

Praxismodelle der Ergotherapie

Rosemary Hagedorn

- 2.1 Das Verhältnis von Modell und Theorie – 16**
- 2.2 Die Entwicklung der ergotherapeutischen Berufspraxis – ein evolutionärer Prozess – 17**
 - Stadium 1: Entwicklung und Erkundung – 17
 - Stadium 2: Standardisierung versus Diversifizierung – 17
 - Stadium 3: Akademische Untersuchung – 18
 - Gibt es ein Stadium 4? – 18
- 2.3 Entwicklung von Praxismodellen in den USA – 18**
- 2.4 Diskussion um Begrifflichkeiten – 20**
- 2.5 Verständnis der Konzepte – 20**
 - Geborgtes Wissen – 21
 - Veränderungsprozesse – 21
 - Die ergotherapeutische Variante – 22
 - »Pure« Ergotherapie – 23
 - Der »große« Entwurf – 25
 - Umsetzung der Theorie in die Praxis – 26
- Glossar – 26**
- Literatur – 26**

2.1 Das Verhältnis von Modell und Theorie

In ▶ Kap. 1 wurden unterschiedliche Auffassungen von ▶ Theorie dargestellt. Angesichts dieser Verschiedenheit verwundert auch die Feststellung nicht, dass es zusätzlich noch unterschiedliche Auffassungen über das **Wesen eines Praxismodells** gibt und darüber, wie Modelle zu beschreiben sind. Darum geht es in diesem Kapitel. Der Begriff ▶ »Modell« wird hier für jede Form einer Beschreibung von Berufspraktiken benutzt, die von Therapeuten entwickelt wurden. Manchmal werden die Worte »Theorie« und »Modell« synonym verwendet. Christiansen u. Baum (1997) bemerken: »Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur der Ergotherapie zeigt bald, dass unter den Verfasser*innen wenig Übereinstimmung darüber herrscht, wie das organisierte Fachwissen zu beschreiben ist. Die Begriffe ▶ ‚Theorie‘, ▶ ‚Modell‘, ▶ ‚Bezugsrahmen‘ und ▶ ‚Paradigma‘ werden auf verschiedenste Weise benutzt, um Teilmen*gen des beruflichen Wissens darzustellen« (S. 41).

Zu diesem Schluss kommen auch eine Reihe weiterer Autoren. Was wäre dann die **Beziehung zwischen Theorien und Praxismodellen**? Sind beide Begriffe einfach Synonyme oder unterscheiden sie sich? Leider gibt es auf diese Frage keine einfache Antwort. Young u. Quinn (1992) schlagen folgende Erklärung vor: »Modelle stellen im Wesentlichen Datenmaterial deskriptiv dar und müssen nicht unbedingt Voraussagen machen, ob wohl sie es manchmal tun. Eine angemessene Theorie hingegen macht klare Voraussagen. So bemerken Chorley u. Haggett (1967), dass sich Modelle und Theorien nicht mit den gleichen Begriffen evaluieren lassen. Sie weisen darauf hin, dass wir wohl sagen können, eine Theorie sei (vorläufig) wahr oder falsch; ein Modell hingegen können wir höchstens als ‚passend‘ oder ‚unpassend‘, ‚anregend‘ oder ‚dergleichen bezeichnen«.

▶ Theorien bieten, wie schon gesagt, eine Erklärung für irgendeinen Aspekt der Welt, in der wir leben. Theorien, die im Rahmen des reduktionistischen Paradigmas aufgestellt wurden, werden geprüft, indem die Forschung sie zu widerlegen versucht.

Ein ▶ **Modell** hingegen ist an einen bestimmten »Gebrauchszweck« gebunden. Allgemein ist man sich einig, dass ein Modell Ideen, Konzepte und Methoden für einen spezifischen Beruf in sich vereint. Im Idealfall sollte ein Modell klären und erklären; es sollte dem Betrachter erleichtern zu verstehen, wie sich seine Elemente zu einer neuen Erklärung zusammenfügen. Es sollte Leitlinien für eine bestimmte Vorgehensweise vorgeben (oder zumindest andeuten). Modelle, die in der Krankenpflege benutzt werden, definieren beispielsweise, was Krankenpflege ist, was sie beabsichtigt und wie eine Krankenschwester oder ein Pfleger für Kranke sorgen sollte. Erziehungsmodelle erklären, wie Menschen lernen und wie sie demzufolge am besten unterrichtet werden können.

Es gibt keine lineare Beziehung zwischen Modellen und Theorien. Modelle sind von Theorien durchdrungen, können aber ihrerseits zur Entwicklung neuer Theorien führen. Wie dies im Einzelnen geschieht, hängt davon ab, wie man **»Theorie« und »Modell« definiert** – verschiedene Autoren tun dies auf unterschiedliche Art.

Für die Ergotherapie wurden unterschiedliche Modelltypen mit je weils anderen Funktionen entwickelt. Manche dieser Modelle basieren auf der ▶ reduktionistischen Sichtweise, andere sind ▶ phänomenologisch oder sogar ▶ postmodern ausgerichtet. Manche konzentrieren sich auf einen bestimmten Schwerpunkt und sind nützlich für die Arbeit in einem Spezialgebiet, während andere einen breiten Rahmen für die Ergotherapie als Ganzes bilden wollen.

Wichtig

Im Allgemeinen kombinieren Modelle der Ergotherapie berufsfremde und berufsinterne Theorien und versuchen, einen bestimmten Aspekt der Praxis zu erklären und anzuleiten. Vielleicht kann man – auf die Gefahr hin, die komplexen Zusammenhänge zu stark zu vereinfachen – den Unterschied folgendermaßen zusammenfassen: Theorien erklären Prinzipien und Fakten, Modelle sagen, was man tun könnte und warum.

2.2 Die Entwicklung der ergotherapeutischen Berufspraxis – ein evolutionärer Prozess

Die Evolution von ► Modellen geschieht nach einem bestimmten Muster. Die Reihenfolge der Schritte scheint überall gleich zu sein, wenn sie auch in einer unterschiedlichen Geschwindigkeit durchlaufen werden. Bisher war Amerika, das Ursprungsland der Ergotherapie, dem Rest der Welt immer mehrere Jahre voraus. Aber heute, wo die beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten in vielen Ländern ein hohes akademisches Niveau erreicht haben, muss dies nicht unbedingt so bleiben. Der erwähnte evolutionäre Prozess weist **3 erkennbare Stadien** auf, die unmerklich ineinander übergehen.

Stadium 1: Entwicklung und Erkundung

Im 1. Stadium liegt das Hauptgewicht auf der **Entwicklung von Berufspraktiken**. Wissen und Fertigkeiten werden in den Beruf integriert, sie werden durch praktische Erfahrungen getestet und angepasst und gewinnen so an Relevanz für die Ergotherapie.

In diesem Stadium geht es in der Berufsausbildung im Wesentlichen um die **Vermittlung**

praktischer Fähigkeiten; der Standardisierungsgrad ist gering. Es gibt kaum professionelle Literatur; die wenigen Veröffentlichungen befassen sich vorwiegend mit Vorgehensweisen und Grundlagenwissen. Forschung oder den Versuch der Theorie- oder Modellbildung gibt es nicht; ebenso wenig wird nach Grundprinzipien der Praxis gesucht. Die Entwicklung von Berufspraktiken vollzieht sich empirisch.

Stadium 2: Standardisierung versus Diversifizierung

Im 2. Stadium werden Wissen und Fertigkeiten, die als »legitim« für den Berufsstand akzeptiert wurden, vereinheitlicht. Auch die Ausbildung wird standardisiert und offiziell anerkannt. Der Beruf entwickelt eine wohlorganisierte **formale Struktur**. Gleichzeitig beginnt die Praxis, sich zu diversifizieren und Spezialgebiete zu entwickeln, da sich das Arbeitsgebiet erweitert. Daraus ergibt sich ein Bedarf an spezifischen, strukturierten Wissensfeldern und an Fertigkeiten für diese Spezialgebiete. Die Forschung ist praxisorientiert und bedient sich deskriptiver oder ► quantitativer Methoden.

Diversifizierung kann allerdings auch zu **Fragmentierung** führen. In England spalteten sich beispielsweise in den 1970er Jahren Teile des Berufsstandes ab und bildeten neue Berufe mit Schwerpunkten wie Kunsttherapie, Dramatherapie, Musiktherapie und Freizeitgestaltungstherapie (»recreational therapy«).

In diesem Stadium neigt der Berufsstand dazu, sich selbst kritisch zu betrachten und seine Praxis stärker zu hinterfragen. Einige seiner Mitglieder beginnen, **Grundprinzipien für die Praxis** zu formulieren. Mit diesen Themen befasst sich auch die professionelle Literatur. Publikationen entstehen, die die Praxis beschreiben und einen Bezug zur Theorie herstellen; ► Bezugsrahmen für Spezialgebiete werden schriftlich formuliert.

Stadium 3: Akademische Untersuchung

Im 3. Stadium erhält der zunächst primär praxisorientierte Beruf eine erhebliche akademische Komponente. Die Berufsausbildung erreicht Hochschulniveau. **Forschungsmethodik** wird in den Lehrplan aufgenommen. Praktizierende Therapeuten werden ermutigt, Theorien und deren Anwendung zu hinterfragen, zu kritisieren und zu evaluieren.

In diesem Stadium reagiert der Berufsstand gegen Einfüsse von außen genauso wie gegen den großen Anteil an »geborgtem« Wissen und an »geborgten« Praktiken. Theoretiker versuchen, die spezifischen Merkmale der Ergotherapie zu definieren und eigene Modelle für den Beruf zu entwickeln. Immer mehr Therapeuten erlangen hohe akademische Qualifikationen – Diplom-, Doktor- und Professorentitel –, verfassen wissenschaftliche Arbeiten und führen Forschungsprojekte durch. Die Akademiker kennen die neueren Theorien anderer Berufsfelder. Sie beziehen sie in diesem Stadium jedoch nicht mehr unkritisch in den Wissensgrundstock ihres Berufes ein, sondern benutzen sie als **Anregung für Modelle und Theorien**, die sich direkt auf die Ergotherapie beziehen oder daraus ableiten.

Praktizierende Therapeuten interessieren sich für **Theorie und Forschung**. Sie suchen nach Belegen für die Wirksamkeit ihrer Arbeit und benutzen dabei sowohl quantitative als auch qualitative Methoden.

Gibt es ein Stadium 4?

Logischerweise muss die Antwort wohl »ja« lauten. Oft ist jedoch zur **Identifikation eines neuen Stadiums** ein längerer zeitlicher Abstand notwendig. Die USA, Kanada, Australien und England sind heute sicherlich bei Stadium 3 angelangt. Es ist interessant, darüber zu spekulieren, wie ein »Stadium 4« aussehen könnte;

bislang zeichnet sich jedoch keine klare Tendenz ab – die Vielfalt überwiegt.

Zusammenfassung

Stadium 1 – Entwicklung und Erkundung

- Suche nach relevanten existierenden Kenntnissen und Techniken zur Entwicklung einer Praxis
- Übernahme von Kenntnissen und Techniken in die Praxis

Stadium 2 – Standardisierung vs. Diversifizierung

- Anpassung von Kenntnissen und Techniken, sodass sie für die Ergotherapie an Relevanz gewinnen
- Entwicklung von Spezialgebieten, die spezifische Kenntnisse und Techniken erfordern
- Herausbildung verwandter Therapieformen

Stadium 3 – akademische Untersuchung

- Berufsausbildung mit Hochschulniveau
- Anwachsen der Forschung, kritische Einschätzung der Praxis, akademische Publikationen
- Entwicklung von Theorien und Modellen speziell für die Ergotherapie
- Suche nach einigenden Konzepten und Definitionen

2.3 Entwicklung von Praxismodellen in den USA

Anhand der oben beschriebenen Stadien lässt sich die **Entwicklung professioneller Praxis und Theoriebildung** in den USA skizzieren – eine Entwicklung, die sich etwa zur gleichen Zeit in Kanada und ungefähr 15 Jahre später in Großbritannien vollzog. Die angegebenen Daten für die Stadien sind lediglich Anhaltspunkte zur besseren Orientierung; im Prinzip sind die Übergänge jedoch fließend.

Stadium 1 (Entwicklung und Erkundung) erstreckte sich von der Gründung des Berufsverbandes im Jahre 1917 bis zum ersten Erscheinen des »American Journal of Occupational Therapy« im Jahre 1947. Im selben Jahr wurde die berufliche Zulassung zur Vorschrift erhoben. In dieser Phase wurden die ausbildenden Schulen offiziell anerkannt, und der Beruf nahm eine erkennbare und stabile Gestalt an.

Stadium 2 (Standardisierung vs. Diversifizierung) überlagerte das 1. Stadium und setzte sich ab 1947 bis in das Jahr 1977 fort. In dieser Zeit wurde der Beruf gut strukturiert und geregelt. Man entwickelte Standards, ethische Erklärungen und Definitionen der Praxis.

Die organisierte Suche nach **theoretischen Erklärungen** für die Ergotherapie lässt sich bis in die 1940er Jahre zurückverfolgen; damals wurde die Suche aber lediglich durch die persönlichen Bestrebungen einiger weniger Therapeuten vorangetrieben. Während der 1960er und 1970er Jahre erschien eine Vielzahl an Fachpublikationen, verfasst von Praktikern und Akademikern aus dem Bereich der Ergotherapie. Manche von ihnen veröffentlichten auch ► **Bezugsrahmen** (s. unten). Namhafte Autorinnen waren Gail Fiddler, Anne Cronin Mosey, Mary Reilly, Lela Lorens und Jean Ayres (Miller u. Walker 1993). In dieser Zeit wurde auch eine Ausbildung auf Hochschulniveau entwickelt.

Es ist unklug, hier irgendeine Theoretikerin als besonders einflussreich hervorzuheben – und doch war das Werk der Gruppe um Mary Reilly in den 1960er Jahren zweifellos bahnbrechend. Reilly beschrieb das **Konzept des »Betätigungsverhaltens«** (»occupational behaviour«) und der **Zuteilbarkeit menschlicher Betätigungsformen** in verschiedene Kategorien, wie Spiel, Arbeit, Freizeit und Selbstversorgung (Miller u. Walker 1993). In den folgenden Jahren entwickelte sie viele Theorien über menschliche ► **Betätigung** und war eine der ersten, die die Relevanz der Theorie offener Systeme für das Paradigma »Betätigungsverhalten« erkannte. Reilly hatte st

arken Einfluss auf das Werk von Kathryn Reed und Gary Kielhofner.

Aus dieser Vielzahl an akademischen Aktivitäten ging ganz selbstverständlich **Stadium 3** hervor. Der Zeitpunkt des Übergangs lag etwa um das Jahr 1977. Bis dahin war Theoriebildung hauptsächlich hochqualifizierten Akademikern vorbehalten. Ab 1977 jedoch zeigt ein Praxismodelle auch Auswirkungen auf die berufliche Grundausbildung; sie fanden endlich weite Verbreitung und wurden von Praktikern mit Interesse aufgenommen. Bis 1987 investierten ein Heer von Diplomanden und Doktoranden sowie eine Reihe namhafter Autoren viel Zeit in die Entwicklung von Praxismodellen, die alle jeweils das Wesen der Ergotherapie deutlich machen sollten.

Zwischen 1987 und 1997 wurde die Arbeit zunehmend akademischer. Das Interesse verschob sich von der Erforschung der Möglichkeiten, die Praxis zu verbessern, hin zur Frage nach dem Wesen von ► **Betätigung**, der ► **Umwelt** und der Bedeutung menschlichen Betätigungsverhaltens. Die Suche nach einem einigenden **Paradigma** oder einer einigenden Beschreibung von Ergotherapie wurde intensiviert. Die Theoretiker diskutierten die Frage, ob der Berufsstand die Begriffe ► »Betätigung« (»occupation«) oder ► »Aktivität« (»activity«) verwenden sollte, und suchten nach Definitionen für diese Begriffe.

Seit Mitte der 1990er Jahre entwickeln nun eine ganze Zahl von Theoretikern in den USA und anderswo **Modelle**, die ähnliche Eigenschaften aufweisen und auf den Konzepten »Person«, »Umwelt« und »Betätigungsperformanz« (»occupational performance«) beruhen. Darin zeigt sich vielleicht ein entstehender Konsens über die theoretische Basis der Praxis.

Im Jahr 1989 wurde an der »University of Southern California« ein Doktorandenprogramm **»Occupational Science«** zur Erforschung der Grundlagen des menschlichen Betätigungsverhaltens eingerichtet. Dieser neue interdisziplinäre Bereich entwickelte schon bald »ein Eigen-

leben« (Zemke u. Clarke 1997). Bereits 1997 war diese Disziplin in einer Reihe von Ländern fest etabliert und veröffentlichte ihre eigenen Zeitschriften. Die »Occupational Science« erforscht menschliche ► Betätigung aus vielen Blickwinkeln; die Ergebnisse der Studien wirken wieder zurück auf die Ergotherapie.

Im beschriebenen historischen Ablauf erstreckten sich die Stadien 1 und 2 jeweils über etwa 30 Jahre. Dies ist zweifellos ein Zufall, aber es verleitet doch dazu, darüber zu spekulieren, ob es in der Entwicklung des Berufs so etwas wie einen **30-Jahres-Zyklus** gibt. Wenn dies so ist, dann beginnt Stadium 4 in den USA etwa im Jahr 2007.

2.4 Diskussion um Begrifflichkeiten

Wer nicht Englisch spricht, dem sind die Feinheiten der Diskussion um Praxismodelle nur schwer zu vermitteln. Ein Großteil der im englischen Sprachraum geführten Diskussion um **Modelle** dreht sich um die Bedeutung solcher Begriffe wie ► »Modell«, ► »Bezugsrahmen« (»frame of reference«) oder ► »Paradigma« oder um die Bedeutung und die Zulässigkeit von Wörtern wie »occupation« (► Betätigung), »task« (Aufgabe) und »activity« (► Aktivität). Die Begriffe werden von verschiedenen Autoren unterschiedlich verwendet – manchmal als Synonyme, manchmal mit jeweils spezifischer Bedeutung. Darüber muss sich der Leser von Anfang an klar sein; er muss wissen, dass es bislang noch keine verbindlichen Definitionen gibt.

Die Bedeutung von Wörtern zu erklären ist ein interessantes akademisches Spiel; für Studierende der Ergotherapie mag dies jedoch verwirrend und ablenkend sein. »Modell« bleibt ein brauchbarer übergeordneter Begriff, der in diesem Abschnitt weiterhin zur Bezeichnung aller Arten theoretischer Gedankengebäude verwendet wird.

Wichtig

Um Modelle zu verstehen, ist es nützlich, von der Diskussion um Begrifflichkeiten abzukommen. Stattdessen sollten zugrunde liegende Konzepte betrachtet werden, denn darüber herrscht – trotz des unterschiedlichen Gebrauchs von Begriffen – oft breite Zustimmung.

2.5 Verständnis der Konzepte

In einem Versuch, das Problem mit den Begrifflichkeiten zu umgehen, hat die Autorin bereits zuvor vorgeschlagen (Hagedorn 1997), in den existierenden Modellen **6 grundlegende Konzepte** zu identifizieren. Diese ergeben sich zum Teil aus der Analyse der oben beschriebenen 3 Stadien der Entwicklung von Wissen und Praxis und zum Teil aus einer Analyse der Konzepte aus bereits veröffentlichten Modellen:

- **geborgtes Wissen:** Kenntnisse und Fertigkeiten aus berufsfremden Quellen;
- **Veränderungsprozesse:** Sichtweisen davon, wie Menschen sich entwickeln, lernen und sich verändern;
- **die ergotherapeutische Variante:** Synthese aus externen Ideen und ergotherapeutischer Praxis, die den Therapeuten einen ► Bezugsrahmen für den spezifischen Gebrauch an die Hand geben soll;
- **»pure« Ergotherapie:** Modelle, die auf spezifischen Theorien und Praktiken des Berufsstandes beruhen und die sich auf Aspekte der Betätigungsleistung (»occupational performance«) und der Umwelt konzentrieren;
- **der »große« Entwurf:** Suche nach einer umfassenden, einigenden Aussage über Reichweite und Wesen der Ergotherapie;
- **Umsetzung der Theorie in die Praxis:** Entwicklung von praktischen Fertigkeiten, Methoden der Befunderhebung und des Zugangs zum einzelnen Menschen auf der Basis von Modellen und Bezugsrahmen.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

(International Classification of Functioning, Disability and Health)

Jerome Bickenbach und Christina Jerosch-Herold

- 4.1 Einleitung – 46
- 4.2 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – 46
- 4.3 Warum ist die ICF für die Ergotherapie wichtig? – 48
 - Eine gemeinsame Sprache – 48
 - Zusammenhang zwischen ICF und Praxismodellen – 49
 - ICF und die Entwicklung ergotherapeutischer Ergebnismessinstrumente – 50
 - Entwicklung von Core Sets – 51
- 4.4 Anwendungen der ICF in weiteren Gesundheits- und Sozialbereichen – 51
- Literatur – 52

4.1 Einleitung

In der Ergotherapie geht es im Wesentlichen um Betätigung und Betätigungsperformanz, d. h. um die Ausführung alltäglicher Aufgaben und sinnvoller Tätigkeiten sowie deren Bedeutung für den Handelnden selbst (Hinojosa et al. 2003). Jedes in diesem Buch dargestellte konzeptionelle Modell richtet das Augenmerk auf die Beziehung zwischen der handelnden Person, ihrer Betätigung und ihrer Umwelt und bietet so einen Rahmen für die ergotherapeutische Praxis. Hagedorn nennt dies die **Person-Umwelt-Betätigungs-Triade** (► Kap. 2). Eine Störung in einer dieser drei Komponenten kann zu Dysfunktion oder Nichtteilhabe führen – hier einzugreifen ist Aufgabe der Ergotherapie.

4.2 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die Internationale Klassifikation ICF wurde von der Hauptversammlung der Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Assembly of the World Health Organization) im Mai 2001 verabschiedet. Dabei verpflichteten sich alle 191 Mitgliedsstaaten, die ICF jeweils in ihr Gesundheitssystem zu integrieren, und zwar als **Modell für Funktionsfähigkeit und Behinderung** sowie auch als **Klassifikation und gemeinsame Sprache zur Beschreibung dieser Funktionsfähigkeit und Behinderung**. Die ICF ist Nachfolger der ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap), die 1980 von der WHO zur Erprobung veröffentlicht, aber nie formal verabschiedet wurde. Für die ICIDH gab es zwar einige starke Befürworter, sie wurde aber in wichtigen Teilen des Gesundheitswesens kaum beachtet. Im Jahr 1993 startete die WHO einen neuen Anlauf, eine als notwendig erachtete Klassifikation einzuführen und dabei die in

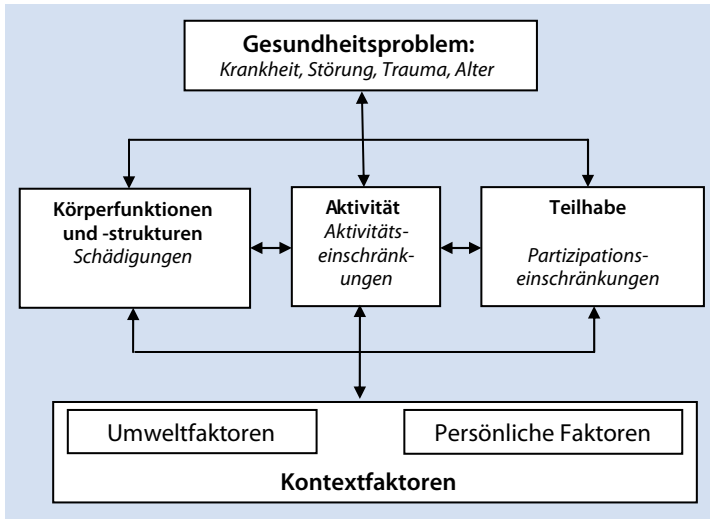
der ICIDH enthaltenen Schwachpunkte anzugehen. Eine Periode der internationalen Revision unter Einbeziehung von Untersuchungen zur transkulturellen Anwendbarkeit (Üstün et al. 2000) führte dann zur ICF.

Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Dokumenten besteht darin, dass die ICF anders als die ICIDH die **Interaktion zwischen Person und Umwelt** bei Behinderungen ausdrücklich einbezieht; sie weitet diesen Ansatz sogar noch aus, indem sie Umweltfaktoren um persönliche Faktoren mit therapeutischer Relevanz wie Alter, Geschlecht, bisherige Erfahrungen oder Bewältigungsstrategien ergänzt. Die ICF vermeidet auch die in der ICIDH enthaltene falsche Annahme, dass zwischen körperlichen Funktionsstörungen und Schwierigkeiten auf der Ebene sozialer Rollen ein direkter kausaler Zusammenhang bestehe.

Das der ICF zugrundeliegende Modell (► Abb. 4.1) beschreibt den Entwicklungsprozess eines Gefüges normaler oder behinderter Funktionsfähigkeit als Zusammenwirken des Gesundheitszustandes der Person (Krankheit, Störung oder Trauma, aber auch des natürlichen Altersabbaus) mit ihrem gesamten Lebensumfeld. Die Pfeile in der Abbildung stellen nur mögliche Zusammenhänge dar, die erst durch weitere empirische Untersuchungen im Einzelfall Aussagekraft gewinnen. Im Unterschied zu anderen Person-Umwelt-Schemata ist das ICF-Modell mehrdimensional in dem Sinne, dass es die Ergebnisse des Zusammenwirkens in **drei Dimensionen** aufspaltet:

- körperlich (Funktionen und Strukturen),
- handelnd (inne wohnende Fähigkeit, Aktivitäten auszuführen) und
- teilhabend (reale Teilhabe an Aktivitäten).

Die wichtige, gelegentlich umstrittene Unterscheidung zwischen Aktivität und Teilhabe wird bei der ICF durch den Unterschied zwischen der **Fähigkeit**, Aktionen auszuführen, die in der Person angelegt ist, und **Performanz**, der tatsäch-



■ **Abb. 4.1.** Abhängigkeit des Gesundheitszustands von verschiedenen Faktoren

lich beobachtbaren Ausführung der Aktivität im konkreten Kontext, getroffen. In der Literatur wird sonst üblicherweise anders unterschieden. Man betrachtet dann:

- die Komplexität der Aktion (einen Gegenstand tragen als Aktivität, politische Betätigung als Beteiligung) oder
- die Lebenssituation, in der die Aktivität üblicherweise stattfindet (zu Hause oder im weiteren privaten Umfeld, im Gegensatz zu Situationen des öffentlichen Lebens) (Badley 2008).

Wichtig

Ergotherapeuten sind zwar mit allen drei Dimensionen befasst, aber die letzte, die Partizipation, hat die engste Verbindung zum Begriff Betätigung.

In der Anfangsphase der Formulierung der ICF war man von dem Begriff **occupation** [Betätigung] als Leitgedanken ausgegangen. In der ICF ist Teilhabe das Ergebnis einer komplexen (und noch immer nicht ganz durchschauten) Interaktion zwischen der Person (ihren Körperfunktionen und Aktivitäten) und dem Kontext,

in dem die Person lebt (klimatisch, strukturell, künstlich, sozial, einstellungsbezogen, kulturell, politisch).

Die WHO war an der ICF vor allem wegen ihrer Rolle als Statistik-Klassifikation interessiert, die zusammen mit der Internationalen Statistik-Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme (ICD-10) ein Informationssystem für einheitliche, weltweit durchgängig vergleichbare Gesundheitsstatistiken darstellt. Als Sonderorganisation der UN für das Gesundheitswesen hat die WHO schon vor langer Zeit erkannt, dass es für die Erforschung globaler und die Planung nationaler Gesundheitssysteme neben der Kenntnis von Sterblichkeitsursachen auch wesentlich darauf ankommt, zu verstehen und genau zu beschreiben, was es bedeutet, ein Leben mit beeinträchtigter Gesundheit zu führen. Die ICF ist ein **Werkzeug zur umfassenden Beschreibung von Gesundheitsproblemen** unterschiedlicher Schwere als gelebte Erfahrung. Die WHO berücksichtigt auch, dass es weltweit große Unterschiede bei der Definition für »Behinderung« gibt. Nach dem Statistikbüro der UN führt dies zu unklaren und widersprüchlichen Aussagen, sogar bei grundlegenden epidemiologischen Fakten wie Inzidenz und Präva-

lenz. Deshalb wird ein wissenschaftlich verlässliches Werkzeug zur Erfassung und zur Analyse international vergleichbarer Gesundheits- und Behinderungsdaten benötigt.

Sicher muss immer bedacht werden, dass es sich bei der ICF ebenso wie bei der ICDH um ein **einheitliches Bezeichnungs- und Klassifikationssystem** handelt und nicht um ein Befunderhebungs- oder Messinstrument; dennoch hat sich die ICF als gut geeignetes Instrument für viele klinische, statistische und forschungsrelevante Anwendungen erwiesen. Das liegt daran, dass die ICF nicht nur ein universelles Modell für menschliche Funktionsfähigkeit und Behinderung darstellt (ein Modell, das ausführlich in unterschiedlichen Kulturen und Sprachen getestet worden ist). Sie bietet auch ein Baugerüst für

- die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten,
- die vergleichende Analyse von Interventionsergebnissen,
- die Untersuchung von Gesundheitssystemen und
- das Entwickeln und Verfolgen von Initiativen zu Gesundheit und Behinderung.

Hierbei ist es interessant festzustellen, dass ein Großteil solcher Arbeit von Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe geleistet wird, besonders von Ergotherapeuten.

Spezialfall ICF-CY

Vor kurzem ist die erste Anpassung der ICF für einen Spezialbereich verabschiedet worden: die ICF-CY für den **Bereich Kinder und Jugendliche** (Children and Youth Version of ICF, WHO 2007). Motivation für diese Version ist die Erkenntnis, dass der Mensch während der ersten zwei Lebensjahrzehnte neben schnellem Wachstum entscheidende Wechsel und Veränderungen erfährt, zu deren Erfassung ein weitaus differenzierteres Beschreibungssystem nötig ist, als

die ursprüngliche Fassung der ICF bietet. Gesundheitsprobleme und Behinderungen im Kindheits- und Jugendalter stellen sich in ihrer Erscheinungsform, Intensität und Auswirkung wesentlich anders dar als bei Erwachsenen. Zudem müssen die Umweltfaktoren, die diese Entwicklungen und Veränderungen beeinflussen, sorgfältig und umfassend dokumentiert werden. All diese wesentlichen Unterschiede sollten so berücksichtigt werden, dass die Klassifikation der ICF auch für diese Bevölkerungsgruppe geeignet ist und die gesammelten Daten detailliert und verständlich kodiert werden können. Wie bei der ICF ist auch bei der ICF-CY das übergeordnete Ziel, eine gemeinsame Fachsprache als Informationsplattform für international vergleichbare klinische und statistische Datensammlungen zu bieten.

4.3 Warum ist die ICF für die Ergotherapie wichtig?

Eine gemeinsame Sprache

Zunächst einmal bietet die ICF mit einem gemeinsamen Bezugssystem eine gemeinsame Terminologie für Funktionsfähigkeit und Behinderung, die in allen Gesundheitsberufen verwendet werden kann. Da wir uns bei der Gesundheitsfürsorge, der Therapie und bei der Planung von Intervention immer mehr auf die Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams verlassen, brauchen wir eine **gemeinsame personenzentrierte Sprache**. In den verschiedenen Ergotherapie-Modellen gibt es zwar manche Gemeinsamkeiten, es wird aber auch sehr viel modellspezifische Terminologie benutzt. Dieser »Babylonische Turm« steht einem produktiven Informationsfluss zwischen den beteiligten Personen und Fachgebieten im Wege. Oft ist zum Beispiel die audiologische Terminologie im Bereich der Hörfunktion für Kommunikationstherapeuten nicht unmittelbar verständlich,