Inhalt

1 Einleitung 1

Ulrike Marotzki

1.1 Idee zum Buchprojekt: eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen 3

1.2 Kein systematischer Vergleich der Praxismodelle 4

1.3 Kriterien zur Fallauswahl 5

1.3.1 Erstes Kriterium: Gleiche fachspezifische Voraussetzungen aller Teilnehmenden 5

1.3.2 Zweites Kriterium: Ein real(istisch)er Fall 5

1.3.3 Drittes Kriterium: Realistische Informationsbedingungen 6

1.4 Zur Terminologie und zu den einzelnen Beiträgen 6

1.5 Literatur 10

2 Was Praxismodelle der Ergotherapie sind und was sie nicht sind 11

Ulrike Marotzki

2.1 Was sind ergotherapeutische Praxismodelle? 12

2.1.1 Sie repräsentieren einen ergotherapeutischen Gegenstandsbereich 12

Leitperspektive: Klientenzentrierung, Lebensqualität 13

Vorgehens- und Praxishilfen für Ergotherapeuten 14

2.1.2 Sie liefern Beiträge zur Professionalisierung des Berufes 14

2.2 Was sind ergotherapeutische Praxismodelle *nicht*? 15

2.2.1 Sie sind kein Ersatz für medizinisches Wissen und „klassische" Behandlungsansätze 15

2.2.2 Sie sind nicht kulturunabhängig 16

2.2.3 Sie sind nichts prinzipiell Neues 17

2.3 Literatur 18

3 Das Fallbeispiel: Frau Schmidt (83), Bewohnerin eines Pflegeheims 21

Ulrike Marotzki

3.1 Die Einrichtung bzw. der Lebensort Frau Schmidts 22

3.2 Die Mitarbeiter des Alten- und Pflegeheims 23

3.3 Das ergotherapeutische Abteilungsangebot 23

3.4 Informationen über Frau Schmidt 23
3.4.1 Stationsakte 24
3.4.2 Sozialbericht 24
3.4.3 Gesprächsinformationen zur Heimaufnahme und zur gegenwärtigen Situation 25
3.4.4 Bisherige ergotherapeutische Behandlung Frau Schmidts 26

4 Das Bieler Modell 29

Marie-Theres Nieuwesteeg, Mario Somazzi

4.1 Theoretischer Teil 30
4.1.1 Handeln in der Ergotherapie: Zum Begriff der Handlungsfähigkeit 30
Handlungsfähigkeit als Leitziel in der Ergotherapie 33
Handeln als therapeutisches Mittel 33
4.1.2 Handlungsbedingungen 33
4.1.3 Verhaltensgrundformen 34
Haltung/Fortbewegung 35
Umgang mit Gegenständen 35
Soziale Interaktion 35
4.1.4 Grundfunktionen 35
Sensorisch-motorische Grundfunktionen 35
Perzeptiv-kognitive Grundfunktionen 36
Emotionale Grundfunktionen 36
4.1.5 Physische und psychische Voraussetzungen 37
Physische Voraussetzungen 37
Psychische Voraussetzungen 37
4.1.6 Lebensbereiche 37
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) 38
Schule/Arbeit/Beruf 38
Freizeit/Spiel 39
4.1.7 Materielle, soziale und kulturelle Voraussetzungen 39
Materielle Voraussetzungen 39
Soziale Voraussetzungen 39
Kulturelle Voraussetzungen 39

4.2 Fallbeispiel Frau Schmidt 40
4.2.1 Die Erfassung 40
Einordnung der übermittelten Daten 41
Ergänzte Erfassung als Grundlage für die Arbeit in der Struktur des Bieler Modells 43
Zusammenfassung der ergotherapierelevanten Problemstellungen 45
4.2.2 Die Planung 46
Allgemeine Behandlungsschwerpunkte und konkrete Behandlungsziele 47

4.3 Ausblick 52

4.4 Literatur 52

5 Das Occupational Performance Model (Australia) (OPMA) 55

Roman Weigl

5.1 Einleitung 56

5.2 Entstehungsgeschichte des OPMA 57

5.3 Der Aufbau des OPMA 58
5.3.1 Die beiden Handlungsumgebungen des OPMA 58
5.3.2 Schematischer Überblick über das OPMA 59

5.3.3 Das OPMA – grafische Darstellung 59
5.3.4 Die acht Konstrukte des OPMA 60
Konstrukt 1: Handlungsperformanz (Occupational Performance) 60
Konstrukt 2: Handlungsrolle (Occupational Performance Role) 61
Konstrukt 3: Bereiche der Handlungsperformanz (Occupational Performance Areas) 62
Konstrukt 4: Komponenten der Handlungsperformanz (Occupational Performance Components) 64
Konstrukt 5: Kernelemente der Handlungsperformanz (Core Elements of Occupational Performance) 64
Konstrukt 6: Externe Umwelt (External Environment) 64
Konstrukt 7: Raum (Space) 65
Konstrukt 8: Zeit (Time) 65

5.4 Fallanalyse mit dem OPMA 65
5.4.1 Grundfragen des OPMA 65
Frage 1: Wer ist der Klient? (Wer braucht Therapie/Beratung?) 65
Frage 2: Worin besteht das Problem? 66
Frage 3: Wer hat ein Problem mit der Situation? 66
5.4.2 Auswahl der Methodik zur Statuserhebung 66
5.4.3 Ergebnisse der modellgeleiteten Begutachtung 67
Frau Schmidts Handlungsperformanz in Zeit und Raum 67
Kernelemente der Handlungsperformanz von Frau Schmidt 68
Frau Schmidts Handlungsrollen 68
Frau Schmidts Rollenpartner 70
Komponenten der Handlungsperformanz 71
5.4.4 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse 72

5.5 Zielformulierung mit dem OPMA 73
5.5.1 Vorhandene Ressourcen und Defizite bei der Zielformulierung berücksichtigen 73
5.5.2 Beispiel: Einen als Problem empfundenen Handlungsablauf modifizieren 74
5.5.3 Beispiel: Die Komplexität eines bestehenden Handlungsablaufes steigern 75
5.5.4 Verankerung in Zeit und Raum durch Veränderung der Umweltkomponenten 76

5.6 Literatur 77

6 Das Model of Human Occupation (MOHO) 79

Christiane Mentrup

6.1 Grundverständnis der Person mit Fähigkeiten und Defiziten (grundlegende Fragen) 80
6.1.1 Kurze Einführung in das Model of Human Occupation 80
6.1.2 Harte Daten und Diagnose im Fallbeispiel Frau Schmidt 81
Harte Daten 81
Diagnose 81
6.1.3 Subsystem Volition 83
Selbstbild 83
Volitionsnarrativ 84
Interessen 86
Werte 87
6.1.4 Subsystem Habituation 88
Gewohnheiten 88
Rollen 88
6.1.5 Subsystem Performanz 90
Motorische Fertigkeiten 90
Prozesshafte Fertigkeiten 90
Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten 91
6.1.6 Umwelt 92
Soziale Umwelt 92
Räumliche Umwelt 93

6.2 Gestaltung des Therapiebeginns und Planung des ergotherapeutischen Vorgehens 93
6.2.1 Kontaktaufnahme 94
6.2.2 Stärkung der Volition 94
6.2.3 Übernahme hauswirtschaftlicher Aufgaben 94
6.2.4 Festigung der Habituation 94
6.2.5 Einbeziehen der Tochter 94
6.2.6 Familientherapeutische Intervention 94
6.2.7 Unterstützende Psychotherapie 95
6.2.8 Therapeutische Grundsätze 95

6.3 Mittel zur Befunderhebung 95
6.3.1 Volition 95
Fragebogen zur Volition (Volitional Questionnaire) 96
Interview zur Betätigungsvergangenheit (Occupational Performance History Interview II; OPHI–II) 97
Interessen-Checkliste (Interest Checklist) 97
6.3.2 Habituation 97
Rollen-Checkliste 97
Fragebogen zur Betätigung (Occupational Questionnaire) 97
6.3.3 Performanz 98
Assessment motorischer und prozesshafter Fähigkeiten (Assessment of Motor and Process Skills; AMPS) 98

6.4 Mittel und Medien zum Einsatz in der Therapie 98

6.5 Zielfindung in der Therapie 98
6.5.1 Aktuelle Therapie 98
Ergotherapie 98
6.5.2 Mögliche Zielsetzungen (Auswahl) 99
Volition 99
Habituation 99
Performanz 99
Umwelt 99
Soziale Umwelt 99

6.6 Grundlegende Fragen aus der Perspektive des Modells an den beschriebenen Kontext 100

6.6.1 Therapieangebot 100
6.6.2 Organisation 101
6.6.3 Bewohnerorientierung 101

6.7 Persönliche Erfahrungen 101

6.8 Literatur 102

7 Das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) 103

Angela Harth

7.1 Einleitung 104

7.2 Theoretischer Teil 104
7.2.1 Entstehungsgeschichte des Modells 104
7.2.2 Das Praxismodell (CMOP) 106
Klientenzentriertheit 106
Occupation (Betätigung) 107
Occupational Performance (OP) (Betätigungsperformanz) 108
7.2.3 Das Messinstrument (COPM) 110
Durchführung des COPM 111
7.2.4 Der Occupational Performance Process (Prozess der Betätigungsperformanz) 112

7.3 Praktischer Teil: Der ergotherapeutische Prozess mit Frau Schmidt auf Grundlage des CMOP 114
7.3.1 Situation von Frau Schmidt 114
Grundlegende Fragen an die Geschichte und die anamnestischen Daten der Klientin 114
7.3.2 Leitlinien der Therapie: Occupational Performance Process (Die 7 Schritte des Prozesses der Betätigungsperformanz) 116
Schritt 1: OP-Probleme benennen und validieren 117
Schritt 2: Theoretischen Ansatz auswählen 120
Schritt 3: Performanzkomponenten und Umweltbedingungen herausfinden 121
Schritt 4: Stärken und Ressourcen herausfinden 122
Schritt 5: Anzustrebende Ziele und Vorgehensweisen gemeinsam festlegen 123
Schritt 6: Geplante Vorgehensweisen durch entsprechende Betätigungen umsetzen 124
Schritt 7: OP-Ergebnisse evaluieren 127

7.4 Ausblick 128

7.5 Literatur 129

8 Schlussüberlegungen und Ausblick 131

Roman Weigl

8.1 Konzeptionelle Modelle – Kekse oder Krokodile? 132

8.2 Allgemeine Überlegungen zu konzeptionellen Modellen 132

8.2.1 Vier Modelle – vier verschiedene Ergebnisse? 132
8.2.2 Verbindung zwischen Theorie und Praxis 133
8.2.3 Argumente für die Verbreitung konzeptioneller Modelle 135
8.2.4 Entwicklung eines persönlichen Arbeitsmodells 137

8.3 Auswirkungen auf die Ergotherapie in der Praxis 137
8.3.1 Abkehr von der Medizin als „vorrangiger Referenzwissenschaft" der Ergotherapie 137
8.3.2 Gefährden oder ermöglichen konzeptionelle Modelle die Finanzierung der Ergotherapie? 138
8.3.3 Ist modellgeleitete Ergotherapie durch ihre Alltagsnähe effizienter? 139

8.4 Die Wissenschaft Ergotherapie 141
8.4.1 Gegenstandsbereich der ergotherapeutischen Wissenschaft 141
8.4.2 Finanzierung modellgeleiteter Forschung 142
8.4.3 Ergotherapeutisches Handeln im gesellschaftlichen Kontext 143
8.4.4 Eine ergotherapeutische Fachsprache 144

8.5 Zusammenfassung 145

8.6 Literatur 145

Anhang: Leitfragen 147

Anhang: Warum es die Buchreihe *„Ergotherapie – Reflexion und Analyse"* gibt 149

Sachverzeichnis 153

http://www.springer.com/978-3-540-67712-3

Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt
Eine Fallgeschichte — vier Betrachtungsweisen
Marotzki, U. (Hrsg.)
2002, XIII, 169 S. 1 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-540-67712-3