

# Inhaltsverzeichnis

## Teil I – Klinisches und Professionelles Reasoning: Wie und woran denken wir als Ergotherapeuten?

<b>1</b>	<b>Wie das Reasoning in die Ergotherapie kam</b> .....	22			
	<i>M. Feiler</i>				
<b>1.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	22	<b>1.3</b>	<b>Klinisches Reasoning in der Ergotherapie</b> .....	24
<b>1.2</b>	<b>Historisches zum Begriff Klinisches/Professionelles Reasoning</b> .....	22	<b>1.3.1</b>	Die wichtigsten Aussagen dieser Studien waren .....	23
			<b>1.4</b>	<b>Unterschiedliche Begriffe des Reasonings</b> .....	24
			<b>1.5</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	26
<b>2</b>	<b>Professionelles Reasoning in der Ergotherapie</b> .....	30			
	<i>B. A. Boyt Schell, J. W. Schell</i>				
<b>2.1</b>	<b>Einleitung und Ziele</b> .....	30	<b>2.4</b>	<b>Das Entwickeln und Verbessern des Professionellen Reasonings</b> .....	42
<b>2.2</b>	<b>Die Definition von Begriffen des Reasonings</b> .....	30	<b>2.4.1</b>	Die Rolle der Erfahrung .....	42
<b>2.2.1</b>	Unseren Verstand verstehen .....	31	<b>2.4.2</b>	Die Rolle der Reflexion .....	42
<b>2.2.2</b>	Wissen für die Praxis .....	32	<b>2.5</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	43
<b>2.3</b>	<b>Reasoning im Gesundheitswesen</b>	35			
<b>2.3.1</b>	Ökologisches Modell des Professionellen Reasonings .....	35			
<b>3</b>	<b>Das Denken der Ergotherapeuten: Unser Hauptanliegen, unser Professionelles Reasoning und die Perspektiven, die unser Denken leiten</b> .....	48			
	<i>H. J. Polatajko, J. A. Davis</i>				
<b>3.1</b>	<b>Die Dualität der Perspektiven: Mittel versus Ziel</b> .....	49	<b>3.1.3</b>	Trennungsgrade (Degrees of Separation) von Mittel und Ziel präzisieren .....	54
<b>3.1.1</b>	Betätigung im Mittelpunkt: Mittel und Ziel .....	49	<b>3.1.4</b>	Spezifizierung des Ziels .....	55
<b>3.1.2</b>	Begriffsdefinitionen: Mittel und Ziel .....	51			

<b>3.2</b>	<b>Professionelles Reasoning in der Betätigungszentrierten Therapie: Ein Problemlösungsprozess</b> .....	58	3.2.2	ZIEL: Das angestrebte Ergebnis...	58
			3.2.3	PLAN: Die Intervention .....	59
			3.2.4	TU-CHECK: Das Ergebnis.....	69
3.2.1	Über die Strukturierung der Problemlösung.....	58	<b>3.3</b>	<b>Zusammenfassung.</b> .....	69
<b>4</b>	<b>Ergoscience und Professionelles Reasoning</b> .....	72			
	<i>C. Hocking</i>				
<b>4.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	72	<b>4.7</b>	<b>Eine transaktionsbezogene Perspektive von Betätigung</b> ....	76
<b>4.2</b>	<b>Gesundheit und Betätigung</b> ....	72	<b>4.8</b>	<b>Die Anwendung von Betätigung in der Ergotherapie</b> .....	77
<b>4.3</b>	<b>Die Betätigung und ihre Performanz</b> .....	73	<b>4.9</b>	<b>Betätigungsgerechtigkeit und Menschenrechte im Gesundheitswesen.</b> .....	78
<b>4.4</b>	<b>Die Macht der Betätigung</b> .....	74	<b>4.10</b>	<b>Zusammenfassung.</b> .....	79
<b>4.5</b>	<b>Der Beitrag der Ergoscience</b> ....	74			
<b>4.6</b>	<b>Die Bedeutung und Struktur der Betätigung</b> .....	75			
<b>5</b>	<b>Menschenrechte, Kultur, Vielfalt und Professionelles Reasoning in der Ergotherapie</b> .....	84			
	<i>U. Costa, M. Jäger</i>				
<b>5.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	84	5.3.2	Betätigungsgerechtigkeit und Betätigungsungerechtigkeit .....	87
<b>5.2</b>	<b>Menschenrechte</b> .....	84	<b>5.4</b>	<b>Kultur und Vielfalt</b> .....	88
<b>5.3</b>	<b>Ergotherapie und Menschenrechte</b> .....	85	5.4.1	Gesundheit und Krankheit .....	89
5.3.1	Gesundheit, Gleichheit, Gerechtigkeit und soziale Gesundheitsdeterminanten .....	86	5.4.2	Gesundheitskompetenz.....	90
			5.4.3	Aspekte kultureller Kompetenz ...	90
<b>5.5</b>	<b>Zusammenfassung.</b> .....	93			
<b>6</b>	<b>Global denken – lokal handeln</b> .....	96			
	<i>K. Sinclair, J. Creek</i>				
<b>6.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	96	<b>6.3</b>	<b>Lokal handeln</b> .....	100
<b>6.2</b>	<b>Global denken</b> .....	97	6.3.1	Ergotherapie ist eine komplexe Interventionsform .....	100
6.2.1	Globale Gesundheitsthemen. ....	97	<b>6.4</b>	<b>Zusammenfassung.</b> .....	104

<b>7</b>	<b>Digitalisierung und Professionelles Reasoning</b> .....	108		
<b>7.1</b>	<b>eHealth</b> .....	108	<b>7.2</b>	<b>Technologien und Robotik</b> .....
	<i>M. Feiler, J. Unger</i>			<i>A. Kerschbaumer</i>
7.1.1	Digitalisierung in unserer persönlichen Welt .....	108	7.2.1	Einleitung .....
7.1.2	Digitalisierung in der Arbeitswelt ..	108	7.2.2	Technisches Reasoning .....
7.1.3	Digitalisierung im Gesundheitswesen .....	109	7.2.3	Assistive Technologien im Alltag und ihr Beitrag zur Lebensqualität .
7.1.4	Schlussfolgerung .....	116	7.2.4	Entwicklung assistiver Technologien .....
			7.2.5	Assistive Technologien im (ergotherapeutischen) Alltag. ....
			7.2.6	Zusammenfassung .....
<b>8</b>	<b>Qualitätsentwicklung und Reasoningprozesse in der Ergotherapie</b> ..	128		
	<i>C. Merklein de Freitas, B. Weber</i>			
<b>8.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	128		Professionalisierungsprozesses (Mikroebene) .....
8.1.1	Qualitätsentwicklung als wichtiger Baustein für die individuelle Professionalisierung und Professionsentwicklung .....	129	8.2.2	Instrumente zur Unterstützung gemeinschaftlicher Professionalisierungsprozesse. ....
<b>8.2</b>	<b>Instrumente im Professionalisierungsprozess</b> ...	130	8.2.3	Instrumente im Rahmen der Qualitätsentwicklung – Mesoebene
8.2.1	Instrumente zur Unterstützung des eigenverantwortlichen		8.2.4	Instrumente zur Qualitätsentwicklung der Profession (Makroebene) .....
			<b>8.3</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....
				139
<b>9</b>	<b>Professionelles Reasoning in der Forschung</b> .....	142		
	<i>V. Ritschl, E. Mosor, T. Stamm</i>			
<b>9.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	142	9.2.3	Formulieren einer konkreten Forschungsfrage. ....
<b>9.2</b>	<b>Denkprozesse im Zuge von Forschungsprojekten</b> .....	142	9.2.4	Festlegen und Beschreiben des Forschungsdesigns und der Methoden .....
9.2.1	Erkennen eines Forschungsfeldes, Aufzeigen einer Wissenslücke und Formulieren eines Forschungsbedarfs .....	143	9.2.5	Erstellen eines Studienprotokolls ..
9.2.2	Schaffen einer Wissensbasis durch Literaturrecherche und Review; Verknüpfung des Forschungsbedarfs mit der vorhandenen Theorie und Evidenz .....	143	9.2.6	Einholen von notwendigen Genehmigungen zur Durchführung der Studie .....
			9.2.7	Sammeln der Daten. ....
			9.2.8	Analyse und Interpretation der Forschungsergebnisse .....
			9.2.9	Präsentation und Publikation der Forschungsergebnisse .....

<b>9.3</b>	<b>Evidenzbasierte Praxis und praxisorientierte Forschung</b> . . . . .	146	9.3.2	Evidenzbasierte Praxis . . . . .	147
9.3.1	Praxisorientierte Forschung . . . . .	146	<b>9.4</b>	<b>Zusammenfassung</b> . . . . .	148
<b>10</b>	<b>Über das Denken nachdenken: Formen und Arten unseres Professionellen Reasonings</b> . . . . .	150			
	<i>M. Feiler</i>				
<b>10.1</b>	<b>Einleitung</b> . . . . .	150	10.2.12	Kollaboratives Reasoning . . . . .	182
10.1.1	Theorien . . . . .	150	10.2.13	Strategisches Denken und Reasoning . . . . .	184
10.1.2	Praxis . . . . .	150	10.2.14	Fazit . . . . .	187
10.1.3	Erfahrung . . . . .	151	<b>10.3</b>	<b>Modelle Klinischen/ Professionellen Reasonings</b> . . . . .	188
10.1.4	Das „mehrgleisige“ Denken der Therapeuten . . . . .	151	10.3.1	Das lineare Modell des Klinischen Reasonings . . . . .	188
<b>10.2</b>	<b>Denkweisen beim Professionellen ergotherapeutischen Reasoning</b> . . . . .	152	10.3.2	Das Denken mit zwei verschiedenen Inhalten und der Therapeut mit dem dreigleisigen Denken . . . . .	188
10.2.1	Scientific Reasoning . . . . .	154	10.3.3	Das Konzept des dynamischen Denkens in Form einer Spirale . . . . .	189
10.2.2	Diagnostisches Reasoning . . . . .	157	10.3.4	Das hierarchische Modell von Unsworth . . . . .	189
10.2.3	Kategorisierendes Reasoning . . . . .	158	10.3.5	Das Ökologische Modell von Schell	190
10.2.4	Prozedurales Reasoning . . . . .	158	10.3.6	Das Modell des kontextspezifischen Professionellen Reasonings . . . . .	190
10.2.5	Pragmatisches Reasoning/ Management Reasoning . . . . .	158	10.3.7	Zusammenfassung . . . . .	190
10.2.6	Kreatives Reasoning . . . . .	169			
10.2.7	Lehren und Erklären als Reasoning/ Teaching as Reasoning . . . . .	170			
10.2.8	Narratives Reasoning . . . . .	171			
10.2.9	Interaktives Reasoning . . . . .	175			
10.2.10	Ethisches/Spirituelles Reasoning . . . . .	180			
10.2.11	Politisches Reasoning . . . . .	182			

**Teil II – Klinisches und Professionelles Reasoning: Unser vielseitiges Denken praktisch angewandt**

Einführung

<b>11</b>	<b>Akuttherapie: ICU, SU und B-Reha</b> . . . . .	197			
	<i>K. Felber</i>				
<b>11.1</b>	<b>Über mich</b> . . . . .	197	<b>11.2</b>	<b>Überlegungen zur Ergotherapie auf Intensivstationen</b> . . . . .	198
11.1.1	Was mir bei meiner Arbeit im Akutbereich wichtig ist . . . . .	197	11.2.1	Anforderungen an Ergotherapeuten	198

11.2.2	Umweltbezogene Rahmenbedingungen, Praxiskontextfaktoren und EMPR.....	198	11.3.4	Befundung mit dem Patienten in Phase 2.....	201
11.2.3	Informationen zu unseren Intensivstationen vor Ort und meinem Vorgehen als Ergotherapeutin.....	199	11.3.5	Erster Kontakt auf der B-Reha.....	201
<b>11.3</b>	<b>Patientenbeispiel: Herr R.</b> .....	<b>200</b>	11.3.6	Zielsetzungen, Planung und Behandlungsmaßnahmen der nächsten Einheiten.....	203
11.3.1	Anamnese der Person.....	200	11.3.7	Zielsetzungen, Planung und Behandlungsmaßnahmen im weiteren Therapieverlauf.....	205
11.3.2	Rollen des Patienten.....	200	11.3.8	Die erste Therapieeinheit mit dem Roll-up Piano.....	207
11.3.3	Anfangsbefund in Phase 1: Erste Kontakte und Basismaßnahmen auf der Intensivstation ...	200	<b>11.4</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>208</b>
<b>12</b>	<b>Professionelles Reasoning in der neurologischen Rehabilitation</b> .....	<b>210</b>			
	<i>S. Wöls-Lohberger</i>				
<b>12.1</b>	<b>Ergotherapie in der Rehabilitation</b> .....	<b>210</b>	12.4.2	Klientenbezogenes Ich/ Konditionales Reasoning.....	214
<b>12.2</b>	<b>Das Rehabilitationszentrum als Praxis-Kontext</b> .....	<b>210</b>	<b>12.5</b>	<b>Therapeutische Handlungen</b> ....	<b>214</b>
12.2.1	Organisatorische Normen und Regeln/Pragmatisches Reasoning ..	211	12.5.1	Zugänge zu Interventionen.....	214
<b>12.3</b>	<b>Die Therapeutin</b> .....	<b>213</b>	12.5.2	Ziele.....	217
12.3.1	Persönliches Ich.....	213	12.5.3	Handlungen und deren Erklärungen.....	217
12.3.2	Professionelles Ich.....	213	12.5.4	Individuelle versus gemeinsame Interventionen.....	218
<b>12.4</b>	<b>Der Klient</b> .....	<b>213</b>	12.5.5	Art der Interventionen.....	219
12.4.1	Persönliches Ich/ Narratives Reasoning.....	213	12.5.6	Klientenbezogene Handlungen außerhalb der Therapieeinheiten..	219
<b>13</b>	<b>Professional Reasoning in der Pädiatrie heute und vor 20 Jahren</b> .....	<b>222</b>	<b>12.6</b>	<b>Therapieergebnisse/ Zielerreichung</b> .....	<b>219</b>
	<i>H. Strebelt, C. Zillhardt</i>				
<b>13.1</b>	<b>Die Ergotherapeutin Anna</b> .....	<b>222</b>	<b>13.4</b>	<b>Die therapeutische Behandlung</b> .....	<b>223</b>
<b>13.2</b>	<b>Charlotte</b> .....	<b>223</b>	13.4.1	Evaluation früher und heute.....	223
<b>13.3</b>	<b>Die Praxis</b> .....	<b>223</b>	13.4.2	Interventionsplan.....	227
			13.4.3	Intervention früher und heute....	228
			13.4.4	Outcome früher und heute.....	230

<b>14</b>	<b>Professionelles Reasoning in der psychiatrischen Praxis, Bereich Ambulantes Betreutes Wohnen</b> .....	234			
	<i>N. Kaldewei</i>				
<b>14.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	234	<b>14.4</b>	<b>Das Klienten-Ich: Frau T.</b> .....	237
<b>14.2</b>	<b>Ich als die praktizierende Therapeutin</b> .....	234	<b>14.5</b>	<b>Weitere Reasoning-Prozesse aus diesem Arbeitsbereich</b> .....	240
<b>14.3</b>	<b>Der Praxiskontext: Das Ambulant Betreute Wohnen (ABW)</b> .....	236	<b>14.6</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	243
<b>15</b>	<b>Geriatric, ein ergotherapeutisches Handlungsfeld</b> .....	246			
	<i>P. Wosnitzek</i>				
<b>15.1</b>	<b>Beschreibung der Institution</b> ...	246	<b>15.2.3</b>	Theorien der Praxis und Über- zeugungen – Spirituelle Haltung als therapeutischer Wirkfaktor. ...	248
<b>15.2</b>	<b>Die praktizierende Ergotherapeutin und ihr Handlungskontext</b> .....	247	<b>15.3</b>	<b>Therapeutisches Handeln und Reasoningprozesse anhand eines Klientenbeispiels</b> .....	249
15.2.1	Berufliches/professionelles Ich ...	247	<b>15.4</b>	<b>Fazit</b> .....	257
15.2.2	Praxiskontext .....	247			
<b>16</b>	<b>Systemische Coachingkompetenz für Ergotherapeuten</b> .....	260			
	<i>B. Bachschwöll, C. Strasser-Gugerell</i>				
<b>16.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	260	<b>16.2.1</b>	Systemisches Denken .....	261
16.1.1	Hintergrund .....	260	<b>16.2.2</b>	Systemtheoretische Grundlagen ..	261
<b>16.2</b>	<b>Grundlagen aus dem systemischen Coaching für Ergotherapeuten</b> .....	261	<b>16.2.3</b>	Konstruktivistische Grundlagen ...	266
			<b>16.3</b>	<b>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</b> .....	269
<b>17</b>	<b>Professionelles Reasoning und Management – Management Reasoning</b> .....	272			
	<i>M. A. Kraxberger</i>				
<b>17.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	272	<b>17.3</b>	<b>Praxisbeispiel: Die gemeinsame Formulierung des Rehazielles in einem Rehabilitationszentrum</b>	273
<b>17.2</b>	<b>Einflussfaktoren</b> .....	272	<b>17.3.1</b>	Organisationsstruktur .....	274
17.2.1	Rahmenbedingungen .....	272	<b>17.3.2</b>	Ergotherapie .....	274
17.2.2	Persönliche Eigenschaften .....	273	<b>17.3.3</b>	Management .....	275
			<b>17.4</b>	<b>Fazit</b> .....	277

<b>18</b>	<b>Ergotherapeutisches Reasoning in der Lehre – Enabling Learning</b> . . . .	280		
	<i>J. Stadler-Grillmaier</i>			
<b>18.1</b>	<b>In welchem Kontext findet Lehre an der Fachhochschule statt?</b> . . .	280	<b>18.3</b>	<b>Der Professionelle Blick: Das Verständnis von Lernen</b> . . . .
18.1.1	Studierendenzentrierung und Kompetenzbasierung . . . . .	280	18.3.1	Jedes Hirn ist anders, jeder Mensch kreiert sein eigenes Wissen . . . . .
<b>18.2</b>	<b>Der persönliche Blick als Ergotherapeutin und Lehrende.</b> .	281	18.3.2	Aufmerksamkeit gewinnen – Catch the brain! . . . . .
18.2.1	Reden und reden und reden und reden . . . . .	281	18.3.3	Verarbeitung von neuen Informationen . . . . .
18.2.2	Ich muss nicht alles selbst sagen. . .	282	18.3.4	Wie entsteht die Motivation, sich mit Lernaktivitäten zu beschäftigen? . . . . .
18.2.3	Knisternde Aufmerksamkeit – the stage is yours! . . . . .	282	18.3.5	Reflexion. . . . .
18.2.4	Der Drang nach Können. . . . .	282	18.3.6	Resümee . . . . .
18.2.5	Lass mich in Ruhe, ich kann das! . .	283	<b>18.4</b>	<b>Zusammenfassung</b> . . . . .
18.2.6	Learning from each other. . . . .	283		291
18.2.7	Tun belebt. . . . .	283		
18.2.8	„Der Mensch ist dort ganz Mensch, wo er spielt!“ . . . . .	284		
18.2.9	Zusammenfassung: . . . . .	284		
<b>19</b>	<b>Evidenzbasierte Praxis anwenden und eigene Forschung durchführen</b> . . . . .	294		
	<i>V. Ritschl, E. Mosor, T. Stamm</i>			
<b>19.1</b>	<b>Implementierung der evidenzbasierten Praxis in das klinische Setting der Ergotherapie</b> . . . . .	294	<b>19.2</b>	<b>Eigene Forschungsprojekte durchführen</b> . . . . .
19.1.1	Barrieren in der Anwendung der EBP in der klinischen Praxis. . . . .	294	19.2.1	Forschungsprojekte in Kooperation mit Universitäten und Fachhochschulen . . . . .
19.1.2	Strategien für Ergotherapeuten, um EBP in die eigene klinische Praxis implementieren zu können .	295	19.2.2	Forschungsprojekte durch Ausbildung im Rahmen eines Master- oder Promotionsstudiums. . . . .
19.1.3	EBP Implementierung – Ein Praxisprojekt . . . . .	297	19.2.3	Zusammenfassung . . . . .
				298
				298
<b>20</b>	<b>Technologische Alltagsgegenstände als Behandlungsmittel der Ergotherapie</b> . . . . .	302		
	<i>A. Bossart, P. Burgunder</i>			
<b>20.1</b>	<b>Ein Beispiel aus dem neurologischen Behandlungsbereich.</b> . .	302	20.1.2	Unser Patient Herr W. . . . .
20.1.1	Unser Setting . . . . .	302		

<b>20.2</b>	<b>Weitere Einsatzmöglichkeiten von Alltagstechnologien und Vorgehensweisen in der ergotherapeutischen Praxis</b> ....	305	<b>20.3</b>	<b>Potenzial der Verwendung von Alltagstechnologien</b> .....	307
20.2.1	Weitere mögliche Anwendungen von Alltagstechnologien in Interventionen.....	305	20.3.1	Stärken.....	308
20.2.2	Der Implementierungsprozess in die ergotherapeutische Behandlung	305	20.3.2	Grenzen.....	308
<b>21</b>	<b>Community-based Practice/Vorsorge</b> .....	312	<b>20.4</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	308
<b>21.1</b>	<b>Praxisbeispiele aus der Community-based Practice</b> ....	312	21.2.3	Wissen um Richtlinien und Vorgaben für eine qualitätsvolle Implementierung von BGF .....	333
	<i>M. Feiler</i>		21.2.4	Praxisbeispiel: Professional Reasoning bei der Durchführung eines BGF-Projekts .....	338
21.1.1	Wie ich für mich CBR/Community-based Practice entdeckt habe .....	312	21.2.5	Zusammenfassung .....	343
21.1.2	Beispiel aus meiner Praxis.....	314	<b>21.3</b>	<b>„ÖKOTOPIA“ – ein Projekt der nachhaltigen Städteplanung und Prävention</b> .....	344
21.1.3	Beispiele von Community-Projekten aus dem CBR/CBP/CP-Unterricht .....	322		<i>G. Schwarze</i>	
<b>21.2</b>	<b>Professional Reasoning als Ergotherapeutin im betrieblichen Gesundheitsmanagement</b> .....	330	21.3.1	Einleitung .....	344
	<i>J. Unger</i>		21.3.2	Das Projekt ÖKOTOPIA.....	345
21.2.1	Einleitung .....	330	21.3.3	Einbindung der Ergotherapie in das Projekt ÖKOTOPIA.....	346
21.2.2	Wissen um Trends und Entwicklungen in der Arbeitswelt .	331	21.3.4	Professionelles Reasoning .....	351
			21.3.5	Ausblick .....	353
<b>22</b>	<b>Ergotherapeutisches Reasoning in Bezug auf Kultur, Vielfalt und Menschenrechte</b> .....	356			
	<i>U. Costa, M. Jäger</i>		<b>22.1</b>	<b>Formen des Professionellen Kultur- und Vielfaltsensiblen Reasonings</b> .....	358
			<b>22.2</b>	<b>Ergotherapeutisches Reasoning im Sinn der Menschenrechte</b> ...	360
			22.2.1	Betätigungsgerechtigkeit und Enablement Skills im ergotherapeutischen Reasoning...	361
			<b>22.3</b>	<b>Ausblick</b> .....	362
			<b>Sachverzeichnis</b> .....		365

# 10 Über das Denken nachdenken: Formen und Arten unseres Professionellen Reasonings

M. Feiler

## 10.1 Einleitung

### 10.1.1 Theorien

„Theorien sind oft darauf ausgelegt, in der Praxis angewendet zu werden, was impliziert, dass die Theorie in einer Weise der Praxis vorangeht (ihr möglicherweise überlegen ist). Eine umfassende Kenntnis von Theorie – also ein gutes Grundlagenwissen – ist gewöhnlich konsistent mit der Erwartung der Gesellschaft, dass ausgebildete Praktizierende eines Berufes Experten sind“ (Mattingly u. Fleming 1994, S. 15).

Alle vorangehenden Kapitel haben *theoretisches ergotherapeutisches Wissen* vorgestellt, das sowohl Grundlage als auch Orientierungshilfe für unsere Problemlösungsstrategien und Entscheidungen bei unserer Praxis ist.

Auf der Basis dieses beruflichen Wissens ist unser Denken unterstützt um

- aktuelle Informationen und bekanntes Wissen zu neuen Problemlösungen zu verknüpfen
- bewährte Richtlinien und Problemlösungen auf neue und andere Situationen zu übertragen
- Hinweise zu erfassen und zu verstehen und
- abstrakte Denkprozesse von Sinneseindrücken und Emotionen abzugrenzen.

Doch wie Kielhofner es auf den Punkt bringt: „Theorie kann Therapeuten nicht vorgeben, was genau im therapeutischen Kontext getan werden soll, aber wenn Therapeuten eine Theorie verstehen, wird es sie dabei unterstützen herauszufinden, was im jeweiligen Moment zu tun ist. Die Praxis erfordert von Therapeuten, sich in die Person – und wie diese ihren Weg aus dem Zustand der Dysfunktion hinausfinden kann – hinein-zudenken. Die Theorie, die diese therapeutische Vorstellungskraft unterstützt, kann nicht einfach ein Rezept anbieten – vielmehr muss sie die Qualität des Denkens der Therapeuten vertiefen und schärfen (Kielhofner 1995, S. 1).

### 10.1.2 Praxis

Praxis bezeichnet die tatsächliche Ausübung, die Handlung, Verrichtung.

### Die Erwartung der Gesellschaft

Unsere Gesellschaft verlangt, dass Praxis vertrauenswürdig ist. „Praxis ist eine Übung von gegenseitigem Vertrauen in einer Situation voller Ungewissheit“ (Coles 2002, S. 4).

„Vertrauenswürdig“ beinhaltet die Erwartungshaltung, dass ein praktizierender Experte fähig ist, die bestmögliche Entscheidung zu treffen, um die im Augenblick beste Handlungsweise auszuwählen – also wann was am besten unternommen wird. Dies impliziert, dass angenommen wird, ein Professionalist verfüge über ein umfassendes und aktuelles Wissen und setze dieses beim Praktizieren ein.

### Was bedeutet Praktizieren für Praktiker

► **Praxis ist aber bekanntlich mehr, als das Anwenden von Wissen. Es ist vor allem ein „in Beziehung sein“ – in einem bestimmten Kontext und meist mit einer bestimmten Aufgabenstellung.** Praxis ist „Verhalten und Agieren im Kontext“, das bestimmt ist durch die Faszination, die von den Menschen in diesem Kontext ausgeht.

Praxis ist die Freude an der Analyse des Erfassbaren und an komplizierten, komplexen Situationen und Problemstellungen. *Praxis ist Kommunikations- und Organisationskunst.*

Praxis bedeutet, Sinnzusammenhänge zu erfassen, ein Visualisieren und Übersicht gewinnen.

Praxis ist Vertrauen auf bewährtes Wissen, aber auch die Bereitschaft zu einem Perspektivenwechsel, neugierig, d. h. gierig auf Neues zu sein.

Praxis ist fortwährende Situationsanalyse – ein direktes und indirektes Ableiten von Informationen und Symptomen, um die Informationen herauszufiltern, die notwendig sind um mit den aktuell passenden Problemlösungstechniken umgehen zu können. Dabei sind Voraussetzungen und Einflussfaktoren, Neben- und Fernwirkungen, so-

wie Effekte der Maßnahmen und eigendynamische Veränderungen zu berücksichtigen.

Praxis ist ein sich auf die Umstände der jeweiligen Situation einzustellen, wobei unser Denken unser Verhalten steuert und wie bei einer Probehandlung die Realität vorskizziert.

Praxis verlangt Umsicht und die Fähigkeit, mit Stress umzugehen.

### 10.1.3 Erfahrung

Erfahrung ist Wissen, das durch unmittelbares persönliches Erleben zustande kommt. In der Entwicklungspsychologie ist Erfahrung das im Gehirn gespeicherte, selbst wahrgenommene Ereignis einschließlich seiner mehr oder weniger realitätsadäquaten Verarbeitung, ohne die Lernprozesse und die menschliche Gesamtentwicklung nicht denkbar wären. Mittels Erfahrung wird Wissen, werden Fähigkeiten, Überzeugungen und Meinungen sowie ein kulturelles Weltbild entwickelt. Alle gewonnenen Erkenntnisse durch die Erlebnisprozesse der Erfahrungen sind verbunden mit Emotionen, Motivationen und Willensentscheidungen. Erkenntnisse können durch Erzählungen, Berichte, im Unterricht und in der Lehre weitergeben werden, aber sie sind für diejenigen, die sie vermittelt bekommen keine eigenen Erfahrungen, sondern „abstraktes“ Wissen.

*Berufserfahrung* meint, dass man bei der Ausübung seines Berufes mit verschiedenen Situationen konfrontiert war, die gemeistert werden mussten und damit verbunden ein breit gefächertes Wissen erworben hat. Im Zuge der Berufserfahrung findet oft ein *Erfahrungsaustausch* mit Kollegen statt und ermöglicht ein gegenseitiges Lernen.

Erfahrungen, positive und negative, hinterlassen die Wirkung des Erlebten, die man in sein Leben einbezieht, nützt, interpretiert und bewertet.

Unser Denken in der Praxis kann also keine Einheit sein, sondern ist ein Bündel von Fähigkeiten, das verschiedene Denkweisen und -formen benötigt, um sich auf die Aufgabe, die Umstände und die Situation einzustellen.

Die Forschung über das Reasoning in der Ergotherapie hat gezeigt, dass Ergotherapeuten eine ganze Reihe von unterschiedlichen Denkweisen anwenden.

In diesem Kapitel soll nun ein Überblick über die beim Recherchieren aktuell gefundenen, in der Literatur beschriebenen und beim Praktizieren verwendeten Denkweisen vorgestellt werden. Im Anschluss sollen einzelne umfassender dargestellt

werden. Vorausschickend muss erwähnt werden, dass es oft sehr schwierig ist, eine wirklich klare Unterscheidung und Taxonomie bei der Zuordnung der einzelnen Denkformen vorzunehmen. Teilweise scheint dies mit der Sichtweise des Problems zusammenzuhängen, manchmal mit der unterschiedlichen Interpretation von Autoren bzw. mit deren linguistischer Fertigkeit.

Als Autorin dieses Kapitels beziehe ich mich sowohl bei den Aufzählungen als auch Beschreibungen auf die von Fleming und Mattingly eingenommene Haltung, nämlich: „Unterschiedlich zu denken hat verschiedene Gründe und ist die Antwort auf spezielle Bestandteile der einzelnen Probleme“ (1994, S. 17).

Deshalb sollen die einzelnen Perspektiven mehr den Aufforderungscharakter haben, umfassend zu denken und weniger den, die absolut korrekte Zuordnung zu einzelnen Denkweisen zu treffen. Vielmehr sollte sogar das Zuordnen zu einer Denkweise zum Hinterfragen anregen, warum gerade diese Perspektive mit den entsprechenden Inhalten gewählt wird. Zudem erhebt diese Auflistung nicht den Anspruch, absolut umfassend zu sein. Im Gegenteil, es soll eine Ermutigung sein zu einem Suchen nach weiterer Evidenz über das Denken, das unser Reasoning unterstützt und unser praktisches Arbeiten verbessert.

*Die große Errungenschaft hinter dem Aufdecken der verschiedenen Denkweisen, die wir bei jedweder Form des Praktizierens verwenden ist, dass wir, wie Fleming beschreibt, eine Sprache gefunden haben, die uns hilft, das zu erklären, was wir tun und warum wir etwas tun.*

### 10.1.4 Das „mehrgleisige“ Denken der Therapeuten

Fleming (1991) beschrieb als erste Ergotherapeutin, dass wir beim praktischen Arbeiten offensichtlich verschiedene Denkweisen bei unserem Reasoning anwenden, wenn wir uns mit einer professionellen Aufgabenstellung bzw. den diversen Problemen in Verbindung mit unseren Interventionen auseinandersetzen. So schreibt Fleming (ebd.) vom „*Three Track Mind*“ (dem dreigleisigen Denken) und nennt es das Zusammenführen von *diagnostischem, interaktivem und prozeduralem Denken*. In den Studienergebnissen von Mattingly und Fleming (1994) wird zusätzlich das *Narrative Reasoning* als eine weitere Form des Denkens bei unseren Reasoningprozessen ausführlich beschrieben.

ben. Man erkannte, wie wichtig das Wissen darüber, was der Patient über seine Krankheit denkt, für die Auswahl von Interventionen und das Formulieren von Zielen, also erreichbaren Ergebnissen ist. Barbara Schell und Ron Cervero (1993) stellten den Begriff des *Pragmatischen Reasonings* vor und machten deutlich, wie Kontextfaktoren dazu beitragen können, Therapie zu unterstützen, zu behindern oder auch zu verhindern.

Die Ergotherapie hat sich in den vergangenen Jahren sehr intensiv weiterentwickelt. Neue Aufgabenbereiche sind ebenso dazugekommen, wie neues berufsspezifisches Wissen. Zudem beeinflussen Phänomene wie Digitalisierung, Vorschreiten der technischen Möglichkeiten und Globalisierung nicht nur ein schnelleres Wissen von und über Katastrophen, Krankheiten und globale Probleme, sondern vermitteln auch eine Betroffenheit, die ihrerseits die Notwendigkeit zum Handeln fordert. Globale Probleme sind und werden zunehmend zu lokalen, wie z. B. die Überalterung der Gesellschaft, Flüchtlinge und Migranten, geänderte Arbeitsbedingungen und Arbeitsverhalten,

neue Strukturen des Zusammenlebens von Familien und Gemeinschaften, Umweltprobleme und viele weitere. Diese Veränderungen und deren Einflüsse sind Tatsachen, denen wir uns permanent in unserem beruflichen Alltag stellen müssen. Die Arbeitsmöglichkeiten für uns Ergotherapeuten gehen weit über das Behandeln von Patienten hinaus (s. Kap. 8).

In der Folge haben Ergotherapeuten durch Studien belegt, dass wir beim praktischen Arbeiten eine ganze Reihe zusätzlicher Denkweisen einnehmen müssen, um eine Problemstellung möglichst umfassend zu erkennen und mit möglichen Lösungsansätzen zu reagieren.

## 10.2 Denkweisen beim Professionellen ergotherapeutischen Reasoning

Die folgende Tabelle (► Tab. 10.1) gibt eine Übersicht über die Denkweisen beim Professionellen ergotherapeutischen Reasoning.

Tab. 10.1 Denkweisen beim Professionellen ergotherapeutischen Reasoning.

Denkweise	Ausrichtung und Beschreibung	Hinweise, Anhaltspunkte und Fragen
Scientific Reasoning	Anwendung von logischen wissenschaftlichen Methoden <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypothesenbildung und deren Überprüfung</li> <li>• Beobachtbare und erkennbare Merkmale und Hinweise (Pattern Recognition)</li> <li>• Entscheidungen sind gestützt auf Theorien und statistische Evidenz (Testergebnisse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fakten</b> wie Befunde, Diagnose, Gesundheitszustand</li> <li>• <b>Evidenz</b> aus der Forschung</li> <li>• <b>Modelle</b> und Bezugsrahmen als Handlungsanleitung</li> </ul>
Diagnostisches Reasoning	Diagnose als Leitgedanke für Ursache, Analyse und Prognose von Zuständen, die Ergotherapie als Behandlungsmaßnahme notwendig machen	Welche entsprechend der <b>Diagnose</b> gegebenen funktionellen Probleme sind zu erwarten? Welche Beeinträchtigungen sind mit welcher Intensität und mit welchem Ausmaß erfassbar?
Prozedurales Reasoning	Auswahl von Evaluation und Interventionsmaßnahmen	Diagnoseorientiert Theorie- und modellorientiert
Kategorisierendes Reasoning)	Gemeinsamkeiten werden festgestellt und Kategorien zugeordnet.	<b>Kontextorientiert</b> (und wenn möglich kulturspezifisch orientiert)
Prediktives Reasoning	Auf das zu erwartende Ergebnis gerichtetes Denken	<b>Klientenzentriert</b> (Vorlieben, Interessen, Neigungen) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassen des Zustandes und der möglichen Auswirkungen sowie</li> <li>• Feststellen der Effektivität, die Problemlösung unterstützt</li> </ul>
Pragmatisches (Management-) Reasoning	Hinterfragen der Realität und der sich daraus ergebenden Möglichkeiten von Klient/Institution/Therapeutin/Familie und Community/Ressourcen/finanziellen Gegebenheiten (inkl. Versicherung)	Klient – seine Kapazität und Entwicklungsfähigkeit Das gesamte Umfeld mit Unterstützung und Hindernissen.

Tab. 10.1 Fortsetzung

Denkweise	Ausrichtung und Beschreibung	Hinweise, Anhaltspunkte und Fragen
Konditionales Reasoning (Enablement Reasoning)	Sich einen Überblick über den Gesamtzustand des Patienten (Gegenwart – Vergangenheit – Zukunft – Person – familiäres und soziales Umfeld und Lebensumstände) zu verschaffen. Darauf aufbauend Interventionen in Form von <b>Betätigungen durchführen</b> um Partizipation, Inklusion und Selbstbestimmtheit möglich zu machen und nachhaltig zu erhalten Anleiten und informieren, um das Verständnis für und bei Veränderungen zu bewirken	Klientenzentriert Ressourcenorientiert Alltagsorientiert Betätigungsorientiert <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellungsvermögen und Interpretation</li> <li>• Intention und Betätigung</li> <li>• Bedeutung von Betätigungen</li> </ul>
Soziales Reasoning	Ganzheitliche Sicht auf den Klienten (Gruppe von Klienten) einschließlich der Lebensgeschichte, sozialen Identität, Rollen Beziehungen und Netzwerke	Möglichkeiten von Selbstmanagement suchen und unterstützen bzgl. (Aufrechterhaltung) der Betätigung, Umfeld, Beziehungen und Netzwerke
Kreatives Reasoning	Die eigenen und bei den beteiligten Personen vorhandenen kreativen Fähigkeiten entdecken und für einen möglichen Erfolg riskieren, neue kreative und sinngebende Problemlösungen in einem andauernden Prozess zu finden	Kommunikationsvarianten als Auslöser und Steuerung ermitteln Kreativität überführen in Wirksamkeit- und schließlich in Beherrschung der Materie Automatismen gegen wohlüberlegte kreative Handlungsweisen eintauschen Das Umfeld als Kreativitätsfaktor gestalten
Lehren und Erklären als Reasoning (Teaching as Reasoning)	Ursachen und Wirkung erkennen (aufzeigen)	Verständnis für eigenen Zustand vermitteln
Narratives Reasoning	Geschichten des Patienten (Lebensgeschichte; Krankengeschichte, Geschichten zur Situation) Geschichten mit dem Patienten Geschichten über den Patienten	Sichtweise des Patienten zu verstehen (wie bewertet er seine Krankheit, Einschränkungen; Handlungsfähigkeit) Was sind seine angestrebten Ergebnisse, Ziele, Prioritäten, Potentiale und Barrieren Neue Sichtweisen ermöglichen Eine gemeinsame Erfolgsgeschichte gestalten
Interaktives Reasoning	Herstellen der bestmöglichen Beziehung zum Klienten Inter- und Intrapersonale Perspektive	Verbales und nonverbales Verhalten, das positiv unterstützt Interaktive Verhaltensweisen und Strategien
Ethisches (Spirituelles) Reasoning	Was muss getan werden (im Sinne von Best Practice)? Ethische Dilemmata und mögliche Lösungen identifizieren	Verantwortungsbewusstes Handeln – Werte als professionelle und persönliche Verpflichtung Risiken und Vorteile
Politisches Reasoning	Situation, deren Entstehen und Perspektiven abklären Zusammenhänge, Hintergründe und Einflüsse identifizieren Beteiligung von Personen und deren Hintergründe und Ressourcen hinterfragen (Vergangenheit – Gegenwart – mögliche Zukunft) Strategien für Zusammenarbeit entwickeln	Klienten befähigen, für eigene Rechte und Interessen einzutreten Für die sprechen, die selbst nicht für die eigenen Interessen eintreten können Möglichkeiten für die Zusammenarbeit mit Interessenvertretern, Ämtern und Behörden, NGOs herstellen bzw. fördern Bei Maßnahmen soziale Gerechtigkeit hinterfragen
Kollaboratives Reasoning	Professionelle Aufgabenstellung im Kontext klarstellen, beschreiben und bewerben	Professionelle Werte und Wissen, Kompetenz und die sich daraus ergebende Effizienz und Effektivität für den Klienten, die Gesellschaft und die Politik aufzeigen Ressourcen für die Teammitglieder deutlich machen

Tab. 10.1 Fortsetzung

Denkweise	Ausrichtung und Beschreibung	Hinweise, Anhaltspunkte und Fragen
Strategisches Reasoning	Visionen mit vorstellbaren Zukunftsszenarien entwickeln Innovative Ideen fördern Alternativen und Unvorstellbares andenken Strategien entwickeln	Die richtigen Fragen stellen Partner für Zusammenarbeit finden und herstellen Vorhandene Prozesse und Praktiken kritisch hinterfragen
Technisches Reasoning (vgl. Kap. 7.2.2)	Vergegenwärtigung der Problemstellung Wissen und Reasoning Konzept und Design	Subjektive und objektive Wertigkeit Klient – Fähigkeiten und Fertigkeit Umwelt und Nachhaltigkeit Zum Umfeld und zur Kultur passend

### 10.2.1 Scientific Reasoning

Neistadt (1998) und Schell (1998) verwenden erstmals den Begriff Scientific Reasoning als den zusammenfassenden Oberbegriff (für Diagnostisches und Prozedurales Reasoning), der das berufliche Wissen, logische Denken und Abwägen von Fakten als ein zentrales Element beim Entscheiden und Handeln zusammenführt. Allerdings haben auch schon Rogers (1983) und van Leit (1995) diesen Begriff zur Erklärung und Veranschaulichung verwendet.

#### Unser Wissen: eine Grundlage unseres Professionellen Reasonings

„Wissen“ ist etwas, das sich ständig weiterentwickelt, mit Erfahrungen kombiniert wird und in unserem Gedächtnis abgespeichert ist.“ Laut Jones (1997, S.9) ist nicht nur die bloße Menge des Wissens oder das reine Formwissen wesentlich, sondern vielmehr die Organisation des Wissens.

Beim Anwenden von Wissen erfolgt das Denken *logisch, sachlich, analytisch* und daher ähnlich dem Denken bei einer wissenschaftlichen Untersuchung.

Da, wie Schell 1998 beschreibt, es unser Wissen ist, das uns maßgeblich dazu verhilft, sowohl die Situation als auch den Gesundheitszustand unserer Klienten zu verstehen und die notwendigen Konsequenzen abzuleiten, kommt dem Scientific Reasoning sowohl in jeder Form von Praxis als auch der Lehre eine ganz wesentliche Bedeutung zu. Tomlin (2018, S. 147) bringt es auf den Punkt, wenn er meint, dass die Analyse des Begriffes erklärt, worum es geht, nämlich: „Cutting something into pieces and fitting them back together again to determine how it works.“ (Etwas in seine Bestandteile zu zerlegen und diese anschließend wieder zusammenzuführen um herauszufinden, wie es funktioniert. ▶ Abb. 10.1).

#### Definition

##### Auf Wissen aufbauende Denkweisen

**Wissen ermöglicht, auf die praktische Arbeit bezogen (d. h. auf Personen und ihre Diagnosen, Situationen und Aufgaben, den Kontext und das Umfeld) folgendermaßen zu denken:**

##### Deduktiv:

Die Schlussfolgerung entspricht ohne Abweichung der Annahme

##### Induktiv:

Für die Annahme ergibt sich eine andere Erklärung, die mit vorhandenen Gesetzmäßigkeiten verglichen wird

##### Abduktiv:

„Vereint wissenschaftliche Forschung, medizinische Diagnose, gesunden Menschenverstand und allgemeine Problemlösungen“ (s. Kap. Abduktives Reasoning)

##### Nach Statistik und Wahrscheinlichkeit:

Charakteristika führen zu einer bestimmten Schlussfolgerung

##### Als Evidence-informed Practice:

Es werden kontinuierlich folgende Fragen gestellt: Gibt es eine durch Forschung belegte Evidenz? Welche Erfahrung bzgl. dieser Thematik kann ich zur Lösung beisteuern? Welche Werte, Ziele, Vorlieben habe ich zu berücksichtigen? Welche Ressourcen sind in diesem Praxissetting vorhanden?

Zu unterscheiden: Wissenschaftliches Denken/ Forschung: beschäftigt sich mit dem generalisierbaren Wissen (s. Kap. 9.3)

<b>Wissen führt zu</b>	
<b>Kognition</b>	
eine Absicht wird verfolgt	Problemidentifikation
zielgerichtetes Denken	Wahrnehmung relevanter Informationen /Daten
	Interpretation
	Schlussfolgerung – Hypothesenbildung – Überprüfung
<b>Metakognition</b>	
nachdenken über eigene Denkvorgänge	„organisiertes Wissen“
nachdenken über eigenes Verständnis	Relevanz und Qualität der Daten
	hinterfragen von Reasoningstrategien, die zielführend sein könnten
<b>Reflexion</b>	
(In action) während des Handelns	
(on action) nach dem Handeln	
(about action) über das Handeln (ist es übertragbar)	neues Wissen wird generiert

Abb. 10.1 Wozu Wissen führt.

- ▶ **Unser Wissen verhilft uns zum Denken über:**
  - Welche Herangehensweise wähle ich?
  - Wie sammle ich systematisch Daten, die valide (zutreffend) und reliabel (zuverlässig) sind?
  - Welche Kategorien/Definitionen/Beschreibungen wende ich an?
  - Analyse/Synthese
    - Ähnlichkeiten, Unterscheidungen, was steht in welchem Bezug?
    - Erklärungsmöglichkeiten
    - Ergebnisse, Schlussfolgerungen
    - welche Fragen bleiben offen?
  - mit dem vorhandenen Wissen denken
  - durch das Anwenden von Wissen geleitetes Denken
  
- ▶ **Unser Wissen leitet unser Denken beim Sammeln von Daten für die:**
  - Problemidentifikation
  - Problemanalyse
  - Problemlösung

In der Regel gehen wir mit einem ergotherapeutischen Modell und/oder theoretischen Rahmenkonzept an die Problemidentifikation, -analyse und -lösung heran (s. Kap. 3.2). Dieses wählen wir auf Grund von Vorinformationen aus, z. B. der Diagnose, dem Alter und Geschlecht eines Klienten, dem Kontext, in dem ein Zusammentreffen stattfindet bzw. in dem nachfolgende Interventionen erfolgen sollen sowie der Ausbildung und den Vorerfahrungen des Therapeuten.

### Problemidentifikation: Erfassen des Ist-Zustandes

(vgl. dazu Kap. 3.2)

#### Definition Arten der Problemidentifikation

**Subjektiv:**  
Was ist für den Patienten das Problem, was beeinträchtigt ihn wobei? Was ist sein Ziel und was trennt ihn von diesem Ziel?

**Objektiv:**  
Wie kann das subjektiv empfundene Problem objektiviert werden? Bestehen darüber hinaus weitere Probleme, die der Patient (noch) nicht als solche empfindet, Umstände und Zustände, die zu Problemen werden könnten?

- ▶ **Folgende Methoden werden angewandt um den Zustand zu erfassen:**
  - Testen und generalisieren
  - Muster erkennen (*Pattern Recognition*); typische Hinweise (*Cues*) identifizieren und interpretieren
  - Heuristische Methode
  - Hypothesen bilden und überprüfen

## Problemanalyse

► **Testergebnisse.** Was sagen sie aus? Wobei unterstützen sie unser Weiterdenken? Sind Sie ein Ausgangspunkt, um ein Ziel für Verbesserung zu setzen (z.B. Bewegungsumfang, Kraft, Geschicklichkeit; notwendige Informationen etc.)? Sind Sie eine Bewertung/Messung des Zustands?

► **Mustererkennung.** Wann, wie, in welcher Häufigkeit bzw. unter welchen Voraussetzungen sind sie zu erkennen? Was bedeuten sie für die Handlungsfähigkeit unseres Klienten? Sind sie pathologisch und besteht Handlungsbedarf? Welche Form von Handlungsbedarf besteht? Welche Cues (Auslöser) stehen hinter den Mustern. Cues sind einerseits ein „Wiedererkennen“ – wir greifen zurück auf unser Erfahrungswissen – andererseits erfordern sie jedes Mal ein klares Objektivieren. Beispielsweise bei Spastizität: Jeder Patient hat sein

eigenes spastisches Muster (Symptom) und auch das kann variieren (Lokalisation, Intensität, tageszeitliche Schwankungen, Gemütszustand usw.), und deshalb variieren auch die Cues und deren Ausprägung.

► **Heuristik.** Mit unvollständigen Methoden und in begrenzter Zeit zu wahrscheinlichen Aussagen oder praktikablen Lösungen kommen. Gigerenzer u. Todd (2000) beschreiben, dass die Heuristik sowohl eine lange Tradition als auch eine gute Alltagstauglichkeit hat. Heuristische Möglichkeiten sind z.B. Versuch und Irrtum oder die Lösung vor auszudenken und durch Rückwärtsdenken den Weg zur Lösung zu ergründen (durch Durchdenken des Vorwärtsschreitens belegen, dass der Weg zur Lösung führt). Es werden Ähnlichkeiten genutzt um das Verständnis und Wissen zu erweitern oder vertiefen.

Tab. 10.2 Maria Feiler: Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial; Formblatt verwendet im Unterricht über Professionelles/Klinisches Reasoning.

Stufen eines kritischen Denkprozesses im Rahmen des Wissenschaftlichen Reasonings	Fragen oder Aussagen, die von Ergotherapeuten berücksichtigt werden sollen
Brainstorming bzgl. der Hintergründe für unerwartetes Verhalten	Welche Erklärungen gibt es für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dieses Verhalten</li> <li>• diese Reaktion</li> <li>• diese Unfähigkeit?</li> </ul>
Identifiziere den Auslöser	Identifiziere generelle Kategorien oder unterschiedliche Faktoren, die auslösend sein können. Verwende dabei Theorien, die du im Kopf hattest, als du mit dem ersten Schritt konfrontiert warst.
Finde Begründungen für und gegen jede mögliche Ursache	Welche Zusatzinformation ist notwendig um die Faktoren zu identifizieren, die für das Verhalten verantwortlich sein können und die Unfähigkeit des Patienten/Klienten erklären, adäquat zu reagieren bzw. sich zu adaptieren?
Bedenke den theoretischen Standpunkt	Was ist der theoretische Bezugsrahmen? Was aus welchen Wissenschaften ist notwendig und mit dem Bezugsrahmen in Verbindung zu bringen?
Evaluieren die Begründungen	Befunde exakt das Verhalten, das du beurteilst. Was genau ist zu sehen? Welche Begründungen werden durch die Beobachtung untermauert? Was an deiner Evaluation/Behandlung ist gut? Was hast du am besten gemacht? Was kannst du anders machen um deinen Klienten besser zu ...? Entwickle objektive Behandlungsstrategien
Erfahrung	Welche Beobachtungen hast du durch deine Erfahrung besonders schnell erfasst, zugeordnet, interpretiert? Treffen diese auch in diesem Fall tatsächlich zu? Warum? (Theoretische Untermauerung)
Einstellung	Was für Einstellungen werden bei dir geweckt, wenn du mit diesem Verhalten konfrontiert bist? Wie gehst du mit ihnen um – hilft es dir – hilft es dem Patienten? Was genau musst du im Auge behalten?

► **Formulieren und Überprüfen von Arbeitshypothesen.** Merkmale und Hinweise werden zusammengefügt und die Frage, nach dem „Warum“ etwas so ist, wird gestellt. Anschließend wird die Frage in eine Hypothese umformuliert (wenn – dann). Es wird (oft mit mehreren Wiederholungen) überprüft, ob diese Wenn-Dann-Zusammenhänge auch zutreffen und so die Hypothese bestätigt oder verworfen werden kann. Verwirft man sie, dann werden neue Hypothesen aufgestellt und überprüft, bis man die am wahrscheinlichsten Zutreffende gefunden hat. Diese versucht man auf weitere Tätigkeiten zu übertragen um herauszufinden, ob sie auch wirklich zutreffend und gültig ist.

### Problemlösung: Vom Ist-Zustand zu einem Soll-Zustand

Gute Problemlösungen kennzeichnet ein *hoher Grad an organisiertem Wissen*, das rasche Erkennen von wesentlichen Informationen, das *strategisch organisierte Arbeiten anhand eines Planes* vom Beginn bis zur Lösung, wobei die geplante Handlung schnell und effizient in einzelne Teilschritte zerlegt wird. Beim Handeln wird permanent auf *Anzeichen* geachtet, *die wichtig sein könnten und ein Ändern der Handlungsweise erfordern*. Zudem halten Experten permanent Ausschau nach *neuen Informationen und Erkenntnissen*, die sie beim Handeln unterstützen könnten und sie sind fähig, *neues Wissen zutreffend und unterstützend anzuwenden* (Healy et al. 2014).

Alles was dazu erforderlich ist, ist *Erfahrung*. „Mit Erfahrung werden die meisten Ergotherapeuten gut bei dem, was sie machen. Diese Erfahrung gewinnt man durch konstantes folgerichtiges Feedback, das Weiterverarbeiten dieses Feedbacks und die Variabilität bei seiner Praxis“ (Carr u. Shottwell 2018, S.93). Diese Autoren vertreten die Meinung, dass Therapeuten durch permanentes Hinterfragen ihres Tuns, was sie noch hätten machen können, anders machen können und zu welchen Ergebnissen es dann gekommen wäre, einen Grad an Exzellenz erreichen.

## 10.2.2 Diagnostisches Reasoning

### Definition Diagnostisches Reasoning

- Erfassen der Beeinträchtigung und Ursachenforschung
- Symptome, erkennbare Verhaltensweisen, Behandlungsansätze und Prognosen

Der Begriff Diagnostisches Reasoning geht auf Rogers und Holm (1991, S. 1045) zurück: „A therapist senses a problem by framing it, that is by deciding what will be included in the picture. The picture inside the frame is the clinical image.“ (Der Therapeut erfasst ein Problem, indem er es in einen Zusammenhang bringt. ... Das Bild, das sich dadurch ergibt, ist der zu behandelnde Bereich; Übers. der Autorin).

### Fallbeispiel Diagnostisches Reasoning

**Diagnose:**  
Chronische Polyarthrit

**Symptome:**  
Schmerzen bei bestimmten Tätigkeiten und Belastung der Gelenke

**Mögliche Ursache:**  
Tätigkeiten werden nicht nach ergonomischen Regeln ausgeführt

Die Basis für das Diagnostische Reasoning ist unser professionelles Wissen und es beginnt oft, bevor wir den Klienten/Patienten treffen. Es ist eine Auseinandersetzung mit der Pathophysiologie, den im Zusammenhang mit der Diagnose möglichen Funktionsstörungen, den erkennbaren Mustern, den Prognosen und Behandlungsansätzen einschließlich deren Wirksamkeit. Es sensibilisiert Therapeuten für das Hinterfragen der Ursachen ebenso wie für das Erscheinungsbild, das sie bei Zusammenreffen mit dem Klienten vorfinden könnten.

## 10.2.3 Kategorisierendes Reasoning

### Definition Kategorisierenden Reasoning

- Informationen werden in Kategorien eingeteilt und mit früherer Erfahrung verglichen

Die hier verwendeten Kategorien können z. B. Diagnosen, Symptome, Interventionen, Ergebnisse, spezielle Anzeichen, Ereignisse, Verhaltensweisen usw. sein. (Brooks et al. 1991). Für Anfänger sind diese Kategorien eine Hilfe, nach Mustern Ausschau zu halten, auf die sie achten könnten bzw. sollten. Je mehr Erfahrung ein Therapeut hat, desto präziser ist die Zuordnung zu gebildeten Kategorien und die Vergleiche in Bezug auf tatsächliche Muster (deren Hintergründe, Ursachen und Wirkweisen), auf Interventionen und Ergebnisse.

„Kategorisierendes Reasoning hat viele Funktionen. Es kann einem Therapeuten helfen, Informationen zur Verfügung zu haben, die über die tatsächlich bei einem speziellen Fall vorhandenen Informationen hinausgehen. Es kann auch dabei helfen, einen großen Umfang an Informationen in kleine, überschaubare und sachbezogene Einzelthemen aufzuteilen. Es unterstützt Therapeuten darin, Symptome und Funktionsfähigkeit, die selten in Zusammenhang mit einer Diagnose genannt werden, zu erkennen. Es kann Vorhersagen erlauben, die Konditionen beschreiben und dadurch Interventionsstrategien in Betracht ziehen. Schließlich kann es Praktizierende dabei unterstützen, sich Gemeinsamkeiten bewusst zu machen, die vielleicht sonst nicht hergestellt worden wären (Precin 2002, S. 11).

Die oben erwähnten Autorinnen führen auch an, dass manche Praktiker vor der Bildung von Kategorien warnen, weil sie glauben, dass Kategorisierung das individuelle Verständnis einer Person und Situation limitiere. Nichtsdestoweniger sind und werden Kategorien immer wieder dazu verwendet, komplexe Bereiche zu beschreiben.

## 10.2.4 Prozedurales Reasoning

### Definition Prozedurales Reasoning

- Das Wissen um die Vorgehensweise, um die Situation zu erfassen,
- auf sie einzuwirken und sie zu verändern
- die Häufigkeit der Maßnahmen, die Intensität und die Abfolge zu bestimmen – je nach Fortschritt

Fleming (1991, S. 108) führt den Begriff des Prozeduralen Reasonings ein: „Thinking about the disease or disability and deciding which treatment activities (procedures) might be employed to remediate the functional performance problems.“ Prozedurales Reasoning umfasst also „das Nachdenken über die Krankheit oder Behinderung, und sich zu entscheiden, welche Behandlungsaktivitäten (Prozeduren) angewendet werden könnten, um die funktionalen Probleme bestmöglich zu reduzieren“.

Im Gegensatz zum Diagnostischen Reasoning, bei dem es um die Erfassung der Beeinträchtigungen geht, zieht das Prozedurale Reasoning beim Denken bereits die Behandlungsmaßnahmen ein, die durchgeführt werden könnten. Es bedenkt Handlungen und Rollen des Klienten und die damit verbundenen Betätigungsbereiche; warum, wann, wo, wie und mit wem die einzelnen Betätigungen durchgeführt werden. Das diverse Wissen ermöglicht den Therapeuten eine Vorstellung über z. B. durch Krankheiten bedingte Zustände und die daraus resultierenden pathologischen Veränderungen, über erhaltene und verlorengegangene Funktionen, Einflussfaktoren und Lösungsmöglichkeiten.

## 10.2.5 Pragmatisches Reasoning/ Management Reasoning

### Definition Pragmatisches Reasoning/ Management Reasoning

- Betrachtet den Kontext und seinen Einfluss auf das praktische Arbeiten
- Betrachtet Personen im Kontext

Das Pragmatische Reasoning wurde erstmals 1990 von Ron Cervero und 1993 von Schell u. Cervero beschrieben. Sie definieren es als „das Denken, das sich mit einer realistischen Sicht auf Praxisgegebenheiten beschäftigt, also jenen Faktoren, die eine optimale therapeutische Intervention fördern oder behindern und manchmal auch verhindern können“ (Schell u. Schell 2018, S.205). „In summation, pragmatic reasoning addresses both the practice context in which therapy is occurring as well as personal factors associated with each individual practitioner.“ („In Summe behandelt das Pragmatische Reasoning sowohl den Praxiskontext, in dem die Therapie stattfindet als auch alle Faktoren der beteiligten Personen, die im Zusammenhang mit dem behandelnden Therapeuten stehen.“).

Viele Faktoren, die sich aus dem Kontext ergeben, beeinflussen unser Klinisches und Professionelles Reasoning. Sich diese bewusst zu machen und mit den Bedürfnissen unserer Klienten bzw. unserer Arbeit insgesamt in Verbindung zu bringen, macht oft deutlich, was an Möglichkeiten sich für unsere Arbeit ergeben können. Ryan und Higgs (2008, S.4 mit einigen Ergänzungen der Autorin) haben die folgende *Struktur für das Reasoning im Kontext* erstellt. Sie regen an, jeden Punkt für sich zu überdenken und die Ergebnisse dann zusammenzufügen.

### Struktur für das Reasoning im Kontext

- **Umfassend denken:** Welche sozialen, kulturellen, politischen, gesetzlichen und professionellen Faktoren beeinflussen uns beim Handeln?
- **Über das spezifische Umfeld nachdenken:** Wie lange wird der Kontakt mit den Klienten dauern, wie kommen wir in Kontakt, wie wird dieser beendet, wie viele Teammitglieder/Entscheidungsträger gibt es und wie treffen und begründen sie Entscheidungen? Woher (aus welchem Umfeld) kommt unser Klient und in welches soll er weitervermittelt werden? (Beispiel: Ein Patient mit spastischer Tetraplegie, der in ein Rehabilitationszentrum überwiesen wird: Wo hat die Erstbehandlung stattgefunden? Mit welchen Vorerfahrungen und welchen Erwartungen kommt er in das Rehabilitationszentrum? In welches Umfeld wird er nach der Entlassung kommen, mit wem sollte Kontakt aufgenommen werden, welche gemeinsamen Pläne und Ziele sollte es geben?)
- **Über organisatorische Komponenten nachdenken:** Wie kommt der Patient zur Therapie bzw. zu unserem Service (Einzugsgebiet, Transport)? Warum wurde gerade diese Stelle ausgewählt? Wer übernimmt welche Aufgaben in der Therapie (passt es vom Alter, der Ausbildung, der Erfahrung, bzgl. kultureller Komponenten usw.)?
- **Über den Praxiskontext nachdenken:** Aus welchen Teammitgliedern besteht das Team? Welche Ziele verfolgt das Team und wie arbeiten die Teammitglieder zusammen? Gibt es ein gemeinsames theoretisches Konzept (z. B. den ICF-als Modell der Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigung)?
- **Über die einzelnen Teammitglieder nachdenken:** Was sind ihre professionellen Hintergründe und ihre Berufsprofile? Wie ist das Ausmaß an Zusammenarbeit – auch mit dem Patienten (Wochenenddienste, Nachtdienste, etc.)? Welchen Einfluss haben diese individuellen Faktoren?
- **Über den Klienten nachdenken, der die Serviceleistung bekommt:** Was sind sein ethnischer und/oder kultureller Hintergrund, seine Erwartungen und Hoffnungen?
- **Über die individuelle Intervention/ Praxis mit dem Klienten nachdenken** und alle zutreffenden Reasoningformen einbeziehen.
- **Über den persönlichen Kontext nachdenken:** Was sind die eigenen Werte, das eigene Wissen und die berufliche Kompetenz; berufliche, soziale, kulturelle Erfahrungen und Lebenserfahrungen, die Interpretationen bei Arbeiten beeinflussen können?