

**Ulrike Marotzki**

# **Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung**

**Eine Studie zum professionellen  
Arbeiten in der Ergotherapie**

**Wissenschaftliche Schriften**

**Psychologie**



Ulrike Marotzki

**Zwischen medizinischer Diagnose  
und Lebensweltorientierung**

Eine Studie zum professionellen Arbeiten  
in der Ergotherapie

Wissenschaftliche Schriften  
im Schulz-Kirchner Verlag

**Reihe 7**  
**Beiträge zur Psychologie**  
**Band 107**

Ulrike Marotzki

# **Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung**

Eine Studie zum professionellen Arbeiten  
in der Ergotherapie



Idstein 2006

## **Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: [www.schulz-kirchner.de](http://www.schulz-kirchner.de)

2. Auflage 2006

1. Auflage 2004

ISBN E\_Book 978-3-8248-0943-1

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2006



## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Rekonstruktion wichtiger ergotherapeutischer Konzeptionen und ihrer Vorläufer	14
2.1	Historische Vorläufer ergotherapeutischer Therapiekonzeptionen	16
2.1.1	Moral Treatment (18. und 19. Jahrhundert)	16
2.1.2	Arts and Crafts Bewegung	23
2.2	Erste professionelle Konzeptionen in Annäherung und Abgrenzung zu Entwicklungen der Medizin	27
2.2.1	In der Tradition der Vorläufer: das Habit Training	30
2.2.2	In Anlehnung an die Medizin: der funktionelle Einsatz des Handwerks und anderer Betätigungen	34
2.3	Aktuelle professionelle Therapiekonzeptionen	45
2.3.1	Funktionell orientierte therapeutische Konzepte	49
2.3.2	Lebens- und arbeitsweltbezogene Konzeptionen	57
2.4	Abschlussbetrachtung	69
3	Kernbegriffe der Ergotherapie	75
3.1	Deutschsprachiger Raum	75
3.2	Englischsprachige Fachdiskussion: <i>Occupation</i> und <i>Activity</i>	77
4	Professionelles Arbeiten in der Ergotherapie – ein sensibilisierender Analyserahmen	87
4.1	Allgemeine Merkmale personenbezogener Dienstleistungen	90
4.1.1	Kommunikative und dialogische Merkmale	90
4.1.2	Gestaltung der Beziehungsebene	91
4.2	Konzept 1: Kreativität des Handelns und die Voraussetzungen autonomer Handlungsfähigkeit	93
4.2.1	„Entdeckung“ von Zielen und Zwecken	95
4.2.2	Körperschema einbeziehen	98
4.2.3	Sympathie und Perspektivenübernahme	100
4.3	Zwischenbetrachtung	101

4.4	Konzept 2: Klinisches Reasoning in der Ergotherapie.....	102
4.4.1	Praktisches Wissen.....	104
4.4.2	Arbeit mit Alltagssituationen.....	105
4.4.3	Two-Body-Practice.....	105
4.4.4	Underground Practice.....	108
4.4.5	Formen des klinischen Reasoning.....	109
4.4.6	Zusammenfassung.....	115
4.5	Konzept 3: Arbeitsprozesse in der „Arbeit“ mit Menschen.....	120
4.5.1	Trajectory.....	122
4.5.2	Arbeitsbogen.....	125
4.5.3	Arbeitsstypen.....	129
4.5.4	Anwendung auf den Ergotherapieprozess.....	137
4.6	Abschlussbetrachtung: Positionen zur Analyse professionellen Arbeitens in der Ergotherapie.....	140
4.6.1	Position <i>Lebensweltorientierung</i> .....	141
4.6.2	Position <i>Klinisches Reasoning</i> .....	143
4.6.3	Position <i>ergotherapeutischer Prozess im institutionellen Kontext</i> .....	143
4.6.4	Die Professionelle Haltung der Ergotherapeutin.....	144
5	Methodologie und Methoden der empirischen Studie _____	145
5.1	Methodologische Einordnungen.....	145
5.2	Methodische Konsequenzen.....	149
5.3	Untersuchungsdesign.....	152
5.3.1	Was ist der Fall?.....	152
5.3.2	Das Sample.....	153
5.4	Datenerhebung.....	160
5.4.1	Leitfadeninterviews mit Expertinnen.....	161
5.4.2	Teilnehmende Beobachtungen.....	166
5.4.3	Videoaufnahmen.....	167
5.4.4	Dokumentensammlung.....	167
5.5	Auswertungsverfahren.....	167
5.5.1	Transkription und computergestützte Auswertung.....	168



5.5.2	Formale Textanalyse und Phasenbeschreibung.....	168
5.5.3	Kodierparadigma der Grounded Theory .....	170
5.5.4	Metaphernanalyse .....	172
5.6	Reflexion des Forschungsprozesses.....	174
5.7	Zusammenfassung der fünf Datenauswertungsschritte.....	180
6	Professionelles ergotherapeutisches Arbeiten – Ergebnisse der empirischen Studie _____	182
6.1	Aufbau der Fallportraits.....	183
6.2	Bedingungsstrukturen ergotherapeutischer Prozesse .....	185
6.2.1	Institutionelle Bedingungsstrukturen .....	186
6.2.2	Personale und interaktive Bedingungsstrukturen .....	188
6.3	Drei Ergotherapieprozessmuster .....	190
6.3.1	Balancierendes Ergotherapieprozessmuster .....	192
6.3.2	Abschließende Betrachtung .....	226
6.3.3	Transitorisches Ergotherapieprozessmuster .....	227
6.3.4	Abschließende Betrachtung .....	242
6.3.5	Prozessmuster <i>Ergotherapeutische Aktivitäten in sozialen Situationen</i> .....	243
6.3.6	Abschließende Betrachtung .....	269
6.4	Zusammenfassung .....	270
7	Professionalisierung der Ergotherapie – Ein Ausblick _____	277
7.1	Die spezifische Form des Klientenbezugs .....	278
7.2	Spezifische Form des Wissens und dessen Vermittlung.....	284
8	Literaturverzeichnis _____	287
8.1	Quellenverzeichnis Fotos.....	301

## 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit gilt der beruflichen Praxis eines noch jungen Gesundheitsberufes, der Ergotherapie. Die Fragestellung hat zwei Ausgangspunkte, die ich im Folgenden skizzieren möchte.

*Profession der Ergotherapie:* Der Beruf der Ergotherapie existiert in Deutschland seit genau 50 Jahren. Er ist ein junger nicht ärztlicher Gesundheitsberuf, der nach dem zweiten Weltkrieg entstand und neben der Physiotherapie und der Logopädie mittlerweile zu einer tragenden Säule in der medizinischen Versorgung und Rehabilitation geworden ist. Leider gibt es keine gesicherten statistischen Angaben über die Anzahl der Berufsmitglieder und ihre Beschäftigungsverhältnisse. Ich beziehe mich deshalb auf Schätzwerte des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) aus dem Jahr 2004. Hiernach wird für Deutschland von insgesamt 35.000 berufstätigen Ergotherapeutinnen ausgegangen (Miesen 2004, 72). Ergotherapeutinnen mit Praxiszulassung werden in einer Erhebung vom DVE 3.420 erfasst (Ferber, 2004, 224). Im Berufsverband organisieren sich im selben Jahr 11.816 Berufsangehörige (a.a.O., 218). Von den 171 deutschen Schulen wird derzeit jährlich von ca. 4.200 Abgängerinnen und Abgängern ausgegangen (Miesen, 2004, 71). Die Entwicklungen des Gesundheitswesens in den letzten 30 Jahren haben zu einer starken Expansion dieser Berufsgruppe geführt. Schewior-Popp (1994) spricht von einer Phase der quantitativen Erweiterung und qualitativen Differenzierung des Berufsbildes ab Ende der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts. Eine wichtige Entwicklung, die im zweiten Kapitel dieser Arbeit noch weiter ausgeführt wird, ist die Orientierung des Berufes der Ergotherapie an den Entwicklungen der Medizin und ihrer Fächerstruktur.

Ab den siebziger Jahren, Beyermann (2001) geht von den achtziger Jahren aus, begann in der deutschen Ergotherapie ein Professionalisierungsschub über den Erwerb von Methodenkompetenz, der sich in der Expansion des Fortbildungsmarktes in den folgenden Jahrzehnten niederschlug. Auch in der Ausbildung, die seit 1977 bundeseinheitlich mit einer ersten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (BeArbThAprO) geregelt wurde, fand diese Entwicklung ihren Niederschlag. Mit dem zunehmenden Erwerb von Methodenkompetenz in überwiegend funktionell orientierten Therapiekonzepten wurde die Ausdifferenzierung des Berufsbildes im Sinne der medizinischen Fächersystematik verstärkt und auf diese Weise die Verankerung der Orientierungen der Professionsangehörigen in einem medizinischen Denken und Erklären gefestigt.

Hier ergibt sich der erste Ausgangspunkt meiner Fragestellung: Mit einer zunehmenden Differenzierung des Berufsbildes, die eine Orientierung an der Medizin eher verstärkt, ist anzunehmen, dass die zentrifugale Bewegung, die die

Berufsangehörigen in die medizinische Spezialisierung führt, dazu beiträgt, dass ein innerer Zusammenhalt des Berufes der Ergotherapie gefährdet wird. Es ist zu fragen, welches denn dieser innere Zusammenhalt sein könnte. Zum professionellen ergotherapeutischen Arbeiten gehört ganz eindeutig Methodenkompetenz. Allerdings erschöpft es sich nicht in dieser. Um der gestellten Frage nachzugehen, habe ich mich mit der Geschichte des Berufsbildes beschäftigt. Auf dieser Grundlage gehe ich davon aus, dass aus der historischen Entwicklung des Berufsbildes Wertevorstellungen hervorgegangen sind, die heute eine, wenn auch eher implizite, gemeinsame Grundorientierung der Berufsangehörigen bilden. Sie hängen mit der zentralen Annahme zusammen, dass sich Menschsein auch über den Weg verwirklicht, aktiv bzw. tätig sein zu können (vgl. Reilly, 1962; Arendt, 1985). Diese Wertevorstellungen erfordert eine Orientierung am Menschen als *ganzer Person*, d.h. in seinen Wünschen und Vorstellungen zur Gestaltung seines Lebens und seiner Betätigungen<sup>1</sup>. Die hiermit angedeutete Orientierung der Profession der Ergotherapie steht jedoch in einem gewissen Spannungsverhältnis zu Gegenstandsverständnissen funktionell orientierter Therapiekonzepte, die im Gefolge neuropsychologischer und neurophysiologischer Erkenntnisse entwickelt wurden und heute fester Bestandteil der ergotherapeutischen Berufspraxis sind. Wie wird in der alltäglichen professionellen ergotherapeutischen Arbeit mit diesen Widersprüchlichkeiten umgegangen? Wie werden sie den Klienten vermittelt?

*Gesundheitswesen und gesellschaftlicher Wandel:* Als gesellschaftlicher Funktionsbereich ist das Gesundheitswesen von einem nachhaltigen Wandel betroffen. Auf verschiedenen Ebenen finden Transformationsprozesse statt. Diese möchte ich hier mit einigen Stichworten andeuten: Durch den elektronischen und gentechnischen Fortschritt werden die Möglichkeiten zu lebenserhaltenden und –verlängernden Maßnahmen zunehmend gesteigert. Hiermit einher geht eine soziodemographische Entwicklung, die für die nächsten Jahrzehnte eine drastische Zunahme alter Menschen prognostiziert. Im Gefolge der Überalterung der Bevölkerung und der verbesserten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zeichnet sich eine Zunahme der chronischen Erkrankungen ab, die anderer Behandlungsformen bedürfen als Akutkranke (vgl. Badura & Feuerstein, 1996; Gerdes & Weis, 2000). Gesellschaftliche Modernisierungsprozesse führen zu Auflösungen tradiertter Lebenszusammenhänge. Beck (1986) hat hierfür den Begriff der *Risikogesellschaft* geprägt. Die genannten Punkte haben Auswirkungen auf die Anforderungen an professionelle Helfer im Gesundheitswesen: Die biographischen und sozialen Hintergründe der Klienten sind

---

<sup>1</sup> Die Klärung meiner ergotherapeutischen Begrifflichkeit nehme ich im dritten Kapitel dieser Arbeit vor. Hier sei soviel gesagt, dass ich den in der angelsächsischen Literatur der Ergotherapie üblichen Begriff der *Occupation* mit dem Begriff der Betätigung übersetze.

zunehmend durch Brüche gekennzeichnet und schwierig zu durchschauen. Sie müssen genauer erforscht werden, um Anhaltspunkte für den Ansatz angemessener gesundheitsbezogener Dienstleistungen zu finden. Auch aus dieser Sicht lässt sich die Notwendigkeit einer professionellen Haltung für die rehabilitative und therapeutische Praxis ableiten, die offen ist für die Hintergründe und Motive, die Personen leiten, die selbst durch eine Krankheit oder Behinderung hochgradig in ihren Orientierungen verunsichert sind. Allerdings, dies hat die interaktionistisch geprägte professionstheoretische Debatte gezeigt, ist diesen Anforderungen nicht mit disziplinärem und Methodenwissen zu begegnen. Vielmehr bestehe die Anforderung darin, das eigene Nicht-Wissen zu balancieren. Professionelle sind darauf angewiesen, Lösungswege für Problembereiche zu finden, für die ihre Wissens- und Handlungsressourcen nicht ausreichen (vgl. Schütze, 1992).

Die Frage, der ich in dieser Arbeit nachgehen möchte, betrifft das professionelle Arbeiten von Ergotherapeutinnen. Zu ihm gehören grob umrissen Fachwissen, Methodenkenntnisse, Werthaltungen und Orientierungen, die sich vor dem Hintergrund beruflicher und privater Erfahrungen bilden und entwickeln. Ich möchte sowohl die Arbeit von Ergotherapeutinnen mit ihren Klienten in den Blick nehmen als auch die institutionellen Bedingungen, unter denen diese Arbeit stattfindet. Im Mittelpunkt steht für mich deshalb der Ergotherapieprozess, an dem die Klientenarbeit und ihre Einbettung in die Institution in besonderer Weise sichtbar werden. Über die in dieser Arbeit gewählte rekonstruktive Perspektive werden die professionellen Orientierungen von Ergotherapeutinnen formulierbar und hiermit gleichsam ein Teil des „impliziten Wissens“ (vgl. Polanyi, 1966) der Profession in Sprache gehoben.

Aus den eben skizzierten Ausgangspunkten geht hervor, dass Ergotherapie im klinischen Zusammenhang und im gesellschaftlichen Gefüge sich mit unterschiedlichen und widersprüchlichen Anforderungen und Orientierungen auseinandersetzen muss. Als Stellvertreterin für die ergotherapeutischen Problemdefinitionen im funktionellen und eher bio-medizinischen Arbeitsbereich ist dies einmal die medizinische Diagnose. Dies ist zweitens die von mir so genannte Lebensweltorientierung, in der die Therapeutin die Anstrengung unternimmt, sich an den Wünschen und Bedürfnissen sowie an den Betätigungswünschen der Klienten zu orientieren (vgl. 4.6.1). In diesem Spannungsverhältnis bewegt sich eine ergotherapeutische Praxis, die selbst in einem widersprüchlichen gesellschaftlichen Kontext agiert. Die Anforderung, die sich an ergotherapeutische Praxis stellt, liegt darin, gemeinsam mit dem Klienten an seiner Handlungsfähigkeit zu arbeiten und hierbei die skizzierten Perspektiven in der praktischen Arbeit zu verbinden. Ich möchte Formen finden, um diese spezifische berufliche Praxis in ihren Möglichkeiten und ihren Belastungen näher zu beschreiben. Hiermit möchte ich einen Beitrag zur Praxisforschung der Ergothe-

rapie leisten, da viel Wissen, das in der ergotherapeutischen Praxis vorhanden ist, bisher noch nicht expliziert worden ist. Die Explikation von Denk-, Entscheidungs- und Handlungsformen der Praxis ist der erste Schritt, um dieses Wissen lern- und lehrbar zu machen. Hiermit wird die gängige Vorstellung von der hierarchischen Beziehung zwischen Theorie und Praxis auf den Kopf gestellt: Nicht nur die Theorie informiert die Praxis, sondern auch die Praxis informiert die Theorie.

Zur Klärung dessen, was im ergotherapeutischen Sinne mit *Handlungsfähigkeit* gemeint sein kann, möchte ich an dieser Stelle auf die Definition der funktionellen Gesundheit Bezug nehmen, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (kurz ICF<sup>2</sup>) verfasst wurde. Die Definition funktionseller Gesundheit lautet:

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

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (*Konzepte der Körperfunktionen und –strukturen*),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinn der ICD) erwartet wird (*Konzept der Aktivitäten*),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (*Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen*) (Schuntermann, 2003, 3).

Das dieser Definition zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell sieht Gesundheit und Behinderung als Resultat einer Wechselbeziehung mehrerer Komponenten. Die Begrifflichkeiten der Definition korrespondieren mit Aspekten, die in spezifischer Form durch ergotherapeutische Angebote angesprochen bzw. einbezogen werden: *Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten, Teilhabe bzw. Partizipation und Kontextfaktoren*. In der vorliegenden Definition werden die drei Ebenen integriert gedacht, damit ein Mensch seine Handlungsfähigkeit entfalten kann. Diese Definition liegt dieser Arbeit zugrunde.

### *Aufbau der Arbeit*

Im *zweiten Kapitel* rekonstruiere ich wichtige ergotherapeutische Konzeptionen und ihre Vorläufer. Hiermit greife ich unter historischer Perspektive die Frage nach der Orientierung der Ergotherapie zwischen medizinischer Diagnose und

---

<sup>2</sup> Die Abkürzung ICF steht für die englische Bezeichnung: International Classification of Functioning, Disability and Health.

Lebensweltbezug auf. Entstanden ist hierbei ein Überblick über wichtige Schritte der Professionalisierung der Ergotherapie über Landes- und Kontinentgrenzen hinweg.

Im *dritten Kapitel* befaße ich mich mit ausgewählten Kernbegriffen der Ergotherapie. Ich beziehe mich auf eine Auseinandersetzung, die bisher überwiegend in den angelsächsischen Ländern geführt wurde und nun auch in Deutschland eine Diskussion entfacht hat. Ich befaße mich mit diesen Begriffen vor allem, um für mich selbst eine Begriffskonvention festzulegen und in der Anwendung der Begriffe zwischen Aktivität (Activity) und Betätigung (Occupation) zu unterscheiden.

Im *vierten Kapitel* errichte ich einen sensibilisierenden Rahmen für die Betrachtung der Ergotherapie als professionelle Arbeit. In diesem Rahmen betrachte ich theoretische Ansätze und Studien, die mir eine analytische Perspektive für die Auswertung meiner Daten ermöglichen. Hierfür entwickle ich im letzten Unterkapitel zusammenfassende Positionen.

Im *fünftten Kapitel* entfalte ich den methodologischen und methodischen Rahmen meiner empirischen Studie. Hier werden das Untersuchungsdesign, Datenerhebung und Datenauswertung dargestellt sowie eine Reflexion des Forschungsweges vorgenommen.

Im *sechsten Kapitel* werden die Ergebnisse der empirischen Studie dargestellt. Hierzu gehört zunächst eine Beschreibung der institutionellen, personalen und interaktiven Bedingungen, unter denen die ergotherapeutischen Prozesse meiner Fälle abgelaufen sind. Ich habe in den Daten drei Ergotherapieprozessmuster gefunden, deren Darstellung ich über rekonstruierte Fälle entfalte.

In einem *siebten Kapitel* nehme ich einen Ausblick vor und ordne die Relevanz meiner Ergebnisse vor allem in Bezug auf Fragen einer Ausbildung, die sich im Rahmen des Professionalisierungsprozesses des Berufes zunehmend auf die Hochschulebene verlagert.

Eilige Leser können sich über die Zusammenfassungen, Zwischen- und Abschlussbetrachtungen, die ich den Kapiteln beigefügt habe, ein schnelles Bild über die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsschritte machen.

Noch zwei abschließende Bemerkungen: Durchgehend verwende ich zur Bezeichnung der Professionszugehörigen der Ergotherapie die weibliche Form. Ich spreche also von der *Ergotherapeutin*. Ich tue dies, da 80 % der Professionsangehörigen Frauen sind. Natürlich sind die männlichen Berufsvertreter immer mitgemeint. Bis auf das Geschichtskapitel verwende ich den *Klientenbegriff* für die Nutzer der Ergotherapie. Ich halte diesen Begriff für eine ergotherapeutische Praxis für passender als den Patientenbegriff, weil er aus meiner Sicht stärker den aktiven Part der Nutzerseite ergotherapeutischer Angebote zum Ausdruck bringt.

## 2 Rekonstruktion wichtiger ergotherapeutischer Konzeptionen und ihrer Vorläufer

Zur Geschichte der deutschen Ergotherapie ist seit der Entstehung des Berufes relativ wenig publiziert worden. In dem lange Zeit einzigen deutschen Lehrbuch der Ergotherapie, dem von Jentschura in der Zeit von 1959 bis 1979 dreimal neu bearbeitet herausgegebenen Band *Beschäftigungstherapie. Grundlagen und Praxis* (vgl. Jentschura & Janz, 1979), wurde der Geschichte des Berufes kein eigenes Kapitel gewidmet. Die Gliederung des Buches folgt streng der Systematik medizinischer Fachbereiche, in denen Ergotherapie zum therapeutischen Angebot gehört. Nur den Kapiteln zur Arbeitstherapie und ansatzweise zur Behandlung Tuberkulosekranker ist im jeweiligen allgemeinen Teil ein geschichtlicher Überblick zum Einsatz von Arbeit und Beschäftigung als Mittel der Therapie beigefügt. Erst im 1999 von Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn herausgegebenen Nachfolgelehrbuch *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (vgl. Scheepers et al., 1999) findet sich erstmals ein Kapitel zur Berufsgeschichte. Wenige weitere Publikationen sind in diesem Zusammenhang zu nennen: Susanne Schewior-Popp legte 1994 eine vergleichende Untersuchung zu Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in Ergotherapie und Krankengymnastik vor (vgl. Schewior-Popp, 1994) und Manfred Marquardt befasste sich in einer ersten Publikation mit der Geschichte des deutschen Berufsverbandes der Ergotherapeuten von den ersten Anfängen des Berufes 1947 bis zum Jahr 1988 (vgl. Marquardt, 1988). Inzwischen liegt vom gleichen Autor die Fortschreibung dieses Projektes als *Geschichte der Ergotherapie* für den Zeitraum von 1954 bis 2004 vor (vgl. Marquardt, 2004). Ein Kapitel zur beruflichen Entwicklung der deutschen Ergotherapie findet sich auch im *Berufsprofil Ergotherapie*, welches unter Leitung von Maria Miesen und dem DVE in diesem Jahr herausgegeben wurde (vgl. Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Miesen, 2004). Heike Reick (2004) sowie Barbara Heller, Ute Heller, Yvonne Kiefer und Anne-Joy Milbers (2004) haben sich der Entwicklung der deutschen Ergotherapie und ihrer Leitideen in ihren Bachelorarbeiten empirisch, nämlich über die Perspektive von Professionsangehörigen genähert. Gerade die beiden letztgenannten aktuellen Publikationen lassen vermuten, dass, nach einer langen Phase der Konzentration des Berufes auf das aktuelle Tagesgeschäft, die Zeit nun auch in Deutschland reif sein könnte, für einen zunehmend reflexiven Umgang mit der Geschichte der eigenen Profession.

Weit mehr als in Deutschland haben sich amerikanische Ergotherapeutinnen mit der Geschichte des Berufes der Ergotherapie auseinandergesetzt. Dass die historische Beschäftigung mit der eigenen Geschichte in den USA wesentlich intensiver geführt wird als hierzulande, hat mindestens zwei Gründe: *Erstens*

reicht die Professionsgeschichte der amerikanischen Ergotherapie bis in das zweite Jahrzehnt des letzten Jahrhunderts zurück. Auch wenn die Idee des Einsatzes von Betätigung als Mittel der Therapie in europäischen Ländern weit in die europäische Geschichte zurückgeht, hat der *Beruf* der Ergotherapie in den USA die längste Geschichte vorzuweisen. Die Berufsgründung geht dort auf das Jahr 1917 zurück. In Deutschland entstand Ergotherapie als Beruf hingegen erst nach dem zweiten Weltkrieg. *Zweitens* wird die ergotherapeutische Ausbildung in den USA an Universitäten vermittelt. Die Ansiedlung der Ausbildung an Hochschulen ermöglicht, sich neben der Lehre auch forschend mit der eigenen Geschichte zu befassen. Die bisherige deutsche Ausbildung an Berufsfachschulen und die starke Praxisorientierung des Berufes ließ für eine kritische und über historische Fakten hinausgehende reflexive Auseinandersetzung mit dem Beruf keinen Raum.

Eine kritische Analyse der eigenen Berufsgeschichte fand in den USA verstärkt Ende der siebziger und Anfang der achtziger Jahre statt (vgl. Shannon, 1977; Kielhofner & Burke, 1977; Christiansen, 1981). Ein Leitmotiv der überwiegend im *American Journal of Occupational Therapy* geführten Auseinandersetzung kann darin gesehen werden, in einer Krisensituation des Berufes einerseits nach dessen Ursprüngen zu suchen und andererseits Wandel und Kontinuitäten des Berufsbildes im Spannungsfeld gesellschaftspolitischer, medizinischer und technischer Entwicklungen zu beschreiben. Man könnte hier also durchaus von einer Zeit der Identitätssuche der amerikanischen Ergotherapie sprechen. Die großen Grundlagen- und Lehrbücher der amerikanischen Occupational Therapy, so das von Elisabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn & Barbara A. Boyt Schell (2003) in der 10. Auflage herausgegebene *Willard & Spackman's Occupational Therapy*, haben diese kritische Geschichtsrezeption in ihren historischen Kapiteln aufgegriffen<sup>3</sup>. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass diese Geschichtsinterpretation mittlerweile zum berufskundlichen Allgemeinwissen amerikanischer Ergotherapeutinnen zählt. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, die amerikanische Geschichtsauslegung zu - überprüfen. Die Beschäftigung mit einigen historischen Texten zum Einsatz von Arbeit und Beschäftigung als Mittel der Therapie lassen die Hauptargumentationslinien aber als logisch nachvollziehbar und überzeugend erscheinen.

Die in diesem Kapitel berücksichtigten Entwicklungen des Berufes interessieren v.a. in Hinblick auf ihren Beitrag zum Verständnis der heutigen Situation der deutschen Ergotherapie. Im Folgenden werden sechs ergotherapeutische Therapiekonzeptionen dargestellt, die als Resultat eines geschichtlichen und geografischen Wanderungsprozesses einer Berufsidee zu verstehen sind. So

---

<sup>3</sup> Vergleiche auch Mosey, 1986; Christiansen & Baum (Eds.) 1997; Kielhofner, 1997



werden zwei vorprofessionelle, zwei frühe und zwei aktuelle Therapiekonzeptionen beschrieben. Ausschlaggebend für die Rekonstruktion der Konzeptionen ist die Annahme, dass die deutsche Ergotherapie über eine Ideengeschichte verfügt, die sich als wandernde Entwicklung vom alten zum neuen Kontinent und wieder zurück, erschließt. Es wird davon ausgegangen, dass die Grundideen des Berufes Ende des 19. Jahrhunderts den Weg von Europa über England in die USA genommen haben und die professionalisierte Form dieser Ideen Mitte des 20. Jahrhunderts ihren Weg über Großbritannien wieder zurück nach Deutschland genommen hat. Entsprechend dieser Ideenreise stützt sich die Darstellung der Therapiekonzeptionen auch auf Quellen unterschiedlicher geographischer Herkunft<sup>4</sup>.

## 2.1 Historische Vorläufer ergotherapeutischer Therapiekonzeptionen

Die historischen Vorläufer des Berufes der Ergotherapie werden von einigen Autoren bis in die Antike zurück vollzogen (vgl. Schücking & Huchthausen, 1961; Kubny-Lüke, 1999). Da in dieser Arbeit jedoch v.a. die professionelle Arbeit der Ergotherapie interessiert, soll eine Begrenzung auf die Bedingungen vorgenommen werden, die auf die Grundlegung des Berufes 1917 in den USA Einfluss genommen haben. In der Amerikanischen Berufsgeschichte werden drei Wurzeln des Berufes unterschieden: *Moral Treatment*, *Arts and Crafts Bewegung* und die *Entwicklungen in der Medizin*. Die Therapiekonzepte des *Moral Treatment* und die *Arts and Crafts Bewegung* können dabei als historische Vorläufer ergotherapeutischer Therapiekonzepte verstanden werden. Die Medizin liefert hingegen keine Therapiekonzeptvorlage für die Ergotherapie. Ihre Entwicklungen interessieren in diesem Kapitel jedoch unter dem Aspekt der Einflussnahme auf die Entstehung und Ausdifferenzierung der ergotherapeutischen Profession und auf die Funktionalisierung ergotherapeutischer Therapiemittel.

### 2.1.1 Moral Treatment (18. und 19. Jahrhundert)

Ergotherapie ist

any activity, mental or physical, definitely prescribed and guided for the distinct purpose of contributing to and hastening recovery from disease or injury  
(H.A. Patterson, 1922, zit. n. Christiansen, C. & Baum, C., 1997, 35).

---

<sup>4</sup> Dies sind im Überblick: historische Schriften zur Ergotherapie (Deutschland, Frankreich, USA), die skizzierte amerikanische Auslegung der eigenen Berufsgeschichte, britische Lehrbücher der Ergotherapie aus den vierziger Jahren des letzten Jahrhunderts sowie die ersten Jahrgänge des deutschen Berufsverbandsjournals.

Frühe Quellen berichten meist über den Einsatz von Arbeit als Mittel der Therapie in Zusammenhang mit der Unterbringung von sozial auffälligen und kranken Menschen in Asylen und Anstalten. Diese besonderen gesellschaftlichen Einrichtungen zeichnen sich schon immer durch einen Doppelcharakter aus: Einerseits wird mit diesen künstlich geschaffenen Orten seit dem 18. Jahrhundert die Möglichkeit eröffnet, Krankheiten wissenschaftlich zu erforschen und sie durch das so systematisch entwickelte, spezialisierte Wissen effektiv zu behandeln. Andererseits isolieren diese besonderen Orte Menschen von ihren natürlichen und sozialen Bezügen, von ihren Lebensumfeldern und Wirkstätten. Was sie in die Anstalten und Hospitäler bringt, ist einzig ein besonderer Aspekt, ein Problem, das in ihrem Leben aufgetreten ist und welches sie nicht allein bzw. nur mit Unterstützung des sozialen Umfeldes beherrschen können. Anstalten bergen somit neben den für den Einzelnen im positiven Fall förderlichen und heilenden Aspekten auch die Möglichkeit, gesellschaftliche Kontrolle über jene Menschen auszuüben, die in irgendeiner Weise gesellschaftlichen Normen nicht entsprechen. Diese Kontrolle kann für den Einzelnen in Disziplinierung und Zwang ausarten<sup>5</sup>.



– Abbildung 2-1: Heil- und Pflegeanstalt Weinsberg um 1903<sup>6</sup> –

Unter dem Begriff des *Moral Treatment* wird eine Bewegung psychiatrischer Hospitäler in Europa im ausgehenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert zu-

<sup>5</sup> Der Veränderung und Differenzierung der gesellschaftlichen Funktion von Anstalten hat Michel Foucault mehrere Studien gewidmet: *Wahnsinn und Gesellschaft* (1969), *Die Geburt der Klinik* (1988). Vergleiche auch Dörner (1969).

<sup>6</sup> Ein Quellenverzeichnis für die Fotos findet sich hinter dem Literaturverzeichnis am Ende des Buches.

sammengefasst, die eine Vielfalt therapeutischer Ansätze hervorbrachte. Wie aus historischen Quellen hervorgeht, verbindet sich mit dieser Bewegung die Idee eines von Zwangsmitteln freien, humanen und auf Achtung beruhenden Umgangs mit den Insassen der Irrenanstalten, deren ‚Defekt‘ als ein moralischer bzw. charakterlicher angenommen wurde. ‚Irrsinn‘ oder ‚Wahnsinn‘ wurde in diesem medizinisch-psychiatrischen Verständnis als willentlich begründete und v.a. beeinflussbare Störung der Seele gesehen. Arbeit als Mittel der Therapie sollte einerseits von krankhaften Ideen ablenken, andererseits die vorhandenen Energien in gesunde und sozial akzeptierte Bahnen lenken. Dieses Verständnis wurde vom Ende des 17. bis Anfang des 19. Jahrhunderts von Medizinern vertreten, welche von den philosophischen Traditionen des Vitalismus, -Idealismus und der Aufklärung inspiriert waren, ihre Systematiken seelischer Erkrankungen jedoch bis zu diesem Zeitpunkt noch kaum auf klinische Beobachtungen stützten (vgl. Rechlin, 1998). Informationen zu den Behandlungsansätzen, die sich mit dem Begriff *Moral Treatment* verbinden, liefern die Schriften einiger prominenter Ärzte der Zeit sowie Berichte europäischer Psychiater, die vielfältige Reiseaktivitäten unternahmen, um die damaligen Reformeinrichtungen kennen zu lernen und die Ideen in eigenen Kliniken später umzusetzen (vgl. Hohenlohe, 1988). Erste photographische Darstellungen aus psychiatrischen Kliniken geben einen Eindruck von der Gestaltung des Tagesablaufes mit dem zu pflegenden Patienten (siehe Abb. 2-1). Ein systematischer Vergleich der Konzepte, die unter dem Begriff *Moral Treatment* zusammengefasst werden, steht allerdings noch aus<sup>7</sup>.

Zunächst ohne ärztliche Beteiligung verfolgte das *Retreat*, eine kleine Einrichtung der Quäkerfamilie Tuke im englischen York, einen dem *Moral Treatment* entsprechenden Ansatz (vgl. Hohenlohe, 1988). Krankheitssymptomen wurde hier keine systematische Beachtung gezollt. Der Umgang mit dem Kranken war von einer christlichen Haltung geprägt und zielte darauf ab, dass der Patient im respektvollen bzw. Respekt einflößenden<sup>8</sup> Umgang mit seinen Betreuenden seine Selbstkontrolle zurück gewinnen sollte (moral management) (vgl. a.a.O., 12). Europaweit verbreitete sich der von John Conolly (1794-1866) in seiner Privatklinik entwickelte Ansatz des *non-restraint*. Basierend auf dem

---

<sup>7</sup> Einen guten geschichtlichen Überblick über die prominentesten Ansätze zum Einsatz von Arbeit als Mittel der Therapie in verschiedenen europäischen Staaten gibt Harlfinger (1968).

<sup>8</sup> Der Psychiater Hans-Werner Janz (1960) charakterisiert die vom Arzt geforderte Haltung, indem er in seiner Rede zur Beschäftigungstherapie in der Geschichte der Psychiatrie den Psychiaters Heinroth (1773-1843) zitiert: „Seine Rede sei kurz, bündig und lichtvoll. Die Gestalt des Körpers komme der Seele zu Hilfe und flöße Furcht und Ehrfurcht ein. Er sei groß stark, muskulös, der Gang majestätisch, die Miene fest, die Stimme donnernd“ (Heinroth zit. n. Janz, 1960, 5).

Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft wurde mit hohem Personaleinsatz auf jede Art Zwangsmittel verzichtet. Conolly hielt für Männer besonders die mit körperlicher Bewegung verbundenen Betätigungen für heilsam und sprach deshalb die Empfehlung aus, Patienten verstärkt zu Garten- und Feldarbeit statt zu Schneider- und Schuhmacherarbeit einzusetzen. Für Frauen zog er Tätigkeiten in Küche und Wäscherei denen in Werkstätten vor (vgl. Harlfinger, 1968, 157). Als ein von seinen europäischen Kollegen viel besuchter Hauptvertreter des *Moral Treatment* gilt der französische Arzt Philippe Pinel (1745-1826). Er beschreibt 1801 die positiven Effekte der Befreiung von Patienten aus Fixierungen und die förderliche Wirkung des Einsatzes manueller Betätigungen auf die Gesundheit der Anstaltsinsassen des Pariser Hospitals Bicêtre. Deutlich sei seit der Einführung zweckmäßiger Betätigungen für die Patienten auch eine verbesserte Moral und Disziplin auf den Stationen. Krankheitssymptome, die unter Zwangsmaßnahmen oder Untätigkeit verstärkt zu beobachten seien, würden bei verändertem Umgang mit den Kranken zurückgehen. Insassen würden durch Betätigung, die ihren Anlagen entsprächen, von ihren krankhaften Ideen abgelenkt und entfalteteten wieder Interessen. Die Abläufe in den Hospitälern seien einem natürlichen Tageslauf anzugleichen. Hierzu gehöre ein Wechsel von sinnvoller Betätigung und Schlaf. Neben produktiven Betätigungen seien körperliche Übungen und Musik therapeutisch einzusetzen. Von der Krankenhausleitung sei das Grundprinzip der Humanität einzuführen. Das Personal solle im Umgang mit den Kranken Geduld und Verständnis entwickeln (vgl. Pinel, 1801/1948).

Mit der Einführung der neuen Behandlungsmethoden waren einige Konfliktpunkte verbunden. In vielen Hospitälern stand nicht genügend in handwerklichen Techniken geschultes Personal zur Verfügung. Auch die Notwendigkeit, mit dem Patienten gemeinsam festzulegen, warum er welche Tätigkeit ausüben sollte, stellte hohe Anforderungen an die sozial-kommunikativen Fähigkeiten des Personals, welches sich überwiegend ohne jede Ausbildung aus der Landbevölkerung im Umland der Kliniken rekrutierte und aufgrund disziplinarischer Vorfälle gegenüber Patienten häufig entlassen wurde (vgl. Hohenlohe, 1988, 32). Der Einsatz von Arbeit als Mittel der Therapie machte zudem neue Klinikbauten und Werkstätten einschließlich landwirtschaftlicher Betriebe erforderlich (vgl. Harlfinger, 1968, 157). Mit dem produktiven Einsatz der Patienten sowohl im Rahmen von Regiebetrieben zum Aufrechterhalten des Klinikablaufes (bspw. Schneiderei, Wäscherei, Küche) als auch in der Landwirtschaft gewannen die Kliniken an wirtschaftlicher Autonomie. Um der Gefährdung entgegen zu wirken, dass die Arbeitskraft der Patienten einseitig im Sinne der Klinik ausgenutzt wird, wurde bspw. in der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein 1829 ein Regulativ erlassen, in dem der Umgang mit den Patienten und ihr Einsatz für Tätigkeiten in 18 Paragraphen genau fest-

gelegt wurde. Hierin wird zu Beginn betont, dass mit der Aufnahme in die Klinik verbunden sei, dass die Kranken zu „zweckmäßigen Mitteln der Beschäftigung angehalten und in den dazu bestimmten Stunden zur Vollbringung einer möglichst nutzbaren Arbeit angestellt werden“ (von Nostritz und Jänckendorf, 1829). Müßiggang werde nicht geduldet. In den folgenden Paragraphen werden Grundsätze formuliert, die zum Ausdruck bringen, dass Arbeit nicht als Strafe, sondern als Mittel zum Zweck im Sinne des Heilverfahrens für den Kranken einzusetzen sei. Die jeweilige Betätigung sei vom Arzt nach Art, Umfang und Niveau für den Patienten auf der Grundlage der vom Hausverwalter zur Verfügung gestellten Plätze auszusuchen. Arbeit diene sowohl der physischen als auch der psychischen Kräftigung. Die Aufseher werden zu einem rücksichtsvollen, geduldigen und freundlichen Umgang aufgefordert und dazu angehalten, bei den Aufgabenstellungen für die Patienten „vom Leichten zum Schweren allgemach fortzuschreiten“ (a.a.O., 195). Strafen sollten möglichst unterlassen werden. Nicht zu strafen seien solche Insassen, die aufgrund ihrer Krankheit nicht zurechnungsfähig seien. In einem weiteren Paragraphen erfolgt eine Klassifikation der Arbeitenden nach Belastbarkeit bzw. Umfang des möglichen Arbeitseinsatzes in drei Klassen:

- A. Verpflegte, welche zu allen ihrer Intelligenz und physischen Kraft gemäßen Arbeit vom Hauptverwalter gebraucht werden können;
- B. welche zu gar keinen Beschäftigungen, und
- C. nur zu einzelnen, namhaften, vom Hausarzt vorzuschlagenden Arbeiten zu gebrauchen sind (a.a.O., 196).

Eine differenzierte Aufstellung der Betätigungen, die in der Klinik für Patienten in Frage kommen, unterscheidet nach Tätigkeiten für Männer und Frauen. Darüber hinaus werden Arbeitszeit, Arbeitsanleitung und –aufsicht, Behandlung der Fleißigen und Trägen geregelt. Als Belohnung ist vorgesehen: ein freier Ausgang bzw. die freie Verwendung des Taschengelds. Für die Patienten dritter Klasse erfolgt die Belohnung durch eine Kanne Bier oder bessere Kost. Trägheit oder Arbeitsverweigerung der geistig zurechnungsfähigen Patienten wird durch den Entzug von Privilegien oder durch Zwangsmaßnahmen bestraft.

Die hier skizzierten Regularien geben zu erkennen, dass mit der Einführung von Arbeit als Mittel der Therapie ein umfangreiches und differenziertes Regelsystem eingeführt wurde, das im Einzelnen den Umgang zwischen Patient, Pfleger, Hausverwalter und Arzt erfasste. Die Differenzierung der Patienten nach Leistungsfähigkeit, der Arbeit nach Anspruchsniveau, die Zuordnung von Patienten zu Arbeiten sowie die korrekte Anleitung und Begleitung der Patienten stellte hohe Anforderungen an die Mitarbeiter. Die dominierende Stellung des Arztes wird daran deutlich, dass er bei allen Entscheidungen das letzte Wort hat. Trotz der Betonung, dass mit den Patienten schonend umgegangen werden solle und dem Grundsatz, Arbeit in erster Linie in den Dienst der Genesung des Patienten

zu stellen, bleibt offen, was tatsächlich als Anzeichen der Genesung zu werten ist. Inwieweit in der Umsetzung dieses Gedankens tatsächlich die Möglichkeit der Selbstregulation durch Betätigung systematisch im Sinne des Patienten in den Blick genommen wurde, kann nicht geklärt werden. Es bleibt die Frage, ob ein auf Arbeits- und Anpassungsleistung gerichtetes Belohnungs- und Bestrafungssystem die im Konzept des *Moral Treatment* hervorgehobene neue Freiheit des Patienten nicht wieder drastisch einengte, d.h. die neu gewonnene Aktivität des Patienten sofort wieder einem neuen Zwangsmittel unterworfen wurde, welches im Dienst anderer Interessen stand. Verfolgt man die Rezeption dieser frühen Konzepte in der deutschen psychiatrischen Arbeitstherapie vor dem zweiten Weltkrieg, so ist eine Gradwanderung zwischen den Anstaltszielen Freiheit des Denkens und Handelns für den Einzelnen, Anpassung an die Gemeinschaft und Ausnutzung der Arbeitskraft in der Auslegung der Grundidee des therapeutischen Einsatzes von Arbeit zu erkennen. Unter dem Einfluss behavioristischer<sup>9</sup>, darwinistischer und rassistischer Annahmen bediente man sich des Einsatzes von Arbeit in Anstalten nicht nur als Anpassungs- und Disziplinierungsinstrument, sondern unter dem pervertierten Motto „Arbeit macht frei“ auch als Vernichtungsmaschinerie.

Wie der amerikanischen Berufsgeschichtsschreibung zu entnehmen ist, wurde die Idee des *Moral Treatment* in den USA durch Quäkergemeinschaften eingeführt. Allerdings ging der familiäre Charakter der kleinen Asyle zu

<sup>9</sup> Der Psychiater Hermann Simon führte 1924 vor dem Hintergrund einer überwiegend auf Bettenbehandlung beruhenden Verwahranstalt das Konzept der `aktiveren Krankenbehandlung` ein. Für ihn ist das Ziel aller Erziehung die Entwicklung zur Selbständigkeit in der Anpassung an die Notwendigkeit des Gemeinschaftslebens. Die Grundpfeiler seines Anstaltskonzeptes bilden Übung und Gewöhnung. In ihnen sieht er die entscheidenden Prinzipien zur Einfügung des Einzelnen in die Gemeinschaft. Es handle sich bei ihnen um elementare biologische Vorgänge, die von Denken, Bewusstsein, Willen unabhängig seien: „Ein Vorgang oder eine zeitlich ablaufende Kette von Vorgängen, die in unserem Zentralnervensystem einmal sich abgespielt haben, hinterlassen erfahrungsgemäß eine `Bahnung`, d.h. bei Wiederkehr gleicher Voraussetzungen tritt die gleiche Reaktion und der gleiche Ablauf leichter und sicherer ein als das erstmalig; und das um so mehr, je häufiger die Wiederholung ist“ (Simon, 1929/1986, 64-65). Diese Form der Einübung gelte nun nicht nur für einfache manuelle Tätigkeiten, „sondern auch für geistige Leistungen aller Art, und ganz besonders auch für die Entwicklung des Gesamtkomplexes von Reaktionsformen, den wir als `Persönlichkeit`, als `Charakter` eines Menschen bezeichnen, ferner für die Entwicklung des Denkens und der ganzen Einstellung zu den großen Lebensfragen der Religion, Ethik, Politik, der sozialen Fragen“ (a.a.O., 65). Der deutsche Psychiater Carl Schneider (1891-1946), Ordinarius der psychiatrischen Klinik in Heidelberg von 1933-1945, sah in der Arbeitstherapie ein Mittel zur Herstellung einer biologisch wirksamen Gesamtsituation zur Beseitigung von Krankheitssymptomen. Arbeit verstand er als „einen festgefühten, unveränderlichen Komplex von Tätigkeiten, welche auf den Kranken genauso übertragen werden muss wie sie vom Gesunden geübt wird“ (Schneider, 1939, zit. n. Harlfinger, 1968, 30). Es komme in der Arbeitstherapie auf die Instinktreaktionen der Nachahmung und der Neugier an. Das Verhalten der Pfleger habe entsprechend sicher und klar zu sein, da sonst die Wirkung verfehlt werde (vgl. Harlfinger, 1968, 30-31).

geführt. Allerdings ging der familiäre Charakter der kleinen Asyle zu Gunsten großer kustodial geführter Kliniken bald verloren (vgl. Schwartz, 1998). Die grundlegende Idee, Arbeit als Mittel der Therapie in großen Anstalten, meist für psychisch Kranke, aber bspw. auch für Tuberkulosekranke anzuwenden, fand jedoch während der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert weiter Zuspruch und Differenzierung v.a. durch engagierte Mediziner, die ihre Erfahrungen aus großen Hospitälern in die Gründungsphase des Berufes einbrachten.

Zu den Ansätzen des *Moral Treatment* lässt sich *zusammenfassen*, dass in seinen Konzepten der Zusammenhang zwischen Betätigung und Gesundung erkannt und in Programmen umgesetzt wurde. Bei der Programmgestaltung wurde eine sinnvolle Strukturierung der Zeit durch einen Wechsel von Arbeit, Ruhe und Muße berücksichtigt. Arbeiten wurden auf das Leistungsvermögen bzw. den Grad der Zurechnungsfähigkeit des Patienten abgestimmt. Dabei spielte der Grundsatz des *Entgegenwirkens*, des *Ablenkens*, eine wichtige Rolle. Die Patienten sollten die Anstrengung aufbringen, von ihren krankhaften Ideen abzulassen und ihre Aufmerksamkeit auf eine sinnvolle Aufgabe hin zu lenken. Bei der Auswahl der Tätigkeit ging es weniger um die individuelle Vorerfahrung des Patienten als um die Verteilung vorhandener Arbeiten und die nach Geschlecht und Schwere der Symptomatik unterschiedene, vermutete heilende Wirkung der Betätigung auf den Patienten. Die Patienten wurden so in einen wiederkehrenden Lebensrhythmus eingebunden, der einem vorindustriell geprägten Leben außerhalb der Anstalt nachempfunden wurde. Um die Programme umzusetzen, mussten die Anstalten als Lebensumgebung für die Patienten mit Werkstätten und Landwirtschaft gestaltet und ausgebaut werden. Arbeit wurde rein als Mittel zur Therapie eingesetzt. Rehabilitative Überlegungen, bspw. inwieweit der Einzelne die erlangten Kompetenzen in seinem ursprünglichen Lebenszusammenhang verwerten kann, spielten keine systematische Rolle. Die Umsetzung der Konzepte stellte hohe Abstimmungsanforderungen an ein nicht ausgebildetes Personal. Dem Arzt kam die umfassende Entscheidungskompetenz zu.

Als wesentliches Element für den Erfolg dieses Ansatzes kann die noch relativ wenig differenzierte vorindustrielle Gesellschaftsstruktur gesehen werden, deren patriarchale Ordnungsprinzipien und quasi natürliche Lebensrhythmen mit festgelegtem Wechsel von Arbeits- und Ruhephasen als heilendes Prinzip in die Anstalten hinein genommen wurde. Hierdurch wurde den Insassen, die zu einem großen Teil den Rest ihres Lebens in diesen Anstalten verbrachten, quasi ein Stück Menschsein zurückgegeben, was ihnen mit den Mitteln der Ruhigstellung und Untätigkeit vorher aberkannt wurde. Ein wesentlicher Konfliktpunkt dieser Konzepte lag in der wirtschaftlichen Verwertbarkeit und damit der Ausbeutbarkeit der Arbeitskraft des Patienten im Sinne der Klinik, ein Problem,

welches sich mit dem therapeutischen Einsatz von Arbeit in der Psychiatrie bis in die Gegenwart fortsetzt.

### 2.1.2 Arts and Crafts Bewegung

Während die deutschen Publikationen auf die Therapiekonzepte des *Moral Treatment* als historische Wurzel des Berufes verweisen, wird die *Arts and Crafts Bewegung*, die von Großbritannien Mitte des 19. Jahrhunderts ausging und in der ersten Professionalisierungsphase des Berufes in den USA großen Anklang fand, hierzulande völlig vernachlässigt. Die *Arts and Crafts Bewegung* kann als wesentliche Ursache für die Aufnahme des Kunsthandwerks in das Methodenrepertoir des Berufes der Ergotherapie angesehen werden.



–Abbildung 2-2: Arts and Crafts Workshop 1923, USA –

Als Begründer der *Arts and Crafts Bewegung* wird der Kunsthistoriker John Ruskin (1819-1900), ein britischer Universitätsprofessor, angesehen. Ruskin analysierte und interpretierte Kunstwerke aus den Bereichen Malerei und Architektur mit Blick auf den sozialen Kontext ihrer Entstehung und berücksichtigte besonders die Formgebung, die er als Ausdruck der Bedürfnisse der jeweiligen Gesellschaft und des Künstlers in einer bestimmten Zeit verstand. Ruskin schrieb über 30 Bücher, die in verschiedene Sprachen übersetzt wurden. Er gründete mehrere Gesprächskreise, so dass eine große, auch internationale Anhängerschaft entstand (vgl. Naylor, 1971). In diesem Arbeitszusammenhang entwickelte Ruskin seine sozialreformerischen Ideen, in denen er seine entschiedene Gegnerschaft gegenüber der Industrialisierung und ihren Folgen für den Menschen zum Ausdruck brachte. Ruskin vertrat die Ansicht, dass sich Maschinen und Fabrikarbeit negativ auf das menschliche Dasein auswirkten. Die Beteiligung an der industriellen Produktion, womit Monotonie verbunden



und der Überblick des Einzelnen über den gesamten Herstellungsprozess verloren gehe, wie auch der Umgang mit Massenartikeln im täglichen Leben seien ästhetisch nicht befriedigend, menschenunwürdig und gesundheitsschädlich:

We have much studied and much perfected, of late, the great civilised invention of the division of labour ; only we give it a false name. It is not truly speaking, the labour that is divided, but the men: - divided into mere segments of men – broken into small segments and crumbs of life; so that all the little pieces of intelligence that is left in a man is not enough to make a pin, or a nail, but exhausts itself in making a point of a pin, or the head of a nail. ...we bleach cotton, and strengthen steel, and refine sugar, and shape pottery; but to brighten, to strengthen, to refine, or to form a single living spirit, never enters into our estimate of advantage (Ruskin zit. n. Naylor, 1971, 28).

Besonders wichtig war für Ruskin die *authentische Erfahrung*, die sowohl im individuellen Herstellungsprozess als auch im Umgang mit einzigartigen Gütern des täglichen Lebens möglich wird (vgl. Levine, 1987). Die hergestellten Güter müssten ästhetischen Ansprüchen in Form und Funktion entsprechen und mit einfachen Werkzeugen aus hochwertigen Materialien gefertigt werden. Im Herstellungsprozess müsse genau auf die Bedarfe der Personen geachtet werden, die die Produkte später gebrauchen. Dies sei über Massenproduktion in gar keinem Fall zu erreichen. Reproduktion von Gütern lehnte er entschieden ab (vgl. Naylor, 1971, 28). Stattdessen war ihm die Wiederherstellung der Verbindung von Kunst und Handwerk sehr wichtig. Konsequenz aus diesen Überlegungen wäre eine Rückkehr zu vorindustriellen Fertigungsformen gewesen, wie Ruskin sie bspw. beim Erbauen von gotischen Kathedralen zwischen Planern und Handwerkern sah. Schüler Ruskins, bspw. der Designer William Morris, versuchten die rein theoretischen Ideen praktisch in Entwurf, Materialauswahl und Funktionsgebung anspruchsvoller Gebrauchsgegenstände wie Möbel, Geschirr und in Architektur umzusetzen. Die in der Folge entstehende *Arts and Crafts Bewegung* bildete ein internationales Netzwerk professioneller Werkstätten, die sich der Umsetzung der Ruskinschen Ideen verpflichtet fühlten. So wurden sie in das Konzept des 'Gesamtkunstwerks' des Deutschen Werkbundes und in die Bauhausbewegung aufgenommen (vgl. Cumming & Kaplan, 1991, 166). Ruskins Kritik an den Auswirkungen der Industrialisierung auf den Menschen wurde jedoch von politischen Kräften nicht aufgegriffen. Die Zirkel, in denen Ruskin verkehrte, waren aristokratisch und elitär geprägt, so dass weder seine Philosophie noch die entsprechend kostspieligen Gegenstände die Masse der Bevölkerung erreichten.

Es waren die gehobenen gesellschaftlichen Kreise, die sich von den Ideen angezogen fühlten und sich an den entsprechenden Gesprächszirkeln der Zusammenschlüsse von Designern, Architekten und Kunsthandwerkern beteiligten. Gleichzeitig strebten sie durch die Teilnahme an praktischen Workshops nach eigenen authentischen Erfahrungen im Umgang mit Materialien unter

sachkundiger Anleitung. Abbildung 2-2 zeigt die Arbeit in einem Arts and Crafts Workshop, mit der sich noch keine karitativen Ideen verbanden. Allein in den Vereinigten Staaten entstanden zwischen 1895 und 1907 25 Arts and Crafts Gesellschaften (vgl. Levine, 1987, 248). Als Grund dafür, dass diese Bewegung in den USA soviel Zuspruch fand, sieht Levine (a.a.O.) die raschen gesellschaftlichen Transformationsprozesse um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert. Durch die zunehmende Industrialisierung und das schnelle Bevölkerungswachstum durch Einwanderer vom alten Kontinent traten v.a. in den Metropolen wie New York und Chicago die Unterschiede zwischen schnell reich werdenden und durch Armut und Krankheit gezeichneten Bevölkerungsgruppen ohne soziale Absicherung immer krasser hervor. Arts and Crafts Workshops bildeten einerseits eine Bastion zum Erhalt alter Werte und individueller Selbstbestätigung. Andererseits gingen aus diesen gutbürgerlichen Kreisen sozial und karitativ engagierte Personen hervor, die die Ideen der *Arts and Crafts Bewegung* für die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sowie kranke und behinderte Personen in eigenen Angeboten transformierten. Durch die Teilhabe an sorgfältigen, überschaubaren manuellen Arbeitsprozessen mit dem Ziel, qualitativ hochwertige Produkte herzustellen, sollte für diese Menschen Lebenssinn und Orientierung geschaffen werden.

Zur *Arts and Crafts Bewegung* lässt sich *zusammenfassen*: Grundanliegen war, zur aufkommenden Konsumgesellschaft eine alternative Lebensform aufrecht zu erhalten, die sich an traditionellen Normen und Werten bezüglich der Lebenseinstellung und -gestaltung orientierte. Im Zentrum stand hierbei die Verwirklichung des Menschen in seinen Betätigungen und Erzeugnissen. Hierbei spielte der direkte Bezug des Menschen zu seinen Herstellungsprozessen eine hervorgehobene Rolle. Es wurde angenommen, dass Lebensqualität und Gesundheit unmittelbar von der Qualität, Überschaubarkeit und Vollständigkeit des eigenen Wirkens und dessen Produkte sowie einer ebenso gestalteten, ästhetisch ansprechenden Umwelt abhängt. Entsprechend geordneten Arbeitsprozessen und hochwertigen Erzeugnissen wurde zugesprochen, einen individuellen und gemeinschaftlichen Sinnzusammenhang herzustellen. Für die ordnende bzw. heilende Wirkung stand nicht der individuelle biographische Bezug zum Produkt im Vordergrund, dies wäre aus organisatorischen Gründen schon schwierig gewesen, sondern die Teilnahme an sorgfältig vorbereiteten Abläufen und Produktvorgaben. Die Beteiligung hieran sollte die Teilhabe an der Umsetzung einer den Einzelnen übersteigenden Idee ermöglichen.

Wie bei den Ansätzen des *Moral Treatment* steht auch hier nicht die Bearbeitung eines gesundheitlichen oder sozialen Problems im Zentrum, sondern die *Ablenkung* von diesem durch eine Körper und Geist in gleichem Maße beschäf-

tigende Idee. Hierdurch sollten Selbstwertgefühl und -vertrauen des Einzelnen gefördert werden. An die anleitenden Personen wurden hohe fachliche Anforderungen gestellt. Neben sehr guten handwerklichen Voraussetzungen musste pädagogisches Geschick vorhanden sein. Außer den individuell fördernden, pädagogischen Aspekten spielte die Rehabilitation in vorhandene Lebens- und Arbeitszusammenhänge keine Rolle. In den ersten Jahren der *Arts and Crafts Workshops* ging es aber durchaus um die Qualifizierung von Teilnehmenden im entsprechenden Handwerk (craftsmanship) und damit um die Herstellung einer Basis zum Broterwerb. Den gesellschaftlichen Hintergrund der *Arts and Crafts Bewegung* bildeten rasche, mit der Industrialisierung verbundene Transformationsprozesse, die die Orientierung des Einzelnen an überdauernden gesellschaftlichen Normen und Werten erschwerten und eine Gefährdung für verlässliche soziale Bezüge sowie ein auf Dauer geregeltes Leben darstellten. Von diesen Prozessen waren sowohl die Anbieter als auch die Nutzer der Workshopangebote betroffen. Eine Orientierung der Workshopangebote an genuinen Lebens- und Arbeitszusammenhängen der Klienten hätte sich unter diesen ungesicherten, im Fluss befindlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auch als ausgesprochen schwierig erwiesen. Die positive Wirkung des sorgfältig geordneten und überschaubaren Herstellungsprozesses im Kunsthandwerk einschließlich seiner vorzeigbaren Ergebnisse kann für Anbietende und Teilnehmende der Workshops somit auch in der Metaphorik für ein sich ordnendes und geordnetes sowie erfolgreiches Leben angenommen werden. Konfliktpunkte dieser Workshops sind in ihrer starken ideologischen Prägung zu sehen. Was sich unter anomischen gesellschaftlichen Bedingungen einerseits als Halt erweist, kann andererseits für den Einzelnen Zwang zur Anpassung und Unterordnung unter die Normen der *Arts and Crafts Bewegung* und ihrer Untergruppen bedeuten.

Offen bleibt, welchen Gewinn die Teilnahme für sozial Bedürftige und gesundheitlich Beeinträchtigte langfristig für ihr tägliches Leben außerhalb der Workshops erbracht hat, wenn bei der Transferleistung in den Alltag keine Unterstützung gegeben war. Aus diesem Problem gab es den Ausweg, sich in dem entsprechenden Handwerksbereich zu qualifizieren, wie es in den Anfangsjahren der Workshops noch vorgesehen war (vgl. Levine, 1986, 250). Dieser Weg konnte jedoch nur wenigen das wirtschaftliche Überleben sichern und, qua Verzicht auf moderne Werkzeuge, keine breite Basis für Tätigkeiten in einer sich industrialisierenden Gesellschaft bieten. In späteren Phasen, in denen die Teilnahme den *Arts und Crafts Workshops* mit einer ärztlichen Überweisung verbunden und die Idee dieser Workshops zunehmend in ergotherapeutischen Klinikprogrammen aufgegriffen wurde, rückte die handwerkliche Qualifizierung von Patienten an den Rand der Aufmerksamkeit.

## 2.2 Erste professionelle Konzeptionen in Annäherung und Abgrenzung zu Entwicklungen der Medizin

Konzepte, die Betätigung als Mittel der Therapie favorisieren, haben sich immer im Umfeld medizinischer Behandlung und sozialer Problembereiche entwickelt. Das jeweilige Menschenbild der Medizin kann hier als beeinflussender Faktor für die Gestaltung und die Verbreitung dieser Behandlungsansätze gesehen werden. Für die Konzepte des *Moral Treatment* scheint ein positiver Zusammenhang mit den Entwicklungen der Medizin jener Zeit sehr eindeutig zu sein: Die im idealistischen und humanistischen Menschenbild des 18. und 19. Jahrhunderts enthaltene Annahme, dass Menschen bei entsprechender Umgebung in der Lage seien, sich selbst und ihre Situation aktiv zu gestalten und zu ordnen, wurde in den Konzepten des *Moral Treatment* reflektiert. Für psychisch kranke Menschen wurden in den Hospitälern Voraussetzungen geschaffen, wie sie für den Menschen allgemein als förderlich verstanden wurden. Die Struktur eines quasi natürlichen Tagesablaufes mit einem ausgeglichenen Wechsel von Arbeit, Freizeit und Ruhe in Verbindung mit einem verständnisvollen humanen Umgang sollten auch für Anstaltsinsassen die Voraussetzungen zur Selbstregulation schaffen.

Folgt man der Geschichtsschreibung der amerikanischen Ergotherapie, so ist zu bezweifeln, dass die Berufsgründung der amerikanischen Ergotherapie im Jahr 1917 als gradlinige Folge bzw. Konsequenz der um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert sich verstärkenden wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen der Medizin zustande gekommen ist. Das Verhältnis zwischen den Berufen der Ergotherapie und der Medizin ist wesentlich komplizierter. Sowohl historische Schriften als auch geschichtliche Rückblicke amerikanischer Autorinnen und Autoren vermitteln den Eindruck einer hochgradig ambivalenten Beziehung zwischen Ergotherapie einerseits und einer Medizin andererseits, die sich um die genannte Jahrhundertwende verstärkt der Untersuchung und exakten Beschreibung isolierbarer kausaler Ursache-Wirkungszusammenhänge widmete und zunehmend einen biomedizinischen Fokus einnahm (vgl. Kielhofner & Burke, 1977).

Die Gruppe der Begründer der amerikanischen Ergotherapie kam aus unterschiedlichsten Berufen. Es befanden sich Ärzte, Sozialarbeiterinnen, Krankenschwestern, Handwerkslehrerinnen und Architekten unter ihnen. Auch die Vorerfahrungen mit Betätigung als Mittel der Therapie streuten weit. Drei Ärzte, H. Hall, William Rush Dunton und Adolph Meyer, können als kritische Vertreter ihres Faches und seiner Methoden gesehen werden. Sie hatten in unterschiedlichen, meist psychiatrischen Kliniken und zum großen Teil in Zusammenhang mit chronisch kranken Patienten mit Konzepten in der Tradition des *Moral Treatment* Erfahrungen gesammelt. Der Architekt Thomas B. Kidner war mit

Aufgaben der Krankenhausplanung betraut, während sein Berufskollege G. Barton selbst als Tuberkulosekranke mit dem Problem der ungenutzten Zeit während langwieriger Erholungsphasen in Kliniken Erfahrungen gemacht hatte. Er eröffnete später im Rahmen der *Arts and Crafts Bewegung* selbst eine Art Behandlungszentrum, das Consultation House in Cifton Springs, New York. Die Frauen, Eleonor C. Slagle, Susan E. Tracy (Krankenschwester), und Julia Latrop (Sozialarbeiterin) und die Frau von A. Meyer, M. Potter Brooks Meyer (Sozialarbeiterin), kamen von der praktischen Arbeit mit Klienten in der *Arts and Crafts Bewegung* und entwickelten erste Ausbildungskurse für interessierte Klinikmitarbeiter sowie Behandlungsprogramme für verschiedene Patientengruppen, die großen Anklang fanden. Diese Gründungsfiguren entwickelten einerseits ganzheitliche Konzepte, die sich als enthusiastisch vertretene Gegenentwürfe zu einer hochgradig arbeitsteiligen und spezialisierten Arbeit am Patienten lesen lassen. Andererseits werden auch für die Ergotherapie im Rahmen sich spezialisierender medizinischer Fachgebiete und Diagnosestellungen genaue und systematische Beobachtungen und Analysen von Bewegungsabläufen und Verhaltensweisen sowie darauf logisch aufbauende Behandlungen gefordert. Das methodische Vorgehen Frederick W. Taylors, wie er es in seiner Publikation zur wissenschaftlichen Betriebsführung vorstellte, galt hier als Vorbild (Levine, 1987; Schwartz, 1998).

Von 1922 stammt die bis heute viel zitierte Schrift von A. Meyer mit dem Titel: *Philosophie of Occupational Therapy* (vgl. Meyer, 1922/1977). In diesem Text wird eine Programmatik für die Ergotherapie beschrieben, die während der kritischen Geschichtsreflexion in den siebziger Jahren von den amerikanischen Ergotherapeutinnen als hoch aktuell wieder entdeckt wurde. Meyer skizziert zunächst die Entwicklung der Konzepte des *Moral Treatment*, um dann auf der Basis eigener klinischer Erfahrungen zu den Kernpunkten der Behandlungsmöglichkeiten durch Betätigung zu kommen. Als eine Hauptursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Probleme sieht er eine fehlende oder falsche Nutzung von Zeit. Klinikabläufe, in denen für den einzelnen Patienten viel Leerlauf entsteht, würden nicht zur Verbesserung, sondern zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen. Dafür zu sorgen, dass Patienten die Zeit nicht vergeuden, sondern für sinnvolle Betätigungen nutzen, sei eine große Herausforderung für die klinische Versorgung. Durch eine sinnvolle Nutzung der Zeit würden die Einheit von Körper und Seele und eine Realitätsbindung geschaffen, die dem Individuum eine Selbstregulierung in seiner Umwelt ermögliche:

Our conception of man is that of an organism that maintains and balances itself in the world of reality and actuality by being in active life and active use, i.e., using and living and acting its *time* in harmony with its own nature and the nature about it. It is the *use* of ourselves that gives the ultimate stamp to our every organ (Meyer, 1922/1977, 641).

Meyer betont, dass gerade der aktuellen, realitätsschaffenden Ausführung einer Betätigung, also ihrer Performanz, besondere Aufmerksamkeit in Forschung und Therapie gewidmet werden müsse. Diesem Anliegen wird ab den späten sechziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts in Konzepten der *Occupational Performance* entsprochen werden. Ein weiterer für Meyer beachtenswerter Aspekt ist der Lebensrhythmus: „The whole of human organisation has its shape in a kind of rhythm“ (a.a.O.). Neben den biologischen Rhythmen des menschlichen Organismus sei der rhythmische Wechsel von Betätigungen für ein gesundes Leben von großer Bedeutung. Er nennt diese den Rhythmus bestimmenden Betätigungen *the big four*: Arbeit und Spiel, Ruhe und Schlaf. Mit Patienten solle ein geordneter Rhythmus in Form eines Angebotes mit Betätigungswechseln langsam aufgebaut werden, wobei produktive Betätigungen enthalten sein sollten, die Stolz vermitteln und das Selbstwertgefühl steigern. Die Rolle der Ergotherapeutin sieht er darin, den Patienten eine Vielfalt an Betätigungsmöglichkeiten zu schaffen und nicht darin, sie zur Durchführung einer Tätigkeit durch eine Verschreibung zu drängen. Mit seinen Ausführungen nimmt Meyer zu diesem frühen Zeitpunkt quasi eine *systemorientierte Perspektive* ein, die den tätigen Menschen im Zusammenspiel mit seiner Umwelt thematisiert. In Theoriediskussionen ab den siebziger Jahren werden diese Perspektive und auch die Aspekte der *Occupational Balance* und der *Occupational Performance* von vielen Autoren im Rahmen der Entwicklung von ergotherapeutischen Praxismodellen (vgl. 2.3.2) und der aus der Ergotherapie hervorgegangenen Grundlagendisziplin der *Occupational Science*<sup>10</sup> wieder aufgegriffen (vgl. Zemke & Clark, 1996).

Obwohl sich die ergotherapeutischen Angebote zunehmend im medizinisch-klinischen Bereich konzentrierten und die ärztliche Verschreibung zur Voraussetzung für den Erhalt entsprechender Leistungen wurde, blieb die Ambivalenz gegenüber der Medizin und ihren Entwicklungen erhalten. Diese Ambivalenz konnte in den Anfangsjahren des Berufes von seinen Vertreterinnen noch nicht reflektiert werden. Sie führte zwischen Berufskolleginnen zu harten Auseinandersetzungen, die den jungen gemeinsamen Konsens über den sinnvollen Einsatz von Betätigung als Mittel der Therapie über Jahrzehnte stark strapazierten. Eine Hauptkonfliktlinie lag in der Frage, welchen Stellenwert dem Produkt der als Therapie eingesetzten Betätigung zukommen solle. Ergotherapeutinnen in

---

<sup>10</sup> Zemke und Clark (1996) beschreiben die neue Disziplin in ihrem Vorwort so: „Occupational science is an academic discipline, the purpose of which is to generate knowledge about the form, the function and the meaning of human occupation. Occupations are defined in the science as chunks of daily activity that can be named in the Lexicon of culture. ... When we come to understand these occupations within the framework of the human life, we can say ‘People are shaped by what they have done, by their daily patterns of occupation’ (a.a.O., vii).