

Inhaltsverzeichnis

1	Kompetenzentwicklung in der Ausbildung	20			
	<i>Maria Kohlhuber</i>				
1.1	Berufsprofil in Deutschland	20	1.3.3	Personale Kompetenzen als Basis- kompetenzen für die Ausbildung ..	24
1.2	Qualifikation und Kompetenz ..	21	1.3.4	Ein Kompetenzportfolio für die Ergotherapieausbildung	27
1.2.1	Qualifikationen	21			
1.2.2	Kompetenz	21	1.4	Kompetenzentwicklung nach der Ausbildung – lebenslanges Lernen	34
1.3	Kernkompetenzentwicklung und Portfolio	22	1.4.1	Anleitung von Auszubildenden ..	34
1.3.1	Allgemeine Kompetenzen für Ausbildungen	23	1.4.2	Fort- und Weiterbildung	34
1.3.2	Kompetenzdimensionen	23			
2	Betätigung				38
	<i>Ellen Romein, Christine Aichhorn, Maria Kohlhuber</i>				
2.1	Grundelemente menschlicher Betätigung	38	2.1.4	Wo, wann und mit wem? Betätigungen und Kontext	48
2.1.1	Wer? Betätigung als Teil einer Lebensrolle	39	2.2	Betätigungen und Ergotherapie.	51
2.1.2	Wie und für welchen Zweck? Betätigung als Grundbedürfnis und Ausdruck von Persönlichkeit	42	2.2.1	Betätigungen im Tagesablauf von Klienten: das Betätigungsprofil. ...	51
2.1.3	Was? Betätigung in den Bereichen des täglichen Lebens	44	2.2.2	Herangehensweisen im ET-Prozess: Top-down-, Bottom-up- und Top-to-Bottom-up-Ansatz	52
			2.2.3	Occupational Science (OS)	54
3	Klientenzentrierung				58
	<i>Ellen Romein</i>				
3.1	Definition Klientenzentrierung in der Ergotherapie	58	3.4	Die klientenzentrierte Grund- haltung und Gesprächsführung ..	63
3.2	Der Unterschied zwischen Patienten und Klienten	60	3.4.1	Die klientenzentrierte Grundhaltung	63
3.3	Das Konzept der Klientenzentrierung	61	3.4.2	Checkliste klientenzentrierte Grundhaltung	63
			3.4.3	Grundlagen einer klienten- zentrierten Gesprächsführung	64
			3.4.4	Leitlinien für eine klienten- zentrierte Gesprächsführung	65

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

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

8	Vom Kompetenzprofil zum Berufsprofil	178			
	<i>Verena Weiler</i>				
8.1	Einführung	178	8.4.4	Management	192
8.2	Die Basis: Ergotherapeutische Grundsätze und allgemeine Kompetenzen	179	8.4.5	Fürsprache	193
8.2.1	Die vier ergotherapeutischen Grundsätze	179	8.4.6	Professionalität	193
8.2.2	Allgemeine Kompetenzen von Ergotherapeuten	180	8.4.7	Lernen	193
8.3	Ergotherapeutische Kernkompetenzen	185	8.4.8	Das ergotherapeutische Kompetenzprofil wird zum Berufsprofil ..	193
8.3.1	Grundlagen zu ergotherapeutischen Kernkompetenzen	185	8.5	Der Reflektierte Praktiker	194
8.3.2	Die Enablement Skills aus dem CMOP-E als ergotherapeutische Kernkompetenzen	185	8.5.1	Reflection in Action: Überlegungen während der therapeutischen Situation.	195
8.3.3	Zusammenspiel der ergotherapeutischen Grundsätze, der allgemeinen Kompetenzen und der ergotherapeutischen Kernkompetenzen.	188	8.5.2	Reflection on Action: Überlegungen nach der therapeutischen Situation	197
8.4	Ergotherapeutisches Kompetenzprofil	190	8.6	Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle	198
8.4.1	Ergotherapeutische Expertise.	191	8.6.1	Burnout-Syndrom.	198
8.4.2	Kommunikation	191	8.6.2	Helfersyndrom	199
8.4.3	Zusammenarbeit.	192	8.6.3	Hilflosigkeit	199
			8.6.4	Umgang mit Herausforderungen der therapeutischen Berufsrolle. ...	199
			8.6.5	Zusammenhang des ergotherapeutischen Berufsprofils mit Herausforderungen der ergotherapeutischen Berufsrolle	200
			8.7	Fazit und Zusammenfassung ...	201
9	Der ergotherapeutische Prozess	204			
	<i>Maria Kohlhuber</i>				
9.1	Der betätigungszentrierte ergotherapeutische Prozess mit Betätigungsanalyse	204	9.1.7	Auswahl der Prozessbeispiele.	218
9.1.1	Einführung.	204	9.1.8	Evidenz.	219
9.1.2	Die Grundstruktur des Prozesses: Evaluation, Intervention und Outcome/Re-Evaluation	204	9.2	Beispielprozess 1 (CPPF): Frau Seiler arbeitet als Sozialarbeiterin.	221
9.1.3	Der ergotherapeutische Prozess in ausgewählten Modellen.	213		<i>Lucia Szenzenstein</i>	
9.1.4	Der Prozess im CMOP-E: Canadian Practice Process Framework (CPPF)	214	9.2.1	Ein Fall aus der Arbeitstherapie ...	221
9.1.5	Die 8 Aktionspunkte des CPPF	216	9.2.2	Kontext und Bezugsrahmen	221
9.1.6	Der Prozess im OTIPM	218	9.2.3	Die 8 Aktionspunkte des CPPF mit Frau Seiler	222
			9.2.4	Fazit	233

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

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

Betätigung aus Sicht des DVE e. V. []

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

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

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

Menschen verleihen ihren Betätigungen eine *Bedeutung*?

Betätigungen werden individuell *unterschiedlich ausgeführt*?

Die Ausführung von Betätigungen ist Ausdruck unserer *Persönlichkeit*?

Betätigungen gehören zu den *Grundbedürfnissen* des Menschen?

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

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

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

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

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

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

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

2.1.1 Wer? Betätigung als Teil einer Lebensrolle

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



Abb. 2.1 Betätigungszentrierte Ergotherapie.

Einige Lebensbereiche, in denen wir unsere Hauptrollen finden:

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

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

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

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

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

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

Übungsaufgaben →

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

Einige Beispiele für unerwünschte Rollenveränderungen:

Für ein paar Tage oder Wochen:

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

Für ein paar Wochen oder Monate:

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

Für Monate oder Jahre:

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

Für unbekannte Zeit:

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

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

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

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

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

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

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

Betätigungen werden in unterschiedlichen Rollen unterschiedlich ausgeführt

B

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Merke

M!

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

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

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

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

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

Die Macht der Gewohnheit

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

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

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

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

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

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

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

Betätigungen sind zielgerichtet und haben einen bestimmten Zweck

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

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

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

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

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

2.1.3 Was? Betätigung in den Bereichen des täglichen Lebens

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

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

Die 3 Kategorien von Betätigung [] gemäß CMOP-E

Selbstversorgung

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

Produktivität

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

Freizeit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gesundheit und Teilhabe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Restorative Occupations (Betätigungen zur Erholung)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.4 Wo, wann und mit wem? Betätigungen und Kontext

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

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

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

Der temporäre Kontext

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

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

Fallbeispiel temporärer Kontext **B**

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

Der physische Kontext

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

Fallbeispiel physischer Kontext **B**

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

Der institutionelle Kontext

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

Fallbeispiel institutioneller Kontext**B**

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

2

Der soziale Kontext

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

Fallbeispiel Sozialer Kontext**B**

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

Der kulturelle Kontext

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

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

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

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

Fallbeispiel Kultureller Kontext I: Essgewohnheiten

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

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

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

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