

# Ist die Verbesserung von Feinmotorik ein ergotherapeutisches Therapieziel?

## Eine kritische Betrachtung ergotherapeutischer Therapieziele unter handlungsorientierten Gesichtspunkten

von Ellen Romein

Der Nachweis der Effektivität ergotherapeutischer Interventionen stellt für unsere Berufsgruppe eine große Herausforderung dar, der wir nur durch intensive Überprüfung der gesetzten Therapieziele, eine Sicherung der Qualität der durchgeführten Therapiemaßnahmen und eine genaue Dokumentation der erhobenen Befunde (unter Einbeziehung verschiedener Testverfahren) sowie der unter der Therapie beobachteten und vom Klienten/Patienten berichteten Veränderungen begegnen können. Die Autorin dieses Artikels konzentriert sich beim Wirksamkeitsnachweis auf die Formulierung von genauen Therapiezielen, und führt aus, wie wichtig es hierbei ist, unter Berücksichtigung klientenspezifischer Bedürfnisse nach *bedeutungsvollen* Aktivitäten zu fragen und die Therapie auf diese hin zu richten.

ELLEN ROMEIN, MSc.OT., legte 1976 in Amsterdam das Diplom Ergotherapie ab und hat in den Niederlanden in der Erwachsenenrehabilitation gearbeitet. Seit 1991 ist sie im Behandlungszentrum Vogtareuth in Südbayern tätig, wo sie die Abteilung Ergotherapie der Neuropädiatrie leitet. Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Umsetzung von handlungsorientierten Ansätzen in der ergotherapeutischen Befunderhebung und Behandlung. Sie ist Mitglied zweier Arbeitsgruppen des DVE: „Befundinstrumente in der pädiatrischen Ergotherapie“ und „P-ASS“ (Pädiatrisches Assessment).



miteinbeziehen, die genaue Formulierung betrachten und das Ganze mit einigen Fallbeispielen verdeutlichen.

### Ergotherapeutische pädiatrische Therapieziele: Beispiele aus der deutschen Praxis

1. Verbesserung der Sensomotorik und Koordination, Förderung des Selbstbewusstseins
2. Verbesserung der Feinmotorik
3. Befund erstellen
4. Verbesserung der Körperwahrnehmung
5. Förderung der Malentwicklung
6. Verbesserung der Konzentration und Ausdauer
7. **Verbessern alltagspraktischer Fähigkeiten**
8. **An- und Ausziehtraining**
9. Förderung der Handlungsplanung
10. **Verbesserung der selbständigen Fortbewegung mit dem Rollstuhl**
11. **Verbesserung der Kommunikation durch Üben mit Digivox**
12. **Selbständiges Einkaufen**
13. Verbesserung des Gleichgewichts
14. Entwicklungsförderung
15. **Schreibtraining**
16. **Selbständigkeitstraining**
17. Förderung des Eigeninitiative
18. Kontrakturprophylaxe, Aufdehnen li. und re. Hand
19. Elternanleitung
20. Entwicklungstestung

Tab. 1: Auszug aus einer Umfrage in deutschen Ergotherapiepraxen und -kliniken. Hervorgehoben sind die Ziele, die sich mit Aktivitäten/Handlungen beschäftigen.

Wenn wir die Ziele aus Tabelle 1 genau betrachten, tauchen einige Fragen auf:

- Sind das Fördern von Fähigkeiten, An- und Ausziehtraining, Schreibtraining, Elternanleitung, Ziele oder Maßnahmen?
- Sind Entwicklungsförderung, Kontrakturprophylaxe und Verbessern des Gleichgewichts ergotherapeutische Ziele?
- Gibt es in dieser Liste von Therapiezielen ein Ziel, das nicht auch andere Berufsgruppen benennen können?

Da begegnen wir der alten gefürchteten Frage: Was genau ist Ergotherapie denn eigentlich?

Wir werden auf einige Aspekte näher eingehen, um zu sehen, welche Faktoren Einfluss auf die Formulierung von ergotherapeutischen Therapiezielen haben und ob wir Richtlinien für ergotherapeutische Therapieziele finden können.

### Ergotherapie ist handlungsorientiert, oder?

Die meisten Ergotherapeuten werden dies bejahen. Es gibt immer mehr deutsche Literatur zu diesem Thema [1,2,3,4,5,6,7]. Die

### Therapieziele

Ein Großteil unserer ergotherapeutischen Arbeit besteht im Kontakt zum Patienten: Im Idealfall lernen wir den Patienten kennen, sammeln Informationen, erheben einen Befund, formulieren Therapieziele (mit oder ohne Beteiligung des Patienten), wählen Therapiemethoden, -mittel und einen Zeitrahmen aus, erreichen unsere Ziele und beenden die Therapie.

In diesem Artikel beschäftigen wir uns ausschließlich mit Therapiezielen, da vor allem hier die ergotherapeutische Identität sichtbar wird und unsere Erfolge messbar werden können. *Therapiemethoden und Behandlungsansätze sind oft berufsübergreifend, aber Zielformulierungen können fachspezifische Unterschiede deutlich machen.* Um dies darzustellen, vergleichen wir pädiatrische Therapieziele aus deutschen und niederländischen Kliniken und Praxen, werden wir Handlungstheorien und klientenzentriertes Arbeiten

## ■ Pädiatrie

Projektgruppe „Berufsprofil“ des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. formuliert in ihrer Definition von Ergotherapie, dass die alltäglichen Fähigkeiten des Menschen im Mittelpunkt stehen (Stand 5/2003).

Auf Englisch heißt Ergotherapie „occupational therapy“. In der englischsprachigen Fachliteratur gibt es zahlreiche Bücher und Artikel mit Diskussionen und Abhandlungen über die genaue Bedeutung von „Occupation“ [8,9,10,11,12,13,14,15].

Das Fachwörterbuch Ergotherapie [16] übersetzt das Wort „occupation“ mit Betätigung, Handlung, Tätigkeit, Beschäftigung. Nun gibt es vieles, was Betätigung oder Handlung sein kann, auch Physiotherapeuten setzen in ihrer Therapie zunehmend Aktivitäten und Handlungen ein. Wie können wir für uns Ergotherapeuten den Begriff „Handlung“ genauer definieren?

Den oben erwähnten englischsprachigen Artikeln ist immer folgende Definition gemein: Eine Handlung (occupation) ist eine für den Klienten bedeutungsvolle Aktivität.

Wir können Aktivitäten in verschiedene Niveaus einteilen [17,18] (Tab. 2):

- **Bedeutungsvolle Aktivitäten/Handlungen (Betätigungen)** haben für den Patienten eine persönliche Bedeutung (z.B. ein Kind spielt Fußball mit seinen Freunden, ein Ehepaar geht einkaufen). Handlungen sind für den Patienten bekannte und alltägliche Aktivitäten, die aus seinen persönlichen Hintergründen sowie seiner kulturellen und sozialen Umgebung begründet werden.
- **Therapeutische Aktivitäten** sind gekennzeichnet durch einen deutlichen Anfang, Mitte und Ende (z.B. Anziehen, Seidenmalen, Tee kochen). Es sind Aktivitäten, von denen Therapeuten denken, dass der Patient sie wahrscheinlich braucht (Anziehen), vielleicht wichtig findet (Teekochen) oder dass sie geeignet sind, bestimmte Funktionen zu üben

(Seidenmalen). Diese Aktivitäten haben oft eher eine Bedeutung für den Therapeuten als für den Patienten und werden oft auch bedingt durch materielle/räumliche Voraussetzungen in Kliniken und Praxen oder durch festgelegte Therapieprogramme.

- **Aktivitäten als Funktionsübung** sind abstrakte Aufgaben (wie Stehen und Gehen an sich, oder das Greifen oder Loslassen von Gegenständen) und haben als Aktivität keine direkte Bedeutung für den Patienten, keinen deutlichen Anfang und Ende. Sie werden von den Therapeuten als Übung gewählt.

*Sowohl „Aktivitäten als Funktionsübung“ als auch „therapeutische Aktivitäten“ können und sollen natürlich eingesetzt werden um Ziele auf Handlungsebene zu erreichen; aber ohne direkte Verbindung zu einem Handlungsziel fehlt der ergotherapeutische Bezug.*

**Bedeutungsvolle Handlung =  
eine für den Patienten bedeutungsvolle Aktivität**

Diese Einteilung in verschiedene Aktivitäten- und Handlungsebenen, wobei die Bedeutung für den Patienten im Mittelpunkt steht, geht viel weiter als die Einteilung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [19].

Die ICF hat folgende Bereiche:

- **Körperfunktionen:** physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich psychologischer Funktionen.  
Beispiele: Orientierung, Intelligenz, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung, vestibuläre Funktionen, Tastsinn, Schlucken, Gelenkstabilität, Muskeltonus, Muskelkraft, Auge-Hand-Koordination, Gleichgewicht, Bewegungsmuster beim Gehen.

Begriff	Kern	Erklärung	Zielbeispiele
Bedeutungsvolle Aktivitäten/Handlungen (Betätigungen)	Bedeutungsvoll für den Patienten und/oder im Kontext*	Alltagsaktivitäten, die für diesen Patienten bedeutungsvoll sind, Partizipation in individuelle Rollen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ein Kind beherrscht Vorschulaktivitäten</li> <li>• ein Jugendlicher trifft sich mit Freunden</li> <li>• ein allein wohnender Mann kocht seinen Kaffee</li> <li>• eine Hausfrau kauft ein</li> <li>• ein Hobbygärtner pflanzt Blumen</li> </ul>
Therapeutische Aktivität	Therapeutische Alltagsaktivitäten und kreative Medien	Alltagsaktivitäten von denen wir denken, dass der Patient sie braucht, und therapeutischer Einsatz von kreativen Medien wie Werken, Tanzen, Kunst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Selbständigkeit</li> <li>• Frühstückstraining</li> <li>• Anziehen</li> <li>• Schreibgruppe</li> <li>• Seidenmalen</li> </ul>
Aktivität als Funktionsübung	Abstrakte Aktivitäten mit Übungsqualitäten	Abstrakte Aktivitäten oder Basisfähigkeiten wie Greifen, Stehen, Gleichgewicht, Gedächtnis, Problemlösen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kraftaufbau</li> <li>• Verbessern der Feinmotorik</li> <li>• Handlungsplanung</li> <li>• Gleichgewichtsübungen</li> </ul>
Beschäftigung als Ablenkung	Auf eine angenehme Art und Weise Zeit verbringen	keine Ergotherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basteln</li> <li>• Musik machen</li> <li>• Ausflüge</li> <li>• gemeinsames Kaffeetrinken</li> </ul>

**Tab. 2: Unterschiede zwischen Handlung, therapeutischer Aktivität und Aktivität als Funktionsübung, angelehnt an Golledge, 1998.**

\* „Im Kontext“ bedeutet, dass die kulturellen, zeitlichen, räumlichen und persönlichen Rahmenbedingungen stimmen. Dies ist eigentlich nur im eigenen Umfeld des Patienten zu erreichen, in Kliniken und Praxen versucht man sich so weit wie möglich daran anzunähern. Wenn also Kaffeekochen geübt wird, dann zu einem Zeitpunkt, an dem es für den Patienten üblich ist, ihn zu trinken.

- **Aktivität und Partizipation:** Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen. Partizipation ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.

Beispiele: Elementares Lernen, Lesen, Schreiben, Probleme lösen, Kommunikation, Sitzen, sich verlagern, feinmotorischer Handgebrauch, Gehen, Selbstversorgung, Einkaufen, Haushaltsaufgaben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Ausbildung, Arbeit, Gemeinschaftsleben.

- **Umweltfaktoren:** bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Beispiele: Produkte und Technologien, natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt, Unterstützung und Beziehungen, individuelle und gesellschaftliche Einstellungen und Normen.

In dieser Klassifikation werden Aktivitäten und Partizipation in einem Bereich zusammengefasst, so dass Mobilität, Kommunikation, Selbstversorgung, usw. zwar dokumentiert werden, aber hieraus nicht deutlich wird, wie wichtig diese Bereiche für den Patienten sind und wie diese Bereiche in den Alltag eines Patienten einbezogen werden (können). Sowohl therapeutische Aktivitäten als auch bedeutungsvolle Aktivitäten/Handlungen können unter den Bereich Aktivitäten/Partizipation eingeordnet werden. Aktivitäten als Funktionsübung sind meistens dem Bereich Körperfunktionen zuzuordnen.

Bedeutungsvolle Handlungen/Aktivitäten können in folgende Alltagsbereiche eingeteilt werden:

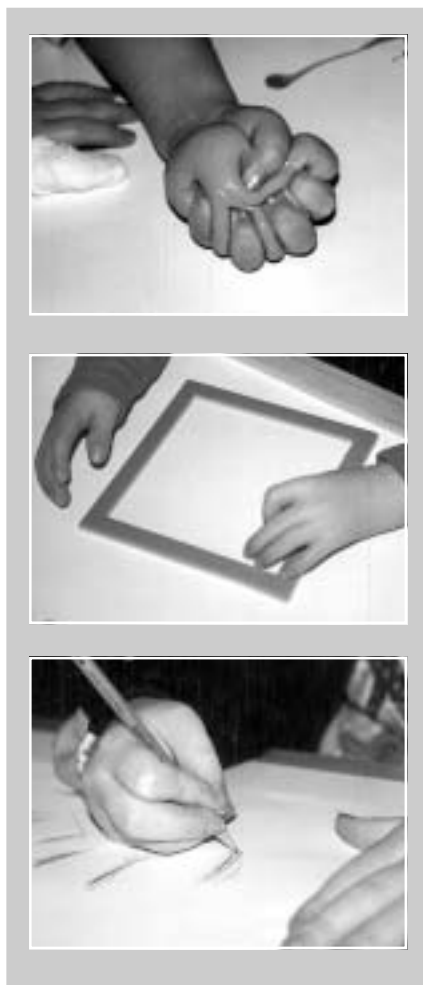
- **ADL/Aktivitäten des täglichen Lebens:** z.B. Fortbewegung, Kommunikation, Anziehen, Einkaufen, Schlafen, für Andere sorgen, den Haushalt führen.
- **Produktivität:** Schule, Arbeit (bezahlt und unbezahlt), Pflichtaufgaben
- **Freizeit/Spiel:** alle spontanen und organisierten Aktivitäten die Spaß machen und/oder entspannen.
- **Soziale Partizipation:** Familie, Freunde, Teilnahme an der Gesellschaft.

Diese Einteilung wurde überwiegend dem Amerikanischen Practice Framework [20] entnommen.

## Ziele im Handlungsbereich: Klientenzentrierte Ziele

Es ist für einen Außenstehenden nicht möglich einzuschätzen, auf welcher Ebene sich ein Ziel befindet.

Kochen kann „Beschäftigung als Ablenkung“ (Freizeitgestaltung) sein, eine „gezielte Aktivität“ (um die Handlungsplanung zu üben) oder auch eine „bedeutungsvolle Aktivität oder Handlung“ (das



Abendbrot für sich selbst zubereiten). Teilbereiche von Kochaktivitäten können auch im Rahmen von „Aktivität als Funktionsübung“ benutzt werden (Kneten von Teig). Nur der Patient selbst kann sagen, ob eine Aktivität für ihn bedeutungsvoll ist. Wenn wir also auf Handlungsebene arbeiten wollen, müssen wir den Patienten (und seine direkte Umgebung) bei der Zielformulierung mit einbeziehen. Spezifische klientenzentrierte Verfahren wie das COPM [21] sind entwickelt worden um die Ziele der Patienten herauszufinden.

Das COPM ist ein von Ergotherapeuten entwickeltes Messinstrument. Die Klienten in allen Entwicklungsstufen und mit unterschiedlichen Fähigkeitsstörungen formulieren mit Hilfe des Therapeuten ihre Probleme in den Alltagsbereichen und beurteilen selbst, wie gut sie diese Handlungen ausführen und wie zufrieden sie damit sind. Diese Beurteilung kann am Anfang und am Ende einer Therapieperiode gemacht werden, sodass die Fortschritte aus Sicht des Klienten aufgezeichnet werden können. Das COPM kann bei allen Klienten ab Schulalter angewendet werden. Ein zusätzliches COPM-Interview mit Eltern/Angehörigen ist zu empfehlen und/oder notwendig. Abhängig von der Situation kann man das Interview mit Klient und Eltern/

Angehörigen zusammen oder getrennt durchführen. Die Ziele der Klienten, Angehörigen/Eltern können sehr unterschiedlich sein. Zum Beispiel ist für ein 12-jähriges Mädchen (mit erworbener Hemiplegie) das wichtigste Ziel, wieder mit seinem Hund spazieren gehen zu können; die Mutter hingegen möchte, dass das Kind wieder in seine alte Schule geht.

Ein Mann mit Hemiplegie hat als Hauptziel, dass er wieder Karten spielen kann (und sich so wieder mit seinen Freunden abends treffen kann); seine Frau möchte, dass er wieder wie früher beim Kochen hilft. Dies bedeutet ein gemeinsames Gespräch, bei dem manchmal richtig verhandelt wird, welches Ziel in der oft begrenzten Behandlungszeit erreicht werden soll.

## Wenn sich die Feinmotorik verbessert, kann mein Patient dann automatisch besser mit Messer und Gabel essen?

Soll ein Ziel sich auf der Handlungsebene befinden, muss es auch namentlich genannt werden, z.B. Fortbewegung, Anziehen, bestimmte Schulfähigkeiten, Spiel und Integration in der Familie. Es reicht nicht aus zu begründen, dass der Patient bei einer Verbesserung der Feinmotorik z.B. zwangsläufig viel besser mit Besteck umgehen wird. Das ist zwar möglich, aber nicht gesichert. Wenn man Körperfunktionen trainiert, können diese zwar verbessert werden, dies muss sich aber nicht unbedingt auf eine bestimmte Alltagsaktivität auswirken.

Wir wollen jetzt beurteilen, ob die Ziele von Tabelle 1 handlungsorientiert sind. Ohne Hintergrundinformation wissen wir nicht, ob Ziele für die Kinder bedeutungsvoll sind oder nicht, daher fassen wir die

## ■ Pädiatrie

Bereiche „Bedeutungsvolle Handlungen“ und „gezielte Aktivitäten“ wie in Tabelle 2 aufgelistet, zusammen. Von den ursprünglich 20 Zielen in Tabelle 1 finden wir nach dieser Einteilung 7, die deutlich erkennbar mit Handlungen zu tun haben (Ziele 7, 8, 10, 11, 12, 15, und 16). Der Rest hat mit Körperfunktionen zu tun (wie Wahrnehmung, Feinmotorik, Konzentration, Handlungsplanung, Gleichgewicht, Eigeninitiative, usw.) oder bezeichnet sonstige Therapiemaßnahmen (wie Malentwicklung, Befund erstellen, Elternanleitung, Entwicklungstestung, Entwicklungsförderung).

Von den 7 handlungsorientierten Zielen sind 3 Therapiemaßnahmen: Nummer 8 (An- und Ausziehtraining), 15 (Schreibtraining), und 16 (Selbständigkeitstraining). Die übrigen 4 Handlungsziele sind die Nummer 7 (Verbessern alltagspraktischer Fähigkeiten), 10 (Verbessern der selbständigen Fortbewegung mit dem Rollstuhl), 11 (Verbesserung der Kommunikation durch Üben mit dem Digivox) und 12 (Selbständiges Einkaufen).

Hinter Zielen auf Körperfunktionsebene verstecken sich oft unausgesprochene Ziele auf der Ebene von bedeutungsvollen Handlungen. Die meisten Ergotherapeuten können auf Nachfrage beschreiben, dass hinter dem Ziel „Feinmotorik“ eigentlich „Papier durchschneiden“, „Computer spielen“, „Malen“, oder andere für das Kind bedeutungsvolle Alltagsaktivitäten stehen. Wieso werden Ziele auf der Ebene von Körperfunktion formuliert anstatt auf Handlungsebene?

Mögliche Gründe können in Bereichen wie Ausbildungsinhalten, Gewohnheiten, persönlicher beruflicher Identität liegen und in Erwartungen von Ärzten und Krankenkassen. In diesem Artikel werden wir uns aber mit der technischen Seite eines Handlungsziels beschäftigen: der genauen Formulierung.

### Das Formulieren von handlungsorientierten Therapiezielen: etwas Übung

Manchmal ist es nicht sehr deutlich, was mit einem Therapieziel eigentlich gemeint ist. Unter dem Ziel „Verbessern der Feinmotorik“ kann sich zwar jeder etwas vorstellen, aber man weiß dabei nicht, ob es um einfache Funktionen (Greifen) oder um hochkomplexe Äußerungen (das Wiedererlernen von Klavierspielen) geht. Diese

Formulierung („Verbessern der Feinmotorik“) lässt viele Fragen offen: Was soll der Patient genau verbessern? Was soll er am Ende der Therapie besser können? Oder reicht es aus wenn irgendetwas in der Feinmotorik sich verbessert? Wie überprüft man diese Verbesserung? Reicht es aus, wenn die Ergotherapeutin sagt: „Die Feinmotorik hat sich deutlich gebessert“? Reichen die Ergebnisse eines Testinstruments? Das Ziel „Verbesserung der Feinmotorik“ alleine sagt nichts darüber aus, welche Handlung der Patient letztendlich damit ausführen kann. Es kann also vorkommen, dass die Feinmotorik an sich objektiv besser geworden ist (Greifen), der Patient aber im Alltag nicht besser handeln kann.

Das Formulieren von individuellen Therapiezielen ist nicht einfach; nicht für Ergotherapeuten und auch nicht für andere Fachbereiche, ist aber ein wirksames Mittel um die Qualität der Interventionen zu überprüfen und den Therapieablauf zu koordinieren [22].

Es gibt eine (scheinbar) einfache Methode um Therapieziele klar zu formulieren [23,24].

Die Ergotherapeutin formuliert als Ziel:

- a. Was kann der Patient tun? (Quantität)
- b. Wann soll der Patient dies können? (zeitlicher Rahmen)
- c. Wie gut soll die Ausführung sein? (Qualität)

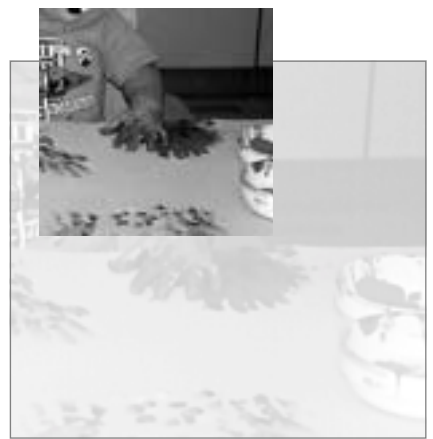
Wenn wir handlungsorientierte Ziele formulieren wollen, ergänzt man nur beim ersten Schritt:

- a. Welche Handlung kann der Patient ausführen?
- b. Wann soll der Patient dies können?
- c. Wie gut soll die Ausführung dieser Handlung sein?

Beispiel aus der Pädiatrie:

- a. Markus schneidet mit der Schere Papier durch.
- b. Innerhalb von 2 Monaten.
- c. Er kann eine gerade Linie mit einer Kinderschere durchschneiden und dabei beide Hände einsetzen. Er sitzt bei dieser Aktivität stabil am Tisch.

In den Universitätskrankenhäusern in Amsterdam (AMC, AZVU) wird der „KinderRAP“ (Revalidatie Activiteiten Profiel voor Kinderen – Rehabilitations Aktivitäten Profil für Kinder) eingesetzt. Dieser



wurde entwickelt um Ziele im interdisziplinären Rehabilitationsteam für Kinder zu formulieren und zu evaluieren [25]. Der KinderRAP ist entstanden aus dem RAP für Erwachsenen.

Nach dieser Methode soll ein Ziel immer das Resultat beschreiben, dass innerhalb einer bestimmten Zeitspanne erreicht werden sollte, z.B. bis zur nächsten Teambesprechung, bis zur nächsten Rückmeldung an den Arzt, bis zum Abschluss der Verordnung. Das Resultat ist das, was man bei dem Kind/Patient oder bei den Eltern/Angehörigen „sieht“. In der Beschreibung muss klar werden, was das Kind/der Patient tut oder die Eltern/Angehörigen tun, wo, wann, und evtl. wie.

Beispiel: Innerhalb von 3 Monaten geht Karl selbständig die Flure seiner Schule entlang. Hierbei bemerkt man, dass nicht gesagt wird: Innerhalb von 3 Monate kann Karl selbständig die Flure seiner Schule entlang gehen. Der Unterschied ist fein, aber bedeutend: Ein Kind kann zwar etwas, aber tut es nicht immer. Dafür können wir gut Beispiele bei uns selbst finden: Ich kann mit dem Fahrrad zur Arbeit fahren, aber tue ich es auch? Ich kann gesund essen, rückengerecht heben, handlungsorientierte Ziele formulieren; aber tue ich es auch? Der Unterschied zwischen „Können“ und „Tun“ wird auch in der ICF beschrieben mit den Begriffen „Capacity“ und „Performance“. Oder, wie ich es einmal in einem Kurs gehört habe: „the difference between can-do and do-do“. Das Resultat einer Intervention sollte immer die tatsächliche Ausführung (Performance, do-do, tun) sein, nicht eine abstrakte Möglichkeit (Capacity, can-do, können). Zusammengefasst: Die Ziele sollen spezifisch, relevant, messbar, erreichbar und zeitgebunden sein.

Wenn die Ergotherapeutin ein klares, handlungsorientiertes, für den Patienten bedeutungsvolles Therapieziel formuliert hat, ist sie nicht nur sicher, dass das Kind/der Klient für die Therapie motiviert ist, auch zeigt sich dann meist fast von selbst, welche Therapiemethoden und -mittel dafür am besten geeignet sind. Die Arbeit mit Klienten und Eltern/Angehörigen wird dadurch erheblich erleichtert, und die Zufriedenheit der Klienten und Eltern/Angehörigen nimmt zu.

Wenn Ergotherapeuten anfangen auf diese Art und Weise Therapieziele zu formulieren, entstehen sowohl für die Ergotherapeuten selbst als auch für das Team erhebliche Umstellungsprobleme. Ärzte und Angehörige anderer Fachbereiche können am Anfang oft nicht

so viel anfangen mit den neuen ergotherapeutischen Therapiezielen. Wenn sie gewöhnt sind von Ergotherapeuten Therapieziele zu hören wie: „Verbesserung der Körperwahrnehmung“, oder „Schreibtraining“, und plötzlich wird ein deutliches Therapieziel formuliert, welches der Patient nach Abschluss der Ergotherapie in seinem Alltag nutzen kann, z.B. mit dem Hund spazieren gehen, kann dies Verwirrung und Irritationen auslösen. Auch Ergotherapeuten können sich verunsichert fühlen, weil sie durch die genaue Formulierung eines Ziels plötzlich von Allen überprüfbar und damit auch angreifbar geworden sind. Es macht einen Unterschied, ob als Ziel formuliert wird „Verbesserung der Handfunktion“ oder wie oben „Markus schneidet innerhalb von 2 Monaten mit der Schere Papier durch“. Wie stehe ich denn da, wenn Markus nach 2 Monaten kein Papier schneiden kann? Hieraus zeigt sich, dass man, um so ein genaues Ziel formulieren zu können, einiges an Fachwissen und Erfahrung besitzen muss. Wenn ein Patient Probleme mit der Handfunktion hat, kann jeder sagen, dass das Verbessern der Handfunktion das Ziel ist. Um aber sagen zu können, welche Handlungen der Patient nach 2 Monaten Ergotherapie ausführen kann, muss die Ergotherapeutin alle Möglichkeiten und Probleme des Patienten untersucht, die Therapiemethoden eingeschätzt und Kontextfaktoren mit einbezogen haben. Die Erfahrung zeigt, dass genau die Klarheit und Überprüfbarkeit von vielen sehr geschätzt wird, vor allem von den Patienten und ihren Angehörigen.

Bei einer klaren ergotherapeutischen Zielformulierung wird auch der Unterschied zur z.B. Physiotherapie deutlich. Die Ziele der Physiotherapeuten beschäftigen sich vorrangig mit dem Körper an sich; mit Schmerzlinderung, Durchblutung, Erhaltung und Verbesserung von Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer und Atemtherapie [26]. Ihr Ansatzpunkt ist die Verbesserung der körperlichen Fähigkeiten als Voraussetzung zur Selbständigkeit und Wiedereingliederung. So hat jeder Fachbereich seine eigene Spezialisierung (Logopäden, Psychologen, Neuropsychologen, Erzieher, Musiktherapeuten, Lehrer, Pflege) und kann in einem gut funktionierenden Team optimale Therapieerfolge erzielen. Die Ergotherapeuten sollten sich dabei auf ihre Spezialisierung konzentrieren: das praktische Handeln des Menschen im Alltag.



## ■ Pädiatrie

### Handlungsziele und andere Ziele

Es gibt viele mögliche Einteilungen für Ziele (Rehabilitationsziel, Richtziel, Nahziel, Fernziel, Grobziel, Feinziel, Basisziel ...). Wie in Tabelle 1 deutlich wurde, werden oft auch Maßnahmen als Ziele formuliert (Förderung von ..., Anziehtraining, Angehörigenanleitung).

Ein Beispiel wie man Handlungsziele formulieren kann, ist in der Publikation von Friederike Kolster (2001) beschrieben [27]. Sie erklärt den ergotherapeutischen Zielfindungsprozess in der Neurologie speziell für den Unterricht und stellt ein Konzept zur Therapiezielkategorisierung vor, in dem Handlungsziele und Basisziele genau definiert werden.

An sich finde ich es nicht so wichtig, wie man die Ziele nennt, wichtig ist nur, dass pro Patient mindestens ein Ziel handlungsorientiert ist, ein Ziel, bei dem das Resultat der ergotherapeutischen Behandlung als eine für den Patienten bedeutungsvolle Aktivität/Handlung beschrieben wird. Der Begriff Handlungsziel passt in diesem Zusammenhang ganz gut. Alle anderen Ziele sind dann eher untergeordnete Ziele, die realisiert werden müssen, um das Handlungsziel zu erreichen. Auch die Maßnahmen können als solche erwähnt werden.

### Zwei Fallbeispiele

Zwei Beispiele werden vorgestellt, bei denen Handlungsziele, untergeordnete Ziele (meist auf Körperfunktionsniveau) und Maßnahmen (meist im Kontextbereich) ausformuliert wurden. Beide Kinder erlitten eine erworbene Hirnschädigung und wurden zur klinischen (Früh)Rehabilitation in der Neuropädiatrische Abteilung des Behandlungszentrum Vogtareuth aufgenommen. Beide Kinder waren vor ihrem Unfall „normal“ entwickelt.

#### 1. Fallbeispiel: Kind nach Ertrinkungstrauma

B. ist 5 Jahre alt, hat vor 3 Monaten ein Ertrinkungstrauma erlitten, liegt auf der Akutstation, seine Mutter ist tagsüber bei ihm. Er reagiert eindeutig auf seine Umgebung, kann aber nicht sprechen und sich nicht gezielt bewegen wegen einer starken Dystonie und einschließenden Spasmen. Er leidet noch unter vegetativen Entgleisungen und Fieberperioden. Die Mutter deutet an, dass sie es sehr wichtig findet, wieder mit ihrem Sohn kommunizieren zu können, um zu wissen, was er will.

*Handlungsziel:* B. setzt innerhalb von 2 Wochen bei seiner Familie und direkten Betreuern einen Ja-Nein-Code ein.

*Untergeordnete Ziele bei B. selber:*

- B. führt gezielte Bewegungen aus: Hand heben bei „Ja“, Augen schließen bei „Nein“.
- B. richtet seine Aufmerksamkeit für mindestens 5 Sekunden auf etwas.
- B. nimmt in einem angepassten Rollstuhl eine halbe Stunde an Spiel- und Essenssituationen teil

*Untergeordnete Ziele und Maßnahmen im Kontextbereich:*

- B. wird täglich mehrmals im Spiel oder beim Essen in Situationen gebracht, in denen er die Möglichkeit hat mit seinem Ja-Nein-Code etwas auszuwählen.

- Der Ja-Nein-Code wird von allen, die viel mit B. zu tun haben, eingesetzt (Pflege, Therapeuten, Familie, Erzieher).
- Alle, die mit B. zu tun haben, dokumentieren täglich in B.'s Kommunikationsheft, in welchen Situationen die Kommunikation gelungen ist und in welchen nicht.
- Nach einer Woche wird eine Besprechung mit allen (inklusive Familie) durchgeführt, die Situation besprochen und evtl. korrigiert.

Hier arbeitet die Ergotherapeutin, wie immer in der Therapie mit schwerstbehinderten Kindern, auch intensiv mit den Eltern, mit den Kollegen aus anderen Fachbereichen, mit Hilfsmitteln und mit der Tagesstruktur. Sie arbeitet im Alltag der Klinik, um Aktivitäten, die für das Kind und seine Eltern in dem Moment wichtig sind, möglich zu machen.

Entscheidend ist, dass nicht die Aufmerksamkeit an sich als Ziel geübt wird, sondern dass die Aufmerksamkeit geübt wird, um die Kommunikation zwischen Kind und Eltern möglich zu machen. Auch Entspannung und Körperwahrnehmung sind hier keine Ziele aber Maßnahmen, um es dem Kind möglich zu machen, zu sitzen und mit Anderen zu kommunizieren.

Der Erfolg der ergotherapeutischen Intervention ist also nicht die Verbesserung der Körperwahrnehmung und Aufmerksamkeit, sondern der Einsatz eines Ja-Nein-Codes im Klinikalltag des Kindes.

#### 2. Fallbeispiel: Kind nach Schädel-Hirn-Trauma

K., 12 Jahre, Zustand nach Fahrradunfall mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma vor 2 Jahren, kommt zu einem 3-wöchigen Rehabilitations-Aufenthalt. Er bewegt sich in einem Elektro-Rollstuhl fort, hat eine rechtsseitige Hemiplegie und eine linksseitige Dystonie. Wegen einer Aphasie spricht er nur in kurzen Sätzen, benutzt im Alltag viele Floskeln.

*Handlungsziele, die mit K. und seine Mutter formuliert wurden:* Innerhalb der drei Reha-Wochen

- bewältigt K. den Transfer vom Rollstuhl auf einen normalen Stuhl mittels Abstützen am Tisch alleine. Jemand steht aber aus Sicherheitsgründen daneben.
- findet K. eine Aufgabe zuhause, wofür er Verantwortung übernimmt, so dass sich seine Rolle in der Familie der seines Bruders angleicht.
- bekommt K. mehr Selbstvertrauen in seine Malfähigkeiten.

*Untergeordnete Ziele:*

- Sowohl K. als auch seine Mutter wissen, wie er einen selbständigen Transfer ausführt, K. übernimmt alle Schritte alleine, die Mutter steht zwar dabei, gibt ihm aber keine Kontakthilfe oder verbale Hilfe.
- K. wird verschiedene Aktivitäten in der Küche ausprobieren, wie z.B. Tisch abräumen, Spülmaschine ausräumen, abtrocknen, um eine geeignete Aktivität auszuwählen. Die Mutter wird beim Prozess mit einbezogen.
- K. wird in seiner freien Zeit in der Klinik regelmäßig malen, er kann Lob dafür akzeptieren, und er stellt sich selber nicht ständig als unfähig dar. Die Mutter und sein Bruder werden mit einbezogen.

Die Ergotherapeutin arbeitet in den 3 Wochen intensiv sowohl mit K. als auch mit seiner Mutter und seinem 9-jährigen Bruder (Aufnah-

me erfolgte in den Schulferien). Schwerpunkt der Behandlung lag vor allem auf einen Rollenwechsel von K. Eine Stärkung seiner Fähigkeiten sollte es ermöglichen, dass er genug Selbstvertrauen entwickelt, andere Rollen einzunehmen als bisher: Nicht nur „hilfloser Bruder“ dem ständig geholfen wird und der sich selbst auch nicht schätzt, sondern ein Bruder der (kleine) Verantwortungen übernimmt für die Handlungen, die er ausführen kann, mag und/oder möchte (Transfer, Aufgabe zuhause, Malen).

Ob diese in der Klinik erworbenen Fähigkeiten wirklich in den Alltag zuhause übernommen werden, ist die Entscheidung von K. und seiner Familie. Die Ziele sind gemeinsam mit der Familie erarbeitet, ein Abschlussbericht wurde mitgegeben für den behandelnden Arzt und die Ergotherapeutin zuhause und erst beim nächsten Rehabilitationsaufenthalt wird sich herausstellen, ob sich der Alltag für K. wirklich geändert hat und die ergotherapeutische Intervention lohnend war.

Wie Marotzki [28] so schön formuliert hat: „Ergotherapie ist die Fachprofession für das Handeln und Betätigen im Alltag in all ihren Facetten“. Und daran soll sie dann auch gemessen werden.

### Die Effektivität der Ergotherapie messen mittels Handlungszielen

Ergotherapeuten arbeiten mehr als alle anderen Professionen mit Aktivitäten und „Handlungen“. Diese „Handlungen“ werden jedoch oft eingesetzt um Körperfunktionen oder nicht bedeutungsvolle Aktivitäten zu verbessern.

Beispiel: Ziel ist die Verbesserung der Handfunktion, therapeutisches Mittel ist Peddigrohr. Hier führt die Patientin eine therapeutische Aktivität aus – einen Korb flechten – um die Handfunktion zu verbessern. Wenn aber das Hauptproblem im Alltag dieser Patientin etwas anderes ist als die Arbeit mit Peddigrohr (z.B. Kartoffeln schälen, am Computer arbeiten, einen Knopf annähen) – inwieweit profitiert sie dann von der Arbeit mit Peddigrohr? Kann die verbesserte Kraft/Koordination eingesetzt werden beim Kartoffelschälen oder beim Tippen an der Tastatur? Wir können auch formulieren, dass die Therapieziele für diese Patientin „Kochen, Computerarbeit und Nähen“ sind, und ein Teil der Maßnahmen ist das Flechten eines Korbes. Aber für den Großteil der Therapie werden wir uns mit „Kochen, Computerarbeit und Nähen“ beschäftigen, weil wir – und die Patientin – in diesen Bereichen Resultate sehen wollen, und nicht beim Korbflechten!

Die Effektivität der Behandlung kann nur gemessen werden, wenn die Handlungsziele so formuliert werden, dass sie objektiv (von uns selber und von Patienten oder Angehörigen/Eltern, aber auch Ärzten und Krankenkassen) überprüfbar sind. Es ist nicht einfach, ein „bloßes Verbessern“ objektiv zu überprüfen. Um Verbesserung (oder Veränderung) objektiv überprüfen zu können braucht man:

- klar formulierte Therapieziele, für Ergotherapeuten mindestens ein Ziel auf Handlungsebene
- objektive, standardisierte Testverfahren auf Handlungsebene, aber auch in anderen Bereichen wie Körperfunktionen, Kontext, Entwicklung, etc.

### Richtlinien für die Formulierung von ergotherapeutischen Therapiezielen: Handlungsorientiert und überprüfbar

Zusammenfassend finden wir 3 Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, um ergotherapeutische Therapieziele zu formulieren:

1. Mindestens ein Ziel muss eine für den Patienten bedeutungsvolle Handlung, „das Handlungsziel“, beinhalten, entwickelt wird es mittels klientenzentriertem Verfahren und handlungsorientierten Befundsystemen.
2. Beim Formulieren des Handlungsziels werden die drei Regeln „Was, Wann, Wie gut“ berücksichtigt, das Therapieziel muss ein erreichbares Resultat sein.
3. Ziele auf Körperfunktionsebene werden als untergeordnete Ziele, die Maßnahmen und der Kontext werden separat beschrieben

### Ist die Verbesserung von Feinmotorik ein ergotherapeutisches Therapieziel?

Nach den vorher erwähnten Richtlinien: Nein. Sie kann zwar ein untergeordnetes Ziel sein, um ein Ziel auf Handlungsebene zu erreichen, aber auch dann könnte dieses deutlicher formuliert werden. Die Formulierung „Verbesserung von“ hat bei der Definition eines klaren, erreichbaren Therapieziels wenig zu suchen!

Die niederländischen Ziele (Tabelle 3) sind überwiegend auf Handlungsebene formuliert (außer 2 und 9), wobei das Resultat meistens als „können“ formuliert wird (capacity), und nicht als „tun“ (performance). Die hervorgehobenen Ziele kann man als Aktivitäten/Handlungen ansehen.

#### Ergotherapeutische pädiatrische Therapieziele: Beispiele aus der niederländischen Praxis

1. **A. kann innerhalb von 3 Monaten selbständig den Transfer Bett-Rollstuhl und zurück durchführen, ohne dabei zu stehen.**
2. B. kann innerhalb von 6 Monaten anhand eines zweidimensionalen Bildes mit 12 Duplosteinen eine dreidimensionale Konstruktion bauen.
3. **E. kann innerhalb von 6 Monaten ein Rechteck mit einer Kinderschere ausschneiden, während sie unterstützt am Tisch sitzt.**
4. **M. kann sich rollend fortbewegen und ein Spielzeug greifen.**
5. **M. schaukelt in seinem Schaukelstuhl und hält sich mit beiden Händen fest.**
6. **B. kann innerhalb der nächsten 3 Monate folgende altersgemäße Vorschulaktivitäten ausführen:**
  - ✓ faltet ein Stück Papier genau in der Mitte
  - ✓ schneidet Papier über einen langen dicken Strich durch
  - ✓ kann sich selbständig ganz ausziehen
  - ✓ kann Bekleidung am Oberkörper, Socken und Schuhe mit Klettverschluss anziehen.
7. S. kann mit Messer und Gabel essen.
8. S. kann seine Schuhe mit Schleifen binden
9. N. stabilisiert, während sie spielt, mit der rechten Hand zu 90 % der Zeit Gegenstände.
10. **K. kann selbständig Kindergartenaktivitäten ausführen wie malen, ausmalen, Papier reißen, kleben, schneiden.**
11. **K. kann selbständig am Computer den Joystick bedienen, um Kinderspiele zu spielen.**
12. **G. kann selbständig den Reißverschluss seiner Jacke aufmachen.**

Tab. 3: Auszug aus einer Umfrage in niederländischen Kinderkliniken. Die hervorgehobenen Ziele sind deutlich Handlungsziele.

**Schlusswort**

Ergotherapie ist, wie alle therapeutische Berufe, herausgefordert ihre Wirksamkeit zu beweisen. Eine Möglichkeit, die Wirksamkeit nachzuweisen, ist die Formulierung von überprüfbaren, handlungsorientierten Therapiezielen. Nur so können wir beweisen, dass unsere Interventionen wirklich den Alltag des Patienten positiv beeinflussen.

**Literatur:**

- [1] DVE – Ergotherapie in der Pädiatrie. Tätigkeitsbeschreibung, Broschüre, 2002.
- [2] Habermann, C. & Kolster, F.: Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie, Thieme Verlag 2002.
- [3] Jerosch-Herold, C. Marotzki, U., Hack, B.M., Weber, P. (Hrsg.): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Rehabilitation und Prävention 49, Berlin Heidelberg New York Tokyo, Springer, 1999
- [4] Marotzki, U. (Hrsg.): Reflexion und Analyse. Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen. Rehabilitation und Prävention - Berlin Heidelberg New York Tokyo: 2002. S. 145.
- [5] Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (Hrsg): Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung – Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag, 1999.
- [6] Steding-Albrecht, U. (Hrsg): Das Bobath-Konzept im Alltag des Kindes: Ergotherapeutische Prinzipien und Strategien – Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag, 2003
- [7] Sumsion, T. (Hrsg.) Klientenzentrierte Ergotherapie – Umsetzung in die Praxis. Deutsche Übersetzung von Barbara und Jürgen Dehnhardt, Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag, 2002
- [8] Christiansen, C. & Baum, C. (Hrsg.): Occupational Therapy: Enabling Function and Well-Being – Second Edition, - Slack Incorporated, 1997
- [9] Golledge, J.: Is there unnecessary duplication of skills between occupational therapists and physiotherapists? In: British Journal of Occupational Therapy, 61 (1998) S. 161-162.
- [10] Hagedorn, R.: Foundations for Practice in Occupational Therapy - 3rd edition – Churchill Livingstone, Hartcourt Publishers Limited. 2001
- [11] Nelson, D.L.: Occupation, Form and Performance. In: American Journal of Occupational Therapy 42 (1988) S. 633-641.
- [12] Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. In: American Journal of Occupational Therapy 56 (2002), S. 609-639.
- [13] Position Paper: Purposeful activity. In: American Journal of Occupational Therapy 47 (1993) S. 1081-1082.
- [14] Position Paper: Occupation. In: American Journal of Occupational Therapy 49 (1995) S. 1015-1018.
- [15] Position Paper: Occupational performance: Occupational Therapy's definition of Function. In: American Journal of Occupational Therapy 49 (1995) S. 1019-1020.
- [16] Dehnhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup Chr. & Scheffler, J. Fachwörterbuch Ergotherapie Deutsch-Englisch Englisch-Deutsch. Neue Reihe Ergotherapie – Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. Reihe 9: Allgemeine Themen, Band 2, Idstein, Schulz-Kirchner Verlag, 2001.
- [17] Golledge, J.: Distinguishing between occupation, purposeful activity and activity, part 1: review and explanation. In: British Journal of Occupational Therapy, 61 (1998) S. 100-104.
- [18] Golledge, J.: Distinguishing between occupation, purposeful activity and activity, part 2: why is the distinction important? In: British Journal of Occupational Therapy, 61 (1998) S. 157-160.
- [19] Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, World Health Organisation, www3.who.int/icf/2002
- [20] Siehe [12]
- [21] Canadian Occupational Performance Measure. - dritte Aufl., - Ort: Verlag, 1998, Mary Law et al. Lizenzierte deutsche Ausgabe 1998, Dehnhart, B., Harth, A., Meyer, A.
- [22] Pössl, J., Schellhorn, A, Ziegler, W. & Goldenberg, G.: Die Erstellung individueller Therapieziele als qualitätssichernde Maßnahme in der Rehabilitation Hirngeschädigter Patienten. In: Neurologische Rehabilitation 9 (2003) S. 62-70.
- [23] Dun, K. & Graaf, E. van der. Sensorische integratie en functionaliteit, het formuleren van functionaliteitsdoelen bij de behandeling volgens de sensorische integratiemethode. In: Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie 19 (1991) S 192-198.
- [24] Vries-Kempes, W. de & Zinkstok, R. Taakgebied Handelen. In: Astrid Kinébanian, Ruth Zinkstok (Hrsg.) Grondslagen van de Ergotherapie – 1. Aufl. – Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998, S 399-422.
- [25] Roelofsen, E.: Handleiding bij het KinderRAP – Versie 3.0.- Academisch Medisch Centrum, afdeling revalidatie, Amsterdam, 2002.
- [26] Deutscher Verband für Physiotherapeuten – Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten (ZVK) e.V. Informationsbroschüren, Köln, Roth & Sohn.
- [27] Kolster, Friederike: Therapieziele in der Neurologie. Unterricht – Konzeption – Anwendung. Neue Reihe Ergotherapie. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e V. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, 2001

<p><b>Sprossenwand</b> Robuste Holzausführung Zur Selbstmontage oder fertig montiert in verschiedenen Größen <b>ab € 109,90</b></p> 	<p><b>Turnbank</b> Astfreies Nadelholz, nach DIN 7909 verschiedene Längen <b>ab € 154,-</b></p> 	<p><b>Bastel- und Handwerkstisch</b> Maße Tischplatte: 200 x 100 x 4 cm andere Abmessungen möglich Extras: Rollen, Aufsätze für Handwerksarbeiten <b>€ 711,-</b> mit Handkurbel</p> 
<p>dazu passendes Schrägbrett zum Einhängen in die Sprossenwand <b>€ 86,-</b></p> 		<p><b>Fordern Sie unseren Katalog jetzt an!</b></p>
<p><small>Alle Preise verstehen sich zuzügl. gesetzl. MwSt., Lieferung und Verpackung</small></p>		
<p><small>Medizintechnik R. Reisch - ElvirasträÙe 15 - 80636 München - info@medizintechnik-reisch.de - Tel.: 089-18 80 56 Fax: 069-79 12 11 312</small></p>		



## Zusammenfassung

### IST DIE VERBESSERUNG VON FEINMOTORIK EIN ERGOTHERAPEUTISCHES THERAPIEZIEL?

Eine kritische Betrachtung ergotherapeutischer Therapieziele unter handlungsorientierten Gesichtspunkten

Die Identität und Qualität ergotherapeutischer Interventionen wird in der Formulierung von Therapiezielen deutlich sichtbar. Auch andere Berufsgruppen haben sinnvollerweise „Aktivitäten“ als Therapiemittel entdeckt. Auf der Basis dieser Entwicklung ist es für Ergotherapeuten umso wichtiger, „für den Patienten bedeutungsvolle Handlungen und Aktivitäten“ in ihre Therapieziele zu integrieren.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** • Therapieziele • Qualitätssicherung • Aktivitäten • Handlungen • Betätigungen • Klientenzentrierung • Effektivität

## Summary

### IMPROVED FINE MOTOR COORDINATION: IS IT AN OT THERAPY GOAL?

A Critical Examination Of OT Therapy Goals From A Practical Point Of View

The properties and quality of OT treatments become clearly visible in the formulation of therapy goals. Other professions have also discovered „activities“ as means of therapy. In light of this development, it is all the more important for occupational therapists to integrate meaningful activities into their therapy goals.

**KEY WORDS:** • Therapy goals • quality assurance • activities • action • operations • patient orientation • affectivity

## Résumé

### L'AMÉLIORATION DE LA MOTRICITÉ FINE EST-ELLE UN DES BUTS THÉRAPEUTIQUES DE L'ERGOTHÉRAPIE?

Une observation critique des buts thérapeutiques en ergothérapie, vue sous l'angle d'une orientation vers l'action

L'identité ainsi que la qualité des interventions ergothérapeutiques trouvent leur transparence dans l'expression des objectifs de la thérapie. D'autres groupes professionnels ont également découvert le bien fondé des activités en tant que moyens thérapeutiques. A partir de cette évolution, il est encore plus important pour les ergothérapeutes, d'intégrer dans leurs objectifs thérapeutiques, des activités et des actions ayant de l'importance pour le patient.

**MOTS CLEFS:** • Objectifs thérapeutiques • Assurance qualité • Activités • Actions • Mise en action • Méthode de concentration sur le client • efficacité

### Anschrift der Autorin:

Ellen Romein, Dipl.-Ergotherapeutin MSc.OT  
Hofstätt 1, 83569 Vogtareuth  
E-Mail: EllenRomein@gmx.net

Dieser Artikel ist ein Auszug aus einer Arbeit, die im Rahmen des European Master of Science in Occupational Therapy Studiums in 2002 geschrieben wurde. Ich danke Verena Scholpp ganz herzlich für ihre Anregungen und Hilfe bei der Überarbeitung.

RZH macht müde Mäuse munter und frei. Denn Sie sind nicht an Einsendetermine gebunden und bekommen Ihre Ausstellung ohne Abzüge und super schnell per Überweisung. Außerdem befreien Sie sich selbst von alltäglicher Routine - durch RZH-Tax\*, inklusive:

- ⊗ Bedruckung der Heilmittelverordnung Muster 13 und 18
- ⊗ Abrechnungsjournal
- ⊗ Stammlistenverwaltung (Patienten/Krankenkassen/Preislisen)

## Freiheit für Ihre Mäuse!





Rechenzentrum für Heilberufe GmbH

Info-Line: 02 81/98 85-110

[www.rzh-online.de](http://www.rzh-online.de)

Rechenzentrum für Heilberufe GmbH - Am Schornacker 32 - D-46485 Wesel  
Telefon 02 81/98 85-0 - Telefax 02 81/98 85-114 - E-Mail [Info@rzh-online.de](mailto:Info@rzh-online.de)

Das Unternehmen der  
