Esther Scholz-Minkwitz | Kirsten Minkwitz (Hrsg.)

Ergotherapie sucht Topmodelle

Theorie und Praxis aktuell

Herbsttagung DVE Fachausschuss Neurologie 2013

Neue Reihe Ergotherapie
Herausgeber:
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

Reihe 10: Fachbereich Neurologie
Band 17

Die Herausgeberinnen



Esther Scholz-Minkwitz, Jahrgang 1971, Ergotherapeutin Bachelor of Health in OT. Nach ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin 2002 schloss sie ein Studium an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL) an, um 2003 den Bachelor-Abschluss zu erwerben. Seitdem arbeitet sie in der Praxis für Ergotherapie Ingeborg Vonholt in Hannover in den Fachbereichen Neurologie und Schmerzsyndrome. Seit 2006 ist sie stellvertretende Praxisleitung und für das Qualitätsmanagement zuständig. Berufsbegleitend studiert sie zurzeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim, Holzminden, Göttingen, um ihren Masterabschluss in Ergotherapie zu erwerben. Für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten ist sie seit 2003 für den Fachausschuss Neurologie ehrenamtlich tätig.
Kontakt: e-scholz@gmx.de



Kirsten Minkwitz, Jahrgang 1965, Ergotherapeutin seit 1989. Sie arbeitet seit 1989 in verschiedenen Bereichen der neurologischen Rehabilitation. Seit 1997 ist sie zusätzlich mit einer Spezialisierung auf neurophysiologische Rehabilitationsverfahren in der Fort- und Weiterbildung beschäftigt. Für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten ist sie seit 1990 mit kurzen Unterbrechungen im Fachausschuss Neurologie mit den unterschiedlichsten Aufgaben ehrenamtlich tätig.
Kontakt: k.minkwitz@web.de

Esther Scholz-Minkwitz | Kirsten Minkwitz (Hrsg.)

Ergotherapie sucht Topmodelle

Theorie und Praxis aktuell

Herbsttagung DVE Fachausschuss Neurologie 2013

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.

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

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

1. Auflage 2014
ISBN 978-3-8248-1013-0
e-ISBN: 978-3-8248-0948-6
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2014
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:
Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm
Lektorat: Petra Schmidtmann
Layout: Susanne Koch
Umschlagfoto: 3dmentat – fotolia.com
Druck und Bindung: MedienHaus Plump GmbH,
Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach
Printed in Germany

Inhalt

Sabine George
Vorwort 7

Christiane Mentrup
Das ergotherapeutische Paradigma
Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun? 9

Sabine George
Nur „alter Wein in neuen Schläuchen"? Oder macht klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie einen spür- und messbaren Unterschied? 17

Barbara Aegler | Daniela Senn
Das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) – die Betätigung im Zentrum der ergotherapeutischen Intervention 31

Melanie Hessenauer
Alltagsbetätigungen standardisiert evaluieren und klientenzentriert therapieren: das Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) 47

Gaby Kirsch
Das kanadische Modell CMOP, die Erweiterung zum CMOP-E und die Vorteile, die das modellgeleitete Arbeiten nach CMOP in der Neurologie bietet 65

Birgit Langer
CPPF — Können Prozessmodelle die Arbeit erleichtern? 83

Ulrike Dünnwald
Das PRPP-System der Aufgabenanalyse und Intervention 95

Kathrin Reichel | Katrin Böhme
Occupational Therapy Practice Framework trifft Praxis 113

Sara McEwen | Sabine Vinçon
Der CO-OP-Ansatz bei Erwachsenen mit Schlaganfall 129

Nachwort 147

Der Fachausschuss Neurologie 148

Zur besseren Lesbarkeit wurde in diesem Tagungsband manchmal nur die feminine/maskuline Form für Therapeuten und Klienten verwendet. Selbstverständlich sind jeweils Personen beider Geschlechter gemeint.

Vorwort

30 Jahre alt wird mein persönliches Topmodell dieses Jahr: 1983 wurden die kanadischen „Leitlinien für die klientenzentrierte Praxis in der Ergotherapie" veröffentlicht, die heute in Form des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) mit zu den verbreitetsten und bekanntesten ergotherapeutischen Praxismodellen gehören.

Für meine Kollegen und mich hat die erste Begegnung mit diesem Modell vor fast 15 Jahren viel bewegt. Als wir nach einer Fortbildung begannen, das COPM (Canadian Occupational Performance Measure) mit unseren Klienten anzuwenden, merkten wir nach und nach, dass deren Betätigungsanliegen nicht immer mit dem vereinbar waren, was wir bis dahin in der Ergotherapie getan hatten. Wir erinnerten uns, dass hinter dem COPM auch ein Modell stand, nahmen die Herausforderung an und „krempelten" Schritt für Schritt unsere Arbeit um, sodass sie dem kanadischen Modell entsprach. Wir haben dadurch viel gewonnen. Natürlich war es auch anstrengend. Aber es hat sich gelohnt.

Heute, fast 15 Jahre später, sind die Rahmenbedingungen zur praktischen Umsetzung klientenzentrierter und betätigungsorientierter Ergotherapie so gut wie nie zuvor: Mit der Verabschiedung der ICF verständigten sich die Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2001 auf ein biopsychosoziales Verständnis von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, wie es auch den ergotherapeutischen Praxismodellen zugrunde liegt. In Deutschland wurde das unter anderem in den Sozialgesetzbüchern SGB IX („Rehabilitation und Teilhabe") und SGB XI („Soziale Pflegeversicherung") realisiert: Die selbstbestimmte Teilhabe wird qua Gesetz zu einem wichtigen Ziel von Rehabilitation und Pflege. Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention rückte 2008 zudem die Inklusion in den Vordergrund. Das Recht aller Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe, auch in Form von „Patientenbeteiligung" im Gesundheitswesen, wird dadurch nochmals bestärkt.

Doch wie setzt man dieses Ziel praktisch um? Für die Arbeit mit dem einzelnen Klienten, also auf Mikroebene, sind dazu in letzter Zeit gerade im Bereich der Rehabilitation zahlreiche Umsetzungshilfen entwickelt worden, wie beispielsweise Manuale zur partizipativen Entscheidungsfindung. Die Zeichen für die praktische Umsetzung stehen gut! Um diese mitzugestalten, hat die Ergotherapie schon eine tolle Ausgangsbasis: Prozessmodelle wie das CPPF (s. Beitrag von

B. Langer) und das OTIPM (s. Beitrag von B. Aegler und D. Senn) und zunehmend auch manualisierte Therapieprogramme wie CO-OP (s. Beitrag von S. McEwen und S. Vinçon) zeigen uns Schritt für Schritt, wie klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie in die Praxis umgesetzt werden kann. Und wir haben Assessmentinstrumente, die uns bei der ergotherapeutischen Diagnostik und Evaluation auf „Betätigungskurs" halten, wie das COPM (s. Beiträge von G. Kirsch und B. Langer), das AMPS (s. Beitrag von M. Hessenauer) und das PRPP (s. Beitrag von U. Dünnwald).

Mit diesen „Tools" ausgestattet, sollte uns betätigungsorientiertes und klientenzentriertes Arbeiten auf Mikroebene leicht fallen, zumal die Zeichen der Zeit so günstig stehen wie nie zuvor. Dadurch können wir auch notwendige Veränderungen auf Mesoebene (Institutionen wie Kliniken, Schulen oder Hochschulen) und Makroebene (politisches/Gesellschaftssystem) noch besser mitgestalten, um nicht nur in, sondern vor allem auch außerhalb unserer Therapieräume gemeinsam mit Menschen mit Erkrankung und Behinderung eine inklusive Gesellschaft zu realisieren.

In diesem Sinne danke ich allen Kolleginnen, die an der Ausrichtung und Gestaltung dieser wichtigen Herbsttagung mitwirken, und wünsche Ihnen als Teilnehmer oder als Leser dieses Buches viel Spaß beim „Casting" für Ihr persönliches Topmodell, spannende neue Ideen und viel Erfolg bei der Umsetzung in der täglichen Arbeit!

Herzliche Grüße

Sabine George



Kontakt
Sabine George
Vorstandsmitglied für Standards und Qualität
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
Becker-Göring-Str. 26/1
76307 Karlsbad-Ittersbach
E-Mail: info@dve.info

Christiane Mentrup

Das ergotherapeutische Paradigma
Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun?

Zusammenfassung
In diesem Vortrag gibt die Referentin eine Einführung in die verschiedenen Schichten des ergotherapeutischen Grundlagenwissens und dessen Entwicklung im Verlauf der letzten 100 Jahre. Abgeleitet aus den aktuellen Erkenntnissen ergibt sich eine Perspektive auf die zu erwartenden Schwerpunktthemen im Berufsstand, die neuen Themen und Zielgruppen unseres Berufes.

Schlüsselworte
Paradigma, ergotherapeutisches Grundlagenwissen, Geschichte der Ergotherapie

Einleitung

Der nachfolgende Text gibt eine kurze Einführung in die Schichten des Wissens von Professionen. Dann wird das Paradigma, als innerste Schicht und dessen Entwicklung innerhalb der Ergotherapie näher erläutert. Daraus lassen sich zukünftige Themen und neue Zielgruppen des Berufes ableiten.

Schichten des Wissens

Nehmen wir Steinobst als Metapher für die Schichten des Wissens, so könnten wir die Profession Ergotherapie z. B. mit einer Frucht wie der Aprikose vergleichen: Es gibt einen harten Stein, saftiges Fruchtfleisch und eine umgebende Haut.

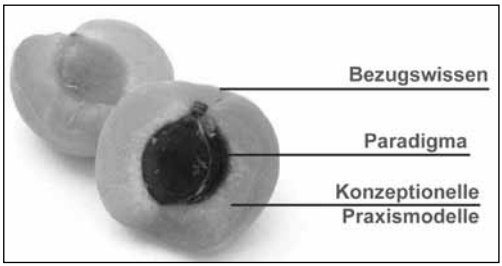

Abbildung 1:
Schichten des Wissens
© Zurich Universities of Applied Sciences and Art

Das Paradigma ist das Herzstück unseres Berufes, der harte Kern (s. Abb. 1). Es bietet grundlegendes Wissen an, definiert den Zweck und die Werte des Berufes. Zudem vereint es die Berufsangehörigen, indem es uns eine gemeinsame Identität bietet, egal, in welchem Fachbereich die jeweiligen Kollegen arbeiten.
Die konzeptionellen Praxismodelle, das saftige Fruchtfleisch, bieten uns ergotherapiespezifisches Wissen an, welches es ermöglicht, die Probleme unserer Klienten zu verstehen und dafür Lösungen zu entwickeln. Es existieren im internationalen Raum verschiedene solcher Modelle und Konzepte nebeneinander. Sie orientieren sich in der Regel am herrschenden Paradigma, weisen oft ähnliche Kernkonstrukte und einen ähnlichen Sprachgebrauch auf, verfügen aber auch über markante eigene Profilmerkmale.
Das Bezugswissen ist die äußere Haut; es sind die Kenntnisse, welche wir von anderen Disziplinen entliehen und (in den Modellen) weiterentwickelt haben und welche unser ergospezifisches Wissen ergänzen. Es handelt sich um eine breite Sammlung von Fakten, Konzepten und Techniken.
Das wissenschaftliche Konzept „Paradigma" wurde zunächst von dem Wissenschaftstheoretiker Thomas S. Kuhn 1970 veröffentlicht.
Ein Paradigmenwechsel wird laut Kuhn [1] durch eine zwischenzeitliche Krise einer Profession ausgelöst. Diese kann entstehen, wenn die Vertreter des Berufsstandes oder externe Personen fundamentale Kritik an den Inhalten üben und der Berufstand sich deshalb entschließt, das Paradigma neu auszurichten. Alternativ kann es zum Wechsel kommen, wenn der Berufsstand als Ganzes sich nicht in der Lage sieht, die Anforderungen entsprechend der bisherigen Ausrichtung zu bewältigen.

Das Paradigma bestimmt also den berufsspezifischen Gegenstandsbereich und unsere Perspektive:

- wie wir Klienten und ihre Bedürfnisse sehen
- was wir als Ergotherapeuten wichtig finden
- was wir tun
- wie wir es tun und
- warum wir es tun

Drei Elemente machen laut Kielhofner [2] das Paradigma aus: die Kernkonstrukte, der Fokus und die Werte des Berufsstandes.
Zu den Kernkonstrukten unseres aktuellen Paradigmas gehört u. a., dass Betätigung für Gesundheit und Lebensqualität essenziell ist. Als Fokus gilt, dass der Gegenstandsbereich unseres Berufes die tätige Person in ihrem individuellen

Umfeld ist. Zu den Werten unseres Paradigmas zählt z. B. die Klientenzentriertheit.
Dieser harte Kern Paradigma ist umrundet vom saftigen Fruchtfleisch, den konzeptionellen Praxismodellen. Sie bieten wichtige Theorien für den Beruf, praktische Hilfsmittel für die Informationssammlung über unsere Klienten und die praktische Arbeit mit ihnen. Zu den Modellen zählen neben etlichen anderen das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP), das Model of Human Occupation (MOHO) und das Occupational Performance Model Australia (OPMA).
Den äußeren Rahmen, oder um bei der Metapher zu bleiben, die äußere Haut setzt sich zusammen aus dem Bezugswissen anderer Disziplinen als Ergänzung des eigenen Fachwissens. Dazu gehören Fakten, Theorien und Konzepte u. a. aus der Medizin (über den menschlichen Körper) und den Sozialwissenschaften (z. B. zu den Rollentheorien).

Paradigmenentwicklung der Ergotherapie

Nun zurück zum eigentlichen Thema, dem Paradigma in der Ergotherapie, und somit zu dessen Kernkonstrukten, dem Fokus, den Werten und deren historischer Entwicklung.

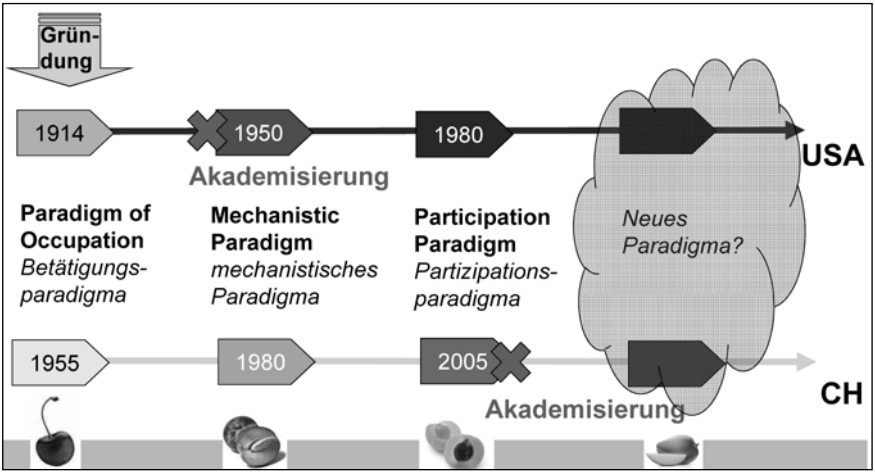

Abbildung 2: Paradigmenentwicklung Ergotherapie (angelehnt an Kielhofner, 2009)
© Zurich Universities of Applied Sciences and Art

Erst vierzig Jahre nach der Gründung des Berufes in den USA etablierte sich die Ergotherapie in den deutschsprachigen Ländern. Auch die Akademisierung passierte hier mit etwa 60-jähriger Verspätung. Die Paradigmen und ihre In-

halte waren im Vergleich mit den USA ähnlich, aber verliefen (siehe Abbildung 2) zeitlich versetzt. Etwa alle 25-30 Jahre erfolgte jeweils nach einer Krise ein Wechsel. Das bedeutete nicht immer totale Richtungswechsel, aber zumindest Modifikationen und Erweiterungen bisheriger Grundannahmen und Werte um wesentliche neue Gesichtspunkte. Zudem erfolgte der Wechsel nicht über Nacht, sondern benötigte in Bezug auf die Implementierung etliche Jahre. Je nach Fachbereich und Setting wurde er mehr oder weniger bereitwillig aufgegriffen und zeitgerecht umgesetzt.
Der Beruf entstand 1914 in den USA. Zu den Gründern zählten u.a. ein Architekt, eine Krankenschwester, ein Psychiater, eine Sozialarbeiterin und eine Handwerkslehrerin.
Vor der Berufsgründung und somit dem Entstehen eines ersten Paradigmas herrschte Ende des 17. und zu Beginn des 18. Jahrhunderts in Teilen Europas und den USA das sogenannte „Moral Treatment" als Hauptströmung der psychiatrischen Versorgung. Eine markante Phase, in der die Patientinnen und Patienten von ihren physischen Fesseln befreit wurden und stattdessen deren Emotionen und sozialen Interaktionen im Zentrum der Behandlung standen. In der Kunst und im Produktdesign entwickelte sich Ende des 19. bis Anfang des 20. Jahrhunderts wiederum in Großbritannien und den USA die „Arts und Crafts"-Bewegung. Als Reaktion auf die Industrialisierung drückte sich hier die Haltung einer Rückbesinnung auf die holistischen Qualitäten des Handwerks aus.
Beide Strömungen trugen in unterschiedlicher Form in Nordamerika dazu bei, dass sich zunächst in den psychiatrischen Einrichtungen der Einsatz von Betätigung zur Gesundheitsverbesserung entwickelte und parallel damit im Anschluss an die Berufsgründung 1914 das erste ergotherapeutische Paradigma, das „occupational paradigm" („Paradigma der Betätigung") entstand.

Im und nach dem Ersten Weltkrieg wurde Ergotherapie in den USA zum ersten Mal vor allem in orthopädischen und psychiatrischen Krankenhäusern mit Kriegsopfern eingesetzt. Es ging v.a. um den Einsatz von Hilfsmitteln und von Betätigung als Möglichkeit zur (Re-)Integration in Arbeit und Gesellschaft. Viele der grundlegenden Annahmen, auf die wir uns heute noch stützen, wurden bereits in dieser Periode entwickelt und formuliert.
Basierend auf der „Arts and Crafts"-Bewegung war man sich einig, dass es in der Ergotherapie um die Arbeit mit den Händen gehen musste. Das Individuum sollte die ganze Produktionskette selbst erleben und gestalten statt, wie mittlerweile im Rahmen der Industrialisierung eingeführt, lediglich dessen Teilschritte.
Betätigung wurde damals nicht als Ablenkung, sondern zum Zweck von Gesundheit und Heilung eingesetzt. Bereits zu dieser Zeit lag der Fokus bei der Betäti-

gung auf dem Zusammenspiel von Körper, Geist und Umgebung. Die Wichtigkeit von Motivation war anerkannt, genauso wie der Zusammenhang zwischen dem Tun und der menschlichen Würde.
Die nachfolgende Krise innerhalb des Berufes führte in den 1950er-Jahren in den USA zur Entstehung des mechanistischen Paradigmas.
Dies ergab sich aus der Dominanz der biomedizinischen Sicht- und Arbeitsweise im Gesundheitssystem. Man konzentrierte sich auf das Körpersystem und setzte es mit einem Uhrwerk gleich. Eine Schädigung des Körpers bedeutete verminderte Fähigkeiten. Dies wurde durch Wiederherstellung des Körpers oder durch Kompensation anhand von Hilfsmitteln ausgeglichen. Entsprechend waren Anatomie, Physiologie und Hilfsmittelbau und -versorgung die wichtigsten Lerninhalte in der damaligen ergotherapeutischen Ausbildung, die in den USA zu dem Zeitpunkt akademisiert wurde.
Betätigung trat in den Hintergrund, stattdessen ging es um die Förderung isolierter Funktionen oder die Verminderung von Einschränkungen und dies zum Teil verknüpft mit sinnentleerten Aufgaben wie dem Stapeln von Holzelementen zum Training von feinmotorischen Fähigkeiten.

Bereits in den 1960er-Jahren gab es in den USA erste Stimmen von führenden Ergotherapeuten, sich wieder auf den Ursprung der Ergotherapie zu besinnen, der Betätigung und somit wieder einen holistischen und humanistischen Blickwinkel auf das Individuum einzunehmen.
Das daraus resultierende zeitgenössische Paradigma wurde von Kielhofner [2] als „emerging paradigm", somit als das „entstehende Paradigma" bezeichnet. Ich werde es als Arbeitstitel „Paradigma der Partizipation" nennen. In den USA etablierte es sich in den 1980er-Jahren. In den deutschsprachigen Ländern verlief die Entwicklung ähnlich wie zuvor um ca. 25 Jahre verspätet im Vergleich zu den amerikanischen Vorreitern (siehe Abbildung 2).

Die 1970er und -80er Jahre waren zudem die Blütezeit der Entwicklung von ergotherapeutischen Theorien, Modellen und Befunderhebungsinstrumenten.
Darüber hinaus wurde 1989 an der University of Southern California mit der Gründung der Occupational Science eine weitere wichtige wissenschaftliche Grundlage für die Ergotherapie geschaffen.

Das zeitgenössische „Paradigma der Partizipation" geht von folgenden Grundannahmen aus:

- Menschen haben ein intrinsisches Bedürfnis tätig zu sein.
- sie können Betätigungsstörungen erleben.
- Betätigung kann therapeutisch eingesetzt werden.
- Betätigung fördert Gesundheit und Wohlbefinden.
- bedeutungsvolle Betätigung ermöglicht die Teilhabe (auch Partizipation genannt) an der Gesellschaft

Dieses zeitgenössische Paradigma führt dazu, dass wir unsere Klienten darin unterstützen, für sie und ihr Umfeld relevante und wertvolle Betätigungen auszuführen, wie das Einnehmen von Mahlzeiten, die Erledigung von Hausarbeiten, die Durchführung von Freizeitaktivitäten, aber auch das Erfüllen von produktiven Verpflichtungen als Mitglieder einer Gesellschaft wahrzunehmen und somit an der Gesellschaft zu partizipieren.
Einen wesentlichen Beitrag zur Ausrichtung des Paradigmas ergab sich aus der zunehmenden Bedeutung von den Sozialwissenschaften in der Ergotherapie und der Veröffentlichung der WHO International Classification of Function. Letzteres unterstützt ergotherapeutisches Gedankengut mit der zentralen Aussage von Partizipation als zentralen Einflussfaktor für Gesundheit und Wohlbefinden.

Zu den zentralen Werten des zeitgenössischen Paradigmas gehören:
- bedeutungsvolle Betätigung: wesentlicher Bestandteil für Wohlbefinden und Lebensqualität
- Life Balance: Bedeutung einer Ausgewogenheit zwischen den Lebensbereichen
- Interdependenz: der Mensch als Bestandteil eines größeren Gefüges, angewiesen und abhängig von seinen Mitmenschen
- Befähigung der Klienten: gemäß eigenen Wünschen und Entscheidungen, durch aktive, bedeutungsvolle Betätigungen am Leben in der eigenen Lebenswelt teilhaben zu können
- klientenzentrierte Praxis: therapeutische Beziehung als partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Klienten, getragen durch Sorge und Empathie

Neues Paradigma

Ich behaupte, ein neues Paradigma steht vor der Tür. Betätigungsgerechtigkeit wird zu dessen Fokus werden. Der Name könnte somit „occupational justice paradigm" lauten. Das „Paradigma der Betätigungsgerechtigkeit" würde aus jetziger Perspektive u. a. die folgenden vier Inhalte aufweisen:
- Neuklassifikation von Betätigungen
- Inklusion

- fairer Zugang
- Partnering for Change

Bei der „Neuklassifikation von Betätigungen" geht es um die Revision der Unterscheidung zwischen Arbeit und anderen Betätigungen und der damit einhergehenden bisherigen gesellschaftlichen Bewertung von bezahlter und unbezahlter Arbeit.
Das Konzept der Inklusion bedeutet, dass jeder Mensch das Recht hat und von der Gesellschaft darin unterstützt wird, bedeutungsvolle Betätigungen durchzuführen.
Mit „fairer Zugang" ist die Accessibility zu Betätigung für alle Menschen, u.a. natürlich für diejenigen, welche aus körperlichen, altersbedingten, wirtschaftlichen oder geografischen Gründen bisher nicht über diesen Zugang verfügten, gemeint. Dazu gehört die Schaffung von gleichen Voraussetzungen z.B. in Form von Universal design, dem Konzept, dass Geräte und Umgebungen derart gestaltet werden, dass sie für möglichst viele Menschen ohne weitere Anpassung nutzbar sind.
Unter „Partnering for change" versteht man Programme, die gemeinsam mit den Betroffenen, interprofessionellen Partnern und politischen Stakeholdern entwickelt werden.
Ich gehe davon aus, dass es in Zukunft neue Empfänger ergotherapeutischer Leistungen geben wird. Neben den zu erwartenden Gruppierungen von hochbetagten und/oder multimorbiden Menschen werden sich neue Einsatzmöglichkeiten bei adipösen Kindern und Jugendlichen, medienüberforderten Kindern und Jugendlichen, aufmerksamkeitsgestörten Menschen, sozial verwahrlosten Menschen, arbeitslosen Personen, wirtschaftlich benachteiligten Familien und Einzelpersonen, Flüchtlingen und alternden Migranten ergeben.
Um auf unsere ursprüngliche Metapher zurückzukommen. Die Frucht Ergotherapie hat sich über die Jahre verwandelt. Aber es ist Steinobst geblieben. Wir wissen noch nicht, wie die zukünftige Frucht aussehen und munden wird, aber wir können daran mitwirken, sie zu gestalten.
Es geht darum, dass die Berufsangehörigen zusammen mit den Verbänden und den (Hoch-)Schulen berufliche Verantwortung für Veränderungen übernehmen, das diesbezügliche Bewusstsein in der Gesellschaft stärken und eine gesellschaftliche Verankerung unterstützen.
Wir sollten zukünftige Partner identifizieren, uns vernetzen und Internationalisierung fördern, um gemeinsam diesen wichtigen Beruf für die Zukunft vorzubereiten.

Sehr viele Fragen sind noch offen und ich erwarte Diskussionsbedarf, Kontroversen und Stolpersteine auf dem weiteren Weg in das neue Paradigma. Dazu gehören Themen wie:

- Verbleiben in etablierten Arbeitsbereichen?
- Neue Arbeitsbereiche, neue Zielgruppe?
- Schnittstellen mit anderen Berufen?
- Finanzierung neuer Leistungen?

Literatur

1. Kielhofner G. (2009). Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice. 4. Auflage. Philadelphia: F.A Davis.
2. Kuhn TS. (1991). Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. 11. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.



Kontakt
Prof. Christiane Mentrup
Leiterin Institut für Ergotherapie
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Winterthur, Schweiz
E-Mail: ment@zhaw.ch