

## DAS MODELL FUNKTIONELLER GESUNDHEIT DURCH BETÄTIGUNG

Ein Rahmenkonzept zur Planung tätigkeitsorientierter rehabilitativer Massnahmen und zur ergotherapeutischen Befunderhebung und Therapieprozessgestaltung

<b>1</b>	<b>GRUNDLAGEN DES MODELLS</b>	<b>5</b>
1.1	ZIEL DES MODELLS:	5
1.2	RAHMENKONZEPT: FUNKTIONELLE GESUNDHEIT UND DAS WHO-GESUNDHEITSMODELL (ICF 2002)	5
1.2.1	<i>Abgrenzung zu anderen ICF-basierten Rehabilitationsmodellen</i>	6
1.2.2	<i>Funktionale Gesundheit</i>	7
1.2.3	<i>Partizipation</i>	7
1.2.4	<i>Lebensqualität</i>	8
1.2.5	<i>Weitere Konzepte:</i>	8
<b>2</b>	<b>KERNKONSTRUKTE DES MODELLS DER FUNKTIONELLEN GESUNDHEIT DURCH BETÄTIGUNG</b>	<b>10</b>
2.1	GRUNDKONZEPT: FUNKTIONELLE GESUNDHEIT = ERFOLGREICHE PERSON - UMWELT – ANPASSUNG	10
2.2	WARUM BETÄTIGT SICH DER MENSCH? DER MENSCH – DAS BETÄTIGUNGSWESEN	10
2.2.1	<i>Annäherung an den Begriff Betätigung</i>	10
2.2.2	<i>Durch Betätigungen erfährt der Mensch seine Identität</i>	13
2.3	KONZEPTIONALISIERUNG DES BEGRIFFES BETÄTIGUNG / TÄTIGKEIT ..... <b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>	
2.3.1	<i>Die Funktion von Betätigungen</i>	13
2.3.2	<i>Die Bedeutung der Betätigung für den Menschen</i>	14
2.4	LEBENSABSCHNITT	15
2.5	LEBENSUMWELTEN	15
2.6	TÄTIGKEITSBEREICHE	16
2.7	ALTERSABHÄNGIGE VERÄNDERUNG DER EINTEILUNG VON TÄTIGKEITSBEREICHEN	17
2.8	DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN LEBENSUMWELTEN, LEBENSABSCHNITTEN UND TÄTIGKEITSBEREICHEN	18
<b>3</b>	<b>KONZEPTIONALISIERUNG MENSCHLICHER TÄTIGKEITEN IM MODELL DER FUNKTIONELLEN GESUNDHEIT DURCH BETÄTIGUNG (FISCHER 2005)</b>	<b>19</b>
3.1	GRUNDSÄTZLICHES VERSTÄNDNIS MENSCHLICHER BETÄTIGUNGEN	19
3.1.1	<i>Der Mensch als Interaktionswesen</i>	19
3.1.1.1	Grundkonzept: funktionelle Gesundheit = erfolgreiche Person - Umwelt – Anpassung	19
3.1.2	<i>Wie wird aus der Interaktion eine Betätigung? – Die Etablierung von Handlungsmustern und Bedeutungen</i>	21
3.1.2.1	Grundkonzept: Als nützlich erlebte Interaktionen werden zu Handlungsmustern	21
3.1.2.2	Grundkonzept: Handlungsmuster erhalten eine subjektive Bedeutung	21
3.1.2.3	Grundkonzept: Soziokultureller Abgleich von Bedeutungen und Ausführungsformen	21
	<i>Definition des Begriffes Betätigung im Modell funktioneller Gesundheit durch Betätigung</i>	23
3.1.3	<i>Weitere Eigenarten des Menschen und seiner Betätigungen</i>	23
3.1.3.1	Einfluss von Betätigungen auf das motorische und planerisch-organisatorische Lernverhalten	23
3.1.3.2	Einfluß des Lebensalter auf unsere Betätigungen und therapeutische Konsequenzen	23
3.1.4	<i>Das Konzept der Form und der Ausführung von Tätigkeiten nach Nelson</i>	25
3.1.5	<i>Der Zusammenhang zwischen der Entwicklungsstruktur und Ausführung und Form einer Betätigung</i>	26
3.1.6	<i>Protektive Einflüsse von Betätigungen auf die Entwicklungsstruktur des Menschen</i>	27
3.1.6.1	Nutzen sozialer Ressourcen	27
3.1.6.2	Individuelle Problemlösekompetenz	27
3.1.6.3	Kohärenzgefühl	27
3.1.6.4	Kontrollüberzeugung	28
3.1.6.5	Förderung protektiver Faktoren in der Ergotherapie	28
3.1.7	<i>Verarbeitungsprozesse zur Bewältigung von Betätigungsstörungen</i>	28
3.1.7.1	Emotionale Verarbeitung	28
3.1.7.2	„Kognitive“ Verarbeitung	28
3.1.7.3	Handlungsorientierte Verarbeitung	28
3.1.7.4	Divergierende Ziele bei der Krankheitsverarbeitung berücksichtigen	29

<b>4</b>	<b>DAS MODELL DER FUNKTIONELLEN GESUNDHEIT DURCH BETÄTIGUNG.....</b>	<b>30</b>
4.1	DIE GRAFIK ZUM MODELL .....	30
4.2	DAS TEILMODELL ZUM ENTSTEHEN VON BETÄTIGUNGEN AUS AKTIVITÄTEN.....	30
4.3	RELATION DER KONSTRUKTE ZUR ICF .....	31
<b>5</b>	<b>DIE BEREICHE DER BEFUNDERHEBUNG - FAKTOREN FÜR EINE ERFOLGREICHE AUSEINANDERSETZUNG MIT DER UMWELT .....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>NUTZUNG DES MODELLS DER FUNKTIONELLEN GESUNDHEIT ZUR STRUKTURIERUNG DES THERAPIEPROZESSES .....</b>	<b>34</b>
6.1.1	<i>Fokus: Das Thema von Befunderhebung und Therapie .....</i>	<i>34</i>
6.1.1.1	Betätigungsorientierter Ansatz.....	35
6.1.1.2	Warum Betätigung als Ziel und Mittel? .....	35
6.1.1.3	Die therapeutische Betätigungsform.....	36
6.1.2	<i>Betätigungsorientierung - Therapieprinzipien.....</i>	<i>37</i>
6.1.3	<i>Funktions- und Sequenz- orientierter Therapieansatz .....</i>	<i>38</i>
6.1.3.1	Nutzen therapeutischer Betätigungsformen.....	38
6.1.3.2	Woran erkennt man, dass man eine bedeutungsvolle Form für eine therapeutische Betätigung gefunden hat?.....	38
6.1.3.3	Umsetzung der Betätigungsorientierung in der Therapie.....	38
6.1.3.4	Handwerk und gestalterische Aktivitäten als Betätigungsformen.....	40
6.1.4	<i>Therapeut-Klient-Interaktion .....</i>	<i>40</i>
6.1.4.1	Klientenzentrierter Ansatz.....	40
6.1.5	<i>Systematik des Vorgehens .....</i>	<i>41</i>
6.1.5.1	Reihenfolge der Schritte bei der Befunderhebung.....	41
6.1.5.2	Systematik: Die Reihenfolge der Befunderhebungsschritte.....	42
6.2	DER THERAPIEPROZESS IM MODELL FUNKTIONELLER GESUNDHEIT DURCH BETÄTIGUNG .....	44
6.2.1	<i>Befunderhebung: Analyse von Tätigkeiten in den Lebensumwelten.....</i>	<i>45</i>
6.2.1.1	Basisparameter.....	45
6.2.1.2	Umweltparameter .....	46
6.2.1.3	Interaktionsaspekte (innerhalb einer Lebensumwelt).....	47
6.2.1.4	Persönliche Aspekte.....	49
6.2.2	<i>Bewertung des Betätigungsbefundes.....</i>	<i>50</i>
6.2.2.1	Interaktionsprobleme erklären .....	50
6.2.2.2	Ressourcen.....	50
6.2.2.3	Potential zur Veränderung .....	50
6.2.2.4	Abschätzen möglicher Prognosen bei Nutzung verschiedener therapeutischer Ansätze .....	50
6.2.2.5	Therapiealternativen: Kompensation oder Restitution (Wiederherstellung)? .....	50
6.2.3	<i>Entgeltige Zielfestlegung .....</i>	<i>51</i>
6.2.4	<i>Übungen zur tätigkeitsorientierten Befunderhebung .....</i>	<i>51</i>
6.2.5	<i>Leitfragen zur Therapieplanung und -kontrolle.....</i>	<i>52</i>
6.2.6	<i>Das Therapieprozessmodell des Modells funktioneller Gesundheit durch Betätigung ...</i>	<i>54</i>
	QUELLENANGABEN ABSCHNITTE 1 - 6.....	57
<b>7</b>	<b>MENSCHLICHE KÖRPERFUNKTIONEN VERSTEHEN, FÖRDERN UND BEWEGUNGSMUSTER LERNEN .....</b>	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
	AUFBAU UND FUNKTIONSPRINZIPIEN DES CORTEX UND DES RÜCKENMARKS.....	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
7.1.1	<i>Subneocorticale Strukturen und ihre Funktionen .....</i>	<i>FEHLER! Textmarke nicht definiert.</i>
7.1.1.1	Das Rückenmark .....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.
7.1.1.2	Der Hirnstamm.....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.
7.1.1.3	Das Kleinhirn .....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.
7.1.1.4	Die Basalganglien.....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.
7.1.2	<i>Neocorticale Strukturen und ihre Funktionen .....</i>	<i>FEHLER! Textmarke nicht definiert.</i>
7.1.2.1	Projektionen der motorischen Areale.....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.
7.1.2.2	Verschaltungen des prä- und supplementär-motorischen Areals: .....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.
7.1.2.3	Abbildung: Prinzipielle Verschaltung des motorischen Cortex.....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.
7.1.3	<i>Organisationsprinzipien des Nervensystems .....</i>	<i>FEHLER! Textmarke nicht definiert.</i>
7.1.3	<i>Organisationsprinzipien des Nervensystems .....</i>	<i>FEHLER! Textmarke nicht definiert.</i>
7.1.3.1	Parallele Organisation .....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.
7.1.3.2	Parallel-hierarchische Organisation .....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.
7.1.3.3	Das Feedback- und Feedforward-Konzept.....	FEHLER! Textmarke nicht definiert.

7.1.4	<i>Anwendung der Prinzipien in therapeutische Situationen – Nutzen und Gefahren</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	<b>Textmarke nicht definiert.</b>	
7.1.4.1	Plastizität des Nervensystems	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.1.4.2	Parallele Organisation	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.1.4.3	Parallel-hierarchische Organisation	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.2	DIE 8 SENSORIMOTORISCHEN SYSTEME	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
(SMS)	( A. FISCHER)	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
7.2	GESAMTÜBERSICHT: DIE 8 SENSORIMOTORISCHEN SYSTEME (SMS) ( A. FISCHER)	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
	<b>TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>	
7.2.1	<i>Der Entwicklungsaspekt des Modells der 8 SMS</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.2.1.1	Entwicklungsaufgaben des Säuglings:	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.2.1.2		<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.2.1.3	Entwicklung der lokomotorischen Kontrolle	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.2.1.4	Entwicklung eines Repertoires an Kleinhirn-Bewegungsschemata	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	<b>definiert.</b>	
7.2.1.5	Entwicklung feinmotorischer Aktivitäten (xxx)	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.2.1.6	Entwicklung der Fähigkeit der Entwicklung differenzierter Handlungspläne (xxx)	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	<b>Textmarke nicht definiert.</b>	
7.2.1.7	Reifeschritte	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.2.1.8	Die Bedeutung tonischer Nackenreflexe und von Labyrinthreflexen im sensomotorischen Entwicklungsmodell (xxx)	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.2.1.9	Die Entwicklung differenzierter tracti-Verwendung	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.3	QUELLENANGABEN ABSCHNITT 7:	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
7.3.1	<i>Kognitive Neurowissenschaften</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.3.2	<i>Neuroanatomie</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.3.3	<i>Neurophysiologische und neurologische Grundlagen</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.3.4	<i>Neuropsychologie</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
7.3.5	<i>Neurologische Rehabilitation</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
<b>8</b>	<b>DER CONTEMPORARY TASK ORIENTED APPROACH</b>	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
	<b>DEFINIERT.</b>	
8.1	ZUSAMMENFASSUNG	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
8.2	KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN DES MODELLS	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
8.2.1	<i>Philosophische und theoretische Grundlagen</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.2.1.1	Zeitgenössische motorische Lerntheorien	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.2.1.2	Unterschiede der traditionellen und der zeitgenössischen Sichtweisen	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	<b>definiert.</b>	
8.2.1.3	Gegenwärtige/zeitgenössische motorische Entwicklungstheorien	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	<b>definiert.</b>	
8.2.1.4	Systemische Theorien der motorischen Kontrolle	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.2.1.5	Annahmen und Konzepte	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.2.1.6	Behandlungsprinzipien	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.2.1.7	Rolle des Therapeuten	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.2.1.8	Behandlungsziele/erwarteter Outcome	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.2.1.9	Assessments	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.2.1.10	Laufende Forschung und Entwicklung	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.2.1.11	Persönliche Sicht	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
8.3	QUELLENANGABEN ABSCHNITT 8:	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
<b>9</b>	<b>DER CONTEMPORARY TASK-ORIENTED APPROACH - EIN KOGNITIV-NEUROMOTORISCH ORIENTIERTES BETÄTIGUNGSMODELL</b>	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
	<b>DEFINIERT.</b>	
9.1	ZUSAMMENFASSUNG	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
9.2	DAS CONTEMPORARY TASK-ORIENTED APPROACH MODEL	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>
9.2.1	<i>Entwicklungsgrund</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
9.2.2	<i>Modell-Analyse-Schemata</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
9.2.3	<i>Theoretische Grundlagen des Contemporary Task-Oriented Approach</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	<b>Textmarke nicht definiert.</b>	
9.2.3.1	Systemtheorien:	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
9.2.3.2	Motorische Lerntheorie	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
5.3	Motorische Entwicklungstheorien	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
9.2.4	<i>Annahmen und Konzepte</i>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
5.1	Annahme: Funktionelle Aufgaben helfen motorisches Verhalten zu organisieren	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	<b>Textmarke nicht definiert.</b>	

- 5.2. Annahme: Die Betätigungsperformanz ergibt sich aus der Interaktion von vielen Systemen, welche die einzigartigen Eigenschaften einer Person und deren Performanzkontext darstellen. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 6.3 Annahme: Nach ZNS Schädigungen oder anderen Veränderungen in persönlichen oder in Umweltsystemen spiegeln die Verhaltensänderungen der Patienten Versuche wider, funktionelle Ziele zu erreichen..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 6.4. Annahme: Personelle und Umweltsysteme sind parallel (heterachical) organisiert. ....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 6.5. Annahme: Man muss mit unterschiedlichen Strategien experimentieren, um die optimale Lösung für ein motorisches Problem zu finden und Geschicklichkeit in der Performanz zu entwickeln. ....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 9.2.5 *Klient- Therapeut Beziehung* ..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 9.2.6 *Erwarteter Outcome*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 9.2.7 *Assessment* ..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 9.2.8 *Schlusswort*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 9.2.9 *Quellenangaben Abschnitt 9*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 9.2.10 *Abbildungen*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10 NEUROMOTORISCHE THERAPIEFORMEN - BEISPIEL**.....**FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.**
- 10.1 KOGNITIV-THERAPEUTISCHE ÜBUNGEN NACH PERFETTI ... **FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.**
- 10.1.1 *Grundlagen* ..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.1.2 *Prinzipien der Reorganistation motorischer Areale nach Läsionen*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.1.3 *Gefahren bei der Rehabilitation*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.1.4 *Prinzipien der therapeutische Übungen nach Perfetti* **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.1.5 *Anders gesagt:*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.1.6 *Selektive Aufmerksamkeit* ..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.1.7 *Ordnungen (Grade) therapeutischer Übungen:*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.2 DAS KINESIOLOGISCHEN ENTWICKLUNGSMODELL NACH VOJTA ..... **FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.**
- 10.3 ANWENDUNG DES MODELLS DES NEUROMOTORISCHEN LERNENS UND SEINER TEILMODELLE (DIE 8 SMS, ...) AUF DIE SENSORISCHE INTEGRATIONSTHERAPIE ..... **FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.**
- 10.3.1 *Die sensorischen Systeme – Grundverständnis sensorisch-integrativer Störungen*  
**Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.1.1 *Ansätze zur Erklärung der SI-Störungsbilder*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.2 *Der Verhaltensaspekt des SI-Modells* ..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.2.1 *Die Verhaltens-Ebenen*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.3 *Interpretation von Fallbeispielen aus der Sensorischen Integrationstherapie*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.3.1 *Ebenen des Feedbacks* ..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.3.2 *Händigkeit und rhythmische bilaterale Aktivitäten*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.3.3 *Anwendung des Feedforward-Modells auf ein Beispiel (Antizipation):* .....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.3.4 *Schlüsse aus dem Feedback-Konzept* ..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.4 *Die Interpretation der Gezielten Beobachtungen nach J. Ayres im Rahmen der vorgestellten neurowissenschaftlichen Grundlagen*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.4.1 *Die Interpretation der SI-Terminologie im Rahmen des Modells der 8 sensomotorischen Systeme* **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
- 10.3.4.2 *Die Anwendung des Modells der 8 sensomotorischen Systeme auf die klinischen Beobachtungen zur sensorischen Integration*..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

# 1 Grundlagen des Modells

## 1.1 Ziel des Modells:

Die Modellentwicklung wurde durch folgende Intentionen angetrieben:

1. Die Klärung des Zusammenhanges zwischen den Gesundheitskonzepten der WHO (WHO 2002) und den Kernbegriffen der Ergotherapie (Betätigung, Handlung, Aktivität, (Person-Umwelt-) Interaktion, Performanz, Spiritualität, Bedeutungsebene von Betätigungen, Rolle, Gewohnheiten, physikalische und soziale Umwelt...)
2. Förderung der Transparenz der Ergotherapie für andere Berufsgruppen
3. Die Integration therapeutisch relevanter Konzepte für Befunderhebung und Therapie in einen einheitlichen Bezugsrahmen für alle Fachbereiche der Ergotherapie. Das Modell soll auch die Entwicklungsdimension von Betätigungen klären, um auch eine geeignete Basis für die Arbeit in der Pädiatrie zu bieten.
4. Besonderen Wert wurde bei der Entwicklung des Modells auf begriffliche Klarheit und Einfachheit gelegt, um das Modell als Kommunikationsmittel einsetzbar werden zu lassen.
5. Zum einfacheren Verständnis der Einflußgrößen auf die menschliche Betätigung sollte das Modell in verschiedene Teilmodelle gegliedert werden, die unabhängig voneinander zur Erklärung bestimmter Sachverhalte dienen können.

## 1.2 Anwendbarkeit des Modells:

Das Modell eignet sich zur Lebenswelt- (Partizipations-) orientierten Evaluation und Planung therapeutischer Maßnahmen im interdisziplinären Team. Es kann angewendet werden, um Rehabilitationsziele zu identifizieren, welche an denjenigen Tätigkeiten orientiert sind welche in den Lebensumwelten des Klienten relevant sind.

Es kann auf Grund seiner ICF-Kompatibilität auf Teamebene nicht nur als Zielfindungsinstrument, sondern auch zur arbeitsteiligen Arbeit an gemeinsamen, Lebenswelt-orientierten Therapiezielen eingesetzt werden.

Es unterstützt die Lebenswelt- und betätigungsorientierte Zielfindung in ergotherapeutischen Prozessen.

Es unterstützt die möglichst weit Lebenswelt- und betätigungsorientierte Interventionsplanung.

Das integrierte Therapieprozessmodell des MfGdB unterstützt die systematisierte Vorgehensweise im Therapieprozess und bei der klinischen Urteilsbildung.

Es eignet sich für die Analyse und Erklärung von Tätigkeitsstörungen des Klienten als übergeordneter Theorierahmen. Mit dem Modell können die Einflussgrößen welche eine erfolgreiche Tätigkeit bestimmen bestimmt und bewertet werden.

Es kann auch dazu angewendet werden zu erklären, wie Betätigungen entstehen und wie eine betätigungsorientierte Therapie bei Kindern aufgebaut werden kann.

## 1.3 Rahmenkonzept: funktionelle Gesundheit und das WHO-Gesundheitsmodell (ICF 2002)

Als Rahmenkonzept wird das bio-psycho-sozialen Modell der WHO verwendet. Das bio-psycho-soziale Modell der Gesundheit verwendet den Begriff der funktionalen Gesundheit und

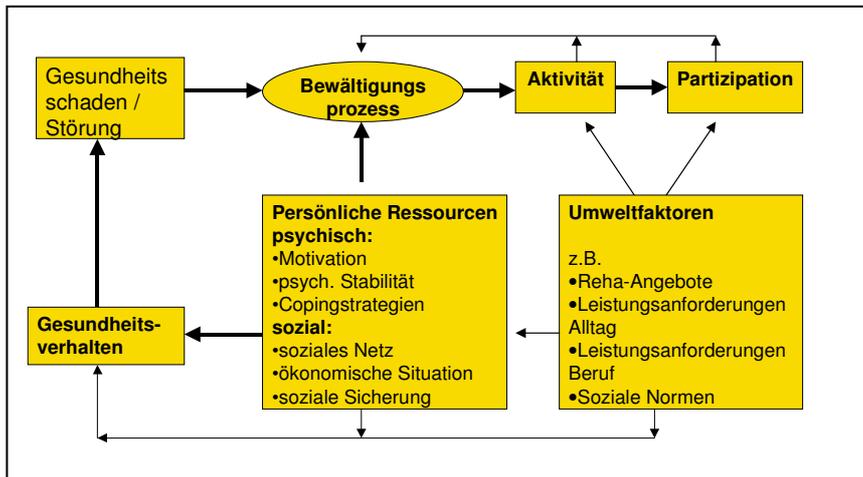
- fokussiert sich auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von chronischen Erkrankungen

- und soll den Prozess unterstützen, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, beruflichen und sozialen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindestens die Auswirkungen auf diese Lebensbereiche zu minimieren

D.h. das WHO-Gesundheitsmodell und das Konzept der funktionalen Gesundheit soll darauf hinweisen, dass Krankheit mehr ist als eine Störung auf der Körperfunktions- und strukturebene. Die Wiederherstellung von funktionaler Gesundheit bezeichnet die Minderung von funktionalen Einbußen

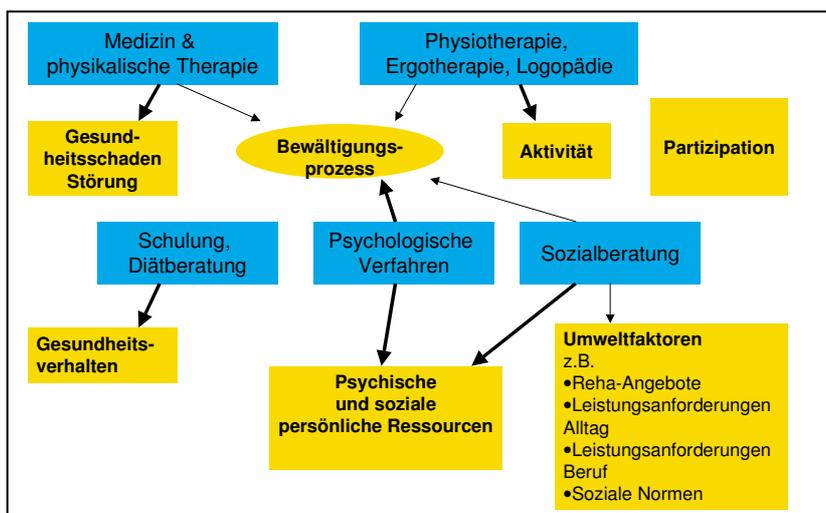
nach (Körper-) Funktionsstörungen. Unter funktional wird dabei verstanden, wenn man seine erwarteten und gewünschten Funktionen in den persönlichen Lebensumwelten wieder aufnehmen kann.

### 1.3.1 Abgrenzung zu anderen ICF-basierten Rehabilitationsmodellen



Im Rehabilitationsmodell nach Gerdes und Weis (Bengel und Koch 2002) wurde das Modell der funktionalen Gesundheit dahingehend geändert, dass das WHO-Gesundheitsmodell zu einem Reha-Prozessmodell erweitert wurde. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass nach einer Gesundheitsstörung zuerst der Gesundheitsschaden minimiert werden muss, dann ein Bewältigungsprozess einsetzt bzw. gefördert werden muß, im Anschluß Aktivitäten beübt werden und erst dann Partizipation erreicht werden kann. Wie Aktivitäten bzw. Partizipation erklärt und erreicht werden können, wird im Modell nicht erklärt. Im Gegensatz zum Modell der Rehabilitation (Bengel & Koch 2002) versucht dieses Modell ein vertieftes Verständnis der Faktoren zu erreichen, welche die Ausführung von Aktivitäten und der Partizipation beeinflussen.

Dies wird insbesondere aus der Grafik ersichtlich, in der die therapeutischen Berufsgruppen unterschiedlichen Prozessschritten des Reha-Prozesses zugeordnet werden. Dort wird der Partizipationsebene überhaupt keine Berufsgruppe zugeordnet.



Die Entwicklung eines neuen Modells erschien notwendig, da sich das Modell von Bengel und Koch nicht eignet, um berufsgruppenspezifische Besonderheiten (Physio, Ergo, Logo, Sozialarbeit, Psychologie) des Reha-Prozesses angemessen darzustellen.

Auch andere ICF-basierte Rehabilitations- und Präventionsmodelle erfüllen z.Zt. diese Anforderungen nicht.

- Das Modell der Rehabilitation nach Gerdes und Weis berücksichtigt die Aktivität und Partizipation des Menschen kaum.
- Typische Aspekte der ergotherapeutischen Befunderhebung und damit in Zusammenhang stehende Teil-Befunde (z.B. Störungen der Handlungslogik) lassen sich im Reha-Modell nach Gerdes und Weis Und auch in der ICF selbst) nur schlecht darstellen.
- Mit den Konstrukten Aktivität und Partizipation lassen sich Ausführungsmuster, Gewohnheiten und der Einfluss der Umwelt auf spezifische Aktivitäten nur unvollständig oder gar nicht beschreiben.
- Das ergo- und physiotherapeutische Interessengebiet nur unvollständig beschreiben.

### 1.3.2 Funktionale Gesundheit

Das Modell baut auf den Konzepten der funktionalen Gesundheit der WHO auf:

Eine Person ist demnach funktional gesund, wenn

- ihre körperliche Funktion (einschließlich des mentalen Bereiches)
- und ihre Körperstrukturen denen eines "gesunden" Menschen entsprechen

Eine Person ist funktional gesund, wenn

- sie das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird
- sie ihr Dasein so entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen erwartet wird.

(ICF, WHO 2002)

Funktionale Gesundheit =

- Die Dinge tun können, die man tun möchte oder muss oder gewohnt ist zu tun
- bzw. andere in der vergleichbaren sozialen Gruppe tun,
- in der Umgebung in der dies üblicherweise getan wird
- und man dies heute oder in Zukunft tun möchte.

= tätigkeitsorientierte Sicht des Menschen

= freie Wahl der Lebensumwelten, Erhalt der Individualität (Mainstreaming)

= Lebensqualität

### 1.3.3 Partizipation

„Partizipation (Teilhabe) ist das Eingebundensein in eine Lebenssituation.“ (...) „Eine Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe) ist ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogenheit in Lebenssituationen erleben kann.“ „Beeinträchtigungen der Aktivität oder Partizipation (Teilhabe) werden vor dem Hintergrund allgemein akzeptierter Bevölkerungsstandards beurteilt.“ (ICF 2002).

Der Begriff der Partizipation wird offenbar von der Weltgesundheitsorganisation sehr zwiepsältig verwendet. Auf der einen Seite wird klar erkannt, dass sich bei der Teilhabe offenkundig um ein subjektives ERLEBEN handelt. Auf der anderen Seite wird bei der Beurteilung – wahrscheinlich um einen als Steuerungsinstrument für Gesundheits- und Sozialdienstleistungen handhabbaren Partizipationsbegriff zu erhalten, die Partizipation anhand ALLGEMEIN AKZEPTIERTER Bevölkerungsstandards beurteilt.

Da der Begriff der Partizipation von der WHO selbst mehrdeutig angelegt wurde ist er somit messtechnisch nicht eindeutig operationalisierbar. So muss eine nähere Definition erarbeitet werden,

was aus therapeutischer Sicht Partizipation ist. Aus therapeutischer Sicht scheint es sinnvoll, Partizipation als Maß der funktionellen Gesundheit zu verstehen. Partizipation ist der Zustand, wenn eine Person ihre körperlichen und geistigen Kapazitäten verwendet, um in ihren Lebensumwelten diejenigen Dinge zu tun, welche typischerweise von anderen Personen in derselben Situation erwartet werden und welche diese Person auch durchführen will oder muss.

Partizipation hat somit zwei Aspekte: den Ausführungsaspekt, welcher die beobachtbare Handlung betrifft und den Erlebens-Aspekt, welcher die subjektive und kulturelle Dimension beinhaltet. Aus ergotherapeutischer Sicht ist Partizipation somit die Ausführung subjektiv bedeutungsvoller Tätigkeiten, welche ein subjektiv sinnvolles Lebensmuster ergeben, welche zu einer positiven Selbstattribution (Bedeutungszuweisung) und dem Empfinden von Lebensqualität und Zufriedenheit führen kann. In diesem Sinne ist erreicht ein Ergotherapeut die Partizipation des Klienten durch den Aufbau der dafür notwendigen Tätigkeitsmuster in den individuellen Lebensumwelten.

### **1.3.4 Lebensqualität**

Um den Menschen umfassend beschreiben zu können, verwenden Baker und Intagliata (1982) vier Merkmale:

1. körperlicher und mentaler Zustand
2. Bedürfnisse und Wissen
3. persönliche Überzeugungen
4. Haltungen / Einstellungen

In diesem Modell wird von der Vorstellung ausgegangen, daß die Person wie ein Filter oder eine Kontrollinstanz wirkt, durch welche die Umgebung erfahren wird. Die Umwelt des Menschen wird somit als individuell wahrgenommen und interpretiert verstanden. Als Bestandteile der Umwelt werden folgende Bereiche identifiziert:

- Physikalische Aspekte
- Soziale Aspekte
- Wirtschaftliche Aspekte
- Kulturelle Aspekte

Die Beziehung zwischen Umwelt und der Person ist bestimmt durch die wechselseitige Anpassung zwischen den erworbenen Umwelterfahrungen und den persönlichen Bedürfnissen des Individuums. Diese Anpassung wird von den Individuen wahrgenommen. Das Ausmaß der Anpassung zwischen Umwelt und Person kann als Maß für die Lebensqualität einer Person angesehen werden. Das Ausmaß der Anpassung kann nur z.T. durch Verhaltensbeobachtung bestimmt werden.

### **1.3.5 Weitere Konzepte:**

Das Modell nimmt auf folgende Konzepte Bezug:

Betätigungstheorien, –modelle und Bezugsrahmen:

- OT Practice Framework, AOTA 2002
- Ecology of Human Performance, Dunn et al. 1994
- Canadian Model of Occupational Performance CAOT 1997, 1998
- Person Environment Occupation Model, Law et al. 1996

Systemtheorien, systemtheoretisch orientierte Betätigungstheorien:

- Contemporary Task Oriented Approach, Bass Haugen, & Mathiowetz, 1995
- A Model of Human Occupation, Kielhofner 1995
- Occupation Adaptation Frame of Reference, Schkade & Schultz 1992

Umweltverhaltenstheorien:

- Quality of Life Model, Baker & Intagliata 1982

- Ecological System Model, Bronfenbrenner 1981

Ergotherapeutische Prozessmodelle und -Merkmale:

- Occupational Performance Process Model (CAOT 1998)
- Law 1998
- Das Prozessmodell zur Anwendung des Assessments of Motor and Process Skills (Fisher 1997)
- Ecology of Human Performance (Schkade & Schultz)

Entwicklungstheorien

- Piaget

Eine Kompatibilität zu wichtigen ergotherapeutischen Praxismodellen und zu aktuellen systemtheoretischen Sichtweisen auf die menschlichen Aktivitäten, deren soziologische und individuelle Bedeutung und ihre neurowissenschaftlichen und muskulo-skelettären Grundlagen wurde hergestellt.

## 2 Kernkonstrukte des Modells der funktionellen Gesundheit durch Betätigung

### 2.1 Grundkonzept: funktionelle Gesundheit = erfolgreiche Person - Umwelt – Anpassung

Wesentliches Merkmal des Mensch-Seins ist die erfolgreiche **Interaktion** mit der ihn **umgebenden sozialen und physikalischen Lebensumwelt** mit dem Ziel der Nutzung dieser Umwelt zur Befriedigung persönlicher **Interessen und Bedürfnisse**. Hierzu passt der Mensch sich selbst an die Umwelt oder die Umwelt an sich an (Akkommodation, Assimilation, siehe Piaget).

Es ist das Wechselspiel zwischen den **Lebensumwelten** und der **Person**, welches durch die individuellen Aktivitäten vermittelt wird. Zum Verständnis der **Ausführung** einer **Tätigkeit / Aktivität** benötigt man Informationen über die **Adaption** der Person in einer konkreten Situation, über die **Anforderungen**, welche die Aktivität stellt sowie über die Charakteristika der **physischen, sozialen und kulturellen Umwelt**. Dieses Wechselspiel wird durch **persönliche und Umweltaspekte** beeinflusst. In der Befunderhebung und Therapieplanung sollten alle Aspekte der **Tätigkeit / Interaktion** berücksichtigt werden. Die jeweilige persönliche Vorgeschichte ist zu berücksichtigen. Diese persönliche Geschichte beinhaltet die jeweiligen Fähigkeiten und Fertigkeiten (**persönliche Aspekte**), die frühere Durchführung spezifischer Lebensaufgaben (**Rollen und Aktivitäten in den Lebensumwelten**) und die Erfahrung innerhalb bestimmter Umgebungen (**Lebensumwelten, Umweltaspekte**). Zusätzlich zur persönlichen Geschichte wird die **Ausführung** von **Tätigkeiten** durch voraussichtliche **Lebensaufgaben** und **Rollenerwartungen** beeinflusst.

### 2.2 Die Konzeptionalisierung des Begriffs Betätigung

Der Begriff der Betätigung wird durch das Berufsprofil voll in den Fokus der Ergotherapie geschoben:

„Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Diesen Menschen soll es ermöglicht werden, für sie bedeutungsvolle Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer Umwelt durchführen zu können.

Ziel der Ergotherapie ist es, Betätigung zu erreichen. Gleichzeitig wird Betätigung als therapeutisches Medium eingesetzt.“ (DVE-Berufsprofil, Miesen, M., Christopher A., Mentrup C. 2004; S. 157)

**Ergotherapie ist**

**der Aufbau und Erhalt von Betätigungen unter Nutzung von Betätigung als therapeutisches Mittel.**

(sinngemäße Zusammenfassung der Definition der Definition im Berufsprofil)

„**Occupation as means and ends**“

“**Betätigung als Mittel und Ziel**“

Wenn der Begriff denn so zentral ist, benötigen wir natürlich ein solides Wissen über den Begriff, denn  
„Wenn die Begriffe nicht richtig sind, stimmen die Worte nicht;  
stimmen die Wort nicht, so kommen die Werke nicht zustande;  
kommen die Werke nicht zustande, so gedeiht die Moral und die Kunst nicht;  
gedeiht Moral und Kunst nicht, so treffen die Strafen nicht;  
treffen die Strafen nicht, so weiß das Volk nicht, wohin Hand und Fuß zu setzen (...)  
“

(Kungfutse, China)

Wir wollen das mal nicht ganz so radikal sehen. Aber immerhin – irgendwas scheint dran zu sein. Also widmen wir uns den Begriffen.....

### **2.2.1 Warum betätigt sich der Mensch? Der Mensch – das Betätigungswesen**

Das was ich mache, das bin ich.

Das was ich bin, das mache ich.

(unbekannter Autor)

Es scheint ein allgemein anerkanntes Wissen zu sein, dass unser Handeln und unser Selbstbild in engem Zusammenhang stehen. Doch was macht eigentlich Betätigung aus?

Warum so ausgiebig mit dem Begriff Betätigung auseinandersetzen? Weil meiner Meinung nach der Begriff Betätigung durch das Berufsprofils des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten einen sehr hohen Stellenwert in der Ergotherapie bekommt, der eine sehr präzise und praktisch handhabbare Definition unumgänglich macht.

Wenn wir nur Betätigungen als Ergebnis und Inhalte ergotherapeutischer Interventionen zulassen, müssen wir natürlich ein genaues Verständnis des Begriffes haben. Dieses Verständnis muss klar sein und zu praktisch handhabbaren Vorgehensweisen, die den Begriff nicht zu sehr strapazieren und nicht durch freie Interpretation des Begriffes zur Beliebigkeit bei der ergotherapeutischen Intervention führen!

## 2.2.2 Annäherung an den Begriff Betätigung

Betätigungen sind <b>die gewöhnlichen und bekannten Dinge, welche Menschen täglich tun.</b>	Christiansen et al. 1995
<b>Ketten alltäglicher Aktivitäten</b> , welche <b>im Lexikon der Kultur benannt</b> werden können	Clark et al. 1991
<b>Groups of activities and tasks</b> of everyday life, <b>named, organized, and given value and meaning by individuals and a culture</b> ; occupation is everything people do to occupy themselves, including looking after themselves (self-care), enjoying life (leisure), and contributing to the social and economic fabric of their communities (productivity)	CAOT – 2
engagement in <b>activities, tasks, and roles</b> for the purpose of productive pursuit, maintaining oneself in the environment, and for purpose of relaxation, entertainment, creativity, and celebration, <b>activities in which people are engaged to support their roles</b>	Christiansen & Baum 1997
<b>goal-directed pursuits</b> which <b>typically extend over time, have meaning</b> to the performer and <b>involve multiple tasks</b>	Christiansen & Baum 1997, AOTA 1995d
Jede <b>zielgerichtete Aktivität</b> , die für den <b>Menschen von Bedeutung ist</b> und <b>sich aus Fertigkeiten und Werten zusammensetzt.</b>	Creek 1990
<b>Teile von Aktivität</b> , die <b>im Wortschatz einer Kultur</b> vorkommen und <b>im Fluß der Zeit stattfinden.</b>	Hagedorn 1999
eine <b>Art des menschlichen Bestrebens</b> , die eine <b>Struktur für Zeit und Bemühung im Leben eines Menschen</b> bietet.	Hagedorn 2000
Die <b>gewöhnlichen Dinge</b> , welche <b>Menschen täglich tun</b> (Ordinary and familiar things that people do every day).	Jacobs 1997, AOTA
<b>Ketten bedeutungsvoller Aktivitäten</b> , welche <b>durch andere Mitglieder</b> desselben Kulturkreises <b>wiedererkannt werden</b> können.	Kielhofner
Die <b>Interaktion eines Menschen mit der Umwelt</b> , die einem <b>inneren Drang zum Erkunden und Bewältigen</b> entspringt. Der <b>Kern menschlicher Existenz und Anpassung.</b>	Kielhofner 1992
synonym mit <b>Tätigkeit, Handlung, aktiv sein, beruflich tätig sein, also all das, was man tut, weil man es möchte oder muß.</b>	Law et al. 1999
<b>Aktivitäten oder Aufgaben</b> , welche die <b>zeitlichen und Energie- Ressourcen einer Person beanspruchen</b> ; besonders die Selbst-Erhaltung, Produktivität und Freizeit.	Reed & Sanderson 1980, 1992, CAOT - 1
eine <b>strukturierte Gruppe von Fertigkeiten</b> , die <b>Zeit und Energie einer Person und Umweltressourcen</b> in Anspruch nehmen. Sie werden unterteilt in Selbsterhaltung, Produktivität und Freizeit.	Reed 1999
An <b>activity in which one engages, a way of passing the time. The principal business of one's life</b> , The actual possession and use of real estate	Websters Intern.Dictionary

Hier finden sich eine Menge unterschiedlicher Aspekte von Betätigungen. Scheinbar hat der Begriff Betätigung neben dem Aspekt der Aktivität und der Wiederholung auch einen engen Bezug zu den Begriffen Bedeutung, Selbstbild und zu sozialen Aspekten.

Die Tätigkeiten von Menschen können auf mehreren Ebenen betrachtet werden:

1. auf der Ebene konkreten Ausführung der ausgeführten Handlungen.
2. Auf der individuellen Bedeutungsebene (erleben und Sinn finden, individuelle Werte und Erwartungen)
3. Auf der gesellschaftlichen, kulturellen Ebene (Werte, Normen, Erwartungen)

Menschen betätigen sich aus persönlichen Gründen und um gesellschaftlichen Bedürfnissen und Erwartungen zu genügen. Betätigungen können als Gruppen funktioneller (zweckdienlicher) Aufgaben und Rollen betrachtet werden, in denen sich Personen im Laufe ihrer Lebenszeit aus einer Vielzahl an Gründen engagieren, wie z.B. Selbst-Erhalt, Selbst-Ausdruck und Erfüllung (Christiansen 1991). Diese Aufgaben werden in verschiedenen Umweltkontexten ausgeführt um bestimmte Rollen zu erfüllen. Die grundlegende Einheit der Betätigung ist die Aktion (action), welche eine einzelne Aktivität darstellt, in der eine Person involviert ist (z.B. Zwiebeln schneiden). Aufgaben stellen eine Gruppe an Aktionen dar, die zu einem bestimmten Zweck zusammengestellt sind. Aufgaben sind wiederum zu Betätigungen gruppiert. So kann die Betätigung des „Mahlzeiten Zubereitens“ aus den Aufgaben „Getränke zubereiten“, „Suppe machen“ und „Auflauf backen“ bestehen. Durch die Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen wird unser Selbst-Konzept und unsere Vorstellung über unsere Identität geformt (Law et al. 1997).

### 2.2.3 Durch Betätigungen erfährt der Mensch seine Identität

In der ergotherapeutische Literatur gibt es verschiedenste Ansätze, Menschen und ihre Betätigungen zu verstehen.

**Kern aller Vorstellungen ist es, daß der Mensch ein Betätigungswesen ist, der Bedeutung in seinen Betätigungen erfährt und ausdrückt und letztendlich seine eigene Identität durch seine Betätigungen aufbaut oder erfährt.**

Als Beispiel könne hier das Model of Human Occupation (Kielhofner 1995<sup>i</sup>) dienen. Kielhofner vermutet, daß Menschen eine Art gesunden Menschenverstand (common sense) hinsichtlich der Frage besitzen,

- wer oder was sie selbst sind,
- was sie tun können und
- in welchem Kontext sie interagieren können und letztendlich auch
- wer sie werden können

Im Rahmen des Konzeptes der Betätigungsidentität definieren Kielhofner et al. die Betätigungsidentität als das Ausmaß, mit dem sich eine Person integriert hat und sich mit seinen Werten, Interessen und Betätigungsrollen zufrieden und in Übereinstimmung fühlt.

Andere Autoren (Christiansen & Baum 1997<sup>ii</sup>) gehen noch einen Schritt weiter und schlussfolgern, daß sich die Identität erst durch Betätigung entwickelt und ausdrückt und daß die Betätigung das Mittel ist, um die Bedeutung des Lebens zu erfahren.

Andere Modelle, wie z.B. das Canadian Model of Occupational Performance (Canadian Association of Occupational Therapists 1997<sup>iii</sup>) stellen die Spiritualität der Person in das Zentrum, um das sich seine Betätigungen gruppieren. Mit der Spiritualität wird hier der innere Kern oder das Wesen einer Person verstanden. Das Modell trifft aber keine Vermutungen über Ursache-Wirkungsgefüge.

Es ist aber anzunehmen, dass hier kein lineares Ursache-Wirkungsgefüge besteht, wie dies möglicherweise durch obige Aussagen Kielhofners nahegelegt wird. Das was Kielhofner common sense nennt ist bestimmt durch bisherige Erfahrungen und damit durch die bisherigen Betätigungen geprägt. Als letztendlicher Schluss folgt daraus, dass unsere eigenen Erfahrungen, welche wir während unserer Handlungen erschaffen, die Auswahl von weiteren Handlungen entscheidend mitprägen. Die durch Wiederholung stabilisierten Handlungen wirken umgekehrt auf unser Selbstbild zurück und führen letztendlich dazu, dass wir einen Sinn und eine Bedeutung in unserem Leben erkennen. Betätigungen und Betätigungsidentität bzw. Selbstbild bedingen sich also gegenseitig.

Auch wenn unterschiedliche Theoretiker im momentanen Zustand ergotherapeutischer Theoriebildung noch etwas unterschiedliche Schwerpunkte im Ursache-Wirkungsgefüge zwischen Betätigung und persönlicher Identität sehen, herrscht aber Konsens darüber, dass Betätigung und Selbstbild sehr eng miteinander in Beziehung stehen.

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass das Verständnis des Menschen als Betätigungswesen gleichzusetzen ist mit dem Verständnis der Kernthemen ihres Lebens, welche sie erfahren und in ihren Betätigungen ausdrücken. Im Idealfall drücken die Betätigungsrollen einer Person ihre Erfahrungen und Wünsche aus und auch das, was die Person in Zukunft sein will. Dieser Idealfall wird sicherlich durch pragmatische Entscheidungen in Antwort auf Umwelthanforderungen nicht immer erreicht werden. Da Menschen ihre Betätigungsrollen in ihrer sozialen und physikalischen

Umwelt einnehmen, werden an sie Anforderungen und Erwartungen gestellt, welche ihre Betätigungen und natürlich auch die Bedeutung von Betätigungen beeinflussen. Somit ist es unerlässlich, die Bedeutung im Kontext der sozialen, kulturellen und physikalischen Umwelt zu betrachten.

Doch wie nutzen wir den Begriff jetzt? Wir benötigen eine Vorstellung darüber,

- was Betätigungen sind,
- wie Betätigungen entstehen
- welche Faktoren Betätigungen beeinflussen
- und wie man Betätigungen (wieder-) herstellt

Und wir müssen dabei berücksichtigen dass unser Konzept erklären kann, wie man Betätigung nicht nur erzielt, sondern auch in der Therapie selbst einsetzt.

Das Konzept sollte also erklären können, unter welchen Umständen eine therapeutische Aktivität eine Betätigung ist. Das Konzept soll auch in Situationen einsetzbar ist, wo wir nicht konkret in den Lebensumwelten der Klienten arbeiten, unter welchen Bedingungen auch an Körperfunktionen orientierte Therapien im Rahmen einer betätigungsorientierten Therapie einsetzbar sind.

## 2.2.4 Die Funktion von Betätigungen

Für Menschen gibt es verschiedenste Gründe, aktiv zu werden, Handlungen auszuführen oder letztendlich Betätigungsrollen aufzubauen.

**Die Funktion einer Betätigung bezieht sich nach Hocking (2001) auf ihren Zweck und ihre Bedeutung in der individuellen Lebensumwelt sowie auf den Beitrag, den sie hinsichtlich des eigenen Lebensstils leistet.**

Die wesentlichen Fragen zum Verständnis einer Betätigung aus interaktioneller Sicht sind:

Welche Betätigungsherausforderungen erfährt ein Mensch und welche Funktionen folgen daraus für seine Betätigungen. In welcher Form kann die Person diese Funktionen, welche sich aus den Betätigungsherausforderungen ergeben nicht mehr erfüllen? Beispielsweise kann die Funktion, seine Kinder zu versorgen (Funktion aus Sicht des Klienten, Betätigungsherausforderung aus Sicht der Umwelt) durch eine Störung der Tätigkeitsausführung nicht mehr erfüllt werden. Die Leistung beim Kinder versorgen ist möglicherweise deshalb eingeschränkt und reicht nicht mehr, um die Funktion zu erfüllen, weil die Person auf Grund von psychischen Einschränkungen (Problem auf der Ebene mentaler Körperfunktionen = Einschränkung auf der Ebene der zugrundeliegenden persönlichen geistigen Körperfunktionen)

## 2.2.5 Die Bedeutung der Betätigung für den Menschen

In der ergotherapeutische Literatur gibt es verschiedenste Ansätze, Menschen und ihre Betätigungen zu verstehen.

**Kern aller Vorstellungen ist es, daß der Mensch ein Betätigungswesen ist, der Bedeutung in seinen Betätigungen erfährt und ausdrückt und letztendlich seine eigene Identität durch seine Betätigungen aufbaut oder erfährt.**

**In die Terminologie des Modells übertragen bedeutet dies, dass durch erfolgreiche (funktionelle) Interaktion in den Lebensumwelten Partizipation erreicht wird. Die Betätigungen, welche das individuelle Tätigkeitsmuster bilden, bilden die Grundlage für das individuelle Erleben und die Bedeutungszuweisung für die eigene Person. Eine als sinnvoll und erfolgreich erlebtes Tätigkeitsmuster ist mit einer hohen Lebensqualität gleichzusetzen.**

Es ist anzunehmen, dass kein lineares Ursache-Wirkungsgefüge besteht, wie dies möglicherweise durch obige Aussagen Kielhofners nahe gelegt wird. Das was Kielhofner common sense nennt ist bestimmt durch bisherige Erfahrungen und damit durch die bisherigen Betätigungen geprägt. Als letztendlicher Schluss folgt daraus, dass unsere eigenen Erfahrungen, welche wir während unserer Handlungen erschaffen, die Auswahl von weiteren Handlungen entscheidend mitprägen. Die durch Wiederholung stabilisierten Handlungen wirken umgekehrt auf unser Selbstbild zurück und führen letztendlich dazu, dass wir einen Sinn und eine Bedeutung in unserem Leben erkennen. Betätigungen und Betätigungsidentität bzw. Selbstbild bedingen sich also gegenseitig.

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass das Verständnis des Menschen als Betätigungswesen gleichzusetzen ist mit dem Verständnis der Kernthemen ihres Lebens, welche sie erfahren und in ihren Betätigungen ausdrücken. Im Idealfall drücken die Betätigungsrollen einer Person ihre Erfahrungen und Wünsche aus und auch das, was die Person in Zukunft sein will. Dieser Idealfall wird sicherlich durch pragmatische Entscheidungen in Antwort auf Umweltanforderungen nicht immer erreicht werden. Da Menschen ihre Betätigungsrollen in ihrer sozialen und physikalischen Umwelt einnehmen, werden an sie Anforderungen und Erwartungen gestellt, welche ihre Betätigungen und natürlich auch die Bedeutung von Betätigungen beeinflussen. Somit ist es unerlässlich, die Bedeutung im Kontext der sozialen, kulturellen und physikalischen Umwelt zu betrachten.

Eine erste Gliederung menschlicher Aktivitäten

Im Folgenden werden einige grundlegende Möglichkeiten aufgezeigt, die Vielzahl menschlicher Aktivitäten in sinnvolle Kategorien zu untergliedern.

## **2.3 Eine erste Gliederung menschlicher Aktivitäten**

Im Folgenden werden einige grundlegende Möglichkeiten aufgezeigt, die Vielzahl menschlicher Aktivitäten in sinnvolle Kategorien zu untergliedern.

### **2.3.1 Lebensabschnitt**

Das Alter des Klienten und die damit verbundenen Bedürfnisse und Erwartungen sind wesentlich für das Verständnis der Tätigkeiten und dabei auftretender Probleme.

Der Lebensabschnitt beeinflusst

- die Tätigkeiten welche man ausführt,
- der Ort an denen man eine Tätigkeiten ausführt
- die sozialen Bedingungen, denen man bei seinen Tätigkeiten begegnet und
- die Art, wie man Tätigkeiten ausführt

Typische Lebensabschnitte

- frühe Kindheit
- Bildungsphase
- Eigenständigkeit
- Ruhestand

### **2.3.2 Lebensumwelten**

Jeder Mensch begibt sich im Laufe seines Lebens durch eine Folge von Lebensumwelten, in der er bestimmte, durch persönliche Bedürfnisse und Interessen sowie durch die soziale Umwelt begründete Anforderungen zu erfüllen hat.

Lebensumwelten sind die physikalischen und sozialen Umwelten, in denen wir typischerweise unsere Tätigkeiten durchführen. Die Lebensumwelten bestimmen sehr stark die möglichen Tätigkeiten und die Anforderungen an die Art der Ausführung von Tätigkeiten

Beispiele für Lebensumwelten

- Eltern-Wohnung
- Kindergarten
- Schule

- häusliche Umgebung (nahes Umfeld)
- Arbeitsplatz

Beispiel: Lebensumwelten im Lebensbereich Bildung

Lebensbereich Bildung = formeller Erwerb von Kompetenzen (Wissen, Fertigkeiten & Fähigkeiten), in Abgrenzung von informellem Lernen, welches in jeder Situation auftreten kann.

Bildungsumwelten in den verschiedenen Lebensabschnitten

- Kindergarten
- Schule
- höhere Schulen
- berufliche Ausbildungs – Umwelten
- Weiterbildungsinstitute
- Volkshochschule

In Abhängigkeit vom Lebensabschnitt und dem Tätigkeitsbereich bewegen wir uns in verschiedenen Umwelten

### 2.3.3 Tätigkeitsbereiche

In Lebensumwelten werden verschiedene Aufgaben / Aktivitäten ausgeführt, die verschiedenen Zwecken dienen. Der Mensch ist in verschiedenen Lebensumwelten aktiv, um Ziele aus verschiedenen Lebensbereichen zu verfolgen.

Tätigkeitsbereiche bilden eine grobe Einteilung der Zwecke (Gründe), welchen menschliche Aktivitäten dienen. Typischerweise werden diese Aktivitäten in verschiedene Tätigkeits- / Performanzbereiche gegliedert. Im einfachsten Fall ist dies die Aufteilung in die Bereiche

- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Arbeit
- Freizeit

so wie dies beispielsweise in der Uniform Terminology 3rd edition (AOTA 19xxx) und im Canadian Model of Occupation (CMOP, CAOT 19xxx) geschieht.

An anderer Stelle werden die Tätigkeitsbereiche anders eingeteilt:

- BADL (basale / persönliche Aktivitäten des täglichen Lebens), IADL (Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens)
- Bildung
- Spiel & Erholung
- Soziale Interaktion
- Arbeit und produktive Aktivitäten

(modifiziert nach Occupational Therapy Practice Framework, AOTA 19xxx)

- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Spiel & Erholung
- Arbeit und produktive Aktivitäten
- Bildung
- Soziale Interaktion

Unterschiedliche Personen würden bestimmte Aktivitäten möglicherweise unterschiedlich kategorisieren. Während eine Mutter möglicherweise ihr Kind beim Spielen sieht, kann das Kind selber die Tätigkeit als extrem anspruchsvoll und herausfordernd sehen und diese Tätigkeit als Arbeit ansehen. Eine Hausfrau kann möglicherweise ihre Haushalts-Aktivitäten als Arbeit betrachten, während ihr Mann dies anders sieht. Die Kategorisierung in verschiedene Tätigkeitsbereiche ist somit sehr sensitiv auf soziale Normen sowie kulturelle und individuelle Werte. Eine Kategorisierung durch den Klienten kann somit wichtige Hinweise auf das Wertesystem und sich daraus ergebenden therapeutisch relevanten Informationen ergeben.

Unsere Ziele in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen (z.B. Spiel und Freizeit) hängen stark vom Lebensabschnitt (z.B. Bildungsphase) und von den daraus resultierenden Lebensumwelten ab (z.B. Schulhof, Sportverein).

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass die Zuordnung bestimmter Aktivitäten zu Lebensbereichen nur vorläufig sein kann, massiv kulturellen Werten unterzogen ist, letztendlich das gesellschaftliche und kulturelle Wertesystem widerspiegelt und letztendlich nicht eindeutig zu treffen ist. Was ist mit einem Kind, welches seiner Puppe die Schuhe anzieht? Trainiert es gerade Aktivitäten des täglichen Lebens und befindet sich damit im Bereich Bildung und gleichzeitig in der Vorbereitung eigener Aktivitäten des täglichen Lebens? Oder übt das Kind gerade die soziale Rolle eines Elternteils mit der Puppe in der Rolle eines symbolischen Kindes ein? Oder „spielt“ es nur?

Oder gehen wir an das andere Ende der Altersskala und schauen uns den Rentner an, der gerade seine Blumen auf der Terrasse gießt. Ist das eine instrumentelle Aktivität des täglichen Lebens im Sinne der Pflege und Erhaltung der eigenen häuslichen Umwelt? Sicher ist es mehr? Ist es Spiel & Erholung. Wenn man Spiel als Ausgleich für irgendetwas versteht sicher nicht, wenn man Spiel und Erholung einfach als entspannende Tätigkeit sieht sicherlich doch. Wenn noch viele andere Sachen zu tun sind ist es möglicherweise doch nicht mehr entspannend. Oder ist es eine Freizeittätigkeit? Sicherlich nicht, da die Bereichsdefinition Freizeit nur dann einen Sinn macht, wenn auch ein Bereich Arbeit da ist.

Was können wir aus diesem Exkurs lernen? Man kann verschiedene Tätigkeiten in einer Lebensumwelt grob klassifizieren, aber

- a) dieselbe Tätigkeit kann selbst bei derselben Person unter verschiedensten Bedeutungskontexten stattfinden
- b) dieselbe Tätigkeit kann gleichzeitig verschiedenste Funktionen haben / Bedeutungen haben und deshalb nicht eindeutig klassifizierbar sein.
- c) Jede Klassifikation in Tätigkeitsbereiche ist abhängig vom Lebensalter und persönlichen und kulturellen Lebensumständen. Was in einer bestimmten Lebenssituation als Klassifikation Sinn macht, kann in einer anderen Lebenssituation weniger hilfreich sein

Was für einen Sinn macht denn dann eine Klassifikation, wenn sie so abhängig ist von den individuellen Lebensumständen und der physikalischen und sozialen Umwelt? Wenn wir Tätigkeitsbereiche von Klienten untersuchen müssen wir verschiedene Fragen beantworten:

1. Welche Tätigkeiten führt der Klient in der zu untersuchenden Lebensumwelt aus?
2. Welchem Zweck dienen die Aktivitäten, welche Bedeutung haben sie und welche Erwartungen werden durch den Klienten und andere Beteiligte in der Lebensumwelt an die Ausführung gestellt?
3. Wie werden die Aktivitäten durchgeführt?
4. Mit welchem Erfolg werden die Aktivitäten durchgeführt?
5. welche sind die kritischen Aktivitäten, welche den Erfolg einer Tätigkeit beeinflussen?

### **2.3.4 Altersabhängige Veränderung der Einteilung von Tätigkeitsbereichen**

Wie wir gerade gesehen haben ist die Aufteilung in die Bereiche ADL, Arbeit und Freizeit eigentlich nur für den mittleren Lebensabschnitt sinnvoll nutzbar. Wie könnte denn nun beispielsweise eine sinnvolle Aufteilung der Tätigkeitsbereiche für Kinder aussehen?

Ein besonders Merkmal der Kinder- und Jugendzeit ist die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche für die spätere Autonomie und die Adaption an unsere gesellschaftlichen und sozialen Strukturen notwendig sind. Der Erwerb der grundlegenden Fertigkeiten zur Adaption an

verschiedene Lebensumwelten und die Fertigkeit zur Aufrechterhaltung typischer notwendiger und erwarteter Aktivitäten steht im Vordergrund.

Somit könnte man durchaus sinnvoll eine Klassifikation kindlicher Tätigkeiten für schulische und familiäre Aktivitäten schaffen, die nach primär nach Lernbereichen klassifiziert ist

1. Sensomotorisches und kognitives Lernen (traditionelle Bildung, lernorientiertes Spiel, „Lernen Lernen“)
2. emotionales und soziales Lernen (soziales Spiel, soziale Spielanteile, soziale Interaktion)
3. basale Selbstständigkeit lernen (ADL, IADL, Aufbau komplexerer Handlungsrountinen)
4. Kompetenz im Umgang mit sozialen Systemen und Lebensumwelten (Entwicklung sozialer Netze, Kompetenz zur Interaktion mit komplexeren Systemen und Lebensumwelten, Aufbau autonomer Handlungsmuster in den Lebensumwelten, Kompetenz zur Kontaktaufnahme mit und Bewältigung der Adaption an neue Lebensumwelten)

Auch im höheren Alter werden Aufteilungen wie Arbeit, Spiel, Freizeit wenig sinnvoll. Auch Aufteilungen wie Arbeit, Spiel, Freizeit, Soziale Interaktion werden relativ sinnlos, da die im Alter nach Wegfall der Rolle Arbeit und Auf Grund anderer Faktoren der Bereich der sozialen Interaktion als therapeutisch relevanter Lebensbereich sehr dominant wird. Die traditionelle Aufteilung in Arbeit, Spiel und Freizeit wird kaum noch anwendbar, sobald wir uns für Altersgruppen interessieren, in denen einer dieser Bereiche wegfällt. Hier zeigt sich noch einmal klar, wie abhängig eine Einteilung menschlicher Tätigkeiten vom Ziel / Nutzen der Klassifikation sowie den tatsächlich typischerweise durchgeführten Tätigkeiten ist.

Neben den Tätigkeiten, welche der Aufrechterhaltung einer individuellen Lebensumwelt dienen werden im Alter all jene Tätigkeiten besonders wichtig, welche dem individuellen Leben Sinn und bedeutung geben. Hieraus ableitend könnte man folgende Klassifikation aufbauen:

Erleben individuelle Bedeutung

- Erleben individueller Kompetenz zur Autonomie (Körperpflege und Hygiene, Haushaltsführung, - Körperpflege und Hygiene, Beschaffungen im kommunalen Umfeld)
- Erleben individueller körperlicher und kognitiver Kompetenz (sportliche Aktivitäten, Spiele, ect.)
- stille soziale Interaktion (Besuch, Gespräch)
- aktive soziale Interaktion (Feste und Besuche, kommunale Aktivitäten)
- Generativität (Weitergeben von Wissen und Kompetenzen)

### 2.3.5 Der Zusammenhang zwischen Lebensumwelten, Lebensabschnitten und Tätigkeitsbereichen

Lebensabschnitt	Tätigkeitsbereiche			
	Spiel & Freizeit	formelle Bildung	Arbeit	Aktivitäten des täglichen Lebens
frühe Kindheit	Eltern-Haushalt nahe Umgebung			Eltern-Haushalt
Bildungsphase	Eltern-Haushalt variable Orte	Kindergarten Vorschule Schule Berufsschule weiterführende S.	Eltern-Haushalt	Eltern-Haushalt
Eigenständigkeit	variable Orte	Weiterbildungen	Arbeitsplatz	eigener Haushalt
Ruhestand	variable Orte			eigener Haushalt

### 3 Konzeptionalisierung menschlicher Tätigkeiten im Modell der funktionellen Gesundheit durch Betätigung (Fischer 2005)

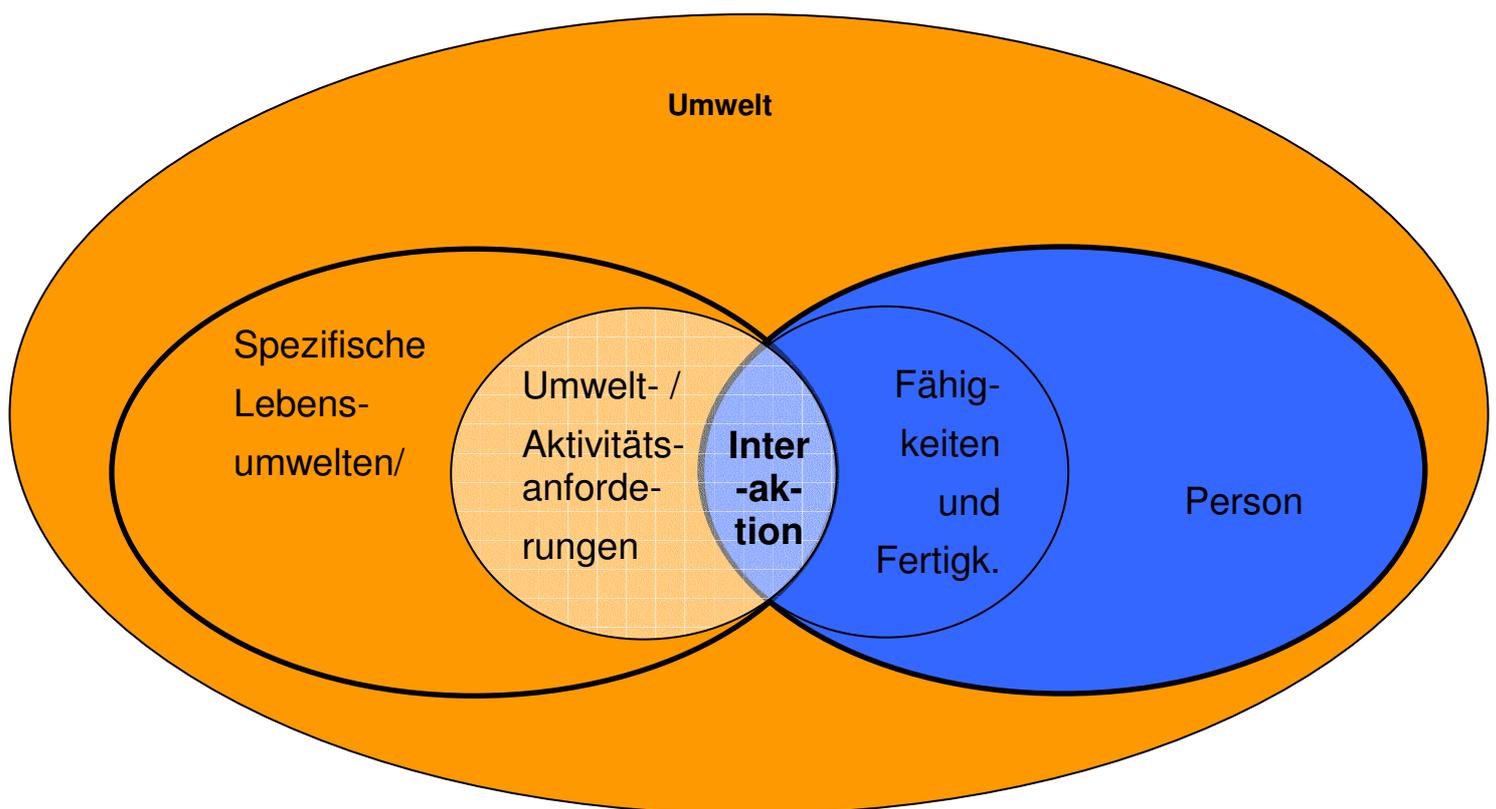
#### 3.1 Grundsätzliches Verständnis menschlicher Betätigungen

##### 3.1.1 Der Mensch als Interaktionswesen

Bestimmte Interaktionsformen, welche zur Befriedigung persönlicher Interessen und Bedürfnisse und zur Nutzbarmachung bestimmter spezifischer Kontexte dienen, werden von der Person in der Regel wiederholt und z.T. täglich ausgeführt (z.B. beim Frühstück zubereiten helfen, zur Schule fahren, mit Freunden spielen, Hausaufgaben machen, im Unterricht zuhören und mitschreiben).

##### 3.1.1.1 Grundkonzept: funktionelle Gesundheit = erfolgreiche Person - Umwelt – Anpassung

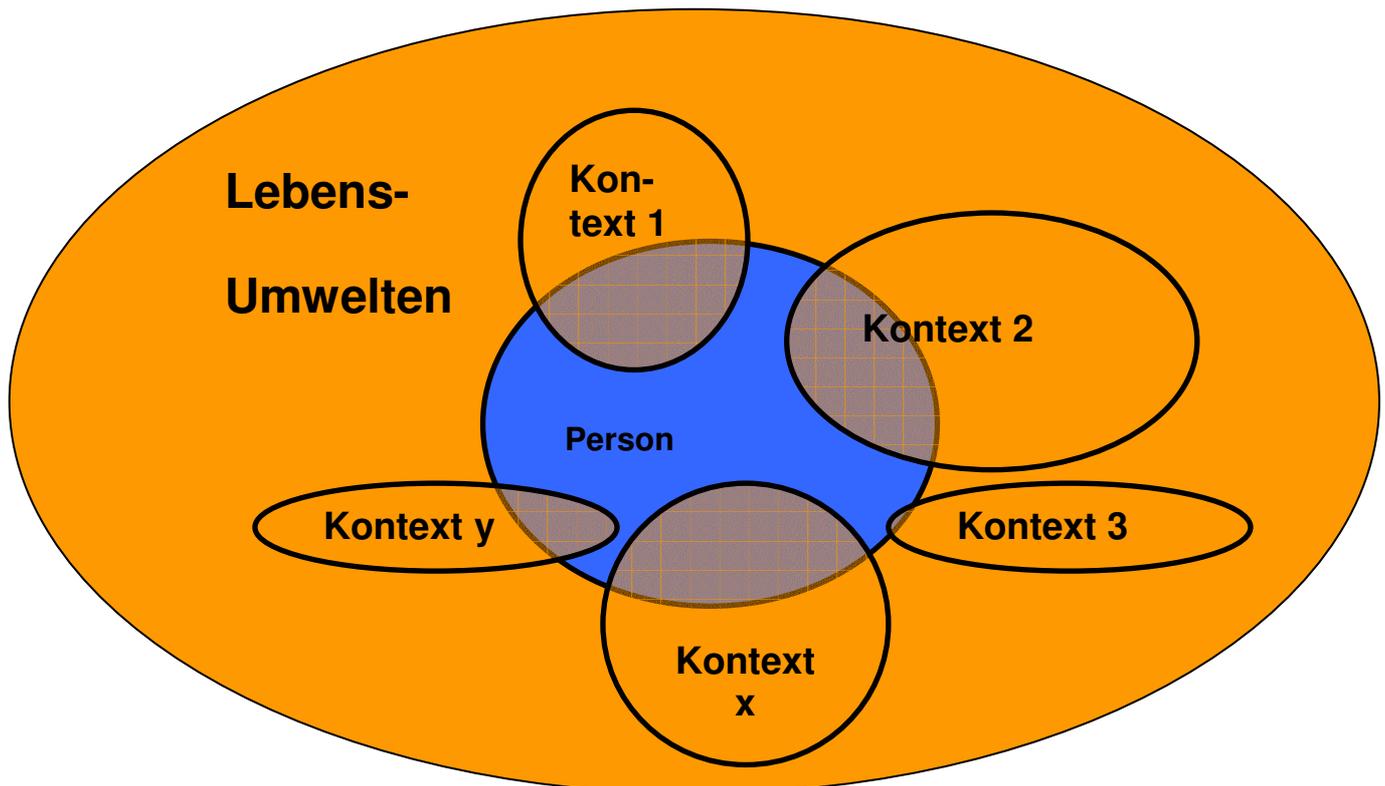
Wesentliches Merkmal des Mensch-Seins ist die erfolgreiche **Interaktion** mit der ihn umgebenden **sozialen und physikalischen Lebensumwelten** mit dem Ziel der Nutzung dieser Umwelten zur Befriedigung **persönlicher Interessen und Bedürfnisse** sowie **der Bewältigung von Anforderungen welche sich aus der umgebenden physikalischen Umwelt ergeben bzw. der Bewältigung von Anforderungen und Erwartungen welche sich aus der sozialen Umwelt ergeben**. Hierzu passt der Mensch sich selbst an die Umwelt oder die Umwelt an sich an (Akkomodation, Assimilation, siehe Piaget).



### 3.1.1.1.1 Die Umwelt

In Abhängigkeit vom Lebenszyklus und dem kulturellen, physikalischen und sozialen Hintergrund bewegen wir uns in verschiedenen Lebensumwelten, in denen wir verschiedene Bedürfnisse befriedigen und auf Anforderungen aus der sozialen bzw. physikalischen Umwelt reagieren.

Spezifische Lebensumwelten, wie zum Beispiel die familiäre Lebensumwelt, der Kindergarten, die die Schule, der Spielplatz oder die Musikschule oder der Sportplatz) bestehen aus einer Vielzahl von Teilkontexten (z.B. Mathe-Unterricht, Pausenhof) und stellen bestimmte Anforderungen an die Person, um mit diesen Lebensumwelten erfolgreich in Interaktion zu treten).



### 3.1.1.1.2 Die Person

Die Person selbst muss hingegen persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten in die Interaktion hineinbringen, welche zur erfolgreichen Interaktion (Ausführung einer Aktivität in dem gewählten Kontext) notwendig sind. Die Person nutzt und schult ihre persönlichen Fähigkeiten bei jeder Auseinandersetzung mit der Umwelt.

### 3.1.1.1.3 Die Interaktion

Durch eigene Bedürfnisse sowie inneren und äusseren Anforderungen angetrieben, werden Interaktionen mit verschiedenen Kontexten (Umwelten) gesucht. In Abhängigkeit von Anforderungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie von Lernprozessen werden typische Interaktionsmuster in den verschiedenen Kontexten (= Lebensumwelten) aufgebaut.

### **3.1.2 Wie wird aus der Interaktion eine Betätigung? – Die Etablierung von Handlungsmustern und Bedeutungen**

#### **3.1.2.1 Grundkonzept: Als nützlich erlebte Interaktionen werden zu Handlungsmustern**

Erfolgreiche Interaktionen (Aktivitäten, Handlungen) werden wiederholt und verfestigen sich zu Gewohnheiten. Die Komplexität der Interaktionen steigt durch Erweiterung und Kombination. Dieser Prozess ist ein ständiger Kompromiss zwischen Selbstbild, Interessen sowie den persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Deshalb kennt das System Mensch auch unterschiedliche Arten (Zustände), wie man eine Handlung erfolgreich durchführen kann.

Welche komplexen Gewohnheiten angenommen werden und wie sie konkret durchgeführt werden, ist von vielen Faktoren abhängig. Aber letztendlich finden verschiedene Menschen eines Kulturkreises recht ähnliche Tätigkeiten und Lösungen. Die Bandbreite der gesellschaftlich akzeptablen Lösungen für Interaktionen variiert z.T. erheblich und kann deutliche Unterschiede in verschiedenen sozialen Gruppen zeigen.

#### **3.1.2.2 Grundkonzept: Handlungsmuster erhalten eine subjektive Bedeutung**

Parallel zur wiederholten Durchführung werden die durchgeführten Interaktionen die Gewohnheiten und Rollen, welche sich stabilisieren zum Grundmuster unseres Lebens. Während der Ausübung der Gewohnheiten und Rollen erhalten diese eine besondere Bedeutung.

Bestimmten komplexen Gewohnheiten erhalten Bedeutung im eigenen Leben. Für ein Kind hat das Mathe-Hausaufgaben-Machen sicherlich eine grosse Bedeutung, da er für eine „Eins“ in der Arbeit grosse Anerkennung in der Familie erhält. Für andere Kinder ist es wichtiger, in Sport gut zu sein, da der Vater sportbegeistert ist und dies auch beim Kind gerne sieht.

Diese Bedeutungen, welche wir unseren Handlungen geben, sind mit unserer Weltsicht, unserem existenziellen Selbstverständnis verknüpft. Dieses existenzielle Selbstverständnis bildet wiederum den Nährboden unserer grundlegenden Antriebe, welche zu innerem Wachstum führen (Spiritualität).

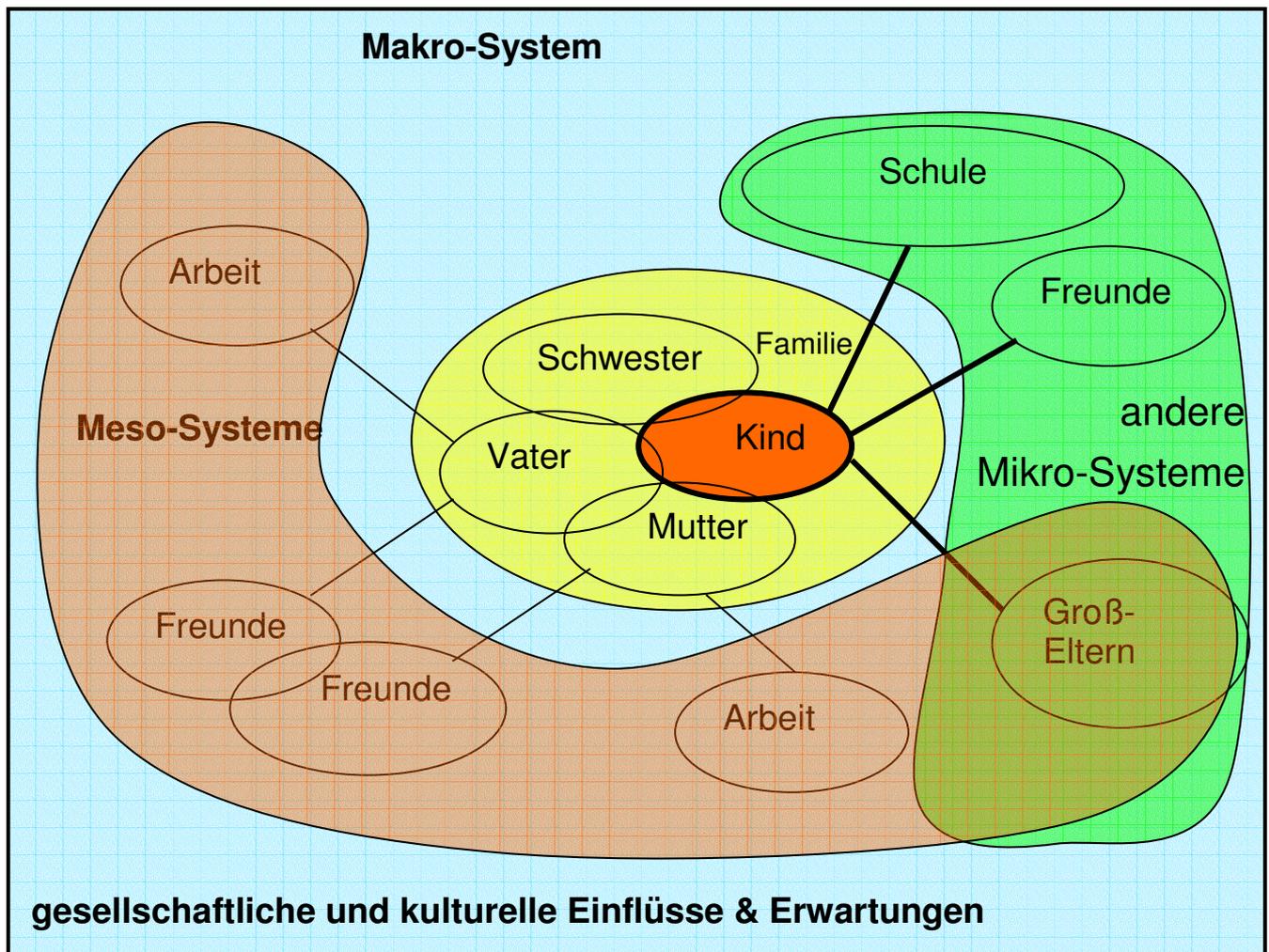
#### **3.1.2.3 Grundkonzept: Soziokultureller Abgleich von Bedeutungen und Ausführungsformen**

Die Organisation von Handlungsmustern ist nicht nur von persönlichen biologischen und physikalischen Umweltfaktoren geprägt, sondern auch von soziokulturellen Faktoren.

Diese Prozesse laufen nicht nur bei einer Person, sondern bei einer Vielzahl an Personen in einem gesellschaftlichen Umfeld ab. Innerhalb dieser Gesellschaft bilden sich durch Praxis, stille oder explizite Vereinbarung oder Anpassung an die Umwelt typische Muster für Aktivitäten bzw. Erwartungen an die Durchführung bestimmter Aktivitäten heraus (z.B. Essen mit Messer und Gabel oder Stäbchen, in der Schule muss man schön still sein und immer aufpassen, was der Lehrer sagt, nicht mit dem Nebenmann quatschen).

Viele Dinge, welche wir in der Kindheit lernen, sind nicht bewusst erlernt, sondern bilden sich als implizites (unausgesprochenes) Wissen im Rahmen früher sozialer Interaktionen heraus.

Jede Person (Kind, Eltern, Lehrer, Spielkameraden) befindet sich in einer Vielzahl von Lebensumwelten, welche unsere Aktivitäten und die Konstruktion der eigenen Wirklichkeit beeinflussen. Dieser Sachverhalt wird auch in sozialwissenschaftlichen Theorien aufgegriffen. In der Systemtheorie nach Bronfenbrenner werden die unterschiedlichen Lebensumwelten, welche sich gegenseitig beeinflussen Mikro-, Makro- und Mesosystem genannt:



Das Mikro-System entspricht der gerade betrachteten Lebensumwelt (z.B. häusliches Umfeld mit Eltern, Haus, ...)

Das Makro-System entspricht dem gesellschaftlichen und kulturellen Gesamtkontext, in dem die Lebensumwelten der Person eingebettet sind.

Das Meso-System, oder besser die Meso-Systeme entsprechen den durch die betrachtete Person nicht direkt zugänglichen Lebensumwelten (z.B. Arbeitsplätze der Eltern) von Personen, welche im betrachteten Mikro-System einen Einfluß auf die betrachtete Person haben.

Unsere Lebensmuster werden für uns durch Verknüpfung mit Erlebensinhalten aus verschiedensten Situationen immer bedeutsamer und bestimmen letztendlich unsere Selbst- und Weltsicht. Sie stehen somit in engem Zusammenhang mit der Konstruktion unserer eigenen Wirklichkeit. Diese individuell bedeutsamen Aktivitäten, welche unsere Konstruktion unserer Wahrnehmung der eigenen Person und der Welt bestimmen, nennt man Betätigungen.

Die Konstruktion unserer Wirklichkeit ist stark von unserer sozialen Umwelt abhängig. Dieses gilt für alle Altersgruppen. Für das Kind aber in besonderem Ausmaß. Die Interpretation und Beeinflussung unserer Aktivitäten und unsere Werte und Grundannahmen, welche unsere Selbst- und Weltsicht bestimmen, werden in der Kindheit aus der Familie, der Schule und der Peer-Group übernommen.

Die Bedeutung unserer Lebensmuster-bildenden Aktivitäten wird somit nicht nur individuell bestimmt und erfahren, sondern im Rahmen von soziokulturellen Vereinbarungen interpretiert. Diese Aktivitäten werden zum Teil auch primär auf Grund soziokultureller Vereinbarungen durchgeführt (z.B. zur Schule gehen).

## **Definition des Begriffes Betätigung im Modell funktioneller Gesundheit durch Betätigung.**

Nun können wir alle Aspekte welche zum Verständnis des Begriffs Betätigung notwendig sind, in einer Definition zusammenfassen:

Tätigkeiten, welche

- **zur erfolgreichen Interaktion mit der Umwelt dienen,**
- **typischen Mustern folgen,**
- **subjektiv bedeutungsvoll**
- **und kulturell wiedererkennbar sind,**

nennt man **Betätigungen**. Der Begriff **Tätigkeit** wird synonym mit Betätigung verwendet.

Es ist das Wechselspiel zwischen den **Lebensumwelten** und der **Person**, welches durch die individuellen Aktivitäten vermittelt wird. Zum Verständnis der **Ausführung** einer **Tätigkeit / Aktivität** benötigt man Informationen über die **Adaption** der Person in einer konkreten Situation, über die **Anforderungen**, welche die Aktivität stellt sowie über die Charakteristika der **physischen, sozialen und kulturellen Umwelt**. Dieses Wechselspiel wird durch **persönliche und Umweltaspekte** beeinflusst.

In der Befunderhebung und Therapieplanung sollten alle Aspekte der **Tätigkeit / Interaktion** berücksichtigt werden. Die jeweilige persönliche Vorgeschichte ist zu berücksichtigen. Diese persönliche Geschichte beinhaltet die jeweiligen Fähigkeiten und Fertigkeiten (**persönliche Aspekte**), die frühere Durchführung spezifischer Lebensaufgaben (**Rollen und Aktivitäten in den Lebensumwelten**) und die Erfahrung innerhalb bestimmter Umgebungen (**Lebensumwelten, Umweltaspekte**). Zusätzlich zur persönlichen Geschichte wird die **Ausführung** von **Tätigkeiten** durch voraussichtliche **Lebensaufgaben** und **Rollenerwartungen** beeinflusst. In der Pädiatrie ist dies besonders stark ausgeprägt. Viele Aktivitäten von Kindern würden durch die Kinder nicht durchgeführt, wenn die soziokulturellen Erwartungen der Familie und der Gesellschaft nicht vorhanden wären.

### **3.1.3 Weitere Eigenarten des Menschen und seiner Betätigungen**

#### **3.1.3.1 Einfluss von Betätigungen auf das motorische und planerisch-organisatorische Lernverhalten**

Aus den kognitiven Neurowissenschaften und den motorischen Lerntheorien ist bekannt, dass die emotionale Bewertung von Situationen, Aktivitäten und Erfahrungen die Auswahl und die Durchführung von Aktivitäten beeinflusst.

Wir wählen u.a. in Abhängigkeit von der emotionalen Bewertung unterschiedliche Handlungs- und Bewegungsschemata. Aus diesem Grunde sollten in der Therapie immer Situationen geschaffen werden, welche für die Klienten sinn- und bedeutungsvoll erscheinen.

Die Erkenntnis des Sinns einer Situation befähigt uns dazu noch, in der Situation effektiver zu handeln und zu lernen. Unsere planerischen Fähigkeiten steigen an.

#### **3.1.3.2 Einfluß des Lebensalter auf unsere Betätigungen und therapeutische Konsequenzen**

Ergotherapie im Erwachsenenalter

= oftmals die Wiederherstellung von Aktivitätsmustern, die geeignet sind, ein größtmögliches Maß an Reintegration in bestehende Rollen zu erreichen.

In der Pädiatrie haben wir es häufig mit dem Aufbau von Rollenmustern zu tun, die das Kind bisher noch nicht ausgeführt hat (z.B. Schulfähigkeit).

Oder es wird schon per Verordnung zum Training motorischer oder psychosozialer Kompetenzen (Körperfunktionsebene) in der Ergotherapie überwiesen.

Wie berücksichtigen wir in der Pädiatrie, dass Kinder wesentlich weniger feste Vorstellungen von „Rollen“ haben und eher ihre Fertigkeiten in verschiedensten Kontexten erwerben und transferieren können?

Wie unterstützen wir den Transfer in die relevanten Lebensumwelten und Rollen?

Ergotherapie im Kindesalter ist oftmals oftmals an Fertigkeiten und am kindlichen Lernverhalten orientiertes **Training von Handlungskompetenz**, welche **in verschiedene Lebensbereiche transferiert** wird.

Es existieren weniger feste Vorstellungen auf Kindesseite über Rollen und Bedeutungen

Die Therapie hat oftmals mehr **explorativen Charakter**, Bedeutung besteht oftmals im Wesentlichen aus Projektion oder entsteht oft erst beim Tun.

Die **Entwicklungsstruktur** des Kindes soll dabei so beeinflusst werden, dass Neugier auf planerische Aktivität und **Selbsterprobung** gefördert und **vermehrte Selbstwirksamkeit** erfahren wird.

Ergotherapie im Kindesalter besitzt folgende Merkmale

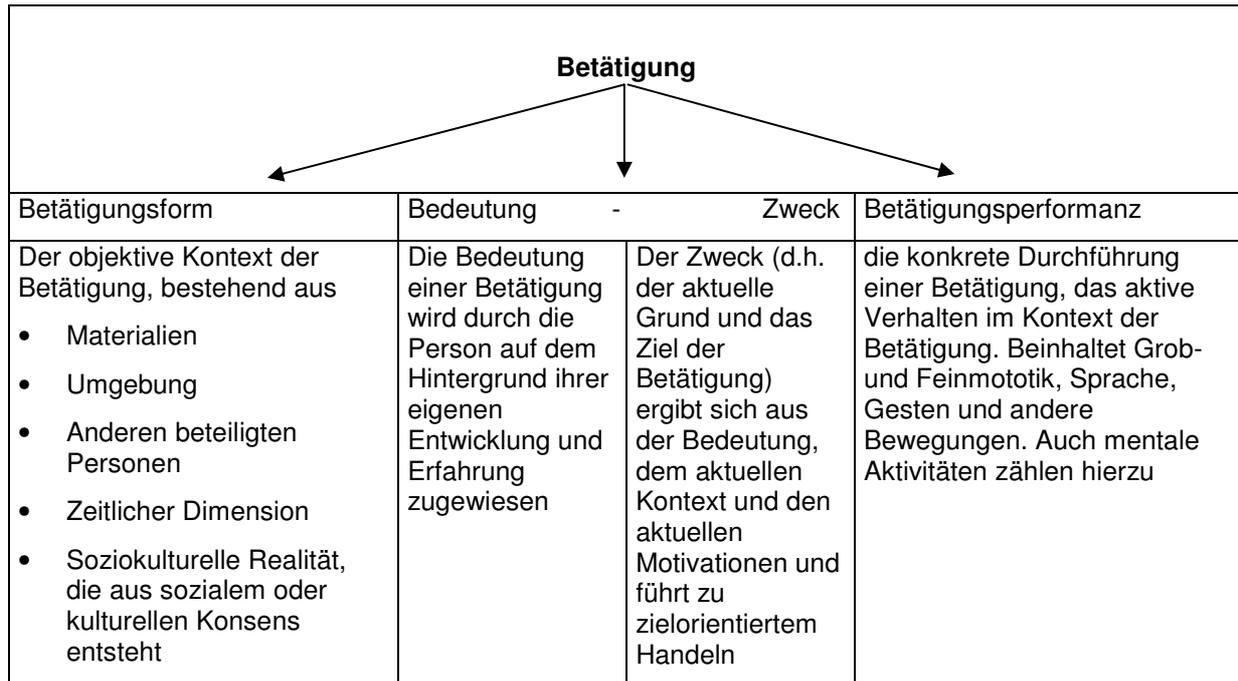
- Eingehen auf dynamische Entwicklungssequenzen des Kindes
- Neugieriges Erproben von Aktivitäten und Handlungsmustern in Spiel und Exploration
- Lernen am Modell (Beobachten und Kopieren / Adaptieren)
- Transferieren in neue Situationen

Wir lernen als Kinder oftmals die äußere Form einer Betätigung, ohne das innere Erleben und die Bedeutungen genau zu kennen. Diese erschließen sich oft erst schrittweise während des Tuns bzw. unserer Entwicklung.

### 3.1.4 Das Konzept der Form und der Ausführung von Tätigkeiten nach Nelson

Nelson (1988) hat festgestellt, daß Personen den Begriff Betätigung auf zweierlei Art anwenden: Zum einen bezeichnen wir die typische Vorstellung darüber, was eine bestimmte Tätigkeit beinhaltet mit dem Begriff Betätigung. Zum anderen wird der Begriff dazu verwendet, um das zu beschreiben, was die Person, welche tätig ist, gerade tut (Ausführung). Um diese Unklarheit zu beseitigen hat Nelson vorgeschlagen für diese beiden Bedeutungen jeweils unterschiedliche Begriffe zu verwenden.

Um dies weiter zu veranschaulichen hat Nelson ein Konzept entwickelt, welches die Betätigung als die Beziehung zwischen der äußeren Betätigungsform (occupational form) und der Betätigungsperformanz (occupational performance) definiert wird. (Nelson 1994, 1996)



Jede Betätigung kann in zwei Komponenten zerlegt werden:

- Die Betätigungsform, welche die materiellen und sozialen Bedingungen für eine Betätigung beinhaltet (in welchem Kontext wird die Handlung durchgeführt, welche materiellen Ressourcen stehen zur Verfügung, Materialien, Gerätschaften ect.). Die Betätigungsform beschreibt den Kontext der Betätigung, der aus den verwendeten Materialien, der Umgebung, anderen Personen, dem soziokulturellen Kontext und der zeitlichen Dimension besteht. Die Betätigungsform ist eng mit dem Begriff der Betätigungsrolle verknüpft. Beide Begriffe beinhalten eine soziokulturelle Dimension der Betätigung
- Die Betätigungsperformanz, welche den persönlichen Anteil des Handelnden beschreibt, die konkrete persönliche Durchführung, sowie die dabei erzielte subjektive Qualität und den Erfolg der Handlung. Die Betätigungsperformanz bezieht sich –wie in den anderen Konzepten- auf die konkrete Durchführung einer Betätigung, also auf das aktive Verhalten zur Ausführung der Betätigung. Hierzu zählen die Performanzkomponenten Grob- und Feinmotorik, Sprache, Gesten und andere sensomotorische Aktivitäten.

Die Betätigungsform bringt Nelson in Bezug zur persönlichen Bedeutung (meaning) der Betätigung, welche sich aus der äußeren Form und den eigenen Entwicklungsstruktur ergibt. In diese Entwicklungsstruktur fließen verschiedene Eigenschaften wie biologische Ausstattung, persönliche Reife, eigener Erfahrungsschatz usw. ein.

Neben der soziokulturell und durch den Kontext geprägten Bedeutung sehen Menschen aber in der Regel auch noch ein konkretes Ziel oder einen Zweck (purpose) in der ausgeführten Betätigung. Dieser Betätigungszweck weist auf die Zielorientiertheit des Individuums hin und basiert auf der Bedeutung einer Betätigung und den aktuellen persönlichen Zielen.

In verschiedenen Studien konnte Nelson zeigen, daß sich die Performanz deutlich verbessert, wenn die Betätigungsform für die Klienten eine klar erkennbare Bedeutung hat. So ist es für die Performanz der Aufgabe des Kuchen Backens für eine ältere Klientin offenbar nicht egal, ob beispielsweise der Therapeut mit der Klientin einen Kuchen backt um ihn dann gemeinsam zu verspeisen oder ob bei einer anderen Gelegenheit der Kuchen mit dem Therapeuten zusammen gebacken wird, weil am nächsten Tag die Enkel der Klientin zu Besuch kommen.

Aus diesem Konzept wird später das Konzept der therapeutischen Betätigungsform abgeleitet, welches die Merkmale einer betätigungsorientierten Therapiesituation beschreibt.

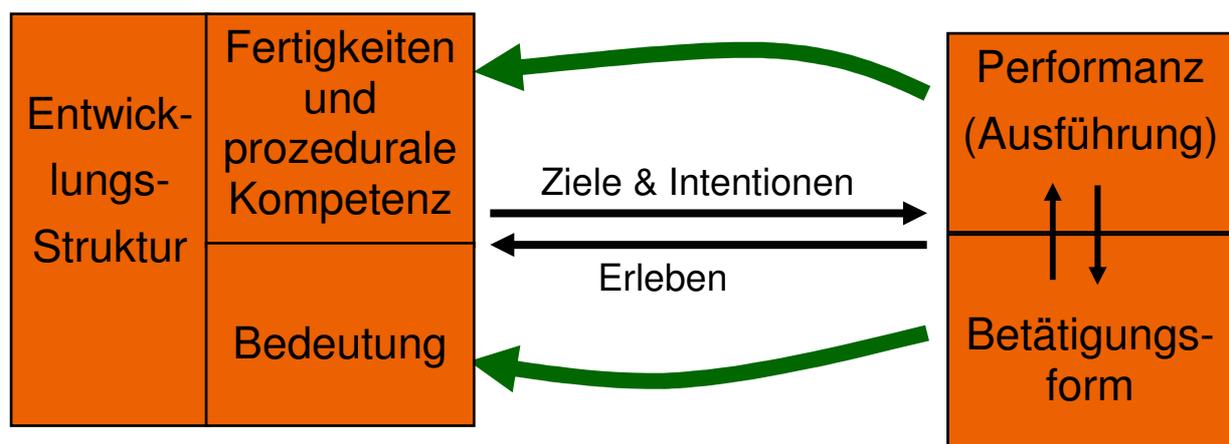
### 3.1.5 Der Zusammenhang zwischen der Entwicklungsstruktur und Ausführung und Form einer Betätigung

Betätigungen werden auf typische Art, mit typischen Materialien und in typischen Umwelten ausgeführt.

Dieser **äußere, mit Bedeutung versehene, kulturell wiedererkennbare Anteil** wird **Betätigungsform** genannt. Die individuelle Ausführung wird Performanz genannt .

Die **Auswahl von Betätigungen** wird **von der persönlichen Entwicklungsstruktur geprägt, wobei sowohl die aktuellen Fertigkeiten und Kompetenzen als auch die Bedeutunzszuweisung eine Rolle spielen**

Die **Ausführung der Betätigungsform beeinflusst die Entwicklungsstruktur, in dem zum Einen Fertigkeiten und Kompetenzen trainiert werden und zum Anderen durch die Ausführung und die damit verbundenen Erfahrungen die individuelle Bedeutunzszuweisung verändert wird.**



Dieses Konzept berücksichtigt den Einfluss der Betätigungsform und der Ausführung auf die Entwicklungsstruktur der Person, welche durch die therapeutische Betätigungsform so beeinflusst werden soll, dass eine positive Adaption an Lebensaufgaben und -Umwelten erreicht wird. Dieses Konzept ist besonders hilfreich, um die Aufgaben der Ergotherapie bei Kindern mit Entwicklungsstörungen zu erklären.

### **3.1.6 Protektive Einflüsse von Betätigungen auf die Entwicklungsstruktur des Menschen**

Der Verlust von Betätigungen bedeutet Verlust des Selbstbildes und der individuellen Bedeutsamkeit (Krise), welche psychisch und in Form von Anpassung an die neue Lebenssituation verarbeitet (bewältigt) werden muß.

Folgende protektive Faktoren, welche Adaptions- / Bewältigungsprozesse fördern sind beschrieben worden:

Soziale Unterstützungssysteme

Individuelle Problemlösekompetenz

Kohärenzgefühl

- Selbstbild zur Handlungsfähigkeit
- Annahme über die Bewältigbarkeit von Lebensbedingungen
- Bestreben, Lebensbedingungen mit den eigenen Bedürfnissen in Übereinstimmung zu bringen
- Bestreben, Lebenssituationen einen Sinn zu geben

Kontrollüberzeugung

Ich-Identität, Selbst-Vertrauen

„Optimismus“

#### **3.1.6.1 Nutzen sozialer Ressourcen**

- Unterstützung i.S. von Stresspufferung bzw. Unterstützung bei Stress
- Minderung der funktionalen Einbussen durch Unterstützung
- Erleben emotionaler Nähe und Zuwendung in schwierigen Zeiten
- Stabilität der Partner-Rolle führt zur Stabilisierung von Teilaspekten des Selbstbildes. Dies kann die Keimzelle für die Neuorientierung des Selbstbildes werden.

In der Ergotherapie werden soziale Ressourcen als Teil der Umwelt in der der Klient aktiv ist berücksichtigt und ggf. im Rahmen von Informationsaustausch- und Beratungsgesprächen eingebunden.

#### **3.1.6.2 Individuelle Problemlösekompetenz**

Individuelle Problemlösekompetenz im Sinne von Handlungskompetenz (wieder) herzustellen und durch diese Betätigungen wieder aufnehmen zu können ist zentrales Ziel und Mittel der Ergotherapie.

#### **3.1.6.3 Kohärenzgefühl**

Das Kohärenzgefühl entsteht, wenn folgende Situationsanforderungen gegeben sind:

- Verstehbarkeit: Reize, mit denen man konfrontiert wird, werden als sinnvoll, geordnet, strukturiert und konsistent erlebt
- Machbarkeit: Das Ausmass, in dem eigene Ressourcen geeignet sind, den Anforderungen zu entsprechen
- Sinnhaftigkeit: Ausmass für das emotionale Gefühl, Sinn im eigenen Leben zu erkennen. Die Anforderungen z. T. als Wert für den Einsatz eigener Energien zu erkennen.

(Antonovsky 1987)

Ergotherapie fördert die Verstehbarkeit und Machbarkeit von individuell sinn- und bedeutungsvolle Aktivitäten.

#### **3.1.6.4 Kontrollüberzeugung**

Die Kontrollüberzeugung beschreibt generalisierte Erwartungen über das Ausmass sich oder andere als Verursacher von Veränderungen in der eigenen Lebensumwelt wahrzunehmen.

Gibt das vermutete Ausmass des Einflusses des eigenen Verhaltens auf die wahrgenommenen Ergebnisse und ein Maß für die Überzeugung des einzelnen über seinen Einfluss auf seine Lebensumwelt an. (Rotter 1966, Wallston & Wallston 1978)

Durch die Förderung der Handlungskompetenz und Erfahren der Selbstwirksamkeit fördert die Ergotherapie eine internale Kontrollüberzeugung.

#### **3.1.6.5 Förderung protektiver Faktoren in der Ergotherapie**

Menschen in Ergotherapie haben in der Regel Probleme, relevante Betätigungen zu bewältigen oder sind davon bedroht.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, welche Auswirkungen weniger effektive Bewältigungsversuche haben können und welche Auswirkungen Betätigungen auf die Bewältigungsfähigkeiten und Entwicklungsstruktur von Menschen haben kann.

Aus der Auseinandersetzung mit den protektiven Faktoren können wir auch lernen, wie eine therapeutische Situation zu gestalten ist. Sie sollte so gestaltet sein, dass individuelle Problemlösekompetenz gestärkt, angemessene soziale Unterstützung erfahren, Kohärenzgefühl und erlebt und eine internale Kontrollüberzeugung entwickelt werden kann.

Ergotherapie vermittelt individuelle Problemlösekompetenz, welche an sich ein protektiver Faktor ist. Ergotherapie kann durch die geeignete Auswahl von Betätigungen Abwehrmechanismen gegen bestimmte Tätigkeiten bei Kindern mindern und umgehen.

Ergotherapie kann durch Vermittlung des Kompetenzgefühls in den Tätigkeiten Kohärenzgefühl vermitteln und erlebbar werden lassen und Kontrollüberzeugungen verändern. Die erlebte Selbstwirksamkeit läßt die leichtere Entwicklung von Neugier und explorativem, zuversichtlichem Verhalten zu.

### **3.1.7 Verarbeitungsprozesse zur Bewältigung von Betätigungsstörungen**

#### **3.1.7.1 Emotionale Verarbeitung**

- **Unbewusste Abwehrvorgänge**
- **Vorbewusste oder bewusste eingesetzte emotionale Haltungen**

gegenüber den funktionalen Störungen. Kann nützlich oder dysfunktional sein.

#### **3.1.7.2 „Kognitive“ Verarbeitung**

- **Positive Attribution des Traumas und der Folgen (Sinnggebung, Neuinterpretation)**
- **Gezielte neue Sinnfindung**
- **Modifikation bisheriger Bedeutungen**
- **Suchen neuer bedeutungsvolle Aktivitäten**

#### **3.1.7.3 Handlungsorientierte Verarbeitung**

- **Aktives Vermeiden von Aktivität erfordernden Situationen (u.U. dysfunktional)**
- **Ablenkendes Handeln (u.U. dysfunktional)**
- **Adaption des Handelns**
- **Adaption der Umwelt**

**Im Idealfall ressourcenaktivierende Verarbeitung**

### 3.1.7.4 Divergierende Ziele bei der Krankheitsverarbeitung berücksichtigen

Klient	Soziales Umfeld	Arzt / med. Personal
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiedergewinnung von Wohlbefinden</li> <li>- Durchhalten der Belastung</li> <li>- Herstellen des emotionalen Gleichgewichts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufrechterhalten familiärer Beziehungen</li> <li>- Aufrechterhalten beruflicher Tätigkeit</li> <li>- Aufrechterhaltung finanzieller Ressourcen</li> <li>- Aufrechterhalten sozialer Beziehungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitwirken bei Diagnostik und Therapie</li> <li>- Anpassung an Krankenhausregeln</li> <li>- Mitwirkung bei der Rehabilitation</li> <li>- Geringere psychische Auffälligkeit</li> <li>- Guter Arzt-Patient-Kontakt</li> </ul>

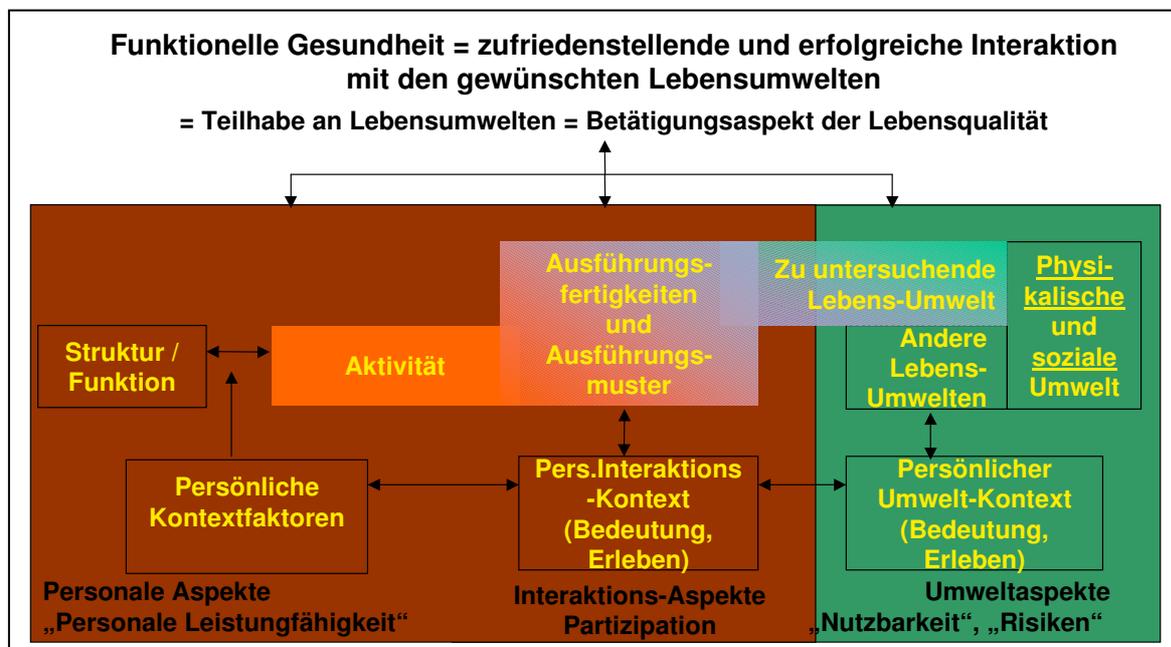
## 4 Das Modell der funktionellen Gesundheit durch Betätigung

Mit Hilfe dieser Grundüberlegungen wird nun das WHO-Gesundheitsmodell der ICF zur Darstellung des ergotherapeutischen Interessengebietes erweitert

Das Modell soll

- erklären können, was Therapeuten tun
- am Klienten ein Verständnis für die Rolle verschiedenen Einflussgrößen auf menschliche Tätigkeiten erleichtern
- die Bereiche definieren, die Therapeuten in der Befunderhebung untersuchen
- die Bereiche definieren, welche zum Ziel therapeutischer Intervention werden können
- ein Verständnis für die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Kernkonstrukte zu erreichen, welche die menschlichen Tätigkeiten beeinflussen

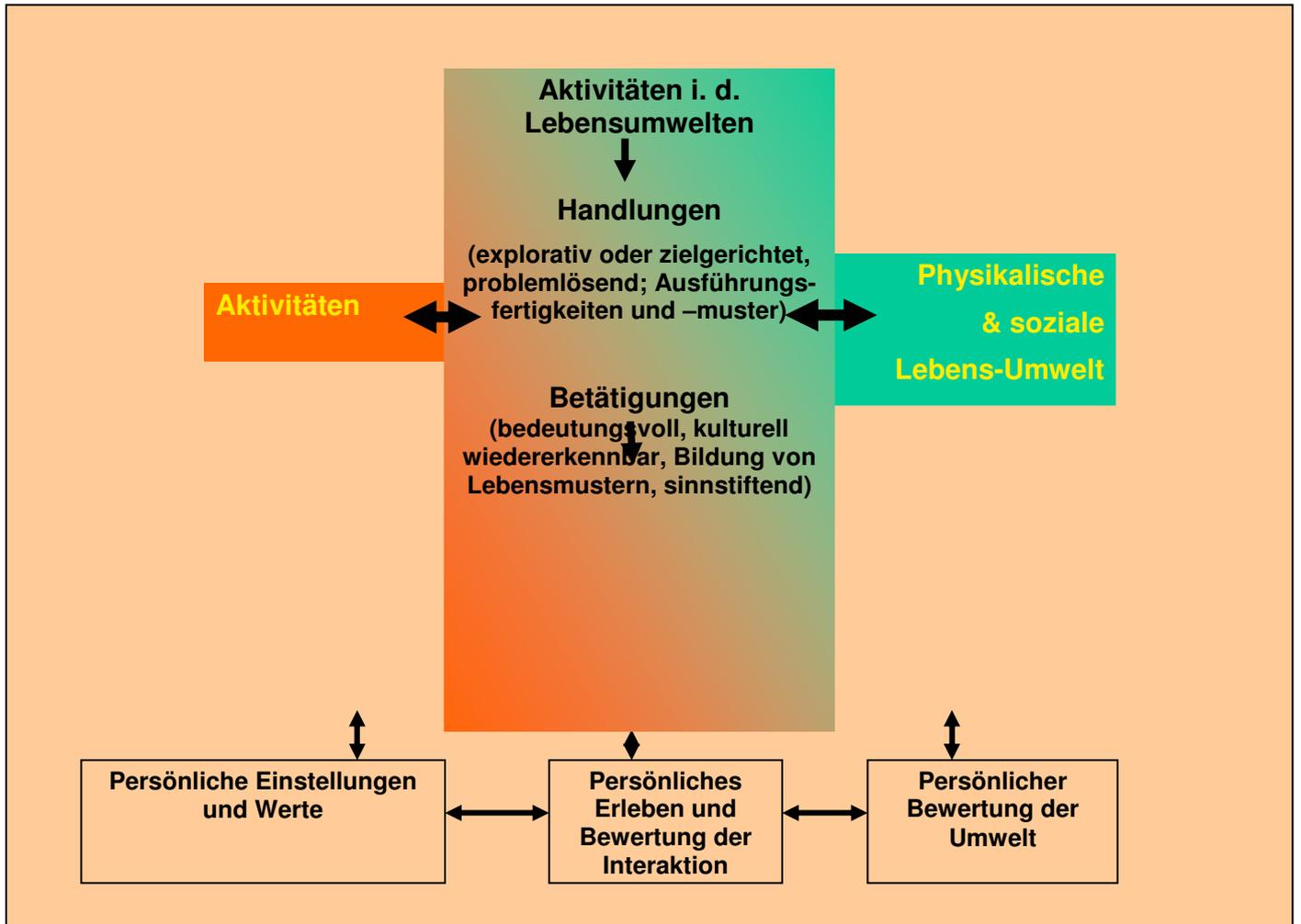
### 4.1 Die Grafik zum Modell



### 4.2 Das Teilmodell zum Entstehen von Betätigungen aus Aktivitäten

In einer grafischen Veranschaulichung die Faktoren zusammengefasst, welche für das Entstehen von Betätigungen relevant sind. Die Grafik soll weiter klären, in welcher Beziehung diese Faktoren zueinander stehen. Das unten stehende Modell zum Entstehen von Betätigungen aus Aktivitäten in den Lebensumwelten erklärt weiterhin den Zusammenhang zwischen dem WHO-ICF-Begriff Aktivität und dem Begriff Betätigung. Die Grafik erklärt weiter, wie aus einer Aktivität eine Betätigung wird.

Das Modell zeigt auf, wie unsere subjektive Erlebense-, Werte- und Bedeutungsebene durch unsere Aktivitäten und Betätigungen (Tätigkeiten) beeinflusst, dass diese subjektive Erlebensebene die Auswahl und Ausführung unserer Aktivitäten beeinflusst. Weiter entstehen durch die Interaktion (Ausführung von Aktivitäten) in den Lebensumwelten Erfahrungen und Bedeutungszuweisungen, die unsere weiteren Aktivitäten beeinflussen.



### 4.3 Relation der Konstrukte zur ICF

Im Rahmen dieses Modells werden die ICF- Struktur- und Funktionsdimensionen vollständig übernommen.

Zur Beschreibung der globalen Leistungsfähigkeit eines Klienten hinsichtlich einer bestimmten Aktivität wird die ICF-Aktivitätendimension verwendet. Diese grobe Abschätzung des Leistungsniveaus wird aus Leistungstests abgeleitet, welche die Kompetenz zur Ausführung beurteilen. Auf Struktur- und Funktionsebene können die gängigen Assessments eingesetzt werden.

Die Begriffe und die Terminologie der ICF-Konstrukte ist insgesamt für die externe Dokumentation und Teamdiskussion anwendbar. Für die interne Dokumentation sind die Dimensionen Aktivität und Partizipation zu undifferenziert für eine betätigungsorientierte Befunderhebung und Therapieplanung. Dies hat mehrere Gründe: 1. Die Codierung der Struktur- und Funktionsdimensionen lassen sich nicht mit konkreten Aktivitäten verbinden 2. Die Analyse von Ausführungsfertigkeiten und –muster lässt sich nicht codieren. 3. Die individuelle Erlebensebene / subjektive Faktoren lassen sich nicht differenziert genug darstellen

Zur differenzierten betätigungsorientierten Diagnostik wird eine Analyse der Ausführungsfertigkeiten und Muster durchgeführt. Aus dieser Ausführungsdiagnostik kann ein Maß für die Leistungsfähigkeit (Aktivität) abgeleitet werden.

Die Teilhabe (participation) ist das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation bzw. einen Lebensbereich. Einschränkungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person bezüglich ihres Einbezogenenseins in Lebenssituation bzw. Lebensbereiche erlebt.

Als Maß für die Partizipation werden in der betätigungsorientierten Therapie folgende 3 Aspekte beurteilt:

- Die beobachtbare Ausführung der Tätigkeit (therapeutische Beurteilung)
- Die subjektive Selbstbeurteilung einer Tätigkeit hinsichtlich Effizienz und Zufriedenheit
- Die Beurteilung der Tätigkeit durch relevante andere Personen in der Lebensumwelt

Zur Beschreibung der Partizipation bestehen somit 3 Wege:

- Die Beobachtung in der natürlichen Lebensumwelt (Fremdbeurteilung durch Therapeuten)
- Befragung und Selbstbeurteilung durch den Klienten
- Befragung relevanter anderer Personen

Da die Partizipation im Sinne der funktionellen Gesundheit immer auch subjektive Anteile des Klienten umfaßt, muss bei der Beurteilung der Partizipation eine Befragung des Klienten hinsichtlich seiner Einschätzung seiner Zufriedenheit und seinen Ausführungsqualitäten bei Tätigkeiten beinhalten.

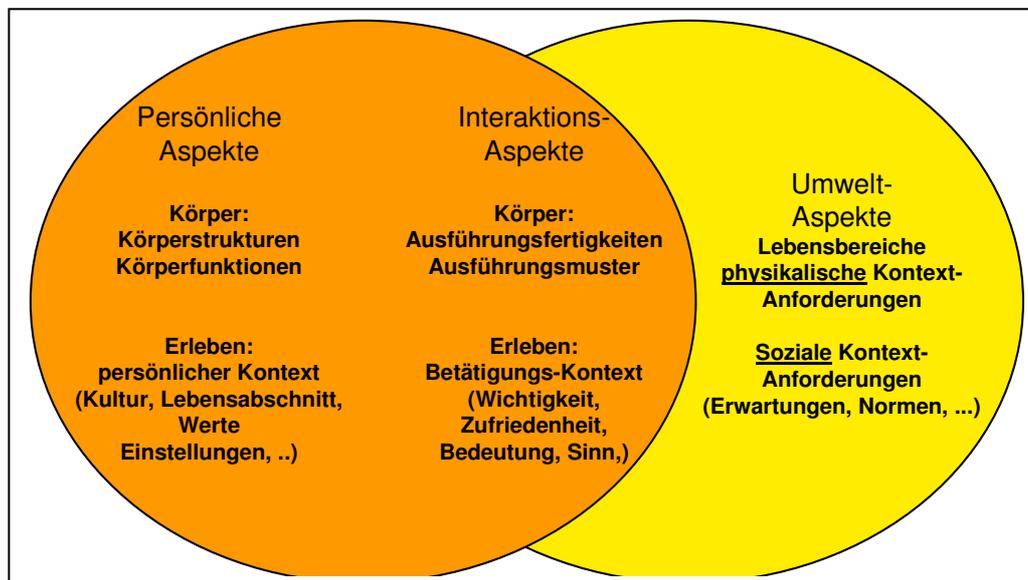
## 5 Die Bereiche der Befunderhebung - Faktoren für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Umwelt

Zum Verständnis einer **Tätigkeit in einer bestimmten Lebensumwelt** muss man verstehen,

- welche persönlichen körperlichen und geistigen Kompetenzen eine Person mitbringt (**persönliche Aspekte**),
- in welcher Umwelt sich eine Person bewegt und welche Anforderungen daraus erwachsen (**Umweltaspekte**) sowie
- die Art, wie eine Person mit ihrer Umwelt tätig wird (**Interaktionsaspekte**)

Um ein vollständiges Verständnis zu erreichen, muss für jeden dieser Aspekte sowohl die

- beobachtbaren körperlich-geistigen Funktionen / physikalischen Faktoren bekannt sein (**Körper-Ebene**, empirische Ebene) als auch
- die subjektive Ebene der Erwartungen, Erfahrungen, Bedeutungen (**Erlebens-Ebene**, phänomenologische Ebene)



Das Schema kann verwendet werden, um die Bereiche der Befunderhebung zu bestimmen.

## 6 Nutzung des Modells der funktionellen Gesundheit zur Strukturierung des Therapieprozesses

Zur wissenschaftlichen Fundierung des Therapieprozesses ist es notwendig, den Prozess selbst systematisch und für andere nachvollziehbar zu gestalten. Hierzu ist es notwendig, sich über die Merkmale von Therapieprozessen klar zu werden. Um einen Therapieprozess zu beschreiben müssen folgende Merkmale geklärt sein:

- **Fokus** des Prozesses: Definition des Ziels, angewendete Erklärungsmodelle, Theorien,
- **Therapeut-Klient-Interaktion**: berufliches Selbstverständnis und Therapeut-Klientenbeziehung
- **Systematik**: angewendete Prozessvorschriften (Reihenfolgen und Inhalte der Arbeitsschritte)

Für die Ergotherapie ergeben sich folgende Prozessmerkmale:

- **Fokus**: Betätigungsorientiert
- **Interaktionsform**: typischerweise klientenzentriert
- **Systematik**: verwendet ergotherapeutische Prozessmodelle als Grundlage

(Fischer & Steinhagen 2004)

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, wie das Modell der funktionellen Gesundheit durch Betätigung als konzeptueller Rahmen für die tätigkeitsorientierte (betätigungsorientierte) Befunderhebung angewendet werden kann. Es werden Themenbereiche der Befunderhebung benannt und Leitfragen formuliert, welche im Rahmen des Befunderhebungsprozesses beantwortet werden sollten. Vorab werden einige Grundlagen rekapituliert, welche zum Verständnis einer wissenschaftlich fundierten Strukturierung des Therapieprozesses notwendig sind.

### 6.1.1 Fokus: Das Thema von Befunderhebung und Therapie

Das zentrale Thema eines Therapieprozesses sollte immer die (Wieder-) Herstellung der funktionellen Gesundheit sein (siehe Kapitel 1.9). Aus ergotherapeutischer Sicht sollte man aber spezifizieren, wie die Ergotherapie dies erreichen will. Hier können das Berufsprofil (DVE 2003) oder andere ähnliche Dokumente aus anderen Ländern zum Verständnis hilfreich sein (z.B. AOTA 2002)

Als nahezu weltweiter Konsens kann folgender Fokus der Ergotherapie gelten:

Im Rahmen der des ergotherapeutischen Prozesses soll eine Verbesserung der **Ausführung von Tätigkeiten** /Betätigungen (occupations) erreicht werden. Die subjektive empfundenen und objektiv beobachtbaren Qualitätsparameter Wedern auch Ausführungsqualität oder **Betätigungsperformanz** genannt und sind das Ergebnis einer ergotherapeutischen Intervention mit dem Klienten

#### Definitionen:

**Tätigkeiten (Betätigungen)** sind menschliche Handlungen, die

- typischerweise regelmässig ausgeführt
- kulturell wiedererkennbar
- zielgerichtet und
- subjektiv bedeutungsvoll sind

Der Begriff **Ausführung (Performanz)** beschreibt dabei subjektive und objektive Aspekte der Ausführungsqualität von Handlungen und beinhaltet eine Bewertung der Tätigkeiten durch den Klienten bzw. anderen Personen

[Ende Definitionen]

#### Beispiel: Aspekte der betätigungsorientierten Befunderhebung

<b>Dimensionen der Betätigung</b>	<b>Dimension des "Aufsatz Schreibens" eines Schülers</b>
kontextuelle Dimension (Umweltaspekt)	Lehrer und Schul-Infrastruktur, Arbeitsplatz zu Hause notwendig, ggf. Unterstützung aus dem häuslichen Umfeld
zeitliche Dimension (Umweltaspekt)	Abgabetermin
soziale Dimension (Umweltaspekt, soziale Umwelt)	assoziiert mit der Schüler-Rolle
kulturelle Dimension (Umweltaspekt, soziale Umwelt)	Erwartungen der Peer Group, Lehrer, Eltern, ...
<b>Performanz-Dimension</b> - verschiedene Aufgaben  - Komponenten	(eine Idee formulieren, Stifte und Heft bereit legen, eine Idee zu einer Geschichte auszubreiten)  kognitive und sensomotorische Leistungen (lesen, erinnern, schreiben, die Gedankengänge in logischer Abfolge auf Papier zu bringen...)
psychologische Dimension pers. & Interaktionsaspekt)	Der Erfolg ist abhängig von der eigenen Zuversicht, welche auf vergangene Erfolge gestützt ist
Bedeutungs-Dimension (pers. & Interaktionsaspekt)	Erfolg ist eine Voraussetzung für Anerkennung und berufliche Zukunft
spirituelle Dimension (pers. Aspekt)	sich selbst als tätiges Wesen erleben, Wachstum und Veränderung erleben und steuern

(modifiziert nach nach Moyers 1999)

### **6.1.1.1 Betätigungsorientierter Ansatz**

Zentraler Interessensbereich der Ergotherapie ist die Betätigung (= synonym mit Tätigkeit in diesem Modell verwendet). In Folge sollte der ergotherapeutische Therapieprozess geeignet sein, eine umfassende Befunderhebung zu Betätigungsstörungen zu erheben. Therapeutische Ziele sollten also Verbesserungen bei Tätigkeiten beschreiben und möglichst auch Betätigung als therapeutisches Medium eingesetzt werden.

Betrachtet man menschliche Betätigung als zentrale Aufgabe / Interessengebiet der Ergotherapie, steht die Betätigung im Mittelpunkt der Befunderhebung und Behandlung. Die menschliche Betätigung zu verbessern bzw. trotz funktioneller Störungen zu ermöglichen ist das Ziel der ergotherapeutischen Intervention. Somit wird der Fokus nicht so sehr auf die Analyse der zugrundeliegenden Störungen der Körperfunktionen gelegt. Einen Schwerpunkt der Befunderhebung bilden die Ziele, Zwecke und Absichten, mit der Betätigungen ausgeführt werden. Ein anderer Schwerpunkt liegt auf den Anforderungen an den Klienten, welche sich aus der speziellen Betätigung und der Umwelt ergeben. Weiterhin werden die motorischen und prozesshaften Fertigkeiten des Klienten beurteilt, welche der Klient bei der Betätigung benötigt. Im Zentrum einer betätigungsorientierten Befunderhebung steht somit nicht mehr die Körperfunktion, sondern die Betätigungsperformanz. Aus ergotherapeutischer Sicht ist eine Verbesserung der Betätigungsperformanz bei Tätigkeiten mit einer Verbesserung der funktionellen Gesundheit und der Partizipation (Teilhabe am gesellschaftlichen Leben) gleichzusetzen.

### **6.1.1.2 Warum Betätigung als Ziel und Mittel?**

Betätigung als Mittel fördert Handlungskompetenz, welche direkt alltagstauglich ist. Der Transfer in den Alltag fällt leichter.

Betätigung als Mittel entspricht unserem Alltagslernen. Auf diese Form des Lernens ist der Mensch evolutionär optimiert.

Betätigung als Mittel ist direkt einleuchtend und nahe an den Bedürfnissen des Klienten. Sie fördert daher die Motivation.

### 6.1.1.3 Die therapeutische Betätigungsform

(Nelson)

Aus diesen und weiteren Studien wurde das Modell weiter verfeinert, um eine therapeutische Betätigung näher zu definieren.

Demnach versteht man unter einer therapeutischen Betätigung eine

- bedeutungsvolle und zweckgerichtete Ausführung (performance)
- die zu einer angemessenen Bewertung führt (assessment)
- und die zu positiver Adaption oder erfolgreicher Kompensation führt.

Dies sollte im Kontext einer dafür angepassten therapeutischen Betätigungsform stattfinden.

Die therapeutische Betätigungsform ist eine Intervention, die Betätigung beinhaltet und die von Therapeut und Klient zusammen entwickelt wird, um ein therapeutisches Ziel zu erreichen.

therapeutische Betätigung = bedeutungsvolle und zweckgerichtete Performanz, die zu richtigem Assessment, positiver Adaption und erfolgreicher Kompensation führt, im Kontext einer dafür hergestellten therapeutischen Betätigungsform.		
Betätigungsform	Bedeutung - Zweck	Betätigungsperformanz
therapeutische Betätigungsform eine Intervention, die Betätigung beinhaltet und die von Therapeut und Klient entwickelt wurde, um ein therapeutische Ziel zu erreichen.	Die Bedeutung wird durch die Person auf dem Hintergrund ihrer eigenen Entwicklung zugewiesen  und  führt zu zielorientiertem Handeln	die Durchführung einer therapeutisch angepaßten Betätigungsform mit dem Ziel der Verbesserung der persönlichen Anpassung an die Umwelt / an die Aufgabe  (z.B. durch Verbesserung der motorischen Leistung)

## 6.1.2 Betätigungsorientierung - Therapieprinzipien

Die folgende Tabelle zeigt die wesentlichen Bereiche (Dimensionen) und Teilbereiche (relevante Faktoren) einer betätigungsorientierten Befunderhebung auf.

Dimension der Betätigung	Relevante Faktoren menschlicher Betätigungen und Therapieprinzipien			
Person	<b>Persönlicher (innerer) Kontext</b> sozial, persönlich, spirituell, Bedeutung der Betätigung	<b>Handlungsmuster</b> Rollen Gewohnheiten Rituale	<b>Fähigkeiten &amp; Fertigkeiten;</b> motorische, prozedurale, Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten	<b>Personenfaktoren</b> Körperfunktionen Körperstrukturen (ICF)
Interaktion  Betätigungen  (Tätigkeiten, Handlungen)	<b>Lebens- / Tätigkeitsbereiche</b> Haushalt / Familie Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit, Soziale Partizipation	<b>Bedeutungsebene der Betätigungen</b> Indiv. Erwartungen an Form Erwartungen an Ausführung Ziele Indiv. Bedeutung / Sinn Soz. / kult. Erwartungen	<b>Therapieprinzipien</b> Die Behandlung kann betätigungsorientiert sein oder isolierte Fertigkeiten beinhalten, wenn diese das Ziel der Betätigungsaufnahme unterstützen.	<b>Therapieprinzipien</b> Ausführungsmuster, Fertigkeiten und Personenfaktoren können im Rahmen von Therapiemaßnahmen so modifiziert werden, dass Betätigungsaufnahme unterstützt wird.
Umwelt / Kontext	<b>Umweltaspekte</b> Physisch Sozial Kulturell Zeitlich	<b>Therapieprinzipien</b> Die physischen Eigenarten der jeweiligen Lebensumwelt und der jeweiligen Betätigungssituation wird untersucht und die Auswirkungen auf die Betätigung abgeschätzt.	<b>Therapieprinzipien</b> Die physische Umwelt wird genutzt oder angepasst, um individuelle Aktivitäten zu ermöglichen	<b>Therapieprinzipien</b> Die soziale Umwelt wird beim Verständnis der Betätigungsproblematik und im Therapiekonzept als Ressource genutzt. Dies geschieht über die Miteinbindung in den Therapieprozess mittels Beratung oder Schulung.
Aktivitätsanforderung	Aktivitätsanforderungen stellen die Fähigkeiten und Fertigkeiten dar, welche die Person für die erfolgreiche Interaktion mit der spezifischen Umwelt benötigt. Sie ergeben sich aus den Spezifika der jeweiligen sozialen und physischen Umwelt und den Erwartungen an die Ausführung	<b>Anforderungsaspekte</b> Gebrauch von Gegenständen Raumanforderungen soziale Anforderungen Abfolge und Zeit einteilen erforderliche Handlungen Körperfunktionen und -strukturen	<b>Therapieprinzipien</b> Die Aktivitätsanforderungen können im Rahmen von Therapiemaßnahmen modifiziert werden, um Betätigungsaufnahme zu unterstützen (Wohnumfeldanpassung, Hilfsmittelversorgung, Schreibhilfe)	<b>Therapieprinzipien</b> Durch die <b>geeignete Auswahl und Anpassung von Aktivitätsanforderungen</b> an die Leistungsfähigkeit des Klienten können Tätigkeiten zu <b>Lern- und Trainingssituationen</b> werden
Performanz (Ausführung)	Die Ausführung (Performanz) ist ein Maß für das Erreichen der Betätigungsziele in den gewünschten Bereichen  Beinhaltet subjektive Maßstäbe der Person selbst, relevanter anderer und objektivierbare Anteile	<b>Ziel der Ergotherapie:</b> Verbesserung der Performanz in Betätigungsbereichen  Verhältnis zur ICF Performanz ist ein Maß für das Erreichen des Eingebunden-Seins in die Betätigung. Annahme: Partizipation = Eingebundensein in Betätigungen	<b>Erfolgsmessung</b>  Subjektiver Anteil: <b>Zufriedenheit</b> mit der Ausführung  Verhaltensanteil: Gesellschaftlich akzeptierte <b>Funktionalität</b>	<b>Therapieprinzip</b> Die Ausführung wird durch Veränderung der persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten oder durch Veränderungen der Aktivitätsanforderungen (Ablauf- und Umweltanpassung) gefördert

### 6.1.3 Funktions- und Sequenz- orientierter Therapieansatz

- Die **körperlichen Funktionen und ihre neuromuskuloskeletären Aspekte** stehen im Vordergrund.
- Handlung wird in **Einzelschritte zergliedert und einzelne Ablaufschritte isoliert beübt.**
- Im zweiten Schritt werden **isolierte Einzelfertigkeiten sequenziell aneinandergereiht.**

In diesen Bereich fallen auch alle funktionellen Übungsprogramme

#### 6.1.3.1 Nutzen therapeutischer Betätigungsformen

Therapeutische Betätigung =

- **Bedeutungsvolle und zweckgerichtete Ausführung (Performanz),**
- **welche zu positiver Anpassung oder Kompensation führt,**
- **unter Nutzung einer individuell entwickelten Betätigungsform**

Die therapeutische Betätigungsform ist eine Intervention, die Betätigung beinhaltet und die von Therapeut und Klient zusammen entwickelt wird, um ein therapeutisches Ziel zu erreichen.

Die Betätigung sollte eine Funktion, d.h. einen Sinn und Zweck für den Klienten haben.

Durch die Bedeutungsebene wird die Akzeptanz der Maßnahme und die Beteiligung durch Steigerung des Interesses verbessert.

Durch die Alltagsnähe (auch Nähe an den typischen Handlungsabläufen) eine größere Aktivierung motorischer und kognitiver Lernpotenziale

Durch mögliche Alltagsnähe wird der Transfer erleichtert

#### 6.1.3.2 Woran erkennt man, dass man eine bedeutungsvolle Form für eine therapeutische Betätigung gefunden hat?

- a. Der Sinn einer therapeutischen Situation ist dem Klienten ohne lange Erklärungen einsichtig
- b. Die Aktivität entspricht typischen Abläufen im Alltag des Klienten
- c. Die Aktivität entspricht einer soziokulturell akzeptablen Alternativform zur bisherigen Ausführung
- d. Die Aktivität unterstützt direkt und unmittelbar die Aufnahme problematischer Alltagsaktivitäten
- e. Die Aktivität führt zu einem Gefühl der Kompetenz

Mit dieser Liste kann man das Ausmaß der Betätigungsorientierung quasi per Punktevergabe bestimmen.

Wenn man sich bei der Auswahl der therapeutischen Betätigungsform außerhalb der eigentlichen Zielbetätigung bewegt, werden klare Regeln angewendet, um die Orientierung an der Zielbetätigung sicherzustellen.

#### 6.1.3.3 Umsetzung der Betätigungsorientierung in der Therapie

Die therapeutische Betätigung ist eine individuell aus Neugier oder anderem Interesse geleitete Handlungssequenz, die subjektiv als sinnvoll erlebt wird und die geeignet ist, Betätigungen im Alltag des Klienten zu fördern.

Hierbei kann

- a. direkt die **eigentlich kritische Betätigung gefördert und trainiert** werden (volle Betätigungsorientierung).

Oder

- b. **andere Betätigungen** zur Schulung von Fähigkeiten und Fertigkeiten eingesetzt werden, um die dabei erworbenen **Kompetenzen dann in andere Bereiche zu transferieren (therapeutische Betätigungsformen nutzen)**.

Wenn im Rahmen des betätigungsorientierten Ansatzes **eine andere Betätigung als die Zielbetätigung in der Therapie genutzt wird**, muss klar dokumentiert sein

- welche **Zusammenhänge zwischen dem Befund** und der gewählten therapeutischen Betätigung existieren,
- wie die gewählte Betätigung die **Aufnahme der Zielbetätigung** fördert und
- wie der **Transfer in die Zielbetätigung** erreicht werden soll.

Oder

- **Einzelfunktionen** beübt werden, welche im Rahmen von Betätigungen notwendig sind.
- Wenn im Rahmen des betätigungsorientierten Ansatzes eine isolierte Funktion beübt werden soll, dann muss direkt ersichtlich sein,
- in welchem **Zusammenhang diese Übungen mit dem Betätigungsziel stehen** und
- der **Transfer in die Betätigung muss Teil des Therapieprogramms** sein.

Das Ziel innerhalb des betätigungsorientierten Therapieansatzes

- **Weitest möglich Ansatz a. (volle Betätigungsorientierung) zu wählen,**
- **als Alternative ist b. (therapeutische Betätigungsformen nutzen) vorzuziehen.**

## **Beispiel**

(Ansatz b. –therapeutische Betätigungsform nutzen)

Spiel als Therapieansatz zum Training schulischer Fertigkeiten (**Schreiben beim Diktat**)

Es muss sichergestellt sein

- daß die gewählte therapeutische Betätigungsform aus therapeutischer Sicht zweckmäßig und für den Klienten sinn- und bedeutungsvoll ist (z.B. **Bilder mit Buntstiften malen**).
- daß der Transfer in den kindlichen Alltag gewährleistet wird (z.B. durch Beratungsgespräche mit Eltern und Lehrern, Strukturierungshilfen und Trainingsprogramme für den Alltag)

## **Betätigungsorientierung ist als grundsätzliche Ausrichtung des Therapieprozesses zu verstehen**

- **Sie läßt sich in unterschiedlichem Ausmaß in verschiedenen institutionellen Settings umsetzen.**
- **Das Prinzip der therapeutischen Betätigungsform läßt sich gut zur Konzeptionalisierung von Therapiesituationen anwenden.**
- **Funktionsorientierte Therapieprogramme sollten eher als ergänzende Maßnahme in spezifischen Situationen angewendet werden.**

### **6.1.3.4 Handwerk und gestalterische Aktivitäten als Betätigungsformen**

Handwerk kann eine therapeutische Betätigungsform sein, wenn

- Die Person / das Kind selbst bei der Auswahl des Handwerks mitgewirkt hat, einen Sinn in den Aktivitäten sieht und einen Bezug zum sonstigen Leben hergestellt werden kann und
- Abläufe beübt werden, die möglichst in den Alltag übertragbar sind und durch die Aktivitäten Fertigkeiten oder Kompetenzen geschult werden, welche für kritische Betätigungen benötigt werden.

Handwerk selbst ist eine Methode mit einem breiten Einsatzbereich bei der Schulung planerisch-organisatorischer und motorischer Kompetenzen. Es wird von den Kindern als bedeutsam und sinnvoll erlebt. (Devers 2006)

### **6.1.4 Therapeut-Klient-Interaktion**

Auch für die Interaktion des Therapeuten mit seinen Klienten sollte eine Form gewählt werden, welche zur optimalen Förderung der (Wieder-)Herstellung eines individuellen Betätigungsmusters führt. Für die Ergotherapie wird hier häufig das Konzept der Klientenzentriertheit gefordert.

Es ist zumindest plausibel, dass eine Wiederherstellung individuell bedeutungsvoller Betätigungsmuster nur gelingen kann, wenn

a) die Erlebenswelt des Klienten verstanden wird und die individuellen Ziele des Klienten bewusst in den Vordergrund gestellt werden.

klar ist welche Bedeutungen Auch für die Therapeut-Klient-Interaktion gilt zumindest die Forderung, dass nach klaren Konzepten vorgegangen wird und diese Konzepte in ihrer Anwendung in der Praxis evaluiert werden. Für das Konzept der Klientenzentriertheit existieren deutschsprachige Evaluationsinstrumente, welche zur Überprüfung und Verbesserung der Klientenzentrierung im Therapieprozess geeignet sind. (Wille 2003, 2004 \*\*\*)

#### **6.1.4.1 Klientenzentrierter Ansatz**

Ein weiteres Merkmale, das sich aus dem beruflichen Selbstverständnis und der Eigenarten des Begriffes Betätigung heraus ergeben ist die Klientenzentriertheit. Klientenzentrierte Praxis gewinnt in der Ergotherapie zunehmend an Bedeutung. „Die Gründe dafür sind komplex, lassen sich aber auf die einfache Einsicht zurückführen, dass der Klient der wichtigste Faktor bei der Intervention ist.“ (Sumsion 2002). Seit den 80er Jahren spielt der Begriff Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle. „Er brachte die Erkenntnis mit sich, dass die Klienten selbst in Gesundheitsfragen eingebunden sein müssen und dass sie für ihre eigenen Gesundheit verantwortlich sind.“ Sumsion (2002) verweist darauf, dass die WHO die Gesundheitsförderung beschreibt als den Prozess, der Menschen befähigt, durch stärkere Einflussmöglichkeiten und mehr Eigenverantwortung ihre Gesundheit zu verbessern. In den 90er Jahren wurde diese Entwicklung durch entstehende Selbsthilfegruppen verstärkt. Diese Gruppen hatten zum Ziel, Bedürfnisse außerhalb professioneller Hilfe gerecht zu werden. Auch die Betonung von Verbraucher- und Menschenrechten sowie technischer Revolution haben die Entwicklung der klientenzentrierten Praxis

beschleunigt (Sumsion 2002). Diese Entwicklung hat überwiegend im englischsprachigen Ausland stattgefunden. In Großbritannien und Kanada schreiben die Verbände der Ergotherapeuten klientenzentriertes und bedürfnisorientiertes Arbeiten vor. In Deutschland ist dieser Ansatz noch relativ neu wird aber auch vom Deutschen Verband der Ergotherapie gefordert. Eine Einführung wird nicht nur für die Therapeuten, sondern für das gesamte Gesundheitswesen ein Umdenken erfordern.

In dem Entwurf des Berufsprofils Ergotherapie der Projektgruppe des Deutschen Verbandes für Ergotherapie (DVE 2002) wird der Mensch innerhalb der Ergotherapie als Klient bezeichnet:

„Als Klient werden in der ergotherapeutischen Arbeit die Personen, Gruppen oder die Organisation benannt, welche Dienstleistungen von Ergotherapeuten erhalten. Der Begriff „Klient“ soll die respektvolle und partnerschaftliche Haltung innerhalb der therapeutischen Beziehung betonen und den „klientenzentrierten Ansatz“ der Arbeit nach außen dokumentieren. Bei den Klienten handelt es sich um Personen und Gruppe mit angeborenen, erworbenen oder drohenden Betätigungseinschränkungen.“

„Klientenzentrierte Ergotherapie ist eine Partnerschaft zwischen Therapeut und Klient. Den Betätigungszielen des Klienten wird Priorität eingeräumt, sie steht im Mittelpunkt von Erhebung und Therapie. Der Therapeut hört dem Klienten zu, respektiert dessen Maßstäbe und adaptiert seine Intervention so, dass sie den Bedürfnissen des Klienten gerecht wird. Der Klient ist aktiv an der Vereinbarung der Behandlungsziele beteiligt, und es wird ihm durch Training und Unterweisung ermöglicht, Entscheidungen zu treffen. Therapeut und Klient arbeiten gemeinsam an den herausgefundenen Schwierigkeiten, die durch unterschiedliche Umweltaspekte zustande kommen, damit der Klient seine Rollenerwartungen erfüllen kann.“ (Sumsion 2002). Weitere Details zum klientenzentrierten Ansatz finden sich bei Fearing & Clark 2000 und Law 1998. Bei Fearing und Clark (2000) findet man einen Fragebogen zur Beurteilung der Klientenzentriertheit einer ergotherapeutischen Behandlung. Ein ähnliches Instrument ist für den deutschsprachigen Raum durch Wille (2004) entwickelt worden.

Auch wenn für die Anwendung in der Ergotherapie das Prozessmerkmal Klientenzentrierung allgemein empfohlen wird, kann es aus verschiedenen Gründen in Institutionen nicht vollständig umsetzbar sein. In diesem Fall wird aber eine weitestgehende Einbindung des Klienten in die Therapieprozessgestaltung empfohlen. Die vollständige Einhaltung des Kriteriums wird hier nicht gefordert.

### **6.1.5 Systematik des Vorgehens**

Ein drittes Merkmal für einen Therapieprozess ist die Systematik. Ein systematisches Vorgehen wird im Therapieprozess grundsätzlich gefordert. Eine Systematik bezeichnet nach Brockhaus (1989) die Gliederung eines Stoffes oder Gegenstandsbereiches nach sachlichen oder logischen Zusammenhängen. Systematiken oder Klassifikationen dienen dazu, qualitative Merkmale in eine wohlgefügte Ordnung zu bringen und Teilgebiete in ein System einzuordnen (Duden Fremdwörterbuch, 1982, S. 745). Eine Systematik allgemein kann als Ordnungssystem definiert werden, das zunächst inhaltslos ist, solange der Gegenstand nicht bestimmt ist. Eine Systematik oder ein Ordnungssystem erklärt sich demzufolge erst über den Anwendungsbezug. In Bezug auf den Befunderhebungs- und Zielfindungsprozess in der Ergotherapie bedeutet dies, dass die Reihenfolge und die Vorgehensweisen innerhalb der Prozessschritte klar definiert sind.

Die Systematik der Modellanwendung wird durch das weiter unten folgende Prozessmodell sichergestellt.

#### **6.1.5.1 Reihenfolge der Schritte bei der Befunderhebung**

Um eine ergotherapeutischen Befunderhebung zu erstellen, können prinzipiell zwei Vorgehensweisen unterschieden werden: Zum einen gibt es den Weg des sogenannten **Bottom Up**-, zum anderen den Weg des **Top Down**- Ansatzes. Je nach Wahl sieht die Reihenfolge der Befunderhebungsschritte unterschiedlich aus.

Zur Verdeutlichung der Vorgehensweisen werden beide Ansätze zunächst anhand der ICF beschrieben / verglichen. Die Reihenfolge der Schritte wird in Abbildung 2 dargestellt.

Bottom Up-Ansatz	Top Down-Ansatz
3. Partizipation ↑ 2. Aktivitäten ↑ 1. Körperstrukturen und –funktionen	Partizipation ↓ Aktivitäten ↓ Körperstrukturen und –funktionen
<b>Abb. 2:</b> Reihenfolge der Befunderhebungsschritte im Bottom Up-, bzw. Top Down – Ansatz	

#### 6.1.5.1.1 Bottom Up - Ansatz

Arbeiten nach der Bottom Up – Methode bedeutet zunächst lediglich „Vom Speziellen zum Allgemeinen“ zu gehen. Wenn man eine Befunderhebung an der ICF orientieren und nach dem Bottom Up – Ansatz vorgehen würde, betrachtet man zunächst die Körperfunktionen des Patienten, im weiteren Verlauf folgt dann die Befunderhebung auf der Ebene der Aktivitäten und zuletzt der Partizipation.

Nachteile des Ansatzes:

Bei Therapeuten, die nach Bottom Up arbeiten passiert es häufig, dass die übergeordneten Ebenen vernachlässigt werden, da diese zuletzt untersucht werden. Die eigentlichen Interessensbereiche der Ergotherapie sind somit für den Klienten und anderen Berufsgruppen schwerer transparent darstellbar.

#### 6.1.5.1.2 Top Down - Ansatz

Arbeiten nach einem Top Down - Ansatz bedeutet zunächst „Mit dem Wesentlichen zu beginnen“. Dabei geht es darum, dass der übergeordnete Aspekt der Befunderhebung zuerst betrachtet wird. Am Beispiel der ICF wäre die Partizipation der übergeordnete Punkt und wird zuerst untersucht. Im Folgenden dann die Ebenen der Aktivitäten und dann die Ebene der Funktionen und Strukturen.

Ziel der Rehabilitation innerhalb des Modells der funktionellen Gesundheit durch Betätigung ist die optimale Wiederherstellung der Anpassung des Klient an seine Lebensumwelt. Dies wird mit Hilfe der optimalen Adaption der Fertigkeiten des Klienten oder mit Hilfe der Adaption der Umwelt mit dem Ziel der Optimierung der Tätigkeitsausführung erreicht. Die sensomotorischen und kognitiven Funktionen werden nur insofern berücksichtigt, wie sie bei der Störung einer bestimmten Tätigkeit eine Rolle spielen können.

Innerhalb dieses Modells wäre somit die konkret Lebensumwelt, in der der Klient typischerweise seine Tätigkeiten ausführt TOP. Als DOWN würde hier die Analyse personaler Aspekte betrachtet.

In der praktischen Arbeit hat es sich nicht als sinnvoll erwiesen, eine völlig rigide Reihenfolge der Befunderhebungsschritte vorzugeben. Auch wenn es sinnvoll erscheint zuerst globalere Aspekte zu erfassen, zeigt sich in der praktischen Realität oftmals, dass im Befunderhebungsprozessbegleitenden Gespräch oftmals weitere Informationen anfallen und gelegentlich auch die Befunderhebung quasi in zwei Zyklen verläuft, wobei im zweiten Zyklus noch einmal gezielt zu verschiedenen relevanten Aspekten vertiefende Informationen erhoben werden. Das folgende Prozessablaufschema ist somit nur als Richtlinie zu verstehen, welche die typische Reihenfolge darstellt, nicht jedoch als ein in jedem einzelnen Fall als zwingend vorgeschriebenes Schema. Der Autor trägt hiermit dem Umstand Rechnung, dass zwar auf der Makroebene scheinbar grundsätzliche Schritte der Befunderhebung existieren, der Befunderhebungsprozess im konkreten Fall aber oftmals interaktionell ist.

#### 6.1.5.2 Systematik: Die Reihenfolge der Befunderhebungsschritte

Um Leitlinien für die notwendigen Schritte sowie die Reihenfolge dieser Schritte zu erhalten, werden Therapieprozessmodelle verwendet.

**Definition:**

Prozessmodelle ...

- beschreiben grundlegende Prinzipien und Vorgehensweisen bei der Therapie
- haben das Ziel das therapeutische Vorgehen zu leiten und Hilfestellungen für den Therapieprozess zu geben

[Ende Definition]

Im Folgenden werden zwei ergotherapeutische Prozessmodelle vorgestellt, welche in der Literatur beschrieben sind auf Grund ihrer Einfachheit leicht auf verschiedenste Arbeitsbereiche in der Ergotherapie übertragbar sind. Wer einen mit Hilfe von Prozessmodellen durchstrukturierten Befunderhebungs- und Therapieprozess verwendet, kann sehr einfach eine geeignete Dokumentation erstellen. Denn jeder Schritt des Prozessmodells sollte sich in der Dokumentation wiederfinden.

#### 6.1.5.2.1 Das „Occupational Performance Process Model (OPPM, CAOT 1998)

Das OPPM unterteilt den Therapieprozess in sieben Schritte:

1. Alltagsprobleme benennen und beurteilen – Prioritäten setzen.
2. Theoretische Ansätze auswählen.
3. Performanzkomponenten und Umfeldbedingungen bestimmen.
4. Stärken und Möglichkeiten herausfinden.
5. Anzustrebende Ergebnisse aushandeln und Therapieplan entwickeln.
6. Pläne mit Hilfe von Betätigung umsetzen.
7. Performanz-Ergebnisse bewerten.

(CAOT 1998)

#### 6.1.5.2.2 Der Therapieprozess von Anne Fisher (Fisher 1997)

Dieses Therapieprozess ist in sieben Schritte unterteilt:

1. **Feststellung des Performanzkontextes des Klienten**
2. **Identifizieren von Stärken, Problemen und potentiellen Problemen der Betätigungsperformanz**
3. **Durchführen einer Performanzanalyse**
4. **Aktivitäten der Performanz definieren, welche der Klient ausführt und welche er nicht erfolgreich durchführen kann**
5. **Mögliche Ursachen oder mögliche Gründe erklären oder interpretieren**
6. In Schritt 6 werden zwei Wege für ein weiteres Verfahren im Prozess beschrieben:

#### **6a. Wählen des Modells mit Kompensation**

Planen und durchführen adaptierter Betätigungen, um ineffektive Aktivitäten zu kompensieren

- Versorgung mit adaptiven Hilfsmitteln oder assistierenden Technologien
- Alternative oder kompensierende Techniken vermitteln
- Modifizieren der Aufgaben oder des physikalischen oder sozialen Umfeldes

#### **6b. Wählen des Modells mit Wiederherstellung**

Planen und durchführen therapeutischer Betätigungen, um effektive Betätigungen wiederherzustellen

- Direkte oder indirekte Interventionen
- Abstufen, verändern und adaptieren der Betätigungen
- Schulung und Training

7. **Reevaluation zur Feststellung der verbesserten Betätigungsperformanz, ggf wieder bei 4 beginnen**

## 6.2 Der Therapieprozess im Modell funktioneller Gesundheit durch Betätigung

Das Modell funktioneller Gesundheit durch Betätigung verwendet zwei Prozessmodelle. Zum Einen ein Prozessmodell zur Befunderhebung, zum anderen ein Prozessmodell für den Gesamt-Therapieprozess. Das Prozessmodell zur Befunderhebung kann verwendet werden, um den Befunderhebungsprozess innerhalb des Gesamt-Therapieprozesses übersichtlicher zu gestalten.

Der Befunderhebungsprozess soll alle Informationen liefern, die zu einem Verständnis der Einflussgrößen auf die persönliche Adaption an eine Lebensumwelt und die damit verbundenen Aktivitäten notwendig sind. Die Reihenfolge der Datenerhebung sollte einer Systematik folgen und das Vorgehen möglichst logisch und transparent gestalten.

Der Befunderhebungsprozess umfasst folgende Schritte:

### 1. Datenerhebung

1.1 **Basisparameter:** Allgemeine Informationen, welche zum Verständnis der Tätigkeitsmuster einer Person und ihrer Störungen notwendig sind.

- Lebensabschnitt, Lebensumwelten sowie damit verbundene Rollen und Aktivitäten. Lebensabschnitt, Umwelten, -Rollen und –Aktivitätenprofil erstellen.
- Persönliche Betätigungsprobleme und -ziele des Klienten identifizieren

1.2 **Umweltaspekte bestimmen (physikalische und soziale Umweltaspekte)**

Merkmale und Anforderungen der physikalischen und sozialen Lebensumwelt, in der die Betätigung ausgeführt wird bestimmen.

1.3 **Interaktionsaspekte**

Interaktionsaspekte bezogen auf eine spezielle Tätigkeit, welche in einer Lebensumwelt zur Aufrechterhaltung bestimmter Rollen, Lebensbedeutungen und Ziele des Klienten relevant ist.

- notwendige Interaktionen und ihre Anforderungen,
- persönliche Bedeutung der Tätigkeit,
- konkrete Ausführung der Tätigkeit durch die Person,

1.4 **Persönliche Aspekte bestimmen**

Selbstbild, Funktion der Tätigkeit, körperlich-geistige Anforderungen und Leistungsfähigkeit

### 2. Beurteilung

Bewertung der Ausführungsproblematik

Abschätzen möglicher Prognosen bei Nutzung verschiedener therapeutischer Ansätze, Abschätzung Potenzial Kompensation & Restitution

### 3. Therapiezielfestlegung

In der praktische Arbeit hat es sich oftmals als sinnvoll erwiesen, die Datenerhebung (1. – 4.) nicht als strenge Reihenfolge zu sehen.

Oftmals ist es sinnvoll, auf Grund von später erhobenen Informationen zu einem früheren Schritt zurückzukehren.

In Abhängigkeit vom Einzelfall können bestimmte Bereiche der Befunderhebung umfangreicher oder knapper untersucht werden.

## 6.2.1 Befunderhebung: Analyse von Tätigkeiten in den Lebensumwelten

Das Prozessmodell und das Modell funktioneller Gesundheit durch Betätigung stellen keine Vorgaben über die zu verwendenden Untersuchungsverfahren.

Verschiedene ergotherapeutische Praxismodelle liefern unterschiedliche Theorien, wie die einzelnen Bereiche des Modells funktioneller Gesundheit durch Betätigung konzeptionalisiert werden können. Hierzu folgen in einem späteren Kapitel Verweise.

Im Folgenden wird ein Fragenkatalog dargestellt, welcher zumindest zum Teil im Rahmen des Befunderhebungsprozesses beantwortet werden sollte, wenn man eine Betätigung und mögliche Störungen bei der Ausführung untersucht. Welche Instrumente und Verfahren dabei angewendet werden bleibt grundsätzlich freigestellt. Angewendet werden können alle Verfahren, welche valide Informationen über den entsprechenden Bereich liefern. Einzelne Instrumente und Verfahren zur Befunderhebung werden als Beispiele benannt.

Die Darstellung in Leitfragen wurde gewählt, um das Wesen des betätigungsorientierten Befunderhebungsprozesses klarer darzustellen.

### 6.2.1.1 Basisparameter

#### 6.2.1.1.1 Lebensabschnitt

In welchem Lebensabschnitt befindet sich der Klient? Welche Grundthemen ergeben sich aus dem Lebensabschnitt? Welche Werte / Ziele / Erwartungen sind für den Klienten an diesen Lebensabschnitt gebunden?

- Zeitliche persönliche Aspekte

Methodik: Narrativ, zumeist auf den gesamten Befunderhebungsprozess verteilt

#### 6.2.1.1.2 Lebensumwelten, Rollen und Betätigungen

- Wichtige Lebensumwelten, -Rollen und Aktivitäten bestimmen
- Therapeutische relevante Ziel-Umwelten, -Rollen und -Aktivitäten festlegen

Analyse der Lebensumwelt:

In welchen Lebensumwelten bewegt sich der Klient oder soll sich der Klient bewegen?

Zu welchen Zwecken ist der Klient in diesen Umwelten tätig?

Welche Rollen erfüllt der Klient in den verschiedenen Lebensumwelten?

Welche typischen Aktivitäten / Interaktionen vollzieht der Klient in den Lebensumwelten?

Welches sind die kritischen Lebensumwelten (bzw. Rollen/Aktivitäten in der problematischen Lebensumwelt)? Wo bestehen die größten Probleme (Selbst- und Fremdeinschätzung)? Welche Lebensumwelten /Rollen /Aktivitäten sollten im Focus der Therapie stehen? Welche Lebensumwelten /Rollen /Aktivitäten sind als Ressourcen zu betrachten?

- 

Methodik der Datenerhebung: Typischerweise Narrativ

Zur Strukturierung des Betätigungsnarrativs und zur Festlegung der Ziele kann das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) angewendet werden. Der Gegenstandsbereich der Untersuchung (Person, Umwelt, Betätigung) wird zwar etwas unterschiedlich kategorisiert, bildet aber den selben Bereich ab. Aus diesem Grund lässt sich das Modell der funktionellen Gesundheit durch Betätigung als Strukturierungshilfe für das COPM-Interview verwenden.

### 6.2.1.1.3 *Beispiel*

Kind, weiblich 5 J. aus Mittelschicht (Eltern beide Lehrer), aktiver Haushalt (Mutter, Arbeit, Haushalt, Gartenarbeit, ehrenamtliche Verbandsaktivitäten; Vater Arbeit, Haushalt, musisch interessiert). Weder Kind noch Eltern zeigen grosses Interesse an aktiver, sportlich orientierter Freizeit. Das Kind lebt in folgenden Lebensumwelten:

Familiäres Umfeld (physische und soziale Grundbedürfnisse): große Wohnung, viel Angebote/Reize, intensive soziale Kontakte und Förderung in der Familie, Rollen: Kind, Schwester von 2 Brüdern (jeweils 1 Jahr älter und jünger), Haushaltshelfer

Kommunales Umfeld: Stadtrandgebiet, Vorort, KiGa (Bildungszweck) 1 km von zu Hause, relativ gut organisiert und situiert. Aktivitäten: Verschiedene rollentypische Aktivitäten. Mehrere Freunde im Umkreis von 100 m – 3 km (soziale Bedürfnisse), Rollen: KiGa-Kind (Förder-KiGa), Freundin, Aktivitäten: Rollenspiele, Geschichten erzählen, Puppen, Spielplatzaktivitäten,

Probleme des Kindes im KiGa (z.B.: Rolle Vorschulkind, betroffene Aktivität: Malen, anfängliches Schreiben), Probleme im häuslichen und kommunalen Umfeld und im Kindergarten (z.B. durch Mobilitätseinschränkung). Vermutliche Gefährdung der zukünftigen Einschulung (Lebensumwelt Grundschule, Rolle Schulkind, Aktivitäten Schreiben und Dikate)

Problembereiche = Therapeutische Ziel-Bereiche nach Absprache mit Kind und Eltern. Elternwunsch: Schullaufbahn sicherstellen, Kinderwunsch: mehr mit den Freunden auf dem Spielplatz machen können).

Besonderheit: In diesem Fall scheint der Übergang von einer Lebensumwelt (KiGa) in eine andere (Schule) gefährdet. Es sind also keinerlei Kenntnisse über die tatsächliche Leistungsfähigkeit des Kindes in der schulischen Umwelt vorhanden. Bisher ist auch noch keine konkrete Schule benannt, zu der das Kind später gehen soll. Es besteht aber die Auswahl zwischen zwei räumlich relativ nahen Schulen, einer integrativen Schule und den kommunalen Förderschulen (10 – 15 km).

### 6.2.1.2 **Umweltparameter**

#### 6.2.1.2.1 *Physikalische Umweltaspekte – Merkmale und Anforderungen*

Die Umwelt (der Kontext) einer Betätigung birgt eine Vielzahl von Bedingungen, welche die Performanz des Klienten beeinflussen können. Sowohl die physikalische als auch die soziale und die persönlichen Einstellungen, die sich im Wechselspiel mit dem Kontext entwickeln, beeinflussen die Ausführung von Betätigungen. Im ergotherapeutischen Befunderhebungsprozess versuchen Ergotherapeuten die beeinflussenden Kontextfaktoren nachzuvollziehen, welche die Ausführung einer speziellen Betätigung beeinflussen. Eine Kontextanalyse umfasst folgende Teilaspekte der Umwelt:

Welches sind die physischen Merkmale der Umwelt?

Welche Ausführungsmuster und –fertigkeiten sind zum Umgang mit dieser physikalischen Umwelt erforderlich?

- Physikalische Umweltaspekte
- Methodik: oftmals qualitativ, aber vermehrt auch standardisierte Instrumente, z.B. Housing Enabler (häusliche Umwelt), MELBA (Arbeitsplatzanforderungen)

#### 6.2.1.2.2 *Soziale Umweltmerkmale und –anforderungen*

Welches sind die sozialen und kulturellen Merkmale dieser Umwelt?

Welche Ausführungsmuster und -fertigkeiten werden in dieser sozialen Umwelt erwartet?

Welche Ausführungsqualität wird erwartet?

- Kulturelle Aspekte
- Soziale Aspekte
- Methodik: zumeist Narrativ

### 6.2.1.2.3 Welchen Einfluss hat die Umwelt (der Kontext) auf die Person?

Welchen Einfluss haben die sich aus einer Umwelt ergebenden Stimuli und Anforderungen auf die Person?

- Persönlich
- Spirituell

### 6.2.1.3 Interaktionsaspekte (innerhalb einer Lebensumwelt)

#### 6.2.1.3.1 Notwendige Interaktionen

Welche typischen Aktivitäten / Interaktionen will / muss der Klient in der konkreten Lebensumwelt vollziehen? Welche Handlungsmuster werden zur erfolgreichen Interaktion in der Lebensumwelt benötigt?

Welche typischen Aktivitäten / Interaktionen vollzieht der Klient in der konkreten Lebensumwelt? Welche davon sind problematisch?

Welches sind die wichtigsten Interaktionen in der Lebensumwelt, welche therapeutisch unterstützt werden sollen (Selbst- und/oder Fremdbeurteilung)?

#### 6.2.1.3.2 Anforderungsanalyse

Ergotherapeuten analysieren die Anforderungen, die eine Aktivität an den Klienten stellt. Hierbei gilt es festzustellen, welche Fertigkeiten der Klient benötigt und wie die Anforderungen die Ausführung beeinflussen. Zur Analyse der Aktivitätsanforderungen gehört die Untersuchung von

- Gebrauch von Gegenständen und deren Eigenschaften
  - Raumanforderungen
  - Soziale Anforderungen
  - Abfolge und Zeit einteilen
  - Erforderliche Handlungen
  - Erforderliche Körperfunktionen
  - Erforderliche Körperstrukturen
- Welches sind die notwendigen Aktivitäten zur erfolgreichen Durchführung der Betätigung? Oder anders gesagt, was sollte beobachtet werden können?
  - Wo, wann und wie oft kann die Betätigung beobachtet werden?
  - Welchen Performanz – Standards sollte die Betätigung genügen? Oder anders gefragt, welche Qualität der Performanz kann beobachtet werden?
  - Was wird als Ergebnis der Durchführung der Betätigung gesehen? Welche – wenn überhaupt zu erwarten – Outcomes sollten beobachtbar sein?
  - Stellt die Umwelt, in der die Betätigung durchgeführt wird, geeignete Ressourcen zur Verfügung?
  - In welcher Art fördert oder behindert die Umwelt die Performanz?

#### 6.2.1.3.3 Bedeutungsanalyse

Mit welchem Ziel führt der Klient die Interaktionen aus (konkret)?

Welche Bedeutung (Sinn, Wichtigkeit, mit dem Selbstbild, Selbstwert, Selbstverständnis) ist mit der Interaktion verbunden?

Für den Therapeuten ist es wichtig den Patienten in seiner Bedeutung als Betätigungswesen zu verstehen. Z.B. wie die Betätigung zum Erhalt der persönlichen Identität beiträgt, welches die Betätigungsziele des Patienten sind, usw.. Diese persönliche Bedeutung ergibt sich aus der äußeren Form und der eigenen Entwicklungsstruktur des Menschen. In diese Entwicklungsstrukturen fließen verschiedene Eigenschaften wie biologische Ausstattung, persönliche Reife, eigener Erfahrungsschatz usw. ein.

Leitfragen um den Menschen in seiner Bedeutung der Betätigung zu verstehen:

- Wie beschreibt die Person sich selbst? Was für eine Person steht mir gegenüber?
- Wie trägt die Betätigung der Person zur Konstruktion und Erhalt der persönlichen Identität bei, zum Ausdruck und Erfahren von Bedeutung oder dazu, den persönlichen Lebenszweck zu erreichen?
- Welches sind die Betätigungsziele der Person? Was für eine Identität oder Bedeutung will die Person durch Ihre Aktivitäten erreichen?
- In welcher Art sind die für die Person problematischen Betätigungen an dem Ausdruck oder der Erfahrung von Bedeutung beteiligt?

#### 6.2.1.3.4 Ausführungsanalyse

Welche Ausführungsmuster verwendet der Klient und welche Probleme treten dabei auf?

Welche Ausführungsfertigkeiten zeigt der Klient und welche Probleme treten dabei auf?

Hierzu betrachten Ergotherapeuten die Ausführungsfertigkeiten und -muster des Patienten. „Fertigkeiten sind gegenüber Körperfunktionen oder Fähigkeiten kleine Einheiten der Ausführung. Ergotherapeuten analysieren vor allem effektive und ineffektive Fertigkeiten durch gezielte und geübte Beobachtung sowie (teil-) standardisierte quantitative und qualitative Untersuchungsverfahren. Performanz – Muster sind Elemente der Performanz, die sich im Laufe des Lebens entwickeln. Auch diese sind durch den Kontext beeinflusst.

Methodik: klinische Verhaltensbeobachtung, auch standardisierte Instrumente, z.B. AMPS, PRPP

Die Ausführung einer Betätigung ist die beobachtbare Verhalten bei einer Betätigung (Clark 1998). Hierzu gehört ein Verständnis für die Identifikation der Aktivitäten und Fähigkeiten, die zur Ausführung einer Betätigung nötig sind. Die Feststellung der Ausführungsqualität erfolgt innerhalb der Umgebung, in der die Betätigung durchgeführt wird. Dieser Prozess beinhaltet zum einen die Bestimmung der Art und des Ausmaßes der Störung der Performanz, zum anderen die Identifikation der Performanzfertigkeiten und hilfreichen Umwelteigenschaften, welche die Performanz unterstützen.

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass sich die Performanz deutlich verbessert, wenn die Betätigungsform, welche in der Therapie gewählt wird, für den Klienten eine klar erkennbare Bedeutung hat.

- Ausführungs – Muster
- Gewohnheiten
- Routinen
- Rollen

Die Ausführung von Betätigungen kann durch persönliche geistige und körperliche Faktoren beeinflusst werden, die dem Patienten innewohnen. Eine Analyse der körperlich-geistigen Fähigkeiten umfasst die Untersuchung der persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für eine bestimmte Betätigung notwendig sind (Performanz-Fertigkeiten). Hierzu gehört die Untersuchung der

- Motorische Fertigkeiten
- Verarbeitungsfertigkeiten
- Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten
- 
- Welches sind die Qualität der gegenwärtigen Betätigungsperformanz einer Person, einschließlich Stärken und Schwächen?
- Wie verhält sich die erreichte Qualität im Vergleich zu der Qualität, welche die Person erreichen will oder die von anderen erwartet wird?
- Wie hat sich die Person an die Betätigungen adaptiert oder ihre Erwartungen an die Betätigung angepaßt?

Durch Beobachtung sowie schriftliche und mündliche Befragung zugänglich.

## ➤ **Verständnis der konkreten Durchführung und der dabei auftretenden Probleme**

### **6.2.1.4 Persönliche Aspekte**

#### *6.2.1.4.1 Erleben – Selbstbild bezüglich der Interaktion*

Welchen Einfluss haben Kultur, Lebensabschnitt, Werte, Einstellungen, Interessen / Neigungen, Einstellungen auf die Ausführung der Rollen, Aktivitäten

- Verständnis des Selbstbildes und persönlicher Werte und Normen sowie ihrem Einfluss auf die Interaktion
- Kulturelle Eigenarten
- Lebensabschnitt
- Werte
- Einstellungen

#### *6.2.1.4.2 Erleben - Die Funktion der Betätigung*

Hier erfragt der Therapeuten die Funktion der identifizierten Betätigungen. Die Funktion bezieht sich auf den Zweck oder ein konkretes Ziel einer Betätigung, ihre Bedeutung in dem individuellen Feld und auf den Beitrag, den sie hinsichtlich des eigenen Lebensstiles, sowie für andere nahestehende Personen leisten. Die Funktion ist somit abhängig von den Rollen, die eine Person einnimmt. Menschen beteiligen sich an vielen Rollen aus verschiedensten Gründen. Diese können nach Wilcock (1993) Bedürfnisse sein, die direkt auf den Körper bezogen sind, wie z.B. Selbsterhalt und Selbstfürsorge, aber auch die Entwicklung von Fertigkeiten, sozialen Strukturen und Technologien usw.. Es gibt aber auch weitaus spezifischere Funktionen, z.B. in der eigenen Familie und am Arbeitsplatz. Der Zweck, d.h. der aktuelle Grund und das Ziel der Betätigung ergibt sich aus der Bedeutung, dem aktuellen Kontext und der aktuellen Motivation und führt zu zielorientiertem Handeln.

- Welche Funktionen werden durch die Betätigungsherausforderungen, die ein Klient erfährt, gestört und wer ist davon betroffen? Beispielsweise könnte die Störung ein Thema der Gesundheit, Zufriedenheit, Gelderwerb, Fürsorge für die Kinder, mit anderen Menschen zusammen sein oder einen ordentlichen, sauberen Haushalt führen zu wollen sein?
- In welcher Weise beeinflusst die physikalische Umwelt die Person negativ oder positiv bei der Erreichung der Ziele, welche durch die Betätigung erreicht werden sollen?
- In welcher Weise beeinflussen die Betätigungen anderer die Ziele und Betätigungen der Person negativ oder positiv und wie könnte man eine bessere Unterstützung der Person erreichen?

#### *6.2.1.4.3 Anforderungen an die für die Interaktion erforderlichen Körperfunktionen und Strukturen (personale Anforderungen)*

Welche Körperstrukturen sind für die Ausführung der problematischen Interaktion relevant?

Welche Körperfunktionen sind für die Ausführung relevant? In welchem körperlichen Funktionszustand befindet sich der Klient? Welchen Einfluss hat der Funktionszustand auf die Interaktionen?

#### *6.2.1.4.4 Personale körperlich – geistigen Fertigkeitent?*

Dieser Schritt findet nur statt, wenn die Gründe für die Betätigungsdysfunktion nicht schon eindeutig zu erkennen bzw. durch Vorabinformationen bekannt sind. Hier kann eine Evaluation der Art und des Ausmaßes von Defiziten in den Körperstrukturen- und Funktionen notwendig sein (Baum & Law 1997, Mathiowetz 1993). Die Körperstrukturen und -funktionen werden nur soweit berücksichtigt, wie sie als mögliche Ursache für konkrete Betätigungen betreffen könnten.

Liegt die Ursache der untersuchten Dysfunktion auf der Körperstruktur- oder Funktionsebene, wird eine entsprechende Interventionsstrategie (z.B. Erweiterung des Bewegungsausmaßes) als Therapieform gewählt (Hocking 2001). Die Evaluation der Körperstrukturen und -funktionen erfolgt wie im funktionsorientierten Ansatz üblich.

Es werden die für diese Fertigkeiten notwendigen Klientenfaktoren untersucht. Hierzu gehört die Untersuchung von

- Körperfunktionen
- Körperstruktur

Für die Definition dieser Klientenfaktoren kann die ICF empfohlen werden (AOTA 2002, WHO 2002).

## **6.2.2 Bewertung des Betätigungsbefundes**

### **6.2.2.1 Interaktionsprobleme erklären**

Um die relevanten Ausführungsstörungen erklären zu können, werden die Befunddaten unter Nutzung von Betätigungsmodellen (MfGdB, MOHO, OPM-A PEOM, PEOPM, CTOA,...), Handlungstheorien (Hacker, ...) bzw. soziologischen (Maslow, biomechanischen (Anatomie), neuromuskuloskeletären und kognitiv-neurowissenschaftlichen Theorien (Luria, Kandel & Schwarz, ...) möglichst umfassend interpretiert.

Das Modell funktioneller Gesundheit durch Betätigung kann hierbei als Erklärungsmodell für eine uneffektive Anpassung an die Lebensumwelten (Partizipationsstörungen) dienen. Dieses theoriebasierte Erklärungsmodell zur Klientenproblematik dient als die eigentliche Grundlage für die Planung der therapeutischen Intervention.

### **6.2.2.2 Ressourcen**

Welche Kompetenzen, Rollen, Betätigungen des Klienten sind als therapeutisch förderlich zu betrachten?

Welche Ressourcen bietet die physikalische und soziale Umwelt des Klienten?

### **6.2.2.3 Potential zur Veränderung**

Hat die Person die Kapazitäten ihre Performanz zu verbessern? Wenn ja, welche Kapazitäten und in welchem Ausmaß?

Wie kann die Betätigung oder der Betätigungskontext modifizieren werden, um eine bessere Leistungsfähigkeit zu erreichen?

### **6.2.2.4 Abschätzen möglicher Prognosen bei Nutzung verschiedener therapeutischer Ansätze**

Unter Nutzung der Kenntnisse über die Ausführungsstörung des Klienten, ihrer Ursachen und mit Hilfe des theoretischen Verständnisses für die Störung kann nun abgeschätzt werden, welche therapeutischen Maßnahmen sinnvoll sein könnten. Für die abschließende Beratung und Zielfestlegung mit dem Klienten muß nun abgeschätzt werden, welches Ausmaß die Verbesserungen in welchem Zeitraum mit Hilfe verschiedener Methoden erreicht werden können.

### **6.2.2.5 Therapiealternativen: Kompensation oder Restitution (Wiederherstellung)?**

In Abhängigkeit von der Möglichkeit zur Restitution und des zum erwartenden Ausmaßes und des Zeitumfanges bis zur Restitution muss folgende Entscheidung getroffen werden: Kann und sollen die kritischen Körperfunktionen und -strukturen wieder hergestellt werden oder erscheint eine Kompensation der bisherigen Funktionen sinnvoller zu sein?

### a) Wählen des Modells mit Kompensation

Planen und durchführen adaptierter Betätigungen, um ineffektive Aktivitäten zu kompensieren

- Versorgung mit adaptiven Hilfsmitteln oder assistierenden Technologien
- Alternative oder kompensierende Techniken vermitteln
- Modifizieren der Aufgaben oder des physikalischen oder sozialen Umfeldes

### b) Wählen des Modells mit Wiederherstellung

Planen und durchführen therapeutischer Betätigungen, um effektive Betätigungen wiederherzustellen

- Direkte oder indirekte Interventionen
- Abstufen, verändern und adaptieren der Betätigungen
- Schulung und Training

## 6.2.3 Entgeltige Zielfestlegung

1. **Beratung** des Klienten: Welches waren die Problembereiche, welche der Klient als therapeutisch relevant eingestuft hat? Welches sind die zentralen Ergebnisse der differenzierten Befunderhebung? Welche Möglichkeiten eröffnet die Therapie? Welche Klientenziele scheinen sinnvoll erreichbar, welche nicht? Welche weiteren Ziele ergeben sich aus der Erfahrung des Therapeuten? Welche therapeutischen Angebote kann der Therapeut machen? Welche Prognosen sind mit den Alternativen verknüpft?
2. **Vorläufige Entscheidung** über Therapieziele und therapeutisches Vorgehen.
3. **Bewertung durch relevante Andere.** Der Klient nimmt diese Liste mit nach Hause. Hier hat er die Möglichkeit die identifizierten Ziele mit anderen zu besprechen und / oder für sich die notierten Ziele zu überdenken, gegebenenfalls die Reihenfolge zu ändern, Dinge zuzufügen, bzw. Ziele ganz zu streichen.
4. **Bekanntmachung der formellen Zielliste**, nach dem der Klient die Liste mit den Zielen formuliert hat, wird hieraus eine formelle Zielliste erstellt. Die Bekanntmachung erfolgt folgendermaßen: mit dem Klient werden Personen festgelegt, die diese Liste bekommen, außerdem soll er sie für sich an einem zentralen Ort Zuhause aufhängen. Hiermit soll die Auseinandersetzung mit den Problemen stattfinden, sie mehr respektiert werden und so der Rehabilitationsverlauf unterstützt werden (Steigerung der Motivation, Ausrichtung der Volition auf das Therapieziel und die therapeutische Intervention).

## 6.2.4 Übungen zur tätigkeitsorientierten Befunderhebung

Zur Auseinandersetzung mit der tätigkeitsorientierten Befunderhebung kann folgende Vorgehensweise empfohlen werden:

- Stellen Sie sich einen ihrer Klienten vor und nehmen sie alle Informationen zusammen, die sie über ihn besitzen. Versuchen Sie die Leitfragen zu den Basisparametern zu beantworten. Beantworten Sie dann die Leitfragen zu Umwelt-, Interaktions- und persönlichen Aspekten hinsichtlich einer Tätigkeit, welche der Zielort therapeutischer Intervention war. Beurteilen Sie das Ergebnis: Welche Informationen haben sie zu den verschiedenen Aspekten der Tätigkeit (Körper- und Erlebensebene der Person und der Interaktion; physikalische und soziale Aspekte der Umwelt)? Welchen Umfang haben die Informationen zu den verschiedenen Aspekten? Wie und in welchem Zusammenhang wurden die Daten bisher erhoben? In welchem Umfang wurden systematische Befunderhebungsinstrumente für die verschiedenen Ebenen eingesetzt? Welche Informationen fehlen noch, um ein komplettes Bild von dem Klienten zu erhalten? (Die fehlenden Informationen können dann nacherhoben werden. Welche Konsequenzen haben die zusätzlichen Informationen auf Ihre Bewertung der Betätigungsstörung des Klienten?)
- Fangen Sie an schrittweise einzelne Aspekte einer tätigkeitsorientierten Befunderhebung in Ihre Arbeit einzubauen. Sinnvollerweise könnte man die Leitfragen dazu verwenden, die Datenerhebung im Rahmen der Befunderhebung zu strukturieren. Eine Erhebung mit standardisierten Befunderhebungsinstrumenten ist grundsätzlich nicht erforderlich. Gehen Sie rein

qualitativ beschreibend vor. Notieren Sie Ihre Erfahrungen und die resultierenden Fragen. Vermutlich werden sich Fragen zur praktischen Umsetzung ergeben. Wie erhebt man praktisch die Daten für einen betätigungsorientierten Befund? Gibt es bekannte Untersuchungsverfahren für spezielle Teilbereiche der Befunderhebungsebenen? Lösungsvorschläge bieten die meisten ergotherapeutischen Praxismodelle. Sie sind zumeist stark anwendungsorientiert entwickelt worden und geben konkrete Empfehlungen für Untersuchungsverfahren.

- Um eine grösstmögliche Systematik und Sicherheit des Befunderhebungsprozesses sicherzustellen, sollten aber standardisierte und valide Instrumente zum Einsatz kommen. Die Auswahl von qualitativen (Narrative, Interviews, freie Beobachtung ect.) oder quantitativen Instrumenten (Skalen, Tests) ist vom Zweck der Datenerhebung abhängig. In der Befunderhebung der Ebene des persönlichen Erlebens in Bezug auf eine Tätigkeit kommen vor allem qualitative Erhebungsverfahren zum Einsatz. Aber trotz allem sollten hier für die Kernkonstrukte der Theorie, nach dem man arbeitet, standardisierte Untersuchungsinstrumente vorliegen. Überlegen Sie, welche standardisierten Befunderhebungsinstrumente sie in Ihrer Arbeit einführen sollten. Finden Sie heraus, welche Instrumente für Sie in Ihrer Situation vermutlich den meisten Nutzen bringen würden.
- Führen Sie die Untersuchungsverfahren schrittweise ein. Dokumentieren Sie Ihre eigenen Erfahrungen und Fragen.
- Versuchen Sie andere Personen zu finden, die Erfahrung mit einem tätigkeitsorientierten Ansatz haben oder versuchen Sie Therapeuten zu finden, die in der gleichen Lage sind wie Sie. Tauschen Sie Erfahrungen und Lösungsansätze aus. Wenn Sie an dem Aufbau einer Austauschgruppe für Erfahrungen mit dem betätigungsorientierten Ansatz interessiert sind, können Sie sich für praktische Tipps an die Autoren wenden.
- Für die Bewertung der ergotherapeutischen Leistung sollten betätigungsorientierte Evaluationsinstrumente, die eine veränderungssensitive Quantifizierung der Performanzveränderungen ermöglichen, zum Einsatz kommen. Als Beispiel kann das COPM (CAOT 1998) dienen.
- Zur Überprüfung der Klientenzentriertheit des Befunderhebungs- und Zielfindungsprozesses lässt sich der Fragebogen nach Wille (2003) einsetzen. Der Fragebogen ist als interventionsdiagnostisches Instrument einsetzbar. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse nicht primär zur Quantifizierung von Klientenzentriertheit gedacht sind, sondern als Startpunkte zur Reflexion und zur Verbesserung der eigenen Klientenzentriertheit dienen.

### 6.2.5 Leitfragen zur Therapieplanung und -kontrolle

Ziel der Therapie ist es, eine bestmögliche Anpassung zwischen den Umwelanforderungen bei einer Tätigkeit und der Nutzung der persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erreichen. Der therapeutisch geleitete Prozess, welcher zu einer besseren Adaption führt, wird im Folgenden **Anpassungsprozess** genannt

Folgende Fragen sollten die Planung leiten:

Auswahl einer geeigneten Betätigungsform / Aktivität

- Welche grundlegenden Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie welche Tätigkeiten sind für den Anpassungsprozess hilfreich?
- Welches ist die beste Aktivität / Tätigkeit, bei der dieser Klient die optimale Therapiebereitschaft zeigt?
- Betätigungsorientierte Auswahl von Tätigkeiten / Aktivitäten und alltagsnahe Operationalisierung der Therapiesituation

Ausführung der Betätigung

- Welche Ergebnisse spiegeln Veränderungen der Anpassung an die Tätigkeit wider (Antrieb, planerische und Ausführungs-Kompetenz, Transferleistungen)?
- Welche Motivations- und Antriebsformen werden genutzt (primär – Eigenantrieb - intern, sekundär – aktivierende Interventionen - extern)?

- Welche Art der Anpassungsreaktion wird zumeist verwendet (alt, Übergang, neu)?
- Auf welchem Adaptionsniveau (dysfunktional - schematisch, Übergang, reif - differenziert - variiert; Lernen - Üben - Generalisieren) befindet sich der Klient?
- Welche Veränderungen des Therapieprogrammes sind notwendig, um größtmögliche Gelegenheit zu schaffen, dass der Anpassungsprozess stattfindet?

#### Evaluation der Ausführung

- Wie kann der Klient seine Anpassungsreaktionen bewerten und wie kann er die Ergebnisse dieses Bewertungsprozesses nutzen, um seinen Anpassungsprozess selbst zu beeinflussen?
- Welches sind die geeigneten Feedbackmechanismen in der Therapiesituation um den Anpassungsprozess zu fördern

### 6.2.6 Das Therapieprozessmodell des Modells funktioneller Gesundheit durch Betätigung

Schritt	Bereich	Prinzipien	Beispielsassessments
1 Anamnese	Soziodemografische Daten, medizinische Anamnese abklären		
2 Beschreibung der Betätigungs-Probleme	Betätigungsprofil mit auftretenden Problemen	(Teil-) strukturiertes Betätigungs-Narrativ	COSA (Occupational Self Assessment), COPM for Children (Canadian Occupational Performance Measure)
3 Ergotherapeutisches Rahmenziel	Das Rahmenziel muss sich auf die Verbesserung der Ausführung (Performanz) von Betätigungen beziehen.  z.B. sich alleine die Schuhe zubinden können	Dass Rahmenziel muss operationalisierbar / messbar sein. Die Messung der Variablen, welche das Rahmenziel beschreibt, muss zur Überprüfung in der Re-Evaluation wiederholt werden.	COPM
4 Auswahl von Betätigungs-Theorien als Bezugsrahmen für die Befunderhebung	Zur Klärung des Verständnisses der Betätigungsprobleme wird ein geeignetes ergotherapeutisches Praxismodell ausgewählt.		

5.1 Umweltbefund	Klärung des Kontextes (Context) der Betätigungen	Befragung des Klienten / Peers, Beobachtung des Kontextes	HE (Housing Enabler)
	Klärung situativen Anforderungen (Activity demands) an den Klienten	Beobachtung des sozialen und physikalischen Kontextes und des Klienten im Kontext	MELBA (Merkmalskatalog zur Eingliederung von Leistungsgewandelten in den Beruflichen Alltag) – Anforderungsprofil SSI School Setting Interview
5.2 Betätigungs-Befund  Achtung: Überlappt mit 2.	Klärung der Bedeutungsebene der Betätigungen (meaning)	Befragung	OPHI (Occupational Performance History Interview) Pediatric Interest Profile
	Betätigungsrelevante Performanzfertigkeiten (skills)	Beobachtung des Klienten im Kontext	AMPS Assessment of Motor and Process Skills), PRPP, A-ONE OTPAL Occupational Thrapy Assessment of Learning
	Betätigungsrelevanten Performanzmuster (patterns); Rollen, Gewohnheiten	Befragung des Klienten / Peers und Beobachtung des Klienten im Kontext	OTPAL Occupational Thrapy Assessment of Learning
5.3 Funktioneller Befund	Körperfunktionen	Befragung, Beobachtung  Der funktionelle Befund ist optional und fallabhängig und betrifft nur für die jeweilige Betätigung relevante Aspekte.	alle sensomotorischen, kognitiven und psychosozialen Messinstrumente, welche diese Parameter nicht im Rahmen von Betätigungssituationen aufnehmen
	Körperstrukturen	v.a. Anamnese, auch Beobachtung	
6.1 Bewertung des Betätigungs-Befundes	Die Daten werden darauf hin interpretiert, welchen Einfluss die physikalischen und sozialen Umwelтанforderungen und die persönlichen Faktoren (körperliche Funktionen und Erlebensebene) auf die Ausführung der problematischen Betätigung haben. Es werden Möglichkeiten des therapeutischen Vorgehens auf Anwendbarkeit und Prognose in diesem Fall überprüft.		
6 Differenzierte Zielfestlegung	Rahmenziele überprüfen und ggf. anpassen. Bestimmung von Teilzielen, welche zur Erreichung des Rahmenziels notwendig sind. Die Zwischenziele sollten überprüfbar sein. Die Zwischenziele dienen zur Überprüfung des Therapiefortschrittes.		

7 Therapieplanung und -vorbereitung	7.1 Entwicklung Therapie-/ Interventionsprogramm: Methoden, Settings, konkrete Vorgehensweisen. Strategie zur Sicherung der Betätigungsorientierung anwenden
	7.2 Definition erwarteter Outcomes (Ergebnisse), Zeitplan für Durchführung und Evaluation / Reevaluation (Bewertungen)
	7.3 Ggf. Messung fehlender Outcome-Evaluationsparameter
8 Therapie	Beobachtungen im Therapieverlauf erweitern den Befund ständig. Wenn sich aus den neuen Erkenntnissen während des Verlaufs eine Ergänzung des Befundes vorgenommen werden muss, sollten alle Folgeschritte angepasst werden. Das Ausmaß der Betätigungsorientierung überprüfen und anpassen
9.1 Evaluation der Teilziele	Bei Erreichen einzelner Zwischenziele anderes Zwischenziel ansteuern.
9.2 Re-Evaluation / Outcome-Evaluation	Durch Vergleich mit den erwarteten Outcomes Therapieverlauf bewerten In Abhängigkeit von Ergebnis der Re-Evaluation sowie Befund und Therapieverlaufsbeobachtung Anpassung der Therapiedauer, Therapiefrequenz, Rahmen- und Zwischenziele, Bezugsrahmen und Methoden; ggf. zu den entsprechenden Schritten zurückspringen
10	Therapie-Ende

## Quellenangaben Abschnitte 1 - 6

- AOTA (1995): Position Paper: Occupational Performance. AJOT 49, 1019 – 1021
- AOTA (2002): Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. AJOT 56, 609 - 639
- Baker, F., Intagliata, J (1982): Quality of life in the evaluation of Community Support Systems. Evaluation and Program Planning 5, 69 – 79
- Bass Haugen, J., & Mathiowetz, V. (1995). Contemporary task-oriented approach. In C. A. Trombly (Ed.): Occupational therapy for physical dysfunction (4th ed.)(pp. 510-527). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Baum, C, Law, M. (1997): Occupational Therapy Practice: Focussing on Occupational Performance. AJOT, 51, 277 – 288
- Birkwald, K. (2003): Voruntersuchung zur Entwicklung von Leitlinien für eine betätigungsorientierte Befunderhebung in der Pädiatrie, Bachelor-Arbeit, Bachelor-Studiengang Physiotherapie & Ergotherapie, Fachhochschule Osnabrück, 2003
- Bronfenbrenner, U. (1981): in Lüscher, K. (Hrsg.): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung, Klett, Stuttgart
- CAOT (1997): Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. The Canadian Association of Occupational Therapists, CAOT Publications, Ottawa, ON
- CAOT (1998): Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N: Canadian Occupational Performance Measure. Dritte Auflage, Lizensierte deutsche Ausgabe 1999, Übersetzung: B. Dehnhardt, A. Harth, A. Meyer, Edition Vita Activa, <http://www.aha-netz.de>
- Christiansen, C. (1991): Occupational Therapy: Intervention for Life Performance. In C. Christiansen & C. Baum (eds.): Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits. Slack Inc., Thorofare, NJ.
- Christiansen, C., Baum, C.(1997): Occupational Therapy – Enabling Function and Well-Being. Slack, Thorofare, N.J., USA
- Christiansen, C., Clark, F., Kielhofner, G., Rogers, J. (1995): Position Paper: Occupation. AJOT 49(10) 1015 - 1018
- Clark, F.A., Parham, D., Carlson, M.E., Frank, G., Jackson, J., Pierce.D., Wolfe, R., Zemke, R (1991): Occupational Science: Academic Innovation in the Service of Occupational Therapy. AJOT 45, 300 – 310
- Clark, F.A.; Wood, W., Larson, E.A. (1998): Occupational Science: Occupational Therapy's legacy for the 21<sup>st</sup> century. In Neistadt, N., Crepeau, EB. (Hrsg): Willard-Spackmans Occupational Therapy, 9<sup>th</sup> ed., Lippincott, Philadelphia
- Dehnhardt, B. (2003): Das Kanadische Modell der Betätigungsperformanz CMOP und sein Assessment-Instrument COPM. Ergotherapie & Rehabilitation, August 2003, Schulz-Kirchner Verlag
- Dunn, W., Brown, C., McGuigan (1994): The ecology of human performance: a framework for considering the effects o context. AJOT 48, 595 - 607
- DVE (2003): Homepage Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., Karlsbach, <http://www.ergotherapie-dve.de>, letzter Download am 30.12.2003
- DVE (2004), Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Maria Miesen (Hrsg.): Berufsprofil Ergotherapie. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein
- Fearing, V., Clark, J. (2000): Individuals in Context - A Practical Guide to Client-Centered Practice. Slack Incorporated, Thorofare, NJ
- Fischer, A. (2002): Beiträge zur Entwicklung einer deutschen ergotherapeutischen Terminologie Ergotherapie - Zeitschrift für angewandte Wissenschaft, 4 (1), 36 - 46
- Fisher, A. (1997): The Assessment of Motor and Process Skills. (Version 8.0), Testhandbuch, Colorado State University, Fort Collins

- G. Kielhofner (1995): Conceptual Foundations in Occupational Therapy – Theory and Application, 2. Auflage, F.A. Davies, Philadelphia
- George, S. (2003): Praxishandbuch COPM. Schulz-Kirchner Verlag, neue Reihe Ergotherapie, Idstein
- Hocking, C. (2001): Implementing Occupation-Based Assessment. AJOT, 55/4 xxx
- Hocking, C. (2001): The Issue Is – Implementing Occupation-Based Assessment. AJOT 55 (4), 463 - 469
- Kielhofner, G. (1995): A Model of Human Occupation: Theory and Application. Williams & Wilkins, Baltimore
- Law, M. (1998): Client-Centered Occupational Therapy. Slack Incorporated, Thorofare, USA
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. (1996): The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. Canadian Journal of Occupational Therapy 63, 9 - 23
- Law, M., Cooper, B.A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P & Letts, L. (1997). Theoretical Contexts for the Practice of Occupational Therapy. In Christiansen, C. & C. Baum (Eds.): Occupational Therapy – Enabling Function and Well-Being. 2<sup>nd</sup> ed., Slack Inc, Thorofare, NJ.
- Law, M., Polatajko, H., Carswell, A., McColl, M.A., Pollock, N., Baptiste, Sue (1999): Glossar. In Jerosch-Herold, Ch., Marotzki, U., Hack, B.M., Weber, P. (Hrsg., 1999): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Springer Verlag, Berlin
- Mathiowetz, V. (1993): The role of Physical Performance Component Evaluation in Occupational Therapy Functional Assessment. AJOT 47, 225 - 230
- Miesen, M. (2002): Projekt Berufsprofil. Ergotherapie & Rehabilitation 9/02, 12
- Nelson, D. (1994): Occupation: Occupational Form, Occupational Performance and Therapeutic Occupation. In C.B. Royeen (Hrsg.): AOTA-Self Study Series. The Practice of the Future: Putting Occupation back into Therapy. AOTA, Rockville, MD
- Nelson, D. (1996): Therapeutic Occupation: a definition. AJOT 50 (10), 775 - 782
- Piaget \*\*\*
- Reichel, K. (2003): Das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie, Bachelor-Arbeit Bachelor-Studiengang Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, FH Hildesheim WS 2002/2003
- Romein, E. (2002): How much „occupation“ can be found in pediatric therapy-goals? Assignment European Master of Science in Occupational Therapy
- Romein, E. (2003): Ergotherapie in der neurologischen Kinderrehabilitation. Vortrag 48. Ergotherapiekongress des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten, 22. - 25. 5. 2003, Kassel
- Schkade & Schultz 1992 \*\*\* Occupation Adaptation Frame of Reference,
- Ward Gibson J., Schkade J.K. (1996): Occupational Adaptation Intervention with patients with cerebrovascular accident: A clinical Study. AJOT 50 (xxx) 523 ff
- Garrett, S.A., Schkade J.K. (1995): Occupational Adaptation Model of professional development as applied to Level II fieldwork. AJOT 49 (2): 1- 126

Schkade, J.K., Schultz, S. (1992): Occupational adaptation: towards a holistic approach for contemporary practice. Part 1. AJOT 46, 829 – 837

Schkade, J.K., Schultz, S. (1992): Occupational adaptation: towards a holistic approach for contemporary practice. Part 2. AJOT 46, 917 - 925

Sumsion, T. (2002): Klientenzentrierte Ergotherapie. Deutsche Übersetzung, Thieme Verlag, Stuttgart

Unger, J. (2003): Die Konturierung der Ergotherapie - Akzeptanz eines Definitionsentwurfes des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten. Bachelor-Arbeit, Bachelor-Studiengang Physiotherapie & Ergotherapie, Fachhochschule Osnabrück

Wilcock, A. (1993): A Theory of the human need for Occupation. Journal of Occupational Science: Australia 1, 17 - 24

Wille, G. (2003): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Klientenzentrierung durch Behandler und Klienten der Ergotherapie. Bachelor-Arbeit, Bachelor-Studiengang Physiotherapie & Ergotherapie, Fachhochschule Osnabrück

-

---

<sup>i</sup> G. Kielhofner (1995): Conceptual Foundations in Occupational Therapy – Theory and Application, 2. Auflage, F.A. Davies, Philadelphia

<sup>ii</sup> Christiansen, C., Baum, C.(1997): Occupational Therapy – Enabling Function and Well-Being. Slack, Thorofare, N.J., USA

<sup>iii</sup> Canadian Association of Occupational Therapists (1997): Enabling occupation: an occupational therapy perspective. CAOT Publications ACE Ottawa, Ontario