Ulrike Marotzki

Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung

Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie

Wissenschaftliche Schriften
im Schulz-Kirchner Verlag

Reihe 7
Beiträge zur Psychologie
Band 107

Ulrike Marotzki

Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung

Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie

Schulz-Kirchner Verlag

Idstein 2004

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

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

1. Auflage 2004
ISBN 3-8248-0377-1
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2004
Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 9

2 Rekonstruktion wichtiger ergotherapeutischer Konzeptionen und ihrer Vorläufer 14

2.1 Historische Vorläufer ergotherapeutischer Therapiekonzeptionen 16

2.1.1 Moral Treatment (18. und 19. Jahrhundert) 16

2.1.2 Arts and Crafts Bewegung 23

2.2 Erste professionelle Konzeptionen in Annäherung und Abgrenzung zu Entwicklungen der Medizin 27

2.2.1 In der Tradition der Vorläufer: das Habit Training 30

2.2.2 In Anlehnung an die Medizin: der funktionelle Einsatz des Handwerks und anderer Betätigungen 34

2.3 Aktuelle professionelle Therapiekonzeptionen 45

2.3.1 Funktionell orientierte therapeutische Konzepte 49

2.3.2 Lebens- und arbeitsweltbezogene Konzeptionen 57

2.4 Abschlussbetrachtung 69

3 Kernbegriffe der Ergotherapie 75

3.1 Deutschsprachiger Raum 75

3.2 Englischsprachige Fachdiskussion: *Occupation* und *Activity* 77

4 Professionelles Arbeiten in der Ergotherapie – ein sensibilisierender Analyserahmen 87

4.1 Allgemeine Merkmale personenbezogener Dienstleistungen 90

4.1.1 Kommunikative und dialogische Merkmale 90

4.1.2 Gestaltung der Beziehungsebene 91

4.2 Konzept 1: Kreativität des Handelns und die Voraussetzungen autonomer Handlungsfähigkeit 93

4.2.1 „Entdeckung“ von Zielen und Zwecken 95

4.2.2 Körperschema einbeziehen 98

4.2.3 Sympathie und Perspektivenübernahme 100

4.3 Zwischenbetrachtung 101

4.4 Konzept 2: Klinisches Reasoning in der Ergotherapie 102
4.4.1 Praktisches Wissen 104
4.4.2 Arbeit mit Alltagssituationen 105
4.4.3 Two-Body-Practice 105
4.4.4 Underground Practice 108
4.4.5 Formen des klinischen Reasoning 109
4.4.6 Zusammenfassung 115
4.5 Konzept 3: Arbeitsprozesse in der „Arbeit“ mit Menschen 120
4.5.1 Trajectory 122
4.5.2 Arbeitsbogen 125
4.5.3 Arbeitstypen 129
4.5.4 Anwendung auf den Ergotherapieprozess 137
4.6 Abschlussbetrachtung: Positionen zur Analyse professionellen Arbeitens in der Ergotherapie 140
4.6.1 Position *Lebensweltorientierung* 141
4.6.2 Position *Klinisches Reasoning* 143
4.6.3 Position *ergotherapeutischer Prozess im institutionellen Kontext* 143
4.6.4 Die Professionelle Haltung der Ergotherapeutin 144

5 Methodologie und Methoden der empirischen Studie 145
5.1 Methodologische Einordnungen 145
5.2 Methodische Konsequenzen 149
5.3 Untersuchungsdesign 152
5.3.1 Was ist der Fall? 152
5.3.2 Das Sample 153
5.4 Datenerhebung 160
5.4.1 Leitfadeninterviews mit Expertinnen 161
5.4.2 Teilnehmende Beobachtungen 166
5.4.3 Videoaufnahmen 167
5.4.4 Dokumentensammlung 167
5.5 Auswertungsverfahren 167
5.5.1 Transkription und computergestützte Auswertung 168

5.5.2 Formale Textanalyse und Phasenbeschreibung 168
5.5.3 Kodierparadigma der Grounded Theory 170
5.5.4 Metaphernanalyse 172
5.6 Reflexion des Forschungsprozesses 174
5.7 Zusammenfassung der fünf Datenauswertungsschritte 180

6 Professionelles ergotherapeutisches Arbeiten – Ergebnisse der empirischen Studie ____ 182
6.1 Aufbau der Fallportraits 183
6.2 Bedingungsstrukturen ergotherapeutischer Prozesse 185
6.2.1 Institutionelle Bedingungsstrukturen 186
6.2.2 Personale und interaktive Bedingungsstrukturen 188
6.3 Drei Ergotherapieprozessmuster 190
6.3.1 Balancierendes Ergotherapieprozessmuster 192
6.3.2 Abschließende Betrachtung 226
6.3.3 Transitorisches Ergotherapieprozessmuster 227
6.3.4 Abschließende Betrachtung 242
6.3.5 Prozessmuster *Ergotherapeutische Aktivitäten in sozialen Situationen* 243
6.3.6 Abschließende Betrachtung 269
6.4 Zusammenfassung 270

7 Professionalisierung der Ergotherapie – Ein Ausblick ____ 277
7.1 Die spezifische Form des Klientenbezugs 278
7.2 Spezifische Form des Wissens und dessen Vermittlung 284

8 Literaturverzeichnis ____ 287
8.1 Quellenverzeichnis Fotos 301

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit gilt der beruflichen Praxis eines noch jungen Gesundheitsberufes, der Ergotherapie. Die Fragestellung hat zwei Ausgangspunkte, die ich im Folgenden skizzieren möchte.

Profession der Ergotherapie: Der Beruf der Ergotherapie existiert in Deutschland seit genau 50 Jahren. Er ist ein junger nicht ärztlicher Gesundheitsberuf, der nach dem zweiten Weltkrieg entstand und neben der Physiotherapie und der Logopädie mittlerweile zu einer tragenden Säule in der medizinischen Versorgung und Rehabilitation geworden ist. Leider gibt es keine gesicherten statistischen Angaben über die Anzahl der Berufsmitglieder und ihre Beschäftigungsverhältnisse. Ich beziehe mich deshalb auf Schätzwerte des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) aus dem Jahr 2004. Hiernach wird für Deutschland von insgesamt 35.000 berufstätigen Ergotherapeutinnen ausgegangen (Miesen 2004, 72). Ergotherapeutinnen mit Praxiszulassung werden in einer Erhebung vom DVE 3.420 erfasst (Ferber, 2004, 224). Im Berufsverband organisieren sich im selben Jahr 11.816 Berufsangehörige (a.a.O., 218). Von den 171 deutschen Schulen wird derzeit jährlich von ca. 4.200 Abgängerinnen und Abgängern ausgegangen (Miesen, 2004, 71). Die Entwicklungen des Gesundheitswesens in den letzten 30 Jahren haben zu einer starken Expansion dieser Berufsgruppe geführt. Schewior-Popp (1994) spricht von einer Phase der quantitativen Erweiterung und qualitativen Differenzierung des Berufsbildes ab Ende der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts. Eine wichtige Entwicklung, die im zweiten Kapitel dieser Arbeit noch weiter ausgeführt wird, ist die Orientierung des Berufes der Ergotherapie an den Entwicklungen der Medizin und ihrer Fächerstruktur.

Ab den siebziger Jahren, Beyermann (2001) geht von den achtziger Jahren aus, begann in der deutschen Ergotherapie ein Professionalisierungsschub über den Erwerb von Methodenkompetenz, der sich in der Expansion des Fortbildungsmarktes in den folgenden Jahrzehnten niederschlug. Auch in der Ausbildung, die seit 1977 bundeseinheitlich mit einer ersten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (BeArbThAprO) geregelt wurde, fand diese Entwicklung ihren Niederschlag. Mit dem zunehmenden Erwerb von Methodenkompetenz in überwiegend funktionell orientierten Therapiekonzepten wurde die Ausdifferenzierung des Berufsbildes im Sinne der medizinischen Fächersystematik verstärkt und auf diese Weise die Verankerung der Orientierungen der Professionsangehörigen in einem medizinischen Denken und Erklären gefestigt.

Hier ergibt sich der erste Ausgangspunkt meiner Fragestellung: Mit einer zunehmenden Differenzierung des Berufsbildes, die eine Orientierung an der Medizin eher verstärkt, ist anzunehmen, dass die zentrifugale Bewegung, die die

Berufsangehörigen in die medizinische Spezialisierung führt, dazu beiträgt, dass ein innerer Zusammenhalt des Berufes der Ergotherapie gefährdet wird. Es ist zu fragen, welches denn dieser innere Zusammenhalt sein könnte. Zum professionellen ergotherapeutischen Arbeiten gehört ganz eindeutig Methodenkompetenz. Allerdings erschöpft es sich nicht in dieser. Um der gestellten Frage nachzugehen, habe ich mich mit der Geschichte des Berufsbildes beschäftigt. Auf dieser Grundlage gehe ich davon aus, dass aus der historischen Entwicklung des Berufsbildes Wertevorstellungen hervorgegangen sind, die heute eine, wenn auch eher implizite, gemeinsame Grundorientierung der Berufsangehörigen bilden. Sie hängen mit der zentralen Annahme zusammen, dass sich Menschsein auch über den Weg verwirklicht, aktiv bzw. tätig sein zu können (vgl. Reilly, 1962; Arendt, 1985). Diese Wertevorstellungen erfordert eine Orientierung am Menschen als *ganzer Person*, d.h. in seinen Wünschen und Vorstellungen zur Gestaltung seines Lebens und seiner Betätigungen[1]. Die hiermit angedeutete Orientierung der Profession der Ergotherapie steht jedoch in einem gewissen Spannungsverhältnis zu Gegenstandsverständnissen funktionell orientierter Therapiekonzepte, die im Gefolge neuropsychologischer und neurophysiologischer Erkenntnisse entwickelt wurden und heute fester Bestandteil der ergotherapeutischen Berufspraxis sind. Wie wird in der alltäglichen professionellen ergotherapeutischen Arbeit mit diesen Widersprüchlichkeiten umgegangen? Wie werden sie den Klienten vermittelt?

Gesundheitswesen und gesellschaftlicher Wandel: Als gesellschaftlicher Funktionsbereich ist das Gesundheitswesen von einem nachhaltigen Wandel betroffen. Auf verschiedenen Ebenen finden Transformationsprozesse statt. Diese möchte ich hier mit einigen Stichworten andeuten: Durch den elektronischen und gentechnischen Fortschritt werden die Möglichkeiten zu lebenserhaltenden und –verlängernden Maßnahmen zunehmend gesteigert. Hiermit einher geht eine soziodemographische Entwicklung, die für die nächsten Jahrzehnte eine drastische Zunahme alter Menschen prognostiziert. Im Gefolge der Überalterung der Bevölkerung und der verbesserten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zeichnet sich eine Zunahme der chronischen Erkrankungen ab, die anderer Behandlungsformen bedürfen als Akutkranke (vgl. Badura & Feuerstein, 1996; Gerdes & Weis, 2000). Gesellschaftliche Modernisierungsprozesse führen zu Auflösungen tradierter Lebenszusammenhänge. Beck (1986) hat hierfür den Begriff der *Risikogesellschaft* geprägt. Die genannten Punkt haben Auswirkungen auf die Anforderungen an professionelle Helfer im Gesundheitswesen: Die biographischen und sozialen Hintergründe der Klienten sind

[1] Die Klärung meiner ergotherapeutischen Begrifflichkeit nehme ich im dritten Kapitel dieser Arbeit vor. Hier sei soviel gesagt, dass ich den in der angelsächsische Literatur der Ergotherapie üblichen Begriff der *Occupation* mit dem Begriff der Betätigung übersetze.

zunehmend durch Brüche gekennzeichnet und schwierig zu durchschauen. Sie müssen genauer erforscht werden, um Anhaltspunkte für den Ansatz angemessener gesundheitsbezogener Dienstleistungen zu finden. Auch aus dieser Sicht lässt sich die Notwendigkeit einer professionellen Haltung für die rehabilitative und therapeutische Praxis ableiten, die offen ist für die Hintergründe und Motive, die Personen leiten, die selbst durch eine Krankheit oder Behinderung hochgradig in ihren Orientierungen verunsichert sind. Allerdings, dies hat die interaktionistisch geprägte professionstheoretische Debatte gezeigt, ist diesen Anforderungen nicht mit disziplinärem und Methodenwissen zu begegnen. Vielmehr bestehe die Anforderung darin, das eigene Nicht-Wissen zu balancieren. Professionelle sind darauf angewiesen, Lösungswege für Problembereiche zu finden, für die ihre Wissens- und Handlungsressourcen nicht ausreichen (vgl. Schütze, 1992).

Die Frage, der ich in dieser Arbeit nachgehen möchte, betrifft das professionelle Arbeiten von Ergotherapeutinnen. Zu ihm gehören grob umrissen Fachwissen, Methodenkenntnisse, Werthaltungen und Orientierungen, die sich vor dem Hintergrund beruflicher und privater Erfahrungen bilden und entwickeln. Ich möchte sowohl die Arbeit von Ergotherapeutinnen mit ihren Klienten in den Blick nehmen als auch die institutionellen Bedingungen, unter denen diese Arbeit stattfindet. Im Mittelpunkt steht für mich deshalb der Ergotherapieprozess, an dem die Klientenarbeit und ihre Einbettung in die Institution in besonderer Weise sichtbar werden. Über die in dieser Arbeit gewählte rekonstruktive Perspektive werden die professionellen Orientierungen von Ergotherapeutinnen formulierbar und hiermit gleichsam ein Teil des „impliziten Wissens“ (vgl. Polanyi, 1966) der Profession in Sprache gehoben.

Aus den eben skizzierten Ausgangspunkten geht hervor, dass Ergotherapie im klinischen Zusammenhang und im gesellschaftlichen Gefüge sich mit unterschiedlichen und widersprüchlichen Anforderungen und Orientierungen auseinandersetzen muss. Als Stellvertreterin für die ergotherapeutischen Problemdefinitionen im funktionellen und eher bio-medizinischen Arbeitsbereich ist dies einmal die medizinische Diagnose. Dies ist zweitens die von mir so genannte Lebensweltorientierung, in der die Therapeutin die Anstrengung unternimmt, sich an den Wünschen und Bedürfnissen sowie an den Betätigungswünschen der Klienten zu orientieren (vgl. 4.6.1). In diesem Spannungsverhältnis bewegt sich eine ergotherapeutische Praxis, die selbst in einem widersprüchlichen gesellschaftlichen Kontext agiert. Die Anforderung, die sich an ergotherapeutische Praxis stellt, liegt darin, gemeinsam mit dem Klienten an seiner Handlungsfähigkeit zu arbeiten und hierbei die skizzierten Perspektiven in der praktischen Arbeit zu verbinden. Ich möchte Formen finden, um diese spezifische berufliche Praxis in ihren Möglichkeiten und ihren Belastungen näher zu beschreiben. Hiermit möchte ich einen Beitrag zur Praxisforschung der Ergothe-

rapie leisten, da viel Wissen, das in der ergotherapeutischen Praxis vorhanden ist, bisher noch nicht expliziert worden ist. Die Explikation von Denk-, Entscheidungs- und Handlungsformen der Praxis ist der erste Schritt, um dieses Wissen lern- und lehrbar zu machen. Hiermit wird die gängige Vorstellung von der hierarchischen Beziehung zwischen Theorie und Praxis auf den Kopf gestellt: Nicht nur die Theorie informiert die Praxis, sondern auch die Praxis informiert die Theorie.

Zur Klärung dessen, was im ergotherapeutischen Sinne mit *Handlungsfähigkeit* gemeint sein kann, möchte ich an dieser Stelle auf die Definition der funktionellen Gesundheit Bezug nehmen, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (kurz ICF[2]) verfasst wurde. Die Definition funktioneller Gesundheit lautet:

> Eine Person gilt als *funktional gesund*, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (*Konzept der Kontextfaktoren*) –
>
> – ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der *Körperfunktionen und –strukturen*),
>
> – sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinn der ICD) erwartet wird (Konzept der *Aktivitäten*),
>
> – sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der *Teilhabe an Lebensbereichen*) (Schuntermann, 2003, 3).

Das dieser Definition zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell sieht Gesundheit und Behinderung als Resultat einer Wechselbeziehung mehrerer Komponenten. Die Begrifflichkeiten der Definition korrespondieren mit Aspekten, die in spezifischer Form durch ergotherapeutische Angebote angesprochen bzw. einbezogen werden: *Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten, Teilhabe bzw. Partizipation und Kontextfaktoren*. In der vorliegenden Definition werden die drei Ebenen integriert gedacht, damit ein Mensch seine Handlungsfähigkeit entfalten kann. Diese Definition liegt dieser Arbeit zugrunde.

Aufbau der Arbeit

Im *zweiten Kapitel* rekonstruiere ich wichtige ergotherapeutische Konzeptionen und ihre Vorläufer. Hiermit greife ich unter historischer Perspektive die Frage nach der Orientierung der Ergotherapie zwischen medizinischer Diagnose und

---

[2] Die Abkürzung ICF steht für die englische Bezeichnung: International Classification of Functioning, Disability and Health.

Lebensweltbezug auf. Entstanden ist hierbei ein Überblick über wichtige Schritte der Professionalisierung der Ergotherapie über Landes- und Kontinentgrenzen hinweg.

Im *dritten Kapitel* befasse ich mich mit ausgewählten Kernbegriffen der Ergotherapie. Ich beziehe mich auf eine Auseinandersetzung, die bisher überwiegend in den angelsächsischen Ländern geführt wurde und nun auch in Deutschland eine Diskussion entfacht hat. Ich befasse mich mit diesen Begriffen vor allem, um für mich selbst eine Begriffskonvention festzulegen und in der Anwendung der Begriffe zwischen Aktivität (Activity) und Betätigung (Occupation) zu unterscheiden.

Im *vierten Kapitel* errichte ich einen sensibilisierenden Rahmen für die Betrachtung der Ergotherapie als professionelle Arbeit. In diesem Rahmen betrachte ich theoretische Ansätze und Studien, die mir eine analytische Perspektive für die Auswertung meiner Daten ermöglichen. Hierfür entwickle ich im letzten Unterkapitel zusammenfassende Positionen.

Im *fünften Kapitel* entfalte ich den methodologischen und methodischen Rahmen meiner empirischen Studie. Hier werden das Untersuchungsdesign, Datenerhebung und Datenauswertung dargestellt sowie eine Reflexion des Forschungsweges vorgenommen.

Im *sechsten Kapitel* werden die Ergebnisse der empirischen Studie dargestellt. Hierzu gehört zunächst eine Beschreibung der institutionellen, personalen und interaktiven Bedingungen, unter denen die ergotherapeutischen Prozesse meiner Fälle abgelaufen sind. Ich habe in den Daten drei Ergotherapieprozessmuster gefunden, deren Darstellung ich über rekonstruierte Fälle entfalte.

In einem *siebten Kapitel* nehme ich einen Ausblick vor und ordne die Relevanz meiner Ergebnisse vor allem in Bezug auf Fragen einer Ausbildung, die sich im Rahmen des Professionalisierungsprozesses des Berufes zunehmend auf die Hochschulebene verlagert.

Eilige Leser können sich über die Zusammenfassungen, Zwischen- und Abschlussbetrachtungen, die ich den Kapiteln beigefügt habe, ein schnelles Bild über die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsschritte machen.

Noch zwei abschließende Bemerkungen: Durchgehend verwende ich zur Bezeichnung der Professionszugehörigen der Ergotherapie die weibliche Form. Ich spreche also von der *Ergotherapeutin*. Ich tue dies, da 80 % der Professionsangehörigen Frauen sind. Natürlich sind die männlichen Berufsvertreter immer mitgemeint. Bis auf das Geschichtskapitel verwende ich den *Klientenbegriff* für die Nutzer der Ergotherapie. Ich halte diesen Begriff für eine ergotherapeutische Praxis für passender als den Patientenbegriff, weil er aus meiner Sicht stärker den aktiven Part der Nutzerseite ergotherapeutischer Angebote zum Ausdruck bringt.

2 Rekonstruktion wichtiger ergotherapeutischer Konzeptionen und ihrer Vorläufer

Zur Geschichte der deutschen Ergotherapie ist seit der Entstehung des Berufes relativ wenig publiziert worden. In dem lange Zeit einzigen deutschen Lehrbuch der Ergotherapie, dem von Jentschura in der Zeit von 1959 bis 1979 dreimal neu bearbeitet herausgegebenen Band *Beschäftigungstherapie. Grundlagen und Praxis* (vgl. Jentschura & Janz, 1979), wurde der Geschichte des Berufes kein eigenes Kapitel gewidmet. Die Gliederung des Buches folgt streng der Systematik medizinischer Fachbereiche, in denen Ergotherapie zum therapeutischen Angebot gehört. Nur den Kapiteln zur Arbeitstherapie und ansatzweise zur Behandlung Tuberkulosekranker ist im jeweiligen allgemeinen Teil ein geschichtlicher Überblick zum Einsatz von Arbeit und Beschäftigung als Mittel der Therapie beigefügt. Erst im 1999 von Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn herausgegebenen Nachfolgelehrbuch *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (vgl. Scheepers et al., 1999) findet sich erstmals ein Kapitel zur Berufsgeschichte. Wenige weitere Publikationen sind in diesem Zusammenhang zu nennen: Susanne Schewior-Popp legte 1994 eine vergleichende Untersuchung zu Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in Ergotherapie und Krankengymnastik vor (vgl. Schewior-Popp, 1994) und Manfred Marquardt befasste sich in einer ersten Publikation mit der Geschichte des deutschen Berufsverbandes der Ergotherapeuten von den ersten Anfängen des Berufes 1947 bis zum Jahr 1988 (vgl. Marquardt, 1988). Inzwischen liegt vom gleichen Autor die Fortschreibung dieses Projektes als *Geschichte der Ergotherapie* für den Zeitraum von 1954 bis 2004 vor (vgl. Marquardt, 2004). Ein Kapitel zur beruflichen Entwicklung der deutschen Ergotherapie findet sich auch im *Berufsprofil Ergotherapie*, welches unter Leitung von Maria Miesen und dem DVE in diesem Jahr herausgegebenen wurde (vgl. Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Miesen, 2004). Heike Reick (2004) sowie Barbara Heller, Ute Heller, Yvonne Kiefer und Anne-Joy Milbers (2004) haben sich der Entwicklung der deutschen Ergotherapie und ihrer Leitideen in ihren Bachelorarbeiten empirisch, nämlich über die Perspektive von Professionsangehörigen genähert. Gerade die beiden letztgenannten aktuellen Publikationen lassen vermuten, dass, nach einer langen Phase der Konzentration des Berufes auf das aktuelle Tagesgeschäft, die Zeit nun auch in Deutschland reif sein könnte, für einen zunehmend reflexiven Umgang mit der Geschichte der eigenen Profession.

Weit mehr als in Deutschland haben sich amerikanische Ergotherapeutinnen mit der Geschichte des Berufes der Ergotherapie auseinandergesetzt. Dass die historische Beschäftigung mit der eigenen Geschichte in den USA wesentlich intensiver geführt wird als hierzulande, hat mindestens zwei Gründe: *Erstens*

reicht die Professionsgeschichte der amerikanischen Ergotherapie bis in das zweite Jahrzehnt des letzten Jahrhunderts zurück. Auch wenn die Idee des Einsatzes von Betätigung als Mittel der Therapie in europäischen Ländern weit in die europäische Geschichte zurückgeht, hat der *Beruf* der Ergotherapie in den USA die längste Geschichte vorzuweisen. Die Berufsgründung geht dort auf das Jahr 1917 zurück. In Deutschland entstand Ergotherapie als Beruf hingegen erst nach dem zweiten Weltkrieg. *Zweitens* wird die ergotherapeutische Ausbildung in den USA an Universitäten vermittelt. Die Ansiedlung der Ausbildung an Hochschulen ermöglicht, sich neben der Lehre auch forschend mit der eigenen Geschichte zu befassen. Die bisherige deutsche Ausbildung an Berufsfachschulen und die starke Praxisorientierung des Berufes ließ für eine kritische und über historische Fakten hinausgehende reflexive Auseinandersetzung mit dem Beruf keinen Raum.

Eine kritische Analyse der eigenen Berufsgeschichte fand in den USA verstärkt Ende der siebziger und Anfang der achtziger Jahre statt (vgl. Shannon, 1977; Kielhofner & Burke, 1977; Christiansen, 1981). Ein Leitmotiv der überwiegend im *American Journal of Occupational Therapy* geführten Auseinandersetzung kann darin gesehen werden, in einer Krisensituation des Berufes einerseits nach dessen Ursprüngen zu suchen und andererseits Wandel und Kontinuitäten des Berufsbildes im Spannungsfeld gesellschaftspolitischer, medizinischer und technischer Entwicklungen zu beschreiben. Man könnte hier also durchaus von einer Zeit der Identitätssuche der amerikanischen Ergotherapie sprechen. Die großen Grundlagen- und Lehrbücher der amerikanischen Occupational Therapy, so das von Elisabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn & Berbara A. Boyt Schell (2003) in der 10. Auflage herausgegebene *Willard & Spackman´s Occupational Therapy*, haben diese kritische Geschichtsrezeption in ihren historischen Kapiteln aufgegriffen[3]. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass diese Geschichtsinterpretation mittlerweile zum berufskundlichen Allgemeinwissen amerikanischer Ergotherapeutinnen zählt. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, die amerikanische Geschichtsauslegung zu überprüfen. Die Beschäftigung mit einigen historischen Texten zum Einsatz von Arbeit und Beschäftigung als Mittel der Therapie lassen die Hauptargumentationslinien aber als logisch nachvollziehbar und überzeugend erscheinen.

Die in diesem Kapitel berücksichtigten Entwicklungen des Berufes interessieren v.a. in Hinblick auf ihren Beitrag zum Verständnis der heutigen Situation der deutschen Ergotherapie. Im Folgenden werden sechs ergotherapeutische Therapiekonzeptionen dargestellt, die als Resultat eines geschichtlichen und geografischen Wanderungsprozesses einer Berufsidee zu verstehen sind. So

[3] Vergleiche auch Mosey, 1986; Christiansen & Baum (Eds.) 1997; Kielhofner, 1997