

Esther Scholz-Minkwitz | Anke Heß (Hrsg.)

**Betätigung und Funktion –
eine starke Allianz für Teilhabe und Lebensqualität in der Neurologie?**

Herbsttagung DVE des Fachausschusses Neurologie 2017

Neue Reihe Ergotherapie
Herausgeber:
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
Reihe 10: Fachbereich Neurologie
Band 19



Die Herausgeberinnen



Esther Scholz-Minkwitz, Jahrgang 1971, Ergotherapeutin M.Sc. in Occupational Therapy

Nach ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin 2002 schloss sie 2003 ein Studium an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL) mit dem Bachelor-Abschluss ab. Berufsbegleitend studierte sie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft Hildesheim, Holzminden, Göttingen (HAWK), um 2014 ihren Masterabschluss in Ergotherapie zu erwerben. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HAWK in dem Forschungsprojekt „Arbeits- und Gesundheitsschutz für pädagogische Fachkräfte in niedersächsischen Kindertageseinrichtungen (0–3 Jahre) – Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines präventiven Konzeptes“ und unterrichtet dort im Bachelorstudiengang Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie. Außerdem behandelt sie noch einige Klientinnen in einer ergotherapeutischen Praxis in Hannover in den Fachbereichen Neurologie, Psychiatrie und Schmerzsyndrome. Für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten ist sie seit 2003 für den Fachausschuss Neurologie ehrenamtlich tätig. Zusätzlich arbeitet sie im Netzwerk „TATKRAFT“ mit, das sich mit Gesundheitsförderung bei älteren Menschen beschäftigt.

Kontakt: e-scholz@gmx.de



Anke Heß, Jahrgang 1980, Ergotherapeutin B.Sc. in Angewandte Therapiewissenschaft – Ergotherapie

Seit ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin 2001 arbeitet sie im Bereich der subakuten neurologischen Rehabilitation und Frührehabilitation. Sie studierte berufsbegleitend an der Hochschule Fresenius in Idstein und engagierte sich in einer Arbeitsgruppe für die Konzeption des teilhabeorientierten „Occupational Reasoning“.

Als Therapiegesamtleitung der Aatalklinik Wünnenberg GmbH sieht sie ihren Auftrag in der kontinuierlichen Optimierung und Reinvention teilhabeorientierter, interdisziplinärer Rehabilitation. Sie wirkte an der Konzeption, der Untersuchung und Integration moderner Therapiekonzepte wie dem Armlabor, dem

Anglavor und der Visuo-Mentalen-Therapie mit. Zudem unterstützt sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin ein Projekt des Deutschen Forschungsinstituts für künstliche Intelligenz in Bremen bei der Entwicklung robotergestützter Therapie- und Alltagshilfen.

Die nebenberufliche Dozententätigkeit im Ausbildungsgang Ergotherapie an einer Berufsfachschule im Sauerland ermöglicht ihr eine reflexive Verbindung von Theorie und Praxis in ihrem Beruf.

Seit 2012 ist sie für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten als berufenes Mitglied im Fachausschuss Neurologie tätig.

Kontakt: a.hess@aatalklinik.de

Esther Scholz-Minkwitz | Anke Heß (Hrsg.)

Betätigung und Funktion – eine starke Allianz für Teilhabe und Lebensqualität in der Neurologie?

Herbsttagung DVE des Fachausschusses Neurologie 2017



**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 2018

ISBN 978-3-8248-1218-9

e-ISBN: 978-3-8248-9997-5

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2018

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel

Lektorat: Susanne Koch

Umschlagfoto: psdesign1 – fotolia.com

Druck und Bindung: MedienHaus Plump 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 Speicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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

Inhalt

Ulrike Dünwald

Vorwort: Betätigung und Funktion – eine starke Allianz für Teilhabe und Lebensqualität in der Neurologie? 7

Birgit Langer, Anke Heß

„Die Allianz von Betätigung und Funktion – keine Betrachtung nach Abschluss, sondern von unterwegs“ 11

Karolina Sala, Kerstin Rethemeier, Claudia Golke

72 Stunden Akutneurologie – was kann Therapie da ausrichten? 21

Heike Borchert

Betätigungsorientiertes, klientenzentriertes Vorgehen in der Behandlung neurologischer Klienten der Phasen A-D – eine Herausforderung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten im klinischen Alltag 35

Christiane Knorr

Betätigung oder/und Funktion – Fluch oder/und Segen 49

Brigitte Kohn, Julia Zeindl

Awarenessarbeit in der Handlungsorientierten Diagnostik und Therapie (HoDT) – eine Brücke zwischen Betätigung und Funktion 61

Friederike Goslar, Gabriele Eckhardt

Alltagsintegriertes Eigentaining – Umsetzung des 24h-Prinzips im Bobath-Konzept 79

Christina Janssen

So gelingt die erfolgreiche Verbindung zwischen betätigungsorientierter und funktioneller Behandlung! 103

Christine Rosenbohm

„Kopf und Beine zusammen“, so der Plan von Frau S. 123

Gaby Kirsch

Neurologische Heilmittelversorgung – Setting Hausbesuch:
ein „Paradies“ für betätigungsorientierte Ergotherapie! 143

Tabea Böttger

Teilhabe als Zieldimension der neurologischen Rehabilitation –
Anspruch versus Wirklichkeit? 159

Ulrike Gorgas

Arbeitstherapie in der neurologischen Rehabilitation –
eine Interaktion von Betätigungsorientierung und funktioneller Therapie? . 177

Elke Fischer

Konsequent betätigungsorientiert denken und doch (auch) begründet
funktionsorientiert handeln. 187

Nachwort 201

Der Fachausschuss Neurologie 202

In diesem Buch wird zur besseren Lesbarkeit überwiegend die weibliche Form von Personenbezeichnungen verwendet. Selbstverständlich sind damit immer Männer und Frauen gemeint.

Vorwort

Betätigung und Funktion – eine starke Allianz für Teilhabe und Lebensqualität in der Neurologie?

Ja, auf jeden Fall, und das machen die Beiträge der diesjährigen Herbsttagung deutlich. Sie zeigen das breite Spektrum der aktuellen Neurorehabilitation. Die Entscheidung, wann, wie lange, in welcher Kombination betätigungs- oder/und eher funktionsorientiert untersucht und behandelt wird, basiert auf hochdifferenzierten Clinical-Reasoning-Prozessen, wie sie auch in internationaler Ergotherapie-literatur beschrieben werden. Ohne die ebenso wichtige Miteinbeziehung von Umwelt- und personbezogenen Faktoren wird es jedoch keine salutogenetisch bestimmte Therapie geben können.

Die Bedeutung von Bottom-up-Faktoren wird in der Ergotherapie wohl kaum infrage gestellt. Nicht nur direkt nach einem akuten Ereignis, sondern ebenso im Laufe der lebenslangen Auseinandersetzung mit den Folgen der neurologischen Schädigung kommen viele Patientinnen zu stark funktionsorientierten Zielen, um ihre Teilhabe zu verbessern: Selektivität, Kraft und Kraftausdauer sollen normalisiert werden, sodass Gangbild und alltagsverwertbare Armbewegungen möglich oder erhalten bleiben. Sturzangst beeinträchtigt die Lebensqualität stark. Ohne Aufmerksamkeitsleistungen ist intentionales Handeln kaum möglich. Sinnvolles Tätigsein wird von vielen Patientinnen als abhängig von Körperfunktionen (und Kontextfaktoren) gesehen. Unser Thema ist daher das nach dem vorrangigen Evaluations- und Interventionszugang in der Ergotherapie: Top-down oder/und Bottom-up.

Ist das Ziel, die Betätigung, von der Patientin im Idealfall selbst bestimmt, (stets oder vorrangig) auch der Weg? Dies zielt auf die Diskussion der Top-down-/Bottom-up-Frage. Sie impliziert, offenbar ganz selbstverständlich, dass die therapeuleitende Betätigung tatsächlich den Bedürfnissen der Patientinnen dient. Bestimmt die Patientin (oder ihre Familie) die Betätigungsziele, bedeutet dies: Ergotherapeutinnen re-agieren im Kernbereich ihrer beruflichen Identität. Darüber ist nachzudenken.

Wird übernommen, was die Patientin als für sie bedeutungsvolle Betätigung formuliert, bedeutungsvoll vielleicht im Bemühen um Anschluss ans Vorher, vielleicht aufgrund mangelnder Awareness, vielleicht wegen sozialer Erwünschtheit von Alltagsnützlichkeit und Entlastung der Familie, vielleicht in voller und bewusster Erkenntnis zugrundeliegender Bedürfnisse, wird die Expertenschaft allein der Patientin zugesprochen. Einem Menschen in einer existentiellen Ausnahmesituation die Bestimmung seiner Betätigungsanliegen weitgehend selbst zu überlassen, unterschätzt das Potenzial und den Verantwortungsbereich von Ergotherapie. Vor allem jedoch unterschätzt ein solches Vorgehen die Komplexität des Zielbestimmungsprozesses. Neurologische Patientinnen sind auf dem langen Weg zu Expertinnen ihres neuen Lebens. Sie sind, auch aufgrund der häufigen kognitiven Schädigungen, auf Beratung und sorgende Unterstützung angewiesen, um in der Auseinandersetzung mit Verlust, verbliebenen und wieder neu zu entwickelnden Möglichkeiten in ein gelingendes Leben trotz verbleibender Beeinträchtigungen zu finden.

Es ist wichtig, den spezifisch ergotherapeutischen Beitrag als Betätigungsexperten in der Neurorehabilitation noch klarer herauszuarbeiten und theoretisch zu begründen. Dies dient sowohl der beruflichen Selbstvergewisserung als auch der Außendarstellung der Ergotherapie. „Bedeutungsvolle Betätigung“, das ist der Kernbegriff der Ergotherapie. Gemeint sind oft Betätigungen aus den klassischen Performanzbereichen (I)ADL, Produktivität und Freizeit, vielleicht noch ergänzt um „Ruhe und Erholung“. Es kann um direkt alltagsbezogene Handlungen gehen, die Patientinnen insbesondere in der Akutphase oft nahe liegen: allein aus dem Bett, auf die Toilette, allein essen etc. Diese ADL-Tätigkeiten können im Verlaufe der Rehabilitation nahtlos übergehen in die komplexeren Tätigkeiten der IADLs, der Sorge für die Familie und der beruflichen Wiedereingliederung. Bedeutungsvolle Betätigung und top-down-orientiertes Vorgehen verbinden sich hier im Idealfall schlüssig.

Alltagsnützliche Tätigkeiten führen jedoch oft genug zur Konfrontation mit Defiziten und Versagen, die die Teilhabeminderung überdeutlich zeigen und die Zukunft evtl. düster erscheinen lassen. Vermeintlich alltagsferne handwerkliche und gestalterische/musische Techniken können hier einen Schon- und Übungsraum bieten. Unabhängig vom Ergebnis kann das Handlungserleben selbst bedeutsam werden: Es kann zur Erfahrung und zum Ergebnis der Aufmerksamkeitsfokussierung und damit zur Ordnung von Denken und Tun führen. Es kann zu Beruhigung und Entspannung beitragen und Selbstwirksamkeitserfahrungen auch ohne dingliches Nutzergeschehen ermöglichen, vielleicht über den Weg der

Ablenkung, vielleicht über sinnliche Erfahrungen während des Tätigseins, die ohne weitere Bedeutungskonstruktion einfach „sind“ und damit einen selbsterklärenden Zugang zur Welt bieten, ohne Nützlichkeitsanforderungen.

Tätigkeiten dienen ebenso der Selbstaktualisierung, der Identitätsvergewisserung und -ausweisung der Mitwelt gegenüber. Sie können Zeichen sein dessen, was ein Mensch kann, wer er war und jetzt noch ist – oder vielleicht werden möchte. Tätigkeiten können, gemeinsam ausgeführt, dem sozialen Wohlbefinden dienen. Die Erfahrungsräume, die unvertraute, nicht direkten Alltagszielen dienende Tätigkeiten bieten, können entlasten, zur Krankheitsverarbeitung und zur leistungsbefreiten Suche nach neuen Wegen ins Leben beitragen. Einsicht in das veränderte Leistungsvermögen kann möglich werden und damit in die fraglich werdende Rückkehr ins Leben vor dem Ereignis.

Ergotherapeutinnen sollten selbstbewusst die hier nur kurz skizzierte Vielfalt von Betätigungsbedeutungen empathisch mit ihren Patientinnen erkunden. Offenheit, Vertrauen in die Patientin bei ihrer Suche und Zuversicht in die Kreativität des Handelns sind die Basis einer Klientinnenzentrierung, die Zielfindung und -bestimmung als Prozess begreift, bei dem auch gesunde Menschen Austausch und Unterstützung suchen. Im Ausloten des individuell zu bestimmenden Bedeutungsreichtums von Handlung zeigt sich der unverwechselbare Kern der Ergotherapie. Wir sollten angesichts kurzer Verweildauern, Ökonomisierung des Gesundheitswesens und Effizienzdenken weiterhin offen dafür sein, auch Betätigungen außerhalb direkter Teilhabetauglichkeit einzusetzen.



Ulrike Dünwald

Birgit Langer, Anke Heß

„Die Allianz von Betätigung und Funktion – keine Betrachtung nach Abschluss, sondern von unterwegs“

Zusammenfassung

Der Fachausschuss Neurologie (FAN) des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten e.V. (DVE) präsentiert zur Leitfrage der Herbsttagung 2017 eine kontroverse Vortragsreihe mit Fallbeispielen aus den diversen Arbeitsfeldern der neurologischen Rehabilitation.

Im Licht des aktuellen Paradigmenwandels der Ergotherapie, also der Neuausrichtung auf das Kernelement der konsequenten Betätigungsorientierung, sind die praktisch tätigen Ergotherapeutinnen der Neurologie mit der Frage nach dem ganz praktischen und praktikablen „Wie“ konfrontiert. Ein wesentlicher Bestandteil der Frage nach dem „Wie“ der Betätigungsorientierung ist auch, ob und wie die traditionellen funktionsorientierten Behandlungsverfahren weiterhin integraler Bestandteil des ergotherapeutischen Handelns sein sollen – müssen sie es gar sein?

Die Fragestellung ist derart grundlegend, dass jedes sichtbare berufliche Auftreten einer Ergotherapeutin einer Stellungnahme dazu gleichkommt, ob und wie die Elemente der bedeutungsvollen Betätigung und des funktionellen Handelns in einer methodisch überzeugenden und zielführenden Beziehung zueinander stehen können.

Der gemeinsame Anspruch eines verbindenden ergotherapeutischen Berufsprofils der Ergotherapie erhebt das Thema der Herbsttagung zu einer zentralen Frage des ganzen Berufsstandes und fordert zum öffentlichen Dialog heraus.

Mit der Wiederbelebung der Kernelemente der Ergotherapie sind die Füße eines Berufes auf neues, weites Land gestellt. Wie unterwegs in noch unerschlossenem Gebiet muss die Ergotherapie einen Weg zwischen dem Start- und dem Zielort finden.

Um an der Stelle des aktuellen Paradigmenwandels des Berufsstands Ergotherapie „die Route neu zu berechnen“, ist eine vorherige Standortermittlung unverzichtbar. Woher die Ergotherapeutinnen kommen, wo sie aktuell stehen und mit welchem Gepäck sie unterwegs sind, sollte Ausgangspunkt für die Neuausrichtung sein.

Mit diesem Hintergrund werden die Leser ein Stück des Weges durch die berufliche Biografie der Ergotherapeutin Birgit Langer begleitet, Autorin und berufenes Mitglied im FAN des DVE. Ihre Auseinandersetzung mit dem Berufsprofil der Ergotherapie scheint bezeichnend für eine ganze Generation von Ergotherapeutinnen im Arbeitsfeld Neurologie zu sein. Neben dem aufschlussreichen „Reisebericht“ offenbart der Einblick auch Chancen im Ausblick in eine Zukunft systematisch betätigungsorientierter Ergotherapie in der Neurologie.

Schlüsselworte

Betätigungsorientierung, Klientenzentrierung, Funktion, Geschichte der Ergotherapie, Paradigmenwandel Ergotherapie, Definition Ergotherapie, Kernelemente, Teilhabe, Ergotherapie in der Neurologie

Für wieviel „Zündstoff“ die Schlagworte Betätigungsorientierung und Funktionsorientierung immer wieder sorgen, erfährt Birgit Langer nahezu täglich in ihrem Berufsleben als ambulante Ergotherapeutin mit neurologischer Klientel. Wie das berufliche Kernelement der Betätigungsorientierung wirksam und nutzbringend zu gestalten sei, entfacht nicht nur zwischen ihren Kolleginnen immer neue Diskussionen. Auch in ihrem eigenverantwortlichen ergotherapeutischen Denken und Handeln verlangen die stets einzigartigen Betätigungsprobleme ihrer Klientinnen nach einer ebenso individuellen Interpretation des betätigungsorientierten Vorgehens.

Dabei sind die Anforderungen an die Flexibilität von Ergotherapeutinnen nicht nur durch die Komplexität der Betätigungsprobleme ihrer Klientinnen beeinflusst, sondern auch durch die Verschiedenartigkeit von Rahmenbedingungen der Arbeitsstätten der Neurologie. „Mein ergotherapeutisches Vorgehen in der Diagnostik und Therapie mit einem Klienten im Rahmen eines Hausbesuchs kann und muss ganz andere Formen annehmen, als unter den Bedingungen des Settings einer Stroke-Unit“, so Birgit Langer. „In dem einen Fall bietet sich die angestrebte Betätigung als Mittel der Therapie selbst an, im anderen Fall erweist sich die direkte Einübung der Betätigung in der Therapie als nicht zielführende Überforderung. Beeinträchtigte Grundfunktionen (bspw. Aufmerksamkeit, exzentrische Muskelaktivität, Oberflächensensibilität) sind oft nicht innerhalb einer komplexen Handlung zu verbessern, sondern bedürfen einer Herangehensweise auf der Basis funktionellen Wissens. Geeignete Behandlungsverfahren, wie

Übungen nach dem Bobath-Konzept, sind dann der Neurophysiologie entliehen, aber auf ein konkretes Betätigungsanliegen ausgerichtet.“

Unvermeidlich ist Birgit Langer damit auch zum wiederholten Male in ihrer 25-jährigen beruflichen Laufbahn mit dem Thema der Abgrenzbarkeit der Ergotherapie von beispielsweise der Physiotherapie konfrontiert.

Um ihr gewachsenes berufliches Selbstverständnis im Wandel der Zeit und der Paradigmen zu reflektieren, hat sie ältere und moderne Fachliteratur zur Ergotherapie gewälzt und ihre berufliche Biografie der letzten Jahrzehnte befragt. Schon jetzt ahnt sie: „Es ist auch heute keine Betrachtung nach Abschluss, sondern von unterwegs“

Der DVE beschreibt im Jahr 1985 unter sechs hauptsächlichen Tätigkeitsfeldern der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie auch die „Ergotherapeutische Behandlung auf spezieller neurophysiologischer Grundlage“.

An Erläuterungen wie der von Marquardt (2004) machte Birgit Langer zu dieser Zeit ihren ergotherapeutischen Behandlungsauftrag fest: „In der Behandlung auf spezieller neurophysiologischer Grundlage (...) werden pathologische Bewegungsmuster gehemmt und normale Funktionen angebahnt (z. B. nach Bobath) und in das tägliche Tun einbezogen.“ Eine vordergründig mechanistische Sichtweise von Mensch und Therapie stellt sich als bezeichnend für diese Periode dar. Als Ziel wird die Wiederherstellung und Verbesserung motorischer Funktionen erklärt. Eine alltagsrelevante Handlungskompetenz war hier nicht Ausgangspunkt aller therapeutischen Bemühungen, sondern maximal eine erwünschte Konsequenz. Die sogenannten „neurophysiologischen Grundlagen“ (Marquardt, 2004) rückten als empfundene Kernkompetenz in den Fokus der Ergotherapeutinnen.

Auch Birgit Langer definierte sich auf der Suche nach ihrer beruflichen Identität über den Wissenserwerb aus den Bezugsdisziplinen der Medizin, der Neurophysiologie und Neuropsychologie. Sie wurde Bobath-Therapeutin, Affolter-Therapeutin und Expertin der Facio-oralen-Trakt-Therapie.

Aus der gemeinsamen Sprache dieser Weiterbildungen bezog sie neue Sicherheit im interdisziplinären Team und spezifisches Fachwissen, mit dem sie sich als Ergotherapeutin im Team erklären und einbringen konnte. Aber ihr ergotherapeutisches Selbstverständnis vermisste auf diesem Weg doch spürbar eine Einheit des Berufsstands und berufseigene Kompetenzen, denn „Was ist Ergotherapie, wenn die Physiotherapeuten und Logopäden die gleichen Fortbildungen haben wie ich?“

Eine vielen berufserfahrenen Ergotherapeutinnen der Neurologie vertraute Lösung des Dilemmas wurde mehr durch die Arbeitsstätten herbeigeführt als durch die Ergotherapeutinnen selbst. Die „Krawattenknoten-Gürtellinien-Arbeitsstellung“ schaffte eine Arbeitsnische für Ergotherapeutinnen im Bereich der motorischen Rehabilitation der oberen Extremität. Die Physiotherapeutinnen betrachteten die Rehabilitation der unteren Extremität als ihr „Hoheitsgebiet“, die Logopädinnen alles oberhalb des Sternums. Dieser unbefriedigenden Trivialisierung und Entfremdung vom Ursprungsgedanken der Ergotherapie fügte sich der Großteil der neurologisch arbeitenden Ergotherapeutinnen unter alternativlosem Vorbehalt. Die „Notlösung“ ließ zwar die Frage nach der gemeinsamen Berufsidentität aller Ergotherapeutinnen unbeantwortet, erlaubte aber zumindest eine eindeutige Abgrenzung im Arbeitsfeld Neurologie.

Die stillschweigend vereinbarte mechanistische „Zerteilung“ des Patienten in disziplinbezogene Hoheitsbereiche existiert bis heute in den Köpfen des interdisziplinären Teams. Gibt es Grenzüberschreitungen, führten und führen diese häufig zu Kompetenzgerangel zwischen den Therapiebereichen.

Birgit Langer berichtet dazu aus ihrer eigenen Erfahrung als damalige Berufsanfängerin: „Frisch vom Bobath-Kurs zurück, benannte ein Schlaganfallpatient mit zusätzlicher Beinamputation sein Rehabilitationsziel mit Prothese und Unterarmgehstützen laufen zu können. In Absprache mit der Physiotherapie benutzte ich deren Behandlungsbank im großen Physiobehandlungsraum und machte mich mit dem Klienten an zielorientierte Funktionsübungen, wie Rumpfmobilisation, Seitstütz, Schinkengang etc. Beide Seiten waren hochmotiviert, bis nach der dritten Übungseinheit die behandelnde Physiotherapeutin auf mich zukam und meinte, dass sie nicht gut findet, wenn wir beide das Gleiche mit ihm üben und sie mich nicht mehr hier behandeln lassen wollten. Ich hatte in meiner begeisterten Überzeugung als „gleichberechtigte Bobath-Therapeutin“ die Grenzüberschreitung nicht gemerkt. Daran hatte ich damals lange zu knabbern, denn es entbehrte jeder Logik.“ In Birgit Langer brachen sich Fragen Bahn, wie: „Sind die funktionsorientierten Therapiekonzepte Ergotherapie? Und wenn ja, wann und wodurch? Wenn nein, was dann?“

Ihr schien nur eine weitere Lösungsstrategie möglich, die auf der alten Notlösung aufbaute. Gezwungenermaßen, aber im Wissen um die Widersprüchlichkeit akzeptierte sie die Begrenzung auf die obere Extremität und wandte sich ausweichend noch anderen, „eher ergotherapeutischen“ Therapiekonzepten zu. Beispielsweise wird nach dem Affolter-Konzept in der Therapie ein Fokus auf die Wahrnehmungsverarbeitung bei der Durchführung alltäglicher Handlungen gelegt. Dieser Ansatz erschien den Physiotherapeutinnen eher fremd oder sekun-

där und bildete damit vorerst eine „unangefochtene ergotherapeutische Nische“ dieser Zeit.

Parallel zu den Verfestigungen solcher Praxislösungen bemühten sich federführende Ergotherapeutinnen kontinuierlich um eine tragfähige, wegweisende Darstellung und Verortung des Berufsprofils auf theoretischer Ebene. In der Überzeugung, dass eine schlüssige Berufsdefinition die Basis einer abgrenzbaren Berufsidentität darstellt, wurde die Definition der Ergotherapie fortlaufend reflektiert und überarbeitet.

Jede Begriffsbestimmung zur Ergotherapie spiegelt das Engagement für eine evidente Berufsphilosophie wider und ist wiederum beeinflusst vom Gesundheitsverständnis ihrer Zeit. So wurde in der Berufsdefinition von 1994 noch die „Wiederherstellung von Funktionen“ als Hauptgegenstand des ergotherapeutischen Beitrags zur Gesundheit postuliert, in der Definition von 2004 jedoch konnte bereits das ergotherapeutische Kernanliegen der Befähigung unserer Klientinnen zur bedeutungsvollen Betätigung benannt werden (vgl. Götsch, 2011). Der Paradigmenwandel im globalen Gesundheitsverständnis von einer defizitorientierten, biomedizinischen Betrachtungsweise von Krankheit und Gesundheit hin zum ressourcenorientierten biopsychosozialen Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2005) ebnete den Weg und bestärkte die „Reformation“ der Ergotherapie. Im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Behandlung stehen jetzt die selbstbestimmte Handlung der Klientin, sowie die individuelle Sinnggebung von Betätigung (vgl. Berding, 2008).

In lang vermisster Klarheit gelingt der Ergotherapie mit ihren definierten Kernelementen der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in aller Deutlichkeit eine konkret abgrenzbare Kontur des ergotherapeutischen Leistungsanliegens mit einem evidenzbasiert hohen Nutzen für die Gesundheit unserer Klientinnen. Diese theoretische Definition hat das Potenzial zu einer Einheit im Denken für die Ergotherapie in allen Arbeitsfeldern.

Die Herausforderung besteht nun im Übertrag dieser schlüssigen Theorie in die Berufspraxis der so verschiedenen Einsatzbereiche. Neue, ganz praxisbezogene Fragestellungen fordern eine Stellungnahme der Ergotherapeutinnen ein:

- Müssen die funktionell-therapeutischen Behandlungsansätze der Neurologie aus einer betätigungsorientierten Ergotherapie weichen?
- Ist Betätigung als Mittel und Ziel der Ergotherapie ein abgeschlossenes System? Oder rechtfertigt das Ziel der Befähigung unserer Klientinnen zur bedeutungsvollen Betätigung die Therapiemittel?

- Berauben wir uns eines wichtigen professionellen Hintergrundes im Verzicht auf funktionelles Wissen und funktionelle Konzepte aus Bezugsdisziplinen?
- Widersprechen sich die Konstrukte der Betätigungsorientierung und der funktionellen Behandlung?

Ihr Wechsel des Arbeitsplatzes aus der neurologischen Rehabilitationsklinik in ein ambulantes Setting forderte Birgit Langer zusätzlich zur Beantwortung dieser neuen Fragestellungen heraus: „Durch die Therapieform der Hausbesuche wurde mir zunehmend klar, dass ich in der Klinik häufig wie im ‚goldenen Käfig‘ behandelt habe und die Therapieschwerpunkte und -ziele der Rehaklinik im anschließenden Alltag der Klienten nur wenig lebensnahe Bedeutung hatten. Viele gerade schwer betroffene Schlaganfallpatienten konnten die im klinischen Setting gelernten motorischen Verhaltensweisen, wie z.B. Armlagerung auf dem Tisch, Transfer mit Belastung auf beiden Füßen, oder sich selbstständig in der Wohnung bewegen, statt im Rollstuhl geschoben zu werden, zu Hause nicht oder kaum umsetzen. Es fehlte die Bedeutung für das persönliche Leben, manchmal auch die alltagspraktische Umsetzbarkeit. Dafür waren die Klienten mit anderen Problemen konfrontiert, die in der Rehaklinik so konkret nicht Gegenstand der Therapie waren. Beispielsweise musste der Toilettengang unter den häuslichen Bedingungen selbstständig durchgeführt werden, wenn die Hilfsperson fehlte. Oder Klienten mussten sich selbst in den Elektrorollstuhl umsetzen können und sicher über die Schwelle vor der Haustür kommen, um am Leben teilzuhaben. Eine geringere Therapiefrequenz als im klinischen Setting und damit geringere direkte therapeutische Einflussmöglichkeiten ließ mich die Art der Intervention zusätzlich neu hinterfragen. Mein Anspruch, Grundfunktionen nach meinen klinisch geprägten funktionsorientierten Maßstäben physiologisch korrekt einzuüben, verblasste im Verhältnis zur Dringlichkeit der Befähigung meiner Klienten zur Teilhabe. Wichtig auf Patientenebene schien nur: es so zu können, dass es selbstständig gelingt.“

Die therapeutischen Mittel müssen lösungsorientiert zweckmäßig sein. Das verstärkte in Birgit Langers Arbeitsweise die Berücksichtigung von Therapieansätzen, wie der Umweltsanpassung oder der Findung kompensatorischer Strategien zur Befähigung der Klientinnen. Ob die therapeutische Intervention im Bereich der Person, der Umwelt oder der Betätigung (vgl. PEO-Modell) selbst geschehen sollte muss individuell und auf der Basis der Erfolgsaussichten entschieden werden. Für Birgit Langer bewirkte diese lebensweltorientierte Sichtweise eine Erweiterung ihrer therapeutischen Perspektive im Vergleich zum eher mechanistisch geprägten Vorgehen in der stationären Rehabilitation: „Die Therapieansätze