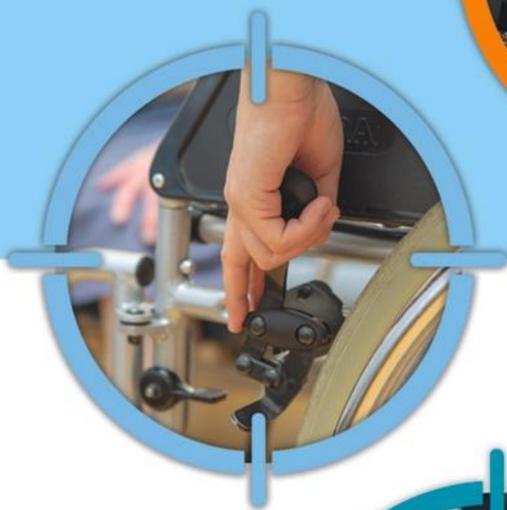


Ergotherapie – durch Betätigung und Klientenzentrierung Teilhabe verbessern

35 Fallgeschichten aus der Praxis

Herausgegeben von
Ellen Romein



Ergotherapie – durch Betätigung und Klientenzentrierung Teilhabe verbessern

35 Fallgeschichten aus der Praxis

**Herausgegeben von
Ellen Romein**

Mit Unterstützung von Barbara Dehnhardt
und Harald Trees

Unter Mitarbeit von
Melanie Hessenauer, Elisabeth Kalsperger,
Carmen Spielbichler

17 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York

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

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

© 2021. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany
www.thieme.de

Printed in Germany

Covergestaltung: © Thieme
Bildnachweis Cover: © Thieme/Martina Berge; verwendete Fotos von Kisten Oborny
Zeichnungen: Karin Baum, Paphos, Zypern; Agnieszka & Martin Waletzko, Leonberg
Satz: Druckhaus Götz GmbH, Ludwigsburg
Druck: Grafisches Centrum Cuno, Calbe

DOI 10.1055/b000000436

ISBN 978-3-13-243780-7

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-243781-4
eISBN (epub) 978-3-13-243782-1

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Marken, geschäftliche Bezeichnungen oder Handelsnamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Handelsnamen handelt.

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

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

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

Thieme nennt Autorinnen und Autoren konkrete Beispiele, wie sich die Gleichstellung von Frauen und Männern sprachlich darstellen lässt. Wo im Text (z. B. aus Gründen der Lesbarkeit) nur das generische Maskulinum verwendet wird, sind alle Geschlechter gleichermaßen gemeint.

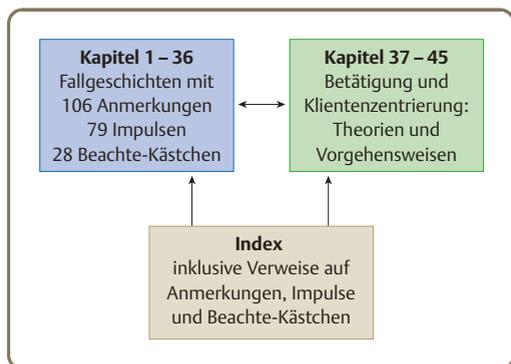
Vorwort

Ellen Romein

Wäre es nicht schön, Ergotherapeutinnen bei einer betätigungszentrierten Therapie zu beobachten und sie zu fragen, was genau sie da eigentlich im Einzelnen genau tun und warum? In diesem Buch haben Sie drei Möglichkeiten, auf Ihre Fragen – auch zu Klientenzentrierung – Antwort zu bekommen.

Im blauen Teil (Kap. 1–36) finden Sie die Fallgeschichten von unterschiedlichen Klienten in verschiedenen Settings. Im grünen Teil (37–45) wird die mögliche Umsetzung von Betätigung und Klientenzentrierung in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses erklärt. Die Anmerkungen, Impulse und „Beachte“ in den Fallgeschichten verbinden diese beiden Teile, sie sind außer in den Fallbeispielen auch im Index zu finden. (► Abb.).

Beispiel: Sie haben eine Frage zur Betätigungsanalyse mit Hilfe eines Videos? Davon gibt es in den blauen Teil mit den Fallgeschichten viele Beispiele. Im grünen Teil „Theorien und Vorgehensweisen“ finden Sie Informationen zu allem, was mit einem Video während einer Betätigungsanalyse zusammenhängen kann. Im Index finden Sie dazu Anmerkungen und Impulse, die sie wieder auf bestimmte (blaue) Fallgeschichten verweisen oder zu entsprechende Texte in den (grünen) Teilen Theorien und Vorgehensweisen. So haben Sie drei verschiedene Möglichkeiten, Antworten auf ihre Fragen zu Betätigung und Klientenzentrierung zu finden.



Die 3 inhaltlichen Komponenten des Buches.

Sie können mit den Fallgeschichten anfangen oder auch mit den Theorien und Vorgehensweisen. Oder Sie suchen sich bestimmte Themen im Index und finden so passende Fallgeschichten oder Theorien und Vorgehensweisen. Lassen Sie sich von Ihrer Neugier leiten!

Bei den Fallgeschichten finden Sie *gelungene* betätigungs- und klientenzentrierte Prozesse, aber nicht alle sind ganz und gar gelungen. Denn Ergotherapeutinnen stoßen immer wieder auf Probleme, z. B. bei der Gesprächsführung: Manchmal bestimmen sie zu viel oder geben Betätigungen oder Lösungen vor, weil sie dem Klienten helfen möchten und meinen, er könne das doch nicht selber. Oder sie hadern noch mit den Körperfunktionen und fragen sich: „Wo bleiben die denn jetzt?“ Oder der Kontext ist „betätigungsunfreundlich“, wie man es von Heimen oder Krankenhäusern kennt.

Meine Anmerkungen und Impulse in den Fallbeispielen weisen auf sehr gelungene Situationen hin oder zeigen mögliche Alternativen auf. So können Sie auch selber überlegen, wie Sie in dem Fall vorgegangen wären.

Aus den Fallbeispielen erfahren Sie, dass

- Betätigungen zu verändern unglaublich schnell gehen kann – ein paar Tage oder Wochen reichen oft.
- die Klienten viel mehr können, als man erwartet hätte.
- es wirklich nicht schwierig ist – wenn man weiß, was Betätigungen sind und wie Klientenzentrierung funktioniert.
- Betätigungen zu verändern wie ein Abenteuer ist, sowohl für Klienten als auch für Ergotherapeutinnen – man weiß am Anfang nicht, wohin es geht.

Wenn Sie sich die Spannung erhalten wollen, wie das jeweilige „Abenteuer“ ausgeht, lesen Sie die Zusammenfassung, die häufig am Anfang der Fallgeschichten steht, erst als Letztes.

Dieses Buch lädt Sie ein, über die Umsetzung von Betätigung und Klientenzentrierung nachzudenken und es mit Ihren eigenen Klienten auszu probieren und zu vertiefen. Besprechen Sie die Fallbeispiele mit Ihren Kollegen und analysieren Sie mit Hilfe der „Erklärungen“ Ihre eigenen Fälle. Was könnten Sie da noch verbessern?

Hinweise zum Buch

Anonymität der Klienten

Außer den Namen sind oft andere – kleinere – Fakten geändert oder zugefügt worden. Neben der Anonymität war es mir wichtig, dass die Fallbeispiele verständlich und gut nachvollziehbar sind.

Anonymität der Ergotherapeutinnen

Die Liste der Ergotherapeutinnen, die die Fallgeschichten erarbeitet haben, finden Sie anschließend in alphabetischer Reihenfolge. Da die ganz überwiegende Zahl weiblich ist, wird aus Gründen der Anonymisierung in allen Fallbeispielen nur von Ergotherapeutinnen gesprochen.

Die Fallgeschichten

Die meisten der Fallgeschichten in diesem Buch kommen von Ergotherapeutinnen, die an CMOP-E- und COPM-Zertifizierungskursen teilgenommen haben; diese Fallgeschichten waren Teil des Zertifizierungsprozesses. Manchmal werden ganze Therapieprozesse nach dem Canadian Practice Process Framework (CPPF) beschrieben, manchmal nur Teile daraus (Tagesprofile, Betätigungsanalysen, COPM-Interviews, Ziele, Maßnahmen oder Kombinationen).

Die eigene „Sprache“ der Ergotherapeutinnen habe ich so weit wie möglich respektiert und erhalten, nur strukturiert und umformuliert, um die Lesbarkeit zu verbessern. Die Einführung zu den

Klienten (Lebenskontext, wer ist der Klient?, ergotherapeutisches Setting) habe ich aus den Unterlagen zusammengestellt. Hier habe ich auch eigenständig manchmal Kleinigkeiten geändert oder ergänzt, wenn etwas gefehlt hat. Der wesentliche Inhalt der Fallgeschichten ist aber authentisch.

Vier Fallgeschichten stammen nicht aus diesen Kursen, sondern wurden speziell für dieses Buch aufbereitet:

- Kap. 18 „Niklas schneidet seinen Adventskalender aus“ von Carmen Spielbichler
- Kap. 30 „Anna spielt wieder“ von Ellen Romein (eine Fallgeschichte aus 2003)
- Kap. 33 „Zeig mir ein BMX-Fahrrad“ von Elisabeth Kalsperger und Ellen Romein
- Kap. 34 „Ich will Karten spielen, ohne dass mir einer reinschaut“ von Melanie Hessenauer

Diese Fallgeschichten beinhalten zum Teil andere Vorgehensweisen, wie den Einsatz des PEAP (Kap. 18), des RemiPro (Kap. 33) und des OTIPM (Kap. 34).

Die Hinweise „Anmerkung“, „Impuls“ und „Beachte“ in den Fallgeschichten

- Eine „Anmerkung“ gibt zusätzliche Informationen über den Fall oder weist auf etwas hin, das in dem Fall wichtig ist.
- Ein „Impuls“ gibt Anregungen, selbst aktiv zu werden.
- Wenn der Hinweis „Beachte“ erscheint: Es ist normal, dass man nicht an alles denken kann, vor allem wenn man sich noch in einem Lernprozess befindet. In fast jedem Therapieprozess, den man im Nachhinein analysiert, findet man etwas, das hätte anders gemacht werden können, das unnötig gemacht oder auch vergessen wurde. Die Hinweise dienen dazu, einige von diesen Möglichkeiten sichtbar zu machen.

Danksagungen

Ich danke ...

... allen Patienten und Klienten, die sich getraut haben, mit mir die ersten und danach weitere Schritte in betätigungszentrierter Ergotherapie und klientenzentrierten Methoden zu machen (ein Beispiel finden Sie in Kap. 30): Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

... meinen Kollegen aus den ergotherapeutischen Abteilungen, in denen ich tätig war, die ich ständig befragt und hinterfragt habe und immer wieder gebeten habe, Neuerungen auszuprobieren. Vielen Dank für eure Geduld und Unterstützung!

... den interprofessionellen Teams aus Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegekräften, Logopädinnen, Musiktherapeutinnen, die andauernd mit meinen „neuen“ Ideen über die Ergotherapie, Teamsitzungen nach ICF, Patientenbesprechungen mit mehr Klientenzentrierung, Dokumentationen und Berichten konfrontiert wurden. Danke für die Bereitschaft, es doch immer wieder zu versuchen!

... den vielen Kollegen (interprofessionell) aus diversen Projekt- und Arbeitsgruppen, die ich manchmal mit meinen Ansprüchen an unterschiedliche Grenzen gebracht habe und die mich zum Glück immer wieder in die Realität zurückgeholt haben. Vielen Dank dafür!

... allen Kursteilnehmern. Meine eigenen Erfahrungen reichen natürlich nicht aus; nur durch den Austausch mit den Kursteilnehmerinnen, ihre Erfahrungen und ihre Rückmeldung ist in mir die Überzeugung gewachsen, dass es für alle Therapeuten möglich ist, mit ihren Klienten betätigungszentriert zu arbeiten. Sie haben mir gezeigt (und zeigen es noch immer), dass die Umsetzung von Betätigung und Klientenzentrierung sowohl für einzelne Therapeuten als auch für Therapieabteilungen, Ergotherapieschulen und Ergotherapiepraxen möglich ist. Ihr alle wart meine Lehrmeister!

... einigen Personen, die mir wichtig sind: Dr. med. Cees Nielen aus Amsterdam, Dr. med. Michael Laub aus Vogtareuth, PD Dr. med. Heike Philippi aus Frankfurt und Dr. Lena Krumlinde-Sundholm aus Stockholm. Von diesen Personen habe ich vor allem gelernt, dass eine Vision wichtig ist, man aber nur weiterkommt, wenn man einen Schritt nach dem anderen unternimmt. Prof. Dr. med. Gerhard Kluger aus Vogtareuth hat mich durch seine oft verwirrenden, aber inspirierenden Gespräche immer wieder ermutigt weiterzumachen.

... Melanie Hessenauer, meiner Nachfolgerin in Vogtareuth, für alles Neue, das sie im tiefen Bayern für die Ergotherapie entwickelt. Prof. Dr. Elke Kraus aus Berlin für ihre allumfassende Kreativität und ihr Durchhaltevermögen. Gaby Kirsch aus Paderborn für ihre innovativen Ideen, wie man die Ergotherapie wirklich verändern kann. Harald und Andrea Trees aus Frankfurt für die langen und hilfreichen Diskussionen über die Herausforderungen bei der Umsetzung von Betätigung in der Ausbildung und Praxis. Diesen Kollegen möchte ich auch für ihre Gastfreundschaft danken; sie haben mir immer wieder auf meinen Reisen ein Zuhause gegeben. Ohne eure Freundschaft und Unterstützung wäre dies alles nicht möglich gewesen.

... meinem Mann Michel, gerne bereit zu diskutieren (aber irgendwann ist es genug mit Ergotherapie!), der es all diese Jahre ausgehalten hat, dass ich am Buch und an vielen anderen Projekten gearbeitet habe. Und viel unterwegs war. Ohne ihn wäre gar nichts möglich gewesen.

Anbei die ErgotherapeutInnen aus COPM-Zertifizierungskursen, die so großzügig und vertrauensvoll waren, mir ihre Fallgeschichten zu überlassen.

Alle Fallgeschichten stellen realistisch dar, wie die Umsetzung von Betätigung und Klientenzen-

trierung in der Praxis gelingt. Sie zeigen, dass auch die Anwendung von nur einigen Basisprinzipien bezüglich Betätigung und Klientenzentrierung für die Klienten schon große Erfolge haben kann.

Ohne diese Fallgeschichten wäre das Buch nicht möglich gewesen.

► **Tab.** Liste der Therapeutinnen und Therapeuten in alphabetischer Reihenfolge

Therapeutin/Therapeut
Aigner, Christina
Amann, Ruth
Aschenbach, Klaus
Berner, Sabine
Blawert, Kristin
Borchert, Heike
Deichmann, Katja
Würstle, Maria, jetzt: Dischinger, Maria
Gewalt, Luise
Henninger, Andrea
Hohage-Henning, Christiane
Lauer, Renate
Heitmann, Sonja, jetzt: Lohwatz, Sonja
Losert, Caroline
Schapitz, Maria
Scheer, Cornelia
Schmidt, Markus
Schmitz, Annette
Sehl, Viola
Rung, Anne, jetzt: Spatz, Anne
Trees, Harald
Trees-Manser, Andrea
von dem Bergen, Ellen
Vosen, Beate
Wirsing, Anne
Zaiser, Karin

Mein besonderer Dank geht an:**Harald Trees, Dipl. Ergotherapeut,**

*arbeitet seit 20 Jahren hauptberuflich in der schulischen und hochschulischen Ausbildung von Ergotherapeut*innen. Besonderes Augenmerk legt er auf die Implementierung betätigungszentrierter Modelle in die praktische Ausbildung. Nebenberuflich arbeitet er außerdem als Job Coach.*



Harald Trees

Barbara Dehnhardt, Ergotherapeutin,

übersetzt u. a. seit den 1990er Jahren ergotherapeutische Fachliteratur aus dem Englischen. Sie war bis zum Ruhestand 1999 Ausbildungsleiterin der Ergotherapieschule in Hannover und u. a. Delegierte des DVE beim Weltverband der Ergotherapeuten (WFOT). Seit 2000 intensive Zusammenarbeit mit Ellen Romein, vor allem in Bezug auf Fortbildungen. Mitherausgeberin von ergotherapeutischen Fachbüchern.



Barbara Dehnhardt

Die Rolle von Barbara Dehnhardt und Harald Trees bei der Entwicklung des Buches: Die Struktur des Buches und diverse Inhalte wurden über Jahre diskutiert und überprüft.

Logik und Lesbarkeit waren dabei ebenso wichtig wie die Verknüpfung der Praxis mit der Theorie und das Einbetten von "Anmerkungen", "Impulsen" und "Beachte-Kästchen".

Bei der Entwicklung von Anmerkungen, Impulsen und Beachte war vor allem Harald involviert; er hat Ellen geholfen die Übersicht zu behalten.

Die Sprache

Die Fallgeschichten sind auf Verständlichkeit und Sprache überarbeitet worden, beinhalten aber häufig unkorrigiert die eigene Ausdrucksweise der Therapeuten.

Im Theorieteil haben Harald, aber vor allem Barbara dafür gesorgt, dass das „internationale“ Deutsch von Ellen nicht mehr zu stark durchklingt.

Wenn die deutsche Sprache in bestimmten Stellen nicht so perfekt ist, wie Barbara sich das gewünscht hätte, liegt das ausschließlich an Ellen.

Sie waren bei der Entstehung dieses Buches meine Mitstreiter!

Geleitwort

Wir alle haben das Bedürfnis, etwas zu tun, aber nicht irgendetwas. In Zeiten der Coronapandemie sind wir uns dessen schmerzlich bewusst geworden. Wie jetzt jeder auf der Welt erfährt, brauchen wir Betätigungen, die bedeutsam und nützlich sind, für uns selbst! Um physisch und geistig gesund zu bleiben, brauchen wir eine vielseitige Auswahl an Betätigungen und die Selbstbestimmung. **Das** ist das Mandat der Ergotherapie, das ich meine, wenn ich über das Ermöglichen von Betätigung rede und schreibe. **Das** ist klientenzentrierte, betätigungsfokussierte Ergotherapiepraxis!

Die Veröffentlichung des Buches „Ergotherapie – Durch Betätigung und Klientenzentrierung Teilhabe verbessern“ könnte zeitlich gar nicht passender sein. Es stellt den detailliertesten und deutlichsten Weg für die Ausführung von Betätigung und klientenzentrierte Ergotherapie dar, den ich je gesehen habe. Ellen Romein und Kolleginnen zeigen eine große Vielfalt von wunderbaren Fallbeispielen direkt aus dem Alltag auf, aus den unterschiedlichsten Praxiskontexten, sowohl belehrend als auch inspirierend. Die aufgeführten Fälle vermitteln uns Einsicht in die persönliche Bedeutung von Betätigungen, große und kleine, und deren Eigenarten, die sie zu unserer eigenen Betätigung machen. Die Darstellung der Fälle mit den eingefügten Anmerkungen, Impulsen und Beachte-Kästchen eröffnen dem Leser ein Fenster in das Denken zum klinischen Reasoning eines klientenzentrierten Therapeuten, ja in das Denken der vielen Ergotherapeutinnen, die ihre Fälle dem Leser vorstellen.

Dieses Buch ist eine glückliche Verbindung zwischen Theorie und Praxis, beruhend auf Evidenz. Die Struktur des Buches erlaubt dem Leser, sich dem Buch aus dem für ihn wichtigsten Blickwinkel zu nähern – man kann mit Theorie oder mit bestimmten Fällen beginnen oder sich im Buch nach Lust, Laune und Interesse bewegen oder alles von vorn bis hinten lesen – immer wird es eine reiche und erbauliche Erfahrung sein. Die Sorgfalt der Zusammenstellung und Beschreibung des Inhalts machen das Buch zu einem wertvollen Instrument für neue und für erfahrene Therapeuten; ganz besonders für erfahrene Therapeuten, die lernen möchten, Betätigung und Klientenzentrierung in ihre tägliche Arbeit zu integrieren.

Ich gratuliere Ellen Romein und ihren Kolleginnen zu dieser Einsicht gewährenden und praktischen Anleitung zum Ermöglichen von Betätigung. Die Übertragung des Inhalts in die tägliche Praxis von Ergotherapeuten wird nicht nur die ergotherapeutische Praxis fördern sondern auch, besonders wichtig, das Leben der Klienten, denen wir bevorzugt dienen dürfen – ach, wäre das Buch doch auf Englisch verfügbar!

Helene J. Polatajko PhD, OT Reg. (Ont.),
OT(C), FCAOT, FCAHS
Occupationologist
Professor Emeritus and Former Chair
Department of Occupational Science and
Occupational Therapy
and Rehabilitation Sciences Institute
University of Toronto
Toronto, Canada

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	6
	Danksagungen	7
	Geleitwort	10
	Anschriften	24
	Autorenvorstellung	25
1	Drei Praxisbeispiele zum leichten Einstieg	27
	<i>Ellen Romein</i>	
1.1	Praxisbeispiel 1: Herr B. kann sich nicht anziehen	27
1.2	Praxisbeispiel 2: Herr D. kann sich anziehen, tut es aber nicht	28
1.3	Praxisbeispiel 3: Frau L. bringt den Müll raus	29
1.4	Der Betätigungskontext als Basis für die 35 Fallbeispiele	30

Teil 1 Kontext Wohnung, Haus, Garten, Wohnort

2	Frau M. geht wieder ins Museum	34
	<i>Ellen Romein</i>	
2.1	Lebenskontext	34
2.1.1	Wer ist Frau M.?	34
2.2	Ergotherapeutisches Setting	35
2.2.1	Anlass für die Ergotherapie	35
2.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	35
2.3.1	1. Eintreten/Initiieren und 2. Erwartungen abklären	35
2.3.2	3. Erheben/Bewerten	37
2.3.3	4. Ziele formulieren und Maßnahmen planen	38
2.3.4	5. Plan umsetzen	38
2.3.5	6. Überprüfen/Verändern	38
2.3.6	7. Ergebnis bewerten	39
3	Ab jetzt entscheidet Felix, wann der nächste Löffel kommt	40
	<i>Ellen Romein</i>	
3.1	Lebenskontext	40
3.1.1	Wer ist Felix?	41
3.2	Ergotherapeutisches Setting	41
3.2.1	Anlass für die Ergotherapie	41
3.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	41
3.3.1	Tagesprofil	41
3.3.2	Das Tagesprofil wird mit der Ergotherapeutin besprochen	43
3.3.3	Analyse einer Betätigung, die zwar nicht problematisch ist, aber bei der die Eltern sich vorstellen können, dass Felix eine aktivere Rolle übernimmt	44

4	Herr N. macht beim Toilettengang bis zu 80 % ohne Hilfe	48
	<i>Ellen Romein</i>	
4.1	Lebenskontext	48
4.1.1	Wer ist Herr N.?	48
4.2	Ergotherapeutisches Setting	49
4.2.1	Anlass für die Ergotherapie	49
4.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	49
4.3.1	Reaktion auf das Tagesprofil	50
4.3.2	Die Betätigungsanalyse.	50
4.3.3	Reflexion Ergotherapeutin nach dieser Erfahrung	53
5	Wer spült den Nudelkochtopf?	54
	<i>Ellen Romein</i>	
5.1	Lebenskontext	54
5.1.1	Wer ist Frau P.?	54
5.2	Ergotherapeutisches Setting	55
5.2.1	Anlass für die Ergotherapie	55
5.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Therapie.	55
5.3.1	Reflexion der Ergotherapeutin auf das Tagesprofil	55
5.3.2	Betätigungsanalyse	57
6	So bügeln, wie ich es richtig finde.	61
	<i>Ellen Romein</i>	
6.1	Lebenskontext	61
6.1.1	Wer ist Frau R.?	61
6.2	Ergotherapeutisches Setting	62
6.2.1	Anlass für die Ergotherapie	62
6.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	62
6.3.1	Reflexion der Ergotherapeutin auf das Tagesprofil	64
6.3.2	Reflexion der Klientin, nachdem sie das Profil erstellt hat	65
6.3.3	Betätigungsanalyse	65
6.3.4	Weiteres Vorgehen	67
7	Can lernt Fahrrad fahren	68
	<i>Ellen Romein</i>	
7.1	Lebenskontext	68
7.1.1	Wer sind Can und seine Eltern?	69
7.2	Ergotherapeutisches Setting	69
7.2.1	Anlass für die Ergotherapie	69
7.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	69
7.3.1	CPPF-Aktionspunkt 1: Eintreten/Initiieren	69
7.3.2	CPPF-Aktionspunkt 2: Erwartungen abklären	69
7.3.3	CPPF-Aktionspunkt 3: Erheben/Bewerten	70
7.3.4	CPPF-Aktionspunkt 4: Sich auf Ziele einigen/Planen	74
7.3.5	CPPF-Aktionspunkt 5: Plan umsetzen	75
7.3.6	CPPF-Aktionspunkt 6: Überprüfen/Verändern.	75
7.3.7	CPPF-Aktionspunkt 7: Ergebnis bewerten	75
7.3.8	CPPF-Aktionspunkt 8: Beenden/Abschließen	76

8	Die ewigen Hausaufgaben	77
	<i>Ellen Romein</i>	
8.1	Lebenskontext	77
8.1.1	Wer ist Johannes	77
8.2	Ergotherapeutisches Setting	77
8.2.1	Anlass der Ergotherapie	77
8.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	78
8.3.1	Tagesprofile von zu Hause und der Schule	78
8.3.2	Betätigungsanalyse	79
9	Julius will schöner schreiben und malen	88
	<i>Ellen Romein</i>	
9.1	Lebenskontext	88
9.1.1	Wer ist Julius?	88
9.2	Ergotherapeutisches Setting	88
9.2.1	Anlass der Ergotherapie	88
9.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	89
9.3.1	Die Therapeutin berichtet über das Tagesprofil	89
9.3.2	Betätigungsanalyse	91
10	Der Pulli soll besser reinrutschen und nicht so am Kopf reißen	95
	<i>Ellen Romein</i>	
10.1	Lebenskontext	95
10.1.1	Wer ist Karl?	95
10.2	Ergotherapeutisches Setting	96
10.2.1	Anlass der Ergotherapie	96
10.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	96
10.3.1	Das COPM-Interview mit Karl.	96
10.3.2	Ergebnis nach ein paar Wochen	99
10.3.3	Reflexion der Ergotherapeutin	99
11	Den Briefkasten leeren ist das Wichtigste	100
	<i>Ellen Romein</i>	
11.1	Lebenskontext	100
11.1.1	Wer ist Frau S.?	100
11.2	Ergotherapeutisches Setting	101
11.2.1	Anlass der Ergotherapie	101
11.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	101
11.3.1	Das Tagesprofil	101
11.3.2	Betätigungsanalyse	102
12	Leon deckt abends regelmäßig den Tisch.	106
12.1	Lebenskontext	106
12.1.1	Wer ist Leon, wer ist seine Mutter?	106
12.2	Ergotherapeutisches Setting	107
12.2.1	Anlass der Ergotherapie	107

12.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	108
12.3.1	1. Eintreten/Initiieren, Dezember	108
12.3.2	2. Erwartungen abklären	108
12.3.3	3. Erheben/Bewerten	108
12.3.4	4. Ziel	112
12.3.5	5. Plan umsetzen	112
12.3.6	6. Überprüfen/Verändern	113
12.3.7	7. Ergebnis bewerten	113
12.3.8	8. Beenden/Abschließen	116
13	Ludwig schreibt beim Hornspielen ins Notenblatt	117
	<i>Ellen Romein</i>	
13.1	Lebenskontext	117
13.1.1	Wer ist Ludwig?	117
13.2	Ergotherapeutisches Setting	118
13.2.1	Anlass der Ergotherapie	118
13.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	118
13.3.1	1. Eintreten/Initiieren	118
13.3.2	2. Erwartungen abklären	120
13.3.3	3. Erheben/Bewerten	120
13.3.4	4. Ziele formulieren	122
13.3.5	5. Plan umsetzen	123
13.3.6	6. Überprüfen/Verändern	124
13.3.7	7. Ergebnisse bewerten	124
13.3.8	8. Beenden/Abschließen	125
14	Schlafen wie ein normaler Mensch	126
	<i>Ellen Romein</i>	
14.1	Lebenskontext	126
14.1.1	Wer ist Herr B.?	126
14.2	Ergotherapeutisches Setting	127
14.2.1	Anlass der Ergotherapie	127
14.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	127
14.3.1	Tagesprofil	127
14.3.2	Reaktion des Klienten im Gespräch, nachdem er das Profil erstellt hat	128
14.3.3	Betätigungsanalyse	130
14.3.4	Weitere Ziele von Herrn B.	133
15	Eier aus dem Hühnerstall holen	134
	<i>Ellen Romein</i>	
15.1	Lebenskontext	134
15.1.1	Wer ist Herr D.?	134
15.2	Ergotherapeutisches Setting	135
15.2.1	Anlass der Ergotherapie	135
15.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	135
15.3.1	COPM-Interview	136
15.3.2	Betätigungsanalyse	136
15.3.3	Nachtrag	140

16	Einen Apfel schälen	142
	<i>Ellen Romein</i>	
16.1	Lebenskontext	142
16.1.1	Wer ist Frau L.?	142
16.2	Ergotherapeutisches Setting	143
16.2.1	Anlass der Ergotherapie	143
16.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	143
16.3.1	Tagesprofil und die Reflexionen der Ergotherapeutin und Klientin	143
16.3.2	Betätigungsanalyse	147
17	Herr M. geht nach 15 Jahren alleine im Park spazieren	153
	<i>Ellen Romein</i>	
17.1	Lebenskontext	153
17.1.1	Wer ist Herr M.?	154
17.2	Ergotherapeutisches Setting	154
17.2.1	Anlass der Ergotherapie	154
17.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	154
17.3.1	1: Eintreten/Initiieren	154
17.3.2	2. Erwartungen abklären	154
17.3.3	3. Erheben/Bewerten	158
17.3.4	4. Sich auf Ziele einigen/Planen	161
17.3.5	5. Plan umsetzen	161
17.3.6	6. Überprüfen/Verändern	161
17.3.7	7. Ergebnis bewerten	161
17.3.8	Der weitere Verlauf	162
18	Niklas schneidet seinen Adventskalender aus	163
	<i>Carmen Spielbichler</i>	
18.1	Lebenskontext	163
18.1.1	Wer sind Niklas und seine Familie?.	164
18.2	Ergotherapeutisches Setting	164
18.2.1	Anlass der Ergotherapie	164
18.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	164
18.3.1	1. Vorbereitungsphase.	164
18.3.2	2. Erfassungsphase.	165
18.3.3	3. Analysephase	171
18.3.4	4. Phase der Zielsetzung, Maßnahmenplanung und Intervention	172
18.3.5	5. Evaluationsphase	174
18.3.6	Zweiterhebung des Betätigungsstatus zum Abschluss der Therapie	176

Teil 2 Kontext Kindergarten, Tagesstätte, Schule, Werkstatt, Lehre, Beruf

19	Eine Siesta für Samuel	180
	<i>Ellen Romein</i>	
19.1	Lebenskontext	180
19.1.1	Wer ist Samuel?	180

19.2	Ergotherapeutisches Setting	181
19.2.1	Anlass der Ergotherapie	181
19.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	181
19.3.1	Tagesprofil der Tagesstätte	181
19.3.2	COPM ^{a-Kids} mit der Erzieherin und Samuel	183
19.3.3	Samuels Anliegen nach einem Jahr	187
20	Herr N. möchte in Ruhe zu Mittag essen.	188
	<i>Ellen Romein</i>	
20.1	Lebenskontext	188
20.1.1	Wer ist Herr N.?	188
20.2	Ergotherapeutisches Setting	189
20.2.1	Anlass für die Ergotherapie	189
20.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	189
20.3.1	Tagesprofil in der Werkstatt	189
20.3.2	Betätigungsanalyse	189
21	Eine Astgabel schleifen	194
	<i>Ellen Romein</i>	
21.1	Lebenskontext	194
21.1.1	Wer ist Herr P.?	194
21.2	Ergotherapeutisches Setting	195
21.2.1	Anlass für die Ergotherapie	195
21.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	195
21.3.1	Rahmenbedingungen der Erstellung des Tagesprofils/Vorabsprachen	195
21.3.2	Situation bei der Betätigungsanalyse im Februar	199
21.3.3	Beschreibung eines gesamten Herstellungsprozesses	200
21.3.4	Betätigungsanalyse	201
22	Philipp und seine Arbeitsblätter	206
	<i>Ellen Romein</i>	
22.1	Lebenskontext	206
22.1.1	Wer ist Philipp?	206
22.2	Ergotherapeutisches Setting	207
22.2.1	Anlass für die Ergotherapie	207
22.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	207
22.3.1	Reflexion der Ergotherapeutin.	207
22.3.2	Philipps Tagesprofil in der Schule, ausgefüllt von der Klassenlehrerin	207
22.3.3	Betätigungsanalyse	210

Teil 3 Betreutes Wohnen

23	Mit dem Freund kochen	220
	<i>Ellen Romein</i>	
23.1	Lebenskontext	220
23.1.1	Wer ist Frau R.?	220
23.2	Ergotherapeutisches Setting	221
23.2.1	Anlass der Ergotherapie	221

23.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	221
23.3.1	Tagesprofil	221
23.3.2	Betätigungsanalyse mit Betätigungspunkten.	221
24	Zu Hause einen Obstjoghurt machen	226
	<i>Ellen Romein</i>	
24.1	Lebenskontext	226
24.1.1	Wer ist Frau S.?	226
24.2	Ergotherapeutisches Setting	226
24.2.1	Anlass der Ergotherapie	227
24.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	227
24.3.1	Tagesprofil von Frau S., gemeinsam mit der Ergotherapeutin ausgefüllt.	227
24.3.2	Betätigungsanalyse	228

Teil 4 Einrichtung temporär: Krankenhaus

25	Ben schneidet selbst seine Semmel auf	234
	<i>Ellen Romein</i>	
25.1	Lebenskontext	234
25.1.1	Wer ist Ben, wer sind seine Eltern?	234
25.2	Ergotherapeutisches Setting	235
25.2.1	Besonderheit	235
25.2.2	Anlass für die Ergotherapie	235
25.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	235
25.3.1	1. Eintreten/Initiieren	235
25.3.2	2. Erwartungen abklären	235
25.3.3	3. Erheben/Bewerten	236
25.3.4	4. Zielformulierung.	238
25.3.5	5. Plan umsetzen	238
25.3.6	6. Überprüfen/Verändern	239
25.3.7	7. Ergebnis bewerten	239
25.3.8	8. Beenden/Abschließen	240
25.3.9	Reflexion der Ergotherapeutin	240
26	Frau T. will aus dem Bett	242
	<i>Ellen Romein</i>	
26.1	Lebenskontext	242
26.1.1	Wer ist Frau T.?	242
26.2	Ergotherapeutisches Setting	243
26.2.1	Anlass für die Ergotherapie	243
26.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	243
26.3.1	1. Eintreten/Initiieren	243
26.3.2	2. Erwartungen abklären	243
26.3.3	3. Erheben/Bewerten	244
26.3.4	4. Sich auf ein Ziel einigen/Planen	245
26.3.5	5. Plan umsetzen	247
26.3.6	6. Überprüfen/Verändern	247
26.3.7	7. Ergebnis bewerten	247
26.3.8	8. Beenden/Abschließen	248

27	Sich auf Station waschen	249
	<i>Ellen Romein</i>	
27.1	Lebenskontext	249
27.1.1	Wer ist Frau B.?	249
27.2	Ergotherapeutisches Setting	250
27.2.1	Anlass für die Ergotherapie	250
27.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	250
27.3.1	Tagesprofil	250
27.3.2	Betätigungsanalyse	252
27.3.3	Weitere Betätigungsziele, formuliert von Frau B. mit der Therapeutin	255

Teil 5 Einrichtung temporär: Rehabilitationseinrichtung

28	Herr D. kann nicht sprechen, möchte aber telefonieren.	260
	<i>Ellen Romein</i>	
28.1	Lebenskontext	260
28.1.1	Wer ist Herr D.?	261
28.2	Ergotherapeutisches Setting	261
28.2.1	Anlass für die Ergotherapie	261
28.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	261
28.3.1	COPM-Interview	261
28.3.2	Therapie und Evaluation	265
29	Ein scheinbar unmöglicher Toilettengang weckt Entlassungswünsche	266
	<i>Ellen Romein</i>	
29.1	Lebenskontext	266
29.1.1	Wer ist Herr L.?	266
29.2	Ergotherapeutisches Setting	266
29.2.1	Anlass für die Ergotherapie	266
29.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	267
29.3.1	Tagesprofil Rehabilitationsklinik	267
29.3.2	Betätigungsanalyse	268
30	Anna spielt wieder	272
	<i>Ellen Romein</i>	
30.1	Lebenskontext	272
30.1.1	Wer ist Anna? Wer ist Annas Familie?	273
30.2	Ergotherapeutisches Setting	273
30.2.1	Anlass für die Ergotherapie (Klinik und ambulant)	273
30.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	274
30.3.1	Annas CPPF.	274
31	Frau M. putzt Klinikfenster	282
	<i>Ellen Romein</i>	
31.1	Lebenskontext	282
31.1.1	Wer ist Frau M.?	282
31.2	Ergotherapeutisches Setting	282
31.2.1	Anlass für die Ergotherapie	282

31.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	283
31.3.1	Tagesprofil für Rehabilitationsklinik	283
31.3.2	Betätigungsanalyse	286
32	Herr N. nimmt seine Medikamente auf Station ein	289
	<i>Ellen Romein</i>	
32.1	Lebenskontext	289
32.1.1	Wer ist Herr N.?	289
32.2	Ergotherapeutisches Setting	290
32.2.1	Anlass für die Ergotherapie	290
32.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie.	290
32.3.1	Tagesprofil Rehabilitationsklinik	290
32.3.2	Betätigungsanalyse	293
33	Zeig mir ein BMX-Fahrrad	297
	<i>Elisabeth Kalsperger, Ellen Romein</i>	
33.1	Wer war Alexander, bevor er erkrankte?	297
33.1.1	Lebenskontext von Alexander und seiner Familie	297
33.2	Alexander wurde krank.	298
33.2.1	Befund bei Entlassung aus der Akutklinik, 4 Wochen nach Erkrankung.	298
33.3	Alexanders Kontext zum Aufnahmezeitpunkt auf der Intermediate Care Station (IMC)	298
33.3.1	Die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen in den frühen Aufwachphasen (nach Koma) auf einer Intermediate Care Station	299
33.3.2	Teilhabe von Kindern im Syndrom reaktionsloser Wachheit (Wachkoma)	299
33.4	Das Instrument RemiPro	300
33.4.1	Beispiel für die Bewertung einer Teilhabesituation mit RemiPro.	300
33.5	Ergotherapie bei Kindern in den frühen Remissionsphasen	301
33.6	Alexanders ergotherapeutische Behandlung anhand von RemiPro.	302
33.6.1	Die ersten 2 Wochen auf der IMC	302
33.6.2	Alexanders Teilhabe und Fähigkeiten nach 4 Wochen auf der IMC	306
33.6.3	Alexanders Teilhabe und Fähigkeiten nach 8 Wochen auf der IMC	307
33.6.4	Zusammenfassung des weiteren Verlaufs bis zu Entlassung	308
34	Ich will Karten spielen, ohne dass mir einer reinschaut	311
	<i>Melanie Hessenauer</i>	
34.1	Das theoretische Reasoningmodell OTIPM	311
34.2	Evaluations- und Zielsetzungsphase	312
34.2.1	Erstinformationen sammeln	312
34.2.2	Dokumentation nach den Dimensionen des OTIPM.	312
34.2.3	Alltagsanliegen herausfinden und priorisieren	314
34.2.4	Ausführung der Betätigungen beobachten und filmen	316
34.2.5	Klientenzentriertes und betätigungsfokussiertes Ziel formulieren	316
34.2.6	Betätigung im interprofessionellen Team analysieren.	316
34.3	Interventionsphase	319
34.3.1	Intervention planen	319
34.3.2	Interventionen durchführen	320
34.4	Re-Evaluations-Phase	322
34.4.1	Abschluss der Rehabilitation	323

Teil 6 Einrichtung langfristig

35	Zum Speisesaal gehen oder rollen?	328
	<i>Ellen Romein</i>	
35.1	Lebenskontext	328
35.1.1	Wer ist Herr P.?	328
35.2	Ergotherapeutisches Setting	329
35.2.1	Anlass für die Ergotherapie	329
35.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	329
35.3.1	COPM-Interview	331
35.3.2	Betätigungsanalyse	332
36	Kartoffelpüree kochen – doch nicht so einfach	340
	<i>Ellen Romein</i>	
36.1	Lebenskontext	340
36.1.1	Wer ist Herr R.?	341
36.2	Ergotherapeutisches Setting	341
36.2.1	Anlass für die Ergotherapie	341
36.3	Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie	341
36.3.1	Tagesprofil Wohngruppe	341
36.3.2	Betätigungsanalyse	343

Teil 7 Betätigung und Klientenzentrierung: Theorien und Vorgehensweisen

37	Einige Merkmale von Klientenzentrierung	352
	<i>Ellen Romein</i>	
37.1	Klientenzentrierung als Grundhaltung	356
38	Einige Merkmale von Betätigung	357
	<i>Ellen Romein</i>	
38.1	Betätigungen finden im Alltag und im Kontext einer Person statt.	357
38.1.1	Übung 1: Betätigungen und Aktivitäten benennen.	357
38.2	Betätigungen werden ausgeführt, weil sie wichtig sind (für den Klienten, für sein Umfeld)	357
38.2.1	Übung 2: Betätigungslebenslauf erstellen	358
38.3	Betätigungen werden als Teil einer Lebensrolle ausgeführt.	358
38.3.1	Übung 3: Betätigungsrollen erwerben und verlieren	358
38.4	Betätigungen werden so ausgeführt, wie es jemand für richtig hält oder wie es für ihn am einfachsten ist	358
38.4.1	Übung 4: Wann machen wir es uns leicht?	358
38.5	Betätigungen haben einen Anfang, die Ausführung, bei der etwas passiert, und ein Ende	358
38.5.1	Übung 5: Anfang und Ende einer Betätigung	358
38.6	Betätigungen können Stunden dauern, aber auch nur ein paar Minuten.	359
38.6.1	Übung 6: Dauer von Betätigungen?	359
38.7	Betätigungen beschreiben und bewerten	359
38.7.1	Übung 7: Betätigungen bewertbar formulieren.	359

Teil 8 Betätigungsbefund und -analyse

39	Betätigungszentrierte Befunderhebung durch Ergotherapeutinnen	364
	<i>Ellen Romein</i>	
39.1	Betätigungsstatus, Teilhabestatus: noch weitgehend unbekannt	364
39.1.1	PEAP-Betätigungsstatus	365
39.1.2	ICF-Teilhabestatus für Sozial Pädiatrische Zentren (SPZ)	367
39.1.3	Teilhabestatus im Klinikkontext (TSK)	371
39.1.4	Teilhabestatus für integrative Kindertagesstätten TS-KiTa – ein weiteres Instrument in Entwicklung.	374
39.2	Tagesprofil	378
39.2.1	Welche Funktion hat das Tagesprofil im ergotherapeutischen Prozess?	379
39.2.2	Wie sieht ein Tagesprofil aus?	380
39.2.3	Was und wie viel soll im Tagesprofil notiert werden?	381
39.2.4	Wer füllt das Tagesprofil aus?	381
39.2.5	Was ist zu beachten, wenn das Tagesprofil in einem Praxisraum ausgefüllt wird?	382
39.2.6	Wird das Tagesprofil für 1, 2 oder mehr Tage erstellt?	382
39.2.7	Wie erstellt man ein Tagesprofil mit 2 Klienten?	382
39.2.8	Welchen Nutzen kann ein Tagesprofil bei Langzeitpatienten haben?	383
39.2.9	Kann man ein Tagesprofil auch in einer Einrichtung nutzen?	383
39.2.10	Was ist bei der Gesprächsführung zu beachten?	384
39.3	Betätigungsanamnesen werden kaum/nicht erstellt	384
39.4	Erfahrungen von Ergotherapeutinnen mit dem Betätigungsbefund	386
	<i>Ellen Romein</i>	
39.4.1	Die Organisation ist schwierig, Abläufe lassen sich schwer ändern, die Zeit für Teamarbeit fehlt manchmal.	386
39.4.2	Eine neue Organisation und Struktur brauchen Zeit.	386
39.4.3	Als Ergotherapeutin profitiere ich	386
39.4.4	Die Klienten übernehmen Verantwortung	387
39.4.5	Der Mensch steht im Mittelpunkt, nicht die Diagnose	387
39.4.6	Gute Erfahrungen mit dem Tagesprofil bei hochbetagten Klienten.	388
40	Betätigungsanliegen herausfinden und bewerten	389
	<i>Ellen Romein</i>	
40.1	Einführung	389
40.1.1	Nicht-betätigungszentrierte Ergotherapie	390
40.2	Klienten mit und ohne Erfahrung mit einer Behinderung	390
40.2.1	Unterschiede beim Herausfinden von Betätigungsanliegen durch erfahrene und nicht erfahrene Klienten	392
40.2.2	Mein Klient kann keine Betätigungsanliegen formulieren, weil zu jung/zu krank/ im Wachkoma	393
40.2.3	Das dauert alles zu lange, dafür habe ich keine Zeit!	395
40.3	Betätigungsanliegen herausfinden anhand des COPM	396
40.3.1	Einführung	396
40.3.2	Betätigungswünsche, Betätigungsprobleme oder Betätigungsanliegen?	396
40.3.3	Zielgruppe.	397
40.3.4	Schritt 1 des COPM: Betätigungsanliegen mit dem Klienten herausfinden.	397
40.3.5	Schritt 2 des COPM: Einschätzung der Wichtigkeit	404
40.3.6	Schritt 3 des COPM: Prioritäten für die Therapie wählen	407

40.3.7	Schritt 4 des COPM: die Bewertung der Ausführung und Zufriedenheit	408
40.3.8	Schritt 5 des COPM: die Planung und Durchführung der Zweitbewertung	410
40.4	Erfahrungen von Ergotherapeutinnen mit dem COPM.	412
40.4.1	Arbeitszufriedenheit, Beziehung zum Klienten	412
40.4.2	Selbstwirksamkeit der Klienten	412
40.4.3	Das COPM ist nicht für jeden geeignet, die Umsetzung manchmal schwierig	412
40.4.4	Institution	413
40.4.5	Nutzen des COPM.	413
40.4.6	Erfahrungen mit dem COPM in einer Tagesstätte mit Kindern und Jugendlichen	413
41	Überlegungen zur Betätigungsanalyse	415
	<i>Ellen Romein</i>	
41.1	Bedeutung des Kontextes	418
41.2	Nachgestellte Betätigungen	418
41.3	Beobachtet die Ergotherapeutin immer die zu analysierende Betätigung oder geht es auch anders?	419
41.3.1	Zwei Möglichkeiten, Betätigungen zu analysieren	419
41.4	Wer ist bei der Betätigung aktiv involviert?	419
41.5	Wer wertet die Betätigungsausführung mit der Ergotherapeutin aus?	419
41.5.1	Wer macht die Auswertung der Betätigungsausführung?	419
41.6	Wie beurteilt man die Qualität einer Betätigungsausführung?	420
41.6.1	Qualitätsmerkmale, angelehnt an Anne Fisher, wie sie in den CMOP-E/COPM-Kursen benutzt wurden	420
41.6.2	Wie können Ergotherapeuten die alltägliche Leistung von Klienten analysieren – Kapazität oder Performanz?	421
41.6.3	Die Bedeutung des Kontextes: der Ort, die Gegenstände, die anwesenden Personen.	422
41.6.4	Wie können Betätigungen in Behandlungsräumen analysiert werden?	423
41.6.5	Der Einfluss der anwesenden Ergotherapeutin auf die zu analysierende Betätigung.	424
41.6.6	Sollen wir immer nur problematische Betätigungen analysieren?	424
41.6.7	Die Analyse neuer oder zu schwieriger Betätigungen	425
42	Die Schritte der Betätigungsanalyse	427
	<i>Ellen Romein</i>	
42.1	Schritt 1: Die Betätigung konkret beschreiben	428
42.1.1	Wer entscheidet, welche Betätigung analysiert wird?	428
42.1.2	Die Betätigung immer mit dem Kontext beschreiben	428
42.1.3	Betätigungsanfang, Ausführung und Ende der Betätigung festlegen	429
42.1.4	Analysiert man eine ganze Betätigung oder einen Teilschritt der Betätigung?	429
42.2	Schritt 2: Bestimmen, wann und wo die Betätigung ausgeführt wird und ob die Therapeutin bei der Ausführung anwesend ist	430
42.3	Schritt 3: Ausführung der Betätigung durch den/die Klienten	430
42.3.1	Klienten machen Videoaufnahmen	431
42.3.2	Wenn eine Liste mit Beobachtungspunkten benutzt wird.	431
42.4	Schritt 4: Auswertung durch den/die Klienten und die Therapeutin.	431
42.4.1	Klient wertet aus	431
42.4.2	Auswerten durch 2 Klienten	432
42.4.3	Therapeutin wertet aus.	433
42.5	Schritt 5: Gemeinsam das Ergebnis der Auswertung festlegen.	434
42.6	Schritt 6: Ziele formulieren und Maßnahmen planen	434

Teil 9 Ziele formulieren und Maßnahmen planen

43	Konkrete und erreichbare Betätigungsziele formulieren	439
	<i>Ellen Romein</i>	
43.1	Betätigungsziele formulieren	440
44	Therapieziele und Maßnahmen	442
	<i>Ellen Romein</i>	
44.1	Maßnahmen nach der Betätigungsanalyse und der Formulierung des Betätigungsziels planen	442
44.2	Erfahrungen von Ergotherapeutinnen mit dem Formulieren von Zielen und dem Planen von Maßnahmen	445
44.2.1	Flexibel sein, sich an den Prozess des Klienten anpassen	445
44.2.2	Es gelingt nicht überall	445
44.2.3	Kollegen inspirieren	445
44.2.4	Erfahrungen einer Ergotherapie-Dozentin	445
44.2.5	Motivationsprobleme sind kein Thema mehr.	445
44.2.6	Den Klienten vertrauen	446
44.2.7	Gruppenarbeit in der Psychiatrie.	446
45	Re-Evaluation	447
	<i>Ellen Romein</i>	
45.1	Einführung	447
45.2	Betätigungs- oder Teilhabestatus erneut erstellen und vergleichen	447
45.3	Betätigungsziele überprüfen	448
45.4	Vergleich des Tagesprofils vom Anfang mit dem am Ende der Therapie.	448
45.5	Zweitbewertung der COPM-Anliegen	448
	Sachverzeichnis	449

Anschriften

Herausgeberin

Ellen **Romein**

Chemin de la Petite Côte 90, la Grande Côte
07270 Gilhoc-sur-Ormèze

Frankreich

www.klientenzentrierte-ergotherapie.com

Mitarbeiterinnen

Melanie **Hessenauer**

mel_hessenauer@web.de

Elisabeth **Kalsperger**

elisabeth-kalsperger@web.de

Carmen **Spielbichler**

ergotherapie@spielbichler.at

Autorenvorstellung

Herausgeberin



Ellen Romein, euMSc. OT wurde in den Niederlanden geboren und hat ihre Ausbildung zur Ergotherapeutin 1976 in Amsterdam abgeschlossen.

Beruflich war sie in den Niederlanden, Australien, Deutschland und in Frankreich tätig – und zwar quer durch alle Fachbereiche. Sowohl als Ergotherapeutin, Dozentin und Referentin. Sie leitete 15 Jahre die Abteilung für Ergotherapie (Neuropädiatrie) im Klinikum Vogtareuth und hat zahlreiche Zusatzqualifikationen in den Bereichen Forschung, Assessments und Modellen erworben.

Mit Melanie Hessenhauer hat sie das Assessment RemiPro (Remissionsprofil für Kinder und Jugendlichen nach schweren erworbenen Hirnschädigungen) entwickelt, und das PEAP (Pädiatrisches Ergotherapeutisches Assessment und Prozessinstrument) mit Prof. Dr. Elke Kraus.

Umfangreiche Vortragstätigkeiten und Publikationen runden ihr berufliches Portfolio ab.

Seit 2007 lebt sie in der Ardèche, zwischen Kastanienwäldern und kleinen Dörfern.

Mitarbeiterinnen



Melanie Hessenauer ist leitende Ergotherapeutin am Fachzentrum für Neuropädiatrie und pädiatrische Neurorehabilitation an der Schön Klinik Vogtareuth. Gemeinsam mit ihrem Team gestaltet sie Veränderungsprozesse im klinischen Setting, in denen die Kernelemente Betätigung und Klientenzentrierung im Fokus ergotherapeutischen Denkens und Handelns stehen.

Daneben ist Melanie Hessenauer Dozentin für das Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) und das Assisting Hand Assessment (AHA). Sie ist Mit-Autorin des Remissionsprofils für Kinder und Jugendliche nach schweren erworbenen Hirnschädigungen (RemiPro) und Spezialistin für die Performanzanalyse nach OTIPM (Occupational Therapy Intervention Process Model).



Elisabeth Kalsperger ist seit 2014 als Ergotherapeutin am Fachzentrum für Neuropädiatrie und pädiatrische Neurorehabilitation an der Schön Klinik Vogtareuth in einem großen Team tätig.

Ihr Schwerpunkt ist die Arbeit in der neuropädiatrischen Frührehabilitation. Auf der intermediate Care Station hat sie das Ziel den Kindern, die noch nicht oder nur in einzelnen Handlungsschritten selbst aktiv sein können, Teilhabe an für sie bedeutungsvollen Situationen zu ermöglichen. Außerdem beschäftigt sie sich damit wie es gelingen kann, dass Eltern in den frühen Rehabilitationsphasen Schritt für Schritt in therapeutische Entscheidungen miteinbezogen werden und so mehr Verantwortung für ihr Kind, im Sinne der Klientenzentrierung übernehmen können.



Carmen Spielbichler, MSc. arbeitet seit 2008 in der freien Praxis im Bereich Pädiatrie. An der Wayne State University, Detroit (USA) arbeitete sie als Psychologie post-bachelor in einem Forschungslabor für Entwicklungspsychologie zum Thema Resilienz im Kontext von Eltern-Kind-Bindung. 2015 erwarb sie ihren Master of Science in Occupational Therapy an der FH Campus Wien. Ihre Masterarbeit befasste sich mit der Reliabilität des Pädiatrisch Ergotherapeutischen Assessments und Prozessinstruments (PEAP). Aktuell ist sie an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie am LKH-Graz beschäftigt. Sie arbeitet vorwiegend mit Hilfe des PEAPs in der freien Praxis, ist Referentin des PEAPs in Österreich und ist als externe Lehrende auf Fachhochschulen tätig.

1 Drei Praxisbeispiele zum leichten Einstieg

Ellen Romein

Betätigung ist das, was wir im Alltag tun. Es ist etwas Konkretes; wir können es sehen, hören, riechen, fühlen. Theorien über Betätigungen sind dagegen etwas Abstraktes. Was in der Theorie logisch und einfach erscheint, ist in der Praxis überraschenderweise schwer umzusetzen. Anhand von 3 Praxisbeispielen werden Elemente aus Betätigung und Klientenzentrierung dargestellt. Wir gehen es an wie eine Wanderung: Sie stehen in einer Landschaft (der Betätigungswelt) und müssen sich entscheiden, wohin Sie gehen wollen. Es gibt viele Möglichkeiten und Richtungen, leichte und bergige Wege, lange und kurze Wege etc. Sie brauchen die richtige Ausrüstung, Informationen über das Land. Sie stehen da, mit einem Klienten. Was machen Sie jetzt?

Die ersten 3 Praxisbeispiele beschreiben einige Wege mit Klienten in der Betätigungswelt. Es sind Momentaufnahmen, geprägt von Theorien, Erfahrungen, Konzepten und Vorgehensweisen. In den Beispielen gibt es Anmerkungen und Impulse zum Nachdenken. Diese Praxisbeispiele sind als Einstieg in die nachfolgenden Teile zu verstehen.

1.1

Praxisbeispiel 1: Herr B. kann sich nicht anziehen

Ich habe vor langer Zeit als frisch ausgebildete Ergotherapeutin in der neurologischen Abteilung in einem Amsterdamer Krankenhaus gearbeitet. Mein Patient war Herr B. Der ältere Herr litt seit einem Schlaganfall unter einer Halbseitenlähmung und einer leichten Dyspraxie.

Impuls Selbstversorgung – Produktivität – Freizeit

Manche ergotherapeutischen Modelle teilen Betätigungen in die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit ein. Passt diese Einteilung auch für Patienten in einem Krankenhaus? Gibt es Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit auch im Krankenhaus? Funktioniert diese Einteilung immer, oder gibt es auch andere mögliche Einteilungen, die besser auf diese Zielgruppe passen?

Herr B. hatte zwar Fortschritte gemacht, aber mit dem Ankleiden hatte er noch Probleme. Mittels vieler Ideen und Lösungsstrategien wurde wochenlang morgens enthusiastisch das Ziel verfolgt, dass sich Herr B. wieder allein anziehen kann. In meinen – unerfahrenen – Augen (hier habe ich meine *eigenen* Normen zugrunde gelegt, was man natürlich nicht tun sollte) war das selbständige Anziehen für jeden erwachsenen Menschen Teil einer wichtigen Betätigungsrolle. Unmittelbar vor seiner Entlassung verriet mir Herr B. allerdings, dass seine Ehefrau ihm früher ebenfalls beim Anziehen geholfen habe, da er Hüftprobleme habe. Entsprechend solle ich mir keine Sorgen machen, dass er das selbständige Ankleiden nicht beherrsche. Es sei für ihn und seine Frau kein Problem, wenn sie ihn weiterhin unterstütze.

Ich war erschüttert, hatte ich doch wochenlang umsonst mit Herrn B. das selbständige Anziehen geübt. Ich hatte schlichtweg vergessen, meinen Klienten zu fragen, welche Rollen für ihn wichtig sind, und ob das selbständige Anziehen ein Anliegen für ihn ist. Stattdessen hatte ich als Grundlage einen Selbständigkeitsindex (FIM) benutzt, und da war das Anziehen auffällig niedrig bewertet worden. Tatsächlich hatten Herr B. und seine Frau beim Waschen und Ankleiden schon früher feste Rollen gehabt: Sie hilft ihm, und er lässt sich helfen, er hatte schon länger die Rolle als hilfsbedürftige Person beim Anziehen. Für beide war das so in Ordnung.

Die Rolle, die für Herrn B. wichtig war und bei der er nun Probleme benannte, war die *Rolle als Sammler* von Ansichtskarten. Herr B. sammelte alte Ansichtskarten von Amsterdam und Haarlem. In dieser Rolle hatte er viele Kontakte und eine beeindruckende Korrespondenz mit anderen Sammlern. Er besuchte regelmäßig Sammlerbörsen und war fast den ganzen Tag mit seinen Ansichtskarten beschäftigt. Später habe ich Herrn B. zu Hause ambulant behandelt. Er besaß zehntausende alter Ansichtskarten in mehreren großen Schubladen und Schränken. Gemeinsam haben wir nach Möglichkeiten für ihn gesucht, seine große Korrespondenz weiterzuführen.

1.2

Praxisbeispiel 2: Herr D. kann sich anziehen, tut es aber nicht

Ein weiteres Beispiel aus den Niederlanden: Ein italienischer Herr erhielt wegen seiner massiven Arthrose ein neues Hüftgelenk. Er wohnte schon über 30 Jahre mit seiner (großen) Familie in den Niederlanden. Im Krankenhaus in Amsterdam wurde ihm gezeigt, wie er sich mit Hilfsmitteln ankleiden konnte, was ihm gut gelang. Zu Hause aber war der Signore nach 4 Wochen immer noch im Schlafanzug. Er verbrachte die meiste Zeit im Bett, obwohl sein Hüftgelenk gut eingewachsen war und er angab, keine Schmerzen zu haben.

Impuls

Zu Hause ist alles anders

In der Rolle als kooperativer Patient im Krankenhaus hat Herr D. gemacht, was die Therapeuten und Ärzte von ihm wollten. Die Umsetzung zu Hause hat aber nicht geklappt. Das ist leider oft der Fall. Welche unterschiedlichen Gründe kann es dafür geben, dass im Krankenhaus Aktivitäten gelingen, zu Hause *Betätigungen* aber nicht?

Der Arzt verordnete Ergotherapie zur Verlaufskontrolle und mit einer sozialen Indikation. Das Ankleiden unter Verwendung der Hilfsmittel wurde nochmals geübt, wobei es keinerlei Probleme gab. Der Italiener zog sich aber weiterhin nicht an und blieb im Pyjama im Bett. Beim 3. Besuch der Ergotherapeutin war diese überrascht, denn ihr Klient war komplett angezogen. Er erklärte hierzu: „Jetzt bin ich nicht mehr krank, also muss ich mich jetzt wieder anziehen. Vorher war ich krank, darum musste ich im Bett bleiben.“ Für diesen Klienten war die Rolle als „Kranker“ verbunden mit dem Liegen im Bett und der Kleidung Pyjama. Der Klient erklärte weiter, dass dies in seiner Familie so üblich war und noch ist.

1.3

Praxisbeispiel 3: Frau L. bringt den Müll raus

Frau L. ist 44 Jahre alt und wohnt mit 2 Kaninchen und 2 Meerschweinchen in einer renovierungsbedürftigen, aber gepflegten Wohnung. Sie traut sich nicht alleine aus ihrer Wohnung, z. B. um den Müll wegzubringen. Sie hat seit einigen Jahren eine gesetzliche Betreuerin, mit der sie einen guten Kontakt hat. Einmal wöchentlich kommt außerdem eine Betreuerin der Sozialstation, die mit ihr zum Einkaufen fährt und im Haushalt hilft. Die Beziehung zu dieser Sozialbetreuerin ist etwas angespannt: „Sie behandelt mich manchmal wie ein Kind und ist oft nicht gut gelaunt.“ Frau L. sagt, sie fühle sich dadurch minderwertig.

Ihre Kindheit war sehr schwierig, ihre Eltern waren streng, sie wurde auch geschlagen. Sie wurde als Kind 10 Jahre mit starken Medikamenten behandelt, auf Basis einer angenommenen Epilepsie, was sich später als falsche Diagnose herausstellte. Die Nebenwirkungen behindern sie bis heute. Danach bekam sie Schmerzmedikamente gegen Migräne, wurde davon abhängig, und es entwickelte sich eine Nikotin- und Koffeinabhängigkeit. Sie hat eine Sonderschule besucht, ist aber nie einer Arbeit nachgegangen. Ihre Eltern sind vor ein paar Jahren gestorben. Nach Aufnahme in eine Entzugsklinik ist sie jetzt ohne Medikamente und raucht nur noch einige (ca. 5) Zigaretten am Tag.

Sie bekommt derzeit 1-mal wöchentlich eine Doppelstunde Ergotherapie als Hausbesuch, aufgrund der Diagnosen agitierte Depression (ICD-10 F32) und Halluzinose (ICD-10 F06.0).

Frau L. reagierte positiv auf das Angebot, ein Tagesprofil zu erstellen (s. Kap. 39.2). Sie hat dies zusammen mit der Ergotherapeutin gemacht. Frau L. kann nicht gut Deutsch schreiben und hat es sich nicht alleine zugetraut. Sie hat ihren Tagesablauf erzählt, die Ergotherapeutin hat es für sie deutlich lesbar aufgeschrieben. Da an einem Tag nicht so viel passiert, wie sie selbst sagt, hat sie berichtet, was alles in einer Woche geschieht.

Tagesprofil von Frau L. für 1 Woche

Montag bis Freitag:

- Aufstehen zwischen 6.00 und 8.00 Uhr ohne Wecker, danach frühstücken (1 Aufbackbrötchen, Kaffee) und 1 Zigarette
- 8.30 Uhr Versorgung der Haustiere mit Futter und Wasser, Dienstag und Freitag Käfig reinigen
- Danach Staub saugen und Bett machen. Manchmal kommt eine Nachbarin zum Rauchen und Erzählen.
- Jeden Mittag zwischen 13.00 und 13.30 kocht sie Mittagessen.
- Nach dem Essen und Abwaschen gegen 14.00 Uhr legt sie sich gerne für eine Stunde hin und ruht sich aus oder kuschelt mit den Tieren.
- Nachmittags gegen 15.00–15.30 Uhr trinkt sie 1 Tasse Kaffee und isst 1 Marmeladenbrot oder Obst, je nach Finanzlage.
- Danach hört sie gerne Musik, sieht fern oder eine DVD, spielt mit den Tieren oder steht auch oft am Fenster, um mit Nachbarn zu sprechen.
- Gegen 18.30 Uhr bereitet sie sich Abendessen zu und gegen 19.00 Uhr hört sie sich Nachrichten an.
- Danach hört sie Musik, denkt viel nach, was sie falsch gemacht hat und was sie verbessern könnte.
- Zwischen 22.00 und 23.00 Uhr geht sie zu Bett. Sie muss öfter nachts aufstehen und zur Toilette gehen (tagsüber geht sie auch sehr oft zur Toilette, da sie eine Erkrankung der Blase hat). Sie schläft oft unruhig und träumt fast jede Nacht von ihren Eltern.
- Der Tagesablauf ist immer gleich, nur samstags und sonntags schläft sie auch gerne bis 10.00 Uhr.
- Mittwochs kommt eine Betreuerin der Sozialstation, um mit ihr den Kauf von Lebensmitteln zu besprechen und dann mit ihr zum Einkaufen zu fahren. Frau R. steht dazu um 6.00 Uhr auf. Gegen 9.00 Uhr kommt die Betreuerin, sie trinken zusammen 1 Tasse Kaffee und rauchen 1 Zigarette. Das Einkaufen dauert etwa 1 Stunde, danach werden gemeinsam weitere wichtige Dinge für den Haushalt besprochen. Bei schweren Hausarbeiten, wie z. B. Fensterputzen, ist die Betreuerin behilflich. Ab 11.00 Uhr geht der normale Tagesablauf weiter.
- Frau L. hat immer schon gerne Handarbeiten gemacht, wie Stricken und Häkeln, macht das im Moment aber noch nicht.

Frau L. hat nicht so viele unterschiedliche Betätigungen und Betätigungsrollen, sie ist aber damit, wie sie selber sagt, im Moment ziemlich zufrieden, möchte sich aber noch „verbessern“. Vorher war sie längere Zeit in Krankenhäusern und Einrichtungen und lernt seit ca. 1 Jahr, alleine zu leben und sich zu beschäftigen. Frau L. erwartet von ihrem Umfeld viel Hilfe und Unterstützung, traut sich nicht zu, selber Ideen und Lösungen zu entwickeln. Das war schon ihr ganzes Leben so.

Im anschließenden Gespräch über das Tagesprofil wählte Frau L. 2 Betätigungen, die sie gerne wieder ausführen möchte: den Müll raustragen und an der Tankstelle auf der anderen Straßenseite Süßigkeiten und Zigaretten kaufen. Gemeinsam wurde ein Plan entwickelt, wie sie allmählich ihre Wohnung verlassen und sich dabei sicher fühlen kann. Anschließende Ziele: Den Hausmeister bitten, 2 Steckdosen in der Küche zu reparieren; mit der Sozialbetreuerin gemeinsam Fenster putzen, wobei sie selbst auf die Leiter steigen möchte; eine Nachbarin besuchen, mit der sie schon öfter redet; Strickmaterial besorgen (das wenig kosten darf); und in 6 Monaten möchte sie alleine mit dem Bus fahren, um im Einkaufszentrum, in das sie jetzt schon immer mit ihrer Betreuerin fährt, einzukaufen und zum Friedhof zum Grab ihrer Eltern zu gehen. Die Bushaltestelle ist direkt vor der Haustür.

Impuls

Die Anzahl der Betätigungsrollen

Wie viele Betätigungen und Betätigungsrollen können unterschiedliche Personen haben? Denken Sie an Altersgruppe, soziale Situation, Wohnort, Persönlichkeit etc. Welchen Einfluss kann eine Erkrankung auf Betätigungsrollen haben? Bei Krankheiten, die schon lange, oder Erkrankungen, die erst seit ein paar Wochen/Monaten bestehen? Warum sollten Ergotherapeutinnen darüber etwas wissen? Und was genau sollen sie eigentlich darüber wissen?

1.4

Der Betätigungskontext als Basis für die 35 Fallbeispiele

Die folgenden 35 Fallgeschichten sind nicht nach Diagnose, Alter und Therapieschwerpunkten der beschriebenen Personen eingeteilt, sondern nach dem Kontext, in dem die Personen leben oder in Betätigungen eingebunden sind. Betätigungen sind untrennbar mit dem Ort verbunden, an dem sie ausgeführt werden. Deswegen entscheidet dieser mit darüber, ob und wie die Betätigungen ausgeführt werden.

Es ist klar, dass in einem Krankenhaus andere Betätigungen ausgeführt werden als zu Hause. Dies in den Vordergrund zu stellen, macht den Schritt zur Betätigungszentrierung leichter. Auch Klientenzentrierung gestaltet sich anders: Personen, die zu Hause wohnen, sind für ihre Tagesgestaltung selbst verantwortlich; Personen, die sich in einer Einrichtung befinden, meist nur in geringerem Maße.

Der Kontext, in dem die Person sich befindet und ihre Betätigungen ausführt, bestimmt auch darüber, wer im Therapieprozess mitentscheidet: nur der Klient (und seine Angehörigen) oder auch andere Personen wie eine Erzieherin, Lehrerin, Betreuerin, Pflegeperson ...

Teil 1

Kontext Wohnung, Haus, Garten, Wohnort

Einführung

Dieser Part zeigt 17 Klienten, die zu Hause wohnen. Der Betätigungskontext scheint uns meist vertraut. In den Fallgeschichten erkennt man aber, dass nicht nur die Personen einzigartig sind, sondern dass sie oft auch außergewöhnliche Betätigungen haben oder sie sehr individuell ausführen – was vielfach von Ergotherapeutinnen nicht ausreichend bedacht wird.

Wenn die Person mit Angehörigen zusammenlebt, können Betätigungen oft nur verändert werden, wenn auch diese Angehörigen im Therapieprozess eine Rolle bekommen. Dies ist aber etwas, was Ergotherapeutinnen ebenfalls oft noch nicht automatisch berücksichtigen.

Am Ende jeder dieser Fallgeschichten haben nicht nur die Klienten selbst sondern auch die Ergotherapeutinnen viel Neues über „den normalen Alltag zu Hause“ gelernt.



2 Frau M. geht wieder ins Museum

Ellen Romein

Frau M., 82 Jahre alt, ist zu Beginn der Behandlung beim Anziehen noch auf Hilfe eines Pflegedienstes angewiesen und kann ihre Wohnung nicht verlassen. Nach 20 Therapieeinheiten fährt sie wieder mit dem Bus zum Museum.

i Das Besondere an diesem Fall

Die Behandlung im Hausbesuch wurde von Anfang an betätigungsorientiert und klientenzentriert gestaltet. Die Voraussetzungen sind gut: eine agile und energische Seniorin, die schon daran gewöhnt ist, mit einer Behinderung zu leben. Die Ergotherapeutin hat es durch ihre gute Gesprächsführung und klientenzentrierte Haltung geschafft, ihre Klientin selbst entscheiden zu lassen, was im Therapieprozess passiert.

2.1

Lebenskontext

Frau M. wohnt in einer mittelgroßen Stadt alleine in einer schönen Eigentumswohnung im 3. Stock, mit Aufzug und Blick über die Dächer. Sie ist unverheiratet und kinderlos. Ausgiebige Kontakte be-

stehen zu Neffen, Nichten, Patenkindern und Freunden, die sie gerne einlädt und bewirtet. Sie hat vor wenigen Wochen ihren einzigen Bruder durch eine Krankheit verloren.

2.1.1 Wer ist Frau M.?

Frau M. ist eine gepflegte und aktive Dame. In ihrem Berufsleben war sie Abteilungsleiterin in einem großen Bekleidungsgeschäft. Sie hat bis zum Eintritt in die Rente mit 65 Jahren viel und gerne gearbeitet. Seit 8 Jahren leidet sie an einer Polyneuropathie und läuft seitdem mit einem Rollator. Die letzten Jahre hat sie deswegen ihre Aktivitäten etwas eingeschränkt, ging aber fast jeden Tag aus dem Haus, um entweder Bekannte oder die Familie zu besuchen, einzukaufen, ins Konzert, ins Museum, zu Vorträgen oder zu Veranstaltungen zu fahren. Die persönliche Pflege ist ihr sehr wichtig, ebenfalls, eine schöne und schicke Wohnung zu haben.

2.2

Ergotherapeutisches Setting

Die Behandlung wurde in Form von Hausbesuchen von einer niedergelassenen Ergotherapeutin durchgeführt.

2.2.1 Anlass für die Ergotherapie

Frau M. hat seit 8 Jahren eine Polyneuropathie und ging draußen mit einem Rollator, das Badezimmer ist bei der Dusche und an der Toilette mit Wandgriffen angepasst. Aufgrund einer Hüftkopfnekrose musste Frau M. vor 2 Monaten operiert werden. Nach der OP erhielt sie zunächst eine 4-wöchige Reha-Maßnahme, im Anschluss soll sie Ergotherapie (1-mal pro Woche) zu Hause bekommen.

2.3

Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie

Ein Pflegedienst kommt 2-mal am Tag zum Waschen/Duschen und An- und Auskleiden. Physiotherapie bekommt sie 3-mal pro Woche als Hausbesuch. Eine Haushaltshilfe, die vorher 1-mal pro Woche für 3 Stunden kam, kommt jetzt 3-mal pro Woche für jeweils 2 Stunden und übernimmt auch die Wäsche und das Einkaufen.

2.3.1 1. Eintreten/Initiieren und 2. Erwartungen abklären

Frau M. hat von ihrer Hausärztin eine Verordnung für Ergotherapie bekommen und sich telefonisch in der Praxis gemeldet. Beim ersten Besuch der Ergotherapeutin erzählt sie ihre Krankheitsgeschichte und sagt gleich, dass sie unbedingt selbständig bleiben möchte. Sie zeigt der Ergotherapeutin die Wohnung. Ihre ersten spontanen Wünsche an die Ergotherapie sind:

- sich selbständig anziehen (sodass sie dem Pflegedienst absagen kann),
- frei stehen und
- sich nach Gegenständen recken.

Anmerkung

Zu den ersten spontanen Anliegen von Frau M.

Da Frau M. bis jetzt noch keine Erfahrungen mit betätigungsorientierter Ergotherapie hat, sind ihre ersten Wünsche zum Teil auf Körperfunktionsebene (Stehen und Recken). Man sollte von neuen Klienten nicht erwarten, dass sie gleich konkrete Betätigungswünsche formulieren; dies können sie erst, wenn sie verstehen, dass es in der Ergotherapie um Betätigungen/Alltagsaktivitäten geht.

Frau M. stand der Ergotherapie etwas skeptisch gegenüber, da sie in der Rehabilitationsklinik, wie sie sagt, „alberne Übungen“ und „Korbflechten“ gemacht hat. Dies hat sie der Ergotherapeutin gleich deutlich gemacht. Die Ergotherapeutin erklärt, wie sie betätigungsorientiert arbeitet. Frau M. hat danach klare Erwartungen an die Ergotherapie: erst einmal wieder selbständig werden („Ich möchte abends nicht auf den Pflegedienst warten müssen, um ins Bett gehen zu können“) und dann so weit wie möglich ihre alten Tätigkeiten wieder aufnehmen. Sie möchte schnell Fortschritte machen, sagt, dass sie immer ein schneller Mensch gewesen sei.

Anmerkung

Zur Gesprächsführung beim COPM

Das Interview fand am Esstisch im Wohnzimmer statt. Die Ergotherapeutin gab Frau M. im Interview die Hauptrolle, weil diese dazu fähig war. Die Rolle der Ergotherapeutin bestand darin, Frau M. die Vorgehensweise zu erklären und dafür zu sorgen, dass die Anliegen konkret formuliert wurden. Sie fragte nach, um die Probleme besser zu verstehen. Ihre ruhige Haltung hatte eine strukturierende Wirkung auf die doch etwas hektische Vorgehensweise von Frau M.

COPM-Interview

Das COPM-Interview (s. Kap. 40.3) dauerte 32 Minuten und wurde gefilmt. Die Ergotherapeutin bereitete sich gedanklich folgenderweise auf das COPM-Interview vor: Frau M. ist sehr selbstbestimmt, aber die Therapeutin entschied sich dagegen, Frau M. direkt im COPM-Bogen schreiben

zu lassen, benutzte dafür lieber Zettel. Nach ihrer Erfahrung fällt es Klienten leichter, auf Zettel zu schreiben; die können anschließend auf dem Tisch sortiert werden. Dadurch ist es für viele Klienten einfacher, ihre Anliegen zu ordnen und zu bewerten. Auf jedem Zettel ist ausreichend Platz für ein Betätigungsanliegen. Nachdem die Ergotherapeutin ihrer Klientin das Ziel des COPM und die 3 Alltagsbereiche erklärt hatte, fragte sie Frau M., ob ihr schon direkt etwas einfallt.

Anmerkung

Zur Durchführung des COPM

Es gibt mehrere Möglichkeiten, bei einem COPM vorzugehen. Oft wird die Vorgehensweise benutzt, die Klientin nach dem Tagesablauf zu fragen. Eine andere Möglichkeit ist, die 3 Alltagsbereiche des COPM-Bogens zu verwenden: Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Bei Klienten, bei denen man vermutet, dass sie strukturiert sind und wahrscheinlich schon wissen, was sie im Alltag stört, kann man gut mit einer offenen Frage anfangen, wie es hier gemacht wurde. So hat man eine gute Chance, dass die Klienten ihre wichtigsten Anliegen als erste nennen, und verliert keine Zeit mit vielleicht unwichtigen Themen.

Ab da übernahm Frau M. das Gespräch und nannte systematisch alle Betätigungen, die sie verändern möchte. Die Rolle der Ergotherapeutin bestand vor

allem darin, bei der Formulierung zu unterstützen und den roten Faden zu halten.

Beispiel, wie die Ergotherapeutin bei der Formulierung half:

Frau M.: „Soll ich also ‚morgendliche Pflege‘ aufschreiben?“

Ergotherapeutin: „Besser wäre es, wenn Sie die Dinge genau benennen würden.“

Danach schrieb Frau M. auf, bei welchen Kleidungsstücken sie Hilfe braucht. Bei der Einstufung der Wichtigkeit unterlief ihr ein Fehler, wahrscheinlich weil sie so schnell war: Sie gab versehentlich eine 1 für „sehr wichtig“. Die Ergotherapeutin wartete ruhig ab, bis sie ihre Anliegen eingestuft hatte, und fragte dann, ob das so korrekt sei, dass das Duschen gar nicht wichtig sei, weil eine 1 gar nicht wichtig bedeute und eine 10 „sehr wichtig“? Die Korrektur ging dann sehr schnell, Frau M. schrieb hinter die 1 eine 0: „So sieht man gar nicht, dass ich da einen Fehler gemacht habe.“ Auch eine 1 in eine 9 zu verwandeln, war einfach. Günstig war es dabei, dass mit Kärtchen gearbeitet wurde: Frau M. konnte diese so auf dem Tisch sortieren, dass das Wichtigste oben lag, und noch ein paar Mal umsortieren. Die Zahlen schrieb Frau M. direkt auf die Zettel. Die Ergebnisse des COPM zeigt ► Tab. 2.1.

► **Tab. 2.1** Frau M. – Betätigungsperformanzprobleme mit Bewertung – Ersterhebung.

Betätigungsperformanzprobleme	Wichtigkeit	Ausführung ZP* 1	Zufriedenheit ZP 1	Ausführung ZP 2	Zufriedenheit ZP 2
1. Duschen ohne Hilfe beim Ein- und Aussteigen	10	1	1		
2. Anziehen von Strümpfen, Schiene, Hose und Schuhen ohne Hilfe	10	1	1		
3. Wäsche aufhängen freistehend	7	3	3		
4. ...					

*ZP = Zeitpunkt

Beachte

Die zu bewertende Betätigung sollte genau formuliert werden

Bei der Bewertung der Ausführung sollte man sehr genau darauf achten, dass die problematische Betätigung bewertet wird. Hier hatte Frau M. erst das „Duschen“ bewertet, weil zuerst besprochen wurde, was mit Hilfe im Moment ziemlich gut geht. Sie gab sich deswegen dafür eine 7. Die Ergotherapeutin fragte nach, weil das bedeutet hätte, dass sie es schon einigermaßen gut könnte. Danach wurde es noch mal genauer notiert: Duschen ohne Hilfe beim Ein- und Aussteigen. Es wurde dann mit einer 1 bewertet, weil sie das noch gar nicht konnte.

Nach dem Interview lehnte Frau M. sich zufrieden zurück und wollte das nächste Mal gleich mit der ersten Betätigung, dem Duschen, anfangen. Die Ergotherapeutin trug die Ergebnisse später selbst im COPM-Bogen ein und gab Frau M. davon eine Kopie.

2.3.2 3. Erheben/Bewerten

Die Betätigung Duschen wird analysiert. Die Ergotherapeutin kommt morgens um 08.45 Uhr anstelle des Pflegediensts. Beginn der Betätigung ist das Einsteigen in die Dusche. Ende der Betätigung ist, wenn Frau M. aus der Dusche gestiegen ist. Ziel der Analyse ist es herauszufinden, welche Teilschritte der Betätigung schon gut gehen und welche Teilschritte gemeinsam bearbeitet werden sollten, um das Duschen ohne Hilfe zu bewältigen.

Anmerkung

Zur Betätigungsanalyse

Man kann ganze Betätigungen oder auch Teile von Betätigungen *analysieren* (s. Kap. 41). Zur vollständigen Betätigung „Duschen“ gehörte hier auch das Auskleiden vorher und das Wiederankleiden im Anschluss an das Duschen selbst. Man kann sich aber darauf einigen, nur bestimmte Anteile einer Betätigung zu analysieren, wenn dort die Hauptprobleme erwartet werden, die dringendsten Lösungen gefunden werden sollen oder die Betätigung ansonsten zu komplex oder zu schwierig wäre.

Die Betätigungsanalyse Duschen

Mit der linken Hand hält Frau M. sich am Waschbecken fest und geht 3 Schritte zur erhöhten Duschwanne. Sie ergreift nacheinander 2 Griffe an der linken Duschwand, verlagert das Gewicht und geht mit dem rechten Bein zuerst in die Duschwanne. Sie wirkt angespannt. Mit Hilfe den Armen zieht sie sich hoch, sodass das linke Bein folgen kann. In der Duschwanne dreht sie sich so, dass sie auf dem Duschhocker Platz nehmen kann. Die Anspannung weicht aus ihrem Gesicht. Sie zieht die Dusche zu sich und duscht selbständig. Nach dem Duschen trocknet sie sich flüchtig ab, öffnet den Vorhang und steht mit Hilfe der Griffe, jetzt an der rechten Seite, auf. Mit der linken Hand greift sie zusätzlich die links angebrachte Heizung. Sie steht mit ausgebreiteten Armen da und versucht, aus der Duschwanne zu steigen, was nicht gelingt. Die Ergotherapeutin reicht ihr den Arm, an dem sie sich festhält, um herauszusteigen.

Auswertung aus Sicht von Frau M.

„Ich fühle mich unsicher, ohne Hilfe kann ich nicht aussteigen, das muss ich üben. Wenn ich das kann, kann ich wieder alleine duschen. Das Einsteigen geht schon besser, ich möchte aber mehr Sicherheit haben.“

Anmerkung

Klientenzentrierung bei der Betätigungsanalyse

Auch hier hat Frau M. eine aktive Rolle. Ihre subjektive Einschätzung der Betätigung ist Basis für eine mögliche Veränderung. Dieser Schritt der Betätigungsanalyse – gemeinsam besprechen, was gut ging und was nicht – ist die Voraussetzung für die Zielformulierung.

Auswertung aus Sicht der Ergotherapeutin

Die Ergotherapeutin stimmt Frau M. zu. Die Sicherheit hat oberste Priorität. Es fällt ihr auf, dass Frau M. alles ziemlich schnell und ungeduldig macht. Unterstützend sind ihre hohe Motivation, ihre gute Kognition und ihr Wunsch nach Selbständigkeit. Sie ist auch sehr diszipliniert. Die Dusche ist für Frau M. schon ziemlich gut angepasst.

Beide sind sich einig, dass allein zu duschen möglich ist, wenn eine Lösung für das Aussteigen gefunden wird.

2.3.3 4. Ziele formulieren und Maßnahmen planen

Frau M. formuliert als Ziel zunächst: „Ich brauche am Morgen keinen Pflegedienst mehr.“ Dies wurde dann konkretisiert auf: „Innerhalb von 4 Wochen steige ich ohne Hilfe nach dem Duschen aus der Duschwanne.“

Anmerkung Zielformulierung

Es kommt öfter vor, dass Klienten ein Ziel formulieren, in dem steht, dass sie etwas nicht mehr wollen oder weniger wollen (ohne Schmerzen etwas machen, Kind sollte nicht schreien oder stören, ohne Gehwagen, weniger Stolpern, ohne Hilfe etc.). Hier wird ein Problem beschrieben (die Schmerzen, das Schreien, das Stören, der Gehwagen, die Hilfe ...), aber keine Betätigung. Unsere Aufgabe besteht darin, mit den Klienten herauszufinden, was genau die Betätigung ist. Keinen Pflegedienst mehr haben wollen ist der Wunsch von Frau M.: um dies zu erreichen, muss sie gefahrlos aus der Dusche steigen können.

Gleich nach dem Duschen (die Klientin war wieder angezogen) wurde das Aussteigen aus der Dusche mehrmals wiederholt. Verschiedene Lösungen wurden direkt ausprobiert, vor allem der Moment, in dem sie sich dreht: in der Dusche, beim Aussteigen oder nach dem Aussteigen. Die Entscheidung fällt auf Drehen in der Dusche. Dies sollte ab jetzt jeden Morgen mit dem Pflegedienst geübt werden. Die Ergotherapeutin bietet an, den Pflegedienst zu kontaktieren. Frau M. meint aber, dass sie das gut selber besprechen kann.

Anmerkung Klientenzentrierung beim Finden von Lösungen

Hier sieht man, dass es nicht einfach ist, sich zurückzuhalten. Therapeuten sind es so gewohnt, selbst etwas zu tun. Zum Glück hat Frau M. nicht zugelassen, dass die Ergotherapeutin etwas macht, was sie gut selber machen kann und auch will.

Durch diese Auseinandersetzung mit dem Ein- und Aussteigen kam Frau M. auf ein nächstes Ziel, welches sie beim COPM-Interview nicht erwähnt hatte: wieder mit dem Rollator in den Bus einstei-

gen, um in die Stadt zu fahren. Sie hat, seit sie aus der Rehabilitation zurück ist, kaum ihre Wohnung verlassen.

2.3.4 5. Plan umsetzen

Der Plan wurde in der darauffolgenden Woche jeden Tag umgesetzt. Der Pflegedienst half Frau M. jeden Morgen, sich in der Dusche zu drehen, bevor sie ausstieg.

2.3.5 6. Überprüfen/Verändern

Bei der nächsten Therapieeinheit mit der Ergotherapeutin stellte Frau M. die Lösung für das Aussteigen noch einmal in Frage, weil das Umdrehen in der Duschwanne auf recht kleinem Raum stattfinden musste und von ihr 3–4 kleine Schritte erforderte. Die Ausstiegssituation wurde nochmals ausprobiert. Dabei stellte Frau M. fest, dass sie weniger unsicher ist, wenn sie ohne Drehen aus der Dusche aussteigt, weil sie sich dann an den Griffen und an der Heizung festhalten kann. Es wurde entschieden, sich nicht in der Duschwanne zu drehen, sondern so auszusteigen, wie sie es vorher schon immer gemacht hatte. Diese Anpassung teilte Frau M. dem Pflegedienst am nächsten Morgen mit und es wurde so in der nächsten Woche durchgeführt. Der Pflegedienst hat organisiert, dass oberhalb der Heizung ein Griff angebracht wurde.

Anmerkung Ziele formulieren und Maßnahmen planen

Ein Plan kann jederzeit verändert werden, man sollte nicht zu sehr daran festhalten. Der Plan wird, indem die Maßnahmen durchgeführt werden, mit Leben erfüllt und durch die täglichen Erfahrungen können neue Aspekte eine Rolle spielen. Dies sollte man den Klienten deutlich machen. Ein Plan ist etwas anderes als „Hausaufgaben“ oder „Übungen“: Beim Maßnahmenplan bestimmen die Klienten selbst, was, wie, wann und wie oft sie etwas machen.

2.3.6 7. Ergebnis bewerten

Nach insgesamt 2 Wochen hat Frau M. ihr Ziel erreicht: Sie steigt ohne Kontakthilfe in die Dusche ein und wieder hinaus. Dem Pflegedienst wurde nach 3 Wochen abgesagt. Frau M. fühlt sich jetzt ausreichend sicher beim Duschen. Und auch das An- und Ausziehen wurde in der Zwischenzeit analysiert und verbessert.

Nachdem auch die anderen Punkte der COPM-Anliegen bearbeitet worden waren (außer Wäscheaufhängen, dies macht die Haushaltshilfe weiter, weil es für Frau M. nicht mehr so wichtig war),

wurde die Zweitbewertung des COPM durchgeführt (► Tab. 2.2).

Ermutigt durch die schnellen Erfolge, wurden weitere genannte Betätigungsanliegen erfasst und bearbeitet. Weitere 4 Wochen danach erfolgte die Zweiterhebung (► Tab. 2.3).

Die Behandlung wurde nach 2 Verordnungen mit insgesamt 20 Therapieeinheiten beendet. Frau M. macht viele ihrer Betätigungen wie vor der OP, manchmal nur etwas langsamer. Sie fährt wieder alleine mit dem Bus zu Museen und Konzerten, ihre Haushaltshilfe kommt jetzt 2-mal pro Woche und sie gehen dann z. B. gemeinsam einkaufen.

► **Tab. 2.2** Frau M. – Betätigungsperformanzprobleme mit Bewertung – Zweiterhebung.

Betätigungsperformanzprobleme	Wichtigkeit	Ausführung ZP* 1	Zufriedenheit ZP 1	Ausführung ZP 2	Zufriedenheit ZP 2
1. Duschen ohne Hilfe beim Ein- und Aussteigen	10	1	1	8	10
2. Anziehen von Strümpfen, Schiene, Hose und Schuhen ohne Hilfe	10	1	1	8	10
3. Wäsche aufhängen freistehend	7	3	3		
4. ...					
*ZP = Zeitpunkt					

► **Tab. 2.3** Frau M. – Betätigungsperformanzprobleme mit Bewertung – neu.

Betätigungsperformanzprobleme	Wichtigkeit	Ausführung ZP* 1	Zufriedenheit ZP 1	Ausführung ZP 2	Zufriedenheit ZP 2
1. Busfahren zum Museum	10	1	1	7	7
2. Mehr als 2 Gäste bewirten	8	3	2	8	9
3. ...					
*ZP = Zeitpunkt					



3 Ab jetzt entscheidet Felix, wann der nächste Löffel kommt

Ellen Romein

Felix (3,8 Jahre) ist schwer mehrfachbehindert und seit seiner Geburt in Therapie, im Alltag gibt es aus Sicht der Eltern und Erzieher keine Betätigungsprobleme. Aber könnte er vielleicht im Alltag mehr mitentscheiden?

i Das Besondere an diesem Fall

Der Übergang von der traditionellen Ergotherapie (mit Schwerpunkt auf Entwicklung, Motorik, Hilfsmitteln, Spastik etc.) zu Betätigung und Klientenzentrierung gelang bei diesen Eltern mit Hilfe eines Tagesprofils sehr gut. Es sieht fast danach aus, als ob sie nur darauf gewartet hätten, den Blick auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten im Alltag zu richten und nicht nur die vielen Defizite zu sehen, die bisher im Mittelpunkt der Therapie standen.

3.1

Lebenskontext

Felix bewohnt mit seiner Familie ein Einfamilienhaus in einer ruhigen Gegend in einer Großstadt.

Felix hat eine ältere Schwester (5 Jahre) und einen kleinen Bruder (4 Monate). Der Vater arbeitet ganztags in der IT-Branche, die Mutter ist Hausfrau und engagiert sich im Kindergarten ehrenamtlich. Unterstützt werden die Eltern von einem großen sozialen Netzwerk (Omas, Opas, Tanten etc.). Die Familie hat sich ganz auf Felix eingestellt und ihr Leben zum größten Teil an seine Bedürfnisse angepasst. Die Wohnung ist rollstuhlgerecht umgebaut worden. Felix hat zu Hause und im Kindergarten Hilfsmittel wie Sitzschale und Stehständer. Er besucht seit einigen Monaten täglich von 09:00 bis 13:00 Uhr als Integrationskind den wohnortnahen Kindergarten.

3.1.1 Wer ist Felix?

Felix fühlt sich am wohlsten, wenn er Kontakt mit anderen hat. Die Mutter beschreibt ihn als ein zufriedenes Kind, er freut sich über alle Aktivitäten, die Geräusche machen, und auch die, bei denen er bewegt wird, wie Schaukeln, Rollstuhl- oder Autofahren. Vor allem mag er Schmusen, auf dem Schoß sitzen, direkten Körperkontakt. Das zeigt er durch seinen Gesichtsausdruck und Körperspannung. Nur warten mag er nicht. Felix nimmt an vielen Aktivitäten zu Hause und im Kindergarten teil, indem er in seiner Sitzschale oder im Stehständer dabei ist oder auch auf dem Boden liegt. Er wird im Auto zu Ausflügen mitgenommen, die Familie fährt jährlich in Urlaub.

3.2

Ergotherapeutisches Setting

Felix und seine Eltern werden seit seiner Geburt ambulant von einer Ergotherapeutin in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) betreut.

3.2.1 Anlass für die Ergotherapie

Diagnosen:

- ehemalige FG der 29 + 2 SSW
- posthypoxisch entstandene ausgedehnte Hirnsubstanzdefekte, schwächiger Balken
- spastische bilaterale Zerebralparese GMFCS Level V, MACS Level IV
- kombinierte Entwicklungsstörungen
- Mikrozephalie
- Stabismus divergens alternans, hochgradige Sehstörung

Die Ergotherapeutin möchte die Behandlung jetzt auf Betätigung ausrichten. Sie bespricht dies mit der Mutter, die offen ist für einen neuen Ansatz. Als Erstes wurde ein Tagesprofil von der Mutter und der Integrationskraft im Kinderarten erstellt/ausgefüllt.

3.3

Momentane Situation und Einstieg in die betätigungszentrierte Ergotherapie

Felix ist bei allem auf Hilfe angewiesen. Es gibt keine sichere Kommunikation. Er bekommt 2-mal pro Woche Physiotherapie, 1-mal pro Woche Ergotherapie und Sehfrühförderung. Regelmäßig finden Botoxinjektionen in die Arme statt. Die Ergotherapeutin hat der Mutter eine Vorlage zum Ausfüllen eines Tagesprofils mitgegeben. In der folgenden Therapieeinheit wurden das ausgefüllte Profil und die weiteren Schritte besprochen.

3.3.1 Tagesprofil

Anmerkung Zum Tagesprofil

Felix' Mutter hat einen der folgenden Tage innerhalb der Familie sehr genau protokolliert (► Tab. 3.1). Auch wenn nicht jeder Tag gleich abläuft, zeigt das Profil viele Situationen, in denen Felix am Familienalltag teilnimmt und wie die Familie miteinander interagiert. In der Spalte „Was geht gut, was ist schwierig?“ findet man keine Schwierigkeiten. Alles ist gut aufeinander eingespielt, Felix scheint, aus Sicht der Mutter und der Erzieherin, zufrieden mit seinem Alltag zu sein. Die Eltern und sein Umfeld geben an, dass alles gut funktioniert. Die Uhrzeiten wurden von der Mutter selbst eingegeben, sie war hier sehr genau.

Impuls Behinderung und Teilhabe

Es gibt Menschen mit schweren Behinderungen, die im Alltag und in ihrer Partizipation kaum oder keine Probleme haben. Es gibt Menschen, die kaum oder nur leichte Einschränkungen, aber dennoch im Alltag und ihrer Partizipation große Probleme haben. Wie erklärt sich das? Was sagt eine Diagnose aus über die Partizipation oder Teilhabe eines Menschen? Wie können wir vermeiden, dass Vorurteile beim Kontakt mit Klienten eine Rolle spielen?

► **Tab. 3.1** Tagesprofil von Felix für Mittwoch, den 5. April, ausgefüllt von seiner Mutter und der Erzieherin in der KiTa (Zeitraum 8.50–11.45 Uhr Erzieherin, sonst Mutter).

Uhrzeit	Was macht Felix, mit wem?	Was geht gut, was ist schwierig?
Tagesprofil ab hier von der Mutter ausgefüllt		
07:40 Uhr	Mutter holt Felix aus dem Bett und trägt ihn ins Badezimmer, wo die Schwester und das Baby schon warten. Allgemeines Kinderanziehen und Windelwechseln. Felix liegt auf dem Boden, lacht und lautiert.	Sobald man Felix auf den Schoß nimmt, will er nicht mehr runter und auf dem Boden liegen, daher kommt er als Dritter dran. Felix hat großen Spaß, weil die Schwester Quatsch macht (springt über ihn, singt und kitzelt ihn).
	Felix ist an der Reihe, Dehnen und Anziehen (wie von Physio angeleitet). Baby ist dabei, Schwester muss ihr Zimmer aufräumen.	Klappt gut (eingespielt), genießt die Aufmerksamkeit der Mutter.
07:55 Uhr	Felix wird in die Sitzschale im Wohnzimmer gesetzt und wartet, dass das Frühstück anfängt. Die ganze Familie und ausnahmsweise die Oma sind anwesend.	Felix wird von der Schwester abgelenkt, wendet Kopf bei Geräuschen aus der Küche und lautiert. Manchmal dauert das 15 Minuten und dann wird er quengelig.
08:05 Uhr	Die Familie beginnt zu frühstücken.	Felix wird von Vater mit Müslibrei gefüttert. Er selbst macht den Mund auf und schluckt. Er reagiert auf Geräusche mit Kopfwendung bzw. dreht bei Unwillen den Kopf zur Seite. Er lautiert und fordert manchmal so den nächsten Löffel ein. Ist völlig auf Hilfe angewiesen.
08:15 Uhr	Felix wird ins Bad getragen und Mutter putzt ihm die Zähne, wobei er auf ihrem Schoß sitzt.	Klappt gut, Felix ist hierbei vollständig auf Hilfe angewiesen. Er öffnet bereitwillig den Mund, kaut häufig auf Zahnbürste.
	Mutter zieht Kindern die Jacken an, dann Felix ins Auto tragen. Fahrt in den Kindergarten.	
08:40 Uhr	Ankunft im Kindergarten, Felix in den Kindergarten tragen, Übergabe an Erzieherin. Felix wird von den Erzieherinnen und anderen Kindern begrüßt.	Felix lacht, lautiert, pustet: freut sich.
Tagesprofil ab hier von der Erzieherin ausgefüllt		
08:50 Uhr	Morgenkreis. Felix steht im Stehständer.	Fällt etwas nach links, ist gut drauf, lautiert, während die anderen Kinder erzählen und singen.
08:55 Uhr	Frühstück im Stehständer, wird gefüttert. Danach wickeln.	Isst gut. Zeigt durch Laute, wenn er etwas nicht möchte, bzw. wendet Kopf ab.
09:00 Uhr	Sitzt auf dem Schoß der Erzieherin, beim Buchanschauen. Drei andere Kinder sind mit dabei.	Lacht oft, lautiert. Freut sich über Tiergeräusche und Krabbspiele am Körper.
10:00 Uhr	Felix ist mit drei anderen Kindern im Bällchenbad. Teilweise durch Schaumstoff und andere Kinder/ Erzieherin gestützt, teilweise liegend in RL und Bauchlage. Nachdem man ihn hingelegt hat, stützt er sich auf Unterarme, hebt Kopf und schaut, was die Kinder machen, bewegt die Beine.	Lacht viel, möchte sich bewegen, rudert mit den Beinen, macht sich ganz steif, streckt sich nach hinten, schafft es nicht, sich zu drehen, braucht hierbei Unterstützung. Genießt die Zeit.
10:10 Uhr	Kugeln greifen und fallen lassen auf dem Schoß der Erzieherin, während die anderen Kinder das Schneckenspiel spielen.	Dinge zu ergreifen und loszulassen sehr anstrengend, Felix ist aber motiviert dabei und fordert durch Lautieren Wiederholungen ein.
11:00 Uhr	Mittagessen im Gruppenraum im Therapiestuhl (angepasster Tripp-Trapp). Danach Zähneputzen mit essbarer Zahncreme. Ihm wird die Zahnbürste in die rechte Hand gegeben und gemeinsam zum Mund geführt, Felix beißt darauf rum, lutscht.	Wird gefüttert. Macht ihm großen Spaß.

► Tab. 3.1 Fortsetzung

Uhrzeit	Was macht Felix, mit wem?	Was geht gut, was ist schwierig?
Tagesprofil ab hier wieder von der Mutter ausgefüllt		
11:45 Uhr	Mutter kommt zum Abholen, Anziehen in RL und auf dem Schoß der Mutter, Fahrt nach Hause im Auto.	Eingespielt.
	Zu Hause ausziehen, wickeln (Mutter).	Klappt eingespielt.
12:30 Uhr	Mutter legt Felix zum Mittagsschlaf in das dunkle Schlafzimmer (eigenes Bett, Seitlage).	Ist schnell wieder wach und meckert und weint, möchte nicht im Bett liegen.
13:00 Uhr	Mama turnt mit Felix und dem Baby. Schräge Ebene (Schaumstoff), Deckel runterschubsen.	Liegt in BL, schubst Deckel mit der rechten Hand nach unten, lacht.
13:30 Uhr	Im Schneidersitz an der Wand (gestützt durch feste Kissen). Spiel mit Step by Step.	Kann sich 10 Minuten im Sitz halten, drückt 3-mal die Taste, erfreut sich an seiner eigenen Stimme. Schubst den Würfel lieber mit dem Kopf als mit dem Arm, schafft es ein paar Mal, strengt sich an.
14:30 Uhr	Rollbrett fahren in BL.	Kann sich ca. 4 m weit fortbewegen, drückt sich mit Beinen am Boden ab, lacht, lautiert. Nach 10 Minuten beginnt er zu meckern und zu weinen, wird müde, möchte nicht mehr.
15:00 Uhr	Spaziergang im Rehabuggy mit Kinderfrau.	
16:00 Uhr	Mutter, Baby, Felix und Kinderfrau musizieren. Kinderfrau kümmert sich um das Baby, Felix sitzt auf dem Schoß der Mutter.	Felix trommelt mit Hilfe, Schläger gibt Mutter ihm in die Hand und führt seinen Arm zur Trommel. Felix lacht beim Geräusch. Gitarre wird vor Felix gelegt. Er zupft alleine!!!
17:00 Uhr	Felix kaut Trauben und isst sie auch.	Trauben gibt Mutter ihm in den Mund, Kauen und Schlucken klappt gut.
	Felix sitzt in der Sitzschale im Wohnzimmer, während seine Mutter das Essen vorbereitet. Hat Rassel in der Hand. Die Schwester ist bei ihm und füttert ihn mit Trauben und spielt mit ihm mit der Rassel.	Rassel wird ihm in die Hand gegeben. Felix spielt mit der Schüssel der Trauben, schubst diese, Schale fällt vom Tisch.
18:00 Uhr	Familie wartet auf den Vater.	
18:15 Uhr	Oma kommt und beginnt, Felix zu füttern.	Glas Wasser, Medikamente und eine Scheibe Käsebrot. Oma gibt Felix Häppchen in den Mund.
18:40 Uhr	Vater kommt nach Hause und übernimmt das Füttern. Badeprogramm (Mutter), Zähneputzen, Umziehen.	Klappt gut, wird beim Baden immer sehr locker, lacht, lautiert.
19:15 Uhr	Vater kümmert sich um die Schwester und das Baby. Felix ist eingeschlafen.	

3.3.2 Das Tagesprofil wird mit der Ergotherapeutin besprochen

Die Mutter sagt, dass es wichtig gewesen war, mal darüber nachzudenken, wie Felix' konkreter Alltag aussieht, was für Tätigkeiten Felix überhaupt ausführt und was evtl. noch verändert werden kann, damit Felix mehr eingebunden ist.

Der ganze Alltag klappt eigentlich sehr gut, weil sie mittlerweile gut eingespielt sind und sie viel Unterstützung von Familie und Freundeskreis bekommen. Auch haben sie eine Kinderfrau, die sich speziell mit Felix beschäftigt, während die Mutter sich um die anderen Kinder kümmert. Der Mutter wurde dann Folgendes bewusst:

„Die ganze Zeit haben wir uns mehr Gedanken über den Tonus und Turnübungen gemacht und gar nicht konkret geschaut, was man im Alltag direkt verändern kann. Eigentlich müsste man immer erst im Alltag schauen und dann in der Therapie diese Dinge üben.“

Diese Aussage zeigt, dass die Mutter das Prinzip der Betätigungszentrierung direkt verstanden hat, sogar in eigenen Worten das Top-down-Konzept formuliert.

Das Ausfüllen des Tagesprofils habe dazu geführt, dass sich sowohl die Eltern untereinander als auch die Erzieherinnen mit Felix' Alltag differenzierter auseinandergesetzt haben. Dadurch haben sich, obwohl es im Alltag keine Probleme gibt, doch einige Veränderungswünsche ergeben. Sie möchten jetzt Situationen finden, wo Felix „aktiver“ dabei sein könne und nicht immer „alles mit ihm gemacht werde“.

Die Ergotherapeutin schreibt:

„Ich habe jetzt zum ersten Mal einen sehr guten Einblick in den Alltag von Felix und seine Umweltfaktoren bekommen. Es ist mir durch dieses Tagesprofil einiges deutlich geworden: die enorme Belastung der Familie, die Schwere der Behinderung und wie sich dies im Alltag auswirkt, und die tollen Ressourcen der Familie. Obwohl ich immer schon die Umweltfaktoren notiert habe, ist mir deutlich geworden, dass es wichtig ist, die Umwelt noch differenzierter zu betrachten. Insbesondere bei Kindern wie Felix, wo Veränderungen an der Umwelt die effektiveren Maßnahmen sind. Es ist mir nochmal bewusst geworden, wie wichtig die Zusammenarbeit von Therapeuten, Eltern und Erziehern ist. Diese Form des Herangehens erfordert viel mehr Beratungstechniken und Gesprächsführungskompetenzen.“

3.3.3 Analyse einer Betätigung, die zwar nicht problematisch ist, aber bei der die Eltern sich vorstellen können, dass Felix eine aktivere Rolle übernimmt

Die Eltern entscheiden sich dafür, als Erstes die Frühstückssituation zu analysieren. Die Ergotherapeutin schreibt:

„Es war für mich nicht leicht, mich bei der Auswahl der Betätigung zurückzuhalten, weil ich eigentlich selbst schon vieles in Kopf hatte, was zu Hause verändert werden könnte ... wie z.B. die Situation im Bad.“

Das Frühstück ist eine tägliche Situation, die für die Familie sehr wichtig ist. Alle sitzen dabei gemeinsam am Tisch, frühstücken und unterhalten sich. Manchmal sind auch andere Familienmitglieder oder Freunde dabei, abhängig davon, wie die Aufgaben des Alltags verteilt wurden. Gemeinsam mit der Mutter wurde überlegt, was „Frühstücken“ für Felix genau beinhaltet. Wann fängt es an, was wird gemacht, was macht er. Das Resultat dieser Überlegungen sieht einfach aus, es war aber für uns beide eine große Herausforderung, weil wir am Anfang mit Begriffen saßen wie: Kauen, Schlucken, Sitzen, Kommunizieren, Füttern, Lautieren, Greifen etc. Der Schritt weg von Körperfunktionen hin zu einer Betätigung war für uns beide noch sehr ungewohnt. Es ging aber bei den nächsten Betätigungsanalysen deutlich einfacher.“

Impuls Rolle der Ergotherapeutin bei der Auswertung

Wieso sollte man sich bei der Entscheidung, welche Betätigung analysiert werden sollte, zurückhalten? Ergotherapeutinnen sehen doch auch Betätigungen, die verbessert werden können? Und sie haben doch die Erfahrung und das Fachwissen?

Schritt 1: Die Beschreibung der Betätigung

Frühstücken am Tisch. Felix ist hierbei sehr motiviert, weil er gerne isst. Der Vater füttert ihn jeden Morgen mit Brei. Felix ist dabei nicht aktiv. Die Eltern wünschen sich, dass er eine aktivere Rolle beim Breiessen hat. Vielleicht ist es möglich, dass er mehr selbst bestimmen kann.

Beginn der Betätigung: Felix sitzt mit der Familie am Tisch zum gemeinsamen Frühstückten in seiner Sitzschale. Ende der Betätigung: Felix hat seine Portion aufgegessen.