



Rebecca Lang | Nicole Kaldewei (Hrsg.)

Betätigungszentrierung in der psychosozialen Ergotherapie – ein Wegweiser für Praxis und Lehre

WISSEN

Rebecca Lang | Nicole Kaldewei
(Hrsg.)

**Betätigungszentrierung in der
psychosozialen Ergotherapie –
ein Wegweiser für Praxis und Lehre**

Spektrum Ergotherapie

Herausgeber



Deutscher Verband
Ergotherapie

Die Herausgeberinnen



Rebecca Lang

Arbeitet seit 1996 als Ergotherapeutin, zunächst 22 Jahre lang in einer akuten psychiatrischen Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses. 2019 Bachelor of Science in Occupational Therapy an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL), derzeit im berufsbegleitenden interdisziplinären Masterstudiengang Ergotherapie/Physiotherapie/Logopädie an der HAWK in Hildesheim. Nach 12 Jahren Lehrtätigkeit auf Honorarbasis an verschiedenen Berufsfachschulen in NRW, arbeitet sie mittlerweile als festangestellte Dozentin für Ergotherapie an den Döpfer Schulen Köln sowie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL).

Ihr Hauptaugenmerk legt sie seit der Ausbildung auf die ergotherapeutische Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Nachdem sie es nach langjährigen Erfahrungen mit traditionellen ergotherapeutischen Ansätzen wagte, ihre ergotherapeutische Arbeit auf Betätigung auszurichten, ermutigten sie die zahlreichen positiven Rückmeldungen und Entwicklungen ihrer Klient*innen zu diesem Buchprojekt.



Nicole Kaldewei

Arbeitet seit 2003 als Ergotherapeutin, zunächst im pädiatrischen Fachbereich, wechselte nach dem Bachelorstudium aber in den psychosozialen Kontext und die Lehre. Nach dem Abschluss eines berufsbegleitenden Masterstudiengangs in Klinischer Sozialarbeit und Sozialmanagement begann sie 2016 ihre Tätigkeit als Dozentin an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL). Sie ist praktisch tätig in der Eingliederungshilfe mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und Mitherausgeberin der Fachzeitschrift „ergopraxis“ des Thieme Verlags.

Die selbst erlebten, aber auch von Studierenden vorgetragenen Hemmnisse in der Praxis bei gleichzeitig empfundener Freude am theoriegestützten methodischen Handeln haben sie motiviert, Rebecca Lang bei diesem Buchprojekt zu begleiten.

Rebecca Lang | Nicole Kaldewei
(Hrsg.)

Betätigungszentrierung in der psychosozialen Ergotherapie – ein Wegweiser für Praxis und Lehre



**Schulz-
Kirchner
Verlag**

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.

Besuchen Sie uns im Internet: www.skvshop.de

1. Auflage 2024

ISBN 978-3-8248-1337-7

eISBN 978-3-8248-9880-0

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2024

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Umschlagfoto: © arti om – Adobe Stock

Fachlektorat: Thomas Leidag

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck/Susanne Koch

Druck und Bindung:

Plump Druck & Medien GmbH, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Autor:innen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autor:innen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhalt

Vorwort	9
Teil I – Betätigung im Zentrum des Denkens	19
1 Betätigung als Kernelement der Ergotherapie	19
1.1 Paradigmenwechsel als Ursprung betätigungszentrierter Ergotherapie. .19	
1.1.1 Verwahrende Psychiatrie und biomedizinische Sichtweise auf Krankheit	20
1.1.2 Psychiatriereformen und bio-psychosoziale Perspektive auf Krankheitsentstehung	21
1.1.3 Internationale Standards in der Gesundheitspolitik	22
1.1.4 Auswirkung der Paradigmenwechsel für die Ergotherapie im psychosozialen Fachbereich.	24
1.1.5 Sich auf den Weg machen – der lohnende Weg zur betätigungszentrierten Ergotherapie.	28
1.2 Betätigung aus Sicht der Occupational Science	32
1.2.1 Was ist Betätigung?	34
1.2.2 Die Wechselwirkung zwischen Betätigung, Person und Umwelt .38	
1.2.3 Bedeutungsvolle Betätigungen, psychische Gesundheit und Wohlbefinden	40
1.3 Betätigungskonzepte aus der Occupational Science.	46
1.3.1 Occupational Balance	46
1.3.2 Occupational Transition	52
1.3.3 Occupational Justice – Betätigungsgerechtigkeit	59
1.3.4 Co-Occupation	65
2 Werkzeuge für betätigungszentriertes Arbeiten in der psychosozialen Ergotherapie	73
2.1 Betätigung im Zentrum ergotherapeutischen Denkens	73
2.1.1 Betätigung, Person und Umwelt in ergotherapeutischen Inhaltsmodellen	73
2.1.2 Betätigung als Kerndomäne.	77
2.1.3 Ergotherapeutische Prozessmodelle	80
2.1.4 Exkurs: Top down – Bottom up	81
2.1.4 Wie betätigungszentriert arbeite ich schon?	85
2.2 Betätigung und Betätigungsanliegen bei psychischer Erkrankung . . .89	
2.2.1 Betätigungsverhalten von Menschen mit psychischer Erkrankung	89
2.2.1 Exkurs: Funktionsprobleme	93
2.2.2 Analyse von Betätigungsanliegen von Menschen mit psychischer Erkrankung	95
2.3 Betätigungszentrierte Zielsetzung	109
2.3.1 Die COAST-Methode	110
2.3.2 Zielsetzung nach Anne Fisher.	111

2.3.3	Goal Attainment Scaling.	112
2.3.4	SMART-Zielsetzung.	113
2.4	Bezugsrahmen	115
2.4.1	Von den Bezugswissenschaften zu den Bezugsrahmen.	116
2.4.2	Gruppe der partizipationszentrierten Bezugsrahmen	119
2.4.3	Gruppe der fertigkeitenzentrierten Bezugsrahmen	123
2.5	Professionelles Reasoning	127
	Exkurs: „Nichts über uns ohne uns!“	131
	Interview mit Dirk Hamann, Genesungsbegleiter	131
2.6	Wer bin ich und was kann ich? Berufskompetenzen am Beispiel des ergotherapeutischen Coachings	136
2.6.1	Ergotherapeutisches Coaching	139
2.6.2	Ergotherapeutisches Coaching bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	142
2.7	Kommunikation und Gesprächsführung	148
2.7.1	Methodische Ansätze der Gesprächsführung	148
2.7.2	Gesprächsführung als Werkzeug für eine betätigungszentrierte Praxis	155
2.7.3	Was mache ich, wenn	157
2.8	Recovery – ein Ansatz für eine Ergotherapie in der Psychiatrie mit politischem Impetus	163
2.8.1	Recovery – eine Annäherung	163
2.8.2	Persönlicher Hintergrund	169
2.9	Diskriminierungssensible Ergotherapie – erste Schritte	181
2.9.1	Interkulturalität und Diversität	182
2.9.2	Selbstreflexion als Instrument zur interkulturellen Kompetenzentwicklung	183
2.9.3	Übungen zur Reflexion des eigenen Denkens und Handelns	184
Teil II Betätigung im Zentrum des Handelns		189
3	Methodisches Handeln	189
3.1	Der Beginn der Zusammenarbeit	189
3.1.1	Wie gestalte ich Erstkontakte?	189
3.2	Evaluation – Erhebung von Betätigungsprofil und Betätigungsanliegen im Erstgespräch	197
3.2.1	Wie erhebe ich alltägliche Betätigungen?	198
3.2.2	Wie identifiziere ich ein Betätigungsanliegen?	207
3.3	Evaluation – Betätigungsanalyse und Zielsetzung	218
3.3.1	Meine/Mein Klient*in führt die problematische Betätigung aus.	218
3.3.2	Meine/Mein Klient*in führt die Betätigung derzeit (noch) nicht (mehr) aus.	226
3.3.3	Meine/Mein Klient*in ist akut erkrankt und zeigt „ver-rücktes“ Handeln	229

3.4	Intervention – Planung und Umsetzung	233
3.4.1	Interventionsplan	233
3.4.2	Implementierung der Intervention	235
3.4.3	Überprüfen der Intervention	236
3.5	Outcome	250
3.5.1	Warum eigentlich eine Outcome-Messung?	250
4	Wie es gehen kann – Konzepte und Ansätze	257
4.1	Das „Do-Live-Well“-Framework und das „Lebe dein Leben gut“-Instrument.	258
4.1.1	Das „Do-Live-Well“-Framework	259
4.1.2	Das „Lebe dein Leben gut“-Instrument	264
4.2	Time-Use-Konzepte	271
4.2.1	Genesung aktivieren – Teilhabe fördern/ Recovery through Activity.	272
4.2.2	Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden	281
4.3	ZEPS: Zugehörigkeit erleben – Perspektiven schaffen. Ein Überblick . .	295
4.4	Kontextbasierte Ergotherapie	306
4.4.1	Stationsäquivalente Behandlung (StäB)	308
4.4.2	Jobcoaching ^{AP}	313
4.4.3	Foto-Coaching: Kontextbasierte Ergotherapie in institutionellen Settings.	325
4.5	„Handwerk“ – ist das Kunst oder kann das weg?	335
	Exkurs: Der Einsatz handwerklich-gestalterischer Angebote. . .	337
	Interview mit Christiane Haerlin	338
4.5.1	Stimmen aus der Praxis	343
5	Auf zu neuen Ufern – wie Betätigungszentrierung in die Praxis kommt	347
5.1	Eine Hinführung.	347
5.1.1	Herausforderungen und Ressourcen bei der Implementierung .	349
5.1.2	Praxistipps	351
	Exkurs: Einzel vs. Gruppe	354
5.2	Konfliktmanagement	358
5.3	Change-Management	362
5.3.1	Mach es möglich!.	362
5.3.2	Warum Change-Management?	363
5.3.3	Wie kann ein grundlegender und komplexer Wandel im psychosozialen Arbeitsfeld der Ergotherapie erfolgreich verlaufen?	365
5.3.4	Wie verlaufen Change-Prozesse?	366
5.3.5	Erfolgsfaktoren im Change	368
5.3.6	Change-Management-Matrix	369
5.3.7	Es tut sich was!.	373

Anhang

1	Assessments, die Betätigungszentrierung im psychosozialen Fachbereich unterstützen	378
2	Leitfragen zur Sensibilisierung von Ergotherapeut*innen in Bezug auf Transitionsprozesse von Klient*innen	380
3	Reflexionsfragen über die Klient*in-Therapeut*in-Interaktion als Co-Occupation	381
4	Checkliste zur Betätigungszentrierung	382

Abkürzungsverzeichnis	384
--	------------

Literaturverzeichnis	385
---------------------------------------	------------

Stichwortverzeichnis	420
---------------------------------------	------------

Die Autor:innen	424
----------------------------------	------------

Vorwort

Rebecca Lang, Nicole Kaldewei

Inhalt

Warum erscheint jetzt dieses Buch?	9
Die Umfrage im Vorfeld dieses Buches	12
Für wen ist dieses Buch geschrieben?	14
Wie liest man dieses Buch?	15
Fallbeispiele	15
Der Blick in den Kopf	15
Ergänzende Informationen im Text	16
Verwendete Terminologie im Buch	16
Danksagung	17

Warum erscheint jetzt dieses Buch?

Dieses Buch soll Ihnen als praktisches Handbuch dienen (inkl. der dazu notwendigen theoretischen Auseinandersetzung), wenn Sie mit Ihren Klient*innen im psychosozialen Fachbereich eine betätigungszentrierte Ergotherapie anstreben möchten. Als Inspiration beginnen wir das Buch mit dem Blick in die Praxis und beschreiben zwei Schlüsselmomente, die uns, die Herausgeberinnen, auf unserem Weg in die betätigungszentrierte Ergotherapie geprägt und angespornt haben:

Ein Pferdesattel auf der Station

Er begegnete mir auf der akutenpsychiatrischen Station, bzw. begegnet ist das falsche Wort: Von akuten Symptomen gezeichnet, saß er in einer Sitzcke, in sich versunken, starr blickend und nicht am Stationsleben teilnehmend. Laut Stationsteam sei er nicht geeignet für „die“ Ergotherapie, in der Akutphase seiner Erkrankung müsse man abwarten, bis die Medikamente wirkten.

Ich setzte mich zu ihm, stellte mich vor und entschuldigte mich für die verschmutzte Jacke, die ich trug. Ich hatte das Wetter falsch eingeschätzt und fand nur diese im Auto, eine Stalljacke, eben schmutzig und mit Pferde- und Hundehaaren übersät. Der starre Blick löste sich, der Klient nahm Blickkontakt auf und fing an zu erzählen, wenngleich auch nur leise: Er hatte viele Jahre auf einem Bauernhof unweit der Klinik die Pferde versorgt, die Tiere begeisterten ihn, der Mann von damals sei nicht mehr der von heute, so seine Aussage, auf dem Hof sei er immer aktiv gewesen und habe Kilometer gemacht, jetzt schränke seine Erkrankung ihn so sehr ein, er fühle sich gefangen, er habe sich irgendwann nicht mehr getraut, zum Hof zu gehen. Er könne sich so gut an den Geruch erinnern, den Geruch der Tiere, des Heus und Strohs ebenso wie den Geruch der frisch eingefetteten Ledersättel. Mit dieser Erinnerung schien er sich wieder zu verschließen, löste den Blick und verfiel wieder in eine körperliche Starre. Bedingt durch die geschützte Station mit nur eingeschränkten Möglichkeiten ausgestat-

tet, überlegte ich, welche ergotherapeutischen Angebote ich ihm unterbreiten könnte. Auf die Frage, ob er sich denn vorstellen könne, etwas von den bedeutsamen Tätigkeiten aufzugreifen, schaute sein Blick leider nur ins Leere. Einen Versuch schien es mir wert: So marschierte ich am nächsten Tag mit einem Sattel und entsprechenden Pflegeutensilien auf die Station, begleitet von ungläubigen Blicken des Pflegepersonals. Der Klient saß wieder in der Sitzecke, hob jedoch den Blick und betrachtete mein Mitgebrachtes, dann lächelte er mich an, wir nickten uns zu und verschwanden im Ergotherapieaum. Eine volle halbe Stunde säuberte und pflegte er den Sattel, die Lederseife habe er auch immer benutzt, und erzählte von seinen Erlebnissen auf dem Bauernhof. Am Ende sagte er: „Ich möchte wieder gesund werden, und wenn ich verlegt werde, gehe ich zu Karl (Besitzer des Hofes) und frage ihn, ob ich ihm ab und zu wieder helfen darf.“

Französische Heimat in der Ergotherapie

In seinen vielen Aufenthalten in unserer Klinik zog er sich in den ersten Tagen stets von Zwängen und Ängsten gequält zurück und kam nur zu den Mahlzeiten und zum Rauchen kurz aus dem Bett. Die Ergotherapie-Termine aber versäumte er so gut wie nie. Er steuerte in jeder Stunde zielgerichtet auf den Stapel Mandala-Malvorlagen zu und malte dann schweigend aus. Eines Tages fragte ich ihn, ob er auch zu Hause male. Nein, das mache er nur in der Klinik und freue sich immer schon auf diese Ablenkung. Ich kam mit ihm ins Gespräch – über seinen Tagesablauf, die Besuche in der Tagesstätte und Telefonate mit seiner Familie ... in seiner Heimat Paris. Er blühte im Gespräch über die Fußballmannschaft Paris Saint-Germain, die Équipe de France, die Metro, die verschiedenen Bahnhöfe in Paris und den Thalys auf.

Ohne dass es mir bewusst war, hatte ich zum ersten Mal ein Betätigungsprofil erfragt – und gleich einen Schatz gehoben! Welcher Reichtum an bedeutsamen Erinnerungen, Interessen und Leidenschaften war jahrelang hinter Minussymptomatik und Klinikroutine von mir nicht entdeckt worden. Nach diesem Gespräch fühlte ich mich ermutigt, ihn zukünftig in der Ergotherapie zu Aktivitäten zu motivieren, die einen Bezug zu seiner Biografie, seinen Interessen und Werten hatten: So entschied er sich, das Emblem von Saint-Germain auf eine Tasche für seinen Wocheneinkauf zu malen oder ein Eiffelturm-Fadenbild für seine Wohnung zu gestalten. Wenn es ihm sehr schlecht ging, malte er wie früher aus – aber Frankreich-Motive, die er sich selbst aus dem Internet suchte. Trotz der institutionellen Vorgabe, eine kreativ-gestalterisch geprägte Ergotherapie bereitzustellen, konnten wir gemeinsam Ergotherapie für ihn bedeutungsvoller und mit einem direkten Bezug zu seinen alltäglichen Interessen und Betätigungen gestalten.

Diese beiden Beispiele zeigen, wie wertvoll es für uns und unsere Klient*innen sein kann, individuell bedeutsame Betätigungen (occupation) in den Mittelpunkt der Ergotherapie zu rücken, statt Handlungsangebote zu unterbreiten, die keinen Bezug zum Alltag der Klient*innen besitzen oder Körperfunktionen trainieren. Viele von Ihnen haben DAS aber in den vergangenen Jahren genau so gelernt, da die allgemein gültige Lehrmeinung lautete: „Ergotherapie hat [...] die Wiederherstellung oder erstmalige Herstellung verlorengegangener oder noch nicht vorhandener kör-

perlicher, geistiger oder seelischer Funktionen zum Ziel“ (Marquardt 2004, S. 125), damit Klient*innen größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im täglichen Leben erreichen. Die Fokussierung auf Methoden zur Anbahnung von Körperfunktionen rückte lange Jahre das eigentliche Ziel von Ergotherapie, nämlich eine zufriedenstellende Handlungsfähigkeit im Alltag zu ermöglichen, aus dem Zentrum ergotherapeutischer Arbeit heraus.

Betätigungszentrierte Ansätze greifen diesen Gedanken auf und setzen die Handlungserfahrungen, -muster und -bedürfnisse der Klient*innen ins Zentrum ergotherapeutischer Diagnostik, Intervention und Ergebnismessung. In einzelnen Fachbereichen der Ergotherapie hat ein betätigungszentriertes Vorgehen mittlerweile verstärkt Einzug genommen. Im psychosozialen Fachbereich beobachten wir im Rahmen langjähriger Berufserfahrung in Praxis und Lehre sowie im kollegialen Austausch folgenden Ist-Zustand:

- Ergotherapeut*innen bedienen sich häufig der Interventionen von fachfernen Bezugswissenschaften, da diese evidenzbasiert sind und/oder interdisziplinäre Akzeptanz genießen. Zumeist haben diese Interventionen jedoch Funktionsverbesserungen zum Ziel.
- In vielen Institutionen des psychosozialen Fachbereiches werden nach wie vor in der Ergotherapie oft handwerklich-gestalterische Interventionen angeboten, die zumeist einen beschäftigenden, tagesstrukturierenden Charakter haben (sollen).
- Individuelle Handlungserfahrungen und -bedürfnisse der Klient*innen in deren Alltag sind selten Gegenstand ergotherapeutischer Diagnostik, Intervention oder Ergebnismessung. Die Occupational Science (Betätigungswissenschaft) dient selten als Bezugswissenschaft in der ergotherapeutischen Versorgung.
- Viele Kolleg*innen haben Interesse an betätigungszentrierten Ansätzen und wünschen sich, ihr praktisches Arbeiten zu verändern.
- Manchmal fehlt das Wissen zur Umsetzung von Betätigungszentrierung in der Praxis, z. B. durch veraltete Ausbildungsinhalte oder dem fehlenden Zugriff auf Wissensquellen.
- Institutionelle Rahmenbedingungen stützen tradierte Arbeitsweisen und entmutigen bei der Umsetzung von Visionen, gleichzeitig berichten Kolleg*innen von Unsicherheiten durch das Gefühl, Einzelkämpfer*innen in einer großen Institution zu sein.
- Kolleg*innen entwickeln individuelle Ideen, Betätigungszentrierung in ihrem Setting umzusetzen, die aber leider häufig dort verbleiben und nicht den Weg in die Community of Practice finden.

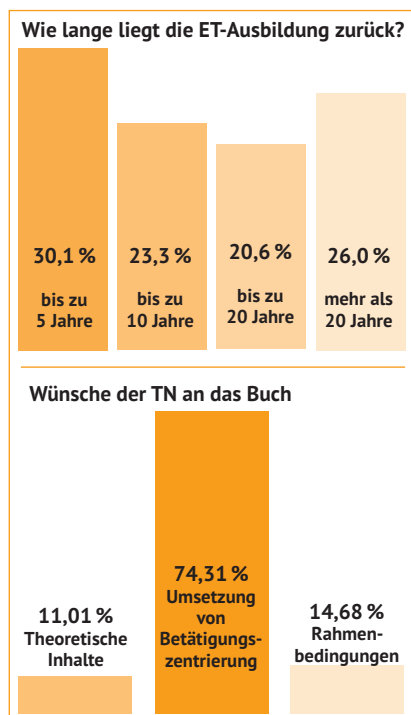
Damit die Ergotherapie als Disziplin weiter Bestand haben kann, braucht es eine aktuelle, bestmöglich wissenschaftlich basierte, gemeinsame, dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma folgende Ausrichtung, die Betätigung ins Zentrum des beruflichen Denkens und Handelns stellt. Wir sind der Überzeugung, dass diese Ausrichtung Ergotherapeut*innen in ihrer eigenen Berufsidentität als auch gegenüber anderen stärkt, ihre Klient*innen zu mehr Selbstmanagement befähigt als auch den gesellschaftlichen Entwicklungen wie z. B. Partizipation und Inklusion Rechnung

trägt. Um das methodische Handeln entsprechend auszurichten und so die Ergotherapie im psychosozialen Fachbereich besser auf Mikro-, Meso- und Makroebene zu positionieren, haben wir uns daher auf den Weg gemacht, betätigungszentrierte Interventionen zu sammeln und mit den Grundlagen der Ergotherapie zu verknüpfen, um daraus ein Buch zu gestalten, das Therapeut*innen und Lernende ermutigt und befähigt, den Sprung in die betätigungszentrierte Ergotherapie zu wagen und zu schaffen.

„Unser Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann.“
(Francis Picabia)

Die Umfrage im Vorfeld dieses Buches

Um den derzeitigen Bedarf an ein Fachbuch zum Thema betätigungszentrierte Ergotherapie im psychosozialen Arbeitsfeld zu ermitteln, entschieden sich die ursprünglichen Herausgeberinnen Christina Moises und Rebecca Lang im Jahr 2019 zu einer deutschlandweiten Umfrage unter Kolleg*innen, die im psychosozialen Bereich arbeiten. An der Umfrage beteiligten sich 139 Kolleg*innen, von denen 73 die Umfrage beendeten.



Die Berufserfahrung der Teilnehmer*innen war wie folgt verteilt: 30,1 % waren mit 5 Jahren Erfahrung eher Berufsanfänger*innen, 23,3 % der Teilnehmer*innen verfügten über bis zu 10 Jahre Berufserfahrung. Bei 20,6 % lag der berufsschulische Abschluss bis zu 20 Jahre und bei 26,0 % noch länger zurück.

Die Teilnehmenden hatten zu einem Großteil einen ergotherapeutischen Berufsfachschulabschluss absolviert, einige verfügten über einen Ergotherapie-Abschluss auf Bachelor-Niveau. Des Weiteren gaben einzelne Teilnehmer*innen an, zusätzlich zum berufsfachschulischen Abschluss über eine Heilpraktiker*innen-Ausbildung bzw. einen Bachelor in Kunst- und Gestaltungstherapie zu verfügen.

In der Umfrage wurden die Teilnehmer*innen unter anderem gebeten, ihre Themenwünsche an ein Fachbuch zur betätigungszentrierten Ergotherapie im psychosozialen Arbeitsfeld zu äußern. 11 % wünschten sich, dass im Buch auf theoretische Inhalte eingegangen werde, 74 % erhofften sich, im Buch Tipps und Ratschläge zur konkreten Umsetzung betätigungszentrierter Ergotherapie im psychosozialen Arbeitsfeld zu

finden. Knapp 15 % baten darum, im Buch die derzeitigen Rahmenbedingungen in der psychosozialen Versorgungslandschaft zu thematisieren. Die genaueren Inhalte der drei Themenfelder sind nachfolgend dargestellt.

Theoretische Inhalte

Bei den 11 % der Wünsche nach theoretischen Inhalten im Buch bezog sich ein Drittel auf Gesprächsführung. Anderen Teilnehmer*innen (TN) war wichtig, im Buch Erläuterungen zur Terminologie, zu ergotherapeutischen Modellen und Kompetenzen sowie zu Begriffen wie Empowerment, Recovery und Professional Reasoning zu finden.

Auf diese Wünsche geht der erste Teil des Buches unter dem Titel „Betätigung im Zentrum des Denkens“ ein. Für eine Konzeptänderung hin zu Betätigungszentrierung ist es notwendig, dass alle beteiligten Kolleg*innen auf ähnlichem Wissensstand in Bezug auf die modernen ergotherapeutischen Erkenntnisse sind, um gemeinsam Veränderung zu erreichen. Dieser Gedanke wird in den Kapiteln 1 und 2 des Buches aufgegriffen, die eher „kopflastig“ ausgerichtet sind, sich also mit Wissen beschäftigen – es werden zunächst die historische Einordnung der Ergotherapie vor dem Hintergrund der Betätigungszentrierung, der Begriff der Betätigung aus Sicht der Betätigungswissenschaft sowie der Zusammenhang zwischen Betätigung und psychischer Gesundheit beleuchtet. Das Verständnis über Betätigung aus ergotherapeutischer Perspektive, Betätigung bei psychischer Erkrankung, theoretische Grundlagen zum methodischen Handeln sowie die Vorstellung der Grundannahmen zur therapeutischen Haltung im psychosozialen Bereich folgen.

Umsetzung von Betätigungszentrierung

Ca. 74 % der Wünsche bezogen sich auf die Umsetzung betätigungszentrierter Ergotherapie. Sie beinhalteten einzelne Fragen zur zeitlichen, vor allem aber zur inhaltlichen Umsetzung. Konkret wollte ein Großteil der TN Ideen und Anregungen zu betätigungszentrierter Ergotherapie im institutionellen Setting erhalten, um dort den häuslichen Alltag mit einzubeziehen, Alternativen zum Handwerk zu bekommen und Ideen für betätigungszentrierte Gruppenangebote zu erhalten. Einige wünschten sich, dass wir speziell auf den Bereich Arbeit eingehen. Neben allgemeinen Anregungen, im Buch etwas über den ergotherapeutischen Prozess zu finden, wurden konkrete Wünsche bezüglich der Assessmentauswahl, der Zielsetzung sowie des Umgangs bei Betätigungsdysbalance geäußert. Viele TN wünschten sich ferner eine anschauliche Darstellung der Inhalte mit Fallbeispielen.



Zitate aus der Umfrage:
„Tipps zur Gesprächsführung, um Gespräche auf Betätigungsprobleme zu fokussieren, anstatt funktionsorientiert zu befunden.“
 (TN 84031337)
„Klärung des Begriffs Betätigung. Abgrenzung zu Aktivität, Tätigkeit.“
 (TN 83674544)

Zitate aus der Umfrage:
„Wie kann eine Umsetzung in der Gruppe aussehen?“
 (TN 84402279)
„Schön wären neue Ideen, die das Tun in den Vordergrund stellen – jenseits von klassischer handwerklich ausgerichteter Ergotherapie.“ (TN 83829705)
„Allgemein wäre es von Vorteil, ein Buch zu haben, welches die wichtigsten Aspekte zusammenfasst und mit Fallbeispielen belegt.“ (TN 84021187)
„Schön wären Ideen und Inspirationen für praktische und alltagsbezogene „Werkzeuge“ [...], die sich gar nicht so sehr an Diagnosen orientieren müssten, sondern eher an Betätigungsproblemen.“
 (TN 83829705)



Auf diese Anliegen geht der zweite Teil des Buches unter dem Titel „**Betätigung im Zentrum des Handelns**“ ein. Dieser Teil ist eher „handfester“ Natur, so erläutert Kapitel 3 anhand von fortlaufenden Fallbeispielen den ergotherapeutischen Prozess und greift dabei auf die theoretischen Inhalte aus Kapitel 1 und 2 zurück. In Kapitel 4 stellen diverse Autor*innen betätigungszentrierte Konzepte theoretisch und mithilfe von Falldarstellungen vor.

Rahmenbedingungen

Knapp 15 % der Wünsche betrafen Fragen, die mit den derzeitigen Rahmenbedingungen wie kurze Verweildauer, Wirtschaftlichkeit sowie mit der Stellung der Ergotherapie im Gesundheitssystem zusammenhängen. Dabei waren viele Teilnehmer*innen an Strategien interessiert, um die Umstellung auf eine betätigungszentrierte Ergotherapie gegenüber Ärzt*innen, Krankenkassen etc. zu begründen und durchzusetzen.

Da Konzeptveränderungen, Veränderungen der Arbeitsweise oder Aufgabenverschiebungen stets auch große Auswirkungen auf die Gesamtstruktur der jeweiligen Institution haben, bzw. institutionelle Bedingungen Veränderungsprozesse unterstützen oder behindern, widmet sich – wie von den Teilnehmer*innen der Umfrage gewünscht – Kapitel 5 des Buches den Herausforderungen im Zusammenhang mit der Implementierung betätigungszentrierter Ergotherapie in bestehende Strukturen. Wir gehen auf Lösungsstrategien, Konflikt- und Change-Management ein und zeigen, wie mithilfe verschiedener Tools die Umstellung auf eine betätigungszentrierte Ergotherapie gelingen kann.



Zitate aus der Umfrage:

„Man ist leider noch oft an die Strukturen der „alten“

Ergotherapie gebunden. Viele

Kliniken haben noch veraltete Konzepte.“

(TN 83698335)

„Irgendwas in Richtung „Selbstbefähigung (der Ergos!) in Change-Prozessen.““

(TN 82931767)

„Auch die Klient*innen stellen sich um, wie kann man dabei unterstützen?“

(TN 83123450)



Direkte Zitate der Teilnehmer*innen, die sich auf im Text Geschriebenes beziehen, sind mit nebenstehendem Symbol gekennzeichnet.

Wir danken an dieser Stelle allen Teilnehmer*innen der Umfrage für ihre Anregungen, Fragen und Berichte über ihre Arbeit.

Für wen ist dieses Buch geschrieben?

Wir schreiben dieses Buch also nicht für Wissenschaftler*innen oder Kolleg*innen, die Betätigungszentrierung lehren oder bereits umsetzen. Unser Buch richtet sich an neugierige Ergotherapeut*innen aus dem psychosozialen Arbeitsfeld, die sich mit der Weiterentwicklung in der Ergotherapie auseinandersetzen und/oder sich inspirieren lassen wollen, Veränderungen anstreben und aufbereitete Argumentationsansätze für die Umsetzung betätigungszentrierter Angebote bzw. die Neuausrichtung der ergotherapeutischen Abteilung suchen.

Wir richten uns auch an Lernende, die im Spagat zwischen Theorie und Praxis balancieren, den betätigungszentrierten Anforderungen der Bildungsstätte gerecht werden zu müssen und gleichzeitig eine andere Praxisrealität vorfinden. Auch für Lehrende soll dieses Buch eine Stütze sein, um die Komplexität betätigungszentrierter psychosozialer Ergotherapie praxisnah und anschlussfähig zu unterrichten. Wir möchten mit diesem Buch dazu beitragen, dass Klient*innen der Ergotherapie Zugang zu einer nachhaltigen und professionellen Therapie erhalten, die sich an ihren Bedürfnissen und ihrem Alltag orientiert und dafür sorgt, dass sie dadurch zu mehr Lebensqualität und Wohlbefinden gelangen.

Wie liest man dieses Buch?

Alle Kapitel sind in sich abgeschlossen und können einzeln gelesen werden. Die Herausgeberinnen haben sich im Bewusstsein um Diversität, die sich bei uns als auch den Klient*innen widerspiegelt, gegen einen streng einheitlichen Aufbau der einzelnen Kapitel entschieden: Jede/Jeder Autor*in durfte ihre/seine Gliederung wählen/beibehalten und wir wünschen uns, dass Sie als Lesende diese Unterschiedlichkeit als Bereicherung wahrnehmen. Wir bemühen uns um eine diskriminierungssensible Sprache und nutzen daher den Genderstern zur Darstellung aller Geschlechter.

An einzelnen Stellen im Text verwenden wir die Schreibweise ver-rückt und folgen damit von Kardorff (2008, S. 291), der mit der Schreibweise ver-rückt auf die semantische Kernbedeutung des Begriffes im Sinne von „aus der gesellschaftlichen Mitte bzw. aus der eigenen Mitte ver-rückt“ aufmerksam macht.

Fallbeispiele

Alle Fallbeispiele und Zitate der Klient*innen entstammen aus der praktischen Erfahrung unserer Mitautor*innen oder unserer eigenen Arbeit. Dabei sind sämtliche Namen anonymisiert. Aufgrund der vielen unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Institutionen sowie der großen Bandbreite und Ausprägungen psychiatrischer Krankheitsbilder im psychosozialen Arbeitsfeld können die jeweiligen Fallbeispiele jedoch nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Fachbereich zeigen. Alle Fallbeispiele oder Zitate von Klient*innen sind durch hell-orangene Unterlegung sowie durch das nebenstehende Symbol gekennzeichnet.



Der Blick in den Kopf

In Kapitel 3 wird anhand von Beispielen der ergotherapeutische Prozess aufgezeigt. Gedanken, die sich Ergotherapeut*innen innerhalb des Prozesses machen, warum sie welche Entscheidungen treffen und was sie abwägen, symbolisiert der Kopf mit Zahnrädern.





Ergänzende Informationen im Text

An verschiedenen Stellen im Buch wird der Text mit Praxistipps oder Merkekästchen ergänzt. Ferner finden sich wichtige Definitionen sowie übersichtliche Zusammenfassungen in Infokästen. Exkurse sind als solche gekennzeichnet. Der Anhang enthält zudem einige hilfreiche Ergänzungen zur Unterstützung, wie z. B. eine Assessment-Übersicht oder eine „Checkliste Betätigungszentrierung“.

Verwendete Terminologie im Buch

Im Laufe der letzten 30 Jahre entstanden in der nationalen wie internationalen Ergotherapie neben Grundlagenliteratur auch viele praxisbezogene Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sowie Forschungsberichte über das methodische Vorgehen in der Ergotherapie. Wie auch in anderen Fachbereichen nutzen die Herausgeberinnen dabei je nach Modelltheorie oder Entstehungskontext entsprechende Fachterminologie, die manchmal mit den gleichen Begriffen andere Inhalte verbindet oder aber mit unterschiedlichen Begriffen dieselben Inhalte beschreibt. Diese terminologische Vielfalt zu ergründen, ist nicht Gegenstand dieses Buches. Die Herausgeberinnen beziehen sich auf eine Auswahl ergotherapeutischer Inhalts- und Prozessmodelle sowie deren Fachwortschatz. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Terminologie des Occupational Therapy Practice Framework (OTPF). Das OTPF des US-Amerikanischen Berufsverbandes (AOTA 2020; 2018), das aus der Darstellung des Gegenstandsgebietes und der Prozessbeschreibung besteht, liegt in deutscher Übersetzung als sog. „AOTA-Framework“ vor. Ferner existiert die Leitlinie „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ (AOTA 2018), die auf dem OTPF beruht. Dabei ist zu beachten, dass auch in diesen beiden Quellen vereinzelt unterschiedliche Terminologie verwendet wird.



Sind Sie von der terminologischen Vielfalt verwirrt oder geht Ihnen der rote Faden verloren? Lesen Sie zu viele Informationen auf einmal? Dafür begleitet Sie dieses Symbol im Weiteren. Auch uns als Herausgeberinnen geht es manchmal so, ebenso vielen praktisch tätigen Kolleg*innen und Lernenden. Es sind Momente, in denen man ins Zweifeln kommt, eine vertiefte Auseinandersetzung aber wieder zu Klarheit führt. Nehmen Sie sich Zeit dafür.

In diesem Buch nutzen wir vorwiegend deutschsprachige Grundlagenliteratur, um Ihnen guten Zugang zur weiterführenden Literatur zu ermöglichen. Diese ist am Ende jeden Kapitels als „Weiterführende Literatur zur Vertiefung des Themas“ aufgeführt und lädt dazu ein, sich tiefer in die Themen einzuarbeiten.

Danksagung

An diesem Buch haben uns folgende Kolleg*innen unterstützt. Wir danken

- *Laura Dietze, Christina Sperling und Melina Nawrath*, die aus studentischer Sicht die Inhalte auf Verständnis hin gelesen haben
- *Ulla Pott, Claudia Merklein de Freitas und Matthias Möller* fürs Mitdenken an den Bezugsrahmen und *Gianna Vetten* mit dem Fokus auf Betätigungsanliegen und -analyse
- *Saskia Osterburg* für Übersetzungsarbeiten
- *Julia Schirmer* für die Positionierung gegenüber handwerklichen und gestalterischen Techniken
- *Helen Strebel* für ihre abschließende Prüfung auf Stringenz, Kongruenz und eigentlich einfach alles
- unseren *Mitautor*innen* für ihren Langmut und ihre motivierenden Worte.

Des Weiteren danke ich, Rebecca, meiner Frau, dass sie mich unzählige Stunden lang unansprechbar am PC ertragen hat, und ich, Nicole, meinen Eltern für die Unterstützung bei der Umsetzung des Berufswunsches, der mich bis heute glücklich macht.

Teil I – Betätigung im Zentrum des Denkens

1 Betätigung als Kernelement der Ergotherapie

Rebecca Lang

Inhalt

1.1	Paradigmenwechsel als Ursprung betätigungszentrierter Ergotherapie.	19
1.1.1	Verwahrende Psychiatrie und biomedizinische Sichtweise auf Krankheit.	20
1.1.2	Psychiatriereformen und bio-psychosoziale Perspektive auf Krankheitsentstehung .	21
1.1.3	Internationale Standards in der Gesundheitspolitik	22
1.1.4	Auswirkung der Paradigmenwechsel für die Ergotherapie im psychosozialen Fachbereich	24
	Beschäftigung und Ablenkung.	24
	Von der Beschäftigung zur Funktion: Die biomedizinische Perspektive – funktionsorientierte Ergotherapie.	25
	Von der Funktion zur Betätigung: Ergotherapie und die bio-psychosoziale Perspektive – bedeutungsvolle Betätigung im Zentrum.	25
	Modellentwicklung international	25
	Occupational Science.	27
	Jahrtausendwende – Internationale Standards und Wende in der deutschen Ergotherapie	27
1.1.5	Sich auf den Weg machen – der lohnende Weg zur betätigungszentrierten Ergotherapie.	28
	Zusammenfassung.	30

1.1 Paradigmenwechsel als Ursprung betätigungszentrierter Ergotherapie

„Nur wer die Vergangenheit kennt, hat eine Zukunft.“
Wilhelm von Humboldt

Die Ursprünge des ergotherapeutischen Berufsbildes liegen in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, die im 19. Jahrhundert in damals als „Nervenheilanstalten“ bezeichneten Institutionen behandelt wurden (Kinébanian 2019; Duncan 2013; Kielhofner 2009). In den vergangenen 150 Jahren wandelte sich das Berufsbild der Ergotherapie entsprechend gesellschaftlichen und politischen Strömungen sowie Erkenntnissen in der Gesundheitsversorgung verschiedentlich, was zu Veränderungen in berufsspezifischen Grundannahmen und Arbeitsweisen führte. Auch im psychosozialen Arbeitsfeld ist die Ergotherapie seit einigen Jahren in Bewegung geraten. Kolleg*innen sehen sich mit Begriffen wie „Betätigung“, „Top-

down“, „Kontextbasierung“ oder „Empowerment“ konfrontiert. Zwischen Anleitenden und Lernenden in der fachpraktischen Ausbildung kommt es zu Diskussionen über Funktionsorientierung und Betätigungsorientierung. Nicht wenige fühlen sich von Anglizismen wie „Performance“, „Engagement“ oder „Participation“ verunsichert und fragen sich, ob das eigentlich noch der Beruf ist, den sie vor 15 oder 20 Jahren gelernt haben.

Das vorliegende Kapitel skizziert, wie es im Laufe der letzten Jahre zu den tiefgreifenden Veränderungen in der Ergotherapie insgesamt – und damit auch in der ergotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen – kam. Das Kapitel erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit der berufsgeschichtlichen Entwicklung. Es soll einen groben Überblick über gesellschafts- und gesundheitspolitische Einflüsse geben, die zu einer veränderten Grundhaltung in der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen im Besonderen führte.

1.1.1 Verwahrende Psychiatrie und biomedizinische Sichtweise auf Krankheit

Im Laufe des 19. Jahrhunderts – zu Zeiten der Industrialisierung – herrschte die gesellschaftliche Überzeugung, der Wert eines Menschen sei untrennbar mit seiner Arbeit verbunden (Weinstock-Zlotnick & Hinojosa 2004). Begleitend entwickelte sich – ausgehend von Großbritannien – die Arts-and-Crafts-Bewegung, die als Ausgleich zur industriellen Leistungsnorm die Rückbesinnung auf die Herstellung kreativ-handwerklicher Produkte in den Mittelpunkt menschlichen Daseins rückte.

Dies hatte auch Einfluss auf die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Annahme, dass es zur Gesundung beiträgt, sich mit etwas zu beschäftigen und von Symptomen abzulenken, führte dazu, dass die Patient*innen zu Arbeiten in den anstaltseigenen landwirtschaftlichen und handwerklichen Betrieben, Wäschereien oder Nähstuben herangezogen wurden, statt hauptsächlich in Bettensälen behandelt zu werden. Dies geschah oftmals unter Zwang und hatte neben dem Beschäftigungsgedanken auch wirtschaftliche Hintergründe, da die „Nervenheilanstalten“ zu dieser Zeit sehr viele Patient*innen beherbergten und die Versorgung einen großen Kostenfaktor darstellte.



Abb. 1.1a: Alexianer Krankenhaus Krefeld, 1920
(Quelle: Alexianer)

In den Jahren nach den Weltkriegen nahm die Forschung in der Neurowissenschaft zu und die Entwicklung von Neuroleptika beeinflusste zunehmend die psychiatrischen Behandlungsmethoden. Dem vorherrschenden biomedizinischen Modell lag die Annahme zugrunde, dass „in der Person liegende Defekte und Dysfunktionen die Krankheit bedingen“ (Franke 2012, S. 15), auf die medikamentös regulierend Einfluss genommen werden konnte. Diese sogenannte „pharmakologische Revolution“

(Paterson 2014, S. 5) hatte den Wandel von einer verwahrenden zu einer therapeutisch-rehabilitativen Psychiatrie zur Folge, die jedoch zunächst ausschließlich stationär und in den großen Fachkliniken des 19. und 20. Jahrhunderts verortet war.

1.1.2 Psychiatriereformen und bio-psychoziale Perspektive auf Krankheitsentstehung

Aus Platz- und Kostengründen, aber auch auf Grundlage einer veränderten Annahme über Krankheitsentstehung entwickelte sich ab den 1960er Jahren – zunächst im angloamerikanischen Raum – die gemeindenähe Behandlung als Alternative zu stationären Behandlungen in großen Fachkliniken. Mit der **Entwicklung des bio-psychozialen Modells**, als Gegenentwurf zum biomedizinischen Modell, wurde Gesundheit nicht mehr allein als Abwesenheit von Krankheit gesehen und Symptome wurden nicht nur als Dysfunktion der Person definiert. Vielmehr wurde das Zusammenspiel von biologischen, sozialen und psychischen Aspekten bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheit als wesentlich betrachtet (Engel 1977). Folgerichtig wurden daher in den folgenden Jahrzehnten Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr ausschließlich abgeschirmt in Institutionen behandelt, sondern zunehmend in teilstationären und ambulanten Settings unter Einbezug des Wohn- und Lebensumfeldes.



Abb. 1.1b: Krankenhauspatientinnen, 1960
© Missouri State Archive

In Deutschland vollzog sich der Wandel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen etwas zeitverzögert. Ähnlich wie im internationalen Ausland dominierte in den Jahren nach den Weltkriegen die biomedizinische Annahme zu Krankheit bzw. Gesundheit. Allerdings wurden Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend diesen defizitorientierten und symptomreduzierenden Ansätzen noch bis in die 1970er Jahre hinein in erster Linie medikamentös und im klinischen Setting behandelt. Erst Mitte der 1970er Jahre trugen die Erkenntnisse und Forderungen der Psychiatrie-Enquête (Sachverständigen-Kommission 1975) zusammen mit den neuen bio-psychozialen Modellannahmen zu einem ersten Umdenken in Bezug auf die Behandlung psychisch erkrankter Menschen bei. Die Annahme, dass auch soziale Faktoren bei Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen eine Rolle spielen, führte schließlich zur Entstehung der Sozialpsychiatrie (Häfner 2016; Finzen 2015). Diesem sozialmedizinischen Zweig der Psychiatrie entsprechend wurden die gemeindenähe Versorgung, der Auf- und Ausbau ambulanter Dienste sowie die Kooperation und Koordination aller Versorgungsdienste neben der medikamentösen Therapie zu wesentlichen Bestandteilen der psychiatrischen Behandlung.

Seit den 1980er Jahren entwickelte sich in Deutschland allmählich eine psychosoziale Versorgungslandschaft, die mit teilstationären und ambulanten Angeboten heute die Lebenswelt der Klient*innen mit in die Behandlung einbezieht.

1.1.3 Internationale Standards in der Gesundheitspolitik

Um die Jahrtausendwende herum führten die oben erwähnte Annahme multifaktorieller Entstehungsursachen von Krankheit bzw. Gesundheitsproblemen sowie Forderungen nach einer gleichberechtigten Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben zur Entwicklung von Versorgungsstandards und Grundsatzserklärungen zu gleichberechtigter Teilhabe durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO). So wurde 2001 das bio-psychosoziale Modell der **Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)** veröffentlicht (→ Abb. 1.1c, d) (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2021). Seitdem bietet sie mit international einheitlicher Terminologie eine holistische Sichtweise in Bezug auf Entstehung und Auswirkungen von Gesundheitsproblemen. Seit 2005 liegt die Klassifikation der ICF auch in deutscher Übersetzung vor (DIMDI 2005).

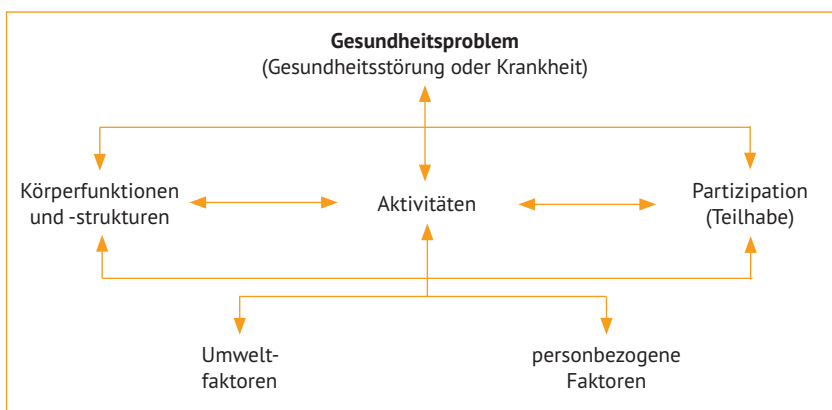


Abb. 1.1c: Grafische Struktur der ICF (DIMDI 2005)

Das Modell der ICF veranschaulicht, dass Gesundheitsprobleme stets in Wechselwirkung mit physiologisch-anatomischen Komponenten, aber auch mit Aktivitäten sowie der gesellschaftlichen Teilhabe stehen. Alle drei Komponenten sind in Domänen unterteilt, die die einzelnen Komponenten näher spezifizieren (DIMDI 2005). Ferner beschreibt das Modell gesundheitsbeeinflussende Faktoren, die außerhalb eines Individuums liegen (materielle, soziale und einstellungsbezogene Umweltfaktoren) sowie spezielle Umstände und Gegebenheiten, die einer Person innewohnen (personenbezogene Faktoren, wie z. B. Alter, Geschlecht, Persönlichkeit, Einstellung, sozio-ökonomischer Status).

Im Jahre 2006 verabschiedete die WHO die **UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)**, die eine gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben zum internationalen Grundsatz erklärt. Sie unterstreicht, Behinderung sei nicht allein medizinisch-defizitär, sondern stets in Abhängigkeit zu umwelt- oder einstellungsbedingten Barrieren zu verstehen. In Artikel 1 werden neben Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbeeinträchtigungen auch Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen in die Forderung mit einbezogen (Deutsches Institut für Menschenrechte 2021; Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017). Damit greift die UN-BRK die bereits in den 1970er Jahren im Rahmen der Psychiatrie-Enquête (→ Abb. 1.1d) geforderte Gleichstellung psychisch Erkrankter mit somatisch erkrankten Menschen auf (Häfner 2016). In den Inhalten der UN-BRK spiegeln sich Grundhaltungen wie Klient*innenzentrierung, Empowerment und Shared-decision-making sowie Recovery und daraus erwachsene Behandlungskonzepte wider. All dies steht in engem Zusammenhang mit einer betätigungszentrierten Ergotherapie.

Die UN-BRK wurde mit dem Auftrag verabschiedet, auf jeweils nationaler Ebene gesetzliche Grundlagen für die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen umzusetzen. Seit 2011 setzt Deutschland, nach der Ratifizierung der UN-BRK im Jahre 2009, die Forderungen nach gleichberechtigter Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Deutschland im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes (NAP) um (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011). Der NAP beinhaltet die Verabschiedung und Anpassung diverser Gesetze zur nationalen Umsetzung der UN-BRK, wie beispielsweise das 2016 in Kraft getretene **Bundesteilhabegesetz (BTHG)** (→ Abb. 1.1d). Die gesetzlichen Anpassungen folgen der Grundannahme, Menschen mit Behinderungen – also auch psychisch erkrankte Menschen – seien nicht länger als Fürsorgeempfänger*innen zu sehen, sondern als selbstbestimmte Individuen mit Selbstverantwortung und Rechten (Deutsches Institut für Menschenrechte 2021). Seitdem existiert die gesetzliche Verpflichtung, Chancengleichheit, Selbstbestimmung und Partizipation für Menschen mit Behinderungen – also auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen – in Deutschland zu gewährleisten und zu schützen (Deutsches Institut für Menschenrechte 2021).

Diese gezeigten Änderungen auf der Makroebene hatten und haben große Auswirkungen auf die Entwicklung und das Selbstverständnis der deutschen Ergotherapie im psychosozialen Fachbereich. In den folgenden Abschnitten werden die Auswirkungen von ICF, UN-BRK und BTHG auf die psychosoziale Ergotherapie in Deutschland kurz dargelegt.

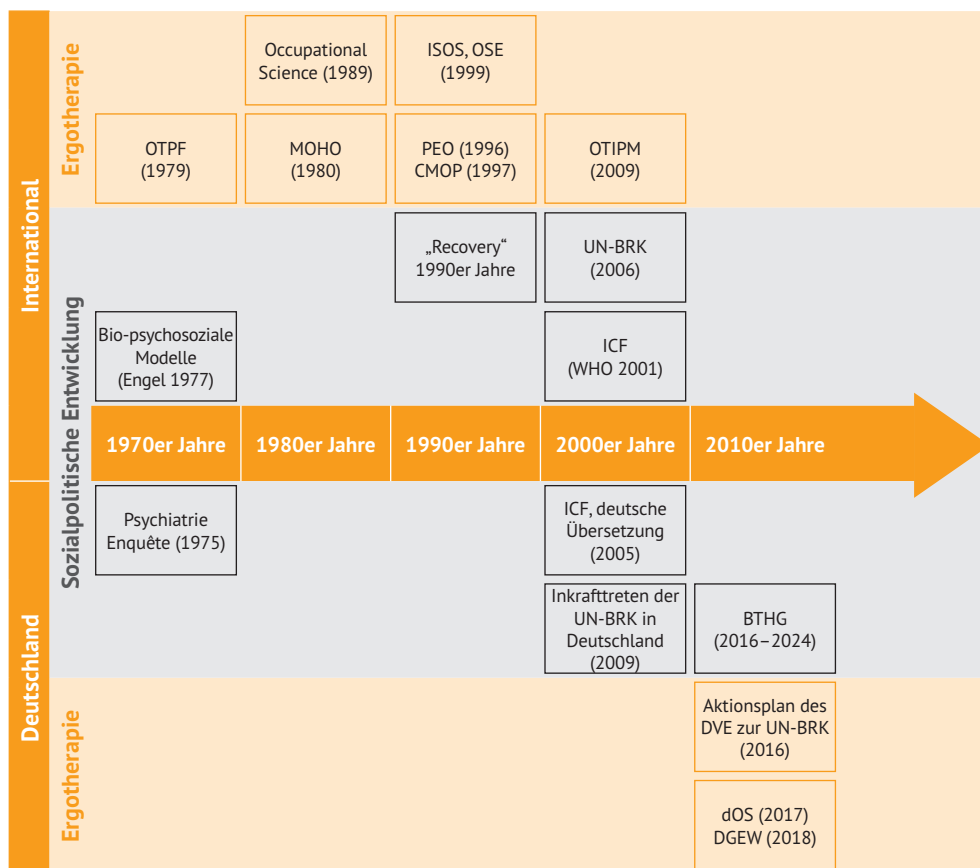


Abb. 1.1d: Zusammenschau einzelner sozial-politischer Entwicklungen auf internationaler und nationaler Ebene sowie deren Einfluss auf die Ergotherapie (eigene Darstellung)

1.1.4 Auswirkung der Paradigmenwechsel für die Ergotherapie im psychosozialen Fachbereich

Beschäftigung und Ablenkung

Wie bereits zu Beginn des Kapitels erwähnt, entwickelte sich der Beruf der Ergotherapie maßgeblich aus den Strukturen der Großkliniken des 19. Jahrhunderts heraus. Gemäß der vorherrschenden Überzeugung, Aktivität in Form von Arbeit und Beschäftigung lenke Menschen mit psychischer Erkrankung von Symptomen ihrer Erkrankung ab, rückten Ergotherapeut*innen den Fokus der Interventionen in erster Linie auf Aktivität und sahen Tätigkeiten als zentralen Bestandteil der ergotherapeutischen Berufspraxis an (Kielhofner 2009; Schott & Tölle 2006; Weinstock-Zlotnick & Hinojosa 2004). In Deutschland folgten sie beispielsweise Empfehlungen des Arztes Johann Christian Reil, psychisch erkrankte Menschen mit Aktivitäten im Freien oder handwerklichen und kreativen Tätigkeiten wie Malen, Zeichnen, Weben und Musizieren zu beschäftigen. In den 1920er Jahren prägte Hermann Simon, der

in seiner „aktiveren Krankenbehandlung“ Aktivität in Form von Arbeitseinsätzen für alle forderte, frühe Ansätze von Arbeitstherapie (Simon 1929).

Von der Beschäftigung zur Funktion: Die biomedizinische Perspektive – funktionsorientierte Ergotherapie

In den Jahren nach den Weltkriegen vernachlässigten Ergotherapeut*innen jedoch den Ansatz, der die Aktivitäten ins Zentrum der beruflichen Praxis gestellt hatte. In der Zeit der biomedizinischen Erklärung von Krankheitsentstehung gerieten sie unter Druck, im Sinne einer defizitorientierten Sichtweise „Defekte und Dysfunktionen“ objektiv zu erfassen und zu messen, um von der medizinischen Profession akzeptiert zu werden (Duncan 2013). Sie verlagerten den Fokus ergotherapeutischer Diagnostik, Zielsetzung und Intervention auf die Ebene der Funktionen. Im psychosozialen Arbeitsfeld übernahmen viele Ergotherapeut*innen die Grundhaltung, insbesondere biochemische Fehlfunktionen seien Ursache psychischer Erkrankungen. Sie setzten in den folgenden Jahrzehnten Tätigkeit einerseits als diagnostisches Mittel ein, um Dysfunktion zu erfassen, und andererseits als Intervention, um eingeschränkte Funktion (wieder-)herzustellen.

Von der Funktion zur Betätigung: Ergotherapie und die bio-psychosoziale Perspektive – bedeutungsvolle Betätigung im Zentrum

In den 1970er Jahren begannen Ergotherapeut*innen – zunächst nur im internationalen Raum – das biomedizinische Modell zu hinterfragen. Nach jahrelanger reduktionistischer Sichtweise auf physische Komponenten und Funktionen richteten sie sich – ähnlich wie zu Beginn der Berufsgeschichte – auf Aktivität als Hauptinhalt ergotherapeutischer Interventionen aus (Weinstock-Zlotnick & Hinojosa 2004). Anders als im 19. Jahrhundert identifizierten sie allerdings die individuelle Bedeutung der Aktivitäten für ihre Klient*innen sowie mögliche umwelt- oder einstellungsbedingte Barrieren, die sich aktivitätshemmend und damit als ein Risiko für die Entstehung von Krankheit und Behinderung auswirken könnten. Das Umdenken in Bezug auf Krankheitsentstehung im Sinne der bio-psychosozialen Perspektive und die damit verbundene Veränderung der inhaltlichen Ausrichtung der Ergotherapie war tiefgreifend und wird daher von zahlreichen Autor*innen als „Paradigmenwechsel“ bezeichnet (Marotzki & Hack 2004; Miesen 2004).

Modellentwicklung international

Um die Neuausrichtung theoretisch zu untermauern und zu professionalisieren, begannen angloamerikanische Ergotherapeut*innen ab den späten 1970er Jahren, berufsspezifische Modelle zu entwickeln, wie z. B. das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) (AOTA 1979), das Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner & Burke 1980; Kielhofner 1980a,b; Kielhofner et al. 1980), das Person-Environment-Occupation-Modell (PEO) (Law et al. 1996) oder das Canadian Model of Occupation (CMOP) (CAOT 1997) (→ Abb. 1.1d). Aufgrund vielfacher Überarbeitungen und Weiterentwicklungen haben diese bis heute in Theorie und Praxis Bedeutung und liegen diesem Buch in aktuelleren Ausgaben zugrunde. Ergotherapeutische Modelle beruhen auf der Annahme, der Mensch als sich betätigendes Wesen gäbe dem Leben durch Betätigung (occupation) Sinn und Bedeutung (Clark et al. 1991). Im Gegensatz

Die Autor:innen



Jutta Berding, Ergotherapeutin MSc, verwaltet seit 2015 die Professur im dualen Studiengang Ergotherapie Physiotherapie an der Hochschule Osnabrück. Lehrkraft an der Ergotherapieschule Osnabrück (ETOS). Zuvor arbeitete sie praktisch als Ergotherapeutin im psychiatrischen Arbeitsfeld.



Anja Christopher, MSc.OT, MSc.HE, Leiterin Schule für Ergotherapie am ukb. Seit 1990 Ergotherapeutin, vielfältige Anstellungen in Deutschland und der Schweiz. Seit über 20 Jahren in der Lehre (Berufsfachschule und Hochschule) tätig.



Valerie Götz ist Ergotherapeutin B.Sc. und Fachtherapeutin für Psychiatrie. Seit Etablierung der StäB ist sie ausschließlich in den StäB-Teams für Psychose und Gerontopsychiatrie der Klinik tätig. Therapeutische Vorerfahrungen sammelte sie in einer ergotherapeutischen Praxis.



Christiane Haerlin hat als Ergotherapeutin in London, Heidelberg und Köln gewirkt. Sie hat die Beruflichen Trainingszentren für psychisch behinderte Menschen entwickelt und bis 2005 das BTZ in Köln geleitet. Seither arbeitet sie freiberuflich als Beraterin und gibt Seminare. (christiane.haerlin@netcologne.de)



Dirk Hamann, 55 Jahre alt, seit vier Jahren als Genesungsbegleiter in den von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und als Dozent beim Recovery College Gütersloh-OWL tätig. In seinem ersten Leben war er Controller in einem Industriebetrieb. E-Mail: dirk.hamann@web.de



Gaby Kirsch ist seit mehr als 30 Jahren als Ergotherapeutin in unterschiedlichen Kontexten tätig. Seit 2010 Begleitung von ergotherapeutischen und interprofessionellen Teams in Change-Prozessen zur betätigungs- und personenzentrierten Arbeitsweise. Referentin und Autorin. Seit 2013 Leitung der Innovativen Ergotherapie als Seminaranbieter. Aktuell Mitentwicklung der Popcorn Academy zur Persönlichkeitsentwicklung in Gesundheitsberufen (Zürich, Schweiz).



Sonja Lambracht ist Ergotherapeutin B. Sc. Nach sieben Jahren in einer psychiatrischen Institutsambulanz arbeitet sie aktuell unter anderem in einer ergotherapeutischen Praxis und als wissenschaftliche Mitarbeiterin.



Matthias Möller, Ergotherapeut seit 1989, 2012 European Master of Science in Occupational Therapy. Langjährige Berufserfahrung im psychosozialen Bereich. Von 2005 bis 2018 in den Prozess der Akademisierung der Ergotherapie in der Schweiz involviert, in dem er den BC-Studiengang an der Fachhochschule im Tessin, Südschweiz mitentwickelte und bis 2016 leitete. Promotionsstudium am Karolinska-Institut in Stockholm zum Thema Konzeption von Ergotherapie in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Seit 2021 Leitung der Berufsfachschule für Ergotherapie der Ergotherapie Akademie Südwest am Studienzentrum Freiburg.



Christina Moises ist Ergotherapeutin (Bc of Health; NL) und systemische Beraterin (M.A.). Als Ergotherapeutin hat sie langjährige Erfahrungen in der stationären und ambulanten Behandlung psychisch erkrankter Menschen und als Dozentin an einer ergotherapeutischen Berufsfachschule im psychosozialen Arbeitsfeld. Aktuell ist sie in der systemischen Beratung tätig und hält Fortbildungen und Workshops.



Andreas Pfeiffer, Ergotherapeut M. Sc., hat 30 Jahre in verschiedenen psychiatrischen Versorgungsbereichen gearbeitet. Seit 2018 ist er Vorsitzender des Deutschen Verband Ergotherapie (DVE).



Dörte Pulla ist Ergotherapeutin B.Sc., Jobcoach^{AP} und Supervisorin DGSv. Sie arbeitet seit 2013 im Arbeitsfeld Jobcoaching^{AP} und begleitet Wiedereingliederungsprozesse von Menschen mit verschiedenen Erkrankungen. Zudem bildet sie Fachkräfte zu Jobcoaches^{AP} weiter. Seit 2022 engagiert sie sich im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Jobcoaching^{AP} e. V. für eine Professionalisierung des Berufsbildes.



Gabriele Woick, Ergotherapeutin seit 1991. Berufserfahrung in der Akutpsychiatrie, seit 2004 Lehrende an der Akademie der Gesundheit Berlin e. V., staatlich anerkannte Lehrkraft für Medizinalfachberufe. Bachelor of Health (NL). Hat in der Masterarbeit an der HAWK das Instrument „Lebe dein Leben gut“ in Anlehnung an das kanadische Do-Live-Well Framework entwickelt.

Die ZEPS-Gruppe



Dr. Georg Gappmayer ist Ergotherapeut und Sozialanthropologe. Zunächst in der Akutpsychiatrie tätig, bis 2023 hauptberuflich als wissenschaftlicher Mitarbeiter/Lehrender im Bachelorstudiengang Ergotherapie FH Wiener Neustadt, Österreich. Seit 2024 an der FH Campus Wien tätig sowie nebenberuflich in einer Wohngemeinschaft für psychisch erkrankte Jugendliche. Seit 2019 Vorstandsmitglied von Occupational Science Europe.

Belinda Geier ist Ergotherapeutin und Sonderschullehrerin. Sie arbeitet seit 2015 im sozialpsychiatrischen Setting in einem therapeutischem Tageszentrum des psychosozialen Dienstes in Wien, in welchem sie das ZEPS erfolgreich implementierte. Sie hält Fortbildungen, Workshops und Vorträge zum ZEPS und sie ist als externe Lehrende am FH Campus Wien tätig.

Nadine Kern ist Ergotherapeutin, Kindergarten- und Hortpädagogin. Bis 2023 arbeitete sie in einer Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik sowie in der Akutpsychiatrie. Derzeit ist sie als externe Lehrende an der FH Wiener Neustadt im Bachelorstudiengang Ergotherapie sowie selbstständig im Bereich der kindergartenbasierten Ergotherapie tätig. Sie engagiert sich an der Weiterentwicklung, sowie an Publikationen und Weiterbildungen zum ZEPS.

Kathrin Weber ist Ergotherapeutin und Fotografin. Nachdem sie in einer Rehabilitationseinrichtung in den Bereichen Neurologie, Orthopädie und Psychosomatik Erfahrungen sammelte, öffneten sich 2016 die Türen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seither schätzt sie das Arbeiten im Alltagssetting in einer sozialen psychiatrischen Wohngemeinschaft in Wien. Die Weiterentwicklung und Wissensvermittlung des ZEPS ist ihr ein persönliches Anliegen.