



Ergotherapie in der Neurologie

Befähigen. Begleiten.
Bedeutungsvoll leben.

Anke Heß | Brigitte Kohn | Carolin Lüdeking
Herausgeberinnen



Anke Heß | Brigitte Kohn | Carolin Lüdeking

Herausgeberinnen

Ergotherapie in der Neurologie

Befähigen. Begleiten. Bedeutungsvoll leben.

Spektrum Ergotherapie

Herausgeber



Deutscher Verband
Ergotherapie

Anke Heß | Brigitte Kohn | Carolin Lüdeking

Herausgeberinnen

Ergotherapie in der Neurologie

Befähigen. Begleiten. Bedeutungsvoll leben.



Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2022

ISBN 978-3-8248-1297-4

eISBN 978-3-8248-9844-2

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2022

Möllweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Umschlagfoto: © elenabsl/Adobe Stock; sdecoret/Adobe Stock

Fachlektorat: Thomas Leidag

Lektorat: Doris Zimmermann/Susanne Koch

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck

Druck und Bindung:

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

Printed in Germany

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
„Beipackzettel“ – Gebrauchsinformation zum Buch	11
1 Ergotherapie in der Neurologie – Rehabilitation vom Menschen her gedacht	17
1.1 Potenziale der Ergotherapie in der Neurologie	17
1.2 Unser berufliches Selbstverständnis und wovon wir sprechen	21
1.3 Das Gesundheitsverständnis im Kontext der Neurologie	23
1.4 Die bedeutungsvolle Betätigung im Kontext der Neurologie	29
1.5 Klientenzentrierung im Kontext der Neurologie	33
Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	36
2 „In meiner eigenen Küche wäre das kein Problem!“ – Berücksichtigung der Awareness in der Ergotherapie	37
2.1 Die Bedeutung der Awareness in der Neurorehabilitation	37
2.2 Der Begriff der Awareness in Abgrenzung zu synonym verwendeten Begriffen	46
2.3 Diagnose und Abgrenzung einer beeinträchtigten Awareness von anderen Phänomenen	54
2.4 Therapeutische Ansätze in der Awarenessarbeit: das Modell zur Entwicklung nachhaltiger Teilhabe	58
2.5 Die Bedeutung der Angehörigen in der Awarenessarbeit	71
Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	73
3 „Ich verstehe die Welt nicht mehr.“ – Ergotherapie bei Klient:innen mit Apraxie und Aphasie	75
3.1 Apraxietherapie am Fallbeispiel verstehen	75
3.2 Bedeutung der Sprache für die Ergotherapie	76
3.3 Definition Apraxie	83
3.4 Herausforderungen im Alltag	83
3.5 Zielfindung und Befundung	85
3.6 Ziel der Apraxietherapie	86
3.7 Therapie in zwei Bereichen	87
3.8 Integration des interdisziplinären Teams und der begleitenden Personen	93
3.9 Worin liegen die Chancen der Kompensation und Umweltanpassung, Edukation und Strategiebildung und welche Grenzen gibt es?	95
3.10 Auswirkung auf Intervention und Lernprozesse	95
3.11 Fazit	96
Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	97

4	„Worum ging´s noch mal?“ – Ergotherapie bei schweren kognitiven Beeinträchtigungen	99
4.1	Eintreten/Initiieren	99
4.2	Erwartungen abklären	101
4.3	Erheben/Bewerten	105
4.4	Auf Ziele einigen/Planen	110
4.5	Plan umsetzen	113
4.6	Überwachen/Verändern	117
4.7	Ergebnis evaluieren	118
4.8	Beenden/Abschließen	119
4.9	Zusammenfassung	120
	Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	120
5	„Leben in Bewegung“ – Ergotherapie bei schweren sensomotorischen Beeinträchtigungen	121
5.1	Einleitung	121
5.2	Evaluationsprozess	126
5.3	Interventionsprozess	137
5.4	Fazit/Resümee	160
	Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	162
6	„Wer bin ich jetzt?“ – Mit Ergotherapie durch die problematische Krankheits(folgen)verarbeitung zur Selbstaktualisierung	163
6.1	Vom Selbsterleben einer Betroffenen oder: Problemstellungen, die es in der Ergotherapie zu lösen gilt	163
6.2	Wann ist Krankheitsverarbeitung problematisch? Ein Begriff für eine Reihe wechselwirkender Symptome	168
6.3	Hintergründe einer problematischen Krankheitsverarbeitung in der Neurologie	171
6.4	Britta Sommers Weg: Mit Ergotherapie zur Selbstaktualisierung	204
	Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	211
7	„Was heißt hier Betätigungsorientierung?“ – Ergotherapie bei Menschen im minimalen Bewusstseinszustand	213
	Einführung	213
7.1	Teilhabe bei Menschen im Wachkoma	215
7.2	Teilhabe dokumentieren und messen anhand von RemiPro	220
7.3	Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit schweren Bewusstseins Einschränkungen auf der Intermediate Care Station	228
7.4	Luis, eine Fallgeschichte	229
7.5	Der Nutzen von RemiPro für Ärzt:innen, Therapeut:innen und Angehörige	244
	Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	245

8	„Das wird nicht mehr wie früher“ – Ergotherapie bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im Langzeitverlauf	247
8.1	Ergotherapie bei neurologischer Klientel im Langzeitverlauf – Was heißt das?	247
8.2	Herausforderungen für Ergotherapeut:innen in der Begleitung von Klient:innen mit andauernden Erkrankungen	251
8.3	Besonderheiten des neurologischen Langzeitverlaufs	255
8.4	Die Rolle der Krankheitsverarbeitung im Langzeitverlauf	255
8.5	Ergotherapeutische Grundlagen für die Therapie im Langzeitverlauf	257
8.6	Der ergotherapeutische Prozess: Therapiefortsetzung? Abschluss? Pausen?	265
8.7	Ein Marathon für die Compliance	267
8.8	Bedeutung und Art der Angehörigenarbeit	269
8.9	Anforderungen des Gesundheitswesens an Ergotherapeut:innen im Langzeitverlauf	272
8.10	Chancen und Grenzen der interdisziplinären Zusammenarbeit	274
8.11	Potenziale und Chancen einer langfristigen ergotherapeutischen Begleitung	275
8.12	Ausblick: Wünsche und Zukunftsziele für den Bereich Langzeitrehabilitation	276
8.13	Kleine Erfolgsgeschichten – Fallbeispiele aus der Langzeitrehabilitation	277
	Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	280
9	„Was kann ich jetzt noch tun?“ – Ergotherapie bei Erkrankungen mit progredienter Verlaufsform	283
9.1	Einführung – Bedeutung der Diagnose einer progredienten Erkrankung	283
9.2	Betätigungsanliegen im Kontext einer progredienten Erkrankung	285
9.3	Besonderheiten der Zielfindung und Zielformulierung	289
9.4	Therapieinhalte	292
9.5	Fallbeispiel	293
9.6	Beziehungsgestaltung und Kommunikation	297
9.7	Spiritualität	299
9.8	Erschüttertes Selbstbild	301
9.9	Trauer	302
9.10	Selbstfürsorge der Behandelnden	305
9.11	Zusammenfassung	307
	Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	307

10	„Das ist doch nicht zu schaffen!“ – Die Kunst des angemessenen Planens im Spannungsfeld begrenzter Zeitressourcen, Therapiefrequenzen und -settings	309
10.1	Einführung	309
10.2	Anforderungen resultierend aus inhaltlichen Aspekten der Profession oder der Klientel sowie aus Aspekten des beruflichen Selbstverständnisses	310
10.3	Fazit	319
	Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	320
11	„Wer ist eigentlich wann, warum und wie viel Klient:in der Ergotherapie?“ – Klientenzentrierung im systemischen Verständnis	321
11.1	Einleitung	321
11.2	Die Person im Fokus der Ergotherapie	323
11.3	Personenzentrierte Versorgung – die Person im Fokus der Versorgung	326
11.4	Die personenzentrierte Zielsetzung im Neurorehabilitationsprozess	335
11.5	Zusammenfassung	350
	Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas	350
	Literaturverzeichnis	351
	Glossar	371
	Stichwortverzeichnis	377
	Die Herausgeberinnen	381
	Die Autorinnen	383

ZUR GENDERFRAGE: Ergotherapeut:innen lieben und befördern die Vielfalt der Menschen – ganz unabhängig von Geschlecht, kulturellem, demokratisch politischem oder religiösem Hintergrund oder Lebensform!

Zum Ausdruck unserer Überzeugung von der Gleichberechtigung und Würde aller Menschen haben wir uns für dieses Buch zum „Doppelpunkten“ im generischen Femininum entschieden. Wenn wir also beispielsweise von der Klient:in und den Ergotherapeut:innen schreiben, meinen wir vor allem einzelne Menschen in all ihrer Individualität. Alle Lesenden mögen sich von den Inhalten der Texte dieses Buches gleichermaßen angesprochen fühlen.

Vorwort

Wenn eine Leser:in dieses Buch aufschlägt, könnte sie die Frage stellen: „Wo ist das Hirnleistungstraining?“ Wenn es um Ergotherapie in der Neurologie geht, taucht regelmäßig eine Assoziation von Leistung, Gehirn und Training auf. Die Vorstellung dabei ist, dem Gehirn, dem Oberbefehlshaber des menschlichen Organismus, einen ergotherapeutischen „Personal Trainer“ zur Seite zu stellen. Man stellt sich eine Restauration neuronaler Kräfte vor, um die Einsatzbereitschaft des Gehirns wiederherzustellen. In diesen Trainingskonzepten ist es ohne Belang, welche Geschichte ein Gehirn in sich trägt.

Die einzelnen Textbeiträge vermitteln auf vielfältige Weise, wie sich therapeutische Fachkräfte aus diesen mechanischen Vorstellungen der Ergotherapie als einer Trainingswissenschaft lösen können. Die Autorinnen stellen eine therapeutische Haltung vor, die man mit Annemarie Mol als „Logic of Care“ umschreiben kann. In dieser Logik der Sorge ist stets der Dialog mit der umsorgten Person enthalten, sie ist eine Choreographie des Helfens und Heilens, an der sich beide, Therapeut:in und Patient:in, beteiligen. Techniken des Übens und Trainierens gehören dabei selbstverständlich zum Repertoire, sie sind jedoch eingebettet in eine „Bedeutungsorientierung“.

Die Autorinnen wählen in der Darstellung den Weg, vom Einzelfall auszugehen. Ihre Beispiele belegen, wie hilfreich es ist, Patient:innen einen Erzählraum zu bieten, in dem sie ihre Geschichte, ihre Hoffnungen und Sehnsüchte mitteilen können, auch in fragmentarischer oder chaotischer Weise. Dort, wo die Mitteilungen der Betroffenen inkohärent oder verstummt sind, werden die stellvertretenden und ergänzenden Stimmen der Angehörigen einbezogen. Die Ergotherapie beginnt mit Dialogen, nicht mit Fragebögen.

Die Arbeitsweise, die wir hier kennenlernen, ist durch Kooperation und Interaktion gekennzeichnet. Die Autorinnen knüpfen an die Beobachtungen von Cheryl Mattingly an, die als Anthropologin beschrieb, wie Ergotherapeut:innen und Patient:innen sich in einer gemeinsamen Erzählung zusammenfinden. Somit kann dieses neue Buch dazu beitragen, dass den Lesenden etwas gelingt, was Mattingly als „healing drama“ bezeichnete, wunderbare Momente des Gelingens.

Eine Besonderheit dieser Publikation liegt darin, dass sie sich dem widmet, das oft am schwersten von einer neurologischen Erkrankung betroffen ist, dem Selbst einer Person. Die Autorinnen greifen das auch heute noch bedeutsame Konzept einer „Katastrophenreaktion“ auf, mit dem der Neurologe Kurt Goldstein beschrieb, wie ein Neurotrauma nicht nur die Funktionen des Organismus betrifft, sondern zu einer existentiellen Erschütterung des Selbst führen kann. Sie zeigen das Spektrum von Möglichkeiten, um die Rekonstruktion des Selbst in der ergotherapeutischen Praxis zu unterstützen.

Dieses Buch ist als Beitrag zu einer Humanisierung der Medizin zu sehen. Kennzeichen dieser Entwicklung sind eine Aufwertung des Subjektiven, eine Personzentrierung der Therapie und die Nutzung bio-psycho-sozialer Krankheitsmodelle. Es vertritt, auch in der Berücksichtigung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), eine humanistische neurorehabilitative Praxis und vermittelt den Lesenden etwas, was Vorrang vor Techniken hat: eine Haltung.

Der Textband bietet Argumente gegen die sich ausbreitende Bürokratisierung der klinischen Arbeit, er ermutigt Teams, eigene Vorstellungen zu entwickeln, neue Pfade einzuschlagen, und unterstützt Teammitglieder, Therapien nicht nach Zeittakt, sondern nach Bedürfnissen ihrer Patient:innen zu organisieren. Daher sei er auch denjenigen empfohlen, die Rehabilitationskliniken und Kostenträger administrativ leiten oder Standards und Behandlungspfade planen.

Er ist nicht nur Ergotherapeut:innen zu empfehlen, sondern eignet sich auch als Basislektüre für Mitglieder interdisziplinärer Teams in der Neurorehabilitation. Das Konzept einer „Rehabilitation vom Menschen her gedacht“ ist ein schönes Leitmotiv für Teams in der Neurorehabilitation.

Ich wünsche diesem wegweisenden Buch nicht nur viele Lesende aus der Ergotherapie, sondern auch eine breite Resonanz in den Teams der Neurorehabilitation.

Dr. med. Peter Frommelt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie
sowie Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin in Berlin

Literatur:

- Goldstein, K. (2014). Der Aufbau des Organismus. Herausgegeben von T. Hoffmann & F. W. Stahnisch. Paderborn: Wilhelm Fink (Neuaufgabe der Ausgabe 1934).
- Mattingly, C. (1998). Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mol, A. (2008). Logic of care: Health and the problem of patient choice. London: Routledge.

„Beipackzettel“ – Gebrauchsinformationen zum Buch

Für wen ist dieses Buch geschrieben?

- Für alle **Ergotherapeut:innen**, die im Kontext der Neurologie leidenschaftlich für Teilhabe und Lebensqualität antreten!
- Für alle **Ergotherapeut:innen** des Arbeitsfeldes Neurologie, die „ergologisch“ vorgehen, die den Diskurs nicht scheuen, die es wagen, Zusammenhänge neu zu denken und dadurch kreative Möglichmacher:innen sind!
- Für theoriesichere **Ergotherapeut:innen**, die sich ihre Reasoning-Kompetenz nicht nur erlesen haben, sondern an den Phänomenen der Ergotherapie in der Neurologie selbst gereift sind!
- Für alle Pionier:innen, Forscher:innen, Detektiv:innen der Betätigungsermöglichung in der Neurologie!
- Auch für **Ergotherapeut:innen** in theoretischen Arbeitsfeldern, denen die Ecken und Kanten neurologischer Praxis willkommene Baustoffe sind!
- Für alle **Ergotherapeut:innen**, die den Wert der Theorie erst an der Anwendbarkeit in der Praxis messen, bevor sie ihn glauben!
- ... und natürlich für alle **Ergotherapeut:innen**, die zur Entwicklung der Theorie beitragen wollen!
- Für Lehrende der **Ergotherapie**, die den Stoff der Realität als Hauptzutat gelingender Lehre verstehen!
- ... als Care-Paket mit Inspiration und Anregung bei professioneller Verunsicherung in neurologischen Spezialfällen!
- ... auch als Horizonsweiterung für Anfänger:innen und Neuinspiration für Fortgeschrittene!
- Für die **Ergotherapeut:innen**, die sich schon immer ein Fachbuch im narrativen Schreibstil gewünscht haben!
- Für **Ergotherapeut:innen**, die eine Art konstruktiven Journalismus für ihren Beruf hilfreich finden und den Umgang mit Unauflösbarkeiten und Grenzfällen nicht scheuen.
- Für **Ergotherapeut:innen** mit der Lust weiterzudenken, wo noch keine Antworten stehen – vorne ist dort, wo sich keiner auskennt!
- Für **Lernende und Suchende der Ergotherapie**, die auf Tuchfühlung gehen möchten mit einem bewegten und bewegenden Kontext der Ergotherapie und sich hineinnehmen lassen wollen in die Fachlichkeit und Lösungsorientierung erfahrener Expert:innen!

Wozu jetzt dieses Buch?

Kann man mit einem weiteren Buch zur Ergotherapie noch irgendetwas Neues beitragen?

Ist nicht auch zur Neurologie das meiste schon geschrieben?

In beiden Disziplinen findet sich reichlich gute Literatur zu ziemlich jedem denkbaren Thema und aus verschiedenen Perspektiven, doch wenig, was hilft, eine eigene ergotherapeutische Berufsidentität in diesem Arbeitsfeld zu festigen.

In diesem Buch soll der Blick deshalb auf die Verbindung der beiden Bereiche Neurologie und Ergotherapie gerichtet werden. Das Profil der Ergotherapie in der Auseinandersetzung mit den Besonderheiten des medizinischen Fachgebietes bringt ganz eigene, spezifische und herausfordernde Themenstellungen hervor.

Gelingt es, die Grundannahmen der Ergotherapie kompetent auf die Phänomene der Neurologie zu beziehen und sie zielführend anzuwenden, stellt die Ergotherapie reiche Potenziale für die Gesundheit der Klient:innen zur Verfügung.

Das primäre Motiv dieses Buches ist es, konkrete Antworten zu finden auf die Fragen der ergotherapeutischen Praktiker:innen in der Neurologie. Ausgehend von ihrer praktischen Erfahrung und im Hinblick auf die Anwendung in der Praxis nehmen Expertinnen zu den spezifischen Anforderungen dieses Fachbereichs im Folgenden Stellung.

Dieses Buch lädt ein zu einem wissenschaftlichen Diskurs mit dem Ziel, Theorie und Praxis zu verbinden. Gerade entlang der Bruchlinien zwischen der aktuell gelebten Praxis und der Berufstheorie sowie den ergotherapeutischen Bezugswissenschaften finden sich kostbare Ansätze zur Weiterentwicklung der Ergotherapie.

Eine Theorie (auch eine Berufstheorie) ist immer nur so gut, wie sie der Praxis dienlich sein kann. An der Anwendbarkeit einer Theorie kann man ihren Nutzen messen. Theoriewissen zur Ergotherapie und aus ihren Bezugsdisziplinen, aber auch Fachwissen der Neurologie wird in diesem Buch deshalb nicht der Ausgangspunkt der Betrachtungen sein, sondern fallbezogen zur Behandlung der spezifischen Praxisthemen herangezogen.

Oft ist Fachliteratur „deduktiv“ aufgebaut: Sie geht von fertigen Begriffen und Annahmen aus und wendet sie auf bestimmte Fallbeispiele an. Dieses Buch nimmt eine umgekehrte Perspektive ein. Es ist inspiriert von spezifischen Phänomenen, Fragestellungen und Konflikten aus realen und konkreten Anwendungsszenarien der Ergotherapie in der Neurologie. Sein Aufbau ist daher induktiv. Dieses Buch befragt von der Praxis her die Theorie und modifiziert von der Theorie her die Praxis.

Ein solcher Praxis-Theorie-Praxis-Transfer muss eine zweiseitige Straße sein, denn nur wechselseitig befahren entsteht eine solide Berufspraxis. Damit eine anwendbare und wirksame Ergotherapie in der Neurologie möglich ist, bedarf es der Erkenntnisse der Theorie für eine wissenschaftlich fundierte Praxis, aber auch der Rückspiegelung der Praxiserfahrungen zur Revision der Theorie. Dieses Buch hat

sich dem Anliegen konsequenter Vereinbarkeit von Theorie und gelebter Praxis der Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie verschrieben.

Es wurden bevorzugt solche „typisch neurologischen“ Problemstellungen und Phänomene herangezogen, für die die Anwendung der Betätigungsorientierung und der Klientenzentrierung nicht immer selbsterklärend ist oder die ergotherapeutisch oft recht kontrovers gehandhabt werden.



Das entstandene Spektrum der Fragestellungen der Autorinnen und Herausgeberinnen in diesem Buch ist die Bilanz der Erfahrungen von Anwender:innen der Ergotherapie in der Neurologie. Immer wieder lässt sich insbesondere in diesen Themenstellungen eine unsichere Anschlussfähigkeit zwischen (Ausbildungs-)Theorie und gelebter Praxis der Ergotherapie in der Neurologie beobachten. Diese Tatsache bedarf dringend einer Aufarbeitung, um die Potenziale der Ergotherapie für die Neurologie optimal geltend zu machen:

- So stellt sich eine Ergotherapeut:in in der Neurologie gewiss irgendwann die Frage, wie genau ihr beruflicher Auftrag bei einer Klient:in im minimalen Bewusstseinszustand verstanden werden kann.
- Oder wie sich klientenzentrierte Zielfindung und Therapie mit einer Klient:in mit Awarenessproblemen bei Neglect gestalten kann.
- Wie ist damit umzugehen, wenn Klient:innen in einer ungünstigen Krankheitsverarbeitungssituation stagnieren und ihr Blick aufs Leben überhaupt nicht betätigungsorientiert scheint?
- Sind Klient:innen wirklich immer ihre eigenen Expert:innen und wissen in jeder Lage am besten, „wo's lang geht“?
- Und wie nutzt man ergotherapeutische Potenziale zielgerichtet und sensibel bei Klient:innen mit progredienten Krankheitsverläufen?
- ... und alle diese großen Ziele sollen im strengen Rahmen der begrenzten Zeitressourcen und Therapiefrequenzen auf der Stroke Unit, in der Heilmittelpraxis oder in der Rehaklinik zu managen sein?

Fragen wie diese müssen gestellt werden und sollen zum Weiterdenken einladen. Das ist nötig, denn sonst besteht die Gefahr von dauernden Konflikten, unprofessionellen Notlösungen, inakzeptablen Vereinfachungen der Ergotherapie und schwer erträglicher Potenzialvergeudung für die Klient:innen. Wenn Antworten für individuelle Fallkonstellationen fehlen, ist eine Verflachung des zentralen ergotherapeutischen Paradigmas der bedeutungsvollen Betätigung die Folge. Damit steht auf dem Spiel, wie anwendbar, praktikabel und wirksam der Therapieberuf sein kann.

So kann aus mangelnder Reflexion hochkomplexer Reasoning-Variablen auf dem Weg zu verbesserter Teilhabe durch Betätigung die Neigung entstehen, dass das, was als bedeutungsvolle Betätigung der Klient:in identifiziert wird, viel zu einfach zum universellen Behandlungssetting erklärt wird. Die „Betätigung“ wird dann achtlos im alternativlosen Top-down-Ansatz eingeübt. Der Klientenzentrierung scheint

ganz einfach schon durch die unhinterfragte 1:1-Übernahme der formulierten Anliegen der Klient:in Genüge getan.



Im überspitzten Fall entstünde dadurch ein Szenario, in dem eine eindeutig nicht gehfähige Klient:in, sturzgefährdet und ohne jede Fazilitation, über den Flur schwankt, während die Ergotherapeut:in mit dem zufriedenen beruflichen Selbstverständnis einhergeht, dass sie mit ihrer Intervention ja den Wunsch der Klient:in zu gehen in den Mittelpunkt stelle und diese doch schließlich die Expertin ihres Lebens sei.

Ganz konträr zu den tatsächlichen Potenzialen der Ergotherapie für die Neurologie erscheinen solche Szenarien als Sackgassen auf dem Weg zur Professionalisierung (Schmidt 2008) des Berufs.

Starre Vorgehensstandards, die nicht lösungsorientiert vom Einzelfall her gedacht sind, als Ausdruck ergotherapeutischer Berufskultur bergen nach Ansicht der Herausgeberinnen die Gefahr der Unprofessionalität.



Die Themenstellungen dieses Buches konstatieren deshalb an keiner Stelle Standards für die ergotherapeutische Behandlung klassifizierter Klient:innengruppen der Neurologie. Stattdessen werden fundierte Grundannahmen der Ergotherapie im Sinne einer verinnerlichten Haltung der Betätigungsorientierung, des Menschenbildes und des Gesundheitsverständnisses in umschriebener Weise auf die sehr individuellen Fallkonstellationen der Praxis angewandt.

Nach Ansicht der Autorinnen und Herausgeberinnen kann es in der Arbeitsrealität der Neurorehabilitation trotz vielleicht vergleichbarer Symptomkomplexe keine tatsächlich vergleichbaren Fallkonstrukte geben, denn jedes Betätigungsanliegen ist hochindividuell, ebenso wie die Kontextfaktoren jeder jeweiligen Klient:in.

Die Realität der Neurologie und die des Gegenstandes der bedeutungsvollen Betätigung sind zu komplex, als dass das Klassifizieren nach einer starren Agenda je zur Problemlösung dienlich sein könnte. Der Mensch selbst in seinem Gesundheitserleben und seinen Betätigungsbedürfnissen ist weitaus komplexer, als es in Standardkategorien einzufangen wäre.

Gerade deshalb bietet dieses Buch der Leser:in viele Beispiele von Herangehensweisen an. Es inspiriert mit möglichen Ansätzen, Methoden und Sichtweisen. Vor allem aber soll es die Ergotherapeut:in im Arbeitsfeld Neurologie einladen, ihre eigene fundierte ergotherapeutische Haltung und ihr Reasoning weiter herauszubilden, zu reflektieren und zu festigen.

Jede Form dogmenähnlicher Mechanismen, Prozesse und Rezepte korrumpiert die Potenziale der Ergotherapie für die Neurologie, doch ausgestattet mit eigenem, schlüssigem ergotherapeutischen Denken und Handeln gewinnt die Ergotherapeut:in eine Kompetenz, die auf jeden spezifischen Fall anwendbar ist.

Zwischenkonsens ... oder der springende Punkt

Das Arbeitsfeld Neurologie in seiner Vielfalt benötigt individualisierbare ergotherapeutische Konzepte. Auch die Vorgehensweisen der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung müssen für die speziellen Phänomene der Neurologie individuell gedacht werden.

Die Antworten in den Kapiteln dieses Buches widerlegen also niemals die Theorie der Ergotherapie, sondern ergänzen sie um eine Schicht der Konkretheit, wie sie nur aus einem wissenschaftlichen Diskurs zu Theorie und gelebter Praxis erwachsen kann.

Jede große Theorie muss sich an der Praxis messen, um dem Menschen zu dienen.

Wie liest man dieses Buch?

Dieses Buch ist in jedem Kapitelthema praxisgeleitet und alle Ausführungen sind theoriebasiert. Sie finden darin keine Theorie und kein Grundlagenwissen losgelöst von konkreten Praxiszusammenhängen.

Anspruch ist die Auseinandersetzung mit Fragestellungen der Neurologie, die nach Einschätzung der Autorinnen und Herausgeberinnen einer Diskussion bedürfen.

Konkrete Zusammenhänge der ergotherapeutischen Arbeitsrealität im Arbeitsfeld Neurologie sind der Ausgangspunkt jedes Kapitels und bedienen sich begründender Theorien als validen Bezugsrahmens der Ergotherapie.

Jeder Diskussionsgegenstand wird anhand kontinuierlich begleitender Fallbeispiele anschaulich gemacht und durch die fundierte Expertise von Fachtherapeutinnen ausführlich kommentiert und ausgeführt.

Um auf einem solchen praxisrelevanten Niveau zu diskutieren und zu reflektieren, muss das Grundlagenwissen der modernen Ergotherapie vorausgesetzt werden. Im ersten Kapitel sind lediglich solche Bezugstheorien der Ergotherapie näher ausgeführt, die nach Einschätzung der Herausgeberinnen besondere Antwortpotenziale für kontroverse „Spezialfälle“ der Ergotherapie in der Neurologie bereithalten können.



Darüber hinaus eignet sich das Buch gut dazu, „quer“ gelesen zu werden. Ganz nach den aktuellen Interessen und Anliegen kann jedes Kapitel auch als geschlossener Sinnzusammenhang genutzt werden.

Literaturquellen zum Vertiefen spannender Themen sind am Ende jedes Kapitels in den weiterführenden Informationen zur Vertiefung des Themas zusammengefasst.



... *Kursiv und mit einem Beispielsymbol gekennzeichnet*

... heben sich die Fallbezüge und Klientenbeispiele in den Kapiteln ab und bieten der Leser:in ein visuelles Geleit durch die theoretischen Auseinandersetzungen. Vertraute Szenarien und Problemstellungen der Neurologie dirigieren in jedem Kapitel die herangezogene Theorie, um der praktisch arbeitenden Ergotherapeut:in nah an der Berufspraxis in realen Fragestellungen Hilfe und Handhabe anzubieten.

Ein zweites stilistisches Element soll die Orientierung in komplexen Zusammenhängen der Texte erleichtern:



In orange hinterlegten Merkekästchen werden wichtige Feststellungen in Textabschnitten zusammengefasst.

Ein ausführliches Glossar am Ende des Buches lädt zur schnellen Verortung von Begriffen, Themen und Definitionen (im Text „**Fett**“ hinterlegt) ein und erlaubt der Leser:in eine weiterführende Recherche.

1 Ergotherapie in der Neurologie – Rehabilitation vom Menschen her gedacht

Anke Heß

1.1 Potenziale der Ergotherapie in der Neurologie

Eine neurologische Erkrankung stellt im Leben von Menschen oft einen Bruch dar, der existenziell die Frage aufwirft, ob und wie es jetzt weitergehen kann und soll. Die Auswirkungen auf das Leben von Betroffenen können alle Lebensbereiche auf einmal betreffen und diese in der Gegenwart sowie für die Zukunft nachhaltig und umfassend verändern.

Körperliche, mentale, seelische, soziale und weitere Kontextfaktoren bedingen sich wechselseitig und greifen ineinander. Es entsteht eine Tragweite der Erkrankung im Leben der Betroffenen, die sich nicht mehr monokausal von der einzelnen Schädigung her ableiten lässt. Wirksame therapeutische Interventionen müssen angesichts der komplexen Zusammenhänge auch entsprechend mehrdimensionale Maßnahmen bereithalten.

Eben an dieser Stelle setzt die Ergotherapie an, um ihr besonderes Potenzial zur Neurorehabilitation beizutragen, wie in den weiteren Ausführungen verdeutlicht werden soll.

Um die komplexen Auswirkungen einer neurologischen Erkrankung im Leben von Betroffenen zu verstehen, muss die rein biomedizinische Sichtweise überwunden und die Mehrdimensionalität von Gesundheit anerkannt werden.

Die geltende Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation [WHO] 1946) zeichnet auch für unsere neurologische Klientel ein wirklichkeitsnahes und vielschichtiges Bild. Gesundheit wird hier als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (engl.: well-being) und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ beschrieben (ebd.). Gesundheit ist also vielschichtig: Sie umfasst körperliche, seelisch-geistige und soziale Aspekte, die sich wechselseitig beeinflussen.

Krankheiten oder Behinderungen werden dementsprechend als negatives Zusammenspiel und ungünstiges Wechselwirken mehrerer Faktoren in der konkreten Lebenssituation eines Menschen betrachtet.

Der mehrdimensionale Gesundheitsbegriff prägt die Neurorehabilitation spätestens seit Einführung der „Internationale[n] Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) (Schuntermann 2001) als Klassifikation der WHO entscheidend.

Wenn früher mehr oder minder erfolgreich versucht wurde, eine erworbene Hirnschädigung zu reparieren und Funktionen durch Üben wiederherzustellen, sind nun alle Akteure der Neurorehabilitation zu komplexen Antworten herausgefordert. Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten, Teilhabe, Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren sollen im Rehabilitations- und Therapieprozess der Neurologie als gleichwertige Komponenten von Gesundheit berücksichtigt werden.



Wenn wir dieses Konzept von Gesundheit (WHO) voraussetzen, stellen wir fest, dass es sich weitgehend spezifisch mit den zentralen Grundwerten der Ergotherapie, wie Betätigungs-, Klienten-, Umwelt- und Lebensweltorientierung, deckt (Miesen 2004). Denn im Unterschied zu anderen Therapieformen behält die Ergotherapie qua Profession die verschiedenen Komponenten der ICF für die Behandlung ihrer Klient:innen im Blick (Law et al. 1996). Teilziele der Ergotherapie und die therapeutischen Maßnahmen beziehen sich von jeher nach Bedarf auf alle Komponenten der ICF.

Allerdings sind nicht alle Grundannahmen der ICF in ihrer Gewichtung und im Maß der Ausdifferenziertheit deckungsgleich mit denen der Ergotherapie. Die Ergotherapie bestimmt beispielsweise die Komponenten „Aktivität“ und „Teilhabe“ genauer und differenziert im Rahmen ergotherapeutischer Modelle. Ebenfalls präziser und konkreter ist der Umfang der personbezogenen Faktoren. Auch nimmt die persönliche Bedeutung von „Betätigung“ bzw. „Teilhabeaspekten“ einen größeren Stellenwert für das Gesundheitserleben (siehe Kap. 1.4) einer Klient:in ein und der klientenzentrierte Ansatz der Ergotherapie geht über die Klientenorientierung der ICF hinaus (siehe Kap. 1.5).

Dennoch kommt das bio-psycho-soziale Denkmodell der ICF der holistischen ergotherapeutischen Sicht auf Gesundheit doch sehr nah, wie auch der Deutsche Verband Ergotherapie e.V. betont:



„Selbst handeln zu können, sich sinnvoll zu betätigen und das eigene Leben in der Hand haben sind Grundvoraussetzungen für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Ergotherapeut[:]innen ... unterstützen Menschen aller Altersgruppen, die in ihren Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind und denen diese Voraussetzungen fehlen. Das Ziel der Ergotherapie ist die Handlungsfähigkeit des Menschen in Alltag, Schule und Beruf.“ (DVE 2021a)

Und das ist von hoher Bedeutung, denn damit vertritt die ICF als interdisziplinärer Bezugsrahmen die Grundannahmen der Ergotherapie und begründet das weite Spektrum ergotherapeutischen Handelns in der Neurologie.

In der Ergotherapie kommen Interventionen, wie das Einüben bestimmter Aktivitäten, zum Einsatz, in entsprechenden Fällen aber auch Umwelтанpassungen, edukative Maßnahmen, Hilfsmittelerprobungen, Angehörigenarbeit oder auch **Funktionsstrainings**. Die große Bandbreite ergotherapeutischer Inhalte und Kompetenzen in der Neurologie erscheint uns häufig inhaltlich anspruchsvoll, schwer abgrenzbar und kaum überschaubar. Gleichwohl muss ein Therapieberuf, der den Anspruch hat, Teilhabe und Lebensqualität zu ermöglichen, eine so große Spannbreite, Diversität und Flexibilität der Inhalte und Methoden bereithalten, um dem Menschen in seiner Individualität und der Neurologie in ihrer Komplexität entsprechen zu können.

Mit der großen Flexibilität ihrer Wege und Formen behält die Ergotherapie für die Neurologie das eigentliche Ziel im Blick: Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität (DVE 2007).

Was Ergotherapeut:innen inhaltlich dafür tun, bleibt methodisch freilich nachgeordnet, denn die Ergotherapie definiert sich als Heilberuf nicht primär darüber, was sie inhaltlich tut, sondern darüber, welchem Ziel sie dient.



Gerade weil Ergotherapeut:innen im Verständnis der Mehrdimensionalität von Gesundheit seit jeher mit der WHO übereinstimmen, die Wechselwirkungen der Komponenten der Gesundheit (Schuntermann 2001) hochdifferenziert berücksichtigen und ihren Fokus in der Therapie konsequent auf Teilhabe legen (Top-down-Ansatz), leistet der ergotherapeutische Ansatz in dieser Weise einen bedeutsamen, ja unverzichtbaren Beitrag für die Neurologie.

Wie bereits angedeutet, erstrecken sich die Potenziale und Ansätze der Ergotherapie aber sogar noch über die Erfüllung der Anforderungen und die Gemeinsamkeiten mit der ICF in Bezug auf das Gesundheitsverständnis hinaus.

Denn auch und gerade im Arbeitsfeld Neurologie ist der Mensch mehr als die Summe seiner Symptome, Kontextfaktoren, Ressourcen und Prognosen. Es gestaltet sich dementsprechend sehr verschieden, wie Menschen eine Erkrankung erleben und wie sie mit der Diagnose und ihrer Auswirkungen umgehen.

Die drei Faktoren Wohlbefinden (WHO 1946), Lebensqualität und Teilhabe als Ausdruck funktionaler Gesundheit (Schuntermann 2001) sind eindeutig subjektiv erlebbare Zustände, die neben den mess- und vergleichbaren Komponenten der Gesundheit wesentlich auf dem persönlichen Erleben basieren.





Diese Tatsache zeigt uns eindrücklich das Beispiel der 29-jährigen Klientin Anika Pauli, die mit der Diagnose Multiple Sklerose trotz Remission der Symptome nach einem Krankheitsschub ihr Studium der Journalistik nicht wieder aufnehmen vermag und sich auch aus sozialen Rollen zurückzieht. Sie kann in allen relevanten, einschlägigen Tests zu Kognition und Motorik Normwerte erreichen, findet aber dennoch nicht in ihre Handlungsfähigkeit und Autonomie zurück.

Oder wir betrachten im Kontrast dazu das Beispiel der Rechtsanwältin Elisa Wagner, die wegen einer chronischen Hemiparese seit 13 Jahren rollstuhlpflichtig ist. Trotz oder sogar infolge der nachhaltigen Veränderungen ihrer Ressourcen spezialisierte sie sich auf Rechtsangelegenheiten im Gesundheitswesen, vertritt erfolgreich Menschen mit Behinderungen und gibt an, ein erfülltes Leben zu führen.

Das Teilhabe- und Gesundheitserleben der beiden Klientinnen erscheint hoch unterschiedlich und ist nicht einfach mit objektiven Kontextfaktoren der ICF, dem Schweregrad oder der Symptomausprägung zu erklären.

Die wichtige Konsequenz daraus lautet: Gesundheit kann nicht von außen definiert werden, sondern ist im Selbsterleben von Klient:innen verankert.

Wohl nehmen neurologische Erkrankungen unzweifelhaft immer maßgeblichen Einfluss auf das Gesundheitserleben. In welchen Aus- und Wechselwirkungen es sich aber letztlich ausgestaltet, ist von weit mehr Komponenten des Seins eines Menschen abhängig. Gesundheitserleben, wie es im **Salutogenese-Modell** (siehe Kap. 1.3) ausgeführt wird, ist multifaktoriell bedingt, hochindividuell und vornehmlich subjektiv beurteilbar.

Da sich Ergotherapeut:innen in ihrem Denken und Tun nicht primär von Diagnosen leiten lassen, sondern vielmehr von dem individuell Bedeutungsvollen im Leben von Klient:innen ausgehen, verfügen sie eben deshalb über ein außerordentliches therapeutisches Potenzial für die Neurologie. Diese Haltung schärft den therapeutischen Blick auf das Teilhabe-, Selbst- und Gesundheitserleben der Klient:in, statt nur Symptome zu bewerten.

Daraus leitet sich ein besonderes Selbstverständnis der Ergotherapie in ihrer Aufgabenstellung und praktischen Zugangsweise zu Problemen der Klient:innen ab. Vor allem zeigt sich das an dem umfassenden Gesundheitsverständnis (siehe Kap. 1.3), der Orientierung an der individuellen bedeutungsvollen Betätigung und der spezifischen klientenzentrierten Grundhaltung. Um sich der Bedeutung und dem Sinngehalt dieser Konzepte für die ergotherapeutische Arbeit in der Neurologie klar zu werden, werden diese Aspekte in den anschließenden Kapiteln noch näher betrachtet.

Zwischenkonsens ... oder der springende Punkt

Die Befähigung unserer neurologischen Klientel zur bedeutungsvollen Betätigung kann in einem viel weiteren Sinne Gesundheit erzeugen, als es nach biomedizinisch-reduktionistischer Sichtweise auch nur in Betracht gezogen wird.

Im Spektrum der therapeutischen Heilberufe der Neurologie ist das holistische Gesundheitsverständnis der besondere Beitrag und Gewinn der Ergotherapie für die neurologische Klientel.

1.2 Unser berufliches Selbstverständnis und wovon wir sprechen

Die Darstellung des Potenzials der Ergotherapie für die Neurologie benötigt eine verbindliche theoretische Basis, die die hoch diversen Themenbereiche, Anliegen und Spezialfälle der Neurologie einschließen kann und zur theoretischen Einordnung zu dienen vermag.

Wie bereits ausgeführt (siehe Kap. 1.1) birgt das Profil der Ergotherapie ein besonderes Potenzial für die Neurologie, welches sich von anderen Berufsständen abhebt und das Gesundheitswesen an entscheidender Stelle ergänzt.

Dieses Potenzial findet seinen Ausdruck schon in der Definition des Berufsverbands, die den Berufsstand in einem gemeinsamen Verständnis der Ergotherapie mit seinen Kernkonstrukten eint.

Dem vorliegenden Buch kann die gültige Definition der Ergotherapie (DVE 2007) als gemeinsames theoretisches Fundament dienen. Sie bringt die Anliegen der Ergotherapie aktuell und umfassend auf den Punkt und stellt die bedeutungsvolle menschliche Betätigung auf der Basis der Klientenzentrierung gerade auch für den Fachbereich der Neurologie ins Zentrum aller ergotherapeutischen Bestrebungen:

„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.

Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.“

(DVE 2007)



Verdichtet beschreibt diese Definition den entscheidenden Kern der Ergotherapie, schränkt jedoch ein, dass sie „nicht den Anspruch erhebt, alle Aspekte des komplexen Gegenstandes Ergotherapie umfassend darstellen zu können“ und die Definition nicht „einer Tätigkeitsbeschreibung gleichzusetzen“ (DVE 2007) sei.

In dieser Form hat die Berufsdefinition ihren unbezweifelbar großen Wert zur Identitätsbildung und Einigung des Berufsstandes über alle Arbeitsfelder hinweg und gilt auch uneingeschränkt für alle Ausführungen dieses Buches.

Für die komplexe Arbeitsrealität der Neurorehabilitation bleiben jedoch fachbereichsspezifische Themenstellungen, die sich nicht unmittelbar durch die Berufsdefinition selbst beantworten lassen (siehe Kap. 1.1). Demnach muss das spezifische Gesundheitsverständnis der Ergotherapie mit den Kernelementen der Betätigungsorientierung (siehe Kap. 1.4) und Klientenzentrierung (siehe Kap. 1.5) in einer Transferleistung auf die spezifischen Kontexte der Neurologie übertragen werden. Doch die Frage bleibt: Kann das Selbstverständnis der Ergotherapie für sich allein der zentrale Fixstern für die Anwendungskompetenz auf so diverse Konstrukte der Neurologie sein, wie sie die Arbeit mit Menschen mit Globalaphasie, im Wachkoma, mit irreversiblen schweren Lähmungen, **Compliance**problemen oder progredienten Erkrankungen einfordert?

Wir meinen „Ja“! Wenn Wissen zu einer professionellen Haltung (Marotzki 2004) transformiert wird, ist diese, im Gegensatz zu schematischen Vorgehensstandards, zunehmend universell anwendbar. Eine Ergotherapie für alle Fälle sozusagen.

Dass es sich so verhält, ist unschwer zu zeigen, denn: Ein reicher Fundus ergotherapeutischer Modelle, Prozessinstrumente, Therapieansätze und Methoden bietet sich unterstützend zur konsequenten Orientierung und Systematisierung des professionellen Denkens und Handelns von Ergotherapeut:innen in der Neurologie an. Diese meist stark ausdifferenzierten Instrumente erweisen in definierten Anwendungsfeldern der Neurologie einen unschätzbaren Nutzen.

Gerade einige Prozessmodelle der Ergotherapie, wie das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (siehe Kap. 7.3 und 8.5) (Fisher & Bray Jones 2017), aber auch Konzepte, wie die Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie (HoDT) (Kolster 2009a) (siehe Kap. 2, 3, 5.3 und 6), oder betätigungsorientierte Messinstrumente, wie das Canadian Occupational Performance Measure (**COPM**) (siehe Kap. 4.2.1) (Law et al. 1990), bewähren sich seit Langem in der ergotherapeutischen Praxis der Neurologie.

Da diese Instrumente sehr ausdifferenziert und valide konstruiert sind, können sie jeweils einen ganz bestimmten, mehr oder weniger großen Ausschnitt der Wirklichkeit umreißen oder erfassen. Das ist ihr großer Vorteil.

Andererseits hat jedes Instrument freilich dadurch auch natürliche Grenzen, gewisse Ein- und Ausschlusskriterien sozusagen. Diese können darin begründet sein, dass eine bestimmte Klientel unter Umständen nicht eingeschlossen werden kann. Ein halbstrukturiertes Interview als Evaluationsinstrument kann beispielsweise nicht valide mit Klient:innen mit Globalaphasie oder Apraxie oder einer schweren Awarenessbeeinträchtigung durchgeführt werden.

Weiterhin kann manches Prozessmodell nur begrenzten Nutzen für die Behandlungsplanung haben, wenn die Körperfunktionen einer Klient:in nach Schlaganfall,

die das Betätigungsproblem begründen, darin zu wenig differenziert dargestellt werden können. In solchen Fällen müssen ergotherapeutische Instrumente zweckdienlich ausgewählt und günstig kombiniert werden. Die Kompetenz dazu setzt wiederum die oben eingeführte Transferleistung voraus, ausgehend von einem verinnerlichten Grundverständnis der Ergotherapie in der Neurologie.

Die Systematisierung der Ergotherapie an geeigneten Stellen leistet einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung des Berufes (Mieg 2018). Hingegen würde die generelle Festlegung auf einen methodischen Standard, der nicht durch den Filter eines präzisen und verinnerlichten ergotherapeutischen Grundverständnisses geprüft wäre, die Potenziale der Ergotherapie vereinfachen und zu sehr einschränken.

Zwischenkonsens ... oder der springende Punkt

Pauschale Schemata als letzte Antworten auf Anwenderfragen würden Ergotherapeut:innen zu Gefangenen ihrer Lösungsversuche machen; sie würden die Komplexität der Neurologie und die individuelle Bedeutung der menschlichen Betätigung zu sehr vernachlässigen.

Als gemeinsame professionelle Grundlage ergotherapeutischen Denkens und Handelns in der Neurologie bieten vor allem anderen die Kernelemente der Ergotherapie und das zugrunde liegende Gesundheitsverständnis einen geeigneten Rahmen.

Auf dem Fundament dieses Gesundheitsverständnisses, dem Verständnis der menschlichen Betätigung und einer klientenzentrierten Haltung kann eine differenzierte „Ergo-Logik“ für jede Besonderheit des Fachgebietes Neurologie abgeleitet und angewendet werden.

1.3 Das Gesundheitsverständnis im Kontext der Neurologie

In dem wesentlichen Grundanliegen zielen die Maßnahmen der Ergotherapie auf Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität des Menschen ab (DVE 2021a). Besonders bemerkenswert ist an dieser Berufsdefinition, dass die Ergotherapie als anerkannter Beruf des Gesundheitswesens mit „Teilhabe und Lebensqualität“ Ziele formuliert, die auf den ersten Blick nicht direkt der Gesundheitsbranche zuzuordnen sind – jedenfalls nach dem traditionellen Gesundheitsverständnis. Damit zielt die Ergotherapie nicht auf funktionale Gesundheit im Sinne von Symptom- und Krankheitsfreiheit, sondern auf subjektiv als stimmig erlebbare Zustände ab (siehe Kap. 1.5). Wodurch stellt sich hier die Verbindung von Teilhabe und Lebensqualität zu Gesundheit her?

Trotz der frühen Einführung der deutschen Übersetzung der ICF im Jahre 2001 (Schuntermann) und der Festschreibung des Teilhabeauftrages im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX 2011) im gleichen Jahr funktioniert unser Gesundheitssektor in wesentlichen Teilen auf den Erkenntnissen der Pathogenese. Das bedeutet, dass Erkenntnisse zu Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten und Krankheitszei-

chen auch die Intervention bestimmen. Diese Perspektive auf Gesundheit meint vor allem einen Zustand der Abwesenheit von Krankheit. Dieser noch immer verbreiteten Sichtweise liegt ein dichotomes Gesundheitsmodell zugrunde: Ein Mensch kann gesund oder krank sein und beides gilt als objektiv messbar (Franke 2012).

Vergleichsweise weniger beachtet wurde bei der Erstellung dieses Konzeptes die Forschung des Soziologen Aaron Antonovsky, der eine andere Perspektive einnahm. Er nämlich erforschte die Zusammenhänge von Gesundheit (= Salutogenese) (Antonovsky 1997). Er fragte nicht, wie Menschen krank werden, sondern wie und wodurch sie gesund werden und bleiben. Dazu wich er bewusst von jenem dichotomen Gesundheitsmodell ab, hin zu einem bipolaren Modell. Damit meint er, dass der Mensch sich nicht entweder an dem einen oder anderen Punkt befindet, sondern sich beständig in einem Kontinuum zwischen den zwei Polen „gesund“ und „krank“ bewegt. Dabei schließt er ein absolutes Kranksein aus, da immer auch gesunde Anteile des Menschen erhalten bleiben. Ebenso wird ein Mensch kaum absolut gesund sein können, da immer auch hemmende Aspekte im Leben vorkommen. Besonders wichtig ist nun: Nach Antonovsky ist nicht objektiv zu messen, welche Anteile überwiegen und ob sich eine Bewertungstendenz zu eher gesund oder eher krank ableiten lässt. Denn: Jeder Mensch bewertet sein Gesundheits- oder Krankheitserleben nach den persönlichen Hintergründen, die wiederum subjektive Empfindungen bewirken.



Ein Mensch kann sich also trotz objektiver Krankheitszeichen wohl, weitgehend zufrieden und gesund fühlen. Denken wir beispielsweise an die bereits erwähnte Rechtsanwältin Elisa Wagner, die seit 13 Jahren mit den körperlichen Folgen eines Schlaganfalls lebt, aber glaubhaft versichert, ein erfülltes Leben zu führen.

Andersherum kann ein Mensch sein Dasein ohne messbare Krankheitszeichen als ungesund erleben. Die Anerkennung dieser Tatsache vermag die Sichtweise auf Gesundheit von Grund auf zu verändern und hilft zum Beispiel, die junge Studentin der Journalistik, Anika Pauli, besser zu verstehen, die mit der Diagnose Multiple Sklerose „den Anschluss an sich selbst“ nicht mehr zu finden scheint.

Der wesentliche Perspektivwechsel zum verbreiteten Modell der Pathogenese ist gegeben durch die Hypothese, dass Gesundheit auch durch eigenes, von außen nicht objektivierbares Erleben definiert werden muss und eine Vielzahl verschiedener Einflussgrößen zu diesem Erleben beitragen. Damit wird die weitgehend diagnosegeleitete Medizin und Therapie ergänzt um die Perspektive des persönlichen Erlebens eines Bündels von Lebensfaktoren. Medizin und Therapie dürfen und sollen sich demnach neben den Diagnosen der Fachbereiche auch vom multifaktoriellen Erleben der Klient:innen in ihren Interventionen leiten lassen.

Dies setzt auch seitens der Ergotherapeut:in ein neues Niveau von professioneller Empathie, Respekt und Akzeptanz gegenüber der Unterschiedlichkeit der jeweiligen Klient:in und deren Kontextbedingungen zum eigenen, individuellen Selbst voraus.

Zwischenkonsens ... oder der springende Punkt

Gesundheit kann man nicht messen, allenfalls einzelne Indikatoren.

Den Gesamtzustand Gesundheit kann man nur subjektiv erleben!

... und sie hängt von einer Vielzahl individueller persönlicher Einflussfaktoren ab, weit mehr als nur von Symptomen und Schweregraden.

In seinem Salutogenese-Modell (siehe Abb. 1.1) setzt Antonovsky dieses Gesundheitserleben mit dem Wort Kohärenzgefühl (sense of coherence) gleich.

Kohärenzgefühl meint, dass sich alle Lebensumstände in ihrer Wechselwirkung zueinander stimmig, also kohärent anfühlen. Dabei geht das Modell über körperliche, geistige und psychische, durch Grunderkrankungen verursachte Lebensumstände weit hinaus. Es bezieht den sozio-kulturellen und politischen Hintergrund eines Menschen als Einflussgröße mit ein, wie auch das Ausleben persönlicher Werte, Bedürfnisse, Rollen und den persönlichen Erfahrungshintergrund.

Es versteht sich, dass dieses erweiterte Gesundheitsverständnis des Salutogenese-Modells erheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung medizinisch-therapeutischer Interventionen nimmt und eine fundamentale Brücke zu den berufsspezifischen Anliegen der Ergotherapie schlägt. Denn darum geht es: Wenn Gesundheit im holistischen Sinn nach Antonovsky das Ziel ist, muss es in der Neurorehabilitation notwendigerweise Ergotherapeut:innen geben!

Stabilisieren wir, um dieses Konzept zu verdeutlichen, die Eckpfeiler zwischen den Konstrukten Neurorehabilitation und Ergotherapie noch durch die Integration der ergotherapeutischen Ziele „Teilhabe und Lebensqualität“: Antonovsky verwies in seinem Modell auch auf fördernde und hemmende Faktoren. Diese Komponenten des subjektiven Gesundheitserlebens, der Teilhabe und Lebensqualität sind:

- Verstehbarkeit (comprehensibility)
- Gefühl von Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit (meaningfulness)
- Handhabbarkeit (manageability)

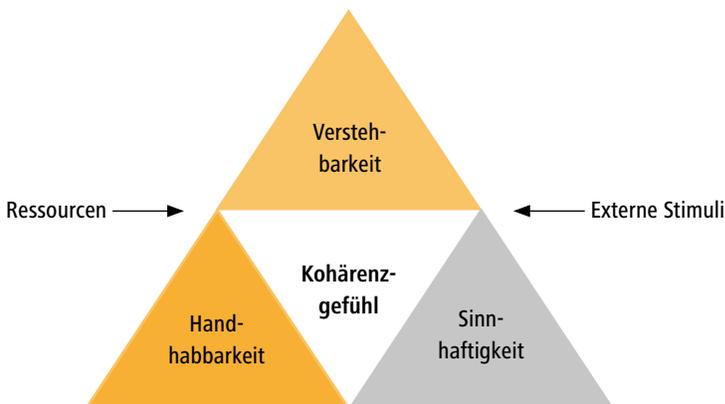


Abb. 1.1: Salutogenese-Modell (Heß 2021, modifiziert nach Antonovsky 1997)

So einfach und konkret bringt Antonovsky hier auf den Punkt, was ein Mensch erleben müsste, um sich als kongruent, stimmig und damit als tendenziell gesund zu empfinden.



Im Kontext der Neurorehabilitation bedeutet das, dass die Studentin mit der Diagnose Multiple Sklerose (siehe Kap. 1.1) ihre veränderte Lebenssituation für sich zunächst „verstehen“ können müsste. Dazu gehören recht vielschichtige Faktoren, die „einer Erklärung bedürfen“.

Es ist anzunehmen, dass die 29-jährige Anika Pauli mit bislang ganz ungetrübten Lebensplänen und -ideen nicht mit dieser unerwarteten Krankheit und ihren Wirkungen vertraut ist. Vielleicht muss ihre Frage „Warum ich?“ bearbeitet werden und Anika Pauli müsste eine Position dazu finden können, bevor eine Auseinandersetzung mit neuen Begrenzungen, aber auch die Entdeckung von Spielräumen und Möglichkeiten an der Reihe sein können.

Angesichts eines so grundlegenden Einschnittes, wie sie die Diagnose Multiple Sklerose in einem jungen Leben bedeutet, muss man wohl zunächst eine große Verunsicherung und ein tiefes Unverständnis im Erleben von Anika Pauli annehmen. Die Zusammenhänge dieses Lebenswiderfahrnisses können nur in einem individuellen Prozess der Bearbeitung eingeschätzt, verstanden und integriert werden.

Im Hinblick auf die Rolle der Ergotherapeut:in dabei drängt sich ein Zusammenhang zur Klientenzentrierung als Kernelement der Ergotherapie auf (siehe Kap. 1.5): Erst das Verstehen einer Lebenssituation kann die Voraussetzung dafür schaffen, informierte Entscheidungen zu ermöglichen. Klientenzentrierung in der Ergotherapie kann folglich nicht bedeuten, die Expertenschaft für das eigene Leben immer schon als gegeben vorauszusetzen.

Vielmehr erscheint es sehr ergo-logisch und klientenzentriert, die Klientin behutsam und professionell im Entdeckungs- und Verstehensprozess ihrer veränderten Lebenssituation – und damit auf dem Weg hin zur Expertin für sich selbst – zu begleiten (siehe Kap. 1.5).

Wie entscheidend sich insbesondere die Awareness (siehe Kap. 2) im Sinne von „Verstehbarkeit“ der eigenen Situation auf die Rehabilitation auswirkt, erlebt jede Praktiker:in der Ergotherapie in der Neurologie täglich sehr eindrücklich. Wird die Awareness im ergotherapeutischen Prozess ungenügend berücksichtigt, ergibt sich aus fehlender Awareness nicht selten ein unüberwindlicher Behandlungswiderstand. Darum muss die Entstehung von „Verstehbarkeit“ für Klient:innen unbedingt als Bestandteil des ergotherapeutischen Auftrages verstanden werden (siehe Kap. 2). Für Klient:innen der Ergotherapie stellt der ergotherapeutische Prozess dabei eine besondere Gelegenheit und Herausforderung dar, sich selbst neu zu erfahren und zu verstehen. In der Auseinandersetzung mit der persönlichen Handlungsfähigkeit in bedeutsamen Lebensbereichen wird die Klient:in sehr konkret und lebensnah mit den veränderten Bedingungen ihres Lebens konfrontiert. Sie wird sich der Bedeutsamkeiten ihres Lebens neu bewusst, entdeckt neue Begrenzungen, kann aber ihre Autonomie auch in neuen Möglichkeiten aufspüren und ausprobieren.

Es ergeben sich bedeutsame und lebensnahe Schlüsselsituationen, die im günstigen Fall zur Erarbeitung von Verstehbarkeit und Akzeptanz genutzt werden können. Genauso kann die Konfrontation mit den veränderten Bedingungen in der Klient:in auch Gefühle der Resignation und der Hilflosigkeit bewirken, was dem Gesundheits-erleben sehr entgegensteht. Es kommt also einer entscheidenden Kernkompetenz von Ergotherapeut:innen gleich, die Schlüsselsituationen respektvoll aufzugreifen und den Verstehensprozess behutsam und respektvoll zu begleiten (siehe Kap. 1.5).

Wie entscheidend das Adjektiv „bedeutungsvoll“ für den Begriff der bedeutungsvollen Betätigung in der Ergotherapie ist, macht die zweite Komponente für Kohärenzgefühl deutlich: Im gleichen Maße, wie das persönliche „Gefühl von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit“ alle verbleibende Energie eines leidgeprüften Menschen mobilisieren kann, kann das Fehlen von Sinn zum unüberwindlichen Behandlungswiderstand trotz an sich günstiger Bedingungen werden.

Im Beispiel einer Klient:in, die die Folgen einer Hirnschädigung erfährt, spiegelt sich der Grad an Sinnerleben in wesentlichen Anteilen auf die Rehabilitations-erfolge zurück.

Je treffender die vereinbarten Therapieziele der Ergotherapie die persönlichen Bedeutsamkeiten der Klient:in erfassen können, umso mehr „kommt die Persönlichkeit der Klient:in im Therapieprozess vor“ und erfährt Berechtigung, Respekt und Beistand.



Dieser Aspekt der Klientenzentrierung scheint zentral für die Kooperation zwischen Klient:in und Ergotherapeut:in. Das Sinnerleben beeinflusst maßgeblich die Therapiebereitschaft der Klient:in und sehr wahrscheinlich gelingt es auch, die Behandlungsergebnisse ins persönliche Leben zu übertragen. Durch die Fokussierung der persönlichen Bedeutsamkeiten der Klient:in wird es möglich, dass die Ergotherapie kein künstliches Arrangement wird, sondern ein integraler Bestandteil des Lebens. Was jedoch der jeweiligen Einzelnen als bedeutsam und sinngebend erscheint, ist ausgesprochen divers. Es ist so verschieden, wie Menschen verschieden sind. Dabei gilt es zu bedenken: Eine einschneidende Lebenserfahrung, wie es eine neurologische Diagnose häufig ist, kann die Wertigkeiten im Leben eines Menschen aber auch verändern oder verschieben. Einiges wird bewusster und verstärkt, anderes, was bisher Bedeutung hatte, verlagert sich oder tritt in den Hintergrund.

Ein solcher Prozess kann zu der beruflichen und privaten Neuorientierung im Leben der Rechtsanwältin Elisa Wagner geführt haben. Anderen Menschen mit Behinderungen in ihrem Recht auf Gesundheitsversorgung und Teilhabemöglichkeit behilflich zu sein, erhält durch den persönlichen Bezug zur Thematik eine ganz neue Relevanz und individuelles Sinnerleben. Womöglich gerade durch die infrage gestellte Selbstverständlichkeit ihrer Mobilität erlebt die früher mäßig sportliche Elisa Wagner jetzt eine trotzige Erfüllung beim ausgelassenen Rollstuhltanz. In beiden Beispielfällen ist das Verstehen, aber auch das Sinnerleben nicht verordnungsfähig und der Weg dahin nicht von außen therapeutisch zu navigieren, wohl aber im günstigen Fall unterstützend zu begleiten.

In diesem Zusammenhang kann der Ansatz von Marshall B. Rosenberg (2016) hilfreich sein. Er geht in seinen Arbeiten zur gewaltfreien Kommunikation zwar davon aus, dass alle Menschen grundsätzlich die gleichen Bedürfnisse haben, jedoch werden sie jeweils vor dem ganz eigenen Lebens- und Erfahrungshintergrund interpretiert (ebd.).

Durch die ganz persönliche Interpretation und Bewertung „erschaffen“ Menschen ihren Sinn und ihre Bedeutsamkeiten in hochindividuellen Ausprägungen und sehr verschiedenen Gewichtungen.

Darauf also gilt es zentral zu achten.

Entscheidend ist dieses: Die empfundene Sinnhaftigkeit einer Lebenssituation bzw. eines Lebensinhaltes stellt einen tragfähigen Brückenschlag zur Ergotherapie dar. Diese Sinnhaftigkeit formt sich als das berufliche Kernelement der Betätigungsorientierung aus.

Die Befähigung unserer neurologischen Klientel zu ihren bedeutungsvollen Betätigungen, zum Ausleben ihrer sinngebenden Rollen und Werte macht die Ergotherapie zu einem hochwirksamen Therapeutikum im Sinne des salutogenetischen Gesundheitsverständnisses. Vorausgesetzt werden aufseiten der Ergotherapeut:in eine Haltung der persönlichen Wertschätzung gegenüber der einzelnen Klient:in sowie die Bereitschaft, sich in sie einzufühlen.

Das professionelle Wahrnehmen solcher Prozesse ist maßgeblich für die Ergotherapeut:in selbst, denn nur über das, was einer Klient:in persönlich bedeutsam ist, kann sie die Behandlungsziele und die geeigneten therapeutischen Ansätze ausmachen. Wertschätzung und Empathie bilden daher wie in der klientenzentrierten/personenzentrierten Psychotherapie (Stumm 2014) (siehe Kap. 1.5), von der her Rosenberg denkt, den Kern der Begegnung zwischen Ergotherapeut:in und Klient:in. Über die Bedeutungszuschreibungen der Klient:in lassen sich erst ihre Ziele und die geeigneten therapeutischen Ansätze verstehen.

Mit fast überwältigender Klarheit mündet das „Antonovskysche Trio“ der Komponenten schließlich in die „Handhabbarkeit“, als dritte Komponente für Kohärenzgefühl und Gesundheitserleben.

Die Handhabbarkeit steht wie jede der drei Komponenten ganz für sich, doch kann man unterstellen, dass sie erst in Konsequenz der Komponenten „Verstehbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ ihre Grundlage erhält.



..... *Eine Klient:in, die sich in der Patientenrolle gefangen wähnt und von der Versorgung oder Therapie durch professionelle Personen als abhängig erlebt, nimmt eine passive Patientenrolle ein. Dagegen ist ein „Aufblühen“ von Klient:innen zu erleben, die nicht nur in die Zielfindung und die Interventionsplanung der Ergotherapie eingebunden sind, sondern sich darüber hinaus auch befähigt fühlen, ihre Lebenslage selbst zu handhaben und ihre Autonomie „zurückzuerobern“ (engl.: to occupy).*

Im Kleinen könnte sich das darin ausdrücken, dass die Klientin Anika Pauli kompetent wird, mit eigenen Übungen und Maßnahmen ihren Therapiefortschritt selbstständig zu unterstützen. Doch noch viel mehr bedeutet Handhabbarkeit, dass Menschen trotz oder bei veränderten Bedingungen ihr Leben selbstbestimmt und aktiv gestalten können. Für Anika Pauli bedeutete dies, in einem Prozess neue Perspektiven zu gewinnen, an die sie glauben kann und die sie verfolgen möchte, die ihr wert und machbar erscheinen, privat wie beruflich. Selbstständigkeit benötigt Anika Pauli, um selbstständig eingeschränkte Bewegungsabläufe einzuüben oder um sich selbstständig zu einem Fortbildungseminar „Digitale Fotografie“ anzumelden, aber selbstbestimmt lernt sie zu bestimmen, wann was davon wie dran ist. Ein Empfinden von Handhabbarkeit der Lebenssituation bewahrt und schafft Identität und Kohärenzgefühl.

Die Salutogenese begründet und stützt die Ergotherapie in der Einsicht, dass Gesundheitserleben da entstehen kann, wo Klient:innen kongruent mit eigenen Werten, Bedeutsamkeiten, Rollenverständnissen und Bedürfnissen leben. Konkrete bedeutungsvolle Betätigungen betreten dabei die Bühne als Strategien zur Lösung dieser Anliegen.

Indem die Ergotherapeut:in ihr Denken und Tun professionell daran orientiert, wie sie die Klient:in zu einer bedeutungsvollen Betätigung befähigen kann, ergreift sie die Fürsprache für ihre Klient:innen in diesem wesentlichen Aspekt ihrer Gesundheit und behält sich dabei doch die Flexibilität der Mittel und Wege.

Zwischenkonsens ... oder der springende Punkt

Gesundheitserleben entsteht, wo Klient:innen kongruent mit eigenen Werten, Bedeutsamkeiten, Rollenverständnissen und Bedürfnissen leben.

Die Komponenten und Förderfaktoren eines subjektiven Gesundheitserlebens, der Teilhabe und Lebensqualität sind:

- ✓ Verstehbarkeit
- ✓ Gefühl von Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit
- ✓ Handhabbarkeit

1.4 Die bedeutungsvolle Betätigung im Kontext der Neurologie

Wie zu sehen, klingen signifikante Kriterien des ergotherapeutischen Betätigungsbegriffs mit Antonovskys Komponenten des Kohärenzgefühls (siehe Kap. 1.3) auch in der Definition des ergotherapeutischen Betätigungsbegriffs an.

In einer seit mehr als 15 Jahren bewährten und gültigen Definition der Betätigung heißt es:



„Unter Betätigung verstehen Ergotherapeut:innen 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)

Das lässt sich noch näher zeigen und auch kritisch abklären. Gerade der Begriff „bedeutungsvolle Betätigung“ wird in einigen Fällen leider zu schnell und zu provisorisch auf das reduziert, was Klient:innen spontan angeben, wenn sie im Rahmen der ergotherapeutischen Diagnostik zu flüchtig und zu mechanistisch nach ihren Anliegen befragt werden.

Weshalb das irreführend sein kann? Ein Interview mit vorstrukturierten Fragen löst zweifellos andere Reaktionen aus als ein persönlich zugewandtes Gespräch.

Klient:innen, die in einem Frage-Antwort-Modus nach Handlungen ihres Alltags befragt werden, antworten mit Fakten. Sie weichen nicht selten auf äußere Fakten aus und vermeiden geradezu, über persönliche Anliegen und Motive zu sprechen. Gerade aber die Bedeutung von benannten Betätigungsanliegen für die jeweilige Person zu erfassen und zu verstehen, ist entscheidend für eine zielführende Ergotherapie. Obwohl im Salutogenese-Modell, wie auch in der Definition der menschlichen Betätigung, dem Sinn und der „Bedeutung“ ein hoher Stellenwert zugewiesen wird, wird diese Bedeutung in der Praxis kaum explizit erfragt. Im Rahmen des COPM-Interviews (Law et al. 1994; Law et al. 2020) wird indessen über eine Skala zwischen „1“ und „10“ die Wichtigkeit von Anliegen erfragt. Das Maß der Bedeutsamkeit eines Betätigungsanliegens und dessen Bedeutungshintergrund können jedoch erst einen gewissen Aufschluss darüber geben, welches Bedürfnis damit erfüllt werden soll.



Wenn das Handeln und Verhalten (auch die Betätigungsanliegen) eines Menschen immer eine Lösung bzw. Strategie zur Erfüllung eines Bedürfnisses ist (Rosenberg 2016), so ist das Erfragen der Bedeutung eines Betätigungsanliegens entscheidend für die Zielformulierung, die Zielpriorisierung und die Zielerreichungsstrategie (Interventionsplanung).

Doch gerade dabei bleibt zu bedenken: Noch viel mehr als Ziele braucht der Mensch „Gründe“ und „Anliegen“ (Hüther 2011; Hüther 2018), die ihn antreiben und die es mit zu erfassen gilt.

Ist die Bedeutung eines Betätigungsanliegens inhaltlich nicht benannt, birgt dies die Gefahr, dass die verstandene Betätigung nicht den Kern/das Bedürfnis des ursprünglichen Anliegens trifft.

Auch hinter scheinbar eindeutigen Betätigungsanliegen kann sich eine Vielzahl verschiedener Bedürfnisse verbergen. Gibt die Klientin Elisa Wagner in ihrer Frührehabilitation nach dem Schlaganfall beispielsweise den selbstständigen Toilettengang als Betätigungsanliegen an, können Bedürfnisse nach Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, die Erfüllung körperlicher Bedürfnisse, das Bedürfnis nach Sicherheit oder aber auch der Toilettengang als kennzeichnender Schritt des körperlichen Wiederherstellungsprozesses hin zum Laufen im Vordergrund stehen.

Jede dieser Bedeutungsvarianten setzt andere Kriterien und Zielmaßstäbe für die Befähigung der Klientin voraus, die die Ergotherapeutin berücksichtigen sollte. Besonders relevant ist die individuelle Bedeutung eines formulierten Betätigungsanliegens bei Klient:innen wie Elisa Wagner, die die gewünschte Betätigung in absehbarer Zeit aufgrund einer schweren Lähmung nicht mehr wie vormals ausführen können werden. Ist das Bedürfnis hinter der Betätigung bekannt, kann es der umsichtigen Ergotherapeutin durch das Arrangement von Teillösungen gelingen, der Bedürfniserfüllung der Klientin trotz weiterbestehender Einschränkungen in den ausschlaggebenden Faktoren entgegenzukommen. So wird Elisa Wagner eine Lösung finden, wie sie trotz bestehender Funktionseinschränkungen durch Kompensationsstrategien ihr Bedürfnis nach Autonomie erfüllen kann.



Den meisten Menschen ist die „Bedeutung“ ihrer Handlungen allerdings kaum bewusst, solange das Leben weitgehend planmäßig verläuft.

Beispielsweise gehen Menschen zur Arbeit, weil sie meinen, Geld verdienen zu wollen und zu müssen. Oft denken Menschen erst bei drohendem Verlust darüber nach, was außer Geld an ihrer Arbeit noch bedeutsam sein könnte und warum es nun just diese Arbeit sein soll.

Um die Klient:in hier behutsam beim Entdeckungs- und Nachdenkprozess unterstützen zu können, muss die Ergotherapeut:in auch selbst eine Vorstellung von den mannigfachen Bedeutungsvariationen von Handlungen haben, aber auch davon, dass Bedeutsamkeiten etwas Dynamisches sind. Auch und gerade angesichts schwerwiegender Lebenswiderfahrnisse können sie sich wandeln (siehe Abb. 1.2).

Polatajko et al. (2007) fassen die Grundannahmen zur bedeutungsvollen Betätigung konzentriert und schlüssig zusammen:

- Menschen haben ein angeborenes Bedürfnis und die Eigenschaft sich zu betätigen
- Betätigung beeinflusst Gesundheit und Wohlbefinden
- Betätigung organisiert die Zeit und bringt Struktur ins Leben
- Betätigungen sind reich an individueller und kontextspezifischer Bedeutung
- Sich zu betätigen ist einzigartig und kontextabhängig
- Betätigung hat therapeutisches Potenzial

Abb. 1.2: Grundannahmen zur bedeutungsvollen Betätigung nach Polatajko et al. 2007a

Im Feld der Neurorehabilitation begegnen uns auch Klient:innen, die nicht zur Ausführung aktiver oder gar produktiver Betätigungen imstande sind oder befähigt werden können. Menschen im minimalen Bewusstseinszustand (siehe Kap. 7) handeln beispielsweise nicht im üblichen Sinne. Und allzu oft kann es auch kein realistisches, naheliegendes Ziel darstellen, bewusste Handlungsfähigkeit wieder herzustellen. Es stellt sich damit die Frage, inwieweit die Ergotherapie dennoch Gesundheitspotenziale für deren „Jetzt“ bereithalten kann und dennoch oder gerade dadurch konsequent dem Kernanliegen der Ergotherapie entspricht.

Ergündet man den Wortstamm des englischen Ursprungsbegriffs „Occupation“ für die deutsche Übersetzung „bedeutungsvolle Betätigung“ aufmerksam, fällt eine ganz unerwartete Bedeutungsweite auf.

„To occupy“ kann neben „tätig sein“ und „arbeiten“ auch mit „einnehmen“, „besetzen“ oder „für sich beanspruchen“ übersetzt werden (Pons Redaktion 2021).

Man kann assoziieren, dass Menschen auch soziale Rollen oder einen bestimmten Platz in einer Gesellschaft/in einem Raum „einnehmen“ können. Ebenso kann die Bedeutung von to occupy auf den Zusammenhang angewandt werden, dass ein Mensch eine Form passiver Teilhabe oder auch die Erfüllung von Grundbedürfnissen „für sich beansprucht“.

Erlauben wir dem deutschen Wort Betätigung diesen seinen ursprünglichen Bedeutungsrahmen, kann auch eine Bedürfniserfüllung, wie „passiv teilhaben dürfen“, „frei atmen können“, „schmerzfrei sein“, „sich entspannen können“ inbegriffen sein.

Betätigungen sind ein menschliches Grundbedürfnis (Polatajko et al. 2007a), aber jeder Betätigung liegen auch wiederum Bedürfnisse zugrunde. Rosenberg (2016) differenziert das noch weiter aus, indem er das Verhalten, also Betätigung, als äußerliche Strategien, Ausdruck oder Lösungen zur Erfüllung tiefer liegender Bedürfnisse betrachtet.

Marshall B. Rosenberg empfiehlt die Grundbedürfnisliste des chilenischen Wirtschaftstheoretikers Manfred Max-Neef (1992) als übersichtliche Einordnung der wichtigsten menschlichen Bedürfnisse, wie in Abbildung 1.3 dargestellt.

Max-Neef unterteilt in neun Bedürfnis-Kategorien:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| ■ Materielle Lebens-
grundlage | ■ Verständnis | ■ Kreativität |
| ■ Schutz und Sicherheit | ■ Teilnahme | ■ Identität |
| ■ Zuwendung / Liebe | ■ Müßiggang | ■ Freiheit |

Abb. 1.3: Menschliche Bedürfnisse nach Max-Neef 1992

Die Erfüllung der (Grund-)Bedürfnisse, wie atmen, sich ausruhen, Kontakt zu nahestehenden Personen haben, Naturerleben oder auch körperliche Nähe, sind beispielsweise im Falle einer Klient:in im minimalen Bewusstseinszustand zwar passiv für die Klient:in herbeigeführt, beeinflussen aber (wenn auch nicht bewusst) maßgeblich ihr Kohärenzgefühl (siehe Salutogenese) und ihre Lebensqualität (DVE 2007) und müssen damit zu wichtigen Anliegen der Ergotherapie für ihre Klientel zählen (siehe Kap. 7).

Zwischenkonsens ... oder der springende Punkt

Betätigungsorientierung meint die Befähigung zu einem Leben mit Bedeutung und Sinnerleben!

Bedeutsamkeiten sind bestimmt von persönlichen und gesellschaftlichen Werten sowie Bedürfnissen und drücken sich aus

- ✓ in produktiven oder
- ✓ nicht-produktiven Handlungen,
- ✓ manchmal auch durch Unterlassen,
- ✓ zudem durch das Einnehmen sozialer Rollen,
- ✓ das Einnehmen von Sein-Zuständen oder auch durch „passive“ Teilhabe.

1.5 Klientenzentrierung im Kontext der Neurologie

In der Ergotherapie respektieren die Ergotherapeut:innen die Klient:innen als Partner:innen, schätzen ihre Erfahrungen und erkennen ihr Wissen, ihre Hoffnungen, Träume und Autonomie an.

(WFOT 2005, Positionspapier Klientenzentrierung in der Ergotherapie)



Da dieses Buch nicht die Bearbeitung von Grundlagenwissen, sondern spezifische Fragestellungen der Ergotherapie in der Neurologie zum Gegenstand haben soll, sei den Ausführungen zur Klientenzentrierung bloß ein kurzer Auszug aus dem Positionspapier der World Federation of Occupational Therapists (WFOT) zur Klientenzentrierung in der Ergotherapie vorweggeschickt.

Diese wenigen Worte genügen, um die bisherigen Leitgedanken zu umreißen, und begründen, weshalb Klientenzentrierung eine Bedingung betätigungsorientierter Ergotherapie sein muss.

Es spiegeln sich erneut die Komponenten des Kohärenzgefühls aus dem Salutogenese-Modell in diesem wichtigen Kernelement der Ergotherapie wider: Verstehen: „Erfahrungen und Wissen“; Sinnerleben: „Hoffnungen, Träume“; Handhaben: „Autonomie“. Nur wenn die Klient:in kompromisslos im Mittelpunkt allen therapeutischen Denkens steht, kann betätigungsorientierte Ergotherapie gelingen.

Noch ein Wort ist zur klientenzentrierten Grundeinstellung ergotherapeutischer Arbeit zu sagen:

Klientenzentriertes Vorgehen in der Ergotherapie birgt unbezweifelbar hohe therapeutische Potenziale für die Rehabilitation von Klient:innen mit neurologischem Hintergrund.

Das Paradigma der Klientenzentrierung wird nun freilich von Ergotherapeut:innen der Neurologie – nach Erfahrung der Herausgeberinnen – oft intuitiv ergo-logisch, oft aber auch recht unscharf und manchmal provisorisch verwendet.

Die Problematik, die sich daraus ergibt, bildet sich im Wesentlichen in zwei verhängnisvollen Eckpolen desselben Missverständnisses zur Klientenzentrierung ab:

1. Ergotherapeut:innen integrieren im ersten Fall die Klientenzentrierung nicht in ihr Tun, weil sie eindrücklich erfahren haben, dass Klient:innen der Neurologie oft nur unzulänglich günstige Entscheidungen für sich selbst treffen können. Oder sie erleben, dass Klient:innen mit dieser Freiheit und Selbstbestimmung kaum umzugehen wissen und in ihrer Verunsicherung ein richtungsweisendes Auftreten der Ergotherapeut:in einfordern.
2. Ergotherapeut:innen verfolgen als zweiten Lösungsversuch zum gleichen Problem einen dogmatisch methodischen Weg der klientenzentrierten Zielerfragung. Dabei nehmen sie formulierte Therapieanliegen unhinterfragt und wörtlich hin und scheitern schließlich an der mangelnden Praktikabilität der abgeleiteten Therapiepläne oder an der Nicht-Erreichbarkeit der Ziele.

Die Probleme mit der Klientenzentrierung in der Praxis der Neurologie bewegen sich also in einer Spanne zwischen Ablehnung der Klientenzentrierung einerseits und unsachgemäßer Überdehnung des Begriffs andererseits.

Ein mögliches Missverständnis beginnt wohl schon bei der Auslegung des personenzentrierten Ansatzes nach C. Rogers (1983), in welchem die ehemals als Patient:in bezeichnete Person zur Klient:in erhoben wird und als Expert:in ihrer selbst erklärt wird.



Karikiert lautet die missverständliche Ableitung: „Die Klientin Anika Pauli ist ihre eigene Expertin; sie benennt ihre Ziele selbst und bestimmt, wo es mit ihrer Ergotherapie langgeht, denn sie weiß es ja am besten!“ Rogers würde sich gewiss falsch verstanden fühlen, wenn man seinen personenzentrierten Ansatz so läse – eine Echolalie ohne Verständnis.

Die Begründung: Er selbst behandelte psychotherapeutisch Klient:innen, die sich in ihrer Lebenssituation eben nicht mehr allein zu orientieren und zu organisieren vermochten und aus diesem Grund seine Hilfe in Anspruch nahmen. Natürlich war ihm stets bewusst: In gewissem Sinn sind Klient:innen immer nur in Anteilen Expert:innen ihrer selbst, in nicht vertrauten Lebenslagen erleben sie sich sogar diametral dazu.

Rogers Ansatz macht aber in unserem Zusammenhang auch nicht die Verbalisationstechnik zur Bewusstmachung emotionaler Erlebnisinhalte aus, sondern vor allem das empathische Verstehenwollen und Begleiten der Klient:in bis zu einem Punkt, an dem sie wieder Anschluss an sich selbst gewinnt.

Das ist von besonderer Bedeutung, denn unsere neurologische Klientel kann sich im Moment einer neurologischen Diagnose bzw. nach einer schweren Hirnschädigung vergleichbar verunsichert vorkommen wie Rogers Klient:innen.

Wie vielleicht auch Anika Pauli erleben sie sich allzu oft so gar nicht als Expert:innen ihres veränderten Selbst und ihrer Lebenssituation. Anika Pauli mag sogar einen Bruch zu ihrem bisherigen Lebens- und Selbstentwurf erfahren. Lebenspläne schienen nie so unsicher und unbestimmt und rücken in weite Ferne.

Auch mit sich selbst und ihren objektiv betrachtet unwesentlich veränderten körperlichen, geistigen und psychischen Funktionen kann sich Anika Pauli in dieser extrem vulnerablen Phase ihres Lebens (noch) nicht auskennen. Und dann ist es hilfreich, nach Art von Rogers auf die Gefühlsbedeutung ihrer Mitteilungen einzugehen und durch aktives Zuhören die Fähigkeit zu vermitteln, auf sich selbst zu hören.



Menschen können immer nur in gewissen Anteilen ihre eigenen Expert:innen sein, sofern es sich um überschaubare, verständliche und bekannte Lebensbedingungen handelt.

Aber sie können auf ihrem Weg zur Expert:in für sich selbst begleitet werden durch Raum für Aussprechen dürfen, respektvolles Zuhören, Einfühlen, auf Widersprüche hinweisen usw.

Genau genommen hat die personenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers nicht primär den Zweck der Befragung, wie in ergotherapeutischen semistrukturierten Interviews, sondern sie stellt ein Medium zur Bewusstmachung und Selbsterkenntnis der Klient:in dar.

Rogers stellte in seiner therapeutischen Beziehung zu seiner Klient:in absolute Wertschätzung, Empathie und den Glauben an die positive Persönlichkeitsentwicklung der Klient:in in den Vordergrund und beispielsweise nicht die gewisse schwere Belastung durch ihr Gesundheitsproblem. Diese Grundhaltung gegenüber jeder Klient:in in ihren aktuellen Grenzen und Möglichkeiten ist das wichtigste Filtrat für die Klientenzentrierung. Die therapeutische Performanz solcher verinnerlichteten Klientenzentrierung begrenzt sich nicht auf gewisse Formen der Gesprächsführung und Zielabfragen, sondern äußert sich in einer therapeutischen würde- und respektvollen Grundhaltung zur Klient:in und im gelingenden Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Klientenzentrierung bedeutet demnach eine Kompetenz, aus der Perspektive der Klient:in zu denken und aus dieser heraus die Klient:in zu begleiten.

Zwischenkonsens ... oder der springende Punkt

Klientenzentrierung meint die Annahme und Begleitung der Klient:in in ihren aktuellen Möglichkeiten und Grenzen

- ✓ Klient:innen nach einer Hirnverletzung können oft nur eingeschränkt Expert:innen ihrer selbst sein.
- ✓ Klientenzentrierung in der Neurologie wird nicht durch die Verbalisationstechnik erreicht, sondern vor allem durch das empathische Verstehenwollen und Begleiten der Klient:in bis zu einem Punkt, an dem sie wieder Anschluss an sich selbst gewinnt.
- ✓ Die Klient:in aussprechen und reflektieren lassen, respektvolles Zuhören, Einfühlen und auf Widersprüche hinweisen sind Ausdruck einer klientenzentrierten Haltung auf dem Weg zur Expert:in für sich selbst.

Weiterführende Informationen zur Vertiefung des Themas:

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Cardol, M., de Jong, B. D. & Ward, C. D. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 24(18), 970-974.
- Hüther, G. (2011). Was wir sind und was wir sein könnten: Ein neurobiologischer Mutmacher. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Hüther, G. (2018). Würde: Was uns stark macht – als Einzelne und als Gesellschaft. München: Albrecht Knaus.
- Rosenberg, M. B. (2016). Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens. Paderborn: Junfermann.
- Rogers, C. R. (1972). Die klientenzentrierte Gesprächsführung. Frankfurt am Main: Fischer.
- Rogers, C. R. (1983). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer. (dt. Erstausgabe 1972) Original: 1951, Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin.
- WFOT, World Federation of Occupational Therapists (2005). WFOT Positionspapier zur Klientenzentrierung in der Ergotherapie. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

2 „In meiner eigenen Küche wäre das kein Problem“ – Berücksichtigung der Awareness in der Ergotherapie

Friederike Kolster

Das folgende Interview zur Awareness versetzte Brigitte Kohn in eine Doppelrolle: Einerseits stellt sie als Herausgeberin mit Anke Heß zusammen Fragen an die Autorin. Andererseits hat sie in und nach ihrer Ausbildung zur HoDT-Instruktorin bei Friederike Kolster und Sangha Schnee viele Erfahrungen bei der Arbeit zu Awareness gesammelt, die sie mit einbringt.

2.1 Die Bedeutung der Awareness in der Neurorehabilitation

Anke Heß: Welchen Auslöser gab es für Dich ganz persönlich, Dich intensiv mit der Awareness auseinanderzusetzen?

Friederike Kolster: Der Auslöser war meine Arbeit mit Menschen, die eine Neglectsymptomatik zeigen. Ende der 1980er-Jahre habe ich als Ergotherapeutin im Bezirkskrankenhaus in Erlangen in der Abteilung für Neuropsychologie und Verhaltensneurologie gearbeitet. Damals war, wie jetzt auch noch oft, die Ansicht verbreitet: Menschen mit einem Neglect haben keine Awareness, das gehört zum Neglect dazu und damit muss man leben. Mich hat interessiert, warum Awareness nicht entwickelbar sein soll. Schon damals wurde mir klar, dass Menschen mit Awarenessproblemen für meine therapeutischen Ideen nicht offen sein konnten, weil sie weder das Problem noch die Lösungsmöglichkeiten verstehen konnten. Es hatte sich für mich nicht als hilfreich erwiesen, in solchen Situationen Betroffene gegen ihre Überzeugung zu einem bestimmten Wissen und Verhalten zu drängen, für das sie kein Interesse haben können, weil sie selbst ihre Situation anders wahrnehmen als Außenstehende. Ich erinnere mich an ein Schlüsselerlebnis in dieser ganz frühen Zeit:

Da waren zwei Klienten in einem Zimmer, zwei sehr freundliche Männer, ich nenne sie hier Herrn A. und Herrn B. Herr A. hatte eine Hemianopsie und einen Neglect nach links und lag vorne nahe der Zimmertüre. Links von ihm, auf seiner Neglectseite, war das Bett seines Zimmernachbarn. Eines Morgens hatte sich sein Zimmernachbar unglücklich zwischen Bett und Rollator verfangen. Er kam nicht vor und nicht zurück und rief um Hilfe. Herr A., vorn im Zimmer, konnte zwar hören, dass Herr B. die ganze Zeit rief, hatte aber keine Hilfe geholt, weil er nicht wahrnahm, dass sich Herr B. im Zimmer aufhielt. Er erkannte zwar die Stimme von Herrn B., ging aber davon aus, die Rufe kämen von rechts, also vom Flur. Ich bin dann zufällig vorbeigekommen und habe geholfen, Herrn B. zu befreien. Hinterher haben sich die beiden total gestritten. Herr B. wollte mit Herrn A. nichts mehr zu tun haben, der ihn augenscheinlich zehn Minuten lang

