

Ergotherapie – betätigungszentriert in Ausbildung und Praxis

Herausgegeben von
Maria Kohlhuber
Christine Aichhorn
Barbara Dehnhardt



Ergotherapie – betätigungszentriert in Ausbildung und Praxis

**Herausgegeben von
Maria Kohlhuber, Christine Aichhorn,
Barbara Dehnhardt**

Unter Mitarbeit von
Maximilian Bollwein, Anja Christopher,
Annika Grote, Melanie Hessenauer, Lilli Hilgert,
Thorsten Hirsch, Johanna Linsmayer,
Christina Müllenmeister, Kathrin Reichel,
Ellen Romein, Esther Scholz-Minkwitz,
Franziska Spatz, Lucia Szenzenstein, Verena Weiler,
Julia Zeindl

97 Abbildungen

**Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York**

Impressum

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.

© 2020 Georg Thieme Verlag KG

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Deutschland

www.thieme.de

Printed in Germany

Redaktion: Meyer, Nicole, Stuttgart

Zeichnungen: Christiane und Dr. Michael von Solodkoff,
Neckargemünd

Umschlaggestaltung: Thieme Group

Satz: SOMMER media GmbH & Co. KG, Feuchtwangen

gesetzt in Arbortext APP-Desktop 9.1 Unicode M180

Druck: Grafisches Centrum Cuno, Calbe (Saale)

DOI 10.1055/b-006-163264

ISBN 978-3-13-242808-9

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:

eISBN (PDF) 978-3-13-242809-6

eISBN (epub) 978-3-13-242810-2

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.

Geleitwort

Occupational therapy practitioners ask, "What matters to you?" not, "What is the matter with you?"

Ginny Stoffel, AOTA President 2013–2016

Soviel steht fest: Dieses Buch habe ich in meiner Zeit als Lehrende in der Ausbildung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten schwer vermisst! Es wird entscheidend dazu beitragen, dass wir unsere Kompetenz durch konsequentes Handeln auf Basis von Betätigung in den therapeutischen Prozess einbringen, im interprofessionellen Team selbstbewusst präsentieren und noch dazu gut zu begründen wissen.

Um unter Auszubildenden ein Feuer zu entfachen, müssen Lehrende ja nicht bloß selbst „Feuer und Flamme“ sein. Bisher mussten sie dafür auch noch die Feuerprobe bestehen, die unser Beruf aufgrund seiner Erklärungsnot mit sich brachte. Berufliche Identität setzt eine hohe Identifikation mit dem Beruf voraus, die umso eher gegeben ist, je klarer ein Beruf zu definieren, von anderen abzugrenzen ist, und je eindeutiger die Rollen im Tätigkeitsfeld verteilt sind. Was einige unter uns aus eigener Erfahrung noch gut kennen, beschreibt Maria Kohlhuber im einleitenden Kapitel auf anschauliche Weise. Wer wie sie seine Berufsbiografie rückblickend betrachtet, mag erstaunt darüber sein, welche Wege beschritten wurden, um dahin zu gelangen, wo wir uns als Berufsgruppe heute positionieren:

Ein klares Aufgabengebiet mit einem eindeutigen Fokus auf Betätigungen von Personen, Gruppen und Populationen, basierend auf einer konsequenten Einbeziehung von Klienten, die wir als Experten ihres eigenen Betätigungsverhaltens anerkennen.

Betätigung, Klientenzentrierung und Partizipation waren auch „die wichtigsten Wörter“, mit denen Auszubildende aus „meiner“ ehemaligen Schule die Ergotherapie von heute charakterisiert haben – wohlwissend (und zum Teil bereits selbst „durchlitten“) wie riesig die Kluft „zwischen beruflicher Realität und ergotherapeutischer Vision“ sein kann. Hier sind es Johanna, Maximilian, Lilli und Christina, die das Spannungsfeld zwischen beruflicher Identität und Engagement in ihren Erfahrungsberichten sehr konkret beschreiben. Sie verdeutlichen uns damit das Verhältnis der objektiven Anforderungen und Rahmenbedingungen auf der einen und dem subjektiven Erleben und den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten auf der anderen Seite.

Damit eine Identifikation mit dem späteren Beruf gelingt und auch Bestand hat, werden ein passendes Fundament und eine überzeugende Rahmung benötigt. Wir brauchen motivierte und engagierte Lehrende, Praxisanleiter und Berufspraktiker, die in besonderer Weise für ihren Beruf brennen und wissen, wo, womit und wie sie zünden müssen, um bei anderen das Feuer zum Lodernd zu bringen. Wir brauchen Menschen, die mutig sind, sich auf das Abenteuer einer neuen Erfahrung einzulassen. Und wir brauchen Autorinnen und Autoren, die uns einladen, all das zu tun. In Zeiten gesellschaftlicher Veränderungsprozesse tragen sie damit entscheidend zur Profilbildung unseres Berufes bei. Herzlichen Dank dafür!

Julia Schirmer

Vorstandsmitglied Bildung und Wissenschaft

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)

Vorwort

Als der Thieme Verlag im Herbst 2017 beschloss, das Buch „Ich werde Ergotherapeutin“ in veränderter Form neu aufzulegen, sah sich eine der damaligen Herausgeberinnen, Christine Schaefer, zeitlich nicht in der Lage, dieses Projekt noch einmal neu aufzurollen. Glücklicherweise gelang es dann Barbara Dehnhardt, durch ihre Kontakte Maria Kohlhuber und Christine Aichhorn als neue Mitherausgeberinnen zu gewinnen. Dies war ein ausgesprochener Glücksfall, denn beide sind aktive, engagierte Lehrkräfte, die bereits seit einiger Zeit intensiv eine betätigungszentrierte Ausbildung an einer bayerischen Schule durchgeführt hatten. So hatten sie durch ihre Arbeit auch Erfahrungen damit sammeln können, wo Stärken und wo Schwachstellen von „Ich werde Ergotherapeutin“ lagen.

Nun sahen wir drei Herausgeberinnen eine große Chance in einem neuen Buch: die Chance, unser gemeinsames zentrales Anliegen umzusetzen, die Betätigungszentrierung an dem ihr zustehenden Platz im Zentrum des Berufes zu verankern. Es bestand jetzt die Möglichkeit, etwas weitgehend Anderes, Neues zu schaffen – ein erstes Lehrbuch mit dem Fokus auf Betätigungszentrierung! Was sich dadurch allerdings alles ergeben würde, haben wir alle nicht geahnt. Jeder, der schon einmal an der Herausgabe eines Buches mitgearbeitet hat, weiß, wie viel Arbeit in solch einem Projekt steckt. Aber auf der positiven Seite steht eine unglaubliche Erweiterung an Wissen, an Erkenntnissen und an Einsichten in das Potential, das die von Anfang an betätigungszentrierte Ausbildung für unseren Beruf haben kann.

Unsere Motivation, ins eiskalte (für zwei von uns) bzw. lauwarmer (für eine) Wasser zu springen, liegt in unserer Erfahrung, wie überaus nützlich die betätigungszentrierte Arbeit für unsere Klienten ist. Zugleich wird das Arbeiten für die Therapeuten deutlich zufriedenstellender. Wenn Klienten äußern, wie viel sinnvoller es ist, im Alltag zu schauen was nötig ist, statt sich um den Muskeltonus zu sorgen, so spricht das für uns Bände. So sehen wir in der Herausgabe dieses Buches die Gelegenheit, unsere Begeisterung für diese Arbeit bei der Leserschaft zu entfachen. *Unser Ziel wäre erreicht, wenn sich Lehrkräfte und Auszubildende auf den Weg in diese Richtung machen. Und zusätzlich wünschen wir*

uns, dass auch bereits erfahrene Kolleginnen und Kollegen sich für diesen Weg interessieren, sich austauschen und so vielleicht neue Netzwerke entstehen lassen.

Durch die Diskussion der Inhalte, den Kontakt zu möglichen Autoren, weitreichende Literaturrecherchen und immer wieder heftige Diskussionen ordnete sich allmählich die Struktur für dieses Buch. Besonders hilfreich war dabei das engagierte Mitdenken, Nachfragen und schließlich das Schreiben der Beiträge durch kompetente Kolleginnen. An dieser Stelle schon mal ein herzlicher Dank an alle Autorinnen und Autoren, die uns bei dieser Mammutaufgabe zur Seite standen und uns mit ihren Beiträgen intensiv unterstützt haben! So entstand auch erst allmählich zu einem deutlich späteren Zeitpunkt der neue Titel. Alle Autorinnen und Autoren haben mit viel Geduld und außerordentlichem Engagement für die Sache auf wunderbare Weise ihr Fachwissen praxisnah aufgeschrieben. Gerade neue Entwicklungen, wie z.B. das Kompetenzprofil des DVE, wurden eingearbeitet. Ein ganz besonderer Dank gilt unserer Kollegin Lena Dove. Sie hat den maßgeblichen Entwurf für das Cover geliefert – das aus unserer Sicht so wunderbar das Thema Betätigung im Zentrum hat.

Der Leser hat bereits festgestellt, dass im Titel nicht der in Deutschland inzwischen gängige Ausdruck „betätigungsorientiert“ steht, sondern „betätigungszentriert“. Durch die Auseinandersetzung mit den Beiträgen zum OTIPM wurde immer deutlicher, dass wir uns nicht nur an Betätigung orientieren, nein, wir wollen und müssen sie ins Zentrum rücken. Wer sich mit den Mindeststandards des Weltverbandes der Ergotherapeuten (WFOT) für die Ausbildung beschäftigt hat, wird wissen, dass bereits in den 1990er Jahren dort festgelegt war, dass das Zentrum der Ausbildung *occupation* (Betätigung) sein sollte. Welch langer Weg bis zu diesem Buch!

Was kann dieses Buch nun leisten? Wir denken, dass Lehrkräfte daraus Anregungen bekommen, wie sie Auszubildende an Betätigung heranzuführen können, und zwar von Anfang an. Es geht um Möglichkeiten und Ideen, die uns selbst geholfen haben, das Thema Betätigung ins Zentrum der Ausbildung zu stellen (z.B. in Kapitel 1 und 9). Wir

sind sehr stolz, dass wir so viele Autorinnen und Autoren aus der Praxis gewinnen konnten, die Betätigungszentrierung in unterschiedlichen Fachbereichen leben, aber auch die Herausforderungen zu Papier gebracht haben. Die Beispielprozesse in Kapitel 9 des Buches bilden aus unserer Sicht das Herzstück. Die danach folgenden Erfahrungsberichte (Kapitel 10 und 11) runden es ab, wieder mit Ideen, Anregungen und Möglichkeiten.

Wir wünschen allen Lesern die gleiche Freude, Begeisterung und auch den Enthusiasmus, den wir als Herausgeberteam – obwohl aus zwei verschiedenen Ergotherapie-Generationen – dennoch glei-

chermaßen mit dem Thema Betätigungszentrierung in der Ergotherapie verbinden. Besonders freuen wir uns über Austausch und Anregungen. Vielleicht leistet das Buch einen Beitrag, das Berufsprofil der Ergotherapie, in dessen Zentrum Betätigung steht, in Deutschland zu schärfen.

München und Hannover im März 2019

*Maria Kohlhuber
Christine Aichhorn
Barbara Dehnhardt*

Herausgebervorstellung

Maria Kohlhuber

Mit nur 17 Jahren startete sie sehr unbedarft in die Ausbildung zur Ergotherapeutin. Begonnen hat sie diese 1997 als Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin und abgeschlossen als Ergotherapeutin. Damit ist bereits ein Teil zum uneindeutigen Berufsprofil gesagt, das sie über viele Jahre beschäftigt hat. Nach der Ausbildung lag die Ergotherapie dann erst mal auf Eis, um das Abitur nachzuholen. Danach sollte es ein Studium der Ergotherapie sein. Die Studiengänge waren ihr damals aber wenig klar und wieder sollte das unklare Berufsprofil den Ausschlag geben, noch einen anderen Weg einzuschlagen. Über das Studium der Soziologie, Psychologie und Philosophie fand sie wieder in die Ergotherapie zurück. Sie hat lange Jahre als Ergotherapeutin in einer Frühförderstelle gearbeitet und die Kinder und deren Alltag haben sie zur Betätigung geführt. Seit 2011 ist sie Dozentin und seit 2015 stellvertretende Schulleitung an einer Berufsfachschule für Ergotherapie in Bayern. Dort hat sie auch Christine Aichhorn wiedergetroffen. Gemeinsam hatten die beiden im Jahr 2000 ihre Ausbildung in München abgeschlossen.

Als Dozentin hat sie das Berufsprofil mehr denn je im Auge. Wie kann man den Auszubildenden eine Ausbildung so ermöglichen, dass sie danach gefestigt und mit einem klaren Profil der Ergotherapie die Schule verlassen? Diese Frage war über viele Jahre in der Konzeptentwicklung an der Schule treibend und hat letztendlich zu einer betätigungszentrierten Ausbildung geführt. So macht ihr das Unterrichten Spaß und Ergotherapie ist so klar wie nie gedacht. Zudem ist sie im Fachausschuss Lehrende des Deutschen Verbands der Ergotherapie e.V. (DVE) aktiv, um auch hier Lehre mitzugestalten.

Maria Kohlhuber lebt in München und fährt zum Arbeiten an der Schule aufs Land. Sie liebt es, in den Bergen unterwegs zu sein, und über Yoga kann sie wunderbar entspannen.



E-mail: maria_kohlhuber@yahoo.de

Christine Aichhorn

Den Weg zur Ergotherapie fand Christine Aichhorn nur durch viele Zufälle. Auf ihrer Rückreise aus einem Freiwilligenworkcamp aus Indien erfuhr sie, dass sie über eine Warteliste spontan in eine städtische Berufsfachschule für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie aufgenommen wurde. Mit deutlicher Verzögerung von 3 Wochen startete sie 1997 verspätet in diese Ausbildung und war sofort begeistert, auch wenn der Begriff „Betätigung“ damals noch völlig unbekannt war.

Während dieser drei Jahre vertrat sie als Regionalschülersprecherin Bayern und Sachsen. Im Rahmen dieser Tätigkeit konnte sie an Schulleitertreffen teilnehmen und im Jahr 2000 dann als „Ergotherapeutin“ in den Beruf treten. Sie arbeitete in verschiedenen Schulen, Kindertagesstätten und Praxen und fand über eine verhaltenstherapeutische Weiterbildung für Kinder und Jugendliche endlich zu einer Ergotherapie, die konkrete Ziele und Ergebnisse enthielt, die ihr bis dahin eher gefehlt hatten.

Das begeisterte sie so sehr, dass die video-gestützte Analyse und das gemeinsame Zielfinden mit Klienten und ihren Angehörigen nun für sie ein wichtiger Baustein wurde. Hierbei ging es zwar noch nicht um Betätigungsanalysen, aber schon die Idee, klientenzentriert und zielorientiert in der Ergotherapie aufzutreten, motivierte sie. Von 2009 bis 2011 absolvierte sie eine berufsbegleitende Supervisionsausbildung, die ihre Begeisterung für Kommunikation und Erwachsenenbildung noch weiter verstärkte.

Seit 2009 unterrichtet sie als Dozentin an einer Berufsfachschule für Ergotherapie. Dank ihres hervorragenden Teams gelang ihr mit Maria Kohlhuber und den Auszubildenden, ein neues Konzept mit dem Titel: BETÄTIGUNG als Zentrum der Ergotherapieausbildung auf den Weg zu bringen. Dafür gewannen sie 2017 den Innovationspreis des DVE.

In ihrer Freizeit besteigt sie mit ihrem Mann und ihren beiden Kindern gerne Berge, egal ob in Nepal, Südtirol oder München. Sie ist begeisterte Skifahrerin und könnte sich auch gut eine Betätigung auf einer Alm vorstellen.



E-mail: christine.aichhorn@gmx.de

Barbara Dehnhardt

Ein wichtiger Schritt nach der Schule war ein Jahr Au-pair in England und ebenfalls dort ein Vorpraktikum. Die Ausbildung zur Beschäftigungstherapeutin am Annastift Hannover (8. Jahrgang) beendete sie 1961 und leistete danach das Nachpraktikum am Hüfferstift in Münster ab. Nach einer 10-jährigen Familienpause arbeitete sie von 1973 bis 1979 in der Klinikabteilung des Annastiftes und übernahm anschließend die Ausbildungsleitung der dortigen Schule für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Zum Ruhestand 1999 erhielt sie dann die dritte Berufsbezeichnung: Ergotherapeutin.

10 Jahre Tätigkeit als Delegierte des DVE zum Weltverband (WFOT) brachten viele Auslandskontakte mit sich, die ab den 1990er Jahren zu Übersetzungen von Fachliteratur aus dem Englischen führten teilweise gemeinsam mit Kolleginnen und mit ihrem Ehemann. Die beschäftigten Barbara Dehnhardt bis heute, u. a. viele MOHO-Assessments, COPM-Handbuch, A. Fishers OTIPM und zugehörige Assessments AMPS und ESI, AOTA Framework und Leitlinien sowie weitere Bücher und nützliche Instrumente.

Durch die Übersetzung des COPM und erste COPM-Workshops mit einer der kanadischen Autorinnen entstand großer Bedarf an Fortbildungen zu diesem Assessment, so dass Barbara Dehnhardt mit wechselnden Partnerinnen seit dem Ruhestand in diesem Bereich mehr und mehr tätig wurde. Es wurde das COPM-Team gegründet (und inzwischen wieder aufgelöst). Mit Ellen Romein verband sie seit den frühen 2000er Jahren großes Engagement für betätigungszentrierter Ergotherapie, die allmählich mehr und mehr verstanden wurde. Zur Verbreitung trug Barbara Dehnhardt bis 2018 aktiv zunächst mit Ellen Romein und dann auch mit Gaby Kirsch in vielen Fortbildungen bei. Erst seit der intensiven Beschäftigung und mit zunehmendem Wissen über Betätigungs- und Klientenzentrierung ist sie 100 %ig überzeugt: Ergotherapie ist ein wunderbarer Beruf!

Barbara Dehnhardt ist Mutter von drei Kindern mit sechs Enkelkindern. Sie liebt ihren Garten und das Spinnen und Weben.



E-mail: barbara@bjdehnhardt.de

Autorenvorstellung

Melanie Hessenauer



E-mail: mel_hessenauer@web.de

Ellen Romein



E-mail: EllenRomein@gmail.com

Lucia Szenzenstein



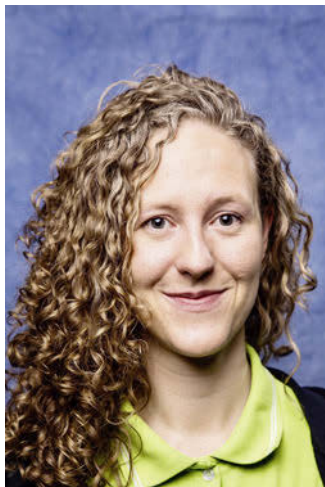
E-mail: l.ucia@hotmail.de

Verena Weiler



E-mail: verenaweiler@aol.com

Julia Zeindl



E-mail: j.zeindl@gmx.de

Hinweise zum Buch:

Im Buch wird durchgängig von Auszubildenden gesprochen. Für uns war das der Begriff, der sowohl der theoretischen als auch praktischen Ausbildung gerecht wird. Wir sind uns bewusst, dass der Begriff Lernende ebenfalls häufig verwendet wird, gerade um die Zukunft für eine hochschulische Ausbildung zu öffnen. Für unser Buch erschien uns aber der Begriff Auszubildende griffiger und er wird auch im Entwurf der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung benutzt. Zudem wird in der Mehrzahl meistens von Ergotherapeuten gesprochen und in der Einzahl je nach Kapitel von der Ergotherapeutin oder auch dem Ergotherapeuten. Damit soll niemand ausgeschlossen werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Kompetenzentwicklung in der Ausbildung	20		
	<i>Maria Kohlhuber</i>			
1.1	Berufsprofil in Deutschland	20	1.3.3	Personale Kompetenzen als Basis- kompetenzen für die Ausbildung ..
1.2	Qualifikation und Kompetenz ..	21	1.3.4	Ein Kompetenzportfolio für die Ergotherapieausbildung
1.2.1	Qualifikationen	21		
1.2.2	Kompetenz	21	1.4	Kompetenzentwicklung nach der Ausbildung – lebenslanges Lernen
1.3	Kernkompetenzentwicklung und Portfolio	22		
1.3.1	Allgemeine Kompetenzen für Ausbildungen	23	1.4.1	Anleitung von Auszubildenden ...
1.3.2	Kompetenzdimensionen	23	1.4.2	Fort- und Weiterbildung
2	Betätigung	38		
	<i>Ellen Romein, Christine Aichhorn, Maria Kohlhuber</i>			
2.1	Grundelemente menschlicher Betätigung	38	2.1.4	Wo, wann und mit wem? Betätigungen und Kontext
2.1.1	Wer? Betätigung als Teil einer Lebensrolle	39	2.2	Betätigungen und Ergotherapie.
2.1.2	Wie und für welchen Zweck? Betätigung als Grundbedürfnis und Ausdruck von Persönlichkeit	42	2.2.1	Betätigungen im Tagesablauf von Klienten: das Betätigungsprofil. ...
2.1.3	Was? Betätigung in den Bereichen des täglichen Lebens	44	2.2.2	Herangehensweisen im ET-Prozess: Top-down-, Bottom-up- und Top-to-Bottom-up-Ansatz
			2.2.3	Occupational Science (OS)
3	Klientenzentrierung	58		
	<i>Ellen Romein</i>			
3.1	Definition Klientenzentrierung in der Ergotherapie	58	3.4	Die klientenzentrierte Grund- haltung und Gesprächsführung .
3.2	Der Unterschied zwischen Patienten und Klienten	60	3.4.1	Die klientenzentrierte Grundhaltung
3.3	Das Konzept der Klientenzentrierung.	61	3.4.2	Checkliste klientenzentrierte Grundhaltung
			3.4.3	Grundlagen einer klienten- zentrierten Gesprächsführung
			3.4.4	Leitlinien für eine klienten- zentrierte Gesprächsführung

3.5	Voraussetzungen für Klientenzentrierung	66	3.6	Tipps und Hilfen zur Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes	67
3.5.1	Voraussetzungen die Ergotherapeutinnen selbst betreffend	66	3.6.1	Bei älteren Menschen.	67
3.5.2	Voraussetzungen die Klienten betreffend	67	3.6.2	Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen	69
3.5.3	Voraussetzungen das Arbeitsumfeld der Therapeutinnen betreffend	67	3.6.3	Bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen	69
3.5.4	Voraussetzungen das Gesundheitssystem betreffend. ...	67	3.6.4	Bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	70
			3.6.5	Bei Kindern	71
			3.6.6	Bei Klienten, deren Muttersprache nicht Deutsch ist.	71
			3.7	Die praktische Umsetzung der Klientenzentrierung – Ein Fall als Hilfe zur Implementierung	72
4	ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	78			
	<i>Ellen Romein</i>				
4.1	Einführung in die ICF	78	4.3	Das Konzept der funktionalen Gesundheit	82
4.2	Die ICF als ein bio-psycho-soziales Modell	78	4.4	Ziele und Anwendungsmöglichkeiten der ICF	83
4.2.1	Teil 1 der ICF: Funktionsfähigkeit und Behinderung	79	4.4.1	Die Ziele der ICF	84
4.2.2	Teil 2 der ICF: Kontextfaktoren. ...	79	4.4.2	Anwendungsmöglichkeiten der ICF	84
4.2.3	Definitionen der ICF für Einschränkungen im Gesundheitszustand. ...	79			
4.2.4	Codierung im Rahmen des Modells	80			
5	Ergotherapeutische Modelle und Assessments	88			
5.1	Einführung in die ergotherapeutischen Modelle ..	88	5.2.4	Das Assessment COPM.	97
	<i>Barbara Dehnhardt</i>		5.2.5	Zusammenfassung	100
5.1.1	Gemeinsamkeiten ergotherapeutischer Modelle	89	5.3	MOHO – Model of Human Occupation	101
5.1.2	Sinn und Zweck ergotherapeutischer Modelle	91		<i>Verena Weiler</i>	
5.2	Das CMOP-E	93	5.3.1	Grundlage des Modells	101
	<i>Barbara Dehnhardt</i>		5.3.2	Die unterschiedlichen Aspekte und Komponenten im MOHO	102
5.2.1	Die Person	94	5.3.3	Praktische Umsetzung des MOHO .	104
5.2.2	Die Betätigungsbereiche	95	5.3.4	Die Assessments des MOHO	105
5.2.3	Die Umwelt	96	5.3.5	Anwendung des Modells zur Beschreibung einer Person	106

5.4	Das Kawa-Modell	109	5.5	Das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) ..	112
	<i>Barbara Dehnhardt</i>			<i>Melanie Hessenauer</i>	
5.4.1	Die Entstehung des Modells.	109	5.5.1	Einleitung.	112
5.4.2	Die Hauptmerkmale des Modells ..	110	5.5.2	Das OTIPM anwenden.	112
			5.5.3	Im OTIPM beschriebene Assessments.	127
6	Kommunikation	132			
	<i>Christine Aichhorn</i>				
6.1	Einleitende Gedanken	132	6.2.5	Berne; vier Grundpositionen – drei Ich-Zustände	145
6.2	Kommunikationsmodelle – wie Informationen fließen	134	6.3	Kommunikation mit Klienten und erweiterten Klienten	148
6.2.1	Das Grundmodell: Sender und Empfänger	134	6.3.1	Klientenzentrierte Kommunikation	148
6.2.2	Watzlawick – fünf Grundannahmen der Kommunikation ...	135	6.3.2	Interkulturelle Kommunikation ...	151
6.2.3	Schulz von Thun – vier Seiten einer Nachricht	137	6.3.3	Die ergotherapeutische Gruppe ...	152
6.2.4	Die Kommunikationskanäle und das Eisbergmodell	140	6.4	Kommunikation im interdisziplinären Team	154
			6.4.1	Besondere Kommunikationsformen	154
7	Professional Reasoning	164			
	<i>Maria Kohlhuber</i>				
7.1	Entscheidungsfindung mittels Professional Reasoning	164	7.4.2	Konditionales Reasoning	167
7.2	Einführung in das Professional Reasoning	165	7.4.3	Pragmatisches Reasoning	168
7.3	Drei Elemente des Professional Reasoning	165	7.4.4	Ethisches Reasoning	169
7.3.1	Kognition	166	7.4.5	Interaktives Reasoning	169
7.3.2	Wissen	166	7.4.6	Narratives Reasoning	169
7.3.3	Metakognition	166	7.4.7	Politisches Reasoning	170
7.4	Formen des Professional Reasoning	167	7.5	Anwendung des Professional Reasoning	171
7.4.1	Wissenschaftliches Reasoning oder Scientific Reasoning	167	7.5.1	Übung macht den Meister	171
			7.5.2	Ein Fall – drei Ergotherapeuten. ...	172
			7.5.3	Das Professional Reasoning-Quiz ..	174

8	Vom Kompetenzprofil zum Berufsprofil	178		
	<i>Verena Weiler</i>			
8.1	Einführung	178	8.4.4	Management
			8.4.5	Fürsprache
8.2	Die Basis: Ergotherapeutische Grundsätze und allgemeine Kompetenzen	179	8.4.6	Professionalität
			8.4.7	Lernen
8.2.1	Die vier ergotherapeutischen Grundsätze	179	8.4.8	Das ergotherapeutische Kompetenzprofil wird zum Berufsprofil ..
8.2.2	Allgemeine Kompetenzen von Ergotherapeuten	180	8.5	Der Reflektierte Praktiker
8.3	Ergotherapeutische Kernkompetenzen	185	8.5.1	Reflection in Action: Überlegungen während der therapeutischen Situation
			8.5.2	Reflection on Action: Überlegungen nach der therapeutischen Situation
8.3.1	Grundlagen zu ergotherapeutischen Kernkompetenzen	185	8.6	Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle
8.3.2	Die Enablement Skills aus dem CMOP-E als ergotherapeutische Kernkompetenzen	185	8.6.1	Burnout-Syndrom
8.3.3	Zusammenspiel der ergotherapeutischen Grundsätze, der allgemeinen Kompetenzen und der ergotherapeutischen Kernkompetenzen	188	8.6.2	Helfersyndrom
8.4	Ergotherapeutisches Kompetenzprofil	190	8.6.3	Hilflosigkeit
			8.6.4	Umgang mit Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle ...
8.4.1	Ergotherapeutische Expertise	191	8.6.5	Zusammenhang des ergotherapeutischen Berufsprofils mit Herausforderungen der ergotherapeutischen Berufsrolle
8.4.2	Kommunikation	191	8.7	Fazit und Zusammenfassung ...
8.4.3	Zusammenarbeit	192		
9	Der ergotherapeutische Prozess	204		
	<i>Maria Kohlhuber</i>			
9.1	Der betätigungszentrierte ergotherapeutische Prozess mit Betätigungsanalyse	204	9.1.7	Auswahl der Prozessbeispiele
			9.1.8	Evidenz
9.1.1	Einführung	204	9.2	Beispielprozess 1 (CPPF): Frau Seiler arbeitet als Sozialarbeiterin
9.1.2	Die Grundstruktur des Prozesses: Evaluation, Intervention und Outcome/Re-Evaluation	204		<i>Lucia Szenzenstein</i>
9.1.3	Der ergotherapeutische Prozess in ausgewählten Modellen	213	9.2.1	Ein Fall aus der Arbeitstherapie ...
9.1.4	Der Prozess im CMOP-E: Canadian Practice Process Framework (CPPF)	214	9.2.2	Kontext und Bezugsrahmen
9.1.5	Die 8 Aktionspunkte des CPPF	216	9.2.3	Die 8 Aktionspunkte des CPPF mit Frau Seiler
9.1.6	Der Prozess im OTIPM	218	9.2.4	Fazit

9.3	Beispielprozess 2 (CPPF): Herr Huber erledigt seine Morgenroutine	233	9.4.1	Ein Fall aus der Pädiatrie	246
	<i>Julia Zeindl</i>		9.4.2	Dominiks Interventionsprozess ...	247
9.3.1	Ein Fall aus der Neurologie	233	9.4.3	Fazit.....	258
9.3.2	Kontext und Bezugsrahmen	234	9.5	Beispielprozess 4 (OTIPM): Frau Ostermeier trifft sich mit einer Freundin im Café.....	259
9.3.3	Die 8 Aktionspunkte des CPPF mit Herrn Huber.....	235		<i>Verena Weiler</i>	
9.3.4	Besonderheiten der betätigungs- zentrierten Ergotherapie mit neurologischen Klienten	243	9.5.1	Ein Fall aus der psychosozialen Ergotherapie	259
9.4	Beispielprozess 3 (OTIPM): Dominik putzt seine Zähne	246	9.5.2	Frau Ostermeiers Interventions- prozess	259
	<i>Melanie Hessenauer</i>		9.5.3	Fazit.....	271
10	Umsetzung von Betätigungszentrierung in der praktischen Ausbildung.....	274			
10.1	Erfahrungsbericht 1: Sichtweise einer Auszubildenden	274	10.2.4	Fallbeispiel: Herr F. bezieht seine Matratze	279
	<i>Johanna Linsmayer</i>		10.2.5	Fazit.....	281
10.1.1	Fallbeispiel: Herr S. betätigt selbständig den Aufzug.....	274	10.3	Erfahrungsbericht 3: Neue Wege in der Praxisanleitung – Das Journal als dialogischer Lern- begleiter für Auszubildende und Anleitende	281
10.1.2	Der ergotherapeutische Prozess in der Portfolioarbeit.....	277		<i>Christina Mühlenmeister</i>	
10.2	Erfahrungsbericht 2: Sichtweise einer Anleiterin und eines Auszubildenden	278	10.3.1	Das Journal als dialogischer Lern- begleiter am Lernort psychiatrische Tagesstätte	282
	<i>Maximilian Bollwein, Lilli Hilgert</i>		10.3.2	Stein des Anstoßes: Berufsrealität und Berufsidetität.....	282
10.2.1	Der Auszubildende, die Praxis- anleiterin und das therapeutische Setting.....	278	10.3.3	Zusammenarbeit zwischen Aus- zubildenden und Praxisanleitern auf Augenhöhe.....	283
10.2.2	Herausforderungen des Settings für einen kunden- und betätigungs- zentrierten ergotherapeutischen Prozess	278	10.3.4	Die Entwicklung des Journal- schreibens	283
10.2.3	Herausforderungen des kunden- und betätigungszentrierten Ansatzes für die Praxisanleitung... ..	279	10.3.5	Das Journal als Impulsgeber für ein Projekt.....	286
11	Erfahrungen und Perspektiven nach der Ausbildung.....	299			
11.1	Der Berufsalltag beginnt	290	11.1.2	Neustart an der zweiten Arbeitsstelle	291
	<i>Franziska Spatz</i>		11.1.3	Zukunftsperspektiven und Zwischenfazit.....	292
11.1.1	Erfahrungen an der ersten Arbeitsstelle	290			

11.2	Bachelor- und Masterstudium ..	292	11.5	Jobcoaching^{AP} – Ergotherapeuten gestalten Inklusionslösungen in Betrieben	299
	<i>Kathrin Reichel</i>			<i>Thorsten Hirsch</i>	
11.2.1	Erste Begegnungen mit Ergotherapie als Studienfach in den USA	293	11.5.1	Die Bedeutung von Arbeit	299
11.2.2	Das Studium der Ergotherapie in Deutschland.	293	11.5.2	Ein Blick in die Praxis eines Jobcoach ^{AP} : Herr M., Schlosser, Zustand nach Hirntumor.	299
11.2.3	Berufsperspektiven für Hochschulabsolventen.	294	11.5.3	Was ist Jobcoaching ^{AP} ?	301
11.3	European Master of Science in Occupational Therapy.	295	11.5.4	Wo sind Jobcoaches ^{AP} tätig?	302
	<i>Anja Christopher</i>		11.5.5	Welche Qualifizierung haben Jobcoaches ^{AP} ?	302
11.4	Stationär, ambulant oder Hausbesuch	297	11.5.6	Wie ist die zukünftige Perspektive von Jobcoaching ^{AP} ?	303
	<i>Esther Scholz-Minkwitz</i>		11.6	Eine Ergotherapeutin koordiniert kommunale Gesundheitsnetzwerke.	303
				<i>Annika Grote</i>	
12	Anhang I: Die Performanzfertigkeiten aus dem Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM): motorische, prozessbezogene und soziale Interaktionsfertigkeiten	308			
12.1	Motorische Fertigkeiten.	308	12.3	Soziale Interaktionsfertigkeiten	310
12.2	Prozessbezogene Fertigkeiten . .	309			
13	Anhang II: Lösung PR-Quiz aus Kapitel 7	312			
	Sachverzeichnis	313			

Kapitel 1

Kompetenzentwicklung in der Ausbildung

1.1	Berufsprofil in Deutschland	20
1.2	Qualifikation und Kompetenz	21
1.3	Kernkompetenzentwicklung und Portfolio	22
1.4	Kompetenzentwicklung nach der Ausbildung – lebenslanges Lernen	34

1 Kompetenzentwicklung in der Ausbildung

Maria Kohlhuber

1.1 Berufsprofil in Deutschland

Als ich vor 21 Jahren in meiner Familie freudig verkündet habe, dass ich Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin werden möchte, haben mich alle am Tisch etwas irritiert und fragend angesehen. Die erste Frage war dann natürlich: „Und was macht man da dann?“ Darauf konnte ich vor der Ausbildung so gut wie keine Antwort geben, aber leider blieb auch nach der Ausbildung für mich oft ein Fragezeichen. Dieses Thema Berufsprofil treibt mich seither um. Ich wusste vor der Ausbildung, dass ich mit Menschen arbeiten möchte, dass ich gut zuhören und mich gut in andere hineinversetzen kann. Aber was mich genau in der Ausbildung und nach der Ausbildung im Beruf erwarten würde, das wusste ich nicht. Die Fächerkombination klang für mich spannend und so habe ich mich relativ unwissend und sehr jung in die Ausbildung gestürzt.

Egal in welchen Zusammenhängen ich dann mit Ergotherapeuten in Kontakt kam, die Geschichten und Erfahrungen zur Berufswahl und zum Berufsbild waren sehr ähnlich. *Man könnte fast sagen, dass das nicht vorhandene Berufsprofil am meisten Verbindung erzeugt hat.* Frei nach dem Motto: „Wir verbinden uns darüber, dass uns keiner kennt und niemand weiß, was wir können.“ Oft kam ich mir vor wie in einer Selbsthilfegruppe, in der sich dann jeder sagt, wie schrecklich es ist, dass wir Ergotherapeuten innerhalb des Gesundheitssystems nie Anerkennung genießen.

Ich war immer Feuer und Flamme für diesen Beruf im Kontakt mit Klienten, aber die ständigen Erklärungen dazu, was ich bin und was ich tue, haben mich immer wieder zweifeln lassen. Und so ist mein beruflicher Werdegang auch geprägt von anderen Bezügen, immer auf der Suche nach einem Berufsprofil für mich als Ergotherapeutin. Nach der Ausbildung vor 18 Jahren entschied ich mich deshalb erst einmal, mein Abitur nachzumachen. Das Ziel war zunächst, danach Ergotherapie zu studieren. Damals haben mich die Studiengänge aber irgendwie nicht ganz überzeugt. So habe ich mich nach dem Abitur für ein Hochschulstudium Soziologie mit den Nebenfächern Psychologie und Philosophie entschieden. Während des Studiums befand ich mich häufig in zwei Welten. Zur Finanzie-

rung meines Studiums habe ich als Ergotherapeutin gearbeitet, gleichzeitig war ich aber mit meinem Beruf unzufrieden und ich habe über das Studium eine ganz andere Welt kennengelernt.

Irgendwie konnte ich aber das Thema Berufsprofil nicht sein lassen. Die Wahl meines Diplomarbeitsthemas in der Soziologie „Die Professionalisierungspraxis der Ergotherapie – eine qualitative Analyse“ hat mich tiefer denn je in das Berufsprofil eintauchen lassen. Ich habe qualitative Interviews mit Ergotherapeuten geführt, sie nach ihrem beruflichen Selbstverständnis gefragt und wie sie den Fortgang der Professionalisierung unseres Berufsstandes sehen. Ich war damals sehr überrascht, mit welchem Eifer und Einsatz mir unzählige Ergotherapeuten darüber Auskunft geben wollten. Meine betreuende Dozentin an der Uni, die natürlich keine Ahnung von Ergotherapie hatte, konnte kaum glauben, dass ich überhaupt keine Probleme hatte, Interviewpartner zu finden. Das ist häufig eher schwierig, aber das Thema schien den Ergotherapeuten unter den Nägeln zu brennen – im Jahr 2005.

Nach dem Studium habe ich weiter als Ergotherapeutin gearbeitet, weil ich noch nicht so recht wusste, wo ich hin will – Ergotherapie oder Soziologie oder beides. In der Frühförderstelle, wo ich zu der Zeit gearbeitet habe, gelang es mir aber zunehmend besser, mein Profil zu finden. Über viele Hausbesuche und das damit verbundene Arbeiten im konkreten Alltag der jungen Klienten war hier immer ganz klar, worum es ging – um Essen mit Besteck am Tisch, Spielen mit dem Geschwisterkind, Anziehen zum Rausgehen in den Garten, in der Vorschulgruppe im Kindergarten ein Tier ausschneiden etc. – also um Betätigung.

Für mich begann der Auseinandersetzungsprozess mit dem Thema Betätigung als Kernelement der Ergotherapie. In dieser Zeit habe ich parallel einen Aufbaustudiengang Ergotherapie absolviert, weil ich mein Fachwissen vertiefen wollte. Es bot sich an, diesen mit dem Schwerpunkt „Lehre“ zu absolvieren. Ergotherapie zu unterrichten erschien mir eine Möglichkeit, das Berufsprofil zu schärfen – für alle kommenden Ergotherapeuten. Und wieder habe ich mich für die Diplomarbeit mit dem Berufsprofil auseinandergesetzt – wieder über eine qualitative Studie.

Ob nun meine ganz persönliche Geschichte auch die Entwicklung des Berufsprofils in Deutschland widerspiegelt, vermag ich nicht zu sagen.

Wenn man allerdings deutsche Ergotherapeuten fragt, was sie machen, ist das nach wie vor eine Frage, die nicht klar und zum Teil ungern beantwortet wird. Und wie könnte dieses Buch anders beginnen als mit dieser Frage. Warum? Weil Ergotherapeuten es leid sind, sich ständig erklären zu müssen.

Dieses Buch soll aufzeigen, dass durch das konsequente ergotherapeutische Handeln auf Basis von Betätigung und Klientenzentrierung die Berufsdefinition eindeutiger und damit auch das Berufsprofil klarer wird. Wenn wir selbst wissen, was wir können, wofür wir Experten sind, werden uns auch diejenigen verstehen, die diesen Beruf nicht ausüben und in die Ergotherapie kommen.

1.2 Qualifikation und Kompetenz

Um sich beruflich definieren zu können, muss man wissen, welche Anforderungen dieser Beruf an einen stellt. Damit sind wir bei der Frage: Welche Qualifikationen oder Kompetenzen benötige ich, wenn ich als Ergotherapeutin tätig sein möchte? In den zwei Wörtern Qualifikation und Kompetenz steckt eine Menge an Hintergrundwissen. Es ist wichtig zu wissen, was mit Qualifikation und Kompetenz gemeint ist, damit ergotherapeutische Kompetenzen beschrieben werden können. Das klingt auf den ersten Blick einfach, wirft man aber einen Blick auf die Debatte und die Versuche, Berufskompetenzen zu definieren, stellt man schnell fest, dass dies ein komplexes Unterfangen ist.

Im vorliegenden Buch zeige ich kurz auf, wie sich der Kompetenzbegriff in der Fachliteratur zusammensetzt. Den aktuellen Bestrebungen, ein Kompetenzprofil für die deutsche Ergotherapie zu entwickeln, hat sich eine Projektgruppe angenommen. Dies wird in Kapitel 8 aufgegriffen und vor allem der Nutzen eines solchen Kompetenzprofils für ein klares Berufsprofil dargestellt. Zunächst geht es aber um die Begriffsklärung.

1.2.1 Qualifikationen

Eine Ausbildung oder eine Weiterbildung hat den Erwerb von Qualifikationen zum Ziel. Ob dieses Ziel erreicht wird, kann überprüft werden. Beispielsweise wird nach zwei Monaten Anatomieun-

terricht ein Test geschrieben, an dessen Ergebnis man erkennt, ob eine Auszubildende in Sachen Anatomie nun die erforderliche Qualifikation aufweist. Durch den Test wird also die Leistung und somit der Wissensstand einer Auszubildenden bestimmt. Bei der Qualifikation geht es somit hauptsächlich um Fachliches, d. h. was eine Auszubildende in der Theorie weiß, und *nicht* darum, wie sie dieses Wissen in der Arbeit mit dem Klienten einsetzt.

Qualifikation

M!

beschreibt die Fähigkeiten einer Person, die über formale Prüfungsabläufe festgestellt werden. Dokumente wie Berufsurkunden und Abschlusszeugnisse, die am Ende einer Ausbildung erstellt werden, belegen eine Qualifikation. Sie erlauben die Führung der Berufsbezeichnung und geben über das Bestehen der Prüfung Auskunft. Ohne diese Dokumente kann man z. B. keinen Arbeitsvertrag erhalten.

1.2.2 Kompetenz

Heutzutage sprechen die meisten Dozierenden in der Erwachsenenbildung von Kompetenzen, wenn sie über die Entwicklung und den Fortschritt ihrer Auszubildenden berichten. Es gibt sehr unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Kompetenz“. Die bekannteste Definition stammt von dem Psychologen Weinert: „*Kompetenzen sind die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.*“ (zit. nach Erpenbeck et al. 2017).

Das bedeutet, dass es bei Kompetenzen darum geht, über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten eine Person verfügt, um Probleme zu lösen, die das Leben an sie stellt. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um Anforderungen oder Probleme aus dem Privat- oder dem Berufsleben handelt.

Das gemäß sämtlichen Definitionen erklärte Ziel von Kompetenzen ist es, „eine offene Zukunft nicht nur adaptiv, sondern produktiv und kreativ zu bewältigen“ (Erpenbeck u. Heyse 2007). Man sollte also nicht nur lernen, so zu handeln wie eine er-

fahrene Ergotherapeutin und dieses Handeln quasi kopieren, sondern man sollte *eigenständig individuelle Lösungen für Probleme finden und anwenden*.

Diese Kompetenzen erwirbt man auf unterschiedliche Weise. Wer beispielsweise kritische Phasen in seinem Leben durchgemacht und überwunden hat, lernt aus diesen Erfahrungen, mit ernsthaften Situationen umzugehen. Ein Mensch muss in unserer Gesellschaft vielen Anforderungen gewachsen sein. Dazu braucht er unter anderem ausreichend Flexibilität und Eigeninitiative (ebd.). Im Unterricht gestaltet sich das etwa derart, dass die Klasse sich um Menschen mit Behinderung bemüht, die zum Schwimmunterricht gehen. Hierbei lernen die Auszubildenden nicht nur die fachliche Seite der Behinderung kennen. Sie erleben gleichzeitig, wie schwierig es sein kann, mit einem Rollstuhl in die Schwimmhalle zu gelangen. Dabei entwickeln sie durch die Praxis bedeutend mehr an Kompetenzen als ausschließlich durch das theoretische Studium von Fachliteratur.

Bei der *Kompetenzentwicklung* steht vor allem die *Selbstorganisation des Lernens* im Vordergrund. Es muss klar sein, dass Kompetenzen Auszubildenden nicht „eingetrichtert“ werden können. Stattdessen hilft dem Auszubildenden die selbstgesteuerte Lernweise, neue Kompetenzen zu gewinnen oder bereits vorhandene Kompetenzen zu erweitern. Unter selbstgesteuerter Lernweise versteht man Unterrichtsmethoden, die sowohl im Ablauf als auch im Inhalt durch den Lernenden selbst strukturiert, priorisiert und bestimmt sind. Folglich ist eine Kompetenzorientierung immer fall-individuell. Die Auszubildenden können also bei gleichen Aktivitäten unterschiedliche Kompetenzen erlangen, je nach Ressourcen, Wissensstand und Interesse. Wie innerhalb von drei Jahren Ausbildung ein selbstgesteuerter Ausbildungsprozess und die Entwicklung der Kompetenzen sichtbar werden, wird in Kap. 1.3.4 beispielhaft anhand des Portfolios aufgezeigt.

Kompetenzen

M!

sind Fähigkeiten, Wissensbestände und Denkmethode, die eine Person in ihrem Leben entwickelt und die ihr Handlungsfähigkeit in vertrauten sowie in unbekannten Situationen ermöglichen.

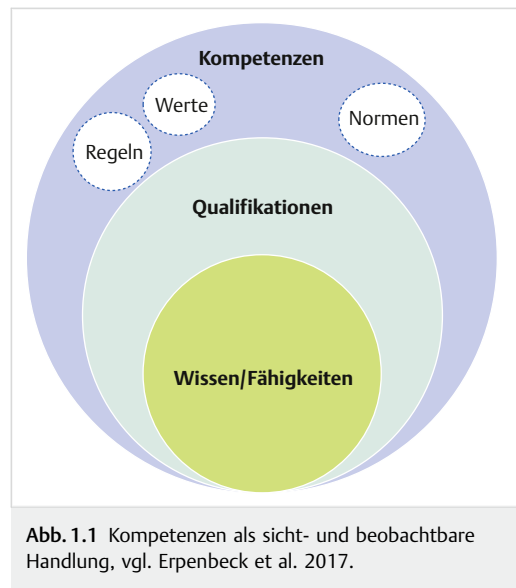


Abb. 1.1 Kompetenzen als sicht- und beobachtbare Handlung, vgl. Erpenbeck et al. 2017.

D.h. wenn eine Ergotherapeutin die Kompetenz erworben hat, ein Erstgespräch mit einem Klienten zu führen, ist sie in der Lage, dies in verschiedenen Settings und mit unterschiedlicher Klientel zu tun. Schaut ihr dabei jemand zu, kann er beobachten, was sie tut, wie sie das Gespräch leitet, wann sie Gesprächspausen macht etc. Darüber wird deutlich, dass Kompetenzen in der Anwendung beobachtbar sind, wenn sie erworben wurden. Zudem sind sie geprägt von Regeln, Werten und Normen. In der ► Abb. 1.1 wird deutlich, wie sich Kompetenzen als sichtbare, beobachtbare Handlungen zeigen. Darin sind jedoch all das Wissen, die Fähigkeiten und auch die Qualifikationen einer Person eingelagert.

Kompetenzen sind

- situations- und kontextbezogen
- personbezogen
- in ihrer Ausführung beobachtbar
- erlernbar, entwicklungsfähig und veränderbar
- abhängig von Wissen/Fähigkeiten einer Person

1.3 Kernkompetenzentwicklung und Portfolio

In jedem Beruf spricht man immer auch von Kernkompetenzen, d.h. Kompetenzen, die einen bestimmten Beruf bzw. eine bestimmte Berufsgruppe auszeichnen. Diese Kernkompetenzen dienen als

Alleinstellungsmerkmale und zeigen etwa den Unterschied zwischen Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE e. V.) hat ein Kompetenzprofil erstellt, das in Deutschland lange auf sich hat warten lassen. Auf dieses Kompetenzprofil und ergotherapeutische Kernkompetenzen in Bezug auf Betätigung und Klientenzentrierung geht das vorliegende Buch in Kapitel 8 ein.

1.3.1 Allgemeine Kompetenzen für Ausbildungen

Bevor eine Auszubildende die ergotherapeutischen Kernkompetenzen beherrscht, gibt es sogenannte allgemeine Kompetenzen, die man bereits in die Ausbildung mitbringt oder die am Anfang zu erlernen sind. Viele Kompetenzen haben die Auszubildenden meist schon vor ihrer Ausbildung erworben, weil durch die Entscheidung der Kultusministerkonferenz 1991 festgelegt wurde, dass für alle Schultypen ein Kompetenzrahmen gelten soll (vgl. KMK 2007). D. h. Schulbildung orientiert sich ab der Grundschule an Kompetenzen, die die Kinder und Jugendlichen entwickeln sollen. Auf einige dieser Kompetenzen wird dieses Kapitel eingehen. Es gibt eine Reihe an unterschiedlichen Definitionen der Kompetenzdimensionen. Wir haben uns in diesem Buch für die auf ► Abb. 1.2 dargestellten entschieden (vgl. Erpenbeck et al. 2017).

1.3.2 Kompetenzdimensionen

Personale Kompetenz

Unter Personaler Kompetenz versteht man die Ausprägung bei einer Person, reflexiv und selbstorganisiert zu handeln, oder die Fähigkeit, sich selbst und die eigenen Grenzen zu kennen, also sich in Bezug auf eigene Begabungen, Stärken und Motivationen einschätzen zu können. Entwicklung

kann folglich nur stattfinden, wenn eine Person eine realistische Selbsteinschätzung hat.

Sozial-kommunikative Kompetenz

Die sozial-kommunikative Kompetenz ist die Fähigkeit, die wir in der Gesellschaft brauchen, um mit anderen zu interagieren. Darunter gehört z. B. die Fähigkeit, Wünsche zu äußern oder die Fähigkeit, für andere da zu sein und sie zu unterstützen.

Fachlich-methodische Kompetenz

Mit fachlich-methodischer Kompetenz ist die Fähigkeit gemeint, Probleme strategisch zu lösen. Stehen wir vor einem Problem, wie z. B. einem verbrannten Kuchen im Ofen, müssen wir einen Plan entwickeln bzw. eine Methode haben, um das Problem zu lösen. Bezogen auf berufliche Kompetenzen ist es die Fähigkeit, mittels Fachwissen und Erfahrung ein Problem zu lösen.

Handlungskompetenz

Aus den 3 vorgenannten Kompetenzdimensionen ergibt sich dann Handlungskompetenz (► Abb. 1.2). Die Kultusministerkonferenz (KMK) versteht Handlungskompetenz als zentrales Element. Es geht um die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht, durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten (KMK 2007).

Die in diesem Kapitel vorgestellten Kompetenzen entstammen vor allem den Bereichen der personalen Kompetenz. *Die sozial-kommunikativen Kompetenzen sind natürlich auch als Basiskompetenzen für die ergotherapeutische Berufsausübung mitanzusehen. Sie werden in diesem Buch in Kapitel 6 und 8 behandelt.*

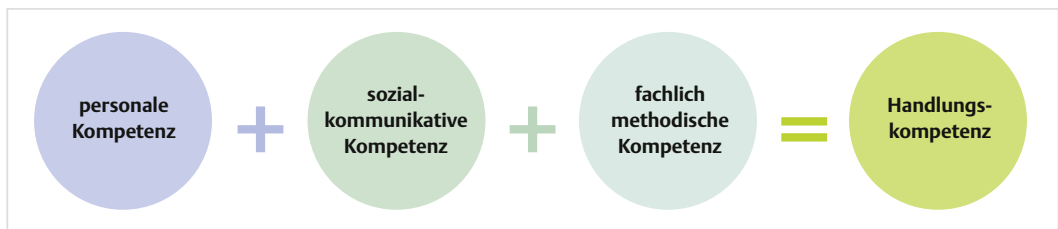


Abb. 1.2 Kompetenzdimensionen, vgl. KMK 2007.

Tab. 1.1 Zuordnung Kompetenzen zu Kapiteln im vorliegenden Buch

Kompetenzdimension	Kompetenz
Personale Kompetenz	Einfühlungsvermögen Belastbarkeit Kreativität Flexibilität Frustrationstoleranz Selbstreflexion (hier in Kap. 1) Entscheidungsfähigkeit Nähe-Distanz-Verhalten (Politisches) Engagement Beurteilungsvermögen (s. Kap. 8)
Sozial-kommunikative Kompetenz	Kommunikationsfähigkeit Kooperations- und Teamfähigkeit Konfliktfähigkeit Kritikfähigkeit (s. Kap. 6 und Kap. 8)
Fachlich-methodische Kompetenz	Wissen zu Theorie und Praxis Problemlösungsfähigkeit Analysefähigkeit (s. Kap. 8 als Zusammenführung der Inhalte – Modelle, Prozess, Professional Reasoning)

Die fachlich-methodischen Kompetenzen erwerben die Auszubildenden erst während der Ergotherapieausbildung. Sie bringen dazu bestenfalls bereits eine grundlegende Problemlösungskompetenz mit. Diese ist aber noch allgemein und nicht auf ergotherapeutisches Handeln ausgerichtet. Dafür benötigen sie zunächst Wissen. Deshalb geht auch dieses Buch zunächst von Wissen zu Betätigung und Klientenzentrierung über zu den ergotherapeutischen Modellen, und gelangt schließlich zu ergotherapeutischer Kommunikation und ergotherapeutischen Kernkompetenzen.

Die ► Tab. 1.1 gibt einen Überblick über die Kompetenzen, die im vorliegenden Buch aufgegriffen werden. Dabei wurden die Kompetenzen den drei vorgenannten Kompetenzdimensionen zugeordnet, die gemeinsam die Handlungskompetenz bilden.

Aus der Unterscheidung zwischen Qualifikation und Kompetenz wird deutlich, dass die Abbildung dessen, was Auszubildende in der Ausbildung lernen, neben formalen Strukturen wie Noten auch über andere Instrumente erfolgen muss. Dazu gibt es eine Vielzahl an didaktischen Möglichkeiten. Da es sich bei dem vorliegenden Band jedoch nicht

um ein Methodik-Didaktik-Buch für die Ergotherapieausbildung handelt, kann hier nur exemplarisch ein Instrument vorgestellt werden.

Das bedeutet jedoch nicht, dass es nicht dringend erforderlich wäre, eine ergotherapeutische Fachdidaktik zu entwickeln (vgl. Von der Heyden 2008 und 2014). Dazu gibt es seit einigen Jahren immer wieder Bestrebungen. Mit der Entwicklung des neuen Kompetenzprofils (s. Kap. 8) für die deutsche Ergotherapie durch den Berufsverband ist sicherlich ein weiterer Baustein entstanden, der die Bestrebungen zur Fachdidaktik in der Ergotherapie weiter vorantreiben kann. Dieses Buch stellt nur kurz ein *Kompetenzportfolio* vor, das auf Basis der *Kernelemente von Betätigung und Klientenzentrierung* entwickelt wurde.

Das Portfolio wird in seiner praktischen Anwendung entlang der oben geschilderten Definitionen, Elemente und Kategorien von Kompetenzen entwickelt und für die Auszubildenden erlebbar. Es wird hier deutlich, dass ein Konzept bzw. ein Instrument benötigt wird, eben z.B. ein Portfolio, um die Kompetenzentwicklung für den Auszubildenden selbst und für die Dozenten sichtbar zu machen.

1.3.3 Personale Kompetenzen als Basiskompetenzen für die Ausbildung

Bei der Wahl einer Ausbildung mit dem Ziel, später diesen Beruf auch auszuüben, beginnt man im Prinzip, sich die folgende Frage zu stellen: „Warum denke ich, dass ich gerade diesen Beruf lernen möchte?“ Genau dieser Denkprozess vollzieht sich natürlich auch, wenn man sich für die Ausbildung zur Ergotherapeutin entscheidet. Aus diesem Grund geht es gar nicht anders, als das vorliegende Buch mit dem Thema Kompetenzen zu beginnen:

- Was sind die wichtigsten Bausteine, Ressourcen oder Kompetenzen, die ich bereits mitbringen sollte, wenn ich mich für die Ergotherapie entscheide? (s. Kap. 1)
- Welche Kompetenzen erwerbe ich in der Ausbildung? (s. Kap. 7 und Kap. 8)

Fragt man Auszubildende in den ersten Wochen der Ausbildung, warum sie Ergotherapeutin werden möchten, dann sind das die häufigsten Antworten:

- mit Menschen arbeiten
- anderen helfen

- andere Menschen unterstützen, etwas wieder zu können

Dessen, was es aber heißt, als Ergotherapeutin arbeiten zu können, sind sich die Auszubildenden natürlich kaum bewusst. Um zu wissen, was ich schon als Kompetenzen oder Ressourcen mitbringe und was ich im Laufe der Ausbildung entwickeln muss, sollen dieses Kapitel und auch Kapitel 7 und 8 des vorliegenden Buches dienen.

Die folgenden Basiskompetenzen, die man schon als Grundressourcen mitbringen sollte oder im ersten Ausbildungsjahr auf- und ausbauen muss, entstammen der Kompetenzdimension *personale Kompetenz*. Wenn ich später Menschen unterstützen möchte, damit sie ihren Alltag (wieder) bewältigen können, benötige ich eine Vielzahl an Kompetenzen, die damit zu tun haben, die Sorgen, Nöte und Probleme, aber auch die Ressourcen dieser Menschen zu erfassen. Im Folgenden werden sechs Basiskompetenzen beschrieben, um zu verdeutlichen, was genau unter personaler Kompetenz zu verstehen ist.

Einfühlungsvermögen

Während im allgemeinen Sprachgebrauch von „Einfühlungsvermögen“ die Rede ist, sprechen Ergotherapeuten meist von der sogenannten „Empathie“. Empathie wird definiert als die Fähigkeit, innere Vorgänge anderer Personen begreifen und nachempfinden zu können (vgl. Windisch u. Zoßeder 2006, Geiger u. Baumgartner 2015). Es handelt sich demzufolge um die Fähigkeit, Gedanken, Gefühle und vor allem Probleme eines Mitmenschen zu verstehen. Dies ist gerade in jenen Situationen besonders wichtig, in denen der andere Trauer, Wut oder Hilflosigkeit empfindet. Sobald man Empathie empfindet, wird man versuchen, der betreffenden Person ohne eigennützige Gedanken zu helfen (vgl. Windisch u. Zoßeder 2006).

Nach Abschluss Ihrer Ausbildung werden Sie als Ergotherapeuten täglich Empathie ausstrahlen müssen, um auf Ihre Klienten einzugehen und deren Situation zu begreifen. Empathie spielt aber auch im Alltag eine große Rolle. Jeder Mensch zeigt ein gewisses Einfühlungsvermögen, wenn z. B. Freunde ihr Liebesleid klagen, ihren Arbeitsplatz verlieren oder den Tod eines Angehörigen betrauern. In diesem Fall wird man Rücksicht nehmen und mit der Person vermutlich sanfter reden als üblich.

Eine empathische Grundhaltung kann jedoch schwierig werden für eine Persönlichkeit, die sich zu sehr mit den Problemen ihrer Mitmenschen beschäftigt und zu wenig Abstand nimmt. Dieses sogenannte Nähe-Distanz-Verhalten wird im Kapitel 8 erörtert.

Belastbarkeit

Das Thema Belastbarkeit bzw. Überlastung ist im ergotherapeutischen Berufsalltag stets gegenwärtig. Schließlich ist ein Beruf, in dem man täglich mit den Problemen zahlreicher Klienten zu tun hat, keineswegs einfach.

Jeder Mensch ist zu jeder Zeit bestimmten Belastungen ausgesetzt (vgl. Windisch u. Zoßeder 2006). Diese Belastungen sind zunächst als neutral zu bewerten. Erst die Art und Weise, wie eine Person diese Anstrengungen bewältigt, gibt den Belastungen einen negativen oder positiven Charakter. Psychologen sprechen dabei, wie Menschen mit Belastungen umgehen, auch von Widerstandsfähigkeit oder Resilienz. Dabei hat jeder Mensch seine eigenen Ressourcen und Strategien, mit Belastungen umzugehen (vgl. Engelmann 2019). So gibt es einerseits persönliche Ressourcen wie z. B. die innere Motivation oder den Mut zu neuen Taten, andererseits aber auch äußerliche Ressourcen, wie z. B. eine unterstützende Familie, einen innigen Freundeskreis oder finanzielle Sicherheit. Es ist notwendig, dass im Ausgleich zu negativ belastenden Tätigkeiten auch positiv entlastende Aktivitäten ausgeführt werden.

Ständig sind wir neuen oder sich verändernden Belastungen ausgesetzt. Gleichzeitig verfügen wir über eine gewisse Anpassungsfähigkeit, diese Strapazen zu bewältigen (vgl. Windisch u. Zoßeder 2006). Machen wir etwa positive Erfahrungen mit einer Bewältigungsstrategie, so kann diese Strategie wiederholt eingesetzt werden, um mit Belastungen umzugehen. Beispielsweise kann das Hören einer bestimmten Entspannungsmusik vor Prüfungen dienlich sein, um die Nervosität zu verringern.

Wissenschaftliche Modelle, die Belastung und Beanspruchung analysieren, gehen meist auch auf gesundheitliche Komponenten ein. Wird eine Belastung zu hoch oder sind nicht ausreichend Bewältigungsstrategien vorhanden, wirkt sich diese Belastung negativ auf die Gesundheit aus (ebd.). Kontinuierlicher Stress in Schul- oder Arbeitsleben in Verbindung mit wenigen Möglichkeiten, diesen

Stress abzubauen, kann Krankheit zur Folge haben. Diesen Mechanismus beschreibt die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) als ein bio-psycho-soziales Modell, wie es der ICF auch ganz allgemein zugrunde liegt. Die ICF ist ein wichtiges Gesundheitsmodell, das in Kapitel 4 aufgegriffen wird.

Kreativität

Wer von Kreativität in der Ergotherapie spricht, denkt meistens, es ginge ausschließlich um handwerkliche Techniken, die in der Ausbildung vermittelt werden: Peddigrohr-Flechten, Seidenmalerei oder Mosaik-Basteln. Doch Kreativität bedeutet längst nicht nur basteln.

Kreativität ist vielmehr die Fähigkeit eines Menschen, „Neues zu erfinden, neue Ideen zu haben und originelle Lösungen zu finden“ (Hobmair 2017). Das Wort Kreativität kommt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie „etwas schaffen“ oder „Neues schöpfen“. Durch eine kreative Handlung wird ein bestehender Bereich verändert oder in einen neuen verwandelt (vgl. Berding 2009). Dies bezieht sich nicht nur auf gestalterisch-künstlerische Aktivitäten, sondern vor allem auch auf alltägliche Dinge wie z. B. das Planen einer Party, das Leiten einer Kinderturngruppe oder das Gestalten eines Nachmittags mit Freunden.

Kreativität hat vier Merkmale (ebd.):

- **Problemsensitivität:** Eine kreative Persönlichkeit hat ein Gespür für Probleme, die verhindert oder gelöst werden müssen.
- **Ideenflüssigkeit:** Eine kreative Persönlichkeit findet stets neue Ideen für die Lösung von Problemen.
- **Flexibilität:** Eine kreative Persönlichkeit hält nicht stur an einer Lösung fest, sondern zieht mehrere Möglichkeiten in Betracht.
- **Originalität:** Eine kreative Persönlichkeit denkt nicht in bekannten Mustern, sondern sucht auch nach innovativen Ideen.

Kreativität bedeutet also fantasie reich, flexibel, originell und stets in der Lage zu sein, Lösungen für Bedürfnisse, Situationen und Probleme zu finden (vgl. Asendorpf 2015). Dies lässt sich auf alle Aktivitäten des täglichen Lebens übertragen (vgl. Berding 2009). So ist die Kreativität einer Ergotherapeutin auch gefordert, wenn ihr Klient sie bittet, ihn in seiner Selbstständigkeit beim einhändigen Umpflanzen von Kakteen zu unterstützen.

Flexibilität

Flexibilität ist eine Kompetenz, die wir nicht nur im Berufsleben, sondern genauso im Alltag benötigen. Immer wieder passiert Unvorhergesehenes, und wir müssen darauf reagieren. Unter Flexibilität versteht man im allgemeinen Sprachgebrauch die Fähigkeit, sich verschiedenen Umständen anzupassen, vor allem, wenn diese sich kurzfristig verändern (vgl. Hobmair 2017). In unserer Gesellschaft wird immer eine gewisse Flexibilität von uns erwartet. Gerade die Arbeit mit den unterschiedlichsten Klienten erfordert von uns ein hohes Maß an Flexibilität. Wir müssen uns auf jeden Menschen neu einstellen. Wir müssen damit zurechtkommen, dass Klienten nicht immer gleich gute Tage haben oder dass sie andere Ziele verfolgen als solche, die wir für richtig halten. Wir müssen akzeptieren, dass Behandlungen kurzfristig verschoben werden oder unser Therapieaum manchmal anderweitig besetzt ist.

Wichtig für Auszubildende ist es, sich darüber im Klaren zu sein, wie flexibel sie sind und wie sie im Berufsalltag mit unvorhersehbaren Situationen zurechtkommen. Wenn jemand Schwierigkeiten hat, flexibel zu reagieren, kann der therapeutische Alltag schnell zu Frustration führen (vgl. Kap. 8).

Frustrationstoleranz

Flexibilität und Frustration liegen oft nah beieinander. Wir müssen flexibel sein, da sich unsere Welt im steten Wandel befindet. Sind wir überfordert, diesen sich unablässig verändernden Anforderungen gerecht zu werden, so kann dies Enttäuschung und Frustration zur Folge haben. Wann genau aus einer Enttäuschung eine Frustration wird, ist individuell verschieden, da jeder seine persönliche Frustrationstoleranz besitzt (vgl. Wittchen u. Hoyer 2011).

Im therapeutischen Alltag arbeiten wir an Therapiezielen, die wir mit unseren Klienten vereinbaren. Das heißt, dass sowohl die Therapeuten als auch deren Klienten bestimmte Erwartungen und Bedürfnisse bezüglich der Therapie haben. Wenn Klienten das gesetzte Ziel nicht erreichen, entsteht bei ihnen und ihren Therapeuten eine gewisse Frustration. Für Ergotherapeuten gestaltet sich eine derartige Situation als Doppelbelastung: Sie müssen nicht nur mit der eigenen Frustration, sondern auch mit der Frustration der Klienten umgehen können. Ein erster Schritt, die eigene Frustration

onstoleranz auszuloten, ist, sich über seine eigenen Grenzen im Klaren zu sein.

Selbstreflexion

Wenn Sie dieses Kapitel bis hierher erarbeitet haben, haben Sie bereits viel über Ihre eigenen Kompetenzen nachgedacht. Diese Fähigkeit, über die eigene Person und das eigene Verhalten nachzudenken und dieses zu erörtern, ist eine der wichtigsten Kompetenzen für den Beruf der Ergotherapeutin: die Selbstreflexion.

Selbstreflexion ist das Nachdenken über sich selbst und das eigene Tun (vgl. Feikert 2014). Wir hinterfragen unser eigenes Denken, unsere eigenen Standpunkte und unser eigenes Handeln. Durch Selbstreflexion ist es möglich, ein Selbstbild zu entwickeln und die eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen. Wenn wir unser Selbstbild mit jenem Bild vergleichen, das sich andere Menschen von uns machen, so erkennen wir, ob wir uns realistisch einschätzen oder nicht. Die Ergotherapieausbildung bietet hier die Möglichkeit, sich darüber klar zu werden, ob diese Bilder weitgehend deckungsgleich sind.

Der Inhalt einer Selbstreflexion besteht dabei nicht nur aus unserem aktuellen Tagesablauf. Selbstreflexion beinhaltet auch unsere gesammelten Lebenserfahrungen, unsere Einstellungen und Werte oder unser Umfeld. Wir versuchen, unser Verhalten im Zusammenhang mit unseren Lebensumständen zu sehen und zu überdenken. Aus der Analyse unserer Situation und unseres Verhaltens kann so in einem weiteren Schritt eine Verhaltensänderung stattfinden. Wenn man beispielsweise merkt, dass man sich den Mit-Auszubildenden gegenüber in der Projektarbeit vielleicht falsch verhält, beschließt man, beim nächsten Treffen zurückhaltender zu sein und die eigene Meinung nicht immer durchsetzen zu wollen. Selbstverständlich kann man sein Verhalten nicht sofort verändern. Wenn man aber niemals mit einem

ersten Schritt anfängt, wird es wohl nie gelingen, neue Wege zu gehen.

Checkliste Basiskompetenzen

Die hier aufgeführten Personalen Kompetenzen sehen wir als wichtige Basiskompetenzen zum Einstieg in die Ausbildung zum Ergotherapeuten an.

Wie können die Basisfertigkeiten für die Ergotherapieausbildung erfasst und nachvollziehbar für Auszubildende und Dozierende sichtbar gemacht werden? Dieser Frage widmet sich der nachfolgende Abschnitt.

1.3.4 Ein Kompetenzportfolio für die Ergotherapieausbildung

In vielen schulischen Bereichen und im Studium ist das Portfolio ein methodisch-didaktisches Instrument. Es ist also nichts Neues, mit einem Portfolio zu arbeiten. Hier soll jedoch gezeigt werden, welchen *Mehrwehrt ein Portfolio bieten kann, um ein Berufsprofil auf Basis von Betätigung und Klientenzentrierung in der Ergotherapie zu verankern*. Es gibt, wie so häufig, auch zum Portfolio in der Ergotherapieausbildung nur wenig Literatur (vgl. Nagayda 2005). Man kann sich aber bei den anderen Berufsgruppen umsehen und findet Ideen zur Struktur und zu Aufgaben, die in die Ergotherapie übertragbar sind.

Was ist ein Portfolio?

Ein Portfolio ist eine *Sammlung von Dokumenten*, die unter aktiver Beteiligung der Auszubildenden zustande gekommen ist und etwas über ihre Lernergebnisse und Lernprozesse aussagt. Den Kern eines Portfolios bilden jeweils *ausgewählte Originalarbeiten*. Das können für ein Portfolio in der Ergotherapieausbildung z. B. angewandte Assessments, Modelle, Reflexionsbögen zu Aufgaben aus

Tab. 1.2 Checkliste Personale Kompetenz zum Einstieg in die Ausbildung – Wo stehe ich, warum?

Kompetenz	Skalierung – Selbsteinschätzung 1–10	Wo zeige ich das?
Einfühlungsvermögen		
Belastbarkeit		
Kreativität		
Flexibilität		
Frustrationstoleranz		
Selbstreflexion		

dem Unterricht, eine Projektarbeit, eine Bestätigung über freiwillige Zusatzkurse, gegenseitige Beurteilungen zu Gruppenarbeiten etc. sein. Es zeigt, was man hat oder was man kann, und zwar ohne eine Notencodierung (vgl. von Raben 2010).

Zum Beispiel können damit die oben benannten Basiskompetenzen für die Ergotherapieausbildung sichtbar und einschätzbar gemacht werden. Jeder weiß, dass man Einfühlungsvermögen, Belastbarkeit, Kreativität, Flexibilität, Frustrationstoleranz und Selbstreflexion nur schwer über Noten abbilden kann. Aber in einer gezielten Sammlung von Dokumenten mit Aufgaben zu den Basiskompetenzen werden diese Kompetenzen erkennbar. So könnte eine Beurteilung der Probezeit im ersten Halbjahr der Ausbildung auch mit Hilfe der Selbstdarstellung im Portfolio erfolgen. Nicht nur Noten würden zählen, sondern eben die Basiskompetenzen.

Was kann ein Portfolio leisten?

Übergeordnet geht Portfolio-Arbeit von einem Selbstbildungsprozess aus, egal in welchem Bereich oder welcher Ausbildung sie eingesetzt wird.

Es macht Lernentwicklung transparent, unterstützt die Reflexionsfähigkeit, fördert selbstorganisiertes Lernen, unterstützt das Methodenlernen, ist dialogisches (ein ständiger Austausch zwischen Lernenden und Lehrenden) Lernen, bringt außerschulisches und informelles Lernen zusammen und ist nachhaltiges Lernen.

Grundelemente und Phasen eines Portfolios

Um eben selbstgesteuertes Lernen zu ermöglichen, benötigt ein Portfolio auch einige wichtige Grundelemente. Dazu gehören eine Titelseite oder ein Deckblatt (evtl. ein Steckbrief oder Ich-Seiten über den Portfoliobearbeiter als erster Einstieg in die eigene Darstellung), ein Inhaltsverzeichnis, die Aufgaben und Dokumente, Reflexionsbögen, Beurteilungsbögen, Feedbacks und Kompetenzraster oder -diagramme. Letzteres sind die Kompetenzen eines Lernbereichs im Überblick.

Wenn klar ist, was ein Portfolio grundlegend umfassen sollte, kann man den Prozess in Phasen einteilen.

1. Phase:

Es beginnt mit der Auseinandersetzung mit dem Thema. Was hat das Thema mit mir zu tun? Die Lerninhalte und die Lernziele müssen transparent gemacht werden. Wichtig ist, dass die Auszubildenden das Portfolio als persönliches Produkt anlegen. Dann kann die Portfolioarbeit beginnen. Ein Workshop zur Einführung ist sehr zu empfehlen.

2. Phase:

In dieser Phase erwerben die Auszubildenden Wissen, bauen Wissen auf und aus. Sie haben Aufgaben aus dem Portfolio, die sich mit erworbenem Wissen praktisch auseinandersetzen, wie z.B. in der Anwendung von Hilfsmitteln bei adaptiver Betätigung oder die Erforschung von Barrierefreiheit der persönlichen Umgebung.

3. Phase:

Durch Feedbackgespräche bekommen die Auszubildenden immer wieder Impulse und Anregungen zur Weiterbearbeitung der Aufgaben. Die Portfolioarbeit unterstützt das Lernen und macht Lern-erfolge konkret sicht- und belegbar (Aufgaben und Dokumente). Die Ergebnisse werden immer wieder zwischendurch den anderen Auszubildenden und Dozenten gezeigt und präsentiert.

4. Phase:

Durch das weitere Feedback (andere Auszubildende und Dozenten) verfolgen die Auszubildenden in dieser Phase ihre selbst gesetzten Lernziele (vgl. Nagayda et al. 2005). Das Portfolio wird immer selbstständiger geführt. Es gibt viel Austausch mit den anderen Auszubildenden und jeder profitiert von den Ergebnissen der anderen mit. Zum Schluss, also am Ende der Ausbildung, findet eine Gesamtpräsentation statt. Es wird eine Bilanz zum Lernprozess gezogen. Wo stehe ich, wo will ich hin? Wo will ich als Ergotherapeutin arbeiten? Wie will ich als Ergotherapeutin arbeiten? Wie ist mein Berufsprofil definiert? All diese Fragen soll die Präsentation beinhalten.

Dies alles ist die Zusammenfassung dessen, was ein Portfolio allgemein ausmacht. Und das alles verspricht zumindest die Literatur (vgl. von Raben 2010) dazu. Aber ist das wirklich so?

Kann ein Portfolio helfen, ein betätigungs- und klientenzentriertes Berufsprofil in der Ergotherapie zu verankern?

Wenn wir davon ausgehen, dass es in der Ergotherapieausbildung um Kompetenzerwerb geht, benötigt man ein Instrument, mit dem man den Prozess des Kompetenzerwerbs nachvollziehen, sichtbar machen und messen kann. Man benötigt ein Instrument, mit dem man zu Beginn der Ausbildung herausfinden kann, was man schon kann und welche Ressourcen man mitbringt, die für das ergotherapeutische Handeln im Beruf wichtig sind. Aktuell haben wir in Deutschland (immer noch) größtenteils eine schulische Ausbildung. Sie vermittelt zunächst viel theoretisches Wissen und der Praxiseinsatz erfolgt erst zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt innerhalb der Ausbildung. Daher ist es wichtig, dass es *von Anfang an um das Sichtbarmachen von Kompetenz geht*.

► Abb. 1.3 veranschaulicht, dass der Kompetenzerwerb innerhalb der normalen Verankerung in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und des Curriculums (Dreieck) durch das Portfolio erweitert wird. Es läuft ebenfalls über den gesamten Zeitraum der dreijährigen Ausbildung, legt aber den Fokus auf ein Berufsprofil auf Basis von Betätigung. Im Folgenden werden die einzelnen Ausbildungsjahre im Portfolio dargestellt.

Die Inhalte sind als Möglichkeiten und Ideen zu verstehen – als ein Versuch, wie es gelingen kann, Betätigung ins Zentrum der Ausbildung zu stellen und damit später im Berufsprofil zu verankern.

Erstes Ausbildungsjahr: Experte für Betätigung werden

Das Portfolio beginnt im 1. Ausbildungsjahr – unmittelbar mit dem Eintritt in die Ausbildung. Die Auszubildenden starten mit der Berufsdefinition und erleben beispielsweise zwei Dozierende im Rollenspiel dabei, wie sie funktionsorientierte und betätigungszentrierte Ergotherapie darstellen. Damit werden die Auszubildenden dafür sensibilisiert, in welchem Veränderungsprozess sich die Ergotherapie in Deutschland befindet. Ziel des Portfolios ist es, dass die Auszubildenden Experten für Betätigung werden, d.h. bereits nach einem halben Jahr in der Lage sind, kurz und knapp zu erklären, was Ergotherapeuten tun, einige Praxismodelle kennen und den ergotherapeutischen Prozess auf verschiedene Art und Weise erfasst haben.

Der Begriff Betätigung ist darin von Anfang an tief verankert und wird in allen Themengebieten, wie z.B. der Erschließung der ICF, wieder aufgegriffen. Zudem sind die Aufgaben im Portfolio in Soll- und Kann-Aufgaben aufgeteilt. Damit kann jeder individuell Schwerpunkte setzen und das selbstgesteuerte Lernen wird angeregt. Viele Auf-

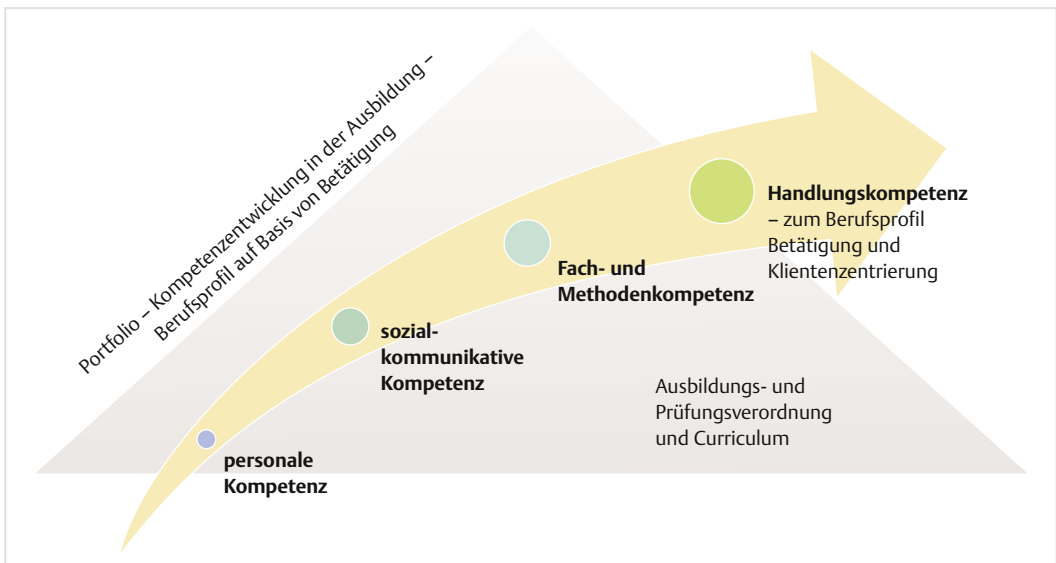


Abb. 1.3 Das Portfolio im Ausbildungsverlauf. (Quelle: Kohlhuber M, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

gaben im ersten Ausbildungsjahr zielen auf den Ausbau der personalen und sozial-kommunikativen Kompetenzen ab – in Verbindung mit dem Kernthema Betätigung. Aufgaben können sein, dass man schon sehr bald ein Betätigungsprofil von Probanden erhebt, ergotherapeutische Praxismodelle auf sich selbst anwendet oder ein Video von sich selbst zeigt, in dem zu sehen ist, welche Betätigung man gerne ausführt oder sehr gut beherrscht. Damit werden der komplexe Sachverhalt der Betätigungen und was sie auf verschiedenen Ebenen ausmacht (s. Kap. 2) ständig aufgegriffen.

Begriffe und Definitionen müssen nicht auswendig gelernt werden, sondern werden im wahrsten Sinne des Wortes *erfasst*. Wirkliches Wissen, das Anwendungs- und Routinewissen werden soll, benötigt Wiederholung und eben Anwendung. Durch die Aufgaben im Portfolio kommen alle Inhalte zu Betätigung immer wieder vor und müssen immer wieder neu durchdacht, angepasst und im Austausch aufgegriffen werden. Damit entsteht ein sog. „Wissen wie“ und darauf aufbauend ein „Handeln“ (vgl. Bresges et al. 2014). Genau diese Elemente fehlen aber häufig im klassischen Theorieunterricht. Es vergeht viel Zeit, bis das erworbene Wissen in der praktischen Ausbildung zur An-

wendung kommt. Über die Portfolioaufgaben – gerade im 1. Ausbildungsjahr – bleibt das Wissen präsent und die dazugehörigen personalen Kompetenzen können geübt und ausgebaut werden. Dabei müssen Kompetenzen natürlich immer wieder eingeschätzt werden. Ein Beispiel, wie das aussehen kann, gibt ► Abb. 1.4.

Es bieten sich unterschiedliche grafische Möglichkeiten an. In ► Abb. 1.4 ist das Netz von innen nach außen zu betrachten. Je weiter außen die Punkte gesetzt werden, desto weiter haben die Auszubildenden ihre Kompetenzen entwickelt. Wichtig ist, dass die Auszubildenden sich immer wieder einschätzen und dazu ein Feedback erhalten – von den anderen Auszubildenden und Dozierenden. Die Selbst- und Fremdeinschätzung muss natürlich zu ganz konkreten Aufgaben erfolgen. Diese Aufgaben werden im Folgenden exemplarisch dargestellt. Das ist ebenfalls mit Reflexionsgesprächen im Portfolio verankert. Aus diesem Grund nimmt auch die Basiskompetenz Selbstreflexion so einen großen Stellenwert ein.

Das erste Ausbildungsjahr im Portfolio ist demnach geprägt von Kompetenzerwerb und -ausbau in Bezug auf das Kernelement Betätigung. Dabei ist zunächst die vollständige Erfassung des Begriffs

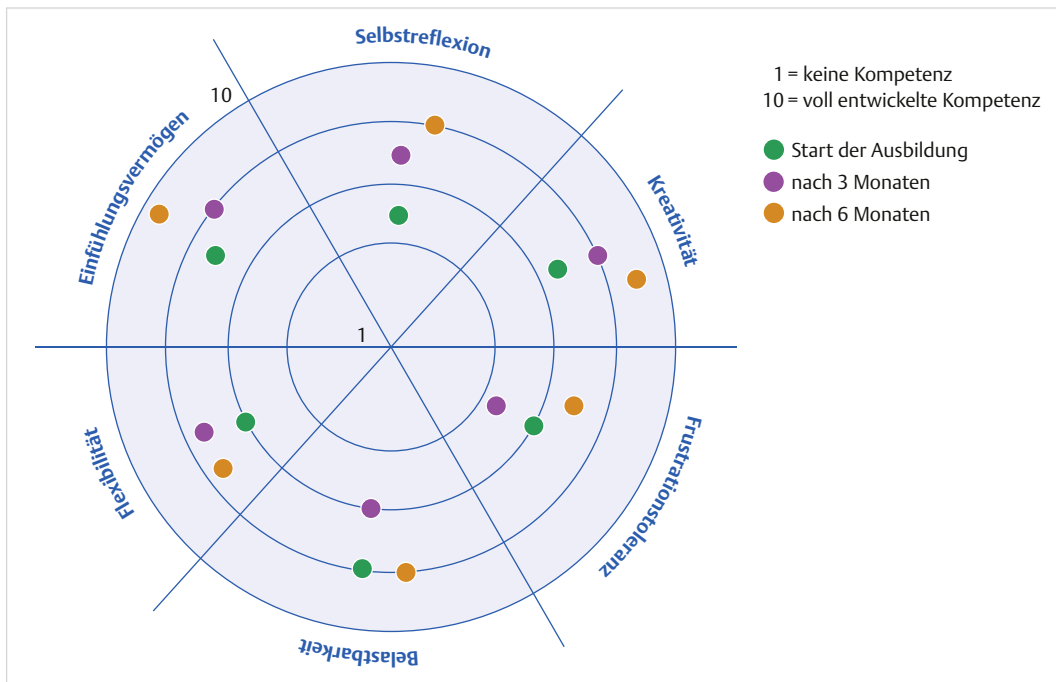


Abb. 1.4 Selbsteinschätzung Basiskompetenzen. (Quelle: Kohlhuber M, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

zentral. Die Auszubildenden bleiben noch sehr bei sich und beschäftigen sich mit ihren eigenen Betätigungen. Im Verlauf des ersten Schuljahres rücken Klienten mit ihren Betätigungen erst zum Ende in den Fokus. Nun kommen bereits die sozial-kommunikativen Kompetenzen zu den personalen Kompetenzen dazu. Diese können direkt erarbeitet, geübt und reflektiert werden. Die Auszubildenden beschließen das erste Schuljahr mit vielen Aufgaben zur Erfassung von Betätigungsanliegen der Klienten mit Hilfe eines Assessments – z. B. dem Canadian Occupational Performance Measure COPM (s. Kap. 5.2.4). Dabei ist es notwendig, dieses mehrfach innerhalb des Portfolios selbst durchzuführen – mit anderen Auszubildenden, mit Probanden, mit Dozierenden.

Hier ist die Videoauswertung sehr hilfreich, weil damit Selbstreflexion unmittelbar stattfinden kann. Zudem gibt es einen Lerneffekt für alle weiteren Auszubildenden, die das Video gemeinsam mit auswerten. Zum Tragen kommen nun personale und sozial-kommunikative Kompetenzen zusammen mit ersten Fachkompetenzen (z. B. Struktur und Ablauf des COPM kennen und anwenden). Das erste Schuljahr endet im Portfolio mit einer Rollenspielwoche zum Thema COPM, also der Erfassung von Betätigungsanliegen von Klienten.

Es geht um die Präsentation der eigenen Lernergebnisse am konkreten Fall. Habe ich meine Basisfertigkeiten soweit ausgebaut, dass ich dieses Assessment durchführen kann? Habe ich das erworbene Fachwissen parat, um mit den Rollenspielklienten zu brauchbaren Ergebnissen zu kommen? Die vier Phasen des Portfolios sind einmal durchlaufen. Es findet immer eine Auswertung statt, sodass jeder für sich noch mal das Gesamtjahr im Kompetenzerwerb reflektieren kann und auch Verbesserungsvorschläge eingebracht werden können. Der Übergang in das zweite Ausbildungsjahr im Portfolio gelingt durch den Fall aus dem Rollenspiel. Der Fall zieht sich im zweiten Ausbildungsjahr weiter bin hin zur praktischen Ausbildung. Jeder hat einen eigenen Fall und bearbeitet diesen im ergotherapeutischen Prozess dann weiter. Die Aufgaben dazu sind im Portfolio verankert.

Zweites Ausbildungsjahr: Experte für Betätigungsanliegen des Klienten, für Betätigungsanalyse und für betätigungszentrierte Interventionen werden

Das 2. Ausbildungsjahr beginnt natürlich mit viel Unterricht zum Thema Betätigungsanalyse. Dazu finden sich im vorliegenden Buch einige Strukturen, Modelle und Prozesse (s. Kap. 9). Ohne das theoretische Wissen zur Betätigungsanalyse ist es schwer, das Portfolio darauf aufzubauen (s. 2. Phase Portfolio). Ist das erfolgt, können die Aufgaben zur Betätigungsanalyse im Portfolio fallgestützt (mit dem Fall aus dem ersten Ausbildungsjahr) weiter bearbeitet werden.

Das Hauptaugenmerk liegt im Portfolio auf der Reflexion der eigenen Fertigkeiten im Bereich der Betätigungsanalyse. Das klingt zunächst etwas wenig und einfach – aber das ist es definitiv nicht. Man braucht dazu sehr viel Übung und einen permanenten Supervisionsprozess (s. Kap. Betätigungsanalyse – entscheidendes Element in der Evaluationsphase, Betätigungsanalyse).

Zudem haben die Aufgaben einen Schwerpunkt in der Einschätzung der Fachkompetenzen und der Sozial-kommunikativen Kompetenzen in Bezug auf einen gesamten betätigungszentrierten ergotherapeutischen Prozess (s. Kap. 9). Es gibt einen ausführlichen Reflexionsbogen zu dem erworbenen Wissen aus dem Unterricht, v. a. aus den ergotherapeutischen Behandlungsverfahren. Dieser Reflexionsbogen wird im Abstand von ca. 2 Monaten immer wieder aktualisiert und im persönlichen Feedbackgespräch mit Dozierenden besprochen. Diese Aufgabe beginnt im zweiten Ausbildungsjahr in der theoretischen Ausbildung und wird in der praktischen Ausbildung weitergeführt. So ist ein kontinuierlicher Wissensaufbau sichtbar, aber auch eine kontinuierliche Weiterentwicklung in der direkten Anwendung des Wissens, also das *Wissen wie* und das *Handeln*. Erworbenes theoretisches Wissen wird zu Anwendungs- und Erfahrungswissen. Ein betätigungszentrierter ergotherapeutischer Prozess wird Schritt für Schritt aufgebaut.

Gleichzeitig wird durch folgende parallel, laufende Aufgabe eine wichtige Reflexionsleistung zusätzlich erforderlich. Die Auszubildenden schreiben alle erworbenen ergotherapeutischen Interventionsmethoden und -konzepte aus den Behandlungsverfahren auf und bewerten diese für

sich auch im Hinblick auf Betätigungszentrierung. Dabei geht es nicht darum, in richtig und falsch einzuteilen, sondern zu verstehen, wo Betätigung eingesetzt wird und wo es andere Schwerpunkte geben kann (s. Kap. Betätigungszentrierte Interventionen).

Das letzte Portfolio-Feedbackgespräch findet kurz vor der praktischen Ausbildung statt. Dabei kann vor allem der eigene Stand in Bezug auf die Betätigungsanalyse und die betätigungszentrierten Interventionen reflektiert werden. Und es gibt einen Ausblick auf die Aufgaben im Portfolio in der praktischen Ausbildung.

Zweites und Drittes Ausbildungsjahr: Experte für betätigungszentrierte Ergotherapie werden

Das dritte Ausbildungsjahr beinhaltet noch einen Teil der praktischen Ausbildung. So können die Aufgaben im Portfolio aus dem zweiten Ausbildungsjahr weitergeführt werden, aber durch die bereits gesammelten Erfahrungen und das dazugewonnene Fachwissen neue komplexere Aufgaben hinzukommen. Es geht nun verstärkt um differenzierte, eigene Ziele in Bezug auf die Kompetenzentwicklung für jeden Praxisblock.

Jede Auszubildende dokumentiert von Praxisblock zu Praxisblock die eigene Entwicklung in den Kompetenzbereichen Personal-, Sozial-, und Fachkompetenz in Bezug auf die Bewertungen der Sichtstunden. Reflexionsfähigkeit hat hierbei einen besonderen Stellenwert – inwieweit stimmten Selbst- und Fremdeinschätzung überein? Was verbessert sich? Was bleibt gleich? Warum? So wird immer klarer, wo im ergotherapeutischen Arbeiten es schon Stärken und gute Kenntnisse und Fertigkeiten gibt. Und es wird deutlich, wo noch gezielt Wissen und Fertigkeiten ausgebaut werden müssen. Daraus können sich die Ziele für den nächsten Praxisblock ergeben. Auch diese Aufgabe wird in der Gruppe präsentiert bzw. in Kleingruppen besprochen. So können die Auszubildenden untereinander als Feedbackgeber agieren – auf einer kollegialen Ebene.

Die Auszubildenden legen eigene Schwerpunkte, z. B. kann für den einen die Vertiefung der Betätigungsanalyse von Bedeutung sein und für den an-

deren mehr die betätigungszentrierte Interventionsplanung. Hier spielen vor allem, wie oben in der 4. Phase des Portfolios beschrieben, das Feedback und der Austausch unter den Auszubildenden und mit den Dozierenden eine wichtige Rolle.

Eine weitere Aufgabe kann sein, einen betätigungszentrierten Praxisbericht am Seminartag vorzustellen. Es geht um die Präsentation von Kompetenzen und um eigene konkrete Fragen dazu, die wiederum mit den vorher gesetzten Zielen verknüpft sind.

Der krönende Abschluss des Portfolios ist dann die Präsentation eines gesamten betätigungszentrierten ET-Prozesses mit Evaluation – Intervention – Outcome (über Video und PowerPoint). Dabei geht es zusätzlich um die Darstellung von Ergotherapie auf Basis von Betätigung, sodass man auch anderen Berufsgruppen und Klienten mit dieser Präsentation zeigen kann, was Ergotherapie ausmacht und wie sie eingesetzt werden kann. Ein solches Beispiel findet sich ausführlich in Kap. 10.1 in Form eines Erfahrungsberichtes einer Auszubildenden. Sie beschreibt zunächst den ET-Prozess mit einem Klienten und dann ihr Fazit zum Portfolio.

Die Portfolioarbeit schließt im dritten Ausbildungsjahr ab, vor der staatlichen Abschlussprüfung. Dort wird stark über die Notencodierung beurteilt. Das Portfolio hat das Ziel, die erworbenen Kompetenzen sichtbar zu machen, ohne Noten. Es geht um das erworbene eigene Kompetenzprofil. Um ein Berufsprofil auf Basis von Betätigung und Klientenzentrierung. Das wird zum Abschluss am Ende der Ausbildung mit der Darstellung der eigenen Entwicklung über 3 Jahre vor anderen Auszubildenden präsentiert. Was macht mich nun als Ergotherapeutin aus? Wo habe ich mich am meisten entwickelt? Wie möchte ich das Berufsprofil für mich ausfüllen? Sind diese Fragen für die Auszubildenden beantwortbar und klar, dann kann einem klaren Berufsprofil nichts mehr im Wege stehen. Gleichzeitig ist in dieser Darstellung und Zusammenfassung aller Stationen im Ausbildungsverlauf ein Bewerbungsportfolio entstanden. Was kann man sich als Arbeitgeber mehr wünschen als Auszubildende, die sich mit einem klaren Profil bewerben!

Was sagen Auszubildende über das Portfolio zur Berufsprofilentwicklung auf Basis von Betätigung?

Als Abschluss der Ideen zum Portfolio einige Stimmen von Auszubildenden. Die Aussagen wurden im Rahmen eines Interviews zur Auswertung des Portfolios an einer Berufsfachschule gesammelt. Dabei haben sich die Auszubildenden gegenseitig interviewt. Es kommen unterschiedliche Auszubildende in verschiedenen Stadien der Ausbildung zu Wort.

Was würdest du sagen, sind die Qualitäten des Portfolios?

„Dass man sehr selbstständig arbeiten muss und dass der Rahmen nicht so eng gesteckt ist sondern, dass man das wirklich für sich selber machen kann. Und dass die Aufgaben recht unterschiedlich sind.“

Inwiefern hat es dir geholfen, Betätigung zu begreifen?

„Man muss sich ja selber erstmal betätigen. Und mit diesen ganzen Aufgaben werden einem die ganzen Betätigungsanliegen bewusst, die einem Klienten Schwierigkeiten machen können, zum Beispiel die Barrierefreiheit fand ich jetzt ganz schön krass, denn ich dachte, es ist schon ganz schön barrierefrei, wo wir hier leben. Ist es irgendwie gar nicht und teilweise ist es ein Witz, woraus die Hilfsmittel bestehen.“

Inwiefern hat dir das Portfolio geholfen, Betätigung zu begreifen?

„Dadurch, dass ich es reflektieren kann. Ich kann meine Betätigung reflektieren, und dann schauen, wie machen es andere. Und dann kann ich schauen, wie macht es ein Klient oder was möchte er wieder können.“

Wo siehst du die Stärken des Portfolios?

„Ich finde das Portfolio gut, denn es gibt mir die Möglichkeit, mich nach der Ausbildung auch unabhängig von der Qualität meines Abschlusses

mit einem Gesicht, mit noch etwas anderem zu bewerben, als nur mit meinen Noten und Zeugnissen. Die sind ja für andere Auszubildende sehr wichtig. Wobei aber eigentlich Betätigung und ergotherapeutische Qualität kaum in Noten ausgedrückt werden kann.“

„Ich finde, das Portfolio ist eine gute Idee. In welcher Ausbildung bekommt man denn so eine umfangreiche Zusatzqualifikation? Normalerweise geht's doch nur um die Abschlussnoten in der Ausbildung. Das Portfolio kann ich aber bei der Bewerbung noch obendrauf legen. Und ich finde, das sagt dann auch mehr über meine ergotherapeutischen Kernkompetenzen aus.“

Welchen Teil des Portfolios verbindest du am meisten mit Betätigung und warum?

„Ganz klar, die Aufgabe zum Video „Was kann ich gut?“. Da konnte man Schule und Freizeit so schön miteinander verbinden. Das Filmen hat Spaß gemacht und die Betätigung sowieso. Und jetzt weiß ich, was jeder in der Klasse gut kann und gerne macht.“

Warum ist das Portfolio für dich ein passendes Instrument zur Entwicklung eines Berufsprofils?

„Weil es sehr individuell ist. Jeder hat sein ganz individuell eigenes Portfolio, und auf sowas schaut man in anderen Ausbildungen eher nicht. Da wird nicht so auf die individuelle Entwicklung jedes Einzelnen geachtet. Und hier wird diese Entwicklung nochmal dadurch gefördert, dass man seine persönlichen Stärken und Schwächen reflektiert. Man wird nicht in ein Konzept reingepresst und erlernt die wichtigen Sachen für den Beruf ganz automatisch.“

Was ist deine Meinung zum Portfolio in Bezug auf Betätigung?

„Also wo ich am meisten Betätigung gesehen habe, war in den Betätigungsvideos „Was kann ich gut?“. Indem man gezeigt hat, was man gut kann, hat man sich betätigt. Das fand ich gut.“

Die Meinungen zeigen, dass es sich lohnt, ein Portfolio über drei Jahre Ausbildung als selbstgesteuertes Lernentwicklungsinstrument zu nutzen.

1.4 Kompetenzentwicklung nach der Ausbildung – lebenslanges Lernen

1.4.1 Anleitung von Auszubildenden

Im Laufe des eigenen Berufslebens als Ergotherapeutin ist fast jeder einmal mit der Situation konfrontiert, Folgendes gefragt zu werden: „Kannst du dir vorstellen, auch mal Auszubildende anzuleiten?“

Für die Ausbildung an Berufsfachschulen steht uns in der Ergotherapie kein Duales System zur Verfügung, in dem die Auszubildenden in einem Betrieb angestellt sind und dazu eine Berufsschule besuchen. In der Ergotherapie sowie in vielen anderen Berufen des Gesundheitswesens gibt es die Berufsfachschulausbildung. Sie ist in eine theoretische und praktische Phase gegliedert. Nach der aktuell gültigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sind 2700 Stunden in der theoretischen Ausbildung und 1700 Stunden in der praktischen Ausbildung zu leisten. Die praktische Ausbildung wird in Kooperationsstellen von der Schule durchgeführt. Und da kommen Sie als Praxisanleiterinnen ins Spiel. Wie kann die praktische Ausbildung für Auszubildende und Praxisanleiterinnen in Bezug auf Betätigungszentrierung eine Win-Win-Situation werden? Dazu haben wir in diesem Buch Erfahrungsberichte gesammelt, die in Kapitel 10 zu finden sind. Wie kann die praktische Ausbildung einen Beitrag so leisten, dass das Paradigma der Betätigungszentrierung verbreitet wird? Wir können sowohl die Praxisanleiterinnen als auch die Auszubildenden davon profitieren?

1.4.2 Fort- und Weiterbildung

Alle erfahrenen Ergotherapeutinnen wissen, dass der Kompetenzerwerb nach der Ausbildung definitiv nicht aufhört. Oft fängt als Berufsanfängerin der Fortbildungsmarathon erst so richtig an. Für fachspezifische Inhalte ist das auch wichtig und notwendig. Hier soll es darum gehen, dass das Paradigma der Betätigungszentrierung im Berufsprofil vielleicht auch die Möglichkeit eröffnet, nicht so extrem viele unterschiedliche Zusatzfortbildungen zu benötigen. Es könnte auch entlasten. Das mag für viele nun sehr provokant klingen, aber auf ein

Gedankenexperiment könnte man sich einlassen, oder?

Ellen Romein hat vor ca. 10 Jahren Visionen von einer betätigungszentrierten Ergotherapie entwickelt (vgl. Romein 2010). Ein kurzer Blick auf einen Auszug der Visionen nach fast 10 Jahren:

- *Vision 1:* Betätigungsanliegen und Betätigungsanalyse stehen im Zentrum der Diagnostik, Assessments erfassen das subjektive Erleben der Klienten (Top-down-Ansatz).
- *Vision 2:* Die Phase der Diagnostik verlängert sich. Im Gegenzug verkürzt sich die Behandlungsdauer. Denn: Therapeuten konzentrieren sich auf lösbare Alltagsprobleme statt auf pathologische Dysfunktionen.
- *Vision 3:* Der Kontext spielt eine große Rolle. Ergotherapeuten behandeln verstärkt im Alltag der Klienten und arbeiten intensiv mit deren direktem Umfeld zusammen.
- ...
- *Vision 11:* Praktische Alltagsaktivitäten nehmen einen größeren Platz in der praktischen Arbeit sowie in der Ausbildung ein. In vielen Fällen ersetzen Alltagsaktivitäten in der Therapie die handwerklichen Aktivitäten.
- ...
- *Vision 14:* Ergotherapeuten finden endlich ihre berufliche Identität. Sie können kurz und bündig ihren Beruf erklären: Ergotherapie ermöglicht es Klienten, Betätigungen auszuführen, die ihnen wichtig sind.

Dieser Artikel und die darin formulierten Visionen aus dem Jahr 2010 haben mich nun schon lange begleitet. Als Ergotherapeutin und als Dozentin. Aus der Perspektive dieses Buches und der darin gezeigten Möglichkeiten sind für mich zumindest Visionen 1 bis 3 und 11 erfüllt. Das Kapitel 8 geht auf die Vision 14 ein – vielleicht auch hier ein Anstoß zur Umsetzung?

Aber was kann damit genau zum Thema Fort- und Weiterbildung gesagt werden? Wenn sich Vision 14 erfüllen soll, nämlich, dass Ergotherapeuten ihre berufliche Identität finden und kurz und bündig ihren Beruf auf Basis von Betätigung erklären können, dann benötigen wir als Ergotherapeutinnen in Deutschland ein klares Berufsprofil. Eines, das uns als Berufsgruppe eint, und das ein Kernelement zur Verfügung stellt, worüber wir ein Alleinstellungsmerkmal erhalten. Darauf können wir professionelles Handeln aufbauen, das eine eindeutige Evidenz für die Ergotherapie nachweist.

ERGO, wir müssen in der Ausbildung anfangen, ein eindeutiges Berufsprofil zu vermitteln. Nur die Ausbildung hat die Chance, das Paradigma der Betätigungszentrierung fundiert zu vermitteln.

Dazu gibt es immer wieder Diskussionen und Beiträge in den Fachzeitschriften. Hier ein Appell, der nach wie vor Gültigkeit hat: „Die Ausbildung sollte sich keinesfalls mit der Vermittlung von veraltetem Wissen zufrieden geben. Sie darf nicht den Fehler machen, nur das zu vermitteln, was in der Praxis vorkommt. Deshalb ist es die Aufgabe der Schulen, neue Entwicklungen, Konzepte, Kenntnisse etc. in die Praxis einzuführen *und die Praxis bei der Umsetzung nach Kräften zu unterstützen.*“ (Rohloff 2015)

Darauf aufbauend kann sich ein völlig neuer Weg in der Weiterbildung und im lebenslangen Lernen ergeben, weil die Basis klar ist, so meine Vision. *Dieses Buch ist ein Beitrag zu dieser Vision – es soll Mut machen und die Umsetzung von Betätigungszentrierung in Ausbildung und Praxis ermöglichen bzw. Ideen dazu beisteuern.* Zudem gibt es Erfahrungsberichte in Kapitel 11 aus verschiedenen Bereichen und von Ergotherapeutinnen mit verschiedenen Fort- und Weiterbildungen und Studiengängen, die die Bandbreite der Möglichkeiten aufzeigen – natürlich, wie Sie sich als Leser nun schon denken können, auf Basis von Betätigung.

Online für Sie: Artikel zum Weiterlesen

Kopp V. Empathie. Auf einer Wellenlänge. ergopraxis 2011; 4: 34–35

Wippert PM. Hintergrundwissen Stress. Der Körper unter Spannung. ergopraxis 2009; 5: 22–25

Literatur

- Asendorpf J B. Persönlichkeitspsychologie für Bachelor. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015
- Berding J. Kreatives Handeln – Theorien, Konzepte und Modelle zu Handlung und Kreativität. In: Winkelmann I. Handwerk in der Ergotherapie. Stuttgart: Thieme; 2009
- Bresges A, Dilger B, Hennemann T. Kompetenzen diskursiv. Terminologische, exemplarische und strukturelle Klärungen in der LehrerInnenbildung. Münster, New York: Waxmann; 2014
- Engelmann B. Therapie-Tools Resilienz. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2019
- Erpenbeck J, Heyse V. Die Kompetenzbiographie – Wege der Kompetenzentwicklung. 2. Aufl. Münster, New York: Waxmann; 2007
- Erpenbeck J, von Rosenstil L, Grote S, Sauter W. Handbuch Kompetenzmessung. 3. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 2017
- Feikert L. Selbstreflexion in der Sozialen Arbeit: Ein Kernmerkmal professionellen Handelns. Berlin: Akademieverlag; 2014

- Geiger S, Baumgartner S. Hrsg. Empathie als Schlüssel: Gewaltfreie Kommunikation in psychologischen Berufen. Anwendung in Psychotherapie, Beratung und im sozialen Bereich. Weinheim, Basel: Beltz; 2015
- Hobmair H. Hrsg. Psychologie. 6. Auflage Troisdorf: Bildungsverlag Eins; 2017
- Nagayda J et al. The Professional Portfolio in Occupational Therapy. SLACK Incorporated; 2005
- Rohloff J. Wie lange wollen wir eigentlich noch so weitermachen? – Ergotherapieausbildung 2014 – die Beschreibung eines erstaunlichen Phänomens. In: Et Reha, Schulz-Kirchner-Verlag, 54. Jg., 2015, Nr. 5: 23–27
- Romein E. Ein starkes Berufsprofil schafft Arbeitsplätze. ergopraxis 2010; 10
- Sekretariat der Kultusministerkonferenz. Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe; 2007
- Voelker C. Herausforderungen im therapeutischen Alltag. Berlin: Cornelsen; 2010
- Von der Heyden R, Walkenhorst U. Berufsspezifische Kompetenzentwicklung in der Ergotherapie. Aufbau einer Fachdidaktik Ergotherapie. Ergotherapie und Rehabilitation 2008; 47(5): 9–14
- Von der Heyden R. Ergotherapeutische Kompetenzen entwickeln: Deskription eines ergotherapeutischen Kompetenzprofils zur Grundlegung einer Fachdidaktik Ergotherapie. Berlin: Logos; 2014
- Von Raben B. Portfolios in der Ausbildung pädagogischer Fachkräfte. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr; 2010
- Windisch R, Zoßeder J. Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. München, Jena: Urban und Fischer; 2006
- Wittchen H, Hoyer J. Hrsg. Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011

Kapitel 2

Betätigung

2.1	Grundelemente menschlicher Betätigung	38
2.2	Betätigungen und Ergotherapie	51

2 Betätigung

Ellen Romein, Christine Aichhorn, Maria Kohlhuber

Wenn wir als Ergotherapeuten Menschen unterstützen wollen, damit sie Alltagstätigkeiten ausführen können, die ihnen wichtig sind oder die von ihnen erwartet werden, dann müssen wir uns die Frage stellen, was Alltagstätigkeit überhaupt ausmacht.

Wie verbringen Menschen ihre Zeit? Was tun Menschen? Was beeinflusst sie in ihrem Tun?

Stellen wir uns vor, man würde ein Foto von Menschen mittags in einer Fußgängerzone machen, an einzelne Personen heranzoomen und ihren Alltag zurückverfolgen. Wir würden folgendes finden:

Zum Beispiel einen BWL-Studenten, nennen wir ihn Tom. Er ist 21 Jahre alt und holt sich gerade den Coffee to go für seine Mittagspause im Bekleidungsgeschäft. Im letzten Monat hat er 50 Stunden gelesen und für Prüfungen gelernt, 50 Stunden hat er in Vorlesungen verbracht und ca. 60 Stunden in einem Nebenjob in einem Bekleidungsgeschäft gearbeitet. Zudem hat er 69 Stunden mit Essen, 18 Stunden mit Einkaufen, 15 Stunden mit Haushalt erledigen und 63 Stunden mit Anziehen und Körperpflege verbracht. 75 Stunden hat er soziale Kontakte gepflegt (sich mit Freunden treffen), 73 Stunden hat er sich mit dem Handy beschäftigt, 47 Stunden ist von A nach B gefahren und 200 Stunden hat er geschlafen.

Oder auch eine Frau, nennen wir sie Sabine. Sie ist 41 Jahre alt und erledigt gerade ihre Einkäufe. Heute benötigt sie noch die Zutaten für das Abendessen für die fünfköpfige Familie. Zudem muss sie noch 2 Schulhefte für ihren Sohn in der zweiten Klasse kaufen. Im letzten Monat hat sie 80 Stunden als Büroangestellte (Teilzeit) einer Versicherungsgesellschaft verbracht. Sie hat sich 72 Stunden um die Kinder gekümmert, 39 Stunden gekocht und abgewaschen, 90 Stunden Haushalt erledigt, 10 Stunden war sie im Yoga und im Fitnessstudio, 30 Stunden hat sie eingekauft und 246 Stunden hat sie geschlafen. Zudem war sie 78 Stunden ehrenamtlich tätig und hat sich mit Freunden getroffen.

Allein diese beiden Szenen, was diese Menschen mittags machen, könnten an vielen Orten der Welt beobachtet werden. Sie zeigen, wie Menschen ihr Leben leben und in eine Vielzahl von Alltagstätigkeiten involviert sind. Die Auflistung zeigt auch, wie komplex unser tägliches Leben ist. Alles, was

wir tun, ist immer an eine Zeit und einen Ort bzw. an die Gesellschaft gebunden, in der wir leben. Würde man einen Forscher losschicken, könnte er sich dafür interessieren, was die Personen tun, wo sie was tun und wie viel Zeit sie mit welcher Tätigkeit verbringen. Dabei würden sehr unterschiedliche Ergebnisse herauskommen, weil jede Person ihre Tätigkeiten sehr individuell ausführt und auch sehr unterschiedlich gewichtet, was wie viel Zeit einnimmt. Das können Menschen zum Teil selbst bestimmen, sie sind jedoch auch in vielfältige Rahmenbedingungen eingebunden. Für jeden ist es unterschiedlich, was einen so „beschäftigt“, womit er sich „beschäftigt“ und was für jeden einzelnen bedeutsam ist.

Alltagstätigkeiten sind einzigartig. Ergotherapeuten, die diese ermöglichen wollen, brauchen damit ein fundiertes Wissen darüber, was diese ausmacht. In der Ergotherapie sprechen wir nicht von Alltagstätigkeiten, sondern von Betätigung. Das klingt im Deutschen etwas ungewohnt, aber der Begriff hat sich nun über 20 Jahre etabliert.

2.1 Grundelemente menschlicher Betätigung

Betätigung erscheint zunächst einmal als überaus komplexer und schwer zu definierender Begriff. Was Menschen individuell in ihrem persönlichen Alltag tun und welches Repertoire an Betätigungen sie haben, ist genauso einzigartig wie ihr Fingerabdruck (Townsend u. Polatajko 2013).

Wenn wir uns als Ergotherapeutinnen also die Fragen stellen, wie Menschen ihre Zeit verbringen und womit sie sich beschäftigen, müssen wir zunächst einige Kategorien festlegen, in denen wir möglichst viele der unterschiedlichen Aspekte und Bedeutungsdimensionen der möglichen Antworten erfassen können.

Denn weil Betätigung das grundlegende Element und somit die Basis unseres Berufes ausmacht, ist es äußerst wichtig, diesen Begriff in all seinen Komponenten zu erfassen und zu verstehen.

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten, DVE e.V., versteht den Begriff „Betätigung“ wie folgt:

Betätigung aus Sicht des DVE e. V. []

„Unter Betätigung verstehen Ergotherapeuten die Summe von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, die durch Individuen und Kultur benannt, strukturiert und mit Bedeutung versehen sind. Betätigungen werden individuell unterschiedlich ausgeführt, sind Ausdruck unserer Persönlichkeit und lassen uns fortlaufend mit unserer Umwelt interagieren. Betätigung gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen und umfasst alles, was Menschen tun. Dazu gehören Tätigkeiten zur Versorgung der eigenen Person (Selbstversorgung), zum Genuss des Lebens (Freizeit) und als Beitrag zur sozialen und ökonomischen Entwicklung des Individuums und der Gemeinschaft (Produktivität). Bedeutungsvolle Aktivitäten sind für den Menschen dadurch charakterisiert, dass sie zielgerichtet sind und als signifikant, sinnvoll und wertvoll für den Einzelnen empfunden werden“. (Miesen 2004)

Diese nunmehr bereits 15 Jahre alte Definition hat weiterhin Gültigkeit, weil sie nach wie vor alle wichtigen Aspekte und Bedeutungsdimensionen des Betätigungsbegriffes aufgreift.

In der Definition tauchen einige Wörter bzw. Phrasen auf (nachstehend kursiv gesetzt), die zwar auf den ersten Blick logisch und einleuchtend klingen, auf den zweiten Blick aber einige Fragen aufwerfen:

Menschen verleihen ihren Betätigungen eine *Bedeutung*?

Betätigungen werden individuell *unterschiedlich ausgeführt*?

Die Ausführung von Betätigungen ist Ausdruck unserer *Persönlichkeit*?

Betätigungen gehören zu den *Grundbedürfnissen* des Menschen?

Um diesen Fragestellungen auf den Grund zu gehen, können wir uns bewährter Vorgehensweisen aus anderen Professionen bedienen. Journalisten, die über komplexe Sachverhalte berichten und deren Bedeutung in einen sinnvollen Gesamtzusammenhang einordnen müssen, arbeiten dazu z. B. mit einem festen Fragenkatalog, der ihnen dabei hilft, sämtliche relevanten Aspekte eines Themenkomplexes im Auge zu behalten. Sie strukturieren ihre Reportagen entlang des Fragenkatalogs *wer hat was, wann, wo, wie und warum* getan?

Für den Bereich der Ergotherapie wurde hierzu unter anderem das *Canadian Model of Occupatio-*

nal Performance and Engagement, Townsend u. Polatajko 2013) entwickelt, eine Struktur, die alle bedeutenden Dimensionen menschlicher Betätigung abbildet. Diese Struktur kann zusammen mit einem Fragenkatalog genutzt werden, um die einzelnen Merkmale menschlicher Betätigung zu beschreiben. In der englischsprachigen Literatur zu den Grundlagen der Ergotherapie und Betätigung kommt die Methode, sich den Elementen der Betätigung über einen Fragenkatalog zu nähern, in einer ganzen Reihe von Standardwerken zum Tragen (vgl. u. a. Christiansen u. Townsend 2010).

Dieser Vorgehensweise bedient sich auch das vorliegende Buch und versucht, sich den wichtigsten Elementen und Bedeutungsdimensionen des Phänomens Betätigung anhand folgender Fragen anzunähern:

Fragenkatalog zur Erfassung der zentralen Elemente und Bedeutungsdimensionen menschlicher Betätigung: []

- Wer (welche Rolle) führt die Betätigung aus?
- Was genau wird getan?
- Wann wird die Betätigung ausgeführt?
- Wo wird die Betätigung ausgeführt?
- Wie wird die Betätigung ausgeführt?
- Mit wem wird die Betätigung ausgeführt?

Da die Betätigung hier im Zentrum steht, sprechen wir auch nicht von Betätigungsorientierung sondern von Betätigungszentrierung.

2.1.1 Wer? Betätigung als Teil einer Lebensrolle

Jeder Mensch möchte sich betätigen, normalerweise betätigen sich Menschen und haben dabei verschiedene Rollen. Es gibt sehr aktive Menschen und Menschen, die damit zufrieden sind, öfter mal „nichts zu tun“. Wer sich längere Zeit nicht betätigen kann, so wie er möchte, fühlt sich vielleicht nach einer bestimmten Zeit nutzlos und kann dadurch sogar krank werden. Dadurch gehen Rollen verloren und eventuell kommen neue, unerwünschte Rollen hinzu, wie „Kranker“, „Rentner“, „Arbeitsloser“, „Asylbewerber“. Wissen wir eigentlich etwas darüber, wie viele Betätigungen und Rollen ein Mensch hat und braucht?



Abb. 2.1 Betätigungszentrierte Ergotherapie.

Einige Lebensbereiche, in denen wir unsere Hauptrollen finden:

- Familie und Partnerschaft
- Verwandtschaft
- Freund/Freundin, soziale Kontakte
- Beruf, berufliche Kontakte
- Gesellschaft und Öffentlichkeit, ehrenamtliches Mitglied
- Hobby und Freizeit

Unter diesen Hauptrollen finden wir viele kleinere Rollen, wie Partner, Handwerker, Organisator, Kunde, Familienunterhalter, Trainer, Läufer, Zuschauer,

Sammler, Gärtner, Hundebesitzer, Kuchenbäcker, Zeitungsleser, Kindererzieher, Nachbar, Vorgesetzter usw.

Eine Rolle wird ausgefüllt, indem man in dieser Rolle Betätigungen ausführt. Die Rolle von Studierenden beinhaltet Voll- oder Teilzeit studieren, für die Rolle des Arbeitnehmers muss man für eine bestimmte wöchentliche Stundenzahl einer Arbeit nachgehen. Die Rolle einer Freundin erfüllt man, indem man gemeinsam mit anderen etwas unternimmt. Anhand von Betätigungen können wir also sehen, welche Rollen eine Person innehat.

Wir haben nun viel über die Bedeutung von Rollen im Zusammenhang mit wer Betätigung ausführt. Beispielsweise werden Betätigungen aber auch in Gruppen ausgeführt, sodass die gesamte Gruppe die Betätigung ausführt. So kann das WER der Betätigung folgende Ebenen betreffen:

- eine Einzelperson
- zwei Personen
- Gruppen
- Kommunen
- Populationen
- Gesellschaften

Übungsaufgaben →

- Welche Haupt- und Nebenrollen haben Sie im Moment? Notieren Sie diese in einer Liste oder Mindmap
- Welche Rollen haben Sie in den letzten Jahren neu dazu bekommen und welche aufgegeben/verloren?
- Gibt es Rollen, die Sie jetzt nicht haben aber sich wünschen? Welche?
- Gibt es Rollen ohne Betätigungen oder Betätigungen ohne die dazu gehörenden Rollen?

Einige Beispiele für unerwünschte Rollenveränderungen:

Für ein paar Tage oder Wochen:

Wenn man für einige Wochen krank ist und zu Hause das Bett hüten muss, sind viele Rollen nicht mehr möglich oder müssen auf eine andere Art und Weise ausgeführt werden. Wer krank ist, kann z.B. nicht zur Arbeit gehen und keinen Sport mehr treiben. Die neue *Rolle als Kranker* besteht hauptsächlich darin, alles für die Genesung zu tun, dann ist man ein „guter“ Kranker.

Für ein paar Wochen oder Monate:

Einem Patient im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik ist das Umfeld fremd, der Tagesablauf anders strukturiert, und es gibt oft ungewohnte und beängstigende Situationen. So werden z. B. um 05.30 Uhr der Blutdruck und die Temperatur gemessen, und das Mittagessen wird bereits um 11.00 Uhr serviert. Fremde Personen kommen plötzlich ins Zimmer, untersuchen den Patienten oder nehmen ihn zu Untersuchungen mit. Die neue *Rolle als Patient* zeigt sich im Verlust von Privatsphäre und in vollkommener Abhängigkeit von anderen Personen wie Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten. Viel Zeit wird verbracht mit „warten“ auf Untersuchungen, Personal, Besuch. Der Patient ist der für ihn fremdartigen Umgebung regelrecht ausgeliefert. Ein „guter“ Patient ist kooperativ, macht was die Ärzte und Fachpersonal sagen und fragt nicht zu viel. „Lästige“ Patienten fragen viel und wollen alles wissen, haben ihre eigene Meinung.

Für Monate oder Jahre:

Für Menschen, die für längere Zeit (Monate oder Jahre) in einem Altenheim oder einer Pflege-Einrichtung wohnen, werden viele Betätigungen vom Personal übernommen. Zudem gibt es auch hier viele fremdbestimmte Regeln. Beispielsweise werden Aktivitäten wie Kochen, Bettenmachen, Zimmerputzen oder Einkaufen nicht mehr von den Heimbewohnern selbst gemacht. Teilweise werden die Heimbewohner sogar angehalten, diese Betätigungen auf keinen Fall selbst zu erledigen (wegen Hygiene, Ordnung, Zeit usw.), obwohl sie das vielleicht könnten und auch möchten. Dementsprechend warten die Personen manchmal morgens lange auf Hilfe, um aufzustehen, sich zu waschen und anzuziehen oder auf die Toilette zu gehen. Oft warten sie auch auf das Essen. Die *Rolle als hilfsbedürftige Person* ist entsprechend geprägt von Fremdbestimmung, viele bekannte Betätigungen fallen dadurch weg. Auch hier könnte man sich fragen: Was ist eine „gute“ hilfsbedürftige Person? Wie wird diese Rolle „am besten“ ausgefüllt?

Für unbekannte Zeit:

Menschen, die gesund sind, aber durch verschiedene Ursachen keine feste Bleibe haben (z. B. Geflüchtete, Obdachlose, Frauen, die vorübergehend in einem Frauenhaus wohnen), verlieren so auch viele Betätigungen und Rollen. Sie müssen einige ihrer *Lebensrollen neu definieren und aufbauen*.

Menschen, die ihre Arbeit verloren haben, haben damit auch eine wichtige Lebensrolle und die dazu gehörenden Betätigungen verloren. Sie haben die neue *Rolle als Arbeitssuchende oder Arbeitslose*.

In der Regel haben wir es in der Ergotherapie mit Klienten zu tun, die aufgrund einer unerwünschten Rollenveränderung zu uns kommen. Dies geschieht häufig im Anschluss an einen Unfall oder nach Eintritt einer (chronischen) Erkrankung, aber auch bei anderen Lebensveränderungen, die nicht selbstbestimmt vorgenommen wurden.

Sie können sicherlich hier noch andere Beispiele auflisten. Es gibt natürlich auch erwünschte oder geplante Rollenveränderungen wie ein Kind bekommen, eine neue Arbeit annehmen, in ein Haus mit Garten umziehen, einem Verein beitreten, ein Sabbatjahr einlegen oder – endlich und erwünscht – in Rente zu gehen.

Der Verlust von Rollen und das Erlernen von neuen Rollen sind in verschiedenen Lebensphasen normal, unabhängig davon, ob man gesund oder krank ist, ob die Veränderung gewählt ist oder notwendig. Meistens sind es aber einschneidende Ereignisse.

Wenn Menschen gewohnte Rollen verlieren und/oder neue Lebensrollen aufnehmen müssen und dabei Betätigungsprobleme bekommen, können Ergotherapeuten diese Menschen begleiten. Sie überlegen hierzu gemeinsam mit dem Klienten, welche anderen Rollen gewünscht und möglich sind, oder wie Rollen auf andere Art und Weise ausgeführt werden können.

In der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern steht hingegen häufig der Aspekt des initialen Kompetenzerwerbs innerhalb einer der unterschiedlichen Lebensrollen des Kindes im Vordergrund und nicht unbedingt die Anpassung an Veränderungen in der Ausführung ein und derselben Rolle.

Betätigungen werden in unterschiedlichen Rollen unterschiedlich ausgeführt

B

Der sechsjährige Felix in der Rolle als „Sohn“ lässt sich morgens gerne von seiner Mutter beim Anziehen helfen. Anders aber beim Fußballtraining. Hier will Felix in seiner Rolle als „Stürmer“ unbedingt selbst sein Trikot überstreifen und die Fußballschuhe zubinden. Die Betätigung des Anziehens wird also in Abhängigkeit von der Rolle des Kindes unterschiedlich ausgeführt. Wenn er am Wochenende bei Oma ist, lässt er sich gerne noch mehr helfen. Ergotherapeuten sollten hier also nicht fragen: „Kann Felix sich alleine anziehen?“ Sondern: „In welchen Situationen (Rolle) zieht Felix sich alleine an?“ Oder: „In welcher Situation (Rolle) wünschen Sie oder wünscht Felix sich eine Veränderung beim Anziehen?“

2.1.2 Wie und für welchen Zweck? Betätigung als Grundbedürfnis und Ausdruck von Persönlichkeit

Was haben Bedeutung, unterschiedliche Ausführung und Persönlichkeit mit Betätigung zu tun?

Greifen wir als Erklärung zu einer Betätigung, die jeder kennt und macht: das Abspülen von Geschirr. Hier finden wir viele unterschiedliche Bedeutungen, Ausführungen und Persönlichkeiten. Wir wählen hier bewusst eine sehr alltägliche Tätigkeit, weil man anhand dessen für jeden nachvollziehbar erkennen kann, wie unterschiedlich die Bedeutung und die Ausführung ein und derselben Betätigung sein kann, und wie das mit der Persönlichkeit zusammenhängt.

Der Frage nach der *Bedeutung* kann man auch nachgehen, indem man fragt: wie *wichtig* ist das Geschirrspülen für Sie? Hier geht es nicht darum, ob man etwas mag oder nicht. Wir fragen nicht: mögen Sie Geschirrspülen? Wir tun viele Dinge im Alltag, ohne diese unbedingt zu mögen. Manche Personen entspannen sich, wenn sie abspülen, für andere kann es eine Belastung oder Stress sein. Wichtig kann Geschirrspülen in beiden Fällen sein.

Wir können uns in unserem Umfeld sicherlich sehr unterschiedliche Antworten auf die Frage vorstellen: „Wie wichtig ist Geschirrspülen für Sie?“. Das fängt an mit „Abspülen ist mir sehr wichtig, weil ich mich abends erst entspannen kann, wenn die Küche aufgeräumt ist.“ und geht bis zu „Abspülen ist mir gar nicht wichtig, das mache ich erst, wenn es kein sauberes Geschirr mehr gibt, erst dann wird es wichtig.“ Von der individuell zugeschriebenen Wichtigkeit kommt man auf die Bedeutung. Wieso ist es wichtig oder gar nicht wichtig? Welche Bedeutung hat eine aufgeräumte Küche – oder eine Küche, in der alles erst mal eine Weile stehen bleibt – für eine bestimmte Person?

Wie eine Person mit der Betätigung des Geschirrspülens umgeht, kann mit Gewohnheiten und Routinen zusammenhängen, mit einer Rolle, die diese Person gerade ausfüllt (z. B. Hausfrau, Elternteil, Ehepartner, Freundin usw.) – vielleicht auch mit dem Kontext (neue Küche oder Eindruck auf Besuch machen wollen). Auch der tägliche Zeitplan kann eine Rolle spielen: wenn man morgens wenig Zeit hat, möchte man nicht das Geschirr vom Abend vorher noch spülen müssen. Diese Aspekte zu kennen, ist für Ergotherapeuten essentiell, wenn Klienten eine Tätigkeit wie Geschirrspülen nicht mehr – gut – ausführen können.

Es gibt zahlreiche unterschiedliche Vorgehensweisen beim Geschirrspülen: wer, wann, wie, wie schnell, wie gut, in welcher Reihenfolge, mit Bürste/Schwamm/Lappen, welches Geschirrspülmittel und wie viel, nachspülen oder nicht, abtrocknen oder nicht, was geht in die Spülmaschine, wenn es eine gibt usw.

Unsere individuelle Herangehensweise an die Betätigung des Geschirrspülens ist eine Gewohnheit. Gewohnheiten übernehmen wir oft von unserer Familie und Freunden oder wir entwickeln unseren eigenen „Stil“. Dieser persönliche Stil ist individuell, und nicht so einfach zu ändern. Wenn man Betätigungen ändert, hat dies fast immer Auswirkungen auf die eigene Persönlichkeit. Das kann jeder nachvollziehen, der schon mal Gewohnheiten verändert hat. Dies funktioniert nur, wenn es einen sehr guten Grund dafür gibt, z.B. Veränderungen im physischen Kontext (neue Küche) oder im sozialen/kulturellen Kontext (der Partner oder Mitbewohner hat eine andere Vorstellung vom Abspülen). Oder wenn es ein gesundheitliches Problem gibt und man die Betätigung nicht mehr wie gewohnt ausführen kann – oder auch rein zeitlich, wenn man für eine neue Arbeit anstatt um 08.00 Uhr plötzlich um 06.00 Uhr morgens aus dem Haus muss.

Merke

M!

Man verändert eine Betätigung nur, wenn es einen sehr dringenden Grund dazu gibt.

Es werden keine Betätigungen verändert, nur weil eine Ergotherapeutin, ein Partner oder Freunde finden, dass es anders besser geht. Auch Sie persönlich werden Ihre Gewohnheiten beim Ausführen einer Betätigung nur verändern, wenn es dafür einen guten Grund gibt, der Sie persönlich überzeugt – wenn es Ihnen sehr wichtig ist.

Bezogen auf Klienten in der Ergotherapie bedeutet dies, dass nur diese selbst entscheiden können, welche Betätigungen sie wie und wann verändern. Klienten sollten also – wenn es um Betätigungen geht – eine aktive und bestimmende Rolle im Therapieprozess haben (s. Kap. 3). Unsere Rolle als Ergotherapeutin besteht darin, mit Klienten diese gewünschte Veränderung an Betätigungen genau zu formulieren, die Betätigungsprobleme zu analysieren und ggf. in Kooperation mit Klienten verschiedene Veränderungen auszuprobieren und zu

überprüfen, ob sich diese als sinnvoll erweisen. Dies können wir nur, wenn wir verstehen, wie komplex und persönlich Betätigungen sind.

Hierzu ein Fallbeispiel, das darstellt, wie wichtig Gewohnheiten und die persönliche Ausführung sind. Das Verändern von Betätigungen, auch wenn Personen sich das wünschen, ist meist komplexer als wir denken.

Die Macht der Gewohnheit

Zwei Damen haben seit einigen Jahren eine ausgeprägte Halbseitenlähmung und kommen nun zur Ergotherapie. Beide möchten wieder Kartoffeln schälen, um ihrer Rolle als Köchin wieder besser gerecht zu werden. Beide Frauen können in der Praxis für Ergotherapie gut mit einem speziellen Hilfsmittel zum Kartoffelschälen umgehen. Das Gerät wird an den Tisch geklemmt, sodass mit einer Hand die Kartoffeln geschält werden können. Es vergehen einige Wochen, und die Ergotherapeutin fragt bei den Damen nach, wie gut das Kartoffelschälen mit dem Hilfsmittel funktioniert.

Frau A. sagt: „Super, ich habe es an meinem Küchentisch festgeklemmt und benutze es jeden Tag. Es funktioniert ganz wunderbar. Ich benutze es auch für Äpfel und Karotten. Mein Mann muss das jetzt nicht mehr machen!“

Frau B. weicht aus und sagt, sie habe das Hilfsmittel noch nicht ausprobiert.

Um sich ein klares Bild von diesen und anderen Betätigungen im häuslichen Umfeld zu verschaffen, stattet die Ergotherapeutin beiden Damen einen Hausbesuch ab. Frau A. wohnt in einem kleinen Haus mit Garten und hat einen Hund. Ihre Küche wirkt zwar etwas chaotisch, ist dafür aber umso gemütlicher. Ihr Ehemann spült einmal am Tag mit der Hand das Geschirr. Der Kartoffelschäler ist beim Ehepaar A. die ganze Zeit am Küchentisch montiert. Frau A. demonstriert stolz, wie schnell sie jetzt Kartoffeln schälen kann. Sie zeigt außerdem, wie auch Äpfel und Karotten damit geschält werden können. Die Schalen fallen in einen kleinen Eimer, der unter dem Kartoffelschäler aufgestellt wurde. Auch die Kunststoff-Tischdecke kann einfach abgewischt werden.

Vollkommen anders gestaltet sich die häusliche Situation bei Frau B. Die Dame wohnt in einer schönen, klassisch eingerichteten Etagenwohnung. Ihre Küche ist blitzblank sauber, und alles steht an seinem Platz. Wenn etwa die Spüle nass geworden ist, wird sie sofort mit einem speziellen Lappen ab-

getrocknet, sodass es schön glänzt und keine Kalkflecken entstehen können. Als die Ergotherapeutin die Dame fragt, wo denn nun der Kartoffelschäler installiert sei, holt sie ihn aus einem Schrank. Sie erklärt, dass sie ihren schönen Küchentisch aus Eiche kaputt machen würde, wenn sie den Schäler dort festklemmt. Dies sei der Grund, warum das Gerät noch unbenutzt im Schrank liege. Stattdessen schält Herr B. noch immer die Kartoffeln. Allerdings mache dies Herr B. „nicht so gut wie ich“, erklärt die Dame, da er „die Schalen immer zu dick“ abschäle. Für Frau B. ist dies ein Problem.

Und so wird eine Betätigung wie „Kartoffelschälen“ zum Ausdruck für Persönlichkeit und Lebensstil. Während Frau A. kein Problem damit hat, sich ein Hilfsmittel an den Küchentisch zu klemmen, vermeidet Frau B. Schäden an der polierten Tischplatte ihrer Küche, räumt den Kartoffelschäler weg und verzichtet damit auf das eigenständige Kartoffelschälen. Die Ergotherapeutin probiert mit Frau B. andere Hilfsmittel aus. Die Dame entscheidet sich für ein Hilfsmittel, das sie in der Spüle mit Saugnäpfen befestigen kann. Obwohl dies der Ergotherapeutin nicht so praktisch erscheint, ist Frau B. damit sehr zufrieden. Der neue Schäler mit Saugnäpfen ist einfach in der Spüle anzubringen, und der „Dreck“ fällt gleich in die Spüle. Nachher lässt sich die Spüle einfach sauberwischen. Auch vor ihrer Halbseitenlähmung hat Frau B. die Kartoffeln sowie anderes Gemüse und Obst immer in der Spüle geschält. Das macht die Veränderung nun leichter umsetzbar, weil es an ihre Vergangenheit anknüpft.

Betätigungen sind zielgerichtet und haben einen bestimmten Zweck

Betätigungen haben einen deutlichen Anfang, werden ausgeführt (dauern also eine bestimmte Zeit) und haben auch ein Ende. So können wir etwas wie Einkaufen, Schlafen, Hausaufgabenmachen, Frühstück, zur Arbeit fahren, den Garten pflegen alle als Betätigungen erkennen. Es geht hier nicht darum, ob man etwas gerne, sondern ob man es mit *Absicht* macht.

Wenn man hingegen über eine Stufe stolpert, so passiert dies nicht *zielgerichtet*, also mit Absicht. Das Stolpern geschieht während einer anderen Betätigung wie etwa „die Treppe hinunterlaufen, um die Post zu holen“. Ebenfalls nicht zielgerichtet ist es, ab und zu Gegenstände fallen zu lassen. Das Fallenlassen einer Tasse stört vielmehr bei Betäti-

gungen wie etwa „das Geschirr in die Spülmaschine räumen“ oder „den Kaffeetisch decken“. Betätigungen können auch durch Angst problematisch werden, wie etwa „zum Zahnarzt gehen“.

Wir unterscheiden hier zwischen *Problemen* im Alltag, wie Stolpern, Gegenstände fallen lassen, Dinge vergessen, Angst vor etwas haben, sehr aufgeregt sein usw. und den *Auswirkungen*, die sie auf Betätigungen haben können, und stellen die Frage, ob (gewünschte) Betätigungen dadurch problematisch werden.

Wir tun Dinge auch, weil wir damit einen bestimmten, individuell verschiedenen Zweck erfüllen wollen. Zum Beispiel kann eine Person Sport treiben, um dadurch Gewicht zu reduzieren. Eine andere Person treibt Sport, um einen Ausgleich zum stressigen Arbeitstag zu haben. Wir schauen fern, um uns zu erholen oder um unterhalten zu werden. Und wenn wir mit einer Freundin Kaffee trinken oder mit ihr essen gehen, kann der Zweck der Betätigung darin liegen, uns Nahrung zuzuführen. Es kann aber auch der soziale Kontakt im Vordergrund stehen – ebenso wie beim Fußballspielen im Verein, bei dem es dem einen in erster Linie um Geselligkeit gehen kann, während eine andere Person beim Fußballspielen primär Erfolgserlebnisse sucht.

2.1.3 Was? Betätigung in den Bereichen des täglichen Lebens

Menschen sind über den Tag verteilt in eine ganze Menge an Betätigungen eingebunden – sie stehen auf, putzen sich die Zähne, duschen, kleiden sich an usw.

Es gibt so viele verschiedene Betätigungen, dass sie kaum aufzulisten sind – oder wir erhalten eine sehr lange Liste. Es ist also hilfreich, diese Betätigungen in bestimmte Bereiche und Kategorien zu gruppieren, wie etwa im Kanadischen Modell (CMOP-E, s. auch Kap. 5.2). Das CMOP-E verwendet zur Gruppierung der Betätigungen die 3 Kategorien Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit (Townsend u. Polatajko 2013):

Die 3 Kategorien von Betätigung [] gemäß CMOP-E

Selbstversorgung

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) wie sich anziehen, Medikamente einnehmen, für sich kochen, essen und trinken, die Toilette benutzen, sich fortbewegen, sich im Bett umdrehen, Treppen steigen, Auto oder Fahrrad fahren, Bus fahren, Telefon und Handy benutzen, Computer und Internet benutzen, seine Finanzen regeln, Steuererklärung ausfüllen, Einkaufen usw.

Produktivität

Zum Beispiel in die Schule gehen, schreiben, Hausaufgaben machen, studieren, bezahlte und unbezahlte Arbeit suchen und ihr nachgehen, sein Arbeitspensum erfüllen, mit Kollegen zusammenarbeiten, für andere kochen, Haushaltstätigkeiten, sich um Kinder oder Tiere kümmern, kleinere Reparaturen ausführen usw. Bestimmte Spiele können auch im Bereich Produktivität eingeordnet werden, z. B. wenn Lernen oder Entwicklung dabei im Vordergrund stehen.

Freizeit

Zum Beispiel ruhige Erholung wie Musik hören, fernsehen, lesen, Hobbys wie stricken oder Etwas sammeln, Karten spielen. Aktive Freizeit wie Sport treiben, sich um Haustiere kümmern, ausgehen, wandern, Rad fahren, zur Kirche gehen, reisen. Soziales Leben wie Freunde und Familie einladen und besuchen, zu Partys gehen, etwas veranstalten, Mitglied eines Vereins sein etc.

Diese Kategorien helfen Ergotherapeutinnen dabei, mit Klienten Betätigungen zu finden, die sie in der Therapie verbessern möchten. Es ist also wichtig, dass die Einteilung zu der Lebenssituation des Klienten passt. Bestimmte Betätigungen, wie z. B. das Kochen, können je nach Lebenssituation in verschiedene Kategorien eingeteilt werden: unter Selbstversorgung (wenn jemand für sich kocht), unter Produktivität (wenn jemand Koch von Beruf ist) oder auch unter Freizeit (als Hobby ab und zu etwas Besonderes für Freunde kochen). Nur die Klienten selbst können uns sagen, wie sie eine Betätigung betrachten. Für manche Klienten bedeutet das Versorgen eines Haustiers Produktivität, weil die Arbeit damit im Vordergrund steht, für

andere Klienten gehört dies zur Freizeit, da es so viel Spaß macht.

Eine etwas andere Einteilung als das CMOP-E verwendet das Occupational Therapy Framework Domain and Process der American Occupational Therapy Association (AOTA 2018):

- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Instrumentelle (die Voraussetzungen für andere Betätigungen schaffende) Aktivitäten des täglichen Lebens
- Ruhe und Schlaf
- Bildung
- Arbeit
- Spiel
- Freizeit
- Soziale Teilhabe

Es geht hier nicht darum, Betätigungen „korrekt“ einzuteilen, sondern eine komplette Übersicht darüber zu erhalten, welche Betätigungen im Alltag evtl. stattfinden könnten und was sie jeweils für die ausführende Person darstellen.

Denn es darf nicht vergessen werden, dass das, was für einen gesunden Menschen eine gewöhnliche Betätigung darstellt, für einen Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen unter Umständen alles andere als banal oder trivial ist. Weil sie eine andere Art von Alltag erleben, weil sie im Rollstuhl sitzen oder im Bett liegen müssen oder weil sie permanent unter Schmerzen leiden. Wie gehen Menschen mit kognitiven Einschränkungen mit Betätigungen um, wenn sie ständig von anderen Personen betreut werden?

Da wir meist selbst mit solchen Situationen keine eigene Erfahrung haben, brauchen wir Methoden und Vorgehensweisen, um die Erfahrungen, Wünsche und Anliegen dieser Menschen zu erfassen. (s. auch Kap. 3, Klientenzentrierung)

Es gibt somit berechtigte Gründe zu der Annahme, dass noch andere Einteilungen als die oben genannten für die Ergotherapie wichtig sein könnten, wenn es um die eingeschränkte Bewältigung des Alltags geht. Tatsächlich könnten manche Menschen mit Behinderungen von einer Auflistung mit Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit regelrecht frustriert oder sogar depressiv werden, wenn sie kaum Betätigungen nennen können, denen sie problemlos nachgehen können. Oder weil sie nicht produktiv sind oder vielleicht keine wirkliche Freizeit haben. Denken wir an Babys, Kleinkinder, schwer behinderte Menschen, Menschen in Hei-

men, Menschen in der letzte Lebensphase. Hier ist es manchmal normal, nicht produktiv zu sein und komplett versorgt zu werden, statt der Selbstversorgung nachzugehen.

Gesundheit und Teilhabe

„Gesund sein“ ist für die meisten Menschen normal (Wilcock 2005). Wenn man also keine Grippe hat und nicht unter Rücken- oder Bauchschmerzen leidet, sagt man, dass man gesund ist. Man versteht oft erst, was es bedeutet, gesund zu sein, wenn man krank wird und plötzlich bestimmte Betätigungen nicht mehr ausführen kann. Im Umkehrschluss könnte man also „gesund sein“ beschreiben mit „nicht krank sein“. Dies aber wäre zu voreilig, denn es gibt auch positive Beschreibungen für „gesund sein“ wie „fit und aktiv sein“ oder „sein Leben bewältigen“. Können Menschen mit Behinderung nicht fit und aktiv sein und ihr Leben bewältigen? Viele Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen sind aktiv und bewältigen ihr Leben mit oder ohne Hilfe. Sie empfinden sich die meiste Zeit als gesund und leben mit ihrer Behinderung. (s. Kap. 4, ICF).

Möglicherweise haben auch Sie einmal einen Menschen im Rollstuhl gesehen und dabei gedacht: „Der Arme, er kann so vieles nicht machen. Das muss doch ganz schrecklich sein.“ Wenn Sie jedoch diese Person nach ihrem Befinden gefragt hätten, hätten Sie vielleicht als Antwort erhalten: „Mir geht es gut. Ich kann alles tun, was mir wichtig ist.“ Und diese Person hätte Ihnen eventuell erzählt, dass sie einer spannenden und befriedigenden Arbeit nachgeht, eine funktionierende Familie hat, in den Urlaub fährt und in ihrer Freizeit gerne Rollstuhlbasketball spielt. Natürlich könne sie einiges nicht machen, aber sie habe ihr Leben so organisiert, dass sie damit zufrieden sei.

Wenn Sie sich nun selbst die Frage stellen, ob Sie alles machen können, was sie wollen, werden auch Sie als „Gesunder“ diese Frage verneinen (weil das Geld fehlt, um eine Weltreise zu machen oder ein neues Auto zu kaufen, weil ein Partner fehlt oder die Zeit oder der Mut, um etwas zu tun).

In diesem Zusammenhang kommt nun der Begriff „Partizipation“ oder „Teilhabe“ ins Spiel. Wir alle nehmen teil an der Gesellschaft. So gehen wir in den Supermarkt einkaufen oder ins Café nebenan, wir gehen in die Schule oder zur Arbeit, wir be-

suchen Veranstaltungen oder ein Museum, und wir sind dabei häufig mit der Familie oder mit unseren Freunden unterwegs. Was unter „normaler Partizipation“ zu verstehen ist, unterscheidet sich von Person zu Person. Manche Menschen sind ständig „auf Achse“, andere Menschen ziehen es vor, es sich zu Hause gemütlich zu machen. Diese „normale“ Teilhabe ist abhängig vom Alter der Person, von Kontext und Kultur und sicherlich von persönlichen Faktoren.

Sich zu betätigen ist ein Grundbedürfnis. Diese Betätigungen sind immer Teil einer Lebensrolle, und durch Betätigungen nimmt man an der Gesellschaft teil. Wenn man also die verschiedenen Lebensrollen eines Menschen kennt, so weiß man auch schon viel über dessen Partizipation. In Kap. 2.2.1 beschäftigen wir uns z.B. mit dem Betätigungsprofil von Frau K. und erkennen dort: Frau K. hat viele Rollen. Sie und ihr Mann nehmen als Rentner teil an der Gesellschaft. Sie sorgen für sich selbst, ihr Haus und den Schrebergarten, sie kümmern sich um drei Katzen und um den Enkel, damit die Tochter arbeiten kann. Frau K. ist ehrenamtlich tätig, ihr Mann ist Mitglied einer Seniorensportgruppe usw. Das Ehepaar ist aktiv und fit und bewältigt sein Leben, sodass man behaupten könnte, dieses Ehepaar ist „gesund“. Dies gilt auch, wenn man weiß, dass Herr K. vor einigen Jahren am Rücken operiert wurde und noch regelmäßig starke Schmerzmittel nimmt und dass Frau K. zuweilen depressive Phasen erlebt und einen zu hohen Blutdruck hat, sodass sie ebenfalls täglich Medikamente nehmen und regelmäßig ihren Arzt aufsuchen muss.

Menschen, die an der Gesellschaft teilhaben, können sich also als „gesund“ erleben, selbst wenn dies aus rein medizinischer Sicht nicht der Fall ist. Umgekehrt ist die Teilhabe an der Gesellschaft sogar die Voraussetzung dafür, dass man gesund und aktiv bleibt.

Karen Whalley Hammell hat aus diesem Grund eine andere Möglichkeit zur Einteilung von Betätigungen geschaffen, die nun die *Erfahrungen* von Menschen mit Betätigungen in den Mittelpunkt stellt (Whalley Hammell 2009). Sie hat vier Kategorien, die im Exkurs „4 Kategorien von Betätigung und ihr Teilhabekontext nach Whalley Hammell“ dargestellt sind.

Exkurs: 4 Kategorien von Betätigung und ihr Teilhabekontext nach Whalley Hammell

1. Restorative Occupations (Betätigungen zur Erholung)

Es handelt sich um Betätigungen zur Erholung wie Lesen, Handwerken, im Garten arbeiten, Meditieren, Kunst betrachten, Musik hören, Tai-Chi oder Yoga machen, mit vertrauten Personen zusammen sein, die Natur mit allen Sinnen genießen etc. Für Menschen, die unter massiven Schmerzen leiden oder viel Energie benötigen, um die einfachsten Alltagsaktivitäten durchzuführen, ist Erholung oft lebensnotwendig.

Betätigungen zur Erholung sind äußerst individueller Natur und können fließend übergehen in:

2. Occupations fostering belonging, connecting, and contributing (Betätigungen, die das Gefühl der Zugehörigkeit, Verbundenheit und Beteiligung stärken)

Es handelt sich um Betätigungen, die das Gefühl vermitteln, mit anderen Personen verbunden zu sein und dazuzugehören, gemeinsam mit anderen etwas zu machen, für andere zu sorgen und von anderen versorgt zu werden. Diese Empfindungen sind wichtig für das eigene Selbstwertgefühl. Der Begriff der „Interdependence“ beschreibt in diesem Zusammenhang treffend, dass alle Menschen voneinander abhängig sind.

Wenn also Menschen mehr oder weniger aktiv mit anderen Menschen etwas tun, ergibt sich auch hier ein fließender Übergang zu:

3. Engaging in doing Occupations (in Betätigungen eingebunden sein)

Dies bedeutet, in die Ausführung von Betätigungen eingebunden zu sein. Betätigungen können alle Bereiche von der Selbstversorgung über die Produktivität bis hin zur Freizeit umfassen. Dies ist freilich sehr individuell zu verstehen, denn

Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen gehen möglicherweise anderen Betätigungen nach als „gesunde“ Menschen. Aber jeder Mensch hat den Drang, etwas zu tun. So kann z.B. ein behinderter Hobbygärtner eine Pflanze umtopfen, indem er den Blumentopf auswählt und über die richtige Erde entscheidet, die eigentliche Handlung des Umtopfens dann aber von jemand anderem ausführen lässt. Es kann sich in dieser Kategorie sowohl um angenehme, als auch um unangenehme Betätigungen handeln.

Wenn Menschen plötzlich in eine andere Lebenssituation geraten, kann es bedeutsam sein, die folgende Kategorie von Betätigungen in den Blick zu nehmen:

4. Occupations reflecting Life Continuity and Hope for the Future (Betätigungen, die eine Kontinuität des Lebens und Vertrauen in die Zukunft widerspiegeln)

Es handelt sich um Betätigungen, die die Vergangenheit eines Menschen mit Vertrauen in die Zukunft verknüpfen. Dies spielt eine Rolle bei Menschen, die sich in einer Lebenskrise befinden. Wer etwa durch einen Unfall plötzlich querschnittgelähmt ist, braucht Vertrauen, Hoffnung und vor allem eine Zukunftsperspektive. Diese Zukunftsperspektive sollte anknüpfen an die Vergangenheit des Betroffenen mit dessen persönlichen Vorlieben und Erfahrungen. Wenn der Querschnittgelähmte sich vor seinem Unfall gerne draußen in der Natur aufhielt und in den Bergen gewandert ist, so kann er sich jetzt vielleicht vorstellen, auch im Rollstuhl Ausflüge zu machen, auch wenn er dabei nicht mehr auf Berge klettert. War sein Bedürfnis beim Bergwandern vor allem, die Natur und die Stille zu genießen, könnte er dies vielleicht auch vom Rollstuhl aus. Wenn sein Bedürfnis früher war, über steile Hänge zu klettern und schwierige Gipfel zu besteigen, kann man das nicht so einfach im Rollstuhl realisieren. Letzten Endes geht es darum, wieder Freude erfahren zu können, sein Leben neu zu organisieren und ein Ziel zu haben.

Whalley Hammells Einteilung von Betätigungen erscheint sehr sinnvoll für Menschen mit schweren Behinderungen, die immer unter Schmerzen leiden, die sich in Krisensituationen oder in der letzten Lebensphase befinden (Von dem Berge et al. 2018) Für die Zukunft bleibt zu wünschen, dass weitere Modelle und Ideen für Kategorien gefunden werden, um Betätigungen in den einzelnen Lebensbereichen und -situationen und ihre individuelle Bedeutung für die Teilhabe (be-)greifbarer zu machen.

2.1.4 Wo, wann und mit wem? Betätigungen und Kontext

Betätigungen finden nicht im „luftleeren Raum“ statt, sondern im Kontext. Für „Kontext“ kann man auch die Bezeichnungen „Umfeld“, „Umgebung“ oder den häufig benutzten Begriff „Umwelt“ verwenden. Der jeweilige Kontext bzw. die jeweiligen Kontexte einer Betätigung haben großen Einfluss darauf, wie und gelegentlich sogar ob eine Betätigung ausgeführt wird bzw. werden kann.

Die folgenden 5 Kontextkategorien sind dabei bedeutsam und werden nachfolgend einzeln betrachtet, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf das Konzept des kulturellen Kontextes gelegt wird:

- Temporärer Kontext
- Physischer Kontext
- Sozialer Kontext
- Institutioneller Kontext
- Kultureller Kontext

Der temporäre Kontext

Der temporäre oder zeitliche Kontext betrachtet, ob die Betätigung zu einer ganz bestimmten Zeit des Tages, der Woche, des Jahres oder sogar des Lebens stattfindet. Gibt es bestimmte tägliche, wöchentliche, saisonale etc. Betätigungsmuster? Führen Menschen Betätigungen zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Lebensphasen häufiger oder seltener aus?

Sich die Frage zu stellen, wie Menschen quantitativ ihre Zeit verbringen, steigert das Bewusstsein dafür, dass sich unser tägliches Leben aus einer unendlichen Vielzahl an Betätigungen zusammensetzt und welchen Einfluss unsere Lebenssituation, unsere Rollen und andere Kontextfaktoren darauf haben können, wann eine Betätigung ausgeführt wird und wie lange sie andauert.

Fallbeispiel temporärer Kontext **B**

Ein sportbegeisterter Arbeitnehmer würde gerne im Sommer bei schönem Wetter den Arbeitsplatz so früh wie möglich verlassen, um nach Dienstschluss noch radfahren oder fußballspielen zu gehen. Im Winter würde er gerne zum Ausgleich öfter Überstunden machen oder im Sommer früher am Arbeitsplatz erscheinen. Für ihn wären eine Gleitzeitregelung oder ein Jahresarbeitszeitkonto gute Lösungen. Seine Vorgesetzte besteht jedoch auf festen Arbeitszeiten.

Der physische Kontext

Der physische Kontext beschreibt zum Beispiel die Kleidung, die man trägt, oder den Stuhl, auf dem man sitzt. Kontext ist aber auch das Buch in Ihrer Hand sowie die Kekse und der Laptop auf dem Tisch, die Lampe an der Wand, das Licht und die Luft im Raum und auch die Temperatur, die Wohnung, in der Sie wohnen, sowie die Straße, die Stadt oder das Dorf und das Land, in dem Sie sich befinden. Die Geräusche, die Felder, die Bäume, der Park, der Blumentopf auf Ihrem Balkon, die Vögel und die Mücken – all das versteht man ebenfalls unter physischem Kontext. Der physische Kontext kann stark bestimmend dafür sein, ob und wie wir eine Betätigung ausführen (können).

Fallbeispiel physischer Kontext **B**

Eine ältere Dame würde gerne öfter spazieren gehen, um sich fit zu halten. Sie wohnt jedoch mitten in der Großstadt bei denkbar schlechter Luftqualität und hohem Geräuschpegel. Daher bleibt sie meist zu Hause, hat häufig Kopfschmerzen und fühlt sich eingesperrt.

Der institutionelle Kontext

Der institutionelle Kontext beschreibt die Institutionen oder Einrichtungen, in denen sich Betätigungen abspielen. Den Arbeitsplatz, das Schwimmbad, die Bücherei, der Geldautomat, das Museum und die Fernsehkanäle, das Gesundheits- und Schulsystem, die Infrastruktur und natürlich das politische System. Auch der institutionelle Rahmen beeinflusst maßgeblich, ob und wie wir Betätigungen ausführen (müssen oder dürfen).

Fallbeispiel institutioneller Kontext**B**

Ein Kind erzielt beim Lernen die besten Resultate, wenn es sich über einen längeren Zeitraum hinweg ohne Unterbrechung mit ein- und demselben Thema beschäftigt. In der Schule ist jedoch jede Stunde ein anderes Fach und damit auch ein anderes Thema „angesagt“.

2**Der soziale Kontext**

Unser sozialer Kontext kann u. a. aus der Familie, Freunden und Bekannten, Nachbarn, Arbeitskollegen, Haustieren und manchmal auch Therapeuten und Ärzten bestehen. Unser Netzwerk aus Beziehungen hat naturgemäß einen großen Einfluss darauf, welchen Betätigungen wir nachgehen und oft auch, wie und wann.

Fallbeispiel Sozialer Kontext**B**

Ein junger Vater geht am Samstag regelmäßig und ausgiebig mit seiner 3-jährigen Tochter auf den Wochenmarkt zum Einkaufen. Zwar bereitet ihm das Einkaufen nur wenig Freude, aber er ist sehr gerne mit seiner Tochter zusammen, die den Wochenmarkt liebt. Außerdem geben die ausführlichen Marktbesuche seiner Partnerin Gelegenheit, ein paar Stunden von der Kinderbetreuung auszuspannen und für ihre Weiterbildung zu lernen.

Der kulturelle Kontext

Wie allgemein bekannt ist, führen Menschen in anderen Kulturkreisen manche Betätigungen auf eine andere Art und Weise aus. Gerade diese Andersartigkeit macht das Reisen in fremde Länder so spannend. Wie wohnen Menschen in Madrid oder Mumbai? Was isst man in Bangkok und was in Dublin? Wie fährt man im Bus durch Istanbul und wie mit der Metro durch Moskau?

Doch natürlich beschäftigt uns das Thema, welche Auswirkungen die kulturelle Prägung eines Menschen auf die Ausführung von Betätigung hat, keineswegs nur auf Reisen. Auch in unserem Alltagsleben in Deutschland begegnen uns permanent Menschen aus anderen Kulturkreisen, seien es Geflüchtete, die erst seit relativ kurzer Zeit in

Deutschland leben, oder Migranten, die schon viele Jahre und nicht selten bereits ihr ganzes Leben in Deutschland verbracht haben.

Doch warum ist ein Verständnis für den kulturellen Hintergrund eines Menschen und dessen Auswirkungen auf die Ausführung der Betätigung bedeutsam für unsere ergotherapeutische Praxis? Betrachten wir dazu 2 Fallbeispiele:

Fallbeispiel Kultureller Kontext I: Essgewohnheiten

Ein Vergleich von Kantinenessen in einer süddeutschen Klinik mit dem einer Klinik in Lyon offenbart zwar einige Gemeinsamkeiten, zeigt aber umso mehr Unterschiede. In beiden Fällen handelt es sich um große Einrichtungen mit vielen verschiedenen Fachbereichen mit über 400 stationären Patienten.

In der deutschen Klinik dauert die Mittagspause für die Therapeuten 30 Minuten, in Lyon dagegen eine volle Stunde. In Deutschland gibt es als Vorspeise eine Suppe, in Lyon kann man wählen zwischen mehreren kalten Vorspeisen sowie einer Suppe. In Deutschland besteht die Auswahl aus zwei Hauptgerichten, in Lyon werden drei oder vier Hauptgerichte in allen möglichen Kombinationen angeboten. In Deutschland gibt es eine Nachspeise, in Lyon stehen immer drei bis vier Desserts zur Auswahl: verschiedene Käsesorten, Obst, Joghurt, Puddingsorten und Kuchen. In beiden Kliniken gibt es ein Salatbuffet. In Lyon gibt es zusätzlich Brötchen und Baguette, und es stehen Karaffen mit Wasser auf den Tischen, Kaffee und Tee kann nach Belieben genommen werden.

Unsere französischen Kollegen bekommen offenbar mehr Zeit zum Essen und sie haben eine größere Auswahl an unterschiedlichen Gerichten. Dafür ist der Speisesaal der deutschen Kantine ansprechend mit Pflanzen und Bildern gestaltet. Und im Sommer kann man auf einer Terrasse essen. In Lyon sieht indessen alles eher abgenutzt und alt aus. Könnte es sein, dass in der Klinik in Frankreich das Essen wichtiger ist als das Umfeld, während in der deutschen Klinik das Umfeld eine höhere Priorität als das Essen besitzt?

Selbstverständlich reicht ein einziges Beispiel nicht aus, um allgemeine Schlüsse zur Bedeutung des Essens im Vergleich zwischen Deutschland und Frankreich zu ziehen. Es kann dementsprechend nicht behauptet werden, dass alle Franzosen Gourmets seien, während in Deutschland nur

Gourmands leben. Deutlich wird allerdings, dass es kein „normales“ Kantinenessen gibt, und dass ein Kantinenessen von Klinik zu Klinik und von Land zu Land unterschiedlich sein wird. Niederländische Ergotherapeuten essen z. B. mittags oftmals nur ein belegtes Brot, was für viele Franzosen absolut unverständlich ist.

Gehen wir nun einen Schritt weiter und stellen uns drei Ergotherapie-Klienten mit einer leichten Hemiparese vor – einen Deutschen, einen Franzosen und einen Holländer, alle berufstätig. Alle drei Klienten berichten, dass sie Probleme beim Mittagessen haben, weil sie nicht gut schneiden können. Beim Nachfragen erklären sie, was für sie wichtig ist:

- Der deutsche Klient will vor allem schnell essen, er isst meistens alleine
- Der Franzose will mit seinen Kollegen essen und sich dabei nicht dadurch blamieren, dass er übermäßig kleckert
- Der Holländer will nur sein mitgenommenes belegtes Brot durchschneiden können

An diesem Beispiel wird deutlich, dass seitens der Ergotherapeutin zunächst ein Blick auf Normen und Werte des Klienten geworfen werden muss, bevor ein Betätigungsanliegen genau formuliert werden kann. Ergotherapeuten müssen ihre Klienten dazu fragen, was für sie denn „normal“ und was wichtig ist. Die möglichen Lösungen werden dann unterschiedlich ausfallen.

Vergleicht man wie in unserem Essensbeispiel westliche Kulturen miteinander, so zeigen sich bereits hier große Unterschiede. Selbst innerhalb eines einzigen Landes wie Deutschland offenbaren sich unterschiedliche Normen und Werte: Es bestehen „Nord-Süd-Unterschiede“ sowie viele nicht ausschließlich aus der Vergangenheit resultierende Gegensätze zwischen West und Ost. Es gibt Unterschiede zwischen der Landbevölkerung und den Menschen in den Städten, zwischen Großfamilien und Alleinstehenden, zwischen Arbeitnehmern und Arbeitslosen, zwischen Reich und Arm, zwischen verschiedenen Religionen usw.

Wenn aber Klienten aus vollkommen anderen Kulturkreisen stammen, werden diese Unterschiede eklatant. Insbesondere kulturelle Unterschiede im Umgang mit Pünktlichkeit bzw. der Verbindlichkeit von Terminzusagen kommen im ergotherapeutischen Alltag häufig zum Tragen, wenn mit Klienten aus anderen Kulturkreisen gearbeitet wird:

Fallbeispiel Kultureller Kontext II: Pünktlichkeit

In einem Behandlungszentrum für Kinder in den Niederlanden werden viele marokkanische und türkische Kinder behandelt. Obwohl die Familien der Klienten bereits seit einiger Zeit in Holland wohnen, wird deren Alltag deutlich von den kulturellen Gewohnheiten der Ursprungsländer bestimmt. Es gibt einen starken Gemeinschaftssinn, Frauen und Männer haben bestimmte Rollen, und der Imam hat als Vorbeter beim islamischen Gebet großen Einfluss auf die Familien.

Bei der Therapie der marokkanischen und türkischen Kinder wurde die Erfahrung gemacht, dass die Eltern, meistens die Mütter, häufig die Termine vergaßen oder aber an falschen Terminen an anderen Tagen kamen. Entsprechend wurde versucht, mit Terminheften oder Anrufdiensten die Termine in Erinnerung zu rufen, um eine strukturierte und kontinuierliche Therapie der Kinder zu gewährleisten. Alle Versuche aber blieben ohne Erfolg mit der Konsequenz, dass die Kinder nur sehr unzuverlässig behandelt werden konnten.

Daraufhin hat sich das Behandlungsteam ausführlich über die kulturellen Gewohnheiten dieses Kulturkreises informiert und neue Strategien entwickelt, um die Kontinuität der Behandlung zu verbessern. Es wurden folgende Innovationen eingeleitet, die auf den ersten Blick zwar ungewöhnlich erscheinen und auch logistische Probleme mit sich brachten, dafür aber umso mehr von Erfolg gekrönt waren:

- Das erste Gespräch fand nun mit beiden Elternteilen statt. Vorher erschienen oft nur die Mütter zum Erstgespräch.
- Wenn Therapeuten und Eltern erkannten, dass die Behandlung der Kinder einen Sinn hat, wurde ein Termin für einen Hausbesuch verabredet. Zum Hausbesuch wurde auch der Imam eingeladen.
- Bei ihrem Hausbesuch kamen die Therapeuten in der Rolle als „Gast“ und wurden herzlich empfangen, die Eltern waren mit der Rolle als „Gastgeber“ vertraut.
- Bei dem Hausbesuch wurde die Art und Weise der Behandlung angesprochen. Zudem wurde gezielt um die Zustimmung der Männer und des Imam gebeten.
- Die Klinik bot nunmehr keine festen Termine zu bestimmten Uhrzeiten an, sondern vergab zwei offene Vormittage, an denen die Eltern mit ihren Kindern kommen konnten. Von den beiden Terminen sollten sie mindestens einen Termin wahrnehmen.

Bei beiden Terminen verwandelte sich der Wartezimmer zum kommunikativen Treffpunkt der Eltern. Und so wurde Tee und Kaffee getrunken, die Eltern (hauptsächlich die Mütter) konnten sich austauschen und die Kinder miteinander spielen. Oftmals kamen einige Geschwisterkinder mit, die so in die Therapie miteinbezogen werden konnten.

Die Beziehung zwischen Therapeuten und Eltern hat sich dadurch deutlich gebessert, die Therapiefrequenz konnte strukturierter und erhöht werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Betätigungen immer in einem Kontext geschehen. Schwammige Formulierungen zu Betätigungen ohne Berücksichtigung des Kontextes sind nicht aussagekräftig, um ein Betätigungsproblem zu beschreiben und Lösungsansätze zu entwickeln.

2.2 Betätigungen und Ergotherapie

2.2.1 Betätigungen im Tagesablauf von Klienten: das Betätigungsprofil

In einem Betätigungsprofil (manchmal auch Tagesprofil genannt) wird gesammelt, welchen verschiedenen Betätigungen eine Person in welcher Rolle wann, wo und mit wem nachgeht – und ob diese für diese Person persönlich zufriedenstellend ausgeführt werden.

Es ist wichtig, festzuhalten, dass es dafür keine allgemein gültige Vorlage gibt, das Grundprinzip wird aber in der Literatur beschrieben (AOTA 2018, S.61). Manchmal geht es, wie im AOTA Framework, um sämtliche Betätigungen. Das Betätigungsprofil gleicht dann schon einem COPM. Manchmal geht es auch um einen einzelnen Tag, wie etwa bei einem Aktivitätstagesbogen (Pola-tajko 2008, S.110–111).

Hier soll beschrieben werden, wie man ein Betätigungsprofil in der Therapie nutzen kann.

Es gibt zunächst zwei unterschiedliche Methoden, ein solches Profil zu erstellen:

- Optimal ist es, wenn Klienten schon zu Hause das Betätigungsprofil ausfüllen. Dadurch haben sie sich schon mit ihrem Alltag beschäftigt und sich überlegt, welche Betätigungen dort gut laufen und wo sie sich Veränderungen wünschen. Vorteile: In der eigenen Umgebung ist es leichter, in eigenen Worten zu beschreiben, was man tut. Klienten sind hierbei aktiv und bemerken, dass

ihre Erfahrungen und ihre Sicht auf ihren Alltag wichtig sind. Das Betätigungsprofil kann zu Hause auch mit Hilfe von Angehörigen ausgefüllt werden.

- Das Betätigungsprofil kann aber auch gemeinsam mit der Ergotherapeutin ausgefüllt werden. Vorteil ist, dass die Ergotherapeutin Klienten so begleiten und ihnen helfen kann, alle Betätigungen zu notieren. Nachteile: Es kostet Zeit, die Inhalte können sich im COPM wiederholen, die Therapeutin beeinflusst unter Umständen ungewollt die Inhalte durch gezieltes Nachfragen.

Das Betätigungsprofil dient dazu, dass Klienten sich über ihren Alltag Gedanken machen und erste Überlegungen dazu anstellen, was bereits gut läuft und was verbessert werden könnte. Das Betätigungsprofil muss nicht zwingend der Ergotherapeutin übergeben werden; die Besprechung der Ergebnisse ist das Wichtigste. Manche Klienten finden es zu persönlich, zu intim, so viel von ihrem Alltag preiszugeben, und behalten das Profil lieber bei sich. Die Therapeutin kann auch eine Kopie machen, wenn Klienten das möchten. Das Original bleibt bei den Klienten.

Der Nutzen eines Betätigungsprofils:

- Das Grundprinzip „Klienten sind Experten für ihren eigenen Alltag“ wird so praktisch umgesetzt.
- Es geht unmittelbar um Alltagstätigkeiten, die Körperfunktionen rücken in den Hintergrund. Klienten verstehen, dass es in der Ergotherapie um Betätigungen geht.
- In einem Betätigungsprofil werden alle Alltagstätigkeiten aufgelistet: jene, die gut laufen und jene, die problematisch sind. Das Profil ist also nicht defizitorientiert, sondern beschreibt das, was Klienten im Alltag tatsächlich tun (ihre Alltagsperformanz).
- Den Grad ihrer persönlichen Zufriedenheit mit der Ausführung ihrer Betätigungen bestimmen die Klienten selbst. Ebenso legen sie selbst fest, welche Betätigungen sie verändern möchten. Somit erfahren Klienten tatsächlich Selbstwirksamkeit im Therapieprozess.
- Mit einem Betätigungsprofil sind Klienten gut vorbereitet auf ein COPM-Interview.

Die Klientin Frau K.

B

Frau K. ist 63 Jahre alt. Als pensionierte Lehrerin bewohnt sie mit ihrem berenteten Ehemann ein kleines Reihenhauses mit Garten. Das Ehepaar hat drei Katzen und einen Schrebergarten. Die beiden Töchter wohnen in der Nähe. Tochter 1 ist verheiratet und hat drei Kinder, Tochter 2 ist geschieden und hat einen Sohn. An zwei festen Nachmittagen betreuen Frau K. und ihr Mann den Sohn von Tochter 2. Herr K. fährt leidenschaftlich gerne Rennrad und ist Mitglied einer Seniorensportgruppe. Der rüstige Rentner trainiert zwei- bis dreimal wöchentlich. Frau K. kümmert sich liebevoll um den Schrebergarten, der nur zwei Kilometer vom Haus entfernt liegt. Zudem ist Frau K. in einem Yogaverein und engagiert sich ehrenamtlich in einer Nachbarschaftsinitiative. Hierzu besucht sie einmal pro Woche zwei sehr alte Damen von 89 und 95 Jahren, die noch selbstständig wohnen. Frau K. sammelt Blumen, die sie trocknet, um anschließend Karten und Bilder zu gestalten.

In unserem Beispiel schreibt Frau K. ein Betätigungsprofil mit den 5 Spalten (► Tab. 2.1)

- temporärer Kontext (Wann?)
- ihren Betätigungen (Was?)
- ihren Rollen (Wer?)
- dem physischen Kontext (Wo?)
- Gewohnheiten im institutionellen, sozialen bzw. kulturellen Kontext (Wie und mit wem?)

Die wichtigsten Spalten sind: der temporäre Kontext (wann?) und die Betätigungen, die zu diesen Uhrzeiten ausgeführt werden (was?).

Spalten zu Rolle (wer?), Ort bzw. physischem Kontext (wo?) sind möglich für Klienten, die daran interessiert sind, sich intensiv mit ihren Alltags-tätigkeiten zu beschäftigen.

Manchmal ist es auch wichtig zu wissen, wie und mit wem die Betätigung ausgeführt wird und ob z. B. Hilfestellung gegeben wird. Zu viele Spalten können aber auch abschrecken. Die Fragen nach dem wie, mit wem, wo etc. können bei Bedarf auch im Gespräch mit der Ergotherapeutin geklärt werden.

Aus dem oben stehenden Betätigungsprofil wird bereits deutlich, wie viele Rollen Frau K. im Laufe eines Tages besitzt – von der Rolle als Ehefrau und

Hausfrau über die Rolle als Freundin bis hin zur Rolle als Oma und als Privatperson.

Angemerkt sei an dieser Stelle, dass dieses Beispiel nur einen einzigen Tag beleuchtet. So halten andere Tage auch noch andere Rollen und Kontexte und andere (gewohnte) Betätigungen für Frau K. bereit, etwa wenn sie ihrem Hobby mit Trockenblumen nachgeht oder die beiden älteren Damen ehrenamtlich besucht.

Es geht aber nicht primär darum, mit einem Betätigungsprofil ausnahmslos ALLE Betätigungen und Rollen aufzulisten, sondern eine gute Basis zu haben, mit Klienten über Betätigungen zu reden. Durch ein Betätigungsprofil wird Klienten klar, dass es in der Ergotherapie um ihren ganz persönlichen Alltag geht, dass sie selbst die Themen und Ziele der Therapie angeben

So kann ein Betätigungsprofil als eine gute Basis für ein COPM-Interview dienen und Zeit sparen.

Übungsaufgaben



- Erstellen Sie ein persönliches Betätigungsprofil von einem Wochentag und einem Wochenendtag.
- Erstellen Sie Betätigungsprofile mit anderen Menschen aus Ihrem Umfeld, z. B. mit einem Kind, mit jemandem, der mit einer Behinderung lebt, mit jemandem, der sehr alt ist und nicht mehr zu Hause wohnt, etc.
- Vergleichen Sie diese Betätigungsprofile:
 - Welche Gemeinsamkeiten erkennen Sie?
 - Welche Unterschiede erkennen Sie?
 - Welche Rollen erkennen Sie?

2.2.2 Herangehensweisen im ET-Prozess: Top-down-, Bottom-up- und Top-to-Bottom-up-Ansatz

Wirkrichtungen in Prozessen werden als Top-down und Bottom-up bezeichnet. Dabei meint Top-down ein Vorgehen von oben nach unten. Bottom-up ist demnach das Gegenteil, also von unten nach oben. Was bedeutet das für die ergotherapeutische Herangehensweise im ergotherapeutischen Prozess? Die Ergotherapie macht sich diese Begriffe zunutze, um das eigene Vorgehen im Prozess zu beschreiben.

Tab. 2.1 Das Betätigungsprofil von Frau K.

Wann? Temporärer Kontext	Was? Die Betätigungen	Wer? Die Rollen	Wo? Physischer Kontext	Wie und mit wem? Gewohnheiten und ihr institutioneller, sozialer bzw. kultureller Kontext
23.00–06.30	Schlafen	Ehepartnerin	Schlafzimmer	
07.00–07.30	Aufstehen, Frühstück vorbereiten, Katzen füttern	Hausfrau	Bad, Küche	
07.30–08.30	Frühstückchen, Zeitung lesen, Radio hören, Telefon beantworten	Ehepartnerin, Privatperson, Mutter/Großmutter	Küche	Morgens kommen 2 Zeitungen. Tochter 2 hat angerufen, ob Frau K. nachmittags Zeit hat, ihren Sohn (8 Jahre) zu betreuen.
08.30–09.15	Aufräumen	Hausfrau	Schlafzimmer, Bad	Der Ehemann sorgt für die Küche.
09.15–10.15	Papiere am Schreibtisch abheften, Rechnungen bezahlen, telefonieren mit einer Freundin, Internetsuche nach Rezepten mit Rucola	Privatperson, Freundin, Hausfrau	Schreibtisch im Wohnzimmer	Der Ehemann geht Fahrrad fahren mit zwei Freunden.
10.15–11.20	mit dem Fahrrad zum Einkaufen, Treffen mit einer Freundin auf einen Kaffee im Einkaufszentrum	Hausfrau, Freundin	Einkaufszentrum in der Nähe	
11.20–12.00	Kochen: Putensteak mit Spinat und Kartoffeln, Salat und Rucola aus dem Garten	Hausfrau	Küche	Der Ehemann ist um 11.30 wieder da, er duscht und deckt den Tisch
12.00–13.00	Mittagessen	Ehefrau	Küche	
13.30–14.00	Vorbereitungen für den Aufenthalt im Schrebergarten: Speisen und Getränke werden gepackt, Tüten mit neuen Samen werden ebenfalls mitgenommen.	Schrebergarten-Besitzerin	Küche, Gartenhaus, Auto	Der Ehemann holt mit dem Auto den Enkel aus der Schule, danach Fahrt mit dem Auto zum Schrebergarten
14.00–17.00	Enkel bekommt sein Mittagessen, Salat und Karotten säen, Unkraut jäten, Gesellschaftsspiel mit dem Enkel, Erholen im Liegestuhl und in der Hängematte	Gärtnerin, Oma, Ehefrau	Schrebergarten	Opa spielt Fußball mit dem Enkel, begleitet ihn zum Spielplatz, wo auch andere Kinder sind, Hausaufgaben werden gemacht.
17.00–19.00	Heimfahrt, Enkel nach Hause bringen, Abendessen (Brot)	Oma, Ehefrau	Auto, Wohnung Tochter, zu Hause	
19.00–23.00	ruhiger Abend, kurzes Surfen im Internet, Yogaübungen, Fernsehen	Privatperson, Ehefrau	Wohnzimmer	Ehemann ist vor dem Fernseher eingeschlafen
23.00–06.30	Schlafen	Ehepartnerin	Schlafzimmer	

Das Vorgehen, das die Betätigungen des Klienten an den Anfang stellt (also von oben betrachtet, was möchte der Klient in seinem Alltag – wieder – können), nennt man den Top-down-Ansatz. Das bedeutet, dass die Ergotherapeutin mit offener Sicht auf den Klienten blickt. Es geht um Betätigungen, die dem Klienten wichtig sind, damit er seine erwünschten Lebensrollen erfüllen kann und Teilhabe ermöglicht wird. Was sind seine Bedürfnisse und Wünsche in Bezug auf seine Alltagsbewältigung? Wo hat er Probleme und wo hat er Ressourcen? Diese Fragen stellt die Ergotherapeutin zu Beginn im Kontakt mit dem Klienten.

Der gesamte Ablauf des ergotherapeutischen Prozesses wird im Kapitel 9 beschrieben. Es ist jedoch wichtig, für ein Buch mit dem Kernelement Betätigung in der Ergotherapie gleich zu Anfang zu erklären, wie die Ergotherapeutin betätigungszentriert vorgehen kann. Wenn sie dies tut, spricht man eben von einem Top-down-Ansatz: Sie beginnt damit, Betätigungsprobleme zu erfassen, analysiert die aktuelle Ausführung der Betätigung (s. Kap. 5.5 und Kap. 9) und plant mit dem Klienten die Intervention dahingehend. Um zu überprüfen, ob der Klient sein Ziel erreicht hat, nutzt sie wieder die Betätigung. Die Betätigung steht demnach am Anfang, in der Mitte und am Ende.

Wenn wir wissen wollen, ob Klienten Probleme bei der Einbindung in für sie bedeutungsvolle und zweckdienliche Aktivitäten haben, müssen wir sowohl die Qualität der Betätigungsperformanz (Ausführung) als auch den Grad ihrer Zufriedenheit damit erfassen (vgl. Fisher 2018). Dabei spielen beide Sichtweisen, in der des Klienten und die der Therapeutin, in der Beurteilung der Ausführung eine wichtige Rolle (s. Kap. Betätigungsanalyse – entscheidendes Element in der Evaluationsphase, Betätigungsanalyse). Erst wenn die Ergotherapeutin das genau erfasst hat, legt sie mit dem Klienten gemeinsam das Betätigungsziel fest.

Der Bottom-up-Ansatz beschreibt ein Vorgehen von unten nach oben. Das bedeutet, dass es am Anfang des ergotherapeutischen Prozesses um die eingeschränkten Körperfunktionen geht. Diese werden in der Therapie behandelt, und wenn die Funktionen (wieder-)hergestellt sind, können die Alltagsaktivitäten auch (wieder) ausgeführt werden. Zumindest ist das die Annahme.

Am besten kann man die beiden Denk- und Arbeitsrichtungen im ergotherapeutischen Prozess als Gegenüberstellung sehen. Abb. 2.2 zeigt die wichtigsten Unterschiede:

Für ein betätigungszentriertes Vorgehen ist demnach ein Top-down-Ansatz unerlässlich. Häufig ist noch ein weiteres Vorgehen zu beobachten: Top-to-Bottom-up. Was ist darunter zu verstehen? Die Ergotherapeutin beginnt mit der Erfassung von Betätigungsanliegen, beobachtet dann aber nicht die Ausführung der Betätigung. Sie geht zur Interpretation von Körperfunktionen, Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren über und richtet ihren Behandlungsplan danach aus. Damit ist die Autobahn der Betätigung verlassen und der Bottom-up-Ansatz kommt zum Tragen. Dies ist ein oft zu beobachtendes Vorgehen. Dieses Buch soll dazu beitragen, dass man bei Betätigung bleibt – im gesamten Prozess. Warum?

Über die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, s. Kap. 4). wird deutlich, dass eine Berufsgruppe benötigt wird, die sich mit Aktivität und Teilhabe für ein gesundes Leben beschäftigt und dies ermöglicht. Unser Berufsprofil kann sich nur schärfen, wenn klar ist, wofür wir zuständig sind.

Der Forschung ist es bislang nicht gelungen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Körperfunktion und Betätigungsperformanz (Ausführung von Betätigung) nachzuweisen. Der Effekt einer behandelten Ursache ist nicht unbedingt eine bessere Betätigungsausführung (vgl. Fisher 2018, S. 21).

2.2.3 Occupational Science (OS)

Ergotherapeutinnen haben sich weltweit immer wieder gefragt, wie Wissen über Betätigung gewonnen, strukturiert und erforscht werden kann. Daraus hat sich die Occupational Science (Betätigungswissenschaft) entwickelt. Ihren Ursprung hat sie in den USA, wo es die Möglichkeit gab, innerhalb universitärer Strukturen eine neue wissenschaftliche Richtung aufzubauen. Im Grunde ist die OS auch deshalb entstanden, weil in der Ergotherapie eine Basis gefehlt hat, um die Zusammenhänge von Betätigung, Person und Umwelt wissenschaftlich zu erklären. In den späten 1980er Jahren gründeten die Professorin Elizabeth June Yerxa und ihre Kolleginnen an der University of Southern California ein neues Forschungsfeld – die Occupational Science (vgl. Pierce 2017, Townsend u. Polatajko 2013).

Demnach ist die Occupational Science eine junge, interdisziplinäre Wissenschaft. Sie bringt Wissen aus vielen Disziplinen (z. B. der Psychologie,

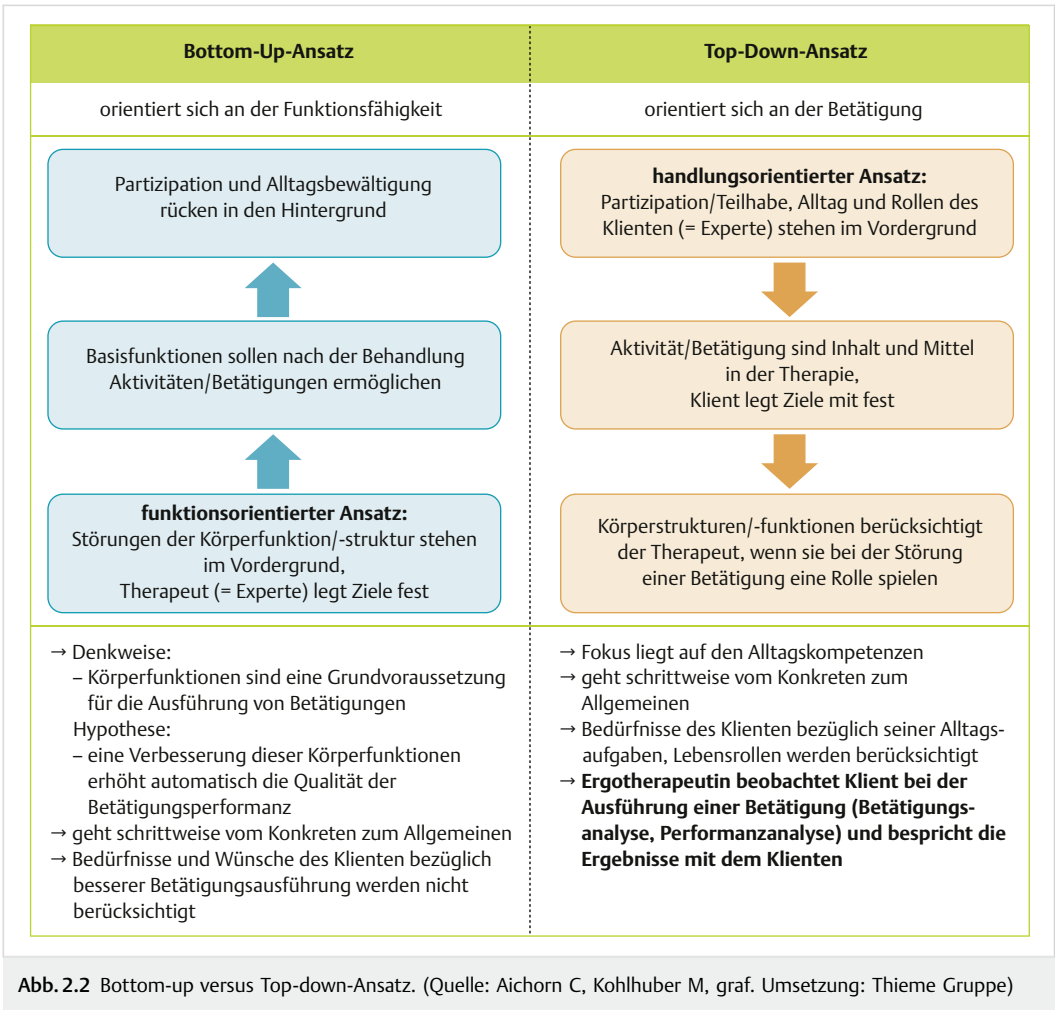


Abb. 2.2 Bottom-up versus Top-down-Ansatz. (Quelle: Aichorn C, Kohlhuber M, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

Soziologie etc.) zusammen, deren Forschungsgegenstand die menschliche Handlung und deren Bedingungen sind (Wilcock 2001, Yerxa 1998). Das Ziel dieser wissenschaftlichen Disziplin ist es, den sich betätigenden Menschen näher zu begreifen (Townsend u. Polatajko 2013). Sie untersucht z. B. folgende Fragen:

- Wie hängen Betätigung und menschliche Entwicklung zusammen?
- Wie verändert sich Betätigung im Lauf des Lebens?
- Welche Betätigungserfahrungen machen Menschen?
- Wie beeinflussen sich Handeln, Gesundheit und Wohlbefinden? (vgl. auch Kranz 2017)

In Deutschland gab es dazu viele Jahre wenig Informationen und Zugänge. Es bildete sich erst in den letzten 10 Jahren ein universitäres System heraus, innerhalb dessen es Lehrstühle für Ergotherapie gibt. Erst dadurch ist es auch möglich, Occupational Science zu verbreiten.

Im Jahr 2018 hat sich die deutsche Occupational Science-Gruppe (dOS) gegründet. Sie sieht ihre Aufgaben darin, die Occupational Science in Deutschland bekannter zu machen, einen Austausch zu ermöglichen und deutsche Forschungsstrukturen für die Betätigungswissenschaft zu etablieren.

Über einen Blog informiert die deutsche Occupational Science-Gruppe über ihre Aktivitäten.

<http://osindeutschland.blogspot.com/>

Das auf der Seite verlinkte Video zur ersten OSE-Konferenz im Jahre 2017 erklärt sehr schön, was Betätigungswissenschaft ausmacht und wie sich die Forschungsrichtung weltweit entwickelt hat.

Literatur

- American Occupational Therapy Association, Hrsg. Das Framework der AOTA. Gegenstandsbereich, Prozesse und Kontexte in der ergotherapeutischen Praxis. Deutschsprachige Ausgabe Marotzki U, Reichel K, Hrsg. Bern: Hogrefe; 2018
- Christiansen C, Townsend E. Introduction to Occupation. The Art of Science and Living. Pearson; 2010
- Fisher, A. G. Occupational Therapy Intervention Process Modell. Idstein: Schulz-Kirchner; 2018 (Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B)
- Hinojosa, J et al. Perspectives on Human Occupation. Theories Underlying Practice. Philadelphia: F.A. Davis; 2017
- Kranz F. Occupational Science. Betätigung verstehen. ergopraxis 2017; 10
- Miesen M, Christopher A, Mentrup Ch. Begriffsbestimmung Ergotherapie. In: Miesen M, Hrsg. Berufsprofil Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2004: 158
- Pierce D. Occupational Science. In: Hinojosa J, Kramer P, Brasic Royeen C: Perspectives on Human Occupation. Theories Underlying Practice. Philadelphia: F.A. Davis; 2017
- Polatajko H, Mandich A. Ergotherapie bei Kindern mit Koordinationsstörungen – der CO-OP Ansatz. Stuttgart: Thieme; 2008
- Rodger S. Becoming more Occupation-centred When Working with Children. In: Rodgers S, Hrsg. Occupation-centred Practice with Children – A practical Guide for Occupational Therapists. West-Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2010
- Scheepers C et al. Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Thieme; 2015
- Townsend E A, Polatajko H J. Enabling Occupation II. 2nd ed. Ottawa Ontario: CAOT Publications ACE; 2013
- Von dem Berge E, Förster A, Kirsch G. Ergotherapie in der Palliative Care. Selbstbestimmt handeln bis zuletzt. Idstein: Schulz-Kirchner; 2018
- Weinstock-Zlotnick G, Hinojosa J. Bottom-Up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the Other? The American Journal of Occupational Therapy 2004; 58 (5): 594–599
- Whalley Hammell K. Self-care, productivity, and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational "categories". Canadian Journal of Occupational Therapy 2009; 46 (2): 107–114
- Wilcock A A. Occupational Science. The key to broadening horizons. British Journal of Occupational Therapy, 2001, 64(8), 412–416
- Wilcock A A. Relationship of Occupations to Health and Well-Being. In: Occupational Therapy. Performance, Participation, and Well-Being. Christiansen CH, Baum CM, Eds. Thorofare: Slack Incorporated; 2005: S. 137
- Yerxa E J. Health and the human spirit for occupation. American Journal of Occupational Therapy, 1998, 52(6) 412–418

Kapitel 3

Klientenzentrierung

3.1	Definition Klienten- zentrierung in der Ergotherapie	58
3.2	Der Unterschied zwischen Patienten und Klienten	60
3.3	Das Konzept der Klientenzentrierung	61
3.4	Die klientenzentrierte Grundhaltung und Gesprächsführung	63
3.5	Voraussetzungen für Klientenzentrierung	66
3.6	Tipps und Hilfen zur Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes	67
3.7	Die praktische Umsetzung der Klientenzentrierung – Ein Fall als Hilfe zur Implementierung	72

3 Klientenzentrierung

Ellen Romein

Warum hat das Thema Klientenzentrierung so einen großen Raum in der Ergotherapie eingenommen? Klientenzentriertes Arbeiten ist nicht speziell ergotherapeutisch. Ursprünglich kommt der Ansatz aus der Psychologie. Carl Rogers (1902–1987) hat diese Art eingeführt, auf den Menschen zuzugehen, der Unterstützung benötigt.

Rogers erkannte im Rahmen von psychologischen Beratungsgesprächen, dass Klienten selbst ihre Probleme sehr genau kennen. Hinzu kommen ihre persönlichen Erfahrungen und das Wissen darum, welche Art der Beratung ihnen helfen könnte. Wichtig ist aber, dass der Beratende ihnen Bedingungen anbietet, damit Klienten sich öffnen und selbst entscheiden können, welche Richtung der Lösungsfindung sie einschlagen möchten, denn nur das führt zu einer Verhaltensänderung. Dabei müsste der Beratende gar nicht seine „Gelehrsamkeit“ demonstrieren, sondern darauf vertrauen, dass Klienten selbst wissen, was ihnen am meisten weiterhilft. Entscheidend für die Beratung sind hierbei Echtheit, unbedingte Wertschätzung und Empathie (vgl. Weinberger 2013).

In den letzten 30 Jahren hat das Konzept der Klientenzentrierung immer mehr Einzug in die Ergotherapie gehalten. Über die Praxismodelle (s. Kap. 5) wurden der Mensch und seine Betätigungen zum Mittelpunkt der ergotherapeutischen Betrachtungsweise. Diese ganzheitliche Sichtweise war ein Grund, warum Klientenzentrierung als Baustein ergotherapeutischer Arbeit mit aufgenommen wurde. Am meisten haben die Kanadier dieses Element in ihrem Praxismodell CMOP-E (s. Kap. 5.2) integriert, und im Laufe der Zeit hat es auch in viele andere Modelle Einzug gehalten.

Wir sprechen heutzutage ganz selbstverständlich davon, dass Klientenzentrierung eine Grundhaltung des ergotherapeutischen Arbeitens ist. Häufig ist jedoch nicht klar, was das Konzept der Klientenzentrierung alles beinhaltet – und was es vielleicht auch nicht ist. Um einen fundierten Überblick zum Thema Klientenzentrierung in der

Ergotherapie zu erhalten, dient dieses Kapitel. Vor allem soll auch aufgezeigt werden, in welchen Modellen es eingewoben ist und welche Herausforderungen dieser Ansatz mit sich bringt. Um diese Herausforderungen zu meistern, bietet das Kapitel ebenfalls Ideen und Strategien, sowohl für Auszubildende als auch für erfahrene Therapeuten.

3.1 Definition Klientenzentrierung in der Ergotherapie

Die aktive Rolle der Klienten ist das wichtigste Merkmal der Klientenzentrierung. Betrachten wir im Folgenden, wie Thelma Sumsion (2002) Klientenzentrierung beschreibt. Sie sagt, dass klientenzentrierte Ergotherapie *eine Partnerschaft zwischen Therapeut und Klient* sei, die den Klienten *ermächtigt*, seine funktionelle Performanz und seine Betätigungsrollen in diversen Lebenskontexten auszuführen. Der Klient sei *aktiv* an der Vereinbarung seiner Behandlungsziele beteiligt, welchen eine hohe Priorität eingeräumt wird: Sie stehen im Mittelpunkt von Befunderhebung, Evaluation und Therapie. Während des gesamten Behandlungsprozesses höre der Therapeut dem Klienten zu, respektiere dessen Werte und adaptiere die Interventionen so, dass sie seinen Bedürfnissen gerecht werden und es ihm erlauben, *„informierte Entscheidungen“* zu treffen.

In der Definition zeigen uns einige wichtige Begriffe bzw. Formulierungen:

- „Partnerschaft zwischen Therapeut und Klient“,
- „ermächtigt“,
- „aktiv“ sowie
- „informierte Entscheidungen treffen“

Merkmale der Klientenzentrierung

M!

Neben der angeführten Definition gibt es weitere Begriffsbestimmungen, die allesamt die folgenden Merkmale besitzen (vgl. Rodger 2010, S. 28):

- Respekt des Therapeuten vor dem Klienten und seiner Familie
- Respekt des Therapeuten vor den Entscheidungen des Klienten im Sinne einer professionellen partnerschaftlichen Beziehung
- Verantwortung des Klienten für therapeutische Entscheidungen im Sinne einer Autonomie der Person, der Klient hat eine aktive Rolle im Therapieprozess
- Fokus des Therapeuten auf an den Klienten angepasste Informationsgabe und Kommunikation mit dem Ziel, Entscheidungen zu ermöglichen
- flexibles und klientspezifisches Therapieangebot, um individuelle Probleme in der Betätigungsperformanz zu lösen
- Schwerpunkt der Therapie auf der Beziehung „Person-Betätigung-Umwelt“ zur Ermöglichung des „Best Fit“, nicht nur auf Verbesserung von Aspekten der Person
- Verantwortungsbewusstsein des Therapeuten auch für nicht medizinische Aspekte des bestehenden Problems mit der Möglichkeit, Klienten an entsprechendes Fachpersonal zu verweisen oder weitere Informationen einzuholen

Klientenzentrierung erkennt man vor allem darin, dass der Klient eine **aktive Rolle** im Therapieprozess hat. Die zu behandelnde Person bekommt aber oft automatisch eine eher passive Rolle und wird damit zum Patienten. Der Begriff „Patient“ stammt vom Lateinischen „*patiens*“ ab und bedeutet „erleidend“, „erdulend“. Der Patient steht somit für eine Person, die sich geduldig behandeln lässt, anstatt selbst zu handeln. Diese klassische Rollenverteilung zwischen passivem Patienten und aktivem Therapeuten (► Abb. 3.1) ist historisch gewachsen. Ein guter Patient macht das, was die Ärzte und Therapeuten sagen, er ist kooperativ und mischt sich kaum in die Behandlung ein, weil er davon nichts versteht.

„Klientenzentrierte Praxis bedeutet aber, eine therapeutische Beziehung aufzubauen und mit unseren Klienten zusammen so zu arbeiten, dass deren eigene Sichtweise im Vordergrund steht.“ Wir müssen uns auf „die Zusammenarbeit mit unseren

Klienten einlassen, um ihnen zu ermöglichen, ihre Ziele zu erreichen.“ Wir sollen sicherstellen, dass der Klient „aktiv an Entscheidung über die Art der Therapie, die Art der Durchführung, an der Formulierung seiner Ziele und am Interventionsplan beteiligt ist.“ (Fisher 2017)

Klientenzentrierung ist also deutlich mehr, als zu Beginn des Therapieprozesses nach Erwartungen und Zielen zu fragen und die Behandlung an das Empfinden des Klienten anzupassen. Wir brauchen die Klienten nicht für Therapieziele zu motivieren, weil sie diese selbst formuliert haben. Wir gehen den Weg mit den Klienten (oder steigen für eine bestimmte Zeit ins „Klientenboot“, s. ► Abb. 3.2), wobei der Klient das Ruder die meiste Zeit selbst in der Hand, also die Verantwortung für seinen Therapieprozess hat. Der Fokus auf die Erfahrungswelt und Sichtweise des Klienten ist die Basis für die Klientenzentrierung.

Die Grundidee von Klientenzentrierung wirft erfahrungsgemäß viele Fragen auf, wie:

- Das geht doch nicht mit Kindern, die können doch für ihren Therapieprozess keine Verantwortung übernehmen.
- Meine Patienten sind kognitiv/psychisch/mental so eingeschränkt, dass sie keine Entscheidungen treffen können, deswegen muss ich das machen.



Abb. 3.1 Die Therapeutin versucht, den Klienten ins „Therapeutenboot“ zu ziehen; sie hat das Ruder in der Hand. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

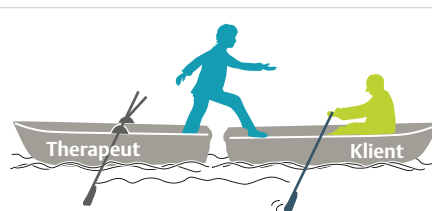


Abb. 3.2 Die Therapeutin steigt ins Boot des Klienten, der das Ruder in der Hand hat, aber Hilfe braucht, um weiterzufahren. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

- Ich habe so wenig Zeit, da kann ich doch nicht mehrere Gespräche führen, um zu wissen, was meine Klienten genau in ihrem Alltag ändern wollen.
- Meine Klienten wollen gar nicht aktiv mitmachen, sie sagen: „Sie wissen es besser, Sie haben das gelernt“. Sie sind es auch nicht gewohnt, trauen sich nicht.
- Meine Vorgesetzten erwarten, dass ich „behandle“, und nicht, dass ich mit den Patienten so viel rede.

Auf diese Fragen werden wir in Kap. 3.6 eingehen.

3.2 Der Unterschied zwischen Patienten und Klienten

Das deutsche Gesundheitssystem ist – noch – sehr geprägt vom bio-medizinischen Modell. Hier geht man von der *Erkrankung* aus. Stellen wir uns eine Patientin vor, die seit Jahren an Rheuma leidet. Die Ärzte und Therapeuten haben die Aufgabe, dieser Patientin zu helfen oder sie im besten Fall vom Rheuma zu heilen. Hierfür haben Ärzte und Therapeuten viele Jahre studiert und gelernt. Entsprechend sind sie die Experten für die Pathologie und Therapie.

Demgegenüber steht die Rheuma-Patientin, die seit einigen Jahren an ihren Schmerzen leidet und zahlreiche Einschränkungen in ihrem Alltag erlebt. Um ihr Leben zu meistern, hat die Patientin für viele Situationen selbst individuelle Lösungen gefunden; sie meistert ihr Leben so gut es geht. Gleichzeitig macht die Patientin während ihrer Erkrankung ihre persönlichen Erfahrungen mit Ärzten und Therapeuten. Diese verordnen ihr Medikamente, Hilfsmittel, Schienen und Gehhilfen, schlagen Operationen und Reha-Maßnahmen vor, geben ihr Übungen an die Hand oder warnen vor Aktivitäten, die die Patientin vermeiden soll.

Die Patientin empfängt die Therapie. Sie macht täglich, so gut es geht, ihre Übungen, nimmt ihre Medikamente ein und versucht, mit unterschiedlichsten Hilfsmitteln ihr Leben zu bewältigen. Sie weiß, dass es manchmal Perioden gibt, wo es schlechter geht und sie sich schonen muss. Dann nimmt sie stärkere Medikamente. Sie ist die „Patientin“, die „Erleidende“, die Behandlung und Schmerzen „erduldet“. Da sie nur ausführt und befolgt, was ihr seitens der Ärzteschaft und der Therapeuten geraten wird, hat sie eine größtenteils

passive Rolle. Auch das Umfeld der Patientin bleibt bei dieser Behandlung außen vor: Angehörige und Bezugspersonen spielen bei der Therapie kaum eine Rolle oder werden lediglich informiert.

Ärzte und Ergotherapeuten, die nach dem klassischen bio-medizinischen Modell arbeiten, untersuchen bei ihren Patienten zunächst die Defizite im Bereich der Körperfunktionen (s. Kapitel 4 zur ICF), wie etwa Gelenkstellung, Muskelkraft und -tonus, Bewegungsausmaß, je nach Patient auch Wahrnehmung, Gleichgewicht, Hand-Hand-Koordination und Motivation. Ebenso können Bereiche wie Gedächtnis, Konzentration und Stimmung bei bestimmten Patienten untersucht werden.

Werden Defizite festgestellt, sind die entsprechenden Therapieziele zumeist in Fachsprache formuliert und beschreiben die Verbesserung der gestörten Körperfunktionen. Dies liest sich z.B. für unsere oben beschriebene Rheuma-Patientin so: „Verbesserung der Berührungsempfindung“, „Verbesserung der feinmotorischen Koordination und Handgeschicklichkeit“ oder „Erhalt des physiologischen Greifmusters“. Hier werden die Ursachen für mögliche Probleme im Alltag bei der Person selbst gesucht.

Dem klassischen bio-medizinischen Modell liegt die Annahme zugrunde, dass eine Korrektur der gestörten Körperfunktionen zur Folge hat, dass ein Mensch auch im Alltag besser zurechtkommt. Man geht beispielsweise davon aus, dass eine Person, die mehr Kraft hat, sich auch besser anziehen kann. Oder dass bei einer Steigerung des Muskeltonus auch das Fahrradfahren besser funktionieren müsste.

Kann unsere Rheuma-Patientin tatsächlich ihre Tasse besser halten und den Tee genießen, wenn die Therapeutin die Beweglichkeit der Fingergelenke übt? Das Teetrinken als Betätigung findet nachmittags gemeinsam mit dem Ehemann statt oder mit Freundinnen in der Stadt. Die Betätigung steht somit für weit mehr als nur für eine ausreichende Beweglichkeit der Finger. Vielmehr ist die Betätigung auch mit Rollen wie die als Ehepartnerin und Freundin, mit Gewohnheiten (zu Rollen und Gewohnheiten s. Kap. 2, Betätigung), aber auch mit Gefühlen wie Sicherheit oder Unsicherheit verbunden. Bei der Rheuma-Patientin ist dies etwa die Angst vor Schmerzen beim Halten einer heißen Tasse und die Unsicherheit in Bezug darauf, im Beisein des Partners oder in der Öffentlichkeit vielleicht die Tasse fallen zu lassen, was dann peinlich ist. Gleichzeitig kann die Patientin auch moti-

viert sein, die für einen gesunden Menschen so einfache Tätigkeit wie das Halten einer Tasse zu bewältigen, und hat deswegen ihre eigene Strategie dafür entwickelt, z. B. immer mit beiden Händen die Tasse heben. Kontextfaktoren wie die Größe des Henkels und die Schwere der Tasse können ebenfalls eine Rolle spielen, können aber – wie z. B. im Setting Café – nicht immer beeinflusst werden.

Unsere *Patientin* ist im Laufe der Jahre *Expertin für ihren Alltag mit Rheuma* geworden. Sie kennt sich gut aus mit ihren Schmerzen, wann sie entstehen können, wie sie vielleicht wieder verschwinden, und sie kennt auch einige Therapien und Medikamente. *Wie kann ein Therapieprozess so gestaltet werden, dass diese wichtige Expertise die Basis wird und dass die Expertise einer Ergotherapeutin darin besteht, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass diese Klientin ihre Alltagsziele erreicht?*

Wichtig

M!

Das Wort „Klient“ passt nicht in allen Situationen, genauso wie das Wort „Patient“. Oft wird auch von „personenzentriert“ gesprochen. Dies beschreibt besser, dass es um eine Person geht, unabhängig davon ob es sich um einen „Patienten“ im Krankenhaus, einen „Klienten“ in einer Praxis, „Bewohner“ in einem Pflegeheim, „Gruppenteilnehmer“ in einer Arbeitsstätte, „Schüler“ in einer Schule usw. handelt.

Das Wort „Patient“ benötigen wir weiterhin, weil das Gesundheitssystem das manchmal von uns verlangt.

3.3 Das Konzept der Klientenzentrierung

Im Gegensatz zum klassischen bio-medizinischen Modell steht im klientenzentrierten Konzept nicht mehr die Erkrankung im Mittelpunkt, sondern vielmehr die Person *mit der Erkrankung*. Um bei unserem Beispiel zu bleiben, zentriert sich nun alles auf die Patientin, die an einer rheumatischen Erkrankung leidet. Es geht nun um den Menschen: Frau Müller, 57 Jahre, gelernte Krankenschwester, arbeitet nicht mehr, verheiratet, im eigenen Reihenhaus lebend, großer Freundeskreis, viele Hobbys, Diagnose: seit 3 Jahren rheumatische Erkrankung beider Hände. Sie hat ihr Leben schon gut an ihre Schmerzen angepasst, aber es gibt einige Alltagsaktivitäten, die sie aufgegeben hat, aber ei-

gentlich gerne weiterhin ausführen würde. Mit dieser Fokussierung auf den Menschen – *wer ist die Person, wo lebt diese Person, welche Betätigungen hat diese Person früher ausgeführt, welche möchte sie ausführen?* – kann aus der „Patientin“ eine „Klientin“ werden (s. auch Kap. 5.1, PEO-Modell).

Der Begriff „Klient“ ist abgeleitet vom lateinischen „cliens“ und bedeutet „Schützling“ oder „Höriger“. Im vorliegenden Buch wird das Wort Klient benutzt wie „Kunde“: Jemand, der eine Leistung oder ein Produkt von uns verlangt und dabei selber bestimmt, welche Leistung und welches Produkt.

Definition Klient in der Ergotherapie

[]

Klient in der Ergotherapie kann eine Einzelperson, eine Person mit ihren Angehörigen, eine Familie, eine Erzieherin oder Lehrerin, eine Betreuerin, aber auch eine Firma, eine Gemeinde, eine Schule, ein Altersheim oder ein Kindergarten sein. (vgl. Townsend u. Polatajko 2013).

Man kann bei den Personen, die für einen Klienten zu einer Betätigung dazugehören, die an der Betätigung mit beteiligt sind oder diese mit dem Klienten zusammen ausführen, auch von „erweiterten Klienten“ (► Abb. 3.3) sprechen. (s. Kap. 9, Beispielprozesse).

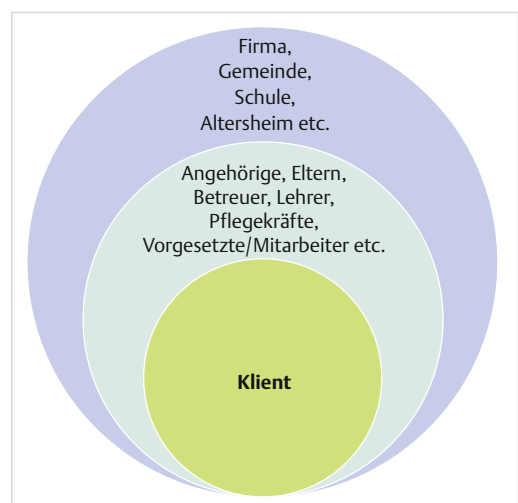


Abb. 3.3 Klient und erweiterter Klient.

Selbstverständlich interessieren sich Therapeuten, die nach dem klientenzentrierten Konzept arbeiten, auch für die rheumatische Erkrankung. In erster Linie aber geht es um Frau Müller selbst. Wie geht die 57-Jährige mit ihrer Erkrankung um? Welche ihr wichtigen Aktivitäten kann Frau Müller nicht mehr gut ausführen? Alle therapeutischen Maßnahmen werden mit Frau Müller und ihrem Ehemann besprochen, das Ehepaar entscheidet, welche Maßnahmen bei ihnen passen und welche nicht. In diesem Prozess ist Frau Müller nicht mehr Patientin, sondern Klientin. Sie übernimmt eigenständig Verantwortung, wo es möglich ist. Sie bestimmt ihre Therapieziele. Sie entscheidet, wie lange sie an den Zielen arbeiten will. Frau Müller und ihr Ehemann sind in diesem Therapieprozess also *aktiv*. (vgl. Law u. Mills 1998)

Therapeuten, die mit dem klientenzentrierten Modell arbeiten, beobachten Klienten bei deren Aktivitäten bzw. Betätigungen, um im Anschluss gemeinsam mit ihnen über mögliche Ziele und Maßnahmen zu entscheiden.

In unserem Beispiel hat Frau Müller Probleme beim Lesen, ihrem großen Hobby. Aufgrund der Schmerzen in den Händen kann sie ihr Buch nicht mehr gut festhalten. Ihr Ziel ist „ein mittelschweres Buch 20 Minuten am Stück in meinem Sessel zu halten und zu lesen“.

Bei der Arbeit nach dem klientenzentrierten Modell stehen nicht nur die Klienten selbst im Fokus, sondern auch die Angehörigen und Bezugspersonen aus dem Umfeld der Klienten, der „erweiterte Klient“. Sie haben nun eine ebenso aktive Rolle wie der Klient.

Dies bedeutet, dass Frau Müller und ihr Ehemann zusammen mit der Therapeutin ein gemeinsames Ziel verfolgen. Hierbei bringt die Ergotherapeutin ihr Fachwissen ein und die Eheleute Müller bestimmen eigenständig, welche Maßnahmen umgesetzt werden sollen. Um oben genanntes Ziel zu erreichen, wurde zunächst die Betätigung „Abends ein Buch im Sessel lesen“ analysiert (s. Abschnitt „Betätigungsanalyse – entscheidendes Element in der Evaluationsphase“ in Kap. 9.1.2). Im Anschluss wurden gemeinsam Maßnahmen entwickelt und Antworten gesucht auf folgende Fragen: Wie kann Frau Müller am besten lesen? Welche Ideen hat das Ehepaar bezogen auf dieses Problem? Welche Hilfsmittel sind für das Ehepaar akzeptabel? Ist es möglich, die Funktionalität der Hand noch zu verbessern? Alle Fragen beziehen sich dabei auf die Betätigung „ein Buch im Sessel lesen“.

Ergotherapeuten, die noch nicht über eine klientenzentrierte Haltung verfügen, schlagen vielleicht Lösungen vor wie: „Sie können doch auch am Tisch lesen, da brauchen Sie das Buch gar nicht zu halten“. Betätigungen zu verändern (s. Kap. 2) ist aber Sache des Klienten oder der Personen selbst. Es kann sein, dass dies eine gute Lösung ist, es kann aber auch sein, dass dies gar nicht gut ist. Frau Müller möchte weiter in ihrem Sessel lesen, weil sie und ihr Ehemann dies schon immer so machen. Wenn sie den Platz wechselt und auf einmal im Esszimmer am Tisch sitzt, würde das Ehepaar sich nicht wohl fühlen. In der Klientenzentrierung gehen die Therapeutin und die Klientin den Weg zur Lösung gemeinsam, sie nutzen die Ressourcen der Klientin. Frau Müller weißt natürlich aus Erfahrung, dass es für ihre Hände leichter ist, das Buch auf einem Tisch abzulegen. Sie möchte aber ihre Gewohnheit beibehalten: abends im Sessel lesen, gemeinsam mit ihrem Mann, und dabei ab und zu über etwas diskutieren. Also werden erst andere Möglichkeiten als der Esstisch ausprobiert.

In der Klientenzentrierung geht es auch um die Verantwortung. Das Ehepaar übernimmt natürlich schon lange Verantwortung für sein Leben, es sind selbständige erwachsene Menschen. Wenn Ergotherapeuten einfach Lösungen vorschlagen, die aus ihrer Sicht vielleicht gut sind, besteht die Gefahr, dass die Patienten/Klienten sich dadurch als unfähig oder bevormundet erfahren. Wenn sie selbst auf Lösungen kommen, auch wenn es mit Unterstützung einer Therapeutin ist, fühlen sie sich fähig in Bezug auf den Umgang mit der Behinderung. Der Weg zur Lösung ist manchmal wichtiger als die Lösung selbst, weil die Klienten dadurch eigene Stärken und Ressourcen nutzen. Dies können sie dann auch in anderen problematischen Alltagssituationen tun.

Anhand von Frau Müller erkennen wir schon einige Aspekte der Grundhaltung von Klientenzentrierung:

- Die Rolle der Ergotherapeutin ist im Therapieprozess begleitend, unterstützend
- Der Ehemann wird im Therapieprozess mit einbezogen, weil die Betätigung „ein Buch im Sessel lesen“ auch ihn betrifft
- Die Klienten entscheiden, was sie im Alltag verändern wollen und wie das gehen könnte
- Die Therapeutin hört gut zu und gibt keine Lösungen vor
- Die Klienten sind im Therapieprozess aktiv und fühlen sich dadurch fähig, ihre Alltagsprobleme zu lösen

3.4 Die klientenzentrierte Grundhaltung und Gesprächsführung

3.4.1 Die klientenzentrierte Grundhaltung

In den vorherigen Abschnitten wurden schon einige Elemente der klientenzentrierten Grundhaltung beschrieben, hier gibt es weitere wichtige Aspekte.

Klientenzentrierung lebt man, indem man den Klienten ermöglicht, den Therapieprozess – soweit wie möglich – selbst zu gestalten. Durch einen individuellen Therapieprozess fühlt sich der Mensch angenommen, wahrgenommen, respektiert. Aber alles, was mit Informationssammlung zu tun hat (Anamnesen, Fragebögen, Tests und Untersuchungen), ist per se nicht klientenzentriert. Es dient zwar der nachfolgenden Behandlung, aber der Klient wird abgefragt, untersucht, gemessen, und er muss sich dem fügen. Er fügt sich also *unseren* Schemata, Befundbögen, Denkmustern und soll dabei vor allem die Rolle des kooperativen Patienten einnehmen. Er steigt in unser Therapeutenboot (s. ► Abb. 3.1), wo wir bestimmen, was passiert.

Es ist eine richtige Herausforderung, sogar eine Art Abenteuer, ins Boot des Klienten zu steigen. Wir nehmen zwar ein paar Dinge mit (außer unserer Grundhaltung natürlich auch unser Fachwissen), aber wir fügen uns hier der Struktur, dem Denkmuster und der Lebenswelt des Klienten.

Es ist sicherlich oft von Vorteil, Wissen und Erfahrung in Bezug auf die Erkrankung des Klienten zu haben. Es kann aber auch ein Nachteil sein, weil dadurch bestimmte Erwartungen entstehen. Beispiel: Auf einer neurologischen Station ist das Anziehen ein Anliegen vieler Klienten. Die Erwartung der Ergotherapeutin ist also, dass bei Herrn K., einem neuen Klienten, 78 Jahre alt, mit einer Halbseitenlähmung, ebenfalls das Anziehen im Vordergrund steht. Herr K. erzählt zwar, was im Moment für ihn wichtig ist (Kontakt zu seiner Frau, ein paar Briefkarten an Freunde schreiben, mehrmals am Tag am Tisch sitzen), die Therapeutin nimmt aber automatisch das Anziehen mit auf die Liste der Therapieanliegen. Sie hat so eindringlich gefragt „Sie wollen sich doch sicherlich wieder anziehen können, oder?“, dass ihm nichts anderes übrigblieb, als zuzustimmen.

Die Herausforderung ist, richtig zuzuhören, die Situation aus Sicht des Betroffenen zu sehen, seine Erfahrungen und Stärken als Basis zu nehmen. Dies ist komplett unabhängig davon, ob diese Person kognitiv sehr eingeschränkt ist oder nicht, jung oder alt, ob sie in einer Klinik ist, zu Hause, in einem Heim oder in einer Arbeitsstätte.

3.4.2 Checkliste klientenzentrierte Grundhaltung

Rollen der Therapeuten

Therapeuten haben in einem Therapieprozess mehrere *Rollen*, bei denen Klientenzentrierung im Vordergrund steht (vgl. Townsend u. Polatajko 2013), u. a.: Klienten über den Therapieprozess *informieren*, sie *unterstützen* bei der Formulierung von Betätigungszielen und beim Treffen von Entscheidungen, sie durch den Therapieprozess *begleiten*, ihre Betätigungssituation *verstehen*, die *Koordination* aller Personen, die bei der Therapie eine Rolle spielen (s. Kap. 8.3.2, Coordinate – Koordinieren). Eine Rolle besteht auch darin, Klienten zu behandeln; dies kann – abhängig davon, in welchem Setting und mit welchen Klienten man arbeitet – einen kleinen oder großen Teil ausmachen.

Einbeziehen des erweiterten Klienten

Therapeuten behandeln den Klienten fast nie alleine, sondern immer mit den *erweiterten Klienten* wie Partner, Familie, Erzieher, Lehrer, Betreuer etc. zusammen. Sie wissen, dass Betätigungen sich nur verändern können, wenn alle, die mit dieser Betätigung zu tun haben, aktiv mit einbezogen werden (s. ► Abb. 3.3)

Berücksichtigung der Stärken und Ressourcen der Klienten

Die *Stärken und Ressourcen* des Klienten sind die Basis des Therapieprozesses, nicht die Defizite und Probleme. Dies wird sowohl in der Befundphase als auch im weiteren Therapieprozess berücksichtigt. Nur dadurch kann der Klient eine *aktive Rolle* im Therapieprozess übernehmen.

Eintreten für eine therapeutische Partnerschaft

Therapeuten treten mit Klienten in eine therapeutische *Partnerschaft*, was bedeutet, dass die Therapeutin nicht „höher“ steht als der Klient oder die Klienten. Es bedeutet ebenfalls, dass die Therapeutin den Klienten mit seinen Erwartungen, Problemen und Äußerungen ernst nimmt. Dies wird besonders in der klientenzentrierten Gesprächsführung deutlich.

Therapeuten sind sich bewusst, dass sie in einem Therapieprozess viel Macht (vgl. Sumsion 2002, S.36–37) haben. Diese Macht besteht u. a. aus Fachwissen, der Steuerung und Führung des Therapieprozesses, dem Geben oder Nicht-Geben bestimmter Informationen, dem Einbeziehen oder Nicht-Einbeziehen von Angehörigen und darin, Klienten dazu zu bringen, etwas zu tun, was sie sonst nicht tun würden. Statt Macht auf Klienten auszuüben, versuchen Ergotherapeuten, diese Macht so weit wie möglich an den Klienten abzugeben, sie mit ihm zu teilen. Hierbei geht es besonders um das Entscheiden: Klienten können allerdings nur entscheiden, wenn alle wichtigen Informationen gegeben und auch verstanden worden sind. Auch die Entscheidung, nicht selbst zu entscheiden, können Klienten erst treffen, nachdem alle benötigten Informationen vorliegen. Nicht die Therapeuten steuern den Therapieprozess, sondern sie ermöglichen es den Klienten, selbst ihren Therapieprozess zu steuern (Klientenboot, Klient steuert mit Unterstützung der Therapeutin, s. ► Abb. 3.2).

Unterstützung von Klienten bei der Formulierung ihrer Betätigungsziele

Die *Betätigungsziele* werden von den Klienten formuliert, die Therapeutin unterstützt sie in diesem Prozess: von Wünschen (sehr generell), über Anliegen (etwas genauer), zu Betätigungszielen (konkret, genau und überprüfbar). Dies wird in Kapitel 9 genauer erläutert.

3.4.3 Grundlagen einer klientenzentrierten Gesprächsführung

In der Ergotherapie zielt diese Art der Gesprächsführung darauf ab, *Teilhabe an Alltagstätigkeiten zu ermöglichen*. Demnach müssen die Inhalte der Gesprächsführung darauf ausgerichtet sein, immer

bei Betätigung zu bleiben. Die Technik der Gesprächsführung ist für alle Therapeuten gleich, egal ob Ergotherapeutin oder Psychologin. Den Inhalt bestimmt die Profession, die *Technik und die Sprache an sich bestimmt die Grundhaltung der Klientenzentrierung*.

Der Psychologe Carl Rogers entdeckte, dass Klienten ihr Verhalten nur dann ändern, wenn Berater/Therapeuten in einem Gespräch drei notwendige Bedingungen erfüllen:

- Echtheit/Kongruenz (Der Therapeut versteckt sich nicht hinter seiner „Rolle“, er zeigt keine „Fassade“)
- Empathie/Einführendes Verstehen (Die Sichtweise des Klienten verstehen)
- Unbedingte Wertschätzung (Der Therapeut achtet den Klienten und bemüht sich um uneingeschränktes Akzeptieren)

Zudem lassen sich die Arbeiten von Rogers zu diesem Thema in drei Phasen unterteilen:

- Nicht-direktive Phase: Der Therapeut erteilt keine Ratschläge, Erklärungen, Interpretationen gegenüber dem Klienten. Das Problem bzw. die Lösung steht nicht im Mittelpunkt, sondern der Klient als Individuum, das prinzipiell die Fähigkeit besitzt, eigene Lösungen für sich zu entwickeln. Diese Phase ist schon 1942 dokumentiert.
- Klientenzentrierte Phase: Da „nicht-direktiv“ zu dem Missverständnis führen konnte, dass der Therapeut nicht aktiv sei, nannte Rogers seinen Ansatz „klientenzentriert“, das bedeutet auf Klienten und ihr Potential ausgerichtet (1951).
- Personenzentrierte Phase: Nicht nur Klienten, sondern Menschen aus allen Lebensbereichen, können durch ein strukturiertes Beziehungsangebot unterstützt werden, nicht allein in ihrer Funktion als Klienten (1977).

Wichtig

M!

Grundsätzlich geht es darum, den Klienten da abzuholen, wo er steht. Die Therapeutin berücksichtigt, was der Klient für Bedürfnisse und Wünsche äußert, wie seine Motivation ist und wie er aktuell seine Lage einschätzt, d. h. welche Probleme er in seiner Betätigungsperformance sieht und welche er evtl. in Zukunft haben wird (vgl. Fisher 2017).

Dabei geht es nicht darum, dass die Einschätzung der Klienten realistisch ist. Es geht erst einmal um ihre Sichtweise und dass diese von der Therapeutin respektiert und gewürdigt wird, statt ihnen ihre Träume zu nehmen.

Dafür ist die Grundhaltung – Empathie, Wertschätzung und Echtheit – unbedingt notwendig. Vor allem auch, wenn wir das Thema Enabling als Therapeuten ernst nehmen. Jemanden wirklich zu befähigen, die Tätigkeiten auszuführen, die für ihn wichtig und bedeutsam sind oder von ihm erwartet werden, bedeutet, die betreffende *Person als Experte ihrer selbst wahrzunehmen*.

3.4.4 Leitlinien für eine klientenzentrierte Gesprächsführung

Aus der oben beschriebenen Grundhaltung erfolgen Regeln oder Hilfestellungen, die diese Art der klientenzentrierten Gesprächsführung ermöglichen:

Aktives Zuhören

Der Therapeut zeigt Bereitschaft, auf sein Gegenüber einzugehen. Blickkontakt, Nicken und bestätigende Laute vermitteln dem Klienten das Gefühl, dass er verstanden und akzeptiert wird, so wie er ist. Hierbei ist es notwendig, dass sich der Therapeut mit Deutungen, Konfrontationen und Lösungen zurückhält. Nur wenn der Klient spürt, dass der Therapeut interessiert und ernsthaft bemüht ist, seine Situation nachvollziehen zu können, wird sich der Klient wirklich öffnen. Eine „wertschätzende Neugierde“ (Lange 2012) stellt die Basis für jede Klient-Therapeut-Beziehung dar.

Paraphrasieren und Verbalisieren

Das verbale Wiedergeben oder Zusammenfassen dessen, was der Klient geäußert hat. Es geschieht in den eigenen Worten des Therapeuten.

Beispiel:

Klient: In der letzten Woche ging es mir nicht gut, ich war verschnupft und hatte viel Stress auf der Arbeit.

Therapeut: Mhh, da hatten sie also eine anstrengende Woche.

Klient: Ja, das kann man so sagen.

An diesem Beispiel kann man erkennen, dass das Paraphrasieren auch dazu dient, zu überprüfen, ob man als Therapeut alles richtig verstanden hat.

Spiegeln

Beobachtungen und Gesprächsinhalte werden nonverbal oder verbal wiederholt. Das kann eine ähnliche Körperhaltung oder auch ein Gesichtsausdruck des Therapeuten sein. Es führt dazu, dass der Klient spürt, dass sie beide in einem guten Kontakt sind.

Strukturieren

Im Vordergrund steht hier, als Therapeut den Überblick über den Gesprächsverlauf zu behalten. Es dient auch dazu, dem Klienten zu helfen, seine Gedanken zu strukturieren und bei mehreren Gesprächspartnern alle miteinzubeziehen. Dabei geht es darum, gemeinsame Ziele für dieses Gespräch festzulegen und zeitlich zu klären, wann diese überprüft werden. Eine Visualisierung mit Hilfe von Bildkarten kann bei kognitiv oder sprachlich eingeschränkten Klienten helfen, die Übersicht zu behalten. Zusammenfassungen oder auch das Notieren der besprochenen Themen auf einzelnen Karten, sind in Gesprächen wichtig, um den roten Faden nicht zu verlieren. Klären Sie, ob für den Klienten noch etwas offen ist oder er noch Fragen hat.

Eine gute Gesprächsstruktur hilft dem Klienten, aktiv dabei zu sein und sich sicher und professionell beraten zu fühlen.

Leitlinien für die Strukturierung des Gespräches

- Wenn der Klient abschweift, führt der Therapeut ihn zum Thema zurück, behält den roten Faden
- Der Therapeut findet im Gespräch ein angemessenes Tempo (aus Klienten-Sicht)
- Wie-, Was-, Wo-, Wann-Fragen sind hilfreich zur Konkretisierung (offene Fragen stellen)
- Keine „Warum klappt es nicht“-Fragen. Man kann aber schon fragen, warum etwas für jemanden wichtig ist
- Visuelle Hilfen sind wichtig, um beim Thema zu bleiben, z. B. Kärtchen oder Blankopapier zum Schreiben/Malen oder Zettel/Fotos mit Betätigungen
- Der Therapeut fasst Inhalte zusammen, bringt sie auf den Punkt

Hauptmerkmale klientenzentrierter Gesprächsführung

M!

- Der Therapeut strukturiert und unterstützt, der Klient bestimmt die Inhalte.
- Der Therapeut fragt nach, vertieft und versteht, der Klient beschreibt und bewertet.
- Der Therapeut wartet ab, der Klient nimmt eine aktive Rolle ein.
- Der Therapeut konzentriert sich auf mögliche Teilhabeprobleme, nicht auf deren Lösungen (der Klient fühlt sich angenommen).
- Die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Klienten sollten im Vordergrund stehen.
- Die Therapeuten setzen Strategien ein, mit denen der Klient sich nach seinen Möglichkeiten ausdrücken kann (Defizite des Klienten kompensieren, Betätigungsprofil, Information holen vor dem Interview).
- Der Therapeut stellt sich auf den Sprachcode der Klienten ein, d. h. er passt sich an das Sprachniveau des Klienten/erweiterten Klienten an.
- Der Therapeut wendet sich zu und hört konzentriert zu.
- Der Therapeut ist authentisch.

Weitere Voraussetzungen für eine gelingende Gesprächsführung

Alle Parteien fühlen sich wohl

- Die Stimmung beim Gespräch sollte entspannt und offen sein, es darf gelacht werden.
- Wenn der Klient sich offensichtlich nicht wohl fühlt, thematisiert der Therapeut die Störung. Es wird gemeinsam reflektiert, woran es liegen könnte (Erwartungen von außen, eigene?).
- Wenn der Therapeut sich selbst nicht wohl fühlt, reflektiert er die Gründe dafür, um handlungsfähig zu bleiben.

Der Klient hat eine aktive Rolle

- Es ist wichtig, den Klienten schnell in eine aktive Rolle zu bringen. Der Klient erzählt von seinem Tag, über Dinge, die er besser ausführen möchte, über Aktivitäten, die er gut kann.
- Wenn möglich, sollte der Klient selber seine Anliegen aufschreiben oder malen.

- Der Klient formuliert und definiert so weit wie möglich seine Problematik selbst.
- Wenn der Therapeut bemerkt, dass er selbst die aktive Rolle übernommen hat, sollte dies so schnell wie möglich korrigiert werden (z. B. eine kleine Pause oder Bemerkung).

3.5 Voraussetzungen für Klientenzentrierung

Um Klientenzentrierung umzusetzen, müssen bestimmte Voraussetzungen und Rahmenbedingungen erfüllt sein. Diese betreffen die Ergotherapeutinnen selbst, die Klienten, das Arbeitsumfeld der Therapeutinnen und das Gesundheitssystem.

3.5.1 Voraussetzungen die Ergotherapeutinnen selbst betreffend

- Die Therapeuten haben Selbstvertrauen in ihr eigenes Fachwissen, um Klienten die notwendigen Informationen zu geben, aber auch Mut, um die Entscheidung eines Klienten gegenüber anderen Teammitgliedern zu vertreten.
- Persönliche Einstellung der Therapeuten: Sie können Verantwortung/Kontrolle an Klienten abgeben und nehmen diese nicht nur als hilfsbedürftige Wesen wahr.
- Therapeuten verfügen über Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, um auf die Bedürfnisse der Klienten einzugehen.
- Therapeuten haben gute Fähigkeiten in punkto Kommunikation, Kontakt- und Beziehungsaufbau, um gegenseitiges Vertrauen aufzubauen.
- Werte/Überzeugungen des Therapeuten: Klienten werden als Alltagsexperten gesehen, mit eigenen individuellen, einzigartigen Lebenserfahrungen und Ressourcen. Therapeuten gehen davon aus, dass alle Klienten in ihrem Therapieprozess eine aktive Rolle wollen, weil es um ihren Alltag geht.
- Therapeuten bringen Wissen und Fähigkeiten mit, um ihre Klienten aktiv am Therapieprozess teilnehmen zu lassen, z. B. mit Hilfe von Schulungen zur klientenzentrierten Gesprächsführung, dem COPM (s. Kap. 5.2, CMOP-E) oder ähnlichen Instrumenten.

3.5.2 Voraussetzungen die Klienten betreffend

- Klienten wollen eine bessere Lebensqualität, was sich in der Ergotherapie als „Betätigungsverbesserung“ oder „Teilhabeverbesserung“ übersetzen lässt.
- Klienten können in irgendeiner Form kommunizieren und haben dadurch die Fähigkeit, sich aktiv an ihrem Therapieprozess zu beteiligen.
- Personen haben Betätigungsanliegen, sind also mit ihrem Alltag unzufrieden. Ansonsten können sie nicht die Rolle des „Klienten“ in der Ergotherapie übernehmen. Eventuell ist eine andere Berufsgruppe geeigneter z. B. Psychotherapeuten.
- Es liegen keine kulturellen Bedingungen vor, die verhindern, dass eine Person im Therapieprozess die Rolle des aktiven Klienten übernimmt, d. h. die Kultur erwartet kein passives Verhalten innerhalb einer klassischen Patientenrolle.
- Es liegen keine Bildungsbarrieren vor, die Klienten davon abhalten, nachzufragen, wenn etwas nicht verstanden wurde.
- Klienten besitzen ausreichend Problemlösefertigkeiten und eine realistische Selbsteinschätzung (Selbst-/Fremdbild stimmen weitgehend überein, Klienten über- oder unterschätzen sich nicht).
- Klienten sind nicht zu betroffen oder erschöpft, um Entscheidungen treffen zu können.

3.5.3 Voraussetzungen das Arbeitsumfeld der Therapeutinnen betreffend

- Um Gespräche und Interviews mit Klienten führen zu können, brauchen Ergotherapeuten Räumlichkeiten, in denen dies möglich ist. Ein ruhiger Raum mit einem Tisch und Stühlen für Interviews mit Erwachsenen. Ein Raum mit ein paar Bewegungsmöglichkeiten für aktive Kinder. Es ist nicht optimal, Interviews in Patientenzimmern mit mehreren Betten führen zu müssen, wo die Zimmernachbarn und vielleicht deren Besuch alles mithören.
- Die Zeit, die für Gespräche und Interviews benötigt wird, ist Therapiezeit. Gespräche mit Klienten und Angehörigen sind Therapie. Dies muss zu Beginn mit Kollegen, Vorgesetzten und auch Klienten geklärt werden.

- Optimal ist es, wenn ein ganzes Team, eine Abteilung oder eine Einrichtung sich Schritt für Schritt auf eine klientenzentrierte Vorgehensweise umstellen. Es ist nur bedingt möglich, klientenzentriert zu arbeiten, wenn die Mitglieder eines Teams unterschiedliche Erwartungen gegenüber dem Klienten äußern und Entscheidungen des Klienten nicht akzeptieren.
- Es herrschen Unterstützung und Ermutigung durch Leitung und Vorgesetzte, auch mit Hilfe von Supervision und Training.

3.5.4 Voraussetzungen das Gesundheitssystem betreffend

Das deutsche Gesundheitssystem ist noch stark vom bio-medizinischen Modell geprägt. Man könnte es auch ein „Fürsorgemodell“ nennen. Sowohl die Ärzte, Psychologen, Therapeuten als auch andere Berufe im Gesundheitssystem haben oft eine „wohlwollend direktive“ Haltung und erwarten von Patienten, dass sie kooperieren. Und nicht zu viele Fragen stellen oder mit zu vielen eigenen Ideen kommen. Wenn der Patient nicht kooperiert, kann er als „lästig“, „nicht kooperierend“ und „zeitraubend“ abgestempelt werden. Dies ändert sich im Moment: immer mehr Einrichtungen, Ärzte und Therapeuten fangen an, ein klientenzentriertes Modell zu verwenden, und stellen die Teilhabe oder Partizipation des Patienten in den Mittelpunkt.

3.6 Tipps und Hilfen zur Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes

3.6.1 Bei älteren Menschen

Insgesamt steht unsere Gesellschaft vor der Herausforderung, dass es immer mehr ältere Menschen gibt, diese also eine zunehmend große Gruppe innerhalb der Gesellschaft darstellen. Dementsprechend werden ältere Menschen auch vermehrt Klienten in der Ergotherapie. Mit zunehmendem Alter gehen körperliche Veränderungen einher, die auch dazu führen können, dass es Einschränkungen bei Betätigungen gibt oder Teilhabe erschwert ist.

Herausforderungen für klientenzentriertes Arbeiten bei älteren Menschen können unterschiedliche Ursachen haben. Oft geht es um eine Verän-

derung des Gesundheitszustandes u. a. auch um *sensorische Veränderungen*, wie z. B. Probleme beim Hören, Sehen, Schmecken, Riechen oder mit dem Gleichgewicht. Um diesen Veränderungen im klientenzentrierten Ansatz zu begegnen, empfiehlt sich eine *verstärkte Kommunikation*. Die älteren Menschen als Klienten in der Ergotherapie müssen, wenn wir klientenzentriert arbeiten wollen, in der Lage sein, *Informationen zu verstehen und somit Wahlmöglichkeiten im Prozess zu haben*. Gerade Seh- und Höreinschränkungen können die Kommunikation erschweren. Aus diesem Grund ist es wichtig, daran zu denken:

- Gespräche an Orten mit niedrigem Geräuschpegel zu führen
- Gespräche in hellen Räumen zu führen
- mit Farbkontrasten (Stifte und Papier) für Notizen zu arbeiten
- Informationsmaterial in großer Schrift bereit zu stellen
- langsam und verständlich zu sprechen

Zudem sind ältere Menschen auch häufig von *Komorbidität* betroffen, d. h. sie haben mehrere Erkrankungen gleichzeitig. Die Behandlung ist eher komplex und die eine Erkrankung kann eine andere wiederum negativ beeinflussen. Häufig ist eine Vielzahl an Medikamenten notwendig, was aber die Handlungsfähigkeit der Klienten enorm einschränken kann. Für den klientenzentrierten Ansatz bedeutet das, dass wir uns als Ergotherapeuten darüber bewusst sein müssen. Es kann sein, dass man für den Klienten eintreten muss, als Anwalt für die Belange des älteren Menschen. Eine Strategie hierzu kann sein, dass man versucht, die Meinung der Klienten im Team immer wieder klar zu machen, weil sie das selbst vielleicht gerade aufgrund eines sehr stark eingeschränkten Gesundheitszustandes nicht mehr können. So kann sichergestellt werden, dass die Stimme älterer oder sogar hochbetagter Menschen immer wieder gehört und miteinbezogen wird, auch bei enormem Hilfebedarf und starker Beeinträchtigung.

Eine Diskriminierung von älteren Menschen kommt häufig vor, weil wir älteren Menschen schon mit Vorurteilen begegnen (z. B. möchte so wieso nichts mehr machen, möchte seine Ruhe, hat keine Interessen mehr etc.). Davor sind die Beschäftigten im Gesundheitssystem auch nicht gefeit. Es ist nicht schlimm, dass diese Vorurteile bestehen. Für einen klientenzentrierten Ansatz ist es aber wichtig, sich dessen bewusst zu sein. Nicht je-

der ältere Mensch ist gleich. Es kann sein, dass jemand wirklich eher seine Ruhe haben will, ein anderer aber sehr gerne an einer Gruppenaktivität teilnehmen möchte, sich jedoch nicht traut, dies zu sagen, weil es z. B. andere Teilnehmer gibt, die Angst einflößen. Es ist die Aufgabe der Ergotherapeutin, herauszufinden, welche Betätigungen bedeutungsvoll sind, wo Klienten einbezogen sein möchten und wo nicht. Auch hier geht es wieder um eine gesteigerte Kommunikation. Es geht um Zeit für ein einfühlsames Gespräch, sodass der ältere Mensch Zeit hat, sich auf die Situation einzustellen, sich zu öffnen – und nicht im Stationsalltag zwischen Tür und Angel gefragt zu werden, was ihm wichtig ist.

Ihre Lebenserfahrung zu würdigen und zu schätzen ist besonders bei älteren Menschen vorrangig. Sie haben viele persönliche Erfahrungen durch Entbehrungen und Traumata (wie z. B. Krieg, Vertreibung) gesammelt, die sie prägen und evtl. auch eine wenig zeitgemäße Weltsicht mit sich bringen. Bei der Klientenzentrierung stehen Toleranz und gegenseitige Wertschätzung an oberster Stelle.

Auch wenn ältere Menschen ihre Gewohnheiten nicht mehr ändern wollen, stellen wir das als Therapeuten nicht in Frage. Eine große Herausforderung ist sicherlich auch die „Patientenrolle“, die ältere Menschen oft einnehmen und daher eher passive Klienten darstellen. Im traditionellen medizinischen Ansatz haben diese Menschen Ärzte und Therapeuten als Experten und Autoritäten erlebt. Daher ist es nicht selten, dass sie mit einer aktiven Klientenrolle erst einmal überfordert sind und die Professionalität eines klientenzentrierten Ansatzes anzweifeln.

Es ist daher notwendig, den älteren Menschen und seine Bedürfnisse ernst zu nehmen. Es ist unsere Pflicht als Therapeuten, ihnen die Möglichkeiten des klientenzentrierten Ansatzes und der partnerschaftlichen Entscheidung im Therapieprozess so zu erklären, dass sie selbst entscheiden können, wie sie ihre Verantwortung wahrnehmen. Allerdings müssen wir es auch akzeptieren, wenn diese Klienten keine Verantwortung übernehmen wollen. Am wichtigsten ist und bleibt, dass sich alle Beteiligten im Prozess wohlfühlen und mit ihren Entscheidungen zufrieden sind (vgl. Sumsion 2002, S. 73–83).

3.6.2 Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Es gibt unterschiedliche Gründe für kognitive Einschränkungen von Klienten. Sie können angeboren oder auch durch bestimmte Krankheitsbilder erworben sein. Dazu zählen Hirnschädigungen, Entwicklungsverzögerungen, psychische Erkrankungen, Demenz usw.

Kognition ist eine „Sammelbezeichnung für alle mit dem Erkennen zusammenhängenden Prozesse, z.B. Wahrnehmung, Gedächtnis, Intelligenz, Lernen, Sprache. Im weiteren Sinn beschreibt Kognition alle Prozesse der Informationsverarbeitung einschließlich Emotion und Motivation“ (Pschyrembel 2013).

Viele Klienten in ergotherapeutischer Behandlung haben Probleme in den oben genannten Bereichen. „Aber mit solchen Menschen, die Probleme mit Gedächtnis und Urteilsvermögen haben, die selbst gar keine Ziele formulieren können, kann man doch nicht klientenzentriert arbeiten, die können sicherlich nicht selbst entscheiden.“ Argumente dieser Art kennen Sie vielleicht. Trotzdem wollen wir hier einen anderen Standpunkt vertreten.

Auch im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wird von „Personenzentrierung“ gesprochen. „Es soll nicht mehr über den Menschen mit Behinderungen, sondern mit ihm gemeinsam beraten und gehandelt werden, um seine individuelle Lebensplanung und Selbstbestimmung zu unterstützen.“ (BMAS 2019)

Besonders das Thema „Entscheiden“ soll nun genauer betrachtet werden. Für Menschen mit kognitiver Einschränkung gelten folgende Regeln, um kompetent entscheiden zu können:

- Der betroffene Mensch trifft die Entscheidung bewusst und bringt sie auch bewusst zum Ausdruck.
- Alle wichtigen Informationen, Vor- und Nachteile, Ergebnisse, Zusammenhänge werden verstanden.
- Die Entscheidung bleibt für diesen Menschen bestehen, verändert sich nicht ständig und repräsentiert seine Werte.

Es bedeutet sicherlich für die Therapeutin eine große Herausforderung, wenn sie sich an diese Regeln halten möchte. Folgende Ideen können helfen, Entscheidungen zu ermöglichen:

Entscheidungen können in abgestufter Weise angeboten werden, sodass Menschen mit unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten in der Lage sind, selbstbestimmte Meinungen zu äußern. Ein Beispiel kann sein, herauszufinden, was für einen Klienten „ja“ und „nein“ bedeutet. So bietet sich die Möglichkeit, dem Klienten geschlossene Fragen zu stellen, die er verstehen und mit ja oder nein beantworten kann. Zusätzlich kann eine Entscheidung so strukturiert werden, dass es viele kleine „Unterentscheidungen“ gibt. Diese Vorauswahl gibt schon eine gewisse Struktur. Man kann z.B. fragen, ob jemand etwas trinken möchte, ob er Saft oder Wasser möchte, ob er dabei Unterstützung möchte und wenn ja welche? Man sieht, wie verzweigt man das aufbauen kann. Das erfordert Geduld und den Willen, dem Klienten Entscheidungen zu ermöglichen.

Wichtig ist, dem Klienten eine Auswahl anzubieten, die seinen kognitiven Fähigkeiten entspricht. Auch wenn kognitiv eingeschränkte Klienten evtl. keine ganzen Therapieziele formulieren können, so ist es doch möglich, dass sie am Prozess beteiligt sind und entscheiden, was ihnen als Teilziel wichtig ist.

Eine große Unterstützung stellen die Bezugspersonen, Angehörigen, sprich die „erweiterten Klienten“ dar. Wenn sie miteinbezogen werden, kann das dazu führen, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Therapeut wesentlich schneller aufgebaut werden kann. Trotzdem sollte der Klient immer im Mittelpunkt stehen und es sollte keine Gespräche „über ihn hinweg“ geben. (vgl. Sumsion 2002, S. 61–68)

3.6.3 Bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen Menschen mit langjährigen Einschränkungen oder Behinderungen

Der klientenzentrierte Ansatz hier unterscheidet sich im Grunde nicht von anderen Klienten, aber Menschen mit körperlichen Einschränkungen oder Behinderungen haben oft schon sehr viel Erfahrung mit Dienstleistungen im Gesundheitssystem. Sie sind in vielen Belangen auf eine „Bittstellerrolle“ angewiesen oder werden in eine solche gedrängt. Und wenn es „nur“ darum geht, im Bus zu fragen, ob jemand am Rollstuhl mit anpacken kann, damit das Aussteigen gefahrlos möglich ist.

Viele Hilfen etc. müssen bei Behörden beantragt werden und häufig gehen diese bei der Bewilligung wenig auf die wirklichen Bedürfnisse der Menschen ein.

Vor diesem Hintergrund ist seitens der Ergotherapeutin ein besonderes Gespür in der Gesprächssituation gefragt. Hier ist besonders wichtig herauszufinden, welche Erfahrungen der Klient bereits gemacht oder welche Einstellung er zu Therapien im Allgemeinen hat. Klientenzentrierung bedeutet in solchen Fällen, ganz besonders darauf zu achten, dass die Vorerfahrungen es dem Klienten nicht unmöglich machen, sich ernst genommen zu fühlen und sich zu trauen, seine Anliegen und Bedürfnisse deutlich zu machen.

Menschen mit frisch erworbenen körperlichen Beeinträchtigungen (einschließlich Sprachstörungen)

Diese Personengruppe ist häufig noch gar nicht wirklich in der neuen Situation angekommen. In den ersten Wochen in der Klinik kommen und gehen Ärzte, Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter etc. Das Thema Fremdbestimmung spielt eine große Rolle. Natürlich bringt die Frage nach Alltagsanliegen innerhalb der Ergotherapie dann häufig die Antwort: „Ich will, dass es so ist wie vorher.“ Oder „Ich will alles wieder können.“ Es gilt, diese Antworten ernst zu nehmen und dem Klienten zu versichern, dass alles aufgenommen wird, was ihm wichtig ist. Jedoch kann der Fokus auf das Hier und Jetzt gelenkt werden. Eine mögliche Frage wäre: „Was wäre Ihnen hier und jetzt am Bett am wichtigsten?“ Und dann kommen manchmal Antworten wie: „Ich möchte gerne die Fernbedienung für den Fernseher steuern können.“ „Ich möchte gerne mein Wasser selbst eingießen können.“ Oder „Ich möchte gerne mit dem Handy meine Tochter anrufen.“

Ein besonderes Augenmerk müssen wir hier auf Personen haben, die aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalles nicht mehr sprechen können (z. B. bei einer Aphasie). Für sie ist es eine erhebliche Umstellung, es ist quasi kaum begreifbar, dass das nicht mehr geht. Gerade ihnen ist im klientenzentrierten Ansatz die Möglichkeit zu geben, dass sie ausdrücken können, was ihnen wichtig wäre. Eine aktive Rolle im Therapieprozess einnehmen zu können, bedeutet zunächst einmal, klar machen zu können, was einen beschäftigt.

Die solcherart betroffenen Klienten haben oft das Gefühl, kein adäquater Gesprächspartner zu sein. Das darf auf keinen Fall gefördert werden. Wie auch bei allen anderen ergotherapeutischen Gesprächssituationen gilt der Grundsatz, dass es sich um gleichberechtigte Gesprächspartner handelt. Das müssen Ergotherapeuten nicht nur so empfinden, sondern auch nach außen zeigen. Daher ist es absolut notwendig, den Klienten in das Gespräch miteinzubeziehen und niemals nur mit den Angehörigen oder gar in Anwesenheit des Klienten über seinen Kopf hinweg mit den Angehörigen über ihn zu sprechen.

Auf Seiten der Therapeuten sind Geduld und Zeit erforderlich, wenn Wörter nur langsam oder gar nicht kommen. Abwarten ist hier die größte Kunst – und Hilfsmittel bereitzustellen, die eine Mitteilung ermöglichen: Zettel und Stift, Bildkarten, Talker, Computer mit Sprachausgabe, Symbole etc. Es kann aber auch sein, dass es nicht sofort das passende Hilfsmittel gibt.

Hier nicht zu früh aufgeben, manchmal muss man gemeinsam mit dem Klienten und den Angehörigen einen Weg der Kommunikation finden. Zudem kann das multiprofessionelle Team (Logopäden, Sprachtherapeuten etc.) helfen, eine Lösung zu finden. Die Kommunikation mit neurologisch betroffenen Klienten stellt eine Herausforderung dar – für beide Seiten. Jedoch helfen ehrliches Interesse, gegenseitige Wertschätzung und ein gemeinsames Bemühen um Verständigung zu einer erfolgreichen Kommunikation. Auch wenn Sprache fehlt, stehen den Klienten Mimik und Gestik zur Verfügung. Menschen mit Aphasie kommunizieren manchmal besser, als sie sprechen.

Diese Ansätze gilt es natürlich auch bei Klienten zu berücksichtigen, die noch nie sprechen konnten oder die es schon länger nicht mehr können.

3.6.4 Bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Psychische Erkrankungen können Antriebs-, Motivations-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme etc. mit sich bringen. Zudem können die Klienten in akuten Phasen manchmal nicht gut einschätzen, was sie brauchen, was ihre Anliegen sind, was ihnen gut tut etc. Die Klienten können Schwierigkeiten haben, Entscheidungen zu treffen, und haben nicht immer ein realistisches Selbstbild. Wie kann hier der klientenzentrierte Ansatz gelingen? Wie erreicht die Therapeutin, dass der Klient

eine aktive Rolle einnimmt? Zunächst gilt es, die Klienten-Therapeuten-Beziehung aufzubauen und zu stärken. Es kann in diesem Fall wichtig sein, mehrere Einheiten zum vertrauensvollen Beziehungsaufbau zu nutzen. Hilfreich kann auch das gemeinsame Herausfinden von Stärken der Klienten sein oder über ein neutrales Betätigungsprofil zu ermitteln, was im Ablauf des Tages dem Klienten gut gefällt/gut tut. Die Therapeutin hat die Aufgabe, alle Schritte im Therapieprozess für den Klienten transparent und verständlich zu erklären. Auch wenn manche Klienten zunächst an keiner Aktivität Interesse zeigen und nichts verändern möchten, muss sie über Möglichkeiten und Konsequenzen aufklären (vgl. Sumsion 2002, S.87–97).

3.6.5 Bei Kindern

Bei Kindern meinen manche Ergotherapeutinnen, sie könnten doch nicht selbst entscheiden, was ihnen wichtig ist. Sie haben ja auch Eltern, die dafür zuständig sind. Klientenzentrierung bei Kindern bedeutet ganz konkret, dass beide – Kind und Eltern – als gemeinsame Klienten wahrgenommen werden. Als Therapeuten nehmen wir eine Vermittlerrolle ein. Benötigt wird ein gemeinsamer Kompromiss, sodass die Erwartungen beider Seiten an die Therapie erfüllt werden können. Kinder haben Betätigungsanliegen wie Fußballspielen, Eltern haben hingegen eher Anliegen wie „die Hausaufgaben müssen schneller klappen“. Beide Bedürfnisse sollten ernst genommen werden.

Hilfreich für ein klientenzentriertes Gespräch mit Kindern können *Bildkarten* sein, sowohl beim Erfassen der Anliegen als auch in der Intervention. Man kann mit konkreten Bildern arbeiten, mit Gegenständen und Personen aus dem Umfeld des Kindes, oder mit Symbolkarten. Für Kinder im Alter zwischen 6 und 10 Jahren gibt es die „Kids Activity Cards“ (s. Kap. 5.1). Sie zeigen Aktivitäten von Kindern im Grundschulalter und erleichtern es ihnen, die Betätigungsanliegen zu benennen. Für Kinder ist die Gesprächsatmosphäre auch besonders wichtig. Das Gespräch muss nicht mit Zettel und am Tisch geführt werden, sondern alle Räume und Orte, die für das Kind bedeutsam sind oder wo es sich wohl fühlt, sind gut geeignet. Die Therapeutin muss abwägen, wie sehr das Kind von anderen Dingen abgelenkt ist und wie gut es sich noch auf die Situation des Gesprächs einlassen kann.

Dies bedarf einer guten Vorbereitung des Gesprächs durch die Therapeutin. Dabei können Informationen von den Eltern oder auch vom Kind selbst eingeholt werden, was es gerne mag. Zudem benötigt das Gespräch einen Plan A, B, C und vielleicht auch D. Kinder können sprunghaft sein und vielleicht ist nach 10 Minuten das Gespräch für das Kind auch schon vorbei. Auf all das gilt es sich einzustellen, um flexibel darauf reagieren zu können. Je mehr Spaß die Therapeutin in der Situation vermittelt, desto leichter gelingt es auch, das Kind zu begeistern. Eigene Anliegen herausfinden und sortieren kann so unglaublich spannend für ein Kind sein. Es bedarf den Mut der Therapeutin, sich darauf einzulassen (vgl. Costa 2016, Gede et al. 2007).

3.6.6 Bei Klienten, deren Muttersprache nicht Deutsch ist

Hier ist es besonders wichtig, sich in sein Gegenüber einzufühlen. Wir kennen Situationen im Ausland, in denen wir uns selbst hilflos fühlen, da wir die Sprache weder sprechen noch verstehen können. Daher einige wichtige Hinweise:

Sprechen sie nicht lauter oder übertrieben betont oder besonders artikuliert. Das hilft eher wenig und wirkt diskriminierend. Komplexe Sätze sollten vermieden und die Sprache auch angepasst werden. Auch wenn kurze Sätze oder Erklärungen helfen, bedeutet das nicht, dass man im Telegrammstil kommunizieren sollte („*Nächste Woche. Termin frei. Mit Frau. Bitte kommen. Mit Frau. Zur Therapie.*“).

Die Äußerungen sollten möglichst klar und verständlich sein. Außerdem sollte stets überprüft werden, ob Ihr Gegenüber Sie auch verstanden hat. Klienten benötigen Pausen, um Fragen stellen zu können und sich zuzutrauen, selbst zu sprechen. Bilder, Symbole und auch einfache schriftliche Erklärungen können helfen, wenn erweiterte Klienten mit einbezogen werden.

Die Kommunikation ist in diesem Falle sicherlich oft eine Herausforderung. Man braucht Mut zu Missverständnissen, Lockerheit und auch Humor, um Sprachbarrieren zu überwinden und zu einem offenen und herzlichem Miteinander zu finden (vgl. Lange 2012).

3.7 Die praktische Umsetzung der Klientenzentrierung – Ein Fall als Hilfe zur Implementierung

Klientenzentriert zu arbeiten bedeutet, dieses Wissen in die Praxis umzusetzen, immer wieder Neues dazuzulernen, es weiterzuentwickeln, sich darüber auszutauschen und Rückmeldung dazu zu bekommen. Wenn das erreicht werden soll, ist es notwendig, nicht nur im Team und mit den Klienten so zu arbeiten, sondern das auch nach „außen“ zu präsentieren. Hier können Schaubilder und Erklärungen in der Einrichtung helfen (z. B. Leitbild der Ergotherapie).

Fallbeispiel – Lucas, 14 Jahre

Sie arbeiten seit Kurzem als Ergotherapeutin in einer Rehabilitationsklinik. Nachdem Sie einiges über Klientenzentrierung in einem Weiterbildungskurs gelernt haben, möchten Sie das klientenzentrierte Modell bei Ihrem nächsten Patienten anwenden. Ihre Vorgesetzten sind mit diesem Experiment einverstanden unter der Voraussetzung, dass nicht viel mehr Behandlungszeit als üblich in den Versuch investiert wird. Sie erklären sich im Gegenzug bereit, falls nötig auch etwas von Ihrer eigenen Zeit einzubringen, da Sie von der Effektivität der klientenzentrierten Therapie überzeugt sind und dies Ihren Vorgesetzten und Kollegen demonstrieren möchten.

Ihr Klient ist der 14-jährige Lucas. Der Jugendliche erlitt vor vier Wochen bei einem Snowboard-Unfall in Süddeutschland ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Lucas entstammt einer aktiven, sportlichen Familie. Er hat zwei ältere Brüder. Die ganze Familie wohnt in einer ländlichen Umgebung. Lucas ist ein guter Schüler, fährt Mountainbike, spielt Schlagzeug und ist im Jugend-Schützenverein. Die Eltern sind bei der Aufnahme sehr besorgt und stellen viele Fragen. Lucas ist Rechtshänder. Er leidet nun an einer linksseitigen, mittelschweren Hemiparese. Er kann nur kurze Strecken unsicher gehen, seinen linken Arm nur mühsam bewegen und das Greifen mit der linken Hand gelingt nur ansatzweise.

Stellen wir nun die Vorgehensweise 1 in einer Rehabilitationsklinik den Reaktionen von Lucas und Ihrer klientenzentrierten Vorgehensweise 2 gegenüber.

Auch Flyer, Informationsmaterial und Literatur für die Klienten sollten auf eine klientenzentrierte Sprache überprüft werden.

Formulare (wie z. B. Rehapläne, COPM-Bögen) sollten mit Klienten gemeinsam ausgefüllt werden und wenn möglich auch in Kopie bei Klienten vorliegen. So können sich diese besser mit ihren Zielen identifizieren und eigene Verantwortung übernehmen.

Diskutieren Sie im Team über Erfolge und Schwierigkeiten der klientenzentrierten Praxis und befragen Sie auch Klienten zu dieser Vorgehensweise.

Vorgehensweise 1:

In der Rehabilitationsklinik werden Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder einem bestimmten Defizit in Gruppen mit gleichen Zielsetzungen behandelt.

Die Reaktion von Lucas:

Lucas wurde aufgrund seiner funktionellen Defizite für die sogenannte „Hemi-Gruppe“ eingeteilt. Hier wird mit diversen Materialien der Einsatz der betroffenen Seite geübt. Es stehen zwei Räume bereit. In einem Raum wird mit Peddigrohr gebastelt und es werden Holzarbeiten angefertigt. Im zweiten Raum werden u. a. Seidenmalerei, Papierarbeiten und Weben angeboten. Die Patienten erhalten eine Empfehlung für eine bestimmte Technik. Lucas wird das Angebot empfohlen, mit Peddigrohr zu arbeiten. Er ist aber nicht begeistert, denn handwerkliche Tätigkeiten haben ihm nie Spaß gemacht.

Vorgehensweise 2:

Sie bemerken die mangelnde Motivation von Lucas und fragen ihn, welche Betätigungen für ihn besonders wichtig seien. Vor dem Unfall ist Lucas mit seinen Brüdern und Freunden Mountainbike gefahren. Er hat ein schönes Mountainbike, das er selbst pflegt und repariert. Sie schlagen vor, dass Lucas anstatt in der Peddigrohr-Gruppe zu arbeiten an seinem Mountainbike bastelt. Er soll sein Rad reinigen, die Zahnkränze ölen, die Bremsen einstellen und die komplizierte Gangschaltung aus-

einandernehmen und wieder zusammenbauen. Dies findet Lucas „supercool“. Sein Mountainbike wird in der Holzwerkstatt aufgestellt. Zwar müssen Sie einiges an Überzeugungsarbeit leisten, bis Ihre Kollegen Ihr Prozedere akzeptieren, aber bald ist erkennbar, wie hoch motiviert Lucas arbeitet. Auch Ihre Kollegen beginnen nun, Ihre Klienten nach deren Wünschen zu fragen.

Vorgehensweise 1:

Therapeuten wissen, dass es gut ist, den „Hemi-Arm“ im Klinikalltag oft einzusetzen. Sie motivieren ihre Patienten in der Therapie dazu, beispielsweise beim Anziehen den „Hemi-Arm“ so viel wie möglich zu benutzen. Sie wenden dafür bestimmte Therapiekonzepte wie Bobath und Afoller an.

Die Reaktion von Lucas:

Wenn Lucas in der Therapie seinen „Hemi-Arm“ benutzt, dauert das Anziehen bedeutend länger. In der Therapie arbeitet er beim Üben des Anziehens sehr gut mit, nicht zuletzt, weil Sie als seine Therapeutin sehr nett sind und sich so viel Mühe geben. Ist Lucas dann aber allein, verwendet er hauptsächlich seinen nicht betroffenen Arm, damit das Anziehen flott vonstattengeht.

Vorgehensweise 2:

Sie verstehen das Verhalten von Lucas und überlegen gemeinsam mit ihm, bei welchen Aktivitäten er seinen „Hemi-Arm“ einsetzen will und muss. Lucas nennt spontan einige Beispiele. So etwa das Öffnen einer Cola-Dose, das bis dato nur funktioniert, wenn er die Dose zwischen seine Oberschenkel klemmt. Auch wenn er die Knöpfe seiner Jacke schließen will, gestaltet sich dies umständlich und langwierig. Und schließlich will Lucas wieder Schlagzeug spielen, was mit einem Arm unmöglich ist. Sie entscheiden mit Lucas, dass das Schlagzeugspielen sehr gut geeignet ist, um mit seinem „Hemi-Arm“ zu üben. Lucas bittet seine Eltern, ihm am Wochenende seine Schlagstöcke mitzubringen, um auf Tischen und Stühlen zu trommeln. Um gleich loslegen zu können, besorgt sich Lucas aus der Holzwerkstatt schon mal zwei dünne Stöcke. Sie empfehlen ihm, eine entfernte Ecke auf dem Flur zum Musizieren zu suchen, sodass er keine Probleme auf der Station bekommt.

Vorgehensweise 1:

Die Therapeuten entscheiden über die Therapieziele, die zumeist in Fachsprache formuliert sind. Diese Ziele sind oft nur indirekt oder auch gar nicht auf die Alltagsbetätigungen des Klienten ausgerichtet.

Die Reaktion von Lucas:

Lucas und seine Eltern sind schwer beeindruckt von der fachsprachlichen Formulierung der Therapieziele, können sich aber kein wirkliches Bild machen, was diese Ziele bedeuten sollen. Diese Ziele waren:

- Reduzierung der Spastizität des Ellenbogens, Verbesserung der Supination
- Verbesserung der Rumpfstabilität
- Verbesserung der Greiffunktion der paretischen Hand

Vorgehensweise 2:

Sie überlegen mit Lucas, welche konkreten Ziele er selbst innerhalb der nächsten Wochen erreichen möchte. Dies erweist sich als problemlos, denn Lucas weiß ziemlich genau, welche Betätigungen er wieder beherrschen möchte. Sie helfen ihm lediglich dabei, realistische Ziele zu formulieren. Sie notieren zusammen folgende Ziele:

- Lucas hält innerhalb der nächsten zwei Wochen eine ungeöffnete Cola-Dose mit seiner linken paretischen Hand so stabil auf dem Tisch, dass er sie mit der rechten Hand öffnen kann, ohne etwas zu verschütten.
- Lucas öffnet und schließt innerhalb der nächsten zwei Wochen seine Jacke mit beiden Händen. Dies schafft Lucas anstatt wie bisher in acht Minuten nun in vier Minuten,
- Lucas trommelt innerhalb der nächsten zwei Wochen mit beiden Drumsticks einfache und langsame Rhythmen.

Vorgehensweise 1:

Therapeuten geben ihren Patienten in erster Linie „defizitorientierte Übungen“, die diese dreis- bis fünfmal pro Tag machen sollen. Typisch wären etwa Übungen, mit der betroffenen Hand über den Tisch zu wischen, mit gefalteten Händen bestimmte Bewegungen auszuführen, den Arm zu bürsten und zu dehnen etc.

Die Reaktion von Lucas:

Für Lucas aber sind diese „defizitorientierten Übungen“ bloß langweilige und bedeutungslose Aufgaben, denen er ohne Motivation und innere Überzeugung nachgeht und die er auch mal „vergisst“.

Vorgehensweise 2:

Sie sind davon überzeugt, dass Lucas seine Übungen erledigen würde, sobald er sie auch selbst mitgestalten könnte. Sie wissen, dass er bereits angefangen hat, intensiv das beidhändige Öffnen einer Cola-Dose zu üben. Gemeinsam mit Lucas fertigen Sie eine Liste mit Übungen an, in denen die Dose eine Rolle spielt. Lucas ist sehr kreativ und erfindet Übungen, wie z. B. eine Cola-Büchse auf dem Tisch rollen, kleine Steinchen mit der nicht betroffenen Hand in die (mit der betroffenen Hand gehaltene) Dose stecken und anschließend damit einen Rhythmus schütteln usw.

Indem Sie Lucas bei der Gestaltung der Übungen mit einbeziehen, können alle Übungen für die Schulter, den Ellbogen, die Pro- und Supination sowie das Greifen und Loslassen in die Cola-Dosen-Übung einfließen. Lucas entdeckt beim Trommeln mit seinen Drumsticks viele gute Übungen, vor allem dann, wenn er Musik hört. Da er mit seiner „Hemi-Hand“ noch nicht so gut greifen kann, steckt er am Anfang den Schlagstock zwischen die Finger. Er ist zwar etwas frustriert, dass er nur so langsam spielen kann, aber er ist zuversichtlich: „Ich habe es schon einmal gelernt. Ein zweites Mal werde ich es auch lernen.“

Vorgehensweise 1:

Es gibt im Klinik- und Praxisalltag kaum Chancen, die Angehörigen aktiv in den Therapieprozess mit einzubeziehen, und auch Hausbesuche sind nicht möglich. Der Hauptauftrag besteht allein in der Verbesserung der Defizite des Patienten.

Die Reaktion von Lucas' Eltern:

Die Eltern und Geschwister kommen zwar oft zu Besuch, sie müssen aber während Lucas' Therapie in der Regel auf dem Flur oder in seinem Zim-

mer warten. Nur manchmal dürfen die Besucher auch bei der Therapie zusehen. Die Eltern werden regelmäßig über die Fortschritte von Lucas informiert. Sie erfahren, wie gut ihr Sohn seinen Arm einsetzen kann und wie sich sein Gangbild verbessert hat. Demzufolge sind Lucas' Angehörige ebenfalls in einer „passiven“ Rolle. Die Eltern aber sind sehr engagiert und fragen entsprechend oft nach, wodurch sie von einigen Kolleginnen als „sehr fordernd“ eingestuft werden.

Vorgehensweise 2:

Sie fragen Ihre Vorgesetzten, ob Sie die Angehörigen von Lucas in Ihr klientenzentriertes Experiment mit einbeziehen dürfen. Da ihre Vorgesetzten erkannt haben, wie erfolgreich Ihre ersten Versuche mit den Übungen, Zielen und Gruppen waren, sind sie einverstanden. Im Anschluss vereinbaren Sie mit Lucas und seinen Eltern einen Termin, um zu erfragen, wie die Eltern die Fortschritte ihres Sohnes bewerten und welche Wünsche sie an die Therapie haben. Die Eltern zeigen sich zunächst verunsichert, da sie nach ihrer Meinung gefragt werden, signalisieren dann aber ihre Zufriedenheit über den Stand der Therapie.

Große Sorge bereitet den Eltern allerdings, wie es mit Lucas im Gymnasium weiter geht. Wie soll Lucas mit nur einer Hand seine Arbeiten am Computer erledigen? Wie soll er im Sportunterricht teilnehmen? Wie soll er in Mathematik mit Zirkel und Lineal umgehen? Auch Lucas möchte schnell lernen, wieder mit beiden Händen am Computer zu schreiben. Entsprechend wird „beidhändiges Tippen auf einer Computertastatur“ als weiteres Therapieziel formuliert. Um sich über das Problem der Schulfähigkeit auszutauschen, nehmen Sie Kontakt zu seinem Lehrer auf. Gleichzeitig vereinbaren Sie mit Lucas und seinen Eltern einen Termin in der folgenden Woche, um das weitere Prozedere zu besprechen.

Am nächsten Wochenende wird Lucas aus der Klinik beurlaubt. Der 14-Jährige kann dann zu Hause sein Schlagzeug ausprobieren, und seine Freunde haben ihn Samstagnachmittag in den Schützenverein eingeladen. Er freut sich schon, seine Fertigkeiten mit der Cola-Dose zu zeigen und alleine seine Schützenjacke an- und auszuziehen. Seine nächste Frage ist, wie er es schaffen wird, sein Gewehr zu laden.

Übungsaufgabe



Ihr Versuch war also von großem Erfolg gekrönt. Sie haben es geschafft, viele Elemente der Klientenzentrierung in Ihrer Behandlung von Lucas umzusetzen. Ihr Experiment wurde sehr gut aufgenommen, sodass Sie gebeten werden, bei der nächsten internen Ergotherapiefortbildung in der Klinik einen Power-Point-Vortrag von 15 Minuten über Ihren Fall zu halten. Stellen Sie also den Fall auf der Basis der Merkmale der Klientenzentrierung aus der Box in Kap. 3.1 dar.

Zum Abschluss muss ehrlich gesagt werden, dass die Umstellung auf eine klientenzentrierte Vorgehensweise nicht einfach ist. Hohe Anforderungen an Engagement, Zeit und Austausch gehören dazu. Man muss sich selbst aufmachen, vertraute Vorgehensweisen hinterfragen und viel Offenheit mitbringen. Es bedarf einer großen Portion Selbstvertrauen, sich immer wieder dahingehend in Frage zu stellen, ob man das „Ruder“ im ergotherapeutischen Prozess an den Klienten abgegeben hat oder noch nicht.

Klientenzentrierte Praxis hat aber eindeutige Vorteile, nicht nur das partnerschaftliche Vorgehen und das Übernehmen von Verantwortung seitens des Klienten. Es führt auch zu einer erhöhten Klienten-Partizipation, dem Erleben von Selbstwirksamkeit für die Klienten und höherer Zufriedenheit mit der Therapie (vgl. Sumsion 2002). Dazu lohnt es sich, die Erfahrungsberichte aus Kapitel 10 genauer zu lesen, in denen Auszubildende, Praxisanleiter und Klienten berichten, welche Erfolge die klientenzentrierte Vorgehensweise für sie mit sich gebracht hat.

Literatur

- Costa U. Arbeit mit Eltern und Umfeld von Kindern und Jugendlichen. In: Baumgarten A, Strebel H. Ergotherapie in der Pädiatrie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2016
- Fisher A. OTIPM. Occupational Therapy Intervention Process Model – Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention. Idstein: Schulz-Kirchner; 2017 (Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B)
- Gede H et. al. Kinder zu Wort kommen lassen. Idstein: Schulz-Kirchner; 2007
- Kraus E, Romein E. PEAP – Pädiatisches Ergotherapeutisches Assessment und Prozessinstrument. Idstein: Schulz-Kirchner; 2015
- Lange S. Kommunikationskompetenz in den Therapieberufen: Gemeinsam ans Ziel. Idstein: Schulz-Kirchner; 2012
- Law B, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock COPM Handbuch (Deutsche Übersetzung: Dehnhardt, George, Harth). Idstein: Schulz-Kirchner; 2015
- Law M, Mills J. Client-Centered Occupational Therapy. In: Law M, Hrsg. Client-Centered Occupational Therapy. Thorofare NJ: Slack Incorporated; 1998
- Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. 264. Aufl. Berlin, Boston: De Gruyter; 2013
- Rodger S. Becoming more Occupation-centred When Working with Children. In: Rodgers S, Hrsg. Occupation-centred practice with Children – A practical Guide for Occupational Therapists. West-Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2010
- Sumsion T. Hrsg. Klientenzentrierte Ergotherapie – Umsetzung in der Praxis. Stuttgart: Thieme; 2002 (Deutsche Übersetzung: Dehnhardt B, Dehnhardt J). Originalausgabe: Client-Centred Practice in Occupational Therapy, Churchill Livingstone, Harcourt Brace and Company Limited; 1999.
- Townsend E A, Polatajko H J. Enabling Occupation II. 2nd ed. Ottawa Ontario: CAOT Publications ACE; 2013
- Weinberger S. Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. 14. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2013
- Weinstock-Zlotnick G, Hinojosa J. Bottom-Up or Top Down Evaluation: Is One Better Than the Other? The American Journal of Occupational Therapy 2004; 58 (5).

Internet

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) Was bedeutet Personenzentrierung im BTHG?, <https://www.bmas.de> (Zugriff am 15.03.19)

Kapitel 4

ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

4.1	Einführung in die ICF	78
4.2	Die ICF als ein bio- psycho-soziales Modell	78
4.3	Das Konzept der funktionalen Gesundheit	82
4.4	Ziele und Anwendungs- möglichkeiten der ICF	83

4 ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Ellen Romein

4.1 Einführung in die ICF

Es gibt weltweit zahlreiche Institutionen, die sich mit dem Thema Gesundheit von Menschen beschäftigen. Eine davon ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie hat ein umfassendes Werk veröffentlicht, das beschreibt, was Gesundheit ausmachen kann.

ICF ist die Abkürzung für „International Classification of Functioning, Disability and Health“. Die ICF ist ein von der Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organization) im Jahr 2001 publiziertes Klassifikationssystem, mit dem der Gesundheitszustand eines jeden Menschen eindeutig und verständlich dargestellt werden kann.

Für die Ergotherapie ist die ICF besonders hilfreich und nützlich, denn das Konzept der ICF stellt die Teilhabe/Partizipation im Alltag (vgl. Rentsch 2006, Witzmann 2015 u. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. 2019) in den Mittelpunkt für ein gesundes Leben. Partizipation bedeutet, dass ein Mensch in seine Umgebung und seine Umwelt integriert und einbezogen ist. Eine Betätigung (s. Kap. 2) besteht aus einer Kombination von Aspekten der Aktivität und Partizipation der Klienten in ihrem spezifischen Kontext. Die ICF unterstützt das Anliegen der Ergotherapeuten, ihre Klienten dabei zu unterstützen, den für sie wichtigen alltäglichen Betätigungen nachzugehen – und so ihre Partizipation zu verbessern.

Die ICF ist ein Modell, das von allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen genutzt wird, also von Ärzten, Logopäden, Physiotherapeuten, Heilerziehungspflegerinnen, Sozialarbeitern etc., aber auch von den Krankenkassen. Mit der „Sprache“ der ICF wird die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen erleichtert, weil vereinheitlicht.

Die ICF ist die Nachfolgeklassifikation der „*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*“ (ICIDH) aus dem Jahr 1980. Die Begriffe „Impairment“ (Beeinträchtigung), „Disability“ (Behinderung) und „Handicap“ machen deutlich, dass die alte ICIDH in erster Linie auf Krankheiten und Defizite ausgerichtet war. Die Basis war ein bio-medizinisches Modell. Das bedeutet: man ist krank, dadurch ist man eingeschränkt. Die

Symptome der Erkrankung werden behandelt, als Ergebnis verschwindet die Erkrankung oder Behinderung. Man nennt dies ein „Krankheitsfolgemodell“, es ist vor allem defizitorientiert. Man spricht auch von einem eindimensionalen Modell, weil die Erkrankung (Ursache), Symptome hervorruft. Behandelt man die Symptome, so das Modell, verschwindet die Erkrankung (Ursache), und man ist wieder gesund.

Für uns Ergotherapeuten ist das Nachfolgemodell, die ICF, leicht zu verstehen, deckt sich die Kernaussage der ICF doch mit unserem neuen Paradigma der Betätigungszentrierung.

4.2 Die ICF als ein bio-psycho-soziales Modell

Im Gegensatz zur ICIDH zeigt die ICF als „*Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*“ aus dem Jahr 2001 einen neuen Weg in der Rehabilitation auf.

Die ICF kann als ein bio-psycho-soziales Modell von Gesundheit beschrieben werden. Das heißt, dass es eine *mehrdimensionale Sichtweise* auf die Person und deren Gesundheitszustand gibt. Man sieht schon, es sind mehrere Komponenten, die einen Einfluss haben. Demnach beschreibt die ICF fünf Komponenten:

- Körperstrukturen und Körperfunktionen
- Aktivitäten
- Partizipation (Teilhabe)
- Umweltfaktoren
- personbezogene Faktoren

In ► Abb. 4.1 sind alle Komponenten enthalten und über die Pfeile wird deutlich, wie diese zueinander in Verbindung stehen. Sie sind alle miteinander verknüpft und wenn sich an der einen Stelle etwas verändert, kann das zu Veränderungen an anderen Stellen führen.

Um das Modell zu erfassen, ist es notwendig, die einzelnen Komponenten zu kennen und die Zusammenhänge untereinander zu verstehen. Die WHO teilt die ICF in zwei Teile und definiert sie wie folgt (vgl. WHO 2005):

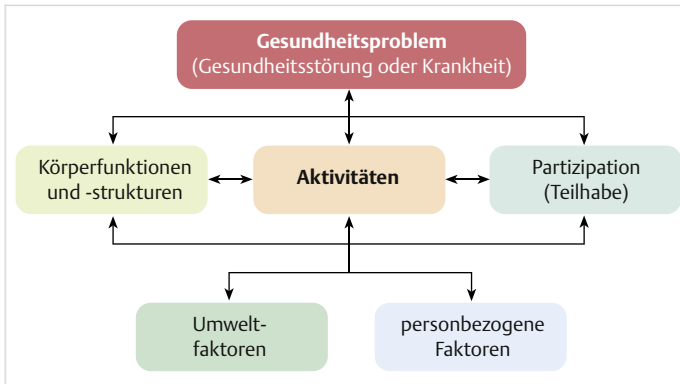


Abb. 4.1 Die fünf Komponenten der ICF.

4.2.1 Teil 1 der ICF: Funktionsfähigkeit und Behinderung

Körperfunktionen und -strukturen

- Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen) z. B. Schlucken, Langzeitgedächtnis, Denkt tempo, Schmerz, Gelenkbeweglichkeit, Kraft etc.
- Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, z. B. Haut, Knochen, Niere, Herz etc.

Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

- Eine Aktivität bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen
- Partizipation (Teilhabe) ist das Einbezogen sein in eine Lebenssituation

In der ICF wird nicht unterschieden, ob etwas eine Aktivität ist oder Partizipation. Dies ist individuell zu entscheiden.

Beispiele: zuschauen, üben, Lesen lernen, Probleme lösen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress umgehen, kommunizieren, sprechen, diskutieren, die Körperposition wechseln, Gegenstände tragen, feinmotorischer Handgebrauch, gehen, ein Fahrzeug fahren, sich waschen, essen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen, Familienbeziehungen, Schulbildung, bezahlte Arbeit, Erholung, politisches Leben.

4.2.2 Teil 2 der ICF: Kontextfaktoren

- Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Beispiele: Produkte und Technologien, Bevölkerung, Flora und Fauna, Klima, Licht, Laute und Geräusche, Luftqualität, Familienkreis, Freunde, domestizierte Tiere, Fachleute der Gesundheitsberufe, individuelle Einstellungen von Menschen, Märkte, Parks, Elektrizitätsfirmen, Internet, die Bahn, Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienste, Gerichte, Vereine, die Presse, Sozialdienst, Sozialversicherung, Krankenhäuser, Schulen, Universitäten

- personbezogene Faktoren bilden die individuellen Faktoren einer Person ab z. B. Alter, Gewicht, Größe, Rollen, Einstellungen, eigene Werte und Normen, kulturelle Prägung

4.2.3 Definitionen der ICF für Einschränkungen im Gesundheitszustand

Gibt es im Gesundheitszustand einer Person Einschränkungen, dann sind diese wie folgt definiert:

- Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z. B. eine wesentliche Abweichung oder Verlust der Funktion oder Struktur (z. B. stellt es eine wesentliche Abweichung der Struktur dar, wenn eine Person 6 statt 5 Zehen hat).
- Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

- Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe) sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.

4.2.4 Codierung im Rahmen des Modells

In der ICF wird für jeden Zustand, in dem sich eine Person befindet, ein Code vergeben, der sich von übergeordneten bis zu detaillierten Aspekten erstreckt. Auf diese Weise kann man den Zustand und die Fertigkeiten eines Menschen beschreiben. Jeder Code beginnt mit einem Buchstaben:

- b für Körperfunktionen (engl. body functions)
- s für Körperstrukturen (engl. body structures)
- d für Domänen der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) (engl. domains of activities and participation)
- e für Umweltfaktoren (engl. environmental factors)

Daran schließen sich Ziffern an, aus denen man das betreffende Kapitel der ICF und die weiteren Ebenen der Codierung ersehen kann.

Achtung



Die personbezogenen Faktoren sind nicht codiert. Das erscheint auch logisch, weil diese Faktoren ja individuell sind und eben nicht als Systematik abgebildet werden können.

Jede Komponente kann in positiven und negativen Begriffen ausgedrückt werden. In der ICF-Sprache werden die positiven Aspekte/Merkmale als *Förderfaktoren* bezeichnet. Die negativen Aspekte/Merkmale werden *Barrieren* genannt. Es kann z. B. ein Umweltfaktor sein, dass eine Person Medikamente erhält. Für den einen kann es eine Barriere sein, weil ihm die Einnahme viele Nebenwirkungen beschert, die sich wiederum auf seine Aktivitäten auswirken. Eine andere Person kann ebenfalls Medikamente erhalten und für diese kann das ein Förderfaktor sein, weil erst durch die Medikation eine Teilnahme an einer Behindertenballsportgruppe möglich ist (z. B. wenn Schmerzen darüber reduziert sind).

Alles hängt miteinander zusammen und wird voneinander beeinflusst. Die Klassifikation ist nicht mehr rein defizitorientiert (z. B. die Erkrankung, alles was nicht funktioniert), sondern auch

Ressourcen und Stärken von Personen finden hier ihren Platz. Unter anderem in den personbezogenen Faktoren (z. B. optimistische Lebenseinstellung, jemand kann sich über kleine Dinge im Leben freuen, jemand traut sich, um Hilfe zu bitten und sieht es nicht als Schwäche etc.). Das Modell wurde nicht nur von Medizinern entwickelt, sondern auch Patientenorganisationen, Sozialwissenschaftler und anderes Fachpersonal waren daran beteiligt.

Im Folgenden sollen anhand des Beispiels „Eine junge Frau fährt im Herbst in Hannover mit dem Fahrrad zum Lebensmitteleinkauf“ die verschiedenen Bereiche der ICF vorgestellt werden. Im ersten Schritt wird die Betätigung *Fahrradfahren* näher betrachtet. Dabei werden die Codierungen für die einzelnen Items in Form von Zahlen und Buchstaben vorgenommen.

Komponente Aktivitäten/Partizipation

Für das Fahrradfahren benötigt die junge Frau z. B.:

- d160: *Aufmerksamkeit fokussieren*, um am Verkehr teilzunehmen und ablenkende Geräusche auszufiltern.
- d230: Einkaufen ist Teil ihrer *täglichen Routine*.
- d315: Unterwegs muss sie die Verkehrszeichen beachten, sie *erkennt die Symbole*.
- d475: Sie *fährt Fahrrad*.

Der Buchstabe „d“ steht für den Bereich *Domänen der Aktivitäten/Partizipation*; die auf den Buchstaben folgende Zahl gibt die Nummer des Items an.

Für das Einkaufen finden wir in der ICF

- d177: Die junge Frau muss *entscheiden*, welche Lebensmittel sie kauft.
- d240: Wenn der Laden voll ist und sie wenig Zeit hat, muss sie *mit Stress umgehen*.
- d166: Sie *liest*, was auf den Verpackungen steht.
- d330: Die junge Frau *spricht* jemanden an, um zu fragen, wo ein bestimmter Artikel steht, den sie braucht.
- d430: Sie *trägt* Gegenstände zu ihrem Einkaufswagen.
- d445: Sie *schiebt* den Einkaufswagen.
- d450: Sie *geht* zum und in den Laden.
- d620: Sie *besorgt* sich alles, was sie für ihr Essen braucht.

- d730: Sie befindet sich im Laden unter vielen *fremden Personen*, sie kann damit umgehen.
- d860: Sie *bezahlt*.

Komponente Körperfunktionen in Bezug auf Fahrradfahren

- b114: Die junge Frau *orientiert* sich auf dem Weg zum Laden.
- b156: Sie *hört*, ob Autos hinter ihr sind, sie hört Kinderstimmen und passt besonders auf.
- b235: Sie hat einen guten *Gleichgewichtssinn*, sodass sie nicht vom Fahrrad fällt.
- b270: Die junge Frau entscheidet sich, ihre Jacke zu schließen, weil sie *wahrnimmt*, dass der Herbstwind ziemlich *kalt* ist.
- b440: Ihr *Atemrhythmus* beschleunigt sich, weil sie in Eile ist.
- b730: Um die hohe Brücke zu überqueren, braucht die junge Frau gute *Muskelkraft* in den Beinen.
- b755: Sie benötigt gute *Gleichgewichtsreaktionen*, wenn sie einem Auto ausweicht.

Der Buchstabe „b“ steht für den Bereich Körperfunktionen (body functions); die auf den Buchstaben folgende Zahl gibt die Nummer des Items an.

Komponente Kontextfaktoren

Im Folgenden werden die *Umweltfaktoren* betrachtet, die für die junge Frau eine Rolle spielen könnten bei ihrer Aktivität „im Herbst in Hannover mit dem Fahrrad zum Lebensmitteleinkauf fahren“.

- e115: Die *Kleidung*: Sie trägt eine wind- und wetterfeste Jacke
- e120: Das *Fahrrad*: Die Gangschaltung erleichtert das Fahren gegen den Wind.
- e160: Die *Wege und Straßen*: In Hannover gibt es viele Radwege, es handelt sich um Flachland ohne Berge.
- e225: Das *Herbstwetter*: Es ist kühl und sehr windig.
- e250: Die *Geräusche* von Autos, anderen Verkehrsteilnehmern, spielenden Kindern.
- e260: Die *Luftqualität*: Es gibt viele Bäume, die Luft ist frisch.

Der Buchstabe „e“ steht für den Bereich Umwelt (environment); die auf den Buchstaben folgende Zahl gibt die Nummer des Items an.

Im Anschluss werden die *personbezogenen Faktoren* der jungen Frau vorgestellt, die zum Tragen kommen. Es handelt sich beispielsweise um diese möglichen Items:

- Die junge Frau ist jung und sportlich.
- Sie interessiert sich für neue Produkte auf dem Markt
- Sie geht gerne in Feinkostläden, weil sie dort eine gute Qualität vermutet
- Sie lässt sich leicht zum Kauf sehr teurer Lebensmittel verführen.

Wie bereits erwähnt, sind die personbezogenen Faktoren seitens der ICF nicht klassifiziert und entsprechend nicht codiert. Erfasst werden diese Faktoren über Beobachtung von außen, oder durch Selbstbeschreibung der handelnden Person.

Übungsaufgabe



Überprüfen Sie Ihr Verständnis der Beschreibung des Zustandes eines Menschen anhand der Klassifikationen der ICF. Codieren und untergliedern Sie eine eigene Betätigung nach den Komponenten der ICF.

Laden Sie sich dazu die ICF-Vollversion auf der Webseite www.dimdi.de des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) kostenlos herunter. Sie finden die ICF dort unter dem Menüpunkt „Klassifikationen“.

Fallbeispiel

B

Eine 45-jährige Krankenschwester hat einige Bandscheibenvorfälle und wurde mehrfach operiert. Ihr Orthopäde attestiert: „Sie haben den Rücken einer 70-Jährigen.“

Das Rückenleiden der Krankenschwester wirkt sich auf viele Körperfunktionen aus. Die Hauptprobleme der 45-Jährigen sind permanenter Schmerz im Rücken, in Schultergelenken und Nacken sowie ein gelähmter Fuß. Sie trägt eine Schiene an ihrem Unterschenkel, die dafür sorgt, dass ihr Fuß nicht hängt. Durch diese Gesundheitsprobleme kann sie viele Alltagsaktivitäten nicht mehr gut ausüben wie Einkaufen, die Wohnung sauber halten, im Wald mit ihrem Hund spazieren gehen, mit dem Auto in Urlaub fahren. Sie wird über Monate krankgeschrieben und reduziert nach einiger Zeit ihre Arbeitszeit auf 20 und dann schließlich auf 10 Wochenstunden.

Die Umweltfaktoren gestalten sich wie folgt: Die Alleinstehende lebt mit ihrem Hund in einer Wohnung im ersten Stock inmitten einer Stadt, sodass sich die Dinge des täglichen Bedarfs in ihrer Nähe befinden. Sie hat viele Freunde und Bekannte, die sie unterstützen. An persönlichen Faktoren sind zu nennen: Die Frau ist sehr selbstständig, sie bittet selten andere Menschen um Hilfe. Sie findet schnell für alle Unwägbarkeiten geeignete Lösungen, hat eine positive Lebenseinstellung, achtet auf ihr Äußeres und hält ihre Wohnung so gut es geht in Schuss. Finanziell allerdings steht die Krankenschwester auf wackeligen Beinen, denn ihr Einkommen aus 10 Wochenstunden ist natürlich sehr beschränkt. Sie erhält zusätzlich dazu Sozialleistungen und lebt von insgesamt ca. EUR 1000,- Euro im Monat.

Am bio-psycho-sozialen Modell können die Wechselwirkungen zwischen Körperstrukturen und Körperfunktionen sowie Aktivitäten und Partizipation gut dargestellt werden. Weniger Partizipation ist gleichbedeutend mit weniger Aktivität und umgekehrt. Als Folge von mangelnder Aktivität wiederum können bestimmte Körperfunktionen beeinträchtigt werden. Die Krankenschwester kann ihrem Fahrradsport nicht mehr nachgehen, sodass ihre Kondition in Mitleidenschaft gerät. Durch die finanziellen Einbußen muss sie die Tageszeitung abbestellen und fährt nicht mehr in den erholsamen Urlaub.

Weil die 45-Jährige inzwischen weniger Kontakte hat, droht Vereinsamung, sie nimmt viele Medikamente, also besteht auch das Risiko von Medikamentenabhängigkeit, vielleicht sogar Depression. Andererseits hat sie eine positive Lebenseinstellung, ihre Eltern schenken ihr ein spezielles Fahrrad und ein Auto, mit denen sie gut fahren kann, sie bekommt Hilfe für den Haushalt ihrer günstigen Altbauwohnung, die sie in vielen Jahren sehr schön gestaltet hat.

Wie dargestellt wurde, ist es möglich, mit allen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells zu zeigen, welche Faktoren sich positiv oder welche sich negativ auf die Gesundheit eines Menschen auswirken.

Übungsaufgaben



- Zeichnen Sie das bio-psycho-soziale Modell auf ein großes Blatt Papier und tragen Sie alle Elemente aus dem Fallbeispiel der Krankenschwester an der passenden Stelle ein.
- Verändern Sie nun einige Daten aus dem Kontext zum Fallbeispiel der Krankenschwester wie z. B. die Wohnsituation (vierter Stock ohne Aufzug, teure Wohnung, Wohnung im Dorf), die Hobbys oder die finanziellen Parameter. Was könnte dies für die Gesundheit der Krankenschwester bedeuten?

4.3 Das Konzept der funktionalen Gesundheit

Die Frage, was „gesund sein“ eigentlich bedeutet, wird in der ICF so beschrieben:

Eine Person gilt als *funktional gesund*, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (*Konzept der Kontextfaktoren*):

- die körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und die Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (*Konzept der Körperfunktionen und -strukturen*),
- die Person all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (*Konzept der Aktivitäten*) und
- die Person ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten

erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen). (WHO 2005, S. 4)

Dies ist nicht so einfach zu verstehen. Nehmen wir also ein Beispiel:

Fallbeispiel

B

Wir haben eine Frau mit Rheuma, sie ist also im Bereich der körperlichen Funktionen nicht gesund, weil einige ihrer Gelenke nicht der Norm entsprechen (sie sind schmerzhaft, geschwollen, die Gelenkbeweglichkeit ist eingeschränkt).

Sie führt aber alle Aktivitäten aus, die jemand ohne Rheuma auch ausführt: Sie putzt, sie kocht, sie arbeitet, sie fährt Auto. Im Bereich der Aktivitäten empfindet sie sich selber als gesund.

Sie nimmt an allen Lebensbereichen teil wie jemand ohne Rheuma: sie hat eine Familie, Freunde, arbeitet, schwimmt, fährt in Urlaub. Im Bereich der Teilhabe ist sie also nach eigener Meinung auch gesund.

Entscheidend ist hier natürlich, wie diese Person leben möchte, und das ist sehr individuell. Es gibt Menschen, die körperlich, psychisch oder kognitiv große Einschränkungen haben und trotzdem sagen, dass sie gesund sind. Und es gibt Menschen, die relativ kleine Einschränkungen haben und sich in einem oder mehreren Bereichen (körperlich, Aktivitäten, Teilhabe) als nicht gesund einschätzen.

Das „Normalitätskonzept“ im Konzept der Körperstrukturen und Körperfunktionen steht somit nicht mehr ausschließlich im Mittelpunkt.

Mit dem Begriff der „funktionalen Gesundheit“ wird die bisherige Betrachtungsweise verlassen, d. h. das klassische bio-medizinische Modell. Die Krankheit oder die Behinderung stehen nicht mehr ausschließlich im Fokus, sondern der Blick richtet sich darauf, wie jemand mit einer Beeinträchtigung sein Leben gestaltet und wie er an der Gesellschaft teilnimmt. Jeder Mensch kennt aus seinem eigenen Umfeld andere Menschen, die mit Krankheit oder Behinderung voll am Leben teilnehmen. Denken Sie an Ihre Nachbarin mit chronischen Rückenschmerzen, die Tante mit Rheuma oder an die Kollegin, die Asthma hat.

Um den Unterschied zu illustrieren, soll hier ein Beispiel dienen, wie Menschen mit Erkrankungen genannt werden:

Bio-medizinisch: Beim Wort „*Rheumapatient*“ liegt der Schwerpunkt auf der Erkrankung eines Menschen, auf seinen Defiziten, er wird über seine Erkrankung definiert. Menschen, die Rheuma haben, wollen aber nicht die ganze Zeit als „Rheumapatient“ abgestempelt werden. Sie bestehen aus mehr als nur ihrer Erkrankung.

Bio-psycho-sozial: Das Wort „*Person mit Rheuma*“ beinhaltet, dass die Person auch viele andere Aspekte hat, wie etwa „Person mit Partner, Garten, Arbeit, braunen Haaren“. Sie arbeitet, hat eine Familie, ist Hobbykoch, Hundehalter etc. Die Erkrankung steht nicht mehr im Vordergrund, ist aber Teil dieses Menschen, wie auch viele andere Aspekte Teil dieses Menschen sein können. Die Aktivitäten und die Partizipation können die Erkrankung positiv oder negativ beeinflussen.

Relevant für die Ergotherapie ist vor allem die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells der ICF. Es liefert ein klares System, wie der Zustand und die Situation eines Klienten unter Berücksichtigung seines Kontextes (Kontextfaktoren mit Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren) betrachtet werden können. Diesbezüglich zeigt sich die Nähe zu ergotherapeutischen Modellen wie etwa dem in Kap. 5.2 vorgestellten kanadischen CMOP-E. Zudem trifft die ICF als ein bio-psycho-soziales Modell sehr gut den Kern der Ergotherapie, da Aktivitäten und Partizipation im Mittelpunkt stehen.

Übungsaufgabe



Nennen Sie mindestens fünf bekannte Persönlichkeiten, die auch mit Krankheit oder Behinderung ihr Leben erfolgreich meistern.

4.4 Ziele und Anwendungsmöglichkeiten der ICF

Nach der Darstellung der ICF und ihrer Inhalte kann man sich jetzt natürlich die Frage stellen, mit welchem Ziel sie im Gesundheitswesen eingesetzt werden kann und wo darin die Anwendungsmöglichkeiten für die verschiedenen Berufsgruppen liegen.

4.4.1 Die Ziele der ICF

- Die ICF liefert *eine wissenschaftliche Grundlage* für das Verstehen des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände.
- Die ICF stellt eine gemeinsame *Sprache* für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Nutzern wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern und der Öffentlichkeit einschließlich Menschen mit Behinderung zu verbessern.
- Die ICF *ermöglicht Datenvergleiche* zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie Vergleiche im Zeitverlauf.
- Die ICF stellt ein *systematisches Verschlüsselungssystem* für Gesundheitsinformationssysteme bereit. Zum Beispiel können Ergotherapeuten die Codes für ihre Dokumentation nutzen und diese in Codesprache, also sehr kurz gefasst, an Ärzte im Bericht weiter geben; genauso können Krankenkassen über die Codes schnell und einfach Daten erfassen. (vgl. WHO 2005)

4.4.2 Anwendungsmöglichkeiten der ICF

Generell beschreibt die WHO in der Einführung verschiedene Möglichkeiten der Anwendung:

- als statistisches Instrument zur Erhebung und Dokumentation von Daten (durch die gemeinsame Sprache ist z. B. auch ein weltweiter Datenvergleich möglich)
- als Forschungsinstrument (z. B. für Messungen zu Lebensqualität und Umweltfaktoren bei bestimmten Krankheiten)
- als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung (z. B. kann die ICF genutzt werden, um Bedarfsbeurteilungen bei Hilfsmitteln zu begründen)
- als sozialpolitisches Instrument (z. B. für die Planung von Barrierefreiheit in Städten)
- als pädagogisches Instrument (z. B. zur Curriculumentwicklung, zur Schaffung von Problembewusstsein oder als Anstoß für soziales Handeln) (vgl. WHO 2005)

Die gemeinsame Sprache ist der Bereich, in dem schon viel umgesetzt wurde. Beispiele dafür sind die Dokumentation, Berichterstattung, Teamgespräche und die Zielformulierung nach ICF.

Seit vielen Jahren gibt es einmal jährlich in Deutschland die ICF-Anwenderkonferenz. Die ICF-Anwenderkonferenzen dienen der Information über Aktivitäten zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), dem Erfahrungsaustausch, der Erörterung offener Fragen sowie der Diskussion von Projekten und deren Ergebnissen.

Zudem gibt es sehr viele Projekte, in denen die ICF als Grundlage benutzt wird. Ein Beispiel ist die Gruppe PART-CHILD – Verbesserung der Versorgungsqualität und der sozialen Teilhabe von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen an Sozialpädiatrischen Zentren. PART-CHILD ist ein Projekt zu Versorgungsmaßnahmen an Sozialpädiatrischen Zentren, die den Fokus in der Versorgung konsequent auf partizipative Entscheidungsfindung, Teilhabeorientierung und die ICF-CY als gemeinsame Sprache legt. Bei DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; www.dimdi.de) waren mit Stand März 2019 55 Projekte aufgelistet, die die Bandbreite der Anwendung und Umsetzung der ICF gut darstellen.

Auf der Webseite www.rehadat-icf.de werden viele Praxisbeispiele gegeben, vor allem Beispiele, wie Menschen mit Behinderung wieder in den Beruf eingegliedert wurden.

Es gibt mittlerweile auch Assessments, die die ICF nutzen, um den aktuellen Gesundheitszustand einer Person zu erfassen. Es gibt z. B. das *Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen* (Mini-ICF-APP). Es kann als Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation beschrieben werden.

Dieses Instrument ermöglicht eine Unterscheidung zwischen Krankheitssymptomen und krankheitsbedingten Fähigkeitsbeeinträchtigungen. Mit dem Mini-ICF-APP soll eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß ein Klient in der Durchführung von Aktivitäten, d. h. in seinen Fähigkeiten beeinträchtigt ist. Zum Beispiel werden die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen oder die

Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben beurteilt. Insgesamt werden 14 Fähigkeiten in dem Assessment eingeschätzt und ausgewertet. Dabei kann sowohl ein aktueller Status dieser Fähigkeiten erhoben werden, als auch im Therapieverlauf eine Veränderung gemessen werden. Das MINI- ICF-APP kann zur Erfassung des Bedarfs an therapeutischer und sozialer Hilfe sowie zur Planung von Maßnahmen zur Prävention, Gesundheitsförderung und Unterstützung bei der Partizi-

pation am gesellschaftlichen und beruflichen Leben eingesetzt werden. Mittlerweile liegt die zweite revidierte Fassung vor (vgl. Linden et al. 2015).

Seit der Veröffentlichung der ICF im Jahr 2001 hat sich einiges getan, wie an dem oben benannten Assessment zu sehen ist. Zudem ist die ICF für Kinder und Jugendliche entstanden. Diese soll hier zum Abschluss des Kapitels noch kurz vorgestellt werden.

Die ICF-CY

Die ICF-CY (WHO 2007) wurde von der ICF abgeleitet und dient dazu, die Besonderheiten des sich entwickelnden Kindes und den Einfluss seiner Umwelt aufzuzeigen. Das Kürzel „CY“ steht hierbei für „Children and Youth“. Zielgruppe der ICF-CY sind Säuglinge, Kinder und Jugendliche. Der Unterschied zur ICF besteht darin, dass in der ICF-CY zusätzlich Elemente von Wachstum und Entwicklung aufgenommen wurden. Die Veränderungen und Anpassungen konkretisieren sich dabei in folgenden Punkten:

- **Änderung und Erweiterung der Code-Beschreibungen.** Zur Erläuterung hierzu ein Beispiel aus der Klassifikation der Domänen der Aktivitäten/Partizipation: In der ICF findet sich folgende Beschreibung zum Code „d135 – Üben: Wiederholen einer Folge von Dingen oder Zeichen als elementarer Bestandteil des Lernens, wie zählen in Zehnerfolgen oder das Vortragen eines Gedichtes einüben.“ In der ICF-CY wurde dagegen unter „d135 – Üben“ noch eingefügt: das Einüben eines Reims mit Gesten.
- **Einführung neuer Codes zur Zuordnung neuer Inhalte.** Zur Erläuterung hierzu ein Beispiel

aus der Klassifikation der Aktivitäten/Partizipation: In der ICF besteht „Elementares Lernen“ u. a. aus den Codes „d130 – Nachmachen/Nachahmen“, „d135 – Üben“ etc.

In der ICF-CY besteht „Elementares Lernen“ ebenfalls aus dem Code „d130 – Nachmachen“. Allerdings folgen dann weitere neue Codes mit Nummern, die in der ICF nicht genutzt wurden wie etwa „d131 – Lernen durch Handlungen mit Gegenständen“, „d132 – Informationen erwerben“, „d133 – Sprache erwerben“, und „d134 – Zusätzliche Sprache erwerben“. Mit „d135 – Üben“ folgt dann wieder ein aus der ICF bekannter Code.

- **Erweiterung der Codes um kindliche Entwicklungsaspekte.** Zur Erläuterung hierzu wieder ein Beispiel aus der Klassifikation der Aktivitäten/Partizipation: Die ICF codiert das Trinken mit „d560“. In der ICF-CY wurde dieses Item mit der erweiterten Beschreibung „an der Brust trinken“ und „aus der Flasche trinken“ codiert. Indem also spezifische Inhalte und eine detaillierte Darstellung von Betätigungen zur Verfügung gestellt werden, erweitert die Version der ICF-CY für Kinder und Jugendliche den Anwendungsbereich der ICF für Erwachsene.

ICF



Die ICF ist eine Klassifikation aller Faktoren, die mit Gesundheit zu tun haben können. Alle Gesundheitsberufe können mittels der ICF ihre Arbeit klar darstellen. Dabei haben sie die Möglichkeit, eine gemeinsame und verbindliche Sprache zu verwenden, um über Klienten zu kommunizieren.

Das bio-psycho-soziale Modell hilft allen Therapeuten, Klienten umfassend zu betrachten und zu beschreiben. Die entsprechende Therapie in den Bereichen Aktivitäten/Partizipation, Körperfunktionen und -strukturen oder Kontext kann interdisziplinär besprochen, geplant und gestaltet werden. Vor allem für die Ergotherapie erweist sich die ICF als besonders hilfreich, da die Betonung von Aktivitäten und Partizipation sich vollkommen mit den Anliegen des Berufes deckt, gemeinsam mit ihren Klienten deren Teilhabe an ihrem Alltagsleben und ihre Lebensqualität zu verbessern. Hierzu werden die Klienten begleitet, um die gewünschten Betätigungen wieder zufriedenstellend ausführen zu können.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der ICF in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 2008 (gratis Download unter: www.bar-frankfurt.de)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Idstein: Schulz-Kirchner; 2019
- Linden M, Baron S, Muschalla B, MINI-ICF-APP. Mini-ICF Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Göttingen, Bern: Hogrefe; 2015
- Rentsch HP, Bucher PO. ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Idstein: Schulz-Kirchner; 2006
- WHO. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Geneva: World Health Organization; 2005
- WHO. ICF-CY. International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version. Geneva: World Health Organization; 2007
- Witzmann M et al. ICF-basierte Förder- und Teilhabepanung für psychisch kranke Menschen. Bern: Hand Huber; 2015

Internet

www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/

Kapitel 5

Ergotherapeutische Modelle und Assessments

5.1	Einführung in die ergotherapeutischen Modelle	88
5.2	Das CMOP-E	93
5.3	MOHO – Model of Human Occupation	101
5.4	Das Kawa-Modell	109
5.5	Das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)	112

5 Ergotherapeutische Modelle und Assessments

5.1 Einführung in die ergotherapeutischen Modelle

Barbara Dehnhardt

Ein wissenschaftliches Modell ist ein „Objekt, Gebilde, das die inneren Beziehungen und Funktionen von etwas abbildet bzw. [schematisch] veranschaulicht [und vereinfacht, idealisiert].“ (www.duden.de). Und was versteht man nun unter einem ergotherapeutischen Modell? Ein ergotherapeutisches Modell ist eine in Wort und Bild bzw. Grafik gefasste Vorstellung, wie der Mensch aus ergotherapeutischer Sicht „funktioniert“, wie also die einzelnen Komponenten, die einen Menschen ausmachen, sich gegenseitig beeinflussen. Es ermöglicht somit eine Struktur, die diese theoretische Vorstellung des Menschen in der praktischen Arbeit anwendbar macht. Durch diese Vorstellung lässt sich die praktische Arbeit leiten, strukturieren und begründen.

Ein grundlegendes Modell, das 1996 erstmals in Kanada von Mary Law und Kollegen veröffentlicht wurde, ist das *PEO-Modell* (Person-Environment-Occupation = Person-Umwelt-Betätigung) (Christiansen et al. 2015). Es besagt, wie aus ► Abb. 5.1 ersichtlich, dass sich aus der Schnittmenge dieser drei Komponenten die Betätigungsperformanz ergibt. Die Autoren definieren es als „die dynamische Erfahrung einer Person, die eine für sie bedeu-

tungsvolle Aktivität in der Umwelt ausführt“. Je ausgewogener und größer die Überschneidung der Bereiche Person, Umwelt und Betätigung ist, desto zufriedenstellender ist die Betätigungsausführung im realen Kontext (Schönthaler 2013).

Die Elemente dieses Modells werden als *transaktiv* bezeichnet, was bedeutet, dass sie sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Law 1998). Wenn sich an einer Stelle etwas ändert, hat das Auswirkungen auf alle anderen Teile des Systems. *Wenn ich (Person) das schmutzige Geschirr abwasche und wegstelle (Betätigung), verändere ich die Umwelt insofern, als dass vorher schmutziges Geschirr nun sauber und die eigentlich gewollte Ordnung wieder hergestellt ist. Ich selbst erfahre dabei eine Entlastung meines Gewissens. – Wenn ich (Person) meine Familie (soziale Umwelt) mit dem Auto (physische Umwelt) besuchen will und das Auto springt nicht an, muss ich auf andere Weise reisen (Betätigung), z. B. mit dem Bus oder der Bahn. Meine Familie muss wahrscheinlich länger auf mich warten und könnte sauer sein.*

Viele der neueren ergotherapeutischen Modelle haben das PEO-Modell als Grundlage, vor allem diejenigen, die Betätigungs- und Klientenzentrierung in den Mittelpunkt stellen. Denn im Kern geht es für diese Modelle – wie z. B. beim CMOP – um die Konstellation Person-Betätigung-Umwelt. Wenn Sie sich im Folgenden die einzelnen vorgestellten Modelle genauer ansehen, können Sie überprüfen, ob sich dort das PEO wiederfindet – auch wenn es nicht explizit genannt wird.

Modellgeleitet zu arbeiten – so nennt man es, wenn man seine praktische Arbeit nach einem oder mehreren Modellen ausrichtet – hat in Deutschland noch keine so lange Tradition. Bis zum Ende des vorigen Jahrhunderts kannten nur wenige deutsche Therapeuten ergotherapeutische Modelle. Die Therapeuten hatten natürlich eine Vorstellung, wie sie ihre Klienten behandeln, konnten ihr Tun aber oft nicht begründen und in Worte fassen, auch nicht die Richtigkeit ihres Handelns nachweisen. Erst mit der im Jahr 1999 in Kraft getretenen neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung fanden solche Modelle ihren Einzug in die Lehrpläne.

Ende der 1990er Jahre tauchte erstaunlicherweise in Deutschland nicht ein Modell auf sondern ein Assessment, das COPM (Canadian Occupational Performance Model), das zum Modell CMOP ge-

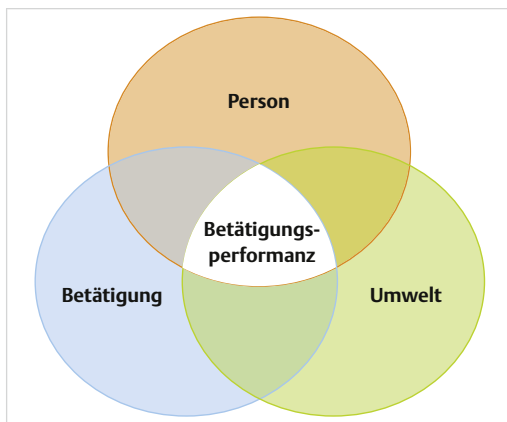


Abb. 5.1 Zusammenhang Person Betätigung Umwelt.
(Quelle: Schönthaler E, Grafomotorik und Händigkeit, Thieme, 2013)

hört. Das kam dadurch zustande, dass eine Gruppe von Ergotherapeutinnen, zu denen auch die Autorin gehörte, dieses Assessment übersetzt und dann zwei große Fortbildungen dazu mit einer der kanadischen Autorinnen veranstaltet hatte. Darauf folgten dann bald das diesem Assessment übergeordnete Modell selbst (Canadian Model of Occupational Performance – Kanadisches Modell der Betätigungsperformanz, s. Kap. 5.2) und das MOHO (Model of Human Occupation – Modell menschlicher Betätigung, s. Kap. 5.3).

Bevor jedoch die einzelnen ergotherapeutischen Modelle (s. ► Abb. 5.2) konkret vorgestellt werden, sollen zunächst charakteristische Merkmale genannt werden, die solche Modelle gemeinsam besitzen.

5.1.1 Gemeinsamkeiten ergotherapeutischer Modelle

Ein ergotherapeutisches Modell wird meist von einem oder mehreren *Autoren* in einem intensiven Austausch erarbeitet und auch erprobt. Diese Autoren können als Entwickler oder Begründer verstanden werden. Es sind immer Ergotherapeuten, die auch Ergebnisse aus anderen Bezugswissen-

schaften mit einbeziehen, z. B. aus der Verhaltensforschung, den Handlungstheorien, der Psychologie oder der Soziologie.

Die Entwicklung eines Modells vom ersten Gedanken bis zur publizierten Endfassung beansprucht die Entwickler über mehrere Jahre. Da das Modell meist kontinuierlich weiter entwickelt wird, ist es nie wirklich abgeschlossen, es kommen immer neue Versionen hinzu – zumindest bei Modellen, die von Ergotherapeuten angenommen und verwendet werden. Ein Modell ist die theoretische, auf bezugswissenschaftlichen Kenntnissen basierende Vorstellung der Autoren davon, wie Menschen in ihrer Umwelt „funktionieren“. Oftmals wird diese Vorstellung, wie oben erwähnt, in Form einer Grafik niedergelegt. Der Mensch wird in all seinen Facetten wahrgenommen, und das Modell beschreibt, wie die einzelnen Komponenten miteinander in Verbindung stehen und aufeinander einwirken.

Die Autoren bieten meist eine Beschreibung, wie man dieses Modell in der *praktischen Arbeit* mit Klienten anwenden kann. Man verwendet dann die charakteristischen Begrifflichkeiten und die empfohlenen Strukturen des jeweiligen Modells. Weil sich die Beschreibung auch auf den Ablauf

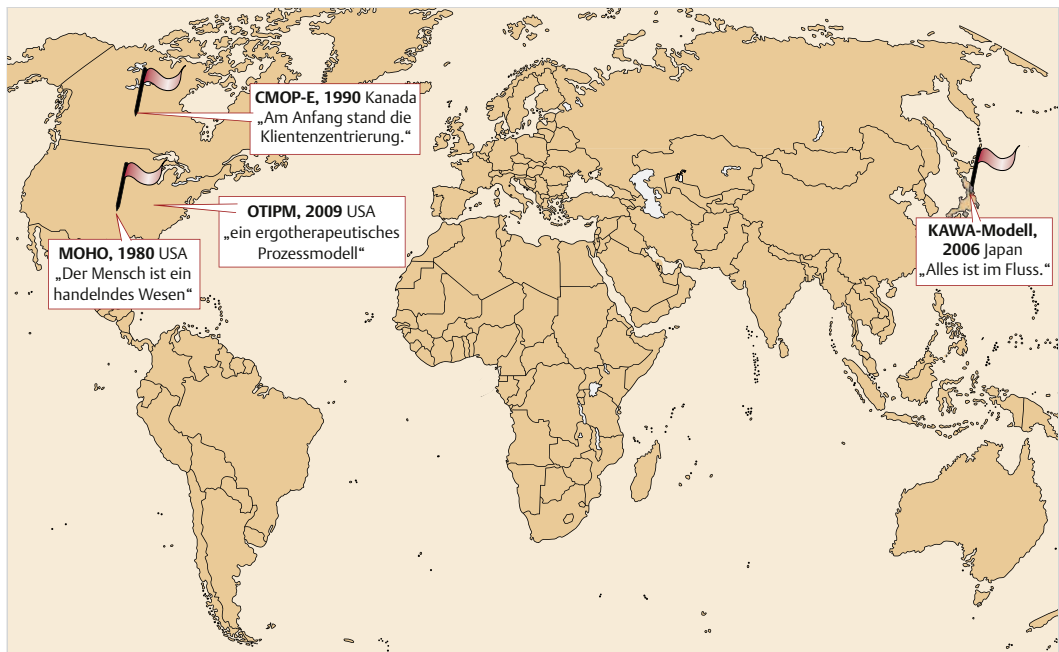


Abb. 5.2 Weltkarte mit der Herkunft ergotherapeutischer Modelle. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

des Behandlungsprozesses mit dem Klienten bezieht, spricht man auch von einem „Prozessmodell“. Vier ausführliche Beispiele zu einem Behandlungsprozess nach zwei unterschiedlichen Modellen finden sich im Kapitel 9.

Assessments

Fast jedes ergotherapeutische Modell umfasst ein oder mehrere *Assessments*. Assessment bedeutet so viel wie Bewertung, Beurteilung, Einschätzung. Es geht darum, mit Hilfe dieser Instrumente Informationen zum Klienten zusammenzutragen. Das kann mit unterschiedlichen Mitteln oder Methoden geschehen, z.B. durch Beobachtung, durch Studium der Klientenakte, durch Fragebögen, Tests oder Interviews. In der Ergotherapie handelt es sich um Instrumente oder auch Methoden, mit denen am Anfang und dann wieder am Ende der Therapie wichtige Daten zum Klienten erhoben werden, z.B. seine Wünsche, seine Alltagsbetätigungen, seine Stärken und Schwächen sowie Gewohnheiten oder Interessen usw.

Auch Tests zu Körperfunktionen sind eine Art von Assessment. Viele Assessments können auch als Messinstrumente eingesetzt werden, um die Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Klienten am Anfang zu messen oder zumindest einzuschätzen, und am Ende der Therapie noch einmal. Der Vergleich der Werte vom Anfang mit denen zum Abschluss zeigt dann für alle Beteiligten, wie sich die gemessenen Werte verändert haben und wie erfolgreich die Therapie infolgedessen war. So lässt sich anhand der Werte nachweisen, dass beispielsweise die Ziele des Klienten realisiert werden konnten, dass der Klient mit dem Ergebnis zufrieden ist und die Therapie somit erfolgreich war.

Zu unterscheiden sind zwei Arten von Assessment: standardisierte und nicht-standardisierte.

Definition Standardisierte Assessments

[]

Bei *standardisierten Assessments* gilt es, den vorgegebenen Wortlaut und die Struktur des betreffenden Assessments zu verwenden oder dessen Aufgabe genau nach den Vorgaben auszuführen. Oft sind auch die Merkmale einer Aufgabe, die zu beobachten und zu bewerten sind, genau beschrieben. Die erhaltenen Daten und Ergebnisse werden häufig in eine Tabelle übertragen, mit deren Hilfe dann bestimmte Werte errechnet werden. Sie sind somit vergleichbar (z. B. zwischen Altersgruppen). Oft erfolgt die Auswertung auch computergestützt und ein statistisches Verfahren wie z. B. eine Rasch-Analyse errechnet spezifische objektive Werte für den individuellen Klienten (vergl. Kap. 5.5, OTIPM, mit den standardisierten Assessments AMPS und ESI). Da diese Werte vergleichbar sind, können sie für wissenschaftliche Untersuchungen benutzt werden z. B. zu bestimmten Interventionen, bestimmten Krankheitsbildern oder einzelnen Aspekten davon. Auch als Argumentation für die Übernahmen der Kosten einer Behandlung können sie sehr wichtig sein.

Definition Nicht-standardisierte Assessments

[]

Bei *nicht-standardisierten Assessments* gibt es keine einheitlichen Vorgaben zum Vorgehen, aber sie dienen ebenfalls dem Zusammentragen von Informationen zum Klienten; genauso können sie auch als Messinstrumente eingesetzt werden. Ein gutes Beispiel dafür sind Fragebögen zur Zufriedenheit eines Klienten mit der Therapie. Aber auch für die Planung der Intervention sind die gewonnenen Informationen aus nicht-standardisierten Assessments unerlässlich. Da solch eine Erhebung, z. B. die zu den Abschlussergebnissen (Outcome), jedoch immer subjektiv ist, kann man sie nicht zu Vergleichszwecken mit den Ergebnissen anderer Klienten heranziehen (vergl. Kap. 5.2.4, COPM).

Neu entwickelte Assessments werden meist erst dann veröffentlicht, wenn mithilfe von Studien nachgewiesen wurde, dass sie zuverlässig (reliabel) und gültig (valide) sind (Mangold 2013).

Definition Reliabilität und Validität

[]

Reliabilität

bedeutet Zuverlässigkeit. Dies heißt, dass ein Instrument auch unter unterschiedlichen Bedingungen, z. B. bei Einsatz durch verschiedene Therapeuten, zu den gleichen Ergebnissen bezüglich eines bestimmten Merkmals oder einer Fertigkeit kommt.

Validität

bedeutet Gültigkeit, dass also ein Instrument das, was es erfassen soll, auch wirklich misst. So soll etwa ein Test die Spielfähigkeit eines Kindes messen. Hierzu werden einzelne Therapieergebnisse in mehreren Untersuchungen unabhängig voneinander mit anderen Assessments überprüft. Kommen die meisten anderen Assessments zu etwa dem gleichen Resultat wie das in Frage stehende, so kann das Instrument als valide gelten.

5

5.1.2 Sinn und Zweck ergotherapeutischer Modelle

Ergotherapeuten haben auch in früheren Jahren, bevor die Modelle und ihre Assessments in Deutschland bekannt wurden, gute Therapiearbeit geleistet. Aber sie konnten das, was sie taten, oftmals nicht benennen oder einen Nachweis über die Effektivität der Therapie vorlegen. Sie konnten also nicht mit einer Theorie begründen, *warum* und *wie* eine Therapie wirkte. Lediglich *dass* etwas zu einer Besserung führte, z. B. von messbaren Körperfunktionen wie Gelenkbeweglichkeit, konnte mit Hilfe von Gelenkmessungen nachgewiesen werden. Bei der Wahl ihrer Therapiemethoden zur Verbesserung von Körperfunktionen griffen Ergotherapeuten überwiegend auf handwerkliche Tätigkeiten zurück. Denn das entsprach dem damaligen Paradigma: Man ging davon aus, dass mit verbesserten Körperfunktionen dem Patienten auch im Alltag geholfen war. Bei Zielen, wie etwa verbesserte Konzentration oder Gleichgewicht, mussten Ergotherapeuten sich aber auf den in Jahrzehnten angesammelten Erfahrungsschatz verlassen.

Wer sein therapeutisches Tun heute jedoch an einem bestimmten Modell orientiert, arbeitet „modellgeleitet“. Aufgrund der hinter dem Modell

stehenden *Theorien* ist eine Begründung möglich, warum ein Plan sein Ziel erreichen könnte und warum die Vorgehensweise funktioniert hat. Ein korrekt angewendetes Modell bietet einem Therapeuten eine feste Struktur und damit die Gewissheit, sich mit dem Klienten auf ganzheitliche Weise auseinandergesetzt zu haben. Das ausgewählte Modell hilft, an alle Aspekte zu denken, die z. B. für eine Anfangserhebung (Evaluation) benötigt werden. Und da die meisten Modelle heute die Betätigungs- und Klientenzentrierung in den Mittelpunkt stellen, kann man bei diesen auch sicher sein, dass es um den Alltag des Klienten geht. (vergl. Kap. 9, Ergotherapeutischer Prozess). Mehr dazu erfahren Sie auch in den nachfolgenden Kapiteln 5.2–5.5 zu den vier ausgewählten Modellen.

Kennen Ergotherapeuten noch keines der verschiedenen Modelle, so ist es ratsam, sich zunächst einen groben Überblick über die unterschiedlichen Modelle zu verschaffen und sich dann im nächsten Schritt mit nur einem einzigen Modell näher zu beschäftigen. Später erschließen sich einem weitere Modelle meist einfacher. Dann wird es möglich, Modelle zu vergleichen und genau das Modell (oder auch die Modelle) zu finden, das der eigenen Persönlichkeit als Therapeut, dem Klienten und der jeweiligen Therapiesituation am besten entspricht. Auch kann man dann Aspekte des einen Modells mit Aspekten eines anderen verknüpfen bzw. ergänzen. Die einzelnen Modelle setzen unterschiedliche Schwerpunkte und spiegeln somit auch die Unterschiedlichkeit der Ergotherapeuten wider. Informieren kann man sich mit Hilfe von Fachbüchern; viele Modelle erfordern allerdings eine gezielte Fortbildung, die man über das Internet finden kann.

Den vier hier nachfolgend vorgestellten Modellen (s. ► Tab. 5.1) ist gemeinsam, dass sie alle betätigungs- und klientenzentriert sind. Sie betonen die komplexe Interaktion zwischen motorischen, psychischen und sozialen Phänomenen, und bei allen geht es um das Zusammenspiel von Person, auszuführender Aufgabe und der Umwelt:

- Das CMOP-E – Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (Kap. 5.2)
- Das MOHO – Model of Human Occupation (Kap. 5.3)
- Das Kawa(Fluss)-Modell (Kap. 5.4)
- Das OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model (Kap. 5.5)

Tab. 5.1 Vergleich Hauptaspekte ergotherapeutischer Modelle

Modell	Land, Jahr(e)	Autor(en)	Assessment(s)	Besonderheiten
CMOP-E Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (Kanadisches Modell von Betätigung und Engagement)	Kanada Version 1 1990 Version 4 2007 2. Auflage 2013	Mary Law Sue Baptiste Anne Carswell Mary Ann McCall Helene Polatajko Nancy Pollock Elizabeth Townsend	COPM (Canadian Occupational Performance Measure = Kanadisches Messinstrument der Betätigungsausführung) COPM ^{a-kids} in D für Kinder adaptiert	Für Klienten jeglicher Diagnosen und jeden Alters geeignet Weit verbreitet in Deutschland Nur ein einziges Messinstrument (COPM), ist universell einsetzbar in allen Fachgebieten COPM auf Deutsch verfügbar Modell nur in Auszügen auf Deutsch verfügbar Ausführliches Material nur auf Englisch verfügbar
MOHO Model of Human Occupation (Modell menschlicher Betätigung)	USA 1. Aufl. 1980 4. Aufl. 2008 Neuaufgabe 2017	Gary Kielhofner Renee Taylor	OSA COSA ACIS OPHI-II MOHOST SCOPE VQ Interessen-Checkliste und weitere	Hat besonders viele unterschiedliche Assessments, überwiegend auf Deutsch verfügbar Weit verbreitet in Deutschland Das Modell selbst ist nur in einer älteren Version (vor 2005) auf Deutsch verfügbar.
The Kawa Model (Das Flussmodell)	Kanada/ Japan 2006	Michael Iwama	im Modell integriert und beschrieben	Buch nur auf Englisch erhältlich, soll auf Wunsch des Autors nicht übersetzt werden. Der Autor möchte ausdrücklich, dass man es an die eigene kulturelle Umwelt anpasst. Der Fluss fungiert als Metapher für das Fließen der Betätigungen im Verlauf des Lebens – eine Alternative zum westlichen Verständnis von Betätigung. Einziges Modell, das auch auf dem asiatischen Kulturraum basiert.
OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model (Ergotherapeutisches Modell des Interventionsprozesses)	USA Original 2009 Deutsch 2014/2018 Neue englischsprachige Auflage 2019	Anne G. Fisher	AMPS School AMPS ESI ACQ-OP ACQ-SI	In der Schweiz verbreitet, in Deutschland relativ verbreitet Buch auf Deutsch verfügbar Top-down-Vorgehensweise Universell in allen Fachgebieten und für alle Altersgruppen einsetzbar Die Assessments erfordern Teilnahme an Kursen und Kalibrierung

Literatur

- Christiansen, Baum, Bass. Occupational Therapy – Performance, Participation and Well-being. USA: SLACK Incorporated; 2015
- Fisher A G. Occupational Therapy Intervention Process Model. 2. Aufl. in deutscher Sprache. Idstein: Schulz-Kirchner; 2018
- Law M. Client-Centered Occupational Therapy. Slack; 1998
- Mangold S. Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie. Reflektiert – systematisch – wissenschaftliche fundiert. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013
- Schönthaler E. Grafomotorik und Händigkeit. Stuttgart: Thieme; 2013

5.2 Das CMOP-E

Barbara Dehnhardt

Was bedeutet die Abkürzung CMOP-E? Sie beschreibt ein Modell für die ergotherapeutische Praxis. Es handelt sich beim CMOP-E um das „Canadian Model of Occupational Performance and Engagement“. Frei übersetzt bedeutet dies „Kanadisches Modell der Betätigungsausführung und des Betätigungsengagements“.

Die Anfänge entstanden aus einer gemeinsamen Arbeitsgruppe des Kanadischen Verbandes der Ergotherapeuten (Canadian Association of Occupational Therapists – CAOT) und einer staatlichen Gesundheitsbehörde (Department of National Health and Welfare – DNHV), die Richtlinien für klientenzentrierte Praxis entwickeln wollte. Neben mehreren Veröffentlichungen zum Thema entstand 1997 daraus das Buch „Enabling Occupation, An Occupational Therapy Perspective“ (Betätigung ermöglichen, eine ergotherapeutische Sichtweise), mit dem Modell CMOP als Herzstück. Unter der Herausgeberin Elizabeth Townsend wurde es geschrieben von Sue Stanton, Mary Law, Helene Polatajko, Sue Baptiste, Tracey Thompson-Franson, Christine Kramer, Fern Swedlove, Sharon Brintnell und Loredana Campanile.

Im Jahr 2007 erschien der Nachfolgebund „Enabling Occupation II, Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation“ (Betätigung ermöglichen II, eine ergotherapeutische Vision von Gesundheit, Wohlbefinden und Gerechtigkeit durch Betätigung vorantreiben) von Elizabeth Townsend und Helene Polatajko. Darin wurde das Modell CMOP um das E für Engagement erweitert. Beide Schriften wurden vom CAOT herausgegeben.

Das CMOP-E

M!

C = Canadian *Kanadisches*
 M = Model of *Modell der*
 O = Occupational *Betätigungs-*
 P = Performance and *ausführung und*
 E = Engagement *Betätigungsengagement*

Die besonders wichtigen Merkmale dieses Modells sind *Betätigungszentrierung* und *Klientenzentrierung*. Diese sind die beiden Elemente, DIE Kernelemente, die das Modell für Therapeuten und Klienten so interessant und nützlich machen.

Warum kam 2007 das E hinzu? Innerhalb des Kürzels CMOP-E steht das „E“ für „Engagement“. Das englische Wort „Engagement“ ist allerdings nicht vollkommen gleichbedeutend mit dem gleich geschriebenen deutschen Wort. Gemeint ist das Einbezogen-sein in eine Betätigung, das Sich-Beteiligen. Die Autoren wollten mit Hinzufügen des Begriffs „Engagement“ der Tatsache Rechnung tragen, dass nicht alle Menschen aktiv Betätigungen ausführen können. Man denke etwa an Personen mit einer schweren Behinderung. Dabei stellt sich die Frage, welcher Art von Betätigungen auch diese Menschen mit mehr oder weniger schwerer Behinderung nachgehen.

Man kann das so beantworten: Auch Schwerstbehinderte können an Betätigungen teilhaben, selbst wenn sie diese nicht aktiv ausführen können. Dies kann geschehen, indem sie sich gedanklich durch aktives Mitdenken und Mitfühlen mental für etwas engagieren, z.B. das Verfolgen eines spannenden Fußballspiels „ihres“ Vereins im Fernsehen. Auch kann ein stark behindertes Kind am Spiel der anderen Kinder im Sandkasten teilhaben, indem es mit den anderen Kindern im Sand sitzt: es fühlt sich einbezogen, zugehörig, es ist in die Betätigung involviert. Oder jemand kann seine Selbstbestimmung ausüben, indem er anderen mitteilt, wie diese mit ihm umgehen oder Betätigungen für ihn nach seinen Vorgaben ausführen sollen.

Ein sehr bewegendes Beispiel für Betätigungsengagement zeigt das „Team Hoyt“ aus Massachusetts, USA. Der Vater Dick Hoyt und sein Sohn Rick nehmen zusammen an Marathons, Triathlons und anderen athletischen Herausforderungen teil. Das Besondere: Rick leidet seit seiner Geburt an schwerer infantiler Zerebralparese, er ist also komplett spastisch gelähmt, kann nur sehr undeutlich

sprechen. Bei den sportlichen Wettbewerben trägt, zieht oder schiebt der Vater Dick seinen gelähmten Sohn in speziellen Rollstühlen oder Schlauchbooten. Rick würde, obwohl er eher passiv dabei war, von sich immer sagen, dass er am Marathon teilgenommen hat. Im Internet, v.a. auf www.teamhoyt.com sowie auf YouTube finden Sie hierzu mehrere Videos.

Die kanadischen Ergotherapeuten haben sich überlegt, wie der Mensch im Alltag funktioniert. Es galt, hierzu verschiedenste Fragen zu beantworten: *Welche* Komponenten machen einen Menschen aus? *Was* macht ein Mensch? *Wo* und *Wie* macht ein Mensch etwas? *Wann* macht ein Mensch etwas? In welchen Zusammenhängen betätigt sich jemand? Existieren für einen Menschen Hindernisse bei seinen Betätigungen? Gibt es andererseits Faktoren im Leben eines Menschen, die ihn bei seinen Betätigungen unterstützen, sie ihm erleichtern? Und was machen Menschen, die sich aufgrund von schweren Behinderungen gar nicht bewegen können? Zur Beantwortung all dieser Fragen haben die Autoren das Modell erdacht und dazu eine Grafik (► Abb. 5.3) erarbeitet, die die Zusammenhänge und ihre gegenseitige Abhängigkeit von einander erklärt.

Sehen wir uns die Grafik auf der linken Seite von ► Abb. 5.3 an.

5.2.1 Die Person

Im Zentrum der Grafik ist ein Dreieck positioniert, welches die *Person* darstellt. In der Mitte des Dreiecks wiederum steht deren *Spiritualität*, d.h. das, was als „eigener Geist“ oder Charakter, als Persönlichkeit der Person mit all ihren Werten und ihrer Motivation zu verstehen ist. Dazu gehört z.B. mehr oder weniger innerer Antrieb, sich zu bewegen oder etwas in Angriff zu nehmen, auch Religiosität kann ein Merkmal sein, ist aber durchaus nicht das Hauptthema. Spiritualität meint das, was mich als individuelle Person auszeichnet, welche Werte und Lebenseinstellungen mich prägen.

Dies können positive, aber auch negative Eigenschaften sein, z.B. kann jemand eher hartnäckig und stur sein oder sich nichts sagen lassen, dadurch allerdings sein Selbstbewusstsein demonstrieren. Genauso sind es aber auch Grundeinstellungen, die meinen Charakter mitbestimmen, z.B. was das Leben für mich lebenswert macht, was mir besonders wichtig ist (Ehrgeiz, Hilfsbereitschaft, Familie, Ehrlichkeit ...). Auf keinen Fall darf man aber die Spiritualität mit Esoterik oder dergleichen verwechseln. *Ina ist eine fröhliche Person, der gern Kontakt zu anderen Menschen aufnimmt. Sie bewegt sich gern und ist deshalb Mitglied in*

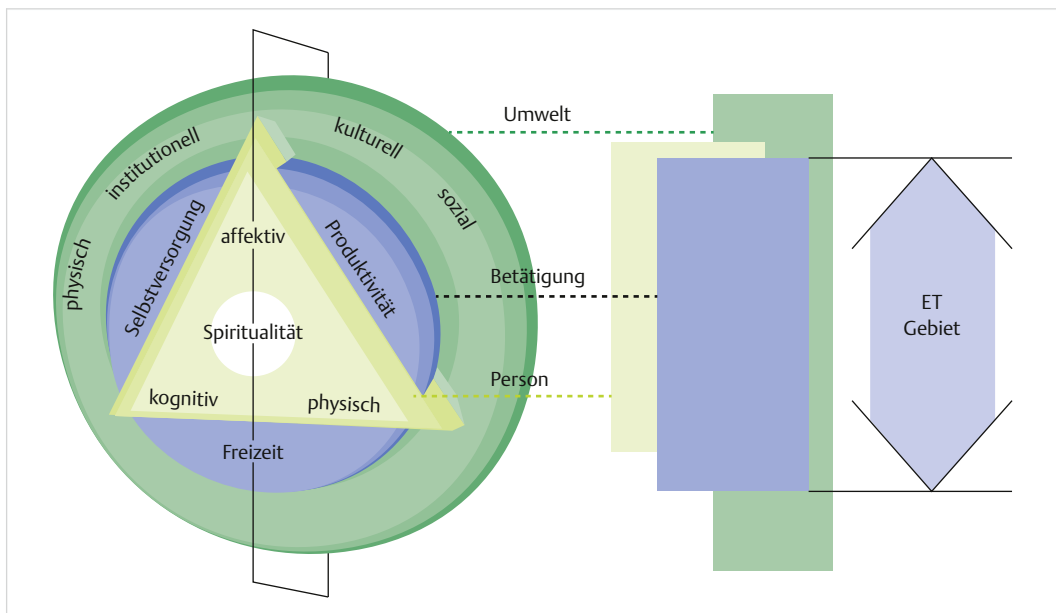


Abb. 5.3 Das CMOP-E. (Quelle: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement in Townsend, E. & Polatajko H, 2007, Ottawa, ON, CAOT Publications ACE)

einem Sportverein. Sie bildet sich schnell ein Urteil, sagt frei und offen ihre Meinung.

Zu einer Person (in ► Abb. 5.3 das Dreieck) gehören außerdem verschiedene Aspekte, in diesem Modell *Performanzkomponenten* (Performanz = Ausführung einer Betätigung) genannt. Hierzu zählen die *physische* Komponente (das Körperliche: *Ina ist schlank und sportlich, sie fährt viel Fahrrad*), die *affektive* Komponente (das Emotionale: *Ina ist meist fröhlich und ausgeglichen, es bringt sie so leicht nichts aus der Ruhe*) sowie die *kognitive* Komponente (das Denken: *Ina erkennt Zusammenhänge, kann gut formulieren, sie kann Gelerntes leicht wieder abrufen, z. B. für Prüfungen*).

5.2.2 Die Betätigungsbereiche

In dem Kreis um das Dreieck sind die drei Bereiche „Selbstversorgung“, „Produktivität“ und „Freizeit“ gruppiert. Diese Einteilung der Alltagstätigkeiten findet sich ähnlich auch in anderen Modellen wieder. Es handelt sich um jene Bereiche, in die die Urheber des kanadischen Modells diejenigen Tätigkeiten eingeteilt haben, die ein Mensch normalerweise ausführt; sie werden als *Betätigungsbereiche* bezeichnet. Im Folgenden sollen sie kurz erläutert werden.

Selbstversorgung

Zur *Selbstversorgung* gehören Tätigkeiten, denen ein Mensch nachgeht, um für sich selbst körperlich zu sorgen, also die Körperpflege und die Nahrungszubereitung und -aufnahme. Die Mobilität, die ebenfalls in diesen Bereich fällt, sagt aus, wie jemand sich innerhalb seiner Wohnung fortbewegt, von dort auf die Straße kommt; wie er den Weg zur Arbeit oder zur Schule bewältigt. Ebenso müssen persönliche Angelegenheiten geregelt werden wie die eigenen Finanzen, die Miete muss überwiesen, Bestellungen aufgegeben und Rechnungen bezahlt werden. Auch Behördengänge gehören dazu, sowie das Ausfüllen und Einreichen von Formularen. *Bei Ina reicht die Selbstversorgung von der Körperpflege über das Essen, das Radfahren zur Schule und das finanzielle Management bis hin zur Beantragung eines Reisepasses für ihre Reise nach Kanada nach dem Ende der Ausbildung.*

Produktivität

Unter *Produktivität* sind Tätigkeiten zu verstehen, denen ein Mensch nachgeht, um auf irgendeine Weise produktiv zu sein. Neben einer bezahlten Arbeit kann es sich auch um ehrenamtliche Tätigkeiten handeln, um den Besuch der Schule und die Wahrnehmung weiterbildender Maßnahmen, die Haushaltsführung, den Kindergartenbesuch und das Spielen eines Kindes. Es können sich in diesem Bereich Fragen ergeben, z. B. ob Kochen zur Produktivität gehört. Eine Hausfrau würde es sicher hier einordnen, ein Koch auch. Aber ein Hobbykoch, der am Wochenende Freunde zu einem selbst gekochten Thaïessen einlädt, würde das sicher als sein Freizeitvergnügen ansehen. *Auch Inas Ausbildung zur Ergotherapeutin ist unter dem Begriff Produktivität einzuordnen.*

Freizeit

Unter *Freizeit* versteht man die Zeit, über die ein Mensch frei verfügen kann, wo es für ihn keine bindenden Verpflichtungen von außen oder von ihm selbst gewählte zu erledigen gibt. Diese Zeit steht für die Erholung von den Anstrengungen beruflicher und sonstiger Pflichten zur Verfügung. Die Tätigkeiten, denen man dann nachgeht, werden nach dem CMOP unterteilt in aktive und ruhige Betätigungen. Zu Betätigungen der aktiven Freizeit werden zum Beispiel die aktive Mitarbeit und das Training in einem Sportverein gerechnet. Ein weiteres Beispiel ist das Reisen, besonders ältere Menschen im Ruhestand tun das besonders häufig, da sie dann mehr Zeit zur Verfügung haben. Zur ruhigen Freizeit würde man eher das Lesen, das Lösen von Kreuzworträtseln, Fernsehen, Telefonieren und dergleichen zählen. Auch soziale Kontakte lassen sich besonders gut in der Freizeit pflegen, sowohl aktiv als auch auf ruhige Weise. *Marc zum Beispiel ist begeisterter Basketballspieler, zweimal wöchentlich trainiert er in seinem Verein. Ein Bücherwurm ist er dagegen nicht.*

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass der Begriff *Betätigung* (im Englischen *Occupation*) nach der Definition der kanadischen Autoren des CMOP alle Alltagstätigkeiten umfasst, die jeder Mensch in seinem individuellen Alltag tun möchte, tun muss oder die von ihm erwartet werden (Townsend u. Polatajko 2013). Damit im Zusammenhang steht dann auch, welchem Betätigungsbereich ein Klient eine bestimmte Tätigkeit zuordnet. Ein Beispiel: *ein jugendlicher interessiert sich für Geschichte und*

liest begeistert ein Buch über Regierungsformen vor 500 Jahren. Da dieses Buch nichts mit dem Geschichtsunterricht in der Schule zu hat, würde er sagen, dass dies seine Freizeitlektüre ist (... tun möchte). Wäre es für den Geschichtsunterricht erforderlich und er würde es pflichtgemäß (... tun muss), aber nicht aus eigenem Interesse lesen, so würde er es zu Produktivität rechnen, denn für ihn gehört die Schule zur Produktivität.

5.2.3 Die Umwelt

Der äußere Ring in der Grafik (► Abb. 5.3) stellt die Umgebung des Menschen dar. In diesem fachsprachlich als *Umwelt* oder *Kontext* bezeichneten Bereich führt der Mensch all seine Betätigungen aus – laut dem kanadischen CMOP-E geschehen die Betätigungen immer in irgendeinem Zusammenhang mit der Umwelt bzw. in einem Kontext. Man kann schließlich nicht im „luftleeren Raum“ tätig sein.

Das CMOP-E unterteilt den Kontext in vier Bereiche:

Die 4 Kontextbereiche gemäß CMOP-E

M!

Die physische Umwelt

Alles, was ein Mensch anfassen oder fühlen kann (ein Auto, ein Stift, die Luft, Kleidung, Verkehrsmittel etc.); für Marc umfasst die physische Umwelt u. a. sein Fahrrad, seine Schultasche, seinen Kugelschreiber, sein Smartphone, sein Zimmer.

Die institutionelle Umwelt

Alle Arten von Einrichtungen (die Institution Schule, die gesamte Organisation des Krankenhauses, der Verkehr, Arbeitgeber, Gesetze, Regeln etc.); für Marc umfasst die institutionelle Umwelt u. a. die Schule, den Sportverein, die Verkehrsregeln.

Die kulturelle Umwelt

Alle Arten von Kultur, Sitten und Gebräuchen, Religionen, Traditionen; bei Inas Familie gibt es sonntags immer Kakao zum Frühstück, Ina trägt im Sommer fast immer Röcke.

Die soziale Umwelt

Alle Menschen, mit denen eine Person zu tun hat bzw. in Kontakt steht; für Marc sind dies u. a. seine Eltern, seine Mitbewohner, seine Freundin, Mitschülerinnen, Lehrer, Sportsfreunde.

Zwischen allen Komponenten des Modells bestehen Wechselwirkungen, d. h. die einzelnen Komponenten beeinflussen sich gegenseitig. So ist das Zusammenspiel des gesamten Systems betroffen, wenn es lediglich an einer Stelle zu einer Veränderung kommt. Man kann sich das vielleicht am besten als ein Uhrwerk vorstellen, das aus vielen größeren und kleineren Zahnrädern besteht. Bricht aus einem Zahnrad ein Zacken heraus, so klappt das Zusammenspiel nicht mehr richtig, und es kommt zu fehlerhafter Zeitanzeige oder die Uhr bleibt gleich stehen. *Der Vater von Marcs Freundin Maria ist zurzeit arbeitslos, wodurch es zur Unterbrechung von dessen Produktivität kommt. Nicht nur der Vater leidet darunter, dass er keine geregelte Aufgabe hat, sondern seine Stimmung (emotionale/affektive Komponente) wirkt sich nachteilig auf das gesamte Familienleben aus (sozialer Kontext).*

Sehen wir uns nun den rechten Teil der ► Abb. 5.3 an: er stellt einen Querschnitt durch den linken Teil dar, durch einen schmalen Rahmen angedeutet. So soll deutlich werden, was den Tätigkeitsbereich der Ergotherapie ausmacht: nämlich nur die Aspekte der Person, der Betätigungsbereiche und der Umwelt, die für die Betätigungen des Klienten eine Rolle spielen, werden zum Gegenstandsbereich der Therapie. (s. Kap. 9, Ergotherapeutischer Prozess). Alle anderen Aspekte (z. B. eine Entfernung der Rachenmandeln in der Kindheit) spielen hier keine Rolle und werden nicht berücksichtigt.

Im Rahmen des „Enabling II“ fügten die Autorinnen ein neues Modell (innerhalb des CMOP-E) hinzu: Das CMCE – Canadian Model of Client-Centered Enablement (Kanadisches Modell der klientenzentrierten Befähigung). Es beschreibt als Schlüsselkompetenzen die verschiedenen Fertigkeiten, die Ergotherapeuten einsetzen, wenn sie mit ihren Klienten arbeiten, die so genannten *Enablement Skills*. In Kap. 8.3.2 findet sich eine ausführliche Beschreibung.

Außerdem wurde das Prozessmodell, das im „Enabling I“ als OPPM (Occupational Performance Process Model) bereits vorhanden war, aktualisiert. Es heißt jetzt Canadian Practice Process Framework (CPPF). Eine Beschreibung und zwei Praxisbeispiele sind in Kapitel 9 ausführlich dargestellt.

5.2.4 Das Assessment COPM

Meist sind es Klienten in der Ergotherapie nicht gewohnt, gefragt zu werden, welche Alltagstätigkeiten ihnen nicht gut gelingen oder welche Tätigkeiten sie gerne wieder ausführen möchten. Tatsächlich haben sich die Klienten oftmals an ihre eingeschränkte Betätigungsausführung gewöhnt, besonders wenn die Einschränkung schon länger besteht. Es ist ihnen nicht bewusst, was ihnen tatsächlich zur Lebensqualität fehlt. Auch ist die Klientenzentrierung noch nicht durchgängig in unserem Gesundheitssystem etabliert, sodass unsere Klienten es nicht gewohnt sind, selbst zu formulieren, was sie von der Therapie erwarten – und schon gar nicht, Betätigungen zu nennen, die ihnen nicht mehr zufriedenstellend gelingen.

Leichter fällt es ihnen, defizitäre Körperfunktionen anzugeben („mein Arm soll wieder funktionieren“). Deshalb hat es sich als günstig erwiesen, den Klienten zunächst zu erklären, dass es bei Ihnen in der Ergotherapie um Alltagstätigkeiten geht, nicht darum, einzelne Funktionen zu üben. Und nach der Aufklärung, was für Sie Ergotherapie bedeutet, können Sie den Klienten bitten, vor dem COPM-Interview ein Tages- oder Wochenprofil auszufüllen (s. Kap. 2.2.1); dadurch wird er bereits auf Betätigungen eingestimmt. Kann er es nicht selbst ausfüllen, so unterstützt die Therapeutin ihn dabei und schreibt es für ihn auf. Oder jemand aus dem Umfeld (erweiterte Klienten, z.B. die Mutter eines Kindes) füllt das Profil aus oder übernimmt lediglich das Schreiben, sofern ein Klient es nicht selbst tun möchte oder kann.

Um mit dem Klienten zu besprechen, welche Betätigungen er in seinem Alltag ausführen möchte, muss, oder welche von ihm erwartet werden, wurde das *COPM* entwickelt, ein halb strukturiertes Interview, das quasi als „roter Faden“ für ein Gespräch dienen kann. Die Abkürzung „COPM“ steht für „Canadian Occupational Performance Measure“ und lässt sich in etwa mit „Kanadisches Instrument zur Messung der Betätigungsausführung“ übersetzen. Das M steht beim CMOP-E für *Model* (Modell), beim Messinstrument COPM für *Measure* (Messinstrument). Die Ähnlichkeit der Abkürzungen CMOP und COPM mag zunächst verwirrend erscheinen, bereitet aber nach häufigem Aussprechen und Anwenden des kanadischen Modells bald keinerlei Schwierigkeiten mehr.

Im gemeinsamen Gespräch bzw. einem COPM-Interview können sich Ergotherapeuten mit ihren

Klienten über deren Alltag unterhalten; dabei kann man als Einstieg einen Tagesablauf durchleuchten. Die Klienten überlegen, bei welchen Tätigkeiten sie etwas verändern, verbessern oder wieder bzw. neu erlernen möchten; diese Betätigungen werden dann in den einzelnen Betätigungsbereichen des COPM-Bogens – Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit – eingetragen. Das könnten auch Dinge sein, die der Klient von sich aus nicht dringend verändern möchte, von denen aber aus der sozialen Umwelt erwartet wird, dass er sie anders ausführt (z.B. Hausaufgaben lesbar bearbeiten). Die Therapeutin muss sich dabei nicht an die Reihenfolge der Betätigungsbereiche im Bogen halten, sie kann hin und her springen, orientiert am Bericht des Klienten. Ist am Ende des Gesprächs in einem Bereich nichts eingetragen, so kann es durchaus sein, dass es in diesem Bereich nichts zu verändern gibt. Die Therapeutin sollte aber sicherstellen, dass der Bereich angesprochen und nicht vergessen wurde.

Man sollte sich hüten, den COPM-Bogen als Fragebogen zu betrachten oder zu benutzen. Vielmehr sollte sich eine zwanglose Unterhaltung darüber entwickeln, was der Klient gern wieder machen möchte oder auch früher gern gemacht hat. Im Interview sollten möglichst Fragen zu Alltagstätigkeiten besprochen werden, aber vor allem sollte die Therapeutin den Klienten dabei unterstützen, dass dieser selbst aktiv aus seinem Alltag berichtet. Dabei können mit unsicheren Klienten zunächst auch Dinge angesprochen werden, die dem Klienten gut gelingen, auf die er stolz ist, um das Interview nicht so defizitbestimmt durchzuführen. Erst später würde man dann auf Schwierigkeiten zu sprechen kommen.

Häufig kommt es vor, dass Klienten Anliegen äußern, die aus Sicht des Therapeuten völlig unrealistisch sind. So wollte ein junger Mann, der beim Fallschirmspringen verunglückt war und eine Querschnittslähmung davongetragen hatte, unbedingt wieder Fallschirmspringen. Wie soll man damit umgehen? Auf jeden Fall sollte dieser Wunsch bzw. dieses Anliegen unbedingt genauso notiert werden wie Anliegen, die näher liegend erscheinen. Zum einen kann niemand genau wissen, was ein Klient alles erreichen kann. Zum anderen sollte man dem Klienten nicht die Motivation nehmen, indem man solch ein Anliegen von vornherein ausschließt. Die Therapeutin kann mit dem Klienten zusammen ein so großes Anliegen in kleinere Schritte zerlegen. Wenn das Große nicht erreicht

werden kann, so wird der Klient es zu gegebener Zeit selbst feststellen und kann sich dann leichter von dem Wunsch verabschieden.

Sollen die herausgefundenen Anliegen (Tätigkeiten – keine Körperfunktionen) in den Bogen eingetragen werden, ist zu überlegen, wer sie aufschreibt. Ist der Klient selbst fähig – und Willens – zu schreiben, so ist dies eine gute Möglichkeit, dass er sich aktiver in den Prozess einbringen kann. Dabei ist es durchaus sinnvoll, dass er mit seinen eigenen Worten benennt, worum es geht (s. auch Kap. 3, Klientenzentrierung). Die Therapeutin unterstützt ihn lediglich dabei, dass wirklich eine Betätigung benannt und dass sie so bezeichnet wird, dass alle Beteiligten zu einem späteren Zeitpunkt noch erkennen können, was zu Beginn damit gemeint war.

Eine weitere Möglichkeit, Anliegen festzuhalten, besteht darin, die schwierigen Betätigungen zunächst auf bereit gelegten Zetteln zu notieren. Das erleichtert die nachfolgenden Schritte wie z. B. das Sortieren nach Wichtigkeit (Schritt 2), weil der Klient die Zettel dann hin- und herschieben kann, bis sie in der für ihn richtigen Reihenfolge liegen.

Sind die Betätigungsanliegen mit dem COPM herausgefunden (Schritt 1), stuft der Klient anschließend in Schritt 2 (s. ► Tab. 5.2) ein, wie wichtig ihm eine Veränderung der notierten Tätigkeiten ist – wohlgermerkt nicht die Wichtigkeit der Betätigung selbst sondern deren Veränderung. In Schritt 3 bestimmt er dann, an welchen Betätigungen er vorrangig in der Therapie arbeiten möchte. Hier geht es noch nicht darum, konkrete Ziele für die Therapie zu formulieren, sondern es werden diejenigen Anliegen ausgewählt, die in der Therapie als erstes angegangen werden sollen. Es können in Schritt 3 maximal fünf Betätigungen benannt werden, es können aber durchaus auch weniger sein. Manchmal ist es nur eine einzige, auf die sich der Klient in der Therapie zunächst konzentrieren möchte.

Tab. 5.2 Frau R.: Anliegen im COPM-Bogen, Schritt 1 und 2

Anliegen	Wichtigkeit
BH am Rücken verschließen	10
PET-Flasche öffnen und daraus trinken	10
Hörtest (bei Kunden) durchführen	10
Messanlage transportieren	10
Servicearbeiten im Büro	6
Backen und Dekorieren von Torten	6

Tab. 5.3 Frau R.: Schritte 3 und 4

Anliegen	Wichtigkeit der Veränderung	Ausführung	Zufriedenheit
Messanlage transportieren	10	1	2
Trinken aus PET-Flasche	10	6	3
Anziehen	10	2	2

Für jede der in Schritt 3 ausgewählten Betätigungen beurteilt die Klientin auf einer Skala von 1 bis 10, wie gut sie sie zurzeit ausführen kann (Performanz) und wie zufrieden sie im Moment mit der ihr möglichen Ausführung ist (Schritt 4, s. ► Tab. 5.3). In Schritt 5 wird gemeinsam festgelegt, wann die in Schritt 3 ausgewählten Betätigungen als Kontrolle noch einmal bewertet werden sollen. Dabei kann die Therapeutin die Klientin beraten, was ihrer Erfahrung nach ein realistischer Zeitpunkt sein könnte.

Zur Einstufung gibt es hinten im COPM-Handbuch (Law et al. 2017) Kärtchen mit den Zahlen von 1 bis 10 (s. ► Abb. 5.4): eine Karte für Wichtigkeit, „Wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung dieser Tätigkeit?“ (1 = überhaupt nicht wichtig, 10 = besonders wichtig), eine Karte für die Ausführung, „Wie gut klappt ... zurzeit?“ (1 = überhaupt nicht, 10 = besonders gut) und eine für die Zufriedenheit damit, „Wie zufrieden sind Sie damit, wie es zurzeit gelingt?“ (1 = überhaupt nicht zufrieden, 10 = hochzufrieden).

Wichtig für Schritt 4 ist, dass die Therapeutin für jede in Schritt 3 ausgewählte Aktivität den Klienten zuerst bittet einzustufen, wie gut er sie im Moment ausführen kann, und gleich im Anschluss fragt, wie zufrieden er damit ist, wie er sie zurzeit ausführt. So kann er gedanklich bei einer Tätigkeit bleiben, ehe er die Einstufungen für die nächste überlegt.

Im letzten Schritt (Schritt 5) legen Klient und Therapeut gemeinsam fest, wann der Schritt 4 noch einmal wiederholt werden soll, um das Ergebnis der Therapie zu überprüfen. Dies kann in einer Klinik kurz vor der Entlassung geschehen, in einer Praxis nach einem oder zwei Verordnungsrezepten, bei langfristigerer Therapie auch in größeren Abständen. Eventuell auch zwischendurch, um Erfolge sichtbar zu machen. Bei der erneuten Einstufung empfiehlt es sich dringend, die erste Bewertung abzudecken, damit es nicht zur Beeinflussung kommt. Sonst könnte ein Klient aus Sym-

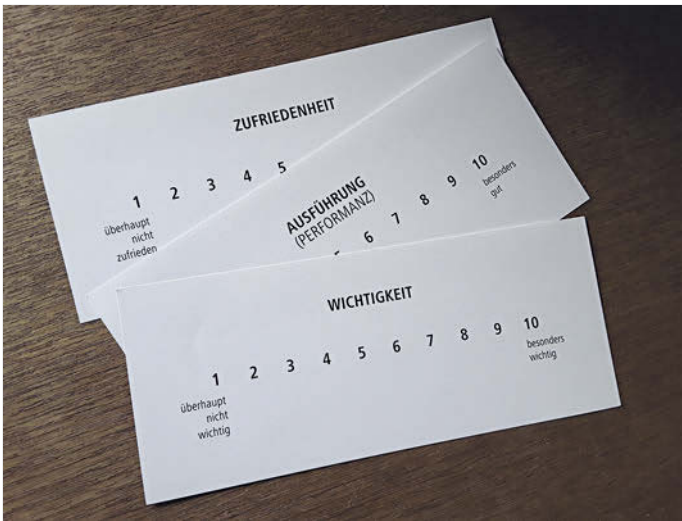


Abb. 5.4 Kärtchen aus dem COPM-Handbuch als Einstufungshilfe. (Foto: Barbara Dehnhardt)

pathie „für die nette Therapeutin“ positivere Werte angeben, als er eigentlich richtig fände. Oder auch der umgekehrte Fall ist möglich, dass die Werte durch z. B. momentan schlechte Stimmung niedriger ausfallen.

Wichtig ist, dass man so in Zahlen ausdrücken kann, wie der Klient das Ergebnis beurteilt – man erhält einen Wert ausschließlich aus Sicht des Klienten. Die Sichtweise des Therapeuten ist dabei weniger wichtig. Sollte letzterer das Ergebnis deutlich anders beurteilen, so kann er sich eine Notiz an anderer Stelle machen. Diese Zahlen sind sehr wertvoll, denn damit lässt sich der Erfolg der Therapie nachweisen, z. B. dem verordnenden Arzt oder der Krankenkasse gegenüber. Sie können ein gutes Argument für weitere Verordnungen sein – ganz abgesehen vom Erfolg, den der Klient selbst so eindeutig belegt erkennen kann.

Wie lange solch ein COPM-Interview dauert, hängt von mehreren Faktoren ab: zunächst von der Erfahrung der Therapeutin: Ist sie sicher im Umgang mit dem Instrument, so kann sie effektiv den Klienten leiten, damit er für sich zügig herausfindet, an welchen Stellen er seinen Alltag verändern möchte. Habe ich einen sehr mitteilenden Klienten vor mir, so muss ich stärker bremsen und

den roten Faden im Blick behalten. Kennt der Klient die betätigungszentrierte Vorgehensweise, zum Beispiel durch das Ausfüllen eines Betätigungsprofils, so kann es relativ schnell gehen. Führt man zum ersten Mal ein COPM-Interview durch, sollte man möglichst eine Stunde vorsehen; ist man geübt und sind auch die übrigen Bedingungen optimal, kann es eventuell nur 15 bis 20 Minuten dauern. Im Schnitt kann man mit 30 bis 45 Minuten rechnen.

Noch ein Tipp: Kopieren Sie den ausgefüllten Bogen für Ihre Unterlagen und geben Sie Ihrem Klienten den Originalbogen mit nachhause. So kann er im Verlauf der Therapie dort nachsehen, was Sie besprochen haben, es wird „sein“ Bogen, er ist aktiver in die Therapie eingebunden (s. auch Kap. 3, Klientenzentrierung). Auch für die Angehörigen (erweiterte Klienten) kann solch ein schriftlicher Nachweis über die für die Therapie vereinbarten Aktivitäten eine hilfreiche Information sein. Selbst wenn sie bereits von Anfang an in den Erhebungsprozess mit eingebunden waren, kann der Bogen immer wieder Anlass zu Gesprächen über die Aktivitäten, über Fortschritte in der Therapie und über mögliche Unterstützung des Klienten sein.

Unterstützung beim Herausfinden problematischer Betätigungen

► **Bildgestützter Dokumentations- und Gesprächsleitfaden zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation aus Klientensicht nach ICF (BIDOG-Karten).** Für erwachsene Klienten, die Schwierigkeiten haben, den Begriff Betätigung zu erfassen, kann man die *BIDOG-Karten* einsetzen. Diese 97 Fotokarten – farbig umrandet entsprechend der Kapitel aus dem Bereich Aktivitäten und Partizipation und mit Codierung d der ICF versehen – zeigen erwachsene Menschen, die unterschiedliche Tätigkeiten ausführen. Die dargestellten Menschen sind alle jung (Schüler aus einem Projekt einer Ergotherapieschule), sodass ältere Menschen sich dort nicht unbedingt wiedererkennen. Dennoch können die Karten durchaus hilfreich sein.

► **COPM^{a-kids}.** Für Kinder gibt es eine speziell adaptierte Version des COPM: Das COPM^{a-kids}, im Buchhandel erhältlich unter dem Titel: *Kinder zu Wort kommen lassen*, von Heike Gede und Kolleginnen. Das Prinzip ist das gleiche wie im COPM, nur wurden einige sprachliche Änderungen vorgeschlagen, um Formulierungen kindgerechter zu machen. Das Buch enthält einen Leitfaden, den Ergotherapeuten beim Interview mit Kindern benutzen können, sowie einen weiteren zum Interviewen der Eltern eines Therapiekin-

des. Es werden hilfreiche Formulierungen als Beispiele vorgestellt, um Therapeuten sowohl eine kindgerechte als auch eine auf Eltern bezogene Ausdrucksweise zu ermöglichen.

Die Autoren schlagen statt der Zahlenskala von 1 bis 10 alternative Möglichkeiten vor, z. B. eine Treppe, die aus Lego gebaut und mit einer Playmobil-Figur bestückt werden könnte; darauf können die Kinder anzeigen, wie weit oben sie sich einstufen, indem sie die Figur auf die zutreffende Stufe stellen. Ebenso ist die Zahlenskala in Form von Smileys vorhanden, auf der sich Kinder vom sehr kleinen bis zum größten Smiley (entsprechend den Zahlen) einstufen können. Eine dritte Variante zeigt Strichmännchen von sehr klein bis groß.

► **Kids Activity Cards.** Als hilfreich können sich auch die *Kids Activity Cards* erweisen. Das sind Fotokarten, auf denen Kinder abgebildet sind, die kindliche Betätigungen ausführen. Sie sind ein gutes Mittel, um Kindern das Begreifliche zu machen, was wir unter Betätigung verstehen. Man kann dann ausgewählte Karten nutzen, um zu fragen, welche von diesen Tätigkeiten das Kind schon gut/noch nicht so gut kann; oder welche davon es auch so gut können möchte wie andere Kinder im Kindergarten, in der Schule, auf dem Spielplatz. Sie eignen sich auch, um die Kinder einen individuell ausgewählten Stapel Karten sortieren zu lassen: was kann ich gut, was brauche ich nicht oder was möchte ich auch können.

5.2.5 Zusammenfassung

Das CMOP-E ist ein in Deutschland schon ziemlich weit verbreitetes Modell, das auch in den meisten Ausbildungsstätten gelehrt wird. International wird es ganz selbstverständlich als bekannt vorausgesetzt.

Besonders das Assessment COPM hat viel Verbreitung gefunden, weil es relativ einfach zu verstehen und einzusetzen ist. Allerdings verlockt es auch dazu, als Fragebogen verwendet zu werden (wozu es nicht gedacht ist). Manche Therapeuten arbeiten einfach die Themen des Bogens ab, ohne wirklich klientenzentriert in ein gegenseitig informierendes, partnerschaftliches Gespräch zu kommen. Und nicht immer gelingt es Therapeuten zu erkennen, wenn Klienten die bessere Ausführung

von Körperfunktionen (statt echter Betätigungen) wünschen: das haben die Klienten schließlich so in unserem insgesamt wenig klientenzentrierten Gesundheitssystem gelernt.

Wie gut sich das COPM in den betätigungs- und klientenzentrierten Prozess einfügt, können Sie in mehreren Fallbeispielen aus Kapitel 9 nachlesen. Auch in anderen Kapiteln werden Sie dem COPM immer wieder begegnen.

Ebenfalls in Kapitel 9 finden sich auch die beiden weiteren Modelle aus dem CMOP-E wieder: in zwei Fallbeispielen, mit „Frau Seiler“ und „Herrn Huber“, nutzen die Therapeutinnen das Prozessmodell CPPF für den Ablauf. Außerdem zeigen sie auf, wie die ergotherapeutischen Fertigkeiten nach dem CMCE eingesetzt werden können. Und die ausführliche Theorie dazu finden Sie zu Anfang

des Kapitels 9.1 beim ergotherapeutischen Prozess.

Gerade vom Kanadischen Modell lässt sich sagen, dass es aus der ergotherapeutischen Landschaft im deutschen Sprachraum gar nicht mehr wegzudenken ist.

Literatur

BIDOG-Karten (Bildgestützter Dokumentations- und Gesprächsleitfaden zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation aus Klientensicht nach ICF). Bestellung bei: Christiane Reiser, info@reiser-jettingen.de

Büscher S et al. Kids Activity Cards. Idstein: Schulz-Kirchner; 2007
Gede et al. Kinder zu Wort kommen lassen (für Kinder adaptierte Version des COPM). Idstein: Schulz-Kirchner; 2007

Jerosch-Herold C, Marotzki U, Stubner B, Weber P. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009

Law M et al., Canadian Occupational Performance Measure, COPM-Bogen, deutsche Übersetzung. Idstein: Schulz-Kirchner; 2015

Law M et al. COPM Canadian Occupational Performance Measure. 5th ed., deutsche Übersetzung. Idstein: Schulz-Kirchner; 2017

Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications; 2013

5.3 MOHO – Model of Human Occupation

Verena Weiler

5.3.1 Grundlage des Modells

Das Model of Human Occupation, kurz MOHO, wurde 1980 in Amerika veröffentlicht (Kielhofner 2008) und seither stetig weiterentwickelt. In Deutschland trägt es den Namen „Modell der menschlichen Betätigung“ (Kielhofner et. al 2009).

Kielhofner erklärt mit diesem Modell seine systemtheoretische Denkweise in Bezug auf den Menschen. Diese erklärt die dynamische und holistische (ganzheitliche) Sichtweise durch das Zusammenspiel von Betätigung, Person und Umwelt (ebd., ► Abb. 5.5).

Das MOHO benennt Volition, Habituation, Performanzvermögen und Umwelt als seine Hauptkomponenten, die in dynamischer Verbindung zueinander stehen. Alle Komponenten sollen dem

5

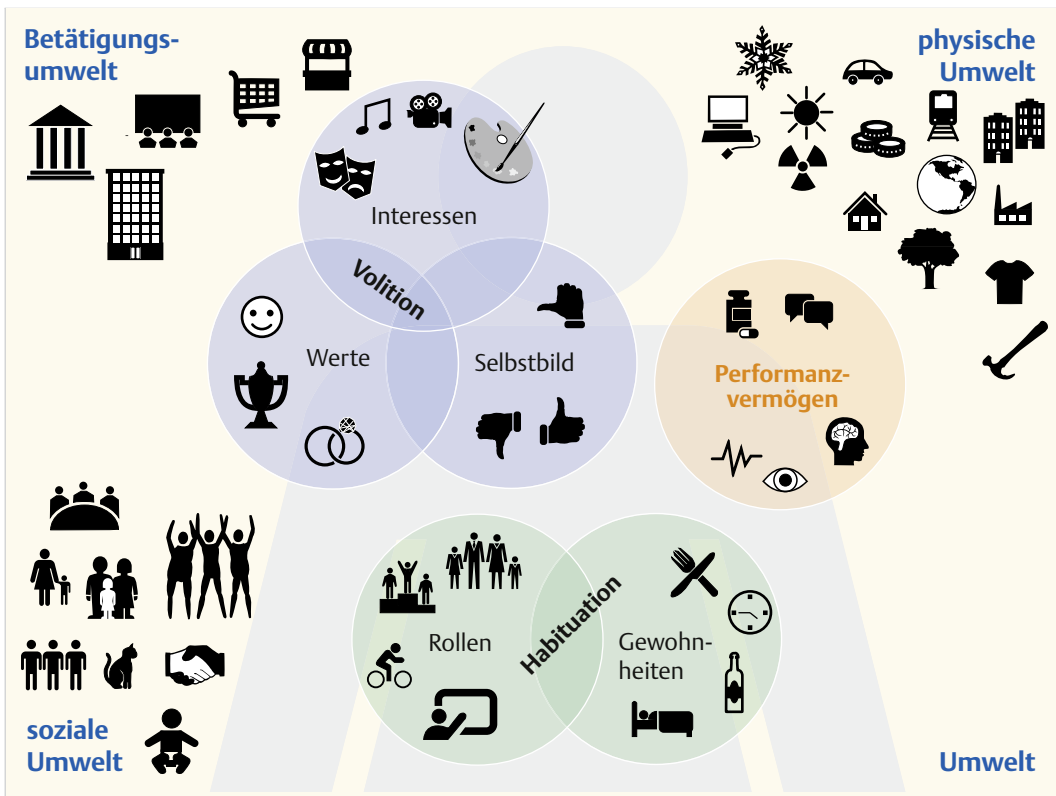


Abb. 5.5 Die einzelnen Komponenten des MOHO. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

Menschen durch ein positives Zusammenspiel Teilhabe an und durch Betätigungen ermöglichen (Taylor u. Kielhofner 2017). Das Modell erklärt, wie Menschen zu Betätigungen motiviert werden können, inwieweit Rollen und Gewohnheiten als Unterstützung für Betätigung dienen und wie sich die Selbstwahrnehmung einer Person auf deren Entwicklungsmöglichkeiten auswirkt. Das MOHO ist an der Praxis orientiert und bietet ein klientenzentriertes Vorgehen (ebd.).

5.3.2 Die unterschiedlichen Aspekte und Komponenten im MOHO

Volition steht für die Motivation, warum ein Mensch eine Betätigung ausführen möchte; *Habitation*, spiegelt die Gewohnheit in der Betätigung wieder; *Performanzvermögen* zeigt auf, mit welchen Fertigkeiten ein Mensch eine Betätigung ausübt und die physische, soziale und Betätigungs-Umwelt zeigt, wo, wie und mit wem Betätigung ausgeführt wird (Taylor u. Kielhofner 2017).

Was genau ist aber unter den 4 Komponenten des MOHO zu verstehen, und wie können diese innerhalb der Ergotherapie genutzt werden?

Volition

Volition beinhaltet den inneren Prozess und die Motivation für eine Betätigung. Somit also die Begründung, warum etwas getan wird, z. B. aus Verlangen oder zu einem bestimmten Zweck (Clifford O'Brien 2017). Volition wird durch die jeweilige Kultur mit ihren eigenen Interpretationen, Erfahrungen, Möglichkeiten, Entscheidungen sowie Erwartungen entwickelt bzw. beeinflusst (Kielhofner 2008).

Werte (Values)

Es werden individuelle Werte, Values (Kielhofner 2008), beleuchtet, was die Person fühlt, wie ihre individuellen Überzeugungen sind, also was für sie richtig und wichtig erscheint. Das eigene Streben nach etwas, die Art der Interaktion oder auch die Entscheidung, ob etwas wert ist, getan zu werden, sind Beispiele für Werte. Werte sind abhängig von Kultur und Erziehung. Werte bilden die Basis für die individuelle Lebensweise des Menschen. Die Ergotherapeutin kann die erworbenen Erkenntnisse über die individuellen Werte des Klienten nut-

zen, um ihre Interventionen darauf abzustimmen und damit den inneren Bedürfnissen der Klienten gerecht zu werden (Clifford O'Brien 2017).

Beispiele für Werte sind Treue, Ehrlichkeit, Vertrauen, Religiosität und Aufrichtigkeit etc. Aber auch eine Heirat, oder die Familie ernähren zu wollen kann, durch Werte bestimmt sein.

Interessen (Interests)

Als Interessen, Interests, beschreibt Kielhofner (2008), was für den Menschen angenehm und erfreulich ist. Es kann sich um kleine tägliche Rituale oder auch eine große Leidenschaft handeln. In welchem Ausmaß eine Person dieses Vergnügen wahrnimmt, hängt von individuell ausgeprägten physischen, sozialen und intellektuellen Faktoren ab. Erst wenn diese Faktoren dem Interesse gerecht werden, kann es zu einem vollen Vergnügen und dem sogenannten Flow kommen. Gleichzeitig ergeben sich aus verschiedensten Interessen Handlungsmuster, die immer wiederkehren und Routine ermöglichen (ebd.). Die Interessen eines Klienten geben der Ergotherapeutin Aufschluss über die Auswahl an Betätigungen eines Klienten. Interessen können in der Therapie hinterfragt und gegebenenfalls weiterentwickelt, wiederentdeckt bzw. neu entwickelt werden (Clifford O'Brien 2017).

Im Bereich der Interessen lassen sich Beispiele nur anreißen. Diese können sich von Kunst über Musik, Theater, Film, Sport, Literatur, Natur, Wissenschaft, Politik und viele weitere Bereiche erstrecken. Gezielter werden Interessen dann durch das Ausleben im Beruf, als Hobby oder im sozialen Leben eingesetzt.

Selbstbild (Personal Causation)

Das Selbstbild, Personal Causation (Kielhofner 2008), wird davon bestimmt, wie effizient sich eine Person fühlt, und ist durch das Wissen über die eigenen Kompetenzen geprägt. Das Selbstbild kann sich auf die Motivation auswirken, etwas zu tun. Menschen, die sich etwas zutrauen und ein positives Selbstbild haben, ergreifen Möglichkeiten, setzen Feedback zur Weiterentwicklung um und beharren darauf, Ziele zu erreichen. Traut sich eine Person weniger zu, lässt sie Möglichkeiten verstreichen, geht Rückmeldungen Dritter aus dem Weg und hat Probleme, Ziele konsequent zu verfolgen. Wie effizient sich Menschen fühlen, hängt laut Kielhofner (ebd.) von ihren bereits ge-

machten Erfahrungen ab, je nachdem, ob diese positiv oder negativ waren. Die Ergotherapeutin nutzt dieses Wissen, um den Klienten dabei zu unterstützen, seine eigenen Fähigkeiten einzuschätzen und seine Effektivität in seiner Handlungsfähigkeit und Betätigung aufzuzeigen (Clifford O'Brien 2017). So kann der Klient ein adäquates und stabiles Selbstbild erreichen.

Habituation

Die zweite große Komponente, Habituation, beinhaltet Gewohnheiten und Rollen jedes Menschen, woraus sich Verhaltensmuster und Routinen im alltäglichen Leben ergeben und ein automatisiertes sowie effizientes Handeln entsteht (Clifford O'Brien 2017). Gewohnheiten und Rollen stehen im engen Zusammenhang mit der individuellen Umwelt (Kielhofner 2008), da sich jede Person in ihrer Umwelt mit allen anfallenden Aufgaben und Betätigungen organisieren muss. Die Habituation bildet eine stabile Grundlage und Routine in der Betätigungsausführung, der zeitlichen Struktur (z. B. Arbeitszeit – Freizeit, Nacht – Tag) und im Verhalten anderen gegenüber (ebd.). Durch verschiedenste Beeinträchtigungen der Klienten kann es nötig sein, innerhalb der Ergotherapie genau diese Routinen und Abläufe wieder zu erarbeiten oder zu verändern, um einen effizienten Alltag leben zu können.

Gewohnheiten (Habits)

Kielhofner (2008) beschreibt Gewohnheiten, Habits, als Tendenz zur automatisierten und sich ähnelnder Performanz in bekannten Umwelten oder Situationen. Diese Verhaltensmuster sind durch immer wiederkehrende Erfahrungen entstanden (Clifford O'Brien 2017) und bieten eine Reihe an möglichen Regeln, wie sich Menschen verhalten können (Kielhofner 2008). Die Ergotherapeutin unterstützt den Klienten, eigene Gewohnheiten zu identifizieren oder auszuführen, um Struktur und Normalität im Alltag herzustellen (Clifford O'Brien 2017).

Beispiele hierfür können das frühe Aufstehen sein, um zur Arbeit zu kommen, das Zähneputzen vor dem Einschlafen, das wöchentliche Treffen mit einer Freundin usw.

Rollen (Roles)

Rollen, Roles (Kielhofner 2008), entstehen durch das soziale System, in dem Menschen agieren. Sie spiegeln den sozialen Status wieder und definieren, wie sich eine Person verhält bzw. welche Betätigungen ausgeführt werden sollen. Gleichzeitig können Beziehungen zwischen den Menschen, Positionen sowie deren erwartetes Verhalten dargestellt werden (ebd.). Ergotherapeuten erlangen während der Ausbildung Wissen über verschiedene Rollen und unterstützen Klienten, neue oder verloren gegangene Rollen einzunehmen. Es wird ermöglicht, in verschiedenen Rollen zu handeln oder spezifische Fertigkeiten für unterschiedliche Rollen zu entwickeln (Clifford O'Brien 2017). Beispiele für Rollen sind Mutter, Tochter, Freundin, Schülerin, Studentin, Ehefrau, Ergotherapeutin usw.

Performanzvermögen

Das Performanzvermögen, Performance Capacity (Kielhofner et al. 2008 b), besteht aus physischen und mentalen Komponenten sowie muskuloskelettalen, psychischen, kognitiven, neurologischen, kardiopulmonaren und anderen Körperfunktionen und -strukturen. Beispiele hierfür sind das Bewegungsmaß, Antrieb, Motivation etc. Durch die sogenannten Performanzfertigkeiten (motorische, prozesshafte und interaktionelle Fertigkeiten) wird dem Menschen ermöglicht, etwas zu tun und Betätigung auszuführen, z. B. den Körper bewegen, Objekte handhaben, Aktivitäten planen, mit anderen Personen interagieren und kommunizieren.

Die Ergotherapeutin benötigt Wissen über das Performanzvermögen der Klienten, um diesen gerecht werden zu können. Gleichzeitig wird jedoch erwartet, dass sie den Klienten auch nach seinen individuellen Erfahrungen bezüglich seiner Performanz fragt, denn er ist Experte für sich selbst und die Auswirkungen seiner Einschränkungen. Nur so kann die Ergotherapeutin den Klienten bei Adaptionen, der Erarbeitung neuer, wiederzuerlangender oder auszubauender Fertigkeiten und Möglichkeiten sowie der Entwicklung neuer Rollen und Identitäten unterstützen (Clifford O'Brien 2017).

Umwelt

Die Umwelt wird als das wichtigste Werkzeug der Ergotherapeuten beschrieben (Fisher et al. 2017), denn alle bereits benannten Komponenten finden sich in ihr wieder. Deshalb muss die Umwelt in ihrer Qualität und in ihren Auswirkungen auf Betätigung sowie auf Betätigungsperformanz und Teilhabe analysiert werden (Kielhofner 2008).

Wie oben in der Einführung in das Kapitel Modelle bereits erwähnt, unterliegen diese immer wieder einem Wandel bzw. werden von den Autoren weiterentwickelt und ergänzt. Dies geschieht meist, weil sich aus der Praxis heraus Erkenntnisse ergeben und sodann das Modell um Komponenten erweitert oder geändert werden muss. Dies ist hier bei der Umwelt im MOHO aktuell der Fall. In der Überarbeitung von 2017 wurde die Umwelt um einige Begriffe erweitert. Sie wird genauer aufgegliedert in physische, soziale und Betätigungsumwelt. Die Umwelt wird in drei verschiedene Kontexte unterteilt (Fisher et al. 2017) :

- unmittelbarer Kontext (Zuhause, Arbeitsplatz, Schule, Versorgungsangebote)
- lokaler Kontext (Nachbarschaft und Gemeinde)
- globaler Kontext (Ökonomische Aspekte, Gesetze und Politik, soziale Haltung, Lebensraum und Existenzgrundlage, Klima, Geografie, Ökologie)
- Die drei Umwelten – physische, soziale und Betätigungsumwelt – werden jeweils von diesen drei Kontexten mit ihren unterschiedlichen Ebenen gebildet bzw. beeinflusst. Im Folgenden werden die drei Umwelten genauer beschrieben.

Die physische Umwelt

Die physische Umwelt beinhaltet den geschaffenen oder natürlichen Raum, in welchem Menschen handeln. Sie bietet Objekte, die zum Handeln benötigt werden. Beispiele hierfür sind Straßen/Gehwege, öffentliche Gebäude, das eigene Zuhause, Einkaufszentren, Parks, Gesundheitseinrichtungen, verschiedene Objekte wie Transportmittel, Kleidung, assistive Technologien, für die Arbeit benötigte Gegenstände usw. (Fisher et al. 2017).

Die soziale Umwelt

Zur sozialen Umwelt gehören zwischenmenschliche Beziehungen und Interaktionen mit Menschen in den unterschiedlichsten Kontexten (Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Mitschüler usw.). Die Qualität der Interaktion unterscheidet sich je nach

kommunaler oder gesellschaftlicher Haltung, aber auch je nach den physischen, verbalen, kognitiven und emotionalen Merkmalen der involvierten Personen (Fisher et al. 2017).

Die Betätigungsumwelt

Die Betätigungsumwelt ergibt sich aus den Interessen, Rollen, Möglichkeiten und kulturellen Aspekten und bildet so den Rahmen für Betätigungen und Aktivitäten. Von ihr hängt die Qualität der Betätigung ab, was Struktur, Zeit, Flexibilität und Kontinuität anbelangt. Diese Komponenten geben den Ausschlag, ob die Betätigungen möglich, erwartet oder erforderlich sind. Beispiele hierfür sind Arbeit, Ehrenamt, Hausarbeit, Freizeit, Schule, etc. (Fisher et al. 2017).

Alle Bereiche und Kontexte der Umwelt, egal ob Ressource oder Hindernis, beeinflussen sich gegenseitig und greifen ineinander. Wird ein Aspekt verändert, bedeutet dies die positive oder auch negative Beeinflussung der anderen Bereiche oder Kontexte (ebd.).

5.3.3 Praktische Umsetzung des MOHO

Das Modell erklärt in Bezug auf das individuelle Leben jedes Menschen, wie sich Einschränkungen auf Betätigung auswirken und welche Rolle dies im therapeutischen Prozess spielt (Kielhofner et al. 2009).

Für die Umsetzung dieses Modellinhaltes in die Praxis benennt das MOHO den therapeutischen Prozess als „Therapeutic Reasoning Process“, der aus 7 Schritten besteht (Forsyth 2017). Dieser ermöglicht der Ergotherapeutin ein strukturiertes Vorgehen mit Evaluation, Intervention und Outcome (vgl. auch Kap. 9.1.2.). Das Handeln und angegebene Interventionen können durch die beschriebenen „Therapeutic Strategies“ spezifiziert und protokolliert werden (De las Heras de Pablo et al. 2017 b). Dieses Prozessmodell wird im vorliegenden Buch nicht näher erläutert.

Das MOHO ist eines der bekanntesten betätigungsfokussierten Modelle weltweit (Taylor u. Kielhofner 2017), bei dem Betätigung im gesamten ergotherapeutischen Prozess (Fisher 2013) an erster Stelle steht.

5.3.4 Die Assessments des MOHO

Alle in Kap. 5.3.2 genannten Komponenten stehen in ständiger Wechselwirkung zueinander und beeinflussen sich gegenseitig. Um der Ergotherapie eine gezieltere Betrachtung der einzelnen Komponenten zu ermöglichen und ihre Sichtweise zu differenzieren, bietet das MOHO eine große Bandbreite an verschiedenen Assessments. So kann eine Fülle an Informationen generiert werden.

Die Assessments können durch Beobachtungen (De las Heras de Pablo et al. 2017 a), Selbsteinschätzungen (Kramer et al. 2017) oder Interviews (Hemmingsson et al. 2017) durchgeführt werden. Das MOHO bietet auch Assessments, die Durchführungsmodalitäten kombinieren (Parkinson et al. 2017), wie z. B. Beobachtungen und Interviews.

► Tab. 5.4 stellt einige dieser Assessments kurz vor.

Tab. 5.4 Beispielhafte Auswahl verschiedener Assessments mit Durchführung und Beschreibung

Assessment	Durchführung	Beschreibung
OSA – Occupational Self Assessment (Baron et al. 2011)	Selbsteinschätzung	Erhebungsinstrument mit der Möglichkeit zur Dokumentation von Veränderungswünschen, Zielsetzung und Behandlungsverlauf Erfasst wird, wie der Klient seine Fähigkeiten (21 Items) und den Einfluss seiner Umwelt (16 Items) in Bezug auf seine Tätigkeiten einschätzt Im weiteren Schritt wird die Wichtigkeit der aufgelisteten Aspekte bestimmt
COSA Child Occupational Self Assessment (Pätzold et al. 2005)	Selbsteinschätzung für Kinder von 8–13 Jahren	Deutscher Titel: „Weißt du eigentlich, was mir wichtig ist?“ Kinder und Jugendliche bewerten die Wichtigkeit und ihre Fähigkeiten in verschiedenen Alltagssituationen und Lebensbereichen (25 Items) Zusätzliche Elternfragebögen und Leitfaden für Gespräche mit der Familie Dokumentation von Veränderungswünschen, Zielen und Therapieverlauf möglich
WRI Worker Role Interview (Braveman et al. 2007)	Halb-strukturiertes Interview	Anfangserhebung bei verletzten Berufstätigen oder langzeiterkrankten Menschen (mit Behinderung), um dem Klienten einen Blick auf die psychosozialen Aspekte seines Lebens, seiner Umwelt und seines Arbeitslebens zu ermöglichen Herausgearbeitet werden bisherige Erfahrungen, Verhalten und psychosoziale Aspekte, Umweltaspekte und Fähigkeiten, welche die (Wieder-)Aufnahme der Arbeit beeinflussen
OPHI – II Occupational Performance History Interview II (Kielhofner et al. 2008 a)	Halb-strukturiertes Interview Jugendliche ab 12 Jahren	Dreiteiliges Instrument zur Befunderhebung, deren Teile getrennt oder gesamt verwendet werden können Betätigungsanamnese in den Bereichen Arbeit, Freizeit und Selbstversorgung Einstufungsskalen, durch welche die Inhalte der Anamnese in Bezug auf Betätigungsidentität, Betätigungskompetenz und Einfluss des Betätigungsumfeldes ausgewertet werden können Lebensgeschichtliche Erzählung, in welcher qualitative Merkmale der Betätigung im Laufe des Lebens festgehalten werden
RC Role Checklist (Kielhofner et al. 2012)	Selbsteinschätzung	Raster mit 10 verschiedenen Rollen und der Möglichkeit zur Erweiterung Der Klient identifiziert sich mit den einzelnen Rollen in Bezug auf seine Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft Er gibt an, wie groß sein Bedürfnis ist, die einzelnen Rollen wieder auszuführen
IC Interest Checklist (Kielhofner et al. 2012)	Selbsteinschätzung	Raster mit 69 Aktivitäten und der Möglichkeit zur Erweiterung mit eigenen Interessen Der Klient markiert innerhalb dieses Rasters das Ausmaß seines Interesses an unterschiedlichen Aktivitäten, welche er in der Vergangenheit ausgeführt hat, welche er gegenwärtig ausführt und welche er zukünftig ausführen möchte

5.3.5 Anwendung des Modells zur Beschreibung einer Person

Person

Volition

Werte

Herr A. möchte sportlich sein, gesund leben und sein Hobby mit anderen ausüben bzw. Wissen darüber weitergeben.

Ihm sind Familie und Freunde sehr wichtig. Er möchte seiner Familie etwas bieten und sie versorgen können. Er legt sehr viel Wert auf die Natur.

Interessen

Seine Wertvorstellungen harmonisieren mit seinen Interessen am Familienleben, etwas mit Freunden zu unternehmen, Sport zu treiben und die Natur zu genießen.

Daraus resultiert sein Hobby Stand-up-Paddling, das er sowohl ausführen, als auch anderen Menschen beibringen möchte (► Abb. 5.6).

Selbstbild

Durch regelmäßige Rückmeldung seiner Freunde und seiner Familie sowie seinem eigenen Wissen bzw. Zufriedenheit über die Ausführung des Stand-up-Paddlings wird er in seinem positiven Selbstbild bestärkt.

Habituation

Gewohnheiten

Ausführen des Stand-up-Paddlings in der Freizeit, regelmäßig am Wochenende in Gesellschaft seiner Kinder, Ehefrau, Freunden oder Schwester in der nahegelegenen Natur.

Gleichzeitig pflegt er eine regelmäßige Routine während der Woche, um auch nach der täglichen Arbeit seinen Werten und Interessen nachzukommen.

Rollen

Stand-up-Paddler (Sportler und Lehrer), Vater, Ehemann, Bruder etc.

Performanzvermögen

Gesunder Mann ohne Einschränkungen oder Behinderung. Seine physischen und mentalen Komponenten ermöglichen ihm, die für ihn wichtigen Betätigungen auszuführen.

Umwelt

Betätigungsumwelt

Stand-up-Paddling als Hobby und Freizeitaktivität, aber auch die Absicht, es seiner Schwester beizubringen; gemeinsame Wochenenden am See mit der Familie.



Abb. 5.6 Stand-up-Paddling.

Soziale Umwelt

Schwester und Familie mit adäquaten Verhaltensweisen zueinander und einem guten Vertrauensverhältnis. Andere Besucher des Sees und Nachbarn der Gemeinde haben keinen Einfluss auf Herrn A. Innerhalb der Gesellschaft wird Sport, Familie und Arbeit hoch angesehen. Positiver Einfluss auf Herrn A., da auch keine Gesetzesvorgaben oder Ähnliches vorhanden, die das Ausführen der Sportart einschränken.

Begegnungen mit Gary Kielhofner

Barbara Dehnhardt

Es muss Anfang der 1990er Jahre gewesen sein, als ich durch meine internationalen Kontakte als Delegierte des DVE zum WFOT von einer Fortbildung hörte, die Gary Kielhofner in Belgien geben würde. Ich fuhr hin, fühlte mich wohl unter internationalen Kollegen, hörte Kielhofner aufmerksam zu und verstand – nichts. Dabei ist Englisch sonst kein Problem für mich, aber er sprach von Performance (Aufführung?), von Occupation (Besatzung?) – ich konnte nichts damit anfangen. Da ich damals beruflich sehr unter Druck stand, hatte ich auch keine Zeit, mich ausführlicher mit Gary Kielhofner zu unterhalten und fuhr etwas ratlos nach Hause. Das Einzige, was ich mitnahm, war eine Ahnung davon, dass das, was er vortrug, etwas mit dem Alltag von Patienten zu tun hatte.

Bald danach kam Gary wieder nach Europa, diesmal nach Holland und ich fuhr wieder hin. Diesmal war ich etwas entspannter und konnte mit Gary persönlich sprechen. Man muss sich das vorstellen: ein amerikanischer Ergotherapieprofessor! Und der sagte allen, sie sollten ihn einfach Gary nennen – zu damaliger Zeit in Deutschland sehr ungewöhnlich, aber ich kannte solche Gepflogenheiten bereits von der Teilnahme an Weltkongressen. Und so prallte ich mit meinen deutschen Vorstellungen von handwerklichen Techniken als Therapiemittel auf seine Alltagsfähigkeiten – wirklich atemberaubend.

Gary war ein sehr freundlicher hilfsbereiter Mensch und sah durchaus nicht auf mich als arme Unwissende herunter. Er half mir zu verstehen, was er da lehrte (das Model of Human Occupation) und schenkte mir dann ein Buch über sechs herausragende amerikanische Ergothera-

Physische Umwelt

Herr A. besitzt folgende Gegenstände, die er zum Stand-up-Paddling benötigt: Paddling- Bord/Paddel, Sonnenbrille, Badehose, Sportuhr und sein Auto, um zum See zu gelangen. Am See selbst gehört ihm ein kleines Ferienhaus, er ist finanziell abgesichert und besitzt eine Krankenversicherung, falls er sich verletzen sollte.

peuten (inklusive ihn selbst). So konnte ich in Ruhe über ihn und seine Ideen in diesem Modell nachlesen.

Als ich als Delegierte zum WFOT von Christiane Mentrup abgelöst wurde, begann die Zeit, in der Gary mehr und mehr im deutschsprachigen Raum bekannt wurde. Christiane lud ihn zu einem gut besuchten ersten Symposium nach Osnabrück ein. Damit begann eine lange Zeit der Zusammenarbeit zwischen den beiden, Christiane organisierte viele Vorträge und Seminare zu immer neuen Assessments, die Gary entwickelte, zunächst in Deutschland, später auch in der Schweiz. Meine Rolle beschränkte sich auf das Übersetzen von Folien für seine Auftritte in Deutschland, bei denen ich meist dabei war, sodass ich viele sehr ausführlich kennenlernte. Viele der Assessments habe ich zunächst für Aha übersetzt, eine Fortbildungsinitiative des DVE, später für die Vita Activa im Schulz-Kirchner Verlag. Es entwickelte sich eine gewisse Vertrautheit zwischen Gary und mir, denn meist konnte ich bei seinen Veranstaltungen teilnehmen.

Ich erinnere mich an eine Veranstaltung zum MOHO in einer Schule in Bad Elster, relativ bald nach der Wende, für die ich ebenfalls Folien im Vorfeld übersetzt hatte. Auf meine Nachfrage bei der Schule, wer denn dort Gary übersetzen würde, kam ein telefonisches Achselzucken. Ich konnte mir aber nicht vorstellen, dass für Ostdeutsche das Modell auf Englisch verständlich sein würde. Ich erbot mich deshalb als Dolmetscherin und wurde eingeladen. Die beiden Tage sind mir unvergesslich: Es lag hoher Schnee und alles sah aus wie im Märchen. Ich stand neben Gary auf der Bühne und übersetzte Stück für Stück, was er vortrug. Es funktionierte wunderbar, denn Gary war sehr geschickt darin, immer nur kleine Teile zu referieren, sodass ich das noch behalten und auf Deutsch wiedergeben konnte.

Außerdem half uns beiden, dass ich so vertraut mit seinem Modell und den Assessments war. Beim gemeinsamen Mittagessen fungierte ich ebenfalls für ihn und seine zweite Frau, Renee Taylor, die zum ersten Mal mit in Deutschland war, als Dolmetscherin bei der Kommunikation mit den Gastgebern. Dabei machte Garys und Renees lebenswürdige und unkomplizierte Art das gegenseitige Kennenlernen für alle Anwesenden zu einem besonderen Erlebnis.

Renee nahm gleich die Gelegenheit wahr, sich für ihr neues Buch anzusehen, wie Ergotherapeuten in Deutschland mit psychisch kranken Menschen arbeiteten. Also fuhren wir gemeinsam in eine Stelle der praktischen Ausbildung und Renee sah bei einer Therapieeinheit zu. Da der Klient nicht wollte, dass weitere Personen außer

Renee dabei waren, musste sie mit der deutschen Kommunikation vorlieb nehmen. Aber ich glaube, es kam ihr sowieso in erster Linie auf die Art des zwischenmenschlichen Umgangs und die Atmosphäre zwischen Therapeutin und Klient an.

Wie an dieser Schule, so gewann Gary überall schnell durch seine gewinnende offene Art das Interesse und die Herzen der Kollegen. Nicht nur in mehreren Ländern Europas, sondern weltweit war er ein gern gesehener Gastprofessor, gab Workshops und hielt Vorträge. Die Ergotherapie wurde durch sein unermüdliches Arbeiten für das MOHO deutlich beeinflusst.

Leider ist Gary 2010 mit 61 Jahren viel zu früh verstorben, aber seine Arbeit wird von seiner Frau durch das MOHO Clearinghouse an der University of Illinois weitergeführt.

Literatur

- Baron K, Kielhofner G, Goldhammer V, Wolenski J. Benutzerhandbuch für das Occupational Self Assessment (OSA). Bd. Version 2.2. Marotzki U, Mentrup C, Weber P Hrsg. Idstein: Schulz-Kirchner; 2010
- Braveman B, Robson M, Velozo C, Kielhofner G, Fisher G, Forsyth K, Kerschbaum J. Worker Role Interview (WRI). Bd. Version 10.0. Marotzki U, Mentrup C, Weber P Hrsg. Idstein: Schulz-Kirchner; 2007
- Clifford O'Brien J. Model Of Human Occupation. In: Hinojosa J, Kramer P, Brasic Royeen C Perspectives on Human Occupation – Theories Underlying Practice. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017: 93–136
- De las Heras de Pablo C G, Cahill S, Raber C, Moody A, Kielhofner G. Observational Assessments. In: Taylor R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 225–247
- De las Heras de Pablo C G, Parkinson S, Pépin G, Kielhofner G. Intervention Process: Enabling Occupational Change. In: Taylor R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 195–216
- Fisher A. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2013; Jan.: 162–173.
- Fisher G, Parkinson S, Haglund L. The Environment and Human Occupation. In: Taylor R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 91–106
- Forsyth K. Therapeutic Reasoning: Planning, Implementing, and Evaluating the Outcomes of Therapy. In: Taylor R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 159–172
- Hemmingsson H, Forsyth K, Haglund L, Keponen R, Ekbladh E, Kielhofner G. Talking with Clients: Assessments that Collect Information through Interviews. In: Taylor, R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 275–290
- Kielhofner G. Model Of Human Occupation – Theory and Application. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2008
- Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, Walens D. OPHI-II – The Occupational Performance History Interview – Interview zur Betätigungsvorgeschichte. Bd. Version 2.1; Marotzki U, Mentrup C, Weber P Hrsg. Idstein: Schulz-Kirchner; 2008
- Kielhofner G, Tham K, Baz T, Hutson J. Performance Capacity and the Lived Body. In: Kielhofner, G. Model Of Human Occupation – Theory and Application. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2008: 68–84
- Kielhofner G, Mentrup C, Niehaus A. Das „Model Of Human Occupation“ (MOHO): Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Stubner B, Weber P. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. 3. Aufl. Heidelberg: Springer; 2009: 55–83
- Kielhofner G, Mentrup C, Langlotz A. Checklisten des Model of Human Occupation. Marotzki U, Mentrup C, Weber P Hrsg. Idstein: Schulz-Kirchner; 2012
- Kramer J, Forsyth K, Lavedure P, Scott P, Shute R, Maciver D ... Kielhofner G. Self- Reports: Eliciting Clients' Perspectives. In: Taylor R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 248–274
- Pätzold I, Wolf M, Hörning A, Hoven J. „Weißt du eigentlich was mir wichtig ist?“ COSA- Child Occupational Self Assessment. Dortmund: Modernes Lernen; 2005
- Parkinson S, Cooper J, de las Heras de Pablo C G, Duffy N, Bowyer P, Fisher G, Forsyth K. Assessments Combining Methods of Information Gahtering. In: Taylor R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 291–300
- Taylor R, Kielhofner G. Introduction to the Model of Human Occupation. Taylor R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 3–10

5.4 Das Kawa-Modell

Barbara Dehnhardt

5.4.1 Die Entstehung des Modells

Während das kanadische CMOP-E sowie das US-amerikanische MOHO als ergotherapeutische Modelle unserer westlichen Kultur entspringen, stammt das noch junge Kawa-Modell von einem japanischen Ergotherapeuten, Michael Iwama. Sowohl Lebensstil als auch Werte und Normen sind in Asien so anders geartet, dass Modelle wie das MOHO oder das CMOP-E nicht so gut zur asiatischen Kultur passen. Das Kawa-Modell dient also dazu, den Gegebenheiten der asiatischen Kulturen, speziell der japanischen, gerecht zu werden. Iwama und ein Team aus Ergotherapeuten setzten sich das Ziel, ein ergotherapeutisches Modell zu entwickeln, das einerseits besser zur asiatischen Kultur passt und andererseits doch auch weltweit eingesetzt werden kann.

Das Kawa-Modell ermöglicht durch ein sehr persönliches Bild eines Flusses als Metapher den individuellen Verlauf des Lebens, wie es bisher stattgefunden hat, darzustellen. Der Fluss fließt durch Zeit und Raum. Ist er voll Wasser und fließt ruhig

dahin, so geht es dem Klienten gut. Gibt es aber Hindernisse, Stromschnellen, Felsen darin, so kann dies Probleme oder bewegte Lebenssituationen bedeuten. Das japanische Wort „Kawa“ bedeutet „Fluss“ (Iwama 2010).

Unser Leben fließt dahin wie ein Fluss (► Abb. 5.7), mal schneller oder langsamer, mal steiler oder flacher, mal mit viel oder mal mit sehr wenig Wasser. Der Fluss fließt mühelos durch ein ruhiges Flussbett oder er sucht seinen Lauf durch ein steiniges Flussbett inmitten von Felsen, Engpässen und Hindernissen. Er entspringt einer Quelle, die unsere Geburt darstellt, und er mündet in die Unendlichkeit des Meeres, gleichbedeutend mit dem Ende des Lebens.

Wird das Kawa-Modell in der Ergotherapie mit Klienten direkt angewendet, so fertigt der Klient eine oder mehrere Zeichnungen an. In die Landschaft neben dem Fluss schreibt er bedeutsame Momente oder Zeiten im bisherigen Leben hinein. Mit Hilfe eines Querschnitts durch den Fluss kann er aktuelle Situationen bildlich darstellen, indem er hemmende und fördernde Elemente einzeichnet und benennt. Es gibt also kein Assessment zu diesem Modell, das ähnlich wie beim CMOP-E und beim MOHO gestaltet wäre. Aber die Zeichnungen

5

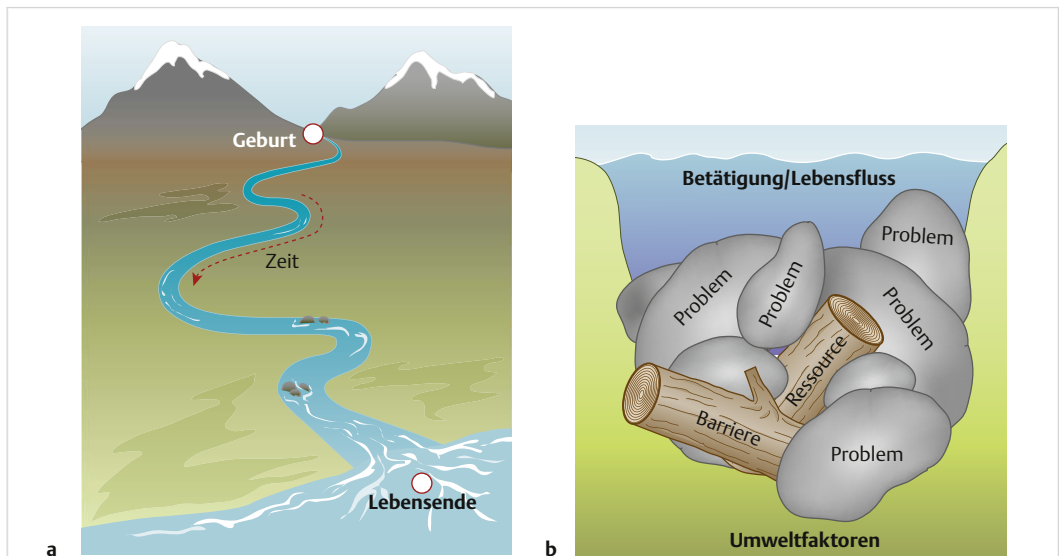


Abb. 5.7 Der Lebensfluss.

a Der Lebensfluss. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

b Möglicher Querschnitt des Lebensflusses eines Klienten. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

können doch ähnlich wie beim COPM zur Erfolgskontrolle genutzt werden.

5.4.2 Die Hauptmerkmale des Modells

Zum Querschnitt des Modells (► Abb. 5.7b) gehören fünf Hauptmerkmale, die vom Klienten in den Fluss eingezeichnet und als Probleme oder Ressourcen beschriftet werden können:

Japanisch für Ergotherapeuten M!

Torimaki = Flussbett
Iwa = Steine
Ryuboku = Treibholz
Sukima = Zwischenräume
Mizu = Wasser

Wasser (Mizu)

Das *Wasser* des Flusses stellt die Betätigungen und die Gesundheit des Klienten dar. Ist viel Wasser im Fluss, so bedeutet dies, dass er viele Betätigungen hat, dass die Betätigungen leicht von der Hand gehen; der Klient erlebt wenige Einschränkungen in seinem Tun und hat wenige gesundheitliche Probleme.

Flussbett (Torimaki)

Das *Flussbett* stellt die physische und soziale Umwelt des Klienten dar. Der Klient beschreibt hierbei seine soziale und räumliche Umwelt, indem er wichtige Aspekte in das Flussbett hinein zeichnet und benennt. Die Strukturen des Flussbetts können sowohl hemmende als auch fördernde Elemente für Betätigungen darstellen.

Steine (Iwa)

Die *Steine* im Fluss bezeichnen Probleme und Lebensumstände, mit denen der Klient zu kämpfen hat. Die Schwierigkeiten können unterschiedlich groß und unterschiedlich angeordnet sein. Je mehr Steine sich im Fluss des Klienten befinden, desto schlechter kann das Wasser fließen, Betätigungen können kaum zum Zuge kommen. Für das Leben bedeutet dies: Je mehr Probleme jemand hat, desto weniger kann seine Betätigung fließen.

Treibholz (Ryuboku)

Das *Treibholz* im Fluss bezeichnet die persönlichen Stärken, aber auch Belastungen des Klienten. Diese Attribute können als Beigaben sowohl positiver als auch negativer Natur sein. Finanzielle Absicherung kann z. B. eine Ressource sein, auf die ein Klient zurückgreift, wenn er in eine Notsituation gerät. Ängstlichkeit kann dagegen ein negatives Attribut darstellen. Dieses Treibholz kann bewirken, dass sich Steine lockern und fortgeschwemmt werden, sodass es wieder mehr Platz gibt, wo Flusswasser hindurchfließen kann. Auf der anderen Seite kann das Holz aber auch dazu führen, dass sich alles so verkeilt, dass sich die Situation noch verschlimmert.

Zwischenräume (Sukima)

Strategische Punkte für den Ansatz ergotherapeutischer Interventionen zeigen sich an Stellen, wo die blockierenden Elemente (Steine und Balken) kleine Öffnungen/Möglichkeiten (Sukima) bieten, wieder mehr Wasser hindurch zu lenken und fließen zu lassen. Durch geschicktes Nutzen von Ressourcen aus den Wänden und aus dem Flussbett (z. B. soziale Unterstützung, günstigere Wohnsituation) können Steine gelockert werden, und es kommt wieder zu stärkerer Strömung – der Wasserdurchfluss vergrößert sich. Wo Wasser fließt, fließt auch Betätigung.

Die Aspekte des Kawa-Modells können also sowohl den Lebenslauf eines Menschen beschreiben als auch seine aktuelle Lebenssituation. Die ► Abb. 5.7 sollen helfen, das Modell zu verstehen.

Das Kawa-Modell bietet einerseits ein Denkmittel, andererseits wird es auch als Therapiemittel genutzt. So erarbeiten Ergotherapeuten mit ihren Klienten die aktuelle Lebenssituation, was dazu führen kann, dass die Klienten anhand dieser Metapher ihre eigene Situation besser zu verstehen und zu durchschauen lernen. Therapeut und Klient überlegen gemeinsam, wie sie hinderliche „Steine aus dem Weg räumen“ können und welche Ressourcen, d. h. „Treibhölzer“, und Elemente aus dem Flussbett sie einsetzen und nutzen können, damit die Steine gelöst werden. In den Zwischenräumen soll wieder mehr Platz geschaffen werden, damit nicht mehr so viele Schwierigkeiten das Strömen der Betätigungen behindern. Die wieder besser fließenden (vermehrt stattfindenden) Betätigungen des Klienten unterstützen seine Gesundheit und seine selbstbestimmte Lebensführung.

Einen interessanten Aspekt stellt die Tatsache dar, dass es das Buch zum Kawa-Modell nicht als Übersetzung gibt – weder in deutscher noch in einer anderen Sprache. Das liegt daran, dass der Autor Michael Iwama der Meinung ist, dass andere Länder ihre eigene Art und Weise finden sollten, um das Modell innerhalb ihrer eigenen Kultur abgewandelt zu nutzen. Sein Buch basiert auf der japanischen/asiatischen Kultur, es lässt sich nicht eins zu eins auf eine westliche Kultur übertragen, ist aber durchaus auch dort einsetzbar (vgl. Schmitte 2019).

Auf youtube gibt es ein wunderbares Interview, in dem Michael Iwama Fragen von Schülern der

ETOS-Schule in Osnabrück aus dem Jahr 2014 beantwortet und dadurch das Modell aus seinem Verständnis heraus erklärt. Es ist zwar auf Englisch, aber da er sich seiner ausländischen Zuhörer bewusst ist und sich um deutliche Aussprache bemüht, ist es leicht zu verstehen. Außerdem stellt es eine ausgezeichnete Gelegenheit dar, den Autor „persönlich“ zu erleben. Interessanterweise berichtet er, dass ein ETOS-Schüler den Vorschlag machte, statt des Flusses eine Autobahn als Symbol des Lebens zu nehmen: Auch dort gibt es günstige und behindernde Konstellationen wie freie Bahn, Stau, Geschwindigkeitsbegrenzungen, Sperrungen, rücksichtslose andere Fahrer usw. (Iwama 2014).

Fallbeispiel

B

Im Unterricht einer Ergotherapieschule kommt das Kawa-Modell zur Sprache. Alle Schüler malen ihren eigenen (Lebens-)Fluss. Anna zeichnet ihren Lebensfluss von der Geburt bis heute. Der Fluss erscheint noch kurz, da sie erst 18 Jahre alt ist. Aber Anna kann einige Stellen im Flusslauf markieren, die steinig waren. So etwa der Tod ihrer Großeltern vor einigen Jahren, oder der Autounfall, in dessen Folge sie fünf Wochen im Krankenhaus gelegen hat, und schließlich noch ihre Pubertät, als Anna oft großen Streit mit ihren Eltern hatte. Die meisten Phasen in Annas Lebensfluss waren weniger steinig, und an einigen Stellen fließt das Wasser durch ein breites Flussbett. In diesen Phasen hatte sich Anna besonders wohl und voller Tatendrang gefühlt – so etwa während ihres Austauschjahres in den USA und zu Zeiten ihres Freiwilligendienstes.

Im nächsten Schritt zeichnet Anna den Querschnitt ihres Flusses, der ihre momentane Lebenssituation darstellt. Die Flusswände beschriftet sie mit dem Namen ihres Freundes, ihrer besten Freundin sowie ihrer Familie. Sie notiert aber auch Räumlichkeiten wie die Schule und ihren Sportverein. Die Steine im Flussbett beschriftet Anna mit den in der Schule anstehenden Klausuren, Referaten, einer langwierigen Erkältung und ihrem Aushilfsjob – also mit Problemen und Schwierigkeiten. Die Treibhölzer dagegen erhalten die Aufschriften „Motivation durch Traumberuf“, „Lerngemeinschaften“ und „Struktur“,

aber auch „Lustlosigkeit“ und „leichte Prüfungsangst“.

Anna versetzt sich nun selbst in die Rolle einer Klientin und versucht, sich objektiv von außen zu betrachten. Als ihre eigene Ergotherapeutin würde sie die Zwischenräume zwischen ihren Lerngruppen und den Prüfungen nutzen. In diesen Phasen möchte Anna gezielt versuchen, diese Lerngruppen so oft wie möglich ins Leben zu rufen, da sie weiß, dass es sie weiterbringt und beruhigt, mit ihren Mitschülern über den Lernstoff zu diskutieren. Für Anna war es sehr aufschlussreich, ihren Lebensfluss und das Flussbett im Querschnitt zu zeichnen. Sie hat hierbei festgestellt, wie schwierig es sein kann, sich über die eigene Situation Gedanken zu machen und diese zu erörtern. Überdies führte sich Anna vor Augen, wie sie Probleme, die sie vorher nicht so deutlich wahrgenommen hatte, möglicherweise in den Griff bekommen kann.

Wäre Marc jetzt Annas Therapeut, hätte er die Gelegenheit, Anna anhand ihrer Erklärungen zu ihrem persönlichen Flussmodell sehr viel genauer kennenzulernen, als das sonst in der Schule vorkommt. So könnte er mit ihr über ihre frühere und die jetzige Situation sprechen, und sie könnten gemeinsam nach Lösungen suchen, um vorhandene Probleme anzugehen, „um die Steine und Treibhölzer frei zu bekommen und das Flusswasser wieder besser fließen zu lassen“.

Und noch ein Tipp zum Abschluss: Es gibt zum Kawa-Modell eine App fürs Smartphone oder Tablet. Mit der kann man sich gleich seinen eigenen Fluss bauen, mit den persönlichen Attributen wie Treibholz, Steine und dergleichen (Kawa River App).

Literatur

Iwama M K. The Kawa Model. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2016

Iwama M. Alles ist im Fluss. Ergopraxis 2008; 1

Iwama M. Dr. Michael Iwama shares insights into the Kawa Model for ETOS, 2014, www.youtube.com

Schmitte S.: Den Lebensfluss von Kindern visualisieren. Ergopraxis 2019; 3

5.5 Das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

Melanie Hessenauer

5.5.1 Einleitung

Das Occupational Therapy Intervention Process Model, kurz OTIPM, ist ein ergotherapeutisches Prozessmodell, das beschreibt, wie man Top-down, klientenzentriert und betätigungsbasiert Ergotherapie planen und umsetzen kann (Fisher 1998, 2009, 2013).

Die amerikanische Professorin Anne G. Fisher entwickelte das OTIPM, um Ergotherapeuten eine Struktur an die Hand zu geben, wie sie ihre diversen Kenntnisse und Fertigkeiten in einen ergotherapeutischen Interventionsprozess integrieren können. Das OTIPM bietet dabei einen Rahmen, in dem Theorie und Praxis so vereint sind, dass das Herzstück unseres Berufes – die Betätigung – im Zentrum des gesamten Interventionsprozesses steht: von der ersten Kontaktaufnahme mit dem Klienten bis zum Abschluss der Behandlung (Fisher 2009).

Das OTIPM geht davon aus,

- dass jeder Mensch einzigartig ist und den Willen hat, sich mit Aktivitäten zu befassen, die für ihn Bedeutung und einen persönlichen Zweck haben.
- dass das Sich-Befassen mit Betätigungen eines Klienten (bedeutungsvolles und zweckdienliches Tun) den zentralen Schwerpunkt unseres Berufes bildet.

- dass zur Förderung der Fähigkeit, sich zu betätigen, unsere bevorzugte Methode darin besteht, als wesentliche Strategie unserer Intervention die Ausführung von Betätigungen einzusetzen.
- dass das wichtigste Ergebnis von Ergotherapie darin besteht, dass unsere Klienten die Fähigkeiten erlangen und beibehalten, die zur Erfüllung von Lebensrollen benötigt werden, und dass sie die größtmögliche Teilhabe an der Gesellschaft erreichen (Fisher u. Bray Jones 2017).

Im Folgenden wird dargestellt, wie das OTIPM auf diesen Grundannahmen aufbaut und welche ergotherapeutischen Evaluations- und Interventionsmethoden wann im Therapieverlauf genutzt werden können.

Dabei hat das OTIPM nicht den Anspruch, als Modell für sich alleine zu stehen. Die Ergotherapeutin sollte das OTIPM mit weiteren betätigungszentrierten Praxismodellen, Evaluations- und Interventionsmethoden verknüpfen, wenn ihr dies für den Interventionsprozess des Klienten nützlich erscheint (ebd.).

Das englischsprachige Buch über das Modell erschien 2009, die deutsche Übersetzung 2014, eine leicht überarbeitete deutsche Version 2018. Eine neue englischsprachige Ausgabe wurde im April 2019 unter dem Titel „Powerful Practice“ veröffentlicht. Dieser Beitrag bezieht sich auf die Version von 2009.

5.5.2 Das OTIPM anwenden

Um das OTIPM zu verstehen, werden wir Sie im weiteren Verlauf Schritt für Schritt entlang der Grafik durch den Therapieprozess führen (s. ► Abb. 5.8).

Das OTIPM gliedert sich in drei Phasen:

- die Evaluations- und Zielsetzungsphase
- die Interventionsphase
- die Re-Evaluationsphase

Die Phasen sind in der Grafik (► Abb. 5.8) jeweils als „Säulen“ grau hinterlegt.

Jede Phase besteht aus verschiedenen Schritten, die als farbige Kästchen zu erkennen sind:

- die Schritte der Evaluations- und Zielsetzungsphase sind blau
- die Schritte der Interventionsphase sind grün
- der Schritt der Re-Evaluationsphase ist lila
- die orangefarbenen und blauen Pfeile leiten die Ergotherapeutin durch den Interventionsprozess

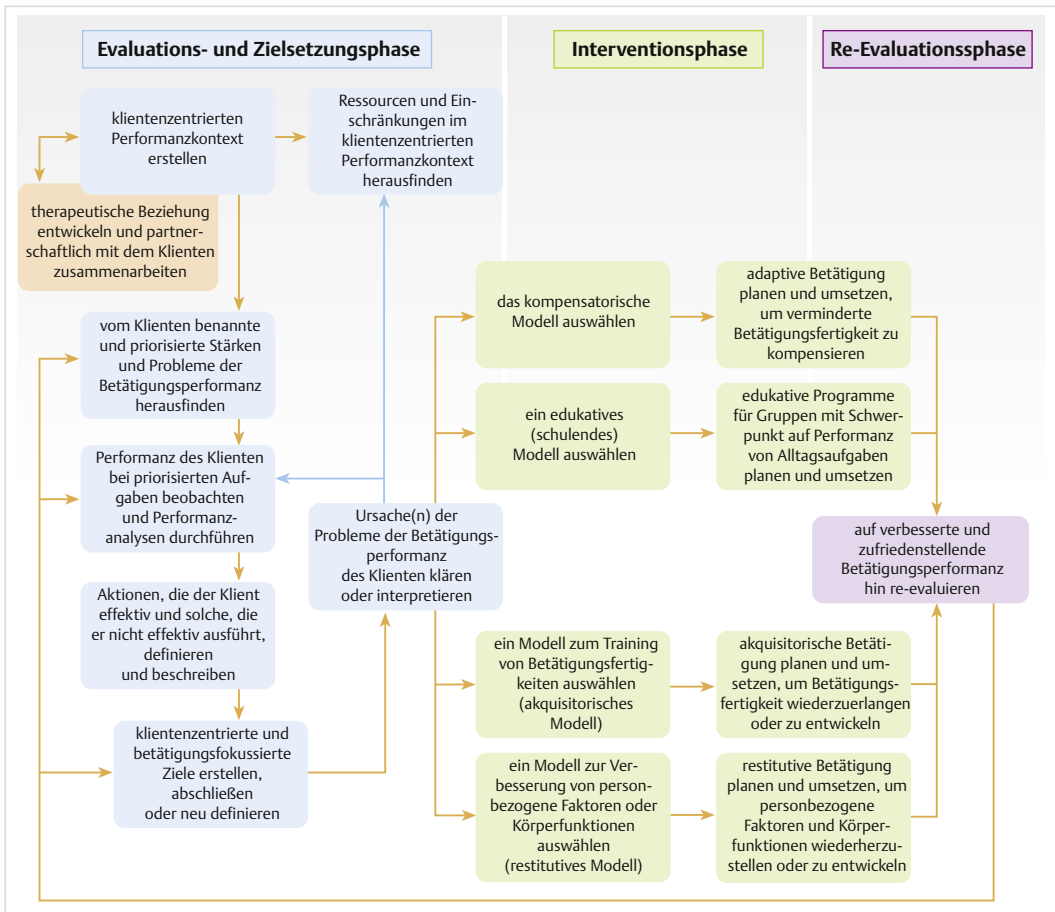


Abb. 5.8 Das OTIPM. (Fisher A. G, Occupational Therapy Intervention Process Model, Three Star Press, 2009; übersetzt 2013)

Der Therapieprozess startet in der Evaluations- und Zielsetzungsphase (s. ► Abb. 5.8, linke graue „Säule“) und zwar gleichzeitig mit den beiden Kästchen oben links: „Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen“ (blau) und „Therapeutische Beziehung entwickeln und partnerschaftlich mit dem Klienten zusammenarbeiten“ (orange). Allerdings werden sie nacheinander beschrieben, auch wenn beide gleichzeitig stattfinden.

Die Evaluations- und Zielsetzungsphase mit Performanzanalyse

Therapeutische Beziehung entwickeln und partnerschaftlich mit dem Klienten zusammenarbeiten

Das leicht nach hinten versetzt dargestellte, orange Kästchen ist nicht als „gesonderter Schritt“ im OTIPM zu verstehen. Vielmehr möchte Fisher darauf aufmerksam machen, dass die Ergotherapeutin schon beginnt, eine therapeutische Beziehung mit dem Klienten zu entwickeln, sobald sie diesen kennenlernt und ein Gespräch zu seinem Alltag, seinen Einstellungen und dergleichen mit ihm führt. Eine therapeutische Beziehung zu ent-

wickeln erfordert, „dass sich zwei Menschen gegenseitig verstehen, sich vertrauen und respektieren und ein gemeinsames Verständnis dafür aufbringen, was der therapeutische Prozess für das Leben und die Zukunft des Klienten bedeutet“ (Price 2009, S. 329).

Dabei arbeitet die Ergotherapeutin partnerschaftlich mit dem Klienten zusammen. In der Zusammenarbeit sind beide Experten, die Ergotherapeutin und der Klient. Der Klient ist Experte für sich, seinen Alltag, seine Werte, Interessen, Prioritäten und Ziele. Die Ergotherapeutin ist Expertin für ihre fachliche Kompetenz hinsichtlich der Evaluation (Überprüfung, Bewertung) von Leistungsperformanz, für evidenzbasierte – also wissenschaftlich nachweisbar wirksame – Interventionen und mögliche Ergebnisse (Fisher u. Bray Jones 2017).

Eine therapeutische Beziehung zu entwickeln und partnerschaftlich mit dem Klienten zusammenzuarbeiten, sind zwei wichtige Elemente klientenzentrierter Therapie (s. dazu auch Kap. 3). Diese Elemente ziehen sich durch den gesamten Interventionsprozess und entwickeln sich stetig weiter. Wie Sie sehen können, startet bei diesem Kästchen der orange Pfeil, der uns durch den gesamten Interventionsprozess leitet. Das bedeutet, dass die Ergotherapeutin von der ersten Kontaktaufnahme mit dem Klienten bis zum Abschluss der Behandlung klientenzentriert, partnerschaftlich, vertrauens- und respektvoll mit dem Klienten zusammenarbeitet.

Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen

Um den Begriff *Klientenzentrierter Performanzkontext* zu verstehen, sind ein paar kurze Erklärungen notwendig. Das OTIPM versteht unter Performanz die Ausführung einer Alltagstätigkeit, und der Kontext bezieht sich auf alles, was auf diese Ausführung von außen her einwirkt. Und was klientenzentriert bedeutet, haben Sie schon in Kapitel 3 gelesen.

Der erste Schritt des OTIPM besteht also darin, dass die Ergotherapeutin innerhalb kürzester Zeit möglichst viele Informationen über den Klienten zusammenträgt. Sie möchte sich ein Bild davon machen, wer der Klient ist, welche Bedürfnisse und Sorgen er hat, was er normalerweise in sei-

nem Alltag tut und welche Aufgaben er dabei nur mit Problemen ausführen kann. Es geht dabei um Alltagstätigkeiten (Aufgaben) in den Bereichen Selbstversorgung (z. B. Anziehen, Waschen), komplexe Alltagstätigkeiten (z. B. Kochen, einen Fahrradreifen flicken), Ruhe und Schlaf, (Aus-)Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Teilhabe.

Fisher geht davon aus, dass die Ausführung einer Alltagstätigkeit immer von der Person, die die Aufgabe ausführt, von der Umwelt, in der die Aufgabe stattfindet, und von der Aufgabe an sich (z. B. Komplexität der Aufgabe) beeinflusst wird. Der Performanzkontext beschreibt deshalb sowohl Faktoren, die in der Person liegen (z. B. Motivation und körperliche Fähigkeiten), als auch Faktoren, die von außen auf die Ausführung einwirken (z. B. wo die Aufgabe ausgeführt wird und wer anwesend ist).

Damit die Ergotherapeutin versteht, warum und wie der Klient eine Aufgabe ausführt und warum es zu Schwierigkeiten oder Unzufriedenheit gekommen ist, benötigt sie also umfassende Informationen zur Person und zum Umfeld, in dem die Person handelt.

Einige Informationen kann die Ergotherapeutin der Verordnung des Arztes entnehmen (z. B. Diagnose, Alter, Grund der Verordnung). Die meisten Informationen sammelt sie jedoch im „ergotherapeutischen Interview“, d. h. in einem gemeinsamen Gespräch, in dem die Therapeutin den Klienten näher kennenlernt. Die Ergotherapeutin möchte vor allem die Sichtweise der Person (des Insiders) auf sich selbst und ihr Leben kennenlernen.

Um der Ergotherapeutin zu erleichtern, alle Informationen zusammenzutragen, die die Ausführung von Tätigkeiten beeinflussen, beschreibt das OTIPM 10 Bereiche. Jeder dieser 10 Bereiche kann Anteile haben, die den Klienten in seiner Ausführung als Ressource unterstützen oder als Barriere einschränken.

Die Inhalte der 10 Bereiche (Dimensionen) werden nachfolgend anhand von Schlüsselfragen beschrieben (s. Abschnitt „Die 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontextes“). Diese Fragen sollte die Ergotherapeutin dem Klienten nicht systematisch stellen. Vielmehr sollte die Ergotherapeutin sich selbst fragen, ob sie genügend Informationen gesammelt hat, um diese Fragen für sich ausreichend zu beantworten.

Die 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontextes nach Fisher 2018, S. 80

1. Umweltdimension

Wenn der Klient die Aufgabe ausführt:

- Wer ist dabei?
- Welche Gegenstände werden benutzt?
- In welchen physischen Räumen führt der Klient die Aufgabe aus?

2. Rollendimension

- Welche Rollen sind dem Klienten wichtig?
- Werden rollenbezogene Aufgaben logisch, zeitlich und gesellschaftlich adäquat ausgeführt?
- Gibt es Ungereimtheiten zwischen dem erwünschten Rollenverhalten und
 - dem tatsächlichen Rollenverhalten des Klienten?
 - dem Rollenverhalten, das gesellschaftlich erwartet oder vom Klienten erwünscht ist?

3. Motivationsdimension

- Haben die Werte, Interessen und Ziele des Klienten Bedeutung für ihn und bieten sie eine Quelle der Motivation für die Betätigung?
- Was sind Prioritäten, Hoffnungen und Befürchtungen des Klienten für zukünftige Betätigungsperformanz?
- Gibt es einen Nachweis für einen inneren Antrieb des Klienten (z. B. Spiritualität, Verbindung zu anderen, Lebenswille)?

4. Aufgabendimension

- Von welchen Aufgaben sagt der Klient, dass er sie tun muss oder möchte oder dass sie von ihm erwartet werden?
- Welche Merkmale haben diese Aufgaben (z. B. Komplexität, Dauer, Schlüsselemente)?

5. Kulturelle Dimension

Gibt es gemeinsame kulturelle Überzeugungen, Werte, Sitten, die Einfluss haben darauf:

- wo der Klient die Aufgabe ausführt?
- welche Aufgaben der Klient ausführt?
- wie der Klient die Aufgaben ausführt?

- welches Werkzeug und Material der Klient für die Aufgaben benutzt?

6. Soziale Dimension

- Hat der Klient Verbindung und Beziehungen zu anderen?
- Wie sind der Umfang und die Qualität der Zusammentreffen zwischen dem Klienten und anderen?

7. Gesellschaftliche Dimension

Welche Ressourcen und Einschränkungen müssen beachtet werden?

- Verfügbare Dienste?
- Ökonomische Faktoren einschl. Finanzierung von Diensten?
- Regelungen, Vorgaben und Gesundheitsversorgung?
- Gesellschaftliche Einstellungen?
- Medizinische Vorsichtsmaßnahmen?

8. Dimension der Körperfunktionen

- Welche Informationen enthält die Akte des Klienten zu physischen, kognitiven und psychosozialen Fähigkeiten und Störungen?
- Welchen Eindruck hatten Sie während der informellen Beobachtung beim Anfangsinterview von seinen physischen, kognitiven und psychosozialen Fähigkeiten und Störungen?
- Was sagen Ihnen diese Informationen über das Potenzial des Klienten zur Besserung physischer, kognitiver und psychosozialer Fähigkeiten und Störungen?

9. Zeitliche Dimension

- Wie verläuft der Alltag des Klienten?
- In welcher Lebensphase befindet sich der Klient zurzeit?
- Falls relevant: Haben Sie die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft aller anderen Dimensionen bedacht?

10. Adaptive Dimension

Gibt es Anzeichen, dass der Klient

- modifiziertes Verhalten oder eine adaptierte Umwelt zur Lösung seiner Probleme nutzt?
- flexibel und offen für die Vorstellung von Veränderung ist?

Ressourcen und Einschränkungen im klientenzentrierten Performanzkontext herausfinden

Gehen wir nun in der Grafik (s. ► Abb. 5.8) einen Schritt nach rechts vom vorigen Kästchen. Während die Ergotherapeutin den klientenzentrierten Performanzkontext erstellt, findet sie Faktoren, die den Klienten in der Ausführung seiner Betätigungen unterstützen (Ressourcen) und solche, die den Klienten in der Ausführung einschränken (Barrieren). Die Ergotherapeutin berücksichtigt dabei Faktoren, die derzeit vorhanden sind, früher vorhanden waren und die für die Zukunft zu erwarten sind (Fisher u. Bray Jones 2017).

In diesem Schritt im Interventionsprozess ist es wichtig, dass die Ergotherapeutin noch keine Vermutungen darüber anstellt, wie sich die Ressourcen und Einschränkungen möglicherweise auf die Betätigungsperformanz des Klienten auswirken. Der Top-down-Vorgehensweise folgend, durchläuft die Ergotherapeutin vielmehr die weiteren Schritte der Evaluations- und Zielsetzungsphase des OTIPM.

Bei diesem Teil des ergotherapeutischen Interviews könnte die Ergotherapeutin das OTIPM mit einem anderen Praxismodell verknüpfen. Sie könnte z. B. das Kawa-Modell (s. Kap. 5.4) oder die theoretischen Prinzipien des Model of Human Occupation (s. Kap. 5.3) anwenden, wenn sie der Meinung ist, dass ihr dies zum Verständnis des Performanzkontextes helfen würde.

Vom Klienten benannte und priorisierte Stärken und Probleme der Betätigungsperformanz herausfinden

Folgen wir nun dem orangen Pfeil in der Grafik (s. ► Abb. 5.8) nach unten. Im nächsten Schritt findet die Ergotherapeutin zusammen mit dem Klienten heraus, welche Betätigungen aus dessen Sicht (Insider-Sicht) seine Stärken darstellen und welche

ihm Probleme bereiten. Sie erfasst, welche problematischen Betätigungen den Klienten daran hindern, seine Rollen zufriedenstellend auszufüllen, und mit welchen Betätigungen er oder andere Personen aus seinem Umfeld unzufrieden sind (Fisher u. Bray Jones 2017). Anschließend unterstützt die Ergotherapeutin den Klienten, Alltagstätigkeiten für die Beobachtung im nächsten Schritt und für mögliche Ziele auszuwählen. Dazu könnte sie z. B. das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) nutzen (s. Kap. 5.2.4).

Performanz des Klienten bei priorisierten Aufgaben beobachten und Performanzanalysen durchführen

Nachdem der Klient entschieden hat, welche Alltagstätigkeiten er gemeinsam mit der Ergotherapeutin in der Therapie bearbeiten möchte, beobachtet sie den Klienten dabei, wie er diese in seinem vertrauten Umfeld und auf seine gewohnte Art und Weise ausführt. Während die Ergotherapeutin den Klienten beobachtet, macht sie sich kurze Notizen. Sie notiert, an welchen Stellen die Aufgabenausführung nicht ganz fließend vorankommt oder deutliche Schwierigkeiten zu sehen sind. Anschließend bewertet die Ergotherapeutin das Ausmaß der beobachteten Schwierigkeiten und interpretiert, welche Auswirkungen diese auf die Qualität der gesamten Aufgabenausführung haben. Diesen Schritt im OTIPM nennt man, eine Performanzanalyse durchführen.

Die zwei Formen der Performanzanalyse

Das OTIPM beschreibt zwei Formen der Performanzanalyse: die *standardisierte* und die *nicht-standardisierte* Performanzanalyse.

Die standardisierte Performanzanalyse

Eine *standardisierte* (formale) Performanzanalyse ist eine Beobachtung nach wissenschaftlich vorgegebenen Kriterien. Fisher entwickelte drei standardisierte Performanzanalysen bzw. Assessments (s. auch Kap. 5.5.3, Im OTIPM beschriebene Assessments):

- Das Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), das die Qualität der Ausführung von persönlichen (wie z. B. Waschen, Anziehen) und komplexen (instrumentellen) (z. B. kochen, einen Fahrradreifen flicken) Alltagstätigkeiten beurteilt.
- Die Schulversion des AMPS (School AMPS), welche die Qualität der Ausführung von schulrelevanten Aufgaben beurteilt (wie z. B. schreiben, Computeraufgaben ausführen).
- Die Evaluation of Social Interaction (ESI), welche die Qualität sozialer Interaktion beurteilt.

Um diese standardisierten Performanzanalysen durchzuführen, benötigt die Ergotherapeutin eine Fortbildung, in der sie ausführlich die Bewertungskriterien erlernt und ihre Bewertungen überprüfen lässt. Nach erfolgreich durchlaufener Fortbildung erhält die Ergotherapeutin ein Computerprogramm, das ihre *subjektiven* Bewertungen in *objektive, lineare Messwerte* umwandelt (Bond u. Fox 2007). Diese umgewandelten, linearen Messwerte ermöglichen es ihr, die Ergebnisse auf zwei unterschiedliche Arten zu interpretieren:

1. Hinsichtlich des Kriteriums der kompetenten Ausführung (wie ist die Qualität der Ausführung?).
2. Hinsichtlich der Altersnorm (wie ist die Qualität der Ausführung im Vergleich zu gesunden Menschen im gleichen Alter?).

Nach erfolgter Therapie kann die Ergotherapeutin mittels standardisierter Performanzanalysen ihre Ergebnisse wissenschaftlich nachweisbar dokumentieren (Fisher u. Griswold 2014). Das bedeutet, sie kann belegen, ob sich der Klient in der Qualität der Ausführung der beobachteten

Aufgaben vor und nach der Intervention wissenschaftlich nachweisbar verbessert hat. Sie kann die Effektivität der Therapie auch dann belegen, wenn der Klient am Ende der Intervention andere Aufgaben (z. B. schwierigere) als zu Beginn ausgeführt hat. Ebenfalls kann die Therapeutin die Ergebnisse zwischen verschiedenen Klienten (-gruppen) vergleichen, oder auch wenn zwei verschiedene Therapeuten das Assessment durchgeführt haben (Fisher u. Bray Jones 2017). Standardisierte Performanzanalysen belegen somit die Effizienz der Therapie und sind für Ärzte und Kostenträger sehr aussagekräftig.

Zu bedenken:

Die im OTIPM beschriebenen standardisierten Performanzanalysen ermöglichen der Ergotherapeutin *nicht*, den Klienten *bei allen* Alltagstätigkeiten zu beobachten. Das AMPS ist z. B. ein Test für die Aktivitäten des täglichen Lebens und das School AMPS bewertet die Ausführung von relevanten schulischen Aufgaben. Keines der Assessments kann die Aufgabenausführung in den Bereichen Spiel oder Arbeit evaluieren.

An dieser Stelle hat die, im Folgenden beschriebene, nicht-standardisierte Performanzanalyse einen Vorteil: Diese kann die Ergotherapeutin bei *jeder* Alltagstätigkeit anwenden.

Die nicht standardisierte Performanzanalyse

Führt die Ergotherapeutin eine *nicht-standardisierte* (informelle) Performanzanalyse wie im OTIPM beschrieben durch, so beobachtet und bewertet sie informell die Qualität der Ausführung einer Alltagstätigkeit anhand der im Folgenden beschriebenen Vorgehensweise.

Analysiert sie den Klienten zu Beginn und am Ende der Intervention, so kann sie interpretieren und dokumentieren, ob sich der Klient in der Qualität der Ausführung *dieser* Aufgabe verbessert hat. Sie kann die Qualität der Ausführung von Alltagstätigkeiten des Klienten aber *nicht* vergleichen, sobald dieser eine andere Aufgabe ausführt. Ebenfalls kann sie *nicht* vergleichen, ob ein Klient eine Aufgabe kompetenter ausgeführt hat als ein anderer Klient. Mit der nicht-standardisierten Performanzanalyse kann die Ergotherapeutin also beschreiben, welche beobachtbaren Veränderungen die Intervention bei einer bestimmten Aufgabe bewirkt hat. Sie hat jedoch keinen wissenschaftlich belegbaren Nachweis für die Effektivität ihrer Therapie (Fisher u. Griswold 2014).

Durchführung einer nicht-standardisierten Performanzanalyse

Nachfolgend wird die Durchführung der informellen, *nicht-standardisierten* Performanzanalyse vorgestellt:

- **Schritt 1.** Die Ausführung einer Alltagstätigkeit beobachten
- **Schritt 2.** Sich Notizen zur Aufgabenausführung machen
- **Schritt 3.** Die Aufgabenausführung bewerten
- **Schritt 4.** Die Ergebnisse analysieren und dokumentieren

Schritt 1: Die Ausführung einer Alltagstätigkeit beobachten

Um die Aufgabenausführung beobachten zu können, müssen wir uns erst einmal bewusst werden, *was* genau wir während einer Aufgabenausführung beobachten können.

Fisher hat hierfür ein wunderbares „Handwerkzeug“ für Ergotherapeuten entwickelt. Sie beschreibt die sogenannten Ausführungsfertigkeiten (Performanzfertigkeiten). Doch was sind diese Performanzfertigkeiten?

Stellen wir uns die Ausführung einer Aufgabe – also einer Alltagstätigkeit – als eine Kette vor, deren einzelne Glieder die Fertigkeiten sind. Verbindet man die einzelnen Glieder miteinander, so bilden sie eine Kette (nämlich die Aufgabe). (s. ► Abb. 5.9)

Jedes einzelne dieser Glieder können wir beobachten. Wir beobachten, wie die Person zum Küchenschrank *geht*, *nach* dem Türgriff *langt*, diesen *ergreift*, die Türe *aufzieht* usw.

Fertigkeiten sind somit die kleinsten *beobachtbaren* Einheiten (Aktionen) der Aufgabenausführung. Jede dieser Aktionen ist *beobachtbar* und *zielgerichtet*; die Person hat das Ziel, die Aktionen und schließlich die gesamte Aufgabe auszuführen.

Fertigkeiten sind keine Körperfunktionen (wie z. B. Gedächtnis oder Griffkraft).

M!

Ein Beispiel: Griffkraft an sich können wir nicht beobachten. Was wir beobachten ist, dass z. B. der Griff am Glas rutscht, während die Person es mit der anderen Hand aufschraubt.

Das OTIPM unterteilt die Fertigkeiten wie folgt:

Kategorien von Performanzfertigkeiten

Motorische Fertigkeiten

Beobachtbare Aktionen, wenn die Person mit den Gegenständen der Aufgabe umgeht und diese und sich selbst innerhalb der Aufgabenumwelt bewegt.

Beispiel

Eva *geht* zum Küchenschrank, *langt nach* dem Türgriff, *ergreift* diesen und zieht die Schranktüre auf (*bewegt*).

Prozessbezogene Fertigkeiten

Beobachtbare Aktionen, wenn die Person Werkzeug und Material für eine Aufgabe auswählt, diese benutzt, einzelne Aktionen logisch ausführt und die Ausführung anpasst, falls Probleme auftreten.

Beispiel

Eva *wählt* den Wasserkocher und *beginnt* nach einer kurzen Pause Wasser einzufüllen. Sie dreht den Wasserhahn zu, als der Wasserkocher voll ist (*beendet*).

Soziale Interaktionsfertigkeiten

Beobachtbare Aktionen, wenn die Person mit anderen Menschen bei der Ausführung einer Aufgabe mit sozialer Interaktion kommuniziert und interagiert.

Beispiel

Später *wendet* sich Eva Max zu und *fragt* mit kaum hörbarer Stimme (*produziert Sprache*), ob er auch einen Tee möchte. Dabei spielt sie an ihrer Halskette herum (*reguliert*).

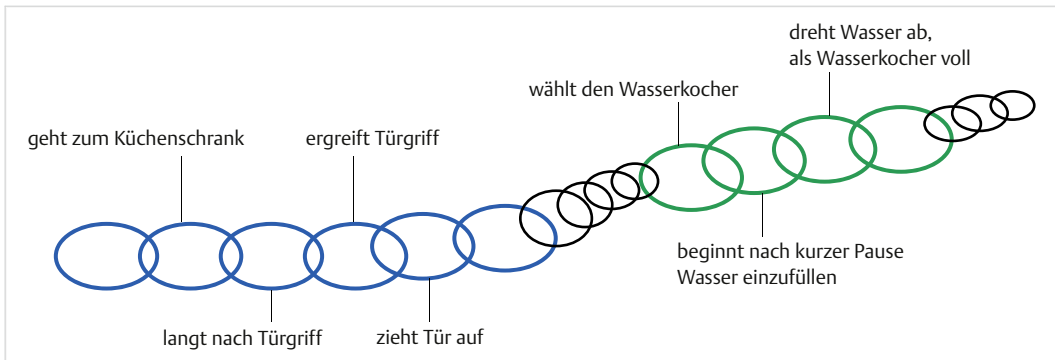


Abb. 5.9 Die Performanzfertigkeiten: kleinste beobachtbare Einheiten der Aufgabenausführung (Quelle: Hessenauer M, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

Bei den in der oben stehenden Box kursiv gedruckten Beobachtungen handelt es sich um im OTIPM beschriebene Fertigkeiten. Insgesamt definiert das OTIPM 16 motorische, 20 prozessbezogene und 27 soziale Fertigkeiten. Die motorischen und prozessbezogenen Fertigkeiten stammen aus dem AMPS und der Schulversion des AMPS, die sozialen Interaktionsfertigkeiten aus dem ESI.

Im Anhang dieses Buches (s. Anhang I; Performanzfertigkeiten (S.308)) finden Sie alle Fertigkeiten mit jeweils einer kurzen Beschreibung, damit Sie diese für eine nicht-standardisierte Performanzanalyse nutzen können. Wir möchten Ihnen einerseits die Möglichkeit geben zu lernen, *was* Sie beobachten können, und Ihnen andererseits die Worte dafür geben, *wie* Sie ihre Beobachtungen beschreiben und dokumentieren können. Eine ausführlichere Beschreibung der Fertigkeiten finden Sie in Fisher 2018, S. 163–185.

Mit Hilfe der 27 sozialen Interaktionsfertigkeiten lassen sich nahezu alle Situationen analysieren, in denen eine Person mit anderen Menschen kommuniziert und interagiert. Bei vielen Aufgaben kann man die 16 motorischen und 20 prozessbezogenen Fertigkeiten beobachten. Darüber hinaus gibt es jedoch Fertigkeiten, die für bestimmte Aufgaben ganz spezifisch und die nicht im OTIPM beschrieben sind. Analysiert die Ergotherapeutin z. B. eine Person, die Federball spielt, so beobachtet sie diese, wie sie den Ball in die Luft *wirft*, den Schläger *schwingt* und den Ball zum Spielpartner *schlägt*. Fisher betont, dass Ergotherapeuten nicht darauf beschränkt sind, die im OTIPM beschriebenen Fertigkeiten zu verwenden. Sie können die beobachteten Aktionen auch mit ihren eigenen Worten beschreiben. Wichtig ist, dass sie anschließend deren Qualität bewerten.

Voraussetzung für die Durchführung einer Performanzanalyse

M!

Voraussetzung für die Durchführung einer Performanzanalyse ist, dass sowohl die Therapeutin als auch der Klient genau wissen, was die Aufgabe des Klienten ist, womit diese beginnt und womit sie endet. Beobachtet die Ergotherapeutin z. B. ein Kind im Unterricht, so müssen beide wissen, welche Aufgabe die Lehrerin dem Kind gestellt hat und welche Materialien es dabei verwenden soll (Fisher u. Griswold 2014). Nur dann kann sie im Anschluss alle Fertigkeiten bewerten (z. B. ob das Kind die Aufgabe wie vorab besprochen fertig gestellt hat).

Schritt 2: Sich Notizen zur Aufgabenausführung machen

Wie zu Beginn beschrieben, notiert die Ergotherapeutin die Stellen (Aktionen) der Aufgabenausführung, die nicht ganz fließend vorankommen oder an denen deutliche *Schwierigkeiten* zu beobachten sind. Hier stellt sich die Frage: Was genau bedeutet eigentlich, dass jemand „*Schwierigkeiten*“ bzw. „*Probleme*“ hat?

Dafür ist es notwendig, erst einmal zu betrachten, was eine Aufgabenausführung denn fließend bzw. qualitativ angemessen, kompetent macht.

Fisher schreibt, dass eine Aufgabenausführung dann kompetent ist, wenn diese frei ist von Anzeichen von:

- körperlicher Anstrengung, Ungeschicklichkeit oder Ermüdung (*Effektivität*)
- Desorganisation oder unerwünschter Nutzung von Zeit, Raum oder Gegenständen (*Effizienz*)

- Bedarf an Hilfe oder verbaler Unterstützung (*Selbstständigkeit*)
- beobachtbarer Gefahr einer Verletzung der Person oder Beschädigung der Umwelt (*Sicherheit*)
- beobachtbarer Störung, Unbehagen, Unreife oder Unbeholfenheit bei Aufgaben, bei denen soziale Interaktion dazugehört (*soziale Angemessenheit*)
- geäußelter Unzufriedenheit mit der Ausführung von Alltagsaufgaben (*Zufriedenheit*)

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass sich die Ergotherapeutin während der Beobachtung kurz notiert, wenn die Aufgabenausführung mühsam oder ungeschickt aussieht, ineffizient voranschreitet, Unterstützung oder Hilfe erforderlich ist, wenn Bedenken bezüglich der Sicherheit für den Klienten oder die Gegenstände bestehen oder die soziale Interaktion mit anderen Personen unangemessen ist.

Da es nicht möglich ist, alle Beobachtungen aufzuschreiben, notiert die Ergotherapeutin nur diejenigen, die auf eine verminderte Ausführungsqualität hinweisen. Denn das sind die Beobachtungen, die sie anschließend benötigt, um die weitere Intervention zu planen. Sie geht davon aus, dass alle Beobachtungen, die sie nicht notiert hat, kompetent ausgeführt wurden.

Outsider-Sicht, Insider-Sicht M!

Direkt nach der Beobachtung, in der die Ergotherapeutin ihre Wahrnehmungen zur Aufgabenausführung notiert hat (= Outsider-Sicht), fragt sie den Klienten, wie er selbst die Aufgabenausführung einschätzt (= Insider-Sicht). Die Antworten des Klienten notiert sie (Fisher u. Bray Jones 2017). Als Leitfaden für diese Fragen könnte die Ergotherapeutin informell die Interview-Leitfäden der von Fisher entwickelten Partnertools zu AMPS und ESI, dem Assessment of Compared Qualities (ACQ), anwenden. (Weitere Infos s. Kap. 5.5.3)

Schritt 3: Die Aufgabenausführung bewerten

Nachdem die Beobachtung beendet ist, bewertet die Ergotherapeutin zuerst, wie sie allgemein (global) die Kompetenz der Aufgabenausführung hinsichtlich der oben beschriebenen Kriterien Effektivität, Effizienz, Selbstständigkeit und Sicherheit sowie – im Falle einer Aufgabe mit sozialer Interaktion – die soziale Angemessenheit einschätzt.

Dann bewertet sie spezifisch alle motorischen und prozessbezogenen Fertigkeiten (und die sozialen Interaktionsfertigkeiten, sofern relevant). Abschließend bewertet sie, ob es eine Diskrepanz zwischen ihren Beobachtungen und der Selbsteinschätzung des Klienten gibt. Dies gibt ihr einen wichtigen Hinweis für die Intervention.

Um die Beobachtungen messbar zu bewerten, verwendet sie die in der Tabelle beschriebenen Qualitätsmerkmale (s. ► Tab. 5.5)

Fallbeispiel Sarah B

Die Ergotherapeutin beobachtet Sarah dabei, wie sie sich zu Hause auf ihre gewohnte Art und Weise einen Tee kocht. Dann bewertet sie zuerst allgemein die Qualität der Aufgabenausführung. Anschließend nutzt sie ihre Notizen zusammen mit den Beschreibungen der motorischen und prozessbezogenen Fertigkeiten. Sie geht der Reihe nach alle Fertigkeiten durch und überprüft, ob sie eine oder mehrere Beobachtung zu den Fertigkeiten notiert hat (s. ► Tab. 5.6). Hat sie eine Beobachtung notiert, so bewertet sie anhand der in ► Tab. 5.5 beschriebenen Qualitätsmerkmale, wie gravierend das Ausmaß des Problems war. Da Sarah bei der Aufgabenausführung alleine in der Küche war, bewertet die Ergotherapeutin nicht die sozialen Fertigkeiten.

Tab. 5.5 Messbare Qualitätsmerkmale zu Bewertung und Dokumentation der Ausführungsqualität des Klienten (Fisher 2018, S. 103)

Art des beobachteten Problems	Schwere des beobachteten Problems	
	Ausmaß	Zeit
Effektivität (physische Anstrengung) Effizienz (zeitliche und räumliche Organisation) Sicherheit Selbstständigkeit Soziale Angemessenheit Ausdruck von Zufriedenheit, Schmerz etc.	Kein Problem Minimal Mäßig Deutlich	Zeit Dauer Häufigkeit

Tab. 5.6 Durchführung der nicht-standardisierten Performanzanalyse: Beispiele für die Bewertung der Gesamtausführungsqualität, Notizen zu den Beobachtungen der Therapeutin und die Bewertung der spezifischen Fertigkeiten

Vereinbarte Aufgabe: Sarah bereitet eine Kanne schwarzen Tee zu und schenkt am Ende zwei Tassen ein

Gesamtausführungsqualität:

Effektivität: *mäßig ineffektiv*

Effizienz: *minimal ineffizient*

Sicherheit: *kein Problem*

Selbstständigkeit: *1-malige Hilfe*

soziale Angemessenheit: *nicht relevant*

Beobachtung/Notiz

Geht etwas wackelig zu Küchenschrank

Mühsam: Tee holen von unten

Griff rutscht: Dose öffnen

Hilfe: Wasserhahn aufdrehen

Motorische Fertigkeiten

Geht

Langt nach und beugt

Ergreift/hält

Dosiert Kraft

Bewertung

minimal

mäßig

minimal

deutlich

Prozessbezogene Fertigkeiten

Kurze Pause: bevor sie Tee herausholt

Beginnt

minimal

Steckt Löffel in Dose, wieder heraus, nochmals hinein:

Sequenziert

minimal

Teeblätter auf Löffel

Bemerkt nicht: etwas Teeblätter auf Anrichte

Bemerkt und reagiert

minimal

Schenkt am Ende den Tee nicht in die Tassen

Verfolgt Ziel

mäßig

Aussagen Klient zur Ausführungsqualität

minimale-mäßige

Sarah sagt: „es war schon anstrengend und ich habe Hilfe gebraucht (...), ich habe es so gemacht, wie wir ausgemacht hatten“

Diskrepanz

In diesem Schritt im Interventionsprozess ist es wichtig, dass die Ergotherapeutin noch *keine* Vermutungen darüber anstellt, *was* möglicherweise die *Ursachen* für die verminderte Ausführungsqualität sind.

Schritt 4: Die Ergebnisse analysieren und dokumentieren

Der 4. und abschließende Schritt der Performanzanalyse, die Ergebnisse zu analysieren und zu dokumentieren, ist im OTIPM als eigener Prozessschritt im Anschluss an die Performanzanalyse definiert, nämlich:

Aktionen, die der Klient effektiv und solche, die er nicht effektiv ausführt, definieren und beschreiben

Nachdem die Ergotherapeutin also alle Fertigkeiten (Aktionen) bewertet hat, betrachtet sie, welche Aktionen der Klient kompetent (effektiv) und welche er nicht kompetent (ineffektiv) ausgeführt hat. Sie definiert, welche Aktionen aus ihrer Sicht am besten die Ausführungsqualität des Klienten wiedergeben. Anschließend dokumentiert sie ihre Er-

gebnisse als *messbaren, betätigungsfokussierten* Eingangsbefund. Dieser sollte enthalten, *was* der Klient getan hat und *wie gut* er die Aufgabe ausgeführt hat (s. ► Tab. 5.5.)

Fisher unterscheidet den globalen (allgemeinen) und den spezifischen Eingangsbefund:

Der globale Eingangsbefund

Der globale Eingangsbefund greift die Bewertungen der Gesamtausführungsqualität auf.

Fallbeispiel Sarah

B

Beim Zubereiten einer Kanne Tee zeigte Sarah *mäßige* Anzeichen für erhöhte körperliche Anstrengung und *minimale* zeitliche wie auch räumliche Ineffizienz. Sie benötigte *1-malig* Hilfestellung (beim Öffnen des Wasserhahns), die Aufgabenausführung war *sicher* (vgl. ► Tab. 5.6: Gesamtausführungsqualität).

Der spezifische Eingangsbefund

Der spezifische Eingangsbefund beschreibt detailliert die Aktionen, die am besten die Ausführungsqualität wiedergeben. Die Ergotherapeutin wählt ca. 10 Aktionen aus, die der Klient ineffektiv ausgeführt hat, und ca. 5 Aktionen, die seine Stärken darstellen. Diese dokumentiert sie. Falls möglich fasst sie die Aktionen zusammen, die einen logischen Bezug zueinander haben.

Fallbeispiel Sarah

B

Sarah *beugt* sich *mäßig* steif und langsam nach unten, als sie den Tee aus dem Küchenschrank holt (*langt nach*).

Dieser Schritt im Interventionsprozess ermöglicht der Ergotherapeutin, einerseits die Ergebnisse der Evaluation messbar zu dokumentieren und diese andererseits für den Klienten und andere Personen verständlich zu beschreiben.

Klientenzentrierte und betätigungsfokussierte Ziele erstellen, abschließen oder neu definieren

Um gemeinsam mit dem Klienten ein Ziel zu formulieren (erstellen), bespricht die Ergotherapeutin mit ihm die Ergebnisse des Eingangsbefundes. Sie möchte von ihm wissen, wie zufrieden er selbst mit der Aufgabenausführung ist und was mögliche Ziele für die Ergotherapie sein könnten. Es kann sein, dass ein Klient bereits im Verlauf der Evaluationsphase ein Ziel formuliert hat. Ist dies der Fall, so überprüft die Ergotherapeutin in diesem Schritt gemeinsam mit dem Klienten, ob dieses bestehen bleibt. Ist dies der Fall, so überprüft die Ergotherapeutin in diesem Schritt gemeinsam mit dem Klienten, ob dieses Ziel, wie bereits formuliert, festgelegt (abgeschlossen) wird oder ggf. neu definiert wird.

Die Ergotherapeutin arbeitet eng mit dem Klienten zusammen, um Ziele zu formulieren, die seinen Wünschen entsprechen, aber auch realistisch sind. Kann ein Klient nicht kommunizieren, so arbeitet sie mit anderen zusammen, die den Klienten gut kennen (z. B. Angehörige) und die ihr am besten sagen können, was der Klient ihrer Meinung nach möchte. Gleichzeitig sorgt die Ergotherapeutin dafür, dass die Ziele betätigungsfokussiert und

messbar sind. Damit sie messbar sind, nutzt sie erneut die Qualitätsmerkmale aus ► Tab. 5.5.

Nach Fisher enthält eine messbare Zielformulierung folgende Elemente:

Wer (Person) tut *was* (Aufgabe) *wie gut* (Qualitätsmerkmale) und *bis wann*?

Fallbeispiel Sarah

B

Mit Hilfe des oben beschriebenen globalen Eingangsbefundes formuliert Sarah gemeinsam mit der Ergotherapeutin folgendes Ziel:

Sarah (*wer*) bereitet in 3 Wochen (*bis wann*) eine Kanne Tee (*was*) *ohne Hilfe* und mit nur *minimalen* Anzeichen erhöhter körperlicher Anstrengung zu (*wie gut*).

Ursache(n) der Probleme der Betätigungsperformanz des Klienten klären oder interpretieren

Nachdem die Ergotherapeutin die Qualität der Ausführung einer Alltagstätigkeit evaluiert und gemeinsam mit dem Klienten Ziele formuliert hat, klärt und interpretiert sie die Ursachen für die verminderte Ausführungsqualität. Häufig ist die Ursache für die ineffektive Performanz einer Person inzwischen klar geworden. Wenn nicht, so kann die Ergotherapeutin weitere Evaluationen mit dem Klienten durchführen.

Sie könnte in diesem Schritt:

- nochmals ihre Dokumentation der 10 Bereiche des klientenzentrierten Performanzkontextes betrachten und *interpretieren*, welche Anteile den Klienten möglicherweise in der Ausführung einschränken (z. B. kulturelle Überzeugungen, Rollenverhalten) (s. ► Abb. 5.8 OTIPM, blauer Pfeil zurück zum Schritt *Ressourcen und Einschränkungen im klientenzentrierten Performanzkontext herausfinden*).
- ihre Beobachtungen bei der Performanzanalyse überdenken und eine sog. *Ursachenanalyse* durchführen. Das bedeutet, sie *interpretiert*, was mögliche Ursachen für die ineffektive Ausführung sein könnten (s. ► Abb. 5.8 OTIPM, blauer Pfeil zurück zum Schritt *Performanzanalysen durchführen*).
- Testverfahren zu den personbezogenen Faktoren und Körperfunktionen durchführen (z. B. zur

Steifigkeit der Muskeln, zur Wahrnehmung) oder die Umwelt evaluieren (z. B. anhand von MOHO-Assessments).

Weshalb Fisher zwischen einer Performanz- und Ursachenanalyse (in der Literatur häufig als Aufgabenanalyse bezeichnet) unterscheidet und aufzeigt, wann diese im Top-Down-Vorgehen eingesetzt werden, können Sie in Kap. 9.1 nachlesen.

Hat die Ergotherapeutin die Ursachen für die verminderte Ausführungsqualität evaluiert, so hat sie alle Schritte der Evaluations- und Zielsetzungsphase abgeschlossen. Sie tritt nun in die nächste Phase ein: die Interventionsphase (s. ► Abb. 5.8 OTIPM, mittlere graue „Säule“).

Die Interventionsphase

Einleitend ein paar Gedanken zur ergotherapeutischen Intervention. Möchten wir unserem beruflichen Selbstverständnis folgen, dass wir für Betätigung zuständig sind, so sollte der Schwerpunkt unserer Intervention auf Betätigung liegen. Darauf weisen sowohl Fisher als auch Kielhofner (1997) hin. Das OTIPM definiert Betätigung dabei als eine Tätigkeit, die relevant für den Alltag einer Person ist, die in vertrautem Umfeld stattfindet (mit den Werkzeugen und Materialien, die normalerweise benutzt werden) und die von der Person selbst als bedeutungsvoll und zweckdienlich (als persönliches Ziel) für ihren Alltag empfunden wird.

Als angemessene (legitime) ergotherapeutische Interventionsmethoden beschreibt Fisher im OTIPM vier Interventionsmodelle:

- das kompensatorische Modell
- ein Modell zum Training von Betätigungsfertigkeiten (akquisitorisches Modell)
- ein Modell zur Verbesserung von personbezogenen Faktoren oder Körperfunktionen (restitutives Modell)
- ein edukatives (schulendes) Modell

Legitim sind diese Modelle, weil sie die Ausführung von Betätigung als Methode nutzen oder einen direkten Fokus auf Betätigung haben.

Die Ergotherapeutin kann eines oder gleichzeitig mehrere der Modelle auswählen (s. ► Abb. 5.8: vier grüne Kästchen auf der linken Seite der mittleren grauen Säule).

Anschließend plant sie die Intervention und führt sie nach den Prinzipien der entsprechenden Modelle durch (setzt sie um) (s. ► Abb. 5.8: vier

grüne Kästchen auf der rechten Seite der mittleren grauen Säule).

Nachfolgend werden die vier Interventionsmodelle vorgestellt. Ein *wesentliches Merkmal* all dieser Modelle ist, dass die Ergotherapeutin im Sinne der Klientenzentrierung auch hier *partnerschaftlich mit dem Klienten zusammenarbeitet*.

Wir beginnen nun mit dem kompensatorischen, dem akquisitorischen und dem restitutiven Modell. Ein *Merkmal dieser drei Modelle* ist, dass der Klient während der Intervention *aktiv die Betätigungen ausführt*, die er selbst gewählt hat.

Das kompensatorische Modell auswählen

Wird das kompensatorische Modell ausgewählt, so wird eine Betätigung so verändert bzw. angepasst (adaptiert), dass der Klient sie erfolgreich ausführen kann. Er führt diese dann auf eine neue Art aus, die sich von der unterscheidet, die Menschen üblicherweise einsetzen. Der Fokus liegt in diesem Modell darauf, verminderte Performanzfertigkeiten auszugleichen (zu kompensieren).

Die Ergotherapeutin könnte folgende Strategien für Adaptionen nutzen:

- adaptierte Geräte oder Hilfsmittel bereitstellen, wie z. B. einen Computer mit Augensteuerung, eine Griffverdickung am Stift zum Schreiben
- alternative oder kompensatorische Strategien entwickeln oder lehren, wie z. B. einen Pferdeschwanz mit einer Hand binden, die Teekanne auf einem Wagen zum Tisch schieben
- Aufgaben oder die physische oder soziale Umwelt modifizieren, z. B. eine Person zieht sich mit verbalen Hinweisen durch einen Angehörigen an

Die Ergotherapeutin berät den Klienten und/oder andere relevante Personen (z. B. Angehörige, Lehrer) hinsichtlich möglicher Adaptionen oder entwickelt gemeinsam mit ihnen Ideen für eine veränderte Art der Ausführung. Anschließend schult sie den Klienten und ggfs. andere darin, die Adaptionen im Alltag anzuwenden und trainiert die Ausführung der gewünschten Betätigung.

Ein Modell zum Training von Betätigungsfertigkeiten auswählen (akquisitorisches Modell)

Im akquisitorischen Modell führt ein Klient die Tätigkeiten aus, die für seinen Alltag relevant und natürlich sind, denen er Bedeutung und Zweck beimisst und die er selbst als Ziel der Intervention benannt hat. Seine *Betätigungen werden eingesetzt, um Performanzfertigkeiten wieder zu erlangen* (falls er diese verloren hat), *zu erhalten* (falls die Gefahr besteht, diese zu verlieren) oder *neu zu entwickeln* (falls noch keine altersentsprechende Performanz entwickelt wurde). In anderen Worten: der Klient eignet sich verbesserte Performanzfertigkeiten an (akquiriert sie). Ziel ist, dass der Klient seine Betätigungen so ausführt, wie es für Personen seines Alters, seines Geschlechts und seiner kulturellen Gruppe üblich ist. Der Fokus in diesem Modell liegt darauf, die Qualität der Performanzfertigkeiten beim Ausführen dieser Betätigungen zu verbessern.

Fallbeispiele akquisitorisches Modell

B

Beispiel 1

Ein Klient, der einen Schlaganfall erlitten hat, möchte sich wieder ein Spiegelei zubereiten können. Die Ergotherapeutin übt mit ihm konkret diese für ihn relevante Betätigung. Während der Klient sein Spiegelei zubereitet, liegt der Fokus der Ergotherapeutin darauf, dass er die benötigten Fertigkeiten (wie z. B. *dosiert Kraft*) wiedererlangt, um das Ei in die Pfanne aufzuschlagen und das fertige Spiegelei auf den Teller zu heben, ohne dass der Dotter zerläuft.

Beispiel 2

Eine Ergotherapeutin arbeitet mit einer Gruppe Jugendlicher mit psychiatrischen Störungsbildern. Die Jugendlichen möchten gemeinsam einen Ausflug planen, ohne in Streit miteinander zu geraten. Die Ergotherapeutin plant den Ausflug gemeinsam mit den Jugendlichen und gibt ihnen regelmäßig kurze verbale Hinweise, damit diese z. B. auf die Vorschläge und Fragen der anderen angemessen reagieren. Der Fokus der Therapeutin ist, die sozialen Interaktionsfertigkeiten der Gruppenmitglieder zu üben.

Um die *Performanzfertigkeiten* des Klienten *wieder zu erlangen, zu erhalten oder neu zu entwickeln*, könnte die Ergotherapeutin den Schwierigkeitsgrad der für den Klienten relevanten Tätigkeit so abstufen, dass er zunächst zur momentanen *Ausführungsqualität* des Klienten passt. Die Anforderungen werden allmählich gesteigert (z. B. die Komplexität der Aufgabe, die Größe und das Gewicht der Gegenstände, die Dauer, die Art und Häufigkeit von Hilfestellung), sobald die Performanzqualität des Klienten zunimmt. Zum Beispiel übt die Person erst, einen kleinen Topf zum Herd zu tragen, im weiteren Verlauf dann den von ihr gewünschten großen Topf. Oder ein Kind entscheidet zunächst nur gemeinsam mit der Schwester, welches Spiel sie spielen möchten; im Verlauf trifft es die Entscheidung dann mit beiden Geschwistern.

Im akquisitorischen Modell arbeitet die Ergotherapeutin direkt mit dem Klienten (z. B. übt mit ihm das Spiegeleierbraten) oder berät und schult andere (z. B. Lehrer, Eltern), wie sie den Klienten dabei unterstützen können, eine Betätigung kompetent bzw. kompetenter auszuführen.

Die Ergotherapeutin entwickelt also gemeinsam mit dem Klienten und ggfs. anderen relevanten Personen Ideen für eine verbesserte Ausführung der problematischen Fertigkeiten. Anschließend schult sie alle Beteiligten darin, wie der Klient seine Fertigkeiten bei der für ihn relevanten Tätigkeit (z. B. Transportieren des Topfes beim Spaghetti kochen) üben kann und gibt ihnen dann die Möglichkeit, die Fertigkeiten in unterschiedlichen Kontexten und bei verschiedenen, für den Klienten relevanten Tätigkeiten weiter zu üben und zu verallgemeinern (z. B. Transportieren einer Gießkanne). Das Üben der Fertigkeiten (hier *transportiert*) steht im Vordergrund.

Ein Modell zur Verbesserung von personbezogenen Faktoren oder Körperfunktionen auswählen (restitutives Modell)

Im restitutiven Modell führt ein Klient, ebenso wie im akquisitorischen Modell, die Tätigkeiten aus, die für seinen Alltag relevant und natürlich sind, denen er Bedeutung und Zweck beimisst und die er selbst als Ziel der Intervention benannt hat. Seine *Betätigungen werden* in diesem Modell *eingesetzt*

setzt, um *personbezogene Faktoren und Körperfunktionen* nach einer erfolgten Schädigung zu *verbessern* oder *wiederherzustellen*. Restitutiv bedeutet so viel wie wiederherstellend, ausgleichend. Hat ein Klient eine altersentsprechende Performanz noch nicht erreicht, so geht es darum, personbezogene Faktoren und Körperfunktionen zu *entwickeln*. Um Erhalt und Förderung derselben geht es, wenn der Klient die Betätigungen (fast) so ausführt, wie man es in diesem Alter erwartet. Der Fokus liegt in diesem Modell auf der Verbesserung von personbezogenen Faktoren oder Körperfunktionen, die zum Ausführen dieser Betätigungen erforderlich sind.

Fallbeispiele restitutives Modell **B**

Um den Unterschied zwischen dem akquisitorischen und dem restitutiven Modell aufzuzeigen, nutzen wir dieselben Beispiele.

Beispiel 1

Der Klient, der einen Schlaganfall erlitten hat, möchte sich wieder ein Spielei zubereiten. Die Ergotherapeutin übt mit ihm konkret diese für ihn relevante Tätigkeit. Während der Klient sein Spielei zubereitet, liegt der Fokus der Ergotherapeutin im *restitutiven* Modell darauf, dass der Klient seine isolierten Bewegungen der rechten Hand wiedererlangt.

Beispiel 2

Die Ergotherapeutin plant gemeinsam mit der Gruppe Jugendlicher mit psychiatrischen Störungsbildern einen Ausflug, ohne dass diese in Streit miteinander geraten. Die Ergotherapeutin gibt den Jugendlichen im restitutiven Modell regelmäßig kurze verbale Hinweise, um sie z. B. in ihrem Problemlösevermögen zu unterstützen oder um an ihrem Bewusstsein für ihre problematischen sozialen Interaktionsfertigkeiten zu arbeiten.

Der Fokus der Therapeutin liegt auf der Verbesserung der gemäß ICF zugrundeliegenden Körperfunktionen (hier: Problemlösevermögen und Problembewusstsein).

Merke

M!

In beiden Modellen – dem akquisitorischen wie dem restitutiven Modell – führt der Klient die für ihn relevante und bedeutungsvolle Betätigung aus. Ob die Ergotherapeutin Betätigung akquisitorisch oder restitutiv nutzt, hängt von ihrem Professionellen Reasoning ab (s. Kap. 7), also davon, warum sie diese Form der Intervention ausgewählt hat:

Betätigungsfertigkeiten trainieren = akquisitorisch
Zugrundeliegende personbezogene Faktoren/ Körperfunktionen verbessern = restitutiv
(Fisher u. Bray Jones 2017)

Um die *personbezogenen Faktoren und Körperfunktionen* des Klienten zu *verbessern*, *wiederherzustellen* oder zu *entwickeln*, könnte die Ergotherapeutin den Schwierigkeitsgrad der für den Klienten relevanten Tätigkeit so abstufen, dass er zunächst zur momentanen *Fähigkeit* des Klienten passt. Die Anforderungen werden allmählich gesteigert (z. B. die Komplexität der Aufgabe, die Größe und das Gewicht der Gegenstände, die Dauer, die Art und Häufigkeit von Hilfestellung), sobald sich die personbezogenen Faktoren oder Körperfunktionen des Klienten verbessert haben.

Ebenso wie im akquisitorischen Modell arbeitet die Ergotherapeutin im restitutiven Modell direkt mit dem Klienten (z. B. übt mit ihm das Spiegelerbraten) oder berät und schult andere (z. B. Lehrer, Eltern), wie sie den Klienten dabei unterstützen können, eine Betätigung kompetent(er) auszuführen.

Im restitutiven Modell entwickelt die Ergotherapeutin mit dem Klienten und ggf. anderen relevanten Personen Möglichkeiten, wie der Klient zugrundeliegende Körperfunktionen und personbezogene Faktoren mit Hilfe von für ihn relevanten Tätigkeiten üben kann, und schult alle Beteiligten darin. *Anschließend überprüft sie, ob die Verbesserung der Körperfunktionen zu einer effektiveren Ausführung der Fertigkeiten führt.* Dann gibt die Therapeutin allen Beteiligten (wie im akquisitorischen Modell) die Möglichkeit, die Funktionen und personbezogenen Faktoren in unterschiedlichen Kontexten und bei verschiedenen, für den Klienten relevanten Tätigkeiten zu üben und zu verallgemeinern. Der Fokus liegt hierbei auf einer Ver-

besserung der personbezogenen Faktoren und Körperfunktionen.

Edukatives (schulendes) Modell

Wird ein schulendes (edukatives) Modell gewählt, so geht es darum, Schulungen, Seminare und Workshops für Gruppen (z.B. das Personal eines Altenheims) zu planen und durchzuführen. Themenschwerpunkt ist die Ausführung von Alltags-tätigkeiten.

Fallbeispiel edukatives Modell

B

In einem Seminar für Angehörige von Personen mit Demenz erläutert die Ergotherapeutin Probleme, die Personen mit Demenz häufig in der Ausführung von Alltags-tätigkeiten erfahren. Sie bespricht mit den Angehörigen den Tagesablauf zu Hause und die auftretenden Herausforderungen bei der Betreuung der an Demenz erkrankten Person. Anschließend zeigt sie den Angehörigen adaptive Strategien auf, die sie in ihrer Rolle als „Betreuer“ unterstützen, oder erläutert, wie sie die Personen mit Demenz einfacher in Alltags-routinen einbinden können (Fisher u. Bray Jones 2017).

Im Unterschied zu den anderen drei Modellen werden hier Fertigkeiten oder Strategien *nicht* direkt im vertrauten Umfeld geübt. Es geht darum, Informationen zu vermitteln und auszutauschen.

Welches Modell/welche Modelle wähle ich aus?

Bei der Planung der Intervention kann die Ergotherapeutin nochmals systematisch die 10 Bereiche (Dimensionen) des klientenzentrierten Performanzkontextes betrachten und überlegen, welche Veränderungen am wahrscheinlichsten zum gewünschten Ergebnis führen. Sie wägt z.B. ab, ob Veränderungen in der Umwelt oder den Körperfunktionen des Klienten effektiv sein werden (Umweltdimension, Dimension der Körperfunktionen) oder ob Motivation, Rollenverhalten oder kulturelle Unterschiede angesprochen werden sollten. Daneben bezieht die Ergotherapeutin z.B. in ihre Überlegungen mit ein, wie viele Therapieeinheiten ihr zur Verfügung stehen (gesellschaftliche Dimen-

sion) und wie flexibel und offen für Veränderung der Klient ist (adaptive Dimension).

Anschließend berät die Ergotherapeutin den Klienten hinsichtlich möglicher Interventionen und wählt gemeinsam mit ihm eines oder mehrere der Modelle aus, um die Intervention zu planen und durchzuführen (umzusetzen). Idealerweise sollte sie das Modell/die Modelle anwenden, die nach ihrer Erfahrung ein positives Ergebnis bei ähnlichen Klienten bewirkt haben und die wissenschaftlich nachweisbar zu einer verbesserten Betätigungsausführung führen (Fisher u. Bray Jones 2017).

Hat die Ergotherapeutin die Intervention durchgeführt, so tritt sie in die dritte Phase ein: die Re-Evaluationsphase (s. ► Abb. 5.8 OTIPM, rechte graue „Säule“)

Die Re-Evaluationsphase

Auf verbesserte und zufriedenstellende Betätigungsperformanz hin re-evaluieren

Nachdem restitutive, akquisitorische oder kompensatorische Betätigung eingesetzt wurde, überprüft die Ergotherapeutin in regelmäßigen Abständen die Betätigungsperformanz des Klienten, also ob die Intervention erfolgreich war und die Ziele erreicht wurden. Während der Interventionsphase geschieht dies meist informell. Spätestens *bei Entlassung* des Klienten und wenn möglich auch zwischendurch, sollte die *Re-Evaluation formal* (anhand standardisierter Kriterien) durchgeführt werden, um die *Effizienz der Therapie zu dokumentieren* (s. ► Abb. 5.8 OTIPM, lilafarbenes Kästchen).

Die Re-Evaluation sollte einerseits die Sicht des Klienten auf seine Betätigungsausführung enthalten (evaluiert z.B. mittels COPM) und andererseits die Sicht des Therapeuten. Hierbei nutzt die Ergotherapeutin erneut eine standardisierte oder nicht-standardisierte Performanzanalyse und evaluiert, ob der Klient seine Ziele erreicht hat. Die Therapeutin hat nur einen Nachweis, dass ihre Intervention effektiv war, wenn sie dokumentiert, dass der Klient seine Betätigung aktuell besser ausführt als zu Beginn des Therapieprozesses. *Sie vergleicht dabei die aktuelle Qualität der Ausführung mit dem globalen und dem spezifischen Eingangsbefund* (Fisher u. Bray Jones 2017).

Merke**M!**

Die Dokumentation der Effektivität ergotherapeutischer Interventionen ist ein wichtiger Schritt, um die besondere Rolle der Ergotherapie in unserem Gesundheitswesen herauszustellen und die Finanzierung durch die Kostenträger zu rechtfertigen.

Schritte im OTIPM erneut durchlaufen

Ergibt die Performanzanalyse bei der Re-Evaluation noch vorhandene Probleme, so müssen die Aktionen, die eine Person nicht effektiv ausführt, erneut definiert werden. Das bedeutet, dass die Ergotherapeutin zurück zum Schritt „Aktionen ... definieren“ geht. Anschließend folgt sie wieder dem OTIPM-Verlauf und überprüft die Ziele, klärt die Ursachen ab, wählt die Interventionsmodelle aus usw. Hat der Klient sein bisheriges Ziel erreicht, so kann die Ergotherapeutin mit dem Klienten neue Prioritäten erarbeiten. Sie führt eine weitere Performanzanalyse mit ihm durch und folgt den weiteren Schritten des OTIPM (grafisch wird diese Vorgehensweise dargestellt über den orangen Pfeil, der von „Betätigungsperformanz re-evaluieren“ zurück zu den entsprechenden Schritten der Evaluationsphase geht, s. ► Abb. 5.8 OTIPM).

Während der Intervention durchläuft die Ergotherapeutin meist mehrmals, mindestens jedoch einmal für jedes Betätigungsanliegen, das sie gemeinsam mit dem Klienten bearbeitet, den OTIPM-Prozess. Visuell kann man sich das Arbeiten an verschiedenen Betätigungen vorstellen, wie mehrere hintereinander liegende Prozesse. Jede „Lage“ entspricht dabei einer Betätigung, die der Klient und die Therapeutin gemeinsam bearbeiten.

Den Klienten entlassen

Die Therapie wird beendet, wenn die Ziele des Klienten erreicht sind, die Fortschritte stagnieren, gesellschaftliche Zwänge die Fortsetzung der Therapie verhindern, oder wenn aus anderen Gründen die Fortsetzung der Therapie nicht möglich ist. *Die Entlassung des Klienten kann zu jedem Zeitpunkt der Intervention vorkommen* (z. B. wenn man nach dem Erfassen des Performanzkontextes feststellt, dass der Klient keinen Bedarf an Ergotherapie hat).

Deshalb wird „die Entlassung“ nicht als Schritt im OTIPM aufgeführt.

5.5.3 Im OTIPM beschriebene Assessments

Wie bereits im Exkurs (S. 117) kurz angesprochen, entwickelten Fisher und Kollegen drei standardisierte (formale) Performanzanalysen. Das AMPS (Fisher u. Bray Jones 2012, 2014), das School AMPS (Fisher et al. 2007) und das ESI (Fisher u. Griswold 2018). In ► Abb. 5.10 finden Sie Informationen, die Ihnen dabei helfen können herauszufinden, ob die Assessments Sie in Ihrer individuellen Praxis in einer betätigungszentrierten Vorgehensweise unterstützen könnten. Um die Assessments anzuwenden, ist eine Fortbildung notwendig. Aktuelle Informationen finden Sie unter www.innovative-otsolutions.com.

In Kapitel 9 können Sie anhand von je einem Fallbeispiel nachlesen, wie Ergotherapeutinnen das AMPS und ESI anwenden, um die Performanzqualität ihrer Klienten standardisiert zu erfassen.

Um neben der standardisierten Performanzanalyse, die die Sicht des Therapeuten auf die Aufgabenausführung erhebt, auch die Einschätzung des Klienten zu seiner Aufgabenausführung zu evaluieren, wurden zwei Partnertools für AMPS und ESI entwickelt (Fisher et al. 2017):

- das Assessment of Compared Qualities – Occupational Performance (ACQ-OP) für das AMPS und
- das Assessment of Compared Qualities – Social Interaction (ACQ-SI) für das ESI

Anhand je eines standardisierten Fragebogens interviewt die Ergotherapeutin den Klienten, direkt nachdem sie ihn beobachtet hat, zu seiner Sicht auf die Aufgabenausführung. Nachdem sie die Antworten des Klienten notiert hat, vergleicht die Therapeutin, was der Klient geantwortet und wie sie selbst den Klienten bewertet hat. Sie bewertet anhand von 11 Items die Diskrepanz zwischen den beiden Einschätzungen. Die OTAP-Software erstellt einen ACQ Ergebnisbericht, der einen reliablen, validen und linearen Messwert, nämlich die Diskrepanz zwischen der Sicht des Klienten und der Sicht der Therapeutin, darstellt. Die Ergebnisse sind sehr wertvoll für die Therapie, da es der Ergotherapeutin möglich ist, das Ausmaß der Diskrepanz zu berücksichtigen, wenn sie die Intervention plant.

	AMPS Assessment of Motor and Process Skills	School-AMPS Schulversion des AMPS	ESI Evaluation of Social Interaction
Was misst das Assessment?	Die Qualität der Ausführung von persönlichen und instrumentellen Alltagsfähigkeiten (ADL)	Die Qualität der Ausführung von schulrelevanten Aufgaben	Die Qualität sozialer Interaktion
Für wen ist es gedacht?	kulturübergreifend für alle Diagnose- und Altersgruppen ab 2 Jahren	kulturübergreifend für Schülerinnen von 3–15 Jahren, alle Diagnosegruppen	kulturübergreifend für alle Diagnose- und Altersgruppen ab 2,6 Jahren
Wobei beobachte ich die Person?	– bei der Ausführung von 2 vertrauten und relevanten ADL-Aufgaben im natürlichen aufgabenrelevanten Kontext – AMPS enthält mehr als 140 ADL-Aufgaben unterschiedlicher Schwierigkeitsstufen	– im Klassenraum bei der Ausführung von 2 vom Lehrer vorgegebenen, schulrelevanten Aufgaben – School-AMPS enthält mehr als 25 schulrelevante Aufgaben, wie z.B. Schreiben, Basteln, Arbeiten am Computer	– bei 2 selbst gewählten natürlichen sozialen Interaktionen mit einem Partner oder mehreren Partnern – das ESI kann bei nahezu allen sozialen Interaktionen angewendet werden
Was bewerte ich?	Die Qualität von 36, bei der Aufgabenausführung eingesetzten Performanzfertigkeiten	Die Qualität von 36, bei der Aufgabenausführung eingesetzten Performanzfertigkeiten	Die Qualität von 27, bei der sozialen Interaktion eingesetzten Fertigkeiten
Welche Ergebnisse erhalte ich?	Die OTAP-Software erstellt den AMPS-Ergebnisbericht, der einen reliablen, validen und linearen Messwert der Aufgabenperformanz der Person enthält. Dieser kann hinsichtlich des Kriteriums der kompetenten Ausführung und der Altersnorm interpretiert werden.	Die OTAP-Software erstellt den School-AMPS-Ergebnisbericht, der einen reliablen, validen und linearen Messwert der Aufgabenperformanz schulrelevanter Aufgaben eines Schülers enthält. Dieser kann hinsichtlich des Kriteriums der kompetenten Ausführung und der Altersnorm interpretiert werden.	Die OTAP-Software erstellt den ESI-Ergebnisbericht, der einen reliablen, validen und linearen Messwert der Qualität sozialer Interaktion der Person enthält. Dieser kann hinsichtlich des Kriteriums der kompetenten Ausführung und der Altersnorm interpretiert werden.
Wofür kann ich die Ergebnisse nutzen?	Zum Planen von Interventionen, Entwickeln von Zielen, Dokumentieren und für den Nachweis von Veränderungen in der Qualität der ADL-Aufgabenperformanz	Zum Planen von Interventionen, Entwickeln von Zielen, Dokumentieren und für den Nachweis von Veränderungen in der Qualität der Aufgabenperformanz schulischer Aufgaben	Zum Planen von Interventionen, Entwickeln von Zielen, Dokumentieren und für den Nachweis von Veränderungen in der Qualität sozialer Interaktion
Wie lange dauern Durchführung und Auswertung?	1 Stunde oder weniger	1 Stunde oder weniger	1 Stunde oder weniger
Wie wurde das Assessment entwickelt?	mittels Raschanalyse Standardisierung: international an über 250 000 Personen	mittels Raschanalyse Standardisierung: international an über 9 300 Personen	mittels Raschanalyse Standardisierung: international an knapp 15 000 Personen

Abb. 5.10 Die standardisierten Performanzanalysen: AMPS, School AMPS und ESI. (Quelle: Hessenauer M, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

Die standardisierten Interview-Leitfäden (Fragebögen) kann die Ergotherapeutin auch informell anwenden, wenn sie eine nicht-standardisierte Performanzanalyse durchführt. Sie sind kostenfrei auch in deutscher Sprache zu finden unter: www.innovativeotsolutions.com

OTIPM



Das OTIPM ist ein ergotherapeutisches Prozessmodell, das Ergotherapeuten dabei unterstützt, ihr Denken und Handeln während des gesamten Interventionsprozesses auf Betätigung zu richten und dabei Top-down und klientenzentriert vorzugehen.

Das OTIPM gibt uns einerseits eine Struktur, in der wir uns immer hinterfragen können: Was tue ich wann im Therapieprozess und warum? Andererseits finden wir im OTIPM die Worte, mit denen wir beschreiben, messen und darstellen können, was uns Ergotherapeuten so einzigartig macht: *unser Fokus auf Betätigung*.

Im Rahmen des Paradigmenwechsels könnte das OTIPM einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, eine gemeinsame berufliche Identität zu entwickeln und somit unsere besondere Rolle innerhalb des Gesundheitssystems aufzuzeigen.

Abschließend möchte ich gerne noch ein paar persönliche Worte an die Leser richten:

Die Auseinandersetzung mit dem OTIPM war für mich Teil einer Suche nach meiner beruflichen Identität (s. auch Kap. 9.4). Alle Aspekte betätigungs- und klientenzentrierter Ergotherapie zu verstehen und umzusetzen, stellt mich immer wieder vor große Herausforderungen. Doch was mich überzeugt und antreibt, mich diesen zu stellen, sind die Rückmeldungen der Klienten, der interprofessionellen Kollegen, meines Arbeitgebers und der Kostenträger. Kinder, die freudestrahlend ihren Eltern zeigen, was sie Neues gelernt haben, interprofessionelle Kollegen, die sich freuen, dass wir nicht mehr deren Job sondern Ergotherapie machen, ein Arbeitgeber, der in den letzten Jahren weitere ergotherapeutische Stellen geschaffen hat, und nicht zuletzt Kostenträger, die zunächst abgelehnte Kostenübernahmen für einen Rehabilitationsaufenthalt nach Prüfung der Therapieeffektivität doch noch bewilligen. Welch zufriedenstellende Erfahrung!

Literatur

- Bond T. G., Fox C. M. Applying the Rasch Model: Fundamental measurement in the human sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2007
- Fisher, A. G. Uniting practice and theory in an occupational framework (Eleonor Clarke Slagle Lecture). American Journal of Occupational Therapy 1998; 52: 509–521
- Fisher, A. G., Bryze, K., Hume, V., & Griswold, L. A. School AMPS: School Version of the Assessment of Motor and Process Skills. 2nd ed. Fort Collins, CO: Three Star Press; 2007
- Fisher, A. G. Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Ft. Collins, CO: Three Star Press; 2009
- Fisher, A. G., Bray Jones, K. Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, standardization, and administration manual. 7th ed. Fort Collins, CO: Three Star Press; 2012
- Fisher, A. G. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2013; 20: 162–173.
- Fisher, A. G., Bray Jones, K. Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 2: User manual. 8th ed. Fort Collins, CO: Three Star Press; 2014
- Fisher, A. G. u. Griswold, L. A. Performance skills: Implementing performance analyses to evaluate quality of occupational performance. In: Schell B A B, Gillen G, Scaffa M E eds. Willard & Spackman's occupational therapy. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014: 249–264
- Fisher, A. G. u. Bray Jones, K. Occupational Therapy Intervention Process Model. In: J. Hinojosa J, Kramer P, Royeen C B. Perspectives on human occupation: Theories underlying practice. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer|Lippincott Williams & Wilkins; 2017: 237–286
- Fisher, A. G., Griswold, L. A., Kottorp, A. Assessment of Compared Qualities – Occupational Performance and Assessment of Compared Qualities – Social Interaction. 3rd ed. Fort Collins, CO: Three Star Press; 2017
- Fisher, A. G. Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention. Idstein: Schulz-Kirchner; 2018
- Fisher, A. G. u. Griswold, L. A. Evaluation of Social Interaction. 4th ed. Fort Collins, CO: Three Star Press; 2018
- Kielhofner, G. Conceptual foundations of occupational therapy. 2nd ed. Philadelphia, PA: F. A. Davis; 1997
- Price, P. The therapeutic relationship. In: Crepeau E B, Cohn E S, Schell B A B eds. Willard & Spackman's occupational therapy. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 328–341

Kapitel 6

Kommunikation

6.1	Einleitende Gedanken	132
6.2	Kommunikationsmodelle – wie Informationen fließen	134
6.3	Kommunikation mit Klienten und erweiterten Klienten	148
6.4	Kommunikation im interdisziplinären Team	154

6 Kommunikation

Christine Aichhorn

6.1 Einleitende Gedanken

Gut kann ich mich an ein Bewerbungsgespräch für die Ausbildung zum Ergotherapeuten erinnern, in dem eine Bewerberin mir mitteilte: „Mit Menschen arbeite ich nicht so gern.“ Das löste eine gewisse Irritation bei uns als Dozenten aus. Die Arbeit und das Kommunizieren mit Menschen ist etwas Zentrales in unserem Beruf.

Warum also ein ganzes Kapitel über Kommunikation in einem Lehrbuch für betätigungszentrierte Ergotherapie?

Ohne Kontakte geht es als Ergotherapeut nicht. Die Bedeutung des Begriffs Kommunikation wird im Duden als „Verständigung untereinander; zwischenmenschlicher Verkehr besonders mithilfe von Sprache, Zeichen“ und für das Verb kommunizieren mit „in Verbindung stehen“ (Duden 2018) erklärt.

Kommunikation bildet die Basis für das menschliche Zusammenleben. Es geht immer um einen Prozess der Übertragung. Alleine für sich kann man zwar Selbstgespräche führen, aber das nennt man noch nicht Kommunikation. Um von einem Kommunikationsprozess zu sprechen, benötigt man mindestens zwei Menschen, die beteiligt sind. Sie betrifft nie nur mich selbst, sondern auch mein Gegenüber. Ideen, Informationen, Anschauungen werden ausgetauscht, übertragen, aber auch diskutiert. Durch zwischenmenschliche Kommunikation entstehen z. B. Weltbilder, werden Kinder erzogen, Menschen manipuliert, Konflikte gelöst.

Als Ergotherapeut sollte man sogar über besonders gute Kompetenzen in diesem Bereich verfügen. Im Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2018) steht:

„Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nutzen alle Formen der Kommunikation, um eine vertrauensvolle professionelle Beziehung zu ihren Klienten aufzubauen und zu erhalten. Aus einer großen Bandbreite an Kommunikationsmitteln wählen sie geeignete Kommunikationsmittel aus, um gezielt Informationen weiterzugeben und zu gewinnen. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten vertreten berufsspezifisches Handeln gegenüber anderen. Sie gestalten ihre Kommunikation respektvoll, effektiv und zielgruppenspezifisch.“

Diese Kompetenz nutzt die Ergotherapeutin insbesondere unter Einbezug ihrer Sozialkompetenz,

um eine vertrauensvolle und professionelle Therapeuten-Klienten-Beziehung aufzubauen und zu verfolgen. In diesem Bereich generiert und gibt sie Informationen an den Klienten oder den erweiterten Klienten bzw. andere im Prozess involvierte Personen weiter. Ihre Kommunikation richtet sie effektiv und wertschätzend auf die Zielgruppe aus. Gegebenenfalls werden Methoden und Medien oder auch Techniken zur Kommunikation angewandt, um die Kommunikationssituation an die Bedürfnisse des Klienten anzupassen. Denn nur so sind im Sinne der Klientenzentrierung Kommunikation auf Augenhöhe und eine partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) möglich. Auch die Dokumentation spielt in diesem Bereich eine große Rolle und vermittelt den ergotherapeutischen Prozess dem Klienten und anderen (s. Kap. 8).

Der Ergotherapeut erfüllt hier die Domäne des „Kommunikators“. Sein Gegenüber sind der Klient mit seinen Angehörigen, aber auch alle an der Betätigung beteiligten Personen. Und schon ist man im „berufsspezifischen“ Bereich. Denn vom ersten Tag der Ausbildung an und auch noch nach 20 Jahren Berufserfahrung werden wir ständig mit der Frage konfrontiert „Was machen eigentlich Ergotherapeuten?“

Im ersten Klientenkontakt benötigen wir Kompetenzen zur zwischenmenschlichen Kommunikation, um ein Anfangsinterview zu führen. Laut OTIPM könnten uns folgende Schlüsselfragen helfen, einen klientenzentrierten Performanzkontext (s. Kap. Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen) zu erstellen:

- Kennen Sie Ergotherapie? Haben Sie schon einmal Ergotherapie bekommen?
- Können Sie mir einen für Sie typischen Tagesablauf beschreiben?
- Können Sie mir etwas über ihre morgendliche Routine erzählen?
- Welche Schwierigkeiten haben Sie bei den Tätigkeiten, die Sie ausführen?
- Was ist daran schwierig?
- Gibt es etwas, was Sie gern tun möchten, aber zurzeit nicht machen?
- Gibt es Menschen, die Ihnen bei Bedarf helfen? Ihre Familie? Nachbarn?
- An welchen Tätigkeiten würden Sie gerne hier in der Ergotherapie arbeiten?

Auf den ersten Blick einfache Fragen, bei denen es allerdings sehr von unterschiedlichen Faktoren abhängt, ob es zu zufriedenstellenden Antworten kommt. Versteht mich mein Klient? Hatte er evtl. völlig andere Erwartungen an mich als Ergotherapeut, die nichts mit Betätigung zu tun haben? Inwiefern vertraut mir der Klient? Bin ich ihm sympathisch, ist er skeptisch, was das alles bringen soll?

Im Rahmen der noch aktuellen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Ergotherapieausbildung von 1999 kommt der Begriff Kommunikation explizit nicht vor. Der theoretische Unterricht dazu findet in den Bezugswissenschaften Psychologie und Pädagogik statt. Doch der Stellenwert der Kommunikation steigt. In einem Top-down-Prozess (s. Kap. 2.2.2), in dem die Betätigungszentrierung an erster Stelle steht, geht es vorrangig um Gesprächsführung. Was wollen mein Klient und seine Angehörigen? Was sind seine Betätigungsanliegen? Was kann er mir zu seinen bisherigen Strategien im Alltag berichten? In der klientenzentrierten Vorgehensweise wird der Klient als Experte für seine Erkrankung gesehen (s. Kap. 3), das bedeutet, dass nicht vorrangig ist, dass der Therapeut dem Klienten sagt, was er nun tun soll.

Im Gegenteil, er trägt mit *seinen* Lösungen zu einer Verbesserung der Ausführung seiner Betätigungen oder der Teilhabe daran bei. Ein partnerschaftlicher Prozess.

Der Entwurf einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV) des DVE beinhaltet ein Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE 2018) mit einigen Beispielen, wie das zukünftig verankert sein könnte. Mitglieder können das Kompetenzprofil auf der Webseite des DVE (dve.info/aus-und-weiterbildung) kostenlos herunterladen. Als gedruckte Broschüre ist es im DVE-Shop unter der Rubrik „Know-how und mehr für Ihre berufliche Tätigkeit“ bestellbar:

„Die Auszubildende/der Auszubildende

- nutzt für die Gestaltung einer professionellen Kommunikationssituation aus einem sehr breiten Spektrum geeignete Kommunikationstheorien und -modelle.
- übernimmt Verantwortung in der klientenzentrierten Interaktion mit Einzelpersonen, Gruppen oder dem Gemeinwesen und berücksichtigt deren spezifische Anforderungen.
- erklärt und vertritt umfassend das eigene ergotherapeutische Handeln gegenüber Anderen und zeigt das spezifische Potential der Ergotherapie

im Hinblick auf Gesundheit, Aktivitäten, Teilhabe und Lebensqualität auf.

- entwickelt die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit in verschiedenen Kontexten mit.
- strukturiert, koordiniert und kommuniziert vorausschauend intra- und interprofessionelle Prozesse und geht mit auftretenden Anforderungen lösungsorientiert um.
- erklärt den Klienten während des gesamten Prozesses die ergotherapeutischen Interventionen.“

Wie man unschwer erkennen kann, ist es also unmöglich, Ergotherapeut zu werden oder zu sein, wenn einem die Arbeit mit Menschen keinen Spaß bereitet.

Die sozial-kommunikative Kompetenz kann nur schwer aus Artikeln und Büchern erlernt werden. Und sicher bringen Sie als angehende oder praktizierende Ergotherapeutin schon eine Menge mit. Sonst hätten Sie sich ja vermutlich nicht bewusst für diesen Beruf entschieden. Viele Bewerber sagen von sich, dass sie gut zuhören oder sich gut in ihre Mitmenschen hinein versetzen können. Und trotzdem ist es ein Unterschied, ob man einer guten Freundin zuhört und Ratschläge gibt, oder ob man als Ergotherapeutin einem Klienten professionelle Unterstützung mit Hilfe von Gesprächsführung anbietet. Die Art, wie Sie Themen bei ihren Klienten ansprechen, wie Sie auf Sorgen und Anliegen reagieren und seine aktuelle Situation erfassen, trägt entscheidend dazu bei, wie wohl und professionell aufgehoben sich ihr Klient bei Ihnen fühlt. Diese Zusammenarbeit wird sich in jedem Falle auf das Gelingen des Therapieprozesses auswirken und darauf, wie zufrieden Ihr Klient damit ist.

Denn je sicherer Sie sich im Kontakt und Gespräch mit ihren Klienten und deren Angehörigen fühlen, desto mehr Sicherheit strahlen Sie auch nach außen hin auf Ihr interdisziplinäres Team oder auf Ihre Vorgesetzten aus.

In diesem Kapitel werden unterschiedliche Kommunikationsmodelle vorgestellt, die Kommunikation allgemein, mit Klienten und mit Teammitgliedern erläutern.

Leider können hier keine Patentrezepte geliefert werden. Eher Hintergrundinformationen, die uns helfen, neue Denkanstöße zu bekommen, um in Zukunft erfolgreicher zu kommunizieren – im Berufsalltag und auch im Privatleben.

Und das Schöne ist: Es gibt jeden Tag diverse Möglichkeiten, um zu üben. Egal, ob beim Bäcker,

am Telefon, in der Familie, im Team und natürlich mit unseren Klienten.

6.2 Kommunikationsmodelle – wie Informationen fließen

Kommunikation erfolgt immer auf mehreren Ebenen. Da ist die *sachlich-rationale Ebene*, die Informationen transportiert und mit Worten ausgedrückt wird. Wesentlich komplizierter ist die *emotionale Ebene*, das, was sich hinter diesen Worten verbirgt. Hier spielen Stimmlage, Betonung, Mimik, Gestik und Körperhaltung eine wesentliche Rolle. Zusätzlich ist die Beziehung zum Gesprächspartner entscheidend.

Es verwundert daher nicht, dass die Wirkung einer Nachricht nur zu 7 % aus sachlichem Inhalt auf verbaler Ebene besteht. Die restlichen 93 % setzen sich aus anderen Faktoren zusammen. Immer wieder eine erschreckende Erkenntnis, besonders wenn man in der Rolle der Lehrenden ist. Ob also die Sachinformationen aus diesem Kapitel bei Ihnen, lieber Leser, ankommen, hängt von vielen Faktoren ab. Unter anderem, ob sie gerade müde sind oder wenig motiviert, weiterzulesen. Ob Sie sich auch emotional angesprochen fühlen, z. B. aufgrund von Interesse, Neugierde, Spaß oder evtl. Verwirrung?

Die Kommunikationsforschung hat unterschiedliche Modelle entwickelt, die den Austausch von Botschaften zwischen Menschen analysiert. Kommunikationsmodelle erklären

- wie Menschen miteinander kommunizieren
- was bei dieser Kommunikation passiert
- wie es zu Missverständnissen kommt
- wie man diese Störungen und Konflikte vermeidet

Hierbei sind viele Modelle entstanden, um Kommunikation und ihre Zusammenhänge darzustellen.

Ein Modell ist ein schematisches und vereinfachtes Abbild der Wirklichkeit. Damit lassen sich reale Situationen gut analysieren.

6.2.1 Das Grundmodell: Sender und Empfänger

Das Sender-Empfänger-Modell (nach W. Weaver/C.E. Shannon) gehört zu den Basismodellen der Kommunikationswissenschaft (► Abb. 6.1).

So hat der Sender eine Idee oder eine Absicht, die er dem Empfänger mitteilen möchte. Es können aber auch Gefühle, Wünsche oder eine Sachinformation sein. Diese Sendung geschieht nicht durch Gedankenübertragung, sondern muss „codiert“ werden. Um seine Nachricht zu übermitteln, wählt der Sender einen Übertragungskanal. Ein solches Medium kann ein schriftliches oder mündliches, aber auch ein visuelles oder akustisches sein. Im nächsten Schritt codiert er seine Nachricht – er formuliert mit Worten oder Gesten, verwendet Bilder oder Körpersignale. Es wird ein Signal ausgesendet. Der Empfänger erhält diese Nachricht und muss sie zunächst decodieren, also entschlüsseln, um sie verstehen zu können.

Fallbeispiel Sender-Empfänger-Modell

B

Tom möchte abends etwas mit Maria unternehmen. Das ist Toms Absicht. Um sein Ziel zu erreichen, schreibt er eine Nachricht. Tom ist also der Sender, die Nachricht der Übertragungskanal oder Kommunikationsweg, und Maria der Empfänger. Wenn Tom die Nachricht tippt, kann man dies als Verschlüsselung oder Codierung verstehen. Er schickt diese ab, und sie wird an Maria übermittelt. Maria liest die Nachricht. Das Lesen ist die Entschlüsselung bzw. Decodierung.

Tom hätte Maria auch anrufen können. Dann hätte er als Medium zur Übermittlung seiner Nachricht das Telefon gewählt und seine Absicht mit gesprochenen Worten codiert. Wenn Tom mittels Skype Kontakt zu Maria aufgenommen hätte, wäre es möglich gewesen, seine Nachricht nicht nur mit Sprache, sondern auch mit Gestik und Mimik zu codieren.

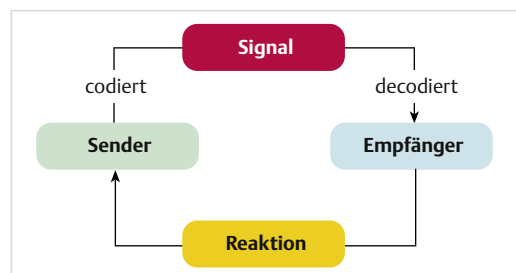


Abb. 6.1 Das Sender-Empfänger-Modell nach Weaver u. Shannon.

Bei jedem einzelnen der beschriebenen Schritte kann es zu Störungen der Kommunikation kommen: beim Sender und dessen Codierung seiner Nachricht, bei der Übermittlung der Nachricht über die unterschiedlichsten Medien, bei der Decodierung durch den Empfänger oder auch in der Beziehung zwischen Sender und Empfänger.

„Gemeint ist nicht gleich gesagt. Gesagt ist nicht gleich gehört. Gehört ist nicht gleich verstanden. Verstanden ist nicht gleich einverstanden. Einverstanden ist nicht gleich ausprobiert. Ausprobiert ist nicht gleich beibehalten.“

nach Konrad Lorenz

Betrachtet man das Fallbeispiel genauer, so zeigen sich viele Möglichkeiten zur Störung der Kommunikation. Tom ist sich noch nicht klar darüber, was er abends tatsächlich machen will (Störung des Senders). Trotzdem fragt er Maria, ob diese Lust hat, einen Cocktail trinken zu gehen. Dabei tippt Tom die Nachricht mit Worterkennung und übersieht, dass dadurch andere Worte entstehen als die, die er schreiben will (Störung der Codierung). Oder Tom formuliert das Anliegen ungünstig, sodass Maria es nicht verstehen kann (Störung der Codierung). Auch ist es möglich, dass die Nachricht vom Netzbetreiber nicht richtig übermittelt wird (Störung der Übermittlung), und schließlich könnte Maria die Nachricht „falsch“ verstehen (Störung der Decodierung).

Falls Maria nun zusagt und Tom dann doch einen Rückzieher macht, weil er lieber mit Anderen Fußball spielen will, kann das zu einem Konflikt mit Maria führen (Störung in der Beziehung zwischen Sender und Empfänger). Oder Maria ist wegen einer Meinungsverschiedenheit noch sauer auf Tom und die Nachricht bringt das Fass zum Überlaufen (Störung in der Beziehung zwischen Sender und Empfänger).

Aber Moment: Maria hat ja noch gar nicht geantwortet. Erst mit Marias Reaktion schließt sich der Kreis. Alle Stationen in der Kommunikation zwischen Tom und Maria finden erneut statt, wenn Maria auf Tom reagiert. Dann wäre Maria der Sender mit einer Absicht. Sie codiert ihre Nachricht und übermittelt sie. Tom empfängt und decodiert die Nachricht. Und dann kann Tom wiederum antworten, sodass der Kreis von neuem beginnt.

An diesem „Regelkreis der Kommunikation“ wird deutlich, an welchen Punkten es grundsätz-

lich zu einer Störung der Kommunikation kommen kann. Erwähnt seien noch besondere Formen der Kommunikationsstörung wie die Paradoxie, selbsterfüllende Prophezeiungen oder die sogenannte Doppelbindung. Das alles zu beschreiben, führt hier zu weit. Aber vielleicht haben Sie ja Lust, bei Hermann Hobmair (2008) oder Friedemann Schulz von Thun (2004) genauer nachzulesen.

6.2.2 Watzlawick – fünf Grundannahmen der Kommunikation

Paul Watzlawick, ein österreichischer Kommunikationswissenschaftler, Psychotherapeut und Philosoph, entwickelte fünf Grundannahmen zur Kommunikation (Watzlawick 2000): die sogenannten Axiome der Kommunikation. Er wollte herausfinden, warum es so schnell zu Störungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation kommen kann. Seiner Meinung nach ist die sprachliche Kommunikation sehr eng mit Beziehungen und Emotionen verbunden.

Erstes Axiom: „Man kann nicht nicht kommunizieren.“

Beispiel

B

Luisa kommt in den Klassenraum und fragt: „Wer hat Lust, mit mir in der Pause Volleyball zu spielen?“ Ein paar Schüler antworten zustimmend oder ablehnend. Franziska reagiert nicht und verdreht stattdessen die Augen.

Sobald mehr als eine Person in einem Raum ist, wird kommuniziert. Selbst wenn niemand spricht, wird durch das Verhalten der Personen etwas mitgeteilt. So hat Franziska zwar verbal nicht auf Luisas Frage reagiert, aber durch ihr Schweigen und ihre Mimik trotzdem eine Antwort gegeben. Durch ihr Verhalten hat sie ihre Einstellung deutlich gemacht.

Jeder kommuniziert immer, egal ob bewusst oder unbewusst.

Zweites Axiom: „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei letzterer den ersteren bestimmt.“

Beispiel

B

Lisas interdisziplinäres Team diskutiert, wohin der Mitarbeiterausflug gehen soll. „Lasst uns doch in den Kletterwald gehen!“, schlägt Katrin vor. „Was ist das denn für eine blöde Idee! Typisch Katrin!“, platzt es aus Ute heraus.

Auf der Inhaltsebene sagt Ute, dass sie nicht Klettern gehen möchte. Die Art und Weise, wie sie es sagt, macht gleichzeitig deutlich, dass sie von Katrin als Person auf der Beziehungsebene wenig hält. Wäre der gleiche Vorschlag von Markus, dem Physiotherapeuten, gekommen, hätte Ute möglicherweise anders reagiert und überlegt, ob der Klettergarten nicht doch eine lustige Aktion wäre.

Kommunikation ist also nicht nur Austausch von Informationen, sondern vor allem auch Ausdruck der Beziehung der miteinander kommunizierenden Personen. Ausschlaggebend für die Aussage auf der Inhaltsebene ist das, was auf der Beziehungsebene gesagt wird. Hier erinnern wir uns wieder an die 7 % Inhalt auf der verbalen Ebene, die bei meinem Gegenüber ankommen. Es ist außerdem sehr entscheidend, wie sympathisch wir unseren Gesprächspartner finden.

Kommunikation gelingt am besten, wenn sich die Gesprächspartner auf beiden Ebenen verstehen.

Drittes Axiom: „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktionen der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.“

Beispiel

B

Cynthia meckert Maria an: „Warum guckst du mich so blöd an?“ und Maria antwortet: „Weil du mich anmeckerst, gucke ich dich blöd an.“

Beim Kommunizieren legt jeder Kommunikationspartner für sich fest, wie er das Gespräch gliedert. Es wird entschieden, was Ursache und was Wirkung ist. Dabei werden meist vorangegangene Äußerungen des Gesprächspartners als Ursache für das eigene Verhalten interpretiert. Was aber wirklich der Anfang war, darüber lässt sich meist strei-

ten: Meckert Maria rum, weil Cynthia sie „blöd anguckt“, oder „guckt“ Cynthia Maria „blöd“ an, weil Maria rummeckert?

Betrachtet man dieses Gespräch mit dem Regelkreis der Kommunikation, sind sich Maria und Cynthia nicht einig, an welcher Stelle der Kreis angefangen hat. Beide begründen ihr Handeln durch das Verhalten des anderen. Hierbei können Konflikte entstehen, weil jeder seine Version als wahr und richtig empfindet, auch wenn das objektiv nicht stimmt. So kommt es laut Watzlawick zu einem „Teufelskreis der Kommunikation“. Kommunikation gelingt, wenn sich die Gesprächspartner entweder einigen können, was Ursache und was Wirkung ist, oder die Überlegung im Mittelpunkt steht, was konstruktiv an dieser Situation geändert werden kann.

Im Allgemeinen bedeutet Interpunktion übrigens Zeichensetzung. Also das Setzen der Satzzeichen wie Punkt, Fragezeichen und Ausrufezeichen mit dem Ziel, die Gliederung eines Satzes deutlich zu machen. Nicht selten wird erst durch die Interpunktion der Sinn des Satzes deutlich.

„Vor langer Zeit gab es einen Bösewicht, der hingerichtet werden sollte. Man schickte nach dem König. Er hatte das Recht inne, den Delinquenten zu begnadigen. Ein Bote kam vom König mit folgender Botschaft zurück: ‚Ich komme nicht köpfen!‘ Nur, wo sollte man das Komma setzen? ‚Ich komme, nicht köpfen!‘ oder ‚Ich komme nicht, köpfen!‘?“

Unbekannt

Viertes Axiom: „Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten.“

Hier meinen die Begriffe „digital“ und „analog“ nicht E-Mail oder Brief. Watzlawick bezeichnet als „analog“ alle nichtsprachlichen Elemente, wie Mimik oder Gestik. Mein Gegenüber gähnt, hier ist ein Interpretationsspielraum möglich: Ist er müde oder gelangweilt?

Erklärt mein Gesprächspartner aber „Ich bin müde“ mit Hilfe seiner verbalen Aussage, nennt Watzlawick das „digital“. Sprache und Schrift sind digitale Techniken und eindeutiger als analoge Techniken.

Beispiel

B

Jonas überreicht seiner Freundin Marie eine rote Rose, küsst sie und flüstert: „Ich liebe dich.“

Maries Freund hat verschiedene Arten des Ausdrucks verwendet. Er hat seine Liebe in Worte gefasst, was Watzlawick als „digitale Modalität“ bezeichnet. Und er hat sich mit Rose und Kuss einer Art Zeichensprache bedient. Dies nennt Watzlawick die „analoge Modalität“.

Wenn digitale und analoge Kommunikationsanteile zusammenpassen und übereinstimmen, nennt man das „kongruente Kommunikation“. Kongruentes Kommunizieren trägt zum Gelingen von Kommunikation bei. Von inkongruenter Kommunikation spricht man dagegen, wenn sich analoge und digitale Kommunikation nicht entsprechen. Dies kann zu gestörter Kommunikation führen.

Beispiel: Jonas sagt „Ich bin so glücklich, dass wir endlich Zeit füreinander haben“, springt aber gleichzeitig auf und macht etwas anderes. Digitale und analoge Kommunikation passen hier nicht mehr zusammen und werden inkongruent.

Fünftes Axiom: „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“

Symmetrisch meint hier eine Gleichheit der Gesprächspartner, eine Kommunikation auf Augenhöhe. Die komplementäre Kommunikation wird dagegen von der Unterschiedlichkeit oder von Hierarchien bestimmt. Wir kommunizieren mit unseren Freunden anders als mit unseren Vorgesetzten.

Beispiel

B

Karins Dozentin für Anatomie fragt: „Hat noch jemand Fragen zu den Bewegungsrichtungen? Nein? Dann sollten Sie diese bis nächste Woche verinnerlichen, damit wir damit arbeiten können.“ Karin flüstert ihrer Banknachbarin zu: „Das finde ich echt schwer zu merken.“ „Ja, das geht mir auch so“, seufzt diese.

Bei der symmetrischen Kommunikation streben die Gesprächspartner danach, gleich zu sein und Unterschiede zu vermindern. In unserem Beispiel tendieren Karin und ihre Mitschülerin dazu, ihre Gemeinsamkeiten zu betonen – hier also die gemeinsamen Schwierigkeiten beim Erlernen der Be-

wegungsrichtungen und die entsprechenden ähnlichen Erlebnisse und Gefühle. Symmetrische Kommunikation findet hauptsächlich bei einer gleichberechtigten Position der Partner statt wie z.B. bei Schülern einer Klasse oder bei Arbeitskollegen in gleicher Position.

Bei der komplementären Kommunikation ergänzen sich die Gesprächspartner mit ihren Unterschiedlichkeiten. In besagtem Fall weiß die Dozentin von den Bewegungsrichtungen deutlich mehr, und die Schüler wollen dies von ihr lernen. Komplementäre Kommunikation entsteht, wenn die Gesprächspartner nicht auf gleicher Ebene stehen, sondern ein „Machtgefälle“ besteht.

Günstig ist, wenn in einer Beziehung sowohl symmetrische als auch komplementäre Anteile vorhanden sind. Dies wäre zum Beispiel dann der Fall, wenn auch die Dozentin von ihren Schülern etwas lernt, oder wenn die Klassenkameraden voneinander lernen.

„Einsichten in das Verhalten des Menschen sind schwerer als Einsichten in das Verhalten der Atome.“

Albert Einstein

Übungsaufgaben



- Selbstreflexion: Welche „Fehler“ machen Sie bei der Kommunikation? Notieren Sie, welches der fünf Axiome Watzlawicks Sie in Gesprächen mit Ihren Mitschülern, Eltern, Partnern oder Freunden am häufigsten missachten. Warum kommt es dadurch zu Kommunikationsstörungen?
- Sprechen Sie in Gruppen über Ihre „Fehler“. Entwickeln Sie eine Strategie, wie man diese Fehler bei der Kommunikation vermeiden könnte.
- Überlegen Sie sich im Kurs zu jedem der fünf Axiome Watzlawicks ein Beispiel aus dem therapeutischen Alltag.

6.2.3 Schulz von Thun – vier Seiten einer Nachricht

Der Psychologe und Kommunikationswissenschaftler Prof. Dr. Friedemann Schulz von Thun hat Watzlawicks Zweites Axiom, nach dem jede Kommunikation einen Inhaltsaspekt sowie einen Beziehungsaspekt beinhaltet, weiter differenziert. Schulz von Thun postuliert, dass jede Nachricht

vier Aspekte besitzt (s. ► Abb. 6.2) Neben dem Inhaltsaspekt, also dem Sachinhalt einer Information, und dem Beziehungsaspekt nennt er noch die Selbstoffenbarung und den Appell.

Die 4 Aspekte einer Nachricht nach Schulz von Thun []

Sachinhalt: Worum informiere ich?

Selbstoffenbarung: Was gebe ich von mir preis?

Beziehungsaspekt: Wie stehen wir zueinander?

Was halte ich von dir?

Appell: Wozu möchte ich dich veranlassen?

Was sollst du tun oder nicht tun?

Beispiel

B

Nehmen wir ein Beispiel aus der Wohngemeinschaft von Linda. Ihr Mitbewohner Marcus sagt: „Der Mülleimer ist voll.“

Damit gibt Marcus seinen Mitbewohnern eine sachliche Information: Der Mülleimer ist voll. Es passt nichts mehr rein.

Mit seinem kurzen Satz sagt Marcus aber auch etwas über sich selbst und offenbart sich. So beinhaltet seine Aussage möglicherweise auch: „Mich stört, dass der Mülleimer voll ist.“ oder „Ich habe keine Lust, den Mülleimer zu leeren.“ oder „Ich habe schon genug getan.“ Oder aber Marcus sucht schlichtweg eine Konfrontation mit Linda.

Auf der Beziehungsebene äußert sich Marcus darüber, was er von seinen Mitbewohnern hält und wie sie zueinander stehen. Dies wird häufig an der Formulierung, am Tonfall oder anderen nonverbalen Merkmalen deutlich. Etwa: „Von dir als meiner Mitbewohnerin erwarte ich, dass du mit mir für die Ordnung in der Wohnung sorgst. Und das tust du nicht.“ Vielleicht reagiert Linda empfindlich auf Marcus' Aussage und fängt an, mit ihm zu diskutieren. Damit stellt sie nicht den Sachinhalt infrage, nämlich dass der Mülleimer voll ist, sondern reagiert auf den Inhalt auf der Beziehungsebene.

Mit dem gleichen Satz kann Marcus natürlich auch an Linda appellieren: „Bring den Müll raus!“ Dieser Aspekt einer Nachricht soll den Empfänger dazu veranlassen, etwas zu tun oder zu lassen, etwas zu denken oder zu fühlen.

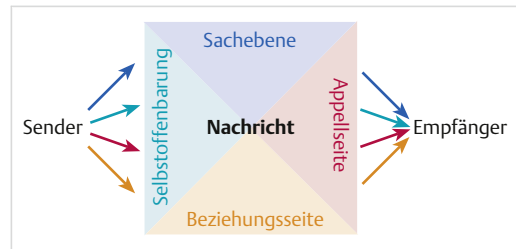


Abb. 6.2 Die 4 Seiten einer Nachricht nach Schulz von Thun.

Übungsaufgabe



Sprechen Sie den Satz von Marcus auf verschiedene Arten laut aus. Wie nehmen Sie die verschiedenen Aspekte der Nachricht wahr?

Beispiel

B

Nehmen wir ein bekanntes Beispiel von Schulz von Thun (2004) und wenden es auf Lisa und ihre Mutter an. Lisa fährt mit ihrer Mutter zum Einkaufen. Lisa sitzt am Steuer, ihre Mutter auf dem Beifahrersitz. An einer roten Ampel müssen sie warten. Als die Ampel auf Grün springt, sagt Lisas Mutter: „Es ist grün.“

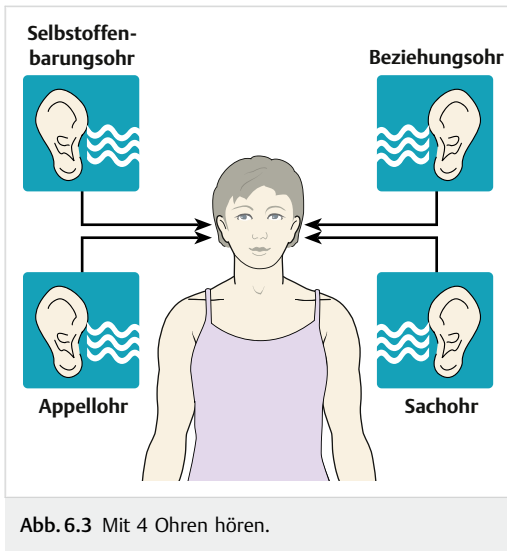
Was will die Mutter damit sagen bzw. welche vier Aspekte hat die Nachricht?

- Aspekt der Sachebene: „Die Ampel zeigt grün.“
- Aspekt der Beziehungsebene: „Ohne meine Hilfe kannst du wohl noch nicht richtig Auto fahren.“
- Aspekt der Selbstoffenbarung: „Ich hab es eilig.“
- Aspekt des Appells: „Gib Gas!“

„Ein Geheimnis des Erfolgs ist, den Standpunkt des anderen zu verstehen.“

Henry Ford

Somit hat Lisas Mutter die Möglichkeit, mit einem Satz aus drei kleinen Worten vier verschiedene Nachrichten zu senden. Aber auch, wie Lisa als Empfänger den Satz decodiert, ist nicht festgelegt. Sie hat ebenso vier verschiedene Möglichkeiten, den Satz zu verstehen. Bildlich hat Lisa somit vier Ohren – für jeden Aspekt der Nachricht ein Ohr – und sie hat die Wahl, mit welchem Ohr sie die



Nachricht hört und auf welchen Aspekt der Nachricht sie reagiert (► Abb. 6.3).

Lisa könnte natürlich einfach losfahren. Dann hätte sie die Aussage der Mutter, dass die Ampel nun grün zeigt, mit ihrem „Sachohr“ gehört. Lisas Reaktion bezieht sich auf den Sachinhalt der Nachricht.

Andrerseits könnte Lisa erwidern: „Ich weiß. Ich bin kein kleines Kind mehr. Ich kann Auto fahren.“ Lisa reagiert dann auf den Aspekt der Beziehungsebene. Sie hört mit dem „Beziehungsohr“.

Drittens könnte Lisa auch sagen: „Ich weiß, Du hast es eilig.“ Die Aussage ihrer Mutter hätte Lisa dann mit dem „Selbstoffenbarungsohr“ gehört und entsprechend reagiert.

Beim vierten Aspekt des Appells könnte Lisa einfach beherzt Gas geben. Sie hört dann mit ihrem „Appellohr“.

Mit welchem der vier Ohren man eine Nachricht hört, ist abhängig von der Situation. Im Unterricht ist das „Sachohr“ sicherlich angebracht. Bei einem Date dagegen wäre es ungünstig, wenn man seinem Gegenüber nicht mit dem „Beziehungsohr“ zuhören würde. Bei vielen Empfängern ist, unabhängig von der Situation, eines der vier Ohren besonders gut entwickelt. Sie hören dann bevorzugt mit diesem Ohr. Das kann zu Kommunikationsschwierigkeiten führen.

Kommunikation gelingt gut, wenn der Empfänger ausgewogen mit allen vier Ohren hört.

Übungsaufgaben



- Zeigen Sie an folgenden Beispielen die vier Aspekte einer Nachricht auf:
 - „Diese Aufgabe ist viel zu schwer!“
 - „Es ist alles OK.“
 - „Hast Du mal die Hausaufgaben für mich?“
 - lachen
 - die Nase rümpfen
- Bilden Sie Vierer-Gruppen und vergeben Sie folgende vier Rollen: ein „Großohr“, seinen Gesprächspartner sowie zwei Beobachter. Suchen Sie dann für das „Großohr“ und seinen Gesprächspartner ein beliebiges Thema wie z. B. den Verlauf der letzten Gruppenarbeit, die Erlebnisse am vergangenen Schultag oder ihren Weg zur Schule.
- Im Gespräch lässt das „Großohr“ eines seiner vier Ohr besonders aufmerksam hören. Das bedeutet, die entsprechende Person hört vorrangig mit ihrem „Sachohr“ oder dem „Beziehungsohr“ bzw. dem „Appellohr“ oder schließlich dem „Selbstoffenbarungsohr“. Der Gesprächspartner versucht, ein „normales Gespräch“ zu führen.
- Die Beobachter verfolgen die Entwicklung des Gesprächs.

Ein schönes Beispiel aus dem Therapiealltag (Lange 2012):

Zum Ende der Therapieeinheit verabschieden Sie ihren Klienten mit der Information, dass Sie nächste Woche auf einer Fortbildung sind und die Ergotherapie aus diesem Grund leider ausfallen muss. Ihr Klient äußert sich mit dem Kommentar: „Schon wieder? Sie sind aber oft auf Fortbildungen!“

Dieser Kommentar könnte folgende Ebenen enthalten:

Sachebene

„Sie sind nächste Woche auf einer Fortbildung. Die Ergotherapie fällt aus. Sie waren schon mal auf einer Fortbildung während meines Therapieprozesses.“

Selbstoffenbarungsebene

„Da bin ich aber enttäuscht! Schon wieder muss die Therapie ausfallen. Ärgerlich, dass ihre Fortbildungstermine wichtiger sind als meine Therapie.“

ODER „Das finde ich ja toll! Sie bilden sich wirklich weiter, da fühle ich mich fachlich sehr gut aufgehoben.“

Beziehungsebene

„Ich finde, das sollten Sie erstmal mit mir besprechen. Ich bin hier der Kunde! Fortbildungen können doch auch am Wochenende oder im Urlaub gemacht werden.“ ODER „Ich vertraue Ihnen. Sie werden sich schon professionell darum kümmern, dass daraus kein Nachteil für meinen Therapieprozess entsteht. Beim letzten Mal hatten Sie gute Übungen und Ideen für zu Hause.“

Appellebene

„Fragen Sie mich bitte, ob ich damit einverstanden bin! Sagen Sie mir so etwas bitte früher! Kümmern Sie sich erstmal um die Vertretung Ihrer Klienten und dann erst um Ihre eigenen Fortbildungen!“ ODER „Wenn nicht jede dritte Therapieeinheit ausfällt, können Sie das gern so machen. Fortbildungen sind wichtig, damit Sie ihre Klienten auch weiterhin so professionell behandeln können. Weiter so!“

An diesem Beispiel wird deutlich, wie unterschiedlich eine Bemerkung interpretiert werden kann. Falls Sie den Klienten schon länger kennen, wird es Ihnen als Therapeut evtl. leichter fallen, seinen Kommentar richtig einzuordnen. Allerdings ist es dabei dringend notwendig, sich nicht nur an der verbalen Aussage sondern auch an den non-verbalen Signalen zu orientieren.

Es kann aber auch passieren, dass wir Äußerungen vorschnell deuten, ohne zu hinterfragen, was der Klient damit gemeint hat, oder ob es auch anders gemeint sein könnte. Besonders wenn wir irritiert sind, sollten wir nachfragen, ob wir richtig verstanden haben, dass er sich Sorgen um seinen Therapieprozess macht. So könnten Missverständnisse schnell geklärt werden. Sollte der Klient aber verärgert sein oder sich auf der Beziehungsebene unwohl fühlen, sollte das thematisiert und besprochen werden.

Als Gründe für diese Art von Missverständnissen in der Kommunikation unterscheidet Schulz von Thun zwischen *expliziten und impliziten Botschaften*. Explizit heißt „ausdrücklich formuliert“, z. B. „diese Übung für die Hand finde ich nicht gut, das schmerzt mich im Handgelenk.“ Bei impliziten Botschaften bedeutet das, „ohne dass es direkt gesagt wird, steckt es doch drin oder kann zumindest

hineingelegt werden“ (Schulz von Thun 2004). So würde Ihr Klient in dieser Behandlungssituation äußern: „Gibt es auch noch andere Übungen für mein Handgelenk?“ Man könnte denken, dass die Hauptbotschaften explizit versendet werden, doch das ist leider nicht der Fall. Im Gegenteil – die Hauptbotschaften werden meistens implizit gesendet.

Merke

M!

Therapeuten können nicht beeinflussen, wie der Klient seine Äußerung formuliert, auch weiß man nicht automatisch, was damit gemeint ist. Seien Sie offen und aufmerksam für unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten. Um dem Klienten zu erleichtern, Ihre Äußerungen richtig zu verstehen, sollten Sie möglichst klar aussprechen, was Sie wirklich meinen.

6.2.4 Die Kommunikationskanäle und das Eisbergmodell

Treten wir mit anderen in einen Dialog, verwenden wir verbale Äußerungen, aber auch Körpersprache. Hieraus ergeben sich vier Kommunikationskanäle:

Die 4 Kommunikationskanäle

[]

Verbal, sprachlich hörbar

Wortwahl, Sätze, Zusammenhang der Inhalte, Füllwörter

Paraverbal, nichtsprachlich hörbar

Stimmelage, Stimmklang, Artikulation, Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke, Dialekt

Nonverbal, nichtsprachlich sichtbar

Körperhaltung, Gestik, Mimik, Blickkontakt, Nähe-Distanz zum Gegenüber, Kleidung, körperliche Erscheinung, Positionierung im Raum

Nonverbal, nichtsprachlich fühlbar

Händedruck zur Begrüßung oder Verabschiedung, Berührung des Armes des Gegenübers

„Wir können nicht nicht kommunizieren“, erklärt Watzlawick. Dies bedeutet, selbst wenn wir nichts sagen, drücken wir über Gestik und Mimik, Kör-

perhaltung und Verhalten etwas aus, ob wir das wollen oder nicht. Auch Schweigen oder den Blickkontakt abubrechen, trägt eine Botschaft. Im Umkehrschluss erfolgt die Einschätzung unseres Gegenübers in hohem Maße über die kommunizierten nicht verbalen Anteile. In einem Gespräch macht die verbale Kommunikation lediglich 30 bis 35 Prozent der Botschaft aus, ganze 65 bis 70 Prozent werden über die nonverbalen Kanäle transportiert. Das kann man sich gut in der Metapher eines Eisberges vorstellen, der im Wasser treibt. Sie geht auf den Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud zurück. Ein kleiner Teil der Botschaft ist direkt wahrnehmbar, die Informationen der Sachebene. Der wesentlich größere Teil, die Beziehungsebene, ist unter der Wasseroberfläche verborgen.

Teilweise ist die Relation zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation noch ungewöhnlicher: Beim Ausdrücken von Sympathie beträgt der Anteil der Sprache an der Botschaft nur noch 7%, 38% der Botschaft werden durch die Intonation ausgedrückt (paraverbale Anteile) und sogar 55% über den Gesichtsausdruck (van Meer et al. 2006).

Beispiel

B

Vor allem durch die Intonation eines Satzes kann der Sinn deutlich verändert werden. Hier ein Beispiel (van Meer et al. 2006):

Ich habe nicht gesagt, dass ich das Geld gestohlen habe.

Ich habe nicht gesagt, dass ich das Geld gestohlen habe.

Ich habe nicht gesagt, dass ich das Geld gestohlen habe.

Ich habe nicht gesagt, dass ich das Geld gestohlen habe.

Wichtig: Unterscheidung zwischen Beobachtung und Interpretation

M!

Die paraverbalen und nonverbalen Anteile einer Kommunikation unterliegen dabei in hohem Maß der Interpretation der Gesprächspartner. Dabei ist es sehr wichtig, zwischen Beobachtung und Interpretation zu unterscheiden.

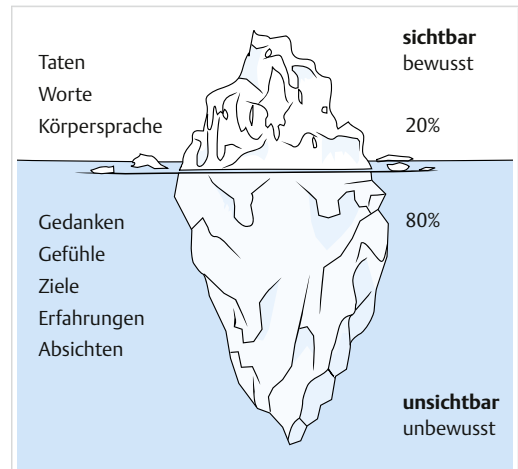


Abb. 6.4 Das Eisbergmodell.

Unsere Einschätzung einer Situation wird geprägt von der Mimik (Mund, Stirn, Augen), von der Gestik (Arme, Hände und Füße) sowie der Körperhaltung einer Person und ihrem Verhalten im Raum. Physiologische körperliche Begleiterscheinungen wie z.B. Erröten oder Schwitzen geben uns einen unmittelbaren Eindruck vom Erleben dieser Person. Der Blick unseres Gegenübers und der Blickkontakt sagen etwas über die Person und unsere Beziehung aus. Auch Bewegungsmuster wie etwa ein unruhiges Hin-und-her-Laufen oder ein angespanntes, steifes Sitzen sowie die Nähe und Distanz zu anderen Personen drücken das Befinden und die Kontaktbereitschaft eines Menschen aus.

Zur nonverbalen Kommunikation gehören ebenso die Kleidung, Statussymbole wie Namensschilder mit Funktionsbezeichnung oder auch Hilfsmittel wie ein Stethoskop oder der Rollator (Voelker 2010). Auch die Körperpflege einer Person von gepflegten Händen bis hin zu ungewaschenen Haaren gibt uns Informationen.

Um einen Sachverhalt und eine Meinung auseinanderhalten zu können, ist es wichtig, zwischen Beobachtung und Bewertung/Interpretation unterscheiden zu können.

Beispiel

B

Wohin Interpretationen führen können, wenn man falsch damit umgeht, zeigt die „Die Geschichte mit dem Hammer“ von Watzlawick (1998, S. 37 f.):

„Ein Mann will ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschließt unser Mann, hinüberzugehen und ihn auszuborgen. Doch da kommt ihm ein Zweifel: Was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will? Gestern schon grüßte er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Aber vielleicht war die Eile nur vorgeschützt, und er hat etwas gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts angetan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von mir ein Werkzeug borgen wollte; *ich* gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Mitmenschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und dann bildet er sich noch ein, ich sei auf ihn angewiesen. Bloß weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht es mir wirklich. – Und so stürmt er hinüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch noch bevor er ‚Guten Tag‘ sagen kann, schreit ihn unser Mann an: ‚Behalten Sie Ihren Hammer, Sie Rüpel!‘“

Übungsaufgabe



Welche der folgenden Aussagesätze stellen Ihrer Meinung nach eine reine Beobachtung dar?

1. Sabine arbeitet zu viel.
2. Jens hat gestern beim Fernsehen an den Nägeln gekaut.
3. Vater mag mich nicht.
4. Mein Mann sagt, die Farbe Rot steht mir nicht besonders.
5. Claudia war in dieser Woche jeden Tag die erste in der Warteschlange.
6. Mein Chef war völlig grundlos wütend auf mich.
7. Hans ist traurig, seine Frau möchte sich scheiden lassen.
8. Heute hatte ich sehr anstrengende Klienten.
9. Markus hat mich während der Teamsitzung nicht um meine Meinung gebeten.
10. Meine Tochter putzt sich oft nicht die Zähne.

Auflösung: Reine Beobachtungen sind ausschließlich Nr. 2,4,5,9.

Alle anderen Sätze enthalten Bewertungen (oft, zu viel) oder Interpretationen (anstrengend, traurig, wütend, mag mich nicht).

Nun zu den nonverbalen Anteilen der Kommunikation mit Hilfe der folgenden Bilder (► Abb. 6.5).

Abb. 6.5 b zeigt eine Person, die ihren rechten Zeigefinger an die Lippen legt, dabei geht ihr Blick nach oben (Beobachtung). Ob die Person nachdenklich, irritiert, gelangweilt oder hilfesuchend wirkt, wäre eine Bewertung und Interpretation.

Übungsaufgaben



- Was sagen Ihnen die Bilder auf ► Abb. 6.5? Unterscheiden Sie zwischen Beobachtung und Interpretation.
- Was sehen Sie? Was passiert im Gesicht, z. B. bei den Augenbrauen, Körperhaltung
- Was denken Sie? Wie geht es den Personen?

Die 4 verschiedenen Abstands-Zonen der nonverbalen Kommunikation



Die räumliche Distanz zwischen den Gesprächspartnern gehört gleichfalls zur nonverbalen Kommunikation. Man unterscheidet in der Regel vier verschiedene Abstände:

Intime Zone

Ein Abstand von 0–0,5 m wird als „intime Zone“ bezeichnet. Diese intime Zone ermöglicht affektiven Kontakt und ist allein vertrauten Personen vorbehalten.

Persönliche Zone

Bei einem Abstand von 0,5–1,5 m spricht man von der „persönlichen Zone“.

Soziale Zone

Die „soziale Zone“ umfasst 1,5–3 m. Hier finden die meisten sozialen Kontakte etwa bei Festen, Besuchen oder Mahlzeiten statt.

Öffentliche Zone

Die „öffentliche Zone“ beginnt ab 3 m Abstand und kommt im Unterricht, in Konzerten oder bei anderen öffentlichen Veranstaltungen zum Tragen.



Abb. 6.5 Beobachtung und Interpretation. (Fotos: Kirsten Oborny)

Körpersprache ist oft unbewusst. Sie kann nur zu einem gewissen Grad beeinflusst und erlernt werden und ist kulturabhängig. Für eine erfolgreiche Therapie ist es mitentscheidend, nonverbale Kommunikation zu verstehen und auch selbst zu beherrschen. Machen Sie sich bewusst, dass über Ihre nonverbale Kommunikation der Klient Informationen über Ihre Gedanken und Gefühle erhält, die Sie vielleicht gar nicht mit dem Klienten teilen wollen. Achten Sie deshalb auf Ihre unbewussten Verhaltensweisen wie nervöses Spielen mit Gegenständen, ständiges Kopfnicken oder übermäßi-

ges Wiederholen gleicher Floskeln, häufiges Blicken auf die Uhr oder Kaugummikauen. Vermeiden Sie eine schrille Stimme oder eine schlaffe Körperhaltung. Achten Sie stattdessen u. a. auf ein gepflegtes Äußeres, angemessene Berufskleidung und Schuhe, dezentes Schmuck und Make-up, eine entspannte wache Stimmführung und eine in sich ruhende Körperhaltung (Taylor 2008).

„Als ein Mann, dessen Ehe nicht gut ging, seinen Rat suchte, sagte der Meister: ‚Du musst lernen, deiner Frau zuzuhören‘. Der Mann nahm sich diesen Rat zu

Herzen und kam nach einem Monat zurück und sagte, er habe gelernt, auf jedes Wort, das seine Frau sprach, zu hören. Da sagte der Meister mit einem Lächeln: „Nun geh nach Hause und höre auf jedes Wort, das sie nicht sagt.“

Anthony de Mello

Wenn man jemanden kennenlernt, spielt die nonverbale Kommunikation eine entscheidende Rolle. Noch bevor ein Wort gewechselt wird, hat man sich bereits einen ersten Eindruck verschafft. Dieser Situation begegnen wir beim Erstkontakt mit einem Klienten oder bei einem Vorstellungsgespräch. Im Rahmen der Ergotherapieausbildung beispielsweise machen Schüler die praktische Ausbildung in drei bis vier verschiedenen Einrichtungen. Dazu müssen die Schüler im Vorfeld eine schriftliche Bewerbung zur jeweiligen Einrichtung schicken und sich an einem Hospitationstag ihrem potenziellen Anleiter vorstellen. Welchen Einfluss hat hier die nonverbale Kommunikation?

Übungsaufgaben



- Vergleichen Sie die beiden Bilder von Linda beim ersten Kontakt mit ihrem Anleiter (s. ► Abb. 6.6). Beschreiben Sie möglichst genau die nonverbale Kommunikation. Welche Wirkung wird jeweils erzeugt?
- Setzen Sie sich an einen öffentlichen Ort und beobachten Sie Ihre Mitmenschen. Welchen Eindruck haben Sie? Überlegen Sie, welchen Beruf, Familienstand, Nationalität etc. die beobachtete Person haben könnte. Versuchen Sie, genau zu beschreiben, an welchen Beobachtungen Sie Ihre Vermutungen festmachen.
- Überlegen Sie für sich persönlich: Welche authentischen und angemessenen Möglichkeiten gibt es für Sie, die Situation bei der Bewerbung bzw. Vorstellung zu gestalten? Fertigen Sie eine Liste an, die Ihnen bei Ihrer Bewerbung helfen kann. Schreiben Sie sich auf, wie Sie sich vorbereiten, was Sie anziehen, wie Sie sich verhalten und welche Fragen Sie stellen wollen.



a



b

Abb. 6.6 Linda stellt sich zur praktischen Ausbildung in einer Einrichtung vor.

a Nicht so ... (Foto: Kirsten Oborny)

b ... sondern so. (Foto: Kirsten Oborny)

Die Kopfstandmethode

Was muss man tun, um den Karren in den Dreck zu fahren?

Zur Erklärung: So wie der Kopfstand die Umkehrung der normalen menschlichen Haltung ist, so wird bei der sogenannten Kopfstandmethode ein Thema oder eine Frage auf den Kopf gestellt. Dies kann zu neuen Ideen führen und Lösungsansätze beflügeln. Am Ende kann man die Antworten wieder umkehren, sodass man Antworten auf die eigentliche Frage erhält.

Überlegen Sie also, welche Gestik, Mimik, Körperhaltung, Kleidung etc. für die Vorstellung an einer Praktikumsstelle oder an einem Hospitationstag geeignet wären, damit die Einrichtung von Ihnen einen schlechten Eindruck bekommt.

Spielen Sie die Vorstellungsszene mit verteilten Rollen. Jeweils einer spielt den Anleiter der

Praktikumsstelle, einer den Auszubildenden und andere stellen anwesende Klienten oder Kollegen dar. Der Rest des Kurses beobachtet die Szene. Welche Elemente sind besonders wirksam, um einen schlechten Eindruck zu hinterlassen?

Und nun kehren Sie die Antworten um. Wie gelingt eine Vorstellungssituation?

Überlegen Sie aus Sicht des Auszubildenden: Wie kommen Sie in der Einrichtung an? Wie stellen Sie sich vor? Welche Informationen brauchen Sie, um sich auf diesen Teil der praktischen Ausbildung vorzubereiten?

Überlegen Sie aus der Sicht eines Anleiters: Wie erfahren Sie, ob der Auszubildende ins Team passt? Was möchten Sie vom Auszubildenden wissen?

6

6.2.5 Berne: vier Grundpositionen – drei Ich-Zustände

Der US-amerikanische Psychiater und Psychotherapeut Dr. Eric Berne entwickelte in der Mitte des 20. Jahrhunderts die Transaktionsanalyse als psychotherapeutisches Verfahren. Er kam zu der Erkenntnis, dass man das eigene Kommunikationsverhalten sowie das Verhalten des Gegenübers in drei Ebenen einteilen kann. Diese Ebenen bezeichnete er als ICH-Zustände: Wir verhalten uns dementsprechend so, weil wir uns innerlich so fühlen. Unser Erleben der Situation sowie das Erleben des anderen bestimmen, wie wir miteinander umgehen. Diese gemeinsame Interaktion (Transaktion) kann man anhand der Transaktionsanalyse gezielt analysieren.

Die drei Ebenen betreffen das Sprechen und auch das Zuhören. Beide Gesprächspartner befinden sich demnach in einem der drei ICH-Zustände und kommunizieren aus diesem heraus.

Das Kind-Ich

Das Kind-Ich denkt, fühlt und verhält sich wie ein Kind. Es lacht und weint, handelt spontan, denkt kreativ, ist spielerisch, zärtlich oder auch egoistisch. Es kann beim Kind-Ich unterschieden werden zwischen drei Haltungen: dem mit seinen Bedürfnissen und Gefühlen in Kontakt stehenden freien Kind-Ich (kreativ, unbekümmert, herzlich

lachend), dem entgegen den Anforderungen handelnden rebellischen Kind-Ich (aufmüpfig, aggressiv, trotzig, schmallend) sowie dem an die Erwartungen der Mitmenschen angepassten Kind-Ich (unselbständig, ängstlich, unterwürfig, unsicher, passiv).

Das Eltern-Ich

Das Eltern-Ich denkt, fühlt und handelt so, wie es seine Welt bei Eltern oder anderen Autoritätspersonen erlebt hat. Es orientiert sich an Werten, Normen und Regeln und befolgt diese fast automatisch. Beim Eltern-Ich wird unterschieden zwischen dem kritisch-normativen Eltern-Ich, das Zurechtweisungen und Kontrolle nutzt (bewertend, kommentierend, bevormundend, die eigene Unsicherheit überspielend, von oben herab) sowie dem fürsorglich-nährenden Eltern-Ich, das auf Fürsorge, Schutz und Hilfe zielt.

Das Erwachsenen-Ich

Das Erwachsenen-Ich erlebt die Realität im Hier und Jetzt. Es verhält sich sachlich und konsequent. Es erkennt Zusammenhänge, analysiert, löst Probleme und entscheidet. Eine Kommunikation aus dem Erwachsenen-Ich heraus ist angemessen kritisch, freundlich, offen und nachfragend. Dabei ist sie konkret und klar in den Äußerungen und wertfrei. Befindet sich eine Person im Erwachsenen-

Ich, hat sie keine Angst davor, in einen offenen Kontakt mit dem Gegenüber zu treten. Sie hat ausreichend Selbstwertgefühl, um Fehler zuzugeben, andere Meinungen zuzulassen und ein konstruktives Miteinander anzustreben.

Im *professionellen Kontext* sollte in der Regel aus dem Erwachsenen-Ich oder den positiven Ich-Zuständen wie dem fürsorglichen Eltern-Ich oder dem freien Kind-Ich heraus gehandelt werden. Diese Ich-Zustände werden als produktive Ich-Zustände bezeichnet, weil sie für Konfliktbewältigung, Kooperation, Konsensfindung und eigene Entscheidungsfindung förderlich sind (Gührs u. Nowak 2006).

Diese Begriffe dürfen nicht falsch verstanden werden, das Kind-Ich wird nicht mit Ende der Kindheit abgelegt und das Eltern-Ich nicht erst bei eigenen Kindern angeeignet. Die Bezeichnungen sind symbolisch zu sehen.

Bis heute wurde die Transaktionsanalyse kontinuierlich weiterentwickelt und dient nunmehr nicht ausschließlich der Psychotherapie, sondern kommt auch in Beratung, in der Pädagogik und in der Personal- und Organisationsentwicklung zum Einsatz.

Übungsaufgaben



- Bilden Sie einen Sitzkreis und stellen drei Stühle in die Mitte. Die Stühle symbolisieren die drei Ich-Zustände und werden mit „Kind-Ich“, „Eltern-Ich“ und „Erwachsenen-Ich“ beschriftet. Versuchen Sie nun, auf verschiedene Äußerungen eines Klienten professionell zu reagieren:
 - Äußerung 1: „Oh entschuldigen Sie, leider konnten wir das Schuhe binden zu Hause nicht üben, da war einfach keine Zeit dafür.“
 - Äußerung 2: „Was für ein herrliches Wetter heute! Das wäre sicherlich in ihrem Sinne, wenn wir heute die Therapieeinheit etwas früher beenden könnten, oder?“
- Setzen Sie sich auf einen der drei Stühle, und formulieren Sie Ihre Gedanken aus dem entsprechenden Ich-Zustand heraus.
- Welche Ich-Zustände fallen Ihnen leicht? Welche nehmen Sie fast nie ein?
- Denken Sie jeweils an eine Person, mit der Sie häufig in Streit geraten sind, und an eine Person, mit der Sie harmonisieren. Aus welchem Ich-Zustand heraus begegnet Ihnen diese Person? Mit welchem Ich-Zustand reagieren Sie darauf?

Jeder Mensch, so die Theorie von Berne, nimmt eine grundsätzliche Position dem Leben gegenüber ein. Sie wird in früher Kindheit geprägt und bestimmt das Selbstbild, das Bild der Mitmenschen und die Vorstellungen vom Leben an sich. Diese eigene Grundposition führt zu einer unbewussten Vorstrukturierung von Denken, Fühlen und Verhalten. Dies lässt sich im sogenannten OK-Corral darstellen (s. ► Abb. 6.7).

Vereinfacht dargestellt kann ein Mensch sich selbst gegenüber zwei Einstellungen haben. Entweder er sagt von sich: „Ich bin OK“, oder er denkt: „Ich bin nicht OK“. Ebenso kann er über seine Mitmenschen auf zwei Arten denken: „Du bist OK“ oder eben: „Du bist nicht OK“. Aus den Denkweisen ergeben sich vier mögliche Kombinationen als sogenannte Grundpositionen.

„Ich bin OK“ und „Du bist OK“

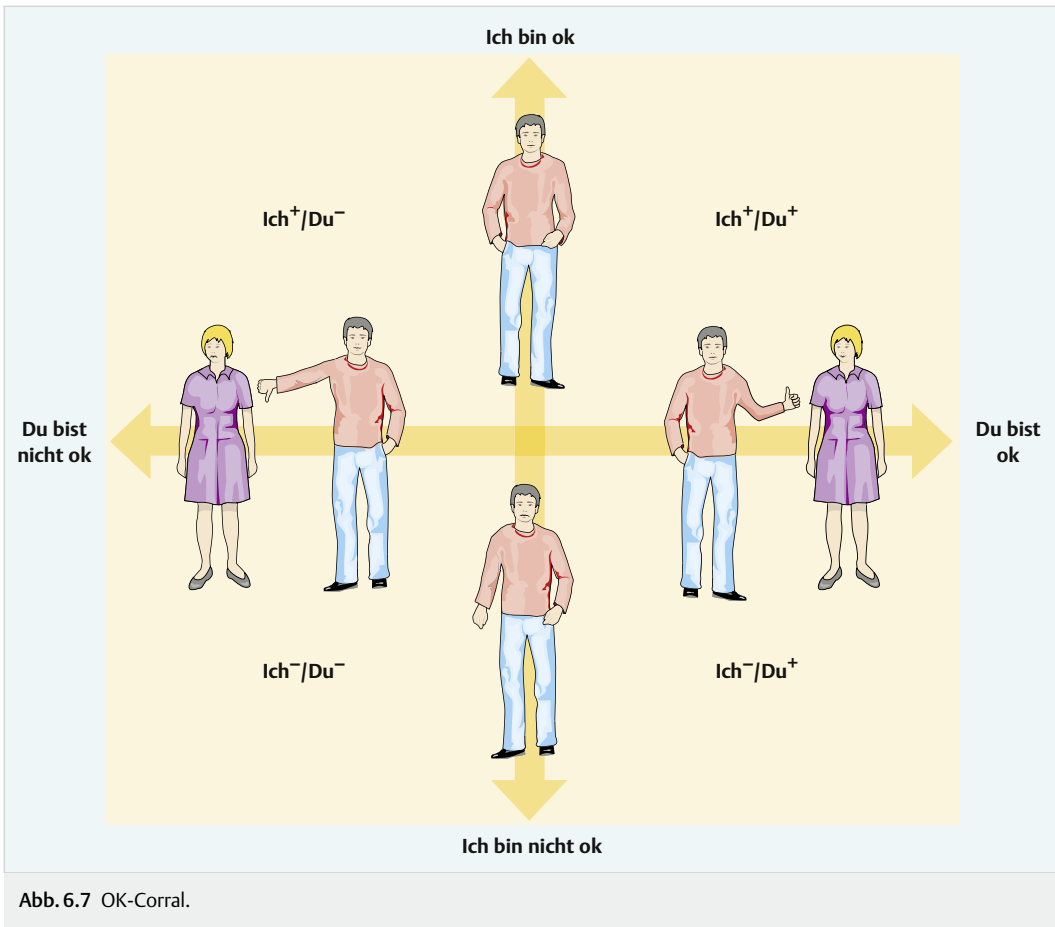
Diese konstruktive Haltung nimmt sich selbst und sein Gegenüber ohne Vorbehalte an. Der Mensch ist mit sich selbst einverstanden und wertet sich und andere nicht ab. Dies bedeutet freilich nicht, dass man die eigenen Fehler übersieht. Diese positive Grundeinstellung ermöglicht eine gute Interaktion und Kommunikation und hilft, dass Zusammenarbeit gelingt.

„Ich bin OK“ und „Du bist nicht OK“

Menschen mit dieser Grundposition werten andere Menschen ab und sich selbst im Vergleich auf. Sie bringen sich damit in ein Gefühl der Überlegenheit, wirken arrogant und besserwisserisch und haben Schwierigkeiten, mit Kritik umzugehen. In der Zusammenarbeit mit anderen wird bei Misserfolgen der Fehler nicht bei sich selbst sondern bei anderen gesucht.

„Ich bin nicht OK“ und „Du bist OK“

Menschen mit dieser Grundeinstellung neigen dazu, Schuld und Fehler bei sich selbst zu suchen und sich abzuwerten. Sie fühlen sich unterlegen, überfordert und schwach. Gleichzeitig werden anderen Menschen besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten zugesprochen.



„Ich bin nicht OK“ und „Du bist nicht OK“

Diese Position ist mit einer Sinn- und Ziellosigkeit verbunden. Bei dieser Grundhaltung gibt es wenig Hoffnung auf eine positive Entwicklung, sodass eine Zusammenarbeit schwierig bis unmöglich ist.

Natürlich sind diese vier Grundpositionen theoretische Einteilungen und keine absoluten. Dies bedeutet, dass in der Realität jeder Mensch Anteile der verschiedenen Grundpositionen in sich trägt.

Für Gespräche im professionellen Kontext mit Klienten oder Kollegen ist die Grundhaltung „Ich bin OK“ und „Du bist OK“ – einfach abgekürzt auch als $ich + / du +$ – am förderlichsten.

Übungsaufgaben →

- Zeichnen Sie die beiden Achsen des OK-Corral auf ein Blatt. Führen Sie sich nun eine Rolle Ihres Lebens vor Augen. D. h. Sie betrachten Ihre Grundposition z. B. als Sohn bzw. Tochter, als Schüler, als Partner oder als Freund etc. Schraffieren Sie nun in jedem Quadranten diejenige Fläche, die in etwa dem Ausmaß der jeweiligen Grundposition in Ihrer Rolle entspricht.
- Überlegen Sie, inwieweit das entstandene Bild typisch für Ihre Lebenseinstellung ist.

Für den persönlichen und den beruflichen Erfolg als Therapeutin erscheint es also lohnenswert, sich weiter mit diesen Modellen zu beschäftigen, um sich selbst besser kennenzulernen und in der Kommunikation mit Klienten und Kollegen die Kommunikation besser analysieren und positiv gestalten zu können.

6.3 Kommunikation mit Klienten und erweiterten Klienten

Kommunikation mit Klienten kann in der Ergotherapie unterschiedliche Gestalt annehmen. Sie reicht vom Gespräch mit dem Einzelnen, vom Kind bis zum Hochbetagten, und geht weiter zu Unterhaltungen mit deren Angehörigen. Sie umfasst Dialoge mit Menschen aus verschiedenen Kulturen und Gesellschaftsgruppen oder sie richtet sich an ganze Gruppen von Klienten.

Nicht nur die Gesprächspartner der Ergotherapeuten sind unterschiedlich, auch Sinn und Zweck der Gespräche unterscheiden sich und reichen zum Beispiel vom Smalltalk über Beratung und Therapie bis hin zum sachlichen Informationsaustausch. Es gibt das simple Plaudern über Alltägliche, Konversationen mit eher kognitivem Schwerpunkt und Gespräche, bei denen eine emotionale Thematik im Zentrum steht.

6.3.1 Klientenzentrierte Kommunikation

Grundsätzlich lassen sich verschiedene Sprachebenen unterscheiden. Im Alltagsleben benutzen wir im Kontakt mit Freunden, Familie oder auch beim Einkaufen die Alltagssprache. Die Alltagssprache ist allgemein verständlich und kulturell geprägt. Während der Ausbildung zum Ergotherapeuten lernen Auszubildende eine „Fachsprache“. In diesem Fall handelt es sich um spezielle Begriffe und Ausdrucksweisen, die im medizinischen Kontext gebraucht werden. Ein Kind mit gebrochenem Arm hat in der medizinischen Terminologie z.B. eine „distale Radiusfraktur“. Eine solche Fachsprache ist gruppenspezifisch und für Außenstehende schwer verständlich, sodass sie als Machtmittel missbraucht werden kann. Politiker und Juristen verwenden beispielsweise das „Kanzlei-Deutsch“, und Ärzte sprechen „Mediziner-Latein“.

Wenn eine Person komplexe grammatikalische Strukturen verwendet und einen größeren Wortschatz benutzt, spricht man von einem „elaborierten Sprachcode“. Im Gegensatz dazu werden beim „restringierten Sprachcode“ einfache, kurze Sätze gesprochen und ein kleinerer Wortschatz genutzt. Der restringierte Sprachcode wird soziologisch eher der Unterschicht zugeordnet.

Das Alter einer Person hat einen großen Einfluss auf deren Sprache. Man denke etwa an die Kinder-

und Jugendsprache im Gegensatz zur Sprache betagter Senioren. Ebenso von Bedeutung sind der Beruf oder der Bildungshintergrund einer Person vom Hilfsarbeiter ohne Schulabschluss bis zum promovierten Akademiker.

Was bedeutet nun Klientenzentrierung in diesem Zusammenhang?

Klientenzentrierte Kommunikation berücksichtigt den sprachlichen und fachlichen Hintergrund des Gesprächspartners. Die Ergotherapeutin kann sich auf verschiedenen Sprachebenen bewegen und stellt sich so auf die verschiedenen Klienten ein. Einer Professorin als Klientin kann die Ergotherapeutin die Therapieinhalte mit anderen Worten erklären als einem ungelernten Arbeiter und diesem wiederum anders als einer examinierten Fachkraft aus dem Gesundheitswesen.

Übungsaufgaben



- Welche unterschiedlichen Sprachformen, -stile, -ebenen und -codes nutzen Sie im Verlauf einer Woche?
- Formulieren Sie eine einzige Aussage auf verschiedenen Sprachebenen.
- Erklären Sie beispielsweise „Was ist Ergotherapie?“
 - einem Kind
 - einem Akademiker mit elaboriertem Sprachstil
 - einem schwerhörigen Klienten
 - einem Arzt in medizinischer Fachsprache

Rogers: drei Grundeinstellungen des Therapeuten

Eine besondere Form der Kommunikation ist das Gespräch des Therapeuten mit seinem Klienten. Hierzu hat der US-amerikanische Psychologe und Psychotherapeut Carl Rogers drei Grundeinstellungen beschrieben, die ein Therapeut in helfenden Gesprächen haben sollte: *Wertschätzung, Empathie und Echtheit*.

Wertschätzung

Meint die Akzeptanz des Klienten und eine bedingungslose positive Zuwendung. Der Therapeut muss nicht alle Klienten mögen und nicht deren Einstellungen teilen, aber er muss einen Menschen und seine Einstellung tolerieren, ohne ihm die eigene Haltung aufzudrängen.

Empathie

beinhaltet ein einführendes Verstehen des Gegenübers ohne Wertung. Die Therapeutin versucht, die Erlebnisinhalte ihres Klienten nachzuvollziehen und hört aktiv zu.

Echtheit

bedeutet, authentisch zu sein, also eine Kongruenz (= Übereinstimmung) mit sich zu besitzen. Dabei sind die verbalen und nonverbalen Kommunikationsanteile der Therapeutin stimmig, was das therapeutische Handeln transparent macht. Allerdings bedeutet dies nicht, dass die Therapeutin aus ihrem Privatleben berichtet. Vielmehr wählt sie aus, welche Aspekte zur Situation und zu ihrer Rolle passen. Dies bezeichnet man als selektive Authentizität.

„Wenn zwei das Gleiche tun, ist es noch lange nicht dasselbe.“

Spruchwort

Übungsaufgaben



Bilden Sie Dreier-Gruppen und verteilen Sie die Rollen von Therapeut, Klient und Beobachter:

- Klient: Stellen Sie sich ein Problem aus Ihrem Alltag vor, das Sie gerne lösen möchten. Versetzen Sie sich gedanklich und vor allem auch emotional in eine entsprechende Situation. Überlegen Sie, inwieweit Sie Ihrem Rollenpartner, d. h. dem Therapeuten, vertrauen und wie viel Sie ihm erzählen. Erwarten Sie ein hilfreiches Gespräch und eine Lösung für das von Ihnen geschilderte Problem.
- Therapeut: Versuchen Sie, sich in das Problem des Klienten einzufühlen. Beachten Sie die Rahmenbedingungen und Hinweise für gelingende Kommunikation. Beachten Sie besonders die Basisvariablen nach Rogers – Wertschätzung, Empathie und Echtheit.
- Beobachter: Beobachten Sie aufmerksam das Geschehen und machen Sie sich gegebenenfalls auch Notizen. Überlegen Sie, wie Sie Klient und Therapeut eine Rückmeldung zu deren Verhalten geben können. Welche Gedanken und Gefühle löst die Situation in Ihnen aus? Können Sie neutral bleiben?

Variation: Versuchen Sie als Therapeut, bewusst „ungünstige Verhaltensweisen“ einzusetzen, um die Begriffe praktisch auszuprobieren und herauszufinden, welche ungünstigen Verhaltensweisen sich tatsächlich in ihren Gesprächsalltag eingeschlichen haben.

Scheiber: günstige und ungünstige Verhaltensweisen und Einstellungen

Gespräche benötigen einen geeigneten Rahmen. Entsprechend sollte eine ungestörte Situation sichergestellt und ein Zeitrahmen festgelegt sein.

Scheiber (1995) beschreibt ungünstige Verhaltensweisen für das Gespräch mit Klienten (s. ► Abb. 6.8):

- dirigieren (Ratschläge geben, Befehle erteilen, fertige Lösungen vorgeben)
- debattieren (ein Streitgespräch führen)

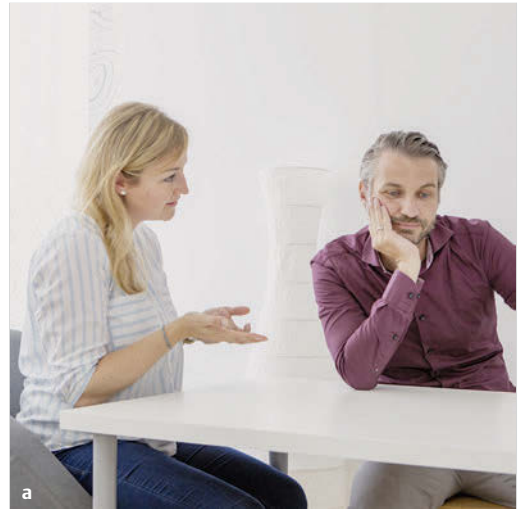


Abb. 6.8 Klientengespräch.

a Nicht so ... (Foto: Kirsten Oborny)

b ... sondern so. (Foto: Kirsten Oborny)

- dogmatisieren (Lehrsätze und Volksweisheiten verwenden)
- interpretieren (frühzeitig und einseitig Deutungen aussprechen)
- bagatellisieren (Probleme herunterspielen)
- moralisieren (persönliche Werturteile äußern)
- monologisieren (permanent reden)
- emigrieren (abschalten, gleichgültig werden)
- rationalisieren (mit Vernunft auf Emotionen reagieren)
- projizieren (eigene Schwierigkeiten in die des Klienten hinein deuten)
- sich identifizieren (die nötige Distanz verlieren)
- sich fixieren (sich auf eine bestimmte Rolle festlegen oder festlegen lassen)
- umfunktionieren (das Gespräch auf einen anderen Zweck, ein anderes Ziel ausrichten)

Stattdessen sind folgende Verhaltensweisen hilfreich:

- aktiv zuhören (Blickkontakt, Zuhören durch Nicken oder Laute signalisieren)
- spiegeln (Beobachtungen oder Gesprächsinhalte verbal oder nonverbal wiederholen)
- paraphrasieren (Gehörtes in eigenen Worten wiedergeben)
- verbalisieren (Gedanken oder Gefühle in Worte fassen)
- konfrontieren (Rückmeldung geben und Auseinandersetzung einfordern)
- Ich-Botschaften senden
- Fragen stellen

Grundregeln für ein Klientengespräch

Gührs und Nowak schlagen einige Grundregeln für die Gesprächsführung vor (s. ► Abb. 6.9). Vor dem Gespräch muss der Ergotherapeut sich vorbereiten und sich hierzu einige Fragen stellen: Was ist mein Ziel und was will ich erreichen? Wie ist meine Einstellung zum anderen? Was für Gefühle habe ich? Was sind meine Stärken und was meine Schwachstellen in der Kommunikation? Welche Grundposition nehme ich ein? Bin ich im Modus Ich + / Du + (vgl. OK-Corral, ► Abb. 6.7)?

Nach Klärung der Fragen zur Gesprächsvorbereitung kann die Ergotherapeutin ihrem Klienten bewusst mit Respekt entgegentreten und so den Erstkontakt herstellen. Das heißt, sie nimmt den Blickkontakt auf und achtet auf ihre Körpersprache. Dabei beobachtet sie, ob der eigene Körperausdruck und auch der ihres Klienten stimmig ist.

Im nächsten Schritt klärt sie mit dem Klienten die gemeinsamen Erwartungen an das Gespräch: Worum geht es? Welches Ziel hat unser Gespräch?

Anschließend holt sie Informationen zum Thema ein und stellt öffnende Fragen, anstatt geschlossene Entscheidungsfragen oder Alternativen vorzugeben. Sie hört aktiv zu, ohne Wertungen abzugeben. Wenn ihr Klient zu viel erzählt, stoppt sie dessen Informationsflut, strukturiert das Gesagte und lässt den Klienten entscheiden, was wichtig ist.

Dabei arbeitet die Ergotherapeutin im Hier und Jetzt der Gegenwart und wühlt nicht in der Vergangenheit. Sie spricht nicht hypothetisch im Sinne von „Wenn das so wäre, dann ...“. Sie verwendet „ich“ statt „man“ oder „wir“. Wichtige Gesprächsinhalte paraphrasiert sie, oder sie bittet den Klienten um eine Zusammenfassung.

Wenn sie etwas interpretiert, macht sie dies deutlich.

Die Ergotherapeutin achtet darauf, dass der Klient und sie gemeinsam und zu gleichen Teilen etwas zum Gespräch beitragen. Wenn der Klient

Zusammenfassung: Grundregeln für die Gesprächsführung (Gührs und Nowak 2006)

1. Mich auf das Gespräch vorbereiten ☒
2. Anderen respektvoll gegenüber treten ☒
3. Kontakt herstellen ☒
4. Die Erwartungen klären ☒
5. Informationen zum Thema einholen ☒
6. Im Hier und Jetzt arbeiten ☐
7. „Ich“ statt „Man“ und „Wir“ verwenden ☒
8. Wichtige Gesprächsinhalte paraphrasieren bzw. paraphrasieren lassen ☐
9. Körperausdruck und Gefühlsinhalte beachten ☐
10. Interpretationen deutlich machen ☐
11. Authentisch und selektiv miteinander reden ☐
12. Die 50%-Regel beachten ☐
13. Bilanz ziehen ☐
14. Feedback ☐

Abb. 6.9 Grundregeln für die Gesprächsführung. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

ein Problem hat, muss er auch entscheidend zu dessen Lösung beitragen.

Am Ende ziehen die Ergotherapeutin und ihr Klient eine Bilanz: Was wurde geklärt, und was bleibt offen? Welche neuen Fragen sind entstanden? Welche nächsten Schritte stehen an?

Übungsaufgabe →

Bereiten Sie sich auf ein Gespräch vor, indem Sie schriftlich diese Fragen beantworten:

- Was ist mein Ziel?
- Was will ich erreichen?
- Wie ist meine Einstellung zum anderen?
- Was für Gefühle habe ich?
- Welche typischen Fehler begehe ich in Gesprächen?
- Wo liegen meine Stärken?

Fragetechniken: Wer fragt, der führt

Wie beschrieben ist das Stellen von Fragen eine hilfreiche Form der Gesprächsführung. Dabei gibt es verschiedene Arten von Fragen.

„Eine kluge Frage ist die halbe Weisheit.“

Francis Bacon

Geschlossene Entscheidungsfragen

Haben Sie Durst? Nehmen Sie den Bus? Wie heißen Sie?

Geschlossene Fragen kann man meist nur mit ja oder nein beantworten. Auch Fragen, die eine Entscheidung verlangen, bieten wenig Spielraum für Antworten. Mit geschlossenen Fragen kann man ein Gespräch zielgerichtet und straff führen. Man kann Informationen erhalten und seinem Gegenüber zu einer klaren Antwort verhelfen.

Alternativfragen

Möchten Sie Fisch oder Fleisch? Willst du schauen oder klettern? Welche der Möglichkeiten wählen Sie?

Alternativfragen werden auch als Katalogfragen bezeichnet. Sie geben zwei oder einige wenige Antwortmöglichkeiten vor und können Klienten damit die Entscheidungsfindung erleichtern.

Offene W-Fragen

Wie geht es Ihnen heute? Was erwarten Sie von mir? Wo haben Sie Schmerzen?

Offene Fragen eröffnen dem Befragten die Möglichkeit, frei zu antworten und Gedanken, Gefühle und Wünsche zu äußern. W-Fragen sind zumeist offene Fragen, also Fragen, die mit den Fragewörtern Wer, Wie, Was, Wo, Weshalb, Warum, Wann oder Wozu beginnen.

Suggestivfragen

Das Bild ist Ihnen doch gut gelungen, oder? Meinen Sie nicht auch, dass wir weiter daran arbeiten sollten? Sie haben doch sicherlich keine Schmerzen mehr?

Suggestivfragen sind beeinflussend und provozieren eine bestimmte Antwort. Das Gegenüber wird in der Regel erwartungsgemäß antworten und der Fragesteller keine echte Antwort erhalten. Suggestivfragen sind in Gesprächen mit Klienten unbedingt zu vermeiden.

Übungsaufgabe →

Formulieren Sie Fragen für das Erstgespräch mit einem Klienten. Überlegen Sie sich Fragen für den Gesprächsbeginn, den Gesprächsverlauf und den Gesprächsabschluss. Notieren Sie dazu jeweils geschlossene Entscheidungsfragen, Alternativfragen und offene W-Fragen.

6.3.2 Interkulturelle Kommunikation

Einige Experten (Sabbioni nach Klenger 2009) empfehlen für den Umgang mit ausländischen Mitbürgern, eine Migrationsanamnese zu erheben. Das heißt, Fragen zur Herkunftsgeschichte zu stellen und dabei Daten zu Biografie, Ausbildung und Berufserfahrung sowie die Situation im Herkunftsland zu erfassen. In der Migrationsgeschichte wird die Motivation und der Verlauf der Migration erfragt – dies nicht zuletzt, um Hinweise auf mögliche Traumatisierungen zu erhalten. Auch die Integrationsgeschichte hat Relevanz: Wie gestaltet sich der rechtliche Status des Immigranten in Deutschland, wie dessen soziale und ökonomische Situation? Welcher Art ist die grundsätzliche Einstellung zu Gesundheit und Krankheit, wie das allgemeine Gesundheitsverhalten?

Wichtig

M!

Zur interkulturellen Kommunikation sollten einige Empfehlungen bedacht werden (Klicher und Spiess nach Klenger 2009):

- Verwenden Sie eine einfache Sprache, und sprechen Sie langsam und deutlich in kurzen Sätzen. Paraphrasieren Sie schwierige Begriffe mit einfachen Worten, und vermeiden Sie medizinische Fachtermini. Konzentrieren Sie sich auf ein einziges Thema.
- Achten Sie bei Klienten mit Migrationshintergrund besonders auf deren Gestik und Mimik.
- Benutzen Sie Zeichnungen, Bilder und Piktogramme.
- Verwenden Sie gegebenenfalls Wörterbücher, oder ziehen Sie einen Dolmetscher zu Rate.
- Lassen Sie wenn möglich eher Bekannte des Klienten mit gleichem Geschlecht als dessen Familienangehörige übersetzen.
- Weisen Sie Ihren Klienten auf Deutsch- beziehungsweise Alphabetisierungskurse hin.
- Lokalisieren Sie diffuse Beschwerden gemeinsam mithilfe eines Anatomieatlanten.

„Was mich anbetrifft, so zahle ich für die Fähigkeit, Menschen richtig zu behandeln, mehr als für irgendeine andere auf der ganzen Welt.“

John D. Rockefeller

Hilfreich für eine erfolgreiche interkulturelle Kommunikation ist mit Sicherheit ein aufrichtiges Interesse an anderen Kulturen und eine Freude an deren bereichernder Vielfalt.

Übungsaufgabe



Recherchieren Sie:

- Welche Ausdrucksformen für „Ja“ und „Nein“ gibt es in unterschiedlichen Kulturen?
- Wie begrüßt man sich in anderen Kulturen?
- Wie drückt man in anderen Kulturkreisen seine Zustimmung oder seine Ablehnung aus?

6.3.3 Die ergotherapeutische Gruppe

Zunächst stellt sich die Frage, warum es Gruppentherapien gibt. Da ein Mensch sich Zeit seines Lebens fast fortwährend in den unterschiedlichsten

Gruppen bewegt, erscheint eine Therapie in Gruppen eher der Realität zu entsprechen. Durch die verschiedenen Persönlichkeiten innerhalb der Gruppe ist die Therapie vielfältiger und bietet mehr Lernsituationen als eine Einzeltherapie. Auch aus ökonomischer Sicht ist eine Gruppentherapie effektiver, sodass sie beispielsweise in psychiatrischen Kliniken die Regel ist. In der Akutpsychiatrie ist es wichtig, dass die Klienten nur in besonderen Fällen einzeln behandelt werden. In der Regel ist es hilfreich, wenn die Klienten andere Klienten erleben und sich mit ihnen austauschen können. Die Klienten arbeiten zunächst im selben Raum, was für manche eine Herausforderung darstellt. Auf der Station für Psychosomatik setzen sich die Klienten dann in der Gruppe auseinander. Die Bedeutung verschiedener Sozialformen und deren Vor- und Nachteile sollen hier besprochen werden.

Sozialformen in der Ergotherapie

- **Einzeltherapie:** Ein Klient arbeitet allein mit einem Therapeuten.
- **Einzelarbeit in der Gruppe:** Der Klient befindet sich in einem Raum mit anderen Klienten, arbeitet jedoch für sich.
- **Partnerarbeit:** Zwei Klienten arbeiten zusammen an einem Arbeitsauftrag.
- **Gruppenarbeit:** Mehrere Klienten arbeiten an einem Arbeitsauftrag.
- **Gemeinschaftsarbeit:** Mehrere Klienten arbeiten an einem gemeinsamen Werkstück.
- **Projektarbeit:** Mehrere Klienten planen und führen eine Arbeit über einen längeren Zeitraum durch.

Zum Thema Gruppenstruktur: „Neben der Zusammensetzung der Gruppe muss die Ergotherapeutin auch die Öffnung für neue Teilnehmer sorgfältig planen. Man unterscheidet offene, halboffene oder geschlossene Gruppen. Eine offene Gruppe hat einen ständig wechselnden Teilnehmerkreis, während eine geschlossene Gruppe hinsichtlich der teilnehmenden Personen konstant bleibt. Bei einer halboffenen Gruppe werden während der laufenden Gruppenarbeit ausscheidende Mitglieder durch neue Mitglieder ersetzt“ (Kubny-Lüke 2009, S. 150).

Die US-amerikanische Ergotherapeutin Anne Mosey unterscheidet diverse Arten von Gruppen, an denen Klienten mit unterschiedlichen Entwicklungsniveaus teilnehmen können. Dementsprechend könnte man also Gruppen mit unterschiedlichem Anspruchsniveau konzipieren.

Erwartungen an die Rolle des Gruppenleiters

Ein Gruppenleiter soll den Gruppenzusammenhalt und die Interaktionen in der Gruppe fördern, er fasst Themen und Erkenntnisse zusammen, hilft Konflikte zu lösen und fördert Toleranz. Der Gruppenleiter hört Einzelnen zu, bietet seine Unterstützung an, bezieht auch die „Schweiger“ mit ein, stellt Fragen und bahnt den Transfer der Therapie in den Alltag an (Scheiber 1995).

Durchführung einer Gruppentherapie nach Scheiber:

- Begrüßung
- Vorstellungsrunde
- Erwartungen, Interessen und Vorerfahrungen klären
- Überblick geben über Ziele, Schwerpunkte, Zeitplan und Gruppenregeln
- Sozialform festlegen

- Aufgabenstellung und Material bekannt geben
- Arbeitsphase
- Nachbesprechung

Übungsaufgabe →•

Planen Sie zu zweit eine Gruppentherapie. Hierbei fungiert einer als Therapeut und einer als Co-Therapeut. Grenzen Sie im Kurs gemeinsam den Fachbereich und die Zielgruppe ein.

- Überlegen Sie sich das Ziel und den zeitlichen und inhaltlichen Ablauf der Gruppentherapie.
- Führen Sie die geplante Gruppentherapie im Rollenspiel mit 4-8 Klienten durch.
- Lassen Sie sich ein Feedback geben.

„Das Postulat, dass Störungen den Vorrang haben, bedeutet, dass wir die Wirklichkeit des Menschen anerkennen.“
Ruth Cohn

Tab. 6.1 Übersicht zur Gruppeninteraktionsfertigkeit (Group-Interaction Skill Survey) (Mosey 1986, S. 325).

Gruppentyp	Der Klient
Parallelgruppe	Beteiligt sich an einigen Aktivitäten, aber handelt – im Gegensatz zu einer Gruppenaktivität – als sei es eine individuelle Aufgabe Nimmt andere in Gruppen wahr Ansatzweise verbaler und nicht verbaler Austausch mit anderen Scheint sich in der Situation relativ wohl zu fühlen
Projektgruppe	Beteiligt sich gelegentlich an einer Gruppenaktivität, kommt hinzu und geht weg, je nach seiner Stimmung Sucht vereinzelt Unterstützung von anderen Leistet vereinzelt Hilfestellung bei direkter Nachfrage
Egozentrisch-kooperative Gruppe	Nimmt das Gruppenziel bezüglich der Aufgabe wahr Nimmt die Normen der Gruppe wahr Handelt, als ob er zur Gruppe gehörte Ist bereit, teilzunehmen Achtet bzw. wertschätzt die anderen Vermittelt anderen sein Bedürfnis nach Achtung Berücksichtigt die Rechte anderer Konkurriert nicht zu stark mit den anderen
Kooperative Gruppe	Äußert eigene Wünsche, Vorstellungen und bekannte Bedürfnisse Nimmt an der Gruppenaktivität teil, scheint aber überwiegend mit seinen eigenen und den Bedürfnissen der anderen beschäftigt zu sein Geht neben dem Bedürfnis nach Achtung auch auf andere Bedürfnisse der Gruppenmitglieder ein Reagiert besonders auf Gruppenmitglieder, die ihm in gewisser Hinsicht ähneln
Reife Gruppe	Reagiert auf alle Gruppenmitglieder Übernimmt eine Reihe instrumenteller Rollen Übernimmt eine Reihe gefühlsbetonter/ausdrucksstarker Rollen Ist fähig, an der Leitung teilzunehmen Fördert eine gute Balance zwischen der Erfüllung einer Aufgabe und den Bedürfnissen der anderen

6.4 Kommunikation im interdisziplinären Team

Im ergotherapeutischen Berufsalltag existiert neben der Kommunikation mit den Klienten eine Vielzahl von Situationen, in denen Kommunikation ebenfalls eine entscheidende Rolle spielt. Die Ergotherapeutin kommuniziert nicht ausschließlich mit ihren Klienten und deren Angehörigen, sondern sie ist auch Kollegin, Angestellte oder Chefin und damit in ein Team mit vielfältigen Kommunikationsstrukturen eingebunden.

Wie spricht man mit Kollegen und Vorgesetzten? Wie kommuniziert man im interdisziplinären Team oder mit dem verordnenden Arzt? Wie geht man mit Krankenkassen und Behörden um? Wie überzeugt man, erbittet Hilfe oder bremst überzogene Erwartungen?

Zur Beantwortung dieser Fragen benötigt die Ergotherapeutin ein fundiertes Wissen über Ziele und Zuständigkeiten, aber auch eine genaue Kenntnis über die unterschiedlichen Fachsprachen der Beteiligten.

6.4.1 Besondere Kommunikationsformen

Verhandeln und Überzeugen

Eine Ergotherapeutin sollte Klienten, Angehörige, Ärzte oder Krankenkassenvertreter als Kunden betrachten. Kunden behandelt man anders als Patienten. Man verhandelt mit ihnen und versucht, sie zu überzeugen. Kunden wünschen sich eine qualitativ hochwertige Leistung und kundenorientierte Umgangs- und Verhaltensformen. Dazu gehören Höflichkeit und Freundlichkeit, Motivation und Identifikation mit Beruf und Unternehmen, Fachkenntnisse, Offenheit und Transparenz, Verständlichkeit der Leistungen, ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis, Schnelligkeit, Zuverlässigkeit, das Einhalten von Terminzusagen und Verlässlichkeit, zuvorkommendes Verhalten und Ansprechbarkeit, Entgegenkommen bei Fehlern und schließlich ein gutes Beschwerdemanagement (Burkhardt 2006).

*„Team – Toll, ein anderer macht's!
oder*

*Team – Together everybody achieves more!
(Gemeinsam erreicht jeder mehr!)“*

Ralf Burkhardt

Wenn wir mit einer uns noch unbekannten Person kommunizieren möchten, ist es wichtig, uns potenzielle Unterschiede zwischen uns selbst und dieser Person vor Augen zu führen. Versetzen Sie sich dazu in Ihren Gesprächspartner. Wie gestaltet sich dessen Tag? Welche Anforderungen muss diese Person erfüllen? Welche Erwartungen hat Ihr Gegenüber an das Gespräch?

Für eine erfolgreiche Kommunikation ist es förderlich zu erkennen, welche *Unterschiede* zwischen Ihrem Standpunkt und dem Standpunkt der anderen Person bestehen könnten. Beispielsweise muss der Sachbearbeiter einer Krankenkasse den Vorgaben seines Arbeitsgebers folgen und die Gelder der Versicherten sinnvoll einsetzen. Da auch Sie Versicherter einer Krankenkasse sind, werden Sie wollen, dass Ihre monatlichen Beiträge sinnvoll verwendet werden. Wofür sind Sie bereit, höhere Krankenkassenbeiträge in Kauf zu nehmen?

Im nächsten Schritt gilt es, *Gemeinsamkeiten* zu entdecken. Wie kann die Zusammenarbeit gestaltet werden, dass beide Partner einen Nutzen daraus ziehen und eine sogenannte Win-Win-Situation entsteht? Um Ihrem Gegenüber diesen potenziellen Nutzen oder Gewinn deutlich zu machen, reicht es nicht, die Eigenschaften Ihres Produkts zu beschreiben – zum Beispiel den Eltern den Ablauf und Inhalt eines Konzentrationstrainings für ihr Kind detailliert zu erklären. Gehen Sie einen Schritt weiter und bieten den Eltern kein Produkt, d. h. Ihre Therapie, sondern vielmehr eine Problemlösung an. Welchen Nutzen haben die Eltern, wenn ihr Kind am Konzentrationstraining teilnimmt? Welches Alltagsproblem wird dadurch gelöst? Welche Anliegen haben Ihre Klienten im ergotherapeutischen Prozess? Ist ihr Schwerpunkt die Betätigung? Wer trägt welche Verantwortung? In einem klientenzentrierten Prozess übernimmt der Klient eine aktive Rolle, er gestaltet diesen Prozess und bestimmt seine Ziele. Damit trägt er auch viel Verantwortung. Es entsteht ein gemeinsamer Prozess – Shared Decision Making (gemeinsame Entscheidungsfindung).

Gerade im Kontakt mit Ärzten ist es bedeutsam, formale Unterschiede anzuerkennen. Ein niedergelassener Arzt sieht jeden Tag viele Klienten mit einem sehr breiten Spektrum an Erkrankungen, von akuten Erkältungskrankheiten bis hin zu massiven chronischen Beschwerden. Das Berufsbild des Arztes ist relativ deutlich umrissen und in der Gesellschaft anerkannt. Gesetzlich gesehen sind Ergotherapeuten in Deutschland immer noch ab-

hängig von der Verordnung des Arztes (Oetken 2010).

Übungsaufgaben →

- Versetzen Sie sich in eine Situation, in der Sie die Position eines Kunden einnehmen z. B. beim Frisör oder beim Einkaufen. Welche Faktoren beeinflussen, ob Sie sich in guten Händen oder gut beraten fühlen, und was empfinden Sie als professionelles Verhalten? Notieren Sie diese Faktoren auf Karten und bündeln Sie diese Karten zu einzelnen Themenkreisen.
- Diskutieren Sie:
 - Welche Faktoren lassen sich auf die Ergotherapie übertragen?
 - Gibt es Unterschiede, ob Sie als Ergotherapeutin in einer Praxis oder einer Klinik arbeiten?
- Überlegen Sie sich ein Produkt, das Sie verkaufen wollen. Überlegen Sie, welche Eigenschaften dieses Produkt hat. Notieren Sie, welchen Nutzen der Kunde aus diesem Produkt ziehen kann. Versuchen Sie, einem Kunden Ihr Produkt zu verkaufen. Der Kunde sollte stets kritisch bleiben und sein Geld im Auge behalten.
- Überlegen Sie sich nun eine Situation aus dem therapeutischen Alltag, in der Sie Ihr Gegenüber zu überzeugen versuchen. Stellen Sie diese Situation mit Ihren Mitschülern im Rahmen eines Rollenspiels nach.

Wichtig

M!

„Ein unzufriedener Kunde berichtet seine negativen Erfahrungen, statistisch betrachtet, ungefähr 25 weiteren Personen in seinem Umfeld. Ein zufriedener Kunde gibt seine Erfahrungen an ungefähr vier Personen weiter. Von 20 unzufriedenen Kunden äußert ein Kunde seine Beschwerde/Kritik direkt beim Anbieter/Dienstleister (die 19 anderen gehen in Zukunft woanders hin).“ (Burkhardt 2006).

Präsentieren

Um Mitschüler, Kollegen oder Vorgesetzte von einer Idee zu überzeugen, ist es hilfreich, diese Idee professionell zu präsentieren (► Abb. 6.11).

Dies kann geschehen mit einer illustrierten Mappe, einem lebendigen Referat oder auch einer Power-Point-Präsentation.

Zur Umsetzung eines gelungenen Vortrags stellte Heinz Klippert (2008) zehn Regeln auf (s. ► Abb. 6.10).

Übungsaufgabe →

- Referieren Sie fünf Minuten zu einem Thema Ihrer Wahl, wie zum Beispiel zu einem Künstler, einer historischen Persönlichkeit oder einem interessanten Therapiekonzept. Fertigen Sie sich hierzu ein Konzept aus Stichworten als Vortragsleitfaden und entwickeln Sie Ihr Kurzreferat unter Berücksichtigung der dokumentierten zehn Regeln. Halten Sie Ihr Referat dann frei und natürlich möglichst eindrucksvoll (nach Klippert).
- Wählen Sie am Ende des Vortrags zwei Mitschüler aus, die Ihnen ein kurzes Feedback geben.

Moderieren

Den Begriff der Moderation kennt man aus dem Fernsehen. Moderatoren, die mehr oder weniger seriös, unterhaltsam oder belehrend Talkrunden leiten und uns damit unterhalten. Lässt sich diese Moderation auch auf den Berufsalltag der Ergotherapeuten übertragen? Hier werden einige Aspekte vorgestellt, die Moderation ausmachen:

Moderation ist systematisch, strukturiert und offen (Edmüller u. Wilhelm 2009).

Systematisch

bedeutet, dass die Arbeitsschritte des Treffens, das man moderiert, logisch aufeinanderfolgen.

Strukturiert

heißt, jeder Arbeitsabschnitt ist sinnvoll gegliedert.

Offen

drückt aus, dass der Moderator ohne zu manipulieren die Gruppe zu ihrem eigenen Ergebnis leitet.

Eine Moderation läuft dabei in drei Phasen ab: *Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung.*

Regeln für einen gelungenen Vortrag

- Atmen Sie erstmal tief ein, halten Sie die Luft einige Sekunden lang an und atmen Sie dann langsam aus. Das beruhigt.
- Suchen Sie einen festen Stand und straffen Sie Ihre Körperhaltung. Achten Sie auf Ihre Hände!
- Schauen Sie die Zuhörer in aller Ruhe an und lassen Sie den Blick langsam schweifen im Sinne von „Ich bin hier der Experte!“
- Benennen Sie das Thema, und erläutern Sie den Aufbau des Vortrags im Überblick.
- Machen Sie die Zuhörer mit einem interessanten Einstieg neugierig und gewinnen Sie sie für den Vortrag. Sie können hierzu einzelne Zuhörer direkt ansprechen.
- Sprechen und argumentieren Sie frei und lebendig, damit niemand einschläft. Benutzen Sie hierzu auch Ihre Mimik und Gestik.
- Gestalten Sie den Vortrag so, dass die Zuhörer sich angesprochen fühlen.
- Verwenden Sie lebensnahe Beispiele und Anregungen sowie rhetorische Fragen.
- Variieren Sie Stimme und Tonlage, um Ihre Ausführungen zu unterstreichen.
- Verwenden Sie kleine Pausen und Wiederholungen. Diese Stilmittel der Rhetorik unterstreichen die Bedeutung Ihres Vortrags, und Ihre Zuhörer brauchen Zeit zum Nachdenken.
- Sorgen Sie am Ende Ihres Vortrags für einen guten „Abgang“, denn der letzte Eindruck bleibt auf jeden Fall haften.

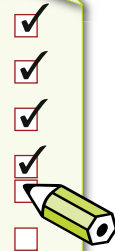


Abb. 6.10 Regeln für einen gelungenen Vortrag (nach Klippert 2008). (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)



Abb. 6.11 Präsentation.

- a** Nicht so ... (Foto: Kirsten Oborny)
b ... sondern so. (Foto: Kirsten Oborny)

„Unsere Besprechung war schlecht vorbereitet, sodass niemand wusste, welche Themen besprochen werden, was eigentlich das Ziel des Treffens war, oder wer anfangen sollte. Als endlich Klarheit bestand, um was es gehen sollte, merkten wir, dass

ein paar wichtige Leute nicht anwesend waren. Am Ende konnten wir so zu keinem Ergebnis kommen. Frustrierend – vergeudete Zeit!“ Kennen Sie solche Aussagen nach einer Teamsitzung?

Mit einem Moderator wäre das wohl nicht passiert. Dieser wäre in der *Vorbereitung* dafür verantwortlich gewesen, zu überlegen oder abzusprechen, worum es eigentlich gehen soll, wer an der Sitzung teilnehmen muss und welches Ergebnis erarbeitet werden soll. Er organisiert den Raum und gibt den zeitlichen Rahmen vor.

Bei der tatsächlichen *Durchführung* der Arbeits-sitzung gliedert der Moderator die Zeit in Einleitung, Arbeitsphase und Abschluss. Dabei nutzt er verschiedene Moderationstechniken. Dies hat den Vorteil, dass sich alle anderen Teilnehmer auf die Inhalte konzentrieren können.

Mit seiner *Einleitung* sorgt der Moderator für die richtige Atmosphäre. Er begrüßt die Teilnehmer und macht sie miteinander bekannt. Er stellt das Thema der Sitzung vor und macht das Ziel deutlich. Schließlich erläutert er seine eigene Aufgabe und bespricht mit den Teilnehmern die „Spielregeln“. Derartige Spielregeln wären beispielshalber: „Wir lassen einander ausreden.“ oder „Jede Frage wird beantwortet – es gibt keine dummen Fragen.“ In der *Arbeitsphase* sorgt der Moderator dafür, dass die Gruppe zu Ergebnissen kommt. Er überlegt mit der Gruppe einen konkreten Zeit- und Arbeitsablauf: Wer macht wann was und mit welchem Ziel? In der *Abschlussphase* fasst der Moderator die Ergebnisse zusammen und die Gruppe kann das „Wie“ der Sitzung reflektieren (Edmüller u. Wilhelm 2009).

Als mögliche Moderationstechniken beschreiben Andreas Edmüller und Thomas Wilhelm die Ideensammlung im Sinne eines Brainstormings, eine Kartenabfrage, bei der jeder seine Gedanken zu einer Frage auf Karten schreibt, und eine Zielscheibe mit der Differenzierung zwischen Kernfragen, die ins Schwarze treffen, oder Randfragen sowie Mind-Maps, Diagrammen oder sogenannten Momentaufnahmen, die auch als Blitzlicht bezeichnet werden. Kennen Sie weitere Möglichkeiten, Moderation zu gestalten?

Im Anschluss an die geschilderte Arbeitssitzung folgt für den Moderator die *Nachbereitung*. Hierzu werden die Ergebnisse der Versammlung in Form eines Protokolls gesichert. Dabei können der Moderator und auch die Gruppe durch gegenseitiges Feedback aus Erfolgen und Fehlern lernen (ebd.).

Übungsaufgaben



- Beschreiben Sie Situationen aus Ihrem Berufsalltag als Ergotherapeutin, in denen moderierte Arbeitssitzungen sinnvoll sind.
- Bei Ihrer nächsten Gruppenarbeit wählen Sie eine Person, die exklusiv für die Organisation und Struktur sowie für die Moderation der Gruppenarbeit zuständig ist. Besprechen Sie im Anschluss an Ihre Gruppenarbeit, ob es Unterschiede zu den bisherigen Gruppenarbeiten ohne Moderation gab.
- Suchen Sie gemeinsam ein Thema für eine Diskussion und bestimmen Sie hierzu einen Moderator. Erarbeiten Sie das Thema in Gruppen mit Moderation an folgendem Beispiel:
 - Planen Sie als Team einer Ergotherapieabteilung einen „Tag der offenen Tür“.

Feedback geben

Der Begriff Feedback stammt aus dem Englischen und bedeutet so viel wie „Rückmeldung“ oder „Rückkopplung“. Feedback ist eine Methode zur Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Durch die verbesserte Selbst- und Fremdwahrnehmung mittels Feedback lassen sich manche Konflikte vor ihrer Eskalation entschärfen oder auch lösen.

Wer ein ehrliches Feedback abgibt, offenbart seine Person, seine Wahrnehmung, sein Fühlen und Denken. Wer ein Feedback erhält, wird wahrgenommen in seiner Eigenart. Durch das Feedback wird die Bedeutung des Verhaltens und Handelns eines Menschen für das Denken, Fühlen, Verhalten eines anderen Menschen deutlich.

Feedback erfordert von beiden Seiten Mut. Mut, das Feedback zu geben und auch Mut, wirklich hinzuhören.

„Mut ist die Ergänzung der Angst. Ein Mensch, der keine Angst hat, kann nicht mutig sein.“

Unbekannt

Der Mut zum Feedback wird belohnt, denn es bietet für alle Beteiligten eine große Chance. Ein Feedback kann Anerkennung und Lob vermitteln, positive Kritik üben, kontraproduktive Störungen beseitigen und die Entwicklung von Vertrauen und Verständnis fördern.

Wichtig**M!**

Für ein wirksames Feedback beachten Sie bitte folgende Regeln:

- Beziehen Sie sich auf Konkretes.
- Geben Sie Ihre Informationen angemessen (Ich + /Du +) und prüfen Sie, ob Sie sich auf das konkrete Tun (nicht auf das Sein) beziehen.
- Geben Sie Ihr Feedback zeitnah zu einem störenden Ereignis.
- Bleiben Sie wertfrei.
- Seien Sie offen und ehrlich.
- Seien Sie sich Ihrer Subjektivität bewusst.

„Beherzt ist nicht, wer keine Angst kennt, beherzt ist, wer die Angst kennt und sie überwindet.“

Khalil Gibran

Probleme ansprechen

In der Regel ist es nötig, ein Problem direkt beim Betroffenen anzusprechen. Wichtig dabei ist, sich vorher darüber klar zu werden, was man eigentlich möchte. In der konkreten Situation sollte man sein Gegenüber zunächst befragen, ob die Bereitschaft zu einem Gespräch besteht. Ein Gespräch zwischen Tür und Angel ist immer schwierig und für ein Problem sicher nicht der richtige Ort.

Um ein Problem anzusprechen, empfehlen Manfred Gührs und Claus Nowak (2006, S. 240 f.) eine Strategie in drei Schritten (s. ► Abb. 6.12).

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Linda nimmt Petra morgens mit dem Auto mit zur Arbeit. In letzter Zeit ist Petra oft noch nicht fertig, wenn Linda vor dem Haus steht. Linda wartet im Auto und ärgert sich zusehends. Eines Morgens – Petra ist wieder zu spät – platzt es aus ihr heraus: „Ich steh extra früh auf, nur um hier auf die Dame zu warten. Du bist so egoistisch.“ Um nicht mehr warten zu müssen, kommt Linda nun auch später, um Petra abzuholen. Infolgedessen sind die beiden deshalb schon zu spät zur Arbeit gekommen. Was also hätte Linda besser sagen können?

Vielleicht wäre es besser gewesen, wenn Linda sachlich geblieben wäre und Petra in aller Ruhe erklärt hätte: „Mir ist aufgefallen, dass Du in der letzten Woche drei Mal noch nicht fertig warst, als ich Dich abholen wollte. Es ärgert mich, dass ich dann warten muss und manchmal sogar zu spät zur Arbeit komme. Ich möchte, dass Du in Zukunft pünktlich fertig bist. Ansonsten werde ich ohne Dich losfahren.“

Im ersten Schritt sollte Linda ihrer Kollegin das schwierige Verhalten möglichst sachlich beschreiben. Im nächsten Schritt sollte sie deutlich machen, was das Verhalten von Petra für sie selbst bedeutet. Dies umfasst ihre eigenen Gefühle, aber auch konkrete Folgen, die aus dem Verhalten resultieren. Im dritten Schritt schließlich sollte sie dann ihre Bitte, ihren Wunsch, ihre Erwartung, ihre Forderung oder ihre Anweisung zum Ausdruck bringen – als Frage, die beantwortet werden muss, oder als Entscheidung.

Übungsaufgabe



- Formulieren Sie das Ansprechen eines Problems nach der 3-Schritte-Strategie (► Abb. 6.12) für folgende Situationen:
 - Sie machen im Unterricht zu fünft eine Gruppenarbeit, aber zwei Personen ihrer Gruppe unterhalten sich, anstatt mit Ihnen gemeinsam am Thema zu arbeiten.
 - In der praktischen Ausbildung nimmt sich Ihre Praxisanleiterin keine Zeit, um mit Ihnen über Ihren Sichtstunden-Klienten zu sprechen.
 - Eine Mutter holt ihr Kind mehrfach zu spät von der Ergotherapie ab, es bleibt keine Zeit zum Austausch.
 - Zu einer aktuellen persönlichen Problemsituation.
- Sprechen Sie das Problem im Rollenspiel zunächst „aus dem Bauch heraus“ an. In einem zweiten Rollenspiel benutzen Sie die 3-Schritte-Strategie. Wie reagiert jeweils Ihr Gegenüber?

Umgang mit Kritik

Wie kann Petra mit Lindas Kritik umgehen? Wie kann sie reagieren?

Gührs und Nowak (2006) benennen acht Aspekte zum Umgang mit Kritik (s. ► Abb. 6.13).

Für eine konstruktive Kritik gibt es unpassende Zeitpunkte und Orte. Folglich muss Petra sich Lindas Kritik nicht jederzeit stellen. Deshalb wäre es gut, wenn Linda sagt: „Petra, ich möchte etwas mit Dir besprechen. Es geht um unsere Fahrgemeinschaft zur Arbeit. Können wir das heute in der Pause bei einem Gespräch unter vier Augen machen?“ So kann sich Petra auf das Gespräch einstellen.

In der Mittagspause hört Petra sich in Ruhe Lindas Kritik an und paraphrasiert sie noch mal, d.h.

Die 3-Schritte Strategie

(Gührs und Nowak 2006)

1. Benennen Sie das problematische Verhalten, indem Sie Ihre Wahrnehmung mitteilen. ☒
2. Machen Sie deutlich, welche Bedeutung dieses Verhalten für Sie hat. ☒
3. Formulieren Sie Ihr Anliegen. ☐



Abb. 6.12 Die 3-Schritte-Strategie, um Probleme anzusprechen. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

Umgang mit Kritik

(Gührs und Nowak 2006)

1. Vereinbarung über Thema, Ort und Zeit ☒
2. Die Kritik genau anhören und eventuell mit der 3-Schritte-Strategie strukturieren lassen ☒
3. Den Inhalt der Kritik paraphrasieren ☒
4. Anerkennenswerte Aspekte benennen ☐
5. Eigenes Verhalten transparent machen ☐
6. Unzutreffendes zurückweisen ☐
7. Absprachen treffen ☐
8. Bilanz ziehen ☐



Abb. 6.13 Umgang mit Kritik. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

6

sie fasst sie mit eigenen Worten zusammen. Mit diesem Schritt gibt sie Linda keineswegs Recht, sondern vergewissert sich nur, ob sie Linda auch richtig verstanden hat. Dann benennt Petra, welche Kritik sie anerkennt:

- Petra erklärt Linda ihr Verhalten.
- Petra weist unzutreffende Kritikpunkte zurück.
- Petra und Linda treffen eine Vereinbarung, wie sie zukünftig mit der Situation umgehen wollen.

Abschließend sprechen Petra und Linda darüber, wie sie das Gespräch empfunden haben. Petra: „Danke, dass Du das angesprochen hast. Ich wusste nicht, dass das so ist.“ Linda: „Ich bin erleichtert, dass wir eine Lösung gefunden haben.“

Konfliktgespräche moderieren

Es herrscht dicke Luft im Team. Im Rahmen eines Teamgesprächs gab es Konflikte zu einem Therapieplan für eine Klientin. Den Arzt und die Physiotherapeutin konnte man nicht überzeugen.

Der Moderator bei einem Konfliktgespräch soll nicht die Lösung des Problems finden. Vielmehr ermöglicht er den Konfliktpartnern, „konstruktiv und klärend miteinander zu reden, sodass sie selbst eine Lösung finden“ (s. ► Abb. 6.14).

Als Moderator soll Tim, der neue Kollege, den Gesprächsverlauf strukturieren, auf die Einhaltung der Gesprächsregeln achten und die Konfliktpart-

Moderation von Konfliktgesprächen

(Gührs und Nowak 2006)

1. Das Anliegen klären (ohne bereits in das Thema einzusteigen) ☒
2. Den Auftrag und die eigene Rolle als Moderator klären ☒
3. Die Beteiligten ihre Ziele formulieren lassen ☒
4. Die 3-Schritte-Strategie anwenden ☒
5. Gegenseitig die Aussagen paraphrasieren lassen ☒
6. Anerkennenswerte Aspekte benennen lassen ☐
7. In der Moderation auf Ablauf und Gesprächsregeln achten ☐
8. Vereinbarungen treffen ☐
9. Bilanz ziehen ☐



Abb. 6.14 Moderation von Konfliktgesprächen. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

ner mit von ihnen ausgesprochenen Verletzungen konfrontieren. Die Beteiligten müssen mit Tims Funktion als Moderator einverstanden sein. Alle sollen ihre Gesprächsbereitschaft signalisieren, ihr Streitthema benennen und ihre Ziele sowie ihre Aversionen formulieren.

Im Verlauf des Gesprächs achtet Tim darauf, dass Ich-Botschaften benutzt werden. Auch Interpretationen und Wertungen sollen vermieden und stattdessen über Konkretes miteinander gesprochen werden. Es geht nicht darum, wer Recht hat oder wer Schuld trägt, sondern wie man in Zukunft damit umgehen will.

Wenn es am Ende zu keinem Konsens kommt, kann zumindest zusammengefasst werden, an welchen Punkten noch Meinungsverschiedenheiten bestehen und wie man mit diesen künftig weiter umgehen will.

Übungsaufgabe



Sie erleben in Ihrer praktischen Ausbildung ein Elternpaar, das sich darüber zankt, wie man die Tochter dazu bewegt, ihre Hausaufgaben zu erledigen. Stellen Sie ein solches Gespräch nach. Ein Schüler spielt die Rolle des Ergotherapeuten, der das Gespräch moderiert.

Supervision

Meistens ist es bei allen inneren und äußeren Konflikten hilfreich, mit einer Person darüber zu sprechen. Das Gespräch dient nicht dazu, eine Lösung vermittelt zu bekommen, sondern dazu, selbst einen Lösungsweg zu finden.

So gibt es die Möglichkeit, ein Coaching oder eine Supervision in Anspruch zu nehmen. Tendenziell spricht man in der Wirtschaft häufiger von Coaching, während im psychosozialen Bereich und somit auch in der Ergotherapie von Supervision die Rede ist. Der Begriff Supervision stammt aus dem Lateinischen von *super* und *visio* und bedeutet Überblick.

Viele Kliniken bieten für ihre Mitarbeiter Team-Supervisionen oder Fall-Supervisionen an. Von elementarer Bedeutung ist dabei die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung als Grundlage für den Supervisionsprozess. Dem Supervisor obliegen die Leitung der Sitzungen und die Unterstützung der von ihm supervidierten Teammitglieder. Super-

visoren sind zumeist Psychologen mit spezieller Zusatzausbildung.

Man differenziert einzelne Formen der Supervision:

- Bei der *Einzel-Supervision* bespricht eine Person ihr Anliegen mit dem Supervisor.
- Bei der *Gruppen-Supervision* treffen sich mehrere Supervidierte mit dem Supervisor. Die Teilnehmer können aus verschiedenen Einrichtungen und Berufsgruppen kommen.
- Die *Team-Supervision* richtet sich an das Team einer Einrichtung oder Station. Es geht vor allem um den kollegialen Umgang miteinander.
- Bei der *Fall-Supervision* treffen sich Vertreter verschiedener Berufsgruppen einer Einrichtung oder eines Teams, um über einen gemeinsamen Fall (anonymisierter Klient) zu sprechen. Das kann dann geschehen, wenn es Schwierigkeiten im Umgang mit Klienten gibt oder wenn die Behandlungsstrategie verbessert werden soll. Die Gruppe dient hier als Möglichkeit, um Konflikte und Ressourcen aufzudecken und nach gemeinsamen Möglichkeiten der Lösung zu suchen. Der Klient ist hierbei nicht anwesend. Supervision ist somit auch immer eine Form der Qualitätsentwicklung.

Eine besondere Form der Supervision sind sogenannte *Balint-Gruppen*. In diesen treffen sich feste Gruppen zu analytischen Fallbesprechungen, bei denen besonders die Beziehung zwischen Klient und Therapeut im Mittelpunkt steht.

Wenn sich zwei Ergotherapeuten zum strukturierten Gedankenaustausch treffen, kann dieser Prozess als *Intervision* verstanden werden. Der Vorteil dieser kollegialen Beratung besteht in der unproblematischen und kostenfreien Organisation.

Das Wichtigste zum Schluss

Erfolgreiche Kommunikation ist nur bedingt aus Büchern lernbar. Man braucht Übung und Erfahrung. Kommunikation ist für den therapeutischen Prozess ein wichtiges Medium. Denn sie ist die Grundlage. Bei der Kommunikation bringt sich der Therapeut mit seiner ganzen Person ein und benutzt sich selbst als Therapiemedium. Es gibt viele Wege zur erfolgreichen Kommunikation. Wichtig ist, dass der gewählte Weg authentisch ist und zum Therapeuten passt.

„Wir sehen die Dinge nicht so, wie sie sind. Wir sehen sie so, wie wir sind.“

Talmud

Weil gerade die Person ein bedeutender Faktor der Kommunikation ist, wirft sich die Frage auf, welche Persönlichkeitstypen es gibt und welche Art der Kommunikation für welchen Persönlichkeitstyp erfolgversprechend ist. Da bei der Kommunikation die eigene Person die entscheidende Rolle spielt, ist es sinnvoll, sich selbst kennenzulernen – eigene Stärken und Schwächen oder Eigenheiten zu entdecken. Jeder Therapeut wird dabei seinen eigenen persönlichen Stil entwickeln, der ihn bei seinen Klienten charakterisiert und unverwechselbar macht.

Nobody is perfect! Finden Sie Ihren eigenen Stil! Probieren Sie Neues aus! Üben Sie! Machen Sie Fehler! Wachsen Sie an Herausforderungen! Haben Sie Spaß!

„Kreativität ist: erfinden, probieren, wachsen, Risiken eingehen, Regeln brechen, Fehler machen und Spaß haben.“

Mary Lou Cook

Online für Sie: Artikel zum Weiterlesen

- Klenger F. Transkulturell kommunizieren. Gesundheitsverständnis von Migranten beachten. *ergopraxis* 2009; 2: 26–29
- Oetken A. Kommunikation mit Ärzten. Wer kooperiert, der profitiert! *ergopraxis* 2010; 1: 30–33
- Sachweh S. Nonverbale Kommunikation. Wortlos reden. *ergopraxis* 2008; 3–4: 30–32

Literatur

- Blenk D. Inhalte auf den Punkt gebracht: 125 Kurzgeschichten für Seminare und Trainings. 2. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz; 2006
- Burkhardt R. Kundenorientierung in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 2006; 3: 12–16
- Dehn-Hindenburg, A. Gesundheitskommunikation im Therapieprozess. Idstein: Schulz-Kirchner; 2010
- Dehnhardt B., Schaefer C. Ich werde Ergotherapeutin. Stuttgart: Thieme; 2012
- DVE-Projektgruppe Kompetenzprofil und Modularisierung Kompetenzprofil Ergotherapie. Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.; 2019
- Edmüller A, Wilhelm T. Moderation. Planegg/München: Haufe; 2009
- Geißendörfer J, Höhn A. Medizinische Psychologie und Soziologie. München: Elsevier; 2007
- Gührs M, Nowak C. Das konstruktive Gespräch: Ein Leitfaden für Beratung, Unterricht und Mitarbeiterführung mit Konzepten der Transaktionsanalyse. 6. Aufl. Meezen: Limmer; 2006

- Hobmair H, Hrsg. Psychologie. 4. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag EINS; 2008
- Klenger F. Gesundheitsverständnis von Migranten beachten – Transkulturell kommunizieren. *ergopraxis* 2009; 2: 26–29
- Klippert H. Kommunikationstraining: Bausteine für den Unterricht. Weinheim: Beltz; 2008.
- Kubny-Lüke B. Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2009
- Lange, S. Kommunikationskompetenz in den Therapieberufen: Gemeinsam ans Ziel. Idstein: Schulz-Kirchner; 2012
- Lippka, Michael-M. Leitfaden Kommunikation im therapeutischen Alltag. München, Jena: Urban & Fischer; 2015
- Mosey AC. Psychosocial Components of OT. New York: Raven; 1986
- Oetken A. Wer kooperiert, der profitiert! *ergopraxis* 2010; 1: 30–32
- Rogers CR. Die nicht-direktive Beratung. 10. Aufl. Frankfurt: Fischer; 2001
- Rosenberg MB. Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. 9. Aufl. Paderborn: Junfermann; 2010
- Rosenstiel L von. Grundlagen der Organisationspsychologie: Basiswissen und Anwendungshinweise. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 2000
- Scheiber I. Ergotherapie in der Psychiatrie. 2. Aufl. Köln: Stam; 1995
- Scholz L. Methoden-Kiste. 4. Aufl. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; 2010
- Schulz von Thun F. Miteinander Reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt; 2004
- Taylor RR. The Intentional Relationship. Occupational Therapy and Use of Self. Philadelphia: Davis; 2008
- van Meer K, van Neijenhof J, Bouwens M. Elementaire sociale vaardigheden. 4. Aufl. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006
- Voelker C, Hrsg. Kommunikation. Berlin: Cornelsen; 2010
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 10. Aufl. Bern: Huber; 2000
- Watzlawick P. Anleitung zum Unglücklichsein. 17. Aufl. München: Piper; 1998
- Weinberger S., Klientenzentrierte Gesprächsführung. Weinheim, München: Juventa; 2008
- Windisch R, Zoßeder J. Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. München: Urban & Fischer, Elsevier; 2006

Kapitel 7

Professional Reasoning

7.1	Entscheidungsfindung mittels Professional Reasoning	164
7.2	Einführung in das Professional Reasoning	165
7.3	Drei Elemente des Professional Reasoning	165
7.4	Formen des Professional Reasoning	167
7.5	Anwendung des Professional Reasoning	171

7 Professional Reasoning

Maria Kohlhuber

Warum weiß meine Praxisanleiterin im Umgang mit Klienten, was sie in diesem oder jenem Moment genau machen muss, und warum entscheidet sie so, wie sie entscheidet? Diese Fragen stellen häufig Auszubildende während der praktischen Ausbildung. Das, was wir im Prozess und nach einem Prozess mit Klienten denken, wird nicht unbedingt nach außen sichtbar. Erst das, was wir tun, wird sichtbar. Professionelles Handeln bedeutet jedoch, dass ich das, was ich tue, auch professionell – also auf Basis von Wissen und Erfahrung – begründen kann. Um besser und genauer begründen zu können, gibt es das Professional Reasoning. Was bedeutet das? Es umfasst alle Gedanken und Entscheidungen im Therapieprozess, die das therapeutische Handeln in der täglichen Arbeit leiten (vgl. Becker 2016).

7.1 Entscheidungsfindung mittels Professional Reasoning

Der Klient kommt mit einem Problem zur Therapeutin und wünscht sich Unterstützung von ihr. Die Ergotherapeutin überlegt, was sie tun kann und tun soll. Und so wie es für uns im Privaten verschiedene Lösungsmöglichkeiten für Probleme gibt, so bieten sich auch in der Ergotherapie unterschiedliche Lösungen für einen Klienten. Selbst

wenn Sie sich als Auszubildende und zukünftige Berufsanfängerin vielleicht oftmals wünschen, die „eine“ Lösung präsentiert zu bekommen: Im ergotherapeutischen Denken und Handeln gibt es diese Patentrezepte und allgemeingültigen Lösungen nicht. Da jeder Klient und jede Therapiesituation individuell sind, muss eine Ergotherapeutin in jeder Therapiesituation erneut überlegen, welcher Lösungsweg und welche Behandlungsstrategie richtig sind. Dabei ist oftmals nicht nur ein Weg oder eine Strategie die einzig richtige. Die Vielfalt der „richtigen“ Lösungen macht den Beruf der Ergotherapeutin nicht leicht, dafür umso interessanter und spannender. Auf welche Weise aber ist es nun möglich, verbindlich eine situativ richtige Lösung zu finden?

Auszubildende beklagen oft, dass eine verbindliche Beschreibung einer therapeutischen Strategie für bestimmte Probleme der Klienten zumeist fehlt. In ihren Augen bleibt es quasi „schwammig“, was genau eine Ergotherapeutin mit ihren Klienten machen soll. So sei es richtig, mit einer Klientin nach einem Schlaganfall das Kochen zu üben, während bei einer anderen Klientin nach Schlaganfall besser das Gehen für den Toilettengang geübt werden sollte. Ein Krankheitsbild und zwei oder noch mehr Behandlungsstrategien – wer soll das verstehen?

Die Begriffe Professional Reasoning und Clinical Reasoning

[]

Wer vor ein paar Jahren in die ergotherapeutischen Lehrbücher geschaut hat, hat noch den Begriff Clinical Reasoning gefunden. Warum sagt man heute oft Professional Reasoning oder Professionelles Reasoning?

Der Begriff bedeutet zunächst Folgendes: Um eine Lösung zu finden, hilft das sogenannte Clinical Reasoning, abgekürzt als CR. Wörtlich übersetzt bedeutet der englische Begriff so viel wie „klinisches Urteilen“, „klinischer Schluss“ oder „klinische Beweisführung“ (Klemme u. Siegmann 2006). Hierunter versteht man die Denk- und Entscheidungsprozesse von Therapeuten, die die wichtigsten Elemente des therapeutischen Handelns darstellen (ebd.). Eine Therapeutin muss ihre Behandlung stets individuell auf ihre Klienten abstimmen und die bestmögliche Behandlung für sie finden, verant-

worten und begründen können. Im Deutschen wird oftmals der ursprüngliche Begriff „Clinical Reasoning“ verwendet, weil eine treffende Übersetzung ins Deutsche kaum möglich ist. Auch im Rahmen dieses Buches wird der englische Begriff verwendet.

Seit ein paar Jahren hat sich der Begriff verändert. Da Ergotherapeuten nicht ausschließlich in klinischen Kontexten arbeiten, verwirrt der Begriff „Clinical“. Aus diesem Grund kann man heute von „Professional Reasoning (PR)“ und auch von „Clinical Reasoning (CR)“ sprechen – je nach Kontext (vgl. Feiler 2019). Die obige Begriffsbedeutung wird damit nicht verändert. Es geht eben nicht nur um eine klinische, sondern vielmehr um eine *professionelle Entscheidungsfindung* oder um professionelles Urteilen.

Zur besseren Orientierung suchen Auszubildende und Berufsanfänger häufig nach der einzig richtigen Lösung für ein Problem. Natürlich wäre es einfacher, solche Standardlösungen zu lernen und anwenden zu können, doch diese „eine richtige Lösung“ gibt es fast nie. Entsprechend müssen sich alle Ergotherapeuten – nicht nur Auszubildende, sondern auch etablierte Therapeuten – stets bemühen, immer wieder eine der vielen richtigen Lösungen mit einem Klienten zusammen zu finden. Nur durch intensives und strukturiertes Nachdenken über das vom Klienten geschilderte Problem kann so die passende und „richtige“ Behandlung gefunden werden. Professional Reasoning beschreibt somit also die Denkvorgänge und Entscheidungsfindung von Therapeuten (Klemme u. Siegmann 2006).

7.2 Einführung in das Professional Reasoning

Beim Professional Reasoning ist das Denken zwar das zentrale Element, es geht aber auch um die Aufnahme und das Sammeln von Informationen. Diese Informationen bestehen etwa aus den Schilderungen eines Klienten über seine Freizeitaktivitäten oder auch aus untypischen bzw. unphysiologischen Bewegungsabläufen des Klienten. Durch akribisches Sammeln der Informationen und gezieltes Nachdenken erarbeiten Ergotherapeuten mit ihren Klienten eine optimale Behandlung (Klemme u. Siegmann 2006). *Das Denken eines Menschen ist allerdings nicht sichtbar, sodass man allein aus den therapeutischen Handlungen nicht darauf schließen kann, was die Therapeutin sich vor der Behandlung gedacht hat.*

Dabei muss man sich stets vor Augen führen, dass viele Denkprozesse unbewusst oder als Automatismus ablaufen. Dies kommt etwa dann zum Tragen, wenn Therapeuten auf eine lange Berufserfahrung zurückblicken. Auszubildenden dagegen fällt es oft noch schwer, Entscheidungen über die Therapieplanung und den weiteren Behandlungsverlauf zu treffen. Wenn beispielsweise eine Praxisanleiterin während der Behandlung den seit 20 Jahren berenteten Klienten nach dessen früherem Beruf fragt, wird eine Schülerin vermutlich irritiert reagieren: „Warum ist es wichtig, was der Klient vor 20 Jahren beruflich gemacht hat – er ist doch heute Rentner?“ Daraufhin erklärt die Anleiterin, dass viele Klienten, die im Alter Schwierigkeiten mit der Motivation für Aktivitäten haben,

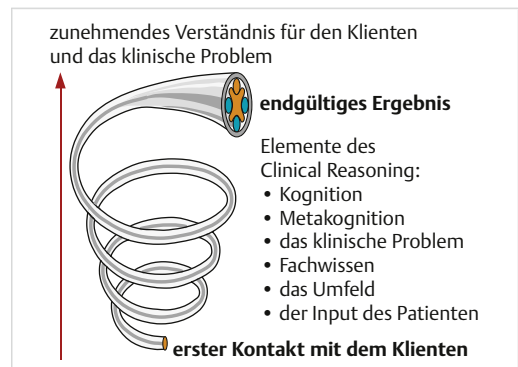


Abb. 7.1 Spiralmodell des Clinical-Reasoning-Prozesses. (Quelle: Klemme B, Clinical Reasoning; Thieme, 2014)

sich an ihren früheren Beruf und ihre damaligen Interessen erinnern und dadurch Ideen entwickeln, wie sie ihre Freizeit attraktiver gestalten könnten.

Wie man sieht, dient das Professional Reasoning nicht nur der Therapieplanung, sondern findet auch während der Behandlung statt (vgl. AOTA 2018). Das Professional Reasoning ist ein Prozess, den man sich wie eine Spirale vorstellen kann (s. ► Abb. 7.1). Die Therapeutin erlangt immer mehr Wissen über ihren Klienten und dessen Situation und kann auf diesem Weg besser einschätzen, wie die Behandlung gestaltet werden könnte und sie gegebenenfalls abwandeln.

Merke

M!

Höchstes Ziel des Professional Reasoning ist die *bestmögliche Behandlung des Klienten*. Wenn Ergotherapeuten gewissenhaft und reflektierend mit Denk- und Entscheidungsprozessen umgehen, können sie ihre Behandlung optimieren und zur Professionalität ihres Berufes beitragen. Aus diesem Grund passt auch der Begriff Professional Reasoning eigentlich besser.

7.3 Drei Elemente des Professional Reasoning

Beim Professional Reasoning treten drei klar definierte Elemente miteinander in Wechselwirkung, beeinflussen und ergänzen sich: Kognition, Wissen und Metakognition (Klemme u. Siegmann

2006). Im Folgenden werden die drei Begriffe erklärt und in einen Zusammenhang gebracht.

7.3.1 Kognition

Der Begriff bezeichnet komplexe Vorgänge in unserem Gehirn, die zum Denken gehören. Unter den Begriff des Denkens wiederum fallen dabei Fertigkeiten wie z. B. Aufmerksamkeit schenken, Erinnern, Planen, Entscheiden, Probleme lösen oder das Verarbeiten von Informationen. Vor allem die Informationsverarbeitung steht für das Denken im Professional Reasoning-Prozess. Ergotherapeuten erhalten jederzeit Informationen über ihre Klienten und deren Lebenssituationen. Diese Informationen werden von den Therapeuten aufgenommen, gefiltert, bewertet, analysiert und führen zu Entscheidungen bezüglich der optimalen Behandlung.

7.3.2 Wissen

Wissen ist ein weiteres wichtiges Element des Professional Reasoning. Die ergotherapeutische Behandlung eines Klienten ist ohne Vorwissen nicht möglich. Wenn z. B. ein unter 60-jähriger Klient mit einer frühen Demenz zur Ergotherapie kommt, muss geklärt werden, ob dieser Klient immer noch im Berufsleben steht. Diese Information bzw. dieses Wissen um eine potenzielle Berufstätigkeit des Klienten ist für das Erstgespräch und die weitere Therapie unbedingt nötig. Das Wissen, auf dem das Professional Reasoning aufbaut, vergrößert sich mit jeder Therapieeinheit und mit jedem individuellen Klienten, sodass bei der Behandlung eines neuen Klienten auf das angehäuften Erfahrungswissen zurückgegriffen werden kann. Einfach gesagt: Mehr Klienten bedeuten mehr Therapien. Mehr Therapien bedeuten mehr Erfahrung. Und mehr Erfahrung bedeutet mehr Wissen.

Der Begriff „Wissen“ umschreibt dabei verschiedene Formen des Wissens wie z. B. das „deklarative“ oder das „prozedurale“ Wissen. Deklaratives Wissen bezieht sich auf das Wissen über Sachverhalte, wie z. B. Fakten und Begriffe. Der Erwerb findet durch Vermittlung, also z. B. in der Ausbildung oder bei einer Fortbildung, statt. In der Regel kann deklaratives Wissen relativ einfach sprachlich wiedergegeben werden (z. B. „Demenz ist eine Erkrankung, die mit Gedächtnisverlust einher geht“). Prozedurales Wissen kann als sog. Handlungswissen nicht so einfach sprachlich wiedergegeben werden. Es geht um Handlungsabläufe, wie z. B. der

Umgang mit demenziell erkrankten Klienten. Beides Wissen ist für die Ergotherapeutin im Reasoning-Prozess wichtig und wird immer zusammen angewandt.

7.3.3 Metakognition

Die Metakognition ist das dritte Element des Professional Reasoning. Metakognition lässt sich kurz gefasst als das „Denken über das Denken bezeichnen“ (Klemme u. Siegmann 2006). Es geht also darum, über das eigene Wissen oder die eigene Denkweise nachzudenken, d. h. zu reflektieren. Beispielsweise lernen Sie in den ersten Wochen der Ausbildung Ihre Klassenkameradinnen besser kennen. In der Mittagspause hat eine immer Fastfood oder Tiefkühlkost für das Aufwärmen in der Mikrowelle dabei. Sie finden dies befremdlich und fragen, ob sie ihre Ernährung richtig fände. Erst später wird Ihnen klar, dass Sie beide sehr unterschiedliche Auffassungen von Ernährung haben. Diese Einsicht haben Sie durch Metakognition erreicht. Sie haben über Ihre eigene Einstellung zu Ernährung nachgedacht und somit eine (Selbst-) Reflexion durchgeführt (s. Kap. 1). Die Fähigkeit zur Reflexion ist unabdingbar im Prozess des Professional Reasoning und stellt eine Möglichkeit dar, Neues zu lernen und neues Wissen zu nutzen (ebd.).

► Abb. 7.2 zeigt, in welchem Verhältnis die drei Elemente des Professional Reasoning zueinander stehen.

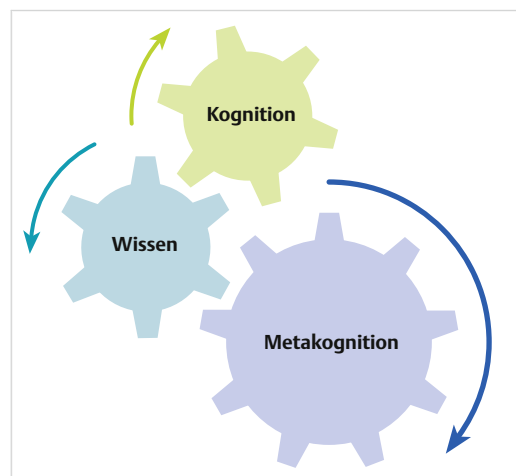


Abb. 7.2 Verhältnis der 3 Elemente des Professional Reasoning zueinander.

7.4 Formen des Professional Reasoning

Es gibt verschiedene Formen des Professional Reasoning, die Ergotherapeuten während der Behandlung ihrer Klienten anwenden (Feiler 2007). Bei diesen verschiedenen Formen werden unterschiedliche und zumeist auch mehrere Aspekte des Denkens berücksichtigt. Zunächst sind hier die Formen im Überblick aufgelistet. Im Anschluss werden diese mit Beispielen näher erläutert.

- Wissenschaftliches Reasoning
- Konditionales Reasoning
- Pragmatisches Reasoning
- Ethisches Reasoning
- Interaktives Reasoning
- Narratives Reasoning
- Politisches Reasoning

7.4.1 Wissenschaftliches Reasoning oder Scientific Reasoning

Das *Wissenschaftliche Reasoning* oder auch *Scientific Reasoning* beschreibt einen Prozess, bei dem die Therapeutin wie bei einer wissenschaftlichen Untersuchung versucht, die Fragestellung des Klienten zu erfassen. Das Wissenschaftliche Reasoning wird je nach Literaturquelle in zwei oder drei Formen aufgeteilt oder die Begriffe werden gleichgesetzt verwendet (vgl. Feiler 2007; Klemme u. Siegmann 2006).

Wichtig ist, dass es sich beim Wissenschaftlichen Reasoning immer um alle durch Wissen begründeten Denkprozesse einer Therapeutin handelt. Diese können sich auf die Datensammlung, Problemformulierung, Zielformulierung, die Auswahl an Behandlungsmethoden und die rational möglichen Ergebnisse der Behandlung beziehen. Demnach kann Wissenschaftliches Reasoning während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses immer wieder vorkommen und notwendig sein.

Hier werden im Folgenden zwei Formen vorgestellt, die häufig angewandt werden:

Diagnostisches Reasoning

Zum Beispiel beginnt das diagnostische Reasoning in der Ergotherapie bereits vor dem ersten Kontakt mit dem Klienten, d. h. in dem Moment, wenn eine Therapeutin auf einer Verordnung das Alter und

die Diagnose des Klienten liest. Ist besagter Klient 79 Jahre alt und wegen eines Schlaganfalls zur Ergotherapie überwiesen, so hat die Therapeutin bereits ein gewisses Bild des Klienten vor Augen. Sie nutzt Fachwissen, das sie in der Ausbildung sehr vielschichtig erworben hat. Sie nutzt die bezugswissenschaftlichen Grundlagen aus der Soziologie und Gerontologie, indem sie Wissen über Alterstheorien im Kopf hat.

Zudem hat sie ausführlich gelernt, welche Symptome bei einem Schlaganfall (je nach geschädigter Gehirnregion) auftreten können. All dieses Hintergrundwissen, wird allein durch das Lesen des Rezepts in ihr aktiviert. Sie stellt sich auf den 79 Jahre alten Klienten mit seiner Diagnose ein. D. h. aber nicht, dass sie schon eine vorgefertigte Meinung oder ein Vorgehen plant, sondern sie kann ein Erstgespräch professionell planen. Steht für den Klienten z. B. als Symptom eine Aphasie mit auf dem Rezept, weiß sie, dass es sein kann, dass der Klient Schwierigkeiten haben könnte, über seine aktuellen Probleme im Alltag zu sprechen. Sie muss über mögliche Alternativen, z. B. Bildkarten, nachdenken. Zumindest sollte sie diese zum Erstgespräch griffbereit haben (vgl. Feiler 2007).

Prozedurales Reasoning

Das Prozedurale Reasoning wird von Ergotherapeutinnen angewandt, wenn sie darüber nachdenken, welche Konzepte, Methoden, Instrumente, Medien und Strukturen oder Strategien sie einsetzen. Es geht um Entscheidungen hinsichtlich der anzuwendenden Maßnahmen, einschließlich der zu verwendenden Medien, und um Fragen der richtigen „technischen“ Umsetzung in der Therapie. Das Prozedurale Reasoning ist eng mit dem Diagnostischen Reasoning verbunden, weil die Entscheidungen von den diagnostisch gewonnenen Hypothesen beeinflusst sind (vgl. Klemme u. Walkenhorst 2003).

7.4.2 Konditionales Reasoning

Das Konditionale Reasoning ist eine weitere Form des Professional Reasoning und erfasst die Umstände und Lebensbedingungen. In der Ergotherapie ist dies natürlich etwas komplexer als z. B. bei einem Auto, das nicht mehr anspringt. Sind wir damit im Privaten konfrontiert, loten wir aus, was jetzt am besten zu tun ist: die Werkstatt anrufen,

einen Leihwagen organisieren etc. Das heißt aber, wir entscheiden zukunftsorientiert.

Dies bedeutet in der Ergotherapie, dass sich die Therapeutin die Situation des Klienten genau vorstellen muss, um realistische und zielgerichtete Aktivitäten gemeinsam mit dem Klienten auszuwählen (Klemme u. Siegmann 2006). Maria Feiler (2007) beschreibt drei Phasen, in die das Konditionale Reasoning zumeist eingeteilt wird:

1. Zuerst wird der Gesamtzustand des Klienten betrachtet.
2. Im zweiten Schritt stellt die Ergotherapeutin sich verschiedene Konditionen, d. h. Bedingungen oder Umstände im Leben des Klienten vor, die veränderbar sind.
3. Schließlich versucht die Ergotherapeutin mit dem Klienten gemeinsam Ideen zu entwickeln und mit ihm zu überlegen, ob diese realisierbar sind.

In der Ergotherapie ist es wichtig, dass Therapeuten beim Konditionalen Reasoning die „Erfahrungen und Ängste, Vorlieben und Interessen“ (Feiler 2007) des Klienten wahrnehmen und berücksichtigen, da diese sehr großen Einfluss auf die Wahl der therapeutischen Maßnahmen haben. Wenn beispielsweise ein Klient als leidenschaftlicher Zeitungsleser reges Interesse an Politik, Kultur, Sport und am sonstigen Weltgeschehen hat, nun aber außerstande ist, seine Zeitung in Händen zu halten, so bestünde die Möglichkeit für den Klienten, seine Zeitung online im Internet zu lesen, um sich so auf dem Laufenden zu halten. Hätte dieser Klient aber nun negative Erfahrungen mit Computern gemacht, so muss eine andere Lösung gefunden werden, um den Bedürfnissen des Klienten gerecht zu werden.

All diese Überlegungen fließen im ergotherapeutischen Prozess bei der Planung der Maßnahmen ein. Bei einem betätigungszentrierten Vorgehen ist das allerdings sowieso sehr naheliegend, weil dort der Klient seine Betätigungsanliegen formuliert und dann nach einer Analyse der Betätigung die Konditionen für das weitere Vorgehen gemeinsam ausgelotet werden, bevor die Planung der Maßnahmen beginnt. Der Klient beschreibt seine Konditionen und entwickelt die Lösungen mit (s. Kap. 9).

7.4.3 Pragmatisches Reasoning

Die Arbeitsbereiche und Tätigkeitsfelder von Ergotherapeuten sind sehr vielfältig. Es gibt wenige Berufe, in denen man in so vielen Fachbereichen tätig sein kann. So unterschiedlich wie die Bereiche selbst sind auch die Rahmenbedingungen, in denen man arbeitet.

Beim *Pragmatischen Reasoning* geht es rein um die praktischen Umstände der Therapie, d. h. um den Praxiskontext und um den persönlichen Kontext (Feiler 2007) der Therapeutin und des Klienten.

Zum *Praxiskontext* gehören im ergotherapeutischen Berufsalltag oft die räumlichen und zeitlichen Gegebenheiten als sogenannte *Rahmenbedingungen*. Ist die Trainingsküche gerade durch eine andere Therapeutin mit ihren Klienten besetzt, so kann deren Kollegin dort nicht gleichzeitig ein Kochtraining veranstalten. Regnet es in Strömen und der Klient hat keine geeignete Kleidung mitgebracht, so muss das Rollstuhl-Geländetraining über Stock und Stein verschoben werden.

Zum *persönlichen Kontext* gehören die Eigenschaften und Fähigkeiten der Therapeutin und des Klienten. Von therapeutischer Seite gehören hierzu z. B. die Fortbildungen einer Therapeutin, die die Behandlung des Klienten beeinflussen. Ein weiteres Beispiel für einen persönlichen Kontext ist es, wenn ein Evaluationsgespräch mit einer nur sehr gebrochen Deutsch sprechenden Klientin nicht stattfinden kann, weil der geplante Einsatz eines Dolmetschers nicht zustande kommt.

Ebenso spielen *politische, soziale und institutionelle Rahmenbedingungen* beim persönlichen Kontext eine Rolle. Wird ein Klient etwa in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung behandelt, ist es unrealistisch, das Anziehen in einer nachmittags stattfindenden Therapieeinheit zu üben – ein besserer Zeitpunkt für diese therapeutische Intervention wäre sicherlich der Morgen. Und beim Blick auf das Ausland wird deutlich, dass dort die Ergotherapie anderen Rahmenbedingungen unterliegt als in Deutschland.

Oftmals sind es also relativ „simple“ Gründe, aus denen eine Therapie anders verläuft als erwartet oder geplant. In einem solchen Fall müssen sich Ergotherapeuten und Klienten auch mit einer Therapiesituation abfinden, die nicht dem gemeinsam angestrebten Ideal entspricht. Begleitumstände müssen aber nicht immer negativer Art sein, sondern können im Gegenteil auch unterstützend auf

die Therapie wirken. Wichtig ist, dass die Therapeutin immer die bestmögliche Situation für den Klienten schafft und diese auch nutzt.

7.4.4 Ethisches Reasoning

Und somit sind wir beim Ethischen Reasoning angekommen. Ethik befasst sich mit „Werten, Normen und Maximen der Lebensführung“ (Klemme u. Siegmann 2006). Hierzu gehören auch die persönlichen Einstellungen, Haltungen, Überzeugungen und Ansichten eines Menschen.

Jeder Mensch – und damit auch jede Ergotherapeutin – hat seine persönlichen moralischen Vorstellungen im Sinne einer eigenen Ethik. Diese individuelle Ethik einer Ergotherapeutin ist dabei natürlich nicht die einzige und ausschließliche Ethik, die im ergotherapeutischen Berufsleben zum Tragen kommt. Vielmehr muss eine Therapeutin ebenso darauf achten, dass die von ihr gewählten Aktivitäten gleichsam für den Klienten angemessen sind. Dies bedeutet, dass die gewählten Aktivitäten moralisch vertretbar und vorteilhaft für den Klienten sind (Feiler 2007). Die *Berufsethik* ist außerdem durch Richtlinien und Leitgedanken festgelegt, die für den Beruf der Ergotherapeutin vorgegeben sind. Diese spielen bereits in der Berufsausbildung eine große Rolle und sind teilweise unter den Kernkompetenzen der Ergotherapie wiederzufinden (s. Kap. 8.3).

Demzufolge muss in der Ergotherapie stets darauf geachtet werden, dass alle Menschen – d.h. natürlich auch Therapeuten und Klienten – ihre eigenen Wertvorstellungen besitzen und entsprechend eine individuelle Ethik vertreten. Dies wird besonders deutlich mit Blick auf verschiedene Religionen oder unterschiedliche Altersstufen: Nicht jeder Mensch würde dem Verzehr von Schweinefleisch mit Ketchup offen gegenüberstehen. So gilt es z. B. auch religiöse und kulturelle Gewohnheiten für das therapeutische Setting zu berücksichtigen. Das kann schon damit anfangen, dass es für muslimische und asiatische Familien üblich ist, vor dem Betreten der Wohnung die Schuhe auszuziehen. Wenn ich als Therapeutin zum Hausbesuch komme, kläre ich ab, ob es bei der von mir betreuten Familie mit muslimischen Wurzeln auch üblich ist, das zu tun. Als Therapeutin muss mir bewusst sein, dass das eine Rolle spielen kann. Genauso muss mir aber auch bewusst sein, dass es eine Vielzahl an muslimischen Familien gibt, für die das Ausziehen der Schuhe vor Betreten der Wohnung

nicht so wichtig ist. Das Ethische Reasoning hilft der Therapeutin, diese Prozesse zu reflektieren und immer wieder neu die Werte und Normen der Klienten und ihre eigenen zu hinterfragen.

7.4.5 Interaktives Reasoning

Beim Interaktiven Reasoning steht die Interaktion zwischen Menschen im Mittelpunkt – insbesondere die Interaktion zwischen Ergotherapeuten und Klienten. Immer wenn Therapeuten und Klienten etwas gemeinsam tun, stehen sie in einer Interaktion, in der verbale und nonverbale Kommunikation stattfindet (Feiler 2007). Im therapeutischen Alltag ist es äußerst wichtig, eine gute Beziehung zu den Klienten aufzubauen und diese auch zu pflegen. Hierzu setzen Ergotherapeuten bestimmte Strategien ein. Um zu motivieren oder ihr Mitgefühl zu zeigen, signalisieren sie dem Klienten gegenüber z.B. ihre Akzeptanz und ihre Empathie. Sie begegnen den Klienten mit Respekt und hören aktiv zu (ebd.). Und manchmal ist auch eine Portion Humor erlaubt – solange der Klient es nachvollziehen und verstehen kann (vgl. Kapitel 6, Kommunikation).

Maria Feiler (ebd.) beschreibt daneben drei weitere *grundlegende Möglichkeiten*, um mit Klienten in eine angenehme Interaktion zu treten. Die Therapeutin sollte:

- Wahlmöglichkeiten für den Klienten anbieten z. B. bezüglich der durchzuführenden Aktivitäten oder der Reihenfolge der Aktivitäten
- den Erfolg der Klienten bestätigen, indem sie ihre Fortschritte angemessen lobt und ihnen deutlich macht
- gemeinsam mit den Klienten Problemlösungen erarbeiten.

Durch das aktive Zuhören und die konzentrierte Wahrnehmung auch nonverbaler Äußerungen können Ergotherapeuten ihre Behandlung individuell auf die Klienten zuschneiden, was einen Therapieerfolg wahrscheinlicher macht.

7.4.6 Narratives Reasoning

Um Geschichten dreht sich alles beim Narrativen Reasoning. Das lateinische „narrare“ bedeutet „erzählen“. Lernt eine Ergotherapeutin ihren Klienten kennen, versucht sie zunächst, sich in dessen „Geschichte“ einzufinden. Dabei geht es für die Therapeutin vor allem darum zu verstehen, wie eine

Einschränkung die Situation des Klienten beeinflusst (Klemme u. Siegmann 2006). Hat beispielsweise ein Sportstudent eine Meniskusverletzung, so kämpft dieser mit weit größeren Einschränkungen und Hindernissen als jemand, der einer vorwiegend sitzenden Berufstätigkeit nachgeht.

Nachdem eine Ergotherapeutin die Geschichte ihres Klienten kennengelernt hat, schreibt sie mit dem Klienten zusammen eine neue Geschichte – die Geschichte der Therapie. Diese Therapiegeschichte gestaltet die Therapeutin so positiv wie möglich und betont die Erfolgserlebnisse. Eventuell kann sie diese dann auch zukünftigen Klienten erzählen, um ihnen Mut zu machen (Feiler 2007). Im Narrativen Reasoning lassen sich drei Arten von Geschichten unterscheiden (Klemme u. Siegmann 2006):

- Geschichten, die Klienten berichten
- Geschichten, die Therapeuten über Klienten berichten
- Die gemeinsame Geschichte von Therapeutin und Klient

Durch die Geschichten des Klienten kann sich die Ergotherapeutin in die Lage des Klienten hineinversetzen und mit ihm Lösungsvorschläge für seine Probleme erarbeiten. Eine Klientin, die sich beruflich umorientieren muss, da sie keine stehenden Tätigkeiten mehr ausführen kann, erzählt z.B. von ihrem früheren Hobby Zeichnen. Diese Leidenschaft gibt Anlass für die Überlegung, eine Ausbildung zur Designerin oder Grafikerin anzustreben.

7.4.7 Politisches Reasoning

Eine noch nicht so häufig genannte und über die Literatur weniger verbreitete Form des Professional Reasoning ist das *Politische Reasoning*. Nimmt man aber die ergotherapeutischen Praxismodelle ernst, dann hat die Ausführung einer Betätigung nicht nur mit dem zu tun, was eine Person kann, sondern auch damit, welche Möglichkeiten und Barrieren die Person in der Gesellschaft hat (vgl. Becker 2016, Wilcock u. Townsend 2000). Frank Kronenberg hat den Begriff in den Niederlanden geprägt (Kronenberg et al. 2011). Wichtig ist, das Politische Reasoning gut vom Pragmatischen Reasoning abzugrenzen. Nicht die direkten Rahmenbedingungen spielen hier die ausschlaggebende Rolle, sondern das, was politisch und gesellschaftlich grundsätzlich zu bedenken und zu beachten ist.

Mit einem Beispiel wird sehr schnell klar, was damit genau gemeint ist. Eine Klientin mit einer Körperbehinderung (mit Beatmungsgerät) möchte gerne an einem Volkshochschulkurs teilnehmen. Sie ist mit ihrem E-Rollstuhl sehr mobil. Man kann sich dann als Therapeutin zunächst die Barrierefreiheit des Gebäudes ansehen, in dem der Volkshochschulkurs stattfindet. Oft gibt es dort schon Rampen und Aufzüge. So wäre das Hinkommen für die Klientin kein Problem. Aber wie sieht es mit sog. gesellschaftlichen Barrieren im Kopf aus? Ist es von den anderen Teilnehmern gewollt, dass jemand mit einer so starken Behinderung teilnimmt? Bestehen Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit der Klientin?

Es ist eine Frage der politischen Durchsetzungskraft, wie stark z.B. Inklusion in Deutschland umgesetzt ist. So haben Menschen mit Behinderung in einigen Bundesländern schon mehr Möglichkeiten der Teilhabe als in anderen. Und das genau ist mit Politischem Reasoning gemeint. Wenn ich als Therapeutin mit der Klientin an dem Ziel der Teilnahme am Volkshochschulkurs arbeite, muss ich mir Gedanken darüber machen, wie dies in der aktuellen Gesellschaft möglich ist. Aber auch, wie man Teilhabe im Sinne des Reasonings ermöglichen kann. Kann ich als Therapeutin z.B. für die Klientin bei der Kursleitung der VHS sprechen (vgl. Kap. 8.3, Ergotherapeutische Kernkompetenzen)? Und ist es nicht eigentlich sogar meine Aufgabe, als Therapeutin gegebene Strukturen im Sinne von „Teilhabe ermöglichen“ für die Klienten aufzubrechen? Hier werden die ergotherapeutischen Kernkompetenzen ebenfalls relevant.

Durch die ergotherapeutische Sichtweise auf den Klienten, in der seine bedeutungsvollen Betätigungen im Mittelpunkt stehen, können Ergotherapeuten vielfältige Beiträge dazu leisten, damit Teilhabe für Menschen mit Erkrankungen oder Behinderungen verstärkt in der Gesellschaft berücksichtigt wird. Dafür können sich Ergotherapeuten in Verbänden und Organisationen engagieren und ihre Profession nutzen, um den Fokus auf bedeutungsvolle Betätigungen zu richten. Dafür sind Ergotherapeuten ausgebildet. Gerade in neueren Arbeitsfeldern wie z.B. dem Jobcoaching oder der Gemeinwesenorientierten Ergotherapie (s. Kap. Literatur) kommt das Politische Reasoning stark zum Tragen.

7.5 Anwendung des Professional Reasoning

7.5.1 Übung macht den Meister

Es ist bekanntlich noch kein Meister vom Himmel gefallen, und das ist auch beim Professional Reasoning so. Das angemessene Professional Reasoning muss man reichlich üben.

Für Sie als Auszubildende ist das wichtig zu wissen, denn oft ergeht es Auszubildenden in der praktischen Ausbildung wie folgt:

- Die Praxisanleiterin stellt einer Klientin eine Frage, woraufhin diese auf eine für Sie unerwartete Weise reagiert. Wie konnte die Therapeutin diese Reaktion nur ahnen?
- Auf eine Aussage einer Klientin kam die Anleiterin jetzt auf eine für Sie merkwürdige Reaktion. Wie ist sie nur darauf gekommen?
- Ihre Anleiterin wählt eine ungewöhnliche Aktivität für Ihren Klienten. Sie fragen sich: warum gerade diese Aktivität?

Sie fragen sich bestimmt oft: Wo ist da die Logik? Und Sie werden bestimmt manchmal denken: Da wäre ich nie drauf gekommen, ich hätte bestimmt etwas anders gemacht und damit die Therapie vermasselt.

Erfahrene Therapeuten, die in der praktischen Ausbildung anleiten, haben bereits hunderte verschiedene Klienten kennengelernt und therapiert. Entsprechend sind sie irgendwann in der Lage, schnell zu erfassen, um welches Problem es sich bei einem Klienten handelt. Ihr Reasoning verläuft schneller und oft unbewusst als sogenannte „Mustererkennung“ (Klemme u. Siegmann 2006). Sie erkennen gewisse Muster wieder, die z.B. zu einem bestimmten Krankheitsbild oder einer bestimmten Lebenssituation gehören. Sie erfassen beispielsweise ähnliche Probleme bei depressiven Klienten im Rentenalter und können dadurch gezielte Fragen stellen. Dabei gleichen sie neue Klienten sozusagen mit ihnen bekannten „Prototypen“ ab (ebd.).

Experten in Sachen Professional Reasoning sammeln Informationen und stellen sogenannte Hypothesen auf. Zur Verdeutlichung dient das folgende Beispiel:

Frau Neumann leidet unter Demenz, ist zeitlich schlecht orientiert und lebt noch allein im eigenen Haushalt. Die Therapeutin stellt die Hypothese auf: Es könnte sein, dass Frau Neumann Schwierigkeiten hat, ihre Mahlzeiten zur angemessenen Zeit zu

sich zu nehmen. Auf dieser und weiteren möglichen Thesen baut die Therapeutin in der Folge ihr Handeln auf.

Je mehr Klienten eine Ergotherapeutin in ihrem Berufsleben begleitet hat, auf desto mehr Erfahrungen kann sie zurückgreifen. Die Mustererkennung hat jedoch ihre Grenzen und Tücken. Es gibt Fälle, die selbst erfahrene Ergotherapeuten nicht gleich einordnen können: Fälle, die kompliziert oder auch relativ unbekannt sind. In einer solchen Situation hilft kein Vergleich mit einem bekannten Muster. Dementsprechend muss eine *Mustererkennung stets gut reflektiert und kritisch hinterfragt* werden, damit Klienten nicht voreilig in vorgefertigte Kategorien eingeteilt werden (ebd.) – was ja auch nicht im Sinne der Klientenzentrierung wäre (s. Kap. 3).

Wie deutlich wurde, handelt es sich beim Professional Reasoning um ein komplexes Thema. Wenn Sie verschiedene Therapeuten bei ihrer Arbeit beobachten, werden Sie erkennen, dass es für jeden Klienten verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gibt. Würden Sie die Therapeuten nach einer Begründung für ihr Tun befragen, dann könnte womöglich kein einziger Therapeut bereits im ersten Moment spontan sein Tun ausreichend und richtig begründen. Haben Sie also als Auszubildende den Mut, auch kritische Fragen zu stellen. Zeigen Sie die Neugier eines Kindes und fragen Sie: Wer? Wie? Was? Wieso? Weshalb? Warum? Sicherlich werden Sie dann einmal Ihre Praxisanleiterin ertappen, die auf Ihre Frage nicht sofort eine Antwort parat hat. Sie können dann gemeinsam überlegen und begründen. Also: Nur durch kritisches Hinterfragen kann das Begründen des eigenen Tuns erlernt werden.

Und das erlernt man auch mehr und mehr mit zunehmender Berufserfahrung. Feiler beschreibt fünf Phasen von Erfahrung, die wie folgt eingeteilt werden können:

- Anfänger
- leicht fortgeschrittener Anfänger
- kompetenter Therapeut
- Meister
- Experte

Grundsätzlich geht man davon aus, dass nach ca. 10 Jahren die Phase des Experten zu erreichen ist (vgl. Feiler 2007). Professional Reasoning benötigt also viel Erfahrung, aber auch die Bereitschaft, sich und seine therapeutische Vorgehensweise immer wieder zu reflektieren. Damit wird deutlich, wie

hilfreiche es sein kann, wenn man als Praxisanleiter tätig ist, weil mit den Auszubildenden zusammen häufig sehr intensiv reflektiert wird. Schon alleine deswegen, weil man erklärt, was man gerade tut.

7.5.2 Ein Fall – drei Ergotherapeuten

Betrachten wir im Folgenden den Fall von Herrn Allmann, der von drei verschiedenen Therapeuten auf jeweils andere Art und Weise behandelt wurde: Herr Allmann leidet an Morbus Parkinson. Die Diagnose wurde vor drei Jahren gestellt. Der 71-jährige lebt mit seiner Ehefrau in einem Einfamilienhaus mit weitläufigem Garten. Die Kinder leben in verschiedenen Städten. Das Ehepaar Allmann hält sich zumeist im Erdgeschoss des Hauses auf, Schlaf- und Badezimmer befinden sich aber auf der ersten Etage. Schachspielen und die Natur genießen sind die Hobbys des Klienten.

Alle drei nun vorgestellten Ergotherapeuten wissen, dass Herrn Allmann das Zittern des rechten Arms sowie sein verändertes Gangbild stören und behindern. Viele Aktivitäten führt der Klient verlangsamt aus. Diese und weitere Informationen erhielten die Therapeuten im Erstgespräch in der Praxis. Für die folgende Therapieeinheit war jeweils ein Hausbesuch geplant, um die Betätigungsanliegen von Herrn Allmann in seinem persönlichen Umfeld zu besprechen. Alle drei Therapeuten befinden sich in der Evaluationsphase (s. Kap. 9.1.2) des ergotherapeutischen Prozesses, d. h. sie finden mit dem Klienten und seiner Ehefrau (=erweiterter Klient) gemeinsam heraus, was Inhalt der Therapie sein könnte.

Behandlungsstrategie A: Anpassung der Treppe

Frau Eins besprach mit Herrn Allmann zuerst das Treppensteigen, da er dies im COPM mit einer Wichtigkeit von 10 bewertet hatte (Ausführung 3 und Zufriedenheit 4). Diesbezügliche Probleme hatte der Klient schon im Erstgespräch angegeben, und die Ergotherapeutin sah sich die Treppe beim Hausbesuch nun genauer an. Sie beobachtete ihn beim Treppensteigen (Betätigungsanalyse, s. Kap. Betätigungsanalyse – entscheidendes Element in der Evaluationsphase) vom Erdgeschoß in den ersten Stock, wo er ins Bade- und Schlafzimmer möchte. Sie analysiert genau, was gut klappt und

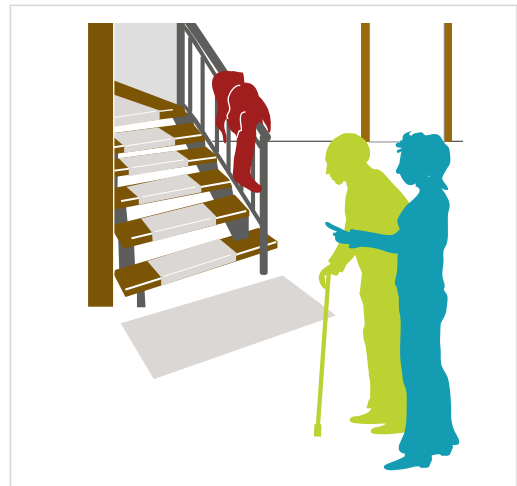


Abb. 7.3 Frau Eins beim Konditionalen Reasoning.
(Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

wo Schwierigkeiten liegen. Im Anschluss fragt sie Herrn Allmann und seine Ehefrau, wie es aus ihrer Sicht klappt. Herr Allmann sagt, dass er durch die Teppiche auf den Stufen schlecht vorankomme. Seine Frau sah die Gefahr, dass er stützen könnte. Auch aus Sicht von Frau Eins waren die Teppiche ein Problem.

Im Ziel- und Maßnahmenplan wurde dann festgehalten, dass zunächst Frau Allmann die kleinen Teppiche auf den Stufen entfernen würde, da diese Stolperfallen bei seinen schlurfenden Schritten darstellen könnten. Zweitens schlug die Therapeutin vor, das Treppengeländer frei zu lassen, auch wenn dieses seit Jahren zur Ablage von Jacken und Mänteln gedient hatte. Das fanden Frau und Herr Allmann auch eine gute Idee. Daran hatten sie gar nicht mehr gedacht, weil sie schon so lange Zeit ihre Jacken etc. dort ablegen. Und zu guter Letzt hielten sie im Maßnahmenplan fest, dass Herr Allmann stets das Licht im Treppenhaus anschaltet, wenn er die Stufen hinauf- oder hinabsteigt. Das war der Ehefrau von Herrn Allmann sehr wichtig. Damit sah die Therapeutin die Sturzgefahr gebannt.

Für Frau Eins war hauptsächlich das Konditionale Reasoning ausschlaggebend. Sie überlegte gemeinsam mit Herrn und Frau Allmann, welche Umstände zu ändern waren, sodass das Treppensteigen für ihn sicherer und einfacher wurde. Sie fragte Herrn Allmann, ob er die drei gemeinsam

gefundenen Maßnahmen akzeptieren könnte, und bezog in ihre Überlegungen ebenso Frau Allmann mit ein. Am Ende beschloss das Ehepaar gemeinsam, die Stufenmatten der Treppen zu entfernen und eine andere Garderobe anzubringen.

Behandlungsstrategie B: Gartenpflege

Als Herr Zwo die Einfahrt des Hauses der Familie Allmann betrat, erblickte er Herrn Allmann im Garten. Der 71-jährige stand auf seinen Stock gestützt vor einem Blumenbeet und erfreute sich der Blütenpracht seiner Margeriten. Der Therapeut begrüßte Herrn Allmann: „Bleiben wir doch gleich im Garten. Sie haben doch gesagt, dass Sie Ihre Blumen weiterhin pflegen möchten. Lassen Sie uns doch gleich mal erkunden, was Sie hier alles gemacht haben – bei dem schönen Wetter heute.“ Herr Zwo dachte praktisch: Warum erst in das Haus spazieren, um später wieder in den Garten zu gehen? Das Pragmatische Reasoning war hier richtungweisend.

Behandlungsstrategie C: erst mal Kaffee trinken

Frau Dreier hatte bereits im Erstgespräch in der Praxis erfahren, dass Herr Allmann und seine Gattin viel gemeinsam unternahmen. Als die Therapeutin zum Hausbesuch erschien, besprach das lebenslustige Ehepaar gerade den geplanten Wochenendausflug. Sie bat die Eheleute, ihr zu erzählen, was genau sie vorhatten. Voller Vorfreude er-



Abb. 7.4 Herr Zwo ist der Pragmatiker. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

zählte Frau Allmann von dem Hotel im Schwarzwald, in dem sie alljährlich wohnten, vom leckeren Essen, den freundlichen Gastleuten und von der schönen Landschaft. Herr Allmann berichtete von Freunden, die sie dort seit Jahren treffen, von zünftigen Skatpartien der Männer und erholsamen Wanderungen der Ehepaare. Während seiner Erzählung aber überkamen den Klienten große Zweifel, ob er trotz der fortgeschrittenen Parkinson-Erkrankung noch imstande sein würde, die Wanderungen mitzumachen und die Karten beim Skat zu halten. Schließlich hatte er starke Bedenken, ob dieses Wochenende im Schwarzwald über-

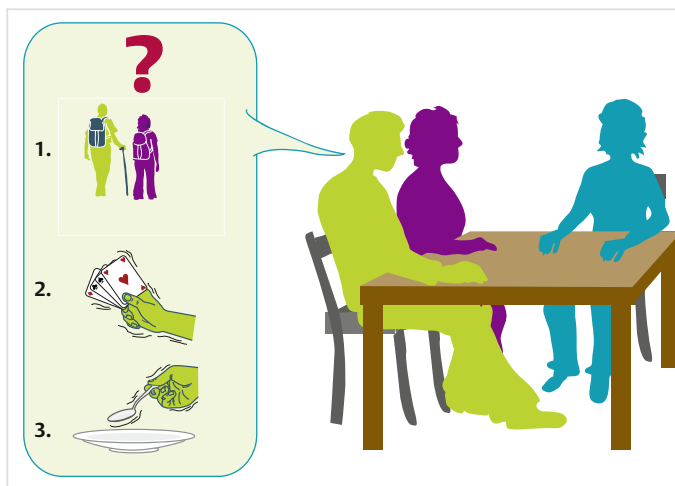


Abb. 7.5 Frau Dreier wendet das Interaktive Reasoning an. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

haupt eine gute Idee war und ob das Ehepaar nicht besser zu Hause bleiben sollte.

Frau Dreier beobachtete die besorgte und ängstliche Miene und den Stimmungswandel ihres Klienten. In der Folge besprachen nun die Therapeutin und die Eheleute gemeinsam, welche Probleme tatsächlich im Urlaub auftreten könnten, und wie das Paar damit umgehen könnte. Dabei teilte die Therapeutin die Bedenken der Eheleute und signalisierte Mitgefühl und Empathie. Sie übernahm bei diesem Gespräch zunächst die Rolle der aktiven Zuhörerin und fragte das Ehepaar, ob sie Lösungsmöglichkeiten für die Probleme sähen, bevor sie diverse Vorschläge machte, wie ihr Klient beispielsweise mit Hilfsmitteln Skat spielen oder auch essen könnte.

Frau Dreier ging auf den Klienten und seine Ehefrau ein. Sie wandte das Interaktive Reasoning an, da es ihr sinnvoll erschien, das Bild, das sie sich von Herrn Allmann im Erstgespräch machte, Stück für Stück zu vervollständigen. Sie fand es bedeutsam, auch die Gattin des Klienten kennenzulernen, da diese eine wichtige Rolle in dessen Leben spielte und womöglich auch Fragen an sie hatte. Und schließlich führte sie ein Gespräch und achtete auf verbale und nonverbale Äußerungen des Klienten und seiner Frau.

Wie deutlich wurde, können – trotz absolut gleicher Ausgangslage – Therapieeinheiten sehr unterschiedlich gestaltet werden. Keiner der drei Ergotherapeuten handelt falsch. Im Gegenteil: Alle gehen individuell auf die Bedürfnisse des Klienten ein und handeln reflektiert und gewissenhaft (Klemme u. Siegmann 2006).

Übungsaufgabe



Meist werden in der Praxis mehrere Formen des Professional Reasoning angewandt. Können Sie in den drei vorangegangenen Beispielen noch andere Formen des Professional Reasoning entdecken? An welchen Merkmalen erkennen Sie diese Formen?

7.5.3 Das Professional Reasoning-Quiz

Zum Abschluss werden verschiedene Therapie-situationen geschildert, die Sie in Ihrer praktischen Ausbildung oder in Ihrer Arbeit erleben könnten. Finden Sie heraus, welche Formen des Professional Reasoning angewandt wurden. Begründen Sie Ihre Vermutung.

1. Ein anderer Klient erzählt, in früheren Jahren sehr gern gesungen und Gitarre gespielt zu haben. Da Hobbyfindung ohnehin ein Thema für diesen Klienten ist, bitten Sie ihn, beim nächsten Mal seine Gitarre und ein bekanntes Lieberbuch mitzubringen.
2. Ein kleiner Junge kommt bitterlich weinend zur Ergotherapie. Die Therapeutin nimmt ihn mit in den Therapieraum, setzt sich mit ihm hin und lässt sich erzählen, was ihm widerfahren ist. Aufgeregt berichtet der Junge von den schrecklichen Ereignissen seines Tages, bis er im Laufe des Gesprächs ruhiger wird. Die Therapeutin zeigt Verständnis und Einfühlungsvermögen.
3. Sie studieren die Verordnung einer Klientin, die am nächsten Tag zum ersten Mal zur Behandlung kommt. Ihre Anleiterin hat Sie gebeten, sich auf das Erstgespräch vorzubereiten.
4. Im Erstgespräch erzählt eine Klientin mehrfach von ihrem Schwimmverein und ihren dortigen ehrenamtlichen Tätigkeiten. Ihr Berufsleben erwähnt sie jedoch kaum. Ihre Praxisanleiterin sagt zur Auszubildenden, dass ihr dies auffällt; sie fragt bei der Klientin explizit nach, ob sie nicht über ihren Beruf reden möchte.
5. Sie begleiten Ihre Anleiterin zur Behandlung einer arabischen Klientin, die sich wünscht, Hilfsmittel zum Kochen kennenzulernen. Die Praxisanleiterin schlägt vor, zusammen ein Nudelgericht zu kochen. Die Klientin bittet darum, einen Termin erst nach Sonnenuntergang zu vereinbaren, da sie während des Ramadan tagsüber fastet. Die Ergotherapeutin nimmt Rücksicht auf ihre kulturellen Sitten und religiösen Bräuche.
6. Ein kleines Mädchen möchte seine Schuhe nicht mehr mit einem Klettverschluss verschließen sondern nun lernen, eine Schleife zu binden. Die Therapeutin zeigt ihr zuerst, wie man einen einfachen Knoten macht. Danach überlegen sie gemeinsam, ob sie schon Bindeschuhe besitzt, wann sie die anziehen muss, und analysieren

dann die Situation. Erst danach erstellen sie einen Ziele- und Maßnahmenplan.

7. Die Therapeutin spricht mit einem Klienten über die Ausübung einer Rollstuhlsportart. Da der Klient seit jeher Ballsportarten mag, schlägt er Rollstuhlbasketball als Möglichkeit vor. Er beschließt, sich im Internet zu erkundigen, was für Angebote es diesbezüglich in seiner Stadt gibt.

Die Lösung finden Sie im Anhang II (S.312).

Literatur

- American Occupational Therapy Association (AOTA) Das Framework der AOTA. Gegenstandsbereich, Prozesse und Kontexte in der ergotherapeutischen Praxis. Deutschsprachige Ausgabe Marotzki U, Reichel K Hrsg. Bern: Hogrefe; 2018
- Becker H. Das Clinical Reasoning im Interventionsprozess. In: Baumgarten A, Strebel H. Ergotherapie in der Pädiatrie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2016
- Feiler M. Klinisches Reasoning in der Ergotherapie. Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln. Berlin: Springer; 2003
- Feiler M. Klinisches Reasoning: Fundament für die ergotherapeutische Praxis. In: Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme; 2007
- Feiler M. „Professionelles Reasoning macht uns zu guten Therapeuten“ – professionelles und klinisches Reasoning in der Ergotherapie. ergopraxis 2019; 3
- Klemme B, Walkenhorst U. Workshop Reader. Clinical Reasoning in Theorie und Praxis. Universität Bielefeld; 2003
- Klemme B, Siegmann G. Professional Reasoning – Therapeutische Denkprozesse lernen. Stuttgart: Thieme; 2006
- Kronenberg F, Pollard N et al. Occupational therapies without borders. Volume 2. Towards an ecology of occupation-based practices. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2011
- Wilcock A, Townsend E. Occupational Justice. Occupational terminology interactive dialogue. Journal of Occupational Science 2000; 7 (2): 84–86

Kapitel 8

Vom Kompetenzprofil zum Berufsprofil

8.1	Einführung	178
8.2	Die Basis: Ergotherapeutische Grundsätze und allgemeine Kompetenzen	179
8.3	Ergotherapeutische Kernkompetenzen	185
8.4	Ergotherapeutisches Kompetenzprofil	190
8.5	Der Reflektierte Praktiker	194
8.6	Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle	198
8.7	Fazit und Zusammenfassung	201

8 Vom Kompetenzprofil zum Berufsprofil

Verena Weiler

8.1 Einführung

Nichts beschäftigt die deutsche Ergotherapie seit Jahrzehnten mehr als das Thema Berufsprofil. Diese Aussage wird fast jede Ergotherapeutin bestätigen. Im folgenden Kapitel wird ein Versuch aufgezeigt, wie es gelingen kann, mit Betätigung im Zentrum ein Berufsprofil zu entwerfen, das Klarheit und Sicherheit vermittelt.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte kam es innerhalb der Ergotherapie zu verschiedenen Paradigmenwechseln. Nicht immer waren Betätigung (vgl. Kap. 2) und Klientenzentrierung (vgl. Kap. 3) Schlagwörter der Ergotherapie. Die Berufspraxis, das Berufsprofil (vgl. Kap. 1) und die zugehörigen spezifischen Kompetenzen haben sich innerhalb der verschiedenen Paradigmen (grundsätzliche Denkweise über den Beruf) stets weiterentwickelt, um ein klares Profil für Ergotherapeutinnen definieren zu können. Dieses Zusammenspiel klingt erst mal kompliziert und komplex. Berufsgeschichtlich hat sich die Ergotherapie von der reinen erfahrungsgeleiteten Berufsausübung hin zu einer Profession mit eigenen Modellen und Theorien entwickelt. Dies ist in unterschiedlichen Ländern sehr unterschiedlich geschehen – je nach gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen. Deshalb beschreibt Hagedorn (2009) genau diese Weiterentwicklung als *evolutionären Prozess* in 3 Schritten. Wichtig ist, dass die Schritte in allen Ländern in der gleichen Reihenfolge ablaufen und abgelaufen sind – in Amerika wohl immer mit Vorsprung zu den anderen Ländern.

Im ersten Schritt in den Anfängen der Ergotherapie ging es um die Entwicklung von erfahrungsbasierten Berufspraktiken. Es wurden praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten gesammelt und dann festgestellt, ob es eine Wirkung gab, die der Ergotherapie zugeschrieben werden konnte. Laut Hagedorn (ebd.) passierte dies jedoch kaum standardisiert und mit nur wenig professioneller Literatur. Somit gab es anfänglich keine Theorie- oder Modellbildungen, auch mussten Grundprinzipien der Praxis erst gesucht werden.

Im zweiten Schritt galt es deshalb, der Ausbildung und dem Berufsstand eine formale Struktur zu geben, z. B. Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zu entwickeln und zu verändern. Wissen

und Fertigkeiten sollten durch die Berufsgruppe akzeptiert und vereinheitlicht werden. Es wurde geforscht, das eigene Tun kritisch betrachtet und die Praxis stärker hinterfragt. So konnten die ersten Grundsätze für die Praxis formuliert werden. Hieraus entwickelten sich erste Publikationen, die einen Bezug zwischen Praxis und Theorie schafften (ebd.).

Im dritten Schritt kommt es seit den späten 80er Jahren zur Fokussierung auf die Forschung. Seither wird vermehrt Wissen generiert, um die Ergotherapie zu spezifizieren und eigene Modelle und Theorien zu entwickeln. Es wird versucht, die Wirksamkeit der Arbeit von Ergotherapeutinnen wissenschaftlich belegbar zu machen (ebd.). Hieraus entstehen auch vermehrt Studiengänge für die Ergotherapie.

Doch wo stehen wir in Deutschland? Haben wir den dritten Schritt schon komplett durchlaufen? Sind wir gleichauf mit anderen Ländern? Passt unsere Arbeitsweise zum zeitgemäßen Verständnis von Ergotherapie auf Basis von Betätigung? Muss es einen weiteren Schritt zur Etablierung eines einheitlichen, wissenschaftlich belegten und standardisierten Berufsbildes geben?

Fragen, die sicherlich jeder Ergotherapeutin individuell gestellt werden müssen. Jedoch soll in diesem Kapitel versucht werden, das Zusammenspiel aller Komponenten zu erklären, die für ein einheitliches Berufsbild nötig sind.

Als Grundlage soll ► Abb. 8.1 dienen. Darin sind alle Komponenten dargestellt, die eine Ergotherapeutin in ihrer Ausbildung lernen und umsetzen wird, um in ihrem späteren Berufsleben entsprechend ihrem Kompetenzprofil und Berufsbild professionell arbeiten zu können.

Die praktische Umsetzung der ergotherapeutischen Grundsätze, aller hier und in Kapitel 1 beschriebenen Kompetenzen und geschilderten Aspekte, wird dann in Kapitel 9 anhand von Klienten- und Prozessbeispielen beschrieben.

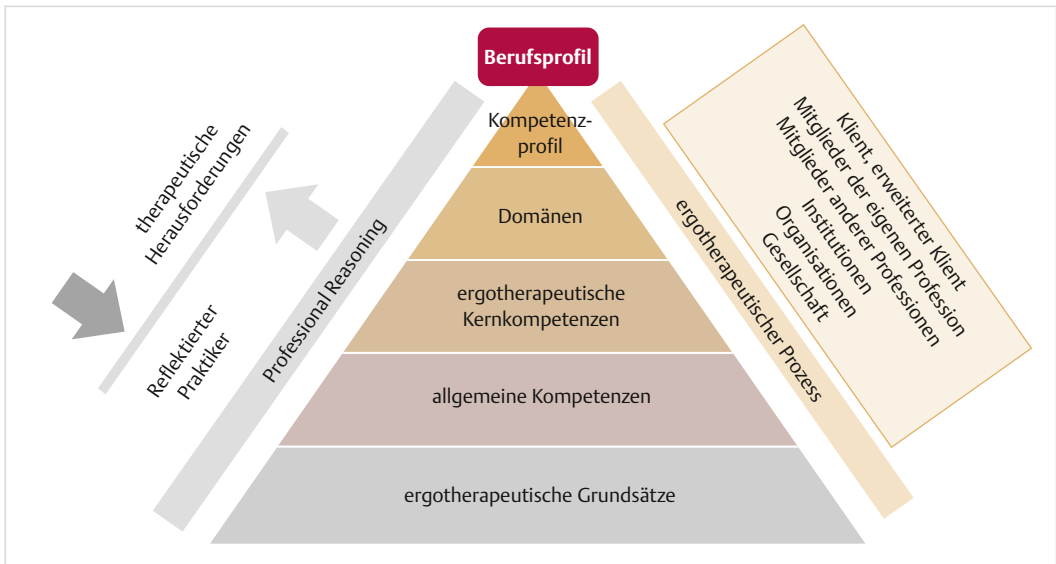


Abb. 8.1 Vom Kompetenzprofil zum Berufsprofil – Zusammenspiel aller relevanten Komponenten. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

8.2 Die Basis: Ergotherapeutische Grundsätze und allgemeine Kompetenzen

Um fundiert und dem aktuellen Berufsbild entsprechend handeln zu können, muss sich eine Ergotherapeutin der ergotherapeutischen Grundlagen bewusst sein. Hier fließen neben der Berufspolitik, dem aktuellen Paradigma und den ethischen Bestimmungen auch vier ergotherapeutische Grundsätze mit ein. Diese vier Grundsätze stammen aus dem niederländischen Berufsprofil (le Grasse et al. 2016, van Hartingsveldt u. Kinébanian 2010).

8.2.1 Die vier ergotherapeutischen Grundsätze

Betätigungszentriert

Betätigung wird als zentrales Element der Ergotherapie beschrieben (vgl. Kap. 2).

Klientenzentriert

Klientenzentrierung ist als eine der wichtigsten Säulen und Grundsätze innerhalb der Ergotherapie zu betrachten. Der Klient steht im Mittelpunkt des

therapeutischen Geschehens und wird als Experte für sich und seine Situation gesehen (vgl. Kap. 3).

Kontextbasiert

Die holistische Sichtweise auf den Klienten, und damit der Einbezug der individuellen Umwelt, in der er lebt, und seiner aktuellen Lebenssituation, wird als kontextbezogenes Handeln beschrieben (Weber u. Pott 2011). Weber und Pott bringen diesen Grundsatz auch in Zusammenhang mit der Partizipation eines Menschen in seinem physischen und sozialen Umfeld. Auch diese Aspekte werden mit in die Therapie einbezogen.

Evidenzbasiert

Für die Ergotherapie bedeutet eine evidenzbasierte Praxis (EBP) bestmögliches therapeutisches Handeln (Borgetto et al. 2007). Ergotherapeutinnen arbeiten deshalb nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen und reflektieren diese kritisch (ebd.), um im ergotherapeutischen Prozess eine hohe Qualität und Professionalität zu erreichen. Hier werden auch Bezugswissenschaften und -rahmen und somit das Wissen anderer Disziplinen mit einbezogen. Gleichzeitig fließen hier auch die eigene individuelle Expertise der Ergotherapeutin und die individuelle Sichtweise der

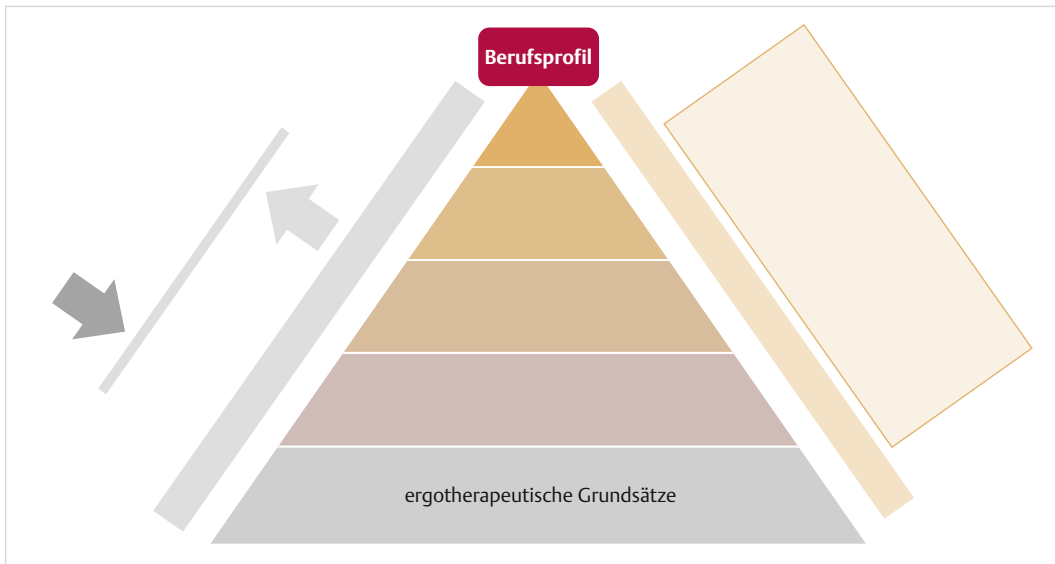


Abb. 8.2 Ergotherapeutische Grundsätze als Basis für das Berufsprofil. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

Klienten mit ein (ebd.), kurz gefasst der „[...] gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz [...]“ (Cochrane Deutschland Stiftung (CDS) 2018). In Deutschland wird derzeit auch verstärkt an ergotherapeutischen Leitlinien gearbeitet.

Die Niederländerinnen Le Granse, van Hartingsveldt und Kinébanian (2016) erweitern die bestehenden 4 Säulen um zwei weitere Aspekte. Hierfür gibt es derzeit keine allgemeingültige deutsche Übersetzung der Begrifflichkeiten. Miteinbezogen werden sollen die Gemeinwesenbasierung und Technologiebasierung. Ersteres bedeutet, gemeinwesenorientiert (Berding et al. 2010) zu arbeiten, und somit die natürliche Lebenswelt, Gemeinde und Kommune der Klienten miteinzubeziehen. Derzeit wird innerhalb der Ergotherapie sehr viel über gemeinwesenorientierte Versorgung gesprochen und diskutiert. Auch der zweite Aspekt, moderne Technologien, hält Einzug in die ergotherapeutische Behandlung.

Wie bereits angesprochen entstehen durch all diese Aspekte die ergotherapeutischen Grundsätze. Die Basis für allgemeine Kompetenzen, ergotherapeutische Kernkompetenzen und ein Kompetenzprofil wurde geschaffen.

8.2.2 Allgemeine Kompetenzen von Ergotherapeuten

Grundlagen zu allgemeinen Kompetenzen

Die bereits in Kapitel 1 angesprochenen allgemeinen Kompetenzen, welche zu Beginn der Ausbildung schon vorhanden sind, werden im Verlauf des Unterrichts und durch das erlernte ergotherapeutische Wissen ausgebaut. Geleitet durch die erarbeiteten ergotherapeutischen Grundsätze werden sie immer weiter vertieft, angewandt und angepasst. Die im einleitenden Kapitel dieses Buches vorgestellten Basiskompetenzen aus dem Kompetenzbereich der Personalen Kompetenzen – Einfühlungsvermögen, Belastbarkeit, Selbstreflexion, Flexibilität, Kreativität und Frustrationstoleranz – sollten bestenfalls bereits vor der Ausbildung vorhanden sein. In diesem Kapitel werden weitere Personale Kompetenzen besprochen, die im Rahmen der Ausbildung hinzukommen. Zudem werden sie um sozial-kommunikative und fachlich-methodische Kompetenzen erweitert. Klar wird hier sehr schnell, dass das noch keine typisch ergotherapeutischen Kompetenzen sind. Jemand, der z. B. in der Pflege tätig ist oder dort eine Ausbildung macht, wird zustimmen, dass sie dort auch notwendig sind. Wir nähern uns somit langsam

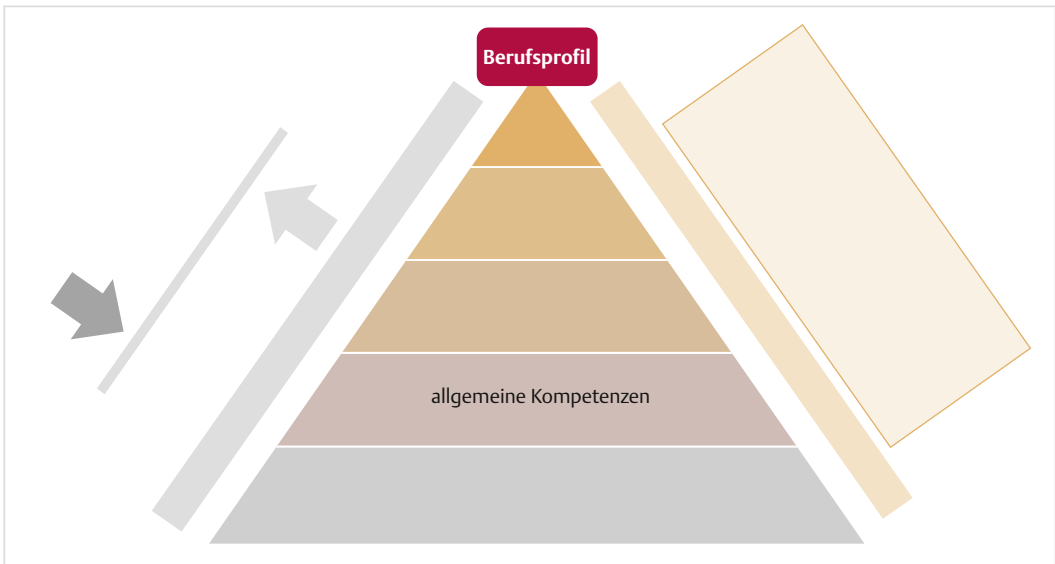


Abb. 8.3 Allgemeine Kompetenzen, die während der Ausbildung erweitert und ausgebaut werden. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

von den allgemeinen zu den berufsspezifischen Kompetenzen. Zunächst bleiben wir aber noch bei den allgemeinen.

Übersicht allgemeiner Kompetenzen

Personale Kompetenzen

Basiskompetenzen (s. Kap. 1)

- Einfühlungsvermögen
- Belastbarkeit
- Selbstreflexion
- Flexibilität
- Kreativität
- Frustrationstoleranz

Erweiterte Kompetenzen

- Entscheidungsfähigkeit
- Nähe-Distanz-Verhalten
- (Politisches) Engagement
- Beurteilungsvermögen

Sozial-kommunikative Kompetenzen

- Kommunikationsfähigkeit
- Kooperations- und Teamfähigkeit
- Konfliktfähigkeit
- Kritikfähigkeit

Fachlich-methodische Kompetenzen

- Problemlösefähigkeit
- Analysefähigkeit

Personale Kompetenzen

Die personale Kompetenz wird häufig synonym zur Selbstkompetenz verwendet. Hierbei geht es um Lern- und Entwicklungsprozesse über und im Umgang mit sich selbst (Haack 2018).

Die Ergotherapeutin vertritt ihre Werte und die ergotherapeutischen Grundsätze (professionelle Haltung). Sie bringt ihre eigene Person in die therapeutische Interaktion ein, kennt jedoch ihre eigenen und beruflichen Grenzen. Sie organisiert sich selbst, übernimmt Verantwortung und Qualitätsmanagement. Außerdem reflektiert sie die berufliche Situation (von der Heyde 2014).

Diesem Handeln gehen ein adäquates Nähe-Distanz-Verhalten, (politisches) Engagement, Entscheidungsfähigkeit und Beurteilungsvermögen voraus (Schaefer 2012).

Nähe-Distanz-Verhalten

Die Balance zwischen Nähe und Distanz wird häufig thematisiert (von der Heyde 2014). Die Autorin (ebd.) beschreibt die Aspekte „Vertrautheit und gegenseitiger Respekt“ sowie „Professionalität und Menschlichkeit“, aber auch die Distanz zu den Klienten und deren Problemen. Konkret bedeutet dies, dass die Ergotherapeutin ihren Klienten empathisch und offen gegenübertritt, sie muss sich aber ihrer eigenen professionellen und indivi-

duellen Grenzen bewusst sein. Ist sie zu nah an den Problematiken des Klienten oder „leidet“ sie mit ihm, ist eine objektive Sichtweise aufgrund eines zu engen oder auch nahen Verhältnisses nicht mehr möglich. Dies kann sich negativ auf die Therapie und die eigene Person auswirken.

Um ein adäquates Nähe-Distanz-Verhalten aufbauen zu können, wirkt eine klare Rollenverteilung unterstützend (ebd.).

(Politisches) Engagement

Schaefer (2012) beschreibt die Wichtigkeit politischen Engagements, um die Berufsgruppe der Ergotherapie weiter zu entwickeln. In ihren Augen kann Engagement jedoch auch Austausch zwischen Lernenden und berufserfahrenen Ergotherapeutinnen bedeuten, sodass Informationen, Neuerungen oder auch Möglichkeiten in der Ergotherapie weit gestreut werden. Es können Denkanstöße entstehen und Ideen entwickelt werden. Dies ist zum Beispiel auf Kongressen, in Internetforen, beim Bundesschülerrat oder auch bei anderen informellen Veranstaltungen möglich. Dies soll dazu führen, dass praktizierende Ergotherapeutinnen auf den aktuellen Stand gebracht werden, der Beruf der Ergotherapeutin sich kontinuierlich weiterentwickelt und das Streben nach Professionalisierung zunimmt (ebd.).

Politisches Engagement kann jedoch auch auf anderer Ebene erfolgen: Sich für Gerechtigkeit und Teilhabe in und an der Gesellschaft im Sinne der Klienten einzusetzen.

Entscheidungsfähigkeit

Erpenbeck und Heyse (2010) beschreiben Entscheidungsfähigkeit als Dreh- und Angelpunkt zwischen Handlungsmöglichkeit, Handlungsentchluss und Handlungsausführung. Die Ergotherapeutin entscheidet aufgrund von Erkenntnissen und ergotherapeutischen Grundsätzen zwischen verschiedenen Alternativen. Bestehende Handlungsmöglichkeiten nimmt sie im vollen Ausmaß wahr, um gesetzte Ziele zu erreichen. Entscheidungsfähigkeit ist also die Grundlage für Handlungsfähigkeit, denn nur, wenn sich die Ergotherapeutin für z. B. eine Intervention, Methode, Zusammenarbeit etc. entscheidet, kann sie handeln. Auch kann sie deutliche Prioritäten setzen und ihr Handeln auf das Wesentliche ausrichten.

Beurteilungsvermögen

Beurteilungsvermögen bezeichnet die Fähigkeit, wesentliche Zusammenhänge zu erkennen und Sachverhalte zutreffend zu beurteilen (Erpenbeck u. Heyse 2010). Hierdurch kann die Ergotherapeutin Probleme und Situationen adäquat einschätzen, ihre Ergebnisse kommunizieren und weitere Schlüsse ziehen. Die Einschätzung erfolgt im Zusammenspiel mit ihren fachlich-methodischen Kompetenzen und den bereits gemachten Erfahrungen. Sie beurteilt Situationen auch im Hinblick auf ergotherapeutische Grundsätze und Werte. „Beurteilungsvermögen ist vor allem die personal verankerte Fähigkeit, Gegebenheiten, Widersprüche, Schwierigkeiten und Konflikte einerseits auf die ihnen zu Grunde liegenden fachlichen und methodischen Sachverhalte und Probleme hin „abzuklopfen“, andererseits eine erfahrungs- und wertbegründete Einstellung zu ihnen zu finden, die Auswege weist und Lösungswege vermittelt“ (ebd.).

Sozial-kommunikative Kompetenzen

Der Duden (2018) definiert Sozialkompetenz als „Fähigkeit einer Person, in ihrer sozialen Umwelt selbstständig zu handeln“. Für diese Kompetenzen bedarf es umfänglicher kommunikativer Fertigkeiten, welche in Kapitel 6 zu den Theorien und Möglichkeiten einer therapeutischen Kommunikation genauer beschrieben werden. Für uns Ergotherapeutinnen beinhaltet die sozial-kommunikative Kompetenz, Interaktion zu gestalten, berufliche Beziehungen und Partnerschaften zu pflegen und mit verschiedenen Beteiligten zusammenzuarbeiten (von der Heyde 2014). Hierbei werden folgende Fähigkeiten relevant (Schaefer 2012):

Kommunikationsfähigkeit

Unter Kommunikationsfähigkeit wird die Fertigkeit verstanden, sich gut ausdrücken zu können. Dies geschieht durch adäquate Gestik und Mimik, eine klare Ausdrucksweise, stichhaltige Argumente, das nötige Selbstbewusstsein und Überzeugungskraft (Becker u. Pastoors 2018). Die Ergotherapeutin geht offen und wohlwollend auf alle Beteiligten ein und zeigt ihnen gegenüber Wertschätzung. Sie drückt sich verständlich aus und überzeugt durch ihre klare Argumentation auf Grundlage ihrer ergotherapeutischen Grundsätze.

Kurz gesagt ist es die Fähigkeit, mit anderen erfolgreich zu kommunizieren (Erpenbeck u. Heyse 2010).

Kooperations- und Teamfähigkeit

Erpenbeck und Heyse (2010) beschreiben diese Kompetenz als Fähigkeit „gemeinsam mit anderen erfolgreich zu handeln“ und sozial zusammen zu arbeiten.

Eine Aufgabe ist die Koordination und Organisation eines gemeinsamen Handelns (ebd.). Die Ergotherapeutin arbeitet neben dem Klienten auch mit anderen Ergotherapeutinnen, dem erweiterten Klienten oder auch mit dem interprofessionellen Team zusammen. Motivation, Konsensfähigkeit und gegenseitige Akzeptanz spielen ebenfalls eine große Rolle. Alle Beteiligten bilden „[...] eine sich gegenseitig ergänzende und unterstützende Gemeinschaft [...], die Neuem gegenüber aufgeschlossen und handlungsbereit ist und sich gegenüber anderen Personen und Gruppen nicht ablehnend verhält“ (ebd.).

Es werden alle Sichtweisen der Beteiligten miteinbezogen, Meinungen und Gedanken weiterentwickelt und ein Konsens gebildet.

Konfliktlösungsfähigkeit

Dieser Begriff bezeichnet die Fähigkeit, auch während Konflikten erfolgreich zu handeln (Erpenbeck u. Heyse 2010). Die Ergotherapeutin erkennt Interessensgegensätze und kann Konflikte mit anderen in einem Gespräch klären. Sie ist tolerant und lässt auch Meinungen anderer zu, auch wenn sie den eigenen Vorstellungen widersprechen. Es besteht Bereitschaft zur Konfliktbearbeitung (ebd.).

Kritikfähigkeit

Kritikfähigkeit beinhaltet sowohl das Annehmen von Kritik, aber auch das adäquate Ausüben von Kritik. Dies geschieht meist durch konstruktive Kritik und/oder Feedback (Schaefer 2012).

Fachlich-methodische Kompetenzen

Der Duden (2018) beschreibt die Fachkompetenz als „das Expertesein auf einem bestimmten Fachgebiet“. Fachlich-methodische Kompetenzen werden in der Ausbildung durch Fachwissen, Bezugswissenschaften, allgemeine methodische Kompetenzen und EBP generiert. Erst mit diesem Wissen kann die Ergotherapeutin fachlich-methodisch

handeln. Im Bereich der fachlich-methodischen Kompetenz nehmen sich die Ergotherapeutinnen deshalb des Wissens über Theorie und Praxis an. Von der Heyde (2014) beschreibt zusätzlich die Ausführung dieser Kompetenzen im gesamten ergotherapeutischen Prozess und die berufsspezifische Urteilsbildung. Auch erwähnt sie die berufliche Autonomie und Verantwortlichkeit.

Übergeordnet gibt es zwei Fähigkeiten, die eine Ergotherapeutin im ergotherapeutischen Prozess einsetzt bzw. benötigt (Schaefer 2012):

Problemlösefähigkeit

Dieser Begriff bezeichnet die Fähigkeit, Probleme erfolgreich zu lösen. Dem voraus geht die Identifizierung problematischer Situationen (Erpenbeck & Heyse 2010). Das Lösen von Problemen geschieht einerseits durch die Ergotherapeutin selbst, aber auch durch den Anstoß von anderen Beteiligten, aktiv an einer Lösung mitzuwirken. Der Verstand bzw. das logische Denken führen somit schrittweise zur Lösung des Problems.

Zu einer Problemlösung tragen zumeist vorangegangene Erfahrungen bei. Je mehr Erfahrungen gesammelt wurden, desto mehr Strategien wurden bereits angewandt und desto schneller und einfacher kann eine Lösung gefunden werden (Schaefer 2012).

Analysefähigkeit

Erpenbeck und Heyse (2010) beschreiben Analysefähigkeit als das Durchdringen von Sachverhalten und Problemen. Dies schafft die Ergotherapeutin durch gezieltes Beobachten und/oder Hinterfragen von Sachverhalten, Betätigungen, etc. Es gelingt ihr, die komplexen Zusammenhänge in einzelne Elemente zu zerlegen, zu klassifizieren und zwischen den einzelnen Elementen Zusammenhänge herzustellen. Hierbei unterscheidet sie Wesentliches von Unwesentlichem, bringt Sachverhalte auf den Punkt und leitet richtige Schlüsse und Strategien ab (ebd.).

Schaefer (2012) beschreibt die Fähigkeit des Analysierens als elementar für Ergotherapeutinnen. Sie benennt folgende konkrete Beispiele: Wenn eine Ergotherapeutin z.B. mit einem Klienten das selbstständige Abspülen des Geschirrs üben möchte, muss sie zuerst die Ausgangssituation analysieren, um herauszufinden, wobei der Klient seine Schwierigkeiten hat. In einem anderen Fall analysiert die Therapeutin die Gesamtlebens-

situation einer Klientin, die Probleme bei ihrer Tagesstrukturierung hat. So überlegt sie sich, ob es Personen oder Umstände gibt, die eine geordnete Tagesstruktur der Klientin verhindern, und ob die von der Klientin angestrebte Tagesstruktur überhaupt realisierbar ist.

Ebenso wichtige Beobachtungen macht die Ergotherapeutin, wenn sie ihre Klienten eine Aktivität ausführen lässt, die die Klienten wiedererlernen oder optimieren möchten. Dazu ist es erfahrungsgemäß sinnvoll, den Klienten zu Hause zu besuchen und die Aktivität in der Alltagssituation zu beobachten, um sie dann gemeinsam mit dem Klienten zu analysieren (vgl. Kap. Betätigungsanalyse – entscheidendes Element in der Evaluationsphase). Diese Analysen und Beobachtungen sind wichtige Bestandteile im ergotherapeutischen Prozess. Die praktische Umsetzung wird innerhalb der Prozessbeispiele aufgezeigt (vgl. Kapitel 9.2–9.5, Beispielprozesse).

Zusammenspiel von ergotherapeutischen Grundsätzen und allgemeinen Kompetenzen

Allgemeine Kompetenzen können sich mit anderen Berufsgruppen überschneiden. Durch die ergotherapeutischen Grundsätze setzt die Ergotherapeutin diese Kompetenzen jedoch berufsspezifisch ein.

Sie nutzt zum Beispiel den Grundsatz EBP und ihr Professional Reasoning (vgl. Kap. 7), um Kompetenzen bewusst und nach aktuellen Erkenntnissen einzusetzen. Beispiel hierfür wäre die allgemeine Kompetenz „Nähe-Distanz-Verhalten“. Je nach Krankheitsbild, Alter und Situation des Klienten muss die Therapeutin aufgrund der aktuellen Erkenntnisse entscheiden, wie persönlich, nah oder eher distanziert sie sich gegenüber dem Klienten verhalten soll. Aktuelle Literatur könnte z.B. beschreiben, dass das therapeutische Verhältnis zu einem Kind persönlicher sein sollte als das zu einem Erwachsenen. Denn dies könnte ein entscheidender Faktor zum Therapieerfolg sein. Für eine andere Berufsgruppe könnte in diesem Beispiel ein professionelles Nähe-Distanz-Verhalten anders aussehen.

Die Ergotherapeutin setzt ihre allgemeinen Kompetenzen auf Grundlage des betätigungszentrierten und kontextbasierten Schwerpunktes ein. Interprofessionell kann sie so fundiert ihren Standpunkt vertreten und ihre Kommunikation dahingehend ausrichten. Andere Berufsgruppen legen den Fokus ihrer Profession entsprechend.

Auch die Klientenzentrierung wird bei allen allgemeinen Kompetenzen miteinbezogen. Beispiel hierfür wäre die Problemlösefähigkeit. Die Ergotherapeutin löst nicht für den Klienten ein Problem, sondern bezieht ihn aktiv in den Problemlöseprozess mit ein.

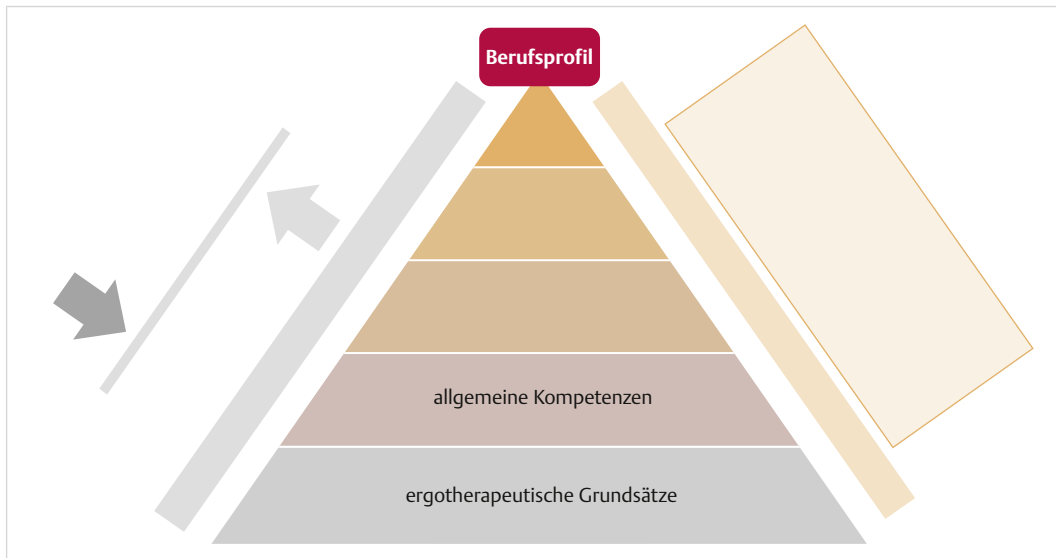


Abb. 8.4 Zusammenspiel ergotherapeutischer Grundsätze und allgemeiner Kompetenzen. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

8.3 Ergotherapeutische Kernkompetenzen

8.3.1 Grundlagen zu ergotherapeutischen Kernkompetenzen

Aufbauend auf den ergotherapeutischen Grundsätzen und den allgemeinen Kompetenzen werden nun die ergotherapeutischen Kernkompetenzen beleuchtet.

Die Kernkompetenzen dienen der praktischen ergotherapeutischen Umsetzung und einem fundierten Handeln in verschiedensten (Fach-)Bereichen.

Je nach Stand im therapeutischen Prozess, den Bedürfnissen der Klienten, den Personen, mit welchen Ergotherapeutinnen zusammenarbeiten, und der Ebene der Zusammenarbeit (Ergotherapeutin-Klient, Ergotherapeutin-erweiterter Klient, Ergotherapeutin-Team, Ergotherapeutin-Gesellschaft/Politik, etc.) werden unterschiedliche Kernkompetenzen in verschiedenen Kombinationen und Intentionen angewandt.

Kompetenzen der Ergotherapeutinnen sind nicht weltweit gleich definiert oder festgelegt. Sie unterscheiden sich nach Ländern, Modellen, Sichtweisen, individuellen Werten und dem Stellenwert der Ergotherapie.

Ergotherapeutische Modelle, aber auch einzelne Länder, definieren deshalb immer häufiger eigene Kompetenzprofile, Kernkompetenzen oder auch therapeutische Strategien, um sich in ihrer Berufsgruppe zu spezialisieren und zu differenzieren.

Im MOHO werden z.B. therapeutische Strategien aufgezeigt, die einen positiven Effekt auf das Tun, Fühlen und Denken eines Menschen mit sich bringen (Pépin 2017; vgl Kap. 5.3 MOHO).

Im Folgenden werden jedoch die Kernkompetenzen aus dem kanadischen Modell CMOP-E aufgezeigt, die sogenannten „Enablement Skills“ (Townsend et al. 2007), und im Verlauf mit den vorherrschenden deutschen Überlegungen verknüpft.

8.3.2 Die Enablement Skills aus dem CMOP-E als ergotherapeutische Kernkompetenzen

Die Entscheidung für die Enablement Skills (dt. „Befähigungsfertigkeiten“) wurde getroffen, da diese als Grundlage für das kanadische ergotherapeutische Berufsprofil gelten. Sie haben in der internationalen Ergotherapie einen hohen Stellenwert und werden häufig als Basis für individuelle Kompetenzprofile verschiedener Länder verwendet, da sie die aktuelle ergotherapeutische Arbeit und Sichtweise widerspiegeln. Diese Enablement

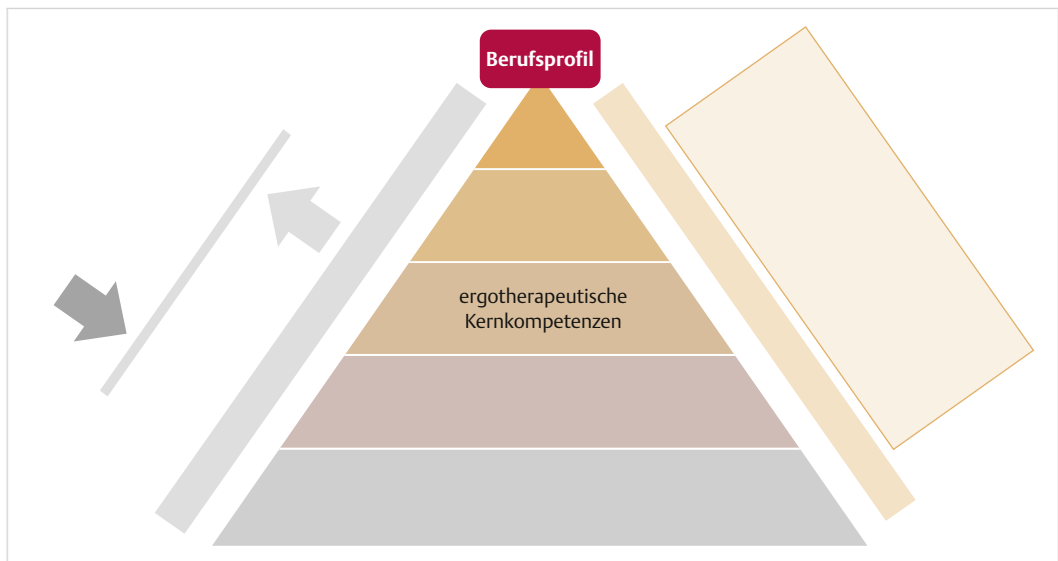


Abb. 8.5 Ergotherapeutische Kernkompetenzen. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

Skills hat auch der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) neben anderen Modellen als Grundlage für sein Kompetenzprofil herangezogen (DVE-Projektgruppe Kompetenzprofil und Modularisierung 2019).

Die Enablement Skills werden im CMOP-E (Townsend et al. 2007) als Kernkompetenzen oder Schlüsselfertigkeiten beschrieben, welche die Ergotherapeutin darin unterstützen, klientenzentriert zu arbeiten, eine professionelle Therapeuten-Klienten-Beziehung aufzubauen und den Klienten zu befähigen, in für ihn wichtige Betätigungen involviert zu sein. Diese Kernkompetenzen können ineinander übergehen und sich überlappen. Der Einsatz erfolgt über den gesamten ergotherapeutischen Prozess und ist nur dann effektiv, wenn sich Klient und Ergotherapeutin ausgleichen und auf einer Ebene begegnen. Auch hierin spiegeln sich also die Grundsätze der Ergotherapie wider.

Spezifische Fertigkeiten

Die 10 spezifischen Fertigkeiten der Enablement Skills werden während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses benötigt. Hierunter fallen Analysieren, Beurteilen, Kritisieren, Einfühlen, Evaluieren, Überwachen/Prüfen, Implementieren, Intervenieren, Recherchieren, Planen und Reflektieren. Unterstützend werden weitere Fertigkeiten benannt, die innerhalb des CMOP-E auch professionelle und wissenschaftliche Fertigkeiten genannt werden.

Professionelle Fertigkeiten sind u. a. das Erfüllen ethischer und moralischer Normen und des beruflichen Reglements sowie die Dokumentation der Praxis.

Die Nutzung von Evidenz, das Evaluieren von Programmen und Services, das Generieren und Verbreiten von Wissen sowie dessen Umsetzung werden als *wissenschaftliche Fertigkeiten* bezeichnet (Townsend et al. 2007).

Im Folgenden werden alle 10 Kernkompetenzen detailliert beschrieben. Hierzu wurde die Originalliteratur des CMOP-E hinzugezogen (ebd.):

Adapt – Anpassen/Adaptieren

Gemeinsam mit dem Klienten (von Individuen bis zur Gesamtpopulation) Betätigungen, bestimmten Situationen oder einem Zweck anpassen bzw. passend machen. So kann auf Betätigungsherausforderungen kontinuierlich und individuell reagiert sowie

Betätigung und ein positives Erlebnis der eigenen Person in verschiedenen Lebenssituationen ermöglicht werden.

- Betätigung anpassen
- Betätigung justieren/regulieren und gestalten
- Betätigung beobachten und analysieren, um persönliche oder umweltbezogene Bedürfnisse des Klienten zu erkennen
- Runterbrechen von Betätigungen in machbare Komponenten oder kleinere Abschnitte
- Den Klienten in Betätigung bestätigen/bestärken

Advocate – Fürsprechen

Gemeinsam mit dem Klienten anderen Personen kritische Perspektiven und Stärken bezüglich seiner Betätigungen und Bedürfnisse aufzeigen. Eine neue Form von Powersharing (Machtteilung) anregen, neue Optionen bei Hauptentscheidungspersonen bekanntmachen und zu Gunsten des Klienten und dessen Betätigungen (für-)sprechen. Anliegen vorbringen, dafür plädieren, argumentieren und sich einsetzen.

- Herausfordern/Auffordern, ein Bewusstsein für Betätigungsgerechtigkeit zu schaffen
- Anwalt im Sinne des Klienten sein
- Entwickeln von Richtlinien, Politik und politischen Strategien, Standpunkten, Vorschriften, Bestimmungen und einer kritischen Perspektive in Bezug auf Betätigung
- Powersharing und Empowerment (dt. „Ermächtigung“)
- Aufklären und Lobbyist sein, Mobilisieren und Promoten

Coach – Coachen

Gemeinsam mit dem Klienten eine anhaltende Partnerschaft (klientenzentriert und ressourcenorientiert) entwickeln und aufrechterhalten, um diesen zu unterstützen, zufriedenstellende Ergebnisse sowohl in seinem privaten als auch beruflichen Leben zu erzielen, seine Performanz zu steigern und seine Lebensqualität zu verbessern.

- Den Klienten ermutigen, führen, auffordern, verantwortlich machen
- Das große Ganze sehen und Chancen vergrößern/erweitern
- Zuhörer, Mentor und Motivator sein
- Formulieren aussagekräftiger Fragen, um mit dem Klienten reflektieren zu können
- Dem Klienten einen Rahmen bieten und ihn unterstützen

- Stärken bewusstmachen, mit denen Schwächen ausgeglichen werden können

Collaborate – Zusammenarbeiten

Die Hauptkompetenz in Bezug auf Klientenzentrierung und Powersharing.

Die Ergotherapeutin arbeitet gleichberechtigt mit dem Klienten zusammen an seinen Betätigungsanliegen und auf sein Ziel hin. Somit tut sie nichts an ihm oder für ihn. Talente und Möglichkeiten sowie individuelle Fähigkeiten und Ressourcen werden mit gegenseitigem Respekt und aufrichtigem Interesse geteilt und zielgerichtet eingesetzt. Die Zusammenarbeit ist geprägt von gegenseitiger Bestätigung, Empathie, Uneigennützigkeit, Vertrauen und kreativer Kommunikation. Ergotherapeutische Expertise und die individuelle Klientenerfahrung werden nicht hierarchisch, sondern gleichberechtigt gesehen.

- Kommunizieren und Kooperieren mit Klienten, erweiterten Klienten und anderen im Prozess involvierten Personen
- Alle Beteiligten ermutigen, selbst aktiv zu sein und zu werden
- Allianzen bilden und Partner sein
- Vermitteln und verhandeln zwischen allen Beteiligten
- Interessenskonflikte lösen

Consult – Beraten

Während des Prozesses gemeinsam mit dem Klienten und allen Beteiligten Sichtweisen austauschen und sich beraten. Egal, ob im Management, der Lehre und Forschung, Beratung mit Teamkollegen, mit Gemeinwesen-unterstützendem Personal, gesellschaftlichen Vertretern, Regierungsmitgliedern, Unternehmensvertretern, nicht-politischen Stellen, Verbraucher- oder anderen speziellen Interessengruppen.

- Individuen, Familien oder anderen Gruppen etwas vorschlagen/empfehlen oder diesen Rat über Möglichkeiten, Anpassungen oder Änderungen erteilen
- Verschiedene Sichtweisen zusammenfassen und alle Beteiligten unterstützen, Unterschiede zu respektieren und zu verstehen
- Brainstormen, Konferieren, Rücksprechen und Wissen einordnen bzw. verflechten
- Wissen und Informationen generieren, verschiedene Sichtweisen reflektieren und alternative Möglichkeiten vorschlagen

- Reframing – Perspektivenwechsel: etwas von einer anderen Seite sehen – in Bezug auf Herausforderungen, Probleme und Chancen – ermöglicht dem Klienten neue Vorgehensweisen

Coordinate – Koordinieren

Die Ergotherapeutin verknüpft, verbindet und koordiniert alle am ergotherapeutischen Prozess beteiligten Personen mit Fokus auf den Klienten, seine Betätigung und seine Umwelteinflüsse. Sie stimmt die Handlungen Aller ab, schafft Übereinstimmungen oder kombiniert bzw. passt Gegebenheiten an, um die gewünschten Ziele zu erreichen. Gemeinsam mit dem Klienten verbindet sie Personen mit unterschiedlichen Ressourcen untereinander, mit Fokus auf die Teilhabe an Betätigung. Sie managet und koordiniert Abläufe in Teams, mit Lernenden oder unterstützendem Personal und ermöglicht Interaktion zwischen allen Beteiligten. Dies erfolgt durch das Verflechten von verschiedenen Perspektiven, Plänen, Aufgaben und Dokumentation. Ergotherapeutinnen agieren somit idealerweise als Fallkoordinatorinnen, um Teams oder dem gesamten beteiligten System Kooperationen und das Erzielen von Ergebnissen zu ermöglichen.

- Arrangieren, vereinbaren, ordnen, zusammenbringen, einbeziehen, integrieren, eingliedern, verflechten, verknüpfen, führen, leiten, zusammenfügen, verbinden der Bedürfnisse aller Beteiligten
- Netzwerken
- Fallmanagerin durch Entwickeln und Managen von Budget, finanziellen/räumlichen und materiellen Ressourcen
- Organisieren der im Prozess involvierten Personen
- Bedürfnisse des erweiterten Klienten erkennen und dementsprechend agieren, planen
- Dokumentationsinhalte, deren Zugänglichkeit, Form und Nutzung gestalten. Dies bezieht sich nicht nur auf Klientendaten, sondern auch auf finanzielle und materielle Ressourcen.

Design/Build – Entwerfen/Konstruieren

Entwerfen und Konstruieren beinhaltet die Umweltanpassung durch Produkte wie assistive Technologien oder Orthesen, aber auch das Designen der Umwelt des Klienten oder die Implementierung von Programmen und Dienstleistungen. Dies kann von Anpassungen an die individuellen Bedürfnisse des Klienten bis zu gesellschaftlichen Veränderungen

reichen, um Teilhabe an der Gesellschaft und die Durchführung von Betätigung zu ermöglichen.

- Konstruieren, kreieren, entwickeln, herstellen oder ausarbeiten von
 - Individuellen Hilfsmitteln
 - Adäquater Umwelt- und Wohnraumanpassung
 - Arbeitsplatzanpassung
 - Architektonischen Anpassungen
 - Präventionsprogrammen

Educate – Lehren/Ausbilden

Diese Kompetenz richtet sich nach Erkenntnissen der Erwachsenen- und Kindheitsentwicklung, insbesondere der empirischen und Verhaltenslehre. Die Ergotherapeutin ermöglicht Betätigung durch „Learning through Doing“ während des praktischen Prozesses. Zum Erlernen können Instruktionen gegeben werden oder Betätigung wird anders organisiert bzw. ausgeführt. Gemeinsam mit dem Klienten werden eigene Lernmöglichkeiten und Ressourcen z.B. mittels Routine, Didaktik oder den Einsatz bestimmter, an den Klienten angepasster Lernstile erarbeitet. Innerhalb der Therapie können Situationen zum Erlernen simuliert werden, bevor die Betätigung im natürlichen Umfeld (z.B. zu Hause, auf der Arbeit) trainiert und ausgeführt wird. Ausbilden und Lehren kann nicht nur individuell bei dem Klienten erfolgen, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene oder in der Zusammenarbeit mit Kollegen, Studenten, Lernenden oder anderem unterstützenden Personal.

- Demonstrieren von Betätigung
- Aufklären, Instruieren und informieren über Lernmöglichkeiten bzw. die gewünschte Betätigung
- Ermöglichen von „Learning by Doing“ durch an den Klienten oder die Zielgruppe angepasste Lernstile
- Anregen zum Lernen von Skills (z. B. Auswendiglernen durch Wiederholung)
- Lehren, Schulen, Ausbilden, Unterrichten von bestimmten Zielgruppen
- Tutor sein

Engage – Beteiligen/Einbeziehen

Durch diese Kompetenz ermöglicht die Ergotherapeutin sowohl Klienten als auch Organisationen, über das Gespräch hinaus involviert zu sein und teilhaben zu können. „To engage“ bedeutet somit Teilhabe an und durch Beteiligung zu ermöglichen, andere und sich selbst einbeziehen/einbinden. Der Klient wird unterstützt, Entscheidungen zu treffen,

Perspektiven und Wünsche zu äußern und aktiv sowie verantwortlich am therapeutischen Prozess teilzunehmen, um seine eigenen Ziele erreichen zu können. Hierfür ist die Herstellung eines therapeutischen Bündnisses ausschlaggebend.

- Vertrauen aller Beteiligten aufbauen und gemeinsam/parallel handeln
- Erwartungen adäquat und an die Möglichkeiten des Klienten anpassen und äußern
- Entwickeln von Bereitschaft und Zuversicht beim Klienten
- Berücksichtigung der Performanzmöglichkeiten und Vermeidung von Überforderung des Klienten
- Den Klienten in „Tun/ Handeln“ miteinbeziehen und sein Potential optimieren
- Identifizieren von Betätigungsanliegen und -potentialen
- Gesellschaft einsetzen/aktivieren
- Vision für Möglichkeiten und Hoffnung entfachen
- Veranlassen von optimaler Teilhabe
- Transparenz während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses

Specialize – Spezialisieren

Spezialisieren bezeichnet die Fertigkeit zur Anwendung spezifischer Techniken, Ansätze und Methoden. Dies setzt Weiterbildungen und einen eigenen Lernprozess voraus, um adäquat therapieren zu können. Die Ergotherapeutin reflektiert kritisch ihre eigenen Erwartungen und Möglichkeiten sowie die des Klienten, um dementsprechend passende Auswahlmöglichkeiten für Interventionen bieten zu können. Diese müssen angemessen erklärt werden, damit der Klient eine Entscheidung treffen kann.

- Fördern von Körperfunktion, Einsatz von Techniken/Methoden
- Einsatz von Bezugssystemen/Frameworks

8.3.3 Zusammenspiel der ergotherapeutischen Grundsätze, der allgemeinen Kompetenzen und der ergotherapeutischen Kernkompetenzen

Ergotherapeutische Kernkompetenzen bilden also das Handwerkszeug für jede Ergotherapeutin. Sie bauen auf den ergotherapeutischen Grundsätzen auf. Jede einzelne Kernkompetenz bezieht sich somit auf Betätigung, wird klientenzentriert und im Kontext des Klienten eingesetzt. Zuvor findet eine

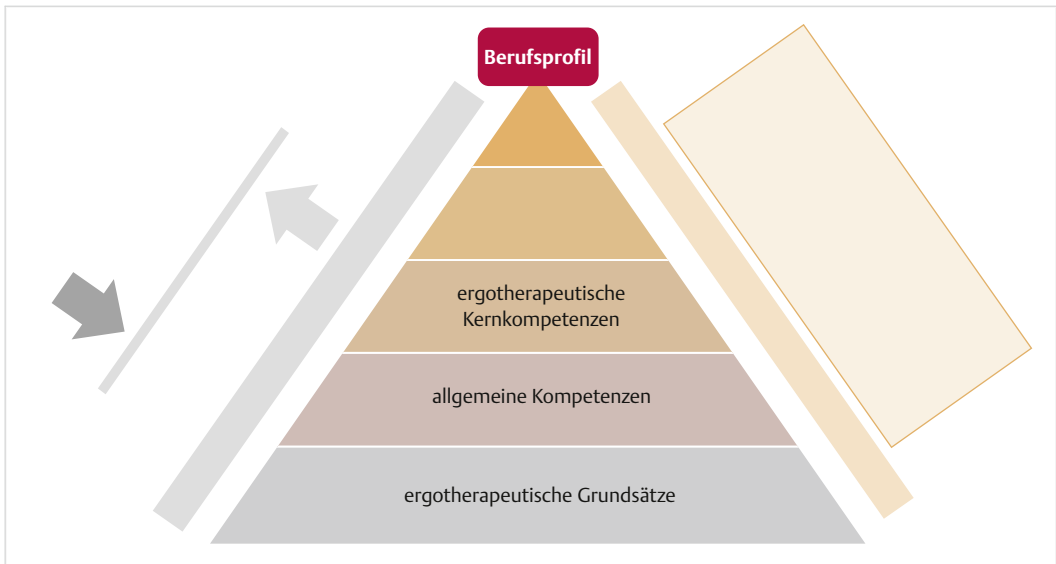


Abb. 8.6 Zusammenspiel ergotherapeutischer Grundsätze, allgemeiner Kompetenzen und ergotherapeutischer Kernkompetenzen. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

kritische Überprüfung statt, ob die Kompetenz für den Stand der Therapie sowie die Zielgruppe passend erscheint. Die Umsetzung der Kernkompetenz wird durch die allgemeinen Kompetenzen, also fachlich-methodische, sozial-kommunikative und personale Kompetenzen unterstützt.

Alle ergotherapeutischen Kernkompetenzen fließen in Kanada in das sogenannte „Profile of Practice of Occupational Therapists“ ein, um Ergotherapeuten durch klare Rollen in ihrer alltäglichen Praxis zu definieren (Canadian Association of Occupational Therapists – CAOT 2012). Dieses Profil steht im engen Zusammenhang mit dem Kompetenzprofil der deutschen Ergotherapeutinnen (DVE-Projektgruppe Kompetenzprofil und Modularisierung 2019), da sich die Entwickler neben den Enablement Skills auch auf dieses Profil beziehen.

Daher wird im Folgenden die Wichtigkeit einer ergotherapeutischen Rolle erläutert und warum eine klare soziale Rolle unterstützend wirken kann.

Soziale Rolle

Eine Rolle wird im Duden (Bibliographisches Institut GmbH 2018) in unterschiedlichen Bezügen beschrieben, z.B. beim Sport, im Theater oder beim Kunstfliegen. Passend für die Ergotherapie definiert der Duden die Rolle „als Stellung oder auch

(erwartetes) Verhalten innerhalb der Gesellschaft“ (ebd.). Aus dieser Definition leiten sich Ämter, Aufgaben, Aufträge, Funktionen, Pflichten, Positionen, Verhaltensmuster und Verpflichtungen ab.

Die Idee hinter diesen Rollen ist laut Linton, der den Rollenbegriff als erster definierte, „[...] dass an die Mitglieder einer Gesellschaft in bestimmten sozialen Situationen Verhaltenserwartungen gerichtet werden, die jeder Rollenhandelnde auf etwa gleiche Weise erfüllt“ (Miesbach 2014). Aus dieser Annahme lässt sich ein regelmäßig ablaufendes Verhalten und Handeln innerhalb einer Rolle ableiten. Bezogen auf die Ergotherapie bedeutet dies, dass innerhalb jeder Rolle ein regelmäßig ablaufendes Verhalten gezeigt wird. Hierfür können definierte Kompetenzen hilfreich sein, um zu wissen, wie die Ergotherapeutin innerhalb einer bestimmten Rolle handelt.

Rollen können erworben oder zugeschrieben sein. Die zugeschriebene Rolle ist unabhängig von Vorleistungen des Menschen (ebd.). So wird z.B. einem Neugeborenen ab dem Zeitpunkt seiner Geburt die Rolle des Kindes zugeschrieben, ohne dass es zuvor etwas dafür tun musste. Berufliche Rollen sind hingegen erworben und können erst nach Ausbildung und Erlernen von Fertigkeiten definiert werden. Bei den beruflichen Rollen einer Ergotherapeutin handelt es sich also um erworbene Rollen – im Gegensatz zu den Rollen, die der Per-

son der Ergotherapeutin bereits jenseits ihrer Berufstätigkeit zugeschrieben wurden oder noch werden. Jede Ergotherapeutin hat also verschiedene Rollen, sowohl im privaten als auch beruflichen Kontext. Beispiele hierfür können sein: Mutter, Tochter, Ehefrau, Freundin, Schwester, Teamkollegin, Ergotherapeutin, usw.

Der Soziologe Talcott Parsons (in Miesbach 2014) schrieb bereits vor Jahrzehnten, dass die Ausführung einer Rolle durch bestimmte Eigenschaften der Persönlichkeit geprägt ist, die diese Rolle einnimmt. Jede Person entscheidet jedoch selbst, wie viel Persönlichkeit sie einbringt. In einer beruflichen oder auch professionellen Rolle ist die Persönlichkeit laut Parsons ausschlaggebend für die Qualität der Ausfüllung der beruflichen Rolle. Denn nur durch die Übereinstimmung der eigenen Persönlichkeit mit der auszuführenden Rolle entsteht eine hohe Identifikation mit einer Tätigkeit und das Bedürfnis nach einer zufriedenstellenden beruflichen Verwirklichung kann erfüllt werden (ebd.). Anhand dieser Aussage wird auch hier wieder deutlich, dass eine Ergotherapeutin nicht nur fachlich-methodische oder ergotherapeutische Kernkompetenzen anwenden muss, sondern auch Sicherheit in ihren personalen Kompetenzen benötigt.

Insbesondere Berufsrollen gelten als Faktor für die Integration in soziale, also auch gesellschaftliche Strukturen. Sie können entweder aufgezwungen sein oder als Chance gesehen werden, sich persönlich zu engagieren und die soziale Ordnung innerhalb der Gesellschaft zu gestalten (ebd.). Auch in diesem Sinne kann sich die Ergotherapeutin gesellschaftlich engagieren und einsetzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Individuen im Laufe ihres Lebens verschiedene erworbene und zugeschriebenen Rollen durchlaufen oder dauerhaft behalten. Innerhalb jeder einzelnen Rolle gibt es erwartete Verhaltensmuster, die durch gesellschaftliche Werte und Normen festgelegt wurden. Somit handelt der Mensch in jeder seiner Rollen der jeweiligen Situation und seinem sozialen Gegenüber angemessen mit individuellen Anteilen seiner Persönlichkeit. Durch eine Rolle kann sich der Mensch somit definieren, abgrenzen und seine gesellschaftliche Position aufzeigen.

Ergotherapeutische Kompetenzen stehen also im engen Zusammenhang mit einer sozialen Rolle, die eine Ergotherapeutin in ihrem Handeln einnehmen kann, da sie ihrer Rolle entsprechend

handelt und bestimmte Verhaltensmuster und Fähigkeiten an den Tag legt.

Jede Ergotherapeutin geht mittels dieser Verhaltensmuster in bestimmten Situationen ähnlich vor, jedoch wird die Rolle durch ihren Persönlichkeitsanteil individualisiert. Rollen unterstützen sie, sich zu positionieren, sich von anderen Berufsgruppen oder auch innerhalb des therapeutischen Prozesses abzugrenzen und eine gesellschaftliche Position einzunehmen. Detailliert beschrieben wird dieses Verhalten innerhalb des ergotherapeutischen Kompetenzprofils.

8.4 Ergotherapeutisches Kompetenzprofil

In dieses Profil fließen alle Anforderungen, Grundsätze, das komplexe Wissen, Fähigkeiten und Möglichkeiten von Ergotherapeutinnen mit ein. Im Zentrum steht Betätigung sowohl als Medium als auch als Ergebnis der ergotherapeutischen Intervention (CAOT 2012).

Wie bereits erwähnt dienen die Enablement Skills (Townsend et al. 2007) aus dem kanadischen Modell als Grundlage für das kanadische Berufsprofil und die Definierung von ergotherapeutischen Rollen (CAOT 2012). Diese Rollen werden auch in anderen Ländern wie Deutschland (DVE-Projektgruppe Kompetenzprofil und Modularisierung 2019), der Schweiz (Kneisner 2017) und den Niederlanden (Verhoef u. Zalmstra 2013) als Grundlage für ergotherapeutisches Handeln und Rollen verwendet, die eine Ergotherapeutin einnehmen kann.

Die DVE Projektgruppe Kompetenzprofil (2019) hat unabhängig von verschiedenen Fachbereichen ein klares Kompetenzprofil definiert und leitet dies aus den verschiedenen Rollen, den Enablement Skills und anderen internationalen Kompetenz- und Rollenprofilen ab. Sie bezeichnet die einzelnen Rollen bzw. Fähigkeiten, in welchen Ergotherapeutinnen aktiv werden können, als *Domänen*.

Diese Domänen bieten eine Fülle an Aufgaben und praktischen Umsetzungen. Das Handeln innerhalb der Domänen kann mit dem Klienten alleine, dem erweiterten Klienten, anderen am Prozess beteiligten Professionen, auf gesellschaftlicher Ebene, mit dem ergotherapeutischen Team oder einer Institution erfolgen.

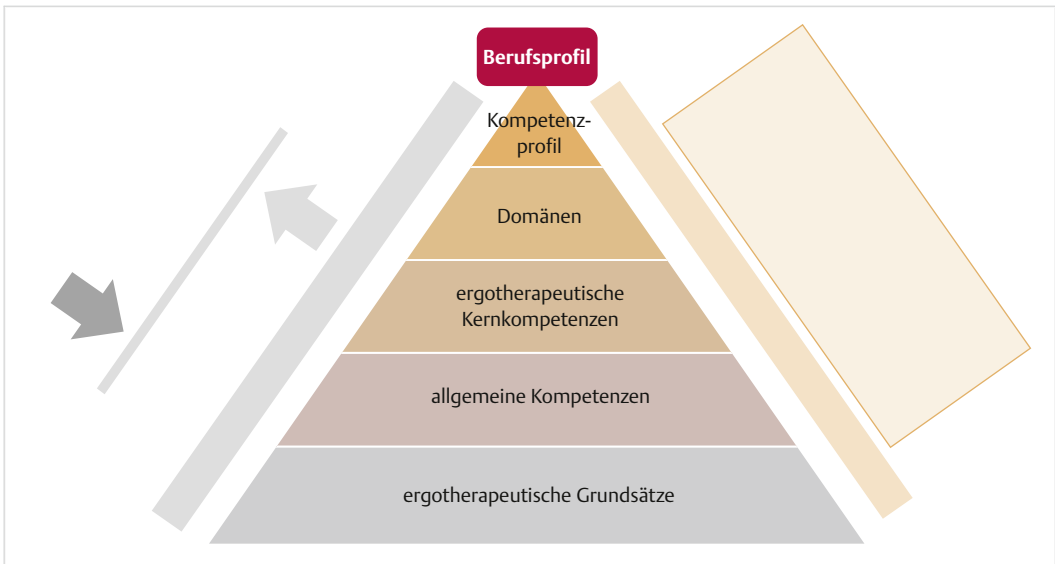


Abb. 8.7 Kompetenzprofil – ein Zusammenspiel aus ergotherapeutischen Grundsätzen und allgemeinen Kompetenzen sowie ergotherapeutischen Kernkompetenzen. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

Das Professional Reasoning (Kap. 7) unterstützt die Ergotherapeutin bei der Entscheidung, welche Kompetenz und welche Rolle bzw. Domäne für eine Situation oder einen Kontext relevant oder vordringlich ist. In den seltensten Fällen wird nur eine Kompetenz oder eine Domäne angewandt. Somit können sie sich überschneiden oder parallel laufen.

Im Folgenden werden alle Domänen auf Grundlage des Kompetenzprofils Ergotherapie (DVE-Projektgruppe Kompetenzprofil und Modularisierung 2019) zusammenfassend vorgestellt:

8.4.1 Ergotherapeutische Expertise

Unter ergotherapeutischer Expertise versteht man das Handeln auf Grundlage der ergotherapeutischen Grundsätze über den gesamten ergotherapeutischen Prozess. Die Ergotherapeutin ist Expertin für Betätigung und unterstützt den Klienten in der Förderung, dem Erhalt oder der Weiterentwicklung seiner Teilhabe, Lebensqualität und seines Wohlbefindens. Sie handelt, denkt und verhält sich selbstständig, eigenverantwortlich und professionell unter Einbeziehung der aktuellsten EBP.

Neben der Bedarfserhebung des Klienten in seiner individuellen Umwelt im Hinblick auf Betätigung, Teilhabe und seine spezifischen Bedürfnisse, wird auch eine ergotherapeutische Diagnostik

durchgeführt. Es werden sowohl Förderfaktoren/Ressourcen also auch Hindernisse/Schwächen in allen Bereichen analysiert. Nach der Erhebung und Priorisierung der Betätigungsanliegen kommt es zu einer genauen Analyse, Zielsetzung und Interventionsplanung unter Einbezug der vorherrschenden Rahmenbedingungen (je nach Setting und Tätigkeitsbereich). Gemeinsam mit dem Klienten wird der gesamte Prozess umgesetzt und evaluiert. Alles wird fortlaufend dokumentiert und auf Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden des Klienten hin überprüft.

Die ergotherapeutische Expertise beinhaltet allen anderen 6 Domänen bzw. spielt mit ihnen zusammen. Aus diesem Grund sind alle ergotherapeutischen Kernkompetenzen dauerhaft präsent. Auch werden die allgemeinen Kompetenzen miteinbezogen.

8.4.2 Kommunikation

Diese Domäne nutzt die Ergotherapeutin insbesondere unter Einbezug ihrer Sozialkompetenz, um eine vertrauensvolle und professionelle Therapeuten-Klienten-Beziehung aufzubauen und zu verfolgen. In diesem Bereich generiert und gibt sie Informationen an den Klienten oder den erweiterten Klienten bzw. andere im Prozess involvierte Personen weiter. Ihre Kommunikation richtet sie

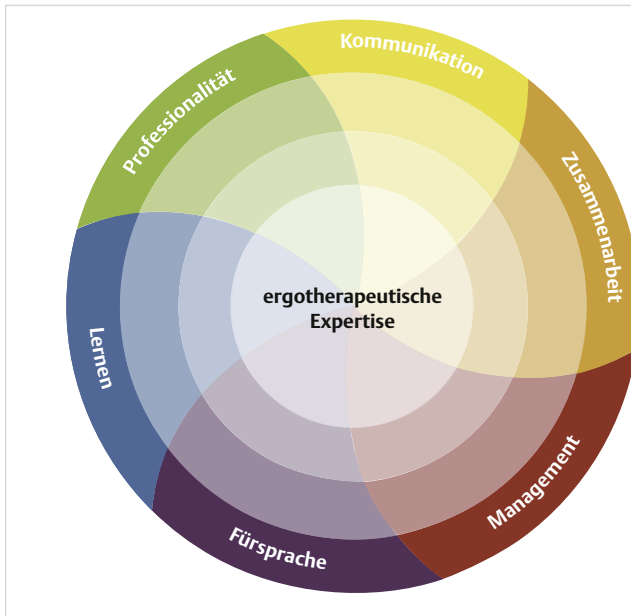


Abb. 8.8 Kompetenzprofil Ergotherapie. (Quelle: © DVE/<https://www.dve.info/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie>)

effektiv und wertschätzend auf die Zielgruppe aus. Gegebenenfalls werden Methoden und Medien oder auch Techniken zur Kommunikation angewandt, um die Kommunikationssituation an die Bedürfnisse des Klienten anzupassen. Denn nur so sind im Sinne der Klientenzentrierung Kommunikation auf Augenhöhe und eine partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) möglich. Auch die Dokumentation spielt in diesem Bereich eine große Rolle und übermittelt den ergotherapeutischen Prozess dem Klienten und anderen.

Die Ergotherapie sowie das berufsspezifische Handeln werden vertreten und adressatengerecht vermittelt. Auch wird zwischen allen Ergotherapeutinnen und auch in der Kommunikation mit den Vertretern anderer Professionen aus dem Gesundheitswesen eine gemeinsame Fachsprache eingehalten bzw. weiterentwickelt.

8.4.3 Zusammenarbeit

Diese Kompetenzdomäne umfasst neben der Kollaboration mit dem (erweiterten) Klienten auch die übergreifende Zusammenarbeit innerhalb eines ergotherapeutischen Teams bzw. mit anderen Professionen. Die Ergotherapeutin vermittelt die klientenfokussierte Gesundheitsversorgung, ergotherapeutische Interventionen und Grundsätze.

Interventionskonzepte werden weiter ausgebaut und Abstimmungsprozesse in den Teams finden kontinuierlich statt.

Das berufliche Netzwerk wird ausgebaut, analysiert, gestaltet, optimiert und zukunftsorientierte Kooperationen werden gebildet. Die Zusammenarbeit kann auch auf gesellschaftlicher Ebene durch die Kooperation mit Akteuren und Organisationen aus Politik, Wissenschaft und Forschung erfolgen.

8.4.4 Management

Der ergotherapeutische Prozess wird effektiv und effizient gestaltet und es werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung miteinander (Qualitätsmanagement). Hierunter fallen die selbstständige Planung, Organisation, Steuerung, Kontrolle und Evaluation sowie die Berücksichtigung von Rahmenbedingungen und der ergotherapeutischen Grundsätze.

Innerhalb von Managementprozessen verfolgt die Ergotherapeutin Ziele im Sinne der Klienten.

Es werden Rahmenbedingungen geschaffen, um die Ergotherapie und ihre Potentiale auch außerhalb der eigenen Berufsgruppe aufzuzeigen und weiter zu entwickeln.

8.4.5 Fürsprache

Ergotherapeutinnen setzen sich gesellschaftlich und in der Öffentlichkeit für die Klienten ein, um Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden durch Betätigung zu ermöglichen und richten ihr Handeln danach aus. Hierfür entwickeln sie eine gesundheitsförderliche Umwelt und stärken bzw. befähigen die Klienten in ihrer Gesundheitskompetenz. Dem voraus geht die Erfassung von Förderfaktoren und Barrieren sowie den gegebenen Problemstellungen, um Handlungsansätze zu entwickeln.

Dies passiert durch einen partizipativen Entscheidungsprozess, Empowerment und die daraus resultierenden ergotherapeutischen Interventionen. Übergreifend konstruiert die Ergotherapeutin gesundheitsfördernde Alltagsbedingungen und entwickelt Handlungsansätze auf gesellschaftlicher und berufsspezifischer Ebene.

8.4.6 Professionalität

Diese Kompetenzdomäne umfasst das Handeln nach den ergotherapeutischen Grundsätzen, orientiert am Bedarf und gemäß den Bedürfnissen der Klienten. Deshalb wird in dieser Domäne das Handeln nach ethischen Werten und ergotherapeutischen Grundhaltungen nochmals besonders hervorgehoben. Innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses bedeutet dies das Handeln nach aktuellen Standards und Reglementierungen (z.B. Rechtsvorschriften, Richtlinien, Regularien). Dies fördert die Einnahme einer relevanten und klaren Rolle innerhalb des komplexen Gesundheitssystems, da Möglichkeiten und Grenzen im Berufsalltag sowohl auf personaler als auch fachlicher Ebene berücksichtigt und gewahrt werden. Der gesellschaftliche Auftrag wird reflektiert und sich am Veränderungsprozess beteiligt.

8.4.7 Lernen

Durch eine reflektive Praxis (Analysieren und Reflektieren des eigenen Lernbedarfs) und ein lebenslanges Lernen professionalisiert die Ergotherapeutin ihr Wissen und Handeln stetig, selbstgesteuert und zielgerichtet. Sie bildet sich fort und setzt das Erlernte in die Praxis um. Auch wendet sie wissenschaftliche Erkenntnisse nach kritischer Evaluation an. Gleichzeitig unterstützt und ent-

wickelt sie die ergotherapeutische Wissenschaft und vermittelt ergotherapeutisches Wissen.

In der Zusammenarbeit mit dem Klienten gestaltet sie für diesen edukative Interventionen und baut ihr Handeln auf dem Erfahrungswissen des Klienten auf.

8.4.8 Das ergotherapeutische Kompetenzprofil wird zum Berufsprofil

Die Domänen durchziehen den gesamten ergotherapeutischen Prozess. Auch können sie auf allen Ebenen eingesetzt werden. Dies meint nicht nur den Kontakt oder die Therapie mit dem Klienten, sondern auch dem erweiterten Klienten, dem inter- und transdisziplinären Team oder auch kommunalen, gesellschaftlichen, politischen sowie wissenschaftlichen Ebenen.

Die Domänen bieten den Ergotherapeutinnen also einen Rahmen, in welchem sie handeln, sich weiterentwickeln und sich definieren können. Das Handeln und praktische Umsetzen erfolgt sowohl mittels der bereits beschriebenen allgemeinen Kompetenzen, also auch der spezifischen ergotherapeutischen Kernkompetenzen. Durch ihr Professional Reasoning (vgl. Kap. 7) kann die Ergotherapeutin ihr Handeln abwägen, planen und fundiert begründen. Dies geschieht je nach Schwerpunkt und Zeitpunkt innerhalb der verschiedenen Phasen des ergotherapeutischen Prozesses. Somit wechselt die Ergotherapeutin mehrfach in verschiedene Domänen und setzt unterschiedlichste Kompetenzen ein.

Die ergotherapeutischen Grundsätze bleiben während aller Phasen und in allen Kompetenzen und Rollen stets als Basis bestehen.

Ein einheitliches Berufsprofil entsteht:

In den unterschiedlichen Phasen des ergotherapeutischen Prozesses ist es wichtig, dass sich die Ergotherapeutin selbst, aber auch ihr Handeln immer wieder reflektiert. Diese Form der permanenten Selbstreflexion wird als Reflektierter Praktiker bezeichnet.

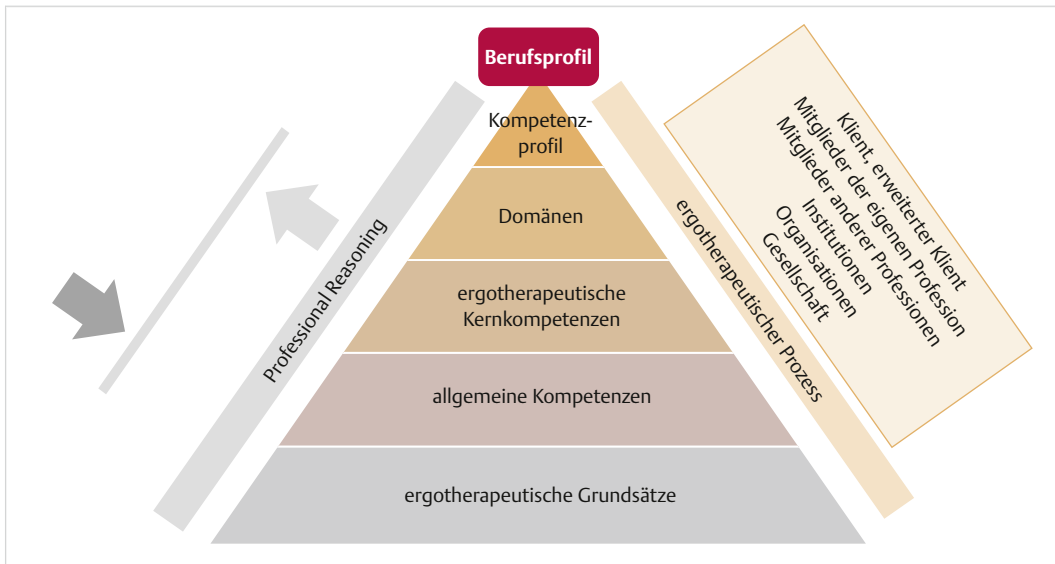


Abb. 8.9 Einheitliches Berufsprofil. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

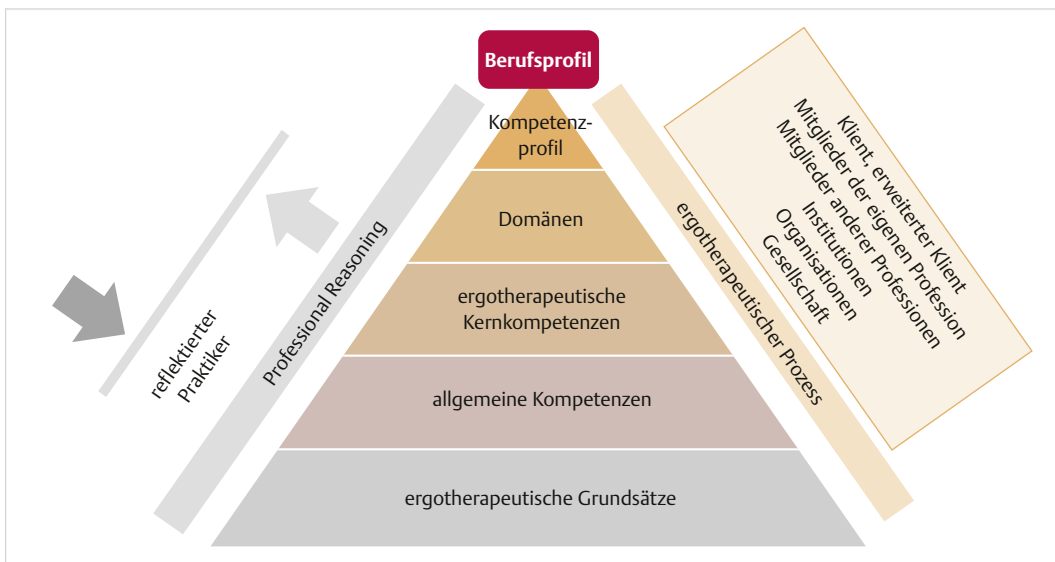


Abb. 8.10 Der Reflektierte Praktiker im Bezug zum ergotherapeutischen Berufsprofil. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

8.5 Der Reflektierte Praktiker

Auf den voran gegangenen Seiten wurde beschrieben, wie die Ergotherapeutin während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses auf Basis ihrer Grundsätze und in verschiedenen Domänen mit

Hilfe unterschiedlichster Kompetenzen handeln kann.

Doch woher weiß sie, wann welche Domäne oder auch welche Kompetenz zum Tragen kommt?

Hilfreich für ein fundiertes Handeln ist nicht nur das Professionelle Reasoning, sondern auch die re-

flektierte Praxis. Der Reflektierte Praktiker kann unterstützen, flexibel und fundiert auf Probleme zu reagieren.

Mangold (2013) beschreibt das Miteinander zwischen Ergotherapeutin und Klient als das „A und O“ im Therapiealltag. Denn wenn keine adäquate Therapeuten-Klienten-Beziehung aufgebaut werden kann, kann das trotz professioneller Kompetenzen oder Rollen den Therapieerfolg gefährden. Somit muss die Ergotherapeutin sich selbst und ihr Handeln systematisch hinterfragen und das therapeutische Geschehen reflektieren. Diese reflektierte Praxis wurde bereits durch Donald A. Schön in den 80er Jahren entwickelt und ist bis heute gültig.

Insbesondere in der Ausbildung hinterfragen angehende Ergotherapeutinnen häufig, ob sie an alles gedacht haben, ob Details entgangen sind und ob sie richtig reagiert haben. Der reflektierte Praktiker bietet eine Grundlage für strukturierte Gespräche mit dem Anleiter. So können beide auf fachlicher Ebene Therapiesituationen Revue passieren lassen und unterschiedliche Erwartungen gegenüberstellen. Jeder kann seine Sichtweise darlegen und Lösungen bzw. Veränderungen können konstruktiv erarbeitet werden.

Aber auch für Berufsanfängerinnen oder schon lang praktizierende Ergotherapeutinnen bildet die reflektierte Praxis eine strukturierte Vorgehensweise, das eigene Handeln immer wieder zu hinterfragen und „[...] Situationen differenziert zu betrachten und genau zu analysieren [...]“ (Mangold 2013).

Durch den Reflektierten Praktiker kann nicht nur das eigene Handeln hinterfragt und reflektiert, sondern auch eine Veränderung im professionellen Prozess erreicht werden. Ebenso werden der Ergotherapeutin eigene Aufgaben klarer und ein professioneller Abstand zu Schicksalen und Ereignissen wird ermöglicht. Des Weiteren lässt sich so Überforderung vermeiden und therapeutische Herausforderungen werden gemeistert.

In der reflektierten Praxis kommen insbesondere die Kompetenzen der Problemlösefähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Beurteilungsvermögen, Beobachtungsfähigkeit, Analysefähigkeit und Flexibilität zum Einsatz.

Für den Reflektierten Praktiker gibt es zwei verschiedene methodische Ansätze (ebd.):

Methodische Ansätze für den reflektierten Praktiker

[]

Reflection in Action

Reflexion innerhalb der Situation durch gutes Zuhören, genaues Beobachten, Hinterfragen und daraus gezogene Schlussfolgerungen

Reflection on Action

Reflexion nach der Situation anhand von Beobachtungen während der Therapie. Diese Beobachtungen werden analysiert und anhand der gezogenen Schlussfolgerungen die zukünftige Therapie angepasst. Hier bietet sich die Möglichkeit, die geplanten Anpassungen durch EBP zu überprüfen und zu überlegen, ob sich diese auch für zukünftige Klienten anwenden lassen.

Im Folgenden soll die praktische Umsetzung beider Möglichkeiten erläutert werden.

8

8.5.1 Reflection in Action: Überlegungen während der therapeutischen Situation

Die Reflexion innerhalb der therapeutischen Situation gliedert sich in 3 Schritte (Mangold 2013):

Beobachten, Zuhören und Hinterfragen

Das Beobachten, Zuhören und Hinterfragen der gerade stattfindenden Situation soll systematisch und überlegt erfolgen. Relevante Informationen werden am einfachsten und klarsten durch differenzierte Fragestellungen erlangt. Die Ergotherapeutin sollte dabei verschiedene Aspekte im Blick haben (ebd.).

Alle Reflexionsfragen (s. Exkurs „Mögliche Reflexionsfragen in Anlehnung an Mangold“) sind während der Therapieeinheit präsent, um auf Schwierigkeiten während des Verlaufes reagieren zu können. Der Fragenkatalog ist so umfangreich, damit man alle relevanten Aspekte hinterfragt und nichts vergessen wird. Fragen, die positiv und zufriedenstellend beantwortet werden können, bieten eine gute Grundlage, die Therapie so weiterlaufen zu lassen. Es kann jedoch auch Fragen geben, die negativ beantwortet werden oder bei denen die Antwort Anlass zur Unzufriedenheit gibt. Diese Aspek-

te müssen dann im nächsten Schritt bezüglich ihrer Problemstellungen analysiert werden.

Ein Beispiel hierfür könnte sein, dass der Klient in einer Aufgabenstellung anders handelt, als die Ergotherapeutin erwartet hätte. Sie hat die Aufgabe in

einem für den Klienten unbekannten Setting gestellt, der Therapieküche der Praxis. Die Stimmung des Klienten ist verhalten und er macht einen unmotivierten Eindruck. Die Therapeutin wirkt dabei unsicher.

Mögliche Reflexionsfragen in Anlehnung an Mangold

► Zur Therapiesituation (Mangold 2013)

- Um welche Therapiephase handelt es sich?
 - Erstkontakt
 - Sind Hemmungen vorhanden?
 - Gegenseitige Sympathie oder Antipathie?
 - Ist klar, worum es in der Ergotherapie geht und was gegenseitig erwartet wird?
 - Chronische oder Langzeitbehandlungen
 - Gibt es Motivation für die Weiterführung der Ergotherapie?
 - Welche erwarteten Ergebnisse gibt es?
 - Liegt eine Übersättigung mit Therapien vor?
- Um welche Therapieinhalte geht es, was wird benötigt?
 - Gruppen- oder Einzeltherapie
 - vielschichtige Problematik
 - Welche und wie viele Behandlungsindikationen gibt es?
 - Wo liegen die Problematiken (Person, Umwelt, Betätigung, etc.)
 - Ist die Therapieeinrichtung mit ihren Behandlungsschwerpunkten, Räumlichkeiten, Therapiegeräten und Material überhaupt geeignet für die Problematik?

► Zum Verhalten und Empfinden des Klienten

- Beobachtungen am Klienten
 - Versteht der Klient, was von ihm verlangt wird?
 - Gibt er die erwarteten Antworten?
 - Setzt er das Erwartete, Erarbeitete oder Erklärte praktisch um?
 - Stellt er selbst Fragen, z. B. über sein Krankheitsbild oder über die Therapie?
 - Macht er Fortschritte?
 - Entsprechen die Fortschritte den Erwartungen?
 - Macht er einen über- oder unterforderten Eindruck?
- Reaktionen des Klienten
 - Kooperation?
 - Compliance?

◦ Stimmung?

- fröhlich, unsicher, euphorisch, verschlossen, aggressiv, gelangweilt etc.?
- Welche wichtigen verbalen und nonverbalen Informationen gibt der Klient?
- Akzeptiert der Klient die Vorgehensweise?
- Ist er mit der Therapie zufrieden?
- Nimmt er Fortschritte wahr?
- Äußert er selbst Therapieziele, die ihm wichtig sind?
- Welche positive oder negative Kritik übt er?
- Findet er es schade, wenn die Therapie-sitzung zu Ende ist?

► Zum eigenen Verhalten und Befinden der Ergotherapeutin

- Beobachtungen an sich selbst
 - Zufriedenstellende eigene Kompetenz?
 - Umgang mit Krankheitsbild
 - Umgang mit dem Klienten
 - Behandlungsergebnis
 - Zufriedenstellendes Verhalten dem Klienten gegenüber?
 - Bedürfnisse des Klienten
 - Therapeutische Haltung
 - Nähe-Distanz-Verhalten
 - Abstand zum Leiden des Klienten
 - Gegenübertragen
 - Über- oder Unterforderung
 - Umgangston
 - Reaktion auf den Klienten
 - Gefühle
 - Motivation
 - Ängste
 - Ausstrahlung

► Zur therapeutischen Haltung

- Ist die therapeutische Methode für die gegen-bere Situation die beste?
- Behandlung zu vorsichtig oder zu forciert?
- Klientenzentrierung?
- Evidenzbasiert?
- Betätigungszentriert?
- Kontextbasiert?
- Einhalten von Werten und Normen?

Analyse des ersten Schrittes

Nachdem die Ergotherapeutin das Geschehen beobachtet, Eindrücke gesammelt und Informationen generiert hat, muss sie diese analysieren. Dies bedeutet, die Ursachen für Schwierigkeiten und Probleme herauszufinden. Diese Aspekte hinterfragt sie mit einem „Warum“ (Mangold 2013).

Hierfür können folgende Fragen nützlich sein (ebd.):

- Warum habe ich so gehandelt?
- Warum habe ich so dabei gefühlt?
- Warum hat der Klient so reagiert?
- Warum hat der Klient die Aufgabenstellung so ausgeführt?
- Etc.

Im oben genannten Beispiel müsste die Ergotherapeutin nun hinterfragen, warum der Klient anders gehandelt hat, keine Motivation vorhanden war und er ein zurückhaltendes Verhalten zeigte.

Auch müsste sie sich fragen: Warum habe ich die Aufgabe so gestellt, die Therapieküche gewählt und mich in der Situation unsicher gefühlt?

Sie kommt zu dem Entschluss, dass sie die Aufgabenstellung für den Klienten zu schwierig gestaltet hat, da die Therapieküche nicht der realen Küche des Klienten entspricht. Hierdurch war es ihm nicht möglich, die Aufgabe auszuführen. Das führte bei ihm zu Frust und daraus resultierten die geringe Motivation und die Zurückhaltung.

Da der Therapeutin die Ursache für das Verhalten in diesem Moment noch nicht bewusst war und sie keine Lösung sah, fühlte sie sich unsicher.

Treffen erster Entscheidungen auf Grundlage der Analyse

Durch das Analysieren der Situation und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen kann die Ergotherapeutin ihr Verhalten anpassen und eine alternative therapeutische Handlung durchführen (Mangold 2013).

Auch hier kommt als Grundlage das Professionelle Reasoning in Frage (vgl. Kap. 7), da es dabei unterstützt, fundierte und ergotherapeutische Alternativen zu finden und umzusetzen.

Nachdem die Ergotherapeutin im zweiten Schritt Ursachen für die entstandene Problematik erkannt hat, bittet sie den Klienten, seinen realen Kontext zu schildern, damit sie die Aufgabe daran anpassen kann. Sie erklärt, dass sie sein Verhalten verstehen

kann und stellt die Aufgabe nochmals verständlicher. Durch den Austausch fühlt sie sich sicherer, da sie nun alle Bedürfnisse des Klienten miteinbezogen hat, und auch der Klient nimmt wieder motivierter an der Therapie teil, da er die Aufgabe besser ausführen kann.

8.5.2 Reflection on Action: Überlegungen nach der therapeutischen Situation

Dieses Vorgehen ähnelt der Reflection in Action, da hier dieselben 3 Schritte durchlaufen werden. Auch die oben stehenden Beispielfragen können für Überlegungen nach der therapeutischen Situation genutzt werden. Dieses Vorgehen ermöglicht eine objektivere Beurteilung, da die Situation im Nachhinein mit mehr Abstand betrachtet werden kann (Mangold 2013).

Dieses reflektierte Vorgehen kann erweitert werden, falls bereits Veränderungen an der Situation vorgenommen worden sind. Beispielfragen für die Erweiterung können sein (ebd.):

- Hat das veränderte Verhalten zur Lösung der Probleme geführt?
- Hat die angepasste Situation zu einer leichteren Ausführung der Aufgabe beigetragen?
- Ist es lohnenswert, die Veränderung auch bei anderen Klienten in Erwägung zu ziehen, um Probleme zu vermeiden?
- Etc.

Sollten keine Veränderungen während der Situation vorgenommen worden sein, beinhaltet die Reflection on Action als weitere Schritte die Entwicklung und die Auswahl von Lösungen. Mangold (ebd.) formuliert beispielhaft eine Liste mit möglichen Ansätzen:

Beispiele für Lösungsansätze

- Bezüglich der Behandlungsmethode gäbe es als Alternative noch:
- Über folgende Themen muss ich mehr Informationen einholen:
- Im Kontakt werde ich auf Folgendes achten:
- Ich sollte den Klienten vor der weiteren Therapie Folgendes fragen:
- Ich muss dem Klienten folgende Informationen geben:

- Ich muss meine Erwartungen etwas zurück-schrauben.
- Ich darf den Klienten nicht unter Druck setzen.
- Der Klient wäre besser in einer Gruppen- als in einer Einzeltherapie aufgehoben.
- Ich werde die Angehörigen bezüglich folgender Aspekte ansprechen/beraten:
- Alleine kann ich das Problem nicht lösen. Ich werde weitere Professionen miteinbeziehen.
- Etc.

Aus diesen Möglichkeiten wählt die Ergotherapeutin entweder selbstständig oder in Absprache mit dem Anleiter oder dem Team Ansätze für die nächste Therapieeinheit aus.

Erst nach der Umsetzung kann entschieden werden, ob die Lösung angemessen war, oder ob nach erneuter Reflexion noch weitere oder andere Lösungen und Veränderungen notwendig sind. Auch sollte überprüft werden, ob das angepasste Vorgehen auch zukünftig angewandt werden soll, um Probleme und Schwierigkeiten von Anfang an zu vermeiden (ebd.).

Innerhalb der praktischen Ausbildung ist es sinnvoll, mit Reflection on Action zu beginnen und diese später auf Reflection in Action auszuweiten, um zu Beginn die Komplexität während einer Einheit zu reduzieren.

8.6 Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle

In den vorangegangenen Abschnitten dieses Kapitels ging es gezielt um das Berufsbild Ergotherapie, die damit einhergehenden Grundsätze, die daraus resultierenden Kompetenzen sowie Rollen und den Reflektierten Praktiker, der als Unterstützung dienen soll, sich selbst und die eigene Arbeit zu hinterfragen.

Innerhalb dieses Kapitels werden im Folgenden nun auch sogenannte Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle benannt. Auch wenn es auf den ersten Blick nicht so erscheint, hängen eigene Kompetenzen, die Reflexion des eigenen Handelns, eigene Grundsätze und ein stabiles Berufsbild eng mit der Bewältigung dieser Herausforderungen zusammen. Denn Ergotherapeutinnen wurden als hochgefährdete Gruppe im Hinblick auf arbeitsbedingten Stress und Burnout eingestuft (Edwards u. Dirette 2010). Dies wirkt sich auf verschiedenen Ebenen aus: Unzufriedenheit am Ar-

beitsplatz, gering ausgeprägtes organisatorisches und Selbstmanagement, Fehlzeiten, hohe personelle Fluktuation, zunehmend von Konfliktsituationen geprägte zwischenmenschliche Beziehungen von Teams und Kollegen, mangelhafte Klientenversorgung, Abnutzung, häusliche, körperliche und psychische Probleme (Gupta et al. 2012).

Somit kann therapeutische Arbeit zur Belastung für Berufsangehörige werden. Burnout, Hilflosigkeit und Helfersyndrom werden deshalb genauer beschrieben und es wird aufgezeigt, wie den oben genannten Problemen entgegengewirkt werden kann.

8.6.1 Burnout-Syndrom

In der Literatur gibt es zahlreiche Definitionen und Ausprägungen von Burnout. Der Psyhyrembel beschreibt das Burnout-Syndrom als „Zustand emotionaler Erschöpfung mit Interessen- und Antriebsarmut, sowie Gefühl von Überforderung bei reduzierter Leistungszufriedenheit [...] und Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität. Es ist häufig eine Erschöpfungsreaktion bei permanenter Überforderung, häufig verbunden mit mangelnder Anerkennung und Mangel an Erholungsphasen.“ (Psyhyrembel Redaktion 2016).

Quernheim und Schreier (2014) beschreiben Burnout im spezifischen Zusammenhang mit Physio- und Ergotherapie. Burnout kann laut den Autoren sowohl durch das Arbeitsfeld (z. B. verringerte Anzahl an Therapieverordnungen, kürzere Behandlungszeiten, wenig Personal, usw.), als auch durch individuelle Komponenten der betroffenen Therapeutin selbst (eigener Anspruch, persönliches Bewältigungsverhalten, etc.) verursacht werden.

Insbesondere das eigene Selbstwertgefühl und eine selbstlose Einstellung, in welcher eigene Interessen vernachlässigt werden, um sich auf die Bedürfnisse Anderer konzentrieren zu können, gelten als auslösende Faktoren für Burnout (ebd.). Beides steht im engen Zusammenhang mit zu hohen, idealistischen Zielen, dem eigenen Perfektionismus bzw. der Angst zu delegieren, und Schwierigkeiten, „Nein“ zu sagen.

Schaefer (2012) ergänzt die Burnout auslösenden Faktoren um die gesellschaftliche Haltung, die z. B. verlangt, dass die Angehörigen helfender Berufe immer stark sein müssen. Schaefer bezieht sich bei diesem Ansatz auf das bio-psycho-soziale

Modell der ICF, da Ursachen des Burnout-Syndroms sowohl in der betroffenen Person selbst liegen als auch von der Umwelt ausgehen und die Entstehung eines Burnout-Syndroms begünstigen können.

8.6.2 Helfersyndrom

Wolfgang Schmidbauer (1998), der diesen Begriff 1977 eingeführt hatte, beschreibt das Helfersyndrom als eine nicht mehr natürliche oder auch übersteigerte Hilfsbereitschaft. Laut ihm tritt es häufig bei Berufsgruppen im sozialen Bereich wie Ärzten, Lehrern, Sozialarbeitern oder auch Ergotherapeuten auf.

Menschen mit einem Helfersyndrom erhalten durch das Helfen Bestätigung und Anerkennung. Sie werden dabei allerdings auf die Helferrolle reduziert und ihre beruflichen Kompetenzen finden wenig Anerkennung. Menschen, die an einem Helfersyndrom leiden, können die Rolle des Helfenden nicht abgeben. Dies kommt sowohl im privaten als auch im beruflichen Alltag zum Tragen. Somit ist das Helfersyndrom nicht an die professionelle Rolle gebunden. Falls Betroffene selbst einmal Hilfe benötigen, können sie diese nur schwer bis gar nicht annehmen oder einfordern. Sie achten stärker auf das Wohlergehen anderer als auf ihr eigenes. Schmidbauer (ebd.) stellt dies auch in engen Zusammenhang mit einem geringen Selbstwertgefühl.

Auch das Helfersyndrom kann bei Ergotherapeutinnen zu starken Belastungen oder gar Burnout führen (Quernheim u. Schreiner 2014).

8.6.3 Hilflosigkeit

Von Hilflosigkeit wird im medizinischen Bereich gesprochen, wenn ein Erwachsener nicht in der Lage ist, eine bestimmte Situation zu bewältigen (Adler 2018). Seligman, Petermann und Rochstroh definierten es bereits in den 90er Jahren als Hilflosigkeit, wenn eine Person keine Veränderungen bewirken kann, die durchgeführte Handlung keinen Effekt erzielt oder Ergebnisse nicht mehr kontrolliert werden können. Hierbei kann eine generalisierte Gefahr entstehen, in Situationen nicht mehr handlungsfähig zu sein und diese nicht mehr kontrollieren zu können. Das Ausmaß und die Folgen dieser Hilflosigkeit sind von der Situation und Persönlichkeit der Betroffenen abhängig. Mögliche Folgen können Wut und Hoffnungslosigkeit bis hin

zu depressiven Gefühlen sein. Treten derartige Symptome auf, sollte eine reife Person ihre Lage überdenken und weiteres Handeln planen (Adler 2018).

Für die Ergotherapie bedeutet das konkret, dass Klienten in ihrer eigenen Handlungsfähigkeit manchmal in hohem Maße eingeschränkt sind, dass dies auch bei der Ergotherapeutin zu einem Ohnmachtsgefühl sowie Hilflosigkeit führt (Schaefer 2012). Dies kann auch in Situationen auftreten, in welchen Klienten unheilbar krank sind, Unterstützung verweigern oder auch, wenn die Therapie nicht die gewünschten Ergebnisse zeigt.

8.6.4 Umgang mit Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle

Alle drei benannten Herausforderungen können im beruflichen Alltag auftreten. Zahlreiche ergotherapeutische Studien zeigen jedoch, wie Ergotherapeutinnen diesen entgegenwirken bzw. auf sie reagieren können.

Beispiele hierfür sind Stressbewältigungsmaßnahmen, einschließlich Ausgleich der Arbeitsbelastung, Fokussierung auf die Klienten-Therapeuten-Beziehungen, Förderung der Definition von Rollen und Teilnahme an Supervision. Auch Austausch mit Kollegen, Aufteilung von Verantwortlichkeiten mit dem interdisziplinären Team, Aufrechterhaltung von Grenzen zwischen Arbeit, Zuhause und Freizeitaktivitäten werden als Förderfaktoren benannt (Gupta et al. 2012).

Für Ergotherapeutinnen wird die berufliche Belastbarkeit auch durch eine starke berufliche Identität und eine Aussicht auf eine positive Zukunftsentwicklung des Berufes erhöht und Gesundheit wird gefördert. Strategien, wie zum Beispiel die Nutzung theoretischen Wissens, das der Praxis zugrunde liegt, können die Widerstandsfähigkeit gegen Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle stärken (Ashby et al. 2013, 2015). Als zusätzliche Bewältigungsstrategien werden das Verbringen von Zeit mit der Familie und das Wahren des Gleichgewichtes zwischen Beruf und Privatleben, das Einbringen von Humor und das Schaffen von Selbstbewusstsein/Selbstüberwachung benannt (Edwards u. Dirette 2010).

Schaefer (2012) benennt in Anlehnung an Voelker (2010) acht Charakteristika eines „professionell Helfenden“, um neben den bereits benannten

Strategien eine adäquate Balance zwischen Nähe und Distanz zu halten:

Die 8 Charakteristika des professionell Helfenden

1. Der professionell Helfende arbeitet mit Menschen, die in irgendeiner Form Unterstützung benötigen.
2. Bei der gemeinsamen Arbeit geht es grundsätzlich um Hilfe zur Selbsthilfe.
3. Die Hilfe muss dauerhaft und stabil organisiert werden.
4. Der professionell Helfende hat einen klaren Arbeitsauftrag.
5. Die Hilfeleistung wird bezahlt.
6. Der professionell Helfende ist seinem Auftraggeber gegenüber rechenschaftspflichtig.
7. Der berufliche Einsatz ist zeitlich begrenzt.
8. Es gibt eine klare Trennung zwischen beruflichem und privatem Einsatz.

8.6.5 Zusammenhang des ergotherapeutischen Berufsprofils mit Herausforderungen der ergotherapeutischen Berufsrolle

Anhand der erwähnten Studien wird klar, dass ein klares Berufsprofil nicht nur zur Professionalisierung, Vereinheitlichung des Berufes oder auch Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen dient. Vielmehr ermöglicht es Ergotherapeutinnen auch, Klarheit über ihr Handeln zu erlangen und Sicherheit zu bekommen. Dies schützt sie bei alltäglichen Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle.

Durch die ergotherapeutischen Grundsätze weiß sie, wie sie ihr Handeln ausrichten muss. Entscheidungen können insbesondere durch EBP erleichtert und begründet werden. Überforderung und Hilflosigkeit können vermieden werden.

Ihre allgemeinen Kompetenzen kann die Ergotherapeutin bewusst bei Teambesprechungen, Supervisionen und im Kontakt mit anderen Beteiligten einsetzen. Auch diese Entlastungen wurden als hilfreich angesprochen.

Durch das Nutzen der ergotherapeutischen Kernkompetenzen können Ergotherapeuten fundiert handeln, es kommt zu weniger Überforderung und Hilflosigkeit und ein Burnout kann vermieden werden.

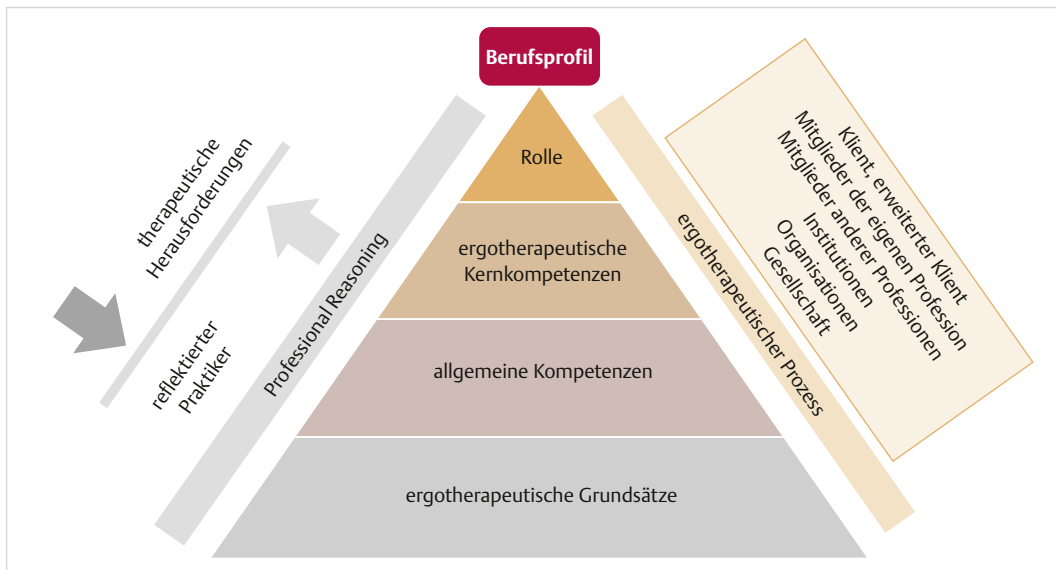


Abb. 8.11 Vom Kompetenzprofil zum Berufsprofil – Zusammenspiel aller relevanten Komponenten. (Quelle: Weiler V, graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

Ein klarer Bezug zu ihrem Berufsprofil erleichtert ein klares Setzen von Grenzen, so sind sie sich ihrer Profession bewusst und können gegebenenfalls andere Professionen hinzuziehen, um Entlastung zu erfahren.

Durch das einheitliche Berufsprofil nach außen können Ärzte oder andere vermittelnde Personen klarer abschätzen, wann Ergotherapie indiziert ist und wann eine andere Profession vorrangig wäre. Auch dies würde zur Entlastung und zur Vermeidung von Überforderungen beitragen oder auch Helfersyndromen vorbeugen.

8.7 Fazit und Zusammenfassung

Wie zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, ist der Weg zu einem einheitlichen Berufsprofil evolutionär. Auch wurden die Komplexität und das Zusammenspiel der einzelnen Komponenten angesprochen und in ihren einzelnen Facetten beleuchtet.

Es sollte klar werden, dass während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses, unabhängig davon, mit wem die Ergotherapeutin interagiert, die Basis ihres Handelns durch ergotherapeutische Grundsätze geprägt ist. Betätigungszentrierung, Klientenzentrierung, Evidenzbasierung und Kontextbasierung sind somit die Ausgangspunkte für jede Ergotherapeutin und für jeden ergotherapeutischen Prozess.

Wenn sich die Ergotherapeutin dieser Grundsätze bewusst ist, kann sie ihre allgemeinen Kompetenzen dementsprechend ausrichten und ihr Handeln von anderen Professionen unterscheiden. Ihre darauf aufbauenden ergotherapeutischen Kernkompetenzen (CMCE-Skills) ermöglichen ihr, ihrer Profession gerecht zu handeln und verschiedene Domänen im Prozess und auch auf gesellschaftlicher Ebene einzunehmen.

Unterstützt wird die Ergotherapeutin während ihrer Arbeit durch ihr Professional Reasoning (vgl. Kap. 7), welches sie unterstützt, adäquat zu handeln, Domänen gezielt zu wählen und als Reflektierter Praktiker auf therapeutische Herausforderungen zu reagieren.

Die Ergotherapie hat ihr eigenes Berufsprofil entwickelt. Es soll Ergotherapeuten ermöglichen, Mindestvoraussetzungen für ihren Beruf zu erkennen und die eigene Lernentwicklung dahingehend zu steuern.

Auch ich habe während meiner Ausbildung und meines Studiums zur Ergotherapeutin meine eigene Berufsidentität entwickelt und einen ähnlichen evolutionären Prozess durchlaufen. In meiner Ausbildung mit ihren vielen Theorien, medizinischen Fächern, Bezugswissenschaften und handwerklichen Stunden konnte ich mir viel Wissen und verschiedene Fertigkeiten aneignen. Ich gewann praktische Fähigkeiten und konnte in das Berufsleben starten. Doch die Frage: „Du bist Ergotherapeutin, was machen die nochmal?“ klar zu beantworten, war zu Beginn eine Herausforderung. Es war mir selbst noch nicht klar, was Ergotherapeutinnen tun oder wie sie handeln und was mich von anderen Berufsgruppen unterscheidet. Im Laufe der Zeit, mit erweitertem theoretischem Wissen, zahlreichen praktischen Stunden und der Lust am eigenen Beruf war es mir möglich, das ergotherapeutische Berufsbild zu spezifizieren.

Denn das Berufsprofil beinhaltet meines Erachtens das, was eine Ergotherapeutin auszeichnet und von anderen Professionen abgrenzt.

Auch die ergotherapeutischen Grundsätze dienten mir als Basis, um zu verstehen, worum es in der Ergotherapie geht, welches Verständnis von Mensch, Umwelt und Betätigung herrscht, wie ich mit meinen Klienten arbeite und was mich in meiner Profession ausmacht. Erst hierdurch wurde ich in meinem ergotherapeutischen Handeln sicher und zufrieden.

Je nach Kontext und Einsatz meiner Kompetenzen erfülle ich seither eine klar definierte Rolle innerhalb der Gesellschaft und des Settings, und ich kann von einem klaren Berufsprofil sprechen.

Für mich gibt es daher auf die oben gestellte Frage nur eine Antwort:

„Ich bin Expertin für Betätigung.“

Literatur

- Adler R. Die Geste der Hilflosigkeit in der Arzt-Patient-Beziehung. Praxis – Schweizerische Rundschau für Medizin 2018; 10 (107): 1127–1128.
- Ashby S, Ryan S, Gray M, James C. Factors that influence the professional resilience of occupational therapists in mental health practice. Australian Occupational Therapy Journal 2013; 4: 110–9.
- Ashby S, Gray M, Ryan S, James C. Maintaining occupation-based practice in Australian mental health practice: A critical stance. British Journal of Occupational Therapy 2015; 5: 431–439.
- Becker J, Pastoors S. Sozial- kommunikative Kompetenzen. In: Becker J, Ebert H, Pastoors S. Praxishandbuch berufliche Schlüsselkompetenzen. Berlin: Springer; 2018: 51–58

- Berding J, Dehnhardt B, Fischer A, Marotzki U, Mentrup C, Reichel K ... Späth A. Fachwörterbuch Ergotherapie – Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe – Definitionen und Erläuterungen. Idstein: Schulz-Kirchner; 2010
- Bibliographisches Institut GmbH. DUDEN; 2018 <https://www.duden.de/rechtschreibung>
- Borgetto B, Born S, Bünnemann-Geißler D, Düchting M, Kahrs A M, Kasper N ... Winkelmann B. Die Forschungspyramide – Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie. *ergoscience* 2007; 56–63
- Canadian Association of Occupational Therapists. CAOT – PROFILE OF PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN CANADA 2012: <https://www.caot.ca>
- Cochrane Deutschland Stiftung (CDS). Cochrane Deutschland; 2018. Evidenzbasierte Medizin: <https://www.cochrane.de/de/ebm>
- DVE-Projektgruppe Kompetenzprofil und Modularisierung Kompetenzprofil Ergotherapie. Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.; 2019
- Edwards H, Dirette D. The relationship between professional identity and burnout among occupational therapists. *Occupational Therapy Health Care* 2010; 4: 119–129
- Erpenbeck J, Heyse V. Aktualisierter KompetenzAtlas. In: Heyse V, Erpenbeck J, Ortmann S. Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen – Praxiserprobte Konzepte und Instrumente (Bd. 5). Münster: Waxmann; 2010: 122–154
- Gupta S, Paterson M, Lysaght R, von Zweck C. Experiences of Burnout and Coping Strategies Utilized by Occupational Therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2012; 4: 86–95
- Haack A. Von Dramapädagogik, Selbstkompetenz und Professionalisierung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012 <https://www.springer.com>
- Hagedorn R. Praxismodelle der Ergotherapie. In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Stubner B & Weber P. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer; 2009: 16–26
- Kneisner M. Sieben Rollen für Ergotherapeuten – Schweizer Rollenkompetenzmodell. *ErgoPraxis* 2017; 5: 16–21
- le Granse M, van Hartingsveldt M, Kinébanian A. Grondslagen van de ergotherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016
- Mangold S. Reflektierte Praxis. In: Mangold S. Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013: 10–20
- Miesbach B. Soziales Handeln in Rollen und Institutionen. In: Miesbach B. Soziologische Handlungstheorie – Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS; 2014: 39–100
- Pépin G. Occupational Engagement: How Clients Achieve Change. In: Taylor R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 187–216
- Psyhyrembel Redaktion. Burnout-Syndrom; 2016 <https://www.psyhyrembel.de>
- Quernheim G, Schreier M. Betriebsstörung- Burnout- und Stressprophylaxe für Physio- und Ergotherapeuten. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin; 2014
- Schürken L. Therapeutische Rolle und therapeutisches Handeln. In: Dehnhardt B, Schaefer C. Ich werde Ergotherapeutin – mit Lisa erfolgreich durch die Ausbildung. Stuttgart: Thieme; 2012: 161–192
- Schaefer C. Therapeutische Qualifikationen und Kompetenzen. In: Dehnhardt B, Schaefer C. Ich werde Ergotherapeutin – mit Lisa erfolgreich durch die Ausbildung. Stuttgart: Thieme; 2012: 13–36
- Schmidbauer W. Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Hamburg: Rowohlt; 1998
- Townsend E, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J ... Brown J. Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well- Being, & Justice through Occupations. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007: 87–134
- van Hartingsveldt M, Kinébanian A. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland en Boom Lemma; 2010
- Verhoef J, Zalmstra A. Beroepscompetenties ergotherapie. tweede druk.. Amsterdam: Boom Lemmer uitgevers; 2013
- von der Heyde R. Ergotherapeutische Kompetenzen entwickeln – Deskription eines ergotherapeutischen Kompetenzprofils zur Grundlage einer Fachdidaktik Ergotherapie. Berlin: Logos; 2014
- Weber B, Pott U. Internationale Entwicklung in der Ergotherapie – Occupation-based, context-based, client centred, evidence based practice. In: Hücke B, Hörstgen A. Update Schlaganfall – Aktuelle Entwicklung für die Ergotherapie in der Neurologie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2011: 9–20

Kapitel 9

Der ergotherapeutische Prozess

- 9.1 Der betätigungs-
zentrierte ergothera-
peutische Prozess mit
Betätigungsanalyse 204
- 9.2 Beispielprozess 1 (CPPF):
Frau Seiler arbeitet als
Sozialarbeiterin 221
- 9.3 Beispielprozess 2 (CPPF):
Herr Huber erledigt
seine Morgenroutine 233
- 9.4 Beispielprozess 3
(OTIPM): Dominik putzt
seine Zähne 246
- 9.5 Beispielprozess 4
(OTIPM): Frau Oster-
meier trifft sich mit
einer Freundin im Café 259

9 Der ergotherapeutische Prozess

Maria Kohlhuber

9.1 Der betätigungszentrierte ergotherapeutische Prozess mit Betätigungsanalyse

9.1.1 Einführung

In den vorherigen Kapiteln wurden alle wichtigen Komponenten des betätigungs- und klientenzentrierten ergotherapeutischen Handelns dargestellt. Von den Kernthemen Betätigung und Klientenzentrierung über ergotherapeutische Praxismodelle, die therapeutische Rolle und ihre spezifischen Kompetenzen bis hin zu einer therapeutischen Kommunikation und zu den professionellen Denk- und Begründungsüberlegungen (Professional Reasoning) *im ergotherapeutischen Prozess*. Es stellt sich nun die entscheidende Frage: Wie werden all diese Themen im Arbeitsalltag um- und eingesetzt? – Im ergotherapeutischen Prozess.

Es gab im Vorfeld der Erstellung und Strukturierung der Buchkapitel unter den Herausgeberinnen und mit einigen Autorinnen viele Diskussionen, wo das Kapitel zum ergotherapeutischen Prozess sinnvoll eingefügt werden kann. Im Grunde waren wir uns alle einig, dass eigentlich der Prozess ganz am Anfang oder zumindest gleich nach den Kapiteln zu Betätigung und Klientenzentrierung beschrieben werden muss. Aber wie beschreibt man einen Prozess, wenn man dessen Inhalte oder Basis noch nicht erklärt hat? Das war für uns eine schwierige Frage. Wir versuchten immer wieder, uns in die Rolle der Auszubildenden hinein zu versetzen.

Es ist für erfahrene Ergotherapeuten recht logisch, gleich zu Anfang den ergotherapeutischen Prozess darzustellen, jedoch setzt das sehr viel Wissen über die ergotherapeutischen Modelle, die therapeutische Rolle und ihre spezifischen Kompetenzen, therapeutische Kommunikation und nicht zuletzt über Professional Reasoning voraus. Es war so ein bisschen die Quadratur des Kreises, einen nachvollziehbaren Aufbau der Kapitel zu gestalten. Letztendlich haben wir uns für die vorliegende Version entschieden, weil das Buch vorrangig einen Beitrag für die Ausbildung leisten möchte. Und für Auszubildende – so zumindest unsere Erfahrung – ist es einfacher, zunächst ein theoretisches Fundament zu haben, um dann den ergothe-

rapeutischen Prozess in seinen Grundzügen zu verstehen.

Wichtig

Allerdings verstehen wir dieses Kapitel, vor allem auch wegen der 4 Beispielprozesse in den nachfolgenden Teilkapiteln 9.2–9.5, als eines der Kernkapitel in diesem Buch. In den Beispielen werden alle vorher dargestellten Inhalte zusammengeführt und es wird gezeigt, wie Ergotherapeuten mit Klienten betätigungs- und klientenzentriert arbeiten – mit dem Wissen aus den Modellen, den Kernelementen Betätigung und Klientenzentrierung, ihrem Professional Reasoning und ihren spezifischen Kernkompetenzen als Ergotherapeuten. Daraus ergibt sich ein evidenzbasierter Therapieprozess, in dem sich eindeutig nachweisen lässt, was betätigungszentrierte Ergotherapie ausmacht und was sie leisten kann.

9.1.2 Die Grundstruktur des Prozesses: Evaluation, Intervention und Outcome/Re-Evaluation

Wie wichtig der ergotherapeutische Prozess ist, wurde schon benannt, aber es wurde noch nicht begründet, warum Ergotherapeuten in einem Prozess arbeiten. Im Prinzip stellt es sich zunächst ganz einfach dar. Das, was Ergotherapeuten tun, hat einen festgelegten Ablauf, es beginnt irgendwann und hört auch wieder auf. Im Duden wird Prozess beschrieben als ein „sich über eine gewisse Zeit erstreckender Vorgang, bei dem etwas [allmählich] entsteht, sich herausbildet“ (Duden 2018).

Im Grunde trifft dies auch auf den ergotherapeutischen Prozess zu. Ein Klient kommt zur Ergotherapie und hat, z.B. durch einen Schlaganfall, viele Einschränkungen in seinen Alltagstätigkeiten. Er kann sich nicht mehr selbständig waschen, anziehen, die Post aus dem Briefkasten holen oder sein Handy bedienen etc. Im Therapieprozess nimmt die Ergotherapeutin die Betätigungsanliegen auf und beginnt nach einer Analyse, den Klienten dabei zu unterstützen, dass er sich wieder selbst-

ständig anziehen, waschen, die Post aus dem Briefkasten holen oder sein Handy bedienen kann, etc. Oder der Klient und die Therapeutin nehmen Veränderungen im Kontext vor, die es ihm ermöglichen, mit der Ausführung seiner Alltagsstätigkeiten wieder zufriedener zu sein. Wenn der Klient keine weiteren Anliegen mehr hat, ist der Prozess abgeschlossen. Schaut man auf die Definition des Duden, passiert genau das: in einem gewissen Zeitraum entsteht etwas oder bildet sich etwas heraus. Im Gesundheitswesen gibt es viele Berufsgruppen, die ihre Arbeit als Prozess beschreiben, z. B. spricht die Gesundheits- und Krankenpflege von einem Pflegeprozess.

In der Literatur ist bei Prozessen allgemein die Rede von drei Phasen: Evaluation, Intervention und Outcome. Das ist eine Grobgliederung, die den Prozess eindeutig und klar strukturiert. Diese drei Phasen helfen in der folgenden Darstellung, die bereits bekannten Inhalte aus den vorherigen Kapiteln in eine Struktur und Abfolge zu bringen. Der amerikanische Berufsverband der Ergotherapeuten (American Occupational Therapy Association – AOTA) beschreibt und erklärt systematisch den Gegenstandsbereich der Ergotherapie und den ergotherapeutischen Prozess als klientenzentrierte Dienstleistung, welche die Evaluation (sach- und fachgerecht beurteilen), die Intervention (Einflussnahme, Vermittlung, Eintritt in eine Veränderung) und das Outcome (Re-Evaluation, Erreichen eines Endresultats) als Phasen beinhaltet (vgl. AOTA 2018).

Notwendig erscheint die Begriffsklärung von Evaluation und Intervention. In der englischsprachigen Fachliteratur wird der Begriff Evaluation nicht nur für die abschließende Erhebung der Ergebnisse der Therapie gebraucht, sondern auch für die Anfangserhebung. Da wir viel englischsprachige Literatur verwenden, bleiben wir in diesem Buch ebenfalls dabei, dass wir in der ersten Phase im ergotherapeutischen Prozess von Evaluation sprechen (vgl. Dehnhardt in Fisher 2017).

Eine weitere Klärung ist beim Begriff Intervention vorzunehmen. Damit ist die nächste Phase im Prozess gemeint, nachdem klar ist, welche Ziele der Klient verfolgen möchte. Es geht demnach um die *Maßnahmen*, die zur Erreichung der Ziele eingesetzt werden. Zum Teil entstehen die Ideen zu den Maßnahmen in einem klientenzentrierten Vorgehen vom Klienten selbst. Die Therapeutin hat die Verantwortung, die eingesetzten Maßnahmen mit dem Klienten ständig auf deren Wirksamkeit

zu überprüfen. Gegebenenfalls passt sie sie immer wieder an, sodass sich die Ausführung der vom Klienten benannten problematischen Betätigungen verändert, er mehr Teilhabe im Alltag erfährt und zufrieden damit ist.

Es sei darauf verwiesen, dass es in unterschiedlichen Branchen – nicht nur im Gesundheitsbereich – üblich ist, sich an dieser Dreigliederung im Ablauf zu orientieren. *„Aber nur Ergotherapeuten setzen auf die Verwendung von Betätigungen, um Gesundheit, Wohlbefinden und Teilhabe am Leben zu fördern“* (AOTA 2018). Im Titel dieses Buches findet sich die Betätigungszentrierung als das WIE der Ergotherapie, d. h. bezogen auf den ergotherapeutischen Prozess: *„Wenn der Fokus (das Zentrum) unserer praktischen Arbeit Betätigung sein soll, müssen wir dafür sorgen, dass nicht nur das Ergebnis, sondern auch der Fokus unserer Evaluation, Intervention und Dokumentation die Betätigung ist“* (Fisher 2017).

Das meint eine grundsätzliche ergotherapeutische Herangehensweise, also die Anlage des Prozesses als Top-down-Prozess. Im Kapitel 2 wurde bereits beschrieben, was der Unterschied zwischen Top-down und Bottom-up in Bezug auf die Ergotherapie bedeutet. Dieses Buch schreibt sich Betätigungszentrierung auf die Fahnen und damit kommt für uns hier in der Darstellung der Prozesse nur ein Top-down-Vorgehen in Frage. D. h. alle vier Beispielprozesse beschreiben für die Evaluation, die Intervention und für das Outcome ein Top-down-Vorgehen mit Betätigung am Anfang, in der Mitte und am Ende.

Alle im Kapitel 5 dargestellten ergotherapeutischen Praxismodelle beschreiben neben ihren Grundannahmen und Sichtweisen auf den Menschen, wie die Ergotherapeutin mit dem Klienten einen Therapieprozess durchläuft. Dies bedeutet, dass es *unterschiedliche ergotherapeutische Prozesse gibt, je nach Modell*. Im Prozess finden sich dann die jeweiligen spezifischen oder speziellen Schwerpunkte der Modellbasis wieder und daraus ergeben sich auch die Unterschiede im Ablauf und Aufbau der Prozesse. Jedoch haben sie alle die Aufteilung in die drei oben benannten Phasen gemein. Dies kann somit als Grundrichtlinie für ergotherapeutisches Arbeiten festgehalten werden.

Wichtig ist zudem, dass alle Prozesse aus den Modellen einen *dynamischen Prozess* (Scheepers et al. 2015) beschreiben. Das bedeutet, dass die Therapeutin mit dem Klienten zwischen den Phasen auch hin- und herwechseln kann und muss, wenn

es die Situation erfordert. In den unten aufgeführten Prozessen wird das deutlich.

Betätigungsanliegen erfassen in der Evaluationsphase

Sowohl im Canadian Practice Process Framework (CPPF, Modellbasis CMOP-E), im Prozess des MOHO als auch im OTIPM (s. auch Kap. 5) wird durch ein klientenzentriertes Vorgehen erfragt, was der Klient in seinem Alltag verändern bzw. wieder besser können möchte. Dafür haben wir verschiedene Instrumente zur Verfügung. Wie im Kapitel 5 bereits beschrieben, gibt es Assessments, die mir als Therapeutin Informationen darüber geben, wo der Klient im Moment steht, was er gerne möchte und welchen Auftrag damit die Ergotherapie von ihm erhält. Oft ist es so, dass Klienten es gewohnt sind, Körperfunktionen zu benennen. So möchte der Klient nach einem Schlaganfall seinen *gelähmten rechten Arm wieder bewegen* können. Der Klient mit einer schweren Depression will seinen *Antrieb steigern* und die Mutter eines hyperaktiven Kindes möchte, dass es sich *besser konzentrieren* kann. *Das sind alles verständliche und sehr legitime Anliegen von Klienten.* Es ist nun die Aufgabe der Ergotherapeutin, mit dem Klienten zusammen herauszufinden, *wo und wann und wozu und wie sich das im Alltag verändern soll.*

Jetzt kommt die Definition von Betätigung (Kap. 2, Betätigung) wieder ins Spiel. Nur, wenn wir als Ergotherapeuten genau wissen, was eine Betätigung ausmacht, können wir gezielt nach Betätigungsanliegen fragen. Bei unserem Top-down-Vorgehen geht es um Betätigungsanliegen und nicht um neuromuskuläre, biomechanische, kognitive oder psychosoziale Körperfunktionen. Je differenzierter demnach das Wissen der Ergotherapeutin über Betätigung ist, desto leichter kann sie den Klienten fragen, wobei er sich besser konzentrieren möchte, wie dabei das Ergebnis seiner Tätigkeit aussehen soll, bei welcher Tätigkeit das für ihn wichtig ist.

Das, was der Klient zunächst benennt und einschätzt z. B. im COPM, ist seine *Selbsteinschätzung*, auch *Insider-Sicht* genannt (vgl. Fisher 2017). Genauso können hier z. B. die Checklisten – Rollen und Interessen – aus dem MOHO eingesetzt werden (s. auch Kap. 5.3.4, Die Assessments des MOHO). Auch sie geben einen aktuellen Stand wieder, wie der Klient seine Rollen einschätzt und wo er evtl.

etwas verändern möchte. Beispielsweise könnte eine Klientin im Altenheim aus ihrer aktuell fehlenden Rolle als Teilnehmerin an der Zeitungsrunde (häufiges Freizeitangebot in Altenheimen, bei dem aus der Zeitung etwas vorgelesen und dann darüber diskutiert wird) ein Betätigungsanliegen formulieren. Sie könnte äußern, dass sie gerne regelmäßig an der Zeitungsrunde teilnehmen möchte. Genau dieses Anliegen eignet sich wunderbar, jetzt in eine Betätigungsanalyse einzusteigen.

Betätigungsanalyse – entscheiden des Element in der Evaluationsphase

Nach der Beschreibung der verschiedenen Prozessmodelle ist es wichtig, sich der Evaluationsphase mit dem Thema Betätigungsanalyse noch mal genauer zuzuwenden. Warum? Bei einem Top-down-Vorgehen stehen in allen Phasen des Therapieprozesses die Probleme des Klienten bei der Betätigungsperformanz im Vordergrund. Was klappt gerade im Alltag in der Ausführung der Betätigungen nicht zufriedenstellend für den Klienten? D. h. die Evaluation benötigt ein Element, das die *Qualität der Ausführung* in den Fokus nimmt, damit dann die Intervention und auch das Outcome im Hinblick auf die problematische Betätigung ausgerichtet werden können.

Entscheidend ist aber, dass die Ausführung der problematischen Betätigung wirklich beobachtet wird, bevor die Ursachen, z. B. die dahinterliegenden personbezogenen Faktoren oder Körperfunktionen, analysiert werden. *Warum ist diese Vorgehensweise wichtig?* Um nicht Gefahr zu laufen, dass die Ergotherapeutin bereits vor dem Abschluss der Evaluationsphase entscheidet, was bei diesem oder jenem Krankheitsbild für den Klienten notwendig oder hilfreich sein könnte.

Merke

M!

Es ist extrem wichtig, sich als Therapeutin ein Bild zu machen: *Was tut der Klient gerade.* Und das geht über Beobachtung – durch die direkte Anwesenheit der Therapeutin oder in Form eines Videos, das der Klient zur Therapie mitbringt und das von Angehörigen, Bezugspersonen oder Freunden aufgenommen wurde.

Wenn wir auf Kapitel 2 zurückgehen und uns die Definition von Betätigung wieder in Erinnerung rufen, dann kann dies helfen, die Beobachtung zu planen und durchzuführen. Die Therapeutin beobachtet im besten Falle im normalen Umfeld des Klienten, also dort, wo er die Betätigung normalerweise ausführt. Dazu benötigt sie folgende Informationen vom Klienten und/oder erweiterten Klienten:

- Was alles gehört für den Klienten zur Betätigung?
- Wer ist normalerweise dabei?
- Wann fängt die Betätigung für ihn an, wann hört sie auf?
- Wo findet sie statt?

Häufig ist es aufgrund der Rahmenbedingungen, z.B. Kliniksetting, nicht möglich, die Betätigung dort zu beobachten, wo sie der Klient normalerweise ausführt. Dann sollte die Therapeutin alles unternehmen, um die Aufgabe und den Kontext so *ähnlich wie gewohnt* zu gestalten.

Dabei muss die Therapeutin Folgendes beachten:

Die Beobachtung kann mit Hilfe der im Anhang I formulierten Performanzfertigkeiten stattfinden. Wichtig ist, dass die Therapeutin versucht, das Ausmaß der beobachteten Probleme auf die Gesamtausführung zu beurteilen: Ist z.B. die Qualität der Ausführung leicht, mäßig oder deutlich gemindert. Das sind Begriffe aus dem OTIPM, die es der Ergotherapeutin erlauben einzuteilen, wie stark die Qualität vermindert ist. Mehr Wörter und Begriffe, die helfen, eine nachvollziehbare Einschätzung zu treffen, hält das OTIPM bereit (s. Kap. 5.5.2).

Wichtig ist auch noch, dass man unabhängig von Alter und Diagnose jede Betätigung beobachten kann. Zunächst wird nur die Qualität der Durchführung bewertet.

Da wir aber häufig nicht-standardisiert beobachten, ist es wichtig, alle oben genannten Punkte zu beachten. Wie bereits erwähnt kann man selbst beobachten oder ein Video von der Betätigung anfertigen lassen. *Wenn man selbst als Therapeut beobachtet, greift man nicht in die Durchführung der Betätigung ein. Man hält sich im Hintergrund und macht sich Notizen.* Der Klient soll es so machen, wie er es aktuell kann. Falls er normalerweise von einer anderen Person Hilfe erhält, soll diese das auch bei der Beobachtung wie immer machen. Das wird in den Notizen vermerkt.

Im Falle von Sicherheitsbedenken greift die Ergotherapeutin natürlich ein. Wenn die beobachtete Person um Hilfe bittet, wägt die Ergotherapeutin ab, ob sie den Hinweis gibt, es zunächst selbst zu versuchen oder die Hilfe gleich gibt. Das hängt eben von der Sicherheitseinschätzung der Ergotherapeutin ab. Wenn Sie Lust haben, die Kriterien aus dem OTIPM kennen zu lernen, gibt es im Anhang I eine Auflistung und kurze Beschreibung der Performanzfertigkeiten (s. Kap. 5.5) und deren Bewertung. Sie helfen, die Beobachtung verständlicher und klarer zu formulieren. Gerade im deutschsprachigen Raum gibt es unserer Erfahrung nach eine Menge Missverständnisse und Unklarheiten zum Thema Betätigungsanalyse. Hier soll die Gelegenheit genutzt werden, eine klare und differenzierte Sichtweise auf die Betätigungsanalyse zu beschreiben.

Begriffsklärung Betätigungsanalyse

Es soll nun nicht darum gehen, zu sagen, was eine falsche und eine richtige Betätigungsanalyse ist, sondern um Aufklärung zu Begriffsunklarheiten. Wir haben in der deutschen Übersetzung des OTIPM eine sehr gute Recherche und Darstellung von Anne G. Fisher, die sich belegbar mit den Begriffen Performanzanalyse, Aufgabenanalyse und Aktivitätsanalyse (vgl. Fisher 2017, S.102 bis 104) auseinander gesetzt hat.

Übergeordnet kann von einer Betätigungsanalyse gesprochen werden. Da sich die Bedeutung der Begriffe Performanzanalyse, Aufgabenanalyse und Aktivitätsanalyse nicht durch ihren „Namen“ selbst erschließen, werden diese kurz vorgestellt und beschrieben.

Performanzanalyse

Wie bereits im Kapitel 5.5 zum OTIPM erläutert, beobachtet die Ergotherapeutin bei einer Performanzanalyse eine Person dabei, wie sie eine Aufgabe in ihrem vertrauten Umfeld auf ihre gewohnte Art und Weise ausführt. Anschließend analysiert die Ergotherapeutin die sogenannten Performanzfertigkeiten (s. Anhang I), also die kleinsten beobachtbaren Aktionen der Aufgabenausführung, und interpretiert, welche Auswirkungen die beobachteten Schwierigkeiten auf die Qualität der gesamten Aufgabenausführung haben (ebd). Global kann die Qualität der Ausführung über die Anstrengung, Effizienz, Sicherheit und Hilfe beurteilt werden. Dies stellt die Beschreibung von Performanzanalyse nach Anne Fisher dar.

Aufgabenanalyse (Ursachenanalyse)

Führt die Ergotherapeutin eine Aufgabenanalyse durch, so beobachtet sie die Person ebenfalls dabei, wie sie eine Aufgabe in ihrem vertrauten Umfeld auf ihre gewohnte Art und Weise durchführt. Anschließend analysiert sie jedoch, welchen Einfluss möglicherweise die personbezogenen Faktoren und Körperfunktionen, die Anforderungen der Aufgabe an sich oder die Umwelt auf die Qualität der gesamten Aufgabenausführung haben könnten. Das bedeutet, sie interpretiert, *warum* eine Person eine Aufgabe nicht effektiv ausgeführt hat.

Da die Ergotherapeutin bei der Aufgabenanalyse mögliche Ursachen für die verminderte Ausführungsqualität interpretiert, kann auch der Begriff „Ursachenanalyse“, verwendet werden.

Zur Klärung: Bei der Performanz- und Ursachenanalyse beobachten wir den Klienten dabei, wie er eine Aufgabe ausführt.

Aktivitätsanalyse (Anforderungsanalyse)

Die Aktivitätsanalyse ist eine abstrakte Analyse einer Aktivität. Mit dieser Form wird die Aufgabe an sich analysiert, z.B. welche Körperfunktionen benötigt man dafür generell oder wie muss ein Arbeitsplatz gestaltet sein, damit alle notwendigen Gegenstände erreicht werden. Es wird also nicht die Person bei der Aufgabenausführung beobachtet, sondern die *Anforderungen*, die eine Aufgabe von sich aus stellt – auf Körperfunktionsebene, auf Umweltebene und auf Bedeutungsebene – werden betrachtet. Diese Form der Analyse wird auch im AOTA-Framework beschrieben (AOTA 2018, S. 59). Es geht um die Anforderungen, die innerhalb einer Gesellschaft normalerweise an diese oder jene Aufgabe gestellt werden. Sie hilft der Ergotherapeutin, über mögliche Lösungen für das Problem in der Ausführung nachzudenken und unterstützt

sie bei der Interventionsplanung, indem sie sich Gedanken zur Anpassungen der Aufgabe für den Klienten macht. Es ist also eine theoretische „Übung“, um auf geeignete Interventionen zu kommen.

In ► Tab. 9.1 finden sich die drei Formen einer Betätigungsanalyse.

Aufgrund der o. g. unterschiedlichen Formen der Betätigungsanalyse kommt es in der Praxis häufig zu einer Vermischung und damit zu einer Aufweichung eines betätigungszentrierten Top-down-Vorgehens im Prozess. Wichtig ist hier zu sagen, dass im Verständnis einer betätigungszentrierten Vorgehensweise eine *Performanzanalyse im Sinne einer Beobachtung der Betätigung durch die Therapeutin nicht fehlen darf*. Eine Performanzanalyse kann nicht-standardisiert oder standardisiert (s. Kap. Performanz des Klienten bei priorisierten Aufgaben beobachten und Performanzanalysen durchführen, OTIPM Performanzanalyse) durchgeführt werden. Um genau zu verstehen, wie das in der Praxis aussieht, finden Sie dazu die Fallbeispiele im Anschluss. Sowohl die nicht-standardisierte als auch die standardisierte Form sind dargestellt.

Die Therapeutin verschafft sich demnach ein Bild über die Ausführung der Betätigung und kann im Anschluss die Ursachen für Probleme und auch Anforderungen der Aufgabe abklären. In jeder der drei Formen die Perspektive der Ergotherapeutin eine sog. Outsider-Sicht. Hat sich die Ergotherapeutin durch die Betätigungsanalyse ein umfassendes Bild von der Ausführung dieser Betätigung gemacht, fragt sie den Klienten/erweiterten Klienten, wie es aus seiner Sicht geklappt hat, um die Insider-Sicht zu erhalten. Für einen klientenzentrierten Prozess darf auch dieser Schritt nicht fehlen.

Tab. 9.1 Formen der Betätigungsanalyse, vgl. Fisher 2017; Anpassung Maria Kohlhuber

Analyseform	Beobachtung durch Ergotherapeutin notwendig?	Worauf liegt der Fokus?	Wozu wird beobachtet bzw. analysiert?
Performanzanalyse	Ja	Performanzfertigkeiten (s. Anhang I)	Um die Qualität der Ausführung zu beurteilen
Aufgabenanalyse (Ursachenanalyse)	Ja	Personbezogene Faktoren, Körperfunktionen und Umweltfaktoren	Um herauszufinden, wo die Ursachen für die Probleme in der Ausführung liegen könnten
Aktivitätsanalyse (Anforderungsanalyse)	Nein	Generelle Anforderungen einer Aufgabe an personbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren	Um über Lösungsansätze für die Intervention nachzudenken

Es ist entscheidend für den weiteren Therapieprozess, ob die Beobachtungen des Klienten/des erweiterten Klienten und die der Therapeutin übereinstimmen oder ob sie weit auseinander liegen. Liegen die Einschätzungen weit auseinander, kann dies häufig der Grund sein, warum Therapiemaßnahmen ins Leere laufen oder für den Klienten nicht gut nachvollziehbar sind. Genauso kann es dazu führen, dass die Motivation beim Klienten nicht ausreichend vorhanden ist. Ist die Diskrepanz zu stark, ist es zunächst wichtig zu klären, wie das Fremd- und Selbstbild besser aneinander angenähert werden können. *Die Erfassung der Outsider- und Insider-Sicht muss voneinander getrennt werden, aber unbedingt stattfinden und zwar in der beschriebenen Reihenfolge.* Damit wird klar, dass die Evaluationsphase im betätigungszentrierten Vorgehen ein entscheidendes Element ist. Erst nach einer genauen Analyse werden mit dem Klienten gemeinsam die Ziele und die Maßnahmen festgelegt und der Plan umgesetzt.

Für den deutschsprachigen Raum hat Ellen Romein eine Betätigungsanalyse entwickelt, die sowohl eine Performanzanalyse als auch eine Aufgaben- und eine Aktivitätsanalyse enthält. Es ist eine Mischung aus unterschiedlichen Modellen und Assessments. Für die Performanzanalyse verwendet sie zum Teil die Beurteilungskriterien aus dem OTIPM in der Einschätzung aus Sicht der Therapeutin.

Es geht darum, die Qualität der Ausführung einer Betätigung durch den Klienten bei einer Beobachtung zu beurteilen – aus Therapeuten- und Klientensicht. Dafür wird der Begriff der Betätigungsanalyse verwendet und es wurden zwei Vorgehensweisen entwickelt. Im Laufe der Jahre der Erprobungs- und Entwicklungsphase hat sich gezeigt, dass es für Therapeuten hilfreich ist, eine nicht-standardisierte Betätigungsanalyse zu haben, die aber eine *klare Struktur* vorgibt. Somit entwickelte Ellen Romein eine Betätigungsanalyse mit 6 und eine mit 7 Schritten.

In beiden Vorgehensweisen, der mit 6 und der mit 7 Schritten, geht es immer um *die Sicht des Therapeuten und des Klienten auf eine Betätigung* – in Bezug auf die Effizienz der Ausführung, die Anstrengung, die Sicherheit und die Hilfestellung. Die 7-Schritte-Analyse ist durch die direkte Beobachtung (Video, Therapeutin beobachtet vor Ort selbst) gekennzeichnet. Man findet diese Form weiterentwickelt auch publiziert (vgl. Romein in Baumgarten u. Strebel 2016, S.119 -132).

Betätigungsanalyse nach Romein [] mit 7 Schritten

1. Die problematische Betätigung vollständig beschreiben, Anfang und Ende festlegen
2. Ort und Zeitpunkt der Beobachtung festlegen
3. Den Klienten instruieren, Betätigung wird ausgeführt
4. Die Therapeutin beobachtet und analysiert für sich
5. Der Klient analysiert aus seiner Sicht
6. Ergebnisse gemeinsam festlegen
7. Ziel- und Maßnahmenplan erstellen

Die 6-Schritte-Analyse eignet sich besonders für Betätigungsprobleme, bei denen es wenig Sinn macht, sie von außen zu beobachten. Beispielsweise haben Klienten manchmal Anliegen wie morgens besser aus dem Bett zu kommen. Es wird sehr schnell deutlich, dass dieses Anliegen nicht beobachtet werden kann, weil es sich in diesem Fall um einen Klienten handelt, der an sich zwar aufstehen, sich aber nicht dazu aufrufen kann. Somit geht es hier eher darum, mit dem Klienten zusammen die Ursachen (also Barrieren und auch Ressourcen) herauszufinden, um dann mit ihm in den Maßnahmen auf Lösungen zu kommen.

Die 6-Schritte-Analyse ist insofern besonders, da sie eine Beobachtung durch den Klienten selbst – nicht durch den Therapeuten – vorsieht, indem man mit dem Klienten zusammen eine Liste mit Kriterien für die Beobachtung erstellt. Er schätzt damit selbst ein, wie ihm die Ausführung der Betätigung gelingt. So können aus diesen Erkenntnissen das Ziel und auch die Maßnahmen erstellt werden.

Wer zu den Formen der Betätigungsanalyse von Ellen Romein mehr wissen möchte, kann sich über Fortbildungen dazu bei ihr selbst kundig machen.

Nach der umfassenden Darstellung der Betätigungsanalyse, die für das vorliegende Buch auch ein zentrales Element sein muss, geht es nun im weiteren Verlauf der Evaluationsphase im ergotherapeutischen Prozess um die Planung und die Zielformulierung.

Ein kleiner persönlicher Exkurs

Für mich war die oben stehende Begriffsklärung ein „Schlüsselmoment“ meines therapeutischen Seins, weil mir dadurch noch mal klarer wurde, warum ich als Ergotherapeutin Expertin für Betätigung bin – und eben nicht für Körperfunktionen zuständig. Deshalb ist es mir ein besonderes Anliegen, dass dieser Abschnitt gut verstanden wird und vielleicht zu mehr Klarheit und Aufklärung im Umgang mit dem Begriff Betätigungsanalyse im deutschsprachigen Raum führt. Es ist nicht zu leugnen, dass unser Verständnisproblem

in diesem Bereich auch damit zu tun hat, dass es aus den Praxismodellen heraus eine oft nicht so ganz eindeutige und stringente Übersetzung gibt und in der Originalliteratur unterschiedliche Begriffe für Dasselbe und umgekehrt verwendet werden. Gerade deswegen bringen diese Ausführungen hier vielleicht für viele Leser auch „Schlüsselmomente“.

Wenn Sie ähnliche oder ganz andere Erfahrungen dazu haben, freue ich mich über Rückmeldung und Diskussion.

Betätigungszentrierte Ziele formulieren

Es gibt unterschiedliche Strukturen oder Regeln, wie Ziele formuliert werden können. Im betätigungszentrierten Vorgehen beinhaltet *das Ziel die Betätigung, die der Klient verändern und (wieder) ausführen möchte*. Um eine möglichst aktive und aus Perspektive des Klienten klare Zielformulierung zu erreichen, ist es hilfreich, bei der Formulierung mit aktiven Verben zu arbeiten und Kann- und Soll-Formulierungen zu vermeiden. Beispiele: Jonas schreibt ..., Herr Mayer schneidet ..., Frau Müller putzt sich ihre Zähne etc.

Zwei verschiedene Strukturen zur Zielformulierung

Die SMART-Regel

[]

Eine der bekanntesten Regeln ist die sog. SMART-Regel (vgl. Mayor 2014, S. 11).

Sie stammt nicht ursprünglich aus der Ergotherapie, sondern ist in vielen Bereichen und Branchen üblich. Dabei geht es darum, das Ziel so zu formulieren, dass man sehr konkret weiß, was, wann und wie dabei herauskommen soll. SMART ist eine Abkürzung für folgende Begriffe:

S = spezifisch (specific)

M = messbar (mesurable)

A = erreichbar (achievable) (agreed)

R = relevant (relevant)

T = terminiert (timed), auf einen bestimmten Zeitraum oder Zeitpunkt zur Erreichung festgelegt

Hinweis:

Die SMART-Regel stammt aus dem englischen Sprachraum, so dass das A im Englischen „achievable“ heißt und in der deutschen Übersetzung daraus „erreichbar“ wird. Manchmal wird A auch als „agreed“ ausgegeben und in der Übersetzung findet sich dann „akzeptiert“. Egal welche Form verwendet wird: Wichtig ist, dass die einzelnen Parameter helfen, dass das Ziel konkret und für den Klienten verständlich formuliert ist. Und vor allem genau das trifft, was er erreichen möchte.

Wollen wir mit dem Klienten auf eine klientenzentrierte Art und Weise arbeiten, so muss für ihn sehr klar sein, was sein Ziel ist. Nur so kann er aktiv den Prozess mitgestalten. Ein Beispiel für eine SMARTe Zielformulierung könnte wie folgt aussehen:

Ich gehe die Treppen zu Hause vom Wohnzimmer in den ersten Stock sicher und ohne Hilfe. Dieses Ziel erreiche ich innerhalb der nächsten 4 Wochen.

Betätigung im Kontext:

Treppen steigen im eigenen Haus vom Wohnzimmer in den ersten Stock

- spezifisch = eine konkrete Betätigung „Treppen zu Hause in den ersten Stock steigen“
- messbar = sicher, ohne Hilfe
- erreichbar = in seinem aktuellen Zustand zu schaffen
- relevant = für ihn bedeutsam, weil er oben ins Bad muss und dort auch schläft
- terminiert = innerhalb der nächsten vier Wochen

Neben der SMART Regel können wir aber auch andere Strukturen nutzen, die es uns erleichtern, Ziele mit dem Klienten so zu formulieren, dass jeder das Ziel gut verstehen kann. Im Kapitel 2 ist der Begriff Betätigung über W-Fragen geklärt worden. Um sicher zu gehen, dass wir in der Zielformulierung bei der Betätigung bleiben, kann man nach den Komponenten ebenfalls über die W-Fragen eine Struktur finden, die es sehr einfach macht, ein Ziel klar und deutlich zu formulieren (vgl. Costa in Baumgarten u. Strebel 2016, S. 156; Mayor 2014, S. 10 und Fisher 2017, S. 115).

Nach Fisher (vgl. Fisher 2017) muss ein Ziel auf jeden Fall zwei Fragen beantworten: Welche Aufgabe wird ausgeführt? Wir gut wird die Aufgabe ausgeführt? Noch genauer wird das mit weiteren W-Fragen. Man könnte die Regel dann wie folgt nennen: *Die Wer-Was-Wo-Wie gut-Bis wann-Regel*.

Die Wer-Was-Wo-Wie gut-Bis wann-Regel []

Durch die Anwendung der *Wer-Was-Wo-Wie gut-Bis wann-Regel* erreicht man, dass sowohl der Klient als auch die Therapeutin schnell überprüfen können, ob alle Komponenten berücksichtigt sind, die für ein Ziel auf Betätigungsebene notwendig sind.

- Wer macht etwas? (Klient oder erweiterter Klient oder gemeinsam)
- Was macht er? (Betätigung)
- Wo macht er es? (Kontext)
- Wie gut macht er es? (Performanzqualität)
- Bis wann macht er es? (Zeit)

Nehmen wir das gleiche Ziel vom Treppensteigen oben, so können die W-Fragen zugeordnet werden. Dann wird deutlich, dass jede Frage beantwortet werden kann:

Ich (Wer?) gehe die Treppen zu Hause (Wo?) vom Wohnzimmer in den ersten Stock (Was?) sicher und ohne Hilfe (Wie gut?). Dieses Ziel erreiche ich innerhalb der nächsten vier Wochen (Bis wann?).

Merke

M!

Oft haben Klienten keine Erfahrung, Ziele zu formulieren. Im klientenzentrierten Prozess ist es bedeutsam, dies mit dem Klienten gemeinsam zu tun. Für den Klienten ist meist wichtig, dass das vorher im Prozess benannte Betätigungsanliegen vorkommt. Die Ergotherapeutin unterstützt daher den Klienten bei der Formulierung des Ziels, sodass es eindeutig ist, sie es dokumentieren und er es gut verstehen kann (s. Kap. 3.4.3 und Kap. 6.3.1; Klientenzentrierte Gesprächsführung/Kommunikation u. Fisher 2017).

In der täglichen Arbeit ist es natürlich so, dass häufig an mehreren Zielen gleichzeitig gearbeitet wird. Wenn man aus dem COPM z.B. 3 Anliegen hat, die eine hohe Wichtigkeit besitzen, kann es durchaus sein, dass alle drei parallel bearbeitet werden. Das hängt sehr von der Behandlungsdauer und der Verordnung des Klienten ab. Demnach hätte der Klient dann drei Ziele.

In den Prozessbeispielen im vorliegenden Buch sind meist mehrere Anliegen durch das COPM oder ein anderes Assessment erfasst. Zur einfacheren Verständlichkeit wird jedoch meist nur ein Anliegen nach der Analyse zum Ziel und dieses wird dann auch in der Intervention und Re-Evaluation beschrieben. Im arbeitstherapeutischen Prozessbeispiel (Kap. 9.2) sind jedoch bewusst mehrere Ziele in Bearbeitung, um einen realistischen Praxiskontext abzubilden.

Aus den Zielen leiten sich die Interventionen ab. Wie sehen Interventionen im Sinne von Betätigungszentrierung aus?

Betätigungszentrierte Interventionen

Als Ergotherapeuten haben wir ein vielschichtiges Spektrum an Interventionsmöglichkeiten, die sich über die Jahre der Berufsentwicklung auch stetig erweitert und verändert haben. Vereinfacht ausgedrückt könnte man sagen, dass wir funktionsorientierte und betätigungszentrierte Interventionsmöglichkeiten haben. Bei einem betätigungszentrierten Vorgehen stehen natürlich die Interventionen im Vordergrund, in denen direkt die als problematisch erlebte Betätigung des Klienten geübt wird. Auch hier ist aber immer noch nicht so ganz klar, was betätigungszentrierte Interventionen

sind. Das AOTA Framework beschreibt die Intervention als eine Kombination aus folgenden Elementen:

- therapeutischer Einsatz von Betätigungen und Aktivitäten
- vorbereitende Methoden und Adaptionen (z. B. Hilfsmittelversorgung, Rollstuhl- und Rollator-training, Schienenanpassung)
- vorbereitende Aufgaben (z. B. Schultermobilisation, Wärmebad, etc.)
- Schulung und Training
- Fürsprache (z. B. Vermittlung zwischen Klient und Angehörigen für eine bestimmte Betätigung, Klient vertritt eigene Interessen)
- Gruppenintervention (vgl. AOTA 2018, S. 65)

Diese eingesetzten Elemente der Intervention werden fortlaufend in gemeinsamer Absprache mit dem Klienten reflektiert und gegebenenfalls angepasst und verändert, um eine klientenzentrierte Zielerreichung zu gewährleisten.

Das OTIPM geht noch einen Schritt weiter und beschreibt als einziges Prozessmodell legitime (angemessene) ergotherapeutische Interventionen (vgl. Kap. 5.5, OTIPM) im Sinne von Betätigungszentrierung.

Je mehr sich die Therapeutin klar darüber ist, was der Klient gerne in seinem Alltag wieder können möchte, je genauer die problematische Betätigung aus Therapeuten- und Klientensicht beobachtet wurde, desto *einfacher kann der Maßnahmenplan für die Interventionen erstellt werden*. Warum? Zum einen wird der Klient selbst durch die Betätigungsanalyse angeregt, Ideen zu entwickeln, und zum anderen ergibt sich aus einer gut strukturierten und dokumentierten Analyse eine individuell auf den Klienten abgestimmte Intervention in Bezug auf die von ihm benannte problematische Betätigung. Dies zeigen auch die vier Beispielprozesse in den nachfolgenden Teilkapiteln.

Zudem kann hier auch das AOTA Framework helfen. Dort wurde eine Tabelle mit Interventionsansätzen zusammengestellt, die Betätigung im Fokus haben und dann auf folgende Dimensionen ausgerichtet sind:

- Schaffen
- Fördern (Gesundheitsförderung)
- Etablieren
- Wiederherstellen
- Erhalten
- Modifizieren (Kompensation, Adaption)
- Verhindern (Prävention)

Eine Bandbreite von betätigungszentrierten Interventionen finden Sie in den vier Beispielprozessen. Je nach gewählter Dimension innerhalb der Intervention kann auch die Outcomemessung erfolgen (vgl. AOTA 2018).

Betätigungszentriertes Outcome

Um am Ende des ergotherapeutischen Prozesses zu wissen, ob die Intervention für den Klienten erfolgreich war, *er demnach seine Ziele erreicht hat und damit zufrieden ist*, müssen wir das Ergebnis messen, also eine Outcomemessung durchführen.

Im klientenzentrierten Prozess bedeutet das vor allem, dass der Klient nach der Intervention mit der Ausführung der von ihm als problematisch eingeschätzten Betätigung zufriedener ist. Das COPM ist hierzu ein sehr gut anwendbares Messinstrument, weil es die Insider-Sicht des Klienten aufzeigt. Wollen wir die Qualität der Ausführung einer Betätigung aus Sicht des Therapeuten messbar machen, brauchen wir Instrumente, die uns ermöglichen, darüber Auskunft zu geben. So können z. B. erneute standardisierte und nicht-standardisierte Performanzanalysen sehr einfach zeigen, ob sich die Qualität der Ausführung verändert hat.

Neben der Insider-Sicht, können wir über die eingesetzten Performanzanalysen auch die Sicht des Therapeuten (Outsider-Sicht) darstellen. Wir können am Ende des Prozesses demnach die am Anfang eingesetzten Assessments wieder einsetzen. *Sowohl die Insider- als auch die Outsider-Sicht machen das Ergebnis messbar und beweisbar*. Durch eine nachvollziehbare Dokumentation – z. B. in Form eines Berichts – ist klar, was in der Ergotherapie erreicht wurde. Um dieses Outcome strukturiert und professionell darstellen zu können, benötigen Ergotherapeuten auch Wissen über Evidenz (mehr dazu in Kap. 9.1.8).

Eine Outcomemessung kann über verschiedene Kategorien erfolgen. Je nach gewählter Intervention kann die Betätigung über die Verbesserung oder Steigerung der Betätigungsperformanz oder über die Prävention von Betätigungsperformanzproblemen erfolgen, oder über die Teilhabe an für den Klienten bedeutungsvollen Betätigungen gemessen werden. Des Weiteren kann das Outcome im ergotherapeutischen Prozess über die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die Rollenkompetenz gemessen werden – also über das Eingebundensein (s. Kap. 2) in Betätigung (vgl. AOTA 2018, S. 66–68).

Merke**M!**

Wenn wir als Ergotherapeuten ein breites Grundwissen über Betätigung haben, kann das die Outcomemessung erleichtern, weil wir wissen, worauf die Intervention abzielt, z. B. die Betätigungsperformanz zu steigern/verbessern, Teilhabe zu ermöglichen oder z. B. Rollen auszubauen, wiederzuentdecken oder auch zu verlassen.

9.1.3 Der ergotherapeutische Prozess in ausgewählten Modellen

Um einen Überblick zu den verschiedenen Prozessen in den unterschiedlichen Modellen zu erhalten, werden zwei nun genauer erläutert. Das Auswahlkriterium für die Prozesse innerhalb eines betätigungszentrierten Lehrbuchs ist natürlich, dass die Prozesse ein Top-down-Vorgehen beschreiben und das Kernelement Betätigung im Prozess die entscheidende Rolle spielt. Und so schließt sich hier der Kreis zwischen Modellauswahl und Prozessauswahl für dieses Buch. Sowohl die dargestellten Praxismodelle wie auch deren Prozesse haben für uns die Betätigung als Zentrum. Aus diesem Grund haben wir uns für folgende zwei Prozesse und damit natürlich auch für die dahinterstehenden Modelle entschieden:

Der Prozess aus dem Kanadischen Modell (CPPF) wird besonders ausführlich beschrieben, weil er uns nach wie vor sehr eingängig erscheint und sowohl Klientenzentrierung als auch Betätigung konsequent mit berücksichtigt. Aus diesem Grund haben wir uns auch für das OTIPM als zweites Modell und Prozess entschieden. Es ist zwar auf den ersten Blick etwas komplexer, bringt aber das Thema Performanzanalyse zentral in den Fokus. Und es beschreibt als einziges Modell derzeit legitime ergotherapeutische Interventionen (s. Kap. 5.5). Diese beiden Inhalte finden sich in dieser Form im CPPF nicht.

Das OTIPM stellt auch deshalb eine Besonderheit dar, weil es in erster Linie einen Prozess beschreibt, diesen aber gleichzeitig mit einer Sichtweise auf Ergotherapie ausstattet, in der Betätigungs- und Klientenzentrierung nie aus dem Fokus geraten. Außerdem ist die Entwicklung des OTIPM durch die Sichtweisen aus dem Model of Human Occupation (MOHO) und dem Kanadischen Modell (CMOP-E) mit geprägt (vgl. Fisher 2017). An diesem Punkt wird noch einmal deut-

lich, wie sehr die Modelle und deren Prozesse ständig im Abgleich mit der Praxis erneuert, verändert und angepasst werden und sich natürlich auch gegenseitig beeinflussen.

Zudem kann man sich immer auch während eines Prozesses für Elemente aus anderen Prozessen und Modellen entscheiden, wenn dies sinnvoll oder notwendig erscheint. Zum Beispiel kann ein Assessment aus dem MOHO im Schritt 3 des CPPF ohne weiteres genutzt werden. Im OTIPM wird die Hinzunahme von Elementen aus anderen Modellen sogar ausdrücklich erwähnt. Wie dies in der konkreten Durchführung aussieht, wird in den Beispielprozessen unten gezeigt. Auf die Prozesse aus dem MOHO und KAWA geht Kapitel 5 zu den ergotherapeutischen Modellen kurz ein. Sie werden hier nicht mehr genauer beschrieben oder beispielhaft gezeigt.

Es ist eine Entscheidung der Herausgeberinnen, den Prozess anhand des CPPF und des OTIPM in je zwei Fallbeispielen zu erklären. Dementsprechend soll dies nicht bedeuten, dass wir die Prozesse in den anderen beschriebenen Modellen abwerten, aber uns erschien es hier einleuchtender, sich auf zwei Prozesse in je zwei unterschiedlichen Arbeitsfeldern zu beschränken – einmal bewährt und langjährig bekannt mit dem CPPF und einmal mit dem OTIPM als neueres Modell, das den Prozess sehr klar und ausführlich einschließlich Interventionen beschreibt.

Merke**M!**

Damit wird deutlich, dass ein Prozessmodell in der praktischen Arbeit nicht immer durchgängig angewandt wird. Wir haben eine breite Basis an Wissen zur Verfügung und mit Hilfe unserer Kernkompetenzen (CMCE-Skills) und dem Professional Reasoning wählen wir in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Klienten den jeweils individuell angepassten Weg. Damit gleicht ein Prozess mit einem Klienten nie dem mit einem anderen. Aber das ausgewählte Modell/die ausgewählten Modelle und die ausgewählte Prozessstruktur ermöglichen ein transparentes, professionelles und damit evidenzbasiertes Top-down-Vorgehen. Dadurch wissen in erster Linie die Klienten, aber auch alle anderen involvierten Professionen und Institutionen im Gesundheitswesen, was Ergotherapie leistet und warum.

Im Vorgehen nach dem CPPF ist es nicht explizit erforderlich, eine Performanzanalyse im Sinne von Anne Fisher durchzuführen. Dort ist lediglich in der Prozessbeschreibung bei Aktionspunkt 3 (erheben/bewerten) die „Analyse einer Betätigung“ als durch die Therapeutin zu erledigen aufgeführt. Der CPPF bleibt in der Ausführung dazu ungenau. Um aber das Vorher und Nachher messbar machen zu können, kann die Vorgehensweise aus dem OTIPM sehr hilfreich sein. Sie gleicht einem Leitfaden, der unterstützt, die Ausführung der Betätigung möglichst objektiv zu beurteilen.

9.1.4 Der Prozess im CMOP-E: Canadian Practice Process Framework (CPPF)

Einer der bekanntesten und in Deutschland häufig verwendeter Prozess, ist jener aus dem Kanadischen Modell (CMOP-E). Wie bereits bei der Modellbeschreibung kurz aufgegriffen heißt dieses Prozessmodell „Canadian Practice Process Framework“ (CPPF). Es beschreibt ein Vorgehen in acht Schritten. In den nachfolgenden Teilkapiteln finden Sie zwei Beispielprozesse, die das therapeutische Vorgehen im Bereich der Neurologie und der Arbeitstherapie in den acht Schritten des CPPF zeigen.

Zunächst werden die Schritte im CPPF allgemein beschrieben, sodass auch anhand der Grafik deutlich wird, wie die Ergotherapeutin vorgeht. Das Kanadische Modell CMOP-E ist gekennzeichnet durch den hohen Stellenwert, den es Klientenzentrierung beimisst. Und dies ist für den Prozess von besonderer Bedeutung – Klient und Therapeut sind während des gesamten Prozesses gleichberechtigt. Die Grafik verdeutlicht dies, indem die beiden Farben – blau für den Klienten, blau-weiß für den Klienten und den Therapeuten – in jedem Schritt in Abstufungen von ganz blau bis blau-weiß schattiert sind (vgl. Townsend u. Polatajko 2013, S.233). Und entscheidend ist, dass Schritt 1 (Eintreten) und Schritt 8 (Abschließen) allein in der Hand oder der Entscheidung des Klienten liegen. Nicht der Therapeut entscheidet, dass Ergotherapie zwingend angezeigt wäre, sondern der Klient. Dieser zentrale Aspekt von Klientenzentrierung aus dem Modell wird im CPPF konsequent umgesetzt. Deshalb ist es wichtig, sowohl das Modell als Basis zu kennen, als auch den Prozess mit seinen Schritten wirklich gut in das eigenen Arbeiten zu übernehmen.

Die einzelnen Schritte des Klienten und Therapeuten finden im Kontext – gesellschaftlicher Kontext und Praxiskontext – und innerhalb eines oder mehrerer Bezugsrahmen statt. Das klingt auf den ersten Blick etwas kompliziert, nimmt man aber ein Beispiel zur Hilfe, dann wird sehr schnell deutlich, wie diese Komponenten alle zusammenspielen:

Sowohl der Klient als auch die Therapeutin leben und arbeiten in einem bestimmten gesellschaftlichen Kontext, z. B. in der Bundesrepublik Deutschland. In diesem Kontext haben wir ein Gesundheitssystem, in dem ergotherapeutische Behandlungen über die Krankenkasse finanziert werden. Wir haben bestimmte Kliniken, die auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisiert sind. Zudem haben wir ein staatliches Sicherungssystem, das grundsätzlich garantiert, dass man behandelt wird. Es herrscht außerdem die Grundannahme, dass Krankheit an sich nicht selbstverschuldet ist.

Hier könnte noch eine Vielzahl an weiteren Grundkonstanten aufgeführt werden, diese werden jedoch im jeweiligen Prozessbeispiel aus der Neurologie (s. Kap. 9.3) und der Arbeitstherapie (s. Kap. 9.2) klarer. Über den gesellschaftlichen Kontext, in dem sowohl der Klient als auch die Therapeutin eingebunden sind, ergibt sich gleichzeitig auch der Praxiskontext, also z. B. in welcher Form, wo und wie oft ein Klient ergotherapeutisch behandelt wird. Nachfolgend werden die Rahmen näher beschrieben, die in ► Abb. 9.1 um die acht Aktionspunkte herum gezogen sind (ebd., S.235 bis 246):

Gesellschaftlicher Kontext (äußerer Rahmen)

Vor jedem Zusammentreffen von Klient und Therapeutin sind beide in verschiedenen und vielfältigen Betätigungen innerhalb unterschiedlicher Umwelten eingebunden. Beide haben in der Gesellschaft, in der sie aufgewachsen sind, bestimmte Einstellungen, Werte, Vorstellungen und Fähigkeiten erworben, die Einfluss auf den Prozess haben.

Gesellschaftlicher Kontext lässt sich einteilen in den

- physischen (Natur, Gebäude, Technologien),
- sozialen (soziales und professionelles Netzwerk, Bedingungen am Arbeitsplatz, kommunale Ressourcen),
- kulturellen (Ethnien, Rasse, Geschlecht und Alter, Gewohnheiten und Rituale, die auf Kultur beruhen, professionelle und Arbeitskultur) und

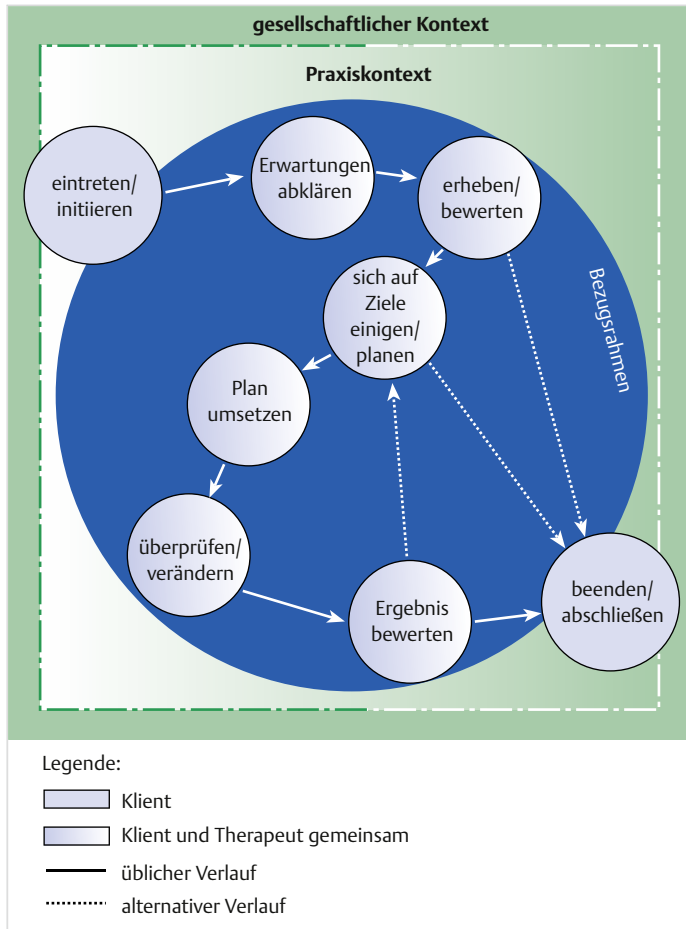


Abb. 9.1 Das CPPF. (Quelle: Canadian Practice Process Framework in Townsend, E. & Polatajko H. 2007, Ottawa, ON, CAOT Publications ACE)

- institutionellen (rechtlicher, ökonomischer und politischer Kontext, Gesundheitssystem, politisches System)

Praxiskontext (Rahmen mit gestrichelter Linie)

Der Praxiskontext ist immer in den gesellschaftlichen Kontext eingebettet und beide beeinflussen sich gegenseitig. In der Grafik ist dies über die gestrichelte Linie verdeutlicht. Damit ist der Praxiskontext der Kontext, in dem die Klient/Therapeut-Beziehung beginnt. Er umfasst auch eine physische, soziale, kulturelle und institutionelle Umwelt. Zum Beispiel Lage und Ausstattung der ergotherapeutischen Einrichtung, interprofessionelles Team, Leitbilder der Einrichtung, Arbeitsabläufe etc.

Zudem gehören zum Praxiskontext die persönlichen Faktoren, die Klient und Therapeutin ausmachen. Beispiele sind das Rollenverständnis der Therapeutin, Rollenverständnis des Klienten, Einstellungen und Werte beider, Ausbildung und/oder Studium der Therapeutin, Fort- und Weiterbildungen der Therapeutin, etc.

Bezugsrahmen (Kreis um die acht Schritte herum)

Der Bezugsrahmen beinhaltet alle Theorien, Modelle und Praxiskonzepte, die die Therapeutin im therapeutischen Prozess auswählt. Es ist ihr theoretischer Überbau während des gesamten Prozesses oder eben die theoretische oder modellgeleitete „Brille“, die sie für jeden Klienten individuell aufsetzt. Dabei kann sie auch mehrere Modelle kombinieren.

Der Bezugsrahmen kann sich verändern, je nach Praxiskontext, Prozess und/oder Klient-Therapeut-Beziehung (vgl. Baumgarten u. Strebel 2016).

Auf den ersten Blick wird aus der Gesamtgrafik des CPPF (► Abb. 9.1) nicht unbedingt deutlich, wie entscheidend der Kontext und die Bezugsrahmen sind. Der ergotherapeutische Prozess ist jedoch nie ohne diese zu denken. Die acht Aktionspunkte bilden dann den Weg, der in die oben beschriebenen Kontexte und Rahmen eingebunden ist. Dabei ist wichtig, dass der Klient bei Schritt 1 entscheidet, dass er eintritt. Ebenso ist es bei Schritt 8 Sache des Klienten, über den Austritt zu entscheiden. Die Schritte 2–7 sind als gemeinsame Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut zu sehen. Alle Entscheidungen werden in Kooperation zwischen Klient und Therapeut getroffen, alle Vorgehensweisen gemeinsam festgelegt. Dies wird in ► Abb. 9.1 auch dadurch deutlich, dass die Aktionspunkte 1 und 8 nur die Farbe des Klienten aufweisen (blau), die Schritte dazwischen jedoch einen Farbverlauf zeigen, der das Blau des Klienten mit dem Weiß des Therapeuten mischt.

Merke

M!

Die Schritte (Aktionspunkte) 1 bis 4 in ► Abb. 9.1 lassen sich der Evaluationsphase, die Schritte 5 und 6 der Interventionsphase und die Schritte 7 und 8 der Outcome-/Re-Evaluationsphase zuordnen. In der kanadischen Originalliteratur wird in jedem Schritt wieder die Klientenzentrierung in den Mittelpunkt gestellt. *Jeder Aktionspunkt wird im Original so eingeleitet, dass es im Sinne der Klientenzentrierung immer um eine partnerschaftliche Zusammenarbeit und um Verantwortung für den Prozess auf beiden Seiten geht – soweit wie möglich und erwünscht* (vgl. Townsend u. Polatajko 2013).

Um Klientenzentrierung auch in jedem Aktionspunkt umsetzen zu können, gibt es zusätzlich das „Canadian Model of Client-Centred Enablement“ (CMCE) (s. Kap. 3 und Kap. 8). Es beschreibt die ergotherapeutischen Kernkompetenzen. Zur Erinnerung: Sie sind in der Modellanlage so gedacht, dass sie im CPPF in jedem Schritt zum Tragen kommen. Welche Kernkompetenz kommt wann zum Einsatz? Meist sind es mehrere zugleich. Im Beispielprozess aus der Neurologie und der Arbeitstherapie sind die CMCE-Skills als Kernkompetenzen mit den Prozessschritten verbunden.

9.1.5 Die 8 Aktionspunkte des CPPF

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte des CPPF genauer beschrieben.

Evaluationsphase

Aktionspunkt (AP) 1: Eintreten/initiieren

Auf Basis einer Verordnung oder mit der Bitte um einen Vertrag findet der erste Kontakt zwischen Klient und Therapeut statt. Beide entscheiden, ob Ergotherapie nützlich und sinnvoll ist. Im Einvernehmen zwischen Klient und Therapeut startet der Prozess (vgl. Townsend u. Polatajko 2013, S. 252).

AP 2: Erwartungen abklären

Im zweiten Schritt unterstützt die Therapeutin den Klienten, seine Wünsche, Werte, Annahmen und Erwartungen in Bezug auf die ergotherapeutische Behandlung auszusprechen. Ebenfalls erklärt die Therapeutin, was Ergotherapie ist und was sie innerhalb ihrer Profession an Leistungen anzubieten hat. Sind immer noch beide Seiten überzeugt, dass eine ergotherapeutische Behandlung sinnvoll ist, geht der Prozess weiter (Townsend u. Polatajko 2013, S. 255). Es beginnt ein Sammlungs- und Bewertungsprozess. Der Klient und ggfs. erweiterte Klienten werden nach Alltagsaktivitäten gefragt, die derzeit problematisch sind und verändert werden sollen und natürlich auch nach solchen, die Ressourcen darstellen. Dabei wird alles aufgenommen, was der Klient/erweiterte Klient nennt. Es findet keine Bewertung durch die Ergotherapeutin statt. Sie hat die Aufgabe, so nachzufragen, dass der Klient/erweiterte Klient in der Lage ist, Betätigungen zu nennen. Dies kann mit verschiedenen Assessments geschehen, z. B. dem COPM, Betätigungsprofilen, Checklisten aus dem MOHO etc. Gleichzeitig kann erhoben werden, welche Betätigungen in der Vergangenheit wichtig waren oder in der Zukunft wichtig sein könnten.

AP 3: Erheben und bewerten

Der AP 2 wird im AP 3 weitergeführt, vertieft und geht dann in die Analyse über. Wichtig ist eine Einschätzung, Erhebung und Analyse der personen-, umwelt- und betätigungsbezogenen Faktoren. Über Beobachtung, Assessments, Tests und andere Prüfungsmethoden werden alle relevanten

Informationen gesammelt. Alle Ergebnisse werden dokumentiert und für die Entwicklung eines Behandlungsplans genutzt. An diesem Punkt kann sich auch herausstellen, dass Ergotherapie nicht angezeigt ist und es direkt zum Schritt 8 (beenden, abschließen) geht. Dies entscheiden aber wieder Klient und Therapeut gemeinsam (Townsend u. Polatajko 2013., S. 256).

Hinweis

Im CPPF werden betätigungsbezogene Faktoren erhoben. Es gibt jedoch keine Struktur oder ein Vorgehen, das beschreibt, wie die Ergotherapeutin das tun kann. Für ein betätigungszentriertes Vorgehen ist dies jedoch dringend zu empfehlen. Aus diesem Grund nutzen die beiden Autorinnen, die einen Prozess nach dem CPPF beschreiben, eine Betätigungsanalyse (Formen s. Kap. Betätigungsanalyse – entscheidendes Element in der Evaluationsphase) in der Evaluation, auch wenn das der CPPF an sich so nicht explizit fordert.

AP 4: Sich auf Ziele einigen, planen

Hier wird das konkrete Ziel mit dem Klienten/erweiterten Klienten festgelegt. Wichtig ist, dass es vor der Analyse und der Bewertung um eine zu verändernde Betätigung ging. Erst nach der genauen Bewertungs- und Erhebungsphase ist es möglich, ein konkretes Ziel mit dem Klienten zu erarbeiten, das für ihn bedeutsam und nachvollziehbar ist. Wenn sich nach der Erhebungs- und Bewertungsphase aber herausstellt, dass der Klient doch keine Ergotherapie benötigt oder möchte, kann der Prozess hier auch zu Schritt 8 gehen und beendet werden.

Für jedes Ziel wird ein Behandlungs- oder Maßnahmenplan entwickelt. Gemeinsam mit dem Klienten wird festgelegt, was alles in den nächsten Wochen/Monaten zur Zielerreichung innerhalb der Therapie gemacht werden soll – von der Therapeutin und vom Klienten und gegebenenfalls vom erweiterten Klienten (Townsend u. Polatajko 2013., S. 258). Wie dies konkret aussehen kann, ist in jedem der vier Beispielprozesse zu finden.

Interventionsphase

AP 5: Plan umsetzen

Jetzt geht es darum, die Maßnahmen gemeinsam und partnerschaftlich umzusetzen. An dieser Stelle gewinnt häufig die Zusammenarbeit mit dem er-

weiterten Klienten oder anderen Professionen an Bedeutung. Es geht darum, den Klienten an seiner und durch seine für ihn bedeutungsvolle Betätigung zu beteiligen, um eine Veränderung zu ermöglichen und zu dokumentieren (vgl. Townsend u. Polatajko 2013, S. 260).

AP 6: Überprüfen/verändern

Dieser Schritt ist als Reflexionsschritt zu sehen, d.h. im Umsetzen der Maßnahmen wird immer wieder zwischendurch gefragt, geprüft etc., ob die eingesetzten Maßnahmen auch das gewünschte Ergebnis bringen oder ob es einer Anpassung der Maßnahmen oder auch des Ziels bedarf. Je besser der Klient seinen Behandlungs- oder Maßnahmenplan kennt und genau weiß, wo er gerade steht, desto mehr kann er sich aktiv in die Anpassung von Maßnahmen und des Ziels einbringen. In diesem Schritt können auch neue Betätigungsanliegen auftauchen und sodann auch neue Einschätzungen/Bewertungen notwendig werden, also das Zurückgehen auf AP 3. Hier können die ergotherapeutischen Kernkompetenzen (s. Kap. 8.3.1) zusammenarbeiten, schulen, fürsprechen, beraten und beteiligen/einbeziehen ganz besonders zum Einsatz kommen (Townsend u. Polatajko 2013).

Outcome/Re-Evaluation

AP 7: Ergebnis bewerten

In diesem Schritt geht es um eine erneute Einschätzung oder Erhebung, wie sich die Betätigungsanliegen aus AP 2 im Laufe der Intervention verändert haben. Dazu ist es wichtig, Instrumente oder Assessments zu nutzen, denn nur so wird eine Veränderung messbar. Falls am Anfang ein COPM durchgeführt wurde, kann dies in der erneuten Erhebung nun aus Sicht des Klienten noch einmal zu einer Einschätzung von Ausführung und Zufriedenheit mit der Betätigung genutzt werden. Durch eine erneute Beobachtung der problematischen Betätigung kann ebenso der Therapiefortschritt deutlich gemacht werden, ob die Betätigung für den Klienten z.B. weniger anstrengend oder effizienter ist als zu Beginn. Ergeben sich hier erneut Betätigungsanliegen, kann man wieder zu AP 3 zurückkehren (vgl. Jerosch-Herold et al. 2009, S. 179; Townsend u. Polatajko 2013, S. 263).

AP 8: Abschließen/beenden

Im letzten Schritt wird die Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut rückwirkend beleuchtet und ein Fazit gezogen. Der Klient entscheidet, ob er aus dem Prozess austritt. Ebenso werden alle aus AP 7 erhaltenen Ergebnisse dokumentiert und an die entsprechenden Professionen (Ärzte, andere Therapeuten, Sozialarbeiter etc.) weitergegeben, meist in Form eines Abschlussberichts. Für alle am Prozess beteiligten Personen sollten die Gründe der Beendigung gut verständlich sein. Auch kann eine spätere Wiederaufnahme der Therapie in Betracht gezogen werden. Falls es eine Übergabe an Weiterbehandelnde gibt, sollte diese gut koordiniert sein (vgl. Jerosch-Herold et al. 2009, S. 180; Townsend u. Polatajko 2013, S. 264). Ein schriftlicher Bericht zeigt den gesamten ergotherapeutischen Prozess.

Nachdem der Ablauf des ergotherapeutischen Prozesses nach dem CPPF sehr genau erklärt wurde, geht der folgende Abschnitt noch kurz auf den Prozess im OTIPM ein. Anschließend wird dann aber die Praxis gezeigt: Wie führen Ergotherapeuten betätigungszentriert einen Prozess modellgeleitet durch?

9.1.6 Der Prozess im OTIPM

Im Kapitel 5 zu den ergotherapeutischen Modellen wurde das OTIPM mit seinen Grundannahmen und dem Prozess bereits vorgestellt. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung verzichtet. Das OTIPM teilt den ergotherapeutischen Prozess ebenfalls in drei Phasen ein: Evaluation, Intervention und Re-Evaluation. Besonders dabei ist, dass in der *Evaluationsphase* explizit eine *Performanzanalyse* beschrieben wird. Dies macht das OTIPM als Prozessmodell auch so speziell. Alle anderen beschriebenen Prozesse (gemäß MOHO, Kawa und CMOP-E) geben nicht explizit eine Performanzanalyse vor, das OTIPM jedoch schon. Sie ist im OTIPM einer der wichtigsten Bausteine im Prozess und für eine betätigungszentrierte Vorgehensweise unabdingbar, so die Autorin Anne G. Fisher. Neben der Performanzanalyse zeichnet sich das OTIPM des Weiteren durch die Interventionsphase besonders aus. Das Modell bietet Interventionsmodelle an, die ein betätigungszentriertes Vorgehen erleichtern (s. auch betätigungszentrierte Interventionen, Kap. Die Interventionsphase). Das Vorgehen im OTIPM können Sie

anhand von zwei Beispielen in den nachfolgenden Teilkapiteln nachlesen.

9.1.7 Auswahl der Prozessbeispiele

Mit den vier Prozessbeispielen aus den nachfolgenden Kapiteln 9.2–9.5 können Sie in vier Fachbereiche der Ergotherapie eintauchen. Sie haben vier Mal die Möglichkeit zu sehen, wie ein betätigungszentrierter Prozess im Sinne eines Top-down-Vorgehens gelingen kann. Wie oben bereits erwähnt, ist die Darstellung von je zwei Beispielen nach dem CPPF und dem OTIPM eine Entscheidung der Herausgeberinnen. Die Beschreibungen stammen von Therapeutinnen aus der Praxis und zeigen, wie sie eine betätigungszentrierte Vorgehensweise umsetzen. Es sind Möglichkeiten, die sich im Rahmen von zwei verschiedenen Prozessmodellen bewegen, die als Idee genutzt werden können, um eigene Prozesse mit Klienten betätigungszentriert anzugehen.

Dabei stellt der arbeitstherapeutische Prozess (s. Kap. 9.2) ein Vorgehen nach dem CPPF dar, in dem mit Hilfe des MOHO am Anfang die Klientin erfasst wurde. Es ist ein klientenzentrierter Prozess, bei dem Betätigung trotz der strikten Rahmenbedingungen einer Klinik in der beruflichen Rehabilitation nicht aus den Augen verloren wird. In diesem Prozess fehlt nach der obigen Begriffsklärung zum Thema Betätigungsanalyse die Performanzanalyse im engeren Sinn. Die Therapeutin beobachtet nicht-standardisiert, wendet also keine speziellen Bewertungskriterien an. Es finden sich auch immer wieder Ursachen- und Aktivitätsanalysen darin.

Wir möchten diesen Prozess zeigen, weil sehr deutlich wird, dass die *bedeutungsvollen Betätigungen der Klientin für ihre Arbeit* stringent in der Therapie verfolgt werden, auch wenn die Performanzanalyse noch nicht so detailliert angewandt wird. Dieser Prozess soll dem Leser helfen, eigene erste Ansätze für die Umsetzung im Praxiskontext zu entdecken. Manchmal ist es gar nicht so schwer, am Anfang eine Beobachtung der Ausführung im Kontext zu ermöglichen. Die Beurteilung in der Evaluation wie Re-Evaluation erfolgt dann ausschließlich aus der Insider-Sicht der Klientin. Sie ist mit ihren erreichten Zielen zufrieden. Zudem dient das MOHO als Modell, um Evaluation und Re-Evaluation zu verdeutlichen.

Im zweiten Prozess nach dem CPPF (s. Kap. 9.3) ist kein weiteres Modell miteingearbeitet. Es beschreibt einen Fall aus der Neurologie mit dem klassischen Krankheitsbild des Schlaganfalls. Auch hier ist ein Kliniksetting als Rahmen gegeben. Exemplarisch ist eine nicht-standardisierte Performanzanalyse in Anlehnung an das OTIPM und an die Betätigungsanalyse von Ellen Romein beschrieben. In diesem Prozess findet sich demnach auch eine Ursachenanalyse wieder und es wird sowohl die Insider-Sicht als auch die Outsider-Sicht erhoben. Um den Prozess sehr nachvollziehbar zu gestalten, wird nur an einem Ziel gearbeitet. Das mag manchem Praktiker unrealistisch erscheinen, dient aber in der Darstellung der besseren Nachvollziehbarkeit.

Die Prozesse nach dem OTIPM haben beide eine standardisierte Performanzanalyse im Beispiel. Ein Fall aus der Pädiatrie (s. Kap. 9.4) ist mit dem Einsatz des AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) beschrieben. Der andere Fall stammt aus dem psycho-sozialen Bereich (s. Kap. 9.5) und wird mit dem Assessment ESI (Evaluation of Social Interaction) dargestellt. Damit haben Sie als Leserin die Möglichkeit, beide Assessments noch genauer im praktischen Einsatz kennen zu lernen. Der Fall aus der Pädiatrie beschreibt das Vorgehen der Ergotherapeutin und auch sehr genau, warum sie was tut. Insgesamt ist es in der Intervention ein nicht allzu komplexer Fall, damit die Schritte des OTIPM gut nachvollziehbar sind. In beide Fällen ist das Professional Reasoning der Therapeutin (s. Kap. 7) eingearbeitet, sodass die jeweiligen Reasoningformen in den einzelnen Schritten des OTIPM deutlich werden.

Mit den Kernkompetenzen/Enablement Skills (CMCE) aus dem Kanadischen Modell, die bereits in Kapitel 8 ausführlich dargestellt wurden, kann die Ergotherapeutin den Klienten befähigen, seine Betätigungsausführung wiederherzustellen, anzupassen, umzulernen oder neue Rollen zu finden. Zudem reflektiert sie ihr Vorgehen durch ihr Professional Reasoning in jedem Schritt des Prozesses. Um das deutlich zu machen, finden Sie in allen vier Beispielprozessen Verweise zu den Kernkompetenzen und den Reasoningformen – in den zwei CPPF Fällen die Enablement Skills (CMCE) und im OTIPM die Formen des Professional Reasoning – jeweils dem Schritt im Prozess zugeordnet. Die Aufteilung ist eine durch die Herausgeberinnen getroffene Entscheidung. Sie dient der Verständlichkeit. In der Praxis wendet eine Ergotherapeutin,

wenn sie modellgeleitet und evidenzbasiert arbeitet, parallel beides an. Unter diesen Überschriften finden Sie alle Beispielprozesse in diesem Kapitel.

Kapitel 9.2 Beispielprozess 1 (CPPF): Frau Seiler arbeitet als Sozialarbeiterin

Kapitel 9.3 Beispielprozess 2 (CPPF): Herr Huber erledigt seine Morgenroutine

Kapitel 9.4 Beispielprozess 3 (OTIPM): Dominik putzt seine Zähne

Kapitel 9.5 Beispielprozess 4 (OTIPM): Frau Ostermeier trifft sich mit einer Freundin im Café (OTIPM)

9.1.8 Evidenz

Nach der Vorstellung der Beispielprozesse kann nun noch ein Ausflug in das Thema Evidenz gemacht werden. Man kann mit den nachfolgend vorgestellten theoretischen Bezügen wieder in die Prozesse zurückgehen und das evidenzbasierte Vorgehen dort wiederfinden. Dazu benötigt die Ergotherapeutin allerdings auch ein fundiertes Wissen, wie sie im Prozess die Wirksamkeit der Therapie nachweisen kann.

Evidenzbasierte Praxis (EBP) und der Reflektierte Praktiker

Wenn wir über Evidenz in unserer Arbeit nachdenken, ist zunächst zu klären, was dieser Begriff meint. Oft wird Evidenz mit Wissenschaftlichkeit in Verbindung gebracht, was auch stimmig ist. Die Begriffsdefinition im Deutschen und auch im Englischen ist breit gestreut: „Das eine Ende des [Evidenz-]Spektrums bewegt sich auf der vagen und subjektiven Ebene, denn man sieht die Evidenz als Anhaltspunkt, Anzeichen, Augenscheinlichkeit. Am anderen Ende spricht man ihr eine objektive Beweiskraft zu, hier gilt sie als völlige Klarheit, Beleg oder als Beweis“ (Mangold 2013).

Es können drei Aspekte von Evidenz aufgeführt werden: Zweckmäßigkeit, Stärke der Therapieeffekte und Kausalität. Das bedeutet, dass die von der Ergotherapeutin eingesetzte Intervention das gesetzte Ziel erreicht, die Intervention eine möglichst positive Wirkung hat und die positive Wirkung nicht durch Einflüsse verursacht ist, die mit der Intervention nichts zu tun haben (vgl. Jerosch-Herold et. al 2009).

Die Therapeutin kann sich auf *interne und externe Evidenz stützen*. Dabei ist die interne Evidenz ihre eigene therapeutische Erfahrung. Die externe

Evidenz wird über den bestmöglichen wissenschaftlichen Beweis erzeugt (vgl. Mangold 2013, S. 39), indem man auf Forschungsergebnisse zurück greift oder selbst forscht. Um sowohl interne als auch externe Evidenz zu erreichen, kann die Ergotherapeutin vier Methoden einsetzen:

- Reflektierte Praxis (s. Kap. 8.5)
- Systematische Beobachtungen am Klienten (s. z. B. nicht-standardisierte und standardisierte Betätigungsanalyse in Kap. 5.5 und Kap. 9.5)
- Evidenzbasierte Praxis (EBP)
- Eigene angewandte Forschung

Reflektierte Praxis

meint die genaue Beobachtung und Analyse der eigenen praktischen Arbeit. Die Reflexion führt die Ergotherapeutin während und nach der Therapie durch. Die Schlussfolgerungen helfen der Ergotherapeutin, Konsequenzen für das weitere Vorgehen im Prozess zu ziehen.

Systematische Beobachtungen am Klienten

ermöglichen der Ergotherapeutin eine Datensammlung, z. B. in Form einer Betätigungsanalyse. Es wird ein eindeutiger Anfangsstand erfasst, genaues Wissen über die Betätigungsausführung, die Umwelt und die personbezogenen Faktoren. Darauf wird ein sehr klarer und nachvollziehbarer Therapieplan aufgebaut, der im Abschluss auch eine Re-Evaluation auf den Anfang vorsieht.

Evidenzbasierte Praxis (EBP)

ist die planvolle Literatursichtung anhand konkreter Fragestellungen. Zudem bewertet die Ergotherapeutin die verwendete Literatur, ob diese den wissenschaftlichen Kriterien entspricht und ob die gefundenen Ergebnisse praxisrelevant und anwendbar erscheinen und die Konsequenzen daraus für die weitere Therapieplanung gezogen werden.

Eigene angewandte Forschung

kann vor allem über den Einsatz von betätigungszentrierten Assessments erfolgen. So kann das COPM als Evaluations- und Re-Evaluationsinstrument aus Sicht des Klienten genutzt werden. Die standardisierte Betätigungsanalyse in Form des AMPS, ESI und School-APMS kann als valides und

reliables Instrument in Studien zum Einsatz kommen (vgl. Mangold 2013, S. 4–6).

Dies ist nur ein kleiner Abriss zum Thema Evidenz, der sicherlich viel ausführlicher zu behandeln wäre. Dazu muss jedoch an dieser Stelle auf die umfänglich vorhandene Literatur verwiesen werden.

Warum hat ein betätigungszentriertes Vorgehen in den vorgestellten Praxisbeispielen Evidenz?

Für einen *betätigungszentrierten Therapieprozess* ist es demnach wichtig, die Modelle und Theorien, Studien etc. zu betätigungszentriertem Vorgehen zu kennen, um dann im Prozess über externe Evidenz die Wirksamkeit einer Maßnahme nachweisen zu können. Zudem benötigt die Therapeutin Erfahrung mit einer betätigungszentrierten Vorgehensweise (interne Evidenz).

Literatur

- American Occupational Therapy Association (AOTA): Das Framework der AOTA. Gegenstandsbereich, Prozesse und Kontexte in der ergotherapeutischen Praxis. Deutsche Ausgabe Marotzki U, Reichel K. Bern: Hogrefe; 2018
- Baumgarten A, Strebel H. Hrsg. Ergotherapie in der Pädiatrie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2016
- <https://www.duden.de/rechtschreibung/Prozess> (Zugriff am 13.10.18)
- Fisher A G. Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention. Idstein: Schulz-Kirchner; 2017
- Hinojosa J et al. Perspectives on Human Occupation. Theories Underlying Practice. Philadelphia: F.A. Davis; 2017
- Jerosch-Herold C et al. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009
- Mangold S. Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie. 2. Aufl. Hamburg: Springer; 2013
- Mayor C et al. Empfehlungen zur Formulierung von ergotherapeutischen Zielen. Bern: evs-ErgotherapeutInnen Verband Schweiz; 2014
- Rodgar S., Kennedy-Behr A. Occupation-Centred Practice with Children. West Sussex: Wiley Blackwell; 2017
- Scheepers C. Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Thieme; 2015
- Townsend E A, Polatajko H J. Enabling Occupation II. 2nd ed. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE; 2013

9.2 Beispielprozess 1 (CPPF): Frau Seiler arbeitet als Sozialarbeiterin

Lucia Szenzenstein

9.2.1 Ein Fall aus der Arbeitstherapie

Wenn ich mich an meine Ausbildung zur Ergotherapeutin erinnere, wird in keinem Behandlungsverfahren so sehr die geschichtliche Entwicklung berücksichtigt, wie in den arbeitstherapeutischen Verfahren. Dies macht deutlich, wie alt diese Art der Ergotherapie bereits ist und dass sie ein Stück weit der Ursprung für unseren Berufszweig (vor allem im deutschsprachigen Raum) ist. Auch im Wort Ergotherapie findet sich dieser Ursprung wieder, heißt „ergon“ aus dem Altgriechischen doch „Arbeit/Werk/Tätigkeit“. Folglich ist für mich persönlich die Arbeitstherapie ein sehr wertvoller Bereich der Ergotherapie, einer unserer ureigenen.

Von den Anfängen im psychiatrischen Bereich hat sich die Arbeitstherapie in verschiedenste Richtungen und Formen weiterentwickelt, z. B. das Jobcoaching, die (Re-)Integration in die Arbeitswelt, betriebliche Gesundheitsförderung, berufliche Rehabilitation, Berufsbildung u. v. m. Für mich liegt auf der Hand, dass ein betätigungszentrierter Ansatz der sinnvollste in diesem Arbeitsfeld ist. Denn es geht um die (Wieder-)Erlangung der eigenen Produktivität, also sollte diese Tätigkeit (diese Arbeit) auch Fokus der Therapie sein (vgl. Höhl et al. 2015). Je nach Tätigkeitsfeld mögen die Rahmenbedingungen einen Top-down-Ansatz erschweren, aber ich bin der festen Überzeugung, dass in allen Bereichen betätigungszentriert gearbeitet werden kann, wenn zu Beginn der Therapie klar erhoben wird, was dem Klienten wichtig ist und welche Betätigungen für ihn bedeutungsvoll sind. Vor allem aber auch die Rollen und die Teilhabe in Bezug auf die Arbeitswelt zu beleuchten, um diese positiv durch die Therapie beeinflussen zu können.

Folglich hilft die Klientenzentrierung, einen betätigungszentrierten Ansatz verfolgen zu können, und bewahrt uns davor, vorschnelle Schlüsse und Ansätze aufgrund der Grunderkrankung oder einer funktionellen Sichtweise heraus zu ziehen. Was nicht bedeuten soll, dass das Wissen über die Grunderkrankungen und funktionellen Zusam-

menhänge nicht auch ein bedeutender Teil unserer Arbeit ist, wenn die Betätigungen, die den Klienten am Herzen liegen, dadurch beeinträchtigt sind. Es ist ein Zusammenspiel, welches durch die einzigartige Sicht der Ergotherapie immer mit dem Fokus auf Teilhabe betrachtet wird.

Im Folgenden wird ein Beispiel beschrieben, das im Bereich der beruflichen Rehabilitation stattfindet. Das CPPF wird hierbei gewählt, um den ergotherapeutischen Prozess darzustellen.

9.2.2 Kontext und Bezugsrahmen Gesellschaftlicher Kontext

Das Fallbeispiel findet in Deutschland, folglich im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems, statt. Frau Seiler ist 30 Jahre alt, Sozialarbeiterin in einem Kinder- und Jugendheim. Ihre Rehabilitation übernimmt die Berufsgenossenschaft, weil in Deutschland Arbeits- und Arbeitswegeunfälle darüber abgerechnet werden.

Praxiskontext

Nach einem Verkehrsunfall vor sechs Monaten ist Frau Seiler zur beruflich orientierten Rehabilitation in einem großen Klinikum. Der Unfall war ein Arbeitswegeunfall innerhalb ihrer Tätigkeit als Sozialarbeiterin in einem Kinder- und Jugendheim. Ihre Arbeitsstelle hat einen christlichen Träger.

Die Klinik versorgt Akutfälle und verfügt über ein großes Rehaszentrum, welches wiederum in Unterabteilungen gegliedert ist. Innerhalb dieser Klinik trifft Frau Seiler auf ihre Ergotherapeutin, die in der Abteilung der beruflichen Rehabilitation angestellt ist. In dieser Abteilung arbeiten Ergotherapeuten mit Kollegen aus der Physiotherapie, Sporttherapie, physikalischen Therapie, Logopädie, Orthopädietechnik und Psychotherapie, sowie Ärzten und Pflegepersonal interdisziplinär zusammen. Die Ergotherapeuten arbeiten mit den Klienten in Gruppen- und Einzelsettings, welche sich alle auf die Rückkehr in den Beruf beziehen. Frau Seiler war zur Akutversorgung und zur anschließenden funktionellen Rehabilitation bereits im Hause. Zudem gab es ein Pilotprojekt, in dessen Rahmen die Ergotherapeutin Frau Seiler noch während ihrer Wiedereingliederung in die Arbeit begleiten konnte, um den Transfer der erworbenen Fähigkeiten von der Klinik in den Arbeitsalltag zu erleichtern und die Therapie für Frau Seiler nachhaltig zu gestalten.

Die Ergotherapeutin hat Fortbildungen zu den Themen betriebliche Gesundheitsförderung, Jobcoaching und EFL-Testung (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen) besucht. Sie ist seit zwei Jahren in der Klinik tätig und hat zuvor bereits zwei Jahre Berufserfahrung im ambulanten Bereich gesammelt.

Bezugsrahmen

Alle Ergotherapeuten der Abteilung arbeiten überwiegend nach der Sichtweise des MOHO, so ist auch der Aufnahme- und Dokumentationsbogen entsprechend daran orientiert.

Die behandelnde Ergotherapeutin hat zusätzlich zur Ausbildung zur Ergotherapeutin (in Deutschland) ein ausbildungs- und berufsbegleitendes Studium der Ergotherapie in den Niederlanden absolviert. Folglich konnte sie schon frühzeitig neben dem MOHO Erfahrung mit weiteren Modellen sammeln (z. B. CMOP-E mit CPPF und den CMCE-Kernkompetenzen/Enablement Skills) (vgl. Taylor u. Kielhofner 2017, Townsend u. Polatajko 2013).

Aus diesem Grund entscheidet sie sich hier für einen betätigungszentrierten Bezugsrahmen mit dem Kanadischen Modell und Elementen aus dem MOHO.

9.2.3 Die 8 Aktionspunkte des CPPF mit Frau Seiler

Evaluationsphase

Aktionspunkt (AP) 1: Eintreten/initiieren

Bereits vor dem persönlichen Erstkontakt hat die Ergotherapeutin einige Informationen zur Klientin von Seiten der Ärzte bekommen. So wird anhand der Verordnung dargestellt, dass es sich um eine

Patientin im Alter von 30 Jahren handelt, welche eine subtotale Amputation des linken Unterarmes bei einem Verkehrsunfall vor sechs Monaten erlitt. Der Arm von Frau Seiler wurde bei dem Unfall flächig gequetscht, sodass die Haut, bestimmte Nerven, Muskeln und Knochen stark beschädigt sind und der Arm fast gänzlich abgetrennt worden ist. Da aber nicht das gesamte Gewebe durchtrennt wurde, konnte der Arm erhalten werden und folglich spricht man von einer subtotalen, also nicht vollständigen Amputation. Nach mehrmaligen operativen Rekonstruktionsoperationen ist aktuell der gesamte Arm ab der Oberarmmitte bis zum Handgelenk mit Spalthaut (Hauttransplantat aus Epidermis und oberster Dermissschicht) versorgt. Die Hand an sich wurde nicht verletzt.

AP 2: Erwartungen abklären

Als erster Punkt sollte zunächst geklärt werden, was Ergotherapie ist und worum es in der Therapie geht. Bei Frau Seiler ist dies bereits klar, da sie schon ergotherapeutisch behandelt wurde.

Die Ergotherapeutin führt ein Aufnahmegespräch mit Frau Seiler, dessen Fragen sich an den Komponenten des MOHO orientieren: Volition, Habituation, Performanzvermögen und Umwelt (s. auch Kap. 5.3.2). Zusätzlich tritt sie in Austausch mit ihrer Kollegin, welche Frau Seiler zuvor in der funktionellen Reha behandelt hat, um ihren ersten Eindruck zu vervollständigen. Dadurch erhält die Therapeutin sehr schnell ein recht umfangreiches Bild ihrer Klientin, in welche Umwelten sie eingebunden ist, welche Werte, Rollen, Gewohnheiten und Fertigkeiten sie hat. Mit dem Erstgespräch beginnt der Beziehungsaufbau zwischen Therapeutin und Klientin. Die Ergotherapeutin markiert sich im Anschluss die Informationen, die sie als besonders wichtig für den kommenden Prozess hält.

Integration eines anderen Modells: die Komponenten des MOHO

Volition

Selbstbild

Frau Seiler fühlt sich durch ihre veränderten motorischen Fähigkeiten *in bestimmten Bereichen ihres Lebens weniger kompetent* als zuvor. Sie hat aber insgesamt ein positives Selbstbild und die

Überzeugung, dass sie diese vermeintliche Inkompetenz mit Anpassungen (ihrerseits und in ihrer Umwelt) überwinden kann.

Werte

Als wichtige und bedeutungsvolle Handlungen nennt Frau Seiler ihr Zusammenleben mit ihrer Familie, ihre *Arbeit als Sozialarbeiterin* und ihren Haushalt. Sie betont, dass die Arbeit für sie auch zu einem gewissen Grad „zu Hause“ ist.

Interessen

Als erfreuliche und befriedigende Tätigkeiten in der Freizeit nennt Frau Seiler Unternehmungen mit ihrer Familie und Freunden.

Habitation

Gewohnheiten

Frau Seiler beschreibt, dass sie ein *sehr strukturierter Mensch* ist. Als Beispiel nennt sie, dass sie sich häufig To-do-Listen schreibt. In schwierigen Situationen *sucht sie gerne Rat* bei der Familie, Kollegen oder dem Fachpersonal.

Rollen

Als ihre Rollen benennt sie folgende: Tochter, Freundin, *Kollegin, Angestellte, Bezugsperson* (für die Jugendlichen in ihrer Arbeit). *Aktuell kann sie alle arbeitsbezogenen Rollen* (Kollegin, Angestellte und Bezugsperson) *nicht ausführen*, da sie seit dem Unfall krankgeschrieben ist. Sie hat *Bedenken*, ob sie diese Rollen zu ihrer und zur Zufriedenheit ihrer Kollegen, ihres Chefs und der Jugendlichen *ausfüllen kann*. Das belastet und verunsichert Frau Seiler.

Performanzvermögen

Motorische Fertigkeiten

Auf Grund der Schwere der Verletzung und der Spalthauttransplantation ist das *aktive und passive Bewegungsmaß* im Bereich des *Ellenbogens* und des *Handgelenks fast vollständig eingeschränkt*. Dies hat zur Folge, dass sich der Ellenbogen in einer Flexionsstellung befindet, von der aus nur wenig Bewegung in beide Richtungen (Flexion, Extension) möglich ist und Frau Seiler somit ihr Gesicht mit der Hand nicht erreichen kann. Alltagsrelevante Tätigkeiten wie z. B. Haare kämmen oder Gesicht waschen sind nicht mit dem linken Arm möglich.

Die *Fingerbeweglichkeit* ist aufgrund der Muskel- und Nervenverletzungen *ebenfalls eingeschränkt*. Das Schreiben ist nur mit Kompensationsbewegungen und einem dicken Stiftschaff möglich. Feinmotorische Tätigkeiten, die mit einem Kraftaufwand verbunden sind, wie z. B. einen Schlüssel in einem Schloss umdrehen, sind nun ebenfalls nicht mehr mit links umsetzbar. Es ist Frau Seiler nicht möglich, Gegenstände mit der linken Hand auf- oder über Kopfhöhe zu heben. Frau Seiler ist *Linkshänderin*. (Sie beschreibt, dass sie vor dem Unfall zwar mit links geschrieben habe, aber sonstige Alltagshandlungen beid-

händig ausgeführt und keine Linkshänderhilfen genutzt habe; Beispiele: Sie schält Gemüse aufgrund der üblichen Klingenanordnung mit rechts, sie führt die Computermouse mit rechts.)

Prozesshafte Fertigkeiten

Die prozesshaften Fertigkeiten sind durch den Unfall nicht beeinträchtigt worden. Im Austausch mit der Kollegin, die Frau Seiler zuvor in der funktionellen Reha behandelt hat, erfährt die Ergotherapeutin, dass *die prozesshaften Fertigkeiten von Frau Seiler sehr gut sind*, sie Anpassungen und geänderte Abläufe gut kreieren und umsetzen kann. Folglich kann dies als Ressource für den Anpassungsprozess innerhalb der Therapie genutzt werden.

Auch die *Kommunikationsfertigkeiten* von Frau Seiler wurden durch den Unfall nicht beeinträchtigt und sind als Ressource zu benennen, da sie beruflich bedingt *besonders geschult ist in der Kommunikation und Interaktion*.

Umwelt

Sozial

Frau Seiler lebt *bei ihren Eltern* im Haus. Ihre Eltern unterstützen sie sehr liebevoll, das *Verhältnis zu ihnen ist gut*. Auch zu den *Kollegen* hat Frau Seiler einen sehr guten Draht und man *unterstützt sich gegenseitig gerne*.

Physisch

Die Arbeitsstelle von Frau Seiler ist einige Kilometer von ihrem Elternhaus entfernt und nur mit dem Auto zu erreichen.

Kulturell

Frau Seiler ist in Deutschland geboren und aufgewachsen. Ihre Arbeitsstelle hat einen christlichen Träger.

Politisch

Da der Unfall im Rahmen der Arbeit passiert ist, werden die Kosten für die Rehabilitation und die Wiedereingliederung von Frau Seiler von der zugehörigen Berufsgenossenschaft (BG) übernommen.

Wichtig zu beschreiben ist an dieser Stelle außerdem, dass die Klientin in diesem Fall nicht nur Frau Seiler ist. Laut der Verordnung des Arztes soll eine arbeitstherapeutisch begleitete Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz stattfinden. Daraus ergibt sich, dass in diesem Fall der Arbeitgeber und die Reha-Managerin (der BG) erweiterte Klienten sind. Diese beiden Personen müssen mit einbezogen und berücksichtigt werden.

Genutzte Kernkompetenzen (Enablement Skills gemäß CMCE)

Zusammenarbeiten
Beteiligen/Einbeziehen

Nachdem Klientin und Therapeutin sich nun kennen lernen konnten, ist es wichtig, die beiderseitigen Erwartungen sowie auch gleich die Rahmenbedingungen der Therapie abzuklären.

Bedeutend sind in diesem Schritt die Erwartungen und Betätigungsanliegen der Klientin. Frau Seiler berichtet, dass sie mit ihrem Haushalt und Privatleben bereits wieder zufriedenstellend zu recht käme, dies waren die Betätigungsanliegen der vorangegangenen ergotherapeutischen Behandlung. Nun geht es sowohl aus Sicht von Frau Seiler als auch des Arztes um die *Reintegration in das gewohnte Arbeitsfeld*. Sie erwartet sich Unterstützung während der Wiedereingliederungsphase, sodass sie ihren Beruf in der bestehenden Anstellung im gleichen Umfang wie vor dem Unfall ausüben kann. Dies sei aktuell ihr bedeutendster Wunsch.

Die Ergotherapeutin erklärt Frau Seiler, wie die arbeitstherapeutisch begleitete Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz grundlegend abläuft. Die Therapie wird in der Klinik mit einem zweiwöchigen Aufenthalt beginnen und am Arbeitsplatz während der Wiedereingliederung über vier Wochen fortgesetzt werden. Innerhalb der Klinik erhält Frau Seiler 3–4 Mal wöchentlich Ergotherapie à 60 Minuten. Während der Wiedereingliederung wird sie zu Beginn und Ende in persönlichem Kontakt mit der Therapeutin sein und währenddessen per Videotelefonie betreut. Außerdem wird sowohl zu Beginn der Wiedereingliederung als auch zum Abschluss ein gemeinsames Gespräch mit allen Beteiligten (Klientin, Therapeutin, Arbeitgeber, Rehamanagerin der BG) stattfinden. Der behandelnde Arzt wird über den Verlauf stetig durch Berichte der Therapeutin informiert.

Die Therapeutin erläutert weiter, dass sie Frau Seiler sowohl in Simulationssituationen in der Klinik als auch bei der Arbeit beobachten und somit den Arbeitsalltag möglichst genau analysieren möchte, um ihn mit der Klientin zusammen gegebenenfalls anpassen zu können. Sie betont, dass diese Anpassung auf jeden Fall in Zusammenarbeit von Klientin und Therapeutin stattfinden wird. Sie verdeutlicht Frau Seiler, dass sie die Expertin für

ihren Arbeitsplatz sei und die Therapeutin die Expertin für Verhaltensadaptionen, Hilfsmittel, Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung. Nur gemeinsam können Lösungswege gefunden werden.

Die Ergotherapeutin zieht aus dem Aufnahmebefund folgendes Fazit:



Nach dem Erstgespräch wird für die Therapeutin bereits deutlich, dass Frau Seiler in dem für sie sehr bedeutenden Bereich Produktivität einen Rollenverlust erlitten hat und ihr Selbstbild dadurch geschwächt ist. Eine Hürde bilden die veränderten motorischen Fähigkeiten. Als Ressourcen für den Prozess wird die Therapeutin nutzen, dass Frau Seiler ein gutes soziales Umfeld, sowie gute prozesshafte und kommunikative Fähigkeiten hat.

Genutzte Kernkompetenzen (Enablement Skills gemäß CMCE)

Zusammenarbeiten
Beteiligen/Einbeziehen

AP 3: Erheben und Bewerten

Die Ergotherapeutin erstellt als erstes ein Profil der Tätigkeiten am Arbeitsplatz. Hierfür lässt sie sich den gewöhnlichen Tages- und Wochenablauf von Frau Seiler exakt beschreiben. Alle Tätigkeiten werden aufgeführt und es wird hinterlegt, in welchem zeitlichen Umfang diese ausgeführt werden. Im Anschluss werden alle Tätigkeiten markiert, die derzeit nicht oder nicht wie vor der Verletzung ausgeführt werden können. Dies ermittelt die Ergotherapeutin zum einen durch die Selbsteinschätzung der Klientin, zum anderen durch ihre professionelle Einschätzung des Krankheitsbildes.

Es ergeben sich folgende Tätigkeiten am Arbeitsplatz, welche Frau Seiler derzeit nicht oder nicht wie bisher ausführen kann:

Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten

(täglich auszuführen in einem zeitlichen Umfang von ca. 1h)

- große Töpfe mit der Hand abspülen
- Geschirr aus der Spülmaschine in die Schränke (überwiegend auf Kopfhöhe) einräumen

Büroarbeit

(täglich auszuführen in einem zeitlichen Umfang von 1h-2,5h)

- Berichte am PC schreiben
- Telefonate führen und gleichzeitig etwas aufschreiben
- Ordner aus den Regalen heben

Diese Tätigkeiten bilden auch direkt die Betätigungsanliegen, die Frau Seiler verbessern möchte. *Denn die Ausführung dieser Tätigkeiten prägt ihre Arbeitsrolle, die sie wieder wie gewohnt erfüllen möchte.*

Im nächsten Schritt kann nun der erste Teil der Betätigungsanalyse stattfinden. Zunächst lässt die Therapeutin sich die Tätigkeiten und deren Kontext genau *beschreiben*:

Beschreibung der Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten

In der Einrichtung, in der Frau Seiler tätig ist, gibt es eine Hauswirtschafterin, die für die Jugendlichen mittags kocht. Das Vorbereiten des Esstischs läuft mit den Jugendlichen gemeinsam ab. An den gedeckten Tisch wird dann das Essen getragen, dies übernimmt manchmal Frau Seiler, oft aber auch einer der Jungen. Nach dem Mittagessen räumt jeder sein eigenes Geschirr in die Spülmaschine. Große Teile wie Töpfe oder Bleche müssen jedoch per Hand abgespült werden. Diese Aufgabe übernimmt Frau Seiler. Am Nachmittag muss das Geschirr aus der Spülmaschine in die Schränke eingeräumt werden. Das wird von einem Jugendlichen als Dienst und Frau Seiler gemeinsam übernommen.

Beschreibung der Büroarbeit

Frau Seiler ist ganztags telefonisch in der Einrichtung erreichbar. Sie nimmt Telefonate im Tagesverlauf an und muss sich gegebenenfalls Notizen über den Inhalt machen. Hierbei hält sie das Telefon in der rechten Hand und schreibt mit der linken Hand (jetzige betroffene Seite) die Notizen auf einen kleinen Notizzettel. Vormittags schreibt Frau Seiler Berichte am PC (während die Jugendlichen in der Schule sind), wofür sie Unterlagen aus Ordnern benötigt, welche sich in einem Regal auf Kopfhöhe befinden. Dies macht sie für gewöhnlich im Büro der Einrichtung, nur selten schreibt sie diese zu Hause (beides ist möglich, da Frau Seiler während der Schulzeiten nicht am Arbeitsplatz anwesend sein muss). Die Klientin beschreibt den

PC-Arbeitsplatz in der Einrichtung als sehr eng und klein.

Als nächsten Schritt führt die Therapeutin eine Beobachtung der Tätigkeiten durch, die zum Anliegen „Vor- und Nachbereitung der Speisen“ gehören, da sie diese auch im Kliniksetting realitätsnah nachstellen kann. Im Anschluss werden sie mit der Klientin analysiert und Lösungsansätze festgelegt. Dies wurde so konzipiert, da zum einen die Gefahr besteht, an einem Arbeitstag vor Ort nicht alle Tätigkeiten beobachten und analysieren zu können, und zum anderen, da so bereits vor dem Besuch für die Therapeutin klar ist, auf welche Aktivitätsausführungen („Büroarbeiten“) sie noch besonders achten muss.

Beobachtung der Tätigkeiten im Kliniksetting

Einen großen Topf mit der Hand spülen

Frau Seiler greift mit der rechten Hand den Topf und hebt ihn in die Spüle. Zum Abspülen versucht Frau Seiler, den Topf mit der betroffenen Hand zu stabilisieren. Sie schiebt dafür den Griff des Topfes zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand, dabei zieht sie die linke Schulter nach oben. Der Griff ist jedoch zu dünn, sodass Frau Seiler ihn nicht stabil fassen kann. Beim Schrubben mit der Bürste im Topf rutscht dieser immer mit. Wasser schwappt über den Rand der Spüle. Nach einigen Minuten hebt Frau Seiler den Topf mit der rechten Hand aus der Spüle und stellt ihn nebenan ab. Frau Seiler ist es nicht gelungen, hartnäckigen Schmutz zu entfernen. Im Anschluss an das Spülen legt Frau Seiler eine kurze Pause ein und reibt sich mit der rechten Hand den Schulter-Nacken-Bereich linksseitig.

Geschirrspülmaschine ausräumen

Die Therapeutin fragt, auf welchen Höhen sich welche Gegenstände in der Arbeit von Frau Seiler befinden, und sortiert die Schränke entsprechend ein, sodass die Anforderungen denen auf Frau Seilers Arbeitsstelle entsprechen.

Frau Seiler öffnet die Spülmaschine mit der rechten Hand. Beim Ausräumen der Spülmaschine verwendet Frau Seiler überwiegend die nicht betroffene Hand. Beim Ausräumen der Servierteller setzt sie die linke Hand mit ein, indem sie diese unter die einzelnen Teller bewegt, um das Gewicht auf beide Hände zu verteilen. Sie holt die Teller nacheinander aus der Spülmaschine, stellt sie an

der Anrichte ab und greift danach die Teller wiederum einzeln, um sie einhändig in einen Schrank über Kopfhöhe zu ordnen. Frau Seiler gelingt das Ausräumen der Spülmaschine vollständig. Im Anschluss muss Frau Seiler erneut pausieren und schüttelt ihren rechten Arm aus.

Analyse der Tätigkeiten im Kliniksetting

Die Therapeutin bittet Frau Seiler, diese zwei Tätigkeiten zu beurteilen, und erläutert was ihr ihrerseits dabei aufgefallen ist.

Einen großen Topf mit der Hand spülen

Frau Seiler erklärt, das Problem sei, den Topf nicht ausreichend stabilisieren zu können. Sie habe jedoch keine Idee, wie sie es besser machen könne, da sie ja nicht fester zupacken könne. Der Versuch, fester zuzupacken oder mit der rechten Hand beim Bürsten mehr Druck auszuüben, um ein Wegrutschen zu vermeiden, löst bei ihr Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich vor allem linksseitig aus. Die Therapeutin erläutert, dass sie ebenfalls der Meinung ist, dass Frau Seiler aufgrund der eingeschränkten Handmotorik derartige Griffe nicht ausreichend fassen kann, und interpretiert das Hochziehen der Schulter als Kompensationsbewegung, um den Griff überhaupt fassen zu können. Sowohl Klientin als auch Therapeutin sind sich einig, dass die Ausführung nicht zufriedenstellend ist.

Geschirrspülmaschine ausräumen

Frau Seiler erklärt, dass sie die Spülmaschine zwar vollständig ausräumen könne, aber deutlich länger dafür brauche als gewohnt. Außerdem beschreibt sie, dass sie den rechten Arm seit dem Unfall in allen Alltagsaktivitäten mehr einsetzen müsse als zuvor und sie dadurch oft Muskelschmerzen habe. Die Therapeutin erläutert ihrerseits, dass sie es als nicht ergonomisch beurteilt, derart schwere Teller einhändig und auf entsprechende Höhe zu heben. Die gemeinsame Beurteilung ergibt, dass die Aktivität zwar ausgeführt werden kann, aber in der Ausführung nicht effizient ist.

Genutzte Kernkompetenzen (Enablement Skills gemäß CMCE)

Zusammenarbeiten
Beteiligen/Einbeziehen
Entwerfen/Konstruieren

AP 4: Sich auf Ziele einigen/planen

Um nun entsprechende Lösungsansätze und Ziele zu finden, erklärt die Therapeutin Frau Seiler zunächst vier allgemeine Lösungsansätze, mit deren Denkansatz sie grundsätzlich alle Betätigungsanliegen positiv verändern kann: Sie kann ihr Verhalten anpassen, sie kann ein Hilfsmittel benutzen und sie kann die Umgebung oder die Arbeitsorganisation (das heißt z. B. Abläufe) verändern. Um Frau Seiler bei der Wahl des passenden Lösungsansatzes zu unterstützen, stellt die Therapeutin ihr offene Fragen bzgl. bereits bekannter Lösungsansätze oder erinnert sie an ihre Ressourcen:

Einen großen Topf mit der Hand spülen

Die Therapeutin fragt Frau Seiler, ob sie sich erinnern kann, wie sie ähnliche Herausforderungen wie das Abspülen in ihrem privaten Haushalt überwunden hat. Frau Seiler bejaht dies und erläutert, dass sie große Erfolge mit Antirutschfolien und dem Nagelbrett bei Gegenständen und Lebensmitteln hat, die sie nicht ausreichend mit der linken Hand stabilisieren kann. Die Therapeutin erkundigt sich, ob Frau Seiler sich eine ähnliche Hilfestellung für das aktuelle Problem vorstellen könnte. Die Klientin wägt ab, da sie nicht viele Hilfsmittel innerhalb ihrer Arbeit nutzen möchte, und beschreibt, dass sie einverstanden wäre, dennoch ein Hilfsmittel zu gebrauchen, wenn es durch seine Funktionalität überzeugt und sie dadurch in der gleichen Geschwindigkeit wie zuvor das Abspülen bewältigen kann.

Die Ergotherapeutin erklärt und demonstriert Frau Seiler den Staybowlizer. Durch diesen Ring aus Silikon steht der Topf fest in der Spüle und rutscht nicht weg, so kann er einhändig gereinigt werden. Kann das Ziel durch Zuhilfenahme des Staybowlizers erreicht werden und ist Frau Seiler

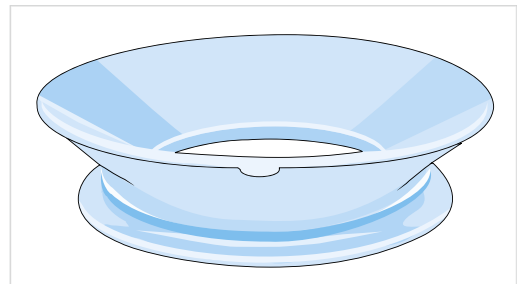


Abb. 9.2 Staybowlizer.

mit dieser Art der Ausführung zufrieden, wird die Kostenübernahme des Staybowlizers als Hilfsmittel gegenüber der BG (Berufsgenossenschaft = Kostenträger) angefragt.

Geschirrspülmaschine ausräumen

Bezüglich des Geschirrspülers erinnert die Ergotherapeutin Frau Seiler an den Ansatz der Umgestaltung der Arbeitsumgebung und motiviert sie, indem sie ihr gutes Verhältnis zu den Kollegen und ihre Stärke in der Kommunikation aufgreift. Frau Seiler nimmt den Hinweis auf und findet so den nächsten Lösungsansatz. Sie wird während eines Teammeetings mit allen Mitarbeitern, die in der Wohngruppe arbeiten, die Organisation der Küchenschränke ansprechen. Im Anschluss werden die Schränke gemeinsam so umgeräumt, dass Frau Seiler alle Gegenstände erreichen kann, die größer oder schwerer sind. Diese werden also nicht mehr über Kopfhöhe aufbewahrt.

Beide Ergebnisse werden im Ziele- und Maßnahmenplan festgehalten (s. ► Tab. 9.2).

Genutzte Kernkompetenzen (Enablement Skills gemäß CMCE)

Zusammenarbeiten
Beteiligen/Einbeziehen
Beraten
Adaptieren

Interventionsphase

AP 5: Umsetzung des Plans

Das Ziel 1 aus dem Plan kann noch in der Klinik umgesetzt werden. In der Folgeweche spült Frau Seiler den gleichen großen Topf wie in der Vorwoche in der Therapieküche ab, nimmt dieses Mal aber den Staybowlizer zur Hilfe. Die Therapeutin beobachtet, dass sie den Topf vollständig reinigen kann, kein Wasser überschwappt und sie nicht auf Grund einer Kompensationshaltung erschöpft ist. Sie selbst ist höchst zufrieden und sehr glücklich mit der Anwendung und erklärt, dass sie das Hilfsmittel unbedingt innerhalb ihrer Arbeit anwenden möchte. Die Therapeutin regelt im Anschluss an die Einheit die Kostenübernahme des Staybowlizers über die Rehamanagerin.

Das Ziel 2 wird in die Phase der Wiedereingliederung verlagert, da Frau Seiler aktuell nicht an der Stelle ist.

Genutzte Kernkompetenz (Enablement Skill gemäß CMCE)

Koordinieren

9

Tab. 9.2 Ziel- und Maßnahmenplan Küchenarbeit

Ziel	Was? Maßnahmen	Wer ist beteiligt?	Bis wann?
Ziel 1: Frau Seiler spült einen großen Topf selbstständig ab. Dies erreicht sie in der folgenden Therapieeinheit.	Testung eines Staybowlizers	Klientin und Ergotherapeutin	Nächste Therapieeinheit
	Anfrage zur Kostenübernahme des Staybowlizers bei der BG	Klientin und Ergotherapeutin	Nächste Therapieeinheit
Ziel 2: Frau Seiler nimmt alle großen und schweren Gegenstände selbstständig aus der Spülmaschine und räumt sie in die Küchenschränke. Dies erreicht sie bis zum Ende der zweiten Woche innerhalb der Wiedereingliederung.	Anfrage beim Arbeitgeber bzgl. Umstrukturierung der Küche	Klientin und Ergotherapeutin	Am 4. Tag der Wiedereingliederung
	Gespräch mit Kollegen zur Umgestaltung der Küchenschränke auf der Arbeit	Klientin und Kollegen	Bis zur Mitte der 2. Woche der Wiedereingliederung
	Gemeinsames Umräumen der Küchenschränke	Klientin und Kollegen	Bis zum Ende der 2. Woche der Wiedereingliederung
	Übung des Ausräumens von großen Gegenständen aus der Spülmaschine (beide Hände sind beteiligt)	Klientin/Besprechen der Fortschritte im Telefonkontakt mit der Therapeutin	Bis zum Ende der 2. Woche der Wiedereingliederung

AP 6: Überprüfen/verändern

Da das Hilfsmittel den gewünschten Erfolg brachte, wird kein weiteres erprobt und der Plan nicht verändert.

Die Zielsetzungen und Maßnahmen für die Tätigkeiten innerhalb der „Vor- und Nachbereitung der Speisen“ sind somit abgeschlossen bzw. werden noch einmal aufgegriffen, wenn die Klientin in der Wiedereingliederungsphase an ihrer Arbeitsstelle ist. Bezüglich der „Büroarbeiten“ muss der Prozess erneut bei AP 3 beginnen:

AP 3a: Erheben und Bewerten (Evaluationsphase 2)

Die Simulation der Büroarbeit ist innerhalb der Klinik nur bedingt möglich, da die Therapeutin den Arbeitsplatz nicht so einrichten kann, wie er auf der Arbeitsstelle von Frau Seiler ist. Sie möchte jedoch trotzdem erheben, inwiefern Frau Seiler im Bereich der Ergonomie geschult ist und ob sie dieses Wissen auf ihre veränderten körperlichen Voraussetzungen anpassen kann, um optimale Bedingungen für den Wiedereinstieg zu schaffen. Folglich fragt sie Frau Seiler bezüglich ihres Wissensstandes und erkundigt sich, ob sie eine Ergonomie-Einweisung als vorbereitende Maßnahme für sinnvoll hält. Frau Seiler bemerkt, dass sie sich vor dem Unfall noch nie mit Ergonomie beschäftigt habe und das Angebot gerne annehmen würde. Folglich nutzten die beiden eine Einheit für eine Einweisung in das ergonomische Arbeiten am Computer unter Berücksichtigung der persönlichen Bewegungseinschränkungen von Frau Seiler. Besonders wichtig ist hierbei, dass Frau Seiler eine ausreichend große Unterstützungsfläche unter ihren Unterarmen hat, um eine Kompensationsbewegung im Bereich des Schultergürtels zu vermeiden.

Im Anschluss an den stationären Reha-Aufenthalt verbringt Frau Seiler zunächst drei Tage allein an ihrer Arbeitsstelle, um sich akklimatisieren zu können. Am vierten Tag begleitet die Therapeutin ihre Klientin vor Ort und erlebt einen vollen Arbeitstag mit. Besonderes Augenmerk liegt hierbei zum einen auf den bereits gesetzten Zielen, zum anderen auf den Betätigungsanliegen, die nun im realen Kontext beobachtet werden können.

Beobachtungen an der Arbeitsstelle – Büroarbeit

Berichte am PC schreiben

Im Büro zeigt Frau Seiler ihrer Therapeutin den PC-Arbeitsplatz. Auf einem kleinen quadratischen Schreibtisch befindet sich ein älterer, tiefer Monitor. Vor dem Bildschirm liegt die Tastatur, der Tisch ist mit tiefem Computerbildschirm und Tastatur ganz ausgefüllt, sodass kein Platz ist, Gegenstände neben der Tastatur abzulegen. Auch die Unterarme können nicht vor der Tastatur abgelegt werden. Unter dem Schreibtisch befindet sich der Drucker, sodass es nicht möglich ist, mit den Beinen unter den Schreibtisch zu rutschen. Es gibt noch einen weiteren Schreibtisch im Büro, auf dem Frau Seiler die Ordner ablegt, welche sie zum Schreiben der Berichte benötigt. Die Therapeutin beobachtet für einen Zeitraum von 20 Minuten, wie Frau Seiler einen Bericht zu Ende schreibt. Hierbei zeigt sie eine gekrümmte Körperhaltung sowie einen Schiefstand im Bereich der Schultern (die linke ist stark nach oben gezogen). Außerdem rutscht Frau Seilers linke Hand mehrmals von der Tastatur ab.

Ordner aus den Regalen heben

Die Ordner, die sie benötigt, liegen bereits auf dem Tisch (eine Kollegin hat sie ihr vor Eintreffen der Therapeutin aus dem Regal geholt). Die Therapeutin hakt nach, in welchem Regal die Ordner sich befinden. Daraufhin nimmt Frau Seiler einen Ordner einhändig mit rechts hoch und deutet an, diesen in Richtung eines Regales über Kopfhöhe hieven zu wollen. Sie bricht allerdings schon auf halbem Weg ab, ihr rechter Arm zittert leicht, sie legt den Ordner mit viel Schwung zurück auf den Tisch und zuckt mit den Schultern.

Telefonate führen und gleichzeitig etwas aufschreiben

Während des Tages nimmt Frau Seiler einige Telefonate an, im Anschluss daran macht sie sich Notizen, dabei wirkt sie sehr konzentriert, aber auch etwas hektisch. Sie nimmt den Anruf dabei mit der rechten Hand an und macht sich im Anschluss die Notizen mit der linken Hand und einem Stift (dieser hat einen dickeren Griff).

Analyse der Büroarbeiten

Am Ende des Tages setzen sich Frau Seiler und ihre Ergotherapeutin zusammen, die Hindernisse bei der Durchführung der Büroarbeiten werden besprochen und reflektiert. Die Therapeutin lässt zunächst immer erst die Klientin die Situationen beurteilen, ehe sie selbst eine Beurteilung abgibt, um anschließend gemeinsame Lösungswege zu kreieren.

Berichte am PC schreiben

Frau Seiler berichtet, dass sie in den letzten Tagen nicht an dem Arbeitsplatz in der Einrichtung gearbeitet hat, da es für sie sehr schwierig und anstrengend ist, die Tastatur zu bedienen. Aus Therapeutensicht kann Frau Seiler die erlernten Empfehlungen zum ergonomischen Schreiben am PC auf Grund der Büroeinrichtung nicht umsetzen. Daraus ergibt sich eine nicht ergonomische und auf Dauer gesundheitsgefährdende Körperhaltung beim Schreiben am PC in der Einrichtung.

Ordner aus den Regalen heben

Darüber hinaus ist Frau Seiler frustriert, da sie schlicht benötigte Materialien nicht erreichen kann. Sie ist zwar dankbar für die Unterstützung durch ihre Kollegen, wäre aber auch diesbezüglich gerne selbstständig. Bezüglich der Ordner stuft die Therapeutin es als gefährlich und nicht ergonomisch ein, wenn Frau Seiler versucht, die Unterlagen selbstständig (einhändig) zu erreichen.

Telefonate führen und gleichzeitig etwas aufschreiben

Als nächstes führt Frau Seiler bezüglich der Büroarbeit an, dass es für sie anstrengend ist, Notizen erst nach einem Gespräch aufschreiben zu können. Die Therapeutin konnte beobachten, dass Frau Seiler angespannt wirkt, und durch ihre Erklärung wird dieser Eindruck bestätigt. Bei der aktuellen Ausführung an sich ist der Therapeutin darüber hinaus nichts aufgefallen.

Genutzte Kernkompetenzen (Enablement Skills gemäß CMCE)

- Zusammenarbeiten
- Beteiligen/Einbeziehen
- Beraten
- Lehren

AP 4a: Auf Ziele einigen/planen (Evaluationsphase 2)

Nach der Beurteilung folgt die gemeinsame Erarbeitung der Ziele und Maßnahmen.

Berichte am PC schreiben

Da sowohl die Ergotherapeutin als auch ihre Klientin eine Umgestaltung des Raumes als schwierig ansehen, erkundigt sich die Therapeutin bei Frau Seiler, ob es für sie auf Dauer möglich ist, sich zu Hause einen passenden Platz einzurichten und die Arbeitsorganisation dahingehend zu verändern, alle Berichte zu Hause zu schreiben. Frau Seiler bestätigt dies. Es wird vereinbart, dass Frau Seiler sich ihren Platz zu Hause einrichtet und dieser gemeinsam (per Videotelefonie) auf die Ergonomie überprüft wird.

Ordner aus dem Regal holen

Als nächstes fällt der Therapeutin bzgl. der Büroarbeit die Parallele zur Küche auf: Frau Seiler kann derzeit bestimmte Ordner nicht erreichen, weil sie zu weit oben im Regal stehen. Sie stößt an, ob der gleiche Lösungsansatz wie für die Küche auch hier denkbar wäre. Frau Seiler stimmt zu und möchte dies ebenfalls beim Teammeeting mit aufführen.

Notizen beim Telefonieren machen

Als letzter Punkt bleibt, eine Veränderung für das Telefonieren und Notieren zu entwickeln. Hierzu erläutert Frau Seiler, dass es für sie keine Alternative ist, den Telefonhörer links zwischen Kopf und Nacken einzuklemmen, um sich mit der rechten Hand Notizen zu machen. Sie könne die Schrift im Anschluss eh nicht lesen, sie sei grafomotorisch rechts nicht ausreichend begabt. Die Therapeutin ergänzt, dass sie ja bereits beobachten konnte, dass Frau Seiler mit einer Griffverdickung und Kompensationsbewegungen weiter mit der linken Hand schreiben könne, jedoch dabei das Blatt mit der rechten Hand stabilisiert werden müsse. Wenn sie telefoniert, hält Frau Seiler mit der rechten Hand den Hörer, also kann sie das Blatt nicht stabilisieren. Wenn sie den Hörer rechtsseitig ein-klemmt, kann sie die benötigten Kompensationsbewegungen im Schulterbereich nicht ausführen. Also muss das Blatt anderweitig fixiert werden.

Die Therapeutin ermutigt Frau Seiler, die Situation mit der in der Klinik besprochenen Abspülsituation zu vergleichen. Hierbei ging es auch schon

um das Grundproblem, dass der Gegenstand nicht ausreichend stabilisiert werden konnte. Daraufhin hat Frau Seiler den Lösungsvorschlag, dass man das Papier am Tisch befestigen müsste, findet eine Klebefestigung aber unpraktisch, da man dies täglich neu machen müsste, sobald der Zettel vollgeschrieben ist. Die Therapeutin schlägt Frau Seiler vor, hierzu ihre Arbeitsumgebung anzupassen, indem sie einen DIN A3 Schreibtischunterlagen-Block benutzt. Dieser rutscht durch seine Größe und sein Gewicht nicht und das beschriebene Blatt kann abends einfach abgetrennt werden.

Nach der gemeinsamen Besprechung und Einschätzung ergeben sich folgende Ziele und Maßnahmen zur Büroarbeit in der Arbeitsstelle (s. ► Tab. 9.3).

Genutzte Kernkompetenzen
(Enablement Skills gemäß CMCE)

Zusammenarbeiten
Beteiligen/Einbeziehen
Beraten
Adaptieren

AP 5a: Umsetzung des Plans
(Interventionsphase 2)

In den nächsten Wochen der Wiedereingliederung ist Frau Seiler ohne die persönliche Betreuung ihrer Ergotherapeutin auf der Arbeit und setzt in dieser Zeit die erarbeiteten Pläne teils mit Hilfe ihrer Kollegen und ihres Arbeitgebers um.

Tab. 9.3 Ziel- und Maßnahmenplan Büroarbeit

Ziele	Was? Maßnahmen	Wer ist beteiligt?	Bis wann?
Ziel 3: Frau Seiler schreibt Berichte am PC in einer ergonomischen Körperhaltung an ihrem Arbeitsplatz zu Hause. Dieses Ziel erreicht sie innerhalb der nächsten drei Wochen.	Information an den Arbeitgeber, dass Berichte ausschließlich zu Hause geschrieben werden	Klientin, Ergotherapeutin und Arbeitgeber	Am 4. Tag der Wiedereingliederung
	Adaption des Arbeitsplatzes zu Hause	Klientin	Bis zum Ende der 2. Woche der Wiedereingliederung
	Überprüfung der Ergonomie über Videotelefonkontakt	Klientin und Ergotherapeutin	Bis zur Mitte der 3. Woche der Wiedereingliederung
Ziel 4: Frau Seiler hebt alle Ordner des aktuellen Jahres allein aus dem Regal. Dieses Ziel erreicht sie in zwei Wochen.	Besprechung im Team, ob eine Umorganisation der Ordner für alle Kollegen passend ist	Klientin und Kollegen	Bis zur Mitte der 2. Woche der Wiedereingliederung
	Umorganisation des Regals am Arbeitsplatz; aktuell wichtige Ordner werden nach unten geräumt	Klientin und Kollegen	Bis zum Ende der 2. Woche der Wiedereingliederung
	Übung des Herausnehmens der aktuellen Ordner aus dem Regal	Klientin/Besprechen der Fortschritte im Telefonkontakt mit der Therapeutin	Bis zum Ende der 2. Woche der Wiedereingliederung
Ziel 5: Frau Seiler macht sich während des Telefonierens Notizen mit der linken Hand auf einem Schreibtischunterlagen-Block. Dieses Ziel erreicht sie in drei Wochen.	Arbeitgeber um Anschaffung eines Unterlagenblocks bitten	Klientin, Therapeutin und Arbeitgeber	Am 4. Tag der Wiedereingliederung
	Platzieren des Blocks im Büro	Klientin	Bis zum Ende der 2. Woche der Wiedereingliederung
	Erproben der Strategie, Notizen während des Telefonierens auf dem Unterlagenblock zu machen (Telefonhörer in rechter Hand, Notizen mit links)	Klientin/Besprechen der Fortschritte im Telefonkontakt mit der Therapeutin	Bis zur Mitte der 3. Woche der Wiedereingliederung

1. Telefonkontakt

Der erste Telefonkontakt findet zu Beginn der zweiten Arbeitswoche statt. Therapeutin und Klientin haben ein Zeitfenster von 30 Min., in denen sie per Videotelefonie über den Computer kommunizieren. So kann die Therapeutin bestimmte Situationen auch sehen, wenn sie nicht vor Ort ist. Die Therapeutin erkundigt sich, wie es Frau Seiler geht und ob sie Unterstützung bei der Umsetzung der Pläne brauche.

Frau Seiler berichtet, dass am morgigen Tag das Gespräch mit den Kollegen stattfinden wird. Die Ergotherapeutin erkundigt sich, ob Frau Seiler im Moment Unterstützung oder eine Vorbereitung für das Gespräch benötigt. Frau Seiler verneint, das gute Verhältnis zu ihren Kollegen ist eine starke Unterstützung für sie. Auch ihre Kommunikationsfähigkeiten kommen hier als Ressource zum Tragen. Da es keine weiteren Anliegen von beiden Seiten gibt, fällt das Gespräch kürzer aus. Die Therapeutin nutzt die Zeit, die Telefongespräche zu dokumentieren, und schickt einen Zwischenbericht an den behandelnden Arzt.

Genutzte Kernkompetenz
(Enablement Skill gemäß CMCE)

Zusammenarbeiten

AP 6a: Überprüfen/verändern (Interventionsphase 2)

2. Telefonkontakt

Das zweite Telefonat findet am Ende der zweiten Woche statt. Die Küche und das Büro wurden umgeordnet, Frau Seiler zeigt über die Kamera, auf welcher Höhe sich nun die unhandlicheren Teile befinden, und demonstriert, wie sie sie herausnehmen kann. Die Therapeutin beobachtet die Ausführung und bestätigt Frau Seiler, indem sie ihr rückmeldet, dass ihre Ausführung ergonomisch und sicher ist. Frau Seiler ist stolz, dass bereits zwei für sie wichtige Schritte in so kurzer Zeit erfolgreich bewältigt werden konnten. Somit ist keine weitere Anpassung bzgl. dieser Tätigkeiten nötig.

Darüber hinaus berichtet die Klientin, dass der Schreibblock am heutigen Tag geliefert wurde und sie diese Anpassung nun als nächstes erproben kann.

3. Telefonkontakt

Beim dritten Telefonat zu Beginn der 3. Woche ist Frau Seiler zu Hause. Sie gibt eine kurze positive Rückmeldung über das Schreiben der Telefonnotizen und bestätigt, dass auch hierbei der Plan nicht weiter angepasst werden muss. Sie kann dies aber im Moment nicht demonstrieren, da sie sich nicht an der Arbeitsstelle befindet. Die Therapeutin merkt sich, die Zielerreichung deshalb nochmals vor Ort zu überprüfen.

Frau Seiler zeigt ihrer Therapeutin stattdessen über die Kamera ihren PC-Arbeitsplatz zu Hause. Der Arbeitsplatz ist jetzt für Frau Seiler passend eingerichtet, sie konnte alle Empfehlungen aus der Schulung umsetzen. Sie kann ihre Unterarme auf dem Schreibtisch ablegen und der Vorteil der Laptoptastatur ist die niedrige Höhe im Vergleich zu einem separaten Keyboard mit Monitor. Die Therapeutin verbessert lediglich die Monitorposition und empfiehlt, diesen so weit wie möglich nach hinten zu klappen, um die mangelnde Höhe des Bildschirms auszugleichen; dadurch sitzt Frau Seiler nicht in gekrümmter Körperhaltung am Laptop. Das Berichteschreiben ist somit kein Hindernis mehr.

Genutzte Kernkompetenzen
(Enablement Skills gemäß CMCE)

Zusammenarbeiten
Coachen

Outcome/Re-Evaluation

AP 7: Ergebnis bewerten

Die Therapeutin besucht Frau Seiler gegen Ende der Wiedereingliederung nochmals an ihrem Arbeitsplatz. Diesmal jedoch keinen gesamten Arbeitstag, sondern in einem Zeitrahmen von 3 Stunden. Innerhalb dieser Zeit möchte die Ergotherapeutin zunächst im Rahmen einer abschließenden Reflexion gemeinsam mit der Klientin überprüfen, ob alle Ziele erreicht wurden (s. ► Tab. 9.4).

Die Überprüfung der Ziele ist das eine. Um aber deutlich zu machen, was die Ergotherapie verändert hat, ist es von großer Bedeutung, nochmals Bezug zum Anfangsbefund zu nehmen. Somit wird auch dieser Befund Anhand der MOHO-Komponenten Volition, Habituation und Performanzvermögen zusammen mit Frau Seiler re-evaluiert (vgl. Taylor u. Kielhofner 2017). Die Ergotherapeutin notiert sich dazu folgende Zusammenfassung:

Tab. 9.4 Abschlussreflexion

Ziel	Reflexion
Ziel 1: Frau Seiler spült einen großen Topf selbstständig ab.	Das Ziel wurde noch innerhalb der Klinik erreicht. Viel wichtiger war aber, dass das Hilfsmittel auch im Arbeitsalltag seinen Zweck erfüllt und Frau Seiler mit der Ausführung zufrieden ist. Dies bestätigt sie in der Abschlussreflexion.
Ziel 2: Frau Seiler nimmt alle großen und schweren Gegenstände selbstständig aus der Spülmaschine und räumt sie in die Küchenschränke.	Frau Seiler erörtert, wie die beiden Räume Küche und Büro umstrukturiert wurden, und verdeutlicht, dass es besonders hilfreich war, hierbei das gesamte Team miteinzubeziehen. So sind Raumstrukturen entstanden, die nicht nur Frau Seilers Fähigkeiten entsprechen sondern auch den Wünschen ihrer Kollegen.
Ziel 4: Frau Seiler hebt alle Ordner des aktuellen Jahres allein aus dem Regal.	
Ziel 3: Frau Seiler schreibt Berichte am PC in einer ergonomischen Körperhaltung an ihrem Arbeitsplatz zu Hause.	Das Ziel konnte Frau Seiler ebenfalls erreichen. Und in den letzten Tagen hat sich durch den veränderten Tagesablauf auch diesbezüglich eine neue Routine für Frau Seiler entwickelt.
Ziel 5: Frau Seiler macht sich während des Telefonierens Notizen mit der linken Hand auf einem Schreibtischunterlagen-Block.	Dieses Ziel wird nochmals besonders beleuchtet, da die Therapeutin diesbezüglich nur Frau Seilers Selbsteinschätzung kennt, die Ausführung an sich aber noch nicht beobachten konnte. Frau Seiler zeigt der Therapeutin Notizen vom Vortag und demonstriert, wie sie das Telefonieren und gleichzeitige Schreiben aktuell handhabt. Es wird deutlich, dass Frau Seiler geübter in der Bewegung ihres linken Arms geworden ist. Auch dieses Ziel kann als zufriedenstellend erreicht beurteilt werden.

Volition

Das *Selbstbild* von Frau Seiler hat sich *positiv verändert*. Sie fühlt sich in ihrer Arbeitsausführung kompetent und ist stolz, wie sie dank verschiedener Anpassungen auf unterschiedlichen Ebenen den für sie bedeutungsvollen Handlungen (Werte) und Interessen wieder nachgehen kann.

Habitation

Hierbei ist es für Frau Seiler am wichtigsten, dass sie die *Arbeitsrollen* der Kollegin, Angestellten und Bezugsperson der Jugendlichen *wiedererlangt* hat. Sie hat innerhalb dieser Rollen teils neue Herangehensweisen entwickeln müssen (Occupational Adaptation), um sie voll ausfüllen zu können. Diese sind aber inzwischen zu *festen Routinen und Gewohnheiten* geworden. Ihre Bedenken, dass sie nicht wie gewünscht ihre Arbeit in vollem Umfang erfüllen kann, konnten zerstreut werden.

Performanzvermögen

Die motorischen Fertigkeiten von Frau Seiler haben sich nicht verändert, jedoch hat sie viele *effektive Kompensationsstrategien* entwickelt, um die Bewegungsdefizite auszugleichen. Ihre prozesshaften Fähigkeiten und ihre Kommunikations-/Interaktionsfähigkeiten konnte Frau Seiler im Laufe der Wiedereingliederung besonders für sich nutzen,

was ihre *Betätigungsidentität* (Occupational Identity) gestärkt hat.

Wiedereingliederung



Frau Seiler ist *in ihre alte Arbeitsstelle* wie vor dem Unfall *eingebunden* (Occupational Participation) und empfindet ihre dortige *Betätigung* (Occupational Identity) *als erfüllend und positiv*. Sie kann ihre Arbeit im gleichen zeitlichen und inhaltlichen Ausmaß ausfüllen wie vor dem Unfall. Die Wiedereingliederung kann somit erfolgreich abgeschlossen werden.

Genutzte Kernkompetenzen (Enablement Skills gemäß CMCE)

Zusammenarbeiten
Beteiligen/Einbeziehen

AP 8: Beenden, abschließen

Abschließend werden auch der Arbeitgeber und die Rehamanagerin zu ihrer Zufriedenheit mit dem aktuellen Stand befragt. Lediglich die Frage, ob Frau Seiler den angepassten Büroarbeitsplatz zu Hause (s. Ziel 3 aus ► Tab. 9.3) irgendwann nicht

mehr brauchen wird, steht noch im Raum. Der Arbeitgeber versichert, notfalls auch längerfristig einen ergonomischen Büroarbeitsplatz in der Einrichtung zu finanzieren. Folglich ergeben sich keine weiteren Anliegen und alle Beteiligten sind mit dem Ist-Zustand sehr zufrieden. Somit wird die ergotherapeutische Begleitung an dieser Stelle beendet, da aus Sicht der Klienten keine weitere Unterstützung mehr nötig ist. Die Therapeutin dokumentiert alles Erreichte und schickt den Abschlussbericht an alle Beteiligten.

9.2.4 Fazit

Es mag beim Lesen ein wenig verwirrend sein, dass sich die mittleren Aktionspunkte des Prozesses („Erheben und bewerten“, „sich auf Ziele einigen, planen“, „Plan umsetzen“ und „überprüfen/verändern“) wiederholen und es so wirkt, als würden zwei Prozesse nebeneinander laufen, welche sich überschneiden. Ich wollte es als Autorin dieses Fallbeispiels genauso darstellen, da dies dem *realistischen Alltag entspricht*. Allein durch die Besonderheit, dass das Beispiel in zwei unterschiedlichen Umfeldern spielt (in der Klinik und am Arbeitsplatz), wird deutlich, dass man nicht alle Aspekte in einem Ablauf berücksichtigen kann. Auch wenn dieses Fallbeispiel dadurch vielleicht komplex erscheint, habe ich es gewählt, da es ein sehr modernes und erfolgreiches Beispiel innerhalb der Arbeitstherapie darstellt.

Außerdem soll das Beispiel auch zeigen, dass man sich an den Prozessen und Sichtweisen von Modellen orientieren und so eine Behandlung aufbauen kann, die von Beginn bis Ende die Betätigungen und den Klienten im Fokus hat. Somit wird dem Beispiel wieder etwas an Komplexität genommen und ich möchte damit auch Berufsanfänger ermutigen, indem ich zeige, dass Betätigungszentrierung und ein Top-down-Ansatz ohne aufwendige Vorgehensweisen möglich sind. Die betätigungszentrierte Vorgehensweise war mir besonders wichtig, da ich die Erfahrung gemacht habe, dass arbeitstherapeutische Behandlungen in der Klinik oft nicht nachhaltig waren, wenn die persönlichen Kontextfaktoren nicht genau beleuchtet wurden. Denn das Kliniksetting entspricht nicht den realen Arbeitsbedingungen und aus diesem Grund wurde ein derartiges Pilotprojekt (s. Kap. Praxiskontext) erprobt, um den Transfer in die Arbeitswelt besser gewährleisten zu können.

Literatur

- Höhl W, Köser P, Dochat A. Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben. Idstein: Schulz-Kirchner; 2015
- Taylor R, Kielhofner G. Introduction to the Model of Human Occupation. In: Taylor R. Kielhofner's Model Of Human Occupation. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 3–10
- Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT; 2013

9.3 Beispielprozess 2 (CPPF): Herr Huber erledigt seine Morgenroutine

Julia Zeindl

9.3.1 Ein Fall aus der Neurologie

Die Umsetzung von Betätigungszentrierung in der Neurologie hat viele Facetten und der Paradigmenwechsel zu Betätigungszentrierung unterliegt auch in diesem Bereich fachspezifischen Herausforderungen. Hierzu einige Beispiele:

Im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes kommen die Klienten meist nach einem akuten Ereignis zu uns in die Ergotherapie. Damit oft einhergehend sind ihre Erfahrungen in Bezug auf ihre eventuell bereits wieder möglichen Aktivitäten begrenzt. Häufig ist zunächst der allgemeine Wunsch vorherrschend, dass alles wieder so werden soll wie vor dem Vorfall, und spezifische Anliegen sind (auch aus Mangel an Erfahrung mit Aktivitäten) oft noch nicht vorhanden.

Eine weitere Herausforderung ist zudem, dass viele Basisfortbildungen für Therapeutinnen in diesem Bereich auf Körperfunktionen ausgerichtet sind. Ebenso herrscht manchmal die Ansicht, dass kompensatorisches Alltagstraining dem Wiedererlangen der Funktion im Weg steht. Meist sind medizinische Leitlinien ebenfalls auf Körperfunktionen ausgerichtet und betonen daher den Stellenwert funktioneller Ansätze. Oft ist der Ergotherapie die Armrehabilitation quasi „zugeteilt“, sie „muss“ sich also um die Funktionsherstellung des Armes kümmern (und die Physiotherapie um die Beine).

Mit der ICF (s. Kap. 4) wurde im medizinischen Bereich eine Grundlage für die holistische Betrachtung geschaffen und die Sichtweise gefördert, dass Rehabilitation nach Teilhabe streben soll. Der Stellenwert funktioneller Therapie ist allerdings nach wie vor hoch, auch auf gesellschaftlicher Ebene.

Die Liste der Herausforderungen ließe sich an diesem Punkt noch weiter ausführen. Nicht ohne Grund wird hierzu in der Fachwelt kontrovers diskutiert (Scholz-Minkwitz u. Heß 2017).

Wofür an dieser Stelle jedoch geworben werden soll ist, dass sich ein betätigungszentrierter Ansatz aus unterschiedlichen Gründen in der Neurologie sehr lohnt.

Zunächst einmal ist Betätigung der ureigene Fokus der Ergotherapie und macht unseren Berufszweig einzigartig (Fisher 2017; Townsend u. Polatajko 2013).

Theoretisch ist die Rehabilitation im Sinne der ICF auf Teilhabe ausgelegt und um bestmögliche Teilhabe zu erreichen, können Funktionen wichtig sein. Tatsächlich besteht jedoch kein direkter Zusammenhang zwischen der Wiedererlangung von Körperfunktionen und dem Grad der Teilhabe (DIMDI 2018). In der Praxis erleben wir immer wieder Menschen, die mit relativ geringen funktionellen Einschränkungen weitreichende Einschränkungen im Bereich der Teilhabe haben können. Ebenso ist es möglich, mit weitreichenden funktionellen Einschränkungen einen sehr erfüllenden Grad der Teilhabe zu erreichen (Fries et al. 2017). Wahrscheinlich fallen Ihnen hierzu einige Beispiele ein. Dass es zu weitreichender Teilhabe kommt, kann an den unterschiedlichsten Faktoren liegen. Ein wichtiger Faktor ist hierbei, dass wir in der Therapie von Beginn an nicht nur Hürden aufzeigen – was oft im Rahmen funktioneller Ansätze der Fall ist – sondern von Anfang an auch Möglichkeiten. Und was eignet sich dabei besser, als sich bei persönlich relevanten Alltagsaktivitäten wieder als erfolgreich handelnd zu erleben?

Die Arbeit an und mit relevanten Betätigungen unterstützt in vielerlei Hinsicht auch die Krankheitsverarbeitung. So können in der Therapie Grenzen, aber auch neue Möglichkeiten entdeckt werden, wie der Alltag nach einem hirnschädigenden Ereignis gestaltet werden kann.

In der Rehabilitation sind wir mit immer kürzeren Aufenthalten konfrontiert. Das Arbeiten an funktionellen Parametern (z.B. Armfunktion) ist langwierig und der Erfolg oft nicht gesichert. Richten wir jedoch zusammen mit unseren Klienten die Ziele und Methoden konkret auf für den Klienten bedeutungsvolle Betätigungen aus, so können auch innerhalb kurzer Zeit Ziele oft schnell erreicht werden (s. Abschnitt „Meine schönsten betätigungszentrierten Momente in der Neurologie“ in Kap. 9.3.4).

Durch die Arbeit an bedeutungsvollen Betätigungszielen werden beim Klienten und auch den Angehörigen (soweit sie einbezogen worden sind) oft Gedankenprozesse angestoßen. Sie beginnen häufig eigenständig, weiter Ideen und Strategien zu entwickeln, und tragen somit eigenständig zur Erweiterung ihrer Aktivitäten und Teilhabe bei.

Auch die Liste, warum sich Betätigungszentrierung in der Neurologie lohnt, kann sehr viel weiter ausgeführt werden und soll an dieser Stelle lediglich ein Anstoß sein.

Bevor der Beispielprozess dargestellt wird, soll hier ein Aspekt sehr deutlich betont werden: Es geht nicht darum, funktionsorientiertes Arbeiten in der Ergotherapie zu verteufeln oder eine Bewertung in besser/schlechter vorzunehmen. Es ist möglich, betätigungszentriert zu arbeiten, wenn einzelne Funktionen gezielt für eine Betätigung trainiert werden und dies im Prozess mit dem Klienten transparent gemacht wird (Kolster 2009; Scholz-Minkwitz u. Heß 2017). Dabei besteht jedoch häufig die Gefahr, dass die Betätigung in den Hintergrund rückt und von Therapeut und/oder Klient aus den Augen verloren wird.

Für den Beispielprozess wurde bewusst ein Klient gewählt, dem eine aktive Mitarbeit kognitiv möglich ist. Das Fallbeispiel wäre sonst zu komplex, die Methodik zu vielschichtig und das betätigungszentrierte Vorgehen somit schlechter darstellbar. Ebenso ist dies als Vorschlag für die Praxis zu verstehen: Fangen Sie nicht mit ihren komplexesten Klienten an, neue Ansätze auszuprobieren. Auch uns Therapeuten machen Erfolgserlebnisse Freude und wir sind dann gewillter, Erfolgreiches zu wiederholen. Nutzen wir also dieses Vorgehen.

Auf Besonderheiten in der Arbeit mit herausfordernden Klienten geht dieses Kapitel am Ende kurz ein.

Als Prozessmodell wurde das CPPF (Canadian Practice Process Framework) gewählt, das in Kap. 9.1.4 theoretisch beschrieben ist. Für das ergotherapeutische Vorgehen ist dies lediglich ein Beispiel; der Prozess kann durchaus auch anhand anderer Modelle stattfinden. Hinweis: Die Namen der beschriebenen Personen sind frei erfunden.

9.3.2 Kontext und Bezugsrahmen Gesellschaftlicher Kontext

Das Fallbeispiel findet in Deutschland, folglich im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems, statt. Herr Huber ist 72 Jahre und in Deutschland ge-

setzlich krankenversichert. Die Krankenversicherung zahlt seine Rehabilitation. Zunächst wurden 3 Wochen in der Rehapphase C genehmigt. Die Ergotherapeutin kann Herrn Huber entsprechend den internen Richtlinien 3x/Woche für 30 Minuten ergotherapeutisch begleiten. Der gesellschaftliche Kontext bildet den Rahmen für den Praxiskontext. Auf das theoretische Konstrukt hierzu geht der Abschnitt zum gesellschaftlichen Kontext in Kapitel 9.1.4 ein.

Praxiskontext

Der Klient

Herr Huber ist berenteter Elektroingenieur und geschieden (seit 9 Jahren alleinlebend). Er hat einen Sohn, der in der Nähe wohnt und zu dem er einen regelmäßigen Kontakt hat. Herr Huber wohnt in der Stadt in einer Mietwohnung im 3. Stock, zu der kein Lift vorhanden ist. Er geht 2x/Woche ins Fitnessstudio und macht mit einem Freund regelmäßig Radtouren. Bei seinem Sohn passt er auch hin und wieder mal auf seinen 3-jährigen Enkel auf. Herr Huber hat seine persönlichen Einstellungen und Lebenserfahrungen, die seine Person prägen. So hat er in seinem Leben bereits mehrfach die Erfahrung gemacht, dass sich mit Ehrgeiz und Wille viele Dinge erreichen lassen. Ihm ist seine Freiheit und Unabhängigkeit ebenso wichtig wie soziale Beziehungen.

Die Therapeutin

Die Ergotherapeutin ist 26 Jahre alt und seit 4 Jahren in ihrem Beruf tätig.

Sie arbeitet seit ihrem Examen in einer großen Rehaklinik im städtischen Raum. Das ergotherapeutische Team umfasst 10 Personen und ist sehr gemischt in Bezug auf die Berufserfahrung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Klinik ist gut und es wird viel Wert auf einen zielgerichteten Austausch und ein fachliches und menschliches Miteinander gelegt.

Die räumliche und materielle Ausstattung der Ergotherapie ist recht umfangreich. So gibt es Materialien zum funktionellen Training (z. B. Perfettikoffer, CIMT-Schienen, robotikgestützte Geräte zur Armrehabilitation). Ebenso ist beispielsweise eine Übungswohnung mit Schlafräumen, Wohnzimmer, Bad und Übungsküche vorhanden.

Die Ergotherapeutin hat ihre persönlichen Einstellungen und Lebenserfahrungen, die ihre Person

prägen. Ihr ist wichtig, zum Leben anderer Menschen etwas beitragen zu können, und sie sieht persönlichen Herausforderungen meist optimistisch entgegen. Familie und Freunde haben in ihrem Leben einen hohen Stellenwert.

In der Rehaklinik, in der sie tätig ist, werden Fortbildungen unterstützt. Die Mitglieder im Team haben eine große Bandbreite an unterschiedlichen Fortbildungen absolviert und verfügen über ein entsprechend vertieftes Wissen.

Der Vorgesetzten ist evidenzbasierte Praxis wichtig und ein leitlinienorientiertes Vorgehen hat in der Abteilung, besonders im Rahmen der Armrehabilitation, einen großen Stellenwert.

Die Ergotherapeutin hat einige Behandlungskonzepte in internen und externen Schulungen kennengelernt. So wurde das Team intern z. B. auch zur Durchführung des COPM geschult. Da sie sich sehr für Neuerungen in ihrem Beruf interessiert, liest sie regelmäßig Fachzeitschriften.

Bezugsrahmen

Die Ergotherapeutin hat nach einem OTIPM Kurs beschlossen, Betätigungszentrierung noch mehr in ihr therapeutisches Handeln mit einfließen zu lassen. Für Herrn Huber wählt sie einen betätigungszentrierten Bezugsrahmen mit dem Kanadischen Modell und Elementen aus dem OTIPM aus.

9.3.3 Die 8 Aktionspunkte des CPPF mit Herrn Huber

Evaluationsphase

Aktionspunkt (AP) 1: Eintreten/initiieren

Herr Huber erlitt vor einer Woche einen links-hemisphärischen Mediainfarkt und war bis gestern im Akutkrankenhaus. Er ist gerade in der Reha angekommen. Als Symptome hat er eine Hemiparese auf der rechten Seite und eine leichte Aphasie.

Herr Huber hat seinen ersten Termin in der Ergotherapie. Davor hat der Arzt schon mit ihm gesprochen und die Therapeutin hat eine Verordnung bekommen, aus der sie z. B. Basisinformationen zur Sozialanamnese und der Krankheitsgeschichte erfährt.

Merke



Je nach Arbeitsstelle sehen die Vorabinformationen anders aus. Im ambulanten Bereich kommt der Klient mit einem Rezept vom Arzt (s. Abb. 9.3).

Bei Klienten, bei denen kein ganz akutes Ereignis vorliegt, kann an dieser Stelle auch gut mit einem Betätigungsprofil bzw. Tagesprofil begonnen werden, welches schon in Kap. 2.2.1 dargestellt wurde.

AP 2: Erwartungen abklären

Merke



Damit gegenseitige Erwartungen abgeklärt werden können, ist es von Nöten, dass der Klient zunächst über den Aufgabenbereich Ergotherapie informiert wird. Meist wissen die Klienten nicht, was sie erwartet. Häufig wird Ergotherapie auch mit einem anderen Berufsfeld verwechselt. Wenn für den Klienten hier der Grundstein gelegt wird, dass es darum geht, Aktivitäten aus dem alltäglichen Leben wieder selbständiger und/oder selbstbestimmter auszuführen, gelingt die betätigungszentrierte Befundaufnahme einfacher.

Im Sinne der Klientenzentrierung nennt auch die Therapeutin ihre Erwartungen, wie z. B. dass Anliegen frei geäußert werden sollen. Auch lohnt es z. B. zu erwähnen, wie häufig die Behandlungen stattfinden werden, damit der Klient seine Erwartungen darauf abstimmen kann.

Jedoch macht er sich Sorgen, wie das Einkaufen oder Behördengänge in der Zukunft wohl funktionieren werden.

- *Arbeit* ist für Herrn Huber als Bereich nicht relevant, er ist berentet und geht auch keiner ehrenamtlichen Tätigkeit nach.
- Im Bereich der *Haushaltsführung* erwartet er Probleme. Er ist aus dem Akutkrankenhaus direkt in die Rehabilitationseinrichtung gekommen und hat hierzu noch keine Erfahrungen gemacht. Er bittet jedoch, das Kochen, Putzen und Wäschemachen als potenzielle Probleme mit zu notieren, da er hierbei Schwierigkeiten vermutet.
- Im Bereich der *ruhigen Freizeit* ist er nicht eingeschränkt. Ihm wichtige Tätigkeiten wie Zeitung lesen, telefonieren und Fernsehen kann er ausführen.
- In der *aktiven Freizeit* erwartet er Schwierigkeiten, da er vor seinem Schlaganfall gerne Fahrrad gefahren und regelmäßig ins Fitnessstudio gegangen ist.
- Im Bereich *soziale Kontakte* rechnet er mit Schwierigkeiten, sich mit seinem Fahrradfreund und seinem Sohn weiterhin zu treffen. Er müsste hierzu nicht nur die Treppen von/zu seiner Wohnung im 3. Stock bewältigen, sondern auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren.

Im Anschluss an die Erhebung der Betätigungsprobleme stuft Herr Huber ein, wie wichtig ihm diese Tätigkeiten sind.

Termin 1

Die Ergotherapeutin führt zur Aufnahme des Anfangsbefunds das COPM (Law et al. 2015) mit Herrn Huber durch. Hierbei geht sie die einzelnen Betätigungsbereiche mit ihm durch und bespricht mit dem Klienten, ob er schon Betätigungsprobleme bemerkt hat. Herr Huber hat bereits Schwierigkeiten in folgenden Bereichen festgestellt:

- bei der *körperlichen Selbstversorgung* (Waschen, Duschen, Anziehen, Toilettengang, Deo auftragen, Essen schneiden)
- bei der *Mobilität* (aufstehen aus dem Bett, weitere Strecken mit dem Rollstuhl fortbewegen, bei schönem Wetter alleine in den Park kommen)
- Für die *Regelung persönlicher Angelegenheiten* ist zum aktuellen Zeitpunkt sein Sohn als Betreuer eingesetzt. Diesen Bereich sieht Herr Huber momentan als für die Therapie nicht relevant an.

Tab. 9.5 COPM von Herrn Huber – Teil 1: Problematische Betätigungsbereiche im Klinikkontext

Betätigungsbereiche	Probleme	Wichtigkeit
Körperliche Selbstversorgung	Waschen	8
	Duschen	8
	Anziehen	9
	Toilettengang	10
	Deo auftragen	7
	Essen schneiden	9
	Frühstück zubereiten	7
Mobilität	Selbständig das Bett verlassen	9
	Weitere Strecken mit dem Rollstuhl fahren	5
	Draußen im Park unterwegs sein	7

Heilmittelverordnung 18
Maßnahmen der Ergotherapie

Gebührpflicht: Krankenkasse bzw. Kostenträger
Gebührfrei: Name, Vorname des Versicherten
Unterschied: geb, am
Unterschied: folgend

BVG: Kassen-Nr., Versicherten-Nr., Status
EWR/CH: Vertragsarzt-Nr., VK gültig bis, Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)
☐ Erstverordnung ☒ Folgeverordnung ☐ Gruppentherapie
Verordnung außerhalb des Regelfalles: ☐ Ja ☒ Nein
Hausbesuch: ☒ Ja ☐ Nein
Therapiebericht: ☒ Ja ☐ Nein

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Verordnungsmenge: 10
Heilmittel: sensomotorisch-perzeptive Behandlung
Anzahl pro Woche: 2

Indikationschlüssel: EN2
Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde: z.n. Medianinfarkt links

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele: ADL-Selbstständigkeit

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 18.1 (7.2004)

Abb. 9.3 Ärztliches Rezept. (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

Tab. 9.6 COPM von Herrn Huber – Teil 2: Vermutete problematische Betätigungsbereiche im späteren häuslichen Kontext

Betätigungsbereiche	Probleme	Wichtigkeit
Regelung persönlicher Angelegenheiten	Einkaufen	8
	Behördengänge	5
Haushaltsführung	Kochen	8
	Putzen	4
	Wäsche machen	4
Aktive Freizeit	Fahrrad fahren	8
	Fitnesstraining im Studio	6
Soziale Kontakte	Mit Sohn und Freund treffen	9
	(Bus/Treppen)	

Daran anschließend wählt Herr Huber einige Anliegen aus, an denen er in der Therapie als Erstes arbeiten möchte, und die er in Hinblick auf die Ausführungsqualität und seine Zufriedenheit hiermit bewertet.

Genutzte Kernkompetenzen (Enablement Skills gemäß CMCE)

- Zusammenarbeiten
- Beraten
- Beteiligen/Einbeziehen

Tab. 9.7 Anliegen von Herrn Huber und Erstbewertung

Betätigungsperformanzprobleme	1. Erhebung Performanz	1. Erhebung Zufriedenheit	2. Erhebung Performanz	2. Erhebung Zufriedenheit
Selbständiger Toilettengang	2	1		
Selbständig das Bett verlassen	5	4		
Im Zimmer Frühstück zubereiten	1	1		

MerkeM!

Im klinischen Setting haben die Klienten oft noch keine Erfahrungen mit Betätigungen im häuslichen Bereich gemacht. Es lohnt sich daher in solchen Fällen, gemeinsam zu erproben, ob es vielleicht Probleme in relevanten Betätigungsbereichen geben könnte. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass der reale Kontext „zu Hause“ nicht einem nachgestellten Klinikkontext gleicht, auch wenn Möglichkeiten zum Alltagstraining vorhanden sind. Dies ist kein Ausschlussgrund, um z. B. Kochen in der Übungsküche der Ergotherapie zu erproben. Es ist jedoch wichtig, sich über mögliche Unterschiede im Klaren zu sein und dies mit dem Klienten transparent zu besprechen.

AP 3: Erheben und Bewerten

MerkeM!

Nachdem Betätigungsprobleme festgestellt wurden, wird entschieden, ob weitere Tests notwendig sind. Es ist jedoch nur nötig, das zu erheben, was in der Therapie in Bezug auf das jeweilige Ziel relevant ist (Beispiel: Es muss nicht die Gehgeschwindigkeit gemessen werden, wenn der Klient sich im Sitzen seinen Pullover besser anziehen können möchte).

In vielen Fällen eignet sich an dieser Stelle eine Betätigungs- und Performanzanalyse, wie in den Kapiteln 5.5.2 und 9.1.2 beschrieben. Hier wird eine Performanzanalyse in Anlehnung an das OTIPM benutzt. Die Teilschritte der Betätigung werden über Anstrengung, Sicherheit, Effizienz und Hilfe beurteilt.

Termin 2

Im Fall von Herrn Huber hat sich die Ergotherapeutin mit dem Klienten darauf verständigt, gleich den Toilettengang zur Performanzanalyse zu ver-

wenden. Diesen führt Herr Huber momentan normalerweise im Bad seines Zimmers auf der Station mit Hilfe der Pflegekraft aus. Da Herr Huber in dieser Situation verständlicherweise nicht gefilmt werden wollte, wurde die Beobachtung und Analyse ohne Videoaufnahme gemacht.

Vor der Durchführung wurden Herr Huber und seine Pflegerin instruiert, dass sie den Toilettengang so wie sonst auch durchführen sollten und die Therapeutin lediglich in der Rolle des Beobachters fungiert und sich ggf. Notizen macht. Da der Toilettengang ja eigentlich etwas ist, bei dem man nicht unbedingt beobachtet werden möchte, hat die Ergotherapeutin mit Herrn Huber abgesprochen, was von ihr beobachtet werden darf und soll. Zudem hat sie mit ihm festgelegt, mit welchem Schritt die Beobachtung beginnt und mit welchem sie endet.

Die Beteiligten einigen sich darauf, dass die Beobachtung beginnt, wenn Herr Huber im Zimmer ist und endet, wenn er nach dem Toilettengang im Bad wieder in seinem Rollstuhl sitzt. Die Ergotherapeutin darf und soll von Herrn Huber aus für die gesamte Dauer der Betätigung mit im Raum bleiben.

MerkeM!

Die Therapeutin macht sich während der Aufgabenausführung Notizen zu ihren Beobachtungen. Diese kann sie in einem späteren Schritt bewerten (s. ► Tab. 9.8, Performanzanalyse mit Bewertungskriterien). Es lohnt sich, dass der Klient bei der Analyse der Situation zuerst zu Wort kommt. Erkennen Klienten von selbst Schwierigkeiten, sind sie eher geneigt, Routinen und Abläufe zu ändern.

Im Anschluss an die Ausführung gaben alle drei Parteien (Herr Huber, die Pflegekraft und die Ergotherapeutin – in dieser Reihenfolge) ihre Beobachtungen und Einschätzungen ab.

Tab. 9.8 Performanzanalyse mit Bewertungskriterien

Teilschritte	Beobachtung der Therapeutin	Sicherheit/Effizienz/Anstrengung/Hilfe (übergeordnet Kriterien OTIPM, s. Kap. 5.5.2)
Im Rollstuhl zur Toilette fahren	Herr Huber wird von der Pflegekraft zur Toilette gefahren. Sie stellt ihm die Fußstützen hoch. Herr Huber beginnt, mit nicht festgestellten Bremsen aufzustehen. Die Pflegekraft stellt ihm die Bremsen am Rollstuhl fest.	Sicherheit: deutliche Gefahr Effizienz: deutliche Desorganisiertheit Anstrengung: keine Anstrengung Hilfe: durchgehende Hilfe
Aufstehen	Herr Huber versucht aufzustehen, schafft es nicht, schnauft stark. Die Pflegekraft hilft ihm in den Stand. Er wackelt.	Sicherheit: mäßige Gefahr Effizienz: keine Desorganisiertheit Anstrengung: deutliche Anstrengung Hilfe: durchgehende Hilfe
Hose runterziehen und auf Toilette setzen	Herr Huber dreht sich im Stand um. Dabei sackt er mit dem rechten Knie immer wieder ein und dreht sich über seinen rechten Fuß. Pflegekraft greift ein und nimmt sein rechtes Bein mit. Sie zieht ihm im Stand die Hose runter.	Sicherheit: deutliche Gefahr Effizienz: deutliche Desorganisiertheit Anstrengung: deutliche Anstrengung Hilfe: durchgehende Hilfe
Urin ablassen	Herr Huber lässt Urin ab und säubert im Sitzen seinen Intimbereich.	Sicher/effizient/keine Anstrengung oder Hilfe
Aufstehen und Hose hochziehen	Herr Huber steht ohne Hilfe von der Toilette auf. Er möchte die Hose im Stand hochziehen und kippt dabei nach vorne. Die Pflegekraft greift ein, bittet ihn, sich nur auf das Stehen zu konzentrieren, und zieht ihm die Unterhose und die Hose hoch.	Sicherheit: deutliche Gefahr Effizienz: deutliche Desorganisiertheit Anstrengung: minimale Anstrengung Hilfe: durchgehende Hilfe
In den Rollstuhl setzen	Herr Huber dreht sich stehend mit dem Gesäß Richtung Rollstuhl um. Er verdreht hierbei ein wenig das betroffene Bein und lässt sich in den Rollstuhl plumpsen.	Sicherheit: minimale Gefahr Effizienz: minimale Desorganisiertheit Anstrengung: mäßige Anstrengung Hilfe: unabhängig

Klient

Herr Huber stellte fest, dass zum Toilettengang nicht nur das Ablassen von Urin etc. und das Abputzen dazugehört (was beides ohne Probleme funktionierte), sondern auch das Hoch-/Runterziehen der Hose und das Hinfahren zur Toilette. Beides wurde in der Situation von der Pflegekraft übernommen. Er bemerkte, dass er fast gestürzt wäre, als er beim Hochziehen der Hose mithelfen wollte. Zudem gab er an, dass alles recht anstrengend für ihn war.

Pflegekraft

Dieser wurde durch das Gespräch bewusst, dass Herr Huber evtl. schon alleine zur Toilette fahren könnte, und sie beschloss, ihn diesen Teilschritt in Zukunft in Absprache selbständiger durchführen zu lassen. Sie fand jedoch den Toilettengang an sich wegen der bestehenden Sturzgefahr noch recht unsicher und würde sich nicht trauen, Herrn Huber dabei schon alleine zu lassen.

Ergotherapeutin

Der Ergotherapeutin fiel auf, dass Herr Huber besonders beim Hochziehen der Hose sturzgefährdet war. Im Stehen beugte er sich nach vorne, um nach dem Hosenbund am Knöchel zu greifen. Die Pflegekraft griff an dieser Stelle ein, da Herr Huber das Gleichgewicht verlor.

Ein weiteres Problem in der beobachteten Situation war, dass Herr Huber noch sehr wenig Kraft beim Aufstehen vom Rollstuhl hatte und hierbei Hilfe benötigte (das Aufstehen von der etwas höheren Toilette gelang ihm selbständig).

Im Stand drehte er sich vor der Toilette auf sehr engem Raum und stolperte fast über seine Füße, wobei die Pflegekraft auch aus Sicherheitsgründen eingreifen musste.

Zudem hatte Herr Huber die Bremsen am Rollstuhl nicht festgestellt, dies wurde von der Pflegekraft erledigt.

Die Ergotherapeutin überlegt, ob die Probleme der beobachteten Situation eher im Kontext, auf

Ebene der Betätigung und/oder im Bereich der Körperfunktionen gelegen haben. Sie stellt fest, dass der Großteil der Probleme auf Ebene der Betätigung (Planung, Strategien, Sicherheitsaspekte) und auf Ebene der Körperfunktion (Beinkraft, Standstabilität) lag. Im Kontext war lediglich das Problem vorhanden, dass Herrn Huber auch in Teilbereichen geholfen wurde, bei denen er vermutlich selbständig hätte agieren können.

**Genutzte Kernkompetenzen
(Enablement Skills gemäß CMCE)**

Coachen
Zusammenarbeiten
Beraten
Koordinieren
Beteiligen/Einbeziehen
Spezialisieren

AP 4: Sich auf Ziele einigen/planen

Die Ergotherapeutin bespricht zusammen mit Herrn Huber seine genauen Ziele und sie stellen gemeinsam einen Ziele- und Maßnahmenplan auf. Die Pflegekraft wurde im Vorfeld gefragt, ob sie auch Ziele hätte. Ihr war es einfach wichtig, dass sie sich keine Sorgen machen muss, dass Herr Huber stürzen könnte.

**Genutzte Kernkompetenzen
(Enablement Skills gemäß CMCE)**

Zusammenarbeiten
Beraten
Koordinieren

Interventionsphase

AP 5: Umsetzung des Plans

Termin 3

Die Ergotherapeutin und Herr Huber beschließen nach gemeinsamer Absprache, die Teilschritte der Betätigung so zu trainieren, wie der Ablauf der Betätigung an sich ist. D. h. sie beginnen in der nächsten Einheit damit, dass Herr Huber lernt, wie genau die Bremsen an seinem Rollstuhl zu bedienen sind und dass es wichtig ist, vor dem Aufstehen stets beide Bremsen festzustellen. Die Ergotherapeutin erklärt ihm, dass er von einer feststehenden Sitzfläche besser aufstehen könne und der gebremste Rollstuhl ihm auch Sicherheit gibt, falls er sich schnell hinsetzen oder abstützen muss. Zudem zeigt ihm die Ergotherapeutin auch, wie die Fußstützen hochzuklappen oder auch zur Seite zu schwenken sind. Sie besprechen gemeinsam die Vor- und Nachteile von beidem. Herr Huber findet, dass er noch mehr Platz vor der Toilette hat, wenn die Fußstützen zur Seite geschwenkt sind, und entscheidet sich, dies bei zukünftigen Transfers beizubehalten. Beide besprechen, was ein guter Abstand vor der Toilette sein könnte, um sich noch ausreichend drehen zu können, und probieren dies aus. Herr Huber stellt fest, dass er nicht mit den Knien an die Toilettenschüssel anstoßen darf, wenn er sich vor der Toilette positioniert.

Da Herr Huber in der Einheit noch sehr motiviert und aufnahmefähig ist, beschließt die Ergotherapeutin, mit ihm noch Strategien für das Hochziehen der Hose zu erarbeiten. Hierbei war Herr Huber in der Beobachtungssituation sehr sturzgefährdet. Die Therapeutin fragt den Klienten, ob er Ideen hätte, wie er diesen Teilschritt

Tab. 9.9 Ziele- und Maßnahmenplan

Ziel	Maßnahmen	Wer	Bis wann?
In 2 Wochen bin ich beim Toilettengang in der Klinik selbstständig.	Schulung im Umgang mit Rollstuhl (Bremsen)	Klient Ergotherapeutin	Nächster Termin (übermorgen)
	Geeignete Position für Rollstuhl vor Toilette erproben	Klient Ergotherapeutin	Nächster Termin (übermorgen)
	Strategien zum sicheren und effizienten Hochziehen der Hose erarbeiten	Klient Ergotherapeutin	In einer Woche
	Strategien zum sicheren und effizienten Umdrehen vor der Toilette erarbeiten	Klient Ergotherapeutin	In einer Woche
	Trainieren von Oberkörpervorlage, Standstabilität und Gleichgewicht	Klient Physiotherapeutin	In 2 Wochen
	Erlertes beim alltäglichen Toilettengang umsetzen	Klient Pflegekraft	Mehrmals täglich, je nach Notwendigkeit

sicherer durchführen könnte. Herr Huber wollte daraufhin versuchen, ob es klappen könnte, wenn er sich im Stand ganz langsam nach vorne beugt, um an den Hosenbund zu kommen. Hierzu setzte er sich mit Hilfe der Therapeutin zunächst auf die Toilette. Er steht auf und versucht, sich mit engmaschiger Unterstützung der Ergotherapeutin nach vorne zu beugen und an den Hosenbund zu gelangen. Dabei kommt er stark ins Wanken und die Therapeutin muss aus Sicherheitsgründen eingreifen. Sie schlägt vor auszuprobieren, ob er sich denn die Hose auch schon im Sitzen bis über die Knie ziehen könnte, damit er sich im Stand nicht so weit nach vorne bücken müsse. Dies war bei der anschließenden Erprobung sicher und effizient. Herr Huber stellt dabei fest, dass er sich nach dem Hochziehen der Unterhose dann wieder hinsetzen müsse, um im Sitzen dann die Hose über die Knie ziehen zu können.

Die Strategie war also: Unterhose im Sitzen bis über die Knie ziehen, dann aufstehen und Unterhose fertig anziehen. Dann wieder hinsetzen und Trainingshose bis über die Knie hochziehen, wieder aufstehen und Trainingshose fertig anziehen. Da die Trainingshose einen engen Gummizug hatte, rutschte sie beim Aufstehen nicht gleich wieder herunter und die Strategie funktionierte somit effizient und sicher. Die Therapeutin fragte nach, ob er denn momentan auch andere Hosen trage, was Herr Huber aber verneinte. Später müsse man evtl. auch an das Anziehen von Jeans denken, meinte er, aber nicht hier in der Reha. Alle erarbeiteten Aspekte wird Herr Huber nun bei den nächsten Toilettengängen zusammen mit der Pflege trainieren.

Termin 4

Herr Huber berichtet von seinen letzten Erfahrungen. Da er ja täglich mehrmals auf die Toilette muss, habe er viel Gelegenheit zum Üben gehabt. Weil ihm so genau klar war, worauf es ankommt, konnte er den Pflegekräften gut vermitteln, was er weiter alleine üben wollte und wobei sie ihm noch helfen müssen (z. B. aufstehen aus dem Rollstuhl). Herr Huber bat die Therapeutin, mit ihm noch einmal den günstigsten Abstand für den Transfer zu erproben, da er sich hierbei noch nicht ganz sicher war. Zusammen erprobten sie unterschiedliche Abstände zur Toilette und das Drehen im Anschluss. Herr Huber stellte fest, dass es ein guter Abstand für ihn war, wenn er sitzend im Rollstuhl etwa eine Unterarmlänge von der Toilette entfernt

stand. Hierfür war es für ihn zu Beginn sinnvoll, wenn er dies überprüfte, indem er mit seinem Arm von seinem Knie aus gesehen abmaß. Diese Strategie konnte Herr Huber in der Therapiesituation gut umsetzen und beim täglichen Toilettengang weiter üben.

Termin 5

Herr Huber war mittlerweile im Umgang mit dem Rollstuhl und beim Positionieren des Rollstuhls selbständig.

Am Aufstehen arbeitete er weiterhin in der Physiotherapie. In der Ergotherapie ging es nun weiter darum, das Drehen im Stand zur und von der Toilette effizienter zu gestalten. Im Rahmen der Therapieeinheit wurde erarbeitet, was Herrn Huber leichter fällt: sich über die rechte oder die linke Seite zu drehen. Er stellte fest, dass es ihm leichter fiel, sich im Uhrzeigersinn zu drehen, da er dann stets mit der linken Hand nach dem nächsten Haltegriff greifen konnte. Die Therapeutin wies darauf hin, dass es seinem rechten Fußgelenk auf Dauer ggf. nicht gut tue, regelmäßig verdreht zu werden. Herr Huber war dies gar nicht so bewusst, aber der Aspekt leuchtete ihm ein. Er versuchte beim erneuten Drehen, seinen rechten Fuß bewusst durch Gewichtsverlagerung mit zu setzen, was ihm gelang.

Die Ergotherapeutin und Herr Huber besprachen, ob die gelernten Strategien evtl. auch zu Hause klappen könnten. Hierzu wären dann solche Haltegriffe in der Wohnung auch gut, meinte Herr Huber, und die Ergotherapeutin beriet ihn zum Ablauf einer möglichen Hilfsmittelversorgung.

Genutzte Kernkompetenzen (Enablement Skills gemäß CMCE) für AP 5 und 6

- Anpassen
- Coachen
- Zusammenarbeiten
- Beraten
- Koordinieren
- Lehren/Ausbilden
- Beteiligen/Einbeziehen
- Spezialisieren

AP 6: Überprüfen/verändern

Termin 6

Bei AP 5 „Plan umsetzen“ wurde bereits beschrieben, dass das Vorgehen kontinuierlich angepasst wird. Dies ist ein fortlaufender Prozess, der sich auch innerhalb einer Einheit immer wiederholen kann.

Herr Huber stellte im weiteren Verlauf noch fest, dass die erarbeiteten Strategien nicht gut klappen, wenn er schon sehr dringend auf die Toilette muss. Dann ist er zu hektisch und macht noch Fehler. Daher nahm er sich vor, zu regelmäßigen Zeiten auf die Toilette zu gehen, damit er die gelernten Schritte in Ruhe ausführen kann.

In Absprache mit der Physiotherapie arbeitete Herr Huber in der nächsten Zeit noch vermehrt an der richtigen Oberkörpervorlage zum Aufstehen, damit dies ihm auch beim Toilettengang leichter gelingen würde.

Outcome/Re-Evaluation

AP 7: Ergebnis bewerten

Termin 7

Nach zwei Wochen hatte Herr Huber den Dreh raus. Er wusste, worauf er bei der Positionierung und beim Aufstehen zu achten hatte. Er konnte selbstständig hinfahren, sich positionieren, aufstehen, den Transfer durchführen. Das Säubern gelang ihm von Beginn an gut. Gemeinsam überprüften Herr Huber und die Ergotherapeutin, ob alle Schritte, die er vor dem Beenden durchführen muss (Hosen hoch, Transfer zurück), auch gut funktionieren. Herr Huber bewertete seine Performanz bzgl. des Toilettentransfers mit einer 7 und die Zufriedenheit mit einer 9 (s. ► Tab. 9.10). Auch die Pflegekraft und die Ergotherapeutin bewerteten die Durchführungsqualität als sicher und effizient und das Ziel als erreicht.

Genutzte Kernkompetenzen
(Enablement Skills gemäß CMCE)

- Coachen
- Zusammenarbeiten
- Beraten
- Koordinieren
- Beteiligen/Einbeziehen

AP 8: Beenden, abschließen

Im Rahmen der interdisziplinären Dokumentation werden die Fortschritte von Herrn Huber durch die Ergotherapeutin eingetragen und weitergegeben. Die Therapeutin fragte Herrn Huber nach den Betätigungsanliegen, welche er bei der ersten Befundaufnahme genannt hatte. Das Bett könne er mittlerweile selbstständig verlassen, meinte er, das müsse man nicht mehr weiterverfolgen (s. ► Tab. 9.10). Aber sein Frühstück könne er sich mit seiner gelähmten Hand noch nicht selbst zubereiten. Ob die Ergotherapeutin denn auch daran mit ihm arbeiten könne, wollte Herr Huber wissen, denn das sei ja für zu Hause auch sehr wichtig. Gerne würde sie weiter mit ihm an so wichtigen Alltagsanliegen arbeiten, meinte die Ergotherapeutin und besprach mit ihm das weitere Vorgehen.

Genutzte Kernkompetenzen
(Enablement Skills gemäß CMCE)

- Zusammenarbeiten
- Koordinieren
- Beteiligen/Einbeziehen

Mit dem neuen Anliegen wird der Prozess bei Aktionspunkt 3 (erheben/bewerten) wieder aufgenommen.

Tab. 9.10 Anliegen von Herrn Huber und Zweitbewertung

Anliegen	1. Erhebung Performanz	1. Erhebung Zufriedenheit	2. Erhebung Performanz	2. Erhebung Zufriedenheit
Selbständiger Toilettengang	2	1	7	9
Selbständig das Bett verlassen	5	4	9	9
Im Zimmer Frühstück zubereiten	1	1		

Hinweis

Da Herr Huber und allen beteiligten Berufsgruppen klar war, wie und an welchem Ziel gearbeitet wurde, erreichte der Klient sein Ziel sehr schnell. Hierfür war es wichtig, dass nicht nur die Ergotherapeutin mit ihm trainierte. Das Zusammenarbeiten der unterschiedlichen Berufsgruppen in Hinblick auf das individuell bedeutungsvolle Betätigungsziel war essentiell. Dadurch, dass Herr Huber auch bei den funktionellen Therapien stets den Bezug zu seinem Ziel und auch die Physiotherapeutin sein Ziel vor Augen hatte, war der Übertrag gesichert.

Die Nutzung des COPM zur Erhebung des Anfangsbefunds bot im weiteren Verlauf die Möglichkeit, weiter relevante Betätigungen zu benennen und zu trainieren. Der am Anfang erarbeitete COPM-Bogen wurde Herrn Huber nach der Reha für die weiterbehandelnde Ergotherapeutin mitgegeben, damit er ihr zeigen konnte, was schon erfolgreich funktionierte und welche Bereiche für ihn noch Relevanz hatten.

9.3.4 Besonderheiten der betätigungszentrierten Ergotherapie mit neurologischen Klienten

Betätigungszentrierung bei neurologischen Klienten mit komplexen Syndromen

Betätigungs- und klientenzentriertes Vorgehen ist bei Klienten mit weitreichenden kognitiven, affektiven und physischen Einschränkungen eine Herausforderung.

Gerade in der Akutphase nach einem hirnschädigenden Ereignis haben wir in der Neurologie oft Klienten mit komplexen Störungsbildern. Auch können sich die betroffenen Personen häufig nicht sprachlich äußern oder sind in ihrer Wachheit so eingeschränkt, dass das mögliche Therapiefenster zur Mitarbeit sehr begrenzt ist.

Einige Tipps sollen Ihnen an dieser Stelle die Möglichkeit bieten, auch mit schwierigeren Klienten möglichst betätigungszentriert zu arbeiten. Die folgenden Anregungen stellen nur einen kleinen Einstieg in dieses Thema dar und ließen sich noch sehr viel weiter ausführen, was jedoch den Rahmen des vorliegenden Buches sprengen würde, weshalb nachstehend auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen wird.

In der Akutphase stehen in der Rehabilitation zunächst oft Ziele auf Ebene der Körperfunktionen im Vordergrund. In der Ergotherapie ist es relevant, hierbei den Fokus auf bedeutungsvolle Betätigungen von Anfang an in den Mittelpunkt zu rücken und den betroffenen Personen so früh wie möglich die Chance zu geben, sich wieder als handelnde Wesen zu erleben. Hierfür kann es unter Umständen hilfreich sein, im Team eine Liste an kleinen möglichen Handlungen anzufertigen wie z.B. das selbständige Bedienen von Klingel und Licht, selbständiges Trinken, die Bedienung des Fernsehers, das selbständige Abwischen des Mundes, das selbständige Drehen im Bett, sich eine Haarsträhne aus dem Gesicht zu wischen etc.

Das Wissen über bisheriges Betätigungsverhalten kann helfen. Hierüber kann mit Angehörigen oder relevanten nahestehenden Personen gesprochen werden (ggf. sind Fragebögen eine Möglichkeit, mit der Sie Angehörigen zeitliche Flexibilität beim Antworten geben). Wissen wir über Vorlieben und bisheriges Betätigungsverhalten Bescheid, so ist es möglich, in der Therapie möglichst umfassend darauf einzugehen, um Altbekanntes abzurufen. Auch ein Eingebundensein in motivierende, ehemals relevante Tätigkeiten bringt oft ungeahnte Aktivierung des Klienten mit sich.

Folgende Elemente aus der HoDT (Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie) nach Kolster und Schnee (Kolster 2009) können helfen:

Stichwort Angehörige: Angehörige sind als erweiterte Klienten Teil des Behandlungsprozesses und unser Tor zur Teilhabe (ebd.). Es ist zu beachten, dass Angehörige auch selbst als Mit-Betroffene gelten. Die therapeutische Begleitung von Angehörigen und das Einbeziehen ihrer Anliegen in die Therapie sollten einen Stellenwert haben. Angehörige als Co-Therapeuten zu betrachten, ist allerdings kritisch zu hinterfragen. Es lohnt sich jedoch, bei der Zielformulierung auch ein Ohr für deren Probleme und Anliegen zu haben. So kann es oft ein nachhaltiges Therapieziel sein, z.B. dem Ehemann bei Bedarf zu zeigen, wo und wie er seine Frau berühren kann, wenn er Kontakt mit ihr aufnehmen will. Oft sind starke Berührungsängste vorhanden und eine therapeutische Begleitung bei Fragen wie „wie kann ich meiner liebsten Person Wohlbefinden verschaffen“, „wie wasche ich am besten das Gesicht“, „darf ich Dinge von zu Hause mit in die Klinik bringen“ und „wie helfe ich meiner Frau in das Nachthemd“ ist anzuraten. Ein gezielter Kontakt kann Ängste und Unsicherheiten mildern.

Nicht immer ist es für die Klienten relevant, alle Teilschritte einer Betätigung selbständig ausführen zu können. Oft ist es hilfreich, über den bedeutungsvollen *Kern der Handlung* Bescheid zu wissen (Kolster 2009, Kohn et al. 2018). So ist beim Betätigungsproblem „selbständiger Toilettengang“ unter Umständen das selbständige Reinigen des Intimbereiches das, was dem Klienten am wichtigsten bei dieser Handlung ist. Wird an diesem bedeutungsvollen Kern gearbeitet, sind Fortschritte für beide Seiten schneller umsetz- und darstellbar.

Es lohnt sich, über den Unterschied von Selbständigkeit und Selbstbestimmung nachzudenken. Auch wenn Selbständigkeit erreicht werden kann, muss dies nicht immer das Ziel sein, und oft ist es relevanter zu bestimmen, wann und wie etwas für einen Menschen von jemand anderem ausgeführt werden soll (Kolster 2009). Auch Sie fahren unter Umständen nicht jeden Tag mit dem Fahrrad zur Arbeit, nur weil Sie es könnten, sondern Sie entscheiden autark über den Einsatz Ihrer Ressourcen. Somit ist ein relevantes Ziel, auch die Selbstbestimmung der Klienten zu fördern.

Eine gezielte therapeutische Unterstützung bei Alltagsaktivitäten, die dem Klienten ermöglicht, die ihm wichtige Aktivität nach seinen Wünschen bestmöglich auszuführen oder durch andere ausführen zu lassen, ist eine hohe Kunst. Sie haben damit wertvolle Arbeit geleistet.

Meine schönsten betätigungszentrierten Momente in der Neurologie

Zu guter Letzt möchte ich mit zwei kleinen Kurzgeschichten die Lust, Betätigungszentrierung in die alltägliche Arbeit zu übernehmen, noch ein wenig weiter anfachen. Beide Geschichten beziehen sich auf chronische Krankheitsbilder/-stadien und sollen somit auch ein Anstoß für das ambulante Setting sein.

Klient 1 (Plexusschaden):

Vor einiger Zeit kam Herr A., Mitte 50, nach Plexusschaden durch Motorradunfall in unsere Rehaklinik. Nach einem weitreichenden Polytrauma war er mittlerweile wieder als Fußgänger mit einem Walkingstock unterwegs. Bisher wurde in der Ergotherapie größtenteils an seiner Armfunktion gearbeitet, es gab dabei jedoch keine Fortschritte. Der Klient war sehr frustriert über die

nicht vorhandenen Fortschritte und haderte stark mit seinem Schicksal. Im Gespräch über sein bisheriges Betätigungsverhalten kamen wir darauf, dass er leidenschaftlich gerne Landschaftsfotografien anfertigt. Er war sehr niedergeschlagen, denn für ihn stand fest, dass er dieses Hobby nun aufgeben müsse. Ich unterbreitete den Vorschlag, dass wir uns diese Handlung gerne einmal gemeinsam anschauen könnten, ich jedoch auch noch nicht wisse, wo uns dieser Weg hinführen werde.

In der kommenden Einheit war ich mit einer Profiausrüstung konfrontiert, die ich noch nie in der Hand hatte. Der Klient brachte seine Expertise ein, wie das Equipment zu bedienen sei, und ich brachte Vorschläge zu Strategien und Adaptionen mit ein. Nach zwei Einheiten war es ihm möglich, mit Hilfe einer Sitzmöglichkeit (ein kleiner klappbarer Campinghocker zum Umhängen erwies sich als praktisch) und einem Stabstativ alle benötigten Einstellungen an der Kamera vorzunehmen, Objektive zu wechseln, sein Equipment vorzubereiten, wieder einzupacken und zu transportieren. Er kam dabei selbständig auf wundervolle Lösungen und ich war nur die Begleitung, um Sicherheit zu geben und weitere Anregungen in den Prozess mit einzubringen. Der Klient verließ die Ergotherapie mit Hoffnung und einer möglichen Idee, wie er weiterhin diese für ihn so bedeutungsvolle Tätigkeit trotz Behinderung ausführen konnte.



Abb. 9.4 Ein Mann, der fotografiert.

Klientin 2 (spastische armbetonte Hemiparese):

Die zweite Geschichte, an welche ich immer wieder gerne zurückdenke, war Frau K., eine 35-jährige Frau mit einer spastischen armbetonten Halbseitenlähmung. Sie war familiär gut eingebunden und arbeitete in einer Werkstatt für Behinderte in der Grafikabteilung. Vor 3 Jahren erlitt sie einen Schlaganfall und in der Ergotherapie wurde seit Beginn ihrer Erkrankung größtenteils mit ihr an ihrem Arm gearbeitet. Sie hatte eine starke Spastik mit sehr wenig Funktion und bedeutende Fortschritte auf Funktionsebene blieben aus. In der Erhebung mit dem COPM kam heraus, dass sie sich im Alltag keinen Pferdeschwanz binden konnte, dass sie Probleme beim Schneiden von Mahlzeiten und beim Transportieren eines Wäschekorbes hatte. Innerhalb von drei Therapieeinheiten waren alle Probleme mit Kompensationsstrategien gelöst und ihre Zufriedenheit und Performanz bei den genannten Tätigkeiten signifikant gestiegen.

Es war im Prozess wichtig, ihr auch Angebote auf Funktionsebene zu machen, da dies ein Wunsch von ihr war und auch ihrer Erwartung an die Reha entsprach. Diese konnten für sie zufriedenstellend im Gruppensetting angeboten werden und bezogen sich auf ihre Betätigungsziele.

In der Einzeltherapie konnte der Fokus auf die Lösung der Betätigungsprobleme gelegt werden. Von zwei der drei Probleme möchte ich im Weiteren berichten. Das Binden des Pferdeschwanzes erledigte sich leicht mit einer Kombination aus Gummiband und Federverschluss. Die Strategie dazu brachte uns ein Tutorial aus dem Internet bei.

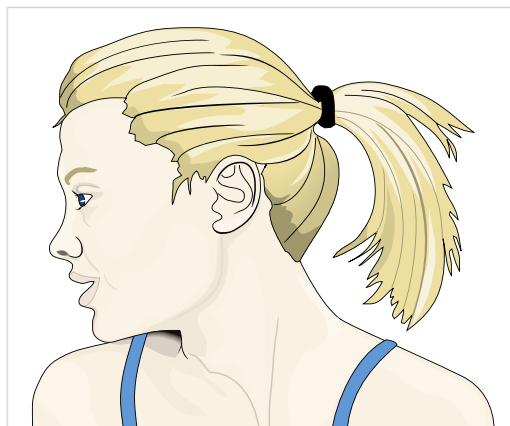


Abb. 9.5 Eine Frau mit Pferdeschwanz.

Diese Methode war für die Klientin passend und sie hatte vor Freude Tränen in den Augen, da dieses Problem endlich gelöst war.

Bei der Analyse des Essenschneidens wurden mir viele Stolpersteine in unserem therapeutischen Tun bewusst. Bei der Therapie ihrer Armfunktion hörte die Klientin immer wieder, wie wichtig es sei, den Arm im Alltag einzusetzen, was ich definitiv unterschreiben kann. Es wurde ihr jedoch angeraten, beim Essen das Schneiden mit dem Messer mit der betroffenen Hand umzusetzen, da dies eine gute Übung für die Handfunktion sei. Beim Durchführen jedoch rutschte ihr das Messer ständig aus der Hand und der Arm konnte weder den benötigten Druck noch die differenzierte Bewegung zum Vor- und Zurückführen des Messers ausführen. Das Fazit in ihrem Alltag war damit, dass ihre Mutter ihr das Essen schnitt. Da dies die Klientin nicht zufrieden stellte, wurde in der Ergotherapie ausprobiert, ob die Tätigkeit, etwas verändert, dennoch selbständig möglich sein könnte. Die Lösung war, dass sie in der betroffenen Hand die Gabel und nicht das Messer hielt. Mit einer Griffverdükung an der Gabel konnte sie den Griff sicher und effizient festhalten. Mit diesen zwei Veränderungen konnte sie sich selbständig ihr Essen vorweg schneiden und anschließend mit der gut funktionierenden Hand essen.

Fazit



Den Fokus noch mehr auf Betätigung und Klientenzentrierung zu legen, macht unseren Beruf noch bunter und vielfältiger, als er schon ist. Es geht nicht darum, das funktionelle Training aus der Ergotherapie zu verbannen, jedoch dies – wenn sinnvoll und auf die Betätigung ausgerichtet – in die Behandlung zielorientiert und transparent einzubetten.

Ich erlebe in meiner alltäglichen Arbeit Menschen, die sehr dankbar sind, dass ihre persönlichen Anliegen ernstgenommen und verfolgt werden. Sie sind aktiv am therapeutischen Prozess beteiligt und zeigen mehr Eigeninitiative, als wenn ihnen das Vorgehen lediglich vorgegeben wird. Somit tragen sie selbständig zur Erweiterung ihrer Selbständigkeit und Selbstbestimmung bei.

Für Therapeutin und Klient sind die Erfolge konkret messbar. Dies schafft Transparenz (auch für Angehörige, interdisziplinär, Kostenträger ...) und Freude am Arbeiten.

Literatur

- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Abgerufen am 04. 12 2018 von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>
- Fisher A. OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model. Idstein: Schulz-Kirchner; 2017
- Fries W, Reuther P, Lössl H. Teilhaben!! Bad Honnef: Hippocampus; 2017
- Habermann C, Kolster F. Weitere relevante Inhalte des ergotherapeutischen Prozesses. In: Habermann C, Kolster F. Hrsg. Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. Stuttgart: Thieme; 2009
- Kohn B, Kolster F, Zeindl J. Ein Weg zu nachhaltiger Teilhabe – Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie. Ergotherapie & Rehabilitation 2018; 6: 14–18
- Kolster F. Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie. In: Habermann C, Kolster F. Hrsg. Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. Stuttgart: Thieme; 2009: 821–842
- Kolster F. Behandlung und Begleitung von Klienten mit Neglect in der handlungsorientierten Diagnostik und Therapie. Neuroreha 2011; 2: 81–87.
- Law M et al. COPM Canadian Occupational Performance Measure. Idstein: Schulz Kirchner; 2015
- Scholz-Minkwitz E, Heß A. Betätigung und Funktion – eine starke Allianz für Teilhabe und Lebensqualität in der Neurologie? Idstein: Schulz-Kirchner; 2017
- Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT; 2013

9.4 Beispielprozess 3 (OTIPM): Dominik putzt seine Zähne

Melanie Hessenauer

9.4.1 Ein Fall aus der Pädiatrie

Als leitende Ergotherapeutin an einer neurologischen Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche mit einem Team von 20 Ergotherapeutinnen ist es eine meiner Aufgaben, die Abteilung nach aktuellem Wissensstand weiterzuentwickeln. Das beinhaltet sowohl, dass das Team ein gemeinsames Verständnis von Ergotherapie und der ergotherapeutischen Vorgehensweise hat, als auch wissenschaftliche Erkenntnisse in den Interventionsprozess mit einzubeziehen und die Effektivität ergotherapeutischer Interventionen zu belegen.

Um eine möglichst einheitliche und strukturierte Vorgehensweise gemeinsam im Team zu entwickeln, ist es notwendig, ein ergotherapeutisches Prozess- bzw. Reasoningmodell als theoretische Grundlage zu nutzen. An dieses Modell stellen wir folgende Anforderungen:

- Es soll, dem aktuellen Paradigma der Ergotherapie entsprechend, betätigungszentriert, klientenzentriert und top-down sein,

- aussagekräftig die Effektivität ergotherapeutischer Interventionen belegen und
- „offen“ genug sein, sodass sich alle Teammitglieder (Berufsanfänger, Kolleginnen mit 30 Jahren Erfahrung, Therapeuten mit Berufsfachschul-, Bachelor- oder Masterabschluss, mit Fortbildungen wie z. B. zur HoDT, Kinderbobath, CO-OP und auch mit ihren ganz persönlichen Vorlieben) in diesem Prozessmodell wiederfinden und einbringen können.

Denn prozessgeleitet zu arbeiten, bedeutet in keiner Weise, dass alle das Gleiche tun. Es geht vielmehr darum, dass alle Kolleginnen in ihrem ergotherapeutischen Handeln und in ihren Entscheidungen möglichst betätigungszentriert bleiben (Fisher u. Bray Jones 2017).

All diese Anforderungen erfüllt das OTIPM und seit ca. 2 Jahren befassen wir uns im gesamten Team damit, den ergotherapeutischen Prozess auf Grundlage des OTIPM zu gestalten. Alle Kolleginnen wurden im Rahmen einer dreitägigen Fortbildung in den theoretischen Grundlagen geschult.

Prozessgeleitet nach OTIPM zu arbeiten, ist eine herausfordernde und komplexe Aufgabe. Oder, wie Anne Fisher es ausdrückt: „*Occupational Therapy: simple but complex*“. Auch nach 2 Jahren gelingt uns noch lange nicht, unseren Fokus stets auf Betätigung zu halten und alle Entscheidungen im Sinne der Klientenzentrierung gemeinsam mit unseren Klienten zu treffen. Und das ist nicht schlimm. Viel wichtiger ist, dass jede einzelne Kollegin und das Team sich immer wieder in ihrem bzw. seinem eigenen Tun hinterfragen und reflektieren: Wann habe ich was im Therapieprozess getan und vor allem warum? War mein Handeln betätigungs- und klientenzentriert? Was könnte ich in einer ähnlichen Situation beim nächsten Klienten anders gestalten? In stetiger Auseinandersetzung mit diesen Fragen haben wir uns auf den Weg gemacht, Schritt für Schritt die theoretischen Grundlagen des OTIPM zu implementieren und so die Qualität unserer *ergotherapeutischen* Intervention zu steigern.

Im Folgenden wird der Therapieprozess von Dominik prozessgeleitet nach OTIPM dargestellt. Dominik wurde von einer meiner Kolleginnen aus der Ergotherapie betreut.

Ein besonderes Augenmerk möchte ich in der Ausarbeitung auf folgende Aspekte legen:

- *Warum* entscheidet sich die Ergotherapeutin in *welchem Schritt* des Interventionsprozesses für *welche Vorgehensweise*?

- *Wie geht sie im klinischen Umfeld vor, sodass sie mit Dominik außerhalb seines vertrauten Kontextes an seinen Betätigungen arbeiten kann?*
- *Wie nutzt die Ergotherapeutin die **standardisierte Performanzanalyse AMPS**, um die Intervention zu planen?*
- *Mit welchen Worten dokumentiert sie den therapeutischen Interventionsprozess?*

Ich hoffe es gelingt mir, Sie für ein prozessgeleitetes Vorgehen zu begeistern und Dominiks Therapieverlauf so zu beschreiben, dass Sie einerseits jeden Entscheidungsprozess der Ergotherapeutin nachvollziehen und andererseits sehen können, wie sie Dominik und seine Mutter in die Entscheidungen mit einbezieht.

Die theoretischen Grundlagen des OTIPM können Sie in Kap. 5.5 vertiefend nachlesen. Um ein Verständnis für die Abfolge der einzelnen Schritte in Dominiks Interventionsprozess zu entwickeln, könnte es hilfreich sein, diesen anhand der OTIPM-Grafik (s. ► Abb. 5.8) zu verfolgen.

9.4.2 Dominiks Interventionsprozess

Der 6-jährige Dominik ist gemeinsam mit seiner Mutter für einen vierwöchigen Rehabilitationsaufenthalt in einer neuropädiatrischen Rehabilitationsklinik aufgenommen. Er wird dort von einem interprofessionellen Team aus Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, Musiktherapeuten, Erziehern, Pflegern und Ärzten betreut. Das Team trifft sich während des Aufenthaltes zwei Mal, um sich über Dominiks Ziele, Ergebnisse der Evaluation und Veränderungen im Verlauf auszutauschen. Kurze informelle Rücksprachen finden regelmäßig „zwischen Tür und Angel“ statt.

Aus der ärztlichen Verordnung entnimmt die Ergotherapeutin, dass Dominik eine dyskinetische Zerebralparese hat. Er soll 16 Termine Einzeltherapie erhalten. Der Auftrag des Arztes an die Ergotherapie lautet: Selbstständigkeit bei Alltagstätigkeiten.

Genutzte Reasoningform

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning

Evaluations- und Zielsetzungsphase

Therapeutische Beziehung entwickeln und partnerschaftlich mit dem Klienten zusammenarbeiten

Mit diesem ersten „Schritt“ im OTIPM beginnt die Ergotherapeutin, eine respektvolle und vertrauensvolle Beziehung zu Dominik und seiner Mutter zu entwickeln und partnerschaftlich mit beiden zusammenzuarbeiten, während sie sie kennenlernt. Das bedeutet, dass die Therapeutin beiden vom ersten Treffen an ermöglicht, sich als Experten für ihren Alltag, ihre Werte, Interessen, Prioritäten und Ziele einzubringen. Sie selbst bringt sich als Expertin für ihre ergotherapeutische Fachkompetenz ein. Alle notwendigen Entscheidungen im Interventionsprozess (z.B. über mögliche Ziele, Evaluationsinstrumente, Interventionsmethoden) möchte die Ergotherapeutin gemeinsam mit Dominik und seiner Mutter treffen.

Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen

Die Ergotherapeutin lernt Dominik und seine Mutter in der ersten Therapieeinheit kennen. Sie erkundigt sich als erstes, ob Dominik zu Hause Ergotherapie erhält. Die Mutter berichtet, dass er seit 3 Jahren 1x wöchentlich zur Ergotherapie gehe und dass die Therapeutin mit ihm an der Förderung seiner Feinmotorik arbeite.

Da die Therapeutin nicht sicher ist, ob Dominik und seine Mutter Erfahrung mit betätigungs- und klientenzentrierter Ergotherapie haben, erklärt sie, wie ihre Abteilung ergotherapeutisch arbeitet. Sie erklärt in Worten und mit Beispielen, die Dominik gut versteht, dass es ihre Aufgabe ist, mit Dominik an Alltagstätigkeiten zu arbeiten, die er tun möchte oder tun muss, und die ihm momentan Schwierigkeiten bereiten. Das können auch Tätigkeiten sein, mit deren Ausführung er unzufrieden ist oder solche, die er in Zukunft gerne tun möchte. Gemeinsam mit Dominik möchte sie herausfinden, was getan werden kann, damit diese Tätigkeiten für ihn einfacher werden und besser gelingen.

Nachdem die Ergotherapeutin ihre Rolle erläutert hat, erklärt sie Dominik, dass sie nun gerne *von ihm* wissen möchte, was er alles im Verlauf eines Tages tue, was ihm Spaß mache und was ihm gut gelinge. Sie möchte aber auch wissen, wo er sich vielleicht manchmal nicht so leicht tut oder er sich ärgern muss, weil ihm etwas nicht so gut ge-

lingt. Oder gibt es vielleicht etwas, was z. B. seine Freunde tun und was er auch gerne können möchte? Die Therapeutin bittet die Mutter, Dominiks Antworten ggf. aus ihrer Sicht zu ergänzen. Sie achtet auf eine angenehme Gesprächsatmosphäre und darauf, Dominik und seine Mutter zu Wort kommen zu lassen.

Während des Gespräches hat die Ergotherapeutin ein Formular mit den Schlüsselfragen der 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontextes als „Gedächtnisstütze“ dabei (s. Abschnitt „Die 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontextes“ in Kap 5.5.2), denn sie möchte sich innerhalb kürzester Zeit ein Bild davon machen, wer Dominik ist und welche Faktoren möglicherweise die Ausführung seiner Betätigungen beeinflussen. Wenn sie also den Eindruck hat, zu einem Bereich noch zu wenige Informationen zu haben, fragt sie nach. Ganz gezielt fragt sie Dominik z. B.:

- Erzähl mir mal von deinem Zuhause, wo ist denn dein Zimmer?
- Mit wem spielst du gerne?

Und die Mutter

- Gibt es in Ihrem Haus Anpassungen, wie z. B. Haltegriffe?
- Sind Sie Mitglied in einem Selbsthilfverein?

Genutzte Reasoningformen

Interaktives Reasoning
Narratives Reasoning
Ethisches Reasoning

Da es hilfreich für den weiteren Interventionsprozess ist, ordnet die Ergotherapeutin nach der ersten Therapieeinheit ihre Gesprächsnotizen und die Erstinformationen aus der Patientenakte den 10 Dimensionen zu.

Genutzte Reasoningform

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning

Sie dokumentiert:

Informationen zu den 10 Dimensionen von Dominiks Performanzkontext

Umweltdimension

Lebt mit Vater (Pfleger), Mutter (Hausfrau) und 7-jähriger Schwester im eigenen Haus (Dorf); bewegt sich im Haus krabbelnd, an der Hand gehend oder ab und an mit Rollator fort, außerhalb nutzt er Aktivrollstuhl. Küche, Wohnzimmer, Badezimmer (sehr eng) im Erdgeschoss, sein Zimmer ist im Zwischengeschoss (3 Stufen). Keine „behinderten-spezifischen“ Anpassungen am Haus oder Hilfsmittel vorhanden. Hält sich selten im Garten auf. Aufgrund von Verletzungsgefahr und Hilfebedarf ist immer jemand bei ihm. Besucht täglich eine schulvorbereitende Einrichtung (SVE), ab und an seine Oma im Nachbarhaus.

Rollendimension

Scheint in seinen Rollen als Sohn, Bruder und Enkel zufrieden. Die Mutter berichtet, dass er gerne mit anderen Kindern (Dorf, SVE) spielen möchte und immer wieder auf diese zugehe. Sie können jedoch nichts mit ihm „anfangen“, was ihn sehr frustriert.

Motivationsdimension

Mag sehr gerne Rockstar spielen und Gesellschaftsspiele wie „Mensch ärgere dich nicht“. Möchte am liebsten „alles alleine machen“ (v. a. im Bereich ADL) und zwar so „wie die anderen Kinder“. Die Mutter berichtet, dass er von klein auf einen starken Willen zeige „auf die Beine zu kommen“ und sehr ausdauernd sei, wenn er etwas lernen möchte.

Aufgabendimension

Möchte sich morgens alleine anziehen, die Zähne putzen, das Pausenbrot streichen, die Schultasche packen und mit der Gabel essen. Will unbedingt frei stehen und erste Schritte gehen können. Würde gern mit anderen Kindern spielen. Keine weiteren spezifischen Anliegen für die Bereiche Spiel, Freizeit, SVE.

Kulturelle Dimension

Kein erkennbarer Einfluss auf die Ausführung von ADL.

Soziale Dimension

Wichtige Bezugspersonen: Eltern, Schwester und Oma. Nahezu ausschließlich Kontakt mit Erwachsenen. Er möchte gerne mehr Kontakt zu anderen Kindern. Eltern scheinen die Bedürfnisse, Interessen, Anliegen von Dominik gut zu erkennen und zu unterstützen. Dominik nimmt Hilfe gut an („ist o.k.“).

Gesellschaftliche Dimension

Gesetzliche Krankenversicherung übernimmt Kosten für Reha, Therapien und Hilfsmittel. Kosten für Busfahrten zur SVE trägt der Bezirk. Familie nutzt keine weiteren unterstützenden Dienste, Hilfeeine, Chat-Foren. Mutter meint, es sei eine gute Idee, sich mehr hierüber zu informieren.

Therapieanamnese: 2–3 × wöchentlich Physio (seit seiner Geburt, u.a. nach Padovan, Petö, Schwerpunkte: Aufrichtung, Mobilität), 1 × wöchentlich Hippotherapie, 1 × wöchentlich Ergotherapie (seit 3 Jahren, Schwerpunkt: feinmotorische Förderung)

Einzeltherapie pro Woche während Reha: 5 × Physio, 1 × Hippo, 4 × Ergo, 2 × Musik (in Gruppe)

Dimension der Körperfunktionen

Diagnosen

- Dyskinetische Zerebralparese mit stark ausgeprägten unwillkürlichen Bewegungen
- Grobmotorische Fähigkeiten nach Gross Motor Function Classification System (GMFCS) Stufe 3: kann auf Stuhl sitzen, mit Unterstützung oder Gehhilfe gehen, für längere Strecken ist ein Rollstuhl notwendig.
- Handmotorische Fähigkeiten nach Manual Ability Classification System (MACS) Stufe 3: geht mit Schwierigkeiten mit Gegenständen um und braucht Hilfe und Adaptionen, um erfolgreich zu handeln.

Dominik äußert seine Anliegen sprachlich und beschreibt seinen Alltag gut nachvollziehbar, auch wenn seine Sprache schwer verständlich ist. Sowohl Dominik als auch seine Mutter sagen, dass die unwillkürlichen Bewegungen die Ausführung der ADL teils unmöglich machen. Wenn Dominik merke, dass etwas nicht so gut gehe, komme es immer wieder zu ausgeprägten Wutausbrüchen (auf Boden werfen, schreien, um sich schlagen).

Zeitliche Dimension

6-jähriger Junge, besucht seit 3 Jahren eine SVE, Einschulung in 6 Monaten.

Aufstehen um 6.15 Uhr, um 7 Uhr mit Bus zur SVE, kommt um 17 Uhr nach Hause. Dann Abendessen und Abendritual mit Mutter: Sandmann schauen, „Quatschen“, gemeinsames Lied, Gebet, Buch anschauen. Am Wochenende Freizeitaktivitäten wie z. B. Ausflüge in Freizeitpark.

Adaptive Dimension

Dominik und seine Mutter scheinen offen und flexibel für Veränderungen zu sein („Hauptsache ich kann meine Zähne putzen“, „Es wäre toll, wenn Dominik mehr alleine machen könnte, egal wie – bisher haben wir uns noch wenig Gedanken dazu gemacht, was wir anders machen könnten“).

Ressourcen und Einschränkungen im klientenzentrierten Performanzkontext herausfinden

Beim Dokumentieren der 10 Dimensionen des Performanzkontexts entdeckt die Ergotherapeutin Faktoren, die Dominik bei der Ausführung seiner Betätigungen unterstützen (Ressourcen), und Faktoren, die die Ausführung einschränken. Sie bedenkt dabei Faktoren, die derzeit vorhanden sind, aber auch solche, die früher vorhanden waren oder zukünftig zu erwarten sind (z.B. anstehender Schulbesuch).

Die Therapeutin stellt in diesem Schritt bewusst noch keine Vermutungen darüber an, wie sich diese Ressourcen und Einschränkungen möglicherweise auf Dominiks Betätigungsausführung auswirken. Denn sie möchte top-down vorgehen, und das bedeutet, dass sie erst Vermutungen darüber anstellt, was mögliche Ursachen für die verminderte Ausführung sein könnten, *nachdem* sie ihn bei der Ausführung seiner Betätigungen *beobachtet* hat (also im Schritt „Ursachen ... klären oder interpretieren“).

Vom Klienten benannte und priorisierte Stärken und Probleme der Betätigungsperformanz herausfinden

Die Ergotherapeutin wendet das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) an (s. Kap. 5.2.4), um gemeinsam mit Dominik herauszufinden, welche Betätigungen aus seiner Sicht (Insider-Sicht) seine Stärken darstellen und welche

ihm Probleme bereiten. Dominik möchte am liebsten alles besser können. Er möchte sich z. B. morgens, bevor er in die SVE geht, alleine anziehen, die Zähne putzen, das Pausenbrot streichen und die Schultasche packen. Die Mutter äußert die Sorge, dass das unrealistisch sei. Und so handeln die Ergotherapeutin und die Mutter mit Dominik aus, seine Anliegen erst einmal etwas „kleiner“ zu machen. Sie versichern ihm, weitere, „größere“ Anliegen mit aufzunehmen, sobald ein Ziel erreicht sei.

Dominik möchte folgende Betätigungen als erstes für die Therapie aufnehmen und bewertet auf einer Skala von 1–10, wie wichtig ihm jede Betätigung ist, wie gut er sie momentan ausführt (Performanz) und wie zufrieden er mit deren Ausführung ist (s. ► Tab. 9.11).

Genutze Reasoningformen

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning
Interaktives Reasoning
Narratives Reasoning
Konditionales Reasoning

Performanz des Klienten bei priorisierten Aufgaben beobachten und Performanzanalysen durchführen

Nachdem Dominik entschieden hat, an welchen Betätigungen er als erstes arbeiten möchte, bespricht die Ergotherapeutin mit ihm, dass sie ihn nun gerne dabei beobachten möchte, wie er zwei davon auf seine gewohnte Art ausführt. Denn dann könne sie anschließend gemeinsam mit ihm überlegen, wie man die Tätigkeiten für ihn einfacher machen könnte.

Da seine beiden wichtigsten Tätigkeiten (Zähne putzen, T-Shirt anziehen) als standardisierte Aufgaben im *Assessment of Motor and Process Skills* – *AMPS* (Fisher 2012; s. auch Kap. 5.5.3) enthalten sind, überlegt die Ergotherapeutin, dass sie Domi-

nik mittels dieser standardisierten Performanzanalyse beobachten möchte. Dies würde ihr zusätzlich zur nicht-standardisierten Performanzanalyse den Vorteil bieten, dass sie nach erfolgter Therapie das Ergebnis der Therapie *wissenschaftlich nachweisbar dokumentieren* könnte (s. Kap. 5.5.2, Exkurs (S. 117)). Ebenfalls würde ihr Dominiks Ergebniswert einen Hinweis darauf geben, *welche Interventionsmodelle* für ihn *wirkungsvoll* sein könnten.

Sie bespricht ihre Überlegungen mit Dominik und seiner Mutter. Beide stimmen zu, das AMPS am nächsten Morgen direkt nach dem Aufstehen mit der Therapeutin durchzuführen.

Genutze Reasoningformen

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning
Interaktives Reasoning

Die Ausführung einer Alltagstätigkeit beobachten und sich Notizen machen

Für das AMPS beobachtet die Ergotherapeutin Dominik bei der Ausführung von 2 Tätigkeiten. Bevor sie mit Tätigkeit 1 beginnen, dem Zähneputzen, gestalten die beiden sein Klinikbad so, dass dieses möglichst ähnlich dem von Dominiks Zuhause ist. Er sitzt bereits – wie normalerweise – auf einem Trip-Trap-Stuhl vor dem Waschbecken. Dominik hat seine eigene Zahnbürste, seine Zahncreme und seinen Becher dabei. Die Therapeutin fragt ihn nun z. B.: „Wo liegt denn bei dir zu Hause die Zahnpasta und wo hängt das Handtuch?“ Dominik räumt die Gegenstände so hin, dass die Situation möglichst ähnlich der von zu Hause ist. Die Ergotherapeutin bittet Dominik noch, mehrmals den Wasserhahn auf- und zuzumachen. Mit dieser Vorgehensweise stellt sie sicher, dass Dominik ausreichend vertraut mit dem Klinikbad und der Handhabung aller Gegenstände ist.

Tab. 9.11 Dominiks COPM zu Beginn der Rehabilitation

Betätigungsperformanz-Probleme	Evaluation		
	Wichtigkeit	Performanz	Zufriedenheit
Zähne putzen	10	1	1
Morgens T-Shirt anziehen	10	4	3
Morgens Hose anziehen	10	4	3
Fleisch mit der Gabel essen	10	4	4

Dann bespricht sie mit Dominik kurz seine Aufgabe: „Dominik, putzt du bitte deine Zähne sauber, so wie du es normalerweise zu Hause tust. Wenn du fertig bist, wischst du dir deinen Mund sauber ab, schließt die Tube und räumst alle Sachen wieder dorthin zurück, wo du sie hergeholt hast, sodass es wieder aussieht wie vorher. Sag mir bitte Bescheid, wenn du fertig bist.“

Da Dominiks Mutter beim Zähneputzen immer mit dabei ist und ihm hilft, ist sie auch bei der AMPS-Durchführung mit dabei. Die Ergotherapeutin bittet Dominik und seine Mutter, dass Dominik versucht, so viel wie möglich alleine zu machen, und dass die Mutter ihm erst dann hilft, wenn er wirklich Hilfe benötigt. Sie sagt den beiden, dass sie selbst sich beobachtend im Hintergrund halten und Notizen machen wird und, wenn möglich, nicht mit den beiden sprechen möchte. Anschließend bittet sie Dominik zu beginnen.

Während Dominik seine Zähne putzt, macht sich die Ergotherapeutin kurze Notizen zu den Stellen der Aufgabenausführung, an denen sie körperliche Anstrengung oder Ungeschicklichkeit, Desorganisiertheit, zeitliche oder räumliche Ineffizienz, Bedarf an Hilfe oder verbaler Unterstützung oder Sicherheitsbedenken beobachtet hat. Beispiele für die Notizen der Ergotherapeutin finden Sie in ► Tab. 9.12 unter Beobachtung/Notizen.

Direkt danach gehen alle in Dominiks Zimmer, um ihn dort bei seiner zweiten AMPS-Tätigkeit zu beobachten, dem Anziehen des T-Shirts. Die Vorgehensweise, wie die Therapeutin die Beobachtung gemeinsam mit Dominik vorbereitet und sie anschließend durchführt, entspricht der beim Zähneputzen.

Wichtig

Um die Vorstellung von Dominiks Interventionsprozess nicht zu komplex sondern gut nachvollziehbar darzustellen, gehen wir im weiteren Verlauf nur noch auf die Beobachtungen der Ergotherapeutin beim Zähneputzen ein und darauf, wie sie diese nutzt, um mit Dominik an seinem wichtigsten Anliegen zu arbeiten.

Die Aufgabenausführung bewerten

Direkt im Anschluss bewertet die Therapeutin separat für jede Tätigkeit:

- Dominiks allgemeine (globale) Gesamtausführungsqualität hinsichtlich Effektivität, Effizienz, Sicherheit und Selbständigkeit
- Dominiks Ausführungsqualität der 16 motorischen und 20 prozessbezogenen Fertigkeiten.

Tab. 9.12 Beispiele für Dominiks AMPS-Bewertung

Vereinbarte Aufgabe: Zähne putzen, Gesicht sauber abwischen, alles zurückräumen		
Gesamtausführungsqualität:		
Effektivität: <i>deutlich ineffektiv</i>		
Effizienz: <i>mäßig bis deutlich ineffizient</i>		
Sicherheit: <i>kein Problem</i>		
Selbstständigkeit: <i>häufige Hilfestellung</i>		
Beobachtung/Notizen	Fertigkeiten	Bewertung und exemplarische Bewertungsbeispiele
Stützt kurz auf Waschbecken beim Langen nach Zahnbürste	<i>Stabilisiert</i>	2
Becher unter Wasserhahn halten → dauert	<i>Dosiert</i> <i>Bewegt fließend</i>	2 2.2 keine flüssigen Armbewegungen, beeinträchtigt die Geschwindigkeit der Ausführung
Zahnbürste auf Waschbecken ablegen, rollt ins Becken, versucht es mehrmals → Hilfe	<i>Bemerkt/reagiert</i> <i>Passt Art und Weise an</i>	1.1 reagiert nicht angemessen auf Aktion der Zahnbürste, Hilfe notwendig 1
Mutter hält Zahnbürste, er drückt Creme	<i>Ergreift/hält</i> <i>Koordiniert</i>	1 1.1 Hilfe, wenn bilaterales Halten notwendig
Zu viel Creme	<i>Beendet</i>	2
Zahncreme zudrehen: ausfahrende Bewegungen, dauert sehr lange, Deckel fällt ins Becken → Hilfe	<i>Dosiert</i> <i>Bewegt fließend</i> <i>Ergreift/hält</i> <i>Manipuliert</i> <i>Koordiniert</i>	1 1 1 1 1

Sie nutzt dazu ihre Notizen und die im AMPS-Benutzerhandbuch detailliert beschriebenen Bewertungskriterien und Bewertungsbeispiele (s. ► Tab. 9.12).

Die übergeordnete Bewertungsskala der 36 Fertigkeiten lautet:

- 4 = kompetente Ausführung
- 3 = fragliche Ausführung
- 2 = ineffektive Ausführung
- 1 = schweres Defizit und/oder Hilfe nötig

Die Bewertungen in die Computersoftware eingeben

Die Bewertungen beider AMPS-Tätigkeiten gibt die Ergotherapeutin anschließend in die OTAP-Software ein. Diese wandelt ihre Rohwerte (4, 3, 2, 1) in lineare Messwerte um, die es ihr ermöglichen, ihre Ergebnisse wissenschaftlich nachweisbar zu dokumentieren (vgl. Kap. 5.5.3). Die OTAP-Software erstellt Dominiks AMPS-Ergebnisbericht (► Abb. 9.6):

Der AMPS-Bericht stellt die Ergebnisse der Analyse grafisch auf einer motorischen (blau) und einer prozessbezogenen Skala (orange) dar. Die Pfeile links an der jeweiligen Skala zeigen Dominiks ADL-Ergebniswerte. Die Ergotherapeutin interpretiert den Bericht nun hinsichtlich:

- des Kriteriums der kompetenten Ausführung: der fettgedruckte Text rechts der Skalen zeigt, dass Dominik bei *diesen beiden Alltagstätigkeiten deutliche Ungeschicklichkeit und erhöhte physische Anstrengung und mäßige bis deutliche Ineffizienz und Desorganisiertheit* zeigte.
- des Kriteriums der Altersnorm: der weiße Balken links der Skala zeigt die zu erwartende Spannweite von gesunden Menschen gleichen Alters. Dominiks Ergebniswert befindet sich für *diese beiden Alltagstätigkeiten* motorisch *deutlich unterhalb* und prozessbezogen *unterhalb der Altersnorm*.

Genutzte Reasoningform

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning

Merke

M!

Die Performanzanalyse, ob standardisiert oder nicht-standardisiert, ist ein notwendiger Schritt im OTIPM. Sie ermöglicht der Ergotherapeutin in der Evaluationsphase top-down und betätigungszentriert vorzugehen. Hätte die Ergotherapeutin keine Fortbildung zur Anwendung des AMPS besucht, so hätte sie die beiden Tätigkeiten stattdessen nicht-standardisiert (informell) analysiert. Dazu hätte sie die Beschreibungen der motorischen und prozessbezogenen Fertigkeiten im Anhang I zu diesem Buch verwendet. Die Vorteile einer standardisierten Analyse können Sie in Kap. 5.5.2 im Exkurs (S. 117) nachlesen.

Aktionen, die der Klient effektiv und solche, die er nicht effektiv ausführt, definieren und beschreiben

Die Ergotherapeutin *dokumentiert* nun anhand des AMPS-Ergebnisberichts *messbar und betätigungsfokussiert* den **globalen Eingangsbefund**:

- Dominik zeigt beim Zähneputzen und Anziehen seines T-Shirts *deutliche Ungeschicklichkeit, erhöhte physische Anstrengung und mäßige bis deutliche Ineffizienz und Desorganisiertheit*. Beim Zähneputzen erhält er 5 × *Kontakthilfe* von seiner Mutter (s. ► Tab. 9.12).

Anschließend betrachtet die Therapeutin detailliert, an welchen Stellen (Aktionen) die Aufgabendurchführung scheitert. Sie fasst im **spezifischen Eingangsbefund** zusammen, welche Aktionen er ineffektiv ausführt und welche seine Stärken darstellen. Sie achtet darauf, *messbar und betätigungsfokussiert* zu dokumentieren:

Stärken – effektive Fertigkeiten:

- Dominik *wählt* alle notwendigen Gegenstände und Materialien *aus* und *verwendet* sie so, wie sie gedacht sind.

Schwächen – ineffektive Fertigkeiten:

- Dominik legt die Zahnbürste mehrmals so auf dem Waschbeckenrand ab, dass sie ins Waschbecken rollt (*bemerkt/reagiert, passt Art und Weise an*). Dann hilft ihm seine Mutter. Sie *hält* die Zahnbürste, während Dominik die Creme drauf drückt (*koordiniert*).

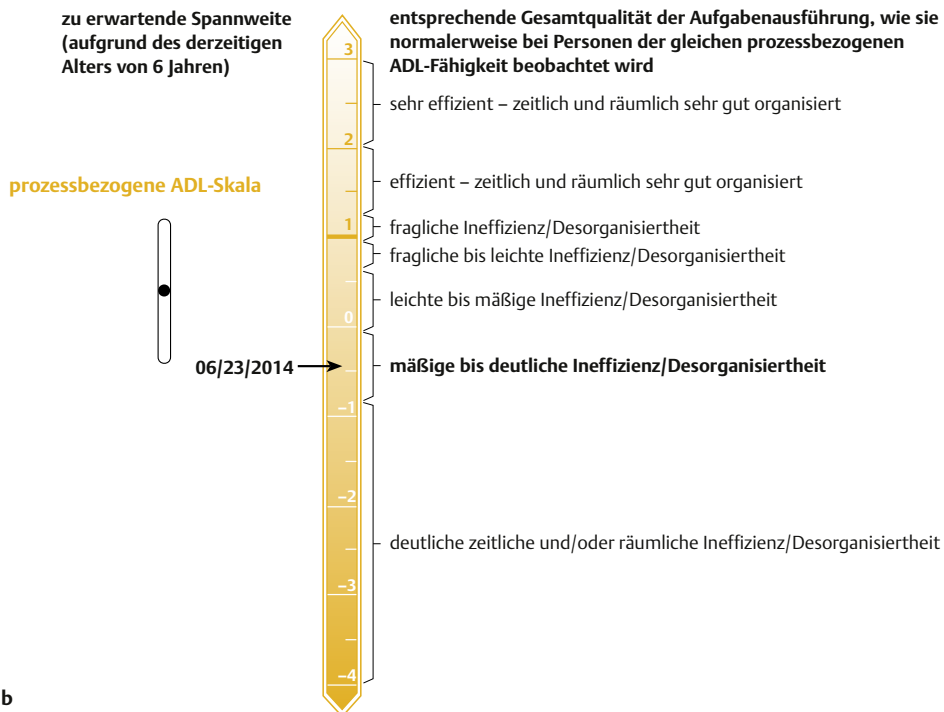
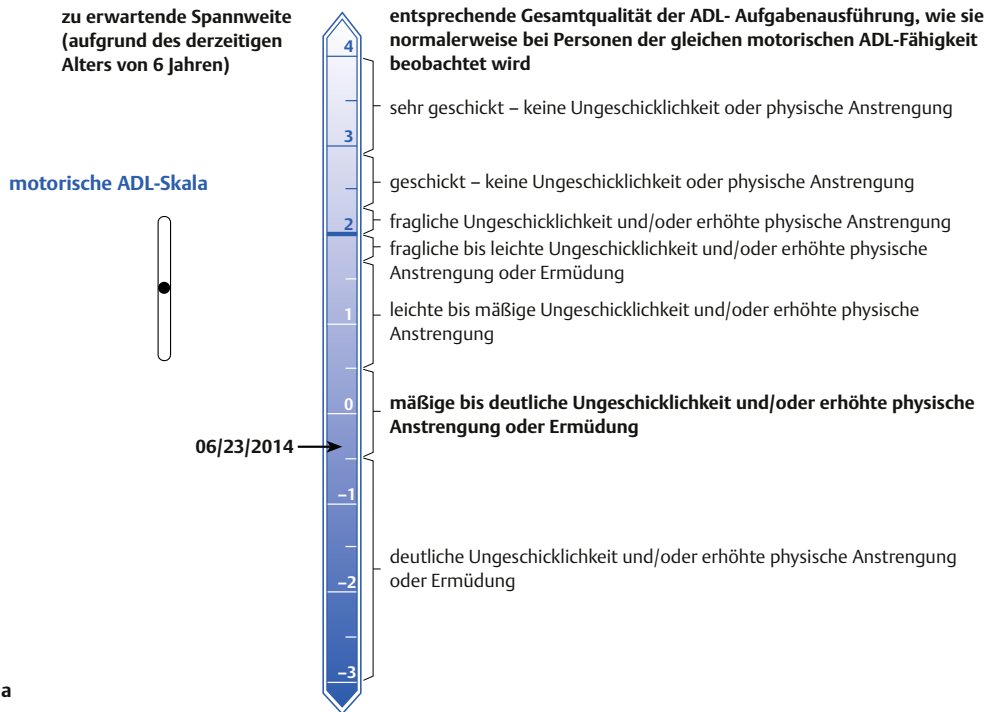


Abb. 9.6 Dominiks AMPS Ergebnisbericht.

a Motorische ADL-Skala.

b Prozessbezogene ADL-Skala.

- Beim Schließen der Zahncreme hat Dominik sehr ausführende Bewegungen und es gelingt ihm erst mit erheblicher Verzögerung, den Deckel auf die Tube zu stecken (*dosiert, bewegt fließend*). Als er beginnt, den Deckel zuzudrehen, fällt dieser ins Waschbecken (*ergreift/hält, manipuliert, koordiniert*). Dann schließt die Mutter die Tube für ihn.

Diese detaillierte Beschreibung nutzt die Ergotherapeutin im folgenden Schritt, um Dominik und seiner Mutter verständlich bzw. „bildlich“ zu beschreiben, was sie beobachtet hat. Beide Eingangsbefunde helfen ihr, gemeinsam mit den beiden Zielen und Ideen für die Intervention zu entwickeln.

Klientenzentrierte und betätigungsfokussierte Ziele erstellen, abschließen oder neu definieren

Bevor die Ergotherapeutin gemeinsam mit Dominik und seiner Mutter den Eingangsbefund bespricht, möchte sie noch von Dominik wissen, wie er selbst die Ausführung des Zähneputzens einschätzt. Er sagt: „Mama soll mich nicht immer so viel anfassen, ich kann das alleine“. Seine Mutter stimmt ihm zu, ergänzt aber, dass es einfach so lange dauere.

Anschließend nutzt die Therapeutin den globalen Eingangsbefund, um ihre Sichtweise auf die Aufgabenausführung einzubringen (s. ► Tab. 9.13). Mutter und Sohn bestätigen, dass es ganz schön mühsam war. Die Ergotherapeutin diskutiert mit den beiden, was genau sich am Zähneputzen verändern solle. Geht es „nur“ darum, dass Dominik es alleine könne, oder vielleicht auch darum, dass es etwas weniger mühsam und schneller gehe? Für Dominik ist ganz klar: „Ich will das alleine können, alles andere ist mir erstmal egal“. Die Mutter stimmt zu, dass Dominik und die Therapeutin erst einmal daran arbeiten. Sie bringt jedoch einen weiteren, neuen Aspekt ein. Ihr Anliegen ist, dass Dominik seine Zähne im Stehen putzt, denn der

Trip-Trap-Stuhl stehe im engen Badezimmer immer im Weg. Die Mutter teilt die Bedenken der Ergotherapeutin, dass Dominik dabei sturzgefährdet sei, doch es wäre ihr wichtig, dass sie die Rehabilitation nutzen, um herauszufinden, ob es klappen könnte. Dominik und seine Mutter formulieren ihr Ziel wie folgt (s. ► Tab. 9.13).

Genutzte Reasoningformen

Interaktives Reasoning
Konditionales Reasoning

Ursache(n) der Probleme der Betätigungsperformanz des Klienten klären oder interpretieren

Nachdem die Ergotherapeutin die Qualität der Ausführung des Zähneputzens evaluiert und mit Dominik und seiner Mutter das Ziel formuliert hat, überlegen sie gemeinsam, was mögliche Ursachen für seine Performanzprobleme sein könnten. Die Ergotherapeutin überdenkt dazu ihre Beobachtungen bei der Performanzanalyse und betrachtet erneut die Dokumentation der 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontextes (s. Kap. Informationen zu den 10 Dimensionen von Dominiks Performanzkontext). Sie stellt nun Vermutungen darüber an, wie sich diese möglicherweise einschränkend auf Dominiks Betätigungsausführung auswirken (s. Kap. 5.5.2).

Sowohl Dominik und seine Mutter als auch die Ergotherapeutin interpretieren, dass Dominiks stark ausgeprägte unwillkürliche Bewegungen (Dimension der Körperfunktionen) seine Betätigungsausführung deutlich einschränken. Die Therapeutin bringt zusätzlich ein, dass es möglicherweise einschränkend sei, dass die Gegenstände, mit denen Dominik hantiere (z.B. Zahncremetube), für ihn zu herausfordernd seien (Umweltdimension).

Tab. 9.13 Vom globalen Eingangsbefund zum Ziel

Globaler Eingangsbefund	Ziel (wer, tut was, wie gut, bis wann und wo?)
Dominik zeigt beim Zähneputzen und Anziehen seines T-Shirts <i>deutliche Ungeschicklichkeit, erhöhte physische Anstrengung und mäßige bis deutliche Ineffizienz und Desorganisiertheit</i> . Beim Zähneputzen erhält er 5-mal <i>Kontakthilfe</i> von seiner Mutter.	Dominik putzt in der Klinik in 3,5 Wochen am Waschbecken stehend <i>alleine</i> seine Zähne, ohne dass die Gefahr besteht, sich zu verletzen. In 5 Wochen erreicht er sein Ziel zu Hause.

Die Ergotherapeutin entscheidet sich, keine Testverfahren zu den Körperfunktionen durchzuführen, da sie über ihre betätigungszentrierte Evaluation ausreichend Informationen gesammelt hat, um gemeinsam mit Dominik und seiner Mutter die Intervention zu planen.

Genutzte Reasoningform

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning

Interventionsphase

Welches Modell/welche Modelle wähle ich aus?

Die Ergotherapeutin beginnt nun abzuwägen, welche Interventionsmodelle (vgl. Kap. 5.5.2) wirkungsvoll für Dominiks Ziel „Ich will alleine meine Zähne putzen“ sein könnten.

Sie bespricht mit Dominik und seiner Mutter in verständlichen Worten, welche allgemeine „Leitlinie“ sie für die Intervention aus den Ergebnissen des AMPS ableitet:

- Die *Ergebniswerte des AMPS* deuten darauf hin, dass es schwierig sein wird, Dominiks motorische Ausführung über ein Modell zur Verbesserung von Körperfunktionen (restitutives Modell) zu verbessern. Ein Modell zum Training von Betätigungsfertigkeiten (akquisitorisches Modell) kann zwar effektiv sein, aber langsamere Fortschritte sind wahrscheinlich. Sehr wahrscheinlich kann Dominik vom kompensatorischen Modell profitieren und lernen, Adaptionen zu nutzen (Fisher 2012, S.118–S.120)

Anschließend nutzt die Ergotherapeutin die Dokumentation der 10 Dimensionen des Performanzkontextes (s. Informationen zu den 10 Dimensionen von Dominiks Performanzkontext), ihr Wissen über wissenschaftlich nachweisbar erfolgreiche Interventionen und ihre eigenen Erfahrungen über ein positives Ergebnis bei ähnlichen Kindern, um diese „Leitlinie“ um weitere Überlegungen zu ergänzen:

- es stehen noch 12 Einheiten zur Verfügung (Gesellschaftliche Dimension)
- Dominiks Diagnose, die voraussichtliche Prognose sowie die Klassifikationen der GMFCS und MACS weisen darauf hin, dass Dominik Adaptionen benötigt, um eigenständig handeln zu können (Dimension der Körperfunktion)

- nach Erfahrung der Ergotherapeutin profitieren Kinder mit dyskinetischer Zerebralparese von Umwelthanpassungen und Adaptionen
- Dominik übt bereits seit 3 Jahren an der Verbesserung seiner Feinmotorik. Trotzdem kann er z. B. noch nicht seine Zahnbürste halten und gleichzeitig Creme aufdrücken. Es scheint deshalb eher unwahrscheinlich, dass ein Feinmotoriktraining zu einer veränderten Betätigungsausführung führen wird (Dimension der Körperfunktionen)
- Dominik und seine Mutter sind offen für Veränderungen wie Umwelthanpassungen und Adaptionen (Adaptive Dimension)

Die Ergotherapeutin fasst zusammen, dass alle Überlegungen darauf hindeuten, dass das kompensatorische Modell erfolgsversprechend zum Erreichen von Dominiks Ziel sein könnte.

Während sie ihre Überlegungen mit Dominik und seiner Mutter teilt, ermöglicht sie den beiden, ihre eigene Meinung, Erfahrungen und Überlegungen einzubringen. So sagt die Mutter z. B.: „Ich hab mich ja schon manchmal gefragt, wie lange er denn noch an der Feinmotorik üben soll“.

Genutzte Reasoningformen

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning
Interaktives Reasoning
Konditionales Reasoning

Die Intervention planen und umsetzen

Damit die Ergotherapeutin sich besser vorstellen kann, wie es zu Hause bei Dominik aussieht, hat sein Vater mehrere Fotos vom Badezimmer per E-Mail in die Klinik geschickt.

Gemeinsam mit Dominik überlegt die Ergotherapeutin nun, wie sie es schaffen könnten, dass Dominik seine Zähne alleine putzt. Die Therapeutin überlegt anhand der spezifischen Eingangsbefunde 1 und 2 mit ihm (s. ► Tab. 9.14), an welchen Stellen genau er Hilfestellung benötigt hat. Sie finden heraus, dass Dominik meistens dann Hilfe benötigt, wenn er versucht, beide Hände gemeinsam einzusetzen. Da das *kompensatorische Modell* wirkungsvoll für Dominik sein könnte, überlegt die Therapeutin nun mit ihm:

- Was könnten wir im Badezimmer verändern, damit deine Mutter nicht mehr die Zahnbürste für dich halten muss? Dominik hat die Idee, die Zahnbürste „irgendwie“ am Waschbecken zu befestigen. Die Ergotherapeutin zeigt ihm eine Halterung für eine Zahnbürste (s. ► Abb. 9.7)
- Was für eine Zahnpastatube bräuchtest du denn, damit du den Deckel alleine schließen kannst? Gemeinsam schauen sie sich verschiedene Tuben an und Dominik findet, dass die mit dem Klappdeckel eine super Idee wäre, denn er könnte den Deckel einfach auf dem Waschbeckenrand zudrücken, falls es mit der anderen Hand nicht klappt.

Bisher putzt Dominik seine Zähne im Sitzen (s. ► Tab. 9.14). Er muss die Fertigkeit, dies im Stehen zu tun, neu erlernen (*akquisitorisches Modell*). Gemeinsam erarbeitet die Ergotherapeutin mit Dominik:

- wie er am Waschbecken stehen könnte, wo er sich festhalten und wie er sich anlehnen könnte. Um das Stehen und Festhalten für Dominik erst einmal einfacher und sicherer zu machen, erproben sie einen Haltegriff, den sie per Saugnapf am Waschbecken befestigen (s. ► Abb. 9.8).

Gemeinsam überlegen sie nun mit der Mutter, wo sie die Hilfsmittel sowohl im Klinikbad als auch zu Hause befestigen könnten und besprechen, ob es für alle in der Familie o.k. wäre, wenn man diese längerfristig im Badezimmer befestige. Anschließend erarbeitet die Ergotherapeutin mit Dominik, wie er die Hilfsmittel nutzen kann, und trainiert mit ihm das Zähneputzen im Stehen.

Anmerkung:

Wie im globalen Eingangsbefund beschrieben, benötigte Dominik 5 × Kontakthilfe beim Zähneputzen. An dieser Stelle wurde exemplarisch anhand von zwei Situationen beschrieben, wie die Ergotherapeutin mit Dominik arbeitete, um diese Hilfestellungen abzubauen.

Genutzte Reasoningformen

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning
Interaktives Reasoning
Konditionales Reasoning

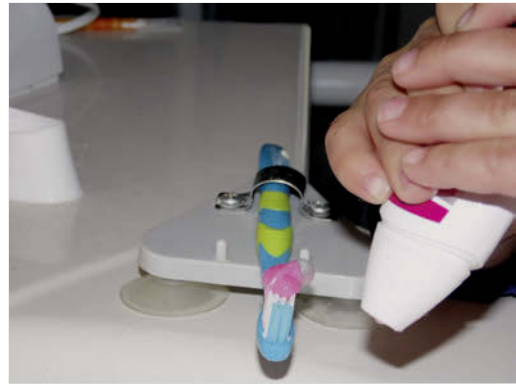


Abb. 9.7 Halterung für Zahnbürste. (Foto: Familie des Klienten)



Abb. 9.8 Haltegriff: Dominik putzt seine Zähne im Stehen. (Foto: Familie des Klienten)

Re-Evaluationsphase

In der letzten Therapieeinheit überprüft die Ergotherapeutin gemeinsam mit Dominik und seiner Mutter, ob die Intervention erfolgreich war und Dominik sein Ziel erreicht hat.

Sie re-evaluert Dominiks Sicht auf seine Betätigungsausführung mit dem COPM und *dokumentiert*, dass er sich sowohl in der Ausführung beim Zähneputzen als auch in den anderen Tätigkeiten, an denen die Therapeutin mit ihm gearbeitet hat, deutlich besser und auch zufriedener einschätzt (s. ► Tab. 9.15).

Tab. 9.14 Vom spezifischen Eingangsbefund zur Intervention	
Ziel: In 3,5 Wochen putzt Dominik am Waschbecken stehend alleine seine Zähne, ohne dass die Gefahr besteht, sich zu verletzen.	
Spezifischer Eingangsbefund	Intervention
Legt die Zahnbürste mehrmals so auf dem Waschbeckenrand ab, dass sie ins Waschbecken rollt (<i>bemerkt/reagiert, passt Art und Weise an</i>). Dann hilft ihm seine Mutter. Sie hält die Zahnbürste, während Dominik die Creme drauf drückt (<i>koordiniert</i>).	Kompensatorisches Modell: • Halterung für Zahnbürste • Schulung in der Anwendung der Halterung • Training: Zähneputzen
Beim Schließen der Zahncreme hat er sehr ausfahrende Bewegungen und es gelingt ihm erst mit erheblicher Verzögerung, den Deckel auf die Tube zu stecken (<i>dosiert, bewegt fließend</i>). Als er beginnt, den Deckel zuzudrehen, fällt dieser ins Waschbecken (<i>ergreift/hält, manipuliert, koordiniert</i>). Dann schließt die Mutter die Tube für ihn.	Kompensatorisches Modell: • Zahnpastatube mit Klappdeckel • Alternative Strategie: Deckel zum Schließen auf Waschbecken drücken • Training: Zähneputzen
Bisher putzt Dominik seine Zähne im Sitzen.	Akquisitorisches Modell: • Entwickeln der Fertigkeit: <i>steht</i> mit Festhalten oder Anlehnen • Tätigkeit einfacher machen: Haltegriff • Schulung: wie stehe ich, wie halte ich mich fest? • Training: Zähneputzen im Stehen

Tab. 9.15 Dominiks COPM am Ende der Rehabilitation				
Betätigungsperformanz-Probleme	Evaluation		Re-Evaluation	
	Performanz 1	Zufriedenheit 1	Performanz 2	Zufriedenheit 2
Zähne putzen	1	1	7	7
Morgens T-Shirt anziehen	4	3	9	10
Morgens Hose anziehen	4	3	8	10
Fleisch mit der Gabel essen	4	4	7	8

Anschließend führt die Ergotherapeutin erneut eine Performanzanalyse vom Zähneputzen durch und vergleicht die aktuelle Qualität der Ausführung mit dem globalen Eingangsbefund (s. ► Tab. 9.16).

Anhand des globalen Abschlussbefundes *dokumentiert* die Ergotherapeutin nun aus ihrer Sicht *messbar und betätigungszentriert*, dass Dominik beim Zähneputzen keine Hilfestellung mehr erhält und er nur noch mäßig ineffizient ist. Sie notiert ebenfalls, dass die Ausführung weiterhin deutlich ungeschickt ist, denn dies deutet auf weiteren Bedarf an Ergotherapie hin.

Leider hat sich die Ergotherapeutin nicht die Zeit genommen, Dominiks Betätigungsausführung standardisiert mit dem AMPS zu re-evaluieren. Hätte sie dies getan, wie eingangs von ihr angedacht, so hätte sie überprüfen können, ob diese beobachtbare Veränderung auch wissenschaftlich nachweisbar war. Dies hätte die Effektivität ihrer Therapie v. a. gegenüber Ärzten und Kostenträgern deutlich unterstrichen.

Das wichtigste Outcome ist jedoch, ob Dominik sein Ziel erreicht hat. Und das hat er.

Tab. 9.16 Vergleich Eingangs- und Abschlussbefund	
Globaler Eingangsbefund	Globaler Abschlussbefund
Dominik zeigt beim Zähneputzen und Anziehen seines T-Shirts <i>deutliche Ungeschicklichkeit, erhöhte physische Anstrengung und mäßige bis deutliche Ineffizienz und Desorganisiertheit</i> . Beim Zähneputzen erhält er 5 × Kontakthilfe von seiner Mutter.	Dominik putzt seine Zähne <i>nun alleine</i> . Er zeigt dabei weiterhin <i>deutliche Ungeschicklichkeit und erhöhte physische Anstrengung</i> bei jedoch nur noch <i>mäßiger Ineffizienz und Desorganisiertheit</i> .

Die Ergotherapeutin *dokumentiert*, dass Dominik in der Klinik alleine seine Zähne putzt. Und zwar im Stehen und ohne dass die Gefahr besteht, sich zu verletzen.

Anhand dieser abschließenden Dokumentation beschreibt die Ergotherapeutin für Dominik und seine Mutter dessen Erfolge, dokumentiert die Effektivität ihrer Intervention und rechtfertigt so die Finanzierung durch die Kostenträger. Die Therapeutin selbst nutzt diesen abschließenden Schritt des Interventionsprozesses, um ihre Vorgehensweise zu reflektieren und sich darüber Gedanken zu machen, was ihrer Einschätzung nach gut gelungen ist und was sie beim nächsten Klienten anders machen würde.

Genutzte Reasoningformen

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning
Interaktives Reasoning
Pragmatisches Reasoning

Zwei Wochen nach Ende der Rehabilitation erreicht die Ergotherapeutin eine E-Mail mit den oben gezeigten Fotos (s. ► Abb. 9.7 u. ► Abb. 9.8). Dominik hat sein Ziel auch zu Hause erreicht. Auch wenn es laut Mutter noch ganz schön chaotisch und mühsam aussehe, so sei Dominik wahnsinnig stolz und möchte unbedingt weiter üben.

9.4.3 Fazit

Als ich im Jahr 2000 meine Ausbildung zur Ergotherapeutin abschloss, waren mir die Worte Betätigung und Klientenzentrierung vollkommen unbekannt. Fragte man mich, was uns Ergotherapeuten im Gesundheitswesen einzigartig macht, so konnte ich darauf keine klare Antwort geben. Ich war mir meiner eigenen beruflichen Identität unsicher. Auf der Suche nach einer beruflichen Identität stieß ich dann im Austausch mit Kolleginnen auf die Begriffe Betätigung und Klientenzentrierung und ich begann, mir Wissen hierzu anzueignen und zu überlegen, wie ich dieses in meine praktische Arbeit implementieren könnte.

Ein Schlüsselmoment für eine betätigungsorientierte Vorgehensweise war für mich die Teilnahme an einem Kurs zur standardisierten Performanzanalyse AMPS. Ich lernte zu beobachten, wie ein Klient eine Betätigung ausführt, und „erhielt“ Worte dafür, wie ich das Beobachtete für meine

Klienten verständlich beschreiben konnte. Allein aus der Fähigkeit zu beobachten (und nicht direkt zu interpretieren) erhielt ich so viele Ideen für mögliche ergotherapeutische Interventionen.

Schließlich wählte ich das OTIPM als mein professionelles Reasoningmodell. Warum? Das OTIPM bietet mir eine Art „Leitfaden“, anhand dessen ich all meine bisher erlernten Kenntnisse anwenden und überprüfen kann: In welchem Schritt im Therapieprozess befinde ich mich, was wird der nächste Schritt sein, gehe ich top-down, betätigungs- und klientenzentriert vor und wenn nicht, weshalb? Was könnte ich beim nächsten Klienten anders machen?

Das OTIPM half mir somit zu verstehen, was unseren Beruf so einzigartig macht: *unser Fokus auf Betätigung*. Ich verstand klar, was Ergotherapeuten tun: Sie

- sammeln Informationen über den Klienten aus dessen eigener Sicht (Insider-Sicht) und erfahren von ihm, welche Betätigungen er zufriedenstellender in seinem Alltag ausführen möchte,
- führen eine Performanzanalyse durch, um die Qualität der Betätigungsausführung zu beobachten und zu beschreiben (Outsider-Sicht),
- legen gemeinsam mit dem Klienten betätigungsfokussierte Ziele fest,
- analysieren mögliche Ursachen für die verminderte Betätigungsausführung,
- wählen ein oder mehrere Interventionsmodelle aus, die Betätigung als Methode nutzen;
- evaluieren abschließend, ob die Intervention zu einer verbesserten Betätigungsausführung geführt hat.

Die Suche nach der beruflichen Identität war nicht immer leicht und alle Aspekte betätigungs- und klientenzentrierter Ergotherapie zu verstehen und umzusetzen, stellt mich und, wie auch einleitend beschrieben, mein Team immer wieder vor große Herausforderungen. Doch mit dem OTIPM haben wir eine Sprache und Denkweise gefunden, die es uns ermöglicht, diese Herausforderungen zu diskutieren. Sowohl im Team, als auch mit den Klienten und den interprofessionellen Kollegen. Deren Rückmeldungen überzeugen und ermutigen uns, uns diesen weiterhin zu stellen. Kinder, die freudestrahlend ihren Eltern zeigen, was sie Neues gelernt haben, interprofessionelle Kollegen, die sich freuen, dass wir nicht mehr deren Job sondern Ergotherapie machen, ein Arbeitgeber, der in den letzten Jahren weitere ergotherapeutische Stellen

geschaffen hat, und nicht zuletzt Kostenträger, die zunächst abgelehnte Kostenübernahmen für einen Rehabilitationsaufenthalt nach Prüfung der Therapieeffektivität doch noch bewilligen.

Das OTIPM hat die „Power“, die deutsche Ergotherapie im Spannungsfeld des Paradigmenwechsels mit neuem Leben zu füllen, zu zeigen, welche einzigartige Rolle die Ergotherapie in unserem Gesundheitssystem einnimmt, und uns erfahren zu lassen, wie zutiefst zufriedenstellend es sein kann, Ergotherapeutin zu sein.

Abschließend ein Dankeschön an Andrea Hörning und Caroline Hartl-Adler für ihre Unterstützung beim Ausarbeiten von Dominiks Therapieprozess.

Literatur

- Adler C., Hessenauer M., Hörning A. COPM, AMPS, PEDI – Wie nutze ich diese im therapeutischen Alltag? praxis ergotherapie 2016; 1: 14–20
- Fisher A.G. Occupational Therapy Intervention Process Model. A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions. Three Star Press, Inc., Fort Collins, Colorado: Three Star Press Inc.; 2009 (Deutsche Übersetzung Dehnhardt B. Idstein: Schulz-Kirchner; 2018)
- Fisher, A.G., Jones, K.B. Assessment of Motor and Process Skills, Volume 1: Development, Standardization and Administration Manual. 7th ed. Fort Collins Colorado: Three Star Press Inc.; 2012 (Lizensierte deutsche Übersetzung Kap. 3–11 Dehnhardt B, George S. Eigenverlag; 2013)
- Fisher, A. G. & Jones, K. B. Occupational Therapy Intervention Process Model. In: Hinojosa J, Kramer P, Royeen C B. Perspectives on human occupation: Theories underlying practice. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer|Lippincott Williams & Wilkins; 2017: 237–286
- Gross motor function classification system (GMFCS): <http://cp-netz.uniklinik-freiburg.de>; zuletzt eingesehen am 12.03.2019
- Manual ability classification system (MACS): http://www.macs.nu/files/MACS_German_2010.pdf; zuletzt eingesehen am 12.03.2019

gefährliche oder auch unberechenbare Klienten. Diese vorherrschenden Stigmata spiegeln sich auch immer noch auf gesellschaftlicher Ebene wieder (Illichmann 2018). Durch meine Erfahrungen mit psychisch erkrankten Menschen habe ich entgegen aller Vorurteile ein sehr positives Bild von den Betroffenen. In meiner Wahrnehmung sehe ich meine Klienten als starke Persönlichkeiten, die durch oft zahlreiche psychische Krankheitsereignisse häufig große Niederlagen, negative Erfahrungen oder auch Zurückweisungen bzw. Isolation erlebt haben. Trotz dieser zahlreichen negativen biografischen Ereignisse leben sie jedoch selbstständig und zufriedenstellend.

Genau hier setzen die sogenannten psychosozialen Therapien als ein wichtiges Element in der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen an. Hierdurch wird den Erkrankten die Möglichkeit gegeben, innerhalb ihrer eigenen Umgebung und im gesellschaftlichen Leben eingebunden zu sein (Berufsverbände und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz 2014). Meines Erachtens sind genau hier klare Parallelen zur Ergotherapie erkennbar.

In diesem Kapitel sollen Freude und Interesse an einer betätigungszentrierten psychosozialen Ergotherapie geweckt werden.

Die Ergotherapeutin aus dem Fallbeispiel arbeitet seit drei Jahren in einer ambulanten Praxis mit Schwerpunkt Psychiatrie. Das Angebot umfasst Einzel- und Gruppentherapien sowie Hausbesuche bei Klienten, denen es nicht möglich ist, in die Praxis zu kommen.

9.5 Beispielprozess 4 (OTIPM): Frau Ostermeier trifft sich mit einer Freundin im Café

Verena Weiler

9.5.1 Ein Fall aus der psychosozialen Ergotherapie

In meiner Tätigkeit als Dozentin und Praktikumsanleiterin erlebe ich immer wieder Auszubildende, die Unsicherheiten, Ängste und Vorurteile bezüglich des psychosozialen Fachbereichs und Menschen mit psychischen Erkrankungen äußern. Die Auszubildenden befürchten unkontrollierte, teils

9.5.2 Frau Ostermeiers Interventionsprozess

Evaluations- und Zielsetzungsphase

Therapeutische Beziehung entwickeln und partnerschaftlich mit dem Klienten zusammenarbeiten

Genutzte Reasoningform

Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning

Der Sozialdienst einer psychiatrischen Klinik nahm in Absprache mit der zukünftigen Klientin Frau

Ostermeier nach Entbindung von der Schweigepflicht Kontakt zur ergotherapeutischen Praxis auf. In diesem Gespräch entstand die erste Zusammenarbeit und es wurden Daten über die Klientin ausgetauscht, um die Anmeldung zu ermöglichen.

Die 31-jährige Klientin soll nach einem 3-wöchigen Klinikaufenthalt aufgrund einer schweren depressiven Episode und einer Medikamentenumstellung entlassen werden. Innerhalb des Entlassmanagements muss sichergestellt werden, dass die Ergotherapie spätestens eine Woche nach Entlassung begonnen und spätestens 12 Tage nach der ersten ergotherapeutischen Einheit abgeschlossen ist (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. 2018). Dies erfordert eine rasche Terminvergabe. Nach Abschluss dieser Verordnung kann mit weiteren Heilmittelverordnungen gearbeitet werden.

Im Telefonat erfährt die Ergotherapeutin, dass in der Klinik mit der Klientin an einer zufriedenstellenden Tagesstruktur und verschiedenen Alltagsaktivitäten gearbeitet wird. Das Ergebnis in diesen Bereichen ist für die Klientin selbst bisher jedoch noch nicht zufriedenstellend. Auch soll die Ergotherapeutin sie bei der realen Alltagsbewältigung unterstützen, da der geschützte Rahmen der Klinik nicht mehr gegeben ist und Frau Ostermeier mehr Aufgaben selbst übernehmen muss. Durch ihre Erfahrung und ihr Reasoning weiß die Ergotherapeutin, dass die nahtlose Versorgung nach einem Klinikaufenthalt insbesondere bei depressiven Menschen auf Grund eines erhöhten Suizidrisikos (Olsson et al. 2016) wichtig ist. Sie ermöglicht und koordiniert deshalb einen Ersttermin in ihrer Praxis am Tag nach Frau Ostermeiers Entlassung.

Aufgrund der benannten Anliegen des Sozialdienstes und ihrer bisherigen Erfahrungen erwägt die Ergotherapeutin, den klienten- und betätigungs-basierten Ansatz nach dem OTIPM zu nutzen (Fisher 2014, vgl. Kap. 5.5). Er ermöglicht Ergotherapeutinnen, zusätzlich zum beschriebenen Interventionsprozess, für die Klientel angemessene oder ihrer Erfahrung nach wichtige Evidenz, Methoden oder andere Modelle mit einzubeziehen (Fisher u. Jones 2017). Die Ergotherapeutin nimmt sich deshalb vor, neben dem OTIPM eine klare Haltung gegenüber der Klientin und in der Beziehung zu ihr einzunehmen, die sie innerhalb des ganzen Prozesses beibehalten wird. Diese Haltung ist im „Recovery Model“ verankert, welches als Ansatz und Grundhaltung im psychiatrischen Bereich dient (Le Granse 2018):

Das Recovery Model

- *Selbststeuerung* des Betroffenen als primärer Entscheidungsträger
- ein *Individueller* und *personenzentrierter* Rehabilitationsprozess für den Betroffenen
- der Betroffene erlangt seine eigene Kontrolle über sich, sein Schicksal und seine Erkrankung und beeinflusst sein Leben und seine Kontextfaktoren (*Empowerment*)
- *ganzheitliche Sichtweise* auf den Betroffenen mit Körper, Geist und Seele
- der Prozess verläuft *nichtlinear*, so sind Rückschläge möglich, aus welchen sich positive Lernprozesse ergeben können
- *Stärkenbasierung* durch Ressourcen als Schwerpunkt des Prozesses
- durch *Rückhalt der Peers* und soziale Unterstützung profitieren die Betroffenen
- es herrscht gegenseitiger *Respekt*, so sollen Betroffene geschätzt und akzeptiert werden und auch die eigene Akzeptanz der Betroffenen soll gefördert werden
- Betroffene tragen ihre eigene *Verantwortung* für ihr Leben
- die Vision einer positiven Zukunft und gesellschaftlicher Teilhabe wird genutzt, um *Hoffnung* zu haben

Die Ergotherapeutin kann mit dieser Grundhaltung Frau Ostermeier unterstützen, ihr eigenes Potential auszubauen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Auch entspricht dies einer klientenzentrierten und betätigungszentrierten Ergotherapie (ebd.).

Vor dem Ersttermin holt die Ergotherapeutin zusätzlich Informationen zum Krankheitsbild ein (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [F33.1]), um über mögliche Auswirkungen des Krankheitsbildes auf den Alltag der Klientin informiert zu sein. Sie findet Studien über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Depression (Theorell et al. 2015) sowie zu Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion und Reaktion in erschwerten psychosozialen Zusammenhängen (Kupferberg et al. 2015), wie z. B. bei familiären und Beziehungsschwierigkeiten (Lang et al. 2018). Dieses Wissen ermöglicht ihr eine adäquate Planung des ersten Treffens, bei dem sie auf mögliche Probleme, daraus resultierende Gesprächsthemen und die angemessene Art der Gesprächsführung vorbereitet ist.

Erste Therapieeinheit

Genutzte Reasoningformen

Narratives Reasoning
Interaktives Reasoning
Ethisches Reasoning

Frau Ostermeier erscheint wie vereinbart am Tag nach ihrer Entlassung zur ersten ergotherapeutischen Einzeltherapie. Vom Erstkontakt an möchte die Therapeutin eine vertrauensvolle und angemessene Klientinnen-Therapeutinnen-Beziehung aufbauen (Fisher 2014). Menschen mit Depression soll das Gefühl vermittelt werden, dass die Therapeutin ihnen zuhört, dass sie genug Zeit haben, um zu antworten, und dass kein Druck aufgebaut wird (Pöldinger u. Zapotoczky 2013). Diese Beziehung bleibt während des gesamten Interventionsprozesses bestehen und entwickelt sich stetig weiter.

Die Ergotherapeutin und Frau Ostermeier vereinbaren im Verlauf des Erstkontaktes Ehrlichkeit und Transparenz im Umgang miteinander, um Missverständnisse zu vermeiden und gemeinsam auf Unstimmigkeiten reagieren zu können. In der partnerschaftlichen Zusammenarbeit fungieren beide als Expertin für ihren Bereich. Frau Ostermeier gestaltet die Zusammenarbeit als Expertin für sich selbst durch ihre Werte, Interessen, Prioritäten und Ziele (Fisher 2014). Die Ergotherapeutin bringt sich mit ihrer Fachlichkeit ein und bietet den Rahmen für ihre Klientin, sich in ihren Möglichkeiten zu entfalten und die für sich gewünschte Veränderung zu erreichen.

Die Therapeutin beobachtet im Erstkontakt bereits objektiv das Auftreten, die Interaktion und das äußere Erscheinungsbild der Klientin. Dies dient der ersten Diagnostik (Pöldinger u. Zapotoczky 2013). Frau Ostermeier ist eine gut gekleidete, leicht geschminkte Frau, sie wirkt gepflegt. Sie reicht zur Begrüßung ihre Hand, sieht der Ergotherapeutin dabei nicht in die Augen. Ihre Körperhaltung ist leicht gebückt, und während des Sprechens ist ihr Gesicht dem Boden zugeneigt.

Um Frau Ostermeier nicht zu überfordern und Unsicherheiten zu minimieren, schafft die Ergotherapeutin eine möglichst angenehme Atmosphäre. Nachdem sie sich selbst vorgestellt hat, fragt sie die Klientin, wo sie gerne sitzen würde und versucht ihr den Einstieg in das Gespräch zu erleichtern, indem sie erfragt, ob sie gut hergefun- den habe und ob sie etwas zu trinken möchte.

Kurze und leicht verständliche Sätze ermöglichen Menschen mit Depression einen angemessenen Gesprächseinstieg (ebd.).

Da Frau Ostermeier noch keine Erfahrungen mit der ambulanten Ergotherapie und ihren Rahmenbedingungen hat, nimmt sich die Therapeutin Zeit, um den Ablauf der ambulanten Ergotherapie, die Regelmäßigkeit und die Heilmittelverordnung zu erklären und auf Rückfragen einzugehen. Gemeinsam besprechen die Ergotherapeutin und Frau Ostermeier den Ablauf des therapeutischen Prozesses, sodass Frau Ostermeier weiß, was auf sie zukommt. So kann Frau Ostermeier von der Therapeutin einen glaub- und vertrauenswürdigen Eindruck bekommen und sie als professionelle und kompetente Expertin kennenlernen (Mahr 2018).

Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen sowie Ressourcen und Einschränkungen im klientenzentrierten Performanzkontext herausfinden

Genutzte Reasoningformen

Narratives Reasoning
Interaktives Reasoning
Konditionales Reasoning
Ethisches Reasoning

Die Ergotherapeutin macht sich ein umfangreiches Bild von der Klientin und ihrem Umfeld. Hierbei erfährt sie, welche Aufgaben Frau Ostermeier ausführt und wie sie es tut, um Informationen über dabei auftretende Schwierigkeiten oder Unzufriedenheit zu bekommen (Klientenzentrierter Performanzkontext; Fisher 2014). Formale Gespräche ermöglichen umfangreiche Erkenntnisse über das Zeitmanagement, bedeutungsvolle Aktivitäten, die Umwelt und soziale Einbindung der Klienten (Le Granse 2018). Die Ergotherapeutin und Frau Ostermeier führen deshalb ein formales Gespräch, das an die Struktur und die Inhalte des OTIPM angelehnt ist. In der Praxis gibt es hierzu einen Gesprächsleitfaden, anhand dessen Bedürfnisse und Sorgen sowie Aufgaben des Alltages der Klientin in den Bereichen Selbstversorgung, komplexe ADL, Ruhe und Schlaf, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Teilhabe (Fisher u. Jones 2017) besprochen werden können.

Gleichzeitig werden für die Ergotherapeutin Ressourcen und Einschränkungen deutlich, die sich auf die Ausführung von Frau Ostermeiers Betätigungen auswirken.

Zusätzlich nutzt die Ergotherapeutin ihr Vorwissen aus dem Telefongespräch mit der Sozialarbeiterin, die den Fall mitbetreut, und bittet Frau Ostermeier um ihre Sicht auf die benannten Themen. Für die Ergotherapeutin ergibt sich aus dem umfassenden Erstkontakt, dass sie den Alltag der Klientin komplett erfassen kann – und nicht nur kleine Ausschnitte daraus.

Das Gespräch läuft nicht in einer bestimmten Reihenfolge ab. Die Ergotherapeutin hat die im OTIPM verwendeten 10 Dimensionen des Performanzkontextes (Fisher 2014; vgl. Kap. Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen) „im Kopf“ und leitet das Gespräch dementsprechend. Dabei wird nicht jede Dimension einzeln abgefragt. Vielmehr versucht die Ergotherapeutin, durch einen natürlichen Gesprächsfluss und Austausch alle hierzu relevanten Informationen zu erhalten, ohne eine Frage-Antwort-Situation entstehen zu lassen. So wird vermieden, dass über die Klientin verfügt oder bestimmt wird, sondern es werden lediglich Anstöße gegeben (Mahr 2018).

Die Ergotherapeutin beginnt mit einem offenen Einstieg und fragt Frau Ostermeier:

„Können Sie mir einen für Sie typischen Tagesablauf beschreiben? Falls es am Wochenende anders ist als an den restlichen Tagen, erzählen Sie gerne von den Unterschieden.“

Durch diese offene Frage fühlt sich Frau Ostermeier frei zu erzählen, und es werden ihr keine Antworten vorgegeben.

Im Verlauf spezifiziert die Ergotherapeutin ihre Fragen anhand ihres Leitfadens oder fragt differenzierter nach. Dies erfolgt durch das Ansprechen einer bestimmten Dimension, z. B. Umweltdimension: „Wo, mit wem und mit welchen Gegenständen führen Sie die Aufgabe aus?“; oder aber durch weitere offene Fragen, wie z. B. „Welche Schwierigkeiten haben Sie bei den Tätigkeiten, die sie gerne machen, oder gibt es etwas, dass Sie gerne tun möchten, aber momentan nicht machen?“

Nachdem sich die Ergotherapeutin und Frau Ostermeier ausführlich ausgetauscht haben, dokumentiert die Therapeutin die Angaben zu den 10 Dimensionen (vgl. Kap. Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen):

Umweltdimension

Frau Ostermeier lebt gemeinsam mit ihrem Ehemann in einer 3-Zimmer-Wohnung (mit Bad, Schlafzimmer, Küche mit Essplatz und geräumigem Wohnzimmer mit Zugang zu einem Balkon). Hier fühlt sie sich sehr wohl.

Früher hat die Klientin den Großteil des Haushaltes selbstständig geführt und ihr Ehemann kümmerte sich um Angelegenheiten wie Versicherungen, Telefon, Internet etc. Seit ihrer Erkrankung kümmert er sich jedoch auch verstärkt um den Haushalt und Einkauf. Nur noch selten begleitet sie ihn.

An ihrer Arbeitsstelle wird sie durch ein Großraumbüro mit 15 Kollegen in ihrem Wohlbefinden stark eingeschränkt. Ihr eigener Schreibtisch und Computerarbeitsplatz sind durch angepasste Büromöbel individuell auf sie abgestimmt, was sie selbst als Ressource sieht.

In ihrer Freizeit besuchte sie vor ihrer Erkrankung gerne ein Yoga Studio, ging gerne in Einkaufszentren oder mit Freunden in Restaurants bzw. Cafés.

Rollendimension

Frau Ostermeier sieht sich derzeit in keiner ihrer Rollen positiv und mit sich zufrieden. Sie wird ihres Erachtens den Anforderungen, Normen und Erwartungen nicht gerecht. Gezielt benennt sie hierbei die Rolle der Ehefrau (für ihren Mann sorgen), Hausfrau (insbesondere Wäsche machen, Wohnung putzen und kochen), Freundin (telefonieren und Kaffee trinken mit Freundinnen), Tochter (ihre Eltern regelmäßig besuchen) und Arbeitnehmerin (30 Stunden pro Woche im Büro arbeiten). Gerne wäre sie auch Mutter, was sie sich aufgrund ihrer Erkrankung noch nicht zugetraut hat. Gerne würde sie jede dieser Rollen wieder voll ausfüllen, denn derzeit werden viele Aufgaben und Aktivitäten durch andere Personen übernommen.

Motivationsdimension

Frau Ostermeier bringt einen großen inneren Antrieb und Lebenswillen mit. Sie möchte wieder aktiver sein und hat gemeinsam mit ihrem Mann noch viel vor: Kinder bekommen, Reisen und eine glückliche Ehe führen. Sie setzt große Hoffnungen in die Ergotherapie und Psychotherapie, ihre Problematiken wieder in den Griff zu bekommen, und sieht sich zukünftig als selbstständig und zufried-

dene Frau. Zu ihren größten Interessen zählen momentan Yoga und Achtsamkeit.

Aufgabendimension

Die Klientin möchte ihren Haushalt mit Kochen, Wäsche waschen, Einkaufen gehen und Wohnung putzen wieder selbstständig führen. Sie möchte etwas mit ihrem Mann unternehmen (Kino oder Theater) und gemeinsam mit ihren Freundinnen Kaffee trinken gehen. Frau Ostermeier muss nach einer langsamen Eingewöhnung zukünftig 30 Stunden im Büro arbeiten.

Kulturelle Dimension

Kulturelle Werte, Überzeugungen und Sitten in Bezug auf ihren Alltag und die zugehörigen Aufgaben stimmen überein. Ihr noch nicht umgesetzter Kinderwunsch kollidiert zeitweise mit der gesellschaftlichen Norm, als Frau mittleren Alters Kinder zu haben. Dies setzt sie unter Druck.

Soziale Dimension

Die Hauptbezugsperson für Frau Ostermeier ist ihr Ehemann. Sie fühlt sich von ihm unterstützt und beide haben ein gutes Verhältnis. Ihr Mann stellt keine Erwartungen an sie, da er sie nicht überfordern möchte. Die Klientin würde sich wünschen, als Ehefrau und nicht als kranke Frau angesehen zu werden. Auch ihre Eltern neigen dazu, sie zu bemitleiden, was dazu führt, dass Frau Ostermeier den Kontakt nicht aktiv sucht. Der Kontakt zu ihren Freundinnen hat sich seit ihrer Erkrankung stark gemindert. Mit einer Freundin herrscht unregelmäßiger SMS-Kontakt. Eine Beziehung zu ihren Arbeitskollegen oder Nachbarn aus dem Haus besteht nicht. Das Verhältnis zu ihrer Psychotherapeutin beschreibt sie als vertrauensvoll und hilfreich.

Gesellschaftliche Dimension

Seit der Klinikentlassung nimmt Frau Ostermeier 1x wöchentlich psychotherapeutische und 3x wöchentlich ergotherapeutische Leistungen (1x Einzeltherapie und 2x Gruppentherapie) in Anspruch, welche zum Großteil von der Krankenkasse finanziert werden. Die Psychotherapie legt ihren Schwerpunkt auf die Krankheitsbewältigung und Bekämpfung der Ursache. Den Zuzahlungsbeitrag für beide Therapien trägt sie selbst. Aufgrund dieser Kosten und dem geringeren Gehalt während

der Wiedereingliederung ist sie finanziell eingeschränkt. Durch die Unterstützung ihres Ehemanns hat sie jedoch keine finanziellen Sorgen. Die gesellschaftliche Erwartungshaltung, in ihrem Alter voll belastbar und Mutter zu sein, setzt ihr zu. Die von der Krankenkasse bzw. Rentenversicherung und den Ärzten unterstützte Wiedereingliederung ins Berufsleben sieht sie als Chance.

Dimension der Körperfunktion

Die Klientin berichtet von einer gedrückten Stimmung, Antriebslosigkeit, Kraftlosigkeit, sozialem Rückzug, Selbstunsicherheit und Schlafstörungen. Im Arbeitsleben zeigen sich auch Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Schwierigkeiten in der Ausdauer. Frau Ostermeier fühlt sich schnell erschöpft und überfordert.

Während des Erstkontaktes und Interviews fielen der Ergotherapeutin interaktionelle Schwierigkeiten auf.

Frau Ostermeier bringt eine realistische Selbsteinschätzung mit.

Zeitliche Dimension

Frau Ostermeier ist 31 Jahre alt, verheiratet und machte nach ihrer mittleren Reife einen Abschluss zur Bürokauffrau. Ihre erste depressive Episode erlebte sie im späten Jugendalter. Seither lebte sie bis zur letzten Episode weitgehend symptomfrei. Vor ihrem Klinikaufenthalt plante sie, gemeinsam mit ihrem Ehemann eine Familie zu gründen.

Adaptive Dimension

Da Frau Ostermeier vor einigen Jahren schon mal eine depressive Episode erlebte, weiß sie, dass sie ihre Ziele trotz Erkrankung erreichen kann, und erinnert sich an einige der damals erlernten Strategien. Ein klarer Tagesablauf mit realistischen selbstgesteckten Zielen und Aufgaben half ihr, den eigenen Antrieb zu steigern und Vorhaben in die Tat umzusetzen. Auch im Alltag kann sie dies normalerweise selbstständig anwenden. Ihre realistische Selbsteinschätzung half ihr während des damaligen Prozesses.

Aus all diesen Informationen ergeben sich nun Ressourcen und Einschränkungen im Performanzkontext von Frau Ostermeier. Diese helfen der Therapeutin im weiteren Verlauf, gemeinsam mit ihrer Klientin Stärken und Schwächen ihrer Betätigungsperformanz zu erkennen und Anliegen zu priorisieren.

Vom Klienten benannte und priorisierte Stärken und Probleme der Betätigungsperformanz herausfinden

Genutzte Reasoningformen

- Narratives Reasoning
- Interaktives Reasoning
- Konditionales Reasoning
- Wissenschaftliches (Scientific) Reasoning

Zweite Therapieeinheit

Als Grundlage für diesen Schritt dienen die bereits gesammelten Informationen über den Performanzkontext von Frau Ostermeier. Gemeinsam wird dieser nun hinsichtlich Stärken und Problemen in der Betätigungsperformanz evaluiert (Fisher 2014). Die Ergotherapeutin erklärt ihrer Klientin, dass es sich bei Performanzstärken um Fähigkeiten bei der Ausführung von Aktivitäten handelt, welche die Ausführung ihrer gewünschten Rollen fördern, und unter Performanzproblemen Schwierigkeiten in der Ausführung von Aufgaben verstanden werden, welche die Ausführung ihrer Rollen behindern. Als Probleme gelten zusätzlich ihre Aktivitäten, die eine hohe Anstrengung mit sich bringen, ineffizient oder unsicher ausgeführt werden oder bei denen es Unterstützung bedarf (ebd.). Die Bewertung der Performanzstärken und -probleme liegt im Ermessen von Frau Ostermeier und ist daher abhängig von ihrer eigenen Zufriedenheit und der sozialen Angemessenheit.

Zur Unterstützung und Strukturierung dieses Prozesses entscheidet sich die Ergotherapeutin, zusätzlich das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) hinzuzuziehen (Law et al. 2015, vgl. Kap. 5.2.4), da die daraus resultierenden Anliegen priorisiert und bezüglich der Betätigungsperformanz und Zufriedenheit hinterfragt werden.

Die Durchführung des COPM geschieht mittels eines halbstrukturierten Interviews (ebd.), in dem Frau Ostermeier offen erzählen kann.

Während des Interviews berichtet sie insbesondere über andauernde Antriebslosigkeit, dass sie sich schwer aufraffen kann und Dinge meist gar nicht beginnt, da es in ihren Augen sowieso nicht klappen kann. Probleme finden sich somit vermehrt im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen. Dies veranlasst die Ergotherapeutin, durch aktive Gesprächsführung und gezielte Fragestellungen den Fokus immer wieder auf Anliegen im Bereich der Betätigung zu lenken. Hierzu nutzt sie Fragen wie „Bei welchen Aufgaben fehlt Ihnen der Antrieb?“ oder „Wobei werden Sie durch ihre Antriebslosigkeit eingeschränkt?“

Durch diese unterstützenden Fragen war es Frau Ostermeier möglich, eine Fülle an aktuellen Anliegen auf Betätigungsebene abseits der Funktionsebene zu benennen. Unter all diesen Anliegen benannte sie ihre fünf wichtigsten, welche innerhalb der Ergotherapie am dringendsten (oder: als Erstes) bearbeitet werden sollen (s. ► Tab. 9.17).

Gemeinsam mit ihrer Ergotherapeutin entscheidet sich Frau Ostermeier dafür, mit dem Anliegen „mit einer Freundin Kaffee trinken gehen“ zu beginnen.

Performanz des Klienten bei priorisierten Aufgaben beobachten und Performanzanalysen durchführen

Genutzte Reasoningformen

- Konditionales Reasoning
- Wissenschaftliches Reasoning
- Pragmatisches Reasoning

Nachdem die Anliegen erfasst sind, besprechen die Ergotherapeutin und ihre Klientin das weitere Vorgehen. Die Therapeutin möchte die derzeitige Ausführung der Aktivität live ansehen, um Schwierigkeiten und deren Auswirkungen auf die Aktivität erkennen zu können (= Performanzanalyse; Fisher 2014).

Tab. 9.17 Frau Ostermeiers COPM vor der Interventionsphase

Betätigungsperformanzprobleme	Wichtigkeit	Performanz	Zufriedenheit
Mit einer Freundin Kaffee trinken gehen	10	1	1
Abendessen kochen	10	2	2
Wäsche waschen	9	3	2
Bad putzen	9	1	1
Einkaufen gehen	7	5	4

Frau Ostermeier benennt die Hauptproblematik ihres Anliegens, mit einer Freundin Kaffee zu trinken, im Gespräch mit ihrer Therapeutin. Sie ist sich unsicher, ob sie sich mit ihrer Freundin im Café unterhalten kann, ob sie das Gespräch aufrechterhalten kann und ob sie sich zutraut, etwas zu sagen. Da der Schwerpunkt auf sozialer Interaktion liegt, überlegt sich die Ergotherapeutin, die standardisierte Performanzanalyse ESI (Evaluation of Social Interaction; Fisher u. Griswold 2018; vgl. Kap. 5.5.3) mit Frau Ostermeier durchzuführen.

Sie bespricht ihre Überlegung mit Frau Ostermeier und erklärt ihr, dass das ESI ihr und Frau Ostermeier ermöglichen würde, herauszufinden, welche sozialen Interaktionsfertigkeiten das Fortschreiten der Interaktion behindern und welche dieses fördern. Auch besprechen beide in Kürze den Ablauf der Beobachtung, um Frau Ostermeier Unsicherheiten zu nehmen und sie darauf vorzubereiten, was auf sie zukommen würde. Frau Ostermeier stimmt diesem Vorgehen zu.

Innerhalb des ESI wird ein standardisiertes Vorgehen (Fisher u. Griswold 2018) erwartet. Frau Ostermeier wird in zwei für sie relevanten Situationen von der Ergotherapeutin beobachtet werden. Diese Situationen werden nicht nachgestellt, sondern finden im realen Kontext mit den üblichen sozialen Partnern und zur normalen Zeit im Tagesablauf der Klientin statt. Frau Ostermeier legt zwei Situationen fest, in welchen Probleme bestehen und in denen sie sich vorstellen könnte, beobachtet zu werden.

- Situation 1: von ihrer Freundin erfahren, wie es ihr mit ihrer Familie und an der Arbeitsstelle geht
- Situation 2: beim Kellner im Café ihre Rechnung bezahlen

Beide legen Zeit und Ort der Beobachtung fest. Frau Ostermeier würde sich gerne in dem Café verabreden, in dem sie sich früher regelmäßig mit ihrer Freundin getroffen hat, denn dies gibt ihr Sicherheit. Die Ergotherapeutin stimmt zu, da das Café unweit der Praxis liegt und sie den Termin somit auch außerhalb der Praxisräume ermöglichen kann. Auf die Nachfrage, wie sich die Ergotherapeutin der Freundin vorstellen soll und wie sie das Vorgehen erklären kann, antwortet Frau Ostermeier, dass sie ihre Freundin per Handynachricht über das Vorgehen informieren wird und die Therapeutin vor Ort dann ihre Rolle erläutern soll.

Die Durchführung der Beobachtung legen sie auf die nächste Woche fest, da sich Frau Ostermeier erst mit ihrer Freundin verabreden muss und dies Zeit benötigt.

Dritte Therapieeinheit

Wie in der zweiten Therapieeinheit besprochen, treffen sich die Ergotherapeutin, Frau Ostermeier und ihre Freundin im Café. Frau Ostermeier stellt die Therapeutin vor und diese erklärt beiden ihre Rolle als Beobachterin.

Sie bespricht mit Frau Ostermeier nochmals beide Interaktionen, bei denen sie beobachtet wird, und legt mit ihr einen genauen Anfang sowie ein genaues Ende beider Situationen fest:

Situation 1: von ihrer Freundin erfahren, wie es ihr mit ihrer Familie und auf der Arbeitsstelle geht

Diese Situation beginnt, wenn beide Personen am Tisch sitzen und sie ihren Kaffee bestellt haben, und endet, sobald Frau Ostermeier erfahren hat, wie es ihrer Freundin mit ihrer Familie und der Arbeit geht.

Situation 2: beim Kellner im Café ihre Rechnung bezahlen

Diese Situation beginnt für Frau Ostermeier, wenn sie die Rechnung geordert hat, und endet, sobald sie sich beim Kellner bedankt und von ihrer Freundin verabschiedet hat.

Während beider Situationen nimmt die Ergotherapeutin eine beobachtende Rolle ohne Interaktion zu den Beteiligten ein. Sie notiert sich, wenn die soziale Interaktion von Frau Ostermeier nicht voranschreitet, unhöflich, unreif oder nicht ganz angemessen ist. Sie sitzt abseits der beiden, jedoch so positioniert, dass sie das Gespräch akustisch gut verfolgen kann und auch Gestik, Mimik und das Verhalten von Frau Ostermeier im Blickfeld hat. Sie achtet bzw. hört verstärkt darauf, ob die Klientin Fragen stellt, da dies für beide Interaktionsszenarien essentiell ist.

Nachdem die Ergotherapeutin ihre Klientin in beiden Situationen beobachtet hat, verabschieden sie sich und verabreden sich zu einem Folge- und Nachbesprechungstermin in der Praxis.

Übergang von der dritten auf die vierte Therapieeinheit (ohne Beisein der Klientin)

Zurück in der Praxis wertet die Ergotherapeutin die 27 sozialen Interaktionsfertigkeiten anhand der im ESI-Manual detailliert beschriebenen Kriterien und Bewertungsbeispiele aus. Dabei helfen

der Therapeutin ihre Notizen. Die Fertigkeiten, welche das Fortschreiten der Interaktion behindern, unhöflich, unreif oder sozial nicht angemessen ausgeführt werden, bewertet die Ergotherapeutin mit einem Wert von 2 = ineffektiv oder 1 = stark eingeschränkt. Die Fertigkeiten, die sozial angemessen, höflich und reif ausgeführt werden, bewertet sie mit 4 = mühelos und durchgängig oder 3 = fraglich (Fisher u. Griswold 2018).

Ihre Bewertungen bzw. Rohdaten gibt die Ergotherapeutin in die zugehörige OTAP-Software ein, welche ihr den ESI-Ergebnisbericht erstellt (► Abb. 9.9). Die Anwendung des ESI ermöglicht es der Ergotherapeutin, die Ergebnisse vor und nach der Intervention wissenschaftlich nachweisbar zu vergleichen (ebd).

Die Ergotherapeutin sieht im ESI-Ergebnisbericht die orangefarbene ESI-Skala, welche die Spannweite der Gesamtqualität sozialer Interaktion darstellt. Je weiter oben, desto kompetenter ist eine Person in ihrer Interaktion. Der Pfeil links der Skala zeigt Frau Ostermeiers ESI-Messwert (Ergebniswert). Diesen interpretiert die Ergotherapeutin nun hinsichtlich:

- des Kriteriums der Gesamtqualität der sozialen Interaktion: der fettgedruckte Text rechts der Skala zeigt, dass Frau Ostermeier in *diesen beiden Situationen eine mäßig ineffektive und/oder unreife soziale Interaktion* zeigt
- des Kriteriums der Altersnorm: der weiße Balken links der Skala zeigt die zu erwartende Spannweite von gesunden Menschen gleichen Alters. Frau Ostermeiers Ergebniswert befindet sich *deutlich unterhalb der Altersnorm* (s. Beobachtungsdatum 10.10.18 beim Pfeil links).

Info

M!

Hätte die Ergotherapeutin keine Fortbildung zur Anwendung des ESI besucht, so hätte sie die beiden sozialen Interaktionen nicht-standardisiert (informell) analysieren können. Dazu hätte sie die Beschreibungen der sozialen Interaktionsfertigkeiten im Anhang I verwendet.

In beiden Fällen geht die Ergotherapeutin weiter zum nächsten Schritt im OTIPM:

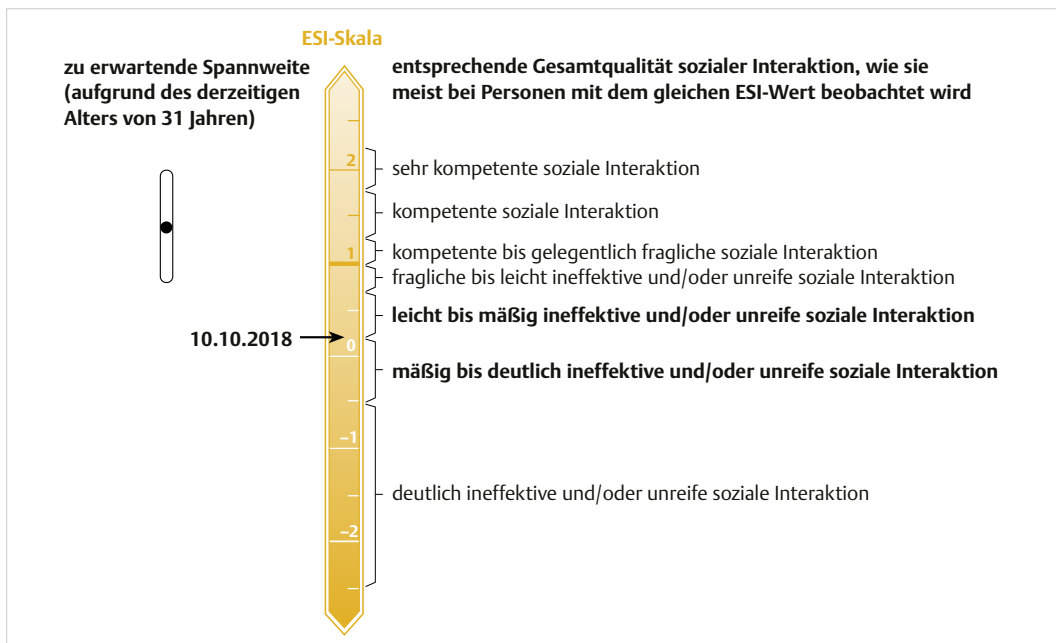


Abb. 9.9 Frau Ostermeiers ESI-Ergebnisbericht.

Aktionen, die der Klient effektiv und solche, die er nicht effektiv ausführt, definieren und beschreiben

Nachdem die Ergotherapeutin den Ergebnisbericht interpretiert hat, betrachtet sie nun detailliert, welche Aktionen Frau Ostermeier kompetent (effektiv) und welche sie ineffektiv ausgeführt hat. Sie definiert, bei welchen Aktionen (Fertigkeiten) aus ihrer Sicht die Ausführungsqualität von Frau Ostermeier am deutlichsten zum Ausdruck kommt. Anschließend dokumentiert sie ihre Ergebnisse als *messbaren, betätigungsfokussierten Eingangsbefund*.

Zuerst nutzt sie die Interpretation des ESI-Ergebnisberichts für ihren *globalen Eingangsbefund* (Fisher u. Griswold 2018):

Beim Treffen im Café mit ihrer Freundin, in dem Frau Ostermeier erfahren wollte, wie es der Freundin mit der Familie und in der Arbeit gehe, sowie beim Bezahlen der Rechnung bei einem Keller zeigt Frau Ostermeier eine *mäßig ineffektive soziale Interaktion*.

Im *spezifischen Eingangsbefund* (ebd.) fasst die Ergotherapeutin detailliert die Aktionen zusammen, die ineffektiv ausgeführt wurden. Die Aktionen, die effektiv ausgeführt wurden, dokumentiert sie als Ressourcen.

Schwächen – ineffektive Fertigkeiten:

- Frau Ostermeier spricht *häufig* in sehr kurzen Sätzen, Informationen bleiben „in der Luft hängen“ (*spricht angemessen lange*), sie antwortet *regelmäßig* mit zu wenig Details (*antwortet*) und wird im Gespräch *durchgehend* von ihrer Freundin dominiert (*wechselt ab*).
- Frau Ostermeier reibt sich *ständig* ihre Finger oder tippt mit den Füßen auf den Boden (*reguliert*), was zu mäßiger ineffizienter Interaktion führt.
- Frau Ostermeier wendet während des Gesprächs ihr Gesicht und ihren Blick in *weniger als 30%* (*wendet zu, schaut*) ihrer Freundin zu.

Ressourcen – effektive Fertigkeiten

- Frau Ostermeier *begrüßt* und *verabschiedet* sich *angemessen und höflich* von ihrer Freundin und dem Kellner.
- Frau Ostermeier verfolgt den beabsichtigten Zweck (*verfolgt Ziel*) der sozialen Interaktion bis zum Ende, das bedeutet, sie *erfragt* angemessen, wie es der Freundin mit der Familie und in der Arbeit geht.

Ihre Dokumentation wird die Ergotherapeutin in der nächsten Therapieeinheit nutzen, um Frau Ostermeier ihre Beobachtungen verständlich und nachvollziehbar zu beschreiben und um mit ihr gemeinsam Ziele festzulegen.

Vierte Therapieeinheit

Genutzte Reasoningformen

Konditionales Reasoning
Wissenschaftliches Reasoning
Interaktives Reasoning
Pragmatisches Reasoning

Frau Ostermeier und die Therapeutin treffen sich zur Besprechung der Ergebnisse der Beobachtung wieder in der Praxis für Ergotherapie.

Zunächst geht es darum, dass Frau Ostermeier ihr eigenes Empfinden äußert:

Frau Ostermeier beschreibt, dass sie sich gefreut hat, ihre Freundin zu sehen, auch wenn sie sich während des Gespräches oft unsicher fühlte. Sie war unsicher, wann sie bei Erzählungen ihrer Freundin „einhaken“ könne bzw. ihre Meinung sagen durfte. So empfand sie das Gespräch als schleppend und sie hätte sich gerne mehr eingebracht. Auch beschreibt sie, dass sie während ihrer Erzählung nervös war und sie deshalb nur kurz antworten wollte. Beim Bezahlen fühlte sie sich hektisch und unsicher im Umgang mit dem Kellner.

Frau Ostermeier erzählt zudem, dass sie sich durch ihre große Unsicherheit in der Kommunikation nicht überwinden kann, ihre Freundin nach einem weiteren Treffen zu fragen oder spontan einer Einladung zu folgen.

Frau Ostermeiers Eindrücke werden nun den Erkenntnissen der Ergotherapeutin gegenübergestellt.

Die Ergotherapeutin bestärkt Frau Ostermeier durch das Hervorheben der von ihr beobachteten Ressourcen. Dadurch kann Frau Ostermeier ihre klaren Stärken kennenlernen. Insbesondere war es der Klientin möglich, die für die Gespräche relevanten Fragen zu stellen, was für beide Ziele essenziell war.

Die Ergotherapeutin spricht jedoch auch die von ihr beobachteten Schwächen bzw. ineffektiven Fertigkeiten an. Sie fragt anhand dieses spezifischen Eingangsbefundes nach, ob dies Frau

Ostermeiers beschriebene Unsicherheit wieder spiegelt oder konkretisiert.

Frau Ostermeier bejaht dies und kann die konkrete Rückmeldung ihrer Ergotherapeutin adäquat annehmen. So können beide diese Ergebnisse der Performanzanalyse nutzen, um im nächsten Schritt Ziele zu formulieren.

Klientenzentrierte und betätigungsfokussierte Ziele erstellen

Anhand der Ergebnisse aus den Beobachtungen der Betätigungsperformanz und dem vorangegangenen Eingangsbefund legen die Therapeutin und Frau Ostermeier nun gemeinsam Ziele fest, an welchen sie innerhalb der Ergotherapie arbeiten wollen.

Oftmals haben Klienten keine Erfahrung mit einer differenzierten Festlegung von Zielen (Fisher 2014). Deshalb unterstützt die Ergotherapeutin diesen Prozess mit hilfreichen Fragen wie:

- Wer wird die Aktivität ausführen?
- Was (welche Aktivität) möchten Sie nach der ergotherapeutischen Intervention wie gut ausführen können?
- (Bis) Wann glauben Sie, dass Sie die Aktivität besser ausführen können?

Die Ergotherapeutin nimmt in diesem Prozessschritt eine unterstützende Rolle ein und diskutiert mit Frau Ostermeier, inwieweit formulierte Ziele realistisch sind. Auch sorgt sie dafür, dass diese Ziele so formuliert werden, dass sie messbar sind und gezielte Betätigungen enthalten. Dies ist bei Frau Ostermeier besonders wichtig, da sie während der Durchführung des COPM (Law et al. 2015) den Fokus auf ihre Antriebslosigkeit und ihre Konzentration legte. Anhand dieser Körperfunktionen wäre die Zielsetzung nicht betätigungszentriert und auch nur schwer messbar.

Gemeinsam betrachten sie den spezifischen Eingangsbefund und entwickeln daraus folgende Ziele:

- Frau Ostermeier (Wer?) spricht beim Kaffee trinken mit ihrer Freundin in 4 Wochen (bis wann?) durchgehend in angemessenen langen Sätzen (wie gut?), sodass Informationen nicht in der Luft hängen bleiben und Fragen mit ausreichend Details beantwortet werden (Was und wie?).
- Frau Ostermeier (Wer?) wendet während des Gesprächs mit ihrer Freundin in 4 Wochen beim Kaffeetrinken ihren Körper und den Blick in 50 %

der Zeit (wie gut?) ihrer Freundin zu und hält ihre Hände und Beine dabei durchgehend ruhig (Was und wie?).

Zudem ist es Frau Ostermeier wichtig, ihre Freundin selbst um ein Treffen zu bitten. Dies möchte sie ebenfalls als Ziel formulieren, um nicht nur während der Interaktion adäquat reagieren, sondern diese Treffen auch selbst initiieren zu können.

- In 3 Monaten (bis wann?) lädt Frau Ostermeier (Wer?) ihre Freundin von sich aus zum Kaffeetrinken in ein Café ein (Was und wie?).

Fünfte Therapieeinheit: Ursache(n) der Probleme der Betätigungsperformanz des Klienten klären oder interpretieren

Nachdem Anliegen, Probleme der Aktivitäten und daraus resultierende Ziele erarbeitet wurden, gilt es im nächsten Schritt, Ursachen zu klären, weshalb die Ausführung nicht effektiv ist (Fisher 2014).

Frau Ostermeier und die Ergotherapeutin interpretieren die Ursachen für die verminderte Interaktionsfähigkeit und warum sie ihre Freundin nicht selbst zu einem Kaffee einlädt.

Die Ursachen interpretiert die Ergotherapeutin auf Grundlage ihrer ESI-Kriterien und der 10 Dimensionen des Performanzkontextes.

Gemeinsam werden aus den 10 Dimensionen mögliche Ursachen generiert und reflektiert.

Rollendimension:

Unsicherheit, welche Freundin noch Kontakt haben möchte. Angst der Zurückweisung, dass ihre Freundin nicht mehr mit ihr zu einem Kaffee gehen möchte.

Kulturelle und gesellschaftliche Dimension

Alle Freundinnen haben Kinder und Frau Ostermeier als Frau mittleren Alters nicht. Dies erzeugt Druck und Unsicherheit, auch bezüglich der Gesprächsthemen.

Dimension der Körperfunktion

Gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug, Selbstunsicherheit und interaktionelle Schwierigkeiten.

Soziale Dimension

Frau Ostermeiers Freundin beeinflusste die Interaktion durch eine unausgereifte Interaktionsfähigkeit. Sie dominierte das Gespräch ständig, stellte Frau Ostermeier nur unregelmäßig Fragen und unterbrach sie.

Durch die ausreichend vorliegenden Informationen und detaillierte Darlegung der Ursachen kann die Intervention nach Absprache mit Frau Ostermeier gezielt, effizient und effektiv geplant werden.

Interventionsphase

Der Ergotherapeutin ist es wichtig, ihre Interventionen nach aktueller EBP auszurichten. Betätigungszentrierte und fundierte EBP im ergotherapeutischen psychiatrischen Bereich ist jedoch kaum zu finden. Sie nutzt deshalb als Grundlage die vier Interventionsmodelle des OTIPM (Fisher 2014; vgl. Kap. Die Interventionsphase) und ergänzt diese mit ihrer Expertise und ihren Erfahrungen, sowie mit aktuellen Bezugswissenschaften, die sie an die Grundannahmen der Ergotherapie anpasst.

Die Ergotherapeutin informiert Frau Ostermeier über die Modelle. Die Interventionen werden einmal wöchentlich in einer Einzeltherapie und zweimal wöchentlich im Rahmen einer Gruppentherapie stattfinden.

Sechste bis Neunte Therapieeinheit

In diesen Einheiten findet die Umsetzung der Interventionen statt.

Genutzte Reasoningformen

Konditionales Reasoning
Interaktives Reasoning
Pragmatisches Reasoning
Ethisches Reasoning

Interventionen und Maßnahmen in der Einzeltherapie

Die Ergotherapeutin legt den Schwerpunkt bewusst auf das Training sozialer Fertigkeiten. Ihre Arbeitsbedingungen ermöglichen es ihr momentan noch nicht, im natürlichen Setting (dem Café) und mit Frau Ostermeiers gewünschter Interaktionspartnerin (der Freundin) zu arbeiten. Dies wür-

de im OTIPM dem akquisitorischen Vorgehen entsprechen.

Gemeinsam mit Frau Ostermeier entscheidet die Ergotherapeutin deshalb, in den Praxisräumlichkeiten im natürlichen Gespräch über relevante Alltagsthemen deren soziale Fertigkeiten zu üben. Frau Ostermeier möchte darüber hinaus Strategien erarbeiten, die sie im natürlichen Kontext nutzen kann:

- natürliches Gespräch über Frau Ostermeiers relevante Alltagsthemen trainieren, über die sie auch im Café mit ihrer Freundin sprechen würde
- Unterbrechungen während des Gesprächs zur Reflexion der ausbaufähigen Interaktionsfertigkeiten und zukünftigen Möglichkeiten
- Strategien entwickeln, welche Frau Ostermeier dabei unterstützen, selbst auf ihre Interaktionsfertigkeiten zu achten und diese bewusst zu steuern. Zum Beispiel wird Frau Ostermeier bewusst, dass sie sich durch Bewegungen der Hände und Füße selbst ablenkt. Sie überlegt sich z. B., die Füße an den Stuhlbeinen einzuhaken, sie übereinander zu schlagen oder auch die Hände bewusst auf den Oberschenkeln abzulegen oder die Hände zu verschränken. Ihr Gesicht kann sie einfacher zuwenden, wenn sie ihrem Gegenüber nicht direkt in die Augen sieht. Sie versucht daher vorerst, ihren Blick auf die Stirn oder Nase der Ergotherapeutin zu richten und die Zuwendung so aufzubauen.
- gezieltes Stellen offener Fragen durch die Therapeutin, damit Frau Ostermeier erlernt, in ganzen Sätzen zu antworten, und Rückmeldung seitens der Ergotherapeutin, falls die Frage nicht in ihrer Gänze beantwortet wurde
- erarbeitete Strategien der Einheit zu Hause mit natürlichen Gesprächspartnern und in anderen Kontexten ausprobieren
- Videos während der Therapie und auch im natürlichen Kontext mit realen Interaktionspartnern filmen und diese in der Ergotherapie besprechen, um Frau Ostermeier zu ermöglichen, ihr eigenes Verhalten zu beobachten

Darüber hinaus nutzt die Ergotherapeutin das restitutive Vorgehen, damit Frau Ostermeier durch alternative Strategien ihre Antriebslosigkeit und Angst überwinden kann, die Freundin um ein Treffen zu bitten bzw. auch einem spontanen Treffen zuzusagen. Es geht also nach wie vor darum, Frau Ostermeier die für sie bedeutungsvolle Betätigung zu ermöglichen. Der Fokus im restitutiven Vor-

gehen liegt jedoch auf einer Verbesserung der personbezogenen Faktoren. Da Frau Ostermeier noch jung ist und keine chronifizierte Erkrankung vorliegt, möchte die Ergotherapeutin dieses Vorgehen nutzen, um bei Frau Ostermeier ein grundlegendes Bewusstsein für den Umgang mit ihren krankheitsbedingten Faktoren zu entwickeln.

Wie oben beschrieben arbeitet die Ergotherapeutin nicht im natürlichen Setting (im Café, mit der Freundin) an Frau Ostermeiers personbezogenen Faktoren. Würde sie dies tun, so würde dies im OTIPM dem akquisitorischen Modell entsprechen.

Strategien zum Umgang mit der Angst

- Freundin vor oder während des nächsten Treffens gezielt auf eigene Unsicherheit ansprechen
- besprechen von Merkmalen, an denen erkennbar ist, was die Freundin empfindet
- die Freundin zur Ergotherapie einladen, um Fragen oder Unsicherheiten zum Umgang mit Menschen mit Depression zu klären
- eine Liste mit Gesprächsthemen erarbeiten, die für Frau Ostermeier keine Probleme darstellen, um Gesprächspausen zu füllen oder unangenehme Themen zu umgehen
- lernen bei unangenehmen Gesprächsthemen auch offen zu sagen, nicht darüber reden zu wollen.

Strategien zur Antriebssteigerung

- Herausarbeiten positiver Verstärker, mit welchen Frau Ostermeier sich selbst motivieren kann, in Aktivität zu kommen. Hierzu nutzt die Ergotherapeutin Auszüge aus einem Bezugsrahmen der Psychotherapie, die „Behavioral Activation“, welche bei Depression als wirksam nachgewiesen wurde (Faßbinder et al. 2018).
- Wochenpläne und -strukturen erarbeiten (ebd.), in welchen vermerkt wird, wann sich Frau Ostermeier wie fühlt, wie es ihr nach Treffen mit der Freundin geht und wie sie es schafft bzw. sich verhält, um das Treffen stattfinden zu lassen. Anhand dieser Struktur können optimale Zeitpunkte und Möglichkeiten zur Umsetzung vermerkt und als Routine etabliert werden.

Die Ergotherapeutin und Frau Ostermeier verabreden, dass Frau Ostermeier in der Einzeltherapie Erarbeitetes bis zur kommenden Therapieeinheit im natürlichen Kontext umsetzt und übt. Auf diese Entwicklung wird jede weitere Einheit aufgebaut.

Interventionen und Maßnahmen in der Gruppentherapie

Einige Studien weisen wissenschaftlich nach, dass durch die soziale Partizipation und das Training von Sozialkompetenzen innerhalb ergotherapeutischer Gruppentherapien soziale und spezifische zwischenmenschliche Fähigkeiten und Kommunikationsfertigkeiten verbessert wurden. Die Ergebnisse deuten auf mäßige bis starke Belege für die Wirksamkeit des Trainings hin (Gibson et al. 2011).

Innerhalb der Praxis aus diesem Fallbeispiel gibt es dafür ausgebildete Gruppentherapeutinnen und die Intervention wird mittels bestimmter Module aufgebaut. Neben dem Ausbau von Interaktionsfertigkeiten werden diese auch in alltagsrelevanten Situationen geübt. Auch hier werden Videosequenzen und Feedback genutzt. Erweitert wird dies durch die Rückmeldung anderer Klientinnen. Frau Ostermeier kann das in der Einzeltherapie Erarbeitete in diesem Kontext nutzen und in der Interaktion mit anderen Personen weiter ausbauen.

Zehnte Therapieeinheit: Weiterführende Überlegungen der Ergotherapeutin

Das *kompensatorische Arbeiten* könnte für die Ergotherapeutin und ihre Klientin in Frage kommen, wenn im Verlauf der Intervention soziale Fertigkeiten nicht ausreichend entwickelt werden und dauerhafte Kompensationsstrategien benötigt würden (Fisher 2014).

Die Praxis bietet in regelmäßigen Abständen die Möglichkeit für Angehörige der Klientinnen, einen Infoabend zu verschiedenen Krankheitsbildern und zum Umgang mit Betroffenen zu besuchen (*edukatives Modell*, ebd.)

Re-Evaluationsphase

Auf verbesserte und zufriedenstellende Betätigungsperformanz hin re-evaluieren

Genutzte Reasoningformen

Konditionales Reasoning
Narratives Reasoning
Ethisches Reasoning
Pragmatisches Reasoning
Interaktives Reasoning

In der zehnten Einheit besprechen die Ergotherapeutin und ihre Klientin, wo sie im Therapieverlauf stehen, welche Ziele erreicht sind, und ob die Ergotherapie weiterlaufen soll. Ist letzteres der Fall, muss eine neue Heilmittelverordnung vom Arzt ausgestellt werden. Dem voraus geht ein Therapiebericht der Ergotherapeutin an den Arzt, in welchem sie den momentanen IST-Zustand und erreichte Erfolge beschreibt. In diesem Zusammenhang reflektieren Frau Ostermeier und die Ergotherapeutin die bisherige Therapie und deren Effizienz. Dies erfolgt in diesem Fall mündlich durch ein offenes Gespräch, in dem Frau Ostermeier und die Therapeutin beschließen, dass die Ergotherapie weiterlaufen soll, um die gesetzten Ziele vollständig zu erreichen. Die Klientin spricht auf das betätigungszentrierte Vorgehen gut an, da sie ihre Alltagsanliegen immer vor Augen hat, Ziele konkreter werden und eine höhere Zufriedenheit durch Erleichterung und Selbstständigkeit erlebt wird. Sie fühlt sich jedoch noch nicht effizient genug in der Umsetzung im natürlichen Umfeld.

Somit wird die Intervention weitergeführt, bis die benannten Ziele für Frau Ostermeier zufriedenstellend erreicht sind.

Während der zweiten Heilmittelverordnung ist es Frau Ostermeier gelungen, ihre Ziele für sie zufriedenstellend zu erreichen:

Auch wenn Performanz und Zufriedenheit noch nicht auf 10 eingestuft sind, ist das Anliegen für Frau Ostermeier trotzdem innerhalb der Ergotherapie abgeschlossen. Sie beschreibt, dass ihr die Interaktion im Café mit der Freundin besser gelingt und sie sich der Tatsache bewusst ist, dass sie während der Interaktionen weiterhin hinzulernen wird.

Das Ziel ist somit erreicht und die Erfassung der Veränderung der Interaktion während des Kaffeetrinkens mit einer Freundin im Café erfolgt durch eine erneute Beobachtung (ESI); das Ergebnis wird im Therapiebericht festgehalten.

Daraufhin wird begonnen, an den weiteren Anliegen zu arbeiten, die im anfänglichen COPM festgehalten wurden.

9.5.3 Fazit

In der S 3-Leitlinie für psychosoziale Therapien bei schweren psychiatrischen Erkrankungen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2013) wird die Ergotherapie mit drei grundlegenden Methoden beschrieben: interaktionell, ausdruckszentriert und kompetenzzentriert. Die praktische Umsetzung dieser Methoden erfolgt auf unterschiedliche Arten.

Insbesondere Handwerk und gestalterisch-kreative Methoden gelten als Möglichkeiten der ergotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie. Gerade in den Kliniken erleben Klientinnen Ergotherapie häufig als handwerkliche, künstlerische und kreative Angebote, die laut dieser Leitlinie (ebd.) zu symptomatische Verbesserungen führen, im Gegensatz zu offenen Kreativ-Angeboten ohne ergotherapeutische Interventionen. Die Häufigkeit dieses Ansatzes in der psychiatrischen Ergotherapie spiegelt sich auch im Fortbildungsangebot wieder. Hier ist von kreativen Weiterbildungsmöglichkeiten über Achtsamkeit bis hin zu Yoga oder ähnlichen Angeboten alles vertreten.

Ist es jedoch möglich, die beschriebenen Methoden auch außerhalb des handwerklich-gestalterischen Bereichs umzusetzen? Wie passen die handwerklich-gestalterischen Methoden zum aktuellen ergotherapeutischen Paradigma? Gibt es andere Möglichkeiten, damit Klienten Inhalte aus den klinischen Gruppen nach Entlassung im Alltag umsetzen können?

Catana Brown, Herausgeberin der Leitlinien der Ergotherapie bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, zeigt die Möglichkeiten und die Effektivität eines betätigungszentrierten Vorgehens in der psycho-sozialen Ergotherapie auf (Le Grange 2018):

Auch im psychiatrischen oder auch psycho-sozialem Bereich, unabhängig vom Setting der Ergotherapie, umfasst der ergotherapeutische Prozess Evaluation, Intervention und Outcome. Die American Occupational Therapy Association (2008) beschreibt neben dem obersten Ziel der Betätigungsperformanz auch den Fokus auf Klientenfaktoren, Kontext, Adaption, Gesundheit und Wohlbefinden,

Tab. 9.18 Re-evaluation mit Hilfe des COPM (Law et al. 2015)

Betätigungsperformanz-probleme	Ersterhebung		Zweiterhebung	
	Performanz	Zufriedenheit	Performanz	Zufriedenheit
Mit einer Freundin Kaffee trinken gehen	1	1	7	8

Teilhabe an der Gesellschaft, Recht auf Betätigung und auf Selbstanwaltschaft. Die Interventionen, um diese Aspekte zu berücksichtigen und Ziele zu erreichen, werden individuell auf den Klienten, seine Umwelt und seine Aktivitäten abgestimmt. Und auch hier finden sich innerhalb der Interventionen interaktionelle, kompetenzzentrierte und ausdruckszentrierte Methoden wieder.

Der geschilderte Fall ist ein Beispiel dafür, dass ergotherapeutisches Arbeiten mit Fokus auf für den Klienten sinnvolle Betätigungen auch in der Psychiatrie machbar und realistisch ist.

Natürlich gibt es auch in diesem Fallbeispiel Grenzen, die Ergotherapeutin arbeitet bis zur Interventionsphase konsequent betätigungszentriert. Innerhalb der Intervention liegt ihr Blick ebenfalls auf der Betätigung, jedoch ist die Umsetzung noch nicht im natürlichen und realen Kontext möglich. Dies ist ausbaufähig und muss auch im weiteren Verlauf kritisch hinterfragt werden. Betätigung kann und muss jedoch trotzdem als wichtigstes Kernelement gesehen werden, mit welchem sich die Ergotherapie auch im Bereich der Psychiatrie auf einen weiterführenden Weg begibt.

Austausch, Vernetzung und weitere Überlegungen sind deshalb erwünscht.

Literatur

American Occupational Therapy Association (AOTA) Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). American Journal of Occupational Therapy 2008; 62: 625–683

Berufsverbände und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz. (2014, Mai 6). Neurologen und Psychiater im Netz – Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. Psychosoziale Therapien sind wichtiges Element in der Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin; 2013

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. Merkblatt Entlassmanagement; 2018: <https://dve.info>

Faßbinder E, Rogg M, Schweiger U. Behavioral Activation: Therapie der Depression. Psych. 2018; 9: 397–394

Fisher A. OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention. Idstein: Schulz Kirchner; 2014

Fisher A, Jones K B. Occupational Therapy Intervention Process Model. In: Hinojosa J, Kramer P, Royeen C B. Perspectives on human occupation: Theories underlying practice. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2017: 237–286

Fisher A, Griswold L. Evaluation of Social Interaction (Vol. 4). Fort Collins, Colorado: Three Star Press, Inc.; 2018

Gibso R, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. American Journal of Occupational Therapy 2011; 05/06: 247–256

Illichmann U. Negative Etiketten. Psychische Pflege heute 2018; 05: 228–233

Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2015

Lang A, Hamann J, Brieger P. Psychosoziale und berufliche Folgen der Depression. Nervenheilkunde 2018: 575–591

Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. COPM Canadian Occupational Performance Measure. Idstein: Schulz Kirchner Verlag; 2015

Le Granse M. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Brown C Hrsg. Bern: Hogrefe; 2018

Mahr C. Praxishandbuch Integrative Psychotherapie: Ein methodenorientiertes und wegweisendes Grundlagenwerk. Wiesbaden: Springer; 2018

Olsson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Liu S, Gerahrd T, Blanco C. Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. JAMA Psychiatry 2016; 11: 1119–1126

Pöldinger W, Zapotoczky H. Der Erstkontakt mit psychisch kranken Menschen. Wien: Springer; 2013

Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Bendez L, Grape T, Hogstedt C ... Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. BMC Public Health; 2015

1

Kapitel 10

Umsetzung von Betätigungszentrierung in der praktischen Ausbildung

10.1	Erfahrungsbericht 1: Sichtweise einer Auszubildenden	274
10.2	Erfahrungsbericht 2: Sichtweise einer Anleiterin und eines Auszubildenden	278
10.3	Erfahrungsbericht 3: Neue Wege in der Praxisanleitung – Das Journal als dialogischer Lernbegleiter für Auszubildende und Anleitende	281

10 Umsetzung von Betätigungszentrierung in der praktischen Ausbildung

10.1 Erfahrungsbericht 1: Sichtweise einer Auszubildenden

Johanna Linsmayer

In meiner Ausbildung zur Ergotherapeutin habe ich (► Abb. 10.1) gelernt, was es bedeutet, mit Klienten betätigungszentriert zu arbeiten, und welchen Gewinn das sowohl für die Klienten als auch für mich selbst als Therapeutin haben kann. Um dies genauer darzustellen, werde ich im Folgenden meine Erfahrungen anhand eines Beispiels aus meinem zweiten Praktikumsblock in einer arbeitstherapeutischen Einrichtung für Menschen mit Körperbehinderung beschreiben.



Abb. 10.1 Johanna Linsmayer.
(Foto: Johanna Linsmayer)

10.1.1 Fallbeispiel: Herr S. betätigt selbständig den Aufzug

Der Klient Herr S., mit dem ich dort arbeitete, war bereits seit ungefähr einem Jahr an diesem Arbeitsplatz. Er ist von Muskeldystrophie des Typs Duchenne betroffen und dadurch dauerhaft auf einen Elektrorollstuhl angewiesen, den er durch kleine Bewegungen seiner Finger selbständig steuert. Um festzustellen, bei welchen Betätigungen Herr S. in seinem Alltag Schwierigkeiten hat, führte ich mit ihm ein an das COPM angelehntes Interview durch. Die dabei herausgefundenen Anliegen ordnete Herr S. nach ihrer Wichtigkeit. Hierbei wurde schnell deutlich, dass es zu diesem Zeitpunkt sein größtes Anliegen war, morgens mit dem Aufzug selbständig in den ersten Stock fahren zu können, wo sich sein Arbeitsplatz befand. Den Aufzug kann er allerdings nicht mit seinen Händen per Knopfdruck anfordern, sondern muss immer auf eine Hilfsperson warten, die das für ihn erledigt.

Klienten- und betätigungszentrierte Zielfindung

Eine meiner Praxisanleiterinnen, die Gruppenleiterin von Herrn S., wurde zu Beginn des Prozesses ebenfalls nach Anliegen bezüglich des Klienten befragt und somit in den Prozess einbezogen. Auch sie nannte das o. g. Anliegen und schätzte dessen Wichtigkeit ebenfalls sehr hoch ein. Herr S. konnte schon hier, ganz zu Beginn der Intervention, über den Inhalt der Therapie selbst entscheiden, da er seine Anliegen einbringen und in Absprache mit seiner Gruppenleitung eines davon auswählen konnte, welches für ihn am wichtigsten war und an dem er gerne etwas verändern wollte. Durch das Bewerten von Wichtigkeit, Ausführung und Zufriedenheit mit der Betätigung auf einer Skala von 1 bis 10 wurde die subjektive Wahrnehmung des Klienten vor der Intervention festgehalten. Herr S. bewertete die Betätigung „mit dem Aufzug fahren“ mit 10 für die Wichtigkeit des Anliegens und die aktuelle Ausführung und die Zufriedenheit jeweils mit dem Wert 2.

Herr S. beschrieb mir, dass er bisher jeden Tag unten vor dem Aufzug gewartet habe, bis entweder zufällig ein anderer Mitarbeiter kam oder jemand nach ihm schaute, um für ihn den Aufzug anzufordern und mit ihm in den ersten Stock hoch zu fahren. Diese Abhängigkeit war für ihn verständlicherweise unangenehm und besonders im Winter musste er immer wieder in der Kälte warten. Um nun ein ganz genaues Bild der aktuellen Situation zu bekommen, filmte ich Herrn S. bei seiner Betätigung. Diese führte er genauso aus, wie er es jeden Tag machte, also mit einer weiteren Person, die den Aufzug für ihn anforderte.

Nachdem wir das Video gedreht hatten, erzählte Herr S., dass er es einmal schon geschafft habe, allein nach oben zu fahren, als niemand da war, um ihm zu helfen. So entschieden wir gemeinsam, dass es gut wäre, wenn Herr S. dies nochmal versucht und ich ihn dabei ebenfalls filme. Denn letztendlich möchte er ja mit dem Aufzug selbständig nach oben gelangen und so wäre ein Video ohne Begleitperson als Ausgangspunkt für die Analyse geeigneter. Herr S. schaffte es wirklich erneut, indem er mit der Steuerung seinen Sitz nach hinten kippte und dann die Tasten des Aufzugs mit der vorderen Tischplatte seines Rollstuhltisches drückte. Für ihn war dies aber definitiv keine alltägliche Lösung, da es ihn viel Zeit und Anstrengung kostete und auch nicht immer funktionierte.

Als wir das Video gemeinsam anschauten, konnte Herr S. das Aufzugsfahren aus einem neuen Blickwinkel sehen und selbst beobachten und benennen, wo die Hauptprobleme in der Ausführung aus seiner Sicht lagen. Anschließend ergänzte ich, was mir noch zusätzlich zu seinen Beobachtungen aufgefallen war und gemeinsam legten wir die Ergebnisse der Analyse fest. Herr S. formulierte mit ein wenig Unterstützung sein SMART-Ziel „Wenn ich morgens zur Arbeit komme, drücke ich selbständig die Taste am Fahrstuhl, um diesen anzufordern, und drücke auch im Aufzug die Taste, um in den ersten Stock zu fahren und selbständig bis in den Eingangsbereich zu kommen. Dies erreiche ich bis in 14 Tagen.“ Damit legte der Klient selbst sein Therapieziel fest und hatte dadurch die größtmögliche Motivation, dieses zu erreichen. Auf dem Weg, dieses Ziel zu finden, habe ich ihm eine Struktur geboten, ihn unterstützt und begleitet – doch letztendlich hat Herr S. die Inhalte bestimmt und das Ziel für sich formuliert.

Planung und Durchführung der Intervention

Damit Herr S. sein Ziel erreichen konnte, musste als nächstes überlegt werden, was dafür notwendig war. Dazu erstellten wir gemeinsam einen Maßnahmenplan, in dem wir festhielten, welche Maßnahmen wann und von wem durchgeführt werden sollten.

Im Fall von Herrn S. wäre sein Ziel mit dem Bottom-up-Ansatz wohl kaum erreichbar gewesen, da die Funktionen seiner Arme und Hände aufgrund der progredienten Erkrankung nicht wiederhergestellt werden können, sodass er die Tasten mit seiner Hand unmöglich drücken kann. Durch den Top-down-Ansatz gingen wir nun vom Ziel „mit dem Aufzug fahren“ aus und überlegten, was und wie wir es adaptieren könnten, sodass Herr S. trotzdem den Aufzug selbständig bedienen kann. Herr S. schlug vor, eine Adaption mit einem Stab daran an seinem Rollstuhltisch zu befestigen, mit welcher er die Tasten drücken kann. Für diese Vorrichtung hatte Herr S. schon einige Ideen und Vorstellungen, die sie erfüllen sollte. Im Maßnahmenplan hielten wir fest, wann wir sie planen wollten, wer welche Materialien organisieren und wann die Vorrichtung gebaut und ausprobiert werden sollte. Zusätzlich planten wir auch etwas Zeit ein, um sie nochmals verändern zu können, falls etwas noch nicht passte.

Es wurde nun viel besprochen und geplant und nach den Vorstellungen des Klienten gemeinsam eine Skizze mit den benötigten Maßen angefertigt. Da in der Einrichtung nicht die nötigen Mittel zum Bau der Konstruktion vorhanden waren, setzte ich den Plan daheim in der Hobbywerkstatt meines Vaters um und brachte die Konstruktion dann mit zur Arbeit. Dort konnte Herr S. sie gleich testen und feststellen, was gut passte und wo es noch weiterer Veränderungen bedurfte. Nach ein paar Versuchen wurde klar, dass die Ideen an und für sich gut waren, die Umsetzung aber noch nicht funktionierte. Entweder drehte sich die ganze Vorrichtung am Tisch oder auch nur die obere Querstange immer wieder weg, wenn Herr S. beispielsweise an der Fahrstuhltür hängen blieb – und somit konnte die Vorrichtung ihre Funktion nicht mehr erfüllen. Wir setzten uns also erneut zusammen und überlegten, wie wir mit diesen neuen Erkenntnissen die Vorrichtung anpassen könnten. Nach weiteren Versuchen wurde klar, dass wir die erste Version nicht ausreichend adaptieren konn-

ten. Deshalb entschieden wir uns für einen neuen Versuch und erstellten eine ganz neue Vorrichtung.

Diese bestand aus einer senkrechten Stange, welche am Rollstuhltisch befestigt wurde, und einer daran befestigten Querstange, mit deren Ende die Tasten später gedrückt werden sollten. Die beiden Stangen wurden so miteinander verbunden, dass sie sowohl in der Höhe verstellbar als auch horizontal beweglich waren. Wenn Herr S. nun mit der Querstange z. B. an der Fahrstuhlür hängen blieb, drehte sich diese weg und wurde anschließend durch einen Gummizug wieder in die ursprüngliche Position zurückgezogen. Beim Test dieser zweiten Version war Herr S. damit schon fast zufrieden. Er stellte fest, dass es nur noch kleiner Veränderungen bezüglich der Maße bedurfte.

Nachdem wir dies auch noch entsprechend verändert hatten, filmten wir die Betätigung des Aufzugfahrens erneut – nun aber mit Hilfe der neuen Vorrichtung. Herrn S. gelang es schon recht gut, den Aufzug damit zu bedienen. Er konnte das zweite, nach der Intervention entstandene Video anschauen, mit der Ausgangssituation vergleichen und erkennen, was sich dabei verändert hat. Zum Abschluss bewertete Herr S. erneut die Ausführung und Zufriedenheit, wie er es auch zu Beginn der Intervention gemacht hatte. Sowohl die Ausführung als auch die Zufriedenheit, stiegen von dem Wert 2 auf 10. Abgesehen von der beobachteten Veränderung machen diese Werte den Gewinn und Erfolg aus der Perspektive des Klienten sichtbar und messbar. Auch bezüglich des formulierten SMART-Ziels konnte Herr S. klar sagen, dass er dieses erreicht hatte.

Prozessreflexion

Durch den betätigungszentrierten Ansatz geht es im gesamten therapeutischen Prozess durchgehend um den Alltag des Klienten. Herr S. entschied sich zu Beginn für sein Anliegen „mit dem Aufzug fahren“ und legte damit selbst den Inhalt seiner Therapie fest. Im Sinne der Klientenzentrierung gestaltete der Klient seinen eigenen Prozess, indem er gleich zu Beginn seine Idee einbrachte, eine Adaption zu bauen. Im Prozessverlauf besprachen wir viel, wie es funktionieren könnte, doch die Entscheidungen traf Herr S. selbst und bewertete auch die jeweiligen Ergebnisse. Dies ist aus meiner Sicht besonders wichtig, da ich ihm zwar Rückmeldung geben konnte, wie es für mich von

außen aussieht, doch er selbst musste damit zufrieden sein und im Alltag zurechtkommen. Meine Rolle als Therapeutin ist es dabei, Klienten individuell zu begleiten. Ich kann ihnen die nötige Struktur und Rückmeldung geben, sodass Klienten dann selbst ihren Weg gehen können. Durch ein klar formuliertes SMART-Ziel können sie am Ende selbst prüfen, ob dieses erreicht wurde. Die Einstufung der Ausführung und Zufriedenheit durch die Klienten, einmal vor und erneut nach der Intervention, macht die subjektive Veränderung für alle sichtbar und messbar.

Für den Klienten Herrn S. war der betätigungszentrierte Ansatz aus meiner Sicht sehr sinnvoll. Er konnte so an seinem Ziel arbeiten, allein mit dem Aufzug zu fahren, was für ihn in seinem Alltag bisher nicht möglich war, obwohl er dies jeden Tag braucht. Dadurch war dies für den Klienten relevant, er hat motiviert darauf hingearbeitet und sein Ziel erreicht.

Alle Interventionen mit dem Klienten plante und führte ich als Auszubildende selbstständig durch. Während des ganzen Prozesses waren meine beiden Praxisanleiterinnen aber immer Ansprechpartner und bei Fragen konnte ich mich jederzeit an sie wenden. Andere Mitarbeiter waren an dem Prozess ebenfalls sehr interessiert und verfolgten die Veränderung der Vorrichtung von der ersten Idee bis zum letztendlichen Ergebnis.

Für manche Praxisanleiter ist der betätigungszentrierte Ansatz vielleicht noch nicht alltäglich und sie können selbst nochmal erleben, wie der betätigungszentrierte Prozess abläuft und wie durch eine Analyse mit Video und Bewertung des Anliegens das Ergebnis sichtbar wird. Wenn sie bereits Erfahrung damit haben, können sie ihr Wissen in der praktischen Anwendung an Auszubildende weitergeben und gemeinsam können Probleme besprochen und Lösungen gefunden werden, wie es auch hier der Fall war. Somit profitieren alle davon: der Klient, die Praxisanleiter und ich als Auszubildende.

Der größte Erfolg für mich als Therapeutin ist es, wenn Klienten nach der Intervention mit der Ausführung der Betätigung zufrieden sind. In diesem Fall erreichte Herr S. ein bisschen mehr Selbstständigkeit in seinem Alltag, da er nun morgens allein an seinen Arbeitsplatz kommen konnte. Er drückte seine Freude darüber aus mit dem Satz: „Endlich hat das Warten ein Ende!“

10.1.2 Der ergotherapeutische Prozess in der Portfolioarbeit

Die Erarbeitung und Darstellung eines ergotherapeutischen Prozesses mit einem Klienten stellt innerhalb der praktischen Ausbildung eine Portfolioaufgabe dar. Hierfür verwendete ich das Fallbeispiel von Herrn S., welches ich im oben stehenden Fallbeispiel beschrieben habe.

Das Portfolio wird von jedem Auszubildenden eigenverantwortlich über alle drei Jahre der Ausbildung geführt. Unterstützt wird dies durch Gespräche mit den Dozierenden, im Rahmen der individuellen Ausbildungsbegleitung. Durch das Portfolio können der persönliche Lernprozess und der Erwerb der fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen in der theoretischen Ausbildung sichtbar gemacht werden. Ein Schwerpunkt liegt dabei auch auf der Reflexion des eigenen Lernprozesses.

Schon zu Beginn der Ausbildung trägt das Portfolio durch verschiedene Aufgaben zunächst zur Entwicklung des eigenen Berufsprofils bei. Bei der Erhebung eines Betätigungsprofils und Durchführung eines COPM-Interviews mit einem Angehörigen oder Bekannten werden beispielsweise erste Fachkompetenzen praktisch ausprobiert. Alle Aufgaben des Portfolios werden immer begleitet durch die anschließende Analyse der durchgeführten Aufgabe und die Reflexion durch den Auszubildenden. Bei einigen Aufgaben wird sowohl eine Selbsteinschätzung als auch eine Fremdeinschätzung vorgenommen, sodass diese miteinander verglichen werden können. Dadurch lernen wir, sowohl unsere eigenen Kompetenzen realistischer einzuschätzen, als auch die unserer Mitauszubildenden, was uns im Beruf später hilft, die Fähigkeiten unserer Klienten und unser eigenes Handeln besser beurteilen zu können. Durch das regelmäßige Ausfüllen des Kompetenzprofils werden in der theoretischen Ausbildung Veränderungen der Fachkompetenzen erkennbar.

Für das Gestalten eines ergotherapeutischen Prozesses, wie im Fallbeispiel beschrieben, sind von jedem Auszubildenden verschiedene Kompetenzen gefragt. Dazu gehören z. B.

- Analysefähigkeit, um die Ausgangssituation einschätzen und Hauptprobleme in der Betätigung herausfinden zu können
- Organisationsfähigkeit, um die Interventionen zu planen

- Fachkompetenzen, um Inhalte der Intervention entsprechend zu gestalten und anzupassen und
- Evaluationsfähigkeiten, um Zwischenergebnisse zu bewerten, sowie das Endergebnis und den Gesamtprozess beurteilen zu können.

Der Prozess als Präsentation mit Evaluation, Intervention und Outcome zeigt letztendlich, wie wir die Interventionen mit Klienten vom Erfassen der Anliegen bis hin zum Endergebnis und der Auswertung des Prozesses gestalten. Für die therapeutischen Inhalte benötigen wir unser Fachwissen und auch unsere Personal- und Sozialkompetenzen sind während der Arbeit mit Klienten fortlaufend gefragt.

In der Darstellung eines solchen kompletten ergotherapeutischen Prozesses wird die betätigungs- und klientenzentrierte Arbeit eines Ergotherapeuten anschaulich und nachvollziehbar aufgezeigt. In diesem Prozess ist deutlich zu sehen, dass durchgehend die Betätigung des Klienten im Mittelpunkt steht und der Prozess sich nach dem Klienten und seiner Betätigung richtet.

Das Erarbeiten und Reflektieren eines ergotherapeutischen Prozesses führt somit alle ergotherapeutischen Kompetenzen zusammen, die wir innerhalb der theoretischen und praktischen Ausbildung erlernt oder verbessert haben, sodass diese Aufgabe praktisch den Abschluss der Portfolioarbeit bildet.

Mir persönlich hat die Ausarbeitung dieser Portfolioaufgabe geholfen, den Prozess, den ich mit Klienten gestalte, für mich selbst nochmal klar und bewusst zu machen. Dadurch ist es für mich möglich gewesen, auch nach Abschluss des Prozesses diesen mit etwas Abstand zu betrachten und zu reflektieren, was dabei besonders gut gelungen ist und was ich beim nächsten Mal anders machen würde. Gleichzeitig können Klienten selbst ihren eigenen Prozess aus einem anderen Blickwinkel sehen, was für diese oftmals sehr interessant ist.

Auch Familienmitgliedern oder Freunden können sie mit Hilfe dieser Darstellung zeigen, was sie geschafft und erreicht haben, und dies gibt ihnen selbst Motivation, um an weiteren Zielen zu arbeiten. Für alle Beteiligten, sowie für Außenstehende, zeigt der Prozess anschaulich, worum es in der Ergotherapie geht und wie und mit welchen Mitteln sich ein Anliegen von der Ausgangssituation bis hin zum Endergebnis verändert. Durch einen solchen Prozess kann der Beruf Ergotherapie gegenüber anderen Berufsgruppen dargestellt und die

Bildung der eigenen Berufsidentität gefördert werden. Gleichzeitig kann das Interesse von Menschen an diesem Beruf geweckt werden, die ihn noch nicht kennen. Die Darstellung eines vollständigen Prozesses mit einem Klienten ist also in vielerlei Hinsicht sehr sinnvoll und bereichernd.

10.2 Erfahrungsbericht 2: Sichtweise einer Anleiterin und eines Auszubildenden

Maximilian Bollwein, Lilli Hilgert

10.2.1 Der Auszubildende, die Praxisanleiterin und das therapeutische Setting

Mein Name ist Maximilian Bollwein (► Abb. 10.2). Als ich endlich im letzten Block meiner fachpraktischen Ausbildung zum Ergotherapeuten angekommen war, hatte ich schon viele positive Erfahrungen in der Umsetzung des betätigungs- und klientenzentrierten Ansatzes in der Praxis gesammelt. Nun war ich gespannt darauf, wie sich dieser in der Arbeitstherapie in einer Einrichtung mit tagesstrukturierenden Maßnahmen für die psychisch erkrankte Klientel umsetzen lässt.

Mein Name ist Lilli Hilgert (► Abb. 10.2) und ich arbeite aktuell seit 4,5 Jahren in dieser sozialtherapeutischen Tagesbetreuung. Die Klientel besteht aus chronisch psychisch kranken Menschen aller Altersgruppen und unterschiedlichster Fähigkeiten. In unserer Einrichtung nehmen die Klienten an der ar-

beitstherapeutischen Tagesstrukturierung teil, welche verschiedene Auftragsarbeiten von Druckereien beinhaltet. Die meisten unserer Klienten haben nur sehr geringe Chancen, wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert zu werden. Daher gestaltet sich meist die Zielsetzung in Bezug auf den Arbeitsalltag sehr schwierig. In den meisten Fällen geht es um den Erhalt der vorhandenen Fähigkeiten, dabei spielen auch die Grundarbeitsfähigkeiten eine große Rolle. Außerdem arbeiten wir mit unseren Klienten an einer langfristigen und kontinuierlichen Anbindung bei uns, um ihre Krankheitsphasen möglichst gering und sie damit möglichst lang stabil zu halten.

10.2.2 Herausforderungen des Settings für einen klienten- und betätigungszentrierten ergotherapeutischen Prozess

Nach der ersten Woche in dieser Stelle kamen mir die ersten Zweifel: Wie sollte ich jemals in diesem durch feste Strukturen und klare Aufträge beherrschten Setting mit einem Klienten alltagsorientiert arbeiten? Durch andere Auszubildende an der gleichen Stelle erlebte ich, dass der Alltag der Klienten von keiner großen Bedeutung ist.

Selbstverständlich spielt auch in unserer Einrichtung bzw. auch bei anderen Ergotherapieschulen der Alltag eine wichtige Rolle – nur ist die Gewichtung in jeder Einrichtung/Schule eine andere. Bei uns sind aktuell sechs Ergotherapeuten für knapp 100 Klienten verantwortlich (selbstverständlich sind nicht alle 100 gleichzeitig zu betreuen). Aufgrund der Auftragsarbeit müssen wir häufig sehr kurzfristig agieren und können wenig planen, was sich wiederum auf unsere Arbeit mit den Klienten auswirkt. Daher haben wir oft nicht die Möglichkeiten, den Alltag der Klienten in unsere Arbeit mit ihnen einzubeziehen. Der Fokus liegt hier sehr grundsätzlich auf der klassischen Arbeitstherapie. Bei den anderen Schulen ist es einfach so, dass es sehr unterschiedliche Konzepte gibt. Damit verbunden haben sie andere Anforderungen an ihre Auszubildenden. Dadurch, dass wir mit insgesamt drei verschiedenen Schulen zusammenarbeiten und eben zeitgleich drei verschiedene Auszubildende betreuen, merken diese schnell, wie groß die Unterschiede ihrer Ausbildungen bzw. der Arbeitsweisen sind.

Der Fokus lag hier von Anfang an auf der Produktivität. Es wurde ein aktueller Arbeitsauftrag herausgesucht und der Klient darin eingearbeitet.



Abb. 10.2 Maximilian Bollwein und Lilli Hilgert.
(Foto: Maximilian Bollwein)

In diesem Prozess wurden keine Anliegen aus dem Bereich der Selbstversorgung und Freizeit erfasst, geschweige denn war es den Klienten möglich, in einen aktiven Prozess zu kommen.

Das Heraussuchen der Arbeitsaufträge ist dabei eher relativ. Wir arbeiten mit insgesamt sieben verschiedenen Druckereien zusammen, welche meist sehr kurzfristig Aufträge erhalten und diese an uns ebenso kurzfristig weitergeben. Eine langfristige Planung für mehrere Monate oder Wochen ist dabei nicht möglich. Unser Augenmerk liegt aber dennoch auf den Aufträgen, da diese unser alltägliches Geschäft und damit die Arbeit für unsere Klienten sichern. Das heißt, dass wir sehr flexibel die Fähigkeiten unserer Klienten einschätzen und eventuelle Schwankungen einplanen müssen.

Zu dieser Diskrepanz suchte ich Rat bei meiner Praxisanleiterin Lilli Hilgert. Sie bestätigte meine Beobachtungen und gab mir grünes Licht, verschiedene Assessments mit den Klienten durchzuführen und so auch in ihren Alltag abseits der Arbeitswelt Einblick zu erhalten. Dies bestätigte mich und machte mir Mut, so startete ich mit einem guten Gefühl in den ergotherapeutischen Prozess.

10.2.3 Herausforderungen des klienten- und betätigungszentrierten Ansatzes für die Praxisanleitung

Als ich vor zwei Jahren zum ersten Mal die Anleitung für eine Schule übernommen habe, die betätigungszentriert arbeitet, war ich zunächst sehr unsicher, was die Umsetzung in unserem Betrieb betrifft. Ich selbst hatte während meiner Ausbildung andere Schwerpunkte bzw. eine andere Vorgehensweise gelernt, was es mir zusätzlich erschwerte, mich in dem neuen Konzept zurechtzufinden.

Meine ersten Gedanken waren „ich kümmere mich einfach rein um den praktischen Anteil und verweise bei theoretischen Fragen generell auf die Schule.“ Damit konnte ich mich aber nur schwer arrangieren, und in der Praxis zeigte sich, dass diese Vorstellung auch kaum umsetzbar ist. Außerdem hatte ich den Eindruck, auch meiner eigenen Vorstellung einer guten Anleitung mit diesem Grundgedanken nicht gerecht zu werden und ich wollte etwas daran ändern.

Also fing ich an, mich mit dem mir neuen Ansatz der Betätigungszentrierung auseinander zu setzen

und versuchte, die mir unklaren Anteile zu verstehen. So entwickelte sich ein immer größeres Interesse und durch den Austausch mit dieser Schule und auch den Auszubildenden lernte ich immer neue Anteile kennen und konnte meine Missverständnisse und Fragen klären.

Allerdings blieb eine große Frage offen: Wie kann ich dieses Konzept in unseren Arbeitsalltag sinnvoll eingliedern und damit verbunden die Entwicklung unseres Berufes unterstützen?

Mehr aus dem Zufall heraus ließ ich meinen Auszubildenden immer mehr freie Hand bei der Auswahl des Anliegens. Das heißt, sie führten die Erfassung der Anliegen mit Hilfe der üblichen Assessments durch und wenn dabei etwas Arbeitstherapie-Untypisches rauskam, ließ ich sie trotzdem mit den Klienten weiter daran arbeiten.

Mein Ansatz dabei war bzw. ist: Wenn ein Klient unseres Bereichs überhaupt in der Lage ist, ein Ziel zu benennen, das ihm wichtig erscheint, auch wenn es auf den ersten Blick vielleicht nicht primär etwas mit seinem arbeitstherapeutischen Alltag zu tun hat, so ist das Benennen an sich schon ein so großer Erfolg, dass daran auch weiter gearbeitet werden sollte.

Es zeigte sich, dass viele unserer Klienten bis heute mit dieser Art der Arbeit ihre Schwierigkeiten haben. Ihre Gedanken kreisen meist eher um das Wohl des Auszubildenden als um ihr eigenes.

„Mir ist es egal, was wir in der Sichtstunde machen, Hauptsache Sie bekommen eine gute Note!“

„Ich werde mich in der Sichtstunde extra anstrengen, damit Sie möglichst wenig Arbeit mit mir haben!“

„Wir können die Sichtstunde auch vorher einmal genau so durchspielen, wie sie ablaufen soll, damit Sie sich dabei sicher fühlen!“

Auch wenn es nicht das ist, was wir wollen, finde ich schön, wie sehr sich unsere Klienten in diesem Fall für einen anderen Menschen einsetzen. Häufig erlebe ich unsere Klienten eher im sozialen Rückzug und wenig in der Rolle eines Menschen, der sich für seine Mitmenschen einsetzt.

10.2.4 Fallbeispiel: Herr F. bezieht seine Matratze

Die Herausforderung mit den psychisch beeinträchtigten Klienten bei der Erfassung von Anliegen war dann, dass diese oft reine Körperfunktionen wie Verbesserung der Konzentration, Frustrationstoleranz oder Ausdauer nannten, da sie dies

über Jahre hinweg als Ziele kannten. Des Weiteren fragten mich die Klienten sogleich, was ich für die anstehenden Sichtstunden bräuchte und welchen Inhalt ich mir für die Prüfung wünsche. Hierbei half es mir sehr, schon im letzten Praktikumsblock zu sein, und klar dazu Stellung beziehen zu können. So erklärte ich ihnen auf eine für sie verständliche Weise meine Auffassung von Ergotherapie mit dem Schwerpunkt der Betätigung und diesbezüglichen Veränderungswünschen in ihrem Alltag – auch außerhalb der tagesstrukturierenden Maßnahme.

Die Reaktionen darauf waren überwiegend positiv, auch wenn einige Klienten etwas irritiert wirkten, da sie über die Jahre schon an vielen Prüfungen mit Ergotherapie-Auszubildenden teilgenommen hatten. Fragen nach Anliegen waren ihnen dabei selten gestellt worden. So auch der 60-jährige Herr F. mit der Diagnose Alkoholentzugssyndrom und bipolarer Störung. Er erzählte mir, was er mit vorherigen Auszubildenden alles in Prüfungen gemacht hätte und dass es dabei nicht um seine Wünsche und Betätigungsanliegen gegangen sei.

Von Beginn an merkte ich, dass Herr F. durch die Klientenzentrierung sichtlich aufblühte, als er begriff, dass es nun rein um ihn und seine Alltagsanliegen gehen würde und nicht meine Note im Mittelpunkt der Zusammenarbeit stand. Im Verlauf des COPM-Interviews nannte Herr F. folgende Veränderungswünsche (s. ► Tab. 10.1):

Zum ersten Mal in der Geschichte dieser Praxisstelle waren Anliegen aufgetaucht, die nicht im gewohnten arbeitstherapeutischen Kontext der Stelle stattfinden sondern im direkten Wohnumfeld des Klienten. Herr F. gab an, mit der Betätigung „Matratze beziehen“ in den ergotherapeutischen Prozess starten zu wollen. Da er dies zu Hause in einem Wohnheim jeden Montag in seinem Zimmer zu einer festen Zeit durchführt, ergab sich für mich ein neues Arbeitssetting außerhalb meines eigentlichen Arbeitsortes.

Dies teilte ich sogleich meiner Praxisanleiterin mit und erhielt durch sie Bestätigung, auch wenn es für sie neu schien, dass eine Prüfung in einer anderen Einrichtung stattfinden sollte. Dabei gab sie mir ein Gefühl von Sicherheit und ließ mir in der weiteren Zusammenarbeit mit Herrn F. freie Hand. Dieses entgegengebrachte Vertrauen stärkte mich in meiner therapeutischen Arbeitsweise. Ich stellte den telefonischen Kontakt zur ca. 1 km entfernten Wohneinrichtung für Klienten mit psychischer Erkrankung her, um mich mit ihnen abzustimmen. Auch von dieser Seite erfuhr ich Zuspruch, auch wenn so etwas noch nie vorgekommen war.

In Absprache mit Herrn F. einigten wir uns darauf, dass ich ihn an einem Montag, wenn er die Matratze mit dem Leintuch bezieht, bei ihm zu Hause besuchen werde und ihn dabei filme. Von der Idee war er sichtlich angetan, da er merkte, dass ich mich ernsthaft für sein Anliegen interessierte und in seinen Alltag eintauchen wollte. Durch die videogestützte Arbeit gelang es dem sehr reflektierten Klienten, weg von Körperfunktionen und Defiziten zu kommen und eigene praktische Lösungsideen zu entwickeln.

Herr F. war nun noch motivierter und fand schnell in die aktive Rolle, da er sich in seinem gewohnten Umfeld aufhielt und so Experte für seine ganz eigene reale Betätigung sein konnte. In den nächsten Stunden formulierte Herr F. mit meiner Unterstützung ein SMART-Ziel mit einem Ziele- und Maßnahmenplan. Nach mehreren Therapieeinheiten, die dank der Videoarbeit teils im Kontext der tagesstrukturierenden Einrichtung, teils bei ihm zu Hause durchgeführt wurden, zeigte mir Herr F. schließlich stolz, wie er nun die Matratze selbstständig bezieht. Er hatte sein Ziel verfolgt und nun erreicht. Dies spiegelte sich auch in den Werten der Re-Evaluation des COPM in Bezug auf das Matratze-Beziehen wieder (s. ► Tab. 10.2):

Tab. 10.1 Ergebnis des COPM-Interviews mit Herrn F.

Betätigungsperformanzproblem	Wichtigkeit	Ausführung	Zufriedenheit
Matratze beziehen	9	2	2
Stirnband häkeln	9	2	2
Kopfkissen beziehen	10	2	1

Tab. 10.2 Re-Evaluation des COPM mit Herrn F. in Bezug auf das Matratze-Beziehen

Ausführung Ersterhebung	Zufriedenheit Ersterhebung	Ausführung Re-Evaluation	Zufriedenheit Re-Evaluation
2	2	8	8

Herr F. gab an, dass die Werte derzeit noch nicht den Wert 10 erreicht haben, da er die neuen Strategien zum Beziehen der Matratze noch üben wolle. Dies würde er allerdings gut alleine erreichen. Herrn F. wurde dabei durch meine Arbeitsweise ermöglicht, selbstständig Probleme in einer für ihn relevanten Alltagssituation zu erkennen und diese durch eigene Kraft zu lösen.

Dieses Erfolgserlebnis spürte ich für mich ebenfalls. Schon während der Zusammenarbeit merkte ich, mit dem betätigungszentrierten Ansatz in der Ergotherapie, auch für psychisch kranke Klienten im klassischen Arbeitstherapie-Setting den richtigen Weg gewählt zu haben. Nicht nur durch Herrn F.s sichtbaren Erfolg sondern auch durch die Aussagen des Personals des Wohnheims, welches ihn nun endlich nicht mehr beim Beziehen der Matratze unterstützen muss, wurde ich in meiner Arbeit bestätigt.

10.2.5 Fazit

Auch für uns als arbeitstherapeutische Stelle stellt diese Herangehensweise einen Gewinn dar. Denn auch wenn das Ziel primär nichts mit unserem Arbeitsalltag zu tun hat, so arbeitet der Klient an sich und findet Lösungen und Strategien, seinen Alltag zu optimieren, was er im besten Falle ja auch auf seinen Alltag in unserer Einrichtung transferieren kann. Das Minimum, was diese Auszubildenden unseren Klienten aber ermöglichen, ist, dass dieses vorherrschende Problem aus der Welt geschafft ist, und sie sich damit voll und ganz auf andere Dinge, wie z. B. ihre Arbeit bei uns, konzentrieren können. Am Beispiel von Herrn F.: Jeden Montag, noch vor seiner eigentlichen Arbeitszeit bei uns, stand Herr F. vor der für ihn großen Herausforderung „Matratze beziehen“ das heißt, sein Anspannungslevel war von vorne herein erhöht. Seit also dieses Problem behoben ist, kann er wesentlich entspannter in seine Woche starten und hat mehr Energie für seinen restlichen Tag.

Dies war nur möglich, da ich einen guten Rückhalt und Freiraum durch meine Anleitung und Stelle hatte. Alle meine zu Beginn des Praktikumsblocks aufgekommenen Zweifel waren wie weggeblasen. Ich war in meiner betätigungszentrierten Herangehensweise durch die Erfolge mit Herrn F. und seiner Rückmeldung zum wiederholten Male bestätigt worden. Ich hatte einen weiteren Schritt in der Ausbildung meiner Berufsidentität getan. Jetzt fühlte ich mich für all die anderen Klienten

mit ihren vielfältigen und bunten Anliegen gewappnet, wer weiß, wohin mich die nächste Zusammenarbeit führen würde.

10.3 Erfahrungsbericht 3: Neue Wege in der Praxisanleitung – Das Journal als dialogischer Lernbegleiter für Auszubildende und Anleitende

Christina Mühlenmeister

Innerhalb eines Jahres verfolgte ich (► Abb. 10.3) als Praxisanleiterin mit 3 Auszubildenden einer Ergotherapieschule im Ruhrgebiet das Projekt des Journalschreibens und traten damit in einen wöchentlichen gemeinsamen Dialog über die ergotherapeutische Arbeit mit den Klienten im Kontext Tagesstätte. Das Journalschreiben, welches gleichermaßen von Auszubildenden und mir als Anlei-



Abb. 10.3 Christina Mühlenmeister.
(Foto: Christina Mühlenmeister)

terin praktiziert wurde, verfolgte eine zunehmende Implementierung betätigungszentrierter Herangehensweisen und das Etablieren einer Lernatmosphäre auf Augenhöhe.

In der Praxis ist das Journal nicht etwa ein Buch oder ein Heft, das gefüllt wird. Das Journal als dialogischer Lernbegleiter erhielt seinen Namen, weil es eine Sammlung von Reflexionstexten betiteln sollte, die Auszubildende und Anleiter wöchentlich über ihre eigenen Lernprozesse schreiben und dann miteinander austauschen. Dabei ist die Form frei wählbar und derjenige, der es schreibt, kann selbst entscheiden, ob es eine Art Heft oder Buch wird, oder ob er Texte in digitaler Form sammelt und vielleicht irgendwann in eine Datei mit dem Titel „Journal“ abspeichert.

10.3.1 Das Journal als dialogischer Lernbegleiter am Lernort psychiatrische Tagesstätte

Journal-Eintrag

B

Meine Eindrücke des Alltags in der Tagesstätte

Eine spannende Woche stand an, als ich am Montag in die Tagesstätte kam. Ich glaube, ich war nicht die einzige, die auf Mittwoch hin fieberte, den Tag der bewerteten supervidierten Therapieeinheit. Ich war ein wenig nervös, weil ich mir nicht sicher war, ob ich Delia nicht doch zu viel zugemutet hatte, indem ich sie nicht „einfach nur“ mit Herrn Floß etwas innerhalb eines der Arbeitsbereiche der Tagesstätte machen ließ. Aber nein! Der gesamte Therapieverlauf war schlüssig und v. a. betätigungszentriert gewesen, sodass alles andere – nur um den Preis der „Sicherheit“ – eher zu einer Blockade einerseits für den Klienten, aber auch für Delias Lernprozess geführt hätte [...]

So und ähnlich begannen viele der Journaleinträge, die ich über ein Jahr hinweg wöchentlich mit Auszubildenden schrieb und austauschte und die zu einem festen Bestandteil der Lernprozessgestaltung innerhalb der praktischen Ausbildungsabschnitte in der Tagesstätte wurden.

Aber was ist besonders daran, Journaleinträge zu verfassen? Lerntagebücher, Logbucheinträge und regelmäßiges Reflektieren sind seit vielen Jah-

ren gang und gäbe und werden innerhalb der praktischen Ausbildung vielerorts angewandt.

Das Journal als dialogischer Lernbegleiter zielt darauf ab, dass nicht nur die Auszubildenden, sondern auch die Praxisanleiterin sich und ihre Arbeit im wöchentlichen, strukturierten Journalschreiben reflektiert, Fragen an ihre eigene Arbeit stellt und dies den Auszubildenden in Form eines schriftlichen Austausches transparent macht.

10.3.2 Stein des Anstoßes: Berufsrealität und Berufsidentität

Innerhalb der ergotherapeutischen Ausbildung können die Lernsituationen an den praktischen Lernorten stark prägende Einflüsse auf die spätere berufliche Praxis sowie das Verständnis der Berufsidentität haben. Auszubildende üben sich innerhalb der praktischen Ausbildung in 3–4 unterschiedlichen Fachbereichen und sind vor die Herausforderung gestellt, in kurzen Zeitabschnitten viele Informationen aufzunehmen und das bisher theoretisch erlernte Wissen in der praktischen Anwendung zu erproben, zu erweitern und zu reflektieren.

Praxisanleiter, aber auch Kollegen in interdisziplinären Teams sowie die Lehrenden in den Berufsfachschulen, tragen demnach erheblich dazu bei, inwieweit die „junge Generation“ angehende Ergotherapeuten die Schwelle von der Ausbildung ins Berufsleben meistert und inwieweit sich die aktuellen Entwicklungen und Veränderungen des Berufes in der Praxis anwenden lassen.

Von Auszubildenden wird innerhalb der Ausbildung ein hohes Maß an Selbstreflexion und der Entwicklung der Kompetenz kritischen Denkens gefordert, um der Verantwortung der therapeutischen Rolle gewachsen zu sein. Methodisches Denken und Schlussfolgern wird geübt, therapeutisches Handeln reflektiert, um am Ende dreier Ausbildungsjahre bereit zu sein, unterschiedlichster Klientel eine wirksame therapeutische Dienstleistung anbieten zu können.

Doch das Reflektieren der eigenen Arbeit hört mit Beendigung der dreijährigen Ausbildung oder gar der Erlangung eines akademischen Grades nicht auf. Das Diskussionspapier zum Kompetenzprofil Ergotherapie, welches im Juni 2018 durch die Projektgruppe Kompetenzprofil und Modularisierung des Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) herausgegeben wurde, beschreibt umfassend, welcher Vielfalt an Anforderungen Ergo-

therapeuten mit einer Bandbreite an Kompetenzen in der Arbeitswelt täglich begegnen und gewachsen sein müssen.

Einen starken Fokus legen die Autoren auf die Bereitschaft der kontinuierlichen professionellen Weiterentwicklung im Sinne des lebenslangen Lernens. „[...] individuelle Lernentwicklung und damit einhergehend die eigene Professionsentwicklung [...]“ (Berding et al. 2018) sehen die Autoren als grundlegende und notwendige Eigenschaft der Berufsangehörigen, um den komplexen Handlungssituationen der verschiedenen Arbeitsfelder innerhalb der Ergotherapie professionell zu begegnen und qualitativ hochwertige Ergotherapie im Sinne der aktuellen Entwicklungen der Wissenschaft anbieten zu können (ebd.).

Die aktuelle Berufsrealität in Praxen, Kliniken sowie auch in komplementären Arbeitsfeldern weicht in vielen Fällen noch deutlich von den Entwicklungen des kontemporären Paradigmas ab. Oftmals werden funktionsorientierte Arbeitsweisen innerhalb tradierter Rahmenbedingungen angewandt und divergieren teilweise gravierend von dem, was Auszubildenden am Lernort Schule vermittelt wird. An einer wachsenden Anzahl von Berufsfachschulen wird seit geraumer Zeit in Zusammenhängen von theoriegeleiteten, modellgestützten und betätigungs- und klientenzentrierten Vorgehensweisen innerhalb der Ergotherapie gelehrt und gelernt. Sehr häufig ergibt sich eine Diskrepanz zwischen der aktuellen Ausbildungs- und der praktizierten Berufsrealität. Für Auszubildende ist es dadurch häufig schwer, betätigungszentrierte Arbeitsweisen bei ihren Praxisanleitern zu beobachten oder gar selbst in den Ausbildungsalltag im betrieblichen Umfeld einzubringen.

Es scheint, als sei hier in besonderem Maße die Zusammenarbeit zwischen Auszubildenden und Praxisanleitern gefordert, um eine gemeinsame Berufsidentität zu entwickeln, die theoriegeleitetes, besonders aber evidenzbasiertes, betätigungszentriertes Vorgehen als berufliches Selbstverständnis in der Ergotherapie verinnerlicht und anwendet.

10.3.3 Zusammenarbeit zwischen Auszubildenden und Praxisanleitern auf Augenhöhe

Aus meiner Perspektive als Praxisanleiterin verstehe ich die Praktische Ausbildung als Dreh- und Angelpunkt der Begegnung zwischen erfahreneren

Fachtherapeuten und angehenden Berufseinsteigern. Als Praxisanleiterin Auszubildende auf dem Weg zum professionellen Praktizieren der Ergotherapie zu begleiten, birgt aus meiner Sicht eine besondere Chance, „am Puls der Zeit“ der aktuellen Entwicklungen und Veränderungen des Berufes zu bleiben. Auszubildende und Praxisanleiter sind gemeinsame Gestalter des Lernprozesses und bemühen sich um die fortlaufende Weiterentwicklung ihres Wissens und Handelns. Beide Seiten bringen individuelle und professionelle Erfahrungen in die praktische Ausbildung ein. Ein großes Anliegen ist es mir daher, mit den Auszubildenden zusammen eine Lernatmosphäre auf Augenhöhe zu schaffen, in der zeitgemäßes, betätigungszentriertes Arbeiten im Mittelpunkt der Zusammenarbeit steht.

Um dies zu erreichen, etablierte ich mit den Auszubildenden gemeinsam die Reflexionsform des Journalschreibens. Am Ende jeder Woche erstellten wir jeweils individuelle Reflexionstexte, die sich auf unseren eigenen Arbeitsprozess während der Woche in der Tagesstätte bezogen. Diese Texte orientierten sich an drei Leitgedanken, die jede Woche gleichblieben und immer wieder neu bezogen auf die jeweilige Woche beantwortet wurden:

- Meine Eindrücke des Alltags in der Einrichtung
- Meine Eindrücke von mir selbst
- Welche Fragen habe ich?

Nun reflektierte also nicht mehr nur der Auszubildende sondern auch ich als Praxisanleiterin. Nach dem Schreiben wurden die Journaltexte untereinander ausgetauscht, sodass ich die Reflexion des Auszubildenden lesen konnte und der Auszubildende die von mir verfasste Variante.

Die Vision, die ich mit dem Journalschreiben in gegenseitiger Transparenz über eigene, die Arbeit betreffende Prozesse verfolgte, war es, Lernprozesse in den Fokus der Zusammenarbeit zu stellen, ein hohes Maß an Austausch bezüglich des therapeutischen Handelns zu schaffen, immer das Ziel vor Augen, Klienten möglichst hochwertige und wirksame Therapie anzubieten.

10.3.4 Die Entwicklung des Journalschreibens

Entwickelt wurde das Journal im Verlauf meiner Zeit als Praxisanleiterin auch in Anlehnung an bereits vielfältig erprobte Lernprozessbegleitungen

wie z. B. Logbücher oder Portfolios, wie sie häufig auf dem Ausbildungssektor der Gesundheitsberufe genutzt werden. Auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche wurde mir bestätigt, dass verschiedene Formen des Journalschreibens im Rahmen unterschiedlicher Ausbildungsformen in vielerlei Hinsicht erforscht und beschrieben sind.

So wird es besonders seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als ausbildungsbegleitendes Lerninstrument eingesetzt (Smith 2013, Ruiz-López et al. 2015). Schön (2005) beschreibt die Wichtigkeit reflektierter Praxis und der Reflexion als Hilfsmittel für die professionelle Weiterentwicklung (ebd.). Miller (2017) konstatiert, dass besonders in Pflege- und anderen Gesundheitsberufen Journale als gängiges Mittel der Lernprozessbegleitung eingesetzt werden und dies maßgeblich zur Entwicklung der professionellen Handlungsfähigkeit beiträgt (ebd.). Weitere Studien fokussieren die Lernerfolge, die durch das Journalschreiben in unterschiedlichen Ausbildungskontexten erreicht werden (Hermansyah 2016). Dies bezieht sich sehr häufig auf die Entwicklung der Reflexionsfähigkeiten der Auszubildenden sowie deren Entwicklung zu kritisch denkenden Praktikern.

Hashemi u. Mirazei (2015) beschreiben, dass das Journalschreiben zur Selbstreflexion ermutigt, die gleichzeitig zur Entwicklung und dem Zuwachs der Kritisierbarkeit eigener Werte führt und die Fähigkeit fördert, kritisch zu denken (ebd.). Auch weitere Recherchen zum Thema der Professional Occupational Identity von Mackey und Unger (Mackey 2007) und Auseinandersetzungen mit Kiehlhofners Gedanken zum Therapeutic Use of Self (Kiehlhofner 2008) inspirierten mich in meiner Rolle als Praxisanleiterin und überzeugten Vertreterin der Betätigungszentrierung dazu, einen Lern- und Reflexionsdialog zu entwickeln, in dem sich Auszubildende und Praxisanleitende innerhalb eines gemeinsamen Lernprozesses auf Augenhöhe begeben und diesen regelmäßig miteinander kommunizieren.

Wie funktioniert das Journal als dialogischer Lernbegleiter?

Das Journal als dialogischer Lernbegleiter soll die Prozesse aller an der Ausbildung Beteiligten begleiten. Es soll ein Mittel für Reflexion, Selbstbeobachtung, Evaluation und Kommunikation sein und die Zusammenarbeit von Auszubildenden und Praxisanleitern kontinuierlich unterstützen. Maßgeb-

lich ist dabei die Bereitschaft aller Beteiligten, sich innerhalb eines gemeinsamen Lernprozesses auf Augenhöhe zu begeben und individuelle Prozesse gemeinsam zu diskutieren und zu erleben.

Ausgangsbasis bei der Nutzung des Journals als dialogischer Lernbegleiter ist, dass sich Praxisanleitende zusätzlich zu ihrem Auftrag der Wissens- und Erfahrungsvermittlung bewusst auch in die Rolle eines (lebenslang) Auszubildenden begeben. Die Anleitenden treten einerseits in der Rolle der Lehrenden auf, verstehen sich aber gleichzeitig in der Rolle eines (lebenslang) Lernenden und reflektierten Praktikers. Die Auszubildenden verstehen sich als Auszubildende, sind sich aber darüber hinaus bewusst, dass auch sie möglicherweise über Wissen und Erfahrungen verfügen, welche der Anleiter evtl. noch nicht hat (z. B. mehr Wissen über theoriegeleitetes Arbeiten, Modelle, Assessments, neuere Entwicklungen der Ergotherapie).

Wie sieht das Journalschreiben konkret aus?

Das Journal wird über den gesamten Zeitraum eines Ausbildungsabschnittes einmal wöchentlich jeweils vom Auszubildenden und vom Anleiter geschrieben und im Anschluss miteinander ausgetauscht. Dies kann in Papierform aber auch digital erfolgen. Es wird strukturiert durch 3 offene Leitgedanken, die über den gesamten Zeitraum bestehen bleiben und wöchentlich – bezogen auf die eigene Arbeit – beantwortet werden. Die Dauer des Journalschreibens sollte 15–30 Minuten nicht überschreiten.

Die weitere Gestaltung des Journals ist freigestellt und erfolgt auf sehr individuelle Weise. Der Schreiber entscheidet selbst, wie er den Fokus setzt und was er von seinem Lernprozess preisgibt. Die miteinander ausgetauschten Journale sollen die jeweiligen Prozesse des Auszubildenden und auch des Praxisanleiters transparent machen und beide dabei unterstützen, den praktischen Ausbildungsabschnitt als *gemeinsamen Lernprozess* zu begreifen und zu gestalten. Zum Abschluss des Ausbildungsabschnittes ist vorgesehen, dass der Auszubildende und der Anleiter die Journaleinträge mit in die Endreflexion einbringen und den beidseitigen Lernertrag miteinander besprechen.

Wie kann das Journal einen betätigungszentrierten ET-Prozess als Reflexionsinstrument unterstützen?

Zunächst ist aus meiner Perspektive als Praxisanleiterin zu betonen, dass der Prozess des Journalschreibens mich in der Gestaltung der Anleitungsprozesse sehr unterstützt hat. Einen direkten Einfluss hatte das Schreiben auf das fortlaufende bewusste Überprüfen und Reflektieren meines Therapeutischen Reasonings, welches inzwischen sehr häufig – anders als bei den meisten Auszubildenden – an meine Erfahrungswerte mit ähnlichen Therapiesituationen anknüpft. Generell hat das Journalschreiben dazu beigetragen, dass ich einen noch stärkeren Fokus als gewohnt auf die Einbeziehung theoretischer Grundlagen der Ergotherapie legte und diesen auch nicht aus den Augen verlor.

Zunehmend stärker verfolgte ich in Zusammenarbeit mit den Auszubildenden den Einsatz von Assessments und Betätigungsanalysen. Gemeinsam entdeckten wir die Nischen innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen, die Betätigungszentrierung zum Standard unserer Arbeit werden ließen. So wurde mir möglich, die Auszubildenden gemäß der Inhalte ihres Ausbildungsalltags zu begleiten und meine eigene therapeutische Praxis fortwährend an aktuellen Standards der Ergotherapie auszurichten, da ich mir meiner eigenen Routinen und auch Bequemlichkeiten, die sich leicht in den Therapiealltag einschleichen, viel bewusster wurde und diese dann sehr bewusst nicht mehr praktizierte. Auch wenn strukturelle und vielleicht auch inhaltliche Rahmenbedingungen es vielleicht nicht immer auf den ersten Blick ganz einfach erscheinen lassen, so habe ich die Erfahrung gemacht, dass durch den regelmäßigen Austausch der Journaleinträge gemeinsam Ideen entwickelt und Wege geebnet werden konnten, um die Betätigungszentrierung zum zentralen Element der ergotherapeutischen Interventionen zu machen.

Was Auszubildende zum Journalschreiben rückmeldeten

Rückmeldung Evaluationsbogen **B**

Das erste Journal war ein großes Abenteuer. Was schreibe ich überhaupt, darf ich offen sein? Darf ich mein Therapeutisches Reasoning mit einbeziehen? Und mit der Zeit wurde es ein wichtiger Bestandteil meiner Selbstreflexion und meines Lernprozesses [...] (TN1)

Einem anonym ausgefüllten Evaluationsbogen, der durch alle Teilnehmer ausgefüllt wurde, lässt sich entnehmen, dass die Auszubildenden das Journalschreiben in unterschiedlicher Weise für sich nutzten. Es wurde entweder freitags, nach dem letzten Arbeitstag der Woche, oder am Wochenende verfasst. Allen diente das Journalschreiben als regelmäßige Reflexionshilfe. Es wurde zudem deutlich, dass sehr geschätzt wurde, durch den regelmäßigen Austausch einen Einblick in die Gedankengänge und auch die Fragestellungen der Praxisanleiterin zu bekommen.

„Ich bin sehr interessiert, inwieweit meine Anleiterin die Woche erlebt hat und ob ggf. das Erlebte gleich oder unterschiedlich ist.“ (TN1)

Beschrieben wurde auch, dass der regelmäßige gegenseitige Austausch der Journale als positiv bezüglich der Arbeitsbeziehung zwischen Auszubildenden und Praxisanleiterin wahrgenommen wurde.

„Die Kontaktgestaltung und der Austausch zwischen mir und meiner Anleiterin erwies sich auch durch das Journal-Schreiben als sehr positiv. Es fand auf einer professionellen und v. a. auf einer Ebene statt.“ (TN2)

Es wurde auch geäußert, dass das Schreiben nicht immer leicht gelang und teilweise zeitintensiv war.

„Man macht sich manchmal zu viele Gedanken, sitzt zu lange dran, da einem zu viel einfällt, oder man weiß nicht, wie man starten soll.“ (TN3)

Lernerträge wurden bereits häufig innerhalb der wöchentlichen Journaleinträge reflektiert und so-

mit bewusster wahrgenommen. Hierbei handelte es sich zumeist um Schlüsselsituationen innerhalb des therapeutischen Alltags. Insgesamt äußerten alle Auszubildenden unabhängig voneinander, dass sie den praktischen Ausbildungsabschnitt als Lernprozess auf Augenhöhe wahrnahmen und es sehr hilfreich für sie war, die ergotherapeutische Rolle hinsichtlich der betätigungszentrierten Herangehensweise zu erproben und ein Stück mehr einzunehmen.

„Ich bin meiner Anleiterin auf Augenhöhe begegnet [...]. Es herrscht eine wichtige Transparenz, die meiner Meinung nach den Lernprozess positiv beeinflusst.“ (TN4)

In der Durchführung erlebten die Auszubildenden, und auch ich als Praxisanleiterin, eine kontinuierliche Verfolgung betätigungszentrierten Arbeitens, besonders durch das wöchentliche Formulieren von Fragestellungen gegenüber eigenen Vorgehensweisen im Therapiealltag wie z. B.:

„Ich frage mich, wie ich es in den nächsten Tagen/Wochen schaffe, meine theoretischen Grundlagen bezüglich der Befunderhebungsinstrumente in die Praxis umzusetzen. Ich frage mich auch, wie ich vor allem mit depressiv Erkrankten umgehen kann.“ (TN5)

oder:

„Ich frage mich, wie ich mit Herrn F. ein Betätigungsanliegen herausfinden kann, das er für sich als sehr wichtig erachtet [...]“ (TN6)

Hierdurch wurden eindeutige Routinen, die sicher häufig mit Zeit-, Raum- und Personalmangel begründet werden können, unterbrochen. Ergotherapie fand auf einmal nicht mehr notwendigerweise in den Räumlichkeiten der Tagesstätte statt, sondern wie selbstverständlich auf den Wegen und an Orten zwischen den Wohnungen der Klienten und der Tür der Tagesstätte. Durch die Impulse der Auszubildenden in der gemeinsamen Zusammenarbeit mit den Klienten und mit der ganz bewussten Entscheidung, die bedeutungsvollen Betätigungen der Klienten zu identifizieren und sie dabei zu unterstützen, diese (wieder) durchzuführen, entstand – mit Hilfe des Journals als Lernbegleiter – ergotherapeutisches Arbeiten innerhalb der Lebenswelt Stadt, in der die Klienten außerhalb der Öffnungszeiten der Tagesstätte leben.

10.3.5 Das Journal als Impulsgeber für ein Projekt

Ein Beispiel hierfür ist ein durch das Journalschreiben entstandenes Projekt der Auszubildenden Delia, auf deren supervidierte Therapieeinheit ich mich zu Beginn dieses Textes im Ausschnitt des Journaleintrags bezog.

In einem Journaleintrag formulierte Delia die Frage, was der nächste logische Schritt in Richtung Betätigungszentrierung in einer Therapiegruppe sein konnte. Seit einigen Therapiestunden hatten sich die Klienten zunächst in sehr enger ergotherapeutischer Begleitung und dann zunehmend selbstständiger erarbeitet, Spiele in der nahegelegenen Stadtbibliothek auszuleihen. Dem folgte der gemeinsame Prozess, herauszufinden, wie das gewählte Spiel gespielt wird und dann natürlich das Spielen selbst. Ziel dieses Projektes war es zunächst, dass sich Klienten trauten, öffentliche Orte, wie z. B. die Stadtbibliothek für sich und ihre Interessen zu nutzen. Natürlich wurde auch ein Fokus auf das gemeinsame Spielerlebnis gelegt.

Ein therapeutisch zu vermutender Nebeneffekt war, dass sich mit einigen Wiederholungen der Ausflüge in die Bibliothek die Kommunikations- und Interaktionsweisen der Klienten untereinander, aber auch hinsichtlich der Menschen, denen sie im öffentlichen Raum begegneten, veränderten. Bedeutsamer für die Klienten war hierbei aber besonders die Erfahrung, nun einen öffentlichen Ort in der Nachbarschaft selbstständig und immer häufiger auch eigenmotiviert zu nutzen.

Nach der aufkommenden Frage im Journal leitete die Auszubildende eine Therapieeinheit ein und fragte in der Einstiegsrunde, was in den Augen der Klienten der nächste bedeutungsvolle Schritt für die Gruppe wäre. Ein kurzes Brainstorming brachte innerhalb der Klientengruppe die Idee hervor, gemeinsam ein Spiel für alle Besucher der Tagesstätte zu entwickeln bzw. vorzubereiten. Es folgte eine Projektphase, in der Delia die Klienten dazu ermutigte und befähigte, eine Schnitzeljagd in einem nahegelegenen Park zu planen, vorzubereiten, durchzuführen und im Anschluss zu reflektieren. Innerhalb des interdisziplinären Teams wurde diese Idee bezüglich der Umsetzbarkeit kritisch diskutiert, was zur Folge hatte, dass ein Aktionstag eingeführt wurde, der allen Besuchern der Tagesstätte eine aktive Teilhabe an einer Aktion von Klienten für Klienten ermöglichte.

In ihrem Journaleintrag während der letzten Vorbereitungen für den Aktionstag schrieb Delia:

„Die Klienten arbeiteten prima zusammen, Herr Floß und Herr Wolter brachten sich gemeinsam in die Gruppe mit ein. Herr Floß übernahm eigenverantwortlich die Suche nach möglichen Orten der Schnitzeljagd. Ich war an dieser Stelle echt positiv überrascht, wie gut die Gruppe zusammenarbeitete. Es hat mich gefreut, dass Herr Radermacher doch noch mitmachte, da drei Klienten leider nicht da waren oder sich nicht anschließen wollten. Mir ist noch einmal bewusst geworden, dass es nicht darum geht, dass alles perfekt laufen muss [...]. Es geht darum, im Prozess wachsam zu sein und immer wieder verschiedene Dinge anzupassen und diese anschließend mit den Klienten reflektieren zu können, um dann weitere Schritte zu gehen.“

Literatur

- DVE-Projektgruppe Kompetenzprofil und Modularisierung Kompetenzprofil Ergotherapie. Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.; 2019
- Hashemi Z, Mirzaei T. Conversations of the mind: The impact of journal writing on enhancing EFL medical students reflections attitudes, and sense of self. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2015: 103–110
- Hermansyah L. Reflective learning journal: teacher guide; 2016 <https://www.scribd.com>
- Kielhofner G. *Model of Human Occupation – Theory and Application*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008
- Mackey H. Do not ask me to remain the same: Foucault and the professional identities of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal* 2007: 95–102
- Miller L B. Reviews of Journaling as Teaching and Learning Strategy. *Teaching & Learning in Nursing* 2017; 1: 39–42
- Ruiz-López M, García M R, Villanueva P G, Márquez-Cava M, García-Mateos M, Ruiz-Ruiz B, Herrera-Sánchez E. The use of reflective journaling as a learning strategy during the clinical rotations of students from the faculty of health sciences: An action-research study. *Nurse Education Today* 2015: e26–e31
- Schön A. *Educating the Reflective Practitioner. Towards a new Teaching and Learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.; 1987
- Schön D A. *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. Aldershot: Ashgate; 2005
- Smith M. Keeping a learning journal: A guide for educators and social practitioners. *The encyclopedia of informal education*; 2013 <http://infed.org>

Kapitel 11

Erfahrungen und Perspektiven nach der Ausbildung

11.1	Der Berufsalltag beginnt ...	290
11.2	Bachelor- und Masterstudium	292
11.3	European Master of Science in Occupational Therapy	295
11.4	Stationär, ambulant oder Hausbesuch	297
11.5	Jobcoaching ^{AP} – Ergotherapeuten gestalten Inklusionslösungen in Betrieben	299
11.6	Eine Ergotherapeutin koordiniert kommunale Gesundheitsnetzwerke	303

11 Erfahrungen und Perspektiven nach der Ausbildung

11.1 Der Berufsalltag beginnt ...

Franziska Spatz

11.1.1 Erfahrungen an der ersten Arbeitsstelle

Mit dem Examen in der Tasche war ich (► Abb. 11.1) bereit für betätigungs- und klientenzentrierte Ergotherapie. Ab meinem zweiten Ausbildungsjahr wurde in meiner Schule der Fokus genau auf diesen Bereich gelegt. Wir analysierten Betätigungen, stellten Klienten in den Mittelpunkt der Therapie und dachten uns keine Ziele mehr aus, sondern unterstützten Klienten dabei, selbst Ziele für sich zu finden und den Therapieprozess aktiv mitzugestalten. Für mich war klar: Genau so möchte ich in Zukunft arbeiten.

Während der Examensphase war mir wichtig, schnell einen Job zu finden, und mich dann wieder voll auf die Prüfungen zu konzentrieren. Deshalb nahm ich eine Stelle in einer Praxis in meinem Wohnort an. Ich kannte die Mitarbeiter und war froh, mich nach der Zusage wieder den Prüfungen widmen zu können. Zwei Tage die Woche sollte ich später in der Praxis sein, drei Tage in einer Heilpädagogischen Tagesstätte eingesetzt werden. Schließlich hatte ich im Schnitt dann 9 Patienten à 45 Minuten täglich.

Ich wollte ab jetzt alles so machen, wie ich es mir während der Schulzeit vorgenommen hatte. Während der praktischen Phasen der Ausbildung

hatte ich bereits erfahren, dass die Umsetzung nicht immer so einfach ist. Oft waren die Rahmenbedingungen nicht optimal, und als Schülerin konnte man diese nur teilweise beeinflussen. Hinzu kam noch, dass es kein wirkliches „Richtig“ gab, an das man sich halten konnte; es war eher ein Ausprobieren und Reflektieren mit Hilfe der Praxisanleitenden und Dozierenden. So war ich zwischen den Erwartungen der Schule und denen der Praxisstelle häufig hin- und hergerissen gewesen.

Deshalb freute ich mich darauf, endlich in der festen Stelle nur noch meinen eigenen Erwartungen gerecht werden zu müssen. Allerdings kristallisierte sich dann ein neues Problem heraus: die Erwartungen der Klienten. Ich übernahm Kinder und geriatrische Patienten von meiner Vorgängerin. Deren Erwartungen an mich waren: im Turnraum turnen, basteln, spazieren gehen, Füße massieren und vieles mehr. Hinzu kamen noch Erwartungen der Erzieher in der Kindertageseinrichtung, die mir immer wieder Funktionen nannten, die sich verbessern sollten. Die Erzieher konnten jedoch nicht das Alltagsproblem benennen, das sich daraus ergab. So hat halt jeder seine Gewohnheiten, willkommen im Alltag!

In der Kindertagesstätte fing ich an, Wünsche und Anliegen der Kinder herauszufinden. Bei den Kindern ab 6 Jahren hat dies sehr gut geklappt, bei den kleineren war es allerdings umso schwerer. Deshalb zog ich Eltern und Erzieher hinzu und machte dabei sehr unterschiedliche Erfahrungen. Manche Eltern haben engagiert mitgearbeitet, bei anderen scheiterte es schon an der Terminplanung für das Gespräch. Auch die Erzieher reagierten sehr unterschiedlich darauf, dass ich auch in der Gruppe arbeiten wollte, schließlich sollte es ja „Therapie“ sein und die findet bekanntlich in einem extra Raum statt.

Mir fiel es nicht leicht, mich als Berufsanfängerin zu behaupten und meine Arbeitsweise zu vertreten. Also fing ich an auszuprobieren, was in diesem Rahmen möglich ist und wie ich die Therapie möglichst klienten- und betätigungsorientiert gestalten konnte. So vergingen drei Monate, in denen ich mich erst einmal an den anstrengenden Arbeitsalltag gewöhnen musste. Dabei hatte ich immer im Hinterkopf, wie ich eigentlich arbeiten wollte, nur die Umsetzung gelang mir nicht zufriedenstellend.



Abb. 11.1 Franziska Spatz. (Foto: Franziska Spatz)

Mit der Zeit habe ich doch eher den bequemen Weg gewählt und mich angepasst. Damit war ich aber sehr unzufrieden, Basteln und Bewegungsparcours passten einfach so gar nicht in mein Berufsbild. Nach einem Jahr habe ich die Konsequenzen gezogen und an dieser Stelle gekündigt.

11.1.2 Neustart an der zweiten Arbeitsstelle

Jetzt arbeite ich in einer interdisziplinären Praxis mit Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen. Die Inhaber der Praxis haben mir von Anfang an die Möglichkeit gegeben, die Richtung der Ergotherapie vorzugeben und weitere Mitarbeiter vorzuschlagen. Zum Glück ist es mir gelungen, eine Ergotherapeutin zu finden, mit der ich auf einer Linie bin. Und demnächst kann ich sogar eine weitere einstellen. Auch mit den fünf Physiotherapeuten und der Logopädin kann ich sehr gut zusammenarbeiten. Nun klappt natürlich immer noch nicht alles perfekt, aber wir können im Team besprechen, was gut läuft und was nicht gut war, und gemeinsam neue Lösungsstrategien entwickeln. Auch die interdisziplinäre Arbeit ist eine große Bereicherung, es kann eine klare Abgrenzung erfolgen und Klienten können unkompliziert direkt an ein anderes Berufsfeld weitervermittelt werden.

An meiner neuen Stelle war meine erste Aufgabe, mein Zimmer einzurichten. Ich wollte kein typisches Bastel- bzw. Turnzimmer, sondern einen Raum mit einem Tisch, verschiedenen Stiften, Papier und Assessmentformularen, z.B. das COPM und das COSA (MOHO). Die meisten Dinge, die von der Krankenkasse für die Zulassung der Praxis gefordert wurden, haben einen schönen Platz in einem Schrank gefunden, sind im Alltag jedoch nur sehr wenig im Einsatz. Denn ich arbeite mit meinen Klienten hauptsächlich an deren Betätigungen im Alltag und nicht mit handwerklichen Materialien an der Verbesserung von Körperfunktionen.

Viele Gedanken machte ich mir um das Konzept in meinem Fachbereich, der Ergotherapie. Ich wollte schon vor Übernahme der ersten Klienten einen genauen Plan haben und den Fokus auf Betätigung legen. Allerdings wurde es dann eher ein grober Rahmen mit der ICF in Verbindung mit dem COPM als Grundlage für das Erstgespräch.

Durch diesen Rahmen haben wir die Möglichkeit, unterschiedliche Modelle oder unsere eige-

nen Ideen zur praktischen Optimierung auszuprobieren.

In den ersten Monaten hatte ich noch wenig Klienten und deshalb Zeit, mir Gedanken zu machen, mit welcher Klientel ich arbeiten möchte. Deshalb fuhr ich zu verschiedenen Ärzten und Institutionen, erzählte von unserer Einrichtung und unserer Vorstellung von interdisziplinärer Arbeit.

Die Rückmeldungen waren sehr unterschiedlich. Teilweise stieß ich auf offene Ohren für meine Interpretation von Ergotherapie und auf Interesse an einer Zusammenarbeit. Ich stieß aber auch auf Skepsis aufgrund meiner nicht ausreichenden Berufserfahrung. Von Kindergärten bekam ich Rückmeldungen, dass sie bereits mit anderen Einrichtungen kooperieren. In einer Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung waren die Mitarbeiter gegenüber meinen Worten sehr offen und wir konnten bereits bei einzelnen Klienten zusammenarbeiten.

Letztendlich schloss ich Kooperationsverträge mit der Frühförderung und zwei Heilpädagogischen Tagesstätten. Außerdem traf ich eine Vereinbarung mit einer psychiatrischen Tagesklinik für die Weiterbehandlung ihrer Klienten.

Plötzlich waren wir ausgelastet und ich konnte eine weitere Ergotherapeutin einstellen. Wir nehmen uns Zeit für ein wöchentliches Ergo-Teamgespräch. Dort besprechen wir aktuelle Fälle, reflektieren unser aktuelles Arbeiten oder entwickeln neue Strategien, um unseren therapeutischen Prozess zu verbessern oder zu verändern.

So verging das erste Jahr wie im Flug – aber wir waren unzufrieden. Obwohl wir uns fortbildeten, Fachbücher lasen und uns mit anderen Ergotherapeuten austauschten, konnten wir unseren Anspruch an unsere Arbeit nicht umsetzen. Dabei gibt es Unterschiede, je nachdem, ob wir in unserer Praxis oder in einer anderen Einrichtung arbeiten.

Bei den Klienten in unserer Praxis ist die Umsetzung leichter, sobald Klienten bereit sind, sich auf unserer Arbeitsweise einzulassen. Manche verweisen wir an die Physiotherapie, vor allem, wenn die Erwartung einer Funktionsherstellung oder -verbesserung im Vordergrund steht. Man merkt deutlich, dass unser Ansatz die Patienten eher verwundert. Vermehrt hören wir die Aussage „wann geht denn die Behandlung endlich los“, dabei befinden wir uns gerade erst am Anfang des Therapieprozesses. Es wird eine Behandlung erwartet, bei der

Therapeuten am Patienten arbeiten, beraten und den Lösungsweg vorgeben.

Die Umstellung der Denkweise, dass Klienten selbst eine Lösung erarbeiten, Experten für sich selbst sind und ich eher eine Begleiterin bin, ist der erste Schritt der Therapie, an dem wir oft schon ins Stocken kommen. Die Patienten bekommen die Verordnung vom Arzt ohne speziellen Auftrag an die Ergotherapie, manchmal ist es das letzte Mittel nach dem Motto „dann versuchen wir es halt auch noch mit Ergotherapie“. Hier besteht unsere Aufgabe darin, einerseits bei den verordnenden Ärzten für Klarheit zu sorgen und andererseits durch gezielte Gesprächsführung den eigentlichen Betätigungswunsch der Klienten genau zu definieren.

Wie auch an meiner ersten Stelle ist die Einführung der neuen Vorgehensweise in bereits langjährig bestehenden Einrichtungen eher schwierig. Ich habe aber bemerkt, dass ich durch die positiven Erfahrungen aus der Praxis in diesen Einrichtungen nun selbstbewusster auftrete und mich nicht so leicht von meinen Vorstellungen abbringen lasse. Ich habe lange gebraucht, um die langen Anlaufzeiten zu akzeptieren. Inzwischen betrachte ich es jedoch als Herausforderung, auch in solchen Fällen kleine Veränderungen zu bewirken.

11.1.3 Zukunftsperspektiven und Zwischenfazit

Wir haben uns vorgenommen, uns für unsere eigene Weiterentwicklung genauere Ziele zu setzen und sie konkret zu formulieren. Dies zu dokumentieren haben wir im letzten Jahr leider vernachlässigt und können nun unsere Entwicklung nicht messen. Darin sehe ich auch einen Grund unserer Unzufriedenheit.

Als Förderfaktor wollen wir in Zukunft den Austausch zu anderen Kollegen z. B. bei Vernetzungstreffen nutzen. Dort besteht die Möglichkeit des Austauschs von Erfahrungen und Ideen.

Ein weiteres Projekt ist der Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit. Hier gilt es, den Begriff für unsere Einrichtung genau zu definieren, klare Strukturen zu vereinbaren und umzusetzen. Dabei beschäftigt uns vor allem die Frage, wie das Gesundheitssystem ein ambulant, heilmittelübergreifendes Angebot annimmt.

Ich bin froh, den Schritt des Neuanfangs gegangen zu sein. Es macht mir sehr große Freude, an Diskussionen zwischen den Fachbereichen teil-

zunehmen. So habe ich immer wieder die Möglichkeit, mich mit meinem Berufsbild auseinanderzusetzen. Fortschritte, Rückschritte und Frustrationen sind Teil des Alltags, allerdings auch das großartige Gefühl, etwas verändern und gestalten zu können. Es macht einfach Spaß, unsere Vorstellung vom ergotherapeutischen Arbeiten weiter umzusetzen und voranzubringen.

11.2 Bachelor- und Masterstudium

Kathrin Reichel

Nach dem Abitur wollte ich (► Abb. 11.2) eigentlich gleich studieren, aber irgendwie tat ich mich schwer, mich auf ein Fach festzulegen. Medizin hatte mich sehr interessiert, aber mit der Rolle als klinische Ärztin in den Strukturen des deutschen Gesundheitswesens konnte ich mich nicht anfreunden: Ich wollte mehr Patientenkontakt als die durchschnittlichen acht Minuten. Die Wahl eines alternativen Studienfaches war ebenfalls nicht leicht und wurde immer wieder vertagt. Ein guter Freund leistete gerade seinen Zivildienst und machte mich auf die Ergotherapie aufmerksam. Auf diesem Weg entschied ich mich gegen ein Studium und für die Ausbildung zur Ergotherapeutin. Der Lehrplan zur Ausbildung sprach mich in seiner Bandbreite und Mischung aus medizinischen Fächern, Werken, Soziologie und Psychologie an. Die



Abb. 11.2 Kathrin Reichel. (Foto: Yvonne Szallies-Dicks)

praktische Ausbildung verlief gut, und nach meinem Examen durfte ich gleich in einem Modellprojekt für an Psychose und Sucht erkrankte Menschen ein „Bürotraining“ aufbauen.

11.2.1 Erste Begegnungen mit Ergotherapie als Studienfach in den USA

Nach fünf Jahren als Ergotherapeutin suchte ich nach einer beruflichen Veränderung und Herausforderung. Gemeinsam mit einer Kollegin bewarb ich mich erfolgreich um ein Stipendium der Bundesregierung für das Council of International Programs (CIP) in den USA, ein Fortbildungsprogramm für Fachkräfte aus dem Sozialbereich der Kinder- und Jugendhilfe (<https://www.giz.de>). Meine Arbeitsstelle war eine sogenannte „Mental Health Agency“, ein Anbieter ambulanter psychiatrischer Versorgungsleistungen mit interkulturellem Schwerpunkt. Ich arbeitete als „Residential Specialist“, als Wohnheimmitarbeiterin, in zwei Wohnheimen für psychisch kranke Menschen, die von einer Ergotherapeutin geleitet wurden. Zusätzlich waren Hospitationen an der örtlichen Universität Teil des Programms.

Da war er wieder, der Wusch zu studieren: Ich belegte hauptsächlich Kurse in Forschungsmethoden im dortigen Occupational Therapy Program – konnte ich mir doch darunter am wenigsten vorstellen: Was sind Forschungsfragen und Forschungsmethoden in der Ergotherapie? Wie sehen ergotherapeutische Forschungsvorhaben aus? Im Gegenzug konnte ich den Ergotherapiestudierenden über die Ausbildung in Deutschland berichten. Sie waren vor allem beeindruckt vom umfangreichen handwerklichen Anteil der deutschen Ausbildung. Die US-amerikanischen Studierenden mussten sich während ihres Studiums die handwerklichen Techniken weitgehend in Eigenregie aneignen. Und bei einer Hospitation in einer psychiatrischen Klinik sah ich zwar eine Handwerksgruppe als ergotherapeutisches Angebot, aber die Kollegin sagte mir, dass dies sowieso nicht „evidence-based“ sei – was sollte ich damit anfangen?

Zurück in Deutschland hatte ich die wunderbare Gelegenheit, eine psychiatrische Klinik als gemeindenahere Versorgung mit aufzubauen – eine ganz andere Herausforderung, bei der mir der amerikanische „Just-do-it“-Pragmatismus sehr gelegen kam. Zu dieser Zeit wurde auch erstmalig an der damaligen Fachhochschule Hildesheim – heute die

Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) – ein Bachelor-Studiengang für Ergotherapie angeboten. Natürlich musste ich dabei sein, hatte das Studium in den USA doch sehr mein Interesse geweckt.

11.2.2 Das Studium der Ergotherapie in Deutschland

War damals ein Studium der Ergotherapie in Deutschland noch einzigartig und geradezu exotisch, so werden heute sehr unterschiedliche Studienmöglichkeiten im Bereich Ergotherapie angeboten. Aufbauend auf einer Ausbildung zur Ergotherapeutin war es für mich damals folgerichtig, das Fach Ergotherapie zu studieren und meine Kenntnisse auf akademischem Niveau zu vertiefen.

Aus der Bezeichnung des Studiengangs sollte der inhaltliche Schwerpunkt ersichtlich sein. Dennoch lohnt sich ein Blick ins Curriculum, denn auch andere Studienschwerpunkte haben Ergotherapeutinnen als Zielgruppe – wie z. B. Studiengänge für interprofessionelle Gesundheitsversorgung oder Gesundheitswissenschaften – sind aber im engeren Sinne keine Studiengänge, die das Fach Ergotherapie und seine theoretischen Grundlagen vertiefen.

Der Berufsverband DVE e.V. listet auf der Website dve.info eine Vielzahl an unterschiedlichen Studienmöglichkeiten auf, darunter primärqualifizierende, ausbildungsbegleitende und -integrierte, duale und weiterbildende. Und welcher Studiengang ist für mich der Richtige? Vor dem Hintergrund meiner Erfahrungen als Studentin gebe ich folgende Dinge zu bedenken:

Inhaltliche Aspekte zur Ausrichtung des Studienangebots:

- Curriculum des Studiengangs und Bezeichnung: Enthält das Curriculum Inhalte bzw. Module, die mich interessieren? Enthält das Curriculum ergotherapeutische Inhalte? Mit welchem Abschluss schließt der Studiengang ab? Ist dieser in Deutschland bzw. in anderen Bundesländern anerkannt? Berechtigt er zu einem weiterführenden Masterstudium? Welchen Umfang hat das Studium? Der Umfang sollte in European Credit Transfer System (ECTS)-Punkten – angegeben werden, wodurch der gesamte Arbeitsaufwand in Stunden beschrieben wird. Wie lange

dauert das Studium? Gibt es interdisziplinäre Anteile im Studium?

- Angestrebter Studienabschluss: Wofür qualifiziert mich der Studiengang bzw. Abschluss? Für welche Studienangebote? Zur Promotion? Für welche Berufsfelder? Eröffnet mir das Studium andere Möglichkeiten, die ich vorher beruflich nicht hatte?
- Bestehen für den Studiengang internationale Kontakte, Partnerschaften, Austauschprogramme?

Formale Aspekte:

- Wie viel kostet das Studium (Studiengebühren)? Welche Möglichkeiten der finanziellen Förderung gibt es für mich?
- Erfülle ich die Zulassungsvoraussetzungen?
- Qualifikation der Lehrenden: Wird z. B. bei einem Studiengang Ergotherapie von Ergotherapeuten gelehrt? Sind die Dozenten höher qualifiziert als ich?
- Qualitätszertifikat: Ist der Studiengang nach den Europäischen Bologna-Richtlinien akkreditiert bzw. anerkannt?
- Wie viele Lehrende und wie viele Studierende gibt es?
- Kann ich in Teilzeit studieren, um nebenbei zu arbeiten?
- Wer steht für die fachliche Studienberatung zur Verfügung?
- Gibt es eine Möglichkeit der Kinderbetreuung?
- Wie zufrieden sind die Studierenden bzw. Absolventinnen mit ihrem Studium? In der Regel ist es nach einer Anmeldung möglich, an ausgewählten Studienveranstaltungen auf Anfrage teilzunehmen – eine gute Möglichkeit, sich selbst vor Ort eine Meinung zu bilden.

Finanzierung:

Zur Finanzierung eines Studiums bieten zahlreiche Stellen Unterstützung an und letztendlich entscheidet die persönliche Situation, welche Förderung in Frage kommt:

- Zuerst bieten Hochschulen selber zur Studienfinanzierung zahlreiche Informationen und Beratung an.
- BAföG kann eine Möglichkeit sein, abhängig von den persönlichen Voraussetzungen.
- Als Mitglied im DVE kann man ein Merkblatt mit verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten für Fort- und Weiterbildung erhalten (Merkblatt 28).

- Zusätzlich gibt es Begabtenförderungswerke, die je nach persönlichem Profil Studienstipendien vergeben (www.stipendienlotse.de).

Mittlerweile ist es möglich, primärqualifizierend, d. h. ohne vorausgehende Ausbildung, Ergotherapie an deutschen Hochschulen zu studieren. Nach wie vor werden Studiengänge angeboten, die die ergotherapeutische Ausbildung auf ein Studium anrechnen oder weiterbildend sind, d. h. zusätzliche Wissensgebiete erschließen.

Im Unterschied zum Bachelorstudium als akademischer Grundausbildung bietet ein anschließender Masterstudiengang die Möglichkeit, die akademische Ausbildung inhaltlich zu vertiefen. Da gibt es mehrere Möglichkeiten, wie z. B. Gesundheitswissenschaften bzw. Public Health mit Perspektive auf die Bevölkerungsgesundheit, Management im Gesundheitswesen oder mit Schwerpunkt Erwachsenenpädagogik bzw. Lehre. Auch bei Masterstudiengängen sollte die Bezeichnung den inhaltlichen Schwerpunkt verraten. Ein Blick in das Curriculum und die angebotenen Module bzw. die Studienordnung informiert über Inhalte des Masterstudiums. Auf der oben bereits erwähnten Seite des Berufsverbandes DVE kann man erfahren, welche Masterstudiengänge ausdrücklich mit Bezug zur Ergotherapie angeboten werden. Darüber hinaus besteht auf der Webseite www.studieren.de die Möglichkeit, deutschlandweit nach Studiengängen zu suchen.

Zusätzlich gibt es auch auf Masterebene berufsbegleitende oder Fernstudienangebote – oder auch Studienprogramme im Ausland – die in Frage kommen (s. Kap. 11.3). Das Masterstudium bietet zusätzlich die Möglichkeit, noch einmal eine andere Hochschule oder eine Universität kennen zu lernen. Eine zentrale Frage ist, wofür ich mich durch ein Masterstudium qualifizieren möchte: Ist es die Lehre oder ist mein Ziel, in einem Forschungsprojekt zu arbeiten oder zu promovieren, interessiert mich das System der Gesundheitsversorgung?

11.2.3 Berufsperspektiven für Hochschulabsolventen

Ich persönlich habe nach meinem Bachelor-Abschluss zunächst eine Stelle als Ergotherapeutin in Elternzeitvertretung angetreten. Mein Blick auf die Praxis und meine Praxis selbst hatten sich verändert – Kolleginnen gaben mir als Feedback, dass ich jetzt andere Fragen stellte. Ich kommunizierte

aus einem fachtheoretisch gefestigten Berufsverständnis heraus selbstbewusst und kompetent mit anderen Berufsgruppen und konnte systematisch und effektiv Assessments für den ergotherapeutischen Prozess nutzen. Ich strebte langfristig eine Stelle an, bei der mein Bachelor-Abschluss ausdrücklich gefordert war und bewarb mich erfolgreich für die wissenschaftliche Mitarbeit an einer Hochschule. Berufsbegleitend konnte ich mein Masterstudium absolvieren und so meine beruflichen Kenntnisse weiter vertiefen.

Als Master-Absolventin an einem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft konnte ich als Wissenschaftliche Mitarbeiterin meinem Interesse an Forschungsmethoden nachgehen und gleichzeitig in einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt mit Studierenden interprofessionelle Lernangebote in Gesundheitsstudiengängen mit entwickeln und evaluieren. Und auch an einer außeruniversitären Forschungseinrichtung konnte ich sowohl mein forschungsmethodisches Repertoire erweitern als auch als Ergotherapeutin für Arbeit und Gesundheit forschen. Alles passende Tätigkeitsfelder für mich als Ergotherapeutin mit Bachelor- und Masterstudium.

11.3 European Master of Science in Occupational Therapy

Anja Christopher

Die Überschrift dieses Kapitels weist bereits auf die zwei wesentlichen Besonderheiten der folgenden persönlichen Beschreibung eines akademischen Programmes für Ergotherapeutinnen hin:

- Zum einem: Es ist europäisch, da 5 Hochschulen in 5 europäischen Ländern zusammen ein 2-jähriges Master of Science-Programm in Occupational Therapy entwickelt haben.
- Zum anderen: Der Fokus des Studienganges liegt auf dem wissenschaftlichen Arbeiten in der Ergotherapie (Occupational Therapy) und der Betätigungswissenschaft (Occupational Science) und damit einhergehend der Entwicklung von zukünftigen beruflichen Optionen in den Bereichen Leitung, freie Wirtschaft, Ausbildung und Forschung.

Die University of Brighton (Eastbourne, GB), die Hogeschool van Amsterdam (Amsterdam, NL), das Karolinska Institutet (Stockholm, SE), das University College Absalon (Naestved, DK) und, als jüngerer



Abb. 11.3 Anja Christopher. (Foto: Anja Christopher)

ter Partner, die Zurich University of Applied Sciences (Winterthur, CH), bieten ein Studium an, welches für Ergotherapeuten weltweit sehr attraktiv ist.

Die Studierenden bilden jährlich einen Jahrgang (eine Kohorte), in dem viele verschiedene Nationalitäten vertreten sind, z. B. Studierende aus Europa, Südkorea, Brasilien, Südafrika usw., abhängig davon, welche Studierenden für das Programm zugelassen wurden. Englisch ist die verbindende Sprache, in der alle Vorlesungen gehalten werden, Gruppenarbeiten stattfinden und natürlich auch die Assignments (Hausarbeiten) geschrieben werden. Nach erfolgreichem Englisch-Sprachtest wird nicht erwartet, dass die Studierenden sich fließend im akademischen Englisch ausdrücken können, denn Englisch ist für die wenigsten Studierenden und Dozierenden die erste Sprache. Dennoch ist zu bemerken, wie mit jedem Modul die Diskussionen, Präsentationen und der allgemeine Austausch immer leichter fallen und das Vertrauen in die eigenen sprachlichen Fertigkeiten stetig wächst. Es ist schon toll zu sehen, wie angeregt, fröhlich und

konstruktiv sich Studierende über alle Sprachgrenzen hinweg zusammentun und gemeinsam auf ein Ziel hinarbeiten, egal wie häufig die Worte fehlen.

Das Studium ist modular aufgebaut, d. h. es sind in sich abgeschlossene Phasen. An jeder der fünf beteiligten Hochschulen findet einmal pro Jahr die Präsenzphase des immer gleichen Moduls statt: Modul 1 in England, Modul 2 in den Niederlanden, Modul 3 in der Schweiz, Modul 4 in Dänemark und Modul 5 in Schweden. Das 6. Modul, das Forschen für und das Schreiben einer Master-Thesis (wissenschaftliche Abschlussarbeit), findet schließlich im Heimatland der Studierenden statt.

In jeder Phase stehen den Studierenden Supervisoren zur Verfügung, die die Phasen der eigenständigen Arbeit kritisch reflektierend per E-Mail oder persönlichen Kontakt via Skype o. ä. begleiten. Ein Modul (eine Phase) startet mit einer zweiwöchigen Pre-Course Work (Hausarbeit vor der Präsenzphase) im Heimatland, welche die Studierenden für die darauffolgende Präsenzphase an einer der Hochschulen vorbereitet. In den zweiwöchigen Präsenzphasen eignen sich die Studierenden an der Gasthochschule das nötige Handwerkszeug an, um im Anschluss eigenständig in ihrem Heimatland zu lernen und eine Arbeit zu schreiben, für die jeweils ca. sieben Wochen zur Verfügung stehen.

Ein Teil jedes dieser Assignments (Hausarbeiten) ist die Reflektion des persönlichen Lernprozesses unter Heranziehen der Kompetenzen, die die Studierenden in dem Modul erreichen sollten. Abgeschlossen ist das Modul, wenn ein schriftliches Feedback der Dozierenden zu dem Assignment und der Reflektion erfolgt ist, aus dem zu entnehmen ist, dass das Modul erfolgreich absolviert wurde. Alle Module bauen in gewisser Weise aufeinander auf, was sich auch in den Erwartungen an den Kompetenzerwerb der Studierenden widerspiegelt. Somit hilft jede kritische Auseinandersetzung mit dem Erlernten und dem durchlaufenen Prozess für das nächste Modul. Genauso ist, durch eine gezielte Themenwahl in den letzten Assignments eine gedankliche Vorarbeit für die Master-Thesis möglich.

Da es sich um ein Teilzeitstudium handelt, besteht die Möglichkeit, weiterhin beruflich eingebunden zu sein und so Praxis und Studium miteinander zu verbinden. Der zeitliche Aufwand darf aber nicht unterschätzt werden, gerade wenn man sich vertieft mit einem Thema auseinandersetzen möchte. Tief in ein Thema einzusteigen, neue Ge-

danken zu entwickeln und dabei sehr viel zu lernen braucht genügend Zeit, um es auch genießen zu können und nicht nur als Belastung zu erfahren. In den Präsenzphasen erleben die Studierenden verschiedene Formen von Problem-based-Learning (PBL). Die Studierenden werden angeregt, sich mit Mitstudierenden zu vernetzen, Peer-groups (Studierendenkleingruppen) zu bilden und sich im Austausch gegenseitig zu unterstützen.

Automatisch lernt man viel über die Ergotherapie und das Leben in anderen Ländern sowie über verschiedene Gesundheits- und Sozialsysteme. Dabei entstehen berufsbezogene Netzwerke, aber auch Freundschaften, die weit nach dem Studium fortbestehen. Während der Präsenzphasen bietet es sich an, sich zusammenzutun und für diese zwei Wochen eine kleine Wohngemeinschaft in einer Ferienwohnung zu bilden. Dies ist nicht nur eine finanzielle Entlastung und macht die Suche nach einer Unterkunft etwas einfacher, sondern es bringt auch einfach viel Spaß, mit Mitstudierenden aus verschiedenen Ländern zusammen zu leben. Ein Zuwachs an interkultureller Kompetenz ist garantiert, zum Beispiel wenn Nordeuropa versucht, sich mit Südeuropa zu einigen, wann man gemeinsam zu Abend isst.

Aber nicht nur das Erleben der kulturellen Vielfalt innerhalb der Kohorte (alle Studierende eines Jahrgangs) ist sehr bereichernd, auch das Erleben der verschiedenen Hochschulen und ihrer Dozierenden in den fünf Ländern trägt zu Perspektivenwechsel und Lernen bei. Interessant ist, dass es den Organisatoren und Dozierenden in diesem Studiengang möglich ist, eine gemeinsame Grundhaltung über alle Module hinweg zu entwickeln. Im Zentrum stehen die Studierenden und sie sind gleichwertige Partner im Lernprozess, was sich durch die Gelegenheiten zu einem intensiven gezielten Austausch und gemeinsamer kritischer Reflektion des Erlebten immer wieder zeigt. Es wird keine Möglichkeit ausgelassen, die Studierenden vom Beginn der Pre-Course Work für das 1. Modul bis zur Präsentation der Master-Thesis am Ende des 6. Moduls immer wieder im Lernen zu unterstützen und so zur persönlichen und professionellen Entwicklung jedes Einzelnen positiv beizutragen.

Die zwei Jahre Studium sind oftmals sehr anstrengend und aufreibend, aber auch sehr bereichernd. Würde ich (► Abb. 11.3) es nochmals beginnen? Ja! Und immer wieder! Was steht jetzt an? Vielleicht doch einen Doktor in Ergotherapie

anzustreben? Es haben sich neue interessante Türen geöffnet, die vor ein paar Jahren noch unmöglich erschienen und die Lust auf Mehr machen.

Detaillierte Informationen zu Kosten, Bewerbungsfrist, Voraussetzungen, Sprachtest, Inhalt und Daten der Module sind auf www.ot-euromaster.eu zu finden.

11.4 Stationär, ambulant oder Hausbesuch

Esther Scholz-Minkwitz

Die ergotherapeutische Behandlung findet in unterschiedlichen Settings statt. Etwa 25 % aller Ergotherapeuten arbeiten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in den unterschiedlichsten Fachbereichen. In der ambulanten Praxis sind etwa 48 % der Ergotherapeuten tätig (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2017). Weitere Tätigkeitsfelder können unter anderem auch Wohnheime, berufsbegleitende Dienste oder auch Einrichtungen der Berufsförderungswerke sein (DVE 2015, S. 2).

Der Arbeitsalltag in den unterschiedlichen Bereichen unterscheidet sich sehr stark. In der neurologischen Klinik wird alle 30 Minuten ein neuer Klient behandelt. Das ist oft stressig, vor allem, wenn die Klienten nicht in die Ergotherapie-Abteilung kommen, sondern in ihrem Zimmer auf der Station behandelt werden, weil sie noch nicht mobil genug sind. Da kann es sein, dass man viel Therapiezeit mit Hin- und Herlaufen verbraucht, wenn es kein gutes Klientenmanagement gibt, welches eine zentrale Therapieplanung übernimmt. Die Arbeitszeiten in der Klinik beginnen teils schon um 7 Uhr, um das Anzieh- und Frühstückstraining durchzuführen. Dafür kann man dann aber schon um 16 Uhr Feierabend machen. Inzwischen ist es auch in vielen Kliniken üblich, dass es am Samstag Therapien für die Klienten gibt, sodass jede Ergotherapeutin einmal im Monat auch am Samstag arbeiten muss.

Die meisten Klienten in der Klinik sind schwerer betroffen als die, die ich (► Abb. 11.4) jetzt im Rahmen meiner Tätigkeit in einer Praxis behandle oder zu Hause besuche. Allerdings kann man sich in der Klinik meistens über schnellere Fortschritte bei den Klienten freuen. In der Praxis fange ich meistens erst später an, denn vor 8.30 Uhr kommt selten ein Klient. Auch Hausbesuche sind um diese

Zeit nicht immer realisierbar. Gerade schwerer betroffene Klienten werden morgens oft noch durch den Pflegedienst versorgt, sodass sie noch keine Zeit für die Ergotherapie haben. Dafür gehen die Arbeitszeiten oft bis 18 Uhr und gelegentlich auch darüber hinaus. Im Gegensatz zur Klinikarbeit habe ich in der Praxis meistens mehr Zeit für einen Klienten. Je nach Verordnung oft 45 bis 60 Minuten. Lediglich die vielen Fahrten zu den Hausbesuchen sind zuweilen ganz schön anstrengend und zeitraubend, aber dies wird dadurch wett gemacht, dass im gewohnten Umfeld der Klienten alltagsbezogener an ihren Anliegen gearbeitet werden kann.

Die Arbeitsweisen in Klinik und Praxis unterscheiden sich in einigen Punkten. In der Klinik hatte ich es nur mit dem Fachbereich Neurologie zu tun. Das empfand ich als Berufsanfängerin als sehr spannend und ich habe dort viel für diesen Bereich gelernt. Es wurde in der Klinik der Fokus zum Teil sehr auf den funktionellen Bereich gelegt. Betätigungen mit Ausnahme von Anziehen und Essen



Abb. 11.4 Esther Scholz-Minkwitz.
(Foto: Barbara Neumann)

waren zu meiner Zeit in der Klinik im Jahr 2003 noch nicht so aktuell, nach für die Klienten bedeutungsvollen Betätigungen wurde nicht immer gefragt. Aktuell findet auch in der neurologischen Rehabilitation zum Glück ein Veränderungsprozess statt, sodass der Fokus auf Funktion UND Betätigung gelegt werden kann. Beide Seiten sind in der neurologischen Rehabilitation sehr wichtig, um für den Klienten eine bestmögliche Teilhabe zu ermöglichen (Scholz-Minkwitz u. Heß 2018).

In der Praxis kann ich jetzt mehr auf die individuellen Ziele meiner Klienten eingehen. Dies gelingt vor allem bei Hausbesuchen – schließlich handelt es sich um den Ort, an dem der Klient lebt, zurechtkommt und sich auch zurechtfinden möchte. Was nützt einem Klienten das Erlernen einer Tätigkeit, wie beispielsweise Kaffeekochen in der Therapieküche einer Klinik oder auch der Praxis, wenn er zu Hause ganz andere Geräte hat oder andere Gegebenheiten vorfindet?

Jedoch bekommen nicht alle Klienten einen Hausbesuch verordnet, weil sie mobil genug sind, in die Praxis zu kommen. Um trotzdem bestmöglich gemeinsam mit den Klienten an ihren Zielen zu arbeiten, versuche ich, bei jedem Klienten zu Beginn – 3. bis 5. Therapieeinheit – einen Hausbesuch zu machen (über die „Beratung im häuslichen oder sozialen Umfeld“ ist dies pro Behandlungsfall einmal möglich.). Beim Klienten zu Hause oder auch am Arbeitsplatz führe ich meistens eine Beobachtung einer für den Klienten bedeutungsvollen Betätigung durch. Die Tätigkeit im eigenen Umfeld zeigt mir sehr gut die Ressourcen und Barrieren, die diese Betätigung mit sich bringt. Dadurch ist eine klienten- und betätigungszentrierte Therapie am besten möglich.

Was die Praxisarbeit anregend und abwechslungsreich macht, ist die Möglichkeit, auch Klienten aus anderen Fachbereichen zu behandeln, wie z. B. in meinem Fall aus den Bereichen Psychiatrie oder Orthopädie.

Ein Vorteil der klinischen Arbeit ist nur einem Fachbereich ist z. B., dass man sich nicht in so vielen verschiedenen Themen fortbilden muss, sondern sich auf einen Bereich spezialisieren kann. Fortbildungen sind meiner Meinung nach zwingend notwendig, aber oft ist ein finanzieller Aufwand nötig, um sich in einem oder auch mehreren Bereichen weiterzubilden. Ein Vorteil in einer Praxis ist meistens die Therapie in mehreren Arbeitsfeldern. Bei der Praxisarbeit ist es auch vorteilhaft, im häuslichen Umfeld des Klienten tätig werden

zu können. Nachteilig bei der Arbeit in Kliniken ist der Umstand, dass die betätigungsorientierte Behandlung noch nicht in allen Kliniken Einzug gehalten hat (das gilt nicht nur für neurologische Kliniken, sondern betrifft auch die Orthopädie oder Psychiatrie). Jedoch sehe ich die Behandlung hier auf einem guten Weg, einen Kompromiss zu finden zwischen dem Blick auf bedeutungsvolle Betätigung und notwendige Funktionswiederherstellung.

Was hingegen wieder einen Pluspunkt für die Arbeit in Kliniken darstellt, ist der rege Austausch mit Kollegen über problematische Fragen/Klienten oder auch die neueste Forschung. Meistens sind in den Kliniken mehrere Ergotherapeuten beschäftigt, sodass man immer jemanden hat, mit dem man sich austauschen kann. Auch der Blick über den Tellerrand, der Austausch mit anderen Berufsgruppen wie Physiotherapie, Logopädie, aber auch Ärzten und Pflegekräften, bietet in der Klinik die Chance, gemeinsam mit den Klienten an deren Zielen zu arbeiten. Derartige Diskussionen fehlen in der Praxis immer wieder, vor allem, wenn man keine Kollegen hat, die im gleichen Fachbereich behandeln. Zudem ist man durch die Hausbesuche nicht permanent in der Praxis, sodass auch die Zeit für einen gedanklichen Austausch knapp bemessen ist.

Für beide Bereiche braucht man als Berufseinsteiger viel Neugier und Interesse am Lernen. Für die Klinik sollte man ziemlich schnell Fortbildungen des jeweiligen Fachbereiches besuchen, was auch von vielen Einrichtungen erwartet wird. In der Praxis kann man sich da etwas mehr Zeit lassen und erst mal ausprobieren, welcher Bereich einem am ehesten liegt. Man sollte in der Praxis nicht gleich nur mit Hausbesuchen beginnen, da man dann kaum Kontakt zu anderen Kollegen hat. Eine gute Einarbeitung durch Kollegen ist vor allem zu Beginn des Arbeitslebens sehr wichtig. Außerdem sollte man sich in seiner Arbeit immer wieder hinterfragen und stets darauf achten: Was ist das Ziel des Klienten? Denn die Wünsche und Anliegen des Klienten sollten immer im Vordergrund stehen, mögen sie zu Beginn der Therapie auch unrealistisch erscheinen.

Jeder muss für sich selber entscheiden, welches Setting für ihn das richtige ist. Beide Seiten haben Vor- und Nachteile. Die Entscheidung, ob man sich z. B. in ein gut strukturiertes Krankenhaussetting begibt, wo die Therapien oft schon vorgeplant sind, oder ob man in der Praxis seine Termine sel-

ber gestalten möchte bzw. kann, muss jeder nach seinen eigenen Fähigkeiten entscheiden.

Wichtig ist jedoch in allen Bereichen, ob stationär oder ambulant, in der Praxis oder im Hausbesuch, dass man sich mit dem aktuellen Wissensstand der internationalen Ergotherapie und auch den ergotherapeutischen Modellen auseinandersetzt und sich für evidenzbasierte Behandlungsverfahren interessiert. Hierzu gehört meiner Meinung nach auch das Einsetzen unterschiedlicher Assessments zur Erhebung der Anliegen und Wünsche der Klienten, wie zum Beispiel das COPM (Canadian Occupational Performance Measure) oder auch das AMPS (Assessment of Motor and Process Skills). Sie geben eine gute Struktur, die wichtigsten Einschränkungen für die Ausführung einer Betätigung zu erfassen. Dazu sind natürlich auch noch spezifische Assessments aus den einzelnen Fachbereichen als Ergänzung sinnvoll.

Literatur

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. Ergotherapie im Bereich Neurologie; 2015 [Elektronische Version]. Zugriff am 10.01.2019 auf: <https://dve.info>

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes; 2017. Zugriff am 12.01.2019 auf: <http://www.gbe-bund.de>

Scholz-Minkwitz E, Heß A. Hrsg. Betätigung und Funktion – Eine starke Allianz für Teilhabe und Lebensqualität in der Neurologie? Idstein: Schulz-Kirchner; 2018

11.5 Jobcoaching^{AP} – Ergotherapeuten gestalten Inklusionslösungen in Betrieben

Thorsten Hirsch

11.5.1 Die Bedeutung von Arbeit

Einer Arbeit nachzugehen und somit beruflich tätig zu sein, hat in vielerlei Hinsicht eine hohe Bedeutung für jeden einzelnen Menschen, genauso wie für den stabilen Bestand einer gesamten Gesellschaft.

Für Menschen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, stellt das Arbeitsentgelt i. d. R. den Lebensunterhalt sicher, wodurch Arbeit die Teilhabe an allen Lebensbereichen zulässt und begrenzt. Darüber hinaus ermöglicht Arbeit gesellschaftliche und soziale Zugehörigkeit, ein sinnhaftes Tätigsein und ein Erleben der eigenen Wirksamkeit und persönlichen Entwicklung. Über die Erwerbstätigkeit, also die finanziell vergütete Arbeit hinaus, stellen zu-

dem auch Arbeit ohne Vergütung wie z. B. die Arbeit im Praktikum oder im Ehrenamt Handlungsformen von Arbeit dar. Berufliches Tätig-Sein stellt für den Großteil der Menschen im berufstätigen Alter einen der wichtigsten Handlungsbereiche ihres Lebens dar.

Ein Blick in die Statistik macht die besondere Situation schwerbehinderter Menschen in Deutschland deutlich: Etwas mehr als eine Million von ihnen gehen einer Beschäftigung nach, rund 162.000 schwerbehinderte Menschen sind arbeitslos gemeldet. Die Arbeitslosenquote liegt signifikant höher als im Durchschnitt der Bevölkerung (vgl. Situation schwerbehinderter Menschen – Berichte Blickpunkt Arbeitsmarkt, Agentur für Arbeit, Mai 2018). Die besondere Herausforderung der Betroffenen, einen Arbeitsplatz zu finden, der zu ihren Leistungsmöglichkeiten passt, lassen sich aus diesen Zahlen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erahnen.

Der folgende Text zeigt Gestaltungsmöglichkeiten für Arbeit von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf in Unternehmen, Einrichtungen und Behörden des allgemeinen Arbeitsmarktes, und wie diese durch ein Jobcoaching^{AP} handlungsbezogen am Arbeitsplatz realisiert werden können.

11.5.2 Ein Blick in die Praxis eines Jobcoach^{AP}: Herr M., Schlosser, Zustand nach Hirntumor

Nachdem ich (► Abb. 11.5) aus dem Auto gestiegen bin, lege ich mein Jackett ab und ziehe dafür ein kariertes Hemd, einen Blaumann und Sicherheitsschuhe an. Ich gehe in die Werkshalle einer Baufirma und begrüße Schlosser und Metallarbeiter. Dann treffe ich meinen Klienten, Herrn M., der bereits an seinem Arbeitsplatz auf mich wartet. Er hat nach einem Hirntumor vor 14 Monaten Probleme am Arbeitsplatz, kann Baupläne schlecht lesen, einzelne Tätigkeiten nur fehlerhaft ausführen, und es gab Konflikte mit dem Vorgesetzten.

Der Werksmeister berichtete beim Erstgespräch von aufgetretenen Fehlern von Herrn M. Er sagte, mein Klient könne die Tätigkeiten nicht mehr so ausführen wie früher und dementsprechend seine Arbeit nicht im Sinne des Arbeitgebers erledigen. Im Gespräch mit dem Arbeitgeber und Herrn M. wird ausgelotet, was notwendig und möglich ist zu gestalten, um das Ziel der dauerhaften Weiterbeschäftigung zu realisieren. Es wird vereinbart, Tä-



Abb. 11.5 Thorsten Hirsch. (Foto: Thorsten Hirsch)

tigkeiten zu suchen und Herrn M. darin einzuarbeiten, die es ihm ermöglichen, seine individuelle Leistung gut zu erbringen. Mit dem Meister und Herrn M. wird vereinbart, dass die CNC-Fräse durch Herrn M. bedient werden muss. Ich schaue einem Kollegen über die Schulter und lasse mir von ihm die Aufgaben an diesem Arbeitsplatz erläutern.

Mit Herrn M. zusammen fertige ich eine Arbeitsschrittliste an und stimme diese mit den Kollegen und dem Vorgesetzten ab. Letzteren erläutere ich im Anschluss, dass mein Klient einen Arbeitsplatz mit möglichst wenig äußerer Ablenkung benötigt, um bestmöglich seine Leistung zu erbringen. Zudem ist es für ihn unterstützend, ihm immer nur einen Auftrag zu geben und nicht morgens die Anweisungen für den gesamten Tag vorzulegen. Dies ist betrieblich zwar bisher nicht üblich, aber im gemeinsamen Gespräch höre ich die Möglichkeit heraus, dies zukünftig so handhaben zu können, was mir auf Nachfrage bestätigt wird. Im Anschluss wird gemeinsam mit allen Beteiligten ein pragmatischer Ablauf der Tätigkeit an der CNC-Fräse



Abb. 11.6 Jobcoaching bei Herrn M.
(Foto: Thorsten Hirsch)

schriftlich festgehalten, erprobt und das vereinbarte Vorgehen im Alltag umgesetzt. Dies ermöglicht Herrn M., seine beste berufliche Leistung trotz der neuropsychologischen Probleme zu erbringen.

In den weiteren Wochen des Jobcoaching^{AP} erproben wir noch Bohrtätigkeiten, schneiden Gewinde, schweißen, führen Lagertätigkeiten aus und erproben nach und nach neue wie vorhandene Aufgabenfelder. Am Ende ist durch die Zusammenarbeit mit dem Jobcoach^{AP} ein passgenaues Tätigkeitsfeld für Herrn M. entstanden, einzelne Aufgaben wurden weggelassen, er hat Verantwortung für neue Tätigkeiten übernommen und Routine im Alltag und beim Wechsel zwischen seinen Aufgaben erworben. Aber auch die Vorgesetzten haben gelernt, den Möglichkeiten von Herrn M. entsprechend zu kommunizieren und den Einsatz von Herrn M. zu planen. Sie achten darauf, ihn mit Anweisungen nicht zu überfordern. „Mit Ihnen als Jobcoach zusammen ist am Ende doch noch ein Schuh draus geworden!“ sagt der Meister am Ende und nimmt damit auch Bezug auf seine eigenen Zweifel an der Weiterbeschäftigung von Herrn M. Nun sieht er der Zusammenarbeit gerne entgegen.

11.5.3 Was ist Jobcoaching^{AP}?

Definition

[]

Jobcoaching^{AP} bedeutet eine direkte Unterstützung am Arbeitsplatz. (s. Definition von Jobcoaching^{AP} der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V. – BAG UB 2018)

Unabhängig vom geschilderten Einzelfall werden beim Jobcoaching^{AP} durch Begleitung, Unterstützung und Beratung von berufstätigen Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf kreative Wege für die Gestaltung von beruflicher Inklusion in enger Zusammenarbeit mit den Beteiligten realisiert. Jobcoaches^{AP} gehen mehrmals pro Woche stundenweise in den Betrieb, arbeiten mit den Mitarbeitern mit besonderem Unterstützungsbedarf und ihren Kollegen über Monate intensiv zusammen, denken sich in den Betrieb, die Abteilung, sowie die Arbeitsorganisation ein und loten Handlungsmöglichkeiten aus. Sie gestalten Arbeitsabläufe und adaptieren Anforderungen in Abstimmung mit Vorgesetzten und Kollegen. Jobcoaches^{AP} lassen sich auf die jeweilige Situation im Betrieb ein und gestalten gemeinsam mit den Menschen vor Ort eine Einzelfalllösung. Sie arbeiten mit den dort vorhandenen Ressourcen und Potentialen, nehmen sie wahr, machen sie sichtbar und fördern sie und streben so letzten Endes langfristig stabile Lösungen der Teilhabe am Arbeitsleben für die Person mit besonderem Unterstützungsbedarf an (vgl. Selbstverständnis von Jobcoaching^{AP} BAG UB 2018).

Jobcoaching^{AP} gliedert sich in Deutschland in ein breites Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit einer Schwerbehinderung im Arbeitsleben. Dieses Leistungsspektrum beinhaltet z. B. Leistungen für die behinderungsgerechte Anpassung des Arbeitsplatzes, finanzielle Kompensationen an den Arbeitgeber für behinderungsbedingte Minderleistung oder Beratungsangebote des Integrationsfachdienstes. Jobcoaching^{AP} ist dabei ein u. a. durch speziell qualifizierte Ergotherapeuten angebotenes, methodisch definiertes Leistungsangebot zur nachhaltigen Teilhabe einer Person mit besonderem Unterstützungsbedarf am Arbeitsleben in einem Betrieb oder einer Dienststelle des allgemeinen Arbeitsmarktes (vgl. Definition von Jobcoaching^{AP} der BAG UB 2018).

Abhängig vom Bedarf der Beteiligten umfasst Jobcoaching^{AP} einen ziel- und ergebnisorientierten Prozess, der sich zeitlich in der Regel auf einige Monate begrenzt. Ort des Handelns ist dabei im Wesentlichen der betriebliche Praktikums-, Qualifizierungs-, Ausbildungs-/Umschulungs- oder Arbeitsplatz. Dies ermöglicht dem Jobcoach^{AP}, sein Handeln unmittelbar auf die Arbeitsinhalte und Arbeitssituationen der Person mit besonderem Unterstützungsbedarf zu fokussieren. Jobcoaching^{AP} findet im direkten Dialog mit betrieblichen Vorgesetzten und Kollegen statt sowie in enger Abstimmung mit betrieblichen Funktionsträgern – sofern relevant auch mit beteiligten Personen außerhalb des Betriebes. Mit allen Beteiligten initiieren und gestalten Jobcoaches^{AP} sehr handlungsorientiert einen Lern- und Entwicklungsprozess mit dem Ziel einer tragfähigen, betrieblichen Inklusionslösung (s. ► Abb. 11.7, vgl. BAG UB ebd.).

Der Jobcoaching^{AP}-Prozess gliedert sich in 4 Phasen:

1. Auftragsklärung und Planung zu Beginn und bei Änderungen der bisherigen Vereinbarungen
2. Selbstintegration, bei der der Jobcoach^{AP} betriebliche Gegebenheiten kennenlernt, sich mit den Beteiligten vertraut macht und so für seine eigene Arbeitsfähigkeit sorgt
3. Veränderung und Intervention, hier werden die vereinbarten Veränderungen realisiert und
4. Stabilisierung und Abschied als Phase, in der der Jobcoach^{AP} beginnt, sich zurückzuziehen, die Frequenz zu ändern und auf den Abschied hinzuarbeiten.

Jobcoaches^{AP} richten ihr methodisches Handeln auf das gesamte betriebliche System aus, sie orientieren sich beim Vorgehen konsequent an Lösungsmöglichkeiten und vorhandenen Ressourcen.

Die Interventionsbereiche von Jobcoaches^{AP} sind:

- das fachliche Lernen von Mitarbeitern mit besonderem Unterstützungsbedarf
- die Vermittlung von beruflichen Schlüsselkompetenzen an sie
- Lernprozesse der Kollegen oder Führungskräfte
- die Änderung von Anforderungen
- die Verwendung von Hilfsmitteln oder
- das Initiieren weiterer Unterstützung

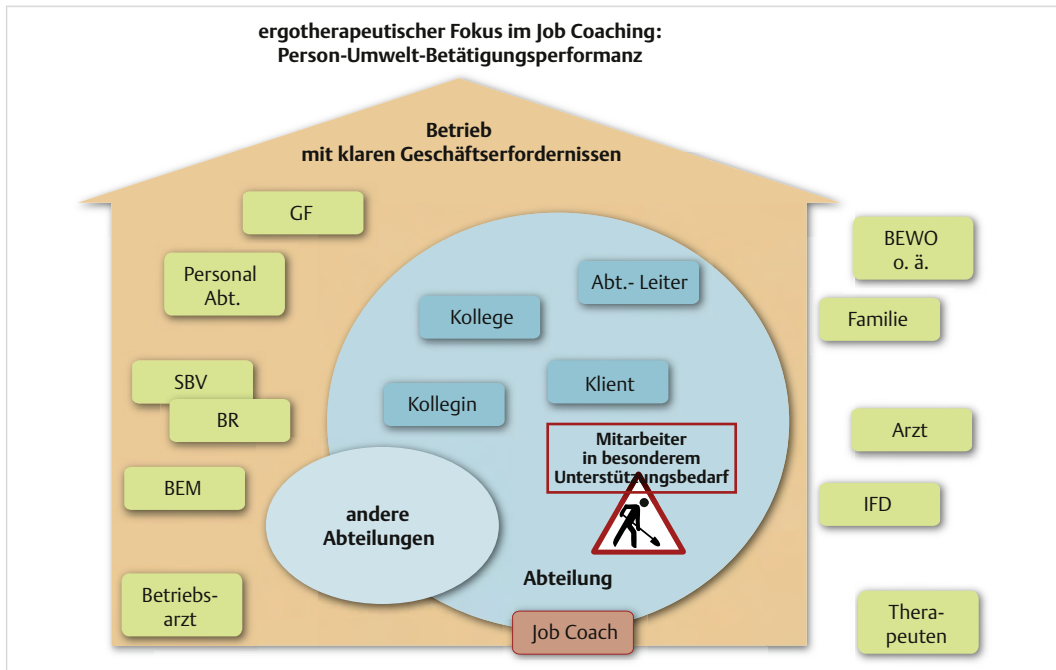


Abb. 11.7 Ergotherapeutischer Fokus im Jobcoaching^{AP}: Person-Umwelt-Betätigungsperformanz.
Abkürzungen: GF = Geschäftsführer, SBV = Schwerbehindertenvertretung, BR = Betriebsrat, BEM = Betriebliches Eingliederungsmanagement, BEWO = Betreutes Wohnen, IFD = Integrationsfachdienst (Quelle: Dehnhardt B, „Ich werde Ergotherapeutin“, Thieme, 2012)

11.5.4 Wo sind Jobcoaches^{AP} tätig?

In den letzten Jahren haben sich unterschiedliche Arbeitsbereiche entwickelt, in denen auch Ergotherapeuten als Jobcoaches^{AP} tätig sind. Im Bereich der „Unterstützten Beschäftigung“ (§ 55 SGB IX), in den „Begleitenden Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben“, aber auch innerhalb der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen werden Menschen intensiv durch Jobcoaches^{AP} an ihrem Arbeitsplatz begleitet. Wie und in welchem Maße die Möglichkeiten des Jobcoaching^{AP} genutzt und angeboten werden, ist in Qualität und Häufigkeit jedoch sehr unterschiedlich.

Dieses Arbeitsgebiet ist in Deutschland regional sehr unterschiedlich weit entwickelt und stark von der Ausrichtung einzelner Leistungsträger geprägt. Einen Überblick über Einrichtungen der Unterstützten Beschäftigung gibt die Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (BAG UB 2018). Ergebnisse des Forschungsprojekts „JADE – Jobcoaching zur Arbeits-

platzsicherung Definieren und Evaluieren“ der HAWK, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit am Standort Hildesheim unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Ulrike Marotzki gibt einen Überblick über Jobcoaching^{AP} im Bereich der Sicherung von Arbeitsplätzen (HAWK Hildesheim o. J.).

11.5.5 Welche Qualifizierung haben Jobcoaches^{AP}?

Jobcoaches^{AP} haben als Grundqualifikation eine Berufsausbildung bzw. ein Studium zum Ergotherapeuten absolviert, eine vergleichbare pädagogische Qualifizierung oder sind als Quereinsteiger mit Ausbildungsqualifizierung oder entsprechendem Studium über eine intensive Weiterbildung als Jobcoach^{AP} tätig. Im letzten Fall oder durch Doppelqualifikationen bringen sie Fach- und Branchenkenntnisse, z. B. in der Industrie, im Handwerk, der Verwaltung o. ä. mit.

Neben den in der Ergotherapieausbildung bzw. dem -studium erworbenen Kompetenzen ist für

dieses Arbeitsfeld ein individuelles Interesse an Arbeit in Unternehmen notwendig, da sich Jobcoaches^{AP} fast ausschließlich dort bewegen. So werden z. B. spezielle Fähigkeiten bei der Beratung von Mitarbeitern und Führungskräften benötigt. Die Fähigkeit, Menschen für neue Ideen zu begeistern, Erfahrungen aus der eigenen Arbeit beim methodischen Handeln zu nutzen, durchgehend Kooperationsbereitschaft zu zeigen und Kreativität bei der Gestaltung von Arbeitssituationen zu entwickeln, werden ebenso benötigt, wie Neugier und Verständnis für betriebliche Abläufe und Arbeitgeberinteressen sowie ausreichend gesunder Menschenverstand. Um den vielfältigen und individuellen Situationen der Klienten und deren Arbeitgebern entsprechen zu können, sind all diese Fertigkeiten im Arbeitsalltag eines Jobcoaches^{AP} wichtig. Sehr hilfreich bei dieser Arbeit sind daneben Kenntnisse der Auswirkungen von Behinderungen und der Blick auf den Klienten, seine physische und soziale Umwelt, sowie auf seine angestrebte Betätigung.

Entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten für Ergotherapeuten zum Jobcoach^{AP} bieten seit vielen Jahren der Landschaftsverband Westfalen Lippe sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung an, die als Leistungsträger und Interessensvertreter langjährige Erfahrungen mit dem Jobcoaching^{AP} haben. Auch die DVE-Akademie bietet eine Fortbildung zum Jobcoach an. Informationen können unter www.lwl-inklusionsamt.de, unter www.bag-ub.de oder www.dve.info eingeholt werden.

11.5.6 Wie ist die zukünftige Perspektive von Jobcoaching^{AP}?

Arbeitswelten werden zunehmend individueller und inklusiver gestaltet. Daher ist zu erwarten, dass Angebote von Jobcoaching^{AP} verstärkt durch Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf, deren Arbeitgebern oder von Leistungsträgern nachgefragt werden, um diese Anpassungs- und Veränderungsprozesse im Einzelfall zu realisieren. Jobcoaching^{AP} wird sich aus jetziger Sicht als Arbeitsfeld in den nächsten Jahren oder vielleicht Jahrzehnten mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter differenzieren, weiterentwickeln und professionalisieren. Denkbar sind hier beispielsweise zielgruppen-spezifische Ausdifferenzierungen, verschiedene „Coaching-Schulen“ oder differenzierte Angebote für spezielle Arbeitsbereiche.

Der Bedarf an engagierten und gut qualifizierten Nachwuchskräften wird auf absehbare Zeit zudem nicht nachlassen. Nicht zuletzt das erste deutsche Forschungsprojekt zu Jobcoaching an der HAWK in Hildesheim, die Entstehung des „Qualitätsnetzwerks Jobcoaching^{AP}“ im Rahmen der BAG UB oder ähnliche Entwicklungen zeigen die Attraktivität dieses interessanten Arbeitsfeldes in Deutschland und darüber hinaus auf.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V. – BAG UB; 2018 www.bag-ub.de (Abrufdatum November 2018)
HAWK Hildesheim. JADE – Jobcoaching zur Arbeitsplatzsicherung Definieren und Evaluieren; o.J. <http://blogs.hawk-hhg.de/jade>
Hötten R, Hirsch T. Jobcoaching: Die betriebliche Inklusion von Menschen mit Behinderung gestalten. Köln: BALANCE buch + medien; 2014

11.6 Eine Ergotherapeutin koordiniert kommunale Gesundheitsnetzwerke

Annika Grote

„Was Du mir sagst, behalte ich einen Tag, was Du mir zeigst, behalte ich eine Woche, woran Du mich mitgestalten lässt, ein ganzes Leben!“

Laotse

Wenn ich (► Abb. 11.8) zurückblicke, was mich bewegt hat, in der Gesundheitsförderung tätig zu sein, dann gibt es einen Schlüsselmoment. Ich verstand schon in der ergotherapeutischen Behandlung nicht, dass bei meinen Patienten die medizinische Rehabilitation zwar erfolgreich verlief, Behandlungserfolge aber dann im Übergang ins



Abb. 11.8 Annika Grote. (Foto: Annika Grote)

häusliche Umfeld verloren gingen. Vor allem, weil die Weiterbehandlungen durch bürokratische Einflüsse verzögert wurden oder die Abstimmung unter den beteiligten Therapeuten nicht im Sinne eines einheitlichen Vorgehens stattfand. Folgeerkrankungen hätten vermieden werden können, da war ich mir ganz sicher. Die Logik des Gesundheitssystems gab keinen Anreiz für eine Zusammenarbeit – und das ärgerte mich maßlos. Ich wollte es besser machen und setzte mich während der Weiterbildung zur Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen intensiv mit sozialrechtlichen und ökonomischen Fragen im Gesundheitswesen auseinander.

Der darauffolgende Job ebnete mir den Weg, erstmals als angestellte Projekt- und Netzwerkkoordinatorin für eine spezialisierte Beratungs- und Managementgesellschaft tätig zu sein: Ich steuerte die Interventionen von zehn regionalen Therapienetzen in Nordrhein-Westfalen (u.a. in Köln, Bonn, Aachen, Essen). Diese Netzwerke bestanden aus Praxen der Bereiche Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, die sich genossenschaftsähnlich organisiert hatten. Der Zusammenschluss ermöglichte den rund 80 Leistungserbringern, gemeinsam nach außen aufzutreten. Diese Integrierte Versorgung ist ein Modell zur Behandlung und Betreuung von Patienten. Ziel dabei ist, die starren Leistungsstrukturen im Gesundheitswesen aufzulösen und die medizinische Versorgung interdisziplinär zu gestalten. Wesentlich ist dabei neben der besseren Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors vor allem die fachübergreifende Zusammenarbeit.

Realisiert haben wir beispielsweise ein Reha-Entlassungs-Management, in dem durch frühzeitige Informationen und organisatorische Unterstützung der Übergang aus der stationären Rehabilitation in die ambulante Therapie ohne Reibungsverluste gewährleistet wurde. Auch die Organisation von Fortbildungen gehörte zu meinen Aufgaben, u.a. zur sektorenübergreifenden Schlaganfallversorgung oder zur Umsetzung eines Präventionskonzeptes für Schulanfänger. Zunehmend befasste ich mich mit der kommunalen Gesundheitsförderung. Aber auf jeden Fall hatte ich meine Berufung gefunden: mittels Vernetzung dafür zu sorgen, dass Krankheit gar nicht erst entsteht oder zu verhindern, dass sie sich verschlimmert. Dann war schließlich die Zeit reif, mich im Arbeitsfeld der Gesundheitsvernetzung selbständig zu machen.

Im Rahmen der Akquise nahm ich Kontakt mit dem Bürgermeister an meinem Wohnort in der Nähe von Heilbronn auf, eigentlich um die Situation der Pflege und Rehabilitation näher unter die Lupe zu nehmen. Dabei kamen wir auf das Thema Gesundheitsförderung zu sprechen. Wir waren uns sofort einig, dass funktionierende Infrastrukturen, gute Öffentlichkeitsarbeit sowie das Engagement und die Beteiligung von Einwohnern wesentlich dazu beitragen, dass Menschen sich wohl und ernst genommen fühlen. Dann fällt es auch leichter, mehr Selbstverantwortung für den eigenen Lebensstil zu entwickeln. Und die Menschen können selbst aktiv in ihrem Lebensumfeld ansetzen, also dort, wo sie leben, arbeiten, aufwachsen und älter werden. So soll es doch eher gelingen, die Gesundheit dieser Menschen zu stärken und das Risiko von Krankheit zu minimieren – ganz im Sinne von „Vorbeugen ist besser als Heilen“.

Sätze wie „esst mehr Obst“ reichen nicht aus. Vielmehr wollten wir, dass die Menschen erleben und begreifen, dass ein jeder etwas beeinflussen und selbst Verantwortung tragen kann. Der Gesundheitsexperte Rolf Rosenbrock nennt es in einem Interview (vgl. Stolze 2015) ein Einüben von Teilhabe. Dies geschieht z.B. dann, wenn Erzieher den Speiseplan im Kindergarten von den Kindern selbst mitgestalten, sie mitentscheiden und diskutieren lassen, was die Woche über gekocht werden soll. Fragen wie „wo kommen eigentlich die Nahrungsmittel her“ oder „wem schmeckt was, warum ist Obst gesund“ lassen sich fließend in die Überlegungen zum Wochenplan einbeziehen.

Das, was Rosenbrock heute als Lebenswelt-Prävention beschreibt, hatte den Bürgermeister überzeugt und er lud mich zu weiteren Gesprächen ein. Ich machte den überwiegend medizinischen Laien in der Gemeindeverwaltung begreiflich, wie die Vernetzung und Beteiligung von Menschen als wichtige Strategie bei der Gesunderhaltung der Bürger sowie der Bekämpfung sozialer Ungleichheiten zu verstehen ist. Der Gemeinderat beauftragte mich mit der Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes. Ich sollte dessen Aspekte „zum Leben erwecken“ und zeigen, wie sich kommunale Prozesse besser und bedarfsgerechter miteinander verzahnen lassen.

Oberstes Ziel war, das Miteinander und den Gemeinsinn im Ort zu stärken und das Thema „Gesundheit“ in das Ortsgeschehen hineinzutragen. Alle Beteiligten waren realistisch genug, um zu

wissen, dass der Ort mit seinen rund 7000 Einwohnern nicht in einem Jahr gesunden kann. Vielmehr sollten die Bürger und Einrichtungen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise sensibilisiert werden. Für mich war das die Gelegenheit, meine Vision in die Tat umzusetzen. Es war aber auch eine riesige Herausforderung. Wie fange ich an? Um den gesamten Ort konzeptionell zu erfassen, entschied ich mich für vier Felder:

- gesund aufwachsen
- gesund wohnen
- gesund arbeiten und
- gesund altern.

Es wurde eine Lenkungsgruppe mit Schlüsselpersonen und Multiplikatoren aus den Bereichen Schulen, Sportverein, Gemeindeverwaltung, Krankenkasse und Gewerbeverein gegründet. Leiter des Bereichs „Gesund altern“ war zum Beispiel der Sprecher des Arbeitskreises Senioren, dem Arbeitskreis „Gesund aufwachsen“ stand der Grund- und Hauptschulleiter vor, die Öffentlichkeitsarbeit übernahm die Gemeinde selbst. So entstanden gleichzeitig positive Effekte hinsichtlich der Finanzierung.

Wir haben deshalb von Beginn an ein ansprechendes „Label“ für das Vorhaben gewählt: das vom Bürgermeister ausgerufenen „Gesundheitsjahr“ erweckte Neugierde und Gesprächsbereitschaft. Ich beobachtete, wie sich Menschen mit dem Begriff Gesundheitsförderung aus ihren persönlichen Erfahrungen heraus sehr schnell identifizieren konnten. Sei es der Ärger des Schulleiters über die nicht ausreichenden Hilfen für Kinder und Jugendliche in prekären Lebenssituationen im Ort oder die Rückenprobleme der Verwaltungsmitarbeiter – alles war erlaubt, um darüber ins Gespräch zu kommen.

Ich führte eine Bedarfsanalyse anhand von Befragungen mit Einwohnern, Unternehmen und Organisationen durch. In einem Bürgerforum als Werkstattgespräch konnten wir im Ansatz herausfinden, was die Bürger bewegt und wo sie für ihren Ort Verbesserungsbedarf im Sinne gesunder Lebensverhältnisse und sozialen Wohlbefindens sehen. Angesprochen wurde beispielsweise die fehlende Barrierefreiheit im Ortskern, schlecht angenommene Vereinsangebote oder das erhöhte Lärm- und Verkehrsaufkommen infolge des zunehmenden Pendlerverkehrs nach Stuttgart. Und der Arbeitskreis „Gesund aufwachsen“ hatte das Ziel herausgearbeitet, die Hilfestrukturen für bedürfti-

ge Familien passender zu gestalten. Das Rad sollte nicht neu erfunden werden, sondern die Verantwortlichen wollten ineffektive Doppelstrukturen aufheben und gemeinsam Positives bewirken. Ich musste in diesem komplexen Thema stets guten Kontakt zu den Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, aus der Politik, zum Gesundheitsamt, zum Ortsverein und zu den Krankenkassen halten und dafür sorgen, dass ein offenes und konstruktives Arbeitsklima beibehalten wird.

Das Gesamtprojekt erweckte zunehmend Aufmerksamkeit bei Unternehmen, Vereinen und Bürgern. Die Bereitschaft zur Mitarbeit war unerwartet hoch. Vor allem das bürgerliche Engagement schien plötzlich noch mehr Sinn zu erhalten. Etliche Themen wurden durch die Brille der Gesundheitsförderung betrachtet und bearbeitet. Die Grund- und Hauptschule etwa organisierte eine Gesundheitswoche und der Seniorenrat rief einen Fahrdienst für öffentliche Veranstaltungen ins Leben. Und der erste Gesundheitstag als Leitaktion mit über 1000 Besuchern und 40 Ausstellern fand reges Interesse. Der Plan für das Projektjahr war aus Sicht der Verantwortlichen aufgegangen und viele Impulse aus dem Projekt trugen zur zukünftigen Planung der Ortsentwicklung bei. Die Ergebnisse der Maßnahmen sowie weitere Schritte und Aktionen habe ich in einem Abschlussbericht beschrieben.

Das Projekt fand politische Aufmerksamkeit, als ich um die Schirmherrschaft des Landes Baden-Württemberg bat. Die Gemeinde wurde Partnerkommune der Initiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“. Ich selbst war nach dem Jahr als Referentin bei der Qualifizierung von Gesundheitsämtern und am Aufbau von kommunalen Netzwerken beteiligt, bis zu meinem Rückzug nach Norddeutschland.

Im östlichen Holstein gibt es ein Netz, in dem Ärzte, Kliniken, Pflegeeinrichtungen und (Psycho-)Therapeuten organisiert sind. Dort habe ich als Koordinatorin unter anderem ein zweijähriges Pilotprojekt zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung depressiver Patienten begleitet. Meine Aufgabe bestand darin, für die Umsetzung eines Versorgungsvertrages mit einer Krankenkasse zu sorgen und alle beteiligten Akteure zu koordinieren. Durch die eigens entwickelte, digitale Patientenakte konnte jeder behandelnde Arzt sowie Psychotherapeut den aktuellen Behandlungsstand nachvollziehen. Gleichzeitig habe ich auch die Abläufe im Behandlungskonzept im Auge

behalten und bei Bedarf die teilnehmenden Patienten unterstützt. Parallel absolvierte ich ein Fernstudium der angewandten Gesundheitswissenschaften an der Uni Bielefeld mit Abschluss als zertifizierte Case Managerin (DGCC).

Heute arbeite ich zweigleisig: Ich führe unseren familieneigenen Pflegedienst weiter und gleichzeitig bin ich freiberuflich im Gesundheitsmanagement tätig. Mein erstes großes Projekt in Baden-Württemberg verhilft mir aktuell, mich in anderen Kommunen in Schleswig-Holstein vorzustellen.

Ich bin mir sicher: Mein Weg in der Gesundheitsförderung und in der Gesundheitsvernetzung geht weiter. Denn vor allem mit dem seit 2016 verabschiedeten Präventionsgesetz, das die Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie vorschreibt, rücken alltagsbezogene Interventionen in den Fokus. Kompetenzen als Präventionsbeauftragte oder Prozessbegleiter gewinnen immer mehr an Bedeutung. Denn nun ist die Stärkung der Lebenswelt „Kommune“ rechtlich verankert. Das strategische Vorgehen soll die Förderung von kommunalen Netzwerken und die „Einübung von Teilhabe der Bevölkerung“ unterstützen. Politik allein schafft diese Mammutaufgabe nicht: Es kommt auf Menschen an, die Türen öffnen und handeln.

Ergotherapeuten sind prädestiniert, sich an der Vernetzung für eine gute Prävention und Gesundheitsförderung zu beteiligen. Denn das Ziel der Ergotherapie, Menschen bei der Ausführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung in ihrer Umwelt zu stärken (DVE 08/2007), lässt sich hervorragend mit gesundheitsfördernden Strategien kombinieren. Gefragt sind innovationsfreudige Querdenker, die tatkräftig für Prävention und Gesundheitsförderung werben, Gespräche initiieren, Handlungsbedarf direkt bei den Menschen wecken und zu Veränderungen motivieren. Wer, wenn nicht wir Ergotherapeuten, ist dafür geeignet?

Literatur

Stolze, C. Die Bedeutung der Medizin wird krass überschätzt; 2015.
Abgerufen von: <https://www.brandeins.de>

Kapitel 12

Anhang I: Die Performanzfertigkeiten aus dem Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM): motorische, prozessbezogene und soziale Interaktionsfertigkeiten

12.1	Motorische Fertigkeiten	308
12.2	Prozessbezogene Fertigkeiten	309
12.3	Soziale Interaktionsfertigkeiten	310

12 Anhang I: Die Performanzfertigkeiten aus dem Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM): motorische, prozessbezogene und soziale Interaktionsfertigkeiten

Übernommen aus Hinojosa et al. (2017, S.259–261), mit freundlicher Genehmigung von Anne Fisher. Deutsche Übersetzung Barbara Dehnhardt.

12.1 Motorische Fertigkeiten

Motorische Fertigkeiten: Fertigkeiten der Betätigungsperformanz, die kleine, beobachtbare Aktionen in Bezug auf das Interagieren mit und Bewegen von Gegenständen der Aufgabe oder von sich selbst im Kontext der Ausführung einer alltäglichen Aufgabe darstellen; üblicherweise nach der Art der auszuführenden Aufgabe benannt (z.B. motorische ADL-Fertigkeiten, schulrelevante motorische Fertigkeiten, motorische Arbeitsfertigkeiten).

Stabilisiert – bewegt sich durch die Aufgabenumwelt und interagiert mit Gegenständen der Aufgabe, ohne sich kurzzeitig abzustützen oder das Gleichgewicht zu verlieren.

Richtet auf – interagiert mit Gegenständen der Aufgabe, ohne dass ständiges Abstützen oder ständiges Anlehnen erkennbar ist.

Positioniert – positioniert sich in effektivem Abstand von Gegenständen der Aufgabe, ohne ungeschickte Arm- oder Körperpositionen.

Langt nach – streckt den Arm aus und – sofern angemessen – beugt den Rumpf, um effektiv Gegenstände der Aufgabe zu ergreifen oder abzulegen, die außer Reichweite sind.

Beugt – beugt oder rotiert den Rumpf beim Hinsetzen oder beim Beugen je nach Erfordernis der Aufgabe, um Gegenstände der Aufgabe zu ergreifen oder abzulegen, die außer Reichweite sind.

Ergreift/hält – ergreift effektiv Gegenstände der Aufgabe oder klemmt sie so ein, dass der Gegenstand nicht rutscht (z. B. aus den Fingern der Person, zwischen den Zähnen heraus).

Manipuliert – verwendet geschickte Fingerbewegungen, ohne dass ein Fummeln beim Manipulieren von Gegenständen erkennbar ist (z.B. beim Manipulieren der Knöpfe beim Auf- und Zuknöpfen).

Koordiniert – verwendet zwei oder mehr Körperteile gemeinsam, um Gegenstände der Aufgabe zu manipulieren oder festzuhalten, ohne dass ein Fummeln mit den Gegenständen oder ein Rutschen von Gegenständen aus dem Griff erkennbar ist.

Bewegt – schiebt oder zieht effektiv Gegenstände auf einer unterstützenden Fläche entlang, zieht, um eine Tür oder Schublade zu öffnen, oder schiebt, um sie zu schließen, oder schiebt an den Rädern, um den Rollstuhl anzutreiben.

Hebt – hebt einen Gegenstand effektiv hoch, ohne dass erhöhte Anstrengung erkennbar ist.

Geht – geht während der Ausführung der Aufgabe auf ebener Fläche, ohne mit den Füßen zu schlurfen, instabil zu werden, sich abzustützen oder Hilfsmittel zu verwenden.

Transportiert – trägt Gegenstände der Aufgabe von einer Stelle zu einer anderen, während sie geht oder mit dem Rollstuhl fährt.

Dosiert – verwendet beim Interagieren mit Gegenständen der Aufgabe Bewegungen mit angemessener Kraft, Geschwindigkeit oder angemessenem Ausmaß (z.B. zerdrückt die Gegenstände nicht, schiebt die Tür mit angemessener Kraft, so dass sie schließt).

Bewegt fließend – verwendet gleichmäßige und fließende Arm- und Handgelenksbewegungen beim Interagieren mit Gegenständen der Aufgabe.

Hält durch – bleibt dabei und führt die Aufgabe zu Ende, ohne dass körperliche Ermüdung, Erholungspausen oder Innehalten zum Atemschöpfen erkennbar sind.

*Hält Tempo** – behält durchgängig ein effektives Tempo während der gesamten Aufgabe bei.

**Zur Beachtung:* Hält Tempo ist sowohl eine motorische als auch eine prozessbezogene Fertigkeit, wird aber nur einmal bewertet, basierend auf Gesamtwertung oder Gesamttempo der Aufgabenausführung.

12.2 Prozessbezogene Fertigkeiten

Prozessbezogene Fertigkeiten: Fertigkeiten der Betätigungsperformanz, die kleine, beobachtbare Aktionen darstellen in Bezug auf das Auswählen, das Interagieren mit und Verwenden von Gegenständen der Aufgabe; auf das Ausführen einzelner Aktionen und Schritte; und auf das Modifizieren der Aufgabenausführung, um zu verhindern, dass Probleme der Betätigungsperformanz im Kontext der Ausführung von alltäglichen Aufgaben auftreten oder bestehen bleiben; üblicherweise nach der Art der auszuführenden Aufgabe benannt (z. B. prozessbezogene ADL-Fertigkeiten, prozessbezogene Schulfertigkeiten, prozessbezogene Arbeitsfertigkeiten).

Hält Tempo* – behält durchgängig ein effektives Tempo während der gesamten Aufgabe bei.

Hält Fokus – sieht nicht weg von dem, was sie/er gerade macht, unterbricht dadurch nicht das Fortschreiten der Aufgabe.

Verfolgt Ziel – führt die ursprünglich vereinbarte oder von jemand anders vorgegebene Aufgabe aus und stellt sie fertig.

Wählt aus – wählt benötigte Anzahl und angemessene Art von Werkzeugen und Material für die Aufgabe aus, einschließlich Werkzeug und Material, von dem z. B. ein Lehrer der Person gesagt hatte, dass sie es verwenden sollte, oder von dem sie selbst vorher gesagt hatte, dass sie es verwenden wollte.

Verwendet – setzt Werkzeug und Material für das ein, wozu es gedacht ist (z. B. einen Bleistiftspitzer zum Spitzen eines Bleistifts, aber nicht zum Spitzen einer Wachsmalkreide) und auf hygienische Weise.

Handhabt – unterstützt oder stabilisiert Gegenstände der Aufgabe auf angemessene Weise und bewahrt sie davor, beschädigt zu werden, zu rutschen, sich zu bewegen oder herunter zu fallen.

Fragt – sucht 1. benötigte verbale oder schriftliche Information durch Fragenstellen oder Lesen von Anleitungen oder Aufschriften und bittet 2. nicht um Informationen, wenn sie/er vorher voll mit der Aufgabe und der Umwelt vertraut gemacht worden war und die Antwort unmittelbar vorher wusste.

Beginnt – beginnt oder fängt mit der nächsten Aktion oder dem nächsten Schritt ohne Verzögerung an.

Führt fort – führt einzelne Aktionen oder Schritte ohne Unterbrechungen aus, so dass die Person,

sobald sie eine Aktion oder einen Aufgabenschritt begonnen hat, diese(n) ohne Pause oder Verzögerung fortführt, bis die Aktion oder der Schritt abgeschlossen ist.

Sequenziert – führt Schritte in effektiver oder logischer Reihenfolge aus und 1. ohne Zufälligkeit und Mangel an Logik in der Abfolge und 2. ohne unangemessene Wiederholung von Schritten.

Beendet – bringt einzelne Aktionen oder Schritte zu Ende ohne unangemessenes Fortdauern oder vorzeitiges Beenden.

Sucht/Findet – sucht nach und findet Werkzeug und Material auf logische Weise, sowohl innerhalb als auch außerhalb der unmittelbaren Umgebung.

Sammelt – holt zusammengehöriges Werkzeug und Material an denselben Arbeitsplatz und sammelt auch Werkzeug und Material, das verschüttet, heruntergefallen oder falsch weggelegt ist, wieder zusammen.

Organisiert – positioniert oder arrangiert räumlich Werkzeug und Material ordentlich und logisch entweder an einem Arbeitsplatz oder an mehreren angemessenen Arbeitsplätzen so, dass der Arbeitsplatz nicht zu weit ausgedehnt oder überfüllt ist.

Räumt auf – bringt Werkzeuge und Materialien an angemessene Stellen zurück, so dass der unmittelbare Arbeitsplatz in seinen ursprünglichen Zustand zurück versetzt ist.

Navigiert – bewegt den Arm, Körper oder Rollstuhl, ohne beim Bewegen in der Aufgabenumwelt oder beim Interagieren mit Gegenständen der Aufgabe gegen Hindernisse zu stoßen.

Bemerkt/Reagiert – reagiert angemessen auf 1. nonverbale aufgabenbezogene Hinweise (z. B. Hitze, Bewegungen), 2. auf räumliche Gestaltung oder Ausrichtung von Gegenständen der Aufgabe zu einander und 3. auf Schranktüren oder Schubladen, die während der Aufgabenausführung offen gelassen wurden.

Passt Gegebenheiten an – 1. geht effektiv zu einem neuen Arbeitsplatz, 2. bewegt effektiv Werkzeug und Material vom aktuellen Arbeitsplatz weg und 3. passt Schaltknöpfe, Drehknöpfe oder Wasserhähne effektiv so an, dass Probleme bei der weiteren Ausführung der Aufgabe überwunden werden.

Passt Art und Weise an – verhindert ineffektive Ausführung der Aufgabe.

Zieht Nutzen – verhindert, dass sich Probleme bei der Ausführung von Aufgaben wiederholen oder bestehen bleiben.

12.3 Soziale Interaktionsfertigkeiten

Soziale Interaktionsfertigkeiten: Fertigkeiten der Betätigungsperformanz, die kleine beobachtbare Aktionen in Bezug auf das Kommunizieren und Interagieren mit anderen im Kontext der Ausführung von alltäglichen Aufgaben mit sozialer Interaktion darstellen.

Begrüßt/Beginnt – nähert sich oder initiiert Interaktion mit dem sozialen Partner so, wie es sozial angemessen ist.

Beendet/Klinkt sich aus – beendet die Unterhaltung oder soziale Interaktion effektiv, bringt das Thema der Diskussion zum Ende und klinkt sich aus oder sagt Auf Wiedersehen.

Produziert Sprache – produziert gesprochene, signalisierte Botschaften oder unterstützte Kommunikation (z. B. Computersprache), die hörbar und klar artikuliert sind.

Gestikuliert – verwendet sozial angemessene Gesten, um eine Botschaft zu senden oder zu unterstützen.

Spricht fließend – spricht fließend und fortlaufend, mit gleichmäßigem Tempo (nicht zu schnell, nicht zu langsam) und ohne Pausen oder Verzögerungen, während die Botschaft gesendet wird.

Wendet sich zu – positioniert sich aktiv oder wendet den Körper und das Gesicht dem sozialen Partner oder der Person zu, die gerade spricht.

Schaut – nimmt Blickkontakt mit dem sozialen Partner auf.

Platziert sich – positioniert sich während der sozialen Interaktion in angemessener Distanz zum sozialen Partner.

Berührt – reagiert auf Berührung und berührt selbst den sozialen Partner oder nimmt Körperkontakt so auf, wie es sozial angemessen ist.

Reguliert – zeigt kein irrelevantes, sich wiederholendes oder impulsives Verhalten, das nicht Teil der sozialen Interaktion ist.

Stellt Fragen – bittet um relevante Fakten und Informationen und stellt Fragen, die den beabsichtigten Zweck der sozialen Interaktion unterstützen.

Antwortet – hält die Unterhaltung durch angemessene Antworten auf Fragen und Kommentare am Laufen.

Legt offen – offenbart eigene Meinungen, Gefühle und persönliche Informationen über sich selbst oder andere, wie es sozial angemessen ist.

Drückt Gefühl aus – zeigt Affekt und Gefühle auf sozial angemessene Weise.

Widerspricht – drückt Meinungsverschiedenheiten sozial angemessen aus.

Dankt – verwendet angemessene Wörter und Gesten, um den Erhalt von Diensten, Geschenken oder Komplimenten zu bestätigen.

Leitet über – geht gut mit Übergängen in der Unterhaltung um oder wechselt das Thema, ohne den Fortgang der Unterhaltung zu unterbrechen.

Reagiert zeitgerecht – antwortet auf soziale Botschaften unverzüglich oder ohne zu zögern und ohne den sozialen Partner zu unterbrechen.

Spricht angemessen lange – spricht in Bezug auf die Komplexität der gesendeten Botschaft angemessen lange.

Wechselt ab – wechselt sich mit dem sozialen Partner ab und lässt diesem die Freiheit, seinerseits abzuwechseln.

Passt Sprache an – benutzt eine Stimmlage, einen Dialekt oder eine Sprachebene, die sozial angemessen und den Fähigkeiten und dem Verständnis des sozialen Partners angepasst ist.

Klärt – reagiert auf Gesten oder verbale Botschaften, die signalisieren, dass der soziale Partner eine Botschaft nicht versteht, und sorgt dafür, dass der soziale Partner der Unterhaltung folgt.

Bestätigt/Ermutigt – bestätigt den Erhalt von Botschaften, ermutigt den sozialen Partner, die Interaktion fortzuführen, und ermutigt alle sozialen Partner, sich an sozialer Interaktion zu beteiligen.

Fühlt sich ein – drückt dem sozialen Partner gegenüber seine unterstützende Einstellung durch Zustimmung, Empathie oder Ausdruck von Verständnis für dessen Erfahrungen und Gefühle aus.

Verfolgt Ziel – verwendet zielgerichtete soziale Interaktionen, die darauf gerichtet sind, den beabsichtigten Zweck der sozialen Interaktion auszuführen und zu erfüllen.

Passt Art und Weise an – verhindert ineffektive oder sozial unangemessene soziale Interaktion.

Zieht Nutzen – verhindert, dass sich Probleme ineffektiver oder sozial unangemessener sozialer Interaktion wiederholen oder bestehen bleiben.

Literatur

Fisher, A. G. & Jones, K. B. Occupational Therapy Intervention Process Model. In: Hinojosa J, Kramer P, Royeen C B. Perspectives on human occupation: Theories underlying practice. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer|Lippincott Williams & Wilkins; 2017: 237–286

12.3 Soziale Interaktionsfertigkeiten

Soziale Interaktionsfertigkeiten: Fertigkeiten der Betätigungsperformanz, die kleine beobachtbare Aktionen in Bezug auf das Kommunizieren und Interagieren mit anderen im Kontext der Ausführung von alltäglichen Aufgaben mit sozialer Interaktion darstellen.

Begrüßt/Beginnt – nähert sich oder initiiert Interaktion mit dem sozialen Partner so, wie es sozial angemessen ist.

Beendet/Klinkt sich aus – beendet die Unterhaltung oder soziale Interaktion effektiv, bringt das Thema der Diskussion zum Ende und klinkt sich aus oder sagt Auf Wiedersehen.

Produziert Sprache – produziert gesprochene, signalisierte Botschaften oder unterstützte Kommunikation (z. B. Computersprache), die hörbar und klar artikuliert sind.

Gestikuliert – verwendet sozial angemessene Gesten, um eine Botschaft zu senden oder zu unterstützen.

Spricht fließend – spricht fließend und fortlaufend, mit gleichmäßigem Tempo (nicht zu schnell, nicht zu langsam) und ohne Pausen oder Verzögerungen, während die Botschaft gesendet wird.

Wendet sich zu – positioniert sich aktiv oder wendet den Körper und das Gesicht dem sozialen Partner oder der Person zu, die gerade spricht.

Schaut – nimmt Blickkontakt mit dem sozialen Partner auf.

Platziert sich – positioniert sich während der sozialen Interaktion in angemessener Distanz zum sozialen Partner.

Berührt – reagiert auf Berührung und berührt selbst den sozialen Partner oder nimmt Körperkontakt so auf, wie es sozial angemessen ist.

Reguliert – zeigt kein irrelevantes, sich wiederholendes oder impulsives Verhalten, das nicht Teil der sozialen Interaktion ist.

Stellt Fragen – bittet um relevante Fakten und Informationen und stellt Fragen, die den beabsichtigten Zweck der sozialen Interaktion unterstützen.

Antwortet – hält die Unterhaltung durch angemessene Antworten auf Fragen und Kommentare am Laufen.

Legt offen – offenbart eigene Meinungen, Gefühle und persönliche Informationen über sich selbst oder andere, wie es sozial angemessen ist.

Drückt Gefühl aus – zeigt Affekt und Gefühle auf sozial angemessene Weise.

Widerspricht – drückt Meinungsverschiedenheiten sozial angemessen aus.

Dankt – verwendet angemessene Wörter und Gesten, um den Erhalt von Diensten, Geschenken oder Komplimenten zu bestätigen.

Leitet über – geht gut mit Übergängen in der Unterhaltung um oder wechselt das Thema, ohne den Fortgang der Unterhaltung zu unterbrechen.

Reagiert zeitgerecht – antwortet auf soziale Botschaften unverzüglich oder ohne zu zögern und ohne den sozialen Partner zu unterbrechen.

Spricht angemessen lange – spricht in Bezug auf die Komplexität der gesendeten Botschaft angemessen lange.

Wechselt ab – wechselt sich mit dem sozialen Partner ab und lässt diesem die Freiheit, seinerseits abzuwechseln.

Passt Sprache an – benutzt eine Stimmlage, einen Dialekt oder eine Sprachebene, die sozial angemessen und den Fähigkeiten und dem Verständnis des sozialen Partners angepasst ist.

Klärt – reagiert auf Gesten oder verbale Botschaften, die signalisieren, dass der soziale Partner eine Botschaft nicht versteht, und sorgt dafür, dass der soziale Partner der Unterhaltung folgt.

Bestätigt/Ermutigt – bestätigt den Erhalt von Botschaften, ermutigt den sozialen Partner, die Interaktion fortzuführen, und ermutigt alle sozialen Partner, sich an sozialer Interaktion zu beteiligen.

Fühlt sich ein – drückt dem sozialen Partner gegenüber seine unterstützende Einstellung durch Zustimmung, Empathie oder Ausdruck von Verständnis für dessen Erfahrungen und Gefühle aus.

Verfolgt Ziel – verwendet zielgerichtete soziale Interaktionen, die darauf gerichtet sind, den beabsichtigten Zweck der sozialen Interaktion auszuführen und zu erfüllen.

Passt Art und Weise an – verhindert ineffektive oder sozial unangemessene soziale Interaktion.

Zieht Nutzen – verhindert, dass sich Probleme ineffektiver oder sozial unangemessener sozialer Interaktion wiederholen oder bestehen bleiben.

Literatur

Fisher, A. G. & Jones, K. B. Occupational Therapy Intervention Process Model. In: Hinojosa J, Kramer P, Royeen C B. Perspectives on human occupation: Theories underlying practice. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer|Lippincott Williams & Wilkins; 2017: 237–286

Kapitel 13

Anhang II: Lösung PR-Quiz aus Kapitel 7

13 Anhang II: Lösung PR-Quiz aus Kapitel 7

Lösung: 1. Narratives Reasoning, 2. Pragmatisches Reasoning, 3. Wissenschaftliches Reasoning, 4. Narratives oder Interaktives Reasoning, 5. Ethisches Reasoning, 6. Interaktives oder Pragmatisches Reasoning, 7. Konditionales Reasoning

Sachverzeichnis

A

Acht Aktionspunkte des CPPF 216
 ACQ-OP, *siehe* Assessment of Compared Qualities – Occupational Performance
 ACQ-SI, *siehe* Assessment of Compared Qualities – Social Interaction
 ADL, *siehe* Aktivitäten des täglichen Lebens
 Aktivitäten des täglichen Lebens 45
 Aktivitätsanalyse 208
 American Occupational Therapy Association 45
 AMPS, *siehe* Assessment of Motor and Process Skills
 Analysefähigkeit 183
 Anforderungsanalyse, *siehe* Aktivitätsanalyse
 AOTA, *siehe* American Occupational Therapy Association
 Assessment 90
 – COPM 97
 – nicht-standardisiertes 90, 117
 – Reliabilität 91
 – standardisiertes 90, 117
 – Validität 91
 Assessment of Compared Qualities – Occupational Performance 127
 Assessment of Compared Qualities – Social Interaction 127
 Assessment of Motor and Process Skills 117, 127
 Aufgabenanalyse, *siehe* Ursachenanalyse
 Aufgabenausführung, *siehe* Performanz
 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ET 34
 – Neuentwurf DVE 133
 – von 1999 133
 Axiome der Kommunikation 135
 – digitale und analoge Modalitäten 136
 – Inhalts- und Beziehungsaspekt 136
 – symmetrische und komplementäre Kommunikation 137

B

Basiskompetenzen 25, 180
 – Belastbarkeit 25
 – Checkliste 27
 – Einfühlungsvermögen, *siehe* Empathie
 – Flexibilität 26
 – Frustrationstoleranz 26
 – für die Ausbildung 24
 – Kreativität 26
 – Selbstreflexion 27
 Betätigung 38
 – als Ausdruck von Persönlichkeit 42
 – als Teil einer Lebensrolle 39
 – Bedeutung der Gewohnheit 43
 – Definition des DVE 38
 – Grundelemente und Bedeutungsdimensionen 39
 Betätigung und Kontext 48
 – gesellschaftlicher Kontext 214
 – institutioneller Kontext 48, 96, 215
 – klientenzentrierter Performanzkontext 114
 – kultureller Kontext 49, 96, 214
 – physischer Kontext 48, 96, 104, 214
 – Praxiskontext 215
 – sozialer Kontext 49, 96, 104, 214
 – temporärer Kontext 48
 Betätigungen der aktiven Freizeit 95
 Betätigungen der ruhigen Freizeit 95
 Betätigungsanalyse 206
 – Begriffsdefinition 207
 – Beobachtung 206
 – nach E. Romein 209
 Betätigungsbereiche, *siehe* Betätigungskategorien
 Betätigungskategorien 44
 – Aktivitäten des täglichen Lebens 45
 – Freizeit 45, 95
 – gemäß AOTA 45
 – gemäß CMOP-E 45
 – gemäß Whalley Hammell 47
 – instrumentelle Betätigungen des täglichen Lebens 45
 – Produktivität 45, 95
 – Selbstversorgung 45, 95
 Betätigungsprofil 51
 – Methoden der Erstellung 51
 – Nutzen in der Therapie 51

Betätigungswissenschaft, *siehe* Occupational Science
 Betätigungszentrierte Ergotherapie, Vision von E. Romein 34
 Betätigungszentrierte Interventionen 211
 – Dimensionen gemäß AOTA Framework 212
 Betätigungszentriertes Outcome 212
 – Outcomemessung 212
 Betätigungszentrierung, Umsetzung bei komplexen neurologischen Syndromen 243
 Beurteilungsvermögen 182
 BIDOG-Karten 100
 Bio-medizinisches Modell 60
 Bio-psycho-soziales Modell 78, 82
 Bottom-up-Ansatz 54
 BTHG, *siehe* Bundesteilhabengesetz
 Bundesteilhabegesetz 69
 Burnout-Syndrom 198

C

Canadian Model of Client-Centered Enablement, *siehe* Kanadisches Modell der klientenzentrierten Befähigung
 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, *siehe* CMOP-E, COMP-E
 Canadian Occupational Performance Measure, *siehe* COPM
 Canadian Practice Process Framework 96, 213
 CAOT, *siehe* Kanadischer Verband der Ergotherapeuten
 Clinical Reasoning 164
 CMCE, *siehe* Kanadisches Modell der klientenzentrierten Befähigung
 CMCE-Skills, *siehe* Enablement Skills
 CMOP, *siehe* CMOP-E
 CMOP-E 93
 – Assessment COPM 97
 – Betätigungsbereiche 95
 – Betätigungsdefinition des 95
 – Enablement Skills 185
 – Grundüberlegungen 94
 – Kontextbereiche 96

– Performanzkomponenten 95
 – professionelle Fertigkeiten 186
 – Prozessstruktur (CPPF) 214
 – Tätigkeitsbereich der Ergotherapie gemäß 96
 – wissenschaftliche Fertigkeiten 186
 – zentrale Merkmale 93
 COPM 97
 – Dauer des Interviews 99
 – Durchführungsschritte 98
 – Einstufung von Tätigkeiten 98
 – Ergebnisüberprüfung 98
 – Identifikation problematischer Betätigungen 100
 COPM a-kids 100
 COPM-Bogen 97
 CPPF, *siehe* Canadian Practice Process Framework
 – 8 Aktionspunkte 216

D

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. 23
 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 81
 Diagnostisches Reasoning, *siehe* Scientific Reasoning
 DIMDI, *siehe* Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
 DVE e.V., *siehe* Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

E

EBP, *siehe* Evidenzbasierte Praxis
 EFL-Testung 222
 Eindimensionales Gesundheitsmodell 78
 Eingangsbefund
 – globaler 121
 – spezifischer 122
 Empathie 25
 Empowerment, *siehe* Ermächtigung
 Enablement Skills 96, 185
 – 10 Kernkompetenzen 186
 – Anpassen/Adaptieren 186
 – Beraten 187
 – Beteiligen/Einbeziehen 188
 – Coachen 186

- Entwerfen/Konstruieren 187
- Fürsprechen 186
- Informieren 188
- Koordinieren 187
- Spezialisieren 188
- Zusammenarbeiten 187
- Engagement 93
- Entscheidungsfähigkeit 182
- Ergotherapeutische Grundsätze 179
- Betätigungszentrierung 179
- Evidenzbasierung 179
- Gemeinwesenbasierung 180
- Klientenzentrierung 179
- Kontextbasierung 179
- Technologiebasierung 180
- Ergotherapeutische Kernkompetenzen
- Anpassen/Adaptieren 186
- Beraten 187
- Beteiligen/Einbeziehen 188
- Coachen 186
- Enablement Skills 185
- Entwerfen/Konstruieren 187
- Fürsprechen 186
- Grundlagen 185
- Informieren 188
- Koordinieren 187
- Zusammenarbeiten 187
- Ergotherapeutische Kompetenzdomänen 190
- ergotherapeutische Expertise 191
- Fürsprache 193
- Kommunikation 191
- Lernen 193
- Management 192
- Professionalität 193
- Zusammenarbeit 192
- Ergotherapeutische Modelle
- Assessment 90
- CMOP-E 93
- Definition 88
- Gemeinsamkeiten 89
- Kawa-Modell 109
- PEO-Modell 88
- Sinn und Zweck 91
- transaktive 88
- Vergleich Hauptaspekte 92
- Ergotherapeutischer Prozess
- 3 Phasen 205
- Betätigungsanalyse 206
- Betätigungszentrierte Interventionen 211
- Betätigungszentriertes Outcome 212
- Bezugsrahmen 215
- CPPF 214
- dynamischer 205
- Evaluations- und Zielsetzungsphase 113
- Grundstruktur 204
- Interventionsphase 123
- OTIPM 218
- Re-Evaluationsphase 126
- Zielformulierung 210
- Ergotherapeutisches Kompetenzprofil 190
- des DVE 132
- Ergotherapie, 3 Schritte der Weiterentwicklung 178
- ErgThAPrV, *siehe* Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ET
- Ermächtigung 186
- Erweiterter Klient 61
- ESI, *siehe* Evaluation of Social Interaction
- Ethisches Reasoning 169
- Evaluation of Social Interaction 127
- Evidenz 219
- externe 220
- interne 219
- Evidenzbasierte Praxis 179, 219

F

- Feedback 157
- Regeln für ein wirksames 158
- Fluss-Modell, *siehe* Kawa-Modell
- Fort- und Weiterbildung, Rolle der 34
- Funktionale Gesundheit 82

G

- GMFCS, *siehe* Gross Motor Function Classification System
- Gross Motor Function Classification System 249
- Gruppentherapien
- Gruppeninteraktionsfertigkeit 153
- Rolle des Gruppenleiters 153
- Sozialformen und Gruppenstrukturen 152
- Vorteile 152

H

- Habituationskomponenten
- Gewohnheiten 103
- Rollen 103
- Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie 243
- Handlungswissen, *siehe* Wissen, prozedurales
- Helfersyndrom 199
- Hilfslosigkeit 199

HoDT, *siehe* Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie

I

- ICF, *siehe* Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- Anwendungsmöglichkeiten 84
- Barrieren 80
- Codierung 80
- Definition von Gesundheitseinschränkungen 79
- Förderfaktoren 80
- für Säuglinge, Kinder und Jugendliche 85
- Projekte 84
- Ziele 84
- ICF-Anwenderkonferenz 84
- ICF-Codierung, für Säuglinge, Kinder und Jugendliche 85
- ICF-CY 85
- ICF-Komponenten 78
- Aktivitäten und Partizipation 79
- Kontextfaktoren 79
- Körperfunktionen und -strukturen 79
- ICIDH, *siehe* International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
- Insider-Sicht 116, 120, 208
- Interaktives Reasoning 169
- International Classification of Functioning, Disability and Health, *siehe* Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps 78
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 78
- Interventionsmodelle 123
- Abgrenzung akquisitorisch vs. restitutiv 125
- akquisitorisches 124
- Auswahlkriterien 126
- edukatives (schulendes) 126
- kompensatorisches 123
- restitutives 124
- Intervision 160

J

- Jobcoaching AP
- 4 Prozessphasen 301
- Definition 301
- Perspektiven 303
- Qualifizierung 302
- Tätigkeitsfelder 302
- Journal
- als dialogischer Lernbegleiter 282
- Entwicklung als Lerninstrument 283

K

- Kanadischer Verband der Ergotherapeuten 93
- Kanadisches Instrument zur Messung der Betätigungsausführung, *siehe* COPM
- Kanadisches Modell der Betätigungsausführung und des Betätigungsengagements, *siehe* CMOP-E
- Kanadisches Modell der klientenzentrierten Befähigung 96, 216
- Kawa-Modell 109
- 4 Hauptmerkmale 110
- als Therapiemedium 110
- kulturelle Adaption 111
- praktische Anwendung 109
- Kernkompetenzen 22
- Kids Activity Cards 100
- Klient, Begriffsdefinition 61
- Klientenzentrierte Gesprächsführung 64
- 3 Grundbedingungen 64, 148
- Entwicklungsphasen 64
- Hauptmerkmale 66
- hilfreiche Verhaltensweisen 150
- Leitlinien 65
- ungünstige Verhaltensweisen 149
- weitere Voraussetzungen 66
- Klientenzentrierte Grundhaltung 63
- Rollen der Therapeuten 63
- Klientenzentrierter Performanzkontext 114
- 10 Dimensionen 114
- Ressourcen und Barrieren 116
- Klientenzentriertes Konzept 61
- Klientenzentrierung 58, 179
- in der Ergotherapie 58
- klassische Patientenrolle 59
- Merkmale 59

- Patient vs. Klient 60
 - praktische Umsetzung 72
 - therapeutische Partnerschaft 64, 114
 - Umsetzung bei anderer Muttersprache 71
 - Umsetzung bei kognitiven Beeinträchtigungen 69
 - Umsetzung bei komplexen neurologischen Syndromen 243
 - Umsetzung bei körperlichen Beeinträchtigungen 69
 - Umsetzung bei psychischen Beeinträchtigungen 70
 - Umsetzung bei Sprachstörungen 70
 - Umsetzung mit älteren Menschen 67
 - Umsetzung mit Kindern 71
 - Voraussetzungen 66
 - KMK, *siehe* Kultusministerkonferenz
 - Kognition 69, 166
 - Kommunikation 132
 - 3-Schritte-Strategie, um Probleme anzusprechen 158
 - 10 Regeln für einen gelungenen Vortrag 155
 - Abstandszonen der non-verbalen 142
 - Beobachtung vs. Interpretation 141
 - explizite und implizite Botschaften 140
 - Fragetechniken 151
 - Grundregeln für Klientengespräche 150
 - im interdisziplinären Team 154
 - interkulturelle 151
 - klientenzentrierte 148
 - kongruente und inkongruente 137
 - nonverbale 143
 - Regelkreis der 135
 - Sprachcodes 148
 - Störungspotentiale 135, 139
 - symmetrische und komplementäre 137
 - Kommunikationsebenen 134
 - emotionale 134
 - sachlich-rationale 134
 - Kommunikationsfähigkeit 132, 182
 - Kommunikationsformen, besondere
 - Feedback geben 157
 - Konfliktgespräche moderieren 159
 - Moderieren 155
 - Präsentieren 155
 - Probleme ansprechen 158
 - Supervision 160
 - Umgang mit Kritik 158
 - Verhandeln und Überzeugen 154
 - Kommunikationskanäle 140
 - Kommunikationsmodelle 134
 - 4 Aspekte einer Nachricht gemäß Schulz von Thun 138
 - Axiome gemäß Watzlawick 135
 - Eisbergmodell 141
 - Sender-Empfänger-Modell nach Weaver u. Shannon 134
 - Transaktionsanalyse 145
 - Komorbidität 68
 - Kompetenzdimensionen 23
 - fachlich-methodische 23, 183
 - Handlungskompetenz 23
 - personale 23, 181
 - sozial-kommunikative 23, 182
 - Kompetenzen 21
 - allgemeine 23, 180
 - ergotherapeutische Kernkompetenzen 185
 - erweiterte personale 181
 - fachlich-methodische 183
 - sozial-kommunikative 182
 - Kompetenzen, erweiterte personale
 - (Politisches) Engagement 182
 - Beurteilungsvermögen 182
 - Entscheidungsfähigkeit 182
 - Nähe-Distanz-Verhalten 181
 - Kompetenzen, fachlich-methodische 183
 - Analysefähigkeit 183
 - Kompetenzen, sozial-kommunikative
 - Kommunikationsfähigkeit 132, 182
 - Konfliktlösungsfähigkeit 183
 - Kooperations- und Teamfähigkeit 183
 - Kritikfähigkeit 183
 - Kompetenzentwicklung 22
 - Kompetenzportfolio 27
 - Kompetenzprofil Ergotherapie, des DVE 133
 - Konditionales Reasoning 167
 - 3 Phasen 168
 - Konfliktlösungsfähigkeit 183
 - Kontextkategorien 48
 - gesellschaftlicher Kontext 214
 - institutioneller Kontext 48, 96, 215
 - kultureller Kontext 49, 96, 214
 - physischer Kontext 48, 96, 104, 214
 - Praxiskontext 215
 - sozialer Kontext 49, 96, 104, 214
 - temporärer Kontext 48
 - Kooperations- und Teamfähigkeit 183
 - Kopfstandmethode 145
 - Krankheitsfolgenmodell 78
 - Kreativität, Merkmale 26
 - Kritikfähigkeit 183
 - Kultusministerkonferenz 23
- ## L
- Lernen, selbstgesteuertes 22
- ## M
- Machtteilung 186
 - MACS, *siehe* Manual Ability Classification System
 - Manual Ability Classification System 249
 - Mehrdimensionales Gesundheitsmodell 78
 - Metakognition 166
 - Mini-ICF-APP 84
 - Model of Human Occupation, *siehe* MOHO
 - Modell der menschlichen Betätigung, *siehe* MOHO
 - Modellgeleitetes Arbeiten 88, 91
 - MOHO 101
 - Anwendung zur Personenbeschreibung 106
 - Betätigungsumwelt 104
 - Hauptkomponenten 101
 - MOHO 4 Komponenten 102
 - Habituation 103
 - Performanzvermögen 103
 - Umwelt 104
 - Volition 102
 - MOHO Assessments 105
 - COSA 105
 - Interest Checklist 105
 - OPHI – II 105
 - OSA 105
 - Role Checklist 105
 - WRI 105
- ## N
- Nähe-Distanz-Verhalten 161
 - Narratives Reasoning 169
 - 3 Arten von Geschichten 170
- ## O
- Occupational Adaptation 232
 - Occupational Identity 232
 - Occupational Participation 232
 - Occupational Science 54
 - zentrale Fragen 55
 - Occupational Therapy Intervention Process Model, *siehe* OTIPM
 - OS, *siehe* Occupational Science
 - OTAP-Software 127
 - OTIPM 112, 213
 - 3 Phasen 112
 - 4 Interventionsmodelle 123
 - Assessments 117, 127
 - ergotherapeutisches Interview 114
 - Evaluations- und Zielsetzungsphase 113
 - Grundannahmen 112
 - Interventionsphase 123
 - klientenzentrierter Performanzkontext 114
 - Performanzanalyse 116
 - Performanzfertigkeiten 118
 - Re-Evaluationsphase 126
 - Therapiezielfindung und -festlegung 122
 - Ursachenanalyse 122
 - Outsider-Sicht 120, 208
- ## P
- Partizipation, *siehe* Teilhabe
 - Partizipative Entscheidungsfindung 132
 - PEO-Modell 88
 - Performanz 95
 - Performanzanalyse 116, 207
 - *Siehe auch* Assessment
 - Durchführung nicht-standardisierte 118
 - nicht-standardisierte 117
 - standardisierte 117, 127
 - Performanzfertigkeiten 118
 - motorische 118, 308
 - prozessbezogene 118, 309
 - soziale Interaktionsfertigkeiten 118, 310
 - Performanzkomponenten 95
 - affektive 95
 - kognitive 95
 - physische 95
 - Performanzkontext, Dimensionen 114
 - adaptive Dimension 115
 - Aufgabendimension 115
 - Dimension der Körperfunktionen 115
 - gesellschaftliche Dimension 115

- kulturelle Dimension 115
- Motivationsdimension 115
- Rollendimension 115
- soziale Dimension 115
- Umweltdimension 115
- zeitliche Dimension 115
- Performanzqualität
 - Merkmale 120
 - Messung 120
- Performanzqualitätskriterien 119
 - Effektivität 119
 - Effizienz 119
 - Selbständigkeit 120
 - Sicherheit 120
 - soziale Angemessenheit 120
 - Zufriedenheit 120
- Personenzentrierung 61
- Perspektivenwechsel 187
- Politisches Engagement 182
- Politisches Reasoning 170
- Portfolio 27
 - Abschlusspräsentation 32
 - Einsatzziele 29
 - exemplarische Aufgaben 30
 - mögliche Inhalte 29
 - Phasen 28
 - Reflexionsbogen 31
 - Stimmen von Auszubildenden 33
- Powersharing, *siehe* Machtteilung
- Pragmatisches Reasoning 168
- Problemlösefähigkeit 183
- Produktivität 95
- Professional Reasoning
 - 3 Elemente 165
 - 5 Phasen der Erfahrung nach Feiler 171
 - Entscheidungsfindung mittels 164

- Formen 167
- Mustererkennung 171
- Professional Reasoning 164
- Professionell Helfenden, 8 Charakteristika 200
- Professionelles Reasoning, *siehe* Professional Reasoning
- Profile of Practice of Occupational Therapists 189
- Prozedurales Reasoning, *siehe* Scientific Reasoning
- Prozessmodell 90

Q

Qualifikation 21

R

Recovery Model 260

Reflection in Action 195

- 3 Umsetzungsschritte 195

Reflection on Action 195

- methodische Erweiterung 197
- Umsetzung 197

Reflektierter Praktiker 194, 219

Reframing, *siehe* Perspektivenwechsel

Resilienz 25

Rollen 39

- berufliche 189
- erworbene 189
- soziale 189
- zugeschriebene 189

Rollenveränderungen, unerwünschte 42

S

S 3-Leitlinie für psychosoziale Therapien 271

School AMPS, *siehe* Assessment of Motor and Process Skills

Schulvorbereitende Einrichtung 248

Scientific Reasoning 167

Selbstreflexion 27, 166

Selbstversorgung 95

Shared Decision Making, *siehe* Partizipative Entscheidungsfindung

SMART-Regel 210

Supervision 160

- Balint-Gruppe 160
- Formen 160

SVE, *siehe* Schulvorbereitende Einrichtung

T

Teilhabe 46, 78

Teilhabe und Gesundheit, Wechselwirkung 46

Therapie und Kontext

- persönlicher Kontext 168
- Praxiskontext 168

Top-down-Ansatz 54

Top-to-Bottom-up-Ansatz 54

Transaktionsanalyse

- 3 ICH-Zustände 145
- OK-Corral 146
- produktive Ich-Zustände 146

U

Ursachenanalyse 122

- *Siehe auch* Aufgabenanalyse

V

Vier Aspekte einer Nachricht 138

- 4 Ohren 138

Volitionskomponenten

- Interessen 102
- Selbstbild 102
- Werte 102

W

Weltgesundheitsorganisation 78

WHO, *siehe* Weltgesundheitsorganisation

Wissen

- als Element des Professional Reasoning 166
- deklaratives 166
- prozedurales 166

Wissenschaftliches Modell, Definition 88

Wissenschaftliches Reasoning, *siehe* Scientific Reasoning

World Health Organization, *siehe* Weltgesundheitsorganisation

Z

Zielformulierung

- messbare 122
- SMART-Regel 210