeigte, dass Patientenverbände nach Ansicht der Bürger eine wichtige Informationsquelle für die Überwachung der Versorgungsqualität durch die Gesundheitsämter sind.

Um auf nationaler Ebene an der Qualitätsverbesserung zu arbeiten, gibt es Dachorganisationen für Patienten- und Klientenorganisationen, die als starke Partner der Interessen ihrer Mitglieder auftreten. Sie nehmen an Konsultationen von Regierungsstellen, Krankenkassen und Gesundheitseinrichtungen teil und sind wichtige Verhandlungspartner bei Entscheidungen zur Versorgung.

Der niederländische CG-Raad (Chronisch zieken en gehandicapten Raad) konzentriert sich auf die kollektiven Interessen von Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen, damit sie weitestmöglich am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können, und vertritt dabei über 180 Organisationen. Sein Blickwinkel ist breit und richtet sich auf alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens, wie Arbeit, Einkommen, Bildung, Pflege, Wohnen

und Gleichberechtigung. Neben der Arbeit für die gemeinsamen Interessen unterstützt er die angeschlossenen Patienten- und Interessengruppen unter anderem durch Information und Rechtsbeistand.

Die NPCF (niederländischer Patientenverband) gründet auf dem Prinzip, dass Patienten und Klienten „Kunden“ und Erfahrungsexperten sind. Sie haben insbesondere eine Meinung darüber, was „gute Pflege“ bedeutet. Sie setzen sich dafür ein, dass diese Sichtweise bei der Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit der Versorgung berücksichtigt wird. Darüber hinaus versucht der Verband sicherzustellen, dass in der Praxis wirklich „gute Pflege“ geleistet wird, indem er sich für ein Gesundheitssystem starkmacht, das jedem den Zugang zu einer guten und vor allem erschwinglichen Pflege und Versorgung ermöglicht.

Neben den eher politischen Aktivitäten konzentriert sich die NPCF auch auf Methoden zur Verbesserung der Versorgungsqualität aus Klientensicht. So vergibt sie etwa an Gesundheitsdienstleister, die einen solchen Prozess durchlaufen, ein Label mit der Aufschrift „von Klienten geprüft“.

Die NPCF betreibt auch eine Website, auf der die Erfahrungen der Klienten mit der Versorgung in vielfältiger Weise versammelt werden. Diese Informationen helfen den Klienten dabei, eine starke Position gegenüber den Versorgungsdienstleistern einzunehmen. Diese selbst und auch die amtlichen Einrichtungen können sie ebenfalls nutzen, um ihre Versorgung bzw. ihre Politik zu verbessern.

Die Stiftung Cliënt en Kwaliteit führt in enger Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen aus dem Gesundheitswesen landesweite Untersuchungen zur Wohn-, Sozial- und Versorgungsqualität durch, wie sie von den Klienten und Patienten in Bereichen wie der häuslichen Pflege und in Pflegeheimen erfahren wird.

Verschiedene Organisationen befassen sich mit der Qualität der Versorgung auf nationaler Ebene und beeinflussen alle möglichen Bereiche der Politik und des Gesundheitswesens. Ein Beispiel dafür ist das „Kwaliteitsinstituut (Zorginstituut Nederland)“, das sich auf die Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen der Niederlande konzentriert. Das Kwaliteitsinstituut hat auch die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass jeder Zugang zu verständlichen und zuverlässigen Informationen zur Versorgungsqualität hat. Darüber hinaus hilft das Institut bei Bedarf den verschiedenen Parteien in der Versorgung (Patienten und Klienten, Leistungserbringer und Versicherer), sich zu verbessern oder sich in Form eines Qualitätsstandards darüber zu verständigen, was gute Pflege ausmacht.

Die folgenden Abschnitte widmen sich der Qualität der Ergotherapie in Deutschland, Österreich und in der Schweiz.

Tab. 29.2 Beispiele für Ergotherapie innerhalb der verschiedenen Versorgungsbereiche/Kostenträger.

	Prävention	Akutversorgung	Rehabilitation	Ambulanz
GKV	Präventionskurse	Ergotherapie im Rahmen der Krankenhausversorgung	Ergotherapie im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (stationär und ambulant)	ambulante Therapie in der Ergotherapiepraxis
RV			Ergotherapie im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (stationär und ambulant)	Ergotherapie im Rahmen von Jobcoaching u. ä.
DGUV	Angebote im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. der betrieblichen Gesundheitsförderung; Beratungen z. B. Ergonomieberatung u. ä.	Ergotherapie im Rahmen der akuten Krankenhausversorgung oder auch Ergotherapie im Rahmen spezieller Rehabilitationskonzepte wie BGSW, KSR, AMBR usw. → Bei der DGUV gibt es keine strikte Teilung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation.		ambulante Therapie in der Ergotherapiepraxis Ergotherapie in Ergänzung des EAP Ergotherapie im Rahmen von Jobcoaching u. ä.
PKV → Der Leistungsumfang der PKV richtet sich nach den individuellen Vereinbarungen im Versicherungsvertrag.		Ergotherapie im Rahmen der Krankenhausversorgung	Ergotherapie im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (stationär und ambulant)	ambulante Therapie in der Ergotherapiepraxis

29.6 Qualitätsmanagement (QM) in der deutschen Ergotherapie*

Bettina Weber, Birthe Huckle

Betrachtet man die rechtlichen Anforderungen in Bezug auf die Qualität in der Ergotherapie in Deutschland, muss man zunächst darauf schauen, wo die Ergotherapie bzw. der Anspruch auf Ergotherapie rechtlich verankert ist (Huckle u. Gans 2009). Dabei wird zum einen nach Versorgungsbereichen differenziert, d. h.

- Prävention,
 - Akutversorgung,
 - Rehabilitation,
 - ambulante Versorgung,
- und zum anderen nach Kostenträgern (► Tab. 29.2):
- gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
 - gesetzliche Rentenversicherung (RV)
 - gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften, Unfallkassen, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten, Gartenbau usw.; DGUV)
 - private Krankenversicherung (PKV)
 - weitere Leistungsträger wie z. B. Pflegeversicherung, private Unfallversicherungen, Beamtenbeihilfe, Agentur für Arbeit/Jobcenter, Jugend-/Sozialhilfe, Integrationsfachdienste/Hauptfürsorgestellen, Eingliederungshilfen, Kommunen/Länder/Bund.

Alle diese Maßnahmen unterliegen in der Regel dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach SGB V § 12, nach dem Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Ergänzend zu diesem Wirtschaftlichkeitsgebot gibt es Qualitätsanforderungen, wie z. B.:

- GKV-Krankenhausversorgung → SGB V § 137a = Verpflichtung zur Qualitätssicherung
- Rehabilitation → SGB IX § 37 in Verbindung mit der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement der BAR = Verpflichtung zu Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Zertifizierung
- ambulante Ergotherapie durch eine Ergotherapiepraxis → SGB V § 125 in Verbindung mit den Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln § 11 = Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Die Ausformulierung von (Qualitäts-)Anforderungen erfolgt häufig durch das jeweilige Zertifizierungsverfahren, jeweils geltende Leistungsbeschreibungen oder im Rahmen der Verträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern.

Dabei ist zu beachten, dass ein Zertifizierungsverfahren der Überprüfung von QM-Maßnahmen dient und damit die Voraussetzungen für Qualität schafft, aber nur indirekt Qualität geprüft wird/werden kann.

In der Regel beschränken sich diese Anforderungen auf Aspekte der Strukturqualität wie Therapeut-Klienten-

* Alle in diesem Kapitel genannten Gesetze können unter www.gesetze-im-internet.de nachgelesen werden.

Schlüssel, Qualifikationsanforderungen, Ausstattung/Geräte u. ä. Teilweise werden auch Aspekte der Prozessqualität berücksichtigt wie interdisziplinäre Besprechungen, Vorgaben zur Vereinbarung von Therapiezielen oder Verwendung von Assessments.

Aspekte der Ergebnisqualität kommen am ehesten im Zusammenhang mit bestimmten Zertifizierungsverfahren zum Tragen. Folgende QM-Managementsysteme finden sich häufig im Gesundheitswesen: EFQM (www.efqm.org), DIN ISO 9000ff:2015 (www.iso.org), KTQ (www.ktq.de), IQH (www.iqhv.de).

Deutlich wird, dass die rechtlichen Vorgaben zwar durchaus das Thema Qualität berücksichtigen, die Konkretisierung aber letztlich einen recht breiten Spielraum lässt, sodass es sinnvoller und notwendiger ist, sich inhaltlich im Bereich der Ergotherapie mit dem Thema Qualität und Qualitätsmanagement auseinanderzusetzen. Es muss darum gehen, sowohl in der Therapiegestaltung mit dem Klienten (Mikroebene), als auch in Bezug auf die Abläufe in der Einrichtung und in Kooperation mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Mesoebene) als auch berufspolitisch (Makroebene) das Thema zielorientiert zu bearbeiten (www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/7128;2722/institutionen-und-akteure-im-gesundheitswesen). Es bleibt für alle Akteure eine Herausforderung einerseits die rechtlichen Vorgaben umzusetzen und andererseits auch wirklich die Qualität und ihre Verbesserung im Blick zu behalten.

Alle QM-Systeme eint, dass ein zentraler Aspekt die kontinuierliche Verbesserung der Einrichtung darstellt (Bruhn 2016; www.qz-online.de/qualitaets-management/qm-basics/methoden/qualitaetswerkzeuge/artikel/pdca-plan-do-check-act-7128;22348.html). Das wohl bekannteste Instrument ist dabei der PDCA-Zyklus nach Deming, der den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) in vier Phasen aufteilt:

- „plan“: Im Bereich der Planung erfolgt die Zielformulierung – Was soll mit welchem Ergebnis verändert werden?
- „do“: Es folgt die konkrete Umsetzung – Wie und durch wen erfolgen welche Maßnahmen?
- „check“: Es wird kontrolliert, ob die Umsetzung dem Ziel entspricht – Woran erkennt man den Erfolg?
- „act“: Die Veränderungen und Verbesserungen bedürfen weiterer Anpassungen, die eine neue Planung erforderlich machen – Was war erfolgreich? Was muss weiter verfolgt werden?

29.6.1 QM als wichtiger Baustein im Sinne der Professionalisierung

Aufgrund des erwähnten Gestaltungsspielraumes bezüglich des Themas Qualität und Ergotherapie in Deutschland sollten Ergotherapeuten sich bewusst werden, dass

Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung wichtige Bausteine im Sinne der Professionalisierung sind.

Es geht dabei zunächst um die Sicherstellung von angemessener und zeitgemäßer ergotherapeutischer Behandlung. Dabei müssen die oben genannten rechtlichen Vorgaben, Leistungsbeschreibungen (z.B. die KTL oder die Leistungsbeschreibungen anderer Kostenträger oder medizinischer Fachgesellschaften), Leitlinien wie sie zum Beispiel die AWMF herausgibt (www.awmf.de), Umsetzung und/oder Einbindung von externer Evidenz (EBP) usw. berücksichtigt werden. Aber auch Informationen durch Fachzeitschriften, Berufsverband, Fachliteratur, interne und externe Weiterbildung oder konkrete fallbezogene Maßnahmen wie Supervision sind hier von großer Bedeutung. Hier stets auf dem Laufenden zu bleiben, ist die Aufgabe jedes einzelnen Therapeuten. Aber auch die jeweilige Organisation, in der Ergotherapeuten tätig sind, steht in der Verantwortung, ein alltagstaugliches Konzept zur Sicherstellung angemessener und zeitgemäßer Ergotherapie zu etablieren und umzusetzen. Unterstützung leisten hier zum einen der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE) durch berufspolitische Aktivitäten und Informationen und zum anderen die Hochschulen mit Aktivitäten im Bereich von Wissenschaft und Forschung.

Ein wichtiger Aspekt zur Qualitätsüberprüfung ergotherapeutischer Leistungen ist die Evaluation ergotherapeutischer Interventionen. Hiermit sind sowohl die Ebene des einzelnen Klienten bzw. der einzelnen Interventionseinheit als auch die Ebene des Therapieerfolgs in Bezug auf die Ergebnisqualität gemeint. Es ist aber auch im Sinne der lernenden Organisation notwendig, gesamte Behandlungsprozesse zu evaluieren, um auf diese Weise Prozessabläufe zu verbessern, Fehler zu minimieren und therapeutische Kompetenzen und Konzepte weiter zu entwickeln. Darüber hinaus ist dies der Anknüpfungspunkt für Wissenschaft und Forschungstätigkeiten (Versorgungsforschung).

Auf dieser Grundlage lässt sich dann die Legitimierung der Ergotherapie unterstützen. Denn dazu braucht es den Nachweis der Effektivität und Effizienz ergotherapeutischen Handelns und eine Kommunikation erfolgreicher Therapieprozesse mit den verordnenden Ärzten, Kostenträgern und Klienten.

Ein weiteres Ziel muss es sein, im Sinne von Außenwirkung und Transparenz ergotherapeutische Kompetenzen sichtbar zu machen und ins Gespräch zu bringen. Es geht darum, selbstbewusst und begründet Verantwortung zu übernehmen und so Selbstständigkeit und Entscheidungsspielräume zu erweitern (Heyden 2014). Dazu gehören ein professionelles Verhalten (Pundt 2006, Pundt u. Käble 2015) und Auftreten sowie eine professionelle Haltung in der ergotherapeutischen Tätigkeit, die sich auf eine fachlich kompetente, wissensbasierte und theoriegebundene Grundlage stützt.

29.6.2 Zentrale Elemente in der Umsetzung (Schwerpunkt Mikro- bzw. Mesoebene)

Unter Qualitätsgesichtspunkten sind in der Ergotherapie bestimmte Elemente von besonderer Bedeutung.

Modellbasiertes Arbeiten dient der Strukturierung und Systematisierung des Therapieprozesses und stellt sicher, dass ein zielorientierter Prozess stattfindet und eine Evaluation, Reflexion und Adaption des Therapieprozesses erfolgt (Baumgarten u. Strebel 2016, American Occupational Therapy Association 2014, Fisher u. Dehnhardt 2014, Granse u. Hartingsveldt 2017, Taylor 2017, Willard u. Schell 2014). Effektivität und Effizienz sollen so gewährleistet sein und Fehler und Fehlentwicklungen sollen frühstmöglich erkannt und bekämpft werden. Die Nutzung von verschiedenen Formen des klinischen und professionellen Reasonings (Boyt-Schell u. Schell 2018) im Sinne der kontinuierlichen Reflexion aller Schritte des Therapieprozesses ist der Beitrag zu begründeten und transparenten Entscheidungen.

Auch die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making; Loh et al. 2007) als ein Aspekt klientenzentrierter Ergotherapie (Taylor 2017, Townsend u. Polatajko 2013) ist im Sinne von Kundenorientierung und Kundeneinbindung von qualitativer Bedeutung.

Das Wissen um die professionsspezifische Ethik und den Ethikcodex sowie dessen Anwendung (WFOT/COTEC; dve.info/resources/pdf/infothek/193-ethik-1/file) ist Orientierungshilfe und Unterstützung für Entscheidungen, Haltungen und Verhaltensweisen gegenüber Klienten und anderen am Therapieprozess Beteiligten.

Die Verwendung von Assessments (Schäfer u. Kolip 2015), Vroman et al. 2013, Becker u. Steding - Albrecht 2006, Habermann u. Kolster 2009, Habermann u. Wittmershaus 2005, Höhl et al. 2015, Koesling u. Bollinger 2008, Kubny - Lüke 2009, Scheepers et al. 2007) zielt auf die Objektivierung von Diagnostik und Behandlungsergebnissen. Ebenso leistet auch eine systematische und ggf. standardisierte Dokumentation einen Beitrag im Rahmen von Kommunikation und Transparenz.

Um eine Behandlung nach dem aktuellen Stand des Wissens zu gewährleisten, werden Leitlinien (www.awmf.de) herangezogen und Behandlungsmöglichkeiten nach evidenzbasierten Gesichtspunkten ausgewählt (EBP; Scherfer et al. 2011, Ritschl et al. 2016, Mangold 2013, Taylor 2007).

Die Grundlage der ergotherapeutischen Tätigkeit bildet eine qualifizierte Berufsfach- oder Hochschulausbildung. Darüber hinaus erfolgt eine systematische zielorientierte fachspezifische oder fachübergreifende Weiterbildung (dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/dve-akademie-%C3%B6ffentlich/3059-online-dveakademie2018/file) im Sinne des lebenslangen Lernens. Dies liegt einerseits in der Verantwortung des einzelnen Therapeuten, aber auch in der der Organisation. Dazu sind Fallbespre-

chungen und Supervisionen Maßnahmen, die sowohl auf der unmittelbaren Klientenebene Einfluss nehmen und Therapien weiterentwickeln, als auch als Lernfeld für alle Beteiligten dienen.

Durch Konzeptentwicklung (Graf u. Spengler 2013, Ischebeck 2017) oder Standardisierung von Prozessen in Organisationszusammenhängen werden die Sicherstellung eines bestimmten Behandlungsniveaus gewährleistet und Klienten mit besonderen Behandlungsbedürfnissen identifiziert.

Ein Qualitätszirkel (Gerlach 2001, Habermann 2001, www.kbv.de/html/14854.php) oder die dialogische Qualitätsentwicklung (Wolff 2009) ist der Beitrag auf der Metaebene des Geschehens. Auf diese Weise sollen sowohl Einzelsituationen als auch das Gesamtgefüge bewertet und reflektiert werden, um eine grundsätzliche Weiterentwicklung zu unterstützen.

29.6.3 Die Rolle der (Hoch-)Schulen, Akademisierung und Forschung hinsichtlich der Qualität

Hochschulen leisten einen wichtigen Beitrag zum Thema Qualität in der Ergotherapie. Zum einen sind sie zentrales Element im Akademisierungsprozess (Longree u. Junge 2014) und nehmen so Einfluss auf die Entwicklung der Profession. Zum anderen befähigen sie Absolventen zu einem reflektierten Umgang mit dem Thema Qualität und sensibilisieren für die Notwendigkeit entsprechender Maßnahmen (www.hrk.de/positionen/beschluss/detail/beschaeftigungsfaeheigkeit-von-hochschulabsolventinnen-und-absolventen-weiter-verbessern, www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/Handreichung_Anrechnung_15.12.2017_WEB.pdf, www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/Impulspapier-Kurz_mit_Links_2.pdf).

Darüber hinaus sind sie im Rahmen von Wissenschaft und Forschung aktiv in Bezug auf Theoriebildung und Generierung neuen Wissens für die Ergotherapie. Ein zentraler Aspekt ist es, Erfahrungswissen zu untermauern und zu verknüpfen, um so eine fachlich fundierte Grundlage für das ergotherapeutische Handeln zu schaffen und letztlich dadurch auch zu legitimieren (www.dve.info/aus-und-weiterbildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung/empfehlungen-zur-einrichtung-von-studiengaengen/file).

29.6.4 Die Rolle des DVE hinsichtlich der Qualität

Als berufsständische Vertretung der Ergotherapeuten in Deutschland fällt dem DVE eine besondere Rolle zu. Erstmals wurde in einer Publikation von Miesen (2004) das Thema Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement ex-

plizit aufgegriffen. Die Rolle des DVE in Bezug auf Qualität hat ihren Schwerpunkt auf der Makroebene im Rahmen von berufspolitischen Aktivitäten. Darüber hinaus geht es darum, für die Berufspraktiker in ihrem Handeln auf der Mikro- und Mesoebene Informationen und Materialien aufzubereiten und zur Verfügung zu stellen, die qualitätsorientierte Maßnahmen unterstützen. Differenzierte Informationen zu den einzelnen Themen finden sich auf der Homepage des DVE unter www.dve.info.

Des Weiteren ist der DVE auch für Informationen und als Ansprechpartner für Klienten bis hin zu Wissenschaft und Politik zuständig. Ziel ist es, fundierte Informationen auf aktuellem Stand der Fachlichkeit und Professionsentwicklung zu vermitteln. Gerade in Zeiten von Informationsflut und teilweise fragwürdigen Quellen ist ein verlässlicher und kompetenter Ansprechpartner von größter Bedeutung.

Unter dem Blickwinkel von Qualität sind es insbesondere folgende Aspekte und Themenfelder, an denen der DVE aktiv arbeitet:

- Aus-, Fort- und Weiterbildung inklusive der Akademisierung
- Kooperation mit oder Beteiligung an HVG, VDES usw.
- professionsspezifische Ethik
- EBP, Leitlinienarbeit
- Gestaltung der Rahmenbedingungen für den Niedergelassenenbereich
- IQH
- Kooperationen mit Patientenorganisationen, anderen Berufsverbänden (auch international) oder Gesellschaften im Gesundheitswesen, z. B. SHV, AG MFA, NGBR, DGfR, Cochrane, DGPPN, DNEBM usw.

Im Rahmen der Informations- und Materialbereitstellung sind insbesondere folgende Aspekte/Themenfelder hervorzuheben:

- EPB Datenbank; Assessmentdatenbank
- Zugang zu internationalen ergotherapierelevanten Aktivitäten
- Materialien wie:
 - Fachzeitschriften: „Ergotherapie und Rehabilitation“, „ergoscience“
 - Homepage mit Downloadmöglichkeit
 - Merkblätter und Fachartikel
 - Informationen bzw. Unterstützung bei der Recherche zu grundlegenden und aktuellen Themen (Modelle, Konzepte, Tätigkeitsfelder usw.)
 - Beratung zu:
 - Praxisgründung, Praxisführung, Praxismanagement
 - Leitung/Management in Einrichtungen
 - Aus-, Fort- und Weiterbildung
 - Fachthemen (therapeutische Inhalte und Maßnahmen).

Die Arbeit des DVE erfolgt durch einen hauptamtlich aktiven Vorstand, eine Geschäftsstelle und viele ehrenamtlich

tätige Ergotherapeuten in Fachausschüssen, Landesgruppen und weiteren Gremien.

29.6.5 Fazit

Da die Qualitätsentwicklung ein wichtiger Baustein sowohl für die individuelle Professionalisierung als auch die Professionsentwicklung ist, sollten die Profession Ergotherapie und jede einzelne Ergotherapeutin selbstbewusst und begründet Verantwortung für ihr therapeutisches Handeln übernehmen und zielgerichtet, wissenschaftsbasiert, qualitativ hochwertig, effektiv und effizient, zeitgemäß adäquate Behandlungen, Beratungen und Begleitungen durchführen und eine professionelle Haltung zeigen.

29.7 Qualitätsmanagement (QM) in der österreichischen Ergotherapie

Maria Feiler

Seit Beginn der neunziger Jahre wurden seitens der österreichischen Gesundheitspolitik verstärkt Bemühungen unternommen, den Bereich der Qualitätsarbeit unter Einbeziehung der wesentlichen Partnerinnen und Partner im Gesundheitswesen auszubauen. Mit dem „Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ (BGBl. I Nr. 179/2004 kundgemacht und seit 1.1.2005 in Kraft) hat die Bundesregierung einen rechtlichen Rahmen dafür geschaffen, die Vielzahl von Qualitätsthemen strukturiert weiter zu entwickeln und damit eine gezielte Qualitätsstrategie zu verfolgen. Es wurde ein Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) aufgebaut, welches das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen bei der Bewältigung der durch das Gesetz entstehenden Aufgaben unterstützen soll.

Die Grundprinzipien des Gesetzes sind:

- Patientinnen- und Patientenorientierung (Klientinnen-/Klientenorientierung)
- Transparenz
- Effizienz
- Effektivität und Sicherheit für Patientinnen und Patienten (Klientinnen/Klienten).

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 wurde das Gesundheitsqualitätsgesetz angepasst. Neu ist z.B. die Teilnahmepflicht an der bundesweiten Ergebnisqualitätsmessung für alle Anbieter von Gesundheitsleistungen. Es wurde eine „Qualitätsstrategie“ entwickelt und mit der „Zielsteuerung-Gesundheit ab 2017“ (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017a) setzen Bund und Länder diese um. Die Strategie zielt mit koordinierten Maßnahmen in den Bereichen Patienten-/Klientensicherheit, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Risikomanage-

ment sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung auf die bestmögliche und qualitativ gleichwertige Versorgung aller Klientinnen und Klienten ab.

Um die Qualität der erbrachten Leistungen sicherzustellen, unterliegen die Gesundheitsberufe bestimmten gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche die angeführten Punkte regeln. Im Sinne der Patienten-/Klientenorientierung und Transparenz gibt das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (vormals Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) Informationen, sowohl auf seiner Homepage als auch in Form von vielen über das Ministerium beziehbaren Broschüren, weiter. Zu finden sind detaillierte Beschreibungen der Gesundheitsberufe und deren Maßnahmen und Tätigkeitsbereiche (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017b).

29.7.1 Ergotherapie

Die Ergotherapie ist in Österreich den Gesundheitsberufen zugeordnet und unterliegt als solcher der Weisung und Gesetzgebung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Dieses gibt folgende Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor:

- Berufsbezeichnung: Ergotherapeut, Ergotherapeutin
- das Berufsbild und der Tätigkeitsbereich: eigenverantwortliche Behandlung von Kranken und Behinderten nach ärztlicher Anordnung durch handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten, Training der Selbsthilfe und Herstellung, Einsatz und Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln einschließlich Schienen zu Zwecken der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation, ohne ärztliche Anordnung die Beratungs- und Schulungstätigkeit sowohl auf dem Gebiet der Ergonomie als auch auf dem Gebiet des allgemeinen Gelenkschutzes an Gesunden (Dieses Berufsbild ist im § 2 Abs. 5 des MTD-Gesetzes geregelt und seit 1992 unverändert. Der Verband strebt intensiv eine Berufsbildnovelle an, um eine Aktualisierung des Berufsbildes zu erreichen. Eine entsprechende Berufsbildbeschreibung wurde gemeinsam mit den Fachhochschulen erarbeitet und von Politexperten in eine passende Form gebracht. Ergotherapie Austria befindet sich in Verhandlungen über ihre Umsetzung).
- Die eigenverantwortliche Ausübung der im Berufsbild umschriebenen Tätigkeiten und damit die Ausübung des Berufes in Österreich ist an eine Berufsberechtigung gebunden. Die Voraussetzungen zu deren Erlangung sind in der Ergotherapie:
 - seit 1.7.2018: die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister
 - der anerkannte Qualifikationsnachweis als Ergotherapeut/in
 - die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung
 - die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit

- die für die Berufsausübung notwendigen Sprachkenntnisse.
- Angehörige der Gesundheitsberufe müssen ihre Kompetenzen (Kompetenzprofil, umfassend im Fachhochschulgesetz beschrieben (S.57)) regelmäßig den wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie den gesellschaftlichen Veränderungen anpassen. D.h. sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, sich über die neuesten Erkenntnisse und Entwicklungen in berufsrelevanten Bereichen regelmäßig weiterzubilden (Fortbildungspflicht).
- Die Ausbildung (Ergotherapie; Fachhochschul-Bachelor-Studiengang, Dauer der Ausbildung: 6 Semester) in Gesundheitsberufen unterscheidet sich klar vom gewerblichen Bildungs- und Wissenschaftsbereich. Mit ihrer gesetzlichen Regelung werden im Besonderen die Interessen und das Wohl der Klienten geschützt.
- Die klientennahe Ausbildung erfolgt in „clinical practice“ im „clinical setting“, d. h. vor Ort praxis- und klientenorientiert. Dabei müssen gesetzlich definierte Rahmenbedingungen erfüllt werden (www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/berufe/qualitaet-kompetenz).

„Ergotherapie Austria“ hat als Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs an der Ausarbeitung dieser Texte mitgewirkt.

Zusätzlich bietet der Verband seinen Mitgliedern weitere Angebote an, um eine qualitativ hochwertige Arbeit zu gewährleisten. Neben den rechtlichen Vorgaben ist er bestrebt, die professionellen Werte des Berufes darzulegen und sie sowohl mithilfe der Kollegenschaft kontinuierlich zu verfolgen als auch sich dafür einzusetzen.

29.7.2 Professionelle Werte und Qualitätsbewusstheit

- Ziele der Ergotherapie: Menschen jeder Altersstufe bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen zu stärken und Partizipation zu ermöglichen und diese lebenslang zu erhalten. „Der Einsatz ergotherapeutischer Maßnahmen erfolgt unter Berücksichtigung des salutogenetischen Gesundheitsparadigmas“ (Ergotherapie Austria 2017).
- Erwartungen an den Beruf entsprechen: sich für eine flächendeckende und leistbare ergotherapeutische Versorgung einzusetzen; „Ergotherapie ist ein integrierter Bestandteil des Gesundheitssystems, sowohl der Gesundheitsförderung (Förderung von Gesundheit) und Prävention (Verhinderung von Krankheiten) also auch bei der Kuration und Rehabilitation (Wiedererlangung und Stabilisierung von Gesundheit) sowie in der Habilitation und Palliation“ (Ergotherapie Austria 2017).
- Qualitätsmerkmale: Ergotherapeuten berücksichtigen die Anforderungen und das Mitwirken am Qualitätsmanagement. Mitarbeit bei Leitlinienerstellung; ISO-Zertifizierung der Fortbildung; Fortbildungspass.

- **Patientenorientierung/Klientenorientierung:** Im Ethikleitbild der Ergotherapeuten Österreichs sind die Standards ergotherapeutischer Praxis zum Wohle der Klienten (fachliche Qualifikation, therapeutischer Prozess, Beziehung zum Klienten, berufliche Partnerschaft, Autonomie und Verantwortung, Management, Gesellschaft, Forschung und Ausbildung, ethische Urteilsbildung) sowie die ethischen Grundsätze unseres Berufes klar und umfassend beschrieben (Ergotherapie Austria 2017).
- **Transparenz:** gesetzliche Dokumentationspflicht (MTD-Gesetz § 11a, Abs. 1–3), d. h. Erklärung der Betätigungsweise anhand des therapeutischen Prozesses und der bei der Arbeit verwendeten Modellen und Konzepte sowie des professionellen Reasonings
- **Effizienz:** verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen
- **Effektivität und Sicherheit:** professionelles Arbeiten, Datenschutz (gesetzlich vorgeschrieben), Pläne für ein Risikomanagement; Hygieneleitlinien; Hinterfragen der Klientenzufriedenheit.

Neben dem Ethikleitbild des österreichischen Verbandes (Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs 2012) sind die Positionspapiere des WFOT wichtige Grundlagen bei der Argumentation für und bei der Ausführung von ergotherapeutischen Maßnahmen (WFOT 2018).

29.7.3 Die Rolle von Ergotherapie Austria hinsichtlich der Qualität

Ergotherapie Austria ist nach der DIN-EN ISO 9001 zertifiziert und damit zur Einhaltung der entsprechenden Normen verpflichtet. Dies trägt maßgeblich zu transparenten Strukturen und effizienten Arbeitsprozessen bei.

29.7.4 Fazit

Die österreichische Bundesregierung im Besonderen das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz verpflichtet die österreichischen Ergotherapeuten durch gesetzliche Regelungen zu einem qualitativ hochwertigen Arbeiten. Dabei wird sie sowohl durch den Verband als auch die Fachhochschulen voll als Ausbilder unterstützt. Nur qualitativ hochwertige Arbeit überzeugt davon, dass ein Beruf wichtig und wertvoll für die Gesellschaft und den Einzelnen ist. Die qualitative Arbeit der Angehörigen eines Berufes sorgt dafür, dass dies so bleibt.

29.8 Qualitätsmanagement (QM) in der Schweizer Ergotherapie

Mieke le Granse

(Mieke le Granse hat das „Qualitätsmanual EVS“ des EVS von 2017 für dieses Buch zusammengefasst. Der vollständige Text kann über die Website des EVS kostenpflichtig bestellt bzw. von Mitgliedern heruntergeladen werden.)

29.8.1 Motivation

Als Berufsverband fördert der EVS (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz) die Professionalisierung der Ergotherapie und übernimmt konform seinem Leitbild eine aktive Rolle in der Qualitätsförderung ergotherapeutischer Leistungen, wie z.B. die Einführung neuer Richtungen und aktueller Trends. Durch seine Qualitätspolitik wahrt der EVS die Interessen seiner Mitglieder und wirkt aktiv mit an der Anerkennung und dem Ausbau der Ergotherapie in der Schweiz.

Daneben verstärken externe Motive diejenigen des EVS, indem z.B. die erbrachten Leistungen der Ergotherapie und die erzielten Ergebnisse besser sichtbar gemacht werden. Zudem spielt die Gesetzgebung eine wichtige Rolle (Gesundheitsberufegesetz, GesBG, und Artikel 77 der Krankenversicherungsverordnung)

29.8.2 Qualitätspolitik des EVS

Der EVS setzt sich ein für:

- hohe Qualität in der Grundausbildung
- permanente Weiterentwicklung des Berufes
- Förderung der praxisrelevanten Wissenschaft
- Qualitätsstandards in der ergotherapeutischen Behandlung und Beratung sowie in ergotherapeutischen Einrichtungen.

Der EVS sensibilisiert und unterstützt seine Mitglieder bei folgenden Punkten:

- die Pflicht, sich lebenslang weiterzubilden
- die Qualität und Sicherheit der Einrichtung in ergotherapeutische Räumen
- die Anwendung des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses und seiner Unterprozesse
- die Kommunikation nach außen, schriftlich und mündlich.

Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung und Sicherung:

- in der verbandsinternen Organisation des Zentralvorstandes, ihren Organen und Geschäftsstellen
- in der Mitwirkung der Curricula-Entwicklung der Ergotherapieausbildung
- in den durch den EVS angebotenen und geregelten Fort- und Weiterbildungsangeboten.

Zur Umsetzung dieser Qualitätspolitik übernimmt der EVS folgenden Aufgaben:

- Unterstützung der Mitglieder bei allen Maßnahmen zur Qualitätsförderung
- als Partner bei Absprachen und Vereinbarungen zur Qualitätssteigerung
- Überwachung der Qualität der erbrachten Leistungen.

29.8.3 Qualitätssicherung gegenüber Versicherern

Dies betrifft ausschließlich selbstständig tätige Ergotherapeuten und Ergotherapieorganisationen. Die paritätische Kommission Qualität EVS/SRK-santésuisse (2004) ist gegenüber dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) rechnungspflichtig. Laut dem dafür 2005 geschlossenen Qualitätssicherungsvertrag haben EVS/SRK-santésuisse den Auftrag, dazu geeignete Messparameter und Messinstrumente zu entwickeln.

Die „Paritätische Vertrauens- und Qualitätskommission“ (EVS/SRK/MTK) regelt die Schlichtung von Konflikten in Fragen der Tarifauflegung, der Entschädigung bzw. der Einhaltung von Bestimmungen aus den Qualitätsvereinbarungen.

29.8.4 Der Berufskodex des EVS

Im Jahr 1992 beauftragte der EVS die „Kommission Berufspolitik“ auf der Grundlage der Ethikcodices von WFOT und COTEC und auf der Basis der Schweizer Gesetze und Richtlinien, die Grundlagen für eine eigene Berufsordnung zu schaffen. In 2011 wurde die „Berufsethik und Berufsordnung der EVS“ aktualisiert im Rahmen der Überarbeitung und Neuübersetzung der Ethikcodices der WFOT und des COTEC.

Der erste Teil dieses Dokumentes beinhaltet die Übersetzung des Ethikkodex der WFOT. In zweiten Teil formuliert die Berufsordnung die EVS-Richtlinien für ein verantwortungsvolles Handeln und Verhalten im Berufsalltag auf der Basis relevanter Schweizer Gesetze und sonstiger Vorschriften und Richtlinien und des Ethikkodexes des COTEC.

Der Berufskodex des EVS dokumentiert den Anspruch der Ergotherapeuten auf qualitätsorientierte Therapie für und mit den ihnen anvertrauten Patienten oder Klienten und deren Bezugspersonen. Jedes EVS-Mitglied verpflichtet sich bei der Ausübung seiner Berufstätigkeit zur Einhaltung des Berufskodexes des EVS.

Die Mitglieder des EVS tragen durch ihre Grundhaltung dazu bei, dass der Berufskodex des EVS mit seinen einzelnen Bestimmungen, den Studierenden, den Berufstätigen und der Öffentlichkeit bekannt gemacht wird. Ziel und Zweck des Berufskodex sind in den Statuten des EVS verankert.

Die Berufsordnung des EVS ist unterteilt in:

- persönliche Eigenschaften (z. B. Aspekte wie berufliche Integrität und Diskretion, Loyalität gegenüber Berufskollegen, persönliche Verantwortung für die eigene fachliche Kompetenz)
- Verantwortung gegenüber Patienten und Klienten (z. B. die Betätigungsfähigkeit des Menschen im Mittelpunkt, gemeinsam mit den Patienten und Klienten realistische Ziele formulieren, planen, durchführen und evaluieren)
- professionelles Verhalten in der interdisziplinären Zusammenarbeit (z. B. die Anerkennung der Notwendigkeit, interprofessionell zu arbeiten, den eigenen Beruf mit seinem speziellen Fokus auf dem Betätigten zu vertreten)
- Entwicklung von Fachwissen (z. B. kontinuierliches Erweitern und Festigen von beruflichem Wissen und die Umsetzung der Fertigkeiten in der Praxis, Respekt für die ethischen Prinzipien der Forschung)
- Förderung und Entwicklung (Öffentlichkeitsarbeit; z. B. den Beruf in der Öffentlichkeit vertreten und fördern, nach Möglichkeit Unterstützung forschender Kollegen)
- Qualitätssicherung (z. B. das Beachten und Fördern der Qualitätssicherung in den Arbeitsbereichen, das Vermitteln der Berufscodices des EVS an Studierenden)

29.8.5 Qualität der ergotherapeutischen Intervention

Definition und Beschreibung der Ergotherapie

Die aktuelle Definition der Ergotherapie des EVS Schweiz (EVS 2012) lautet: „Ergotherapie stellt die Betätigungsfähigkeit des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität bei. Sie befähigt Menschen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens und an der Gesellschaft teilzuhaben.“

Im Rahmen der Gesetzgebung im Gesundheitswesen übernehmen folgende Kostenträger die Leistungen der Ergotherapie: Krankenversicherungen, Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Militärversicherung. Ergotherapeuten haben die freie Methodenwahl und orientieren sich an den vorhandenen Leitlinien und Betätigungsempfehlungen.

Fokus der Ergotherapie

Der Fokus der Ergotherapie liegt auf der Betätigung, wobei Betätigung als ein „Komplex von Aktivitäten, der persönliche und soziokulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation an der Gesellschaft ermöglicht, definiert wird“ (Stadler-Grillmaier 2007).

In diesem Teil des Manuals des EVS werden die Betätigungsbereiche und ihre Beziehungen zur ICF beschrieben, gefolgt von einer Beschreibung des ergotherapeutischen

Prozesses, der durch eine Zusammenarbeit des Berufsverbandes EVS und der Studiengänge Ergotherapie an den Fachhochschulen zhaw – éesp – supsi im Jahr 2017 entstanden ist.

Überprüfung der individuellen Lernleistung

Lebenslanges Lernen wird als zentrales Qualitätsmerkmal vorausgesetzt. Die Überprüfung der entsprechenden individuellen Lernleistung erfolgt quantitativ und durch ein maßgeschneidertes Weiterbildungsregister, das e-log, welches von verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens verwendet wird.

Qualitätszirkel der EVS

Qualitätssichernde Maßnahmen in der ergotherapeutischen Arbeit gehören zum Berufsauftrag jedes Ergotherapeuten. Der EVS stimuliert seine Mitglieder dazu, sich an Qualitätszirkeln als eine von den Kostenträgern anerkannte qualitätssichernde Maßnahme zu beteiligen. Als Unterstützung für die erfolgreiche Durchführung werden ausgebildete Moderatoren eingesetzt. Die Schulung der Moderatoren findet in enger Zusammenarbeit mit der SGAIM (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin) statt. Der Teilnehmerkreis ist feststehend und für jede Sitzung wird ein Protokoll erstellt.

Erhebung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherungsverträge EVS/SRK-santésuisse und EVS/SRK/MTK

Laut Qualitätssicherungsvertrag EVS/SRK-santésuisse und Qualitätssicherungsvereinbarung EVS/SRK/MTK haben EVS und SRK den Auftrag, geeignete Messparameter und Messinstrumente sowie die Messplanung (Auswahl und Häufigkeit) zu entwickeln.

Mithilfe der GAS (goal attainment scale; Kiresuk u. Sherman 1968), einem standardisierten, validierten und reliablen Instrument, erfolgt die Erhebung der Ergebnisqualität.

Mit dem GAS wird überprüft, inwieweit die für einen bestimmten Zeitraum formulierten Zielen erreicht wurden. Seit 2011 wird die Erhebung der Ergebnisqualität im Auftrag der paritätischen Kommission mittels einer Online-Plattform durchgeführt.

Ziel der Erhebung ist ein fortlaufender Qualitätsnachweis (Sicherung und Förderung) der selbstständig tätigen Ergotherapeuten und Organisationen der Ergotherapie in der Schweiz.

Erfassung der Zufriedenheit der Klienten

Der EVS hat ein Dokument zur Erfassung der Klientenzufriedenheit herausgegeben. Dabei wird der Klient unter anderem gebeten, seine Meinung zum Anmeldeprozess, zur Einrichtung und zu den Räumlichkeiten, zur ergotherapeutischen Behandlung zur interdisziplinären Zusammenarbeit, zur Kommunikation usw. abzugeben.

29.8.6 Strukturqualität in der Ergotherapie

Einrichtung für therapeutische Behandlung

Mit Ausnahmen von Domizilbehandlungen findet Ergotherapie in speziell dafür eingerichteten Räumlichkeiten statt. Die Vorschriften sind kantonale geregelt. Das Ziel der Qualitätsstrukturpolitik der EVS ist es, ein eigenständiges und weitergehendes Profil von Strukturqualität zu entwickeln und umzusetzen.

In den Vorschriften werden zum Beispiel die Anforderungen für den Zugang, die Dokumentation, die Infrastruktur, die Therapiematerialien und die Organisation der Einrichtung beschrieben. Der EVS arbeitet an der Entwicklung eines standardisierten Organisationsprozesses für ergotherapeutische Einrichtungen.

Datensicherheit

Das Manual der EVS beschreibt unter anderem, welche Datenschutzvorschriften zu beachten sind, welche Daten erfasst und bearbeitet werden dürfen sowie Themen wie Einwilligung, Berufsgeheimnis, Schweigepflicht, Auskunft an Dritte, Einsicht in Behandlungsunterlagen, Erteilung von Auskünften und was bei der Datensicherung beachtet werden soll.

Struktur der Ausbildung für Ergotherapeuten in der Schweiz

Die Ausbildung schließt mit dem Bachelor of Science in Ergotherapie ab. Ergotherapeuten, welche ihr Diplom in der Schweiz an einer höheren Fachschule (bis 2008) erworben haben, sind zur Berufsausübung berechtigt. Der nachträgliche Titelerwerb ermöglicht seit 2009 den Inhabern von nach altem SRK-Recht anerkannten Schweizer Ergotherapie Diplomen den nachträglichen Erwerb eines Fachhochschultitels und führt zum geschützten Titel „Dipl. Ergotherapeut“.

Struktur der Fort- und Weiterbildung für Ergotherapeuten in der Schweiz

Die Fortbildung von Ergotherapeuten findet in der Schweiz auf dem freien Markt statt. Verschiedene Fortbildungsinstitute, inklusive des EVS bieten diverse Kurse an.

Nach dem Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz (HFKG) ist die Weiterbildung an den Fachhochschulen angesiedelt. Die konsekutiven Master-Ausbildungen schließen mit einem „Master of Science“ ab und ermöglichen eine weitere wissenschaftliche Laufbahn mit Doktorgrad (PhD) oder Professur an einer Fachhochschule. Fachspezifische Weiterbildungen schließen mit einem Zertifikat (CAS), Diplom (DAS) oder Master (MAS) für „Advanced Studies“ ab.

In enger Zusammenarbeit streben der EVS und die Fachhochschulen danach, die Stellung der Ergotherapie im Schweizerischen Gesundheitswesen zu festigen und weiter zu entwickeln.

29.9 Diskussion

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

„Qualität liegt im Auge des Betrachters“ oder mit anderen Worten: Qualität dient vielen Zwecken und kein Klient ist wie der andere. Aber was ist die beste Intervention für den Klienten? Die Frage ist, ob es jemals möglich sein wird, eine einheitliche Aussage über die Qualität der Versorgung zu treffen. Können Sie Qualitätsindikatoren für eine Intervention benennen, die von allen Beteiligten akzeptiert werden? Gibt es Kriterien einer „Grundqualität“, der alle Versorgungs- und Pflegemaßnahmen entsprechen sollten? Und vor allem: Hat ein Klient eine echte Wahl, was Qualität für ihn bedeutet?

Wie bringt man die Klienten mit den Leistungserbringern auf eine Ebene? Wo für den Klienten die Zufriedenheit über die gelieferte Qualität steht, im Hinblick auf seine eigene Lebensqualität, die er nach seinem Bedürfnis nach Autonomie, Selbstbestimmung und Lebensperspektive in seiner Lebensumwelt in den Mittelpunkt stellt, sind für die Gesundheitsdienstleister vor allem Fachwissen und Evidenzen, die sich in Leitlinien und Protokollen ausdrücken, die Parameter der Qualität. Und dies alles innerhalb des Rahmens, den die Versicherer schaffen, um die knappen Ressourcen bestmöglich zu nutzen.

Die Versicherer kaufen bewährte Qualität ein, Arbeitgeber stellen Qualität ein und Klienten wollen Qualität erhalten. So gehen auch immer häufiger Forderungen in die Richtung, die Qualität von ergotherapeutischen Maßnahmen durch die Erforschung ihrer Wirksamkeit nachzuweisen. Die Wissenschaft gewinnt zunehmend an Bedeutung und Master- und Promotionsprogramme treiben die Forschung voran und schulen Ergotherapeuten im wissenschaftlichen Denken. Doch für wen lohnt es sich, die Qualität der Ergotherapie durch Forschung zu verbes-

sern? Welche Gruppen verfügen über die Gelder und haben welches Interesse an welchen Ergebnissen aus der ergotherapeutischen Forschung? Wie gelangen (promovierte) Ergotherapeuten auch an eine geförderte Forschungsstelle?

Ausgangspunkt der Versorgungsqualität ist in erster Linie der primäre Prozess: die Beziehung zwischen dem Leistungserbringer und dem Klienten. In diesem Kontakt zeigt sich die Qualität der Versorgung und hier wird sie auch verbessert. Lassen sich auch hier Forschungsergebnisse umsetzen, um die Qualität zu erhöhen? Haben wir nicht schon genügend Leitlinien, Protokolle und Pflegestandards? Sollte es nicht eher darum gehen, das Verhalten von Gesundheitsdienstleistern zu verbessern, um zu einer stärker klientenorientierten Qualität zu kommen?

Wie in der Einleitung erwähnt, werden in diesem Kapitel vor allem Aspekte der Versorgungsqualität innerhalb des Gesundheitswesens beschrieben, aber auch für Ergotherapeuten, die außerhalb des Gesundheitswesens tätig sind (erwähnt wurden Projekte in Problemvierteln und Gemeindezentren), stellt sich die Frage, wie Qualität gewährleistet werden kann. Wie lässt sich dies gemeinsam mit vielen verschiedenen Partnern mit unterschiedlichen Interessen, einschließlich unterschiedlicher Gesetze und finanzieller Rahmenbedingungen realisieren?

Die digitale Unterstützung ist aus der Qualitätssicherung nicht mehr wegzudenken. Doch welche Bedeutung besitzen diese IT-Möglichkeiten in einem spezifischen Versorgungskontext für die Lebensqualität? Wird nicht der Kern der Versorgungsqualität letztlich vor allem von der Aufmerksamkeit, dem Engagement, der Aufklärung und der guten Betreuung von Mensch zu Mensch geprägt?

29.10 Zusammenfassung

Paul van der Hulst, Aline Ollevier und Pieter Wouda

Die systematische Arbeit an der Qualität ist eine ständige Herausforderung für alle Beteiligten auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. Die Politik legt die Rahmenbedingungen gesetzlich fest und definiert in Abstimmung mit den Krankenkassen und den Versorgungseinrichtungen den finanziellen Handlungsspielraum. Neben ökonomischen Motiven und objektiven Daten aus der Forschung stehen bei der Beurteilung der Versorgungsqualität die Meinung und die Erfahrung des Klienten im Vordergrund. Die Herausforderung für den Ergotherapeuten besteht darin, durch Training, Intervention und Supervision zeitlebens an seiner fachlichen Kompetenz zu arbeiten, um seine Qualität auf einem Optimum zu halten. Durch die Aufnahme in das Qualitätsregister kann er diese Kompetenz auch Dritten gegenüber nachweisen. Die ständige Arbeit an der Qualität ist eine Herausforderung für Abteilungen und Teams. Dazu können sie sich verschiedener

Methodiken bedienen. Auf institutioneller Ebene arbeiten Qualitätsmitarbeiter zunehmend mit integrierten Qualitätssystemen, um alle Aspekte der Gesundheitsversorgung in die richtige Richtung zu lenken. Durch externe Begutachtung und Zertifizierung können Einrichtungen auch nachweisen, dass sie über eine gute Versorgungsqualität verfügen.

Es ist auch für jeden ergotherapeutischen Berufsverband und für jede ergotherapeutische Fakultät eine Herausforderung, Forschung zu stimulieren und umzusetzen, Professionals zu einer evidenzbasierten Arbeitsweise anzuregen, den internationalen Austausch von Wissen und Erfahrungen zu fördern, Schulungen anzubieten und mit Klientenorganisationen zusammenzuarbeiten.

29.11 Literatur

- AHRQ. The six domains of health care quality. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/talkingquality/create/sixdomains.html>
- American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain & process. Bethesda, MD: AOTA Press/American Occupational Therapy Association; 2014.
- Baumgarten A, Strebel H. Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert. Idstein, Schulz-Kirchner Verlag GmbH; 2016.
- Becker H, Steding - Albrecht U. Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie. Stuttgart: Thieme; 2006.
- Bekker J de (Hrsg.). Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid. Dwingeloo: Kavanah; 2010.
- Bouwman R, Reitsma M, Friele R. Burgerparticipatie bij het toezicht op de kwaliteit van Zorg. NIVEL: Utrecht; 2015.
- Boyt-Schell B, Schell J. Clinical and professional reasoning in occupational therapy. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
- Bruhn M. Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Berlin: Springer; 2016.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Gesundheitsberufe in Österreich; 2017b. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/berufe/qualitaet-kompetenz>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Zielsteuerung-Gesundheit ab 2017; 2017a. www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_ab_2017
- Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs. Ethikleitbild der ErgotherapeutInnen Österreichs; 2012.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. Ergotherapie im Profil. Karlsruhe; 2008.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. Indikationskatalog Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag; 2017.
- Emmerik R. Kwaliteitsmanagement. Pearson Benelux B.V.; 2016.
- Ergotherapie Austria. Verbandszeitschrift 01-2017; Berufspolitikbeilage.
- Fisher AG, Dehnhardt B. OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention. Idstein: Schulz-Kirchner; 2014.
- Foendoe Aubèl G. Kwaliteitszorg. 2. Aufl. Den Haag: Lemma; 2014.
- Gerlach F. Qualitätsförderung in Klinik und Praxis - Eine Chance für die Medizin. Stuttgart: Thieme; 2001.
- Geusenbroek-Oskam T. Cliënten ervaren ergotherapie: Ontwikkeling van een kwaliteitsprocedure. Afstudeerproject. Amsterdam: Opleiding Ergotherapie ASHP; 2011.
- Graf P, Spengler M. Leitbild- und Konzeptentwicklung. 6. Aufl. Augsburg: ZIEL; 2013.
- Granse M le, Hartingsveldt MJ. Grondslagen van de ergotherapie. Amsterdam: Reed Business; 2017.
- Grol R, Wensing M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business Information; 2011.
- Habermann C, Kolster F. Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Habermann C, Wittmershaus C. Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. Stuttgart: Thieme; 2005.
- Habermann C. Qualitätszirkel in der ET. Ergotherapie & Rehabilitation 2001;5:7-20.
- Hartingsveldt MJ van, Logister-Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma; 2010.
- Heyden R von der. Ergotherapeutische Kompetenzen entwickeln: Deskription eines ergotherapeutischen Kompetenzprofils zur Grundlegung einer Fachdidaktik Ergotherapie. Berlin: Logos Verlag; 2014.
- Höhl W, Köser P, Dohat A. Produktivität und Teilhabe am Arbeitsplatz. Idstein: Schulz - Kirchner; 2015.
- Hollands L. Elementen van kwaliteitszorg. Utrecht: Lemma; 2003.
- Hucke B, Gans M. Qualitätsmanagement in der Ergotherapie, Idstein, Schulz-Kirchner; 2009.
- Ischebeck K. Erfolgreiche Konzepte - Eine Praxisanleitung in 6 Schritten. Offenbach: GABAL Verlag GmbH; 2017.
- Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal attainment scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community mental health journal. 1968;4(6):443-453.
- Koesling K, Bollinger-Herzka T. Ergotherapie im Arbeitsfeld Orthopädie. Stuttgart: Thieme; 2008.
- Koornneef S. Kwaliteitshandboek: Een format voor vrijgevestigde ergotherapieklinieken. Ergotherapie 2011;39(5):30-32.
- Kubny-Lüke B. Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. Stuttgart: Thieme; 2009.
- Kuiper C, Verhoef J, Louw D de, Cox K. Evidence-based practice voor paramedici: Methodiek en toepassing. Den Haag: Lemma; 2008.
- Leeuw M de, Saenger S, Vanlaerhoven I, Vries-Uiterweerd A. De Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2015.
- Loh A, Simon D, Kriston L, Härter D. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Deutsches Ärzteblatt 2007;104(21):A1483.
- Longree A, Junge I. Das DVE-Bildungskonzept. Ergotherapie und Rehabilitation 2014;53(12):32-35.
- Mangold S. Evidenzbasierte Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie, Reflektiert - systematisch - wissenschaftlich fundiert. Heidelberg: Springer; 2013.
- Miesen M. Berufsprofil Ergotherapie, Idstein: Schulz-Kirchner; 2004.
- Nathans H. Adviseur als tweede beroep. Resultaat bereiken als adviseur. Alphen a/d Rijn: Kluwer; 2015.
- NRV. Discussienota begrippenkader kwaliteit van beroepsuitoefening. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid; 1986.
- Pundt J, Kälble K. Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Apollon University Press. Bremen; 2015.
- Pundt J. Professionalisierung im Gesundheitswesen. Bern: Hans Huber; 2006.
- Rapport Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Internet. Den Haag: Coördinatieplatform Zorgstandaarden; 2010. <http://www.zorgstandaarden.nl/>
- Ritschl V, Weigl R, Stamm T. Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis. Heidelberg: Springer; 2016.
- Rubrech J, Stuyling de Lange GS. Kwaliteit verbeteren in de zorg. Pearson Education; 2010.
- RVZ. Gezondheid 2.0: U bent aan zet. Advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010. http://rvz.net/uploads/docs/Advies_-_Gezondheid_20.pdf
- Schäfer I, Kolip P. Leitfaden: Goal Attainment Scaling (Zielerreichungsskalen); 2015 [PDF-Datei]. https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/GAS_Leitfaden.pdf
- Scheepers C, Steding - Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 2007.
- Scherer E, Bossmann T, Herbert R. Forschung verstehen: ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis. Pflaum Verlag; 2011.
- Staatsblad. Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut; 1997:523. <http://wetten.overheid.nl>

- Stadler-Grillmaier J. ENOTHE Project „OT Professional Terminology“ - Contribution to the Development of a (German) Terminology in Occupational Therapy. *ergoscience* 2007;2(3):100–106. DOI: 10.1055/s-2007-963236
- Swinkels JA. Doel van richtlijnontwikkeling. In: Everdingen WJJ van et al. *Evidence-based richtlijnontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004.
- Taylor MC. *Evidence-based practice for occupational therapists*. Oxford: Blackwell; 2007.
- Taylor RR. *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application*. 5. Aufl. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
- Townsend EA, Polatajko HJ. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2013.
- Verbeek G. *Het spel van kwaliteit en zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2004.
- Verhoef J, Zalmstra A. *Beroepscompetenties Ergotherapie*. 2. Aufl. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2013.
- Vries EN de, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care* 2008;17(3):216–223.
- Vroman K, Stewart E, Neistadt ME. *Occupational therapy evaluation for adults: A pocket guide*. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Wagner C. Patiëntveiligheid. In: Wollersheim H. *Kwaliteit en veiligheid in patiëntzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
- WFOT; 2018. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- Willard HS, Schell BAB. *Willard & Spackman's occupational therapy*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Wolff R. Die Chancen dialogischer Qualitätsentwicklung und die Vision eines demokratischen Kinderschutzes; 2009 [PDF-Datei] http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Prof._Dr._Reinhardt_Wolff_Vortrag.pdf
- Wollersheim H (Hrsg.). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.

30 Ergotherapie und Wissenschaft

Maud Graff, Ton Satink und Esther Steultjens

„The whole science is nothing more than a refinement of everyday thinking.“

Albert Einstein (1879–1955)

Keywords

- wissenschaftliche Forschung
- Occupational Science
- Forschungsprozess
- qualitative Forschung
- quantitative Forschung
- evidenzbasierte Praxis (EBP)

EDOMAH: Ergotherapie für ältere Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen

Mithilfe qualitativer Untersuchungen und Literaturstudien wurde ein Bild von den Erfahrungen und Bedürfnissen älterer Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen gezeichnet. Auf Grundlage dieser Studien und basierend auf den Erkenntnissen von Experten aus den Bereichen Occupational Science, Selbstmanagement sowie Begleitung und Beratung älterer Menschen wurde in den Niederlanden das EDOMAH entwickelt (Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis), ein Konzeptinterventionsprogramm, das auf dem MOHO (Model Of Human Occupation) und einer Reihe anderer Theorien basiert. Dieses Interventionsprogramm wurde in mehreren Gesprächsrunden mit Menschen mit Demenz, Angehörigenpflegern und Experten aus Praxis und Wissenschaft entwickelt und auf seine Qualität und Benutzerfreundlichkeit hin untersucht. Die Intervention wurde dann in der Praxis getestet und eine große Studie untersuchte die Wirksamkeit und Kosteneffizienz der Intervention. Die EDOMAH-Intervention erwies sich dabei als effektiv und kostengünstig. Die Daten aus den Literaturstudien, der Wirksamkeitsstudie und der Auswertung der Erfahrungen mit der Intervention in der Praxis zusammen mit den theoretischen Hintergründen, Praxisbeispielen, Kompetenzen, Fertigkeiten, Tipps und Tricks, Fallstricken und Empfehlungen sind in einem Buch zu diesem evidenzbasierten Programm beschrieben. Die Entwicklung und Erforschung von EDOMAH zeigt die Bedeutung der Wissenschaft für den Klienten, das Klientensystem und die Ergotherapie (Graff et al. 2006, 2007, 2008, 2010).

30.1 Einleitung

Ergotherapie und Wissenschaft, was bedeutet das für mich? Die Entwicklung des ergotherapeutischen Berufes ist einem ständigen Wandel unterworfen. In den Kapiteln zuvor wurde beschrieben, wie sich die Ergotherapie in den vergangenen 100 Jahren zu dem Beruf entwickelt hat, der sie heute ist, und welches Wissen die Grundlage für ihre Inhalte und Anwendungen bildet. Auch die wissenschaftliche Forschung hat sich in den letzten hundert Jahren erheblich weiterentwickelt. Dieses Kapitel erörtert die Bedeutung der Forschung für die Ergotherapie und den Ergotherapeuten sowie die wichtigsten Methoden der wissenschaftlichen Forschung, damit Sie als Ergotherapeut eine investigative Haltung einnehmen, evidenzbasiert arbeiten und eventuell eigene Forschung betreiben können. Zunächst werden hier die relevanten wissenschaftlichen Bereiche diskutiert, die für die Entwicklung des Berufes Ergotherapie wichtig sind, einschließlich der Occupational Science als spezifischem Wissenschaftsbereich der Ergotherapie. Die Ergotherapie als Wissensdomäne zeichnet sich durch die Wechselwirkungen aus, die zwischen den Variablen des Betätigten bestehen, und zeigt, wie diese beeinflusst werden können, um zu einem optimalen Betätigten, zu Gesundheit und zu Wohlbefinden zu kommen. Danach werden die verschiedenen wissenschaftlichen Methoden und betrachtet und die Schritte aufgezeigt, die in einem wissenschaftlichen Projekt von der Forschungsfrage zum Forschungsbericht oder zum veröffentlichten Artikel führen.

30.2 Wissenschaftsbereich Ergotherapie

Die Wissenschaft versucht im Allgemeinen, Aspekte unterschiedlichster Phänomene zu beschreiben, zu verstehen, zu erklären, zu begründen, zu untermauern und vorherzusagen. Dabei bedient sie sich klar definierter wissenschaftlicher Methoden. Da es so viele verschiedene Phänomene gibt, ist man dazu übergegangen, verschiedene Wissenschaftskategorien einzuführen. Dabei wird zwischen Alpha-, Beta- und Gamma-Wissenschaften unterschieden. Alpha-Wissenschaften beinhalten Geistes-, Literatur- und Sprachwissenschaften sowie künstlerische Fächer. Beta-Wissenschaften umfassen besonders die Naturwissenschaften und die Medizin, während die Gamma-Wissenschaften schließlich aus den Wirtschafts-, Sozial- und Rechtswissenschaften gebildet werden. Innerhalb dieser drei großen Bereiche haben sich in den letzten hundert Jahren zahlreiche Teildisziplinen herausgebildet, wie z. B. innerhalb der Psychologie die Neuro-

30 Ergotherapie und Wissenschaft

Maud Graff, Ton Satink und Esther Steultjens

„The whole science is nothing more than a refinement of everyday thinking.“

Albert Einstein (1879–1955)

Keywords

- wissenschaftliche Forschung
- Occupational Science
- Forschungsprozess
- qualitative Forschung
- quantitative Forschung
- evidenzbasierte Praxis (EBP)

EDOMAH: Ergotherapie für ältere Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen

Mithilfe qualitativer Untersuchungen und Literaturstudien wurde ein Bild von den Erfahrungen und Bedürfnissen älterer Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen gezeichnet. Auf Grundlage dieser Studien und basierend auf den Erkenntnissen von Experten aus den Bereichen Occupational Science, Selbstmanagement sowie Begleitung und Beratung älterer Menschen wurde in den Niederlanden das EDOMAH entwickelt (Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis), ein Konzeptinterventionsprogramm, das auf dem MOHO (Model Of Human Occupation) und einer Reihe anderer Theorien basiert. Dieses Interventionsprogramm wurde in mehreren Gesprächsrunden mit Menschen mit Demenz, Angehörigenpflegern und Experten aus Praxis und Wissenschaft entwickelt und auf seine Qualität und Benutzerfreundlichkeit hin untersucht. Die Intervention wurde dann in der Praxis getestet und eine große Studie untersuchte die Wirksamkeit und Kosteneffizienz der Intervention. Die EDOMAH-Intervention erwies sich dabei als effektiv und kostengünstig. Die Daten aus den Literaturstudien, der Wirksamkeitsstudie und der Auswertung der Erfahrungen mit der Intervention in der Praxis zusammen mit den theoretischen Hintergründen, Praxisbeispielen, Kompetenzen, Fertigkeiten, Tipps und Tricks, Fallstricken und Empfehlungen sind in einem Buch zu diesem evidenzbasierten Programm beschrieben. Die Entwicklung und Erforschung von EDOMAH zeigt die Bedeutung der Wissenschaft für den Klienten, das Klientensystem und die Ergotherapie (Graff et al. 2006, 2007, 2008, 2010).

30.1 Einleitung

Ergotherapie und Wissenschaft, was bedeutet das für mich? Die Entwicklung des ergotherapeutischen Berufes ist einem ständigen Wandel unterworfen. In den Kapiteln zuvor wurde beschrieben, wie sich die Ergotherapie in den vergangenen 100 Jahren zu dem Beruf entwickelt hat, der sie heute ist, und welches Wissen die Grundlage für ihre Inhalte und Anwendungen bildet. Auch die wissenschaftliche Forschung hat sich in den letzten hundert Jahren erheblich weiterentwickelt. Dieses Kapitel erörtert die Bedeutung der Forschung für die Ergotherapie und den Ergotherapeuten sowie die wichtigsten Methoden der wissenschaftlichen Forschung, damit Sie als Ergotherapeut eine investigative Haltung einnehmen, evidenzbasiert arbeiten und eventuell eigene Forschung betreiben können. Zunächst werden hier die relevanten wissenschaftlichen Bereiche diskutiert, die für die Entwicklung des Berufes Ergotherapie wichtig sind, einschließlich der Occupational Science als spezifischem Wissenschaftsbereich der Ergotherapie. Die Ergotherapie als Wissensdomäne zeichnet sich durch die Wechselwirkungen aus, die zwischen den Variablen des Betätigten bestehen, und zeigt, wie diese beeinflusst werden können, um zu einem optimalen Betätigten, zu Gesundheit und zu Wohlbefinden zu kommen. Danach werden die verschiedenen wissenschaftlichen Methoden betrachtet und die Schritte aufgezeigt, die in einem wissenschaftlichen Projekt von der Forschungsfrage zum Forschungsbericht oder zum veröffentlichten Artikel führen.

30.2 Wissenschaftsbereich Ergotherapie

Die Wissenschaft versucht im Allgemeinen, Aspekte unterschiedlichster Phänomene zu beschreiben, zu verstehen, zu erklären, zu begründen, zu untermauern und vorherzusagen. Dabei bedient sie sich klar definierter wissenschaftlicher Methoden. Da es so viele verschiedene Phänomene gibt, ist man dazu übergegangen, verschiedene Wissenschaftskategorien einzuführen. Dabei wird zwischen Alpha-, Beta- und Gamma-Wissenschaften unterschieden. Alpha-Wissenschaften beinhalten Geistes-, Literatur- und Sprachwissenschaften sowie künstlerische Fächer. Beta-Wissenschaften umfassen besonders die Naturwissenschaften und die Medizin, während die Gamma-Wissenschaften schließlich aus den Wirtschafts-, Sozial- und Rechtswissenschaften gebildet werden. Innerhalb dieser drei großen Bereiche haben sich in den letzten hundert Jahren zahlreiche Teildisziplinen herausgebildet, wie z. B. innerhalb der Psychologie die Neuro-

psychologie, Entwicklungspsychologie, Gesundheitspsychologie, Arbeitspsychologie usw., und alle haben ihre eigenen spezifischen wissenschaftlichen Methoden entwickelt.

Die Occupational Science ist das wissenschaftliche Gebiet der Ergotherapie, das wir in diesem Kapitel näher betrachten wollen. In der Ergotherapie wird das Wissen aus anderen Wissenschaftsbereichen umfassend genutzt, vor allem aus den Gammawissenschaften aber auch aus Philosophie und Technik.

In der wissenschaftlichen Forschung wird häufig zwischen praxisorientierter und Grundlagenforschung unterschieden. Die praxisorientierte Forschung hat stets die berufliche Praxis im Blick, doch unterscheidet sich der Forschungsprozess in der Regel nicht von dem der Grundlagenforschung.

Die Grundlagenforschung hat eine Erweiterung des Wissens um ein bestimmtes Phänomen im Sinn. „Besseres Wissen“ ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass wir etwas „besser tun“. In dieser Forschungstradition werden neue Theorien entwickelt. Innerhalb der Ergotherapie konzentriert sich die Grundlagenforschung auf die Frage, wie Gesundheit und Betätigen im Menschen zusammenhängen (Law et al. 1998). Diese Forschung findet im Bereich der Occupational Science statt (Kap. 30.4.1).

Etwas „besser können“ – darum geht es in der praxisorientierten oder angewandten Forschung. Die angewandte Forschung zielt darauf ab, Lösungen für praktische Probleme zu finden, mit denen Menschen in ihrer Umwelt konfrontiert sind. Bei der Ergotherapie geht es beispielsweise darum zu erforschen, welche diagnostischen Instrumente am besten geeignet sind oder welche Interventionen für bestimmte Klientengruppen am effektivsten sind, wie z. B. die Erforschung der Schreibfähigkeiten von Kindern und die Entwicklung und Evaluierung des Diagnosetools WRITIC (Hartingsveldt et al. 2014a, b, 2015) oder der ergotherapeutischen Interventionen bei Klienten mit Parkinson-Krankheit (Sturkenboom et al. 2008, 2014).

30.3 Occupational Science

Die Occupational Science ist eine sozialwissenschaftliche Disziplin, welche die Komplexität des Betätigten in Bezug auf die empfundene Gesundheit und das Wohlbefinden untersucht. Dabei werden das tägliche Leben und die Bedeutung, die Menschen ihrem Leben durch das Betätigen beimessen, erforscht (Yerxa 1990, Clark et al. 1991, Zemke u. Clark 1996, Pierce 2014). Verschiedene ergotherapeutische Studien haben seither Theorien und Modelle zum Kern der Ergotherapie, dem Betätigen, und seiner Anwendung in der Ergotherapie hervorgebracht. Natürlich fragt man sich: Wozu braucht man als Ergotherapeut all diese Theorien? Kann man nicht direkt mit seinen Klienten arbeiten, weil man etwas tun möchte? Natürlich kann man sich auch schnell an die Arbeit machen, aber

man stelle sich nur einmal einen Arzt vor, der kaum über den menschlichen Körper und die Faktoren, welche die Gesundheit der Menschen unterstützen, Bescheid weiß. In ähnlicher Weise ließe sich sagen, dass die Occupational Science uns Wissen über das Betätigen und die Partizipation der Menschen vermittelt, was uns in die Lage versetzt, sie bei der Erhaltung oder Stimulierung ihres Betätigens und der Teilhabe an ihrer eigenen Umwelt zu leiten. In der Occupational Science stehen Fragen wie diese im Mittelpunkt:

- Was ist Betätigen und was ist Partizipation?
- Wie führen die Menschen die täglichen Aktivitäten aus und wie partizipieren sie an der Gesellschaft?
- Wie erleben die Menschen das Betätigen?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Betätigen, der Gesundheit und dem Wohlbefinden?
- Welche Faktoren beeinflussen das Betätigen des Menschen?

Die ersten Dokumente, die sich zur Occupational Science bekennen, stammen aus den frühen 1990er-Jahren (Christiansen u. Townsend 2011). Inzwischen ist die Occupational Science eine etablierte wissenschaftliche Disziplin mit einer Zeitschrift (Journal of Occupational Science), Konferenzen und der International Society for Occupational Science (www.isocsci.org).

Das Wissen aus der Occupational Science wird von Ergotherapeuten genutzt, um das Fundament ihres Berufes zu stärken (Pierce 2014, Nayar u. Stanley 2015). Die Occupational Science schärft unseren Blick als Ergotherapeuten (Kumas-Tan u. Townsend 2003). So stammen beispielsweise viele Quellen, die zur Beschreibung des Kernbereichs der Ergotherapie (Kap. 2) herangezogen werden, aus der ergotherapeutischen Forschung. Darüber hinaus geben die Erkenntnisse aus diesen Studien auch unserem Beruf Orientierung, indem sie Begriffe wie „occupation“, „occupational participation“ und z. B. „doing“, „being“, „becoming“ und „belonging“ (Wilcock u. Hocking 2015), „occupational justice“ (Townsend u. Polatajko 2013) oder „occupational deprivation“ definieren (Wilcock 1998, 2006; Whiteford u. Wright-St Clair 2004).

30.3.1 Occupational Science und Ergotherapieforschung

Es gibt Überschneidungen bei den Zielsetzungen von Occupational Science, Ergotherapie und Ergotherapieforschung. Das oberste Ziel der Occupational Science ist die Erforschung der Bedeutung des Betätigten im täglichen Leben, während das Ziel der Ergotherapie darin besteht, Menschen bei der Aufrechterhaltung oder Steigerung ihres Handelns und ihrer Teilhabe am täglichen Leben zu begleiten. Die Ergotherapieforschung untersucht, wie das am besten zu bewerkstelligen ist und ob es auch in der Praxis funktioniert (Nayar u. Stanley 2015). In der Praxis sind Occupational Science, Ergotherapie und Ergothera-

pieforschung untrennbar miteinander verbunden. Hier werden einerseits Erkenntnisse aus Occupational Science und Ergotherapieforschung angewandt, andererseits werden Fragen aus der ergotherapeutischen Praxis in der Occupational Science und der Ergotherapieforschung untersucht (► Tab. 30.1).

Die Occupational Science beschränkt sich nicht nur auf die Untersuchung des Betätigten hinsichtlich der Gesundheit und des Wohlbefindens, sondern die Forscher untersuchen auch das Betätigen, um dessen volle Bedeutung in Bezug auf seine Auswirkungen auf den Menschen und die Gesellschaft zu ergründen. Außerdem wird untersucht, wie das Betätigen der Menschen zu einer gesunden Gesellschaft beitragen kann. Begriffe wie „occupational justice“ (Betätigungsgerechtigkeit, Recht auf Betätigung) und „occupational alienation“ (Betätigungsentfremdung) werden hier diskutiert. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen können für Ergotherapeuten bei ihrer Arbeit in der Gemeinde von Nutzen sein, wenn sie z. B. Gruppen bei der Entfaltung ihres Betätigens unterstützen wollen. Um

den Wert der Occupational Science zu verdeutlichen, zeigen einige Beispiele, wie ihre Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden.

Studien auf dem Gebiet der Occupational Science ermöglichen dem Ergotherapeuten also Einblicke in das Betätigen des Menschen. Dieses Wissen wird während des ergotherapeutischen Prozesses mit dem Klienten eingesetzt. So wissen Ergotherapeuten um die Bedeutung des Betätigens für den Menschen, und dieser Aspekt wird im Orientierungsprozess und bei der Formulierung der Ziele des Klienten genutzt. Zudem nutzt der Ergotherapeut dieses Wissen auch, um eine optimale Umwelt (Betätigungskontext) zu schaffen, die den Klienten zur Ausführung der Aktivitäten animiert. Pierce (2003) spricht dazu von dem „designer of therapeutically powerful occupations“. Wenn Ergotherapeuten dem Klienten eine optimale Umwelt für sein Betätigen bieten, wird ein Betätigungsprozess aus Tun, Erfahren, Reflektieren und ggf. auch Verändern initiiert (Satink 2016; Kap. 2).

Beispiele für Forschungsaktivitäten der Occupational Science

Es würde zu weit führen, hier alle Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Occupational Science anzusprechen. Es seien jedoch einige Arbeiten erwähnt, um den Wert dieser Forschungen zu verdeutlichen:

- Debby Rudman (1997) untersuchte zum Beispiel, wie das Betätigen den Menschen unterstützt und es ihm ermöglicht, sich zu entwickeln und darzustellen. In einer späteren Arbeit zeigt Laliberte-Rudman (2002), wie sich das Betätigen auf die Identität der Menschen auswirkt.
- Ein weiteres Beispiel ist die Arbeit von Dennis Persson und Hans Jonsson (2009), welche die Erfahrungen von Menschen bei der Durchführung von Aktivitäten erforschten. Sie zeigten in ihrer Forschung, dass man neben der klassischen Einteilung der Aktivitäten auch das Erleben während der Durchführung von Aktivitäten näher untersuchen kann (Kap. 2).
- Ein jüngeres Beispiel ist die Arbeit von Fenna van Nes (2013), die bei älteren Menschen untersuchte, welche

Aktivitäten gemeinschaftlich durchgeführt werden und wie diese sich mit zunehmendem Alter verändern. Van Nes diskutiert das Konzept der „Co-Occupation“ und zeigt auf, wie Ergotherapeuten mit diesem Konzept die Durchführung des Betätigens der Menschen betrachten können. Dies geschieht nicht immer allein, sondern manche „occupations“ führt man auch mit anderen durch.

- Ein letztes Beispiel ist die Arbeit von u. a. Townsend und Wilcock (2004a, b), die sich mit der Erforschung und Erstellung von Positionspapieren zur „occupational justice“ beschäftigt haben. Occupational Justice geht davon aus, dass jeder Mensch das Recht hat, bedeutungsvolle Aktivitäten auszuüben. Der Einfluss ihrer Arbeit besteht u. a. darin, dass Ergotherapeuten Werkzeuge (occupational justice framework) und Ansatzpunkte für die Betrachtung der täglichen Aktivitäten zur Verfügung gestellt werden.

Tab. 30.1 Vergleich zwischen Occupational Science und Ergotherapieforschung (Forwell 2008).

Occupational Science	Ergotherapieforschung
<ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaft • wissenschaftliche Disziplin • Forscher mit verschiedenen Hintergründen • Forscher untersuchen das Betätigen in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden 	<ul style="list-style-type: none"> • Praxis • Beruf • Ergotherapeuten
<ul style="list-style-type: none"> • Forschungsergebnisse verschaffen ein besseres Verständnis für das Betätigen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeuten nutzen die täglichen Aktivitäten in der Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • Forschungsergebnisse bilden (ergotherapeutische) Praktiker weiter 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsergebnisse werden in der ergotherapeutischen Praxis angewendet.

Eine forschende Haltung – Das Arbeiten als Occupational Scientist

Der Blick auf das Betätigen des Menschen aus der Perspektive der Occupational Science schärft den Blick des Ergotherapeuten (Kumas-Tan 2003). Sie können schon jetzt damit anfangen, indem Sie sich Ihr eigenes Betätigen ansehen! Sie beschäftigen sich mit der Occupational Science auf der Mikroebene und untersuchen das Betätigen im täglichen Leben. Es gibt dabei viele Fragen, die Sie untersuchen könnten:

- Was bedeutet Betätigen für mich?
- Wann führe ich Aktivitäten durch, wie lange mache ich das und wie wirkt sich dies auf meine Müdigkeit aus?
- Mit wem führe ich Aktivitäten durch?

Die Bedeutung des Betätigens kann auf unterschiedliche Weise dargestellt werden. Zusätzliche quantitative Daten lassen sich mithilfe der Kielhofner Interessencheckliste (2008) erheben, die auf dem MOHO basiert. Dabei vergibt man 1–5 Punkte für die Bedeutung der verschiedenen Aktivitäten, die man ausführt. Qualitative Daten zur Bedeutung des Betätigens lassen sich z. B. über das Führen eines Tagebuches sammeln. So würde man jeden Tag kurz über die Dinge reflektieren, die man getan hat. Nach einiger Zeit könnte man dann beginnen, diese Reflexionen zu analysieren. Fragen wie „Wann führe ich Aktivitäten durch, wie lange mache ich etwas und was bedeutet das für meine Müdigkeit?“ lassen sich z. B. mit dem Aktivitätenwegger (zu deutsch „Aktivitätswaage“) beantworten. Sie gibt es auch als App, und nach einer kurzen Einarbeitung können Sie nachhalten, was Sie wie lange tun und wie müde Sie dabei sind. Sie können auch die Bedeutung der von Ihnen ausgeführten Aktivitäten quantifizieren. Nach wenigen Tagen können Sie Ihr Aktivitätsmuster analysieren und z. B. Müdigkeitsspitzen herausfiltern.

Eine weitere Möglichkeit zur Analyse des Betätigens besteht darin, zu betrachten, was Sie tun, mit wem Sie etwas tun und wo Sie etwas tun. So erhalten Sie einen Einblick in die sozialen Aspekte des Betätigens, d. h. man macht sich bewusst, mit welchen Menschen man etwas tut, und in welcher sozialen Umwelt dies geschieht. Wenn Sie Ihr eigenes Betätigen (ein wenig) überschauen können, befassen Sie sich doch noch einmal mit Teilen des Kap. 2. Dies wird Ihnen dann dabei helfen, Ihr eigenes Betätigen besser zu erkennen und zu verstehen.

Danach können Sie auch das Betätigen anderer Menschen betrachten. Sie können dabei die gleichen Fragen stellen oder neue formulieren. Sie können sich die Menschen im Allgemeinen ansehen, oder aber Sie werfen einen Blick auf das Betätigen bestimmter Gruppen:

- Was bedeutet das Betätigen für meine Mannschaftskameraden beim Handball?
- Wie sieht unser Wochenendplan aus? Was machen wir wann, wo und warum?

Indem Sie ständig Fragen über Ihr eigenes Betätigen und das anderer Personen stellen, gewinnen Sie ein breiteres Verständnis für die Faktoren, die für das Betätigen wichtig sind. Dieses Wissen hilft Ihnen zu verstehen, was das Betätigen für andere bedeutet, oder auch was es bedeutet, sich weniger oder nicht mehr wie gewohnt betätigen zu können. In diesem Zusammenhang könnten Sie z. B. mit Ihrem Großvater oder Ihrer Großmutter ein Interview darüber führen, wie sich das Altern auf die Ausführung von Aktivitäten ausgewirkt hat. Erledigen sie Dinge immer noch auf die gleiche Art und Weise? Oder bemerken sie, dass bestimmte Aktivitäten nicht mehr so gut gelingen, oder haben sie diese angepasst? Wie betrachten sie die Zeit und wie verteilen sie ihre Aktivitäten über den Tag? Was ist ihnen jetzt wichtig geworden? Haben sie sich dafür entschieden, bestimmte Tätigkeiten nicht mehr auszuführen, und was bedeutet das für sie?

Wenn Sie auf diese Weise auf der Mikroebene die Untersuchung des Betätigens betreiben, werden Sie das Betätigen auch besser verstehen können. Als Ergotherapeut nutzen Sie dieses Wissen dann im Kontakt mit (potenziellen) Klienten. Das Wissen über das Betätigen hilft Ihnen auch dabei, das Erleben von Menschen, die in der Durchführung von Aktivitäten beeinträchtigt sind, besser zu verstehen. Wenn man aus der Perspektive des Betätigens schaut, versteht man besser, aufgrund einer chronischen Krankheit nicht mehr in der Lage zu sein, alle bedeutungsvollen Betätigungen auszuführen, wenn die Betätigungsmuster aufgrund von Schmerzen und Kraftlosigkeit angepasst werden müssen, oder was es bedeutet, wenn Menschen z. B. an einem Ort leben, an dem sie ihre Tätigkeiten nicht mehr frei ausüben können.

30.4 Methoden der wissenschaftlichen Forschung

30.4.1 Verschiedene Formen von Forschung

Die Fragen, denen sich die Forschung widmet, ergeben sich in der Regel aus der Praxis. Dabei kann es sich etwa um grundlegende Aspekte der Intervention handeln, um die Validität und Reliabilität von Instrumenten zur Beurteilung des Funktionsniveaus oder um die Beurteilung von Interventionen und ihrer Auswirkungen für den Klienten. Bei der Forschungsarbeit ist die eigentliche Frage maßgeblich für die Auswahl der Untersuchungsstrategie und -methode, die auch mit wissenschaftlichen Strömungen zusammenhängt (Kap. 30.9; Kasten „Wissenschaftstheoretische Strömungen“).

Wissenschaftstheoretische Strömungen

- Wissenschaftler der empirisch-analytischen Richtung möchten möglichst objektiv forschen und die Untersuchungssituation möglichst kontrollieren. Alle Prozesse einer Untersuchung sind rational, logisch und intellektuell begründet. Forscher, die eine empirisch-analytische Studie durchführen, stützen sich auf Fakten. Der Untersucher nimmt dabei eine Position außerhalb des Untersuchungsbereiches ein. Empirisch-analytische Studien sind quantitativer Natur.
- Forscher, die interpretative Wissenschaft betreiben, interessieren sich mehr für die Erfahrungen und die zugrunde liegenden Vorstellungen der Menschen. Es geht mehr um die Interpretation, die Deutung, die Menschen für eine Situation haben. Die Position des Forschers ist nicht notwendigerweise außerhalb des Untersuchungsbereiches. Der Forscher kann auch Teil der Praxis werden, um so viel wie möglich „von innen“ über die Erfahrungen und Meinungen von Einzelpersonen oder Gruppen zu erfahren. Diese Studien sind in der Regel qualitativer Natur.
- Die kritisch-emanzipatorische Wissenschaft basiert auf der Prämisse, dass Forscher in die Gesellschaft eingebunden sind und sich kritisch mit der Gesellschaft und den Forschungsergebnissen auseinandersetzen. Ziel dieser Richtung ist es, die Emanzipation von Gruppen zu fördern, z. B. um die Position der Klienten zu verbessern. Kritisch-emanzipatorische Studien sind nicht explizit quantitativ oder qualitativ, sondern kombinieren in der Regel verschiedene Forschungsmethoden. Diese Form der Forschung wird auch als Aktionsforschung bezeichnet (Verhoeven 2005).

30.5 Der Forschungsprozess

Der Forschungsprozess beginnt mit der Beschreibung eines Problems auf der Basis des Wissens oder fehlenden Wissens über ein Phänomen. Die relevanten Variablen (die verschiedenen Elemente) und ihre angenommenen gegenseitigen Beziehungen werden eindeutig und erkennbar beschrieben. Diese Beschreibung macht oft die Einführung in die Forschungsarbeit aus und führt zu einer Fragestellung oder je nach Art der Forschung zu einer Hypothese. Dann wird eine Methode gewählt, um zu entscheiden, ob die Fragestellung zu beantworten ist oder ob die Hypothese überprüft werden kann. Die Ergebnisse dieses Ansatzes werden dann in eine Antwort auf die Problemstellung übersetzt. In einen Teil des Problems wurde so mehr Einblick gewonnen.

Phasen des Forschungsprozesses und Wiedererkennbarkeit in Artikeln

In einer wissenschaftlichen Studie lassen sich folgende Phasen unterscheiden:

- Problemstellung
- Fragestellung
- Wahl der Forschungsstrategie
- Datenerhebung
- Datenanalyse
- Diskussion und Schlussfolgerung
- Bedeutung für die Praxis.

Diese Phasen lassen sich in wissenschaftlichen Artikeln wiederfinden:

- Die Einführung erklärt die Problemstellung und die Fragestellung.
- Der Abschnitt über die Methodik beschreibt dann, wie die Studie konzipiert und durchgeführt wurde, und beschreibt den Prozess der Datenerhebung und -analyse.
- Der Abschnitt Ergebnisse beschreibt die gefundenen Resultate.
- Die Schlussfolgerungen werden im Abschnitt „Schlussfolgerung“ oder „Diskussion“ beschrieben und in einen breiteren Zusammenhang gestellt. In diesem Fall wird oft sowohl angegeben, was die Folgen für die Praxis sind, als auch, welche wissenschaftlichen Fragen sich für die Zukunft daraus ableiten.

30.6 Modell der Interventionsentwicklung

Zur Entwicklung, Evaluierung und Durchführung von (komplexen) Interventionen wird das Medical Research Council Model (MRC-Modell) eingesetzt, das in der Ergotherapie sehr nützlich ist. Das Modell gibt dem Forscher Hinweise darauf, welche Fragen in den verschiedenen Phasen zu untersuchen sind, um die Intervention Schritt für Schritt methodisch fundiert und in wissenschaftlicher Weise weiterzuentwickeln, zu evaluieren oder umzusetzen.

30.6.1 Präklinische Phase

Das Ziel der präklinischen Phase ist die gründliche theoretische Untersuchung und Aufarbeitung eines Konzepts, z. B. das Betätigen oder die Partizipation, der theoretischen Untermauerung von Interventionen in diesem Bereich und der möglichen Wirkung von Interventionen. In der Ergotherapie sucht man Antworten auf Fragen wie: (1) Was ist über die Partizipation in Bezug auf diese spezifische Klientengruppe bekannt? (2) Welche Angaben aus der Literatur tragen zur Verbesserung oder Aufrechterhaltung der Partizipation bei und welches praktische Wissen gibt es in diesem Bereich? (3) Gibt es neben der Partizipation noch andere möglicherweise relevante Effekte der Ergotherapie in dieser Zielgruppe, wie Wohlbefinden oder Selbstwirksamkeit? (4) Welche Interaktionen sind bekannt, z. B. welche Bedingungen in der Umwelt beeinflussen die Wiedererlangung der Partizipation nach einem Schlaganfall?

30.6.2 Klinische Phase 1: Modellierungsphase

Der nächste Schritt ist die Modellierungsphase, in der insbesondere qualitative Forschung betrieben wird. Ziel ist es, die Intervention weiter zu gestalten, ihren Nutzen und ihre Eignung zu untersuchen und die erfolgreichsten Komponenten der Intervention zu identifizieren. Zu diesem Zweck wird die Konzeptintervention in der Praxis, im „real life setting“ durchgeführt und qualitativ ausgewertet. Forschungsfragen, die in dieser Phase relevant sind: (1) Was denkt die Zielgruppe (sowohl Klienten und ihr soziales Netzwerk als auch Professionals) über den Inhalt dieser Intervention? (2) Was denken sie über die Nützlichkeit dieser Intervention für die Praxis? (3) Wie erleben sie die Anwendung der Intervention in der Praxis? (4) Was halten sie nach der Anwendung für die erfolgreichsten Komponenten der Intervention? (5) Was sollte verändert/verbessert werden?

30.6.3 Klinische Phase 2: Explorationsphase, Pilotstudie

Das Ziel dieser Phase ist es, die Eignung der Intervention zu ermitteln und ein mögliches geeignetes Untersuchungsprotokoll für die Effektevaluation zu erstellen. Die folgenden Forschungsfragen werden in dieser Phase beantwortet: (1) Wie sehr eignet sich diese Intervention für die Praxis? (2) Welche Instrumente eignen sich für die Messung der Outcome-Größen (z. B. Partizipation oder Wohlbefinden), mit denen die Wirksamkeit dieser personenzentrierten Intervention bestimmt wird, und sind die Messinstrumente auch sensitiv genug bei Veränderungen in dieser Zielgruppe sowie über die Dauer der geplanten Intervention und die Nachbeobachtungszeit? (3) Passt das Untersuchungsdesign hinsichtlich der Zuweisung oder Rekrutierung von Klienten für die Untersuchung? Wie und nach welchen Kriterien verliefen die Rekrutierung und die Inklusion der Klienten? Welche Belastung hatten die Klienten und andere Teilnehmer zu tragen? Haben sich eventuell Untergruppen herausgebildet?

30.6.4 Klinische Phase 3: Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)

In dieser Phase wird die Effektivität der Intervention in einer großen Personengruppe bestimmt, indem man eine Teilgruppe, welche die Intervention erhält, mit einer Kontrollgruppe vergleicht, welche die Intervention (noch) nicht erhält. Die Kontrollgruppe erhält dann entweder die übliche Versorgung (Wartelistengruppe) oder eine Kontrollintervention. In dieser Phase werden quantitative und qualitative Forschungsmethoden kombiniert, um die Forschungsfragen zu beantworten (mixed methods). Vor der Intervention werden Messungen durchgeführt, um die Merkmale der Gruppe festzuhalten. Dann werden zu verschiedenen Zeitpunkten die Outcome-Faktoren gemessen (z. B. vor der Intervention, nach der Intervention und zum Ende der Nachbeobachtungszeit). Darüber hinaus wird eine Prozessevaluation durchgeführt, um möglichst viele Daten über die Durchführung der Intervention und über möglicherweise positive oder negative Einflussgrößen auf die Durchführung und die Wirksamkeit der Intervention zu erfassen.

Die folgenden Fragen werden über eine parallel zur RCT durchgeführte Prozessevaluation beantwortet: (1) Welche Merkmale der Zielgruppe und anderer Beteiligter könnten die Umsetzung, Durchführung oder Wirksamkeit der Intervention auf der Ebene des Klienten, des Professionals oder der Organisation beeinflussen? Diese Informationen sind wichtig, um sich ein Bild von den Einflussfaktoren auf die Wirkung zu verschaffen, aber auch um festzustellen, welche Voraussetzungen für eine künftige Umsetzung in der Praxis erfüllt sein sollten. (2) Welche Interventionsdosierungen, Entscheidungen und individu-

ellen Anpassungen werden in der Praxis umgesetzt und welchen positiven oder negativen Einfluss haben diese auf die Wirkung der Intervention? (3) In welcher Weise beeinflusst der Kontext, in dem die Intervention durchgeführt wurde, ihren Erfolg und ihre Wirksamkeit?

30.6.5 Klinische Phase 4: Implementierung

Wenn Interventionen entwickelt und ihre Wirksamkeit festgestellt werden, ist es wichtig, dass sie auch in der Praxis bei den Klienten angewendet werden, die davon profitieren. Dies gilt für die Ergotherapie in der häuslichen Behandlung von Menschen mit Parkinson-Krankheit (Sturkenboom et al. 2015a, 2015b, Sturkenboom u. Steultjens 2016), für Menschen mit Demenz (Graff et al. 2006, 2007, 2008) und für spezifische Interventionen wie etwa die Apraxie-Leitlinie (Heugten et al. 1998, Donkervoort 2002). Die Anwendung neuer Interventionen ist nicht einfach. Es erfordert den notwendigen Einsatz sowohl des einzelnen Ergotherapeuten als auch der Berufsgruppe als Ganzes, wenn neue Erkenntnisse umgesetzt werden sollen. Auch die Forschung kann in dieser Phase Unterstützung bieten. Die Implementationsforschung hat viele Formen. Mithilfe des MRC-Modells, das seinen Ursprung im medizinischen Bereich hat, kann die Wirkung der Implementationsmethode kontrolliert untersucht werden.

Diese Art der Untersuchung wurde bei der EDOMAH-Intervention verwendet. Dies zeigt, dass die Durchführung einer komplexen Intervention einen umfassenden, langfristigen und auf mehrere Faktoren ausgerichteten Ansatz erfordert, der an den spezifischen Kontext angepasst ist, in dem Ergotherapeuten die Intervention verwenden, und darin flexibel eingesetzt wird (Döpp 2015).

30.7 Ethische Aspekte der wissenschaftlichen Forschung

Bei der Durchführung wissenschaftlicher Studien ist es wichtig, die ethischen Aspekte einer solchen Untersuchung sorgfältig zu überdenken. Die zu untersuchenden Personen befinden sich oft in einer abhängigen und vulnerablen Position. Über die ethischen Aspekte personenbezogener Forschung haben Andriessen et al. (2010) ausführlich geschrieben.

Um zu gewährleisten, dass mit den Probanden respektvoll umgegangen wird, werden praktisch alle Studien vor Beginn der Durchführung einer Ethikkommission vorgelegt. Dies geschieht durch das Einreichen eines formellen Antrages bei einem solchen Ausschuss. Dieser Antrag sollte mindestens folgende Angaben enthalten bzw. Kriterien erfüllen:

- Die Art und Weise, auf welche die zu untersuchende Person über die Untersuchung und die damit verbundenen Risiken aufgeklärt wird, ist beschrieben.
- Alle Daten werden anonymisiert.
- Alle Daten werden im Laufe der Zeit gelöscht.
- Die Person kann jederzeit von einer Untersuchung zurücktreten, ohne dass sich daraus Konsequenzen für ihre Behandlung ergeben.
- Die Person wird aufgefordert, eine Einverständniserklärung (informed consent) zu unterzeichnen, die alle Einzelheiten der Untersuchung enthält, um damit ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung zu erklären.

Bevor man mit einer Untersuchung beginnt, sollte man sich gut über die erforderlichen Prozeduren bei den lokalen (Krankenhaus oder Hochschule) und regionalen Ethikkommissionen informieren.

30.8 Evidenzbasierte Praxis

Wissenschaftliche Forschung und evidenzbasierte Praxis (EBP) sind nicht dasselbe. Ziel wissenschaftlicher Untersuchungen ist es, Wissen zu generieren, während die EBP darauf abzielt, Erkenntnisse aus der Forschung in die Entscheidungsfindung über eine Behandlung einzubringen. Fragen, die man sich immer wieder stellen kann, sind zum Beispiel: Welche Bedeutung haben die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung für das, was ich in der Praxis tue? Kann ich einige Dinge anders tun oder sie lassen? Kann ich neue Techniken ausprobieren? Hier berühren die wissenschaftliche Forschung und die EBP die Professionalität in der Ergotherapie.

30.8.1 Was ist evidenzbasierte Praxis?

Die EBP ist eine Methode zur Suche, Selektion und Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Zwecke der gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Berufspraxis.

Sie ist definiert als der gewissenhafte, explizite und sachkundige Einsatz der aktuell besten Evidenzen, um mit dem Klienten und seinem System gemeinsame Entscheidungen zu treffen. Die EBP beinhaltet die Integration der individuellen klinischen Expertise des Therapeuten mit den besten verfügbaren externen Evidenzen aus der wissenschaftlichen Forschung und den Präferenzen, Wünschen und Erwartungen des Klienten und seiner Angehörigen (Scholten et al. 2013).

Im heutigen Verständnis von EBP werden die verfügbaren Evidenzen, das vorhandene klinische Fachwissen sowie das Wissen, die Erfahrungen, Wünsche, Erwartungen und Präferenzen des Klienten und aller anderen Beteiligten gleichermaßen bei der endgültigen gemeinsamen Entscheidung über die Intervention berücksichtigt.

Die fünf Schritte der EBP

1. Formulierung einer klinisch relevanten Fragestellung (diese ergibt sich aus der Problemstellung in der Praxis)
2. Evidenzen/Literatur suchen
3. Literatur auswerten; auf Richtigkeit, Gültigkeit und Anwendbarkeit evaluieren
4. Ergebnisse in der Praxis implementieren
5. Evaluation der Ergebnisse in der Praxis

30.8.2 Implementierung der EBP

Aus der Studie von Döpp et al. (2012) zum Ausmaß der Berücksichtigung der EBP unter niederländischen Ergotherapeuten geht hervor, dass die Ergotherapeuten besonders die Bewertung wissenschaftlicher Literatur als sehr schwierig empfinden. Die Bestimmung der Korrektheit der Forschungsergebnisse (interne Validität der Forschung) wird als größtes Hindernis für die Umsetzung der EBP angesehen. Deshalb fällt hier der Ausbildung eine große Bedeutung zu. Mitunter wird diesem Problem auch durch evidenzbasierte Ergotherapieleitlinien, die für verschiedene Zielgruppen existieren, begegnet. In einer solchen Leitlinie wurde der EBP-Prozess bereits von einer Gruppe von Ergotherapeuten, Forschern und Klientenvertretern durchlaufen. Eine Leitlinie ist eine Beschreibung der besten verfügbaren Evidenzen für die Intervention und Beratung einer bestimmten Zielgruppe. Sie enthält Empfehlungen, wie die Evidenzen zur praktischen Anwendung kommen können. Es gibt inzwischen Ergotherapieleitlinien für Menschen nach einem Schlaganfall, für Personen mit einer Schwächesymptomatik im Rahmen neurologischer Erkrankungen, zur Sturzprävention, für Menschen mit Parkinson-Krankheit oder multipler Sklerose und für ältere Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen (Evenhuis et al. 2012). Darüber hinaus existieren zahlreiche multidisziplinäre Leitlinien, in denen Empfehlungen ausgesprochen werden, die auch für Ergotherapeuten relevant sind. Der DVE unterhält eine EBP-Datenbank, die externe Evidenzen für eine evidenzbasierte Praxis liefert. Derzeit enthält sie über 2300 deutschsprachige Abstracts von Studien aus aller Welt zur Wirksamkeit, (Kosten-)Effektivität und zum Nutzen ergotherapeutischer und ergotherapierelevanter Interventionen. Seit Kurzem enthält sie auch laienverständliche Zusammenfassungen (so genannte Plain Language Summaries; PLS) von ergotherapielevanten Cochrane Reviews. Diese stehen über eine Kooperation mit dem Deutschen Cochrane Zentrum auch Nichtmitgliedern zur Ansicht frei zur Verfügung. Zudem können alle Interessierten unabhängig von ihrem Mitgliedsstatus

- die in der Datenbank enthaltenen Studien einsehen (Quellenangabe, übersetzter deutscher Titel, Art der Arbeit),
- mit einem Klick auf den deutschen Titel auch die Ziele der jeweiligen Untersuchung lesen und
- eine einfache Suche durchführen.

30.9 Qualität der Forschung

Gute Forschung erfüllt bestimmte Qualitätsanforderungen. Diese Anforderungen wurden im Laufe der Jahre von Wissenschaftlern formuliert und in verschiedenen wissenschaftlichen Publikationen niedergelegt. Bei der Planung einer Studie wird sich der Forscher daher auch anhand dieser Kriterien kritisch mit der anstehenden Untersuchung auseinandersetzen. In der Publikation nach Abschluss der Studie wird der Untersucher dann auch Rechenschaft über die gewählte Methode ablegen, wie es z. B. im CONSORT-Statement beschrieben ist (www.consort-statement.org).

Zur Beurteilung wissenschaftlicher Studien wurden verschiedene Bewertungsformulare entwickelt (www.cochrane.org z. B. <http://user.medunigraz.at>). Dabei wird zwischen der Bewertung qualitativer und quantitativer Studien unterschieden, da die verschiedenen Wissenschaftsströmungen unterschiedliche Methoden nutzen und verschiedene Ergebnisse liefern. Darüber hinaus unterliegen verschiedene Forschungsdesigns spezifischen Anforderungen, die in dem jeweiligen Beurteilungsformular berücksichtigt sind. Um diese Listen nutzen zu können, sind Kenntnisse der wissenschaftlichen Methodik erforderlich.

30.9.1 Qualitative Forschung

Die qualitative Forschung umfasst wichtige Kriterien, die gut beschreiben, was erforscht wurde (Thema, Zielgruppe, Ziele und Fragen), wie das Thema untersucht wurde (Methodik und Methode der Datenerhebung und -analyse) und welche Validität die Ergebnisse besitzen. Bei der Frage der Validität gibt sie unter anderem an, was der Forscher unternommen hat, um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse zu erhöhen, und inwieweit die Ergebnisse durch andere Quellen bestätigt werden. Zunächst ist eine genaue Beschreibung des Auswahlverfahrens der Befragten wichtig. Dann wird detailliert geschildert, wie die Daten gesammelt wurden (wurden mehrere Methoden zur Datenerhebung verwendet?) und wie sie analysiert wurden. Je klarer der Analyseprozess beschrieben ist, desto besser kann die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse beurteilt werden. Weitere Möglichkeiten zur Beurteilung der Validität der Ergebnisse sind die Fragen, ob der Untersucher während des Forschungsprozesses im regelmäßigen Austausch mit externen Experten stand (peer debriefing), ob die vorläufigen Ergebnisse mit den Befragten diskutiert wurden (Teilnehmer-Check) und ob während der Unter-

suchung Reflexionen und andere Daten systematisch erfasst und genutzt wurden (Reflexion, Transparenz, Verwendung von Tagebüchern und Memos; Nes et al. 2012).

30.9.2 Quantitative Forschung

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal der quantitativen Forschung ist die Möglichkeit, die Untersuchung zu wiederholen, um die Ergebnisse nochmals zu verifizieren. Das bedeutet, dass klar definiert ist, wer an der Untersuchung beteiligt ist. Dies betrifft sowohl die Klientenmerkmale, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Anforderungen an den Therapeuten in der Forschung. Außerdem sollte klar sein, über welches Verfahren jemand an der Untersuchung teilnehmen kann. Dies erfordert eine chronologische Beschreibung der einzelnen Untersuchungsschritte. Ein weiteres Erfordernis ist die eindeutige Beschreibung der zu untersuchenden Situation und der Art und Weise, wie die Daten erhoben und verarbeitet werden. Schließlich sollte das Vorgehen bekannt sein, falls es zu einer Abweichung vom Untersuchungsverfahren kommt. Es ist wichtig, dass dies so wenig wie möglich geschieht, und falls doch, die Daten sowohl nach dem fest-

gelegten Verfahren als auch unter Berücksichtigung der Änderungen betrachtet werden.

Für jede Art von quantitativer Studie werden diese Kriterien spezifischer in die bereits erwähnten Bewertungslisten übersetzt. Um diese Listen richtig einsetzen zu können, ist es wichtig, über Kenntnisse zur Forschungsmethodik zu verfügen.

30.10 Nutzung wissenschaftlicher Untersuchungen in der ergotherapeutischen Praxis

Dieser Abschnitt bietet einen Überblick darüber, wie die Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Forschung für den ergotherapeutischen Prozess an Bedeutung gewinnen. In jeder Phase des Canadian Practice Process Framework (CPPF) nutzt der Ergotherapeut Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Forschung. Im Kasten „Das CPPF und die Forschung“ wurde für jede Phase ein Beispiel für eine damit verbundene Studie aufgeführt.

Das CPPF und die Forschung

- **Einstiegsphase/Initiierung:** Cup et al. (2011) untersuchten, inwieweit Ärzte Klienten mit neuromuskulären Störungen zur Ergotherapie überweisen. Sie stellten fest, dass 40 % der Klienten mit Schwierigkeiten beim Betätigen fälschlicherweise nicht überwiesen wurden. Zum Teil wurde auf Grundlage dieses Ergebnisses ein Instrument zur korrekten Überweisung an verschiedene Gesundheitsprofessionals entwickelt: der Perceived Limitations and Needs Questionnaire (PLAN-Q; Pieterse et al. 2008a, b).
- **Rahmenbedingungen klären:** Doig et al. (2010) führten eine systematische Überprüfung zur Effektivität der häuslichen Reha nach Hirnverletzungen im Vergleich zur Reha in einer entsprechenden Einrichtung durch. Dabei stellten sie einen deutlichen Unterschied zugunsten einer Reha in der häuslichen Umwelt fest. Dies führte zu einer Empfehlung in der Ergotherapieleitlinie Schlaganfall, wonach die Klienten dort behandelt werden sollten, wo sie letztendlich funktionieren sollten (Steultjens et al. 2013).
- **Erheben/bewerten:** Steultjens et al. (2012) untersuchten die Validität und Reliabilität von Instrumenten zur Abbildung des Funktionsniveaus beim Betätigen. So stellten sie z. B. fest, dass das Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP) reliabel ist, wenn Ergotherapeuten es bei Menschen mit Demenz einsetzen.
- **Sich auf Ziele einigen/planen:** Die Ergotherapieleitlinien zum Schlaganfall (Steultjens et al. 2013), zur Sturzprävention (Sturkenboom u. Steultjens 2016) und zur multiplen Sklerose (in Entwicklung) formulieren Empfehlun-

gen zur Methode der Zielsetzung und zur Erstellung eines Aktionsplans. Dabei werden die Forschungsergebnisse genutzt, um gemeinsam mit dem Klienten Ziele festzulegen und festzustellen, ob Klient und Professional dabei auf einer Linie liegen (Wade 2009). Auf dieser Grundlage wird empfohlen, diese Phase in methodischer Weise und in Absprache mit dem Klienten und seinen Angehörigen anzugehen (Scobbie et al. 2011).

- **Plan umsetzen:** Viele der in dieser Phase durchgeführten Interventionen wurden mithilfe von RCT auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Allgemeine Folgerungen zur Wirksamkeit der Ergotherapie finden sich in systematischen Reviews, die zu Empfehlungen in Leitlinien führen. In den Niederlanden wurden RCT für ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit Parkinson-Krankheit (Sturkenboom et al. 2014), bei multipler Sklerose (Eyssen et al. 2013), bei schweren Depressionen im Zusammenhang mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Hees et al. 2013) sowie bei Demenzpatienten und ihren Angehörigenpflegern (Graff et al. 2006) durchgeführt. Auch spezifische Interventionen wurden mittels RCT untersucht. Beispiele dafür sind die Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) für Kinder mit infantiler Zerebralparese, die an einer „Piratengruppe“ erforscht wurde (in den Niederlanden entwickelte Behandlungsform bei Kindern mit meist einseitig spastisch eingeschränkter Armfunktion; Aarts et al. 2010), sowie das kognitive Strategietraining bei Erwachsenen mit insultbedingter Apraxie (Donkervoort 2002). Darüber hinaus zeigt ein Überblick über sys-

suchung Reflexionen und andere Daten systematisch erfasst und genutzt wurden (Reflexion, Transparenz, Verwendung von Tagebüchern und Memos; Nes et al. 2012).

30.9.2 Quantitative Forschung

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal der quantitativen Forschung ist die Möglichkeit, die Untersuchung zu wiederholen, um die Ergebnisse nochmals zu verifizieren. Das bedeutet, dass klar definiert ist, wer an der Untersuchung beteiligt ist. Dies betrifft sowohl die Klientenmerkmale, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Anforderungen an den Therapeuten in der Forschung. Außerdem sollte klar sein, über welches Verfahren jemand an der Untersuchung teilnehmen kann. Dies erfordert eine chronologische Beschreibung der einzelnen Untersuchungsschritte. Ein weiteres Erfordernis ist die eindeutige Beschreibung der zu untersuchenden Situation und der Art und Weise, wie die Daten erhoben und verarbeitet werden. Schließlich sollte das Vorgehen bekannt sein, falls es zu einer Abweichung vom Untersuchungsverfahren kommt. Es ist wichtig, dass dies so wenig wie möglich geschieht, und falls doch, die Daten sowohl nach dem fest-

gelegten Verfahren als auch unter Berücksichtigung der Änderungen betrachtet werden.

Für jede Art von quantitativer Studie werden diese Kriterien spezifischer in die bereits erwähnten Bewertungslisten übersetzt. Um diese Listen richtig einsetzen zu können, ist es wichtig, über Kenntnisse zur Forschungsmethodik zu verfügen.

30.10 Nutzung wissenschaftlicher Untersuchungen in der ergotherapeutischen Praxis

Dieser Abschnitt bietet einen Überblick darüber, wie die Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Forschung für den ergotherapeutischen Prozess an Bedeutung gewinnen. In jeder Phase des Canadian Practice Process Framework (CPPF) nutzt der Ergotherapeut Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Forschung. Im Kasten „Das CPPF und die Forschung“ wurde für jede Phase ein Beispiel für eine damit verbundene Studie aufgeführt.

Das CPPF und die Forschung

- **Einstiegsphase/Initiierung:** Cup et al. (2011) untersuchten, inwieweit Ärzte Klienten mit neuromuskulären Störungen zur Ergotherapie überweisen. Sie stellten fest, dass 40 % der Klienten mit Schwierigkeiten beim Betätigen fälschlicherweise nicht überwiesen wurden. Zum Teil wurde auf Grundlage dieses Ergebnisses ein Instrument zur korrekten Überweisung an verschiedene Gesundheitsprofessionals entwickelt: der Perceived Limitations and Needs Questionnaire (PLAN-Q; Pieterse et al. 2008a, b).
- **Rahmenbedingungen klären:** Doig et al. (2010) führten eine systematische Überprüfung zur Effektivität der häuslichen Reha nach Hirnverletzungen im Vergleich zur Reha in einer entsprechenden Einrichtung durch. Dabei stellten sie einen deutlichen Unterschied zugunsten einer Reha in der häuslichen Umwelt fest. Dies führte zu einer Empfehlung in der Ergotherapieleitlinie Schlaganfall, wonach die Klienten dort behandelt werden sollten, wo sie letztendlich funktionieren sollten (Steultjens et al. 2013).
- **Erheben/bewerten:** Steultjens et al. (2012) untersuchten die Validität und Reliabilität von Instrumenten zur Abbildung des Funktionsniveaus beim Betätigen. So stellten sie z. B. fest, dass das Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP) reliabel ist, wenn Ergotherapeuten es bei Menschen mit Demenz einsetzen.
- **Sich auf Ziele einigen/planen:** Die Ergotherapieleitlinien zum Schlaganfall (Steultjens et al. 2013), zur Sturzprävention (Sturkenboom u. Steultjens 2016) und zur multiplen Sklerose (in Entwicklung) formulieren Empfehlun-

gen zur Methode der Zielsetzung und zur Erstellung eines Aktionsplans. Dabei werden die Forschungsergebnisse genutzt, um gemeinsam mit dem Klienten Ziele festzulegen und festzustellen, ob Klient und Professional dabei auf einer Linie liegen (Wade 2009). Auf dieser Grundlage wird empfohlen, diese Phase in methodischer Weise und in Absprache mit dem Klienten und seinen Angehörigen anzugehen (Scobbie et al. 2011).

- **Plan umsetzen:** Viele der in dieser Phase durchgeführten Interventionen wurden mithilfe von RCT auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Allgemeine Folgerungen zur Wirksamkeit der Ergotherapie finden sich in systematischen Reviews, die zu Empfehlungen in Leitlinien führen. In den Niederlanden wurden RCT für ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit Parkinson-Krankheit (Sturkenboom et al. 2014), bei multipler Sklerose (Eyssen et al. 2013), bei schweren Depressionen im Zusammenhang mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Hees et al. 2013) sowie bei Demenzpatienten und ihren Angehörigenpflegern (Graff et al. 2006) durchgeführt. Auch spezifische Interventionen wurden mittels RCT untersucht. Beispiele dafür sind die Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) für Kinder mit infantiler Zerebralparese, die an einer „Piratengruppe“ erforscht wurde (in den Niederlanden entwickelte Behandlungsform bei Kindern mit meist einseitig spastisch eingeschränkter Armfunktion; Aarts et al. 2010), sowie das kognitive Strategietraining bei Erwachsenen mit insultbedingter Apraxie (Donkervoort 2002). Darüber hinaus zeigt ein Überblick über sys-

tematische Reviews, dass ergotherapeutische Interventionen mit einem betätigungszentrierten Ansatz zur Verbesserung des Betätigens und der Partizipation beitragen (Steultjens et al. 2005).

- Überwachen/verändern: In den Prozessevaluationen der Interventionsforschung von Sturkenboom et al. (2015a) zur Ergotherapie bei Menschen mit Parkinson-Krankheit und von Eyssen et al. (2014) zur Ergotherapie bei Klienten mit MS finden sich Informationen über die wirklichen Elemente der Intervention. So zeigte die Prozessanalyse bei Eyssen, dass die Ergotherapie besonders auch dem Einüben von Aktivitäten während der Intervention Aufmerksamkeit schenken sollte und nicht nur der Analyse und Erklärung dafür, weshalb die Ausführung von Aktivitäten beeinträchtigt ist.
- Ergebnis auswerten: Die Sensitivität eines Messinstrumentes ist das Ausmaß, in dem es die Veränderung beim

Klienten tatsächlich misst. Viele allgemeine Outcome-Messungen erfüllen nicht die Mindestanforderungen an die Responsivität. Für das COPM konnten Eyssen et al. (2011) zeigen, dass dieses Instrument Veränderungen recht zuverlässig registriert, sofern auf eine zuverlässige Nachmessung geachtet wird.

- Beendigung/Abschluss: Satink (2016) begleitete in seiner Untersuchung zur Entwicklung des Selbstmanagements über 1,5 Jahre Klienten nach einem Schlaganfall. Er zeigte, dass dieser Prozess komplex und langwierig ist und dass zu verschiedenen Zeitpunkten des Prozesses der Klient und die ihm nahestehenden Personen Unterstützung benötigen. Daraus lässt sich folgern, dass beim Erreichen erster Therapieziele auch Hinweise auf mögliche zukünftige Veränderungen des Betätigens oder der Partizipation mit den dabei erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen gegeben werden sollten.

30.11 Zusammenfassung

Dieses Kapitel zeigt, dass Ergotherapie und Wissenschaft eng miteinander verflochten sind und dass viele verschiedene Perspektiven existieren. Sowohl in der Ergotherapie als auch in der Ergotherapie und in der Occupational Science gibt es eine große Vielfalt an Themen und Methoden. Da es bei der Ergotherapie um eine Veränderung des Betätigens in der realen Welt und damit um eine sehr komplexe Intervention geht, bedient sie sich auch der gesamten wissenschaftlichen Bandbreite. Mit der wachsenden Zahl wissenschaftlich ausgebildeter und promovierter Ergotherapeuten wird sich der wissenschaftliche Unterbau der Ergotherapie und der ergotherapeutischen Forschung weiter entwickeln. Es bleibt die Herausforderung, dieses Wissen in der täglichen Praxis so anzuwenden, dass der Klient die Intervention erhält, die seinen Wünschen und Bedürfnissen entspricht.

30.12 Literatur

Aarts PB, Jongerius PH, Geerdink YA, Limbeek J van, Geurts AC. Effectiveness of modified constraint-induced movement therapy in children with unilateral spastic cerebral palsy: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 2010;24:509–518.

Andriessen D, Onstenk J, Delnoo P, Smeijsters H, Peij S. Gedragcode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. Utrecht: Vereniging van Hogescholen; 2010.

Christiansen CH, Townsend EA (EdsHrsg.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. 2. Aufl. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2011.

Clark F, Parham F, Carlson M, Frank G, Jackson J, Pierce D. Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *American Journal of Occupational Therapy* 1991;45:300–310.

Cup EH, Pieterse AJ, Knuijt S, Hendricks T, Engelen BG van, Oostendorp RA et al. Referral of patients with neuromuscular disease to occupational therapy, physical therapy and speech therapy: Usual practice versus multidisciplinary advice. *Brain Injury* 2011;25(11):1114–1125.

Doig E, Fleming J, Kuipers P, Cornwell PL. Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital home settings for people with acquired brain injury: A systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2010;32:2061–2077.

Donkervoort M. Apraxia following left hemisphere stroke: Prevalence, assessment and rehabilitation. Doctoral Thesis. Utrecht: NIVEL; 2002.

Döpp CM. Making the jump – the translation of research evidence into clinical occupational therapy practice. Doctoral thesis. Enschede: Gildeprint; 2015.

Döpp CM, Steultjens EMJ, Radel J. A survey of evidence-based practice among Dutch occupational therapists. *Occupational Therapy International* 2012;19(1):17–27.

Evenhuis E, Eyssen ICJM. Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson. Amsterdam: VUmc afdeling Revalidatiegeneeskunde, sectie Ergotherapie; 2012.

Eyssen IC, Steultjens MP, Oud TA, Bolt EM, Maasdam A, Dekker J. Responsiveness of the Canadian occupational performance measure. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 2011;48(5):517–528.

Eyssen IC, Steultjens MP, Groot V de, Steultjens EMM, Knol DL, Polman CH et al. A cluster randomised controlled trial on the efficacy of client-centered occupational therapy in multiple sclerosis: Good process, poor outcome. *Disability and Rehabilitation* 2013;35(19):1636–1646.

Eyssen IC, Dekker J, Groot V de, Steultjens EMJ, Knol DL, Polman CH et al. Client-centered therapy in multiple sclerosis: More intensive diagnostic evaluation and less intensive treatment. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2014;46(6):527–531.

Forwell S. CAOT Presidential address: Informing therapy with studies in occupation; 2008. www.caot.ca/conference/2008/Presidentialaddress

Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Thijssen M, Olde Rikkert MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J. Community occupational therapy for dementia patients and their primary caregivers: A randomized controlled trial. *British Medical Journal* 2006;333:1196.

Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Thijssen M, Olde Rikkert MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J. Effects of community occupational therapy on quality of life and health status in dementia patients and their primary caregivers: A randomized controlled trial. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2007;62A(9):1002–1009.

Graff MJL, Adang EMM, Vernooij-Dassen MJFJ, Dekker J, Jönsson L, Thijssen M et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their caregivers: A cost-effectiveness study. *British Medical Journal* 2008;336:134–138.

- Graff MJL, Melick M van, Thijssen M, Verstraten P, Zajec J. Ergotherapie aan huis bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers. EDOMAH programma (Community occupational therapy for older people with dementia and their caregivers. COTiD programme). Houten: Bohn Stafleu & van Loghum; 2010.
- Hartingsveldt MJ van, Cup EHC, Groot IJM de, Nijhuis-van der Sanden MWG. Writing Readiness Inventory Tool in Context (WRITIC): Reliability and convergent validity. *Australian Occupational Therapy Journal* 2014a;61(2):102–109.
- Hartingsveldt MJ van, Vries L de, Cup EHC, Groot IJM de, Nijhuis-van der Sanden MWG. Development of the Writing Readiness Inventory Tool in Context (WRITIC). *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics* 2014b;34(4):443–456.
- Hartingsveldt MJ van, Cup EHC, Hendriks JCM, Vries L de, Groot IJM de, Nijhuis-van der Sanden MWG. Predictive validity of kindergarten assessments on handwriting readiness. *Research in Developmental Disabilities* 2015;36:114–124.
- Hees HL, Vries G de, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: Results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine* 2013;70(4):252–260.
- Heugten CM van, Dekker J, Deelman BG, Dijk AJ van, Stehmann-Saris JC, Kinébanian A. Outcome of strategy training in stroke patients with apraxia: A phase II study. *Clinical Rehabilitation* 1998;12:294–303.
- Heugten CM van, Dekker J, Deelman BG, Dijk AJ van, Stehmann-Saris JC, Kinébanian A. Measuring disabilities in stroke patients with apraxia: A validation study of an observational method. *Neuropsychological Rehabilitation* 2000;10:401–414.
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 4. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Kuiper C, Verhoef J. Evidence-based practice voor paramedici. Den Haag: Boom/Lemma; 2016.
- Kuma's-Tan Z, Townsend E. Occupational science: What can it do for the practice of occupational therapy. *OT Atlantic* 2003, Western Shore, Nova Scotia, 27.9.2003.
- Laliberte-Rudman D. Linking occupation and identity: lessons learned through qualitative exploration. *Journal of Occupational Science* 2002;9(1):12–19.
- Law M, Steinwender S, Leclair L. Occupational, Health and Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1998;65(2):81–91.
- Nayar S, Stanley M. Qualitative research methods in occupational science and occupational therapy. Routledge: New York & London; 2015.
- Nes F van. Everyday activities of ageing couples: changes in the face of declining health. Doctoral thesis. Enschede: Gildeprint Drukkerijen; 2013.
- Nes F van, Satink T, Kinébanian A. Architectuur van kwalitatief wetenschappelijk onderzoek. In: Ostelo RWJG, Verhagen AP, Vet HCW de (Hrsg.). *Onderwijs in wetenschap – lesbrieven voor paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
- Offringa M, Assendelft WJ, Scholten RJPM. Inleiding in evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000.
- Persson D, Jonsson H. Importance of experiential challenges in a balanced life: micro- and macro-perspectives. In: Matuska K, Christiansen CH, Polatajko H, Davis J (Hrsg.). *Life balance: Multidisciplinary theories and research*. Thorofare, NJ: Slack; 2009.
- Pierce D. Occupation by design – building therapeutic power. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2003.
- Pierce D. Occupational science for occupational therapy. Thorofare, NJ: Slack; 2014.
- Pieterse AJ, Cup EH, Knuijt S, Hendricks HT, Engelen BGM van, Wilt GJ van der et al. Development of a tool guide referral of patients with neuromuscular disorders to allied health services, part one. *Disability and Rehabilitation* 2008a;30(11):855–862.
- Pieterse AJ, Cup EH, Knuijt S, Akkermans R, Hendricks HT, Engelen BGM van et al. Development of a tool guide referral of patients with neuromuscular disorders to allied health services, part two. *Disability and Rehabilitation* 2008b;30(11):863–870.
- Rudman D, Cook J, Polatajko H. Understanding the potential of occupation: A qualitative exploration of seniors' perspectives on activity. *American Journal of Occupational Therapy* 1997;54(5):504–508.
- Satink T. What about self-management post-stroke? Challenges for stroke survivors, spouses and professionals. Doctoral Dissertation. Enschede: Ipskamp printing; 2016.
- Scholten RJPM, Offringa M, Assendelft WJ. Inleiding in Evidence-based Medicine. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2013.
- Scobbie L, Dixon D, Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: Development of a theoretically informed practice framework. *Clinical Rehabilitation* 2011;25:468–482.
- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Leemrijse CJ, Ende CH van den. Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: An overview of systematic reviews. *Clinical Rehabilitation* 2005;19(3):247–254.
- Steultjens E, Voight-Radloff S, Leonhart R, Graff MJL. Reliability of the Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) assessment in community dwelling dementia patients: Test consistency and inter-rater agreement. *International Psychogeriatrics* 2012;24(4):659–665.
- Steultjens EMJ, Cup EHC, Zajec J, Hees S van. Ergotherapie-richtlijn CVA. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Sturkenboom IHWM, Thijssen MCE, Gons-van de Elsacker JJ, Jansen IJH, Maasdam A, Schulten M et al. Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson, een richtlijn van Ergotherapie Nederland. Utrecht/Den Haag: Ergotherapie Nederland/Uitgeverij Lemma; 2008.
- Sturkenboom IH, Graff MJ, Hendriks JC, Veenhuizen Y, Munneke M, Bloem BR et al. Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: A randomised controlled trial. *Lancet Neurology* 2014;13(6):557–566.
- Sturkenboom IH, Nijhuis-Van der Sanden MW, Graff MJ. A process evaluation of a home-based occupational therapy intervention for Parkinson's patients and their caregivers performed alongside a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2015a;30(12):1186–1199. doi:10.1177/0269215515622038
- Sturkenboom IHWM, Hendriks JCM, Graff MJL, Adang EM, Munneke M, Nijhuis-van der Sanden MW et al. Economic Evaluation of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Movement Disorders* 2015b;30(8):1059–1067.
- Sturkenboom IHWM, Steultjens EMJ. Ergotherapie-richtlijn valpreventie: evidence-based ergotherapie bij volwassenen met verhoogd valrisico. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2016.
- Townsend EA, Wilcock AA. Occupational justice and client-centered practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2004a;71(2):75–87.
- Townsend EA, Wilcock AA. Occupational Justice. In: Christiansen C, Townsend EA (Hrsg.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2004b.
- Townsend EA, Polatajko HJ (Hrsg.). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. 2. Aufl. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013.
- Verhoeven N. Wat is onderzoek? – Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2005.
- Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation* 2009;23:291–295.
- Whiteford G, Wright-St Clair V. Occupation and practice in context. Elsevier Australia/Churchill Livingstone; 2004.
- Wilcock A. Doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1998;65:257.
- Wilcock A. An occupational perspective on health. 2. Aufl. Thorofare, NJ: Slack; 2006.
- Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective on health. 3. Aufl. Thorofare: Slack; 2015.
- Yerxa EJ, Clark F, Frank G, Jackson J, Parham D, Pierce D et al. An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care* 1990;6(4):1–17.
- Zemke R, Clark F. Co-occupations of mothers and children. In: Zemke R, Clark F (Hrsg.). *Occupational science, the evolving discipline*. Philadelphia: F.A. Davis; 1996:213–215.

31 Epilog

Geschichten aus der Praxis – 5: Neue Stühle, alte Schmerzen

Kim Bisschop

Die Anfrage stammte vom Arbeitskoordinator der Uniklinik, in der ich arbeite: „Können Sie gute Stühle für die Verwaltungsmitarbeiter der neuen Kinderklinik empfehlen? Es gibt mehrere Angestellte mit Beschwerden im Rücken und Nacken. Vielleicht könnten Sie schnell mal vorbeigehen, weil sie an ihrem neuen Arbeitsplatz wirklich sehr unzufrieden sind.“ Ich versprach, mich zu beeilen und beschloss in der Mittagspause gleich bei der Verwaltung vorbeizuschauen, um einen Termin für ein kurzes Gespräch und eine erste Beobachtung zu vereinbaren.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Arbeitsschutz und der Abteilung Ergotherapie bestand bereits seit einigen Jahren. Zusammen mit einem Kollegen hatte ich eine Zusatzausbildung in Ergonomie erhalten. Diesmal sollte ich mir die Arbeitsbedingungen der Verwaltungsmitarbeiter des neuen Kinderkrankenhauses ansehen. Als ich dort vorbeiging und erklärte, was ich tun wollte, antworteten die Mitarbeiter dort begeistert: „Zum Glück bekommen wir endlich neue Stühle und werden von den Schmerzen befreit.“ Nun, das klang für mich allzu optimistisch, also beschloss ich, die Sache erst einmal gründlich zu untersuchen. Yvette, die Teamleiterin, stimmte zu, dass ich allen acht Mitarbeitern (alle in Teilzeit) einen Fragebogen zu ihren gesundheitlichen Schwierigkeiten zuschicken wollte. Ich versprach, danach eine Stunde lang auf Grundlage einer Checkliste Beobachtungen durchzuführen. Es wurde eine angenehme Stunde: Die Frauen arbeiteten gut und eng zusammen. Yvette sagte: „Niemandem hier geht es so schlecht, als dass er nicht irgendetwas für jemand anderen tun könne. Das haben wir schon im alten Krankenhaus so gehandhabt. Damals hat uns aber nichts gestört. Jetzt ist bei fast jedem etwas nicht in Ordnung, und wir hoffen wirklich, dass bald eine Lösung gefunden wird.“

Die Beschwerden, die man mir schilderte, waren vielschichtig und schwer zu interpretieren: Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, schmerzende Arme, Kopfschmerzen. Da ich den plötzlichen Ausbruch von gesundheitlichen Beschwerden zeitgleich mit dem Umzug auffällig fand, beschloss ich, eine gründliche Problemanalyse durchzuführen. Ich war bestrebt, das Beste aus der positiven Solidarität der Mitarbeiter herauszuholen, und so schlug ich vor, dass alle an der Problemanalyse sowie an der Konzeption, Auswahl und Erprobung möglicher Lösungen beteiligt werden sollten: Wir würden gemeinsam das Beste daraus machen!

Die Arbeit spielte sich an zwei Orten ab: an der Anmeldung in der großen Halle, die vier Etagen hoch war, und im angrenzenden Arbeitsbereich, wo die Daten am Computerarbeitsplatz verarbeitet wurden. Die Mitarbeiter wechselten sich mit den Aufgaben im Laufe des Tages ab: ein Teil des Tages an der Anmeldung und ein Teil hinter dem Computer. Da bei beiden Aufgaben Beschwerden beschrieben wurden und die Aufgaben sehr unterschiedlich waren, entschied ich, meine Beobachtungen zweimal eine Stunde lang durchzuführen.

Eine Woche später war ich dann dabei. Zunächst verbrachte ich eine Stunde im Computerraum. Zwei Frauen arbeiteten dort ständig an einem großen Stapel Papier: Die Daten wurden eingegeben und das Papier wurde an der richtigen Stelle in der Patientenakte abgeheftet. Manchmal gab es ein kurzes Beratungsgespräch oder jemand stand auf, um einen neuen Stapel Papier zu holen. Auf Nachfragen gaben drei der acht Mitarbeiterinnen bei diesen Aufgaben Beschwerden an: Schmerzen in Arm und Hand, Schmerzen im Nacken und Kopfschmerzen.

Die Atmosphäre an der Anmeldung war ganz anders als im Computerraum: Zwei Mitarbeiterinnen saßen auf einem beweglichen Bürostuhl an einem Schreibtisch in Tischhöhe in einem großen Raum, in dem es hallte. Jedes Mal, wenn die Tür geöffnet wurde, herrschte Durchzug. Ungeduldig wartete eine lange Schlange von Besuchern, die alle mit mindestens einem mehr oder weniger kranken Kind versorgt werden wollten. Die Person, die an der Reihe war, beugte sich über den Anmeldetresen, um mit auf den Monitor der Mitarbeiterin schauen zu können. Es herrschte eine angespannte Atmosphäre: Viele Menschen hatten im Stau gesteckt oder keinen Parkplatz gefunden und standen daher jetzt unter Zeitdruck, um ihre Termine einhalten zu können. Einige waren verärgert, weil ihre Daten nicht korrekt abgelegt waren, andere sprachen nur unzureichend Niederländisch und verstanden daher nicht alle Anweisungen einwandfrei.

Die beiden Mitarbeiterinnen an der Anmeldung saßen auf einem verstellbaren Bürostuhl, der ihrer Größe angemessen war. Mit dem Stuhl und allem, was dazugehörte, rollten sie manchmal hin und her zum Locher. Sie sprachen geduldig mit den Eltern und Patienten, aber ihnen stand der Schweiß auf der Stirn. Als ich Yvette später fragte, sagte sie: „An der Anmeldung zu arbeiten, ist ermüdend! In dem alten, kleinen Krankenhaus war alles ganz anders: Es gab genügend Parkplätze, weniger

32 Übersicht über die Berufskompetenzen der Ergotherapie

Eine ausführliche Darstellung der Berufskompetenzen steht unter www.thieme.de/ergotherapie_grundlagen zur Einsicht bzw. zum Download bereit.

32.1 Klientenorientierte Kompetenzen

32.1.1 Screenen

Der Ergotherapeut inventarisiert gezielt und systematisch die Betätigungsbeeinträchtigungen eines Klienten, der sich ohne Zuweisung eines Arztes anmeldet. Dabei überprüft der Ergotherapeut auch, ob sich Anzeichen von Krankheiten (red flags) zeigen und er evaluiert, ob eine Ergotherapie indiziert ist, um gegenüber dem Klienten und dem Hausarzt eine begründete Stellungnahme abgeben zu können.

32.1.2 Inventarisieren und analysieren

Der Ergotherapeut inventarisiert, gewichtet und analysiert gezielt und systematisch im Dialog mit dem Klienten (und seinem System) die bestehenden Betätigungsbeeinträchtigungen im Hinblick auf Wohnen/(Selbst-)Versorgung, Lernen/Arbeiten und/oder Spielen/Freizeit ebenso wie die Wünsche und Möglichkeiten zur Veränderung.

32.1.3 Behandeln und begleiten

Der Ergotherapeut behandelt, begleitet und berät den Klienten auf methodische Art und Weise, um bedeutungsvolles, alltagsorientiertes und gesellschaftliches Betätigen so zu fördern, dass der Klient Aktivitäten und Rollen seinen Fähigkeiten entsprechend ausführen bzw. übernehmen kann und zu seiner eigenen Zufriedenheit partizipiert.

32.1.4 Beraten

Der Ergotherapeut berät auf methodische Art und Weise andere Personen über notwendige pflegerische oder begleitende Maßnahmen, Hilfsmittel und unterstützende Ausstattungen, über Arbeit und Arbeitsbedingungen, so dass die Partizipation und Inklusion des Betroffenen zunimmt.

32.1.5 Stützen und Stärken

Der Ergotherapeut unterstützt (Mitglieder von) sozial schwachen, gefährdeten oder ausgegrenzten (vulnerablen) Gruppen, Gemeinschaften oder Populationen mit dem Ziel, die vorhandenen Potenziale und die Selbstständigkeit zu fördern und/oder die Voraussetzungen in der Umwelt dafür zu schaffen, dass die Partizipation und die soziale Inklusion zunehmen.

32.2 Organisationsorientierte Kompetenzen

32.2.1 Zusammenarbeiten

Der Ergotherapeut arbeitet mit anderen Fachkräften inner- und außerhalb der eigenen Arbeitsorganisation zusammen und liefert auf diese Weise einen berufseigenen Beitrag zum gemeinsamen Entscheidungsprozess und zum gemeinsamen Ergebnis der interdisziplinären Arbeit, wodurch die Dienstleistung für den Klienten insgesamt effektiv und effizient verläuft.

32.2.2 Organisieren

Der Ergotherapeut trägt zur Kontinuität und Effektivität der Betriebsführung (s)eines Unternehmens bei. Er organisiert die eigene Dienstleistung indem er Mitarbeiter, Mittel und Materialien effektiv und effizient einsetzt – mit dem Ziel, dem Klienten eine qualitativ gute Versorgung bei zugleich vertretbaren Kosten zu bieten (Wirtschaftlichkeit).

32.2.3 Unternehmerisch tätig sein

Der Ergotherapeut stellt sich auf sich ändernde (Nach-)Fragen und Bedürfnisse ein und ergreift die Initiative, damit er neue Klienten und Märkte findet. Ziel ist es, Dienste und Angebote zu positionieren und zu realisieren, welche die Kontinuität oder Erweiterung der ergotherapeutischen Versorgung und Dienstleistung innerhalb des Unternehmens (Organisation) in Zukunft gewährleisten.

32.2.4 Qualität gewährleisten

Der Ergotherapeut analysiert und evaluiert auf systematische Art und Weise die Effektivität und Effizienz der ergotherapeutischen Versorgung und Dienstleistung, so dass er zur planmäßigen Verbesserung und Sicherung einer verantwortlichen, an den Bedürfnissen des Klienten und an den Zielen des Unternehmens orientierten Gesundheitsversorgung beiträgt.

32.3 Berufsorientierte Kompetenzen

32.3.1 Forschen

Der Ergotherapeut leistet praxisorientierte Forschung indem er Informationen aus der Fachliteratur und der Praxis sammelt und auswertet. So trägt er zu einer effektiven und effizienten ergotherapeutischen Versorgung und Dienstleistung sowie zu deren Begründung bei.

32.3.2 Erneuern

Der Ergotherapeut entwickelt oder implementiert neue Arbeitsweisen (Methoden, Abläufe, Interventionen, Evidenz), Produkte oder Dienstleistungen, wodurch er zur Erneuerung und Verbesserung der ergotherapeutischen Versorgung und Dienstleistung sowie zur Berufsentwicklung beiträgt.

32.3.3 Lehren und entwickeln

Der Ergotherapeut entwickelt und kümmert sich laufend und planvoll um die eigenen Fachkenntnisse. Er trägt auch zur Entwicklung des Fachwissens von Kollegen bei, damit er den aktuellen gesellschaftlichen und professionellen Richtlinien entsprechend handelt und an der Profilierung und Professionalisierung des Berufs mitwirkt.

33 Abkürzungsverzeichnis

33

AAL	Ambient Assisted Living	CB	Community-based
AAT	Ambient Assistive Technology, unterstützende Technologien	CBO	Centraal Begeleidingsorgaan Collegiale Toetsing
ABI	Arbeitsbewältigungsindex	CBR	Community-based Rehabilitation
ACIS	Assessment of Communication and Interaction Skills	CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek (Niederlande)
ACLS	Allen Cognitive Level Screen	CC-HOME	Child Care HOME Inventory
ACQ-OP	Assessment of Compared Qualities – Occupational Performance	CD	Community Development
ACQ-SI	Assessment of Compared Quality Social Interaction	CDM	Cognitive Disabilities Model
ACS	Activity Card Sort	CEE	Clënten Ervaren Ergotherapie
ACT	Assertive Community Treatment	CELTH	Centre of Expertise Leisure, Tourism and Hospitality
ACTRE	Activity Record	CG-raad	Chronisch zieken en Gehandicaptenraad
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living)	CHEC	Community Health Environment Checklist
AE	Association de Ergothérapeutes	CHIPPA	Child-Initiated Pretend Play Assessment
AG MFA	Arbeitsgemeinschaft Medizinische Fachberufe	CIHSD	Coordinated/Integrated Health Services Delivery
ALS	amyotrophische Lateralsklerose	CIMT	Constraint-Induced Movement Therapy
AMPS	Assessment of Motor and Process Skills	CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
ANWB	Algemene Nederlandse Wielrijders Bond	CIZ	Centrum Indicietelling Zorg
AOTA	American Occupational Therapy Association	CJG	Centrum Jeugd en Gezin
APA	American Psychiatric Association	CKZ	Centrum Klantervaring Zorg
APCP	Assessment of Preschool Children's Participation	CLAS	Children's Leisure Assessment Scale
APOTRG	Asia Pacific Occupational Regional Group	CLASS	Classroom Assessment Scoring System
ASSET	Arbeitsgemeinschaft der Schweizer Schulen für Ergotherapie	CMCE	Canadian Model of Client-Centered Enablement
AT	Aktivierungstherapeut	CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
ATES	Assistive Technology Evaluation and Selection	CMP	Complementary model of practice
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten (tot 2014)	COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften	COH	Communicatie-ondersteunend hulpmiddel
BADL	Basisaktivitäten des täglichen Lebens	COHERE	Consortium of Institutes of Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe
BGSW	Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung	CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
BHV	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände	CoP	Community of practice
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen	COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronische obstruktive Lungenerkrankung)
CanMeds	Canadian Medical Education Directions for Specialists	COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists	COPORE	Competences for Poverty Reduction
CAPE	Children's Assessment of Participation and Enjoyment	COSA	Child Occupational Self Assessment
CAS	Zertifikat für „Advanced Studies“	COTD	Community Occupational Therapy for older people with Dementia and their caregivers
CASE	Child and Adolescent Scale of Environment	COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
CASP	Child and Adolescent Scale of Participation	CPPF	Canadian Practice Process Framework
		CPT	Cognitive Performance Test
		CQ-index	Consumer Quality index
		CRPD	Convention on the rights of persons with disabilities

CRV	Centrale Raad voor de Volksgezondheid	EVS	ErgotherapeutInnen Verband Schweiz
CSI	Caregiver Strain Index	FACT	Flexible Assertive Community Treatment
CTR	Centre de Traumatologie et de Réadaptation	FCE	Functional Capacity Evaluation
CTSA	Community Themes and Strengths Assessment	FEE	Fédération de l'Enseignement de l'Ergothérapie
DAS	Diplom für „Advanced Studies“	FNBE	Fédération Belge des Ergothérapeutes
DCD	Developmental Coordination Disorder	FNESPE	Fédération Nationale des Ecoles Supérieures Paramédicales d'Ergothérapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	FRP	Forschungsrahmenprogramm
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung	GAOW	Gezond Actief Ouder Worden
DIN	Deutsches Institut für Normung	GAPA	Grandmothers Against Poverty and Aids
DNeBM	Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin	GDT	Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging
DOI	Diffusion of Innovations	GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)	GKV	gesetzliche Krankenversicherung
DST	dynamische Systemtheorie	GPS	Gentse Participatie Schaal
DTE	Directe Toegankelijkheid Ergotherapie (Direktzugang zur Ergotherapie)	HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten	HFKG	Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation	HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
EAP	erweiterte ambulante Physiotherapie	HOME	Home observation measurement of the environment
EBP	evidenzbasierte Praxis	HOW	Handleiding Observatie Wil
ECTS	European Credit Transfer System	HRD	Human Resources Development
EDITH	Ergotherapie dienstverlening thuiszorg	HVG	Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe
EDOMAH	Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis	IADL	instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
EEE	Eerstelijns Extramurale Ergotherapie	IC4life	Innovation and Creativity for Life
EEE4all	Euro Education Employability for all	ICATUS	International Classification of Activities for Time-Use Statistics
EFPC	European Forum for Primary Care	ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision
EFQM	European Foundation of Quality Management	ICF	International Classification of Functioning
eGA	elektronische Gesundheitsakte	ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth
EHEA	European Higher Education Area	ICHI	International Classification of Health Interventions
EHR	Europäische Hochschulraum	ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
EIZT	Expertisecentrum Innovatieve Zorg en Technologie	ICOD	International Council on Disability
ELSITO	Empowering Learning Social Inclusion Through Occupation	IFA	individueller fragenorientierter Ansatz
EM	Ergotherapie Magazine	IGM	integrales Gesundheitsmanagement
EN	Europäisches Komitee für Normung	ILO	International Labour Organization
EN	Ergotherapie Nederland	INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education	IOM	Institute of Medicine
EPF	European Patients Forum	IPA	Impact on Participation and Autonomy
ERA	European Research Area	IPCoP	Interprofessional Community of Practice
ESCO	European Skills/Competencies, Qualifications and Occupations	IPS	Individual Placement and Support
ESF	europäischer Sozialfond	IQ	Intelligenzquotient
ESI	Evaluation of Social Interaction	IQH	Institut für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung
EU	Europäische Union		
EVN	Epilepsie Vereniging Nederland		

IRA	individueller Rehabilitationsansatz	NIVEL	Netherlands institute for health services research
ISO	Internationale Organisation für Standardisierung	NLQ	Nottingham Leisure Questionnaire
ISOS	International Society for Occupational Science	NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
ITB	Individuele trajectbegeleiding	NPV	Nederlandse Patiëntenvereniging
IV	Invalidenversicherung (Schweiz)	NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
JCI	Joint Commission International	NSGK	Nederlandse Stichting voor het Gehandicapte Kind
JIP	Joint International Project	NTE	nachträglicher Titelerwerb
KSR	komplexe stationäre Rehabilitation	NVA	Nederlandse Vereniging voor Arbeidstherapie
KTL	Klassifikation der therapeutischen Leistungen	NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität	NVAE	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- Ergotherapie
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess	NVAO	Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie
LEO	Leadership in Enabling Occupation	NVE	Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
LISV	Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (Vorläufer der UWV)	NVHTSA	Nationaal Verbond van de Hogere Technische Scholen voor Ergotherapie
MAGIE	messbar, akzeptabel, kommuniziert (gecommuniceerd), inspirierend und engagiert	NVPHE	Nationaal Verbond van de Paramedische Hogere Scholen voor Ergotherapie
MAS	Master für „Advanced Studies“	OA	Occupational Adaptation Model
MDD	Major Depressive Disorder	OCAIRS	Occupational Circumstances Assessment Interview
MI	Motivational Interviewing	OCenW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
MIC	Minimal Important Change	OGS	offene Ganztagschule
MNPS	Modifed NPS Interest Checklist	OKE	Ondersteuning en Kenniscentrum Ergotherapie
MOHO	Model Of Human Occupation	OMP	Organizing Model of Practice
MOHOST	Model Of Human Occupation Screening Tool	OOGO	Op Overeenstemming Gericht Overleg
MPT	Matching Person and Technology	OPHI-II	Occupational Performance History Interview
MRC	Medical Research Council	OPM-A	Occupational Performance Model (Australien)
MS	multiple Sklerose	OPPM	Occupational Performance Process Model
MTD-Gesetz	Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste	OQ	Occupational Questionnaire
NARCIS	National Academic Research and Collaborations Information System	OSA	Occupational Self Assessment
NBFE	Nationale Belgische Federatie voor Ergotherapeuten	OSE	Occupational Science Europe
NCOI	Nederlands Commercieel Opleidingsinstituut	OTAP	Occupational Therapy Assessment Package
NDT	Neuro-Developmental Treatment	OTARG	Occupational Therapy Africa Regional Group
NGBR	Verein zur Förderung eines nationalen Gesundheitsberufes	OT-EU	Occupational Therapy Europe
NGO	Non-governmental Organization (Nichtregierungsorganisation)	OTIB	Opleidings en Ontwikkelingsfonds voor het Technisch Installatie Bedrijf
NHW	National Health and Welfare	OTION	Occupational Therapy International Online Network
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de zorg	OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
NICTIZ	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg	OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
NIS	Nationaal Instituut Statistiek		

P4C	Partnering for Change	RUMBA	relevant, verständlich (understandable), messbar, wahrnehmbares Verhalten (behaviorial) und erreichbar (attainable)
PAAHR	Psychiatrische en Arbeidsgerelateerde Aspecten van Hartrevalidatie	RV	Rentenversicherung
PAC-NL	Preferences for Activities of Child	RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
PADL	persönliche Aktivitäten des täglichen Lebens	RZA	Regeling Zorg Asielzoekers
PAH	Procesmodel Adviseren van Hulpmiddelen	School AMPS	School Assessment of Motor and Process Skills
Par-Pro	Participation Profile	SCL-90	Symptom-Checklist-90
PDCA	Plan, Do, Check, Act	SCOPE	Short Child Occupational Profile
PDL	Passiviteiten van het Dagelijks Leven	SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
PEDI-NL	Pediatric Evaluation of Disability Inventory	SDC	Smallest Detectable Change
PEGS	Perceived Efficacy and Goal Setting System	SDG	Sustainable Development Goals
PEM-CY	Participation and Environment Measure for Children and Youth	SDM	Shared Decision Making
PEO	Person-Environment-Occupation	SEO	Stichting Economisch Onderzoek
PEOP	Person-Environment-Occupation-Performance-Model	SER	Sociaal-economische Raad
PEOP OT	Person Environment Occupation Performance Occupational Therapy	SES	Sociaal-economische Status
PHR	Personal Health Record (persönliche Krankenakte)	SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
PICO-Regel	Problem/Patient, Intervention, Co-Intervention, Outcome	SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände
PIP	Pediatric Interest Profiles	SMART(IE)	specifisch, messbar, akzeptabel, realistisch und zeitgebunden (tijdgebonden) plus inspirierend und unter eigener Kontrolle
PKV	private Krankenversicherung	SOC	Sense Of Coherence
PLAN-Q	Perceived Limitations in Activities and Needs Questionnaire	SOS	Systematische Opsporing Schrijfproblemen
POH	Praktijkondersteuner Huisarts	SPOT	Student Platform Occupational Therapy
PPS	Preschool Play Scale	SPV	Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
PQRS	Performance Quality Rating Scale	SRH	systemisches rehaorientiertes Handeln
PREZO	Prestatie en Zorg	SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
PROM	Patient Reported Outcome Measures	STL	Samenwerkingsverband Transport en Logistiek
PRPP	Perceive, Recall, Plan, Perform	STRS	Student Teacher Relationship Scale
PVQ	Pediatric Volitional Questionnaire	SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
RCT	Randomized Controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)	SWPBS	School Wide Positive Behavior Support
RDP	Reconstruction and Development Program (Südafrika)	SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
REIS	Residential Environment Impact Survey	TAHIB	Tackling Health Inequalities in Belgium
REN	Regionaal Ergotherapie Netwerk	TCOP	Taxonomic Code of Occupational Performance
RI	Rehabilitation International	TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
RI&E	Risico-inventarisatie en -evaluatie	TOES	Test of Environmental Supportiveness
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen	ToP	Test of Playfulness
RIFA	Richtlijn Functiegerichte Aanspraak Hulpmiddelen	TVcN	Tolk- en Vertaalcentrum Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu	TZO	Thuiszorgorganisatie
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeits-verzekering	UEMF	umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen
ROB	Realiteit Oriëntatie Benadering	UN	United Nations, Vereinte Nationen
RTOS	Research Occupational Therapy and Occupational Science	UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
RPS	Rehabilitation Problem Solving	UNICEF	United Nations Children's Fund
RTI-E	Routine Tasks Inventory – Expanded		

USER	Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie	WAI	Work Ability Index
UWV	Uitvoeringsinstituut werknemersverzekering	WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
VAAM	Vraag Aanbod Analyse Monitor	WCPT	World Confederation of Physical Therapists
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	WEIS	Work Environment Impact Scale
VDAB	Vlaamse Dienst Arbeidsbemiddeling	WFOT	World Federation of Occupational Therapists (Weltverband der Ergotherapeuten)
VEV	Vlaams Ergotherapeutenverbond (ehemals VE)	WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
VIM	Veilig Incident Melden	WHO	World Health Organization
VIP	Vroege Interventie Eerste Psychose	WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule
VIP-GGZ	Vlaams Indicatoren Project voor patiënten en professionals in de Geestelijke GezondheidsZorg	WLQ	Work Limitations Questionnaire
VIP-WZC	Vlaams Indicatoren Project voor Woonzorgcentra	WLZ	Wet langdurige zorg (Langzeitpflegegesetz der Niederlande)
VLOE	Vlaams Overleg Ergotherapie	WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning, Gesetz über gesellschaftliche Unterstützungsmaßnahmen
VPP	Vlaams Patiënten Platform	WRAP	Wellness Recovery Action Plan
VQ	Volitional Questionnaire	WRI	Worker Role Interview
VR	Virtual Reality	WRITIC	Writing Readiness Inventory Tool In Context
VSE	Verband Schweizerischer Ergotherapeuten	WWB	Wet Werk en Bijstand
VSO	Voortgezet speciaal onderwijs	WZC	Woonzorgcentrum
VTO	Vroeg Tijdig Onderkennen	ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning	ZonMw	Organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
VV&T	Verpleeghuizen, verzorgingshuzien en thuiszorgorganisaties		
VVEW	Vakvereniging voor Ervaringsdeskundige Werkers		
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport		
VZA	Vollzeitäquivalent		
VZW	Vereniging zonder winstoogmerk		

34 Begriffserklärung/Glossar

accountability Verantwortlichkeit

accuracy Genauigkeit

achievement Beherrschung: die Phase, in der eine Person sich so viele Fertigkeiten und Gewohnheiten angeeignet hat, dass sie an neuen Aktivitäten aus den Bereichen Wohnen/Versorgen, Lernen/Arbeiten und Spielen/ Freizeit partizipieren kann.

activity demands (Anforderungen von Aktivitäten und Betätigungen) Bei den „activity demands“ im OTPF handelt es sich um die spezifischen Merkmale einer Aktivität, die sich auf die Art und den Umfang des für die Ausführung der Aktivität erforderlichen Aufwands auswirken. Zu den Anforderungen gehören die spezifischen Objekte und ihre Eigenschaften, die bei der Aktivität verwendet werden, die physischen räumlichen Anforderungen der Aktivität, die sozialen Anforderungen, Ordnung und Zeitpunkt, die erforderlichen Aktionen oder Fähigkeiten sowie die für die Durchführung der Aktivität erforderlichen Körperfunktionen und -strukturen.

adapt anpassen

advocate eintreten für, Fürsprache halten

affektive Performanzkomponente (CMOP-E) Der Affekt bezieht sich auf die Gefühle einer Person und beinhaltet soziale und emotionale Funktionen sowie inter- und intrapersonelle Faktoren. Es geht dabei um das Gefühl und die Emotionen, welche eine Person während der Ausführung von Betätigungen erlebt, die sie alleine oder gemeinsam mit anderen ausübt.

affirmations Bestätigungen

aging in place wenn ältere Menschen so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden bleiben können

Aktionsplan Der Aktionsplan bietet Orientierung und Struktur für das Follow-up: die konkrete Antwort auf die während der Ergotherapie formulierte Betätigungsfrage.

Aktivität (TCOP) ein Bündel von Aufgaben mit einem bestimmten Endpunkt oder Ergebnis, das größer als eine der Teilaufgaben

Aktivitäten (ICF) Aktivitäten sind die Ausführungen von Aufgaben oder Aktionen durch eine Person.

Aktivitäten (OTPF) Im OTPF werden die Betätigungskategorien (areas of occupation) als Aktivitäten bezeichnet. ADL, IADL, Ruhe/Schlaf, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit, soziale Teilhabe.

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) ADL bestehen aus basalen und instrumentellen ADL.

Aktivitätsanalyse Analyse der einer Aktivität zugrunde liegenden Aufgaben, Fertigkeiten, Funktionen, mentalen Prozesse und kontextuellen Dimensionen

Aktivitätsmonitoring Messung von Aktivitäten über einen längeren Zeitraum über einen portablen oder einen im Haus platzierten Sensor

ambient assistive technology (AAT)/ambient assisted living (AAL) neuer technologischer Ansatz, der sich auf die Bedürfnisse älterer Menschen konzentriert. AAL sind in diesem Bereich weit verbreitet und zielen darauf ab, älteren Menschen in einer Versorgungssituation eine sichere Umgebung zu schaffen und sie dabei zu unterstützen, auch weiterhin ein unabhängiges Leben zu führen.

analysis of occupational performance Betätigungsanalyse

anatomische Eigenschaften Anatomische Eigenschaften betreffen die Position, das Vorhandensein, die Form und die Kontinuität von Teilen des menschlichen Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und deren Teile.

Anfrage der erste Kontakt mit dem Klienten, oft indirekt durch mündliche oder schriftliche Überweisung eines Spezialisten oder Allgemeinmediziners, während einer interprofessionellen Beratung oder direkt an den Ergotherapeuten oder die Praxis der Ergotherapie gerichtet

angewandte (praxisorientierte) Forschung Die angewandte Forschung zielt darauf ab, Lösungen für praktische Probleme zu finden, mit denen Menschen in ihrer Umwelt konfrontiert sind. Bei der Ergotherapie geht es beispielsweise darum zu erforschen, welche diagnostischen Instrumente am besten geeignet sind oder welche Interventionen für bestimmte Klientengruppen am effektivsten sind.

APOTRG (Asia Pacific Occupational Therapy Regional Group) Regionaler Ergotherapieberufsverband, der sich u. a. mit der Verbesserung und Entwicklung von Standards im Hinblick auf Praxis, Ausbildung und Forschung befasst.

appeal Anziehungskraft

Arbeitspartizipation Unterform der gesellschaftlichen Partizipation. Die Arbeit gilt in der westlichen Wertegemeinschaft als Menschenrecht, um durch sie den Lebensunterhalt verdienen zu können. Demgegenüber steht die Verantwortung, der Gesellschaft etwas zurückzugeben und seinen Teil zum sozialen Zusammenleben beizutragen.

Armüt In der westlichen Welt bedeutet Armüt, nicht oder nur unzureichend für seine Grundbedürfnisse wie gesunde Ernährung, guten Wohnraum, Zugang zum Gesundheitssystem und Partizipation aufkommen zu können. Ein Leben unterhalb der Armutsgrenze oder als Schuldner führt auf der individuellen Ebene zu Risiken wie Deprivation, soziale Isolierung, Obdachlosigkeit und Kriminalität

ASE-Modell Niederländisches Modell: Attitüde, soziale Umwelt, Selbstwirksamkeit. Ein ganz ähnliches, aber im deutschsprachigen Raum bekannteres Modell ist die „Theory of planned behaviour“. Beide Modelle gehen davon aus, dass das Verhalten durch die drei oben beschriebenen Determinanten Einstellung, sozialer Einfluss und Selbstwirksamkeitserwartungen bestimmt wird.

Assessments Assessments können Messinstrumente sein, aber auch Fragebögen und Selbstevaluierungslisten und werden während der Inventarisierung und Evaluation verwendet, um die Ausführung von Betätigungen, Aktivitäten, Aufgaben und eventuell Funktionen der Person und ihres Systems, einer Organisation oder Population im Kontext darzustellen.

assistive technology Unterstützungstechnologie

Aufgabe eine Reihe von Basisfertigkeiten mit einem Endpunkt oder einem bestimmten Ergebnis

Ausführung (performance) bezeichnet, was jemand in seiner Umwelt tatsächlich tut (von einer anderen Person beobachtet)

Ausschluss vom Betätigen (Betätigungsdeprivation, occupational deprivation) Zustand eines anhaltenden Ausschlusses von der Partizipation am notwendigen und bedeutungsvollen Betätigen infolge externer Faktoren

Autonomie Autonomie bedeutet, unabhängig von anderen zu sein und nach eigenen Wünschen und Einsichten zu handeln, ohne anderen zu schaden. Die Ergotherapie zielt nicht nur auf die Wiederherstellung der Selbstständigkeit, sondern auch auf Selbstbestimmung und Unabhängigkeit.

BADL Die BADL sind eher die grundlegenden Aufgaben der Selbstversorgung, wie Körperpflege, Toilettengang, an- und auskleiden, essen, Fortbewegung, persönliche Versorgung, schlafen und ruhen.

barriers Limitierungen, Hindernisse

basic occupations grundlegende Betätigungen/Basisaktivitäten: Aktivitäten, die ein Mensch zu tun hat als Teil seiner persönlichen Routinen und Gewohnheiten, wie z. B. die Versorgung von sich selbst und den Angehörigen

Basisfertigkeit eine Reihe von willkürlichen Bewegungen oder psychischen Prozessen, die ein erkennbares und zielgerichtetes Muster aufweisen (greifen, halten, ziehen, schieben, drehen, knien, stehen, gehen, denken, erinnern)

Bedarfsformulierung letzter Schritt der Inventarisierungsphase im Ergotherapieprozess. Klient und Ergotherapeut interpretieren die Ergebnisse, sodass eine schlüssige Erklärung für die verschiedenen Betätigungsfragen des Klienten formuliert werden kann. Das Ziel dieses Schrittes ist eine kurze und klare Zusammenfassung der Analyse der Möglichkeiten und Grenzen des Klienten beim Betätigen und/oder bei den Partizipationen, die in für den Klienten verständlichen Worten formuliert ist.

Bedeutung Betätigungen verleihen dem Leben einer Person eine Bedeutung. Die Bedeutung kann sich sowohl auf die Betätigungen als auch auf das ganze Leben beziehen. Es gibt vier Dimensionen von Bedeutung: Selbstwert, ein Lebensziel, ein Gefühl von Kompetenz und Kontrolle über eine Betätigung und ein persönlicher Wert.

befähigen (enabling) Ermöglichung, bedeutungsvolle Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und auszuführen

Begriff Ein „Begriff“ oder eine „Begrifflichkeit“ ist etwas Abstraktes, eine Idee, eine Vorstellung, eine Denkeinheit. Wenn Begriffe zusammenhängen, doch noch kein Konsens über ihre definitive Verwendung erzielt wurde, kann man dies im Deutschen als „Konstrukt“ bezeichnen, im Englischen heißt es „construct“.

being in place die Bedeutung, die eine Umwelt und ein Kontext aufgrund der darin gemachten Erfahrungen erhält

Belastung die Traglast in psychologischer oder physischer Hinsicht. Dazu gehören die Belastungsfolgen Konsequenzen (Nachwirkungen der Arbeit auf den dauerhafteren Arbeitnehmer) und die steuerlichen Phänomene (alle während der Arbeit zu beobachtenden Steuerindikatoren und die vorübergehenden Nachwirkungen).

beliefs Überzeugungen

beneficence Fürsorge, Hilfeleistung

Bereitschaft (readiness) Im dritten Schritt des Kennenlernens im ergotherapeutischen Prozess bespricht der Ergotherapeut mit dem Klienten, ob die Bereitschaft zur Therapie da ist. Die Veränderungsbereitschaft kann definiert werden als das Bedürfnis und die Fähigkeit einer Person zu Aktionen, die zu Veränderungen führen. Ist jemand offen für Veränderungen?

berufsbedingte Erkrankungen, Berufskrankheit Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Arbeit, ohne einen klaren Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung. Es gibt einen Zusammenhang mit Expositionen am Arbeitsplatz (einschließlich geistiger und körperlicher Belastung), aber auch mit dem Lebensstil und den Gewohnheiten der Person, Umweltfaktoren, psychosozialen Faktoren und der individuellen Sensibilität.

Berufskodex und Verhaltensstandards in der Ergotherapie Hierin sind die Verantwortungen und Verpflichtungen der Ergotherapeuten niedergelegt, sodass die Außenwelt weiß, was sie von einem Ergotherapeuten erwarten kann. Zusätzlich versetzt dies den Ergotherapeuten in die Lage, durch rationales Nachdenken und die Berücksichtigung von Fakten und Gefühlen zu den richtigen Entscheidungen zu finden. Im Berufskodex werden die Verantwortungen und Verpflichtungen des Ergotherapeuten, die Gesetze und Vorschriften, die ethischen Prinzipien sowie ein Modell für ethisches Reasoning beschrieben.

Berufskompetenzen Die Berufskompetenzen Ergotherapie sind eine Vertiefung der Kompetenzbereiche und stellen das abschließende Niveau des Bachelor-Studiengangs dar und sind für die den Inhalt des Studiengangs und die Prüfungen maßgeblich. Die Fachkompetenzen werden in kunden-, organisations- und berufsorientierte Kompetenzen unterteilt.

Betätigen Die Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens und Aufgaben. Das Betätigen ist zielgerichtet, ereignet sich im Kontext und ist mit der Bedeutung verknüpft, welche die Person ihm zuschreibt. Das Betätigen umfasst alles, was Menschen tun oder wobei sie mitwirken und bezieht sich auf alle Betätigungsbereiche: die Versorgung von sich selbst und anderen (Wohnen/Versorgen), die Teilhabe an der Gesellschaft durch Bildung, Arbeit oder Freiwilligenarbeit (Lernen/Arbeiten) und Spiel, Erholung, Entspannung und soziale Kontakte.

Betätigung eine Aktivität oder ein Bündel von Aktivitäten, die mit einer bestimmten Regelmäßigkeit und Struktur als solche durchgeführt werden und denen Personen und ihre Kultur einen bestimmten Wert und eine bestimmte Bedeutung beimessen

Betätigungsanalyse Analyse der Betätigungen eines Individuums in seinem jeweiligen Kontext mit dem Ziel, Einblicke in sein Betätigen, die stimulierenden und hemmenden Faktoren und deren mögliche Ursachen zu gewinnen. Die Analyse der Betätigung weist Parallelen zur Aktivitätsanalyse auf, wobei ein wichtiger Unterschied darin besteht, dass in einer Betätigungsanalyse die einzelne Aktivität einer bestimmten Person mit ihrer spezifischen subjektiven und kontextuellen Dimension analysiert wird.

Betätigungsanpassung Prozess der Ausbildung einer positiven Betätigungsidentität mit entsprechender Betätigung. Die Betätigungsanpassung entwickelt sich aus der Identität und der Kompetenz.

betätigungsbasiertes Assessment (occupation based assessment) Dieses Assessment erfolgt im Kontext der Betätigungsfrage und erlaubt klare Aussagen. Das bedeutet etwa, dass es im natürlichen Kontext des Klienten und unter Berücksichtigung des Einflusses seiner physischen und sozialen Umwelt stattfindet. Dadurch gelangt man auch an Informationen über die Merkmale der Umwelt, welche die Ausführung von Betätigungen unterstützen oder behindern.

Betätigungsbereiche In der niederländischen Ergotherapie werden die Betätigungen der Menschen in folgende Betätigungsbereiche eingeteilt: Wohnen/Versorgen, Lernen/Arbeiten und Spielen/Freizeit.

Betätigungsgleichgewicht (occupational balance) das Maß, in dem Menschen ihre täglichen Aktivitäten entsprechend ihren Werten und Ambitionen organisieren können, sodass das Betätigen unter Kontrolle ist und als harmonisch und zusammenhängend erlebt wird

Betätigungsidentität (MOHO) Die Betätigungsidentität bezeichnet das Bild der Person, die man ist oder die man sein will. Man baut sie man im Laufe des Lebens auf. Die Identität integriert Motivation (Wille), Rollen und Gewohnheiten sowie subjektive (Körper-)Erfahrungen.

Betätigungskompetenz Möglichkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Einstellungen, die zur Ausführung einer Betätigung erforderlich sind

Betätigungsmuster (occupational patterns) Betätigungsmuster bestehen aus festen und vorhersagbaren Abläufen, die Teil des Betätigens der Person sind. Im OTPF (performance patterns) hängen sie mit Gewohnheiten, Routinen, Rollen und Ritualen, die das Betätigen fördern oder behindern, zusammen.

betätigungsorientierte (occupation-focused) Gesundheitsförderung Dies bezieht sich auf alle Maßnahmen, die darauf abzielen, die Beteiligung des Einzelnen am Betätigen zu erhalten oder zu steigern und die sich daher positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken können

Betätigungsperspektive spezifischer Blickwinkel, bei dem das Betätigen im Mittelpunkt steht

Betätigungsprofil (occupational profile) Das Betätigungsprofil ist eine Bündelung der persönlichen Geschichte des Klienten hinsichtlich seines Betätigens und seiner Erfahrungen, täglichen Routinen, Interessen, Werte und Bedürfnisse. Durch Aufstellung eines Betätigungsprofils versteht der Ergotherapeut den Blickwinkel und den Hintergrund des Klienten besser.

Betätigungsrepertoire (occupational repertoire) Das Betätigungsrepertoire besteht aus der Summe aller täglichen Aktivitäten zu einem gegebenen Zeitpunkt. Durch die explizite Betrachtung des Betätigungsrepertoires eines Klienten wird das Betätigen in seiner Gesamtheit erfasst und in seiner Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Person verstanden.

Betätigungstransitionen (occupational transitions) Der Lebenslauf eines Menschen weist mitunter große Richtungsänderungen auf. Die Übergänge (Transitionen) zwischen den einzelnen Phasen sind oft mit Unterbrechungen des Weges verbunden. Beispiele für Transitionen sind die ersten Schritte, die Einschulung, das Abitur, die erste eigene Wohnung, der Studienbeginn, der erste Arbeitsplatz, die Elternschaft, das Durchleben einer Scheidung und die Pensionierung.

Betätigungsungerechtigkeit (occupational injustice) Situation, in der ein Individuum nicht an bedeutungsvollen und notwendigen Betätigungen beteiligt ist, somit in seiner Partizipation eingeschränkt ist und benachteiligt oder geschädigt wird und durch physische, soziale oder verhaltensmäßige Umstände behindert wird

Betätigungsverhalten sichtbare Interaktion der Person und der Aktivitäten im Kontext der Umwelt

Bezugsrahmen (frame of reference) Ein Bezugsrahmen ist ein System vergleichbarer und miteinander in Verbindung stehender Begrifflichkeiten, Definitionen und Prämissen, die sich von Theorien ableiten, welche in einem bestimmten Gebiet die Richtung vorgeben.

Bieler Modell Ausgangspunkt des Modells ist die Handlungsfähigkeit des Menschen, die von der Interaktion zwischen der Person und ihrem Lebensbereich bestimmt wird.

biomechanischer Ansatz wird meist mit dem reduktionistischen Ansatz gleichgesetzt (siehe dort)

biomedizinische Perspektive Die biomedizinische Perspektive sieht den Menschen als Organismus, als Körper. Dabei geht es um die Teile des Körpers, wie Gliedmaßen, Organsysteme oder Organe.

biopsychosoziales Modell Das biopsychosoziale Modell ist eine Erweiterung eines medizinischen Modells über das menschliche Funktionieren, bei dem nicht nur biomedizinische Aspekte berücksichtigt werden, sondern auch psychologische und soziale Faktoren, durch die sowohl Krankheiten als auch Heilungsprozesse mitbestimmt werden.

bottom-up, community-development Die populationsbasierte Versorgung erfolgt auf unterschiedliche Weise und über die in der Gemeinschaft verankerte Versorgung und die Gemeinschaftsentwicklung, die von oben nach unten (top-down, community-based) und von unten nach oben (bottom-up, community development) ablaufen kann

Bottom-up-Ansatz Dieser Ansatz konzentriert sich während der Assessments und der Interventionen auf die Möglichkeiten und Beeinträchtigungen der motorischen, kognitiven oder psychischen Fertigkeiten und Funktionen. Die Erwartung ist, dass dies zu einem erfolgreichen Betätigen führt, wenn die Funktionseinschränkung abnimmt oder ganz verschwindet.

Bürger Ein Bürger ist ein Mitglied der Bevölkerung eines Landes, zum Beispiel in einer Gemeinde. Ein Bürger hat Rechte und Pflichten gegenüber der Regierung oder der Gemeinde.

Bürgerpartizipation Bei der Bürgerpartizipation wird das Konzept der Partizipation in einen politischen Zusammenhang gebracht, in dem sich Bürger und Regierende gemeinsam Gedanken über Themen machen, die das Zusammenleben berühren.

calming occupations Beruhigende Betätigungen sind Handlungen, die eine geringe oder gar keine Anforderung stellen. Sie erzeugen ein Gefühl der Entspannung, Langeweile oder sogar Apathie.

capability Verwirklichungschance

capability approach „Verwirklichungschancenansatz“ oder „Fähigkeitenansatz“

capacity Leistungsfähigkeit

catastrophic change katastrophale Veränderung

CDM (Cognitive Disabilities Model) Das CDM bietet einen Rahmen, um sich einer kognitiven Frage in anderer

Weise zu nähern. Dabei liegt der Schwerpunkt weniger auf der Beeinträchtigung selbst als auf den konkreten Folgen, die sich daraus für das Betätigen ergeben.

changing mastery Dabei geht es um sich verändernde Fähigkeiten bei der Entwicklung des Betätigens.

choice talk Auswahlgespräch

Chronic Care Model Ein in den Vereinigten Staaten entwickeltes evidenzbasiertes Modell, das als Maßstab für eine integrierte chronische Versorgung dient. Das Modell besteht aus sechs Teilen, die zusammen sicherstellen, dass die Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen gut organisiert ist. Die Komponenten sind: Selbstmanagement, Pflegeprozess, Entscheidungsfindung, klinische Informationssysteme, Gesundheitswesen und Gesellschaft.

client empowerment Empowerment ist ein Verstärkungsprozess, bei dem Individuen, Organisationen und Gemeinschaften ihre Situation und Umwelt in den Griff bekommen. Dies geschieht über das Erlangen von Kontrolle, die Schärfung eines kritischen Bewusstseins und die Stimulation der Partizipation.

client factors Klientenfaktoren

client-centered klientenzentriert

CMOP-E (Canadian Model of Occupation Performance and Engagement) Das CMOP-E beschreibt die drei Kernkonzepte der Ergotherapie und bietet zugleich eine grafische Darstellung der ergotherapeutischen Perspektive. Die Ausführung des Betätigens erfolgt in einer Umwelt und ist das Ergebnis einer dynamischen Interaktion zwischen der Person, ihrem Betätigen und der Umwelt. Das klientenzentrierte Vorgehen drückt sich in der Platzierung des Klienten in der Mitte der Struktur aus.

COHERE (Consortium of Institutes of Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe) Organisation, die sich mit der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen innerhalb der EU befasst

collaborate kooperieren

committed occupations zweckgebundene tägliche Betätigungen, d. h. Aktivitäten die einen Produktivitätscharakter haben, wofür jedoch kein Lohn ausgegeben wird

Community of Practice (CoP) Es handelt sich um eine Gruppe von Personen, die ein gemeinsames Interesse, ein Problem oder eine Passion teilen und ihr Wissen und ihre Expertise auf diesem Gebiet durch fortlaufende Interaktion miteinander vertiefen; also eine Gemeinschaft, in der Menschen bereit sind, die eigene Fachkundigkeit und Erfahrung zu teilen und die der anderen aufzunehmen, was auch mit Menschen in anderen Ländern möglich ist.

community support system soziales Unterstützungssystem

community-based Arbeiten in der Gemeinschaft, in welcher der Fachmann der Experte ist und die Gemeinschaft leitet

community-based rehabilitation (CBR) Strategie innerhalb der Gemeinschaftsentwicklung zur Rehabilitation, Armutsverringerung, Chancengleichheit und sozialer Inklusion für alle Menschen mit Behinderungen. Die Implementierung der CBR erfolgt durch gemeinsame Anstrengungen der Betroffenen, ihrer Familien und Gemeinschaften und der relevanten Einrichtungen auf dem Gebiet der Gesundheitspflege, Schule und Arbeitswelt und der sozialen Angelegenheiten.

Community-based-Ansatz Ein Community-based-Ansatz ist z.B. die Gruppenintervention „Gezond Actief Ouder Worden“ (etwa „Gesund und aktiv altern“). In diesen Versammlungen stimmt der Ergotherapeut die Themen mit Mitgliedern der Gruppe älterer Menschen ab. Dabei geht es um die Klärung von Fragen, soziale Partizipation und die Stärkung der Eigenregie

Community-development-Ansatz Ein gutes Beispiel für den Community-development-Ansatz ist die Nachbarschaftsentwicklung im Viertel Rivierenbuurt in Amsterdam. Dieses Viertel wurde Anfang 2013 von den Anwohnern gegründet und von den Bürgern selbst aufgebaut und vergrößert. Sie tun dies zusammen mit Menschen aus der Nachbarschaft, die dann auch gemeinsam dafür sorgen, dass die Menschen auch im höheren Alter noch ihr Leben in die eigene Hand nehmen können. Dazu wechselt man sich bei den Hilfen ab und unternimmt im Viertel gemeinsame Aktivitäten.

competency die Fähigkeit, etwas erfolgreich oder effizient zu tun

components of occupational performance Komponenten der Betätigungsperformanz

constraints das Betätigen beeinträchtigende Elemente, Limitierungen

consult beraten

context and environment Kontext und Umwelt

context-based kontextbasiert

contracted occupations pflichtgemäße tägliche Betätigungen, d.h. Aktivitäten im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit und offiziellem Unterricht

Co-Occupation Das Betätigen wird oftmals mit anderen geteilt. Wenn zwei oder mehrere Personen daran beteiligt sind.

coordinate koordinieren

COPORE (Competencies for Poverty Reduction) Das COPORE ist die organisatorische Bündelung aus Experten und einflussreichen Personen und gibt einen Überblick zu den Kompetenzen und Projektvorbildern im Hinblick auf die Armutsbekämpfung.

core concepts Kernkonzepte

core elements of occupational performance Kernelemente der Betätigungsperformanz

COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries) Das COTEC ist der europäische Berufsverband der Ergotherapeuten. Sein Ziel besteht darin, die Ergotherapie in Europa zu fördern und erkennbar zu machen, was die Ergotherapie zu bieten hat.

CPPF (Canadian Practice Process Framework) Im CPPF wird der Therapieprozess in vier separaten Aspekten beschrieben. Drei dieser Aspekte sind kontextabhängig: gesellschaftlicher Kontext, Praxiskontext und der Bezugsrahmen. Der vierte Aspekt ist prozessorientiert und setzt sich aus acht Aktionspunkten zusammen (acht kleine Kreise), welche den Leitfaden für den ergotherapeutischen Prozess bilden.

cultural safety eine Umwelt für Menschen mit verschiedenen Hintergründen schaffen, in der sie sich sicher fühlen können

decision talk Entscheidungsgespräch

demands hinsichtlich des Betätigens herausfordernde Elemente

Demografie Wissenschaft, welche die Entwicklungen in Bezug auf Größe, Zusammensetzung und räumliche Verteilung der Bevölkerung untersucht. Dabei werden auch die Ursachen und Folgen von Entwicklungen berücksichtigt.

design/build entwickeln und entwerfen

dialoggeleitete Versorgung (fragenorientiert, klientenzentriert) Die fragenorientierte, klientenzentrierte oder besser dialoggeleitete Versorgung basiert auf Konzepten, welche zu Veränderungen in den Haltungen und Vorstellungen des Klienten aber auch des Therapeuten, der Gruppen, Organisationen und Populationen führen können.

Diffusionstheorie Demnach unterscheiden sich die Haltung und das Verhalten von Frühadoptoren (early adopters) und Spätadoptoren (late adopters). Frühadoptoren stufen eine Innovation eher als „einfach zu gebrauchen“ und „vorteilhaft“ ein, während Spätadoptoren eine negativere und zurückhaltendere Einstellung gegenüber technischen Innovationen mitbringen. Die Theorie beschreibt die Verbreitung einer Innovation (ein neues Produkt oder eine neue Idee) innerhalb einer Gruppe. Im Mittelpunkt der Theorie steht die Beschreibung des Lebenszyklus einer Innovation. Rogers unterscheidet fünf Stufen, in denen fünf verschiedene Gruppen unterschieden werden, die das Produkt oder die Idee akzeptieren.

Direktzugang zur Ergotherapie (Niederlande) In den Niederlanden können Klienten sich ohne Überweisung direkt an die Ergotherapie wenden. Vor Beginn der Intervention findet ein Screening statt. Dabei achtet der Ergotherapeut auf abweichendes Betätigen, abweichende Kommunikation, auf Betätigungsfragen und auf Red Flags (Kap. 8.6). Der Ergotherapeut trifft die Entscheidung, ob der Klient ein Kandidat zur Ergotherapie ist oder nicht.

Diskriminierung Herausstellung eines Unterschiedes, auf dessen Grundlage Menschen abgelehnt oder schlecht behandelt werden

Diversität auch „Verschiedenheit“ oder „Vielfalt“. In der Biologie und auch in anderen Wissenschaftsbereichen wird der Begriff verwendet, um einen Artenreichtum zu benennen. Hier bezieht er sich auf die Vielfalt des Menschseins.

dynamische Systemtheorie (DST) Die DST geht davon aus, dass es durch die Interaktion verschiedener Systeme zur Bewegung kommt. Das DST-Modell besteht aus drei Kreisen: Person, Aufgabe und Umwelt. Der Bereich der Überlappungen steht für die dynamische Interaktion zwischen den Systemen.

educate ausbilden, anlernen

E-Health Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechnologien, vor allem des Internets, um die Gesundheit und Versorgung zu unterstützen und zu verbessern

Einverständniserklärung (informed consent) Informationsblatt mit Auflistung aller Einzelheiten einer Untersuchung, das von allen Personen, die an einer Untersuchung beteiligt sind, unterzeichnet wird, um dadurch die Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung zu erklären

eklektische Arbeit Kombination verschiedener Bezugsrahmen und/oder Interventionsmodelle, um fundierte, evidenzbasierte und auf den Einzelnen zugeschnittene zusammenhängende Methodiken einzusetzen, die zu der Betätigungsfrage des Klienten passen

Emanzipation Der Erwerb des Rechtes an der Mitwirkung und der Nutzung von Einrichtungen, um zu partizipieren (soziale Inklusion). Beispiele hierfür sind das Ende der Sklaverei, der Kampf der Frauen um das allgemeine Stimm- und Wahlrecht, die Bewegung der Homosexuellen für ihre Rechte, das Recht auf Ausbildung und Arbeit für Menschen mit körperlichen, psychischen, kognitiven und/oder sinnesmäßigen Behinderungen.

emotional affinity emotionale Beteiligung

empirisch-analytische Forschung Wissenschaftler der empirisch-analytischen Richtung möchten möglichst objektiv forschen und die Untersuchungssituation möglichst kontrollieren. Alle Prozesse einer Untersuchung sind rational, logisch und intellektuell begründet. Forscher, die eine empirisch-analytische Studie durchführen, stützen sich auf Fakten. Der Untersucher nimmt dabei eine Position außerhalb des Untersuchungsbereiches ein. Empirisch-analytische Studien sind quantitativer Natur.

empirisch-analytischer Bezugsrahmen Das empirisch-analytische Reasoning ist das Nachdenken darüber, ob die Betätigungsfrage des Klienten und die Lösungen aus dem Blickwinkel einer Krankheit oder einer Beeinträchtigung betrachtet werden.

Empowerment Prozess der Stärkung, bei dem Einzelpersonen, Organisationen und Populationen durch Übernahme der Kontrolle, Stärkung des kritischen Bewusstseins und Stimulation der Partizipation einen besseren Zugriff auf ihre eigene Situation und ihre Umwelt erlangen

Enablement Skills Fertigkeiten, die der Ergotherapeut bei der Intervention einsetzt, um dem Klienten das Betätigen zu ermöglichen: anpassen, fürsprechen, coachen, zusammenarbeiten, beraten, koordinieren, entwerfen/anfertigen, Wissen vermitteln, beteiligen und spezialisieren. Die „Enablement Skills“ sind Teil des Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE).

enablers of occupation „Ermöglicher“ des Betätigens

enabling individual change Befähigung zur persönlichen Veränderung

enabling occupation das Betätigen ermöglichen

enabling participation Durch aktive oder passive Beteiligung an einer Aktivität in einem bestimmten Kontext kann eine Person Partizipation erfahren.

enabling social change Befähigung zur sozialen Veränderung

engage beteiligen

Engagement bei Betätigung (occupational engagement)

Auch das Engagement bei der Betätigung ist ein wichtiger Aspekt der Partizipation eines Menschen und bietet ein umfassenderes Konzept als die tägliche Ausübung einer Betätigung. Gemeint ist hier das Beteiligtsein an etwas, das man selbst tut, das man gemeinsam mit anderen tut oder das jemand anderes tut, die Gedanken darüber, was eine andere Person tun kann, nachdenken darüber, was man gerne tun möchte, reflektieren darüber, was man allein oder mit anderen zusammengetan hat usw. Beteiligtsein reicht also viel weiter als die Ausübung von Betätigungen (beyond performance).

engagement in activities Beteiligung an einer Aktivität

engaging occupations Mitmachbetätigungen: Aktivitäten, bei denen Menschen gerne mitmachen und für die sie sich Zeit nehmen

ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) wichtiges Netzwerk für Dozenten und Studierende für Begegnung, Erfahrungsaustausch, Qualitätsverbesserung, Standardisierung, Entwicklung einer europäischen Dimension, Inspiration und vor allem zur Entwicklung internationaler Formen der Zusammenarbeit

Entscheidungsfindung Die Entscheidungsfindung ist das sichtbare Ergebnis des professionellen Reasonings. Während das professionelle Reasoning als Denkprozess oft unsichtbar ist, bezieht sich die Entscheidungsfindung auf konkrete (sichtbare oder wahrnehmbare) Entscheidungen oder Beschlüsse zur Betätigung oder Behandlung.

Entwicklung des Betätigens In der Ergotherapie gilt die Entwicklung des Betätigens als lebenslanger Prozess. Dabei geht es um die Entwicklung in unterschiedlichen Lebensphasen: Kindheit, Jugend, Erwachsenenzeit, Alter. Durch die Erfahrungen mit der Welt, die einen umgibt, entwickeln Kinder und Erwachsene ein beständig wachsendes Betätigungsrepertoire. Erwachsene passen ihr Betätigen an neue Bedingungen in der Familie, bei der Arbeit oder in der Freizeit an. Sie entwickeln sich durch zahlreiche und vielfältige Erfahrungen im Betätigen zu älteren Menschen mit einer gewissen Lebenserfahrung. Im vorliegenden Kapitel geht es um die Entwicklung des Betätigens während des gesamten Lebens.

entwicklungsorientierte Rehabilitation Unterstützung des Klienten bei der Auswahl, dem Erreichen und der Einhaltung seiner Ziele. Dabei wird versucht, Erfolg und Zufriedenheit mit einem Minimum an professioneller Unterstützung zu erreichen.

environmental impact Umwelteinfluss

environment-first Ein „Environment-first“-Ansatz (bezogen auf Assessments und Interventionen) bedeutet eine Fokussierung auf die Umwelt und den Kontext, was bei der Ergotherapie für Organisationen und Populationen üblich ist.

Erfahrungswissen Erfahrungswissen ist die Fähigkeit, andere Personen aufgrund der eigenen Genesungsgeschichte bei ihrer Genesung zu unterstützen.

Ergotherapieparadigma Berufsparadigma, d. h. der allgemeine, vollständige Rahmen der Theoriebildung und Berufsausübung der Ergotherapie in einer bestimmten Periode. Es besteht aus Überzeugungen, welche von den Angehörigen der Berufsgruppe in einem bestimmten Zeitraum geteilt wurden.

ethische Prinzipien Prinzipien sind überzeugende Leitfäden des Gewissens. Sie sind keine universellen Regeln oder Werte, sondern vielmehr Referenzpunkte des ergotherapeutischen Handelns. Im Beratungsprozess und bei der Anwendung von Technologie sollten folgende ethische Prinzipien gelten: Nicht-Schaden (nonmaleficence), Fürsorge, Hilfeleistung (beneficence), Respekt vor der Autonomie des Klienten (respect for autonomy), Redlichkeit, Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit (fidelity), Gleichheit und Gerechtigkeit (justice).

ethisches Reasoning Ethisches Reasoning wird durch das Erleben von Dilemmas im Spannungsfeld von Interessenkonflikten aktiviert.

Ethnozentrismus Abwertung der Normen und Werte einer anderen Kultur gegenüber der eigenen

Evaluationsprozess Gemäß dem OTPF konzentriert sich der Evaluationsprozess auf die Inventarisierung dessen, was der Klient an Betätigungen ausgeübt hat, was er tun kann, tun will und was erforderlich ist, um etwas tun zu können. Auch richtet er sich auf die Identifizierung der unterstützenden und der behindernden Fak-

toren im Betätigen hinsichtlich Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation. Die Evaluation besteht aus (a) einem Betätigungsprofil (occupational profile) und (b) der Betätigungsanalyse (analysis of occupational performance).

evidence statement Ein „evidence statement“ gibt eine möglichst wissenschaftlich fundierte Antwort auf einfache und klar definierte Fragen, die sich aus der Problemanalyse im Handeln von Gesundheitsprofessionals ergeben.

evidenzbasierte Praxis (EBP) Gewissenhafter, expliziter und sachkundiger Einsatz der aktuell besten Evidenzen, um mit dem Klienten und seinem System gemeinsame Entscheidungen zu treffen. Die EBP-Praxis beinhaltet die Integration der individuellen klinischen Expertise des Therapeuten mit den besten verfügbaren externen Evidenzen aus der wissenschaftlichen Forschung und den Präferenzen, Wünschen und Erwartungen des Klienten und seiner Angehörigen.

Evidenz-Perspektive Einbeziehung der verfügbaren, objektiven und nachweisbaren Informationen in die Entscheidungsfindung durch Integration evidenzbasierter Praxis in das professionelle Reasoning

exacting occupations Fordernde Betätigungen bieten (zu) hohe Anforderungen und können zu Gefühlen wie Sorge, Angst oder Anspannung führen.

Exklusion ausgeschlossen sein oder sich ausgeschlossen fühlen

Exploration (MOHO) erste Phase einer Veränderung, in der eine Person etwas Neues ausprobiert und dadurch etwas über ihre eigenen Möglichkeiten, Vorlieben und Wertvorstellungen lernt

external context externer Kontext

externe Faktoren die physische und soziale Umwelt einer Person

Fertigkeiten (skills; MOHO) wahrnehmbare zielgerichtete Teilhandlungen oder Aktionen bei der Ausübung einer Betätigung. Es werden drei Formen von Fertigkeiten unterschieden: motorische Fertigkeiten, prozesshafte Fertigkeiten und Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten

Fertigkeiten für das 21. Jahrhundert Die zukünftigen Berufstätigen sind in der Lage, Technologien einzusetzen, Informationen aktiv zu verarbeiten und Problemlösungsstrategien entwickeln und umsetzen zu können.

fidelity Redlichkeit, Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit

Fit-Chart (CMOP-E) Im „Fit-Chart“ werden 18 Variablen, welche die Beziehungen zwischen Person, Betätigung und Umwelt charakterisieren und die Interaktionen zwischen diesen drei Konzepten strukturieren, miteinander verbunden.

Flow ganzheitliche Erfahrung des völligen Aufgehens in einer Aktivität (vollste Aufmerksamkeit)

Fragenanalyse Dies ist der dritte Schritt in der Interventionsphase, in dem der Klient und der Ergotherapeut Informationen über die Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation und/oder des Betätigens zusammentragen.

frame of reference Bezugsrahmen

Framework schematische Darstellung einer ganzen Reihe von Begrifflichkeiten, die miteinander in Zusammenhang stehen

framing das Lesen und Senden von Signalen, die Kinder sich während des Spielens geben, wodurch sich das Spiel weiterentwickeln kann

framing play Verstehen und Aussenden von zwischenmenschlichen Signalen im Rahmen des Spiels

free time occupations freie Betätigungen

Freizeit, freie Zeit (leisure) Zeitspanne, die frei von den Notwendigkeiten des Lebens und den beruflichen oder familiären und haushaltlichen Pflichten ist. Die freie Zeit ist die Zeit, die dazu verwendet wird, um frei darüber zu entscheiden, welche Aktivitäten man ausführen möchte.

funding Finanzierung

Funktionen und psychische Prozesse (TCOP) eine einfach oder beliebige muskuläre oder psychische Aktion

Genesung Genesung ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und/oder Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Beeinträchtigungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Genesung beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die folgenschweren Auswirkungen der Krankheit hinauswächst.

gesellschaftliche Partizipation Teilhabe des Menschen an der Gesellschaft

gesellschaftliche Umwelt Sie besteht aus den gesellschaftlichen Determinanten, der sozialen Unterstützung und dem sozialen Kapital. Diese Sozialfaktoren sind Teil des Kontextes und der Umwelt des Menschen.

gesellschaftlicher und institutioneller Kontext Die institutionelle Umwelt setzt sich aus den gesellschaftlichen Organisationen und Aktivitäten/Praktiken zusammen, wozu auch die Politik, Entscheidungsprozesse und Verfahrensweisen gehören. Ebenso fallen hierunter ökonomische Themen wie finanzielle Prioritäten, Möglichkeiten der Vergütung und Förderung, Unterstützung von Arbeitnehmern, juristische Dienste und politische Aspekte. Auch die von staatlicher Seite geförderten Dienste, die Gesetzgebung und die politische Praxis seien hier erwähnt.

Gesundheit Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement unter den verschiedenen sozialen, physischen und emotionalen Herausforderungen des Lebens

Gesundheitsförderung ein Prozess, der Einzelpersonen, Organisationen und Gemeinschaften in die Lage versetzt, die Kontrolle über die Faktoren zu erlangen, die ihre Gesundheit beeinflussen, damit sie ihren Gesundheitszustand verbessern können

Gewohnheiten Gewohnheiten sind nach dem OTPF spezifische automatisierte Betätigungen, die nützlich aber für andere auch negativ oder irritierend sein können.

Gleichheit (bei Gesundheitsthemen; WHO) das Fehlen von ungerechten und vermeidbaren Unterschieden im Bereich Gesundheit zwischen sozialen Gruppierungen

global health globale Gesundheit

Global Network of Age Friendly Cities WHO-Netzwerk altersfreundliche Städte

Globalisierung Sammelbezeichnung für den fortwährenden Prozess der weltweiten ökonomischen, politischen und kulturellen Verflechtungen

good enough environment Menschen schaffen sich ihr eigen Umwelt auf der Basis ihrer genetischen Möglichkeiten

Grundlagenforschung Die Grundlagenforschung hat eine Erweiterung des Wissens um ein bestimmtes Phänomen im Sinn. „Besseres Wissen“ ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass wir etwas „besser tun“. In dieser Forschungstradition werden neue Theorien entwickelt. Innerhalb der Ergotherapie konzentriert sich die Grundlagenforschung auf die Frage, wie Gesundheit und Betätigen im Menschen zusammenhängen (Law et al. 1998). Diese Forschung findet im Bereich der Occupational Science statt.

Habitation (Gewöhnung; MOHO) Durch Habitation verfügt man über feste oder konsistente Betätigungsmuster, die durch Gewohnheiten und Rollen geprägt werden und auf eine bekannte Umwelt abgestimmt sind. Diese Muster erzeugen Routinen und Automatismen.

Hausautomation Die Hausautomation umfasst Technologien, die im und am Haus eingesetzt werden, um die Wohn- und Lebensqualität zu erhöhen. Beispiele sind etwa Fernbedienungen für Lichtschalter oder das automatische Öffnen und Schließen von Rollläden und Türen. Solche Technologien können aber auch die von außen kommenden Versorgungsdienste unterstützen. Sie helfen dabei, das selbstständige Wohnen zu ermöglichen oder zu erhalten

häusliche Pflege Häusliche Pflege bedeutet die Hilfe für Partner, Eltern, Kinder oder Freunde, die langfristig krank, hilfsbedürftig oder behindert sind. Diese Art der Pflege geht also über das übliche Maß an gegenseitiger Unterstützung für Familienangehörige und Mitbewohner hinaus. Sie unterscheidet sich von anderen Formen der Hilfe und Versorgung durch die enge persönliche Verbindung zwischen der hilfsbedürftigen und der helfenden Person, die bereits vor dem eingetretenen Versorgungsbedarf bestand.

Hilfsmittel Produkte, Geräte, Ausrüstungen oder technische Systeme, die von behinderten Menschen benutzt werden, seien sie Sonderanfertigungen oder allgemein verfügbar, die Schädigung, Fähigkeitsstörung oder Beeinträchtigung verhindern, ausgleichen, überwinden, erleichtern oder neutralisieren

human occupation das menschliche Betätigen

IADL (instrumental activities of daily living) Die IADL umfassen die Interaktionen mit der Umwelt, die fakultativ auch an andere delegiert werden können. Dazu gehören die Versorgung anderer, z. B. der Familienmitglieder, die Haushaltsführung, die Versorgung von Haustieren und die außerhäusliche Mobilität. Ein Unterschied zwischen ADL und IADL besteht im Komplexitätsgrad des Betätigten. Die IADL sind komplexer und stellen höhere Anforderungen an das Problemlösungsvermögen, die sozialen Fertigkeiten und die Interaktionen zwischen Person und Umwelt.

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Die ICF (WHO) beschreibt das Funktionieren von Menschen durch von Gesundheitskomponenten und besteht aus zwei Teilen: 1. Funktionsfähigkeit und Behinderung mit den Komponenten Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Aktivitäten und Partizipation; 2. Kontextfaktoren mit den Komponenten Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren.

ICF-Core Set Ein Core Set ist eine Auswahl von ICF-Kategorien, die von Experten, Klienten und Wissenschaftlern für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit eines Menschen mit spezifischen Gesundheitsfragen oder in einem spezifischen Setting als relevant angesehen werden.

ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health - children and youth) Die ICF für Kinder und Jugendliche war der erste Ableger der ICF-Klassifikation. Sie wurde entwickelt, weil die ICF in der Praxis nicht als ausreichend angesehen wurde, um die Funktionsweise von Kindern und Jugendlichen zu beschreiben. Die ICF-CY bietet vor allem eine Erweiterung der Ansatzpunkte und eine detailliertere Beschreibung des Wachstums und der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

incremental change periodische Veränderung

individual bzw. social change individuelle und soziale Veränderungen

individuelle Perspektive Ergotherapeuten arbeiten mit der Person und ihrem System, wobei Gesundheit als etwas angesehen wird, das von einer sich betätigenden Person selbst beeinflusst werden kann

Inhaltsmodell Inhaltsmodelle sorgen für eine Struktur in der praktischen Ergotherapie und unterstützen das professionelle Reasoning des Ergotherapeuten. Durch Verwendung eines Inhaltsmodells bleibt der Fokus eher auf das Betätigen, den Klienten, seine Betätigungsumwelt und die wechselseitigen Verflechtungen und Bedeutungen gerichtet. Denn das ergotherapeutische

Inhaltsmodell trägt das Paradigma, die Vision und das Leitbild der Ergotherapie in sich und basiert u. a. auf den Theorien der Occupational Science. Ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell trägt zur Schaffung eines Gesamtbildes des Klienten und seiner Wünsche im Hinblick auf das Betätigen und die Partizipation bei. Es hilft bei der Formulierung der Ergotherapieziele und bei der Fokussierung auf das gewünschte Resultat.

Inhaltsvalidität Die Inhaltsvalidität misst, ob alle Aspekte, die in den relevanten Domänen gemessen werden, vollständig erfasst werden. Bei der Beurteilung der Inhaltsvalidität wird nach der Zielbeschreibung des Assessments, nach der Zielgruppe, nach dem Konstrukt und nach dem Auswahlverfahren geschaut.

Inklusion Aufnahme und Integration aller Menschen (mit und ohne Beeinträchtigungen) in die Gesellschaft auf der Basis gleicher Rechte und Pflichten

institutionelle Umwelt (CMOP-E) gesellschaftliche Organisationen und Aktivitäten/Praktiken, einschließlich Politik, Entscheidungsprozesse, Verfahren und andere organisierte Aktivitäten/Praktiken, worunter auch wirtschaftliche Aspekte (wirtschaftliche Dienstleistungen, finanzielle Prioritäten, Vergütungsmöglichkeiten und Beihilfen, Unterstützung von Arbeitnehmern), rechtliche Aspekte (juristische Verfahren und Dienstleistungen) sowie politische Aspekte (öffentlich finanzierte Dienste, Gesetzgebung, politische Praktiken) fallen

intactness Realitätswert

integrierte Versorgung die Kombination aus populationsbasierter und personenorientierter Versorgung

Interaktionstheorie Die Interaktionstheorie geht davon aus, dass Veränderungen des Verhaltens durch die kontinuierliche Interaktion der beteiligten Systeme (Person, Umwelt und Aktivität) zustande kommen, wobei keines der Systeme die Führung über die Veränderungen innehat. Die derzeitige Auffassung ist, dass Entwicklung sich nur als umfassendes interaktives System untersuchen lässt, das aus der Person, ihren Betätigungen/Aktivitäten und ihrer Umwelt besteht.

interaktives Reasoning Beim interaktiven Reasoning geht es um die Bedeutung der Krankheit oder Behinderung für den Klienten vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte und um die Beziehungsaspekte zwischen Klienten und Ergotherapeuten.

interests Interessen

interkulturelle Kompetenz sich im Gespräch von kulturellen Auffassungen, Normen und Wertvorstellungen der eigenen Kultur lösen und sich der eigenen Stellung und Position in der Gesellschaft und der wechselseitigen Beeinflussungen in der Klient-Therapeut-Beziehung bewusst sein

internal control innere Kontrolle

internationale Berufsverbände Internationale Berufsverbände beeinflussen Bildung, Forschung, internationale Politik und Praxis und sagen auch etwas über die Position eines Landes auf dem Weltmarkt.

Internationalisierung Zusammenarbeit und Zusammenleben mit Anderssprachigen, einen ausländischen Arbeitsmarkt erkunden oder im eigenen Fachgebiet stets auf dem aktuellen Stand bei Trends und Neuerungen sein

interne Konsistenz Die interne Konsistenz ist ein Maß dafür, wie die Items einer Skala miteinander zusammenhängen.

interpretative Wissenschaft Forscher, die interpretative Wissenschaft betreiben, interessieren sich mehr für die Erfahrungen und die zugrunde liegenden Vorstellungen der Menschen. Es geht mehr um die Interpretation, die Deutung, die Menschen für eine Situation haben. Die Position des Forschers ist nicht notwendigerweise außerhalb des Untersuchungsbereiches. Der Forscher kann auch Teil der Praxis werden, um so viel wie möglich „von innen“ über die Erfahrungen und Meinungen von Einzelpersonen oder Gruppen zu erfahren. Diese Studien sind in der Regel qualitativer Natur.

interpretativer Bezugsrahmen Der aus den Humanwissenschaften abgeleitete interpretative Bezugsrahmen geht von der Komplexität des menschlichen Betätigens aus. Die interpretative Perspektive besagt, dass die Lebensumwelt eines jeden Menschen einzigartig ist und zum Teil von Erfahrungen und sozialem Kontext geprägt ist.

interprofessionelle Zusammenarbeit zusammen arbeiten, gemeinsam Entscheidungen fällen und sich Verantwortung teilen

Interrater-Reliabilität Die Interrater-Reliabilität ist das Maß, in dem die Messungen verschiedener Therapeuten übereinstimmen.

Intervention Mapping Protokoll, das Professionals bei der planmäßigen und systematischen Entwicklung gesundheitsfördernder Interventionen unterstützt

intervention process Interventionsprozess

Interventionsprozess (OTPF) Der Interventionsprozess besteht aus professionellen Aktionen des Ergotherapeuten in Zusammenarbeit mit dem Klienten, wodurch das Betätigen mit Blick auf Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation erleichtert werden soll. Ergotherapeuten verwenden die während der Evaluation gesammelten Informationen zusammen mit den theoretischen Rahmen für die angestrebte Intervention, um sie auf das Betätigen anzuwenden.

Intervision Wissens- und Erfahrungsaustausch z. B. anhand von Fallbeispielen

Intrater-Reliabilität Die Intrater-Reliabilität gibt an, inwieweit die verschiedenen Messungen desselben Therapeuten übereinstimmen.

intrinsic motivation intrinsische Motivation

irregular occupations unregelmäßige Betätigungen: Aktivitäten, die man sich aussucht und eine positive Bedeutung haben, wie etwa in den Urlaub fahren

ISOS (International Society for Occupational Science)

Die ISOS (www.isocsci.org) ist eine virtuelle Gemeinschaft, die den internationalen Austausch zwischen Menschen und Einrichtungen mit Interesse an Occupational Science und Ausbildung sowie am Betätigen mit Bezug zur Gesundheit und zur gesellschaftlichen Entwicklung ermöglicht.

just right challenge Die Umwelt (good enough) und die Aktivität zusammen stellen letztlich eine Herausforderung dar, die eine Person so beteiligt sein lässt, dass sie in einen Flow gerät.

justice Gleichheit und Gerechtigkeit

Kawa-Modell Kawa“ bedeutet „Fluss“ und das Kawa-Modell steht für das Bild vom Lebensstrom oder Lebensfluss. Dieser kann als ganzes Bild visualisiert werden, wobei der Fluss einen Anfang (Geburt) und ein Ende (Tod) hat. Indem man verschiedene Elemente in und um den Fluss mit einbringt, kann der Lebensfluss des Klienten in bestimmter Weise sichtbar gemacht werden.

Kennenlernphase Die Kennenlernphase ist die erste im Ergotherapieprozess. Sie teilt sich in drei Abschnitte: Überweisung, Treffen und Bereitschaft. Am Ende dieser Phase vereinbaren der Klient und der Ergotherapeut, dass sie die Zusammenarbeit fortsetzen und die Fragestellung bzw. Fragen des Klienten zielgerichtet bearbeiten.

Klassifizierung Einteilung in Gruppen nach Phänomenen, Objekten oder Prozessen aufgrund ihrer Übereinstimmungen oder Ähnlichkeiten bei spezifischen Eigenschaften oder Merkmalen. In einer Klassifizierung werden Objekte indiziert, sortiert, identifiziert, determiniert und kodiert, d. h. die Einordnung von Objekten oder Phänomenen in ein bereits bestehendes Klassifizierungssystem oder die Feststellung der Identität von Objekten über eines oder mehrere Kriterien.

Klient Der Klient ist eine Person beliebigen Alters, eine Organisation oder eine Population mit einer Betätigungsfrage auf dem Gebiet der Alltagsaktivitäten und/oder der Partizipation.

Klientenfaktoren Werte, Überzeugungen, Spiritualität, Körperfunktionen und Körperstrukturen. Diese Klientenfaktoren werden durch die An- oder Abwesenheit von Krankheiten, Deprivation, Behinderungen und Lebenserfahrungen beeinflusst.

Klientenfreundlichkeit/Präsenz Ihr Kennzeichen ist das Dasein für andere, ohne sich zunächst zu sehr um die Beantwortung von Fragen zu kümmern. Alles dreht sich um die Anerkennung des Gegenübers, sodass es, wie sonst auch, voll und ganz mitzählt. Präsenz bedeutet, dass die von der Versorgung abhängige Person und das Versorgungsverhältnis wieder im Mittelpunkt stehen, indem der Therapeut sich aufmerksam und zuverlässig ganz auf den Klienten und seine Umwelt einstellt.

Klientenpartizipation Bei der Klientenpartizipation wird das Konzept der Partizipation in den Zusammenhang mit Gesundheit, Wohlbefinden und Rehabilitation gestellt, wobei die Autonomie und das Mitspracherecht betont werden.

Klientenperspektive Die Klientenperspektive im Reasoningprozess des Ergotherapeuten konzentriert sich darauf, die Betätigungsfragen des Klienten und die Bedeutung der Krankheit oder Behinderung in seinem Leben anhand der Folgen für sein Betätigen und seine Partizipation zu verstehen und eine aus der Sicht des Klienten bedeutungsvolle Zukunft zu gestalten.

Klientenzentrierte Versorgung Der Klient steht im Mittelpunkt. Der Ergotherapeut und der Klient arbeiten partnerschaftlich zusammen. Dabei liegt der Fokus auf der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Wissen und Erfahrungen sowohl des Therapeuten als auch des Klienten fließen dabei mit ein und die Ansichten werden ausgetauscht.

Klientenzentrierung/Kundenzentrierung Situation, in welcher der Klient/Kunde transparente Informationen über die Qualität und den Preis der Versorgung erhält und über die gewünschte Versorgung selbst entscheiden kann

klinimetrische Eigenschaften Die klinimetrischen Eigenschaften bilden die Qualität eines Assessments ab, wobei es um die Reliabilität, die Validität und die Responsivität eines Assessments geht.

klinimetrische Tests gehen der Frage nach, ob ein Messinstrument den Anforderungen Reliabilität, Validität und Responsivität genügt

kognitive Entwicklung Entwicklung des Verstandes: Wissen aufnehmen und verarbeiten, beobachten, denken, Sprache, Bewusstsein, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentration usw.

kognitive Performanzkomponente (CMOP-E) Bei der Kognition geht es um das Denken. Der Begriff umfasst alle mentalen Funktionen, sowohl kognitive als auch intellektuelle. Auch die Wahrnehmung, Konzentration, das Reasoning und das Urteilsvermögen fallen hierunter. Es interessiert bei einer Person weniger eine einzelne psychische Funktion wie etwa das Gedächtnis als vielmehr der Prozess des Denkens während des Betätigens.

kollektives Betätigen (collective occupations) das Betätigen von Gruppen, Gemeinschaften und/oder Populationen in alltäglichen Situationen

kommunale Arbeit In der kommunalen Arbeit richtet sich die Gesundheitsförderung nicht nur auf den Einzelnen, sondern auch an seine (soziale) Umwelt.

konditionales Reasoning Reasoning über ein mögliches Zukunftsbild für den Klienten und den Maßnahmen, die erforderlich sind, um dieses Bild zu verwirklichen

Konstruktvalidität (construct validity) Konstruktvalidität liegt vor, wenn die Messung eines Konstrukts weder durch systematische Fehler noch durch andere Konstrukte verfälscht ist. Sie wird durch das Testen von vorab definierten Hypothesen beurteilt, wie etwa der erwarteten Korrelation zwischen Messinstrumenten, die den gleichen Gegenstand messen, oder dem erwarteten Unterschied bei der Punktzahl zwischen zwei Testgruppen, bei denen eine Differenz zum Testergebnis erwartet wird.

Kontext alles, was es in der direkten Umwelt gibt und sich auf das Betätigen auswirken kann

Kontext/Umwelt Im OTPF werden beide Begriffe verwendet, um interne und externe Bedingungen zu berücksichtigen, die sich gegenseitig beeinflussen und auch Auswirkungen auf die Ausführung von Aktivitäten haben.

kontextbasiert (context-based) Die ergotherapeutische Intervention findet am besten in der Umwelt der Betätigungsfrage des Klienten und seines Systems, der Organisation oder der Population statt.

Kontexttherapie Die Kontexttherapie richtet sich auf die Identifizierung förderlicher und hinderlicher Faktoren bei der Ausführung einer Betätigung selbst oder in der Umwelt. Die Lösung der Betätigungsfrage kommt über eine Anpassung der Betätigung oder durch eine Veränderung der Umwelt zustande, jedoch nicht über eine Beeinflussung der Betätigungsvoraussetzungen der Person.

konzeptionelles Modell Wohnen Dieses Konzept beinhaltet drei Bereiche, in denen dargestellt wird, wie jemand sein Zuhause erfährt, nämlich persönlich, sozial und physisch. Für jedes „Zuhause“ gilt, dass es eine einzigartige Kombination aus der Person, der sozialen und physischen Umwelt und der zugemessenen Bedeutung darstellt. Darüber hinaus spielen die zeitlichen Dimensionen der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft eine Rolle.

Körperfunktionen (ICF) physiologische und psychologische Eigenschaften des menschlichen Körpers

Körperstrukturen (ICF) anatomische Teile des menschlichen Körpers wie Organe, Gliedmaßen und deren Bestandteile

kreatives Denken Summe aus Denkgewohnheiten, Denkfertigkeiten, Denktechniken und Denkprozessen, welche die Chance bietet, Muster zu durchbrechen und neue Verschaltungen im Gehirn anzulegen. Kreatives Denken beginnt mit einer kreativen Wahrnehmung, wobei die dominante Wahrnehmung verlassen wird und Wahrnehmungssprünge möglich gemacht werden. Dabei werden Urteile und Bewertungen hintangestellt, wodurch Freiräume für neue Ideen gewonnen werden. Flexibles Assoziieren, Brainstorming, divergierendes Denken und die Entwicklung der Vorstellungskraft sind Aspekte des kreativen Denkens.

kreatives Reasoning Die Erfolgfelder der Ergotherapie sind die Begleitung und Unterstützung des Klienten und das Finden kreativer Lösungen für Betätigungsfragen sowie die gemeinsame Überlegung und das gemeinsame Ausprobieren von kreativen Anpassungen, die das Betätigen wieder ermöglichen.

kritisch-emanzipatorische Wissenschaft Die kritisch-emanzipatorische Wissenschaft basiert auf der Prämisse, dass Forscher in die Gesellschaft eingebunden sind und sich kritisch mit der Gesellschaft und den Forschungsergebnissen auseinandersetzen. Ziel dieser Richtung ist es, die Emanzipation von Gruppen zu fördern, z. B. um die Position der Klienten zu verbessern. Kritisch-emanzipatorische Studien sind nicht explizit quantitativ oder qualitativ, sondern kombinieren in der Regel verschiedene Forschungsmethoden. Diese Form der Forschung wird auch als Aktionsforschung bezeichnet.

kritisch-emanzipatorischer Bezugsrahmen Dieser Bezugsrahmen stammt aus den Sozialwissenschaften (Soziologie, Kulturanthropologie, Politikwissenschaft) und erkennt die politische Natur menschlichen Handelns und die Komplexität der Gesellschaft an. Kritisch-emanzipatorisches Handeln erfordert Engagement und eine kritische Haltung gegenüber sozialen Fragen und dem eigenen Handeln mit dem Ziel, zur Emanzipation von Gruppen beizutragen.

kritischer Professional Den kritischen Professional zeichnet es aus, explizit auf das eigene Handeln als Professional zurückzublicken und darüber nachzudenken.

Küchentischgespräche Treffen, in denen es um die Klärung einer Versorgungssituation zwischen Professionals, dem Klienten und der Gemeinde geht, und weniger um Indikationsfragen

Kultur System aus geteilten Ideen, Konzepten, Regeln und Bedeutungen, die diesen zugrunde liegen und sich darin äußern, wie Menschen leben. Kultur ist in Bewegung (dynamisch).

kultureller Kontext alle Aspekte einer Kultur, mit denen eine Person in Berührung kommt und die dadurch ihr Betätigen beeinflussen, wie ethnische, zeremonielle und routinemäßige Aktivitäten/Praktiken, die auf dem Ethik- und Wertesystem bestimmter Gruppen basieren

Lebensfluss (Kawa-Modell) life flow; steht für Gesundheit und Wohlbefinden

Lebenslauf Das rhythmische und sich verändernde Muster des menschlichen Lebens, das von erwarteten und unerwarteten Ereignissen und Wechselwirkungen zwischen der Person und der Umwelt geprägt ist. Er setzt sich aus den einzigartigen Erfahrungen zusammen, die während des Lebens eines Menschen entstehen.

Lebensstilfaktoren Faktoren, die von einer Person selbst beeinflusst werden können und Einfluss auf ihre Gesundheit haben, wie Bewegung, Ernährung, sichere Sexualkontakte, Rauchen, Alkohol, Drogen, die Ausführung von Aktivitäten und die Entspannung

Lebensstilmonitoring Mit dem Lebensstilmonitoring werden schleichende Veränderungen im täglichen Aktivitätsmuster registriert. Die Sensoren in der Wohnung und ein Computerprogramm liefern Hinweise über das Funktionsniveau von zu Hause lebenden älteren Menschen. Angehörigenpfleger und beteiligte Mitarbeiter von Versorgungs- und Pflegediensten können diese Informationen über eine App auch aus der Ferne begutachten

Leistungsfähigkeit (capacity; ICF) beschreibt die Möglichkeit, eine Aufgabe oder Betätigung in einer standardisierten Umgebung (oft klinisches Setting) auszuführen

Leitlinien Eine Leitlinie gibt auf der Grundlage von Forschungsergebnissen Einblick in den Inhalt der Versorgung oder einer Therapie für eine bestimmte Zielgruppe. Sie wurden für den „Durchschnittsklienten“ erstellt und werden an den individuellen Klienten oder Patienten angepasst.

lived body „gelebter Körper“: die subjektive Durchführungserfahrung innerhalb der Welt und das Wissen um die Welt durch unseren Körper.

Marginalisation, Randständigkeit, Ausgrenzung In den westlichen Staaten landen manche Gruppen mit geringen Aussichten auf dem Arbeitsmarkt und schlechter Schulbildung am Rand der Gesellschaft. Dort können auch Migranten auskommen, vor allem wenn sie durch fehlende Arbeit und geringe Bildung wenig Aussicht auf eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben haben

mastery Das Beherrschen einer Betätigung bezieht sich auf die verschiedenen Stufen des Könnens, die sich im Laufe des Lebens auf der Grundlage von Reifung, Erfahrung und Fertigkeit einstellen. Der Mensch hat einen natürlichen Antrieb, neue Aktivitäten in den Griff zu bekommen und darin immer besser zu werden.

meaningful bedeutungsvoll

medizinische Perspektive die Störungen und Beeinträchtigungen eines Menschen stehen bei der Frage nach der Gesundheit im Mittelpunkt. Gesundheit ist eine statische Idealvorstellung.

Methode Eine Methode ist eine feste, gut durchdachte Form des Handelns mit dem Zweck, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, also das, was man letztlich in einer spezifischen Situation als Intervention durchführt. Aus derselben Methodik kann der Ergotherapeut die Methode ändern (reframing).

Methodik Eine Methodik ist ein Bündel von Methoden zur Einleitung eines auf einer Theorie basierenden Veränderungsprozesses. Mit anderen Worten: Eine Veränderung wird nach einer auf Theorien basierenden Methodik in Gang gesetzt.

methodisches Handeln Das methodische Handeln lässt sich als bewusstes, zielgerichtetes professionelles Handeln in einer bestimmten Phase innerhalb eines Prozesses definieren. Merkmale des methodischen Handelns sind das systematische, prozesshafte, bewusste, zielgerichtete und dynamische Handeln. Es dient einem strukturierten und kontrollierten Verlauf der Ergotherapie.

Migration Abwanderung von Menschen. Die wichtigsten Gründe für Migration sind Arbeit, Familie, Ausbildung, Krieg, Unsicherheit und Gewalt.

milieuorientierte Rehabilitation Milieuorientierte Rehabilitation ist die Begleitung und Gestaltung der direkten sozialen und physischen Umwelt des Klienten sowie die Gestaltung kultureller und gesellschaftlicher Faktoren. Dabei sind Erfolg und Zufriedenheit in einer möglichst normalen sozialen Umwelt das Ziel.

Milieutheorie Danach haben neben der Reifung des zentralen Nervensystems auch alle Aspekte der Umwelt eines Kindes Einfluss auf dessen willkürliches Verhalten und seine Entwicklung.

mission statement Leitbild

Modell Ein Modell ist eine vereinfachte, zusammenfassende Darstellung einer Theorie, in der die Vision, das Leitbild und das Paradigma integriert sind und die Verbindungen zwischen den Elementen in einem Schema visuell dargestellt werden.

Modell der Spielfähigkeit (playfulness) Enthält vier Elemente mit zugrunde liegenden Merkmalen, die zusammen die Playfulness eines Kindes bestimmen: Motivation, Kontrolle, Freiheit zur Fantasie und „framing play“ (Kap. 16.3.3).

MOHO (Model of Human Occupation) Das MOHO erklärt, wie das menschliche Betätigen motiviert, (in Mustern) organisiert und ausgeführt wird und welche Wechselwirkungen es zwischen dem Betätigten der Person und seiner Umwelt gibt. Im MOHO wird der Mensch als aus drei miteinander verbundenen Bestandteilen zusammengesetzt dargestellt: Volition, Habituation und Performanzvermögen. Diese Komponenten reagieren aufeinander und auf die Umwelt und bilden so das Betätigen.

moral treatment Behandlungsform psychisch kranker Menschen im 19. Jahrhundert, bei der Produktivität, Kreativität und Erholung im Mittelpunkt standen

Motivation Motivation ist ein komplexer Begriff, der mit den unterschiedlichen Prozessen zusammenhängt, die für den Beginn, die Aufrechterhaltung und den Grad der Intensität des Betätigens eine Rolle spielen

motivational interviewing (MI) motivierende Gesprächsführung

motivierende Gesprächsführung Die motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing) unterstützt die Veränderung eines Betätigungsmusters durch Aufklärung und Auflösung der mit einer Veränderung verbundenen Ambivalenzen.

MRC-Modell (Medical Research Council Model) Zur Entwicklung, Evaluierung und Durchführung von (komplexen) Interventionen wird das Medical Research Council Model (MRC-Modell) eingesetzt, das in der Ergotherapiefor schung sehr nützlich ist. Das Modell gibt dem Forscher Hinweise darauf, welche Fragen in den verschiedenen Phasen zu untersuchen sind, um die Intervention Schritt für Schritt methodisch fundiert und in wissenschaftlicher Weise weiterzuentwickeln, zu evaluieren oder umzusetzen.

Nachbarschaftsentwicklung (community development) Professional ist Unterstützer, Ausbilder und Mentor und stellt sich in den Dienst der Gemeinschaft

Nachsorge Nachsorge bietet die Möglichkeiten der Wiederaufnahme der Ergotherapie, wenn der Klient dies für notwendig hält. Auch eine Nachbereitung (telefonisch oder mit Termin) kann vereinbart werden. Es gibt Evidenzen für die Auffassung, wonach Nachsorge auch zugleich Vorsorge ist (Prävention, Gesundheitsförderung).

Narrativ die persönliche Geschichte des Klienten, die in der ergotherapeutischen Intervention eingesetzt wird, um die Betätigungsfrage und ihre Bedeutung für den Klienten aus dem breiteren Kontext seiner Lebenssituation und im Hinblick auf das interpretative Reasoning zu verstehen

narrative in action Kombination aus einer Erzählung (Narrativ) und der Ausführung einer Betätigung. Dabei erzählt die Person ihre persönliche Geschichte, während sie eine Betätigung ausführt. Es führt zu reichhaltigeren Informationen über die Bedeutung einer Betätigung, weil das Tun andere Erfahrungen im Zusammenhang mit dieser Betätigung in Erinnerung ruft, welche die Person dann auch in ihrer Geschichte berücksichtigt.

narratives Reasoning Das narrative Reasoning stützt sich auf die Lebensgeschichte des Klienten hinsichtlich der Bedeutung von Aufgaben, Sitten und Rollen des Klienten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Nature-nurture-Dichotomie Anlage-Umwelt-Diskurs

necessary occupations notwendige Betätigungen bezeichnet Aktivitäten der erforderlichen Versorgung von sich selbst, wie essen, schlafen, Sexualität und die Erfüllung der persönlichen gesundheitlichen und hygienischen Bedürfnisse

nonmaleficence Nicht-Schaden

occupation das Betätigen/die Betätigung

occupation-based betätigungsbasiert; das Betätigen ist die Kerndomäne der Ergotherapie und sowohl Mittel als auch Zweck der Ergotherapie.

occupational adaptation Die Betätigungsanpassung erscheint hierbei als Prozess der Interaktion zwischen der Person (desire for mastery) und der Umwelt (demand for mastery), in dem sich das Betätigen einer Person abspielt

Occupational Adaptation Model Modell, in dem der Prozess der Interaktion zwischen Mensch und Umwelt im Mittelpunkt steht und das zeigt, wie der Mensch sein Betätigen besser in den Griff bekommen und anpassen kann

occupational alienation Betätigungsentfremdung

occupational apartheid Betätigungsausgrenzung

occupational balance Betätigungsgleichgewicht

occupational challenges Anforderungen beim Betätigen

occupational competence Betätigungskompetenz

occupational deprivation Betätigungsdeprivation, Ausschluss vom Betätigen

occupational development Entwicklung des Betätigens

occupational disruption zeitliche Beeinträchtigung von Betätigung etwa durch Krankheit oder einen Umgebungswechsel

occupational imbalance Ungleichgewicht im Betätigen

occupational influences Einfluss des Betätigens auf die Umgebung

occupational issue Betätigungsfrage

occupational need Betätigungsbedürfnis

occupational participation Partizipation

occupational pattern Betätigungsmuster

occupational performance Betätigungsperformanz (Betätigungsausführung)

occupational performance areas Betätigungsbereiche

occupational person sich betätigende Person

occupational profile Betätigungsprofil

occupational repertoire Betätigungsrepertoire

occupational roles Betätigungsrollen

Occupational Science Untersucht mit verschiedenen Methoden das „Wer, was, wie und warum“ des Betätigens und den Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden. Die Occupational Science schafft Modelle, Theorien und Bezugsrahmen über den Kern der Ergotherapie.

occupational skill Fertigkeit

occupational transitions Die Übergänge zwischen den einzelnen Lebensphasen sind oft mit Unterbrechungen des Lebensweges verbunden.

ökosystemischer Ansatz Dieses Modell nach Bronfenbrenner geht davon aus, dass die Umwelt einen großen Einfluss auf die Entwicklung hat. „Öko-“ steht dabei für die biologischen Faktoren einer Person – Alter, Geschlecht und Erbfaktoren –, „systemisch“ steht für die Interaktion mit der Umwelt. In diesem Modell steht der Mensch im Kontext seiner ständig wachsenden sozialen Umwelt. Es geht davon aus, dass die sozioemotionale Entwicklung durch die Interaktion mit der soziokulturellen Umwelt zustande kommt.

open-ended questions offene Fragen

OPM(A) (Occupational Performance Model Australia) In diesem Modell steht die Ausführung von Betätigungen im Mittelpunkt. Sie wird als Reaktion auf die Anforderungen aus dem internen und externen Kontext betrachtet.

optional talk Optionsgespräch

Organisation als Klient Als Organisation bezeichnet man eine von ihren Mitgliedern bewusst gewählten Verbund zum Zwecke der Zusammenarbeit natürlicher Personen oder Rechtspersonen, um bestimmte Ziele zu erreichen. Unter diese Definition fallen Betriebe, Vereine, Bünde, Clubs, Genossenschaften, Behörden, Stiftungen usw.

OTARG (Occupational Therapy Africa Regional Group) regionale Gruppe, deren Ziel u.a. darin besteht, die Ausbildung in der Ergotherapie an die Bedürfnisse behinderter Menschen in afrikanischen Gemeinschaften anzupassen

OTIPM (Occupational Therapy Intervention Process Model) lenkt das professionelle Reasoning während der Planung und Implementierung der Assessments und Interventionen in die gewünschte Richtung

Ottawa-Charta WHO-Charta, welche die Grundsätze der Gesundheitsförderung festlegt

outcome Ergebnis

Paradigma Unter einem Paradigma versteht man in der Wissenschaft und in der Philosophie ein zusammenhängendes Konstrukt aus Modellen und Theorien, das einen Denkraum bildet, in dem die Wirklichkeit analysiert und beschrieben wird.

Partizipation Partizipation bedeutet zum einen „teilnehmen“ oder „anwesend sein“, zum anderen „partizipieren an Entscheidungen“. In der Ergotherapie strebt man nach beidem. Bei der ersten Deutung liegt der Schwerpunkt auf der Partizipation in der Gemeinschaft, dem Mitwirken beim Zusammenleben. Bei der zweiten Deutung nimmt der Ergotherapeut eine bestimmte Haltung ein, durch die er den Klienten in den Entscheidungsfindungsprozess einbezieht.

Partizipationsgesellschaft die Welt der Mitarbeit (lokale Initiativen, welche die Bürger in ihrer eigenen Umwelt ins Leben rufen), die Welt des Mitdenkens (z. B. lokale Treffpunkte) und die Welt der gemeinsamen Beschlussfindung (lokale kommunalpolitische Ebene). Zusammen bilden sie das Wesen der Partizipationsgesellschaft, in welcher der Staat einen Schritt zurücktritt und den Bürgern den Freiraum lässt, selbst etwas zu unternehmen und sich umeinander zu kümmern.

Partizipationsrad Jedes Institut, jede Organisation oder Gemeinde kann die Idee des niederländischen Partizipationsrades als Instrument nutzen, um herauszufinden, was eine bestimmte Zielgruppe (z. B. eine Gruppe junger Rollstuhlfahrer, die sich für bessere Möglichkeiten im Behindertensport in ihrer Gemeinde einsetzen) für wichtig hält, was ihre Wünsche und Ziele sind, wie sich optimal mit den Jugendlichen zusammenarbeiten lässt und welche rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet werden sollten, um die Partizipation dieser Zielgruppe zu fördern. In einem Partizipationsrad werden sechs Zielbereiche festgelegt: selbstständiges Funktionieren, soziale Kontakte, gesellschaftliche Partizipation, gesellschaftliche Beiträge, Fertigkeiten erlangen und bezahlte Arbeit.

partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) Prozess, bei dem der Klient gemeinsam mit dem Professional zu einer Entscheidung über die gewünschte Versorgung oder Intervention kommt

Patienten-, Klienten- und Verbraucherorganisationen Es gibt viele verschiedene Patienten-, Klienten- und Verbraucherorganisationen, die sich, jeweils ausgehend von ihren eigenen Interessen, die oft im Zusammenhang mit einer bestimmten Erkrankung oder Erkrankungsgruppe stehen, für ihre Mitglieder in den Bereichen Rechtsvertretung, Informationsvermittlung, Aufklärung, Kontakt mit Leidensgenossen, Selbsthilfegruppen und auch in den größeren Verbänden für die Forschung einsetzen.

PDCA-Zyklus (plan-do-check-act) Prozess aus Planung und Zielformulierung (plan), Umsetzung der Pläne (do), Evaluation der Leistungserbringung (check) und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen (act).

peer support erkennt, nutzt und stimuliert das Erfahrungswissen des Klienten

PEO-Modell (Person-Environment-Occupation-Modell) Das PEO-Modell spiegelt die dynamische Transaktion zwischen der Person, ihren Betätigungen und der Umwelt zu einem bestimmten Zeitraum wider. Die drei Kreise Person, Umwelt und Betätigung überlappen einander und repräsentieren die Ausführung einer Betätigung (occupational performance).

PEOP OT-Prozessmodell Der Prozess besteht aus vier Hauptkomponenten, die während des ergotherapeutischen Prozesses gleichzeitig ablaufen können: Narrativ, Assessment und Evaluation, Intervention und Ergebnis. Das PEOP OT-Prozessmodell identifiziert die ganzen fördernden und abträglichen Faktoren und unterstützt dadurch sowohl den Ergotherapeuten als auch den Klienten darin, gemeinsam zu einem realistischen Plan für eine Intervention zu kommen.

PEOP-Modell (Person-Environment-Occupation-Performance Model) Das Modell geht davon aus, dass die Ausführung von „Aktivitäten, Aufgaben und Rollen“ durch die „Person“ und die „Umwelt“ unterstützt wird und dass diese drei Kernelemente die Grundlage des Betätigens bilden. Das PEOP-Modell macht deutlich, dass das Betätigen Partizipation ermöglicht und zum Wohlbefinden der Menschen beiträgt.

performance Performanz bzw. Ausführung

performance patterns Performanzmuster

Performanzfertigkeiten (performance skills) zielgerichtete Aktionen, die als kleine Einheiten während der Durchführung und des Beteiligtseins bei einer täglichen Aktivität wahrnehmbar sind

Performanzvermögen (performance capacity; MOHO) die Fähigkeiten umschrieben, die das Betätigen möglich machen. Diese Fähigkeiten werden durch die zugrunde liegenden objektiven und psychischen Komponenten und den damit zusammenhängenden subjektiven Erfahrungen geformt.

Person (CMOP-E) Im CMOP-E gilt eine Person als integrierte Einheit ihrer spirituellen, sozialen und kulturellen Erfahrungen und wahrnehmbaren Fähigkeiten (performance components).

personal causation persönliche Effektivität

personal health record (PHR) persönliche Krankenakte

personal leadership Sie wird definiert als Prozess, in dem ein Individuum eine Gruppe von Individuen beeinflusst, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Dabei geht es für Ergotherapeuten um die Führung beim Ermöglichen von Betätigung bzw. um die „Leadership in Enabling Occupation“.

persönliche Faktoren Intrinsische persönliche Faktoren bestehen aus psychischen, bedeutungs- und sinnstiftenden oder spirituellen, physiologischen, kognitiven, sensorischen und motorischen Faktoren, die den individuellen Hintergrund einer Person ausmachen.

persönlicher Kontext Merkmale einer Person, die nicht direkt mit ihrem Gesundheitszustand in Zusammenhang stehen, wie etwa Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Bildungsniveau

Perspektive der Aktivität (ICF) Hier geht es darum, was jemand tut oder (noch) tun kann, welche Aktivität jemand ausführt oder ausführen könnte.

Perspektive der Teilhabe (ICF) Bei Perspektive der Teilhabe betrachtet man die Frage, ob jemand am gesellschaftlichen Leben in allen Lebensbereichen teilhaben kann, ob er dies auch tatsächlich tut und ob er ein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft ist oder sein könnte.

physische Performanzkomponenten (CMOP-E) beschreibt das „Tun“ und umfasst alle sensorischen, motorischen und sensomotorischen Funktionen. Im Mittelpunkt steht für den Klienten nicht die Qualität des Muskeltonus, sondern seine Leistungsfähigkeit im Alltag.

physische Umwelt die natürliche und nicht menschliche Umwelt und die Objekte darin. Sie besteht aus Gebäuden, Gärten, Straßen, Transportmitteln, Technologie, Klima und anderen Materialien.

playfulness Spielfähigkeit

politisches Reasoning Beim politischen Reasoning geht es um das Verständnis für die Entstehung von Konflikten zwischen Gruppen, um die Entwicklung kooperativer Strategien, welche die Ergebnisse der Zusammenschlüsse beeinflussen, und um die Lösung der Konflikte.

Population als Klient Eine Population ist eine Gruppe oder eine bestimmte Zahl von Menschen, die in einem bestimmten Gebiet lebt oder sich durch gleichartige Merkmale definiert (z.B. Beruf oder Alter). Manchmal geht es um die gesamte Bevölkerung, manchmal um Untergruppen wie z.B. Langzeitarbeitslose, gebrechliche Ältere oder Kinder mit chronischen Erkrankungen, doch können mit Population auch die Einwohner eines bestimmten Viertels gemeint sein.

populationsbasiert Der Ergotherapeut konzentriert sich darauf, die soziale Teilhabe von Personengruppen in der Gesellschaft zu ermöglichen. Ziel der populationsbasierten Arbeit ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Die Betreuung einer bestimmten Population berücksichtigt die Bedürfnisse und Merkmale der Bürger etwa auf politischer, wirtschaftlicher, sozialer und ökologischer Ebene.

populationsbasierte Versorgung Die populationsbasierte Versorgung zielt auf die Verbesserung der Gesundheit in einer Population. Die Versorgung einer bestimmten Population berücksichtigt die Merkmale und Nöte der Bevölkerung auf z. B. der politischen, ökonomischen, sozialen und ökologischen Ebene. Sie nimmt einen integralen Blickwinkel ein und schaut auf die Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen und sozialen Fragen.

position statement Stellungnahme

positive Gesundheit Fähigkeit zur Anpassung und zur Eigenregie im Lichte der physischen, emotionalen und sozialen Herausforderungen des Lebens

power sharing Aufteilung der Machtposition

powerful occupation optimale Betätigungen zu ermöglichen

pragmatisches Reasoning Beim pragmatischen Reasoning geht es um den Einfluss praktischer Faktoren, den Einfluss der Umwelt und den Einfluss des Ergotherapeuten selbst auf den Therapieprozess.

Prävention Gesamtheit aller Maßnahmen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems, die auf den Schutz und die Förderung der Gesundheit durch die Verhinderung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen abzielen

Primärprävention Die Primärprävention zielt darauf ab, die Krankheit oder die gesundheitliche Beeinträchtigung zu verhindern. Diese Form richtet sich an gesunde Einzelpersonen oder Gruppen.

product-related intended use produktbezogener Verwendungszweck;

Professionalisierung Professionalisierung ist ein Prozess, der vor allem bei Dienstleistungs- und Versorgungsberufen auftritt. Es beschreibt die Art und Weise, wie ein Beruf sein Profil schärft Schlüsselbegriffe rund um die Professionalisierung sind: Erkennbarkeit des Berufes in der Gesellschaft, Fachkompetenz des Berufes, Autonomie der Berufsgruppe, Monopol der Berufsgruppe, Theorienbildung, anerkannte Ausbildung, Qualität der Versorgung, Berufsordnung und Berufsverband.

professionelles Reasoning Denkprozess des Ergotherapeuten in Bezug auf einen Klienten in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses

Protokoll Ein Protokoll ist spezifischer als eine Leitlinie. Es stellt vorzugsweise eine Übersetzung in den Pflegeprozess dar. Die verschiedenen Schritte und Entscheidungsmomente werden detaillierter aufgeführt. Neben dem Was und dem Wann werden auch das Wie und oft auch das Von-wem beschrieben.

prozedurales Reasoning Reasoning auf der Grundlage der Art der medizinischen Diagnose und Behinderung, um Hypothesen zum besseren Verständnis für die Fragestellung und die Auswahl möglicher (evidenzbasierter) Interventionen aufzustellen

Prozess Der Ergotherapieprozess ist dynamisch, klientenzentriert und auf das Betätigen ausgerichtet. Nach dem OTPF konzentrieren sich dabei nur Ergotherapeuten auf das Endziel: Gesundheit und Partizipation durch Beteiligung an den täglichen Aktivitäten.

Prozess des anvisierten Outcomes (OTPF) Die Ergebnisse (outcomes) sind die Endresultate des ergotherapeutischen Prozesses und beschreiben, was der Klient durch die Ergotherapie erreicht hat. Der Effekt der Ergotherapie kann sich in allen Bereichen der Domäne zeigen. Die Ergebnisse sind eine direkte Folge der Interventionen bei bestimmten Aktivitäten, Klientenfaktoren, Performanzfertigkeiten, Performanzmustern, Kontexten und der Umwelt. Ergebnisse können auch mit einer Verbesserung der wechselseitigen Beziehungen zwischen den Aspekten in der Domäne zusammenhängen.

Prozessmodelle Bei einem Prozess geht es darum einen Verlauf oder Entwicklungsgang in Schritte einzuteilen, und es geht auch um eine zeitliche Abfolge. Während eines Prozesses wird der Weg zu einem gewählten Ziel aufgezeigt und umgesetzt, wobei das Erreichen des Ziels ein tragfähiges Ergebnis bedeutet, das durch die Zusammenarbeit der beteiligten Parteien zustande kommt. Prozessmodelle sind allgemeinerer Natur und werden nicht speziell für die Ergotherapie entwickelt. Unabhängig von der Fragestellung besteht ein Prozess aus einer Reihe von Phasen, die jede in verschiedene Schritte unterteilt wird.

qualitative Forschung systematische Art der Datenerhebung und -analyse, die darauf abzielt, Phänomene in ihrer natürlichen Umgebung durch Befragung, Beobachtung und Dokumentenanalyse zu untersuchen. In der qualitativen Forschung ist der Forscher besonders an der Perspektive, den Erfahrungen und Meinungen der Forschungsteilnehmer interessiert.

Qualitätsregister Gesundheitsberufe Bei diesem Register handelt es sich um ein freiwilliges Register für neun Gesundheitsberufe in den Niederlanden. Diese Berufe legen die Anforderungen fest, die ihre Vertreter erfüllen müssen. Mit diesem Qualitätsregister wird einmalig registriert, ob ein Gesundheitsprofessional die Ausbildungsanforderungen des BIG-Gesetzes erfüllt. Nach fünf Jahren wird dann überprüft, ob die Person noch über die aktuellen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. Um dieser (Re-)Registrierung nachzukommen, ist es zwingend erforderlich, in diesem Fünfjahreszeitraum eine bestimmte Anzahl von Stunden an klientenbezogenen Aktivitäten durchgeführt zu haben und an Weiterbildungsmaßnahmen in verschiedenen Bereichen teilgenommen zu haben.

quantitative Forschung Forschungsform, die zahlenmäßige Informationen liefert, aus denen Rückschlüsse auf Personen oder Objekte in einer bestimmten Situation gezogen werden können

Recht auf Betätigung (occupational justice) Recht des Menschen, sich an einer ausreichenden Anzahl und Vielfalt von Betätigungen zur Förderung von Entwicklung, Gesundheit und Wohlbefinden zu beteiligen

Red Flags (rote Flaggen) klinische Warnsignale, die Hinweise auf mehr oder weniger schwere Erkrankungen geben und zunächst weitere Untersuchungen oder weitere Informationen erfordern

reduktionistisches Denken, Reduktionismus Nach diesem Denkschema gilt der Körper als empfänglich für mechanische Interventionen. Im Mittelpunkt stehen die manifesten (physischen) Strukturen und Prozesse im Körper, die sichtbar und messbar gemacht werden können. Die menschliche Funktion wird erklärt, indem man sie wie eine Maschine zerlegt und überprüft, wie die verschiedenen Teile funktionieren. Es geht viel um Ursache und Wirkung im physischen System des Körpers.

reflective listening aktives Zuhören

Regenbogenmodell Das Regenbogenmodell bietet einen Überblick über die sozialen Determinanten, welche die Gesundheit beeinflussen können.

regular occupations regelhafte Betätigungen: Aktivitäten, die täglich oder wöchentlich absolviert werden, ohne dass die Person wirklich beteiligt ist, die jedoch mehr zur Routine gehören, wie etwa das Einkaufen oder das tägliche Ausführen des Hundes

Rehabilitation Rehabilitation ist ein Prozess, in dem direkte Hilfestellungen für den Klienten mit der Begleitung und Gestaltung der Umwelt kombiniert werden, wodurch die Betätigungen und die Partizipation möglichst weit ausgedehnt und die vorhandenen Kapazitäten so gut es geht in einem möglichst normalen sozialen Rahmen eingesetzt werden.

Reifungstheorie Die Reifungstheorie geht davon aus, dass es innerhalb einer Person zu einer Entwicklung des Verhaltens kommt, die von der Reifung des zentralen Nervensystems abhängt. Sie geht davon aus, dass die Umweltfaktoren darauf keinen Einfluss nehmen.

Reintegration Der Begriff Reintegration bezieht sich auf zwei Dinge: (1) begleitete Rückkehr an einen Arbeitsplatz auf eine andere Stelle im gleichen Betrieb oder in einem anderen Betrieb; (2) Einführung von Menschen mit einer Arbeitsbehinderung

relaxing occupations entspannende Betätigungen: Aktivitäten, die auf die Entspannung abzielen, wie spazieren oder Rätsel lösen

Reliabilität Die Reliabilität oder Zuverlässigkeit eines Assessments gibt an, inwieweit bei verschiedenen Messungen die gleichen Ergebnisse resultieren, d. h. reproduzierbar sind.

Resilienz die Fähigkeit, auch bei größeren Schwierigkeiten die Gesundheit zu erhalten oder zurückzugewinnen

respect for autonomy Respekt vor der Autonomie des Klienten

Respekt Eine andere Person zu respektieren bedeutet, die Meinungen, Entscheidungen und Werte des Klienten sowie seine Möglichkeiten, Bedürfnisse und Grenzen zu berücksichtigen.

Responsivität Die Responsivität ist definiert als das Vermögen eines Assessments, Veränderungen im zeitlichen Verlauf zu erkennen.

Retest-Reliabilität der Grad, in dem bei der Wiederholung einer Messung für dieselbe Personengruppe die gleichen Ergebnisse erzielt werden

Rituale symbolische Handlungen mit spiritueller (sinnstiftender), kultureller oder sozialer Bedeutung, die zur Identität einer Person beitragen und Werte und Glauben stärken. Rituale haben eine starke affektive Komponente und bestehen aus einem Bündel von Ereignissen

Rollen Reihe von Verhaltensweisen, die den Erwartungen der Gemeinschaft entsprechen und durch Kultur und Kontext geprägt sind; weitere Ausdefinierung durch den Klienten (der Ideen dazu hat)

Routinen Verhaltensmuster; bringt Struktur in das tägliche Leben. Routinen können nützlich sein oder Schaden anrichten. Routinen erfordern kurzfristiges Engagement und passen in kulturelle und ökologische Zusammenhänge

Schädigung (ICF) Abweichungen oder Verlust von Körperfunktionen oder Körperstrukturen

Sekundärprävention Die Sekundärprävention konzentriert sich auf die Früherkennung von Krankheiten oder Gesundheitsproblemen. Das Screening ist ein wichtiger Bestandteil dieser Präventionsform, wie z. B. das Screening von Kindern zu Schreibschwierigkeiten. Ein Screening ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn es in der Folge auch eine adäquate Intervention gibt.

Selbstdeterminationstheorie Theorie von Deci und Ryan dazu, was für die Qualität einer Motivation maßgeblich ist. Dieser Theorie zufolge haben Menschen drei fundamentale Bedürfnisse: 1. Kompetenz erleben und spüren, dass man etwas kann, 2. selbst bestimmen, was man tun will, und nicht etwas von anderen aufgezwungen bekommen und 3. nach Verbundenheit, d. h. Beziehungen eingehen können, dazugehören und von anderen akzeptiert werden.

Selbstmanagement Selbstmanagement ermöglicht es Menschen, eine oder mehrere chronische Erkrankungen optimal in ihr Leben zu integrieren. Dabei geht es um Symptome, Therapien, körperliche, psychische und soziale Folgen und entsprechende Anpassungen des Lebensstils. Durch die Ausübung von Aktivitäten oder, einfach gesagt, wenn man etwas tut, kann man auf verschiedenen Ebenen Erfahrungen sammeln. Mit diesen Erfahrungen bekommt das Tun eine Bedeutung. Man kann verhandeln, und es werden Entscheidungen darüber getroffen, ob man eine Aktivität fortsetzt, verändert oder abbricht. Es geht um das selbstständige Ausführen von Aktivitäten in Eigenregie, deren Ziel die Maximierung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens ist. Unterstützend wirken dabei gemeinsame Entscheidungen und das Empowerment, wie etwa durch das gemeinsame Erarbeiten eines individuellen Therapieplans mit persönlichen Zielen und die Unterstützung des Klienten bei der Steigerung seiner Fähigkeit zur Selbststeuerung.

Selbstwirksamkeit (self-efficacy) Glaube an die eigenen Möglichkeiten

self-advocacy das „Für-sich-selbst-sprechen“

self-care; auch self-care occupations Selbstversorgung in Bezug auf die ADL-Aktivitäten

self-maintenance Selbsterhaltung

sensomotorische Entwicklung Entwicklung der Fähigkeit, Sinnesreize und Bewegungen aufeinander abzustimmen und zwar von der minimalen Kontrolle über die eigenen Bewegungen bis zur Ausführung komplexer Fertigkeiten wie laufen, springen einen Ball fangen und schreiben

shared decision making partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

shared occupations Individuen haben das Bedürfnis, mit anderen einer gemeinsamen Betätigung nachzugehen und Erfahrungen, Interessen, Wertvorstellungen oder Ziele zu teilen.

SMART-Kriterien Kriterien zur Formulierung der zu erreichenden Behandlungs-, Begleitungs- oder Beratungsziele: spezifisch (es wird konkret und präzise formuliert), messbar (Messungen in Größen und Zahlen sind möglich, akzeptabel (Ziele sind für alle Beteiligten akzeptabel, es besteht Konsens); realistisch (das angestrebte Ergebnis ist realisierbar), terminiert (es wird ein Zeitpunkt ermittelt, zu dem das Ziel erreicht sein soll).

social justice soziale Gerechtigkeit

social occupations soziale Betätigungen: Aktivitäten, die auf die soziale Interaktion von Menschen ausgerichtet sind

soziale Kohäsion Sie beschreibt die Bereitschaft von Gruppen zur Zusammenarbeit und zur gemeinschaftlichen Investition in ein gemeinsames Ziel.

soziale Perspektive In der sozialen Perspektive werden Gesundheit und die Möglichkeit, sich zu betätigen, auf

der Grundlage der sozialen Gerechtigkeit und der Chancengleichheit betrachtet. Gesundheit und die Fähigkeit, sich zu betätigen, gelten als ein Konzept, das den Einflüssen des gesellschaftlichen Kontextes unterworfen ist, in dem jemand lebt. Die Gesundheit gilt hier als die Fähigkeit zur gesellschaftlichen Partizipation trotz Krankheit oder Behinderung, und zwar als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft. Ergotherapeuten arbeiten aus der sozialen Perspektive mit Organisationen und Populationen.

soziale Umwelt Die soziale Umwelt umfasst alle Beziehungen, die ein Klient mit einzelnen Personen, Gruppen und Organisationen eingeht. Diese Beziehungen werden von sozialen Faktoren wie gemeinsamen Interessen, Erwartungen, Wertvorstellungen, Einstellungen und gemeinsamen sozialen Prioritäten innerhalb der Umwelt beeinflusst

soziale Unterstützung Soziale Unterstützung entwickelt sich aus den Interaktionen der Menschen mit anderen Personen aus ihrem sozialen Netzwerk und unterstützt Personen bei der Komplexität des Betätigens. Es gibt verschiedene Formen der sozialen Unterstützung: emotionale Unterstützung, Wertschätzung, instrumentelle Unterstützung (dass man etwas für jemand anderes tut), Begleitung und informative Unterstützung.

soziales Kapital Das soziale Kapital steht mit den sozialen Beziehungen und den Netzwerken, die ein Mensch unterhält, in Zusammenhang. Unter dem sozialen Kapital versteht man die Summe aus Netzwerk, Sichtbarkeit, Reputation sowie den Fähigkeiten, Menschen an sich zu binden, wodurch Hilfsquellen mobilisiert werden können, um die eigenen Ziele und auch die anderer Menschen zu erreichen.

soziales Modell Das soziale Modell negiert Krankheiten nahezu vollständig und setzt große Erwartungen in die Beseitigung von Barrieren.

Sozialisation Menschen teilen einander mit, was ihnen wichtig ist und was sie durch Erziehung und gegenseitige Beeinflussung erlernt haben.

Sozialkundschafter Der Sozialkundschafter steht für den Versuch, ein gesellschaftliches Klima zu fördern, in dem für vulnerable Personen mehr Möglichkeiten geschaffen werden, nach den eigenen Wünschen und Fähigkeiten zu partizipieren.

sozioemotionale Entwicklung Sozialisationsprozess, in dem Werte, Normen und andere kulturelle Merkmale erlernt werden und Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen zunehmend kompetenter darin werden, ihre Emotionen in ihren sozialen Fähigkeiten zu nutzen

specialize spezialisieren

Spießfähigkeit (playfulness) Die Spielfähigkeit bezeichnet den flexiblen Ansatz oder Spielstil eines Kindes, das Kreativität und Flexibilität einsetzt, um Herausforderungen anzunehmen und Probleme zu lösen.

Spiritualität (CMOP-E) Die angeborene Essenz ist der wichtigste Teil des Selbst (innate essence of self), das sich in allen Aktionen der Person äußert, die Qualität, ein einzigartiger und authentischer Mensch zu sein.

spirituality Spiritualität

stakeholders Interessens- oder Anspruchsgruppen

Stigmatisierung Die Stigmatisierung ist der Prozess, in dem eine Gruppe Menschen mit gemeinsamen und abweichenden Merkmalen und/oder Verhaltensweisen, die Angst oder Ablehnung hervorrufen, gekennzeichnet, verurteilt und ausgeschlossen wird. Dieser Ausschluss betrifft u. a. Rechte, Pflichten und die Teilhabe an gemeinschaftlichen Aktivitäten.

stilles oder implizites Wissen Das Wissen darüber, wie in einer bestimmten Situation zu handeln ist, bezeichnet man als stilles oder implizites Wissen (tacit knowledge).

Strukturwandel Ein Strukturwandel ist das Ergebnis wechselseitiger und sich gegenseitig verstärkender Entwicklungen in gesellschaftlichen Bereichen wie Gesundheit und Soziales, Wirtschaft, Kultur, Technologie, Institutionen, Natur und Umwelt.

subjektive Dimension des Betätigten hängt u. a. mit den Rollen zusammen, die eine Person inne hat, mit dem, was sie für wichtig hält, und welche Normen, Werte und Vorstellungen vom Leben sie hat

summary Zusammenfassung

Supervision Ein Mitarbeiter oder ein Team wird von einem erfahrenen Kollegen betreut/beraten.

suspension of reality Ausblenden der Realität

tacit knowledge stilles oder implizites Wissen

Taxonomie hierarchische Einteilung aufgrund von Übereinstimmung mit einer taxonomischen Baumstruktur. Man kann so ziemlich alles einer taxonomischen Einteilung unterziehen: Lebewesen, Pflanzen, Bücher, Orte, Ereignisse.

TCOP (Taxonomic Code of Occupational Performance)

Der Taxonomic Code of Occupational Performance ist eine Taxonomie der Betätigungen. Darin besteht jede „Betätigung“ aus einem Bündel von „Aktivitäten“, die wiederum aus einer Ansammlung von „Aufgaben“, „Basisfertigkeiten“ und „Funktionen und psychischen Prozessen“ gebildet wird.

Technologieadoption die Entscheidung eines Individuums oder einer Organisation zur Anwendung einer Innovation bzw. zu ihrer Aufnahme in den Alltag oder in den Arbeitsprozess. Adoption wird hier als positive Haltung und Entscheidung zur Veränderung der eigenen Arbeitsweise definiert.

Technologieakzeptanz die geistige, innere Haltung einer Person gegenüber der freiwilligen Anwendung einer Technologie

technologiebasiert Ergotherapeuten integrieren die neuen Technologien in ihre Arbeit und beraten und begleiten den Klienten im Umgang damit. Ihnen fällt auch eine Rolle bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer technischer Anwendungen zu. Bei jeder Intervention stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten, soziale Medien und Technologien auf der Ebene der Person und ihres Systems, der Organisation und der Population einzusetzen

Telemedizin Hierbei bedienen sich Klienten und Professionals der IT-Möglichkeiten zur Bereitstellung und zum Empfang von Versorgung. In der Telemedizin gibt es verschiedene Anwendungen für Monitoring, Konsultationen und Interventionen, wie etwa durch den Einsatz von Sensoren und Videoverbindungen. Die Telemedizin kann im ambulanten und im stationären Bereich auf verschiedenen Gebieten eingesetzt werden.

Tertiärprävention Die Tertiärprävention hat die Reduktion von Chronifizierungen oder Rezidenen bei bestehenden Erkrankungen und/oder die Optimierung des Gesundheitszustandes im Rahmen der Möglichkeiten des Klienten zum Ziel. Sie richtet sich also an Menschen, die bereits krank sind.

Theorie Eine Theorie ist die Beschreibung eines Bündels zusammenhängender Gedanken, Hypothesen und Erklärungen. Die Theorie „hilft bei der Beschreibung, Erklärung und Vorhersage von Verhalten und/oder Beziehungen zwischen Konzepten oder Ereignissen. Sowohl die Theorie als auch die Praxis sind für Professionals notwendig, aber sie sind nicht das Gleiche. Die Theorie ist das Wissen, *warum* etwas funktioniert, und die Praxis ist das Wissen, *wie* etwas auszuführen ist.

therapeutische Perspektive Klärung von Betätigungsfragen, die sich aus der Krankheit oder Behinderung ergeben. Der Ergotherapeut verbindet in seiner therapeutischen Perspektive das prozedurale, pragmatische und das konditionale Reasoning.

therapeutischer Wert von Betätigungen Betätigungen können zielgerichtet zur Veränderung des Betätigten eingesetzt werden. Dabei spielen drei Begriffe eine Rolle, die den therapeutischen Wert der Betätigung in ergotherapeutischen Interventionen bestimmen: Anziehungskraft (appeal), Realitätswert (intactness) und Genauigkeit (accuracy).

time diary zeitgenaues Tagebuch

time use research Forschungszweig mit der Zeitnutzung von Menschen

time-killing occupations zeitraubende Aktivitäten

Top-down-Ansatz Der Top-down-Ansatz bei einem Assessment und einer Intervention nimmt zunächst eine breit angelegte Sichtweise ein und betrachtet den Klienten in seinem Betätigungskontext, um zu sehen, was wichtig für den Klienten ist.

Top-down-Assessment beginnt auf der Ebene der Partizipation und des Betätigens im Kontext, geht weiter auf das Aktivitäten-, Aufgaben- und Fertigniveau und untersucht gegebenenfalls auch die Funktionen

transaktionales Modell ein Modell bei dem die Interaktion im Mittelpunkt steht wie beim Person-Environment-Occupation (PEO)-Modell mit seinem „Person-Environment-Fit“ und der aktiven Rolle der lernenden und sich entwickelnden Person

transformational change transformationale Veränderung

translational profession Ergotherapeuten setzen Ideen, Sprache, Praxis und Forschung zum Thema Betätigung in medizinisches Handeln um und umgekehrt.

Treffen Das Treffen ist der zweite Schritt in der Kennenlernphase und geht von beiden Seiten aus. Es bedeutet den Beginn der Zusammenarbeit zwischen dem Klienten und dem Ergotherapeuten. Bei diesem Schritt geht es darum, den Klienten in seinem Kontext zu bewerten, zu verstehen und zu empfinden – die Begegnung von Mensch zu Mensch.

Tuning-Projekt In diesem Projekt werden die in den europäischen Ergotherapieprogrammen maßgeblichen Kompetenzen ermittelt. Die Kompetenzen wurden in enger Zusammenarbeit zwischen ENOTHE- und CO-TEC-Mitgliedern entwickelt und beschreiben, was Ergotherapeuten im Berufsalltag tun.

universelles Design (universal design) setzt sich für einen integrativen, integrierten Ansatz in der Gestaltung von Produkten, Informationen und Dienstleistungen ein, sodass das Design (Produkt, grafische Botschaft, Gebäude oder öffentlicher Raum) von möglichst vielen Menschen ästhetisch und funktional genutzt werden kann

Unternehmen marktorientierte, geschäftliche und kommerzielle Initiativen, um die Aufrechterhaltung und Ausweitung von Dienstleistungen und Produkten zu fördern. Gesellschaftliche Veränderungen machen heute eine neue Haltung im Beruf erforderlich: der Ergotherapeut als Unternehmer, der selbst entscheidet, seine Position und seinen Wert kennt und diese auch annehmen und „vermarkten“ kann.

Unterstützungstechnologie Sie kann individuell oder auch von einer Gruppe eingesetzt werden, um Aktivitäten und Partizipation zu ermöglichen. Dazu gehören Hilfsmittel, die Hausautomation, Haushaltsroboter sowie verschiedene Smartphone-Anwendungen, um z. B. das Selbstmanagement zu unterstützen.

Use of self (UoS) Der Einsatz der eigenen Person: bewusster, selektiver oder auch intuitiver Einsatz der eigenen Möglichkeiten und Merkmale (Persönlichkeit, Haltung, Werte und Reaktionsweisen) im Interesse einer effektiveren Intervention. Der interpersonelle Stil beschreibt, wie ein Ergotherapeut auf interpersonelle Situationen mit dem Klienten reagiert.

Validität der Grad, in dem gemessen wird, was zu messen vorgegeben wird

values Werte

Veränderung durch Betätigen die Entwicklung, Erneuerung, Effektivität, Sicherheit, Erhaltung und der Umgang mit dem Verlust des Betätigens

Verhandeln Bestandteil des therapeutischen Reasoning, der die Bedeutung der Beteiligung des Klienten am Verhandlungsprozess betont

Versorgung (Betätigungsbereich) alle Maßnahmen, die erforderlich sind, um die Gesundheit und das Wohlbefinden zu gewährleisten und an der Gesellschaft teilhaben zu können

Versorgungsteam Versorgungsteams zielen darauf ab, die eigene Verwaltung, Beteiligung und Entwicklung des sozialen Netzwerks des einzelnen Bürgers zu stärken und den sozialen Zusammenhalt in der Nachbarschaft oder im Viertel zu fördern.

Verwirklichungschance (capability) Eine Verwirklichungschance ist die Möglichkeit des Menschen, so zu sein, wie er will, und das zu tun, was er will. Dabei trifft er selbst die Entscheidungen, wählt die Beziehungen, die er eingehen möchte, selbst und bestimmt, inwieweit er Teil der Gesellschaft sein möchte.

virtueller Kontext Interaktionen in simulierten Echtzeit-Situationen ohne direkten körperlichen Kontakt

Vision Eine Vision ist eine Überzeugung, ein Bündel von Auffassungen, nach denen man lebt. Sie ist eine Art Kompass, der die Richtung vorgibt, sodass nicht gleich bei jedem kleineren Alltagsereignis eine andere Richtung eingeschlagen wird. Die Vision ist eine Sichtweise, die langfristige Perspektive einer Berufsgruppe oder Organisation, die inspirierend, innovativ, herausfordernd wirkt und mit einem dynamischen Blick auf die Zukunft verbunden ist.

Volition (Wille; MOHO) Die Volition (Motivation bzw. Wille) zum Betätigen wird durch die dynamische Interaktion zwischen dem Bild von der persönlichen Effektivität (personal causation), den Werten (values) und den Interessen (interests) geprägt

vulnerabel Im Hinblick auf die folgenden Kriterien können Menschen als „vulnerabel“ und „sehr vulnerabel“ betrachtet werden: 1. wenige relevante soziale Beziehungen; 2. geringe Resilienz: die Belastung ist höher als die Belastbarkeit; 3. wenig Möglichkeiten zur Eigenregie: eigene Wünsche und Bedürfnisse können nur in geringem Umfang geäußert werden; 4. verlorene Fähigkeit zur Selbsthilfe bei zugleich geringem Einkommen oder schlechter Ausbildung; 5. die Vulnerabilität ist bei Jugendlichen und alleinstehenden älteren Menschen größer; 6. in sozialen Brennpunkten leben relativ viele Menschen mit Risikofaktoren für Vulnerabilität.

westliche Perspektive Theorie und Praxis aus westlichen Werten, Traditionen und Überzeugungen. Es ist erforderlich, sich dieser Perspektive bewusst zu sein und auch, dass es andere Perspektiven gibt, aus denen man Dinge betrachten kann, die ebenso wertvoll sind.

WFOT (World Federation of Occupational Therapists)

Die WFOT ist eine Föderation, die weltweit die Entwicklung, den Zweck und die Anwendung der Ergotherapie unterstützt und nachdrücklich ihre Bedeutung und ihren Beitrag für die Gesellschaften fördert.

Wissen Den gesamten Prozess der Wissenssammlung nennt man Wissenschaft. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse lassen sich in drei Kategorien einteilen: grundlegendes Wissen, angewandtes Wissen und praktisches Wissen.

Wohlbefinden (well-being) Es handelt sich um einen allgemeinen Begriff, der das gesamte menschliche Leben einschließlich seiner körperlichen, geistigen und sozialen Aspekte umfasst (Erziehung, Beschäftigung, Umwelt usw.), die zusammen zu dem führen, was man gemeinhin als „gutes Leben“ bezeichnet (WHO 2001). Das Wohlbefinden wird also in körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden unterteilt.

Wohnservicezonen Eine Wohnservicezone ist eine Nachbarschaft, ein Viertel oder eine dörfliche Struktur, in der optimale Bedingungen für Wohnformen geschaffen wurden, die der Gesundheit und dem Wohlbefinden zuträglich sind, und das mit einer nicht planbaren Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Mehrere Parteien arbeiten an einem auf die örtlichen Gegebenheiten zugeschnittenen und zusammenhängenden Ansatz für Wohnen, Wohlbefinden und Versorgung. Zu den Zielgruppen zählen ältere Menschen, Behinderte, Personen mit psychischen Beeinträchtigungen sowie Bewohner des Viertels ganz allgemein.

zeitlicher Kontext Lebensphasen, Tages- oder Jahreszeit, Dauer und Rhythmus von Aktivitäten oder Ereignissen

Zeitnutzung was Menschen alles an einem Tag tun, welche Zeiten für das Betätigen aufgebracht werden

Zielgerichtetheit Zielgerichtetheit bedeutet, dass Menschen gerne in einer bestimmten Umwelt oder einem Kontext etwas bewirken wollen.

Zielsetzung Die Zielsetzung ist eine Phase des ergotherapeutischen Prozesses, in welcher der Klient und der Therapeut Ziele formulieren. Die Ziele sind auf das Betätigen und Partizipieren des Klienten in seiner Umwelt gerichtet. Die Ziele werden so gefasst, dass der Klient seine objektiven und subjektiven Aspekte darin wiedererkennt.

Zusammenarbeit In der Ergotherapie zielt Zusammenarbeit auf den Klienten und die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen, um zur Kontinuität und Qualität der Betreuung im Sinne des Klienten beizutragen und am Ende gemeinsame Entscheidungen zu treffen. Kräfte, Talente und Fähigkeiten werden in gegenseitigem Respekt und mit aufrichtigem Interesse füreinander geteilt.

Sachverzeichnis

A

accountability 214, 613
 accuracy 539, 613
 achievement 404, 613
 Acht-Kanal-Modell 82
 ACIS 409
 ACLS 468
 ACT 132
 Actief Plus 530
 Activity Card Sort (ACS) 344, 484
 activity choice 399
 activity demands 431, 613
 Activity Record (ACTRE) 409
 adapt 205, 337
 Adaptation 283
 adaptive performance framework 47
 Aderlass 38
 ADL 83, 301, 426, 613
 Adoleszenz, Entwicklungsschritte 284
 Adoptivkinder 281
 advocacy 490
 advocate 205, 613
 Agenda nachhaltige Entwicklung (UNO) 149
 Akkreditierung 577
 akquisitorisches Modell 463
 Aktionsforschung 594
 Aktionsplan 488, 492, 528, 613
 – Erstellung 489
 – Umsetzung 493
 Aktionsplan Gesundheit für Behinderte (WHO) 149
 Aktionspunkte, CPPF 387
 aktive Partizipation 279
 aktives Zuhören 629
 Aktivierungstherapie 65
 Aktivität
 – Betätigung (Begriffe) 536
 – ICF 164
 – Motivation 279
 – TCOP 613
 Aktivitäten 84, 86, 169
 – beruhigende 83
 – fordernde 83
 – ICF 613
 – OTPF 426, 613
 Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) 301, 613
 Aktivitätenwaage 278
 Aktivitätsanalyse 59, 83, 431, 535, 613
 – Betätigungsanalyse 539
 – Stufen 540
 Aktivitätsmesser 254
 Aktivitätsmonitoring 295, 613
 Allen Cognitive Level Screen (ACLS) 468
 Alltagsaktivitäten
 – Ebenen 170
 – Taxonomie 169
 ältere Menschen 282
 Altersentwicklung in westlichen Staaten 253

Altersstruktur, EU 112
 Altertum 37
 Alterung der Bevölkerung 112
 ambient assisted living (AAL) 613
 ambient assistive technology (AAT) 54, 613
 ambulante Kontaktteams 137, 254
 AMPS 198, 372, 389, 408
 – School-AMPS 314
 analysis of occupational performance 431
 Anforderungen von Aktivitäten und Betätigungen (activity demands) 431
 – OTPF 613
 Anfrage 613
 Angehörigenpflege
 – Statistik 244
 – Unterstützung 244
 angewandte (praxisorientierte) Forschung 613
 angewandte Forschung 591
 angewandtes Wissen 358
 Anlage-Umwelt-Diskurs 625
 anpassen (adapt) 205
 Anpassung (adapt) 337
 Anpassung einer Betätigung 400
 Antike 37
 Anziehungskraft (appeal) 539
 APOTRG 613
 appeal 539, 613
 Application to Practice of Kawa-Model 372
 Apps 261, 270
 Arbeit 317
 Arbeiten
 – Ergotherapie 311
 – Interventionen 311
 Arbeitnehmer, Fehlzeiten 321
 Arbeitsbewältigungsindex (ABI) 322
 Arbeitsfähigkeit, Messinstrumente 321
 Arbeitslosigkeit, EU 113
 Arbeitsmarkt 318
 Arbeitsmöglichkeiten, EU 113
 Arbeitspartizipation 318, 613
 – Interventionen 322
 Arbeitsplatz
 – behalten 320
 – Fehlzeiten 320
 – Partizipation 311
 Arbeitsschutz 322
 Arbeitstherapie 50
 Arbeitstreffen 572
 Arbeitszuführung 318
 areas of occupation 613
 Armut 613
 Armutsschere 113
 Arts-and-Crafts 35, 39, 43
 ASE-Modell 527, 614
 Asia Pacific Occupational Regional Group (APOTRG) 613
 Assertive Community Treatment (ACT) 132, 137
 Assessment 549, 614

– Organisationen und Populationen – Übersicht 561
 – Auswahl 552
 – CDM 468
 – Einsatz 551
 – Erwachsene – Übersicht 556
 – Erwachsene und Kinder – Übersicht 558
 – gemischte 409
 – kennen 232
 – Kinder – Übersicht 559
 – klinimetrische Eigenschaften 561
 – MOHO 553
 – Organisationen und Populationen 555
 – OTIPM 464
 – PEOP 444
 – Person und ihr System 555
 – professionelles Reasoning 408
 – PRPP-System 462
 – Reliabilität 562
 – Responsivität 562
 – Spielfähigkeit 335
 – Validität 561
 Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) 409
 Assessment of Compared Qualities Occupational Performance (ACQ-OP) 465, 486
 Assessment of Compared Qualities Social Interaction (ACQ-SI) 465
 Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) 408, 486, 553
 – Siehe auch AMPS
 Assistenzsysteme 200, 295
 assistive technology 256, 614
 Aufgabe 84, 169, 536, 614
 Aufklärung 35
 Aufrechterhaltungsstadium 199
 Ausbildung
 – Deutschland 54
 – Deutschland (Geschichte) 50
 – Österreich 56, 61
 – Schweiz 63–64
 Ausbildungsinhalte, Internationalisierung 147
 Ausblenden der Realität (suspension of reality) 331
 Ausführung, ICF 614
 Ausführung (occupational performance) 401
 Ausgangspunkte der Ergotherapie 197
 Ausgrenzung 96, 624
 Ausschluss vom Betätigen 291, 614, 626
 Auswahlgespräch (choice talk) 513, 616
 Authentizität 202
 Autonomie 190, 614

B

BADL 301, 305, 614
 – Beispiele 301
 Balance 492
 – beim Betätigen 291
 Barrieren 77, 250, 292, 491
 – soziale 136, 205
 barriers 614
 basale Betätigungen (basic occupations) 290
 basic occupations 290, 614
 Basis-ADL (BADL) 301
 Basisaktivitäten 614
 Basisfertigkeiten 79, 84, 170, 536, 614
 becoming 47, 81, 106, 207, 288, 521
 Bedarfsanalyse 486
 Bedarfsformulierung 487, 614
 Bedeutung 614
 – Betätigen 80
 – Betätigung 443
 Bedeutung der Erwerbsarbeit 291
 bedeutungsvoll (meaningful) 290, 443
 bedeutungsvolle Betätigungen 550
 bedeutungsvolle Situationen 515
 bedeutungsvolles Betätigen 77
 Beeinträchtigungen
 – Aktivität (ICF) 164
 – Betätigung 77
 Befähigung (enablement) 193
 – zur persönlichen Veränderung 107
 – zur sozialen Veränderung 107
 Befähigungsfertigkeiten 204
 Begräbnisriten 247
 Begriffe 354, 614
 – Ergotherapie 37
 – Übersicht 354
 Behandlungspfad 576
 Behandlungsstandard 576
 Beherrschung (achievement) 404
 Beherrschung des Betätigens (mastery) 283
 Behindertenrechtskonvention 149, 313
 Behinderung, Menschen mit 184
 being 47, 81, 106, 207, 288, 521
 being in place 242, 614
 Belastbarkeit 124, 491
 – Schutzfaktoren 124
 Belastung 491, 614
 – Risikofaktoren 124
 Belastungsfaktoren 124
 beliefs 427, 614
 belonging 47, 106, 207, 243, 288, 521
 beneficence 268, 614, 619
 Beobachtungsinstrumente 408
 Beratungskette 481
 Beratungsphasenmodell 372
 Bereitschaft 614
 Bereitschaft (zur Therapie; readiness) 482, 614

- berufsbedingte Erkrankungen 614
- Berufsentwicklung 39
 - Deutschland 48
 - Österreich 55
 - Schweiz 62
- Berufsethik 210
- Berufskodex 209, 614
- Berufskompetenzen 615
 - Ergotherapie 203
- Berufskrankheit 311, 614
- Berufsparadigma 75
- Berufsverband, USA 42
- beruhigende Aktivitäten 83
- Beschäftigungstherapeut 57
 - Begriff 48
- Beschäftigungstherapie 57, 62
 - Begriff 50
- Betätigten 80, 106, 169, 615
 - Aufbau des Konzepts 83
 - Ausschluss 291
 - Bedeutung 80, 290
 - bedeutungsvoll 77, 290
 - begrenzende Elemente (constraints) 400
 - Beherrschung 283
 - Betätigten ermöglichen 127
 - Betätigungsbereiche 287
 - Determinanten 279
 - Dimensionen 81
 - Entwicklung 273, 619
 - Entwicklung (occupational development) 311, 329
 - Entwicklungsphasen 283
 - freie Betätigungen 289
 - gesellschaftlicher Kontext 249
 - Gesundheit 521
 - Gleichgewicht 290
 - herausfordernde Elemente (demands) 400
 - Herausforderungen 283
 - institutioneller Kontext 249
 - Kinder 273
 - kollektives 623
 - Kontext 242, 536
 - kontextbasiert 77
 - Kontinuität 278
 - Kultur 247
 - kultureller Kontext 247
 - MOHO 403
 - notwendige Betätigungen 289
 - Partizipation 90
 - Person 536
 - personengebunden 77
 - persönliche Faktoren 279
 - pflichtgemäße tägliche Betätigungen 289
 - physische Umwelt 246
 - soziale Umwelt 243
 - Umwelt 400
 - Veränderungstypen 525
 - Verlust 302
 - virtueller Kontext 248
 - Wohnen 296
 - Zeitaspekt 81
 - zeitlicher Kontext 248
 - Zeitznutzung 288
 - Zielgerichtetheit 80
- zweckgebundene tägliche Betätigungen (committed occupations) 289
- Betätigten durch Veränderung 86
- Betätigten ermöglichen (enabling occupation) 8
- Betätigung – Aktivität (Begriffe) 536
- Betätigungen 75, 84, 169, 615
 - Aktivität (Begriffe) 536
 - Anpassung 400
 - basale 290
 - bedeutungsvoll 77
 - Beeinträchtigungen 77
 - Einteilung 83
 - Engagement 618
 - entspannende 290
 - freie 289
 - gemeinsame (family occupations) 208
 - Grundsätze 76
 - Mitmachbetätigungen 290
 - notwendige 289
 - pflichtgemäß täglich 289
 - Recht auf 592, 629
 - regelhafte 290
 - soziale 290
 - unregelmäßige 290
 - Wohlbefinden 290
 - zeitraubende 290
 - zweckgebunden täglich 289
- Betätigungsanalyse 431, 534, 613, 615
 - Aktivitätsanalyse 539
 - Analyse 542
 - Beobachtung 541
 - Definition 535
 - Einsicht 540
 - fördernde und limitierende Faktoren 542
 - methodisches Handeln 539, 542
 - Selektion 540
 - Stufen 540
 - Theorie 535
- Betätigungsanpassung 402, 615, 625
- Betätigungsausgrenzung 626
- betätigungs basiert (occupation-based) 198
- betätigungs basierte Modelle 360
- betätigungsbasiertes Assessment 551, 615
 - form 551
 - function 551
 - meaning 551
 - performance components 551
- Betätigungsbedürfnis (occupational need) 48, 626
- Betätigungsbeeinträchtigung 77
- Betätigungsbereiche (occupational performance areas) 287, 460, 615, 626
 - Lernen und Arbeiten 309, 311
 - Spiel und Freizeit 328
 - Versorgung 293, 632
 - Wohnen und Versorgen 293
- Betätigungsdemokratie 119
- Betätigungsdeprivation (occupational deprivation) 80, 249, 291, 341, 523, 614, 626
- Betätigungselemente 78
- Betätigungsentfremdung 592, 626
- Betätigungsfertigkeiten 90
- Betätigungsfrage 482, 626
- Betätigungsfragebogen 409
- Betätigungsfragen 305
 - Analyse 304
 - Inventarisierung 304
 - Prävention 310
 - Priorisierung 484
 - schulpflichtige Kinder 315
- Betätigungsgerechtigkeit (occupational justice) 429, 592
- Betätigungsgleichgewicht (occupational balance) 83, 290, 341, 343, 615, 626
- Betätigungsidentität 402, 615
- Betätigungskategorien 83, 613
- Betätigungskompetenz 402, 409, 615, 626
 - Interventionen zur Steigerung 316
- Betätigungsmuster (occupational patterns) 81, 278, 385, 615, 626
 - mehrschichtige 282
 - Veränderung 374
- betätigungsorientierte Gesundheitsförderung 523, 525, 615
- Betätigungspartizipation 90
- Betätigungsperformanz (occupational performance) 90, 207, 431, 460, 523, 549, 626
 - Analyse 430
- Betätigungsperspektive 76, 273, 615
- Betätigungsprofil 431, 626
 - Beispiel 436
- Betätigungsprofil (occupational profile) 431, 549, 615
- Betätigungsrepertoire (occupational repertoire) 81, 274, 278, 285, 385, 615, 626
- Betätigungsrollen (occupational roles) 460, 626
- Betätigungssituationen 401
- Betätigungstransitionen (occupational transitions) 282, 615
- Betätigungsungerechtigkeit (occupational injustice) 615
- Betätigungsverhalten 284, 460, 615
- Betätigungsvoraussetzungen 382
- beteiligen (engage) 207, 245
- Beteiligtsein 207
- Beurteilungsmerkmale 164
- Bevölkerung, EU 113
- Bevölkerungsstruktur, EU 113
- Bewegungssensoren 260
- bewusstes Verhalten (Klient und Ergotherapeut) 492
- Bewusstwerdung 515
- Bezugsrahmen (frame of reference) 355, 360, 616
 - empirisch-analytischer 503
 - Framework 362
- interpretativer 504, 622
- ökologischer 389
- psychologischer 360
- soziologischer 360
- umweltbezogener 360
- Bieler Modell 66, 370, 465, 616
- Big Data 254
- bio-developmental framework 47
- biomechanischer Ansatz 43, 616
- biomedizinische Perspektive 616
- biomedizinisches Modell 44
- biopsychosoziales Modell 167, 616
- Blankverordnung 208
- body of knowledge 356, 359
- Bologna-Beschlüsse 151
- Bottom-up-Ansatz 49, 97, 109, 201, 285, 387, 476–477, 485, 616
- Bronfenbrenner, Urie 280
- Modell 281
- Bürger 117, 616
- Bürgerbeteiligung 89
- Bürgerpartizipation 89, 616

C

- calming occupations 83, 616
- Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) 378
- Canadian Model of Client-Centered Enablement, *siehe* CMCE
- Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) 378
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM) 190
- Canadian Practice Process Framework (CPPF) 204, 371, 379, 384, 530, 617
- CanMeds 203
 - Kompetenzbereiche 203
- CAOT 378
- capability 101, 616, 632
- capacity 165, 616, 624
- catastrophic change 404, 616
- CDM 467
 - Assessments 468
 - Aufbau 468
- changing mastery 283, 616
- Child Occupational Self Assessment (COSA) 409, 484, 552
- Children's Leisure Assessment Scale (CLAS) 344
- choice talk 513, 616
- Chronic-care-Modell 118, 476, 616
- Citizenship-Projekt 157
- client empowerment 616
- client factors 616
- client-centered 197
- CMCE 204, 447, 522
- CMOP 378
- CMOP-E 190, 355, 378–379, 440, 521, 553, 616
 - Betätigungsvoraussetzungen 627
 - Fit-Chart 619
 - institutionelle Umwelt 621
 - Person 627
 - Spiritualität 631
 - Vision 382

- Co-Occupation 83, 435, 617
CO-OP 489
Co-Teaching 314
coachen 205
Coaching 337
Codes 164
Cognitive Disabilities Model 370
Cognitive Disabilities Model (CDM) 467
Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) 489
Cognitive Performance Test (CPT) 469
Cohens Kappa 562
COHERE 148
collaborate 206
collective occupations 623
committed occupations 289, 616
community development 97, 625
Community of Practice (CoP) 148, 392, 616
community support system 136, 616
community-based 97, 300
community-based rehabilitation 105
community-based rehabilitation (CBR) 617
Community-based-Ansatz 105, 109, 617
community-development 616
Community-development-Ansatz 105, 109, 617
competence matters 229
Competencies for Poverty Reduction (COPORE) 129, 617
competency 404, 617
Complementary Model of Practice (CMP) 376
components of occupational performance 460
Computer 281
Computerspiele 332
concept 354
conceptual model 365
conceptual practice model 365
Conolly, John 40, 55
Consortium of Institutes of Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe (COHERE) 148
constraints 400, 617
construct validity 561, 623
consult 206
contemplation 199
content validity 561
context-based 199, 336
Contextual Memory Test 486
Continuum of increasing evidence 410
contracted occupations 289, 617
Convention on the rights of persons with disabilities (CRPD) 149
coordinate 206
CoP 148
coping 98
COPM 190, 484, 551
– Messinstrument 384
COPM-E 367
COPORE 129
core concepts 617
core elements of occupational performance 460
COSA 484
COTEC 154
Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC) 154
CPPF 204, 371, 379, 384, 530, 617
– Aktionspunkte 387
– Bezugsrahmen 386
– Forschung 598
– Hintergrund 384
– Therapieprozess 385
CPT 469
Cronbachs Alpha 562
CRPD 149
Csíkszentmihályi, Mihaly 82
Cue Acquisition (Stichwort-sammlung) 504
Cue Interpretation (Interpretation der Daten) 504
cultural safety 227, 230, 247, 617
- D**
- DACHS-Projekt 60, 65
DDR, Ergotherapie 50
decision talk 513, 617
Decision-Innovation-Process-Modell 267
demand for mastery 283, 625
demands 400, 617
Demografie 617
Denken, kreatives 202
Deprivation 281
design/build 206
desire for mastery 283, 625
Determinanten 278–279
– genetische Anlage 279
– gesellschaftliche 96
– Plastizität des Gehirns 279
– soziale 444
developmental facilitation framework 47
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *siehe* DSM-V
dialogeleitete Versorgung 186, 190
Diffusion-of-Innovations(DOI)-Modell 267
Diffusionstheorie 267, 617
Digitalisierung 113
Dimensionen, Betätigten 81
Direktzugang zur Ergotherapie 68
– Deutschland 208
– Niederlande 208
Diskriminierung 222, 617
Distanzierung 135
Diversität 193, 220, 618
– Ergotherapie 225
– Fertigkeiten 230
– Haltung 230
– Kompetenzelemente 230
– kulturelle 223
– politische Maßnahmen 233
– Verbesserung des Versorgung 233
– Wissen 230
diversity matters 226
DMAIC-Zyklus 574
doing 47, 81, 106, 207, 243, 288, 521
Domänen 164, 424
Drei-Kanal-Modell 82
DSM-V 141, 162
DST-Modell 276
dynamische Qualitätssicherung 572
dynamische Systemtheorie (DST) 397, 618
- E**
- E-Health 262, 618
early adopters 267
EBP 200, 511, 619
Eco-Map 245
educate 207
edukatives Modell 463
Ehrenamt 250, 323
eigene Stärke 131
Eigenregie 192
Einverständniserklärung (informed consent) 596, 618
eklektische Arbeit 618
elektronische Gesundheitsakte (eGA) 254, 262
elektronische Krankenakte 129
elektronische Patientenakten (ePA) 254, 262
Emanzipation 102, 618
emotional affinity 242, 618
Empathie 202
empirisch-analytische Forschung 618
empirisch-analytischer Bezugsrahmen 503
Empowerment 127, 129, 191, 616, 618
– Ebenen 131
– Elemente 132
– psychologisches 131
– Stigmatisierung 135
enablement 192
Enablement Skills 203–204, 216, 522, 618
– anpassen 205
– Anwendung 207
– beteiligen 207
– coachen 205
– entwickeln und entwerfen 206
– fürsprechen 205
– Informieren 207
– konsultieren 206
– koordinieren 206
– spezialisieren 207
– zusammenarbeiten 206
enabling 204
enabling individual change 8, 107, 383, 618
enabling occupation 8, 90, 127, 239, 386, 618
enabling participation 618
enabling social change 107, 240, 618
engage 207, 245
Engagement 77, 80
Engagement bei Betätigung 618
engagement in activities 91, 618
engaging occupations 290, 618
ENOTHE 62, 156, 618
Entscheidungsfindung 618
– partizipative 188
– professionelles Reasoning 509, 512
Entscheidungsgespräch (decision talk) 513
entspannende Betätigungen (relaxing occupations) 290
Entspannung, freie Zeit 342
Entstehung der Ergotherapie 35
Entstigmatisierung 135
entwickeln und entwerfen (design/build) 206
Entwicklung
– Betätigungsperspektive 273
– Interaktionsperspektive 275
– kognitive 274
– motorische 274
– sozioemotionale 275
Entwicklung des Betätigten (occupational development) 273, 329, 619
– Aktivitäten 277
– mehrschichtige Betätigungsmuster 282
– Person 278
– Phasen 283
– Umwelt 280
entwicklungsorientierte Rehabilitation 134, 137
Entwicklungsziele der UN 103
environment-first 619
Erfahrungsexperten 132
Erfahrungsexpertise 69
Erfahrungswissen 129, 131, 181, 619
Ergebnisse (OTPF) 434
Ergotherapeuten
– Anzahl und Einsatzbereiche 110
– Arbeitsfelder 215
– Finanzierung 214
– Geschlechterverhältnis 227
– Haltung 230
– lebenslanges Lernen 213
– persönliche Qualitäten 201
– Spezialisierungen 111
– Verantwortlichkeit 214
– Verantwortung 185
– workforce planning 215
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz 584
ergotherapeutische Perspektive 510
ergotherapeutische Praxis, Wissenschaft 598
ergotherapeutische Prozessmodelle 370, 374
ergotherapeutisches Beratungsmodell 264

- Ergotherapie
- Direktzugang (Niederlande) 208
 - Aktionsplan 488
 - Ausbildung in der Schweiz 64
 - Ausbildung in Deutschland 50, 54
 - Ausbildung in Österreich 56, 61
 - Begriff 37
 - Berufsentwicklung 39
 - Berufsentwicklung Deutschland 48
 - Berufsentwicklung Österreich 55
 - Berufsentwicklung Schweiz 62
 - Berufskodex 209
 - betätigungsbasiert 198
 - DACHS-Definition 75
 - DDR 50
 - Direktzugang (Deutschland) 208
 - Diversität 225
 - Domänen 424
 - DVE-Definition 75
 - Entstehung 35
 - Entwicklung in Österreich 59
 - evidenzbasiert 200
 - familienzentriert 244
 - Forschung 234
 - Genesungsförderung 134
 - Geriatrie 49
 - Geschichte 35, 37
 - gesellschaftlicher Kontext 249
 - Gesundheitsförderung 521
 - interkulturelle (cross cultural) 414
 - Inventarisierung und Analyse 550
 - Kerndomänen 74
 - klientenzentriert 197, 207
 - Kontext 239
 - kontextbasiert 199
 - kontextbasiertes Arbeiten 241
 - Kreativität 202
 - kultureller Kontext 247
 - Leitlinien 322, 598
 - Lernen und Arbeiten 311
 - Namensgebung 42
 - Occupational Science 593
 - Österreich 583
 - Pädiatrie 49
 - physische Umwelt 246
 - Politik 104
 - populationsbasiert 201
 - Prozessmodelle 373
 - Qualitätsmanagement (Deutschland) 579
 - Qualitätsmanagement (Österreichisch) 582
 - Qualitätsmanagement (Schweiz) 584
 - Reasoning 502
 - Schweiz 584
 - soziale Umwelt 244
 - Spielpartizipation 333
 - technologiebasiert 200
 - Use of Self 201
 - Verhaltensregeln 212
 - Verhaltensstandards 209
 - virtueller Kontext 248
 - Vorläufer 40
 - Wissenschaft 590
 - Wohnen mit Versorgung 298
 - zeitlicher Kontext 248
 - Zielsetzung 488
- Ergotherapie Austria 584
- Ergotherapieforschung 234
- Occupational Science 591
- Ergotherapieparadigma 619
- Ergotherapieprozess 424
- OTPF 430
- Erholung 129
- Ermöglichung des Betätigens 202
- erster Weltkrieg 43
- Erwachsenenalter, Entwicklungsschritte 284
- Erwerbsarbeit 317
- Bedeutung 291
 - ethische Prinzipien 210, 268, 619
 - ethisches Reasoning 212, 506, 516, 619
- Ethnozentrismus 229, 485, 619
- Europäischer Berufsverband der Ergotherapeuten (COTEC) 154
- European code of ethics 212
- European Network in OT Higher Education 62
- European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) 156, 618
- Evaluation 435
- Hypothesen 504
 - Intervention 494
- Evaluationsprozess 619
- OTPF 431
- evidence statement 577, 619
- evidence-based 200
- Evidenz-Perspektive 511, 619
- evidenzbasiert 364
- evidenzbasiert (evidence-based) 200
- evidenzbasierte Praxis (EBP) 200, 511, 596, 619
- Implementierung 597
- exacting occupations 83, 619
- Exklusion 619
- Exosystem 280
- Exploration (MOHO) 619
- Explorationsphase 595
- external context 460, 619
- externe Faktoren 619
- externe Qualitätsprüfung 577
- externer Kontext 460
- F**
- FACT-Team 132, 137
- familienzentrierte Ergotherapie 244
- family occupations 83, 208, 243
- Fantasie 331
- Fantasiespiele 330
- Fehlzeiten 321
- Feinmotorik 283
- Fertigkeiten (occupational skills) 233, 401
- für das 21. Jahrhundert 312
 - Interaktionsfertigkeit 401
 - Kommunikationsfertigkeit 401
 - MOHO 619
 - motorische 401
- fidelity 268, 619
- Finanzierung (funding) 214
- Fit 383
- Fit-Chart 383, 388
- CMOP-E 619
- flexible ACT-Teams 132
- Flow 82, 198, 282, 291, 342, 619
- Spiel 330
 - Theorie 81
- Flüchtlinge 69, 80, 114, 126, 183, 220, 291
- fordernde Aktivitäten 83
- fördernde Faktoren
- Analysebeispiel 547
 - Betätigungsanalyse 542
- Förderung der Partizipation (advocate) 337
- Forschung 234
- CPPF 598
 - praxisorientierte oder angewandte 591
 - qualitative 597
 - quantitative 598
- Forschungsnetzwerke 157
- ROTOS 154
- Forschungsprozess 594
- Forschungsqualität 597
- Four-Dimensional-Symptom-Questionnaire (4DSQ) 321
- Fragebogen 181
- Fragenanalyse 482, 485, 620
- Frageninventarisierung 482–483
- Fragenstellen 515
- frame of reference 360, 616, 620
- Framework 362, 364, 620
- Überblick 367
- framing 620
- framing play 331, 620
- free time occupations 289, 620
- freie Betätigungen (free time occupations) 289
- freie Zeit 620
- *Siehe auch* Freizeit
 - Aktivität 341
 - Entspannung 342
 - Erfahrung 342
 - Freizeit 339
 - übrige Zeit 341
 - Wert 339
- Freizeit 339, 426, 620
- Betätigungsbereich 328
 - dazugehören 343
 - sein 343
 - tun 343
 - werden 343
- Freizeiterfahrung 342
- Freizeitgestaltung 339, 342
- ergotherapeutische Instrumente 344
 - Organisation 346
 - Partizipationsförderung 344
 - Person 345
 - Population 346
- Frühadoptoren (early adopters) 267
- funding 214, 620
- funktionelles Spiel 330
- Funktionen 84
- Fürsprechen (advocate) 205, 337
- G**
- Galenos von Pergamon 37
- geeigneter Unterricht 225, 310
- gegenseitige Abhängigkeit 69
- Gehirnplastizität 279
- gemeindenaher Rehabilitation 105
- gemeinsame Betätigungen (family occupations) 208
- Gemeinwesenorientierung 104
- gemischte Assessments 409
- Genauigkeit (accuracy) 539
- Genesung 129, 620
- förderliche Faktoren 130
 - funktionell 130
 - hemmende Faktoren 130
 - klinisch 130
 - persönlich 130
 - sozial 130
 - Unterstützung 132
- genesungsförderliche Faktoren 130
- Genesungsförderung 134
- genesungshemmende Faktoren 130
- Genesungsprozess 132
- Entstigmatisierung 135
 - Rehabilitation 134
- genetische Anlage, Determinanten 279
- Geriatrie, Ergotherapie 49
- Geschichte der Ergotherapie 35, 37
- gesellschaftliche Ebene
- Empowerment 131
 - Vulnerabilität 126
- gesellschaftliche Entwicklungen, EU 112
- gesellschaftliche Partizipation 135, 620
- gesellschaftliche Umwelt 620
- gesellschaftlicher Kontext 249
- Betätigen 249
 - Ergotherapie 249
- Gesellschaftsform 126
- Gesundheit 98, 123, 520, 620
- Betätigen 521
 - Kultur 247
 - physische Umwelt 246
 - positive Gesundheit 520
 - WHO-Definition 98, 520
- Gesundheitsbegriff, positiver 168
- Gesundheitsberufe, Qualitätsregister 571
- Gesundheitsdeterminanten 99
- Gesundheitsförderung 520, 620
- betätigungsorientiert 523, 615
 - Ergotherapie 521
 - Organisations- oder Populations-ebene 530
 - Selbstmanagement 525
- Gesundheitskompetenz 128
- Gesundheitspolitik, Europa 150
- Gesundheitsschutz 520
- Gesundheitssektor, Qualitätsdimensionen 566

Gesundheitssystem
 – Niederlande 185
 – Strukturwandel 116
 Gesundheitsverhalten 526
 – Beeinflussung 527
 – Erklärungsmodelle 527
 Gesundheitswesen, EU 113
 Gesundheitszustand (ICF) 172
 Gewohnheiten 399, 620
 – Performanzmuster 429
 Gewöhnung (habituation) 396
 Gleichberechtigung 135
 Gleichgewicht beim Betätigten 290
 global health 103, 620
 Global Network of Age Friendly Cities 150
 globale Gesundheit 103
 Globalisierung 145, 620
 good enough environment 282, 620
 Grobmotorik 283
 Grundlagenforschung 620
 grundlegende Betätigungen 614
 grundlegendes Wissen 358
 Guiding Principles on Diversity and Culture (WFOT) 247

H

habit training 41
 Habituation 396, 399, 620
 Haltung 230
 Handeln, methodisches, *siehe* methodisches Handeln
 Handwerk 44
 Hausautomation 254, 260, 270, 295, 620
 Haushaltsroboter 254, 258
 häusliche Gewalt 316
 häusliche Pflege 620
 Heilmittelverbände 52
 Herausforderungen, Betätigten 283
 Heterarchie 397
 Hilfsmittel 256, 621
 Hilfsmittelauswahl, Checkliste 265
 Hilfsmittelberatung 264
 Hilfsmittelrichtlinien 264
 Hilfsmittelversorgung 263
 Hippokrates 37
 historischer Kontext 281
 Homosexualität 232
 human occupation 379, 621
 human rights and inclusiveness matter 226
 Hypothesen 503
 – Evaluation 504
 Hypothesenbildung 504
 hypothetisch-deduktive Methode 503

I-Change-Modell 528
 IADL 83, 301, 305, 426, 434, 621
 – Beispiele 301
 ICD-10 141
 ICF 161, 163, 621
 – Aktivitäten 613
 – Alltagsaktivitäten 170
 – Alternativen 174
 – Anwendung 170
 – Ausführung 614
 – Begriffe 164
 – Beurteilungsmerkmale 164
 – Codes 164
 – Core-Sets 171
 – Domänen 164
 – Gesundheitsbegriff 168
 – Gesundheitszustand 172
 – Instrument zur ärztlichen Verordnung 171
 – Kategorie 164
 – Komponenten 163
 – Körperfunktionen 623
 – Kritik 167, 172
 – Leistungsfähigkeit 624
 – personbezogene Faktoren 164, 169, 172
 – Perspektive der Partizipation 627
 – Perspektiven 164
 – Schädigung 629
 – Score 166
 – Terminologie 172
 ICF für Kinder und Jugendliche (ICF-CY), *siehe* ICF-CY
 ICF-basierte Selbsteinschätzung 172
 ICF-CY 166, 171, 621
 ICIDH 161
 Identität 442
 – Versorgung 303
 IFA 138
 Impact on Participation and Autonomy (IPA) 486
 Implementierung (Grol und Wensing) 575
 Implementierung der Intervention (intervention implementation) 433
 implizites Wissen 359, 631
 incremental change 404, 621
 individual change 379, 621
 individuelle Ebene
 – Empowerment 131
 – Vulnerabilität 125
 individuelle Perspektive 8, 107, 383, 621
 individueller fragenorientierter Ansatz (IFA) 138
 individueller Rehabilitationsansatz (IRA) 138
 Individuum als Klient 181
 industrielle Revolution 39
 Informationsverarbeitung, Prozess 468
 informed consent 596, 618
 informieren (educate) 207
 Inhaltsmodell 364, 440, 487, 621
 – Bieler Modell 370, 465
 – Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (COPM-E) 367
 – Cognitive Disabilities Model 370
 – Frameworks 366
 – Kawa-Modell 368

– Model of Human Occupation (MOHO) 367
 – Occupational Adaptation Model 369
 – Occupational Performance Model Australia (OPMA) 370
 – Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) 368
 – Person-Environment-Occupation (PEO) 369
 – Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) 368
 – professionelles Reasoning 508
 – Theorie 366
 – Überblick 367
 Inhaltsvalidität (content validity) 561, 621
 Inklusion 135, 621
 inklusive Gesellschaft 250
 inklusives Denken 226
 innere Kontrolle (internal control) 331
 institutionelle Umwelt (CMOP-E) 621
 institutioneller Kontext 249
 – Betätigten 249
 institutions and systems 280
 Instrument zur ärztlichen Verordnung 171
 instrumentelle ADL (IADL) 301
 instrumentelle Selbstversorgung 83
 intactness 539, 621
 Integrated Change Model 528
 Integrationshelfer 225
 integrierte Versorgung 118, 137, 621
 Interaktionsfertigkeiten 401
 – soziale 428
 Interaktionstheorie 276, 621
 interaktives Reasoning 505, 621
 Interdependenz 69
 interkulturelle Ergotherapie (cross cultural) 69, 414
 interkulturelle Kompetenz 414, 621
 internal control 331
 International Classification of Activities for Time-Use Statistics (ICATUS) 486
 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), *siehe* ICF
 International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) 161
 International Society for Occupational Science (ISOS) 152, 158
 Internationalisierung 145, 622
 – Ausbildung 146
 – Ausbildungsinhalte 147
 – Kontakte und Netzwerke 148
 – Mobilität 147
 interne Konsistenz 562, 622
 interne Qualitätssicherung 577
 Internettherapie 254, 262
 Interpretation, Daten 504
 interpretative Wissenschaft 594, 622

interpretativer Bezugsrahmen 504, 622
 Interrater-Reliabilität 562, 622
 Intervention
 – Evaluation 494
 – Implementierung 433
 – MOHO 406
 – Nachsorge 494
 – PEOP 446
 – Planung 432
 – Reflexion 433
 – Spiel 335
 intervention implementation 433
 Intervention Mapping 529, 622
 intervention process 432
 intervention review 433
 Interventionen, Arbeitspartizipation 322
 Interventionsentwicklung 595
 Interventionsplanung 432
 Interventionsprozess (intervention process) 432
 – OTPF 622
 Interventionsstrategien 406
 Interviews, strukturierte 409
 Intersion 572, 622
 intra-class-correlation, ICC 562
 Intrarater-Reliabilität 562, 622
 intrinsic motivation 331
 intrinsische Motivation (intrinsic motivation) 331
 Inventarisierung 482
 Inzidenz 184
 IPA 486
 IRA 138
 irregular occupations 290, 622
 ISO 9999 256
 ISOS 152, 158, 622

J

Joint International Project 157
 Jugend, Entwicklungsschritte 284
 Jugendfürsorge 116
 Jugendgesetz (Niederlande) 310
 Jugendliche 320
 – Freizeitverhalten 328
 just right challenge 205, 622
 justice 268, 619

K

katastrophale Veränderung (catastrophic change) 404
 Kategorie 164
 Kawa-Modell 368, 412, 622
 – Analyse 418
 – Anwendung 416
 – Aufbau 414
 – Intervention 415
 – Iwa (Felsen) 415
 – Mizu (Wasser) 414
 – Ryuboku (Treibholz) 415
 – Strukturelemente 416
 – Sukima (Platz zwischen Hindernissen und Blockaden) 415
 – Theorie 413
 – Torimaki 414

- Kennenlernen 480
 - Kennenlernphase 622
 - Kerndomänen 74
 - Kids Skills (für Kinder) 314
 - Kielhofner Interessencheckliste 593
 - Kinder
 - Betätigen 274
 - kognitive Entwicklung 274
 - Milieutheorie 276
 - motorische Entwicklung 274
 - Piaget 274
 - Reifungstheorie 275
 - sozioemotionale Entwicklung 275
 - Kindesmisshandlung 316
 - Klasse 314
 - Klassifikationssysteme 161–162
 - Klassifizierung 622
 - Kleinkind, Entwicklungsschritte 284
 - Klient 622
 - als Kunde 187
 - Begriff 48
 - Definition 180
 - Individuum 181
 - Mitarbeit 185
 - Organisation 182, 299
 - Population 183
 - Umgangsformen 185
 - Verantwortung 185
 - Zahlungspflicht 185
 - Klientenbewegung 69
 - Klientenfaktoren 616, 622
 - OTPF 427
 - Klientenfreundlichkeit 188, 622
 - Klientenorganisationen 578, 627
 - Klientenpartizipation 89, 623
 - Klientenperspektive 509, 623
 - klientenzentriert 364
 - klientenzentriert (client-centered) 197
 - klientenzentrierte Ergotherapie 207
 - klientenzentrierte Versorgung 187, 623
 - Klientenzentrierung 623
 - klinimetrische Eigenschaften 623
 - Assessment 561
 - klinimetrische Tests 623
 - klinische Phase 595
 - klinisches Reasoning (clinical reasoning) 502
 - knowledge 359
 - kognitive Beeinträchtigungen 467
 - kognitive Entwicklung 274, 623
 - kognitive Performanzkomponente 623
 - kollektives Betätigen (collective occupations) 623
 - kommunale Arbeit 112, 140, 151, 338, 524, 623
 - Kommunikationsfertigkeit 401
 - Kompetenz (competency) 404
 - Kompetenzbereich, Stützen und Stärken 530
 - Kompetenzen 203
 - konditionales Reasoning 506, 511, 623
 - Konstruktionsspiele 330
 - Konstruktvalidität (construct validity) 561, 623
 - konsultieren (consult) 206
 - Kontaktaufnahme 480
 - Kontentvalidität 561
 - Kontext 79, 184, 239, 623
 - Betätigen 242, 536
 - Ergotherapie 239
 - externer 460
 - gesellschaftlicher 249, 385, 620
 - historischer 281
 - institutionell 249
 - institutioneller 620
 - kulturell 246
 - kultureller 281, 429, 624
 - OTPF 429, 623
 - persönlicher 429
 - virtueller 429, 632
 - zeitlich 281
 - zeitlicher 247, 429, 633
 - Kontext (CMOP-E)
 - institutionell 241
 - kulturell 241
 - physisch 241
 - sozial 241
 - Kontext (OTPF)
 - kulturell 240
 - persönlich 240
 - virtuell 240
 - zeitlich 240
 - Kontextanalyse 486
 - kontextbasiert (context-based) 199, 364, 623
 - Betätigen 77
 - kontextbasiertes Arbeiten 241
 - Kontexttherapie 623
 - kontextualisierte Versorgung 247
 - kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) 580
 - Konzept 354, 365
 - konzeptionell 365
 - konzeptionelles Modell Wohnen 295
 - koordinieren (coordinate) 206
 - Körperfunktionen 427
 - ICF 164, 623
 - Körpersäfte nach Galenos 38
 - Körperstrukturen 427
 - ICF 164, 623
 - Kostenabwägung 492
 - Krankheitsprävention 520
 - kreatives Denken 202, 623
 - kreatives Reasoning 202, 624
 - Kreativität in der Ergotherapie 202
 - Kriseninterventionsteam 132
 - kritisch-emanzipatorische Wissenschaft 594, 624
 - kritisch-emanzipatorischer Bezugsrahmen 624
 - kritischer Professional 514, 624
 - Küchentischgespräche 624
 - Kultur 223, 624
 - Betätigen 247
 - Gesundheit 247
 - kulturelle Diversität 223
 - kultureller Kontext 246, 281, 429, 624
 - Betätigen 247
 - Definition 246
 - Ergotherapie 247
 - kundenorientierte Versorgung 187
 - Kundenzentrierung 623
- ## L
- language matters 228
 - late adopters 267
 - leadership 627
 - Leadership in Enabling Occupation (LEO) 213
 - Lebenserwartung 112–113
 - lebenslanges Lernen (scholarship) 213
 - Lebenslauf 282, 624
 - Lebensphasen, Entwicklungsschritte 284
 - Lebensqualität 243
 - Lebensstilfaktoren 100, 624
 - Lebensstilmonitoring 260, 624
 - Leistung (ICF) 165
 - Leistung (performance) 165
 - Leistungsfähigkeit 165, 616
 - Leistungsfähigkeit (capacity, ICF) 165, 624
 - leisure 75, 620
 - Leitbild (mission statement) 357
 - Leitlinien 181, 213, 572, 576, 598, 624
 - ergotherapeutische 322
 - LEO-Modell 213, 216
 - Lernen
 - Arbeitskontext 317
 - Ergotherapie 311
 - Interventionen 311
 - Schule 312
 - Lernprozessmodelle 374
 - Lerntheorie, sozialkognitive 527
 - Lese- und Rechtschreibschwäche 128
 - Lese-Rechtschreibschwäche 229
 - Lewin, Kurt 276
 - Liberman-Module 138
 - limitierende Faktoren
 - Analysebeispiel 547
 - Betätigungsanalyse 542
 - lived body 624
- ## M
- maintenance 199
 - Makroebene, Empowerment 131
 - Makroebene (gesellschaftlich), Vulnerabilität 126
 - Makrosystem 280
 - Marginalisation 96, 120, 624
 - Marx, Karl 39
 - Masterkompetenzen 157
 - mastery 283, 458, 624
 - changing mastery 283
 - Matching-Person-and-Technology 265
 - meaningful 443, 624
 - Medical Research Council Model (MRC-Modell) 595, 625
 - medizinische Perspektive 624
 - mehrschichtige Betätigungsmuster 282
 - mehrschichtige Veränderung 282
 - Meldepflicht 316
 - Menschen mit Behinderung 184
 - Menschenrechte 101, 184, 226
 - Mesoebene, Empowerment 131
 - Mesoebene (sozioökonomisch), Vulnerabilität 125
 - Mesosystem 280
 - Messinstrument 549
 - Messinstrumente 171
 - Arbeitsfähigkeit 321
 - COPM 384
 - Methode 363, 624
 - Methodik 362, 624
 - methodisches Handeln 354, 362–363, 474, 499, 625
 - Betätigungsanalyse 539
 - bewusst 477
 - dynamisch 478
 - partizipative Entscheidungsfindung 479
 - prozessmäßig 476
 - systematisch 475
 - zielgerichtet 477
 - Meyer, Adolf 41, 74
 - Migranten 227
 - Migration 114, 220, 625
 - Mikroebene, Empowerment 131
 - Mikroebene (individuell), Vulnerabilität 125
 - Mikrosystem 280
 - milieuorientierte Rehabilitation 134, 625
 - Milieutheorie 276, 625
 - Millenniumziele 102
 - Mission Possible (für Jugendliche) 314
 - mission statement 357, 625
 - Mitmachbetätigungen (engaging occupations) 290, 618
 - Mittelalter 38
 - Mizu (Wasser), Kawa-Modell 414
 - Model of Human Occupation, siehe MOHO
 - Model Of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) 409
 - Model of Occupational Adaptation 283
 - model of practice 365
 - Modell 625
 - akquisitorisches 463
 - Bieler Modell 465
 - biopsychosoziales 616
 - CDM 467
 - Chronic-care-Modell 616
 - CMOP-E 379
 - conceptual model 365
 - conceptual practice model 365
 - CPPF 384
 - edukativ, schulend 463
 - Inhaltsmodell 364, 621
 - Kawa-Modell 412
 - model of practice 365
 - MOHO 395
 - Occupational Adaptation 457
 - OPM-A 459
 - OTIP 462

Modell

- OTPF 423
- PEO 456
- PEOP 442
- restitutives 463
- soziales 166
- Spielfähigkeit 625
- transaktionales 632
- Modelle 354, 363
- Modellierungsphase 595
- Modified Interest Checklist (MNPS) 344
- MOHO 355, 365, 367, 371, 395, 409, 440, 625
- Anwendung 406
- Assessment 553
- Assessments 409
- Aufbau 398
- Ausführung 401
- Betätigten 403
- Entwicklung 403
- Exploration 619
- Fertigkeit 401, 619
- Gewöhnung 396, 398
- Habituation 620
- Intervention 406
- menschliche Komponenten 398
- occupational engagement 405
- Partizipation 401
- Performanzvermögen 396, 398
- professionelles Reasoning 406
- Theorie 396
- Veränderung 403
- Vision 403
- Volition 632
- Wille 396, 398
- Monitoring 260
- moral treatment 40, 625
- Motivation 442, 625
- Aktivität 279
- Motivational Interviewing (MI) 137, 199, 529, 625
- motivierende Gesprächsführung 199, 625
- motorische Entwicklung 274
- motorische Fertigkeiten 401, 428
- MPT-Modell 265
- MRC-Modell 625

N

- Nachbarschaftsentwicklung 109, 625
- nachhaltige Entwicklung, Ziele 149
- Nachsorge 625
- Intervention 494
- Narrativ 446, 550, 625
- in action 625
- narrative in action 550
- narratives Reasoning 506, 625
- Nature-nurture-Dichotomie 625
- necessary occupations 289, 625
- Neuro-Developmental Treatment (NDT) 375
- no-restraint-system 40
- nonmaleficence 268, 619, 625
- Nottingham Leisure Questionnaire (NLQ) 344

- notwendige Betätigungen (necessary occupations) 289

O

- OA-Modell 365, 457
- OARS-Basistechniken 202
- Obdachlose 228
- occupation based assessment 615
- occupational-based 198, 336, 360, 625
- occupation-based assessment 551
- occupation-focused 523
- occupational adaptation 283, 625
- Occupational Adaptation Model 369, 626
- occupational alienation 592, 626
- occupational apartheid 626
- occupational balance 83, 290, 341, 343, 615, 626
- occupational behavior framework 47
- occupational challenges 626
- occupational change 404
- occupational competence 626
- occupational deprivation 80, 249, 291, 341, 523, 614, 626
- occupational development 311, 329, 626
- occupational disruption 626
- occupational engagement 80, 207, 406, 618
- Dimensionen 405
- MOHO 405
- occupational goals 387
- occupational imbalance 626
- occupational influences 379, 626
- occupational injustice 615
- occupational issue 626
- occupational justice 77, 105, 127, 429, 592, 629
- occupational need 48, 626
- occupational participation 90, 401, 626
- occupational patterns 81, 278, 385, 615, 626
- occupational performance 90, 207, 364, 401, 460, 549, 626
- occupational performance areas 460, 626
- Occupational Performance History Interview II (OPHI-II) 322, 409
- Occupational Performance Model Australia (OPM-A) 370, 459, 626
- occupational person 379, 626
- occupational profile 431, 549, 615, 626
- Occupational Questionnaire (OQ) 409
- occupational repertoire 274, 278, 385, 615, 626
- occupational rights 105
- occupational roles 460, 626
- Occupational Science 591, 626
- als Beruf 593
- Ergotherapieforschung 591
- Forschungsaktivitäten (Beispiele) 592

- Occupational Science Europe (OSE) 152, 157
- Occupational Self Assessment (OSA) 409
- occupational skill 626
- occupational skills 90, 401
- Occupational Therapy Africa Regional Group (OTARG) 626
- Occupational Therapy Assessment Package (OTAP) 465
- Occupational Therapy Europe (OT-EU) 154
- Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) 372, 462, 626
- Occupational Therapy Practice Framework (OTPF), *siehe* OTPF
- occupational transitions 282, 615, 626
- Occupational-Adaptation-(OA)-Modell 365
- Occupational-Adaptation-Modell (OA) 457
- ökosystemischer Ansatz 280, 626
- ökosystemisches Modell 281
- open-ended questions 626
- OPM(A) 626
- OPM-A 459
- OPMA 370
- optional talk 513, 626
- Optionsgespräch 626
- Optionsgespräch (optional talk) 513
- Organisation
- als Klient 299, 626
- Arbeit aus sozialer Perspektive in und mit einer Organisation 109
- Definition 182
- OTPF 435
- Organisation als Klient 182
- Organisationen, Prozessmodell 374
- Organisations-Ebene, Empowerment 131
- Organisationsebene 299
- Organizing Model of Practice (OMP) 376
- OSE 152, 157
- OT-EU 154
- OTIPM 372, 462
- Assessments 464
- Vision 464
- OTPF 362, 368, 371, 422, 622, 628
- Aktivitäten 613
- Aktivitäten (occupations) 426
- Anforderungen von Aktivitäten und Betätigungen 431
- Aufbau 423
- Ergotherapieprozess 430
- Evaluationsprozess 431
- Klientenfaktoren 427
- Kontext 240, 429
- Organisation 435
- Performanzmuster 429
- Terminologie 435
- Theorie 422
- Umwelt 429
- Vision 434
- Ottawa-Charta 626

- outcome 626
- outcomes 434

P

- PACS/Pediatric Photo-Interview 484
- Pädiatrie 49
- PADL 301
- PAH-Modell 265
- Paradigma 357, 626
- Paradigma (Definition) 117
- Paradigma (grundsätzliche Denkweise) 355
- Paradigma der Ergotherapie 75
- participation through activities 90
- Partizipation 87, 192, 298, 626
- Arbeitspartizipation 90
- Arbeitsplatz 311
- Bürgerpartizipation 89
- Förderung 344
- Förderung (advocate) 337
- gesellschaftlich 135
- ICF 164
- Klientenpartizipation 89
- Schule 311
- Partizipation (occupational participation) 401
- Partizipation, aktive 279
- Partizipation, soziale 83
- Partizipationsgesellschaft 92–93, 119, 318, 475, 626
- Partizipationsgesetz 310
- Partizipationsgesetz (Niederlande) 117
- Partizipationsleiter 88
- Partizipationsrad 344, 626
- partizipative Entscheidungsfindung 206
- methodisches Handeln 479
- partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) 89, 137, 188, 197, 479, 551, 581, 627
- Partnering for Change (P4C) 314
- Patient Reported Outcome Measures (PROM) 181
- Patient, Begriff 48
- Patientenfragebogen 181
- Patientenorganisationen 578, 627
- PDCA 567
- PDCA-Zyklus 573, 580, 627
- Pediatric Interest Profiles (PIP) 335
- Pediatric Volitional Questionnaire (PVQ) 409
- Peer Consulting 572
- peer support 627
- PEGS 489
- Pensionierung 324
- PEO 369
- PEO-Fit 369, 455
- PEO-Modell 78, 242, 276, 311, 365, 627
- Spielanalyse 334
- PEOP 368, 439–440, 549
- Anwendung 442, 444
- Assessments 444
- Aufbau 442
- Betätigten 442

- Betätigungsorientierung 445
 - Evidenzbasierung 445
 - Klientenzentrierung 445
 - persönliche Faktoren 442
 - Systemmodell 442
 - Theorie 441
 - Vision 444
 - PEOP Occupational Therapy (PEOP OT), *siehe* PEOP OT
 - PEOP Occupational Therapy (PEOP OT) Prozessmodell 372
 - PEOP OT 372, 549–550
 - PEOP OT-Prozessmodell 445, 447, 627
 - Assessment 446
 - Evaluation 446
 - Narrativ 446
 - Organisationen 449
 - Person und ihr System 448
 - Populationen 451
 - PEOP-Modell 78, 627
 - PEOP-OT-Prozessmodell 440
 - Perceive Recall Plan and Perform System (PRPP) 344
 - Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) 553
 - Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) 489
 - Perceived Limitations and Needs Questionnaire (PLAN-Q) 598
 - performance 165
 - performance capacity 396, 399
 - performance patterns 428, 615, 627
 - Performance Quality Rating Scale (PQRS) 495
 - performance skills 427
 - Performanzfertigkeiten 436
 - Performanzfertigkeiten (performance skills) 427, 627
 - Performanzmuster 437, 627
 - Gewohnheiten 429
 - OTPF 429
 - Rituale 428
 - Rollen 428
 - Routinen 429
 - Performanzmuster (performance patterns) 428
 - Performanzvermögen (performance capacity) 396, 399
 - periodische Veränderung (incremental change) 404
 - Person 78
 - Betätigen 536
 - CMOP-E 627
 - Person und System
 - Arbeit aus individueller Perspektive in eigener Umwelt 108
 - Arbeit aus individueller Perspektive in Einrichtung 107
 - Person-Environment-Fit 101
 - Person-Environment-Fit-Model 276
 - Person-Environment-Occupation 78
 - Person-Environment-Occupation (PEO) 369, 456
 - Person-Environment-Occupation and Performance 78
 - Person-Environment-Occupation (PEO)-Modell, *siehe* PEO-Modell
 - Person-Environment-Occupation-Model 627
 - Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) 368
 - Person-Environment-Occupation-Performance Model 627
 - Person-Environment-Occupation-Performance-Modells (PEOP), *siehe* PEOP
 - Person-Umwelt-Übereinstimmung 101
 - personal causation 398, 627
 - personal health record (PHR) 254, 627
 - Personal Health Records 129
 - personal leadership 213, 627
 - Kernelemente 213
 - personal setting 280
 - personbezogene Faktoren 164, 169, 172
 - personengebunden, Betätigen 77
 - persönliche ADL (PADL) 301
 - persönliche Effektivität (self-efficacy) 304
 - persönliche Faktoren 278, 386, 441, 627
 - Entwicklung des Betätigens 279
 - persönliche Qualitäten des Ergotherapeuten 201
 - persönlichen Effektivität (personal causation) 398
 - persönlicher Kontext 429, 627
 - Perspektive der Partizipation (ICF) 627
 - Pflegroboter 258, 270
 - Pflegestandard 577
 - pflichtgemäße tägliche Betätigen (contracted occupations) 289
 - PHR 129
 - physische Betätigungsvoraussetzungen (CMOP-E) 627
 - physische Umwelt 280, 429, 627
 - Betätigen 246
 - Definition 245
 - Ergotherapie 246
 - Gesundheit 246
 - Wohnraumanpassungen 246
 - Piaget, Jean 274
 - PICO-Regel 512
 - Pilotstudie 595
 - Pinel, Philippe 40, 62
 - Pinel, Philippe 55
 - Plan-Do-Check-Act-Zyklus 476
 - Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA) 567
 - Plastizität des Gehirns, Determinanten 279
 - playfulness 330, 627
 - Politik 104
 - politisches Reasoning 103, 508, 627
 - Population
 - als Klient 627
 - Arbeit aus sozialer Perspektive populationsorientiert im Viertel 109
 - Definition 183
 - Population als Klient 183
 - Population als Klient (community-based) 300
 - population-based 201
 - Populationen, Prozessmodell 374
 - populationsbasiert 628
 - populationsbasiert (population-based) 201
 - populationsbasierte Versorgung 628
 - Populationsebene 300
 - position statement 628
 - positive Gesundheit 520, 628
 - positiver Gesundheitsbegriff, ICF 168
 - power sharing 206, 628
 - powerful occupation 87, 628
 - pragmatisches Reasoning 506, 628
 - präklinische Phase 595
 - praktisches Wissen 359
 - Präsenz 188, 622
 - Prävalenz 184
 - Prävention 520, 523, 628
 - Betätigungsfragen 310
 - Praxiskontext 107, 385
 - praxisorientierte Forschung 591
 - precontemplation 199
 - Primärprävention 523–524, 531, 628
 - Prinzipien 210
 - ethische 268, 619
 - Priorisierung, Betätigungsfragen 484
 - Privatsphäre 269
 - product-related intended use 628
 - Professional
 - kritische Haltung 514
 - Reflection-in-action 514
 - Reflection-on-action 514
 - Professional im Genesungsprozess, Eigenschaften 132
 - Professionalisierung 580, 628
 - professionelle Reasoning
 - Inhaltsmodell 508
 - Prozessmodell 508
 - professionellen Reasoning 408
 - professionelles Handeln 570
 - professionelles Reasoning 505, 628
 - Assessment 408
 - Auswahl Messinstrument 486
 - Entscheidungsfindung 509, 512
 - evidenzbasierte Praxis 511
 - MOHO 406
 - Profil du Loisir (Profil der Freizeitgestaltung) 344
 - Protokoll 577, 628
 - prozedurales Reasoning 505, 628
 - Prozess 628
 - Prozess des anvisierten Outcomes (OTPF) 628
 - Prozess des professionellen Reasonings im Model of Human Occupation (MOHO) 371
 - Prozess-Framework Canadian Practice Process Framework (CPPF) 362
 - prozessbezogene Fertigkeiten 428
 - prozesshafte Fertigkeiten 401
 - Prozessmodell, PEOP-OT-Prozessmodell 440
 - Prozessmodell
 - Application to Practice of Kawa-Model 372
 - Beratungsphasenmodell 372
 - Canadian Practice Process Framework (CPPF) 371
 - Ergotherapie 373
 - ethische Fragen 374
 - linearer Prozess 373
 - Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) 372
 - Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) 371
 - PEOP Occupational Therapy (PEOP OT) Prozessmodell 372
 - PEOP OT 550, 627
 - professionelles Reasoning 508
 - projektmäßige Arbeit 374
 - Prozess des professionellen Reasonings im Model of Human Occupation (MOHO) 371
 - Veränderung von Betätigungsmustern 374
 - zyklischer Prozess 373
 - Prozessmodell Hilfsmittelberatung 265
 - Prozessmodelle 628
 - ergotherapeutische 370
 - spiralförmiger Prozess 373
 - Übersicht 371
 - PRPP-System 462
 - psychische Prozesse 84
 - psychologischer Bezugsrahmen 360
 - psychologisches Empowerment 131
- ## Q
- Qualität 566
 - (Hoch-)Schulen, Akademisierung, Forschung 581
 - Berufsausübung 570
 - DVE 582
 - qualitative Forschung 597, 628
 - Qualitätsarbeit 572
 - Qualitätsgruppen 572
 - Qualitätskriterien, Klientenperspektive 568
 - Qualitätsmanagement (QM) 579
 - gesetzliche Grundlagen 569
 - Qualitätsmessung 569
 - Qualitätsmodelle 575
 - Qualitätsregister 628
 - Qualitätsregister Gesundheitsberufe 571
 - Qualitätssicherung 565
 - dynamische 572
 - gesetzliche Grundlagen 569
 - systematische 567
 - Team, Abteilung, Organisation 572
 - Qualitätssteigerung 566, 572
 - Methoden 572
 - quantitative Forschung 598, 629
 - Quartärprävention 523, 531

R

Rad der partizipativen Demokratie 119
 randomisierte kontrollierte Studie (RCT) 595
 Randständigkeit 624
 readiness 436, 482, 614
 Realitätswert (intactness) 539
 realization of resources 41
 Reasoning 502
 – klinisches 502
 – Beispielfragen 513
 – ethisches 212, 506, 516, 619
 – interaktives 505, 621
 – konditionales 506, 511, 623
 – kreatives 202, 624
 – narratives 506, 625
 – politisches 103, 508, 627
 – pragmatisches 506, 628
 – professionelles 406, 505, 509, 628
 – prozedurales 505, 628
 – Prozess 407
 Reasoningprozess
 – Klientenperspektive 510
 – sechs Schritte 407
 Recht auf Betätigung (occupational justice) 77, 105, 127, 592, 629
 reconstruction aides 43
 Red Flags 208, 387, 629
 Reduktionismus 44, 629
 reduktionistischer Ansatz 616
 reduktionistisches Denken 44, 360, 629
 Reflection-in-action, Professional 514
 Reflection-on-action, Professional 514
 reflective listening 629
 reflektieren 514
 – Ergotherapeut 515
 Reflexion, Intervention 433
 Reflexionsfragen 515
 Reflexivität 202
 reframing 363
 regelhafte Betätigungen (regular occupations) 290
 Regeln, Spiel 330
 Regenbogenmodell 97, 100, 107, 240, 629
 Regimen sanitatis 38
 regular occupations 290, 629
 Rehabilitation 134, 629
 – entwicklungsorientiert 134, 137
 – individueller Ansatz 138
 – individueller fragenorientierter Ansatz (IFA) 138
 – milieuorientierte 134
 – Stärken und Schwächen 140
 – systemisches rehaorientiertes Handeln 138
 rehabilitation problem solving (RPS) 167
 Rehabilitationstechnologie 45
 Reifungstheorie 275, 629
 Reintegration 629
 relaxing occupations 290, 629
 Reliabilität 562, 629

Renaissance 35, 38
 Research Occupational Therapy and Occupational Science (ROTOS) 152, 154, 157
 Residential Environment Impact Survey (REIS) 300
 Resilienz 123, 168, 629
 respect for autonomy 268, 619
 Respekt 192, 629
 Responsible Care 567
 Responsivität 562, 629
 Ressourcen (des Klienten) 390
 restitutives Modell 463
 Retest-Reliabilität 562, 629
 Rituale 629
 – Performanzmuster 429
 Roboter 258
 Rollen 79, 315, 629
 – Performanzmuster 429
 rollengebundenes Handeln 79
 Rollenstereotypen 291
 rote Flaggen 208, 629
 ROTOS 152, 154, 157
 Routine Tasks Inventory – Expanded (RTI-E) 469
 Routinen 629
 – Performanzmuster 429
 RPS-Formular 167
 RTI-E 469

S

Säugling, Entwicklungsschritte 284
 Schädigung, ICF 164, 629
 scholarship 213
 School Wide Positive Behavior Support (SWPBS) 314
 School-AMPS 314–315, 372
 Schreiben, Entwicklung 316
 6-Schritte-Modell 528
 Schulabbrecher 319
 Schulbegleiter 225
 Schule
 – Betätigungsfragen inventarisieren 315
 – inklusive Schule 313
 – Interventionen 313–314
 – Klasse 314
 – Lernen 312
 – Partizipation 311–312
 – Partnering for Change (P4C) 314
 Schulkasse 314
 schulpflichtige Kinder, Betätigungsfragen 315
 Schulverweigerer 319
 SDG 149
 Segregation 135
 Sekundärprävention 523, 531, 629
 Selbstbestimmungstheorie 527
 Selbstbewertungsinstrumente 409
 Selbstdeterminationstheorie 279, 629
 Selbsteinschätzungsskala Arbeit 171
 Selbsterhaltung (self-maintenance) 301, 630

Selbstmanagement 128, 141, 190, 630
 – Gesundheitsförderung 525
 – Onlineunterstützung 323
 – Unterstützung 128
 – Ziele 128
 Selbstorganisation 128
 Selbstversorgung (self-care) 83, 301
 Selbstvertrauen 442
 Selbstwirksamkeit (self-efficacy) 123, 128, 304, 383, 389, 398–399, 443, 527, 630
 self-advocacy 430, 630
 self-care 75, 301, 630
 self-efficacy 304, 383, 389, 630
 self-maintenance 301, 630
 sensomotorische Entwicklung 630
 Serviceroboter 258, 270
 setting in interactions 280
 shared decision making 89, 137, 188, 197, 206, 479, 551, 581, 630
 shared occupations 83, 630
 Short Child Occupational Profile (SCOPE) 409
 skills 619
 SMART-Kriterien 574, 630
 social change 379, 621
 social justice 365, 630
 social occupations 290, 630
 Sonderschulen 319
 Soucek, Max 60
 soziale Barrieren 136, 205
 soziale Betätigungen (social occupations) 290, 630
 soziale Determinanten 444
 soziale Gerechtigkeit (social justice) 365, 630
 soziale Inklusion 618
 soziale Interaktionsfertigkeiten 428
 soziale Kohäsion 244–245, 630
 soziale Medien 281
 soziale Partizipation 83
 soziale Perspektive 630
 soziale Spiele 330, 333
 soziale Teilhabe 426
 soziale Umwelt 243, 280, 429, 630
 – Betätigen 243
 – Definition 243
 – Ergotherapie 244
 soziale Unterstützung 100, 630
 soziales Kapital 96, 101, 244, 630
 soziales Modell 166, 630
 soziales Netzwerk, Analyse 245
 soziales Unterstützungssystem 136
 Sozialfaktoren 96
 Sozialisation 630
 Sozialisierung 135
 Sozialjustiz 135
 sozialkognitive Lerntheorie 527
 Sozialkundschafter 135, 630
 Sozialroboter 258, 270
 Sozialverhalten, Entwicklungsphase 283
 sozioemotionale Entwicklung 275, 280, 630
 soziologischer Bezugsrahmen 360

sozioökonomische Ebene, Vulnerabilität 125
 Spätdoptoren (late adopters) 267
 specialize 207
 spezielle Techniken anwenden (specialize) 207
 Spiel 426
 – Ausblenden der Realität 331
 – Betätigungsbereich 328
 – Computerspiele 332
 – dazugehören 331
 – Definition 329
 – ergotherapeutische Intervention 335
 – Flow 330
 – framing play 331
 – funktionelles 330
 – innere Kontrolle 331
 – intrinsische Motivation 331
 – Konstruktions- und Fantasiespiele 330
 – Partizipation 333
 – Regeln 330
 – sein 330
 – soziale Spiele 333
 – soziales 330
 – Spielanalyse 333
 – Spielerlebnis 331
 – Spielfähigkeit 331
 – symbolisches 330
 – tun 330
 – Virtual Reality 332
 – werden 331
 Spielanalyse 333
 Spielecomputer 332
 Spielerlebnis 331
 Spielfähigkeit 331, 630
 – Assessments 335
 – Modell 331
 Spielmöglichkeiten 281
 Spielpartizipation 333
 Spielzeug 334
 Spiralmodell (De Bekker) 575
 Spiritualität (spirituality) 427, 443
 – CMOP-E 631
 SPOT Europe 156
 Sprache, verbal und nonverbal 228
 Sprachverwirrung 354
 Sprechen, Entwicklungsphase 283
 SRH 138
 Stadium der Bewusstwerdung 199
 Stadium der Sorglosigkeit 199
 Stages-of-Change-Modell 199
 stakeholders 631
 Stärken (des Klienten) 390
 Stichwortsammlung (Cue Acquisition) 504
 Stigmatisierung 126, 135, 631
 – Selbststigmatisierung 135
 stilles Wissen 359
 strukturierte Interviews 409
 Strukturwandel 116, 631
 Stützen und Stärken, Kompetenzbereich 530
 subjektive Norm 527
 Suchterkrankung 128
 Supervision 572, 631
 suspension of reality 331, 631

Sustainable Development Goals (SDG) 149
 SWOT-Analyse 486
 symbolisches Spiel 330
 Symptom-Checklist-90 (SCL- 90) 321
 systematische Qualitätssicherung 567
 systemisches rehaorientiertes Handeln (SRH) 138
 Systemmodell, PEOP 442
 Systemtheorie 397
 – dynamische (DST) 397

T

tacit knowledge 359, 631
 TAHIB-Studie 114
 Talent, Umwelt 282
 Tatsache 359
 Taxonomic Code of Occupational Performance, *siehe* TCOP
 Taxonomie 364, 631
 – Alltagsaktivitäten 169
 TCOP 84, 169, 364, 485, 551, 631
 – Alltagsaktivitäten 170
 technische Assistenzsysteme 200
 technische Entwicklung 113
 Technologieadoption 267, 631
 Technologieakzeptanz 267, 631
 – ältere Menschen 268
 technologiebasiert (technology-based) 200, 631
 Technologien 253, 295
 – ethische Dilemmata 269
 – ethische Überlegungen 268
 – Privatsphäre 269
 – Unterstützungstechnologie 256
 technology-based 200
 Telehilfe 262
 Telemedizin 254–255, 295, 631
 Telepflege 262
 Televersorgung 113, 254, 262, 270
 Terminologie, OTPF 435
 Tertiärprävention 523, 531, 631
 Tertiärversorgung 107
 Theorie 359, 631
 Theoriebildung 361
 Theorieentwicklung 51
 therapeutische Perspektive 510, 631
 time diary 289, 631
 time use research 289, 631
 time-killing occupations 290, 631
 top-down 388
 Top-down-Ansatz 97, 109, 201, 285, 386, 551, 631
 Top-down-Assessment 632
 Torimaki, Kawa-Modell 415
 Traitement morale 40
 transaktionale Interaktion 242
 transaktionales Modell 632
 transformational change 404
 transformationale Veränderungen 404
 Transitionen 282
 translationale profession 55, 214, 441
 Treffen (Klient und Ergotherapeut) 481, 632
 Tuke, Samuel 40
 Tuning-Projekt 157, 632
 Two-body-Practice 503, 509, 517

U

Überweisung 480
 Überzeugungen (beliefs) 427
 Umwelt 79
 – Betätigten 400
 – Faktoren 400
 – OTPF 429
 – physisch 240, 246, 280, 429
 – sozial 280, 429
 – Talent 282
 – Versorgung 304
 Umwelt (CMOP-E)
 – institutionell 241
 – kulturell 241
 – physisch 241
 – sozial 241
 Umwelt (OTPF)
 – physisch 240
 – sozial 241
 umweltbezogener Bezugsrahmen 360
 Umweltdeprivation 281
 Umweltfaktoren 401, 444
 – ICF 164
 UN Behindertenrechtskonvention 313
 universelles Design (universal design) 311, 313, 632
 UNO-Agenda nachhaltige Entwicklung 149
 unregelmäßige Betätigungen (regular occupations) 290
 Unternehmen 632
 Unterricht, Lernen 312
 Unterricht, geeigneter 225, 310
 Unterstützungstechnologie 45, 54, 255–256, 263, 270, 614, 632
 Use of Self (UoS) 201, 209, 216, 632
 – Authentizität 202
 – Empathie 202
 – Ermöglichung des Betätigten 202
 – Reflexivität 202
 – Zusammenarbeit 202

V

Validität 561, 632
 – Inhaltsvalidität 561
 – Konstruktvalidität 561
 values 398, 427
 Veränderung
 – des Betätigten (occupational change) 404
 – durch Betätigten 85
 – durch Betätigung 199
 – katastrophale 404
 – mehrschichtige 282
 – periodische 404
 – transformationale 404

Verantwortlichkeit (accountability) 214, 613
 Verbraucherorganisationen 578, 627
 Vergesellschaftung 141
 Verhaltensänderung, 6-Schritte-Modell 528
 Verhaltensdeterminanten 526
 Verhaltensmodelle 527
 Verhaltensregeln 212
 Verhaltensstandards 209, 614
 Verhandeln 192, 632
 Versorgung 301, 632
 – anderer Personen 303
 – Bedeutung 303
 – Betätigungsbereich 293
 – Identität 303
 – Umwelt 304
 Versorgung von sich selbst und anderen, Entwicklung 301
 Versorgungsaktivitäten 304
 Versorgungspfad 576
 Versorgungsteam 632
 Verwirklichungschance (capability) 101, 616, 632
 Videokommunikation 254
 Vier-Säfte-Lehre 37
 Virtual Reality (VR) 332
 virtueller Kontext 429, 632
 – Betätigten 248
 – Definition 248
 – Ergotherapie 248
 Vision 356–357, 632
 – MOHO 403
 – OTIPM 464
 – OTPF 434
 – PEOP 444
 Vision des Betätigten, Meyer 41
 Visitation 578
 Volition 396, 409, 632
 Volitional Questionnaire (VQ) 409
 Vorschulkind, Entwicklungsschritte 284
 Vorurteile 231
 vulnerabel 632
 Vulnerabilität 123, 130
 vulnerable Personen 123
 Vygotsky, Lev 274

W

well-being 633
 Wellness Recovery Action Plan (WRAP) 133
 Weltbehindertenbericht 102
 Weltkrieg, erster 43
 Weltkrieg, zweiter 48
 Weltverband der Ergotherapeuten (WFOT) 152
 Werte (values) 398, 427
 westliche Perspektive 633
 WFOT 152, 633
 WHO-Aktionsplan Gesundheit für Behinderte 149
 WHO-Netzwerk altersfreundliche Städte 150
 Wille (volition) 396, 398
 Wissen 231, 358, 633

– stilles oder implizites (tacit knowledge) 359
 – angewandtes 358
 – grundlegendes 358
 – knowledge 359
 – praktisches 359
 Wissenschaft
 – ergotherapeutische Praxis 598
 – Ergotherapie 590
 – Ethik 596
 – evidenzbasierte Praxis (EBP) 596
 – interpretative 594
 – kritisch-emanzipatorische 594
 – Methoden 594
 – Qualität 597
 – wissenschaftstheoretische Strömungen 594
 Wissensfundus (body of knowledge) 356
 Wohlbefinden (well-being) 98, 633
 – geistig 99
 – körperlich 98
 – soziales 99
 Wohlfahrtsstaat 119, 318
 Wohnen 295
 – Betätigten 296
 – Betätigungsbereich 293
 – Ergotherapie 298
 – mit Versorgung 297
 Wohnen und Versorgen, Betätigungsbereich 293
 Wohnraumanpassungen 246
 Wohnservicezonen 298, 633
 Wohnviertel, Versorgung 105
 Work Ability Index (WAI) 322
 Work Environment Impact Scale (WEIS) 322
 Work Limitations Questionnaire (WLQ) 322
 Worker Role Interview (WRI) 322
 workforce planning 215
 World Federation of Occupational Therapists (WFOT) 152, 633
 WRAP 133
 Write-start-Programm 314
 Writing Readiness Inventory Inventory Tool In Context (WRITIC) 553
 Würde 192
 Würde des Menschen 184

Z

Zeit, freie, *siehe* freie Zeit
 Zeitaspekt, Betätigten 81
 zeitgenäues Tagebuch (time diary) 289
 zeitlicher Kontext 281, 429, 633
 – Betätigten 248
 – Definition 247
 – Ergotherapie 248
 Zeitmutzung 288, 633
 – Ordnung 289
 – zeitgenäues Tagebuch 289
 zeitraubende Betätigungen (regular occupations) 290

- Zeitstrukturierung 342
- zentrales Nervensystem (ZNS) 279
- Zertifizierung 577
- Ziele für nachhaltige Entwicklung 149
- Zielformulierung 488
- Kriterien 489
- Zielgerichtetheit 80, 633
- Zielsetzung 488, 633
- ZNS 279
- Zones of Regulation 314
- zugängliche Gesellschaft 250
- Zusammenarbeit 110, 192, 202, 633
- zusammenarbeiten (collaborate) 206
- Zuverlässigkeit, *siehe* Reliabilität
- zweckgebundene tägliche Betätigungen (committed occupations) 289