

ergopraxis

Die Fachzeitschrift für Ergotherapie

Artikel aus ergopraxis

ergopraxis ist eine unabhängige Zeitschrift und erscheint im Georg Thieme Verlag.

Adresse

Georg Thieme Verlag KG
Redaktion ergopraxis
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart
Tel.: 07 11/89 31-0, Fax: 07 11/89 31-874
E-Mail: ergopraxis@thieme.de

Fragen zum Abonnement

Georg Thieme Verlag KG
KundenServiceCenter Zeitschriften
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart
Tel.: 07 11/89 31-321, Fax: 07 11/89 31-422
E-Mail: aboservice@thieme.de

www.thieme.de/ergoonline



Ein starkes Berufsprofil schafft Arbeitsplätze

ERFAHRUNGEN AUS DEM BEHANDLUNGSZENTRUM VOGTAREUTH Klientenzentriert und betätigungsorientiert zu arbeiten, scheint auf den ersten Blick für Ergotherapeuten ein alter Hut zu sein. Dieser Eindruck verändert sich aber ziemlich schnell für diejenigen, die diese Konzepte konsequent in ihrem Arbeitsalltag umsetzen möchten. Ellen Romein ist überzeugt, dass sich ein Umdenken in jeder Hinsicht lohnt.

Das Denken von Ergotherapeuten hat sich verändert. Ziele, die früher eher auf der Ebene der Körperfunktionen lagen, werden heute abgelöst durch Ziele auf der Partizipationsebene. Die alltäglichen Betätigungen von Klienten sind ins Blickfeld gerückt. Nicht die Ergotherapeutin allein setzt die Ziele und bestimmt den Therapieverlauf, sondern hinterfragt, was ihrem Klienten in seinem Alltag wichtig ist. Und welche Ziele er sich selbst setzt. Eine Selbstverständlichkeit? Nicht unbedingt. Wenn man in einer Klinik die neuen Konzepte konsequent in den Arbeitsalltag umsetzen möchte, kann dies im interdisziplinären Team zu Irritationen führen. Der Weg kann steinig sein, aber es lohnt sich dennoch, ihn konsequent zu beschreiten.

Ein Rückblick > Die Ergotherapie des BHZ hatte in den 1990er-Jahren im Vergleich zu den anderen Fachbereichen eine untergeordnete Position und behandelte auf Verordnung der Ärzte bestimmte Defizite bei den Kindern. Die Ziele lagen auf der Ebene der Körperfunktionen, zum Beispiel auf der Verbesserung von Tonus und Spastik, der Behandlung von verschiedenen Wahrnehmungsfunktionen, der Therapie von Handfunktion, Gedächtnis und Orientierung. Die Entwicklungstestung von Kindern von 0 bis 6 Jahren gehörte zu den Aufgaben der Ergotherapie. Kinder im Wachkoma erhielten erst dann Ergotherapie, wenn sie anfangen, auf ihre Umwelt zu reagieren. Ergotherapie spielte keine entscheidende Rolle im Behandlungsprozess und trug kaum etwas bei zu wichtigen Entscheidungen wie dem Entlassungszeit-



BEHANDLUNGSZENTRUM VOGTAREUTH

Spezialisiert auf Neuropädiatrie

Die Abteilung Neuropädiatrie und neurologische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche des Behandlungszentrums Vogtareuth (BHZ) bestand 1991 aus 40 Betten auf 2 Stationen. Aufgenommen wurden Kinder mit diversen neurologischen Erkrankungen, Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma, Epilep-

sie und mit Entwicklungsstörungen. Es gab 2,5 Ergotherapiestellen. Im Laufe der Jahre erweiterte sich die Klinik kontinuierlich: Im Jahr 2010 hat die Klinik 75 Betten auf 4 Stationen plus 15 Tagesklinikplätze mit 12,6 Ergotherapiestellen. Der Name des BHZ hat sich 2010 verändert in Schön Klinik Vogtareuth.

punkt. Ergotherapeuten bezogen die Eltern nicht systematisch ein und behandelten die Kinder fast ausschließlich in den Therapieräumen. Dort setzten sie diverse Spielmaterialien ein. Ohne einheitliches Konzept setzte jeder Ergotherapeut seine eigenen Schwerpunkte. Damit war es schwierig, Dritten wie Ärzten, Eltern, Physiotherapeuten oder Logopäden zu erklären, was Ergotherapie genau beinhaltet.

Umdenken durch das kanadische Modell

CMOP > Es musste sich etwas ändern. Also begannen die Ergotherapeuten des BHZ nach dem ersten COPM-Kurs in Deutschland im Jahr 1998, ihre Arbeitsweise umzustellen. Sie setzten das COPM mit den Basiskonzepten der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung um. Der erste Schritt bestand darin zu hinterfragen, wie man mit Kindern und Jugendlichen betätigungsorientiert arbeiten kann, zumal sie mit Diagnosen wie Wachkoma, Schädel-Hirn-Traumata, Querschnittslähmungen, Enzephalitis, Muskelerkrankungen, Entwicklungsstörungen, Verhaltensproble-

men, Zerebralpareesen oder Epilepsie aufgenommen wurden. Schnell kamen Zweifel auf, ob es überhaupt Betätigungen gibt in einer Klinik, wo doch der Kontext dort ein künstlicher ist. Wie und wann man den häuslichen Kontext einbeziehen kann. Es galt, kindliche Betätigungen für den Klinikalltag zu finden (☞ **Kasten „Zusatzinfos“, S. 33**). Im zweiten Schritt klärten die Therapeuten, wie sie in einer neuropädiatrischen Klinik, in der ganz klar das biomedizinische Modell im Vordergrund stand, klientenzentriert arbeiten konnten. Da sie davon überzeugt waren, dass Klientenzentrierung effektiver ist als „klassische Ergotherapie“, begannen sie zum Beispiel, gemeinsam mit den Eltern klare Ziele zu formulieren (☞ **Kasten „Zusatzinfos“, S. 33**).

Klientenzentriertes Arbeiten erfordert

Mut > Die Ergotherapeuten erwarteten also von den Klienten eine aktive, partnerschaftliche Rolle. Jedoch waren dies die meisten Eltern nicht gewohnt und gingen davon aus, dass die Therapeutin die Ver-



Ergotherapeuten finden endlich ihre berufliche Identität. Sie können kurz und bündig ihren Beruf erklären: Ergotherapie ermöglicht es Klienten, Betätigungen auszuführen, die ihnen wichtig sind.

Was könnte sich ändern, wenn...

... Ergotherapeuten konsequent klientenzentriert und betätigungsorientiert arbeiten würden?

Praktische Alltagsaktivitäten nehmen einen größeren Platz in der praktischen Arbeit sowie in der Ausbildung ein. In vielen Fällen ersetzen Alltagsaktivitäten in der Therapie die handwerklichen Aktivitäten.

In allen Phasen des Therapieprozesses geben Ergotherapeuten ihre „Macht“ ab. Sie ermächtigen ihre Klienten, selbst Entscheidungen zu treffen – auch wenn sie es als Therapeuten anders entscheiden würden.

Die Phase der Diagnostik verlängert sich. Im Gegenzug verkürzt sich die Behandlungsdauer. Denn: Therapeuten konzentrieren sich auf lösbare Alltagsprobleme statt auf pathologische Dysfunktionen.



antwortung für die Therapie übernimmt. Kurzum: Sie wollten ihr Kind „repariert“ wissen. Auch bei den Ergotherapeuten hatte sich der Rollenwechsel anfangs nicht gedanklich manifestiert. Sie trugen einen inneren Konflikt mit sich aus: Schließlich werden sie doch bezahlt, um den direkt Betroffenen zu „therapieren“?

In manchen Einrichtungen ist es auch gar nicht vorgesehen, dass Ergotherapeuten intensiven Kontakt mit den Angehörigen pflegen, sodass sie kaum etwas bis überhaupt nichts im Alltag des Klienten verändern können. Richtig schwierig wird es, wenn die intellektuellen Voraussetzungen der Klienten nicht ausreichen, um aktiv mitzuarbeiten, oder wenn Sprachbarrieren im Weg stehen. Nicht nur der Klient ist der Betroffene, sondern auch Eltern, Angehörige, Erzieher, Lehrer, Schule oder Gemeinde. All diese Klienten stellen unterschiedliche Anliegen an Ergotherapeuten.

Es liegt auf der Hand: Um klientenzentriert zu arbeiten, benötigen Therapeuten Gesprächsführungskompetenzen. Diese eignen sie sich meist erst nach der Ausbildung an. Sie sind es gewohnt, für den Therapieprozess die Verantwortung zu übernehmen, und bezweifeln, dass Klienten dies können. Macht teilen ist beängstigend, weil man die Kontrolle über den Therapieprozess dadurch verliert. Man überdenkt jeden Schritt neu, man informiert die Klienten über alles – und das kostet Zeit. Zeit für Interviews, Betätigungsanalysen, Treffen mit allen Beteiligten, um gemeinsame Ziele auszuhandeln. Nicht nur das: Auch können die Ziele der überweisenden Ärzte sehr von denen der Klienten abweichen, wenn die Ergotherapeutin sie mit dem COPM erfasst. Denn Ärzte greifen zum Teil auf Standardverordnungen für bestimmte Diagnosen zurück; es existiert keine individuelle Zielsetzung. Der Behandlungsansatz ist geprägt vom „wohlwollend autoritären“ und symptomorientierten biomedizinischen Modell, ähnlich wie das gesamte deutsche Gesundheitssystem. Aktive Patienten werden eher als „lästig“ anstatt als „klientenzentriert“ gesehen! Wenn Ergotherapeuten klientenzentriert arbeiten, befürchten sie, keine Zeit mehr zum Behandeln zu haben. Dies ist ein Problem. Denn der Druck kommt

nicht nur von den Vorgesetzten und Klienten, sondern vor allem auch von den Ergotherapeuten selbst. Es scheint, als ob sie selbst nicht vollständig vom Nutzen der Klientenzentrierung überzeugt sind. Genügt es wirklich, wenn der Klient seine Betätigungen so ausführt, dass es für ihn passt, obwohl die Therapeuten noch Probleme auf Körperfunktionsebene sehen?

Zukünftig werden alle therapeutischen Fachbereiche Aktivitäten und Partizipation ins Zentrum der Therapie stellen.

Konsequenzen für das interdisziplinäre Team

➤ Wenn sich ein Fachbereich inhaltlich ändert, geht dies an den angrenzenden Fachbereichen nicht spurlos vorüber. Denn plötzlich standen nicht mehr Ziele wie die Verbesserung der paretischen Hand im Zentrum der Ergotherapie, sondern konkrete Betätigungen. Dies sorgte anfänglich bei Ärzten und Physiotherapeuten für Unverständnis und Irritationen. Eine Ärztin fragte bei einer Besprechung besorgt: „Aber wer kümmert sich dann um die paretische Hand?“ Die Physiotherapeutin reagierte ungehalten: „Sollen wir das auch noch machen?“ Eine Argumentationshilfe bot den Ergotherapeuten die ICF. Der Fokus auf Partizipationsebene machte die praktische Umsetzung der Ergotherapie für alle transparent.

Denn wenn Ergotherapeuten betätigungsorientiert arbeiten, übernehmen sie einen bestimmten Teil der ICF. Dem Team wird deutlich, dass sich die Ergotherapeutin nur dann „um die paretische Hand kümmert“, wenn eine alltagsrelevante Indikation besteht. Existiert diese, können sich Ergo- und Physiotherapie ergänzen. Die Physiotherapeutin arbeitet dann zum Beispiel an der Verbesserung der Armfunktion, während die Ergotherapeutin die Betätigung mit dem Klienten erarbeitet.

Parallel zu den Entwicklungen wurde die Luft dünn

➤ Auch in den Kliniken wird kräftig gespart. Wer nicht nachweisen

kann, dass seine Abteilung effektiv arbeitet, läuft Gefahr, Stellen zu verlieren. Auch in der Ergotherapie des BHZ wurden 2001 zwei Stellen gekürzt und nicht mehr neu besetzt. Dies hatte zur Folge, dass sich die ergotherapeutische Behandlungsfrequenz reduzierte von fünf auf drei Therapien pro Woche. Nur mithilfe der fachlichen Vorgesetzten, also des Chefarztes und der leitenden Oberärzte, konnte man verhindern, dass die Qualität der Ergotherapie weiter gekürzt wurde. Die dienstlichen Vorgesetzten schlugen vor, die Behandlungszeiten auf 30 Minuten zu reduzieren, um die „On-Zeiten“ (direkte Behandlung am Kind) erhöhen zu können, und zwar zu Lasten der „Off-Zeiten“ (Gespräche mit Eltern, Fallbesprechungen, Testdurchführungen und -auswertungen, Telefonate mit Externen), und vermehrt Gruppen zu behandeln – und zwar ohne die notwendige individuelle Zielformulierung und Dokumentation für jedes Kind. Durch diese Maßnahmen sollten weniger Ergotherapeuten mehr Kinder „behandeln“. Diese Vorgaben lehnten alle entschieden ab. Glücklicherweise erhielten die Ergotherapeuten Rücken- deckung der fachlichen Vorgesetzten. Diese unterstützten die Entwicklung der Ergotherapie sehr energisch auf unterschiedliche Art (Projekte, Publikationen, Kongresse). Denn sie schätzten vor allem deren durch klare Zielformulierungen und kurze Behandlungszeiten nachweisbare Professionalität und Effektivität.

Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung geben der Ergotherapie die richtige Identität.

Standards setzen ➤ Seit 2003 ist der betätigungsorientierte und klientenzentrierte Ansatz in der Ergotherapie des BHZ Standard. Seitdem werden nur neue Mitarbeiter eingestellt, die diesen Ansatz mittragen können und wollen. Die Therapien finden verstärkt im Klinikalltag statt und seltener in den Therapieräumen. Die therapeutischen Aktivitäten beziehen sich weniger auf Übungen und Bastelaktivitäten, son-

dern haben sich mehr auf Alltagsaktivitäten ausgerichtet. Jetzt arbeiten Kinder und Jugendliche mit ihren Therapeuten beispielsweise häufiger in der Küche oder gehen mit ihnen einkaufen. In einem Raum ist freies Spiel möglich, für Jugendliche finden interdisziplinäre Aktivitätsgruppen statt. Auch die Zusammenarbeit mit der Krankenhausschule ist intensiver geworden. Gartenarbeit soll bald folgen. Kurz: Die Therapeuten richten ihre Aktivitäten viel stärker am Alltag der Kinder aus und beziehen sich auf die von den Kindern und ihren Eltern formulierten Betätigungsprobleme.

Licht am Ende des Tunnels > Nach einigen schwierigen Jahren mit reduzierter Mannschaft stellte die Ergotherapie den alten Stellenschlüssel wieder her, konnte darüber hinaus sogar drei neue Stellen dazugewinnen. Da das Therapeutenteam seit einigen Jahren in der Bettenplanung miteinbezogen wird, können die verfügbaren therapeutischen Kapazitäten genau abgestimmt werden auf die Kinder, die aufgenommen werden. Hierdurch ist für alle (Ärzte, Eltern und Kindern, Therapeuten) Klarheit entstanden über die mögliche Behandlungsfrequenz der Kinder. Die Ergotherapeuten können anhand der eingesetzten betätigungsorientierten Testverfahren die Inhalte und Ergebnisse ihrer Behandlung eindeutiger dokumentieren. Und auch Urlaubsvertretungen sind leichter möglich, weil alle ein einheitliches, auf dem COPM basierendes Befundsystem nutzen.

Das Beispiel Vogtareuth zeigt, dass eine Ergotherapie, die auf Klientenzentrierung und Betätigung basiert, ihren Platz in der Rehabilitation erhalten und sogar erweitern kann.

Ellen Romein

Schritt	Visionen
1	Betätigungsanliegen und Betätigungsanalyse stehen im Zentrum der Diagnostik, Assessments erfassen das subjektive Erleben der Klienten (Top-down-Ansatz).
2	Die Phase der Diagnostik verlängert sich. Im Gegenzug verkürzt sich die Behandlungsdauer. Denn: Therapeuten konzentrieren sich auf lösbare Alltagsprobleme statt auf pathologische Dysfunktionen.
3	Der Kontext spielt eine große Rolle. Ergotherapeuten behandeln verstärkt im Alltag der Klienten und arbeiten intensiv mit deren direktem Umfeld zusammen.
4	Die Therapiemethode passt zum Klienten. Nur so ist sichergestellt, dass er sie umsetzt und sie damit effektiv ist.
5	Der Klient ist verantwortlich für seine Entscheidungen und für sein Leben. Haben sie den Therapieprozess positiv angestoßen, können sich Ergotherapeuten immer mehr im Hintergrund halten.
6	In allen Phasen des Therapieprozesses geben Ergotherapeuten ihre „Macht“ ab. Sie ermächtigen ihre Klienten, selbst Entscheidungen zu treffen – auch wenn sie es als Therapeuten anders entscheiden würden.
7	Ergotherapeuten messen ihre Erfolge daran, ob die Klienten ihnen wichtige Betätigungen befriedigend ausführen können.
8	Die therapeutische Rolle verändert sich von einer behandelnden hin zu einer koordinierenden. Ergotherapeuten berücksichtigen die Veränderungswünsche aller, sie schlagen einen gemeinsamen Weg vor.
9	Die Haltung gegenüber Motivation ändert sich. Ergotherapeuten werden nicht mehr sagen: „Der Klient ist für meine Therapie nicht motiviert.“ Sie werden sagen: „Ich habe irgendetwas nicht richtig gemacht, weil mein Klient nicht motiviert ist.“
10	Der Stellenschlüssel Ergotherapeuten – Physiotherapeuten wird sich in vielen Einrichtungen angleichen. Aktivitäten und Partizipation stehen im Mittelpunkt. Klientenzentriert und betätigungsorientiert arbeitende Ergotherapeuten nehmen dadurch ihren Platz in der Rehabilitation voll ein und erweitern ihn.
11	Praktische Alltagsaktivitäten nehmen einen größeren Platz in der praktischen Arbeit sowie in der Ausbildung ein. In vielen Fällen ersetzen Alltagsaktivitäten in der Therapie die handwerklichen Aktivitäten.
12	Ergotherapeutische Praxen nehmen bei der Behandlung von Klienten in ihrem Alltag eine Schlüsselposition ein, zum Beispiel zu Hause, in Schulen oder in Freizeiteinrichtungen. Das Ermöglichen von Teilhabe in allen Facetten des Lebens wird zum Spezialgebiet der ambulanten Praxen.
13	Ergotherapeuten weiten ihr Klientel auf Gemeinden, Einrichtungen und Betriebe aus und arbeiten sowohl mit Einzelpersonen als auch mit und für bestimmte Zielgruppen.
14	Ergotherapeuten finden endlich ihre berufliche Identität. Sie können kurz und bündig ihren Beruf erklären: Ergotherapie ermöglicht es Klienten, Betätigungen auszuführen, die ihnen wichtig sind.

Tab. Schöne neue Ergotherapiewelt: Was sich Schritt für Schritt ändern könnte, wenn Ergotherapeuten konsequent klientenzentriert und betätigungsorientiert arbeiten würden.



Ellen Romein, MSc, leitete von 1991 bis 2006 die Ergotherapie im BHZ Vogtareuth. Seit 2007 arbeitet sie in Frankreich als „ergothérapeute libérale“ und gibt internationale Seminare zur Klientenzentrierung (www.ergo-ellenromein.com).



ZUSATZINFOS

Praktische Umsetzung

Im Internet unter www.thieme.de/ergoonline > „ergopraxis“ > „Artikel“ erfahren Sie, wie die Ergotherapeuten des Behandlungszentrums Vogtareuth Klientenzentrierung und Betätigungs-

orientierung im Klinikkontext praktisch umgesetzt haben. Profitieren Sie von den Erfahrungen der Kollegen und lassen Sie sich inspirieren!