

HAWK HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFT UND KUNST
Fachhochschule Hildesheim/Holzminde/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

Studiengang Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Bachelor-Arbeit

Betätigung am Lebensende
- Ergotherapie in der Palliative Care -

Erstprüferin: Anne-Mareike Kahrs, MSc.

Zweitprüferin: Dr. Sandra Schiller

Anika Förster

6. Semester

Matrikel-Nr.: 533218

E-Mail: anika.foerster85@gmx.de

Datum: 09.08.2011

Abstrakt

Betätigung am Lebensende - Ergotherapie in der Palliative Care -

Obwohl sich in den Grundprinzipien der Palliative Care Übereinstimmungen mit dem grundlegenden Verständnis der Ergotherapie finden lassen, arbeiten in Deutschland bisher kaum Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten im Bereich Palliative Care. Die vorliegende Arbeit untersucht, warum die Palliative Care ein Handlungsfeld für Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten ist und wie der ergotherapeutische Prozess in diesem Bereich aussehen kann. Dazu wird ein grundlegendes Modell der Ergotherapie, das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) und das entsprechende Prozessmodell, der Canadian Practice Process Framework (CPPF), herangezogen. Der Ergotherapieprozess in der Palliative Care wird exemplarisch dargestellt. Die Informationen für diese Ausarbeitung wurden aus einer Literatur- und Datenbankrecherche gewonnen.

Die Auseinandersetzung mit einem grundlegenden, ergotherapeutischen Modell und den Prinzipien der Palliative Care zeigt, dass ergotherapeutische Interventionen eine sinnvolle und notwendige Ergänzung des palliativen Angebots sind. Die Betrachtungs- und Vorgehensweise der Ergotherapie kann die Erreichung der in der Palliative Care verfolgten Ziele unterstützen. Weiterhin wird in der Arbeit deutlich, dass Menschen auch am Lebensende ein Bedürfnis nach Betätigung haben und sich Betätigung in dieser Lebensphase positiv auf die Lebensqualität auswirken kann.

Schlüsselwörter: Ergotherapie, Betätigung, Palliative Care, Hospiz, Canadian Modell of Occupational Performance and Engagement, Canadian Practice Process Framework

HAWK University of Applied Sciences and Arts
Hildesheim/Holzminden/Göttingen
Faculty of Social Work and Health
BSc-Degree Course Occupational Therapy, Speech and Language Therapy, Physiotherapy

Abstract

Occupation at the End of Life - Occupational Therapy in Palliative Care -

Although the first principles of palliative care are in harmony with the basic understanding of occupational therapy, in Germany hardly any occupational therapists work in palliative care so far. This thesis investigates palliative care as a field of work for occupational therapists and what the occupational process could look like in this area. For this purpose an essential model of occupational therapy, the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) and the accordant process model, the Canadian Practice Process Framework (CPPF), are consulted. The occupational therapy process in palliative care is illustrated using an example. The information provided in this thesis is based on literature and database research.

Critical engagement with a basic model of occupational therapy and the principles of palliative care shows that occupational interventions provide a reasonable and necessary addition to palliative care services. The theoretical and practical approach of occupational therapists can help achieve the objectives of palliative care. Furthermore, the thesis reveals that people at the end of life have also a need for occupation and that occupation can positively affect quality of life.

Keywords: occupational therapy, occupation, palliative care, hospice, Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, Canadian Practice Process Framework

August 9, 2011

Anika Förster: anika.foerster85@gmx.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Grundlagen der Palliative Care	3
2.1 Geschichte und Entwicklung	3
2.2 Begriffsbestimmung Palliative Care	5
2.3 Ziele und Leitsätze der Palliative Care	6
2.4 Gesetzliche Regelung und Finanzierung in Deutschland.....	8
3. Grundlagen und Begriffe des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)	10
3.1 Das Canadian Model of Occupational Performance und die Weiterentwicklung zum Canadian Model of Occupational Performance and Engagement	10
3.1.1 The Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE).....	11
3.1.2 The Canadian Practice Process Framework (CPPF)	13
3.2 Grundlegende Begriffe im CMOP-E	17
3.2.1 Der Begriff Betätigung	17
3.2.2 Der Begriff Engagement	18
3.2.3 Spiritualität im CMOP-E.....	19
4. Ergotherapie im Handlungsfeld Palliative Care	21
4.1 Fallbeispiel	21
4.2 Der ergotherapeutische Prozess in der Palliative Care in Anlehnung an die acht Aktionspunkte des CPPF	22
4.2.1 Eintreten/Initiieren.....	22
4.2.2 Erwartungen abklären.....	23
4.2.3 Erheben/Bewerten	24
4.2.4 Sich auf Ziele einigen	25
4.2.5 Plan umsetzen	27
4.2.6 Überwachen/Verändern.....	30
4.2.7 Ergebnis bewerten.....	31
4.2.8 Beenden/Abschließen.....	32
4.3 Möglichkeiten und Grenzen ergotherapeutischer Angebote in der Palliative Care	33
5. Fazit und Ausblick	39
6. Literaturverzeichnis.....	42

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMCE	Canadian Model of Client-Centred Enablement
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CPPF	Canadian Practice Process Framework
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband
EAPC	European Association for Palliative Care
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
WHO	World Health Organisation/ Weltgesundheitsorganisation

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Meilensteine der Entwicklung der Palliative Care in Deutschland: S. 4

Tabelle 2: COPM: Ersterhebung Frau A.: S. 24

Tabelle 3: COPM: Zweiterhebung Frau A.: S. 32

1. Einleitung

Betätigung ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Bei dieser Aussage handelt es sich um eine grundlegende Annahme der Ergotherapie (Polatajko, Davis et al., 2007, S. 20f.). Ferner gehen Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten davon aus, dass Betätigung therapeutische Wirkung hat (ebd.). Betätigung kann als Grundpfeiler ergotherapeutischer Interventionen verstanden werden. Ein allgemeines Ziel ergotherapeutischer Interventionen ist es daher, Menschen bei Betätigungen zu unterstützen beziehungsweise sie in Betätigungen einzubinden, die ihnen wichtig sind, um auf diese Weise eine Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit zu erreichen. Für Menschen, die palliativ betreut werden, ist eine Heilung, also die Erreichung vollständiger Gesundheit, jedoch nicht mehr möglich. Gibt es demnach für rehabilitative Maßnahmen, wie Ergotherapie, in diesem Bereich keine Indikation?

Die in Deutschland erst in den 80er Jahren angestoßene Hospizbewegung, führte nach und nach zur Entwicklung und Etablierung der Palliative Care in das Gesundheitswesen (Schindler, 2009, S. 1). Mittlerweile sind die Bedürfnisse unheilbar kranker und sterbender Menschen zunehmend in den Fokus der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit gerückt (ebd.). In Deutschland arbeiten allerdings bisher kaum Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten in der Palliative Care, obwohl als ein Grundsatz dieses Fachbereichs die ganzheitliche Behandlung der Klientinnen/Klienten durch ein multiprofessionelles Team genannt wird (Albrecht et al., 2010, S. 4). Der holistische Ansatz in der Begleitung palliativer Klientinnen/Klienten erfordert den koordinierten Einsatz eines qualifizierten, interdisziplinären und multiprofessionellen Teams, da eine derartige Betreuung nicht durch eine oder zwei Berufsgruppen alleine geleistet werden kann (Steffen-Bürgi, 2007, S. 32). Bisher findet die Ergotherapie in der deutschsprachigen Fachliteratur kaum Erwähnung, wohingegen Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten in anderen Ländern, wie z.B. in England, fester Bestandteil des Teams in palliativen Handlungsfeldern sind. Die Ergotherapeutin Jill Cooper veröffentlichte beispielsweise in England bereits 1997 die erste Auflage ihres Fachbuches „Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care“. Seit November 2010 existiert eine Arbeitsgruppe der European Association for Palliative

Care, welche sich mit der ergotherapeutischen Versorgung in der Palliative Care in Europa beschäftigt. Ein Ziel der Arbeitsgruppe ist, eine Gesetzesvorlage für die Aufgabe der Ergotherapie in der Palliative Care in Europa vorzulegen (ebd.). Auch in Deutschland wird die Palliative Care zunehmend ein Arbeitsfeld, in dem Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten aktiv werden. Aus diesem Grund ist eine Analyse der möglichen ergotherapeutischen Interventionen erforderlich. Die Tatsache, dass Palliative Care in der Ergotherapieausbildung bisher kaum thematisiert wird, verdeutlicht die Erforderlichkeit der Auseinandersetzung mit diesem Fachgebiet. In einer empfehlenden Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Ergotherapie-schulen in Nordrhein-Westfalen wird beispielsweise der Umgang mit Tod und Sterben lediglich als Untereinheit einer 15 Stunden umfassenden Lehreinheit aufgeführt (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2007, S. 66).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der Frage, warum die Palliative Care ein Handlungsfeld für Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten ist und wie der ergotherapeutische Prozess in der Palliative Care aussehen könnte. Darüberhinaus wird beleuchtet, welchen Stellenwert Betätigung am Lebensende einnimmt. Dazu werden im zweiten Kapitel zunächst die Grundlagen der Palliative Care skizziert. Im dritten Kapitel wird ein grundlegendes ergotherapeutisches Modell, das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) vorgestellt. Als ein Teil des CMOP-E wird das Canadian Model of Client-Centred Enablement beschrieben. Das Prozessmodell des CMOP-E, der Canadian Practice Process Framework (CPPF), wird detailliert dargestellt, um als Grundlage für die exemplarische Darstellung des ergotherapeutischen Prozesses in der Palliative Care zu dienen. Abschließend für das dritte Kapitel finden die Begriffe Betätigung, Engagement und Spiritualität besondere Beachtung, da sie sowohl für das Modell als auch für den Fachbereich Palliative Care eine wichtige Rolle spielen. Das vierte Kapitel zeigt Möglichkeiten und Grenzen der Ergotherapie in der Palliative Care auf. Zudem wird der ergotherapeutische Prozess in diesem Bereich anhand eines Fallbeispiels exemplarisch dargestellt. Die wichtigsten Ergebnisse werden in einem Fazit zusammenfassend abgebildet. Mögliche Handlungs- und Forschungsbedarfe werden abschließend in einem Ausblick vorgeschlagen.

2. Grundlagen der Palliative Care

Im folgenden Kapitel werden die Geschichte der modernen Hospizidee und ihre Entwicklung nachgezeichnet. Der Begriff „Palliative Care“ wird definiert. Unter besonderer Berücksichtigung der Lebensqualität wird auf die Ziele und Leitsätze eingegangen, die in der Palliative Care verfolgt werden. Abschließend wird die gesetzliche Regelung der Palliativversorgung sowie die Finanzierung der Leistungen skizziert.

2.1 Geschichte und Entwicklung

Das Konzept der Palliative Care hat sich aus der seit Jahrhunderten bestehenden Hospizidee entwickelt. Bereits zu Beginn des Christentums existierten Hospize, die Waisen, Bedürftigen, Reisenden, Kranken und Sterbenden Unterkunft, Verpflegung und Hilfe zukommen ließen (Radbruch et al., 2008, S. 5). Der Begriff Hospiz leitet sich von dem lateinischen Wort „hospitium“ ab, welches mit Herberge oder Gastfreundschaft übersetzt werden kann (ebd.). Ab dem vierten Jahrhundert wurden Hospize entlang der Pilgerwege von christlichen Orden geleitet und boten allen, die unterwegs in Not gerieten, Hilfe an (Pleschberger, 2007, S. 25). Diese Formen von Hospizen können als konzeptionelle Eckpfeiler der Hospizbewegung verstanden werden. Sie sahen das Leben als eine Reise mit dem Ziel ersehnter Ruhe und Glückseligkeit an (ebd.). Das erste Hospiz, welches ausschließlich für die Betreuung sterbender Menschen gedacht war, wird 1842 in Frankreich erwähnt (Radbruch et al., 2008, S. 5). Die Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London im Jahr 1967 wird als Beginn der neuen Hospizbewegung gesehen. Die Gründerin war Cicely Saunders, die sowohl als Ärztin und Krankenschwester wie auch als Sozialarbeiterin ausgebildet war und damit jeglichen Monopolanspruch einer bestimmten Disziplin relativierte (Pleschberger, 2007, S. 25). Saunders verdeutlichte, dass das Arbeiten im multiprofessionellen Team ein zentrales Charakteristikum der Hospizarbeit ist (ebd.). Die Impulse zur Verbreitung der Palliative Care in England und in andere Länder gingen vom St. Christopher's Hospice aus (Radbruch et al., 2008, S. 5). Dennoch hielt die Hospizbewegung in Deutschland erst Anfang der 1980er Jahre Einzug (Kränzle, 2010, S. 3). Begründet werden kann dieser verspätete Einzug mit der Tatsache, dass die deutsche Gesellschaft vor dem Hintergrund der Euthanasieverbrechen während des Nationalsozi-

alismus vor der Vorstellung, sterbende Menschen in spezielle Krankenhäuser einzuweisen, zunächst zurückschreckte (Kränzle, 2010, S. 3). Die Ausstrahlung des Dokumentarfilms „Noch 16 Tage- eine Sterbeklinik in London“ im Jahr 1971 sorgte zum einen dafür, die Problematik der unzureichenden Versorgung sterbender Menschen in das Bewusstsein der deutschen Bevölkerung zu rücken, andererseits wurde der Film kritisiert und die Hospizidee als Euthanasie missverstanden (Radbruch et al., 2008, S. 5ff.). Fast ein Jahrzehnt später, Anfang der 1980er Jahre, wurden verschiedene Initiativen und Vereine gegründet, die einen erheblichen Beitrag zur Akzeptanz und Weiterverbreitung der Hospizidee leisteten und auch heute noch leisten (ebd.). Die wichtigsten Meilensteine für die Entwicklung der Palliative Care in Deutschland werden im Folgenden tabellarisch dargestellt:

Jahr	Ereignis
1983	Gründung der ersten deutschen Palliativstation an der Universitätsklinik Köln
1985	Gründung des „Christopherus-Hospiz-Vereins“ in München
1985	Gründung des Vereins „OMEGA - mit dem Sterben Leben e. V.“ (erster bundesweiter Verein)
1986	Gründung „Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebenshilfe e.V.“ (IGSL)
1986	Gründung des ersten deutschen Hospizes in Aachen
1988	Gründung der „Deutschen Hospizhilfe e.V.“ in Buchholz
1992	Gründung „Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.“(DHPV) unter dem Namen „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.“
1994	Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“

Tabelle 1, Meilensteine der Entwicklung der Palliative Care in Deutschland, eigene Darstellung nach: Radbruch et al., 2008, S. 5ff.

In Deutschland werden stationäre und teilstationäre Hospize, Palliativstationen und ambulante Hospizdienste unterschieden (Bausewein, Roller, Voltz, 2010b, S. 15). Im Jahr 2011 existieren in Deutschland laut einer Datenerhebung des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes 1500 ambulante Hospizdienste und 179 stationäre Hospizeinrichtungen. Zudem können auf insgesamt 231 Palliativstationen Klientinnen/Klienten versorgt wer-

den (Bausewein, Roller, Voltz, 2010b, S. 15). Die Zahl der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste hat sich demnach seit 1996 (451 Hospize) mehr als verdreifacht (ebd.). Auch die Zahl der stationären Hospize und der Palliativstationen ist seit 1996 (30 Hospize und 28 Palliativstationen) rasant angestiegen (ebd.). Der Hospizgedanke hat sich mittlerweile in fast 100 Ländern rund um die Erde verbreitet, so dass von einer weltweiten Bewegung gesprochen werden kann (Radbruch et al., 2008, S. 5).

2.2 Begriffsbestimmung Palliative Care

Der Begriff „Palliative Care“ stammt ursprünglich aus Kanada und wurde von Dr. Balfour Mount, einem Urologen und Onkologen, geprägt (Heller, 2000, S. 12). Während es bei der kurativen Krankheitsbehandlung der Wortherkunft nach (curare, lat. = heilen) darum geht, eine Krankheit zu heilen bzw. das Leben zu erhalten oder zu verlängern, befasst sich die Palliative Care mit der Linderung von Leiden (Radbruch et al., 2008, S. 2). Die Bezeichnung „Palliative“ leitet sich von dem lateinischen Wort „pallium“ ab, welches „Mantel“ bedeutet. Der englische Begriff „Care“ ist mit Fürsorge, Betreuung oder Pflege zu übersetzen (Bausewein, Roller, Voltz, 2010a, S. 2). Demnach umhüllt und schützt die Palliative Care die Klientin/den Klienten (Radbruch et al., 2008, S. 1). Heller (2000, S. 12) vertritt die Ansicht, dass die Übersetzung des Begriffs „Care“ mit dem Wort „Pflege“ der umfassenden Betreuung und Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen in der Palliative Care nicht gerecht wird. Der Autor sieht Palliative Care vielmehr als Dach, unter dem sich verschiedene Disziplinen und Professionen versammeln, um eine optimale, ganzheitliche Versorgung des Menschen zu gewährleisten (Heller, 2000, S. 14). Unter dem Begriff Palliative Care können die Bemühungen des gesamten multiprofessionellen Teams zusammengefasst werden (Radbruch et al., 2008, S. 2). Weiterhin können im deutschsprachigen Raum die Begriffe Palliative Care und Palliativmedizin gleichgesetzt werden (ebd.). Im Mittelpunkt stehen bei der Palliative Care die Behandlung von krankheitsbedingten Beschwerden und das physische, psychische, soziale und spirituelle Wohlbefinden der Klientin/des Klienten, bei der/dem eine Heilung nicht mehr möglich ist (Bausewein, Roller, Voltz, 2010a, S. 2). Ursprünglich wurde das Konzept der Palliative Care für Menschen mit einer Tumorerkrankung entwickelt, gilt aber

genauso für Menschen mit jeder anderen Erkrankung, die irreversibel und progredient zum Tode führt (Radbruch et al., 2008, S. 1). Die Palliative Care sieht das Sterben als einen normalen Prozess an und bejaht das Leben (ebd.). Eine aktuelle Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2011) von Palliative Care lautet wie folgt:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

Die Definition der WHO verdeutlicht den holistischen Ansatz der Palliative Care, deren höchstes Ziel die Verbesserung bzw. der Erhalt der Lebensqualität ist. Auch in anderen Definitionen, wie z.B. derjenigen der European Association for Palliative Care (EAPC) (2010), wird die Lebensqualität des sterbenden Menschen in den Mittelpunkt gestellt: „It [Palliative Care] sets out to preserve the best possible quality of life until death“. Eine kürzere Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) ähnelt der WHO-Definition:

Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist (Bausewein, Roller, Voltz, 2010a, S. 3).

Alle Definitionen machen somit deutlich, dass die Versorgung schwerkranker, sterbender Menschen umfassend und ganzheitlich erfolgen muss.

2.3 Ziele und Leitsätze der Palliative Care

In der Fachliteratur finden sich mehrere Leitlinien, Grundsätze und Zielformulierungen für die Palliative Care. Wie bereits oben aufgezeigt wurde, steht die Lebensqualität der Klientin/des Klienten im Mittelpunkt der palliativen Begleitung. So betont beispielsweise Steffen-Bürgi (2007, S. 31), dass das Hauptziel der Palliative Care die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität für die Klientin/den Klienten und ihre Familien ist. Während bei einer kurativen Therapie teilweise erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität in Kauf genommen werden, gilt es bei einem palliativen Therapieziel eine Balance zwischen Behandlungsgewinn und Behandlungslast zu finden (Aulbert, 2008, S. 20f.). Dabei ist zu beachten, dass die Bedeu-

tung von Lebensqualität individuell, subjektiv und von persönlichen Erfahrungen geprägt ist (ebd., S. 17). Verschiedene Faktoren, wie beispielsweise physische Möglichkeiten, Krankheitssymptome, emotionales Befinden, Krankheitsbewältigung, zwischenmenschliche Beziehungen und die soziale Situation, beeinflussen die Lebensqualität der Klientin/des Klienten und werden individuell gewichtet (ebd.). Was für die einzelne Klientin/den einzelnen Klienten Lebensqualität bedeutet, kann nur in einem vertrauensvollen und persönlichen Gespräch herausgefunden werden (ebd., S. 22). Weiterhin ist zu bedenken, dass sich die Vorstellung der Klientin/des Klienten von Lebensqualität mit dem Voranschreiten der Erkrankung verändern kann (ebd., S. 23). Die Orientierung an der Lebensqualität der Klientin/des Klienten erfordert eine klientenzentrierte, individuelle Betreuung und das kontinuierliche Erfassen der Wünsche und Bedürfnisse der Klientinnen/Klienten (Steffen-Bürgi, 2007, S. 32). Ein weiteres wichtiges Ziel der palliativen Betreuung sterbender Menschen ist die Symptomkontrolle (ebd., S. 33). Die Symptomkontrolle umfasst die gezielte Vermeidung, Erfassung und Behandlung physischer Beschwerden und psychischer, sozialer und spiritueller Belastungen (ebd.). Um diese Ziele erreichen zu können, ist ein interdisziplinäres Vorgehen mit einer guten Koordination erforderlich. Saunders entwickelte bereits 1977 wesentliche Grundsätze der Palliative Care, um die Erreichung der oben genannten Ziele zu sichern und das Vorgehen des Teams zu systematisieren. Diese Grundsätze finden auch heute noch Anwendung (Bausewein, Roller, Voltz, 2010a, S. 4). Dazu gehört die individuelle Behandlung jeder Klientin/jedes Klienten durch ein multiprofessionelles Team, wobei die Klientin/der Klient selbst bestimmt, in welcher Umgebung sie/er betreut werden möchte, d.h. ob ambulant im häuslichen Umfeld oder z.B. stationär (ebd.). Saunders empfiehlt, dass die Betreuung kontinuierlich rund um die Uhr erfolgt und die Angehörigen auch nach dem Tod der Klientin/des Klienten begleitet werden (ebd.). Das Team soll zentral koordiniert werden, wobei ehrenamtliche Helferinnen/Helfer integriert werden. Die fachliche Pflege wird von speziell geschulten Pflegekräften ausgeführt (ebd.). Physische, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse der Klientin/des Klienten, der Angehörigen und auch der Teammitglieder finden in der Palliative Care Beachtung (ebd.). Es gilt der Grundsatz „high person low technology“ (ebd.). Die Palliative Care bejaht

das Leben und akzeptiert den Tod und das Sterben als Teil des Lebens (Bausewein, Roller, Voltz 2010a, S. 4). Es wird weder eine Beschleunigung noch eine Verzögerung des Todes angestrebt (ebd.). Aktive Sterbehilfe wird abgelehnt (ebd.). Die Symptomkontrolle, vor allem von Schmerzen, erfolgt durch Spezialisten (ebd.). Saunders forderte außerdem, dass die Behandlungsergebnisse dokumentiert, ausgewertet und erforscht werden. Weiterhin empfahl sie die Unterrichtung und Ausbildung von Ärztinnen/Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern, Seelsorgerinnen/Seelsorgern und Ehrenamtlichen (ebd.). Die Weltgesundheitsorganisation (2011) vertritt Grundsätze, die denen von Saunders sehr ähneln. Neu ist bei diesen jedoch der Aspekt, die palliative Versorgung bereits zu einem frühen Zeitpunkt in Verbindung mit anderen kurativen Therapien einzusetzen (ebd.). Cicely Saunders (zit. n. Bausewein, Roller, Voltz, 2010a, S. 6). fasste die Ziele der Palliative Care in einem vielzitierten Satz zusammen: „Nicht dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben geben“

2.4 Gesetzliche Regelung und Finanzierung in Deutschland

Die stationären und ambulanten Hospizleistungen sowie die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind in Deutschland gesetzlich geregelt. Der § 39a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches¹ (SGB V) legt das Recht auf stationäre oder ambulante Hospizleistungen fest. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist im § 37b SGB V wie folgt festgeschrieben:

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Im § 132d des SGB V ist festgeschrieben, dass über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung Verträge zwischen den Krankenkassen mit geeigneten Einrichtungen oder Personen geschlossen werden. Dabei werden die Richtlinien nach § 37b berücksichtigt. Weiterhin existiert eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter

¹ Gesetzliche Krankenversicherung. Artikel 1 G. v. 20.12.1988 BGBl. I S. 2477, 2482; zuletzt geändert durch Artikel 4 des G. vom 22.06.2011 BGBl. I S. 1202.

Palliativversorgung (2008). Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung werden in einer Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V geregelt (Spitzenverbände der Krankenkassen et al., 1999). Eine weitere Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V beinhaltet Voraussetzungen der Förderung sowie Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit (GKV-Spitzenverband et al., 2010). Die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist die palliativmedizinische Basisversorgung, die den Großteil der Sterbenden im ambulanten Bereich versorgt und durch Hausärzte und Pflegedienste erbracht wird (Bayrisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, o.J.). Im Gegensatz zur spezialisierten Versorgung ist die allgemeine ambulante Palliativversorgung jedoch weder gesetzlich geregelt noch definiert, wodurch es zu vielfachen praktischen Schwierigkeiten und Unsicherheiten, u. a. in der Abgrenzung zur spezialisierten Versorgung, kommt (ebd.).

Hospize sind eigenständige Einrichtungen und verfügen i.d.R. über geringe Ressourcen (Radbruch et al., 2008, S. 3). In den meisten Fällen übernehmen die Hausärztinnen/Hausärzte der Klientinnen/Klienten die ärztliche Versorgung in Hospizen (ebd.). Die Finanzierung für stationäre Hospize ist weiterhin, wie oben beschrieben, im § 39a des SGB V festgelegt. Die Kranken- bzw. Pflegekasse übernimmt den Großteil der Kosten eines stationären Hospizaufenthaltes. Das Hospiz muss zehn Prozent der Finanzierung aus eigenen Mitteln, also z.B. Spenden oder Mitgliedsbeiträgen, aufbringen. Den verbleibenden Rest trägt der Patient selbst (Schumann, 2004, S. 81). Palliativstationen sind an ein Krankenhaus angeschlossen und können dementsprechend auf dessen Ressourcen bezüglich Personal und Geräte zurückgreifen (Radbruch et al., 2008, S. 3). Hier erfolgt die Finanzierung über das Krankenhaus (ebd.). Bei der ambulanten Versorgung erfolgt die Finanzierung wie oben beschrieben über die Krankenkassen, die nach § 132d SGB V Vereinbarungen mit den entsprechenden leistungserbringenden Instanzen abschließen.

3. Grundlagen und Begriffe des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

Um zu untersuchen, ob die Palliative Care ein Arbeitsfeld für Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten ist, ist es erforderlich, diesen Bereich anhand eines konzeptionellen, ergotherapeutischen Modells zu betrachten. Konzeptionelle Modelle ermöglichen Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, ihr theoretisches und praktisches Wissen zu untermauern und dieses in der Praxis weiterzuentwickeln (Jerosch-Herold et al., 2009, S. XVII). Ein Modell bietet grundlegende Prinzipien und Methoden für die praktische Arbeit (Hagedorn, 2009, S. 30). Hagedorn konstatiert, dass ohne klare Grundprinzipien keine Auszubildenden unterrichtet werden, keine Forschung durchgeführt und keine Weiterentwicklung des Berufes stattfinden könne (ebd.). Im folgenden Kapitel werden die Grundlagen des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) vorgestellt und wichtige Begriffe erläutert. Das Canadian Practice Process Framework (CPPF) und das Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) sind zwei Neuerungen, die mit der Einführung des CMOP-E einhergehen und in den folgenden Kapiteln erklärt werden. Abschließend werden drei ausgewählte Begriffe des CMOP-E aufgrund ihrer Relevanz für die Palliative Care eingehender beleuchtet.

3.1 Das Canadian Model of Occupational Performance und die Weiterentwicklung zum Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Das CMOP ist ein international anerkanntes Modell, das weltweit angewendet wird (Polatajko, Davis et al. 2007, S. 27). Bei dem CMOP-E handelt es sich um die Erweiterung des Canadian Model of Occupational Performance (CMOP), welches von der Canadian Association of Occupational Therapists entwickelt wurde (ebd., S. 22). Im CMOP wird Betätigungssperformanz als die dynamische Interaktion von Person, Betätigung und Umwelt verstanden. Dabei steht der Mensch mit seinen kognitiven, affektiven und physischen Komponenten und seiner Spiritualität im Mittelpunkt des Modells (ebd., S. 23). Der Mensch ist mit seiner Umwelt verbunden und Betätigung findet in der Interaktion mit Menschen und Umwelt statt (Law et al. 1997, S. 33). Dabei lebt jedes Individuum in einer einzigartigen Umwelt, die von kulturellen, institutionellen, physischen und sozialen Komponenten

geprägt wird und die Betätigung unmittelbar beeinflusst (Polatajko, Davis et al., S. 23). Das CMOP identifiziert drei Betätigungsbereiche, in die sich sämtliche Betätigungen des Menschen einordnen lassen: Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit (ebd.). In der dreidimensionalen, grafischen Illustration des Modells wird der Mensch in Form eines zentralen Dreiecks dargestellt, welches von der Umwelt kreisförmig umgeben wird (siehe Anhang A). Die Betätigung in den oben genannten Bereichen stellt die Verbindung zwischen Mensch und Umwelt dar (ebd.). Das CMOP spezifiziert die drei Kernbereiche des beruflichen Interesses für die Profession Ergotherapie: Mensch, Betätigung und Umwelt. Außerdem bietet es eine grafische Darstellung der ergotherapeutischen Perspektive (ebd.).

Die Weiterentwicklung des CMOP um den Begriff Engagement führt zu einer Präzisierung des Gegenstandsbereichs der Ergotherapie (Flotho, 2009, S. 175). Die grafische Darstellung (siehe Anhang A) zeigt einen Querschnitt des CMOP und richtet damit den Fokus auf die Bereiche, die sich überschneiden und mit Betätigung zu tun haben (Flotho, 2009, S. 175). Es wird verdeutlicht, dass Betätigung im Zentrum des Interesses der Ergotherapie steht (Polatajko, Davis et al. 2007, S. 24). Die Bereiche der Person und der Umwelt, die sich nicht mit dem Bereich der Betätigung überlappen, werden abgegrenzt (ebd.). Das CMOP-E ermöglicht eine erweiterte Betrachtung des Einflusses von Betätigung auf Gesundheit und Wohlbefinden, da der Schwerpunkt nicht mehr allein auf der Betätigungsperformanz, sondern auch auf dem Engagement liegt (ebd., S. 27). Der Begriff Engagement umfasst einerseits sich selbst zu betätigen, aber auch jemanden in Betätigung einzubinden oder beteiligt zu werden (Flotho, Reichel, 2011, S. 2). In Kapitel 3.2.2 werden der Begriff Engagement und seine Bedeutung eingehend betrachtet und erläutert. Das Canadian Practice Process Framework (CPPF) und das Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) werden in den folgenden beiden Kapiteln erklärt, um im vierten Kapitel den ergotherapeutischen Prozess in der Palliative Care beispielhaft anhand des CPPF darstellen zu können.

3.1.1 The Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)

Die Weiterentwicklung des CMOP-E bringt die Einführung des Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) mit sich. Das CMCE ist ein

Modell, das „Enablement“ als Kernkompetenz der Ergotherapie hervorhebt und diese Fähigkeit detailliert beschreibt (Townsend et al., 2007, S. 84). Ergotherapeutisches Enablement bedeutet Befähigung² oder Ermöglichung (Flotho, 2007, S. 176) und ist auf Betätigung ausgerichtet (Townsend et al., 2007, S. 89). Die Begriffe „enable“, „enabling“ oder „Enablement“ beschreiben laut Townsend et al. (ebd., S. 88) genau das, was Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten tun. Betätigung und Enablement werden als die Grundpfeiler der Ergotherapie verstanden (ebd., S. 89). Im Oxford Dictionary werden zwei Bedeutungen für das Verb „to enable“ angeboten: 1. “to make it possible for sb. to do sth.” und 2. “to make it possible for sth. to happen or exist by creating the necessary conditions” (Hornby, 2000, S. 411). Bezogen auf die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Klientin/Klient und Therapeutin/Therapeut bedeutet Enablement, individuelle und soziale Veränderung zu erwirken, indem der Klientin/dem Klienten Betätigung oder die Einbindung in Betätigung ermöglicht wird (Townsend et al., 2007, S. 109). Klientinnen/Klienten können dabei Einzelpersonen, Familien, Gruppen, Gemeinden, Organisationen oder Populationen sein (ebd.). Townsend et al. sehen so genannte „Enablement Skills“³ als Basis für eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Praxis (ebd., S. 84). Die ergotherapeutische Kompetenz wird im CMCE dementsprechend als ein Spektrum von Schlüsselfertigkeiten dargestellt (ebd., S. 129). Diese zehn Enablement Skills umfassen: Anpassen⁴ (Adapt), Fürsprechen (Advocate), Coachen (Coach), Zusammenarbeiten (Collaborate), Beraten (Consult), Koordinieren (Coordinate), Entwerfen/Konstruieren (Design/Build), Informieren (Educate), Beteiligen (Engage) und Spezialisieren (Specialize) (Flotho, Reichel, 2011, S. 2ff.). Dabei ist zu beachten, dass sich die Fertigkeiten überlappen und miteinander verwoben sind (ebd.). Meistens nutzt die Ergotherapeutin/der Ergotherapeut mehrere Enablement Skills gleichzeitig (ebd.). Neben diesen zehn Schlüsselfertigkeiten benötigt die Therapeutin/der Therapeut außerdem allgemeine Fertigkeiten wie Process Skills (z.B. analysieren, planen, reflektieren), Professional Skills (z.B. nach dem nationalen Ethikkodex arbeiten) und Scholarship Skills (z.B. evidenzbasier-

² Enablement, Befähigung und Ermöglichung: werden synonym verwendet

³ Enablement Skills = Fertigkeiten der Ermöglichung, Befähigungsfertigkeiten (Flotho, 2007, S. 176)

⁴ Die Übersetzung der einzelnen Enablement Skills stammt aus: Flotho, Reichel, 2011, S. 2ff.

te Praxis) (Flotho, 2009, S. 176). Ein zentrales Merkmal der grafischen Darstellung des CMCE (siehe Anhang B) sind die asymmetrisch gebogenen Linien, die die Dynamik, die Veränderlichkeit, das Eingehen von Risiken und das Machtgefälle in der therapeutischen Beziehung symbolisieren (Townsend, Beagan et al., 2007, S. 109). Die beiden Schnittpunkte der Linien stellen den Beginn (unterer Punkt) und das Ende (oberer Punkt) des therapeutischen Kontextes dar (Flotho, Reichel, 2011, S. 1). An dieser Stelle ist die enge Verknüpfung mit dem Canadian Practice Process Framework (CPPF) (siehe 3.1.2) zu erkennen, da die beiden Aktionsschritte eins und acht Beginn und Abschluss der Therapie kennzeichnen und der therapeutische Prozess somit die zehn Schlüsselfertigkeiten des CMCE einschließt (ebd.). Der Enablement-Prozess ist sehr komplex und wird auch als Enablement-Kontinuum bezeichnet (Townsend, Beagan et al., 2007, S. 128f.). Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten gleichen ständig unterstützende und begrenzende Anteile aus, um die bestmögliche Therapie und das bestmögliche Ergebnis zu erreichen (ebd.). So wird reflektierend zwischen effektivem und ineffektivem Enablement unterschieden (ebd.).

Das Modell des Client-Centred Enablements ist für die ergotherapeutische Arbeit in der Palliative Care von Bedeutung, da es die besondere Kernkompetenz „Befähigung“ und die zehn Schlüsselkompetenzen von Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten hervorhebt. Das Modell verdeutlicht, dass Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten sich damit befassen, Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass der Klientin/dem Klienten die Betätigung ermöglicht wird beziehungsweise sie/er in die Betätigung eingebunden wird, die für sie/ihn von Bedeutung ist. Unter Berücksichtigung der besonderen Situation von Menschen in ihrer letzten Lebensphase, wird deutlich, dass diese Fertigkeiten der Therapeutin/des Therapeuten in dem Arbeitsfeld Palliative Care von außerordentlicher Wichtigkeit sind.

3.1.2 The Canadian Practice Process Framework (CPPF)

Das Canadian Practice Process Framework (CPPF) ist das Prozessmodell des CMOP-E und beinhaltet die Prinzipien evidenzbasierter, klientenzentrierter und betätigungsorientierter Ergotherapie (Craik et al., 2007, S. 233). Das CPPF ist mit dem CMOP-E und dem CMCE verknüpft und berücksichtigt die im Gesundheitswesen gebräuchlichen Aspekte wie Beurteilung,

Intervention und Evaluation der Ergebnisse (Craig et al., 2007, S. 233). Das Modell verfügt über eine prozesshafte Struktur und zeigt acht Aktionspunkte auf, die in der Ergotherapie durchlaufen werden (siehe Anhang C), wobei die einzelnen Schritte nicht immer der Reihe nach und nicht immer vollständig durchlaufen werden müssen (ebd.). Vielmehr zeigt das CPPF alternative Pfade innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses auf, die die hohe Flexibilität des Therapieverlaufs verdeutlichen (ebd.). Die acht Aktionspunkte des ergotherapeutischen Prozesses finden immer in einem Kontext statt, der aus drei Elementen besteht: dem gesellschaftlichen Kontext (kulturelle, institutionelle, physische und soziale Umweltbedingungen), dem Praxiskontext (Beziehung zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient, geprägt durch persönliche und umweltbezogene Faktoren) und dem Bezugsrahmen (theoretische Bezüge, Ansätze, Modelle) (Craig et al., 2007, S. 234ff.). Die acht Aktionsschritte werden im Folgenden aufgezeigt:

1. Eintreten/initiieren⁵ (enter/initiate): Der ergotherapeutische Prozess beginnt mit dem ersten Kontakt zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient auf Grundlage einer Verordnung oder eines Vertrages (Davis et al., 2007, S. 252f.). Als Teil des Einstiegs identifizieren die Therapeutin/der Therapeut und die Klientin/der Klient gemeinsam Betätigungsschwierigkeiten und entsprechende Ziele, an denen sie im Verlauf arbeiten möchten (ebd.). In diesem ersten Aktionspunkt betreten Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient einen bestimmten therapeutischen Kontext, der wiederum in einen weiteren gesellschaftlichen Kontext eingebettet ist (ebd.).

2. Erwartungen abklären (set the stage): In diesem Schritt werden die Voraussetzungen für die Zusammenarbeit von Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient geschaffen, indem grundlegende Regeln vereinbart und beiderseitige Erwartungen in einem Gespräch geklärt werden (ebd., S. 254). Die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung ist laut Davis et al. (ebd.) ein entscheidender Punkt an dieser Stelle des Prozesses. Als Eingangsscreening empfiehlt sich z.B. das Canadian Occupational Performance Measure (COPM), das Befunderhebungsinstrument des CMOP-E, um mögliche Betätigungsanliegen und Betätigungsziele zu erfassen (ebd., S. 252).

⁵ Die Übersetzung der Aktionspunkte ist entnommen aus: Flotho, Reichel, 2011.

3. Erheben/bewerten (assess/evaluate): Nachdem die Betätigungsanliegen identifiziert wurden, werden durch eine gründliche Einschätzung und Evaluation persönliche, umweltbezogene und betätigungsbezogene Faktoren ermittelt, welche die Betätigungsschwierigkeiten bedingen (Davis et al., S. 256). Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten nutzen darüber hinaus ihr Erfahrungswissen, ihre Expertise und ihr Forschungswissen, um Erklärungen für die Betätigungsschwierigkeiten ihrer Klientin/ihres Klienten zu finden (ebd., S. 252). Unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen und therapeutischen Kontexts wählt die Therapeutin/der Therapeut adäquate Testverfahren aus und entscheidet gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten, welche davon ausgeführt werden (ebd., S. 257). Die Ergebnisse und Empfehlungen werden gemeinsam bewertet und dokumentiert, woraus sich entweder die Entwicklung eines Behandlungsplans oder das Ende der Therapie ergibt (ebd.).

4. Sich auf Ziele einigen/planen (agree on objectives/plan): Bezogen auf die Betätigungsschwierigkeiten und die Ergebnisse aus dem dritten Aktionspunkt, werden gemeinsam Ziele formuliert und ein Aktionsplan erstellt (ebd., S. 258). Dabei werden persönliche und umweltbezogene Faktoren berücksichtigt (ebd.). Außerdem finden zeitliche, räumliche und ressourcenbedingte Voraussetzungen besondere Beachtung bei der Planung (Flotho, 2009, S. 179). Die Klientin/der Klient soll dazu befähigt werden, erreichbare und realistische Ziele zu benennen (Davis et al., 2007, S. 258). Auch hier endet der Aktionsschritt damit, zu entscheiden, ob der Aktionsplan umgesetzt oder die Zusammenarbeit beendet wird (Flotho, 2009, S. 179).

5. Plan umsetzen (implement plan): Die Zusammenarbeit ist die Schlüsselkompetenz in diesem Schritt, um die Klientin/den Klienten bei der Umsetzung des Aktionsplans zu unterstützen (Davis et al., 2007, S. 258). Die Klientin/der Klient wird nun in bedeutungsvolle Betätigung eingebunden und der Prozess wird dokumentiert (Flotho, Reichel, 2011). An dieser Stelle ist das Einbeziehen weiterer, beteiligter Personen, wie z. B. von Angehörigen oder Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern möglich (Flotho, 2009, S. 179). Die Rahmenbedingungen werden fortlaufend angepasst, um Veränderungen zu ermöglichen und negative Auswirkungen zu vermeiden (ebd.).

6. Überwachen/verändern (monitor/modify): Während der Umsetzung des Plans findet fortlaufend eine Evaluation statt, um zu überprüfen, ob die durchgeführten Enablement Strategien zur Erreichung der Ziele beitragen und ob der Plan befolgt wird (Davis et al., 2007, S. 260). Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient evaluieren konstant die Fortschritte der Klientin/des Klienten bezüglich ihrer/seiner Ziele (ebd.). Diese Evaluation bietet eine Orientierung und kann zu Veränderungen des Plans, der Ziele oder der Betätigungsanliegen führen (ebd.). Eventuell können weitere Beteiligte hinzukommen (ebd.).

7. Ergebnis bewerten (Evaluate the outcome): In einer abschließenden Evaluation werden die Betätigungsziele überprüft (ebd., S. 262). Wenn die Ziele nicht erreicht wurden, können die Ergebnisse der Evaluation hilfreiche Informationen für die weitere Vorgehensweise liefern (ebd.). An diesem Punkt ergeben sich drei Möglichkeiten: 1. Alle Betätigungsziele wurden erreicht, die Zusammenarbeit kann beendet werden. 2. Alle Betätigungsziele wurden erreicht, aber es sind weitere Betätigungsprobleme aufgetaucht, die bearbeitet werden sollen. Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient treten erneut in den therapeutischen Prozess ein. 3. Die Ziele wurden nicht erreicht. Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient entscheiden gemeinsam darüber, ob die Ziele und der Plan überarbeitet werden sollen oder die Zusammenarbeit beendet wird (ebd.).

8. Beenden/abschließen (conclude/ exit): Nachdem die Evaluation beendet wurde, werden die Ergebnisse dokumentiert und gemeinsam besprochen, um zu entscheiden, ob die Zusammenarbeit fortgesetzt oder beendet wird (ebd., S. 263). Falls die Therapie beendet wird, obwohl Ziele nicht erreicht wurden, muss besonderes darauf geachtet werden, dass für beide Seiten der Grund für die Beendigung der Zusammenarbeit verständlich ist (ebd., S. 262). Die Klientin/der Klient sollte außerdem über die Möglichkeit der Wiederaufnahme der Therapie informiert werden (ebd., S. 262). Mögliche Überweisungen an Dritte sind von der Therapeutin/vom Therapeuten zu koordinieren (Flotho, 2009, S. 180).

3.2 Grundlegende Begriffe im CMOP-E

Im folgenden Kapitel werden drei grundlegende Begriffe des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement ausgewählt und näher betrachtet. Die Aspekte Betätigung, Engagement und Spiritualität sind zum einen Kernelemente des kanadischen Modells, zum anderen kann über diese Elemente eine Verknüpfung zwischen Ergotherapie und Palliative Care stattfinden, da die Begriffe für dieses Handlungsfeld von besonderer Bedeutung sind.

3.2.1 Der Begriff Betätigung

Betätigung ist das zweite Kernelement des CMOP-E. Laut der Canadian Association of Occupational Therapists bedeutet Betätigung mehr als nur Arbeit (Law, 1997, S. 34). Betätigung umfasst alle Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens aller Menschen:

Occupation refers to groups of activities and tasks of everyday life, named, organized and given value and meaning by individuals and a culture. Occupation is everything people do to occupy themselves, including looking after themselves (self-care), enjoying life (leisure), and contributing to the social and economic fabric of their communities (productivity) (Polatajko, Backman et al., 2007, S. 40).

Durch Betätigung wird im CMOP-E eine Verbindung zwischen Person und Umwelt hergestellt, d.h. Menschen treten durch Betätigung mit ihrer Umwelt in Interaktion (Polatajko, Davis et al., 2007, S. 23). Die Bedeutung, die dem Begriff Betätigung in der Ergotherapie beigemessen wird, ist deutlich höher als im Verständnis der Allgemeinheit (ebd., S. 17). In der Ergotherapie existieren einige Grundannahmen bezüglich menschlicher Betätigung: Die beiden Hauptannahmen sind, dass Betätigung ein Grundbedürfnis des Menschen ist und dass Betätigung therapeutisches Potential hat (ebd., S. 20f.). Weiterhin beeinflusst Betätigung die Gesundheit und das Wohlbefinden (ebd.). Zeit wird dadurch organisiert, dass jemand sich betätigt und der Tagesablauf erhält durch Betätigung eine Struktur (ebd.). Betätigung gibt dem Leben eine Bedeutung und einen Sinn, sie ist für jeden Menschen einzigartig und spezifisch (ebd.). Im CMOP-E wird Betätigung in drei unterschiedliche Bereiche differenziert: Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Im Bereich Selbstversorgung geht es z. B. um das Sorgen für die eigene Person in Form von Körperpflege, Anziehen und Essenszubereitung

oder um Mobilität (Law et al., 2009, S. 158). Der Bereich Produktivität umfasst bezahlte und unbezahlte Arbeit, Haushaltsführung sowie Spiel und Schule. Zur Freizeit zählen ruhige (z.B. Lesen, Kartenspielen) und aktive Erholung (z.B. Sport, Ausflüge) und soziale Aktivitäten wie Besuche oder Partys (ebd.). Betätigung ist das Hauptanliegen und gleichzeitig das therapeutische Medium der Ergotherapie (CAOT, 1997, 2002, zit. n. Townsend et al., 2007, S. 369). Die Ergotherapie versteht Betätigung als menschliches Grundbedürfnis, dessen Befriedigung unverzichtbar für das Leben, die Gesundheit und Freude ist (Polatajko, Davis et al., 2007, S. 35).

Demnach kann Betätigung insbesondere für Menschen, die sich am Ende ihres Lebens befinden, eine Möglichkeit sein, um Lebensfreude und damit Lebensqualität aufrechtzuerhalten oder zurückzugewinnen. Betätigung kann nach dem Verständnis der Ergotherapie dazu beitragen, Klientinnen/Klienten in krisenhaften Lebenssituationen Wohlbefinden, Tagesstruktur und Sicherheit zu geben. Dass Betätigung im ergotherapeutischen Sinn dabei nicht nur aktiv gemeint ist, wird im folgenden Kapitel aufgezeigt.

3.2.2 Der Begriff Engagement

Durch die Erweiterung des kanadischen Modells um den Aspekt Engagement wird das ergotherapeutische Verständnis von Betätigung ausgedehnt. Laut Flotho und Reichel (2011, S. 2) umfasst der Begriff Engagement sowohl „sich selbst zu betätigen“ oder „jemand anderen in Betätigung einzubinden“ als auch „beteiligt zu werden“. Es geht also nicht mehr ausschließlich um beobachtbare, aktive Betätigung, sondern auch der Aspekt der passiven Teilhabe wird in dem erweiterten Modell berücksichtigt (ebd., S. 3). Die Darstellung des CMOP-E geht über die Betätigungsperformanz hinaus und weist dadurch auf ein erweitertes Aufgabenfeld für die Ergotherapie hin (Polatajko, Davis et al., 2007, S. 27). Außerdem verdeutlicht der Begriff Engagement das Interesse der Ergotherapie, betätigungsunterstützende Rahmenbedingungen zu schaffen (Polatajko, Davis et al., 2007, S. 27). Gleichzeitig wird der Fokus auf den sich betätigenden Menschen behalten (ebd.).

Diese Sichtweise kann insbesondere für die therapeutische Arbeit mit schwerbetroffenen Klientinnen/Klienten, wie beispielsweise Menschen mit

Apallischem Syndrom oder physisch und/oder psychisch sehr geschwächten Klientinnen/Klienten, hilfreich sein, da auch die Ermöglichung passiven Teilhabens als Betätigung angesehen wird. Menschen, denen es nicht möglich ist, aktiv eine Betätigung auszuführen werden nicht von der Therapie ausgeschlossen. Stattdessen werden Rahmenbedingungen so gestaltet und adaptiert, dass passive Betätigung beziehungsweise Teilhabe an Betätigung ermöglicht wird. Die Erweiterung des grundlegenden Modells der Ergotherapie schließt somit auch schwerstbetroffene Klientinnen/ Klienten ein.

Hier findet sich ein weiterer Hinweis auf die Qualifikation von Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten für die Arbeit im Bereich Palliative Care. Menschen, die am Ende ihres Lebens stehen, sind durch die Folgen ihrer Erkrankung häufig nicht mehr in der Lage, den für sie wichtigen Betätigungen aktiv nachzugehen. Die Betrachtungsweise der Ergotherapie kann dazu beitragen, diesen Menschen trotzdem eine Einbindung in Betätigung zu ermöglichen und gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten, Angehörigen und anderen Beteiligten Lösungswege zu finden, um dem sterbenden Menschen auch am Lebensende so weit es geht die von ihm gewünschte Teilhabe zu ermöglichen.

3.2.3 Spiritualität im CMOP-E

Im CMOP-E wird Spiritualität als zentrales Element und als die Essenz des menschlichen Wesens angesehen (Polatajko, Molke et al., 2007, S. 68). Spiritualität ist innerhalb der Person vorhanden, entwickelt sich in der Umwelt und gibt der Betätigung eine Bedeutung (Law et al., 1997, S. 33). Es existiert keine einheitliche, unumstößliche Definition von Spiritualität, was aber dem Wesen der Spiritualität entspricht (Polatajko, Molke et al., 2007, S. 69). Spiritualität wird als ein schwer greifbares Element des menschlichen Seins verstanden, das jedes Individuum auf seine eigene Weise definiert (ebd.). Menschen als spirituelle Wesen anzusehen bedeutet, sie mit ihren intrinsischen Werten zu würdigen und ihren Glauben und ihre Ziele zu respektieren, unabhängig von Fähigkeiten, Alter oder Charaktereigenschaften (Law et al., 1997, S. 42). Die Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) vertritt folgende Annahmen bezüglich Spiritualität: Es handelt sich um die angeborene Essenz des Selbst, die Erkenntnis ein ein-

zigartiger und wahrhafter Mensch zu sein, den Ausdruck von Wille, Antrieb und Motivation, die Quelle der Selbstbestimmung und persönlicher Kontrolle und die Möglichkeit Wünsche auszudrücken (Law et al., 1997, S. 43). Urbanowski und Vargo sehen Spiritualität als die persönliche Erfahrung von Sinnhaftigkeit im täglichen Leben (1994, zit. n. Law et al., 1997, S. 43). Dabei geht es nicht ausschließlich um religiöse Leidenschaft. Spirituelle Aspekte können auch in einfachen Alltagsbetätigungen wie z.B. bei der Gartenarbeit gefunden werden (Urbanowski, Vargo, 1994, zit. n. Vrikljan B.H., 2000). Für manche Menschen ist Spiritualität eine religiöse Anschauung, für andere besteht in dieser Hinsicht weniger Klarheit und Spiritualität wird eher als ein Gefühl von Sinn verstanden (Law et al., 1997, S. 42). Besonders in persönlichen Krisen oder in Krankheitsphasen suchen Menschen nach spirituellen Orientierungshilfen (Vrikljan, 2000). Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten sich mit Spiritualität und deren Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden beschäftigen. Durch den Verlust von Rollen und bedeutungsvoller Interaktionsfähigkeit im Rahmen einer Erkrankung kann es zu einer spirituellen Krise kommen (ebd.). Der Einsatz von narrativen Methoden kann an dieser Stelle dazu beitragen, dass die Therapeutin/der Therapeut etwas über die Gefühle, Gedanken, Wahrnehmungen und den Glauben der Klientin/des Klienten erfährt (Kirsh, zit.n. Vrikljan, 2000). Indem die Ergotherapeutin/der Ergotherapeut der Klientin/dem Klienten Betätigung wieder ermöglicht, könne laut Vrikljan (ebd.) spirituelle Entfaltung stattfinden. Für die Klientin/den Klienten kann die Wiederermöglichung von Betätigung ein Gefühl von Bedeutsamkeit und Lebensinhalt zurückbringen und den Übergang von vergangenen zu zukünftigen Betätigungsperformanzen erleichtern (ebd.).

Insbesondere Menschen, die mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, neigen dazu, unterschiedliche Werte und Überzeugungen anzunehmen (Cooper, 2007, S. 23f). Die Aufgabe der Ergotherapeutin/des Ergotherapeuten ist es, gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten zu überlegen, welche Betätigungen auch weiterhin für sie/ihn von Bedeutung sind (ebd.). Spirituelles Wohlbefinden durch Betätigung zu ermöglichen, ist eine bedeutende Aufgabe für Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, die mit Menschen im Bereich Palliative Care arbeiten (ebd.).

4. Ergotherapie im Handlungsfeld Palliative Care

In den vorangegangenen Kapiteln wurden sowohl die Grundlagen der Palliative Care als auch ein grundlegendes Modell der Ergotherapie dargestellt. Das folgende Kapitel beinhaltet die Verknüpfung der beiden Bereiche, indem anhand eines fiktiven Fallbeispiels dargestellt wird, wie der ergotherapeutische Prozess im Bereich der Palliative Care ablaufen kann. Das Prozessmodell CPPF wird dabei als Bezugsrahmen gewählt. Abschließend werden Möglichkeiten und Grenzen ergotherapeutischer Angebote in der Palliative Care aufgezeigt.

4.1 Fallbeispiel

Frau A. ist 45 Jahre alt, verheiratet und hat eine 13-jährige Tochter und einen 15-jährigen Sohn. Gemeinsam mit ihrer Familie lebt Frau A. in einem Bungalow in einer Kleinstadt. Frau A. ist Grundschullehrerin an einer Schule in ihrem Wohnort. Vor sechs Monaten wurde bei ihr ein Glioblastoma Multiforme⁶ (ICD-10 C71.9) diagnostiziert. Der Tumor wurde in einer Operation teilreseziert und anschließend mit Strahlen- und Chemotherapie behandelt. Eine vollständige Heilung ist nicht möglich. Frau A.s Onkologe hat, von der Diagnosestellung an, offen mit Frau A. und ihren Angehörigen ihre Situation besprochen und eine palliativmedizinische Behandlung vorgeschlagen. Nach dem letzten Chemotherapiezyklus hat Frau A. an einer vierwöchigen, stationären Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen, um ihre Ressourcen zu mobilisieren. Aktuell befindet sich Frau A. wieder zu Hause und wird von einem ambulanten Palliative-Care-Team betreut. Das Team koordiniert die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung und bezieht bei Bedarf weitere Berufsgruppen und Hospizdienste in die Begleitung mit ein. Zusätzlich hat Frau A., auf ihren eigenen Wunsch hin, von dem zuständigen Palliativarzt eine Verordnung über Ergotherapie erhalten. Die Ergotherapeutin ist Angestellte in einer Ergotherapiepraxis, die mit dem ambulanten Palliative-Care-Dienst kooperiert. Da Frau A. in ihrer Mobilität bereits sehr eingeschränkt ist und um einen engen Bezug zu ihrem Alltag herzustellen, findet die Therapie in Form von Hausbesuchen statt. Bezogen auf die Motorik sind Frau A.s Hauptprobleme eine arme-

⁶Glioblastoma Multiforme= maligner, astrozytärer Hirntumor (WHO Grad IV) (Psyhyrembel, 2011, S.763)

tonte Hemiparese links, Parästhesien und Taubheitsgefühl der linken Körperhälfte, Gleichgewichtsstörungen und Schwindel sowie insgesamt Kraftlosigkeit und Schwächegefühl. Im kognitiven Bereich ist ihre Ausdauer reduziert, was sich z.B. darin äußert, dass die Klientin nicht mehr so lange lesen kann.

4.2 Der ergotherapeutische Prozess in der Palliative Care in Anlehnung an die acht Aktionspunkte des CPPF

Das CPPF stellt ein allgemeines Bezugssystem des kanadischen Modells dar, welches in verschiedenen Praxiskontexten angewandt werden kann und bietet dadurch die Grundlage, um den ergotherapeutischen Prozess in einem, für die Ergotherapie noch neuen Arbeitsfeld, wie der Palliative Care zu beschreiben (Craik et al., 2007, S. 233).

4.2.1 Eintreten/Initiieren

Für das Erstgespräch besucht die Ergotherapeutin Frau A. zu Hause. Die Therapeutin bespricht mit der Klientin den Grund für die Überweisung, die Diagnose und daraus resultierende Betätigungsprobleme bzw. –anliegen. Frau A. berichtet, dass sie während ihres Aufenthalts in der Rehabilitationsfachklinik Ergotherapie erhalten habe und ihr diese sehr gut getan habe. Daraufhin hat sie mit ihrem behandelnden Arzt besprochen, dass sie auch ambulant Ergotherapie verordnet bekommt. Frau A. weiß über die schlechte Prognose ihrer Erkrankung Bescheid und redet mit der Therapeutin offen über ihre Situation. An dieser Stelle verhält sich die Therapeutin entsprechend der Grundprinzipien der Palliative Care und signalisiert Offenheit und Wahrhaftigkeit, um eine Basis für das Vertrauensverhältnis mit Frau A. zu schaffen (Bausewein, Roller, Voltz, 2010a, S. 2). Die Klientin berichtet, dass sie vor allem im Bereich Selbstversorgung Betätigungsprobleme habe und dass ihr diese besonders wichtig seien. Frau A. ist außerdem sehr traurig darüber, dass sie ihren Beruf nicht mehr ausüben kann. Es bestand ein sehr enges Verhältnis zu den Schülerinnen und Schülern ihrer Klasse. Die Klientin wird von der Therapeutin hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen der ergotherapeutischen Angebote beraten. Anschließend vereinbaren die Therapeutin und Frau A., dass die Zusammenarbeit weitergeführt wird und beim nächsten Termin ein Assessment zur genaueren Klärung der Betätigungsanliegen durchgeführt werden soll.

4.2.2 Erwartungen abklären

In diesem Schritt besprechen Frau A. und die Ergotherapeutin das weitere Vorgehen und die beiderseitigen Erwartungen. Die Ergotherapeutin ermutigt die Klientin, ihre Wünsche und Erwartungen während des gesamten Therapieprozesses auszudrücken. Zudem macht die Ergotherapeutin deutlich, dass es ihr Anliegen ist, Frau A. bei den Betätigungen, die sie wieder bzw. noch möglichst lange ausüben möchte, zu unterstützen. Besonders im Bereich Palliative Care ist es wichtig, dass die Therapeutin hervorhebt, dass die Betätigungswünsche und Therapieinhalte von der Klientin bestimmt werden und jeder Zeit angepasst werden können (Seidl, Aulbert, 2008, S. 1280). In diesem Schritt ist der Aufbau einer therapeutischen Beziehung zwischen der Ergotherapeutin und Frau A. entscheidend. Die Beziehungsbildung erfordert in dieser Situation besondere Einfühlsamkeit, Offenheit und Klarheit. Da das Hauptziel der Palliative Care die Verbesserung beziehungsweise der Erhalt der Lebensqualität ist, ist es notwendig, zu erheben, was für die Klientin Lebensqualität ausmacht und welche Bedürfnisse und Wünsche sie diesbezüglich hat (Steffen-Bürgi, 2007, S. 32). Die Ergotherapeutin sieht Frau A. als die Expertin für das an, was ihrem Leben Qualität verleiht, an. Die Therapeutin und die Klientin gehen eine partnerschaftliche Beziehung ein und treffen alle Entscheidungen bezüglich des weiteren Vorgehens gemeinschaftlich. Um Frau A.s Betätigungsanliegen zu spezifizieren, führt die Ergotherapeutin mit ihr das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) durch. Das COPM ist das Befunderhebungsinstrument des CMOP-E und dazu geeignet, Frau A.s Betätigungsanliegen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit zu erfassen. Gleichzeitig berücksichtigt das Messinstrument umweltbezogene Faktoren, die die Betätigungen beeinflussen. Die Klientin identifiziert im COPM die für sie bedeutungsvollen Betätigungen, und stuft sie nach Wichtigkeit, Performanz und Zufriedenheit ein. Folgende vier Betätigungen sind für Frau A. am wichtigsten (vollständiger COPM-Bogen siehe Anhang D).

Betätigungsproblem	Wichtigkeit	Performanz	Zufriedenheit
1. sich selbständig waschen	9	4	2
2. ein Bad nehmen	9	3	2
3. sich selbständig ankleiden	10	4	3
4. sich zurechtmachen/ schminken	10	3	2
Bewertung: <u>(Gesamtwert</u> Anzahl d. Probleme		Perfor- manzwert 1: 3,5	Zufrieden- heitswert 1: 2,25

Tabelle 2: COPM: Ersterhebung Frau A.

4.2.3 Erheben/Bewerten

Nachdem Frau A. gemeinsam mit der Therapeutin herausgefunden hat, welche Betätigungsanliegen für sie am bedeutsamsten sind, wird in diesem Schritt ermittelt, welche persönlichen oder umweltbezogenen Faktoren die Betätigungen behindern. Es ist allerdings zu beachten, dass der Einsatz von formalen Assessments und Testverfahren in der Palliative Care nicht unbedingt hilfreich ist (Tester, 2007, S. 114). Es entspricht nicht dem Interesse der Klientin, mit standardisierten Tests Fähigkeiten zu messen und zu bewerten (ebd.). Ein solches Vorgehen führt der Klientin den Verlust ihrer Fähigkeiten vor Augen und unterstreicht die Tatsache, dass sie diese Fähigkeiten nie wieder zurückerlangen wird (ebd.). An dieser Stelle ist also ein gut überdachtes, vorsichtiges Vorgehen seitens der Therapeutin erforderlich. Die Therapeutin schlägt daher vor, dass sie Frau A. bei der Durchführung der Betätigungen begleitet und beobachtet, um dabei unterstützende und hemmende Faktoren ausfindig zu machen. Der nächste Termin wird für den frühen Morgen vereinbart, damit die Ergotherapeutin und Frau A. gemeinsam die Betätigungen „sich waschen und ankleiden“ und „sich schminken“ analysieren können.

Bei der Betätigungsanalyse des Waschens stellt sich heraus, dass Frau A. eine Badewanne mit sehr hohem Einstieg besitzt und ihr bereits das Einsteigen in die Wanne große Probleme bereitet. Das Aussteigen aus der gefüllten Badewanne ist ohne Hilfe nicht möglich. Frau A. möchte aber ge-

rne einmal in der Woche baden. Wenn sie sich am Waschbecken stehend wäscht, besteht weiterhin das Problem, dass ihr schwindelig wird und sie sich zu schwach fühlt, um länger vor dem Becken zu stehen. Beim Zähneputzen hat Frau A. Probleme, die Zahnpastatube mit der einen Hand festzuhalten und mit der anderen aufzudrehen. Beim Anziehen bereitet das Gleichgewicht Frau A. Schwierigkeiten. Das Anziehen der Hose und der Strümpfe ist im Stehen nicht möglich. Beim Überziehen des T-Shirts hat Frau A. Probleme den linken Arm einzusetzen. Die Knöpfe ihrer Strickjacke zuzuknöpfen ist aufgrund der Feinmotorikdefizite sehr schwer möglich und nimmt viel Zeit in Anspruch, was Frau A. wiederum ungeduldig werden lässt. Um ihre Schuhe zuzubinden, nimmt Frau A. die Hilfe ihres Mannes in Anspruch. Beim Anziehen erzählt Frau A. der Therapeutin, dass sie sehr viel Wert darauf lege, sich zurechtzumachen. Vor ihrer Erkrankung sei sie gerne mit ihrem Mann ausgegangen und habe es geliebt, sich z.B. für einen Theaterbesuch „schick zu machen“. In letzter Zeit könne sie dies aber nicht mehr so wie früher und darunter leide sie sehr. Besonders, da die Chemotherapie zum Haarausfall geführt habe, würde sie sich gerne etwas schminken, um sich wohler zu fühlen. Das fällt ihr aber aufgrund der Hemiparese schwer. Das Öffnen der kleinen Tuben und Schminkstifte sei kaum möglich und auch das Auftragen der Schminke bereite ihr Probleme. Außerdem erfordere das Zurechtmachen viel mehr Zeit als früher und so lange könne sie nicht mehr vor dem Spiegel stehen. Die Therapeutin probiert das Schminken einmal gemeinsam mit Frau A. aus. Die gesammelten Ergebnisse und Informationen aus den Beobachtungen und dem Gespräch dokumentiert die Therapeutin in Absprache mit Frau A. Die Therapeutin verzichtet darauf, eine exakte Gelenkmessung, einen motorisch-funktionellen Test oder ähnliches durchzuführen. Sie beruft sich in dieser Situation auf ihre Expertise und ihre Erfahrung, um die Gründe für die Betätigungsschwierigkeiten zu erkennen und einzuschätzen.

4.2.4 Sich auf Ziele einigen

Die Ergotherapeutin bespricht gemeinsam mit der Klientin die Ergebnisse aus dem vorangegangenen Aktionsschritt. Es werden nochmal ihre Betätigungsanliegen geklärt und auf der Basis aller gesammelten Informationen werden die Betätigungsziele und ein Aktionsplan erstellt. Die Therapeutin

unterstützt Frau A. dabei, Ziele zu formulieren, die erreichbar und realistisch sind. Auch wenn bei der Klientin eine Heilung nicht mehr möglich ist und sie eine begrenzte Lebenserwartung hat, orientieren sich die Ergotherapeutin und die Klientin bei der Zielsetzung nicht nur an ihren Einschränkungen. Sie erkennen und berücksichtigen vorhandene Ressourcen, diese werden in der Zielformulierung und im Aktionsplan mit bedacht. Frau A.s Ressourcen sind zu Beginn der Therapie z.B. die Fähigkeit ohne Hilfe aufstehen und einige Meter gehen zu können, die Fähigkeit zu kommunizieren und ihre Bedürfnisse auszudrücken und die Motivation bestimmte Betätigungen noch so lange wie möglich selbst ausführen zu wollen. Bezogen auf die Umwelt sind die Angehörigen, von denen die Klientin umfassend unterstützt wird, als hilfreich anzusehen. Förderlich ist auch die Tatsache, dass Familie A. einen Bungalow bewohnt und dementsprechend alle Räume ebenerdig und barrierefrei zu erreichen sind. Die Therapeutin ermutigt Frau A., sich für diesen Lebensabschnitt Ziele zu setzen, auch wenn die verbleibende Zeit begrenzt ist. Das Formulieren von Zielen, auch wenn sie sehr klein sind, gibt Frau A. das Gefühl, produktiv und kompetent zu sein. Sie wird ermutigt sich zu betätigen und ihr Selbstwertgefühl wird gesteigert (Boog, 2007, S. 178). Mit Unterstützung der Therapeutin formuliert Frau A. folgende Hauptziele:

- Ziel 1: Ich möchte so lange wie möglich in der Lage sein, mich mit möglichst wenig Hilfe zu waschen.
- Ziel 2: Ich möchte so lange wie möglich in der Lage sein, mich selbständig anzuziehen.
- Ziel 3: Ich möchte mich so zurechtmachen und schminken können, dass ich mich wohl fühle.

Im Gespräch identifizieren die Therapeutin und die Klientin weitere Ziele, die den drei Hauptzielen untergeordnet werden können. So möchte Frau A. beispielsweise ihre Mobilität aufrecht erhalten, so lange es geht. Und sie möchte Kompensationsmechanismen erlernen, die ihr das Waschen und Anziehen erleichtern. Außerdem soll die verbliebene Funktion des linken Armes und der linken Hand so gut wie möglich bewahrt werden.

In der Therapieplanung werden darüberhinaus zeitliche, räumliche und ressourcenbedingte Rahmenbedingungen berücksichtigt. Die Therapie findet im häuslichen Umfeld von Frau A. statt. Da die Hauptbetätigungsanliegen in den Bereich der Selbstversorgung fallen, wird die Ergotherapie zweimal in der Woche am frühen Morgen stattfinden. Auf diese Weise findet die Ergotherapie alltagsnah und unter realen Bedingungen statt. Frau A. hat von ihrem Arzt zunächst eine Verordnung über 10 Therapieeinheiten erhalten. Bei einem zerebralen Tumor sieht der Heilmittelkatalog eine Gesamtverordnungs menge von 40 Einheiten innerhalb des Regelfalls vor (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, S. 52). Frau A. und die Therapeutin verabreden, dass die Ergotherapie zunächst dienstags und donnerstags um 8:00 Uhr stattfindet.

4.2.5 Plan umsetzen

Hilfsmittelberatung und -versorgung: Die Umsetzung des Plans beginnt mit einer ausführlichen Hilfsmittelberatung durch die Therapeutin. Nach Absprache mit dem Koordinator des Palliative Care Teams wird die Zuständigkeit für diesen Bereich auf die Ergotherapeutin übertragen. Diese nimmt Kontakt zu einem örtlichen Sanitätshaus auf und vereinbart einen gemeinsamen Termin vor Ort. In die Entscheidung über die Anschaffung der Hilfsmittel wird Frau A.s Ehemann mit einbezogen. Nach einer eingehenden Beratung entscheiden Frau A. und ihr Mann, einen elektrischen Badewannenlifter verordnen zu lassen, um Frau A. dadurch das wöchentliche Baden zu ermöglichen. Außerdem soll sie einen Duschhocker mit Arm- und Rückenlehne bekommen, der an das Waschbecken gestellt werden kann. Frau A. kann sich dann zum Waschen hinsetzen, wodurch ihr das Waschen trotz der Gleichgewichts- und Schwindelproblematik ermöglicht wird. Zur sicheren Durchführung des Toilettengangs werden auf beiden Seiten der Toilette hochklappbare Haltegriffe montiert. Auch im Bereich der Badewanne wird ein Sicherheitshaltegriff angebracht. Im Haus kann Frau A. sich relativ sicher frei bewegen, außerhalb der Räumlichkeiten hat sie aber Angst zu stürzen. Aus diesem Grund schreibt die Ergotherapeutin eine Hilfsmittlempfehlung über einen Rollator. Zu diesem Zeitpunkt sind noch keine weiteren Pflegehilfsmittel erforderlich und Frau A. möchte noch kein Pflegebett haben, sondern so lange wie möglich im gemeinsamen

Ehebett schlafen. Mit dem zuständigen Sanitätshaus wird besprochen, dass, falls sich Frau A.s Situation verschlechtert, auch eine kurzfristige Lieferung von weiteren Hilfsmitteln möglich ist. Alle Beteiligten sind sich einig, dass auch bei der Hilfsmittelversorgung der Grundsatz gilt: „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“. Die von Arzt und Therapeutin besprochenen und unterschriebenen Hilfsmittlempfehlungen werden vom Sanitätshaus zur Genehmigung an Frau A.s Krankenkasse weitergeleitet.

Selbsthilfetraining: waschen und anziehen: Durch die Versorgung mit den Hilfsmitteln ist Frau A. in der Lage sowohl das wöchentliche Bad als auch die tägliche Körperpflege noch selbständig durchzuführen. Da Frau A. Schwierigkeiten hat die Zahnpastatube zu öffnen, schlägt die Therapeutin vor, die Tube in einer Halterung zu befestigen, so dass sie mit einer Hand auf- und zugeschraubt werden kann. Denkbar wäre auch der Kauf einer Zahnpasta mit Pumpverschluss oder eines automatischen Zahnpastaspenders. Beim Anziehtraining mit der Ergotherapeutin lernt die Klientin Möglichkeiten kennen, die ihr das Anziehen vereinfachen. Um auch hier die Gleichgewichts- und Schwindelprobleme zu verbessern, fordert die Therapeutin Frau A. auf, sich im Sitzen anzuziehen. Weiterhin gibt die Therapeutin Tipps, wie der betroffene Arm besser eingesetzt werden kann, um so das Anziehen von T-Shirts und Pullovern zu erleichtern. Das Zuknöpfen der Blusenknöpfe wird durch die Benutzung einer Knöpffhilfe erleichtert. Um beim Anziehen der Schuhe nicht auf die Hilfe des Ehemannes angewiesen zu sein, schlägt die Ergotherapeutin die Benutzung von elastischen Schnürsenkeln vor, welche nur einmalig gebunden werden müssen, danach können die Schuhe immer wieder mit Hilfe eines Schuhlöffels angezogen werden. Alternativ kann Frau A. Schuhe mit Klettverschluss anziehen.

Selbsthilfetraining: sich schminken und zurechtmachen: Für Frau A. ist die Betätigung „sich schminken“ von sehr hoher Bedeutung. Das Zurechtmachen gibt ihr ein Stück Autonomie und Selbstwertgefühl. Außerdem war das Schminken für die Klientin immer eine alltägliche Tätigkeit, die ihr durch die Vertrautheit Sicherheit und Struktur vermittelt. Frau A. ist von den Folgen der Krankheit und den Nebenwirkungen der Medikamente gezeichnet. Die Haare sind ihr ausgefallen und sie hat stark abgenommen. Das

sorgfältige Zurechtmachen unterstützt Frau A. dabei, ihre Lebenssituation erträglicher zu machen und Lebensqualität zurückzugewinnen. Frau A. erklärt der Therapeutin noch einmal genau, welche Schritte sie normalerweise durchgeführt hat, um sich zurechtzumachen. Gemeinsam wird zunächst überlegt, wie die Rahmenbedingungen so verändert werden können, damit Frau A. das Schminken wieder ermöglicht werden kann. Da Frau A. nicht in der Lage ist, lange genug vor dem Spiegel im Badezimmer zu stehen, schlägt die Therapeutin vor, einen Schminkplatz im Schlafzimmer einzurichten. Hier ist ausreichend Platz vorhanden und es wird ein großer, kippbarer Spiegel so wie ein beleuchteter Kosmetikspiegel mit ausziehbarem Gelenkarm montiert. Die Klientin kann sich davor auf einen Stuhl mit Arm und Rückenlehne setzen, um für ausreichend Unterstützungsfläche und damit Gleichgewicht zu sorgen. Rechts neben dem Spiegel wird ein kleines Regal in angepasster Höhe angebracht, auf dem die Utensilien abgelegt werden können. Da die Haltefunktion der linken Hand eingeschränkt ist, wird eine spezielle Halterung am Regal montiert, in welcher Frau A. die Tuben und Stifte einspannen kann, so dass diese mit einer Hand geöffnet werden können. Zusätzlich adaptiert die Ergotherapeutin die Griffe von Mascara, Lippenstift, Pinsel und anderen Schminkutensilien so, dass Frau A. die Gegenstände gut greifen und besser mit ihnen hantieren kann. Die Anpassung der Umwelt sorgt bereits für eine starke Vereinfachung der Betätigung. In den nächsten Schritten analysieren die Therapeutin und die Klientin, ob bei der Betätigungsausführung weitere Aspekte vereinfacht und kraftsparend gestaltet werden können. Frau A. ist sehr glücklich darüber, dass sie wieder besser in der Lage ist sich zurechtzumachen und fühlt sich wohler. Das tägliche Zurechtmachen, eine Perücke oder ein Kopftuch auszuwählen, sich zu schminken, Maniküre und Pediküre haben einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Wohlbefinden von terminal-erkrankten Menschen (Dawson, 1993, S. 15). Der Klientin wird auf diese Weise ein Gefühl von Eigenständigkeit und Normalität vermittelt.

Motorisch-funktionelle und neurophysiologische Therapie: Um die Betätigungsziele erreichen zu können und Beweglichkeit und Muskelkraft so lange wie möglich zu erhalten, werden auch Therapiemethoden auf motorisch-funktioneller Basis, wie z. B. Muskelfunktionstraining oder Gelenkmobilisation, angewandt. Die Therapeutin setzt außerdem Behandlungsver-

fahren auf neurophysiologischer Grundlage, wie z.B. Bobath oder Basale Stimulation (Erläuterung siehe 4.3), ein. Gezieltes Sensibilitätstraining soll dabei helfen, die linke Körperseite besser wahrzunehmen und dadurch das Wohlbefinden zu steigern. Die Therapeutin bietet zudem an, Frau A. verschiedene Entspannungstechniken beizubringen, um Anspannungen und Ängste, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, positiv zu beeinflussen.

4.2.6 Überwachen/Verändern

Der therapeutische Prozess in der Palliative Care stellt besondere Herausforderungen an Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten. Da eine dauerhafte Verbesserung des Zustandes der Patientinnen/Patienten nicht zu erwarten ist, ist eine stetige, besonders einfühlsame Anpassung des therapeutischen Angebotes erforderlich (Prollius et al., 1997, S. 930). Im Verlauf der Therapie passt die Ergotherapeutin den Therapieplan immer wieder an das Befinden und die Wünsche von Frau A. an. Die wechselnde Tagesbefindlichkeit von Frau A. führt zu einer stetigen Veränderung der Betätigungsanliegen und des Behandlungsplans. An Tagen, an denen Frau A. sich zu schwach fühlt um aufzustehen, überlegen die Therapeutin und Klientin gemeinsam, welche Betätigung Frau A.s Wohlbefinden verbessern könnten oder in welche Betätigungen sie gerne eingebunden werden möchte. Die Therapeutin bietet Frau A. beispielsweise an, ihr mehr Unterstützung beim Schminken zu geben und dieses im Bett sitzend durchzuführen. Die Durchführung von kosmetischen Aktivitäten vermittelt Frau A. ein Gefühl von Sicherheit, da diese zu ihren alltäglichen Gewohnheiten gehörten. Außerdem kann sie sich bei der Anwendung von Gesichtsmassagen oder einer Maniküre, die sie gemeinsam mit der Therapeutin durchführt, sehr gut entspannen. Diesen Aspekt betont auch Dawson (1993, S. 13f.), indem er kosmetischen Anwendungen eine wichtige Rolle in der Behandlung sterbender Menschen zuweist und konstatiert, dass diese durchaus einen therapeutischen Charakter haben. Mit der zunehmenden Verschlechterung von Frau A.s Zustand gehen neue Betätigungswünsche ihrerseits einher. Frau A. entwickelt das Bedürfnis, über ihre Lebensgeschichte zu sprechen und ihr Leben Revue passieren zu lassen. Die Therapeutin greift dieses Bedürfnis auf und setzt narrative Methoden ein, um mit der Klientin biografisch zu

arbeiten. In diesem Zusammenhang entwickeln Therapeutin und Klientin gemeinsam die Idee, kurze Briefe für ihre Angehörigen zu verfassen. Auf diese Weise hinterlässt Frau A. ihren Angehörigen etwas Persönliches von sich und setzt sich gleichzeitig mit dem nahenden Abschied auseinander. Die Aufgabe der Therapeutin besteht darin, Frau A. das Schreiben zu ermöglichen bzw. für sie zu schreiben, wenn sie zu schwach ist. Je nach Situation kommen auch Tage vor, an denen Frau A. sich nicht aktiv betätigen möchte. In diesem Fall wendet die Therapeutin beispielweise Entspannungstechniken oder Methoden der Basalen Stimulation an, die Frau A. eine passive Interaktion mit der Therapeutin ermöglichen und zu ihrem Wohlbefinden beitragen. Die Ergotherapeutin steht außerdem in regelmäßigen Kontakt und Austausch mit den Angehörigen und anderen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Palliative-Care-Teams. Die Verschlechterung von Frau A.s Zustand erfordert zu einem späteren Zeitpunkt die weitere Versorgung mit Hilfsmitteln. In Absprache mit den Pflegemitarbeiterinnen/Pflegemitarbeitern und den Angehörigen werden z.B. ein Pflegebett, ein Toilettenstuhl und andere Pflegehilfsmittel angeschafft.

4.2.7 Ergebnis bewerten

In den vorangegangenen Aktionsschritten ist deutlich geworden, dass es in der Palliative Care anders als in der klassischen Rehabilitation nicht um die dauerhafte Verbesserung von Fähigkeiten und Funktionen geht. Die Lebensqualität der/des begleiteten Klientin/Klienten hat höchste Priorität. Eigenständigkeit und Selbstbestimmung sollen so lange wie möglich erhalten bleiben (Seidl, Aulbert, 2008, S. 1280). Das Erreichen der Betätigungsziele wird daher in erster Linie durch das Gespräch mit Frau A. evaluiert. Frau A. bestimmt während des gesamten Behandlungsverlaufs das Vorgehen und wird von der Ergotherapeutin als Expertin bezüglich ihrer Betätigungsziele angesehen. Kurz bevor die zehn Therapieeinheiten der Erstverordnung beendet sind, führen Frau A. und die Therapeutin das COPM erneut durch, um zu evaluieren, wie sich die Performanz und die Zufriedenheit bezüglich der ursprünglichen Betätigungsanliegen verändert hat (siehe Anhang D). Zum Zeitpunkt der Zweiterhebung hat sich Frau A.s Einschätzung bezüglich der Betätigungsperformanz und der Zufriedenheit deutlich verbessert. Frau A. berichtet, dass sie froh darüber sei, sich unter Einsatz der Hilfsmit-

tel selbständig waschen und anziehen zu können. Besonders das Schminken bereitet ihr Freude und bedeutet für sie eine Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Betätigungsproblem	Wichtigkeit	Performanz	Zufriedenheit
1. sich selbständig waschen	9	7	7
2. ein Bad nehmen	9	9	10
3. sich selbständig ankleiden	10	8	8
4. sich zurechtmachen/ schminken	10	7	9
Bewertung: <u>(Gesamtwert</u> Anzahl d. Probleme		Perfor- manzwert 2: 7,75	Zufrieden- heitswert 2: 8,5

Tabelle 3: COPM: Zweiterhebung Frau A.

Es ergibt sich also eine Verbesserung des Performanzwertes um 4,25 Punkte und eine Verbesserung des Zufriedenheitswertes um 6,25 Punkte. Obwohl die vereinbarten Betätigungsziele erreicht wurden, ergeben sich aus der kontinuierlichen Verschlechterung von Frau A.s Zustand weitere Betätigungsanliegen. Frau A. und die Therapeutin besprechen, dass die Ergotherapie weiter verordnet werden soll, und passen den Behandlungsplan gemeinsam den veränderten Bedingungen an. Die Weiterführung der Therapie wird mit den Angehörigen, dem zuständigen Arzt und anderen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Palliative-Care-Teams abgestimmt.

4.2.8 Beenden/Abschließen

Dem letzten Aktionsschritt des ergotherapeutischen Prozesses fällt im Bereich Palliative Care besondere Bedeutung zu. Die Therapie endet in diesem Fall nicht mit der beiderseitigen Entscheidung, dass die Zusammenarbeit abgeschlossen wird, sondern mit dem Versterben der Klientin. Dies stellt eine besondere Herausforderung für die Therapeutin dar. Der Umgang mit terminal erkrankten Menschen erfordert die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit und die Akzeptanz des Todes als einen natürlichen Teil des Lebens (Roller, 2010, S. 115). Da Frau A. und die Thera-

peutin im Prozessverlauf ein enges und offenes Vertrauensverhältnis aufgebaut haben, war auch die Kommunikation zwischen ihnen durch Offenheit geprägt. Dies ermöglichte auch das Ansprechen der besonderen Situation zu einem frühen Zeitpunkt der Therapie. Die Therapeutin und Frau A. hatten die Gelegenheit sich zu verabschieden, als die Klientin noch bei klarem Bewusstsein war. In der letzten Woche vor ihrem Tod war Frau A. hingegen kaum ansprechbar und somnolent. Der Therapieinhalt war an dieser Stelle vor allem von Basaler Stimulation geprägt, durch die die Kommunikation auf nonverbale Weise unterstützt wurde. Die Ergotherapeutin wird durch den Koordinator des Palliative-Care-Teams über den Tod von Frau A. informiert. Alle Beteiligten des Teams nehmen an einer Trauerfeier für Frau A. teil. Außerdem wird in der regelmäßig stattfindenden Supervision, an der auch die Therapeutin teilnimmt, der Tod von Frau A. thematisiert und ermittelt, ob weiterer Gesprächsbedarf besteht.

4.3 Möglichkeiten und Grenzen ergotherapeutischer Angebote in der Palliative Care

Das breit gefächerte Berufsbild der Ergotherapie mit Bezugswissenschaften wie Medizin, Biologie, Psychologie, Pädagogik, Soziologie u.a. bietet eine gute Grundlage für die Arbeit in einem komplexen Bereich wie der Palliative Care. Bisher sind Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten in Deutschland in diesem Bereich eher selten vertreten, sollten aber zukünftig verstärkt in die Begleitung sterbender Menschen eingebunden werden (Teicke, 2005, S. 337). Mögliche Arbeitsfelder wären z.B. Hospize, Palliativstationen, Altenheime, onkologische Stationen oder ambulante Dienste (ebd.). Die Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross betonte bereits 1969 in ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden“, dass die Ergotherapie eine wichtige Rolle in der Begleitung sterbender Menschen spielen kann:

„In den letzten Lebenstagen wünschte Frau K. die Gegenwart von zwei Menschen.... Die zweite Person war die Beschäftigungstherapeutin, in deren Anwesenheit sie die Wirklichkeit eine Zeitlang vergessen konnte und die ihr half, sich noch einmal als brauchbarer Mensch zu fühlen und kleine Dinge herzustellen, die für sie vielleicht ein wenig Unsterblichkeit bedeuten.“ (1997, S.48)

Eine Grundannahme der Ergotherapie ist, dass Betätigung ein Bedürfnis des Menschen ist und eine therapeutische Wirkung hat (Polatajko, Davis et al., 2007, S. 20f.). Unter Berücksichtigung dieser These stellt sich die Fra-

ge, ob auch Menschen in ihrer letzten Lebensphase ein Bedürfnis danach haben sich zu betätigen und ob auch dann eine therapeutische Wirkung von Betätigung zu erwarten ist, wenn der Mensch von einer lebensverkürzenden Erkrankung betroffen ist. Eine Studie von Watterson et al. (2004, S. 219) mit 90 Teilnehmern belegt, dass Klientinnen/Klienten mit einer Krebserkrankung im Rahmen einer Erhebung mit dem COPM Betätigungsanliegen in den drei Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit angeben. Auffallend ist, dass 65% der genannten Betätigungsziele in den Bereich Selbstversorgung fallen, während Anliegen in den Bereichen Freizeit und Produktivität deutlich weniger geäußert werden (20% und 15%) (ebd.). Klientinnen/Klienten mit einer Krebserkrankung erachten die Tätigkeiten, die mit ihrer elementaren, alltäglichen Funktionsfähigkeit zusammenhängen für signifikant wichtiger als Freizeitaktivitäten und berufliche Aktivitäten (Watterson et al., 2004, S. 223). Die Studie zeigt auf, dass Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung ein Bedürfnis nach Betätigung haben. Darüberhinaus betont Dawson (1993, S. 15f.) in seiner Studie, dass die Möglichkeit, bedeutsamen Betätigungen nachzugehen oder in Betätigungen eingebunden zu werden, einen positiven Einfluss auf die Bewohnerinnen/Bewohner eines Hospizes hat. In einem Leitfaden des College of Occupational Therapists (2004, S. 5) über ergotherapeutische Interventionen bei Krebspatientinnen/Krebspatienten wird eine Klientin/ein Klient wie folgt zitiert:

The occupational therapist encouraged me to do things I wouldn't have done on my own. So you don't just sit there and think 'I can't do anything'. It's making you feel more the whole person instead of thinking about your...the tumour. ...It enriches your life.

Ergotherapeutische Angebote in der Palliative Care können dazu beitragen, der Klientin/dem Klienten das Gefühl von Kontrolle über ihr/sein Leben zurückzugeben und damit Sicherheit zu vermitteln (Dawson, 1993, S. 16). Dabei spielt der klientenzentrierte Ansatz, der in der Ergotherapie verfolgt wird, eine entscheidende Rolle. Die Möglichkeit, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen und auszuwählen, was Inhalt der Ergotherapie sein soll, gibt der Klientin/dem Klienten Autonomie in einer Lebenssituation zurück, die geprägt ist von Verlust, Hilflosigkeit und Fremdbestimmung (Dawson, 1993, S. 16). Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten arbeiten in der Palliative Care mit den Klientinnen/Klienten zusammen, um die größtmögliche

Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens zu erlangen und sie dadurch zu befähigen, die Kontrolle über ihr Leben zu behalten (Watterson et al., 2004, S. 219). Hauptaufgabe der Ergotherapie in der Palliative Care ist es, die Betätigungswünsche, die die Klientin/der Klient äußert zu unterstützen und ihr/ihm dadurch Selbstbestimmung zu ermöglichen. Das Selbstwertgefühl der Klientin/des Klienten zu erhalten, kann ebenfalls als eines der wichtigsten Ziele in der Palliative Care angesehen werden. Dieses Ziel wird in der Ergotherapie durch die klientenzentrierte Vorgehensweise, also durch die Mitbestimmung der Klientin/des Klienten an sämtlichen therapiebezogenen Entscheidungen, untermauert.

Die Therapieinhalte und Maßnahmen der Ergotherapie werden individuell auf die Bedürfnisse und Wünsche der Klientin/des Klienten abgestimmt. Im Folgenden werden exemplarisch einige Behandlungsverfahren vorgeschlagen, deren Einsatz in der Palliative Care sinnvoll sein kann.

Motorisch-funktionelle Behandlungsverfahren werden angewandt, um z. B. Feinmotorik und Grobmotorik zu verbessern bzw. zu erhalten. Im Bereich der Palliative Care können motorisch-funktionelle Behandlungsverfahren eingesetzt werden, um Beweglichkeit, Muskelkraft und Funktionen zu erhalten und dadurch die eigenständige Durchführung von Alltagsaktivitäten, so lange wie möglich, zu bewahren. Motorisch-funktionelle Methoden, die sich für diesen Bereich eignen sind beispielsweise Muskelfunktionstraining, Gelenkmobilisation, Manuelle Therapie, Sensibilitätstraining, Massagen oder Lymphdrainage. Alle der genannten Methoden haben zum Ziel, Körperfunktionen zu verbessern oder zu erhalten, d.h. sie sind geeignet, um z. B. die Beweglichkeit oder die Sensibilität der Klientin/des Klienten zu verbessern oder zu erhalten.

Auch **Neurophysiologische Behandlungsverfahren** wie das Bobath-Konzept oder Basale Stimulation sind für die Behandlung palliativer Klientinnen/Klienten geeignet. Das Bobath-Konzept wird zur Behandlung von Menschen mit zerebralen Bewegungsstörungen und sensomotorischen Defiziten angewendet (Steding-Albrecht, 2007, S. 333). Im palliativen Arbeitsfeld kann durch die Anwendung des Bobath-Konzepts der Erhalt von Bewegungsfähigkeit und damit der Erhalt von Betätigungsfähigkeit unters-

tützt werden. Basale Stimulation kann die Körperwahrnehmung der oft bettlägerigen Klientinnen/Klienten verbessern. Die Klientin/der Klient spürt die Grenzen seines Körpers, nimmt die Welt außerhalb seines Körpers und die Anwesenheit einer anderen Person wahr (Kostrzewa, Kutzner, 2009, S. 87).

Der Anwendung von **adaptiven Verfahren** kommt in der Palliative Care eine besonders hohe Bedeutung zu. Durch adaptive Maßnahmen kann die Leistungsfähigkeit der Klientin/des Klienten in den von ihr/ihm gewünschten Bereichen erhalten werden, so dass ein höheres Aktivitätsniveau und ein größeres Maß an Partizipation erreicht werden können (Berting-Hüneke, 2007, S. 567). Die adäquate Versorgung mit Hilfsmitteln ist beispielsweise unerlässlich, um der Klienten/dem Klienten die größtmögliche Selbständigkeit im Alltag zu ermöglichen. Die Anpassung von Funktions- und Lagerungsschienen fallen ebenso in den Aufgabenbereich der Ergotherapeutin/des Ergotherapeuten, wie die Versorgung mit einem Rollstuhl, Greifhilfen, Badewannenliftern oder anderen Hilfsmitteln (Seidl, Aulbert, 2008, S. 1282). Durch eine Wohnraumberatung und -anpassung kann die Umwelt der Klientin/des Klienten so gestaltet werden, dass die Begleitung am Lebensende im eigenen Zuhause, also im gewohnten und vertrauten Umfeld der Klientin/des Klienten, stattfinden kann.

Psychosoziale Verfahren, in denen z. B. ausdruckszentrierte Techniken eingesetzt werden, können dazu beitragen, der Klientin/dem Klienten eine Auseinandersetzung mit ihren/seinen Gefühlen und Wünschen zu ermöglichen (Kubny-Lüke, 2007, S. 485). Die Bewältigung von Angst, Depression, Zorn, Aggression, Hoffnungslosigkeit und Trauer sind primäres Ziel der Anwendung von ausdruckszentrierten Behandlungsverfahren in der Palliative Care (Seidl, Aulbert, 2008, S. 1282). Therapeutische Mittel und Maßnahmen könnten in diesem Zusammenhang gestalterische Techniken, wie zum Beispiel Drucktechniken, Collagen, Fotografie, Malerei, aber auch verbale Ausdrucksformen, wie Geschichten/Gedichte schreiben/erzählen oder musikalische Inhalte, sein (Kubny-Lüke, 2007, S. 488). Der Prozess des Gestaltens dient dabei vor allem der Selbstreflexion und der Erlebnisaktivierung, so dass eigene seelische Vorgänge wahrgenommen und bearbeitet werden können (ebd., S. 485ff.). Während des gesamten Behandlungs-

prozesses in der Palliative Care sollte die klientenzentrierte Gesprächsführung ein zentraler Bestandteil des therapeutischen Gesprächs sein. Klientenzentrierte Gesprächsführung zeichnet sich durch die drei Elemente Akzeptanz, Empathie und Echtheit aus (Scheepers, 2007, S. 503). Insbesondere die Biografiearbeit ist eine gute Möglichkeit, um die Klientin/den Klienten dabei zu unterstützen, sich mit dem nahenden Abschied auseinanderzusetzen und ihr/sein Leben noch einmal Revue passieren zu lassen (Teicke, 2005, S. 339). Die Ergotherapeutin/der Ergotherapeut kann die Methode des narrativen Reasonings dazu nutzen, um gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten ihre/seine Lebensgeschichte zu thematisieren, Abschied zu nehmen und sich bewusst mit dem Lebensende auseinanderzusetzen (Teicke, 2005, S. 339). In diesem Zusammenhang wäre das Aufschreiben oder eine Audioaufnahme der Erinnerungen denkbar, so dass die Klientin/der Klient ihren/seinen Angehörigen ein Stück ihrer/seiner Lebensgeschichte hinterlassen kann.

Zentrale Ziele der Ergotherapie sind die weitgehende Selbständigkeit der Klientin/des Klienten und ihre/seine Partizipation an den **Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL = Activities of Daily Living)**, zu denen Tätigkeiten wie Anziehen, Körperpflege, Einkaufen, Kochen, Essen und andere Alltagshandlungen gehören (Fürhoff, 2007, S. 91f.). Im Bereich Palliative Care kann durch die Verbesserung, Erleichterung oder den Erhalt eigenständiger Aktivitäten bei alltäglichen Verrichtungen wie Essen, Ankleiden oder Körperpflege das Gefühl der Abhängigkeit von Anderen vermieden bzw. hinausgezögert und damit die persönliche Würde und die Lebensqualität erhalten werden (Seidl, Aulbert, 2008, S. 1281).

Einer der wesentlichen Grundsätze der Palliative Care ist die Einbeziehung von Angehörigen in die Arbeit des Teams (ebd., S. 1280). Angehörige können in die Therapieeinheiten einbezogen werden und als Co-Therapeutinnen/Co-Therapeuten agieren (ebd.). Aufgaben der Ergotherapie könnten hier sein, die Angehörigen anzuleiten, z. B. bezüglich der Durchführung basaler Stimulation oder der Transfers und zu beraten z.B. bezüglich Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, etc. Ein intensiver Informationsaustausch aller Beteiligten (Teammitglieder, Angehörige, Klientin/Klient) ist unbedingt sicher zu stellen (ebd., S. 1281). Besonders in der Palliative

Care ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen mit entsprechenden Kompetenzen unerlässlich (Bausewein, Roller, 2010, S. 130). Die gemeinsam verfolgten Ziele und die Identität des Teams sind dabei wichtiger als die individuelle Berufszugehörigkeit oder die Rangordnung (ebd.). Das Team profitiert von den individuellen Erfahrungen, Kompetenzen und Fachkenntnissen der einzelnen Teammitglieder. Neben den spezifischen berufsbezogenen Kenntnissen sind bei der Arbeit in der Palliative Care allgemeine Fähigkeiten wie Flexibilität, Kommunikationsfähigkeit, Bereitschaft zur Supervision, Konfliktfähigkeit und eine ganzheitliche Sichtweise gefordert (ebd., S. 132f.). Da die Betreuung sterbender Menschen und deren Angehöriger eine hohe emotionale Belastung darstellt, wird eine regelmäßige Supervision empfohlen, um Probleme und andere Themen gemeinsam im Team bearbeiten zu können (ebd.). Um die Qualität der Behandlung sicherzustellen, ist darüberhinaus die Teilnahme aller Teammitglieder an einer Fortbildung im Bereich Palliative Care erforderlich.

Bei der Betrachtung ergotherapeutischer Angebote in der Palliative Care sind allerdings auch Grenzen zu berücksichtigen. Einerseits gibt es Aspekte, die die Möglichkeiten der Therapieangebote mit sterbenden Menschen stark einschränken können, andererseits muss der Therapeutin/dem Therapeuten bewusst sein, dass sie/er in der Palliative Care an ihre/seine fachlichen aber auch persönlichen Grenzen stoßen kann. Die Besonderheit der Arbeit im Bereich Palliative Care besteht in der Tatsache, dass eine Heilung der/des behandelten Klientin/Klienten nicht mehr möglich ist. Die Ergotherapeutin/ der Ergotherapeut muss sich darüber im Klaren sein und über eine entsprechende Grundhaltung verfügen: Die Therapeutin/der Therapeut muss in der Lage sein, aushalten zu können, dass sie/er seine Therapie mit Menschen durchführt, die bald sterben werden (Schmeling-Kludas, 2008, S. 1231). Dies erfordert eine Sichtweise, in der die Klientin/der Klient gleichzeitig als lebender aber auch als sterbender Mensch wahrgenommen wird (ebd.). Die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, sowie des Akzeptanz des Sterbens als einen natürlichen Prozess ist eine unausweichliche Voraussetzung für die Arbeit in diesem Feld. Die stetige Veränderung des Zustandes von Klientinnen/Klienten, die palliativ betreut werden, erfordert ein äußerst hohes Maß an Flexibilität der Therapeutin/des Therapeuten. Es ist denkbar, dass die Klientin/der Klient an einem Tag sehr aktiv ist

und mit der Therapeutin/dem Therapeuten einen entsprechend aktiven Behandlungsplan entworfen hat, am nächsten Tag aber sehr schwach oder depressiv ist und kein Interesse an aktiven Betätigungen hat. In einer derartigen Situation sind das Einfühlungsvermögen und die Anpassungsfähigkeit seitens der Therapeutin/des Therapeuten maßgeblich gefragt. Auch in der Festlegung der Behandlungsziele sind Grenzen zu berücksichtigen und zu erkennen. Hier liegt die Aufgabe der Therapeutin/des Therapeuten darin, gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten Ziele zu verfassen, die realistisch und erreichbar sind und die die Person nicht überfordern. An dieser Stelle ist auch das Auftreten von Diskrepanzen zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient denkbar, wenn die Klientin/der Klient z.B. ein Ziel hat, welches aufgrund der physischen Möglichkeiten nicht erreichbar ist. Hier ist wiederum eine einfühlsame Gesprächsführung von der Therapeutin/des Therapeuten gefragt. Die Therapieinhalte müssen jederzeit an den Zustand der Klientin/des Klienten angepasst und häufige Erholungsphasen eingeplant werden können. In einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium ist davon auszugehen, dass die Behandlung im Bett stattfindet, wodurch das therapeutische Angebot ebenfalls eingeschränkt wird (Seidl, Aulbert, 2008, S. 1282). Außerdem können Schmerzen die Behandlungsmöglichkeiten weiter eingrenzen. Die Herausforderung für die Ergotherapeutin/den Ergotherapeuten besteht darin, sich an die Grenzen heranzutasten, sie zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Dawson betont, dass eine gute Therapeutin/ein guter Therapeut im Bereich der Palliative Care ein Verständnis für die Grundsätze der Hospizbewegung hat und das Umfeld kreativ so gestaltet, dass es zu Betätigung animiert und die Betätigungsbedürfnisse der Individuen befriedigt werden, um so ihre Lebensqualität zu verbessern (1993, S. 17).

5. Fazit und Ausblick

„I need to be independent. That's the main thing. I haven't got to have someone to come in and wash me and things like that. I can still do that for myself.“ (Unbekannt, zit.n. College of Occupational Therapists, 2004, S. 3). Autonomie und Unabhängigkeit so lange wie möglich zu erhalten, ist für Menschen am Lebensende von oberster Priorität. Die Ausarbeitungen dieser Arbeit, insbesondere im vierten Kapitel, zeigen, dass die aktive

und/oder passive Einbindung in Betätigung das Selbstwertgefühl und die Möglichkeit zur Selbstbestimmung von Menschen am Lebensende erhalten oder sogar steigern kann. Menschen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung haben, wie alle Menschen, ein Bedürfnis danach sich zu betätigen. Besonders der Bereich Selbstversorgung spielt eine entscheidende Rolle für Klientinnen/Klienten, die an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden. An dieser Stelle ist der Einsatz ergotherapeutischer Interventionen sinnvoll. Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten verfügen über ein breites Spektrum an Fähigkeiten, die für die Versorgung palliativer Klientinnen/Klienten relevant sind. Die Betrachtung der Grundlagen der Palliative Care im Zusammenhang mit einem grundlegenden ergotherapeutischen Modell, dem CMOP-E, hat verdeutlicht, dass sich in den Zielen und Leitsätzen der Palliative Care und dem grundlegenden Verständnis der Ergotherapie viele Übereinstimmungen finden lassen. Die holistische, klientenzentrierte Sichtweise der Ergotherapie kann einen entscheidenden Beitrag zur Erreichung der Ziele in der Palliative Care leisten. Die Auseinandersetzung mit dem CMOP-E und den dazugehörigen Modellen hat aufgezeigt, dass wichtige Begriffe und Kompetenzen der Ergotherapie auch in der Begleitung sterbender Menschen einen sehr hohen Stellenwert einnehmen. Insbesondere die klientenzentrierte, betätigungsorientierte und die alltagsbezogene Vorgehensweise von Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten ist für die Arbeit in der Palliative Care von Vorteil. Der Alltagsbezug ist ein Kriterium, welches besonders in der Begleitung sterbender Menschen Anwendung finden sollte. Die exemplarische Darstellung des Ergotherapieprozesses in der Palliative Care in Kapitel 4.2 veranschaulicht die Möglichkeiten der Ergotherapie in diesem Arbeitsfeld. Die Neuerung des kanadischen Modells hebt die Kompetenz von Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten hervor, auch Menschen zur Teilhabe an Betätigung zu befähigen, die selbst nicht aktiv dazu in der Lage sind. Diese Befähigungsfertigkeit bekräftigt die Forderung nach ergotherapeutischen Angeboten in der Begleitung sterbender Menschen.

Um die Integration von Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten in palliative Arbeitsfelder sicherzustellen, ist eine tiefergehende, fachliche Auseinandersetzung mit entsprechenden Themengebieten unerlässlich. Die Aufnahme des Fachbereichs Palliative Care in die Ausbildungs- und Prüfungs-

verordnung der Berufsfachschulen ist nur ein notwendiger Schritt auf dem Weg zur erfolgreichen Einbindung der Ergotherapie in diesen Fachbereich. Um die Qualitätssicherung zu gewährleisten, ist die Erstellung eines Leitfadens zur ergotherapeutischen Behandlung palliativer Klientinnen/Klienten erforderlich. Die Aufnahme der Palliativversorgung in den Heilmittelkatalog ist eine weitere erforderliche Grundlage, um die Versorgung sterbender Menschen mit Heilmitteln gewährleisten zu können. Darüberhinaus sind Studien z.B. bezüglich des Effekts ergotherapeutischer Maßnahmen auf die Lebensqualität palliativ betreuter Klientinnen/Klienten denkbar. Auch die Durchführung von Studien, die Betätigungsanliegen sterbender Menschen im deutschsprachigen Raum, z.B. mittels des COPM erforschen, wäre sinnvoll. Die Bildung eines entsprechenden Arbeitskreises in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wäre ein erster Schritt, um die oben genannten Aufgaben angehen zu können. Bei einer kontinuierlichen, intensiven Auseinandersetzung mit den angesprochenen Themen, können Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten zukünftig mit ihrem Fachwissen und ihren Kompetenzen eine Bereicherung für die Arbeit multiprofessioneller Palliative Care Teams darstellen.

6. Literaturverzeichnis

Albrecht E., Bausewein C., Nauck F., Ostgathe C., Radbruch L., Roller S., Voltz R. (2010). Konzept der Palliativmedizin. In: Bausewein C., Roller S., Voltz R., S. 2-56.

Aulbert E. (2008). Lebensqualität bei inkurablen Krankheiten. In: Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (Hrsg.), S. 15-35.

Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (Hrsg.). (2008). Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart u.a.: Schattauer.

Bausewein C., Roller S. (2010). Interdisziplinäres Team. In: Bausewein C., Roller S., Voltz R., S. 130- 135.

Bausewein C., Roller S., Voltz R. (2010a). Palliative Care/Palliativmedizin. In: Bausewein C., Roller S., Voltz R., S. 2-14.

Bausewein C., Roller S., Voltz R. (2010b). Organisationsformen. In: Bausewein C., Roller S., Voltz R., S. 15-17.

Bausewein C., Roller S., Voltz R. (2010). Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung. 4. Aufl. München u.a.: Urban und Fischer.

Bayrisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (o.J.). Allgemeine ambulante Palliativversorgung. Zugriff am 28.07.2011 auf: http://www.stmug.bayern.de/gesundheit/krankenhaus/palliativstationen/allg_ambulant.htm.

Berting-Hüneke C. (2007). Adaptive Verfahren. In: Scheepers C., Steding-Albrecht U., Jehn P. (Hrsg.), S. 575-597.

Boog K. (2007). The Use of Creativity as a Psychodynamic Activity. In: Cooper J. Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. Second Edt. West Sussex: Wiley, S. 176-187.

College of Occupational Therapists. (2004). Occupational Therapy intervention in cancer. Guidance for professionals, managers and decision-makers. HOPE (the College of Occupational Therapy College Specialist Section for HIV/AIDS, Oncology and Palliative Care and Education. Zugriff am 28.07.2011 auf: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/362/Appendix%20VI%20-%20Role%20of%20Occupational%20Therapy%20in%20Cancer%20Care%20-%20Specialist%20Group%20Information.pdf>.

Cooper J. (2007). Challenges faced by occupational therapists in Oncology and Palliative Care. In: Cooper J. Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. Second Edt. West Sussex: Wiley, S. 11-25.

Cooper J. (1997). Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. West Sussex: Wiley.

Craik J., Davis J., Polatajko H. J. (2007). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In: Townsend E.A., Polatajko H. J., S. 229-246.

Davis J., Craik J., Polatjako H. J. (2007). Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend E.A., Polatajko H. J., S. 247-272.

Dawson S. (1993). The role of occupational therapy groups in an Australian hospice. In: The American Journal of Hospice & Palliative Care. 10 (13), S. 13- 17.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2011). Hintergründe. Zahlen und Fakten. Statistiken. Zugriff am 30.06.2011 auf: http://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html

European Association for Palliative Care (2010). An EAPC Task Force to identify the scope and remit of occupational therapy in palliative care in Europe. Zugriff am 22.07.2011 auf: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/OccupationalTherapy/tabid/1146/Default.aspx>.

Flotho W., Reichel K. (2011). Canadian Model of Occupational Performance CMOP-E. In: Betätigung und Lebensqualität im Kontext der Ergotherapie. Studienbrief 3: Grundlagentheorien und Modelle der Ergotherapie. Unveröffentlichtes Lehrmaterial zum Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Hamburger Fern-Hochschule.

Flotho W. (2009). Aktuelle Entwicklungen in Kanada. In: Jerosch-Herold C., Marotzki U., Stubner B.M., Weber P. (Hrsg.), S. 175-180.

Fürhoff J. (2007). Ergotherapeutische Mittel und Medien. In: Scheepers C., Steding-Albrecht U., Jehn P. (Hrsg.), S.333-348.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). Richtlinie über Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). Zweiter Teil. Zuordnung der Heilmittel zu den Indikationen (Heilmittelkatalog). S. 52.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2008). Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Zuletzt geändert am 15.04.2010. Zugriff am 01.07.2011 auf: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf

George S., Flotho W., Dehnhardt B., Harth A., Romein E. (2009). Derzeitiger Entwicklungsstand rund um das kanadische Modell in Deutschland. In: Jerosch-Herold C., Marotzki U., Stubner B. M., Weber P. (Hrsg.), S. 172-175.

GKV-Spitzenverband, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Bundesverband Kinderhospiz e. V., Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Deutsches Rotes Kreuz e. V., Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002 i. d. F. vom 14.04.2010 Zugriff am 20.06.11 auf: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf

en/amb_rahmen_p39a-sgb5.pdf.

Hagedorn R. (2009). Umsetzung von Modellen in die Praxis. In: Jerosch-Herold C., Marotzki U., Stubner B. M., Weber P. (Hrsg.), S. 30-39.

Heller A. (2000). Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In: Heller A., Heimerl K., Husebø S. (Hrsg.), Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 9-24.

Hornby A. S. (2000). Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English. Sixth Edt. Oxford u.a.: Oxford University Press, S. 411.

Jerosch-Herold C., Marotzki U., Stubner B. M., Weber P. (Hrsg.) (2009). Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. 3. überarb. Aufl. Heidelberg: Springer.

Kostrzewa S., Kutzner M. (2009). Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. 4., überarb. und ergänz. Aufl. Bern: Huber.

Kränzle S. (2010). Historische Entwicklung. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C. Palliative Care. 3. überarb. und erw. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Kubny-Lüke B. (2007). Kompetenzzentrierte alltagsrelevante Methoden. In: Scheepers C., Steding-Albrecht U., Jehn P. (Hrsg.), S.485-495.

Kübler-Ross E. (1997). Interviews mit Sterbenden. 21. Auflage. Stuttgart: Kreuz-Verlag.

Law M., Polatajko H., Carswell A., McColl M. A., Pollock N., Baptiste S. (2009). Das kanadische Modell der „occupational performance“ und das „Canadian Occupational Performance Measure“. In: Jerosch-Herold C., Marotzki U., Stubner B. M., Weber P. (Hrsg.), S.156-169.

Law M., Polatajko H., Baptiste S., Townsend E. (1997). Care Concepts of Occupational Therapy. In: Townsend E. (edt.), Stanton S., Law M., Polatajko H., Baptiste S., Thompson- Franson T., Kramer C., Swedlove F., Brint-

nell S., Campanile L. Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE, S. 29-56.

Marotzki U., Mentrup C., Weber P. (Hrsg.). Law M., Baptiste S., Carswell A., McColl M. A., Polatajko H. J., Pollock N. (2009). Wissenschaftliche Reihe. Assessments. Occupational Performance Measure. 4. Edt. Idstein: Schulz-Kirchner.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Fischer A. (2007). Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Ergotherapieschulen in NRW. Zugriff am 29.07.2011 auf: <http://www.mgepa.nrw.de/pdf/gesundheit/Ergotherapieausbildung.pdf>.

Pleschberger S. (2007). Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In: Knipping C. (Hrsg.), Lehrbuch der Palliative Care. 2. durchgesehene und korrigierte Aufl. Bern: Hans Huber, S. 24-27.

Polatajko H. J., Backman C., Baptiste S., Davis J., Eftekhar P., Harvey A., Jarman J., Krupa T., Lin N., Pentland W., Laliberte Rudman D., Shaw L., Amoroso B., Connor- Schisler A. (2007). Human Occupation in context. In: Townsend E. A., Polatajko H. J., S. 37-61.

Polatajko H. J., Davis J., Stewart D., Cantin N., Amoroso B., Purdie L., Zimmerman D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In: Townsend E. A., Polatajko H. J., S. 13-36.

Polatajko H. J., Molke D., Baptiste S., Doble S., Caron Santha J., Kirsh B., Beagan B., Kumas- Tan Z., Iwama M., Laliberte Rudman D., Thibeault R., Stadnyk R. (2007). Occupational science: Imperatives for occupational therapy. In: Townsend E.A., Polatajko H. J., S. 63-82.

Prollius S., Seidl M., Aulbert E. (1997). Ergotherapie in der Palliativmedizin. In: Aulbert E., Zech A. Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer, S. 923-931.

Pschyrembel W. (2011). Klinisches Wörterbuch. 262. Neu bearb. u. erw. Aufl. Berlin u.a.: De Gruyter.

Radbruch L., Nauck F., Aulbert E. (2008). Definition, Entwicklung und Ziele. In: Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (Hrsg.), S. 1-14.

Roller S. (2010). Kommunikation. In: Bausewein C., Roller S., Voltz R., S. 80-128.

Scheepers C., Steding-Albrecht U., Jehn P. (Hrsg.) (2007). Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Scheepers C. (2007). Einflussfaktoren anderer Therapien und Konzepte. In: Scheepers C., Steding-Albrecht U., Jehn P. (Hrsg.), S. 502-506.

Schindler T. (2009). Hospiz-und Palliativversorgung in Deutschland. Im Überblick: Zahlen, Fakten, Finanzierung [Elektronische Version]. In: AWO Gesundheitsdienste gGmbH. Unternehmenszeitung „Gesundheitsdienst“. 1, S. 1-2.

Schmeling-Kludas C. (2008). Prinzipien der Anwendung von Rehabilitationsmethoden. In: Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (Hrsg.), S. 1229-1234.

Schumann F. (2004). Deutschland. In: Gronemeyer R., Fink M., Globisch M., Schumann F., Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hrsg.), Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa. Schriftenreihe Band VII. Wuppertal: Hospiz Verlag, S. 72-95.

Seidel M., Aulbert E. (2008). Ergotherapie. In: Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (Hrsg.), S. 1277-1287.

Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., Deutsches Rotes Kreuz e. V., Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 09.02.1999. Zugriff am 20.06.11 auf: http://www.dhpfv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/stat-rahmen_p39a-sgb5.pdf

Steding-Albrecht U. (2007). Bobath-Konzept: Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In: Scheepers C., Steding-Albrecht U., Jehn P. (Hrsg.), S. 333- 348.

Steffen- Bürgi B. (2007). Reflexion zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping C. (Hrsg.), Lehrbuch der Palliative Care. 2. durchgesehene und korrig. Aufl. Bern: Hans Huber, S. 30-37.

Teicke S. (2005). Sterben und Tod. In: Habermann C., Wittmershaus C. (Hrsg.), Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. Stuttgart: Thieme, S. 334-340.

Tester C. (2007). Occupational Therapy in Paediatric Oncology and Palliative Care. In: Cooper J. Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. Second Edt. West Sussex: Wiley, S. 107-124.

Townsend E. A., Beagan B., Kumas-Tan Z., Versnel J., Iwama M., Landry J., Stewart D., Brown J. (2007). Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend E. A., Polatajko H. J., S. 87-133.

Townsend E. A., Polatajko H. J. (2007). Enabling occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Vrkljan B. H. (2000). The Role of Spirituality in Occupational Therapy Practice. Canadian Association of Occupational Therapists. Zugriff am 08.07.2011 auf: <http://www.caot.ca/otnow/march2000-eng/march2000-eng-PITP.cfm>.

Watterson J., Lowrie D., Vockins H., Ewer-Smith C., Cooper J. (2004). Rehabilitation goals identified by inpatients with cancer using the COPM. In: International Journal of Therapy and Rehabilitation.11 (5). S. 219-224.

World Health Organisation (2011). WHO Definition of Palliative Care. Zugriff am 20.06.2011 auf: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

(Polatajko, Davis et al., 2007, S. 23)

Anhang B: Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)

(Townsend, Beagan et al., 2007, S. 110)

Anhang C: Canadian Practice Process Framework (CPPF)

(Craik et al., 2007, S. 233)

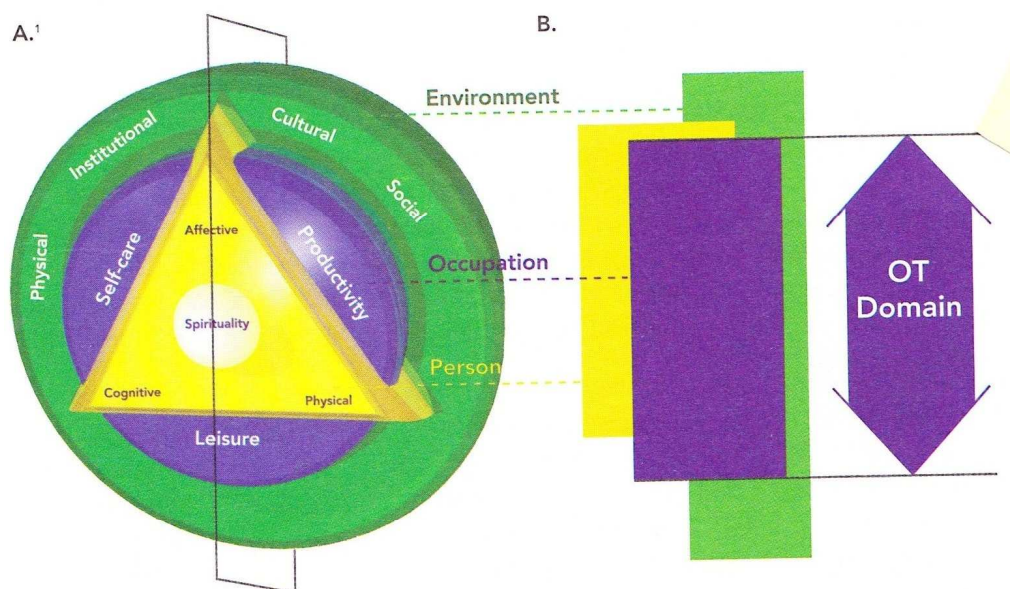
Anhang D: Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Frau W.

(Assessment aus: Marotzki et al., 2009/ Daten: fiktiv)

Anhang A: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

Figure 1.3 The CMOP-E¹: Specifying our domain of concern

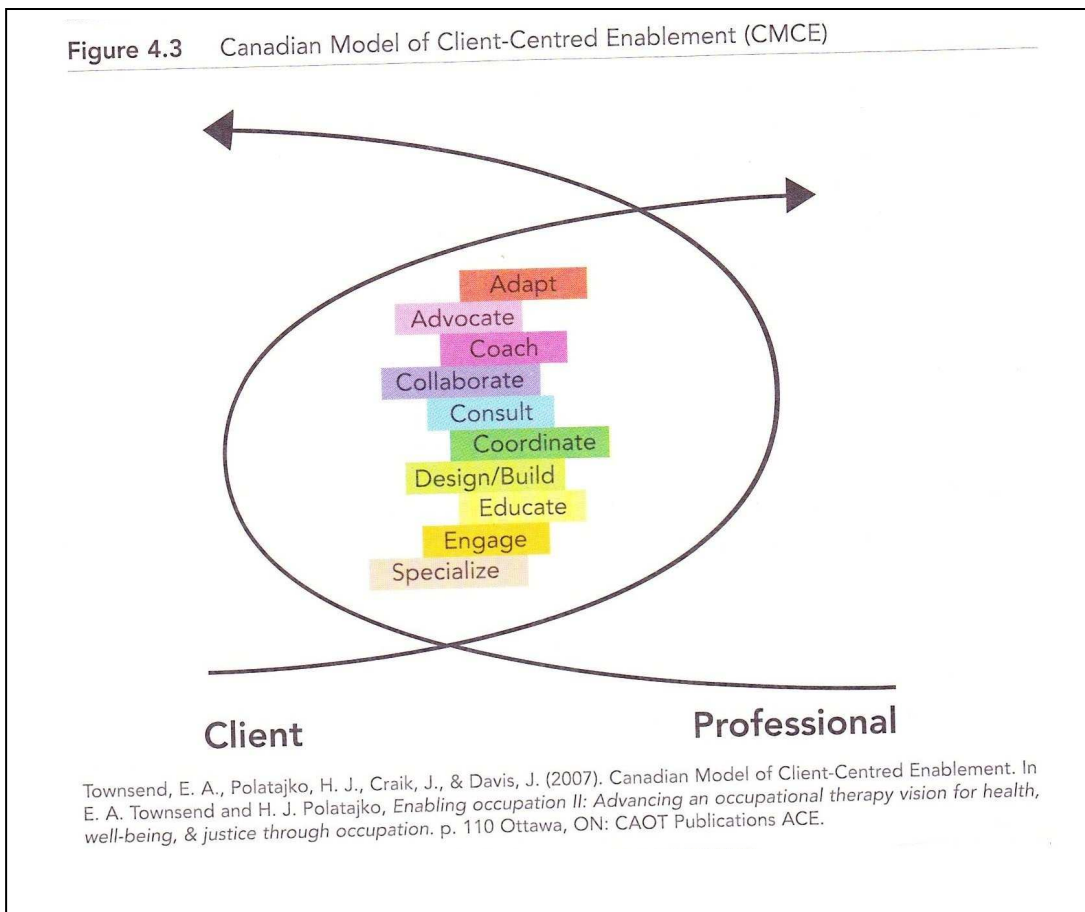


A.¹ Referred to as the CMOP in *Enabling Occupation* (1997a, 2002) and CMOP-E as of this edition
 B. Trans-sectional view

Polatajko, H. J., Townsend, E. A., Craik, J. (2007). *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. p.23 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

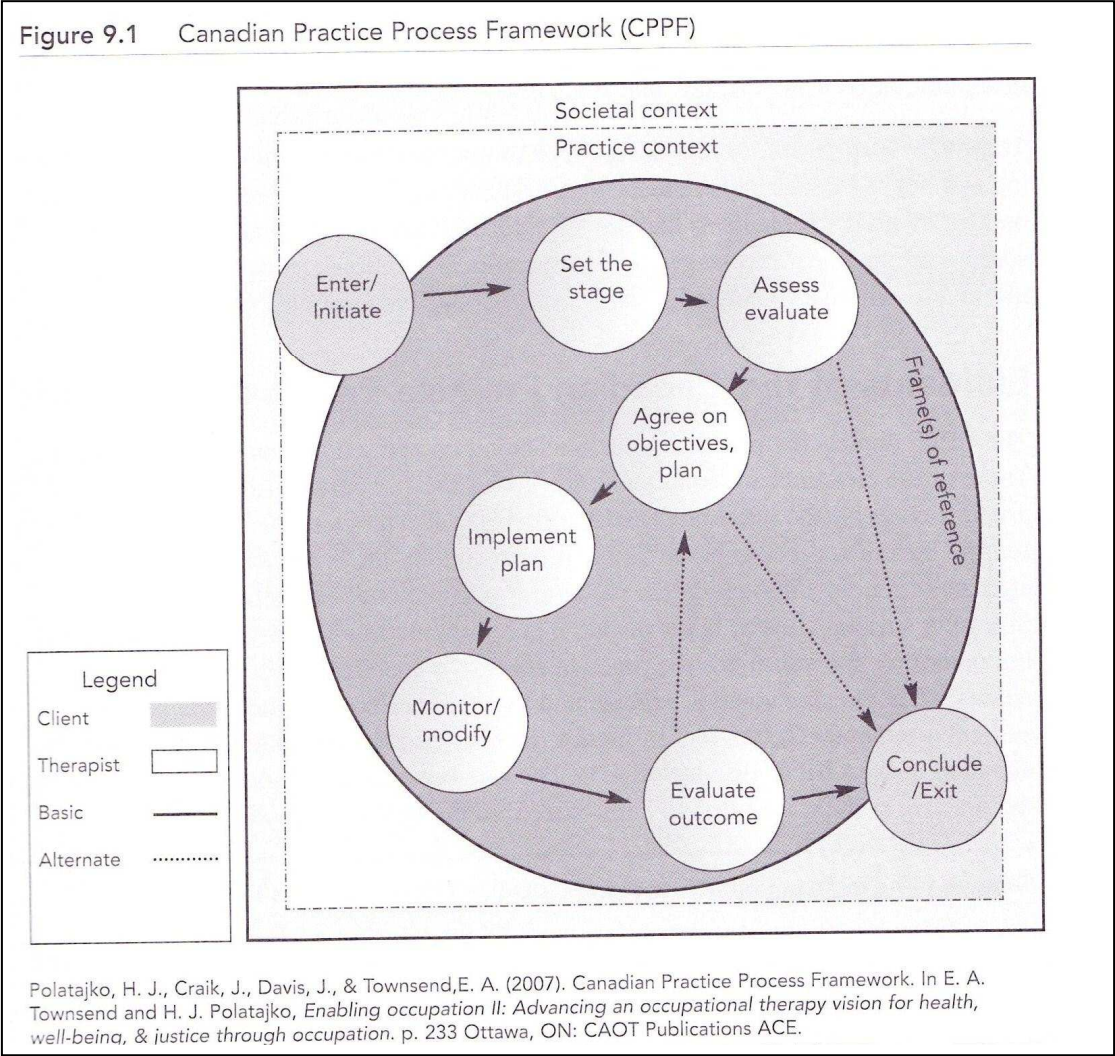
(Polatajko, Davis et al., 2007, S. 23)

Anhang B: Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)



(Townsend, Beagan et al., 2007, S. 110)

Anhang C: Canadian Practice Process Framework (CPPF)



(Craik et al., 2007, S. 233)

Anhang D: Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Frau W.

(Assessment aus: Marotzki et al., 2009/ Daten: fiktiv)

Mary Law | Sue Baptiste | Anne Carswell | Mary Ann McColl | Helene Polatajko | Nancy Pollock

COPM

Canadian Occupational Performance Measure

Vierte Ausgabe

Lizenzierte deutsche Übersetzung 2009 von
Barbara Dehnhardt | Sabine George | Angela Harth

Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ist ein individuell einzusetzendes Messinstrument für den ergotherapeutischen Gebrauch. Es stellt Veränderungen fest, die Klienten bezüglich ihrer Probleme in der Betätigungsperformanz im Laufe der Zeit wahrnehmen.

Name des Klienten/der Klientin Frau A.		
Alter: 45 Jahre	Geschlecht: w.	Kostenträger: KK
Befragter (falls nicht der Klient selbst): /		
Erhebung am: 30. 06. 2011	Geplantes Datum der erneuten Erhebung:	Erneute Erhebung am: 04. 08. 2011
Ergotherapeut/Ergotherapeutin: A. Förster		
Institution: Praxis für Ergotherapie		
Therapieprogramm Himi - Beratung / Selbsthilfetraining / motor - funkt. / psych - soz.		

Herausgegeben von CAOT Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock
Lizenzierte deutsche Übersetzung von Barbara Dehnhardt, Sabine George, Angela Harth

Schritt 1: Herausfinden von Problemen in der Betätigungsperformanz

Es geht darum, Probleme, Belange bzw. Anliegen in der Betätigungsperformanz zu erkennen. Interviewen Sie den Klienten, fragen Sie nach Alltagstätigkeiten der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Bitten Sie den Klienten, alle Dinge zu nennen, die er tun möchte, muss oder die von ihm erwartet werden, indem er sich einen typischen Tagesablauf vorstellt. Dann bitten Sie ihn, diejenigen Tätigkeiten zu nennen, bei denen er zurzeit Schwierigkeiten hat, sie zufriedenstellend auszuführen. Tragen Sie diese Schwierigkeiten bei Schritt 1A, 1B oder 1C ein.

Schritt 1A: Selbstversorgung

Eigene körperliche Versorgung
(z. B. anziehen, sich waschen,
Hygiene, essen)

ein Bad nehmen/
sich waschen
sich anziehen
sich zurechtmachen/schminken

Mobilität
(z. B. Transfer,
Fortbewegung
drinnen, draußen)

sich im Haus selbst. bewegen

Regelung persönlicher
Angelegenheiten
(z. B. Transport, einkaufen,
Finanzen)

Schritt 1B: Produktivität

Bezahlte/unbezahlte Arbeit
(z. B. Arbeitsplatz finden/erhalten,
ehrenamtliche Tätigkeit)

als Lehrerin arbeiten

Haushaltsführung
(z. B. sauber machen, Wäsche, kochen)

für die Familie kochen

Spiel/Schule
(z. B. spielen,
Hausaufgaben)

Schritt 2: Einstufung der Wichtigkeit

Bitten Sie den Klienten, mithilfe der
beiliegenden Einstufungskarte die
Wichtigkeit jeder Tätigkeit von 1 bis 10
einzustufen.
Tragen Sie die Einstufungen in die
entsprechenden Kästchen bei den
Schritten 1A, 1B und 1C ein.

Wichtigkeit

9

9

10

10

6

4

4

Schritt 1C: Freizeit

Ruhige Erholung
(z. B. Hobbys, basteln, lesen)

ein Buch lesen
fotografieren

Wichtigkeit

6
4

Aktive Freizeit
(z. B. Sport, Ausflüge, Reisen)

ins Theater gehen
ins Kino gehen
ins Restaurant gehen
Freunde u. Bekannte treffen

5
5
5
6

Soziales Leben
(z. B. besuchen, telefonieren,
Partys, Korrespondenz)

Schritt 3 + 4: Ersterhebung und erneute Erhebung

Lassen Sie den Klienten die 5 wichtigsten Probleme benennen, und tragen Sie sie unten ein. Bitten Sie den Klienten, mit den Einstufungskarten jedes Problem im Hinblick auf die Ausführung (Performanz) und auf die Zufriedenheit einzustufen. Rechnen Sie die Durchschnittswerte aus, indem Sie alle Performanz- bzw. Zufriedenheits-Werte addieren und die Summe dann durch die Anzahl der in Schritt 3 genannten Probleme dividieren. Bei der erneuten Erhebung stuft der Klient wieder für jedes Problem die Performanz und die Zufriedenheit ein. Errechnen Sie die neuen Werte und die Werteänderung.

Ersterhebung:			Erneute Erhebung:		
Betätigungsperformanz-Probleme					
	Performanz 1	Zufriedenheit 1	Performanz 2	Zufriedenheit 2	
1. sich selbständig waschen	4	2	7	7	
2. ein Bad nehmen	3	2	9	10	
3. sich selbständig ankleiden	4	3	8	8	
4. sich zurechtmachen /schminken	3	2	7	9	
5.	/	/	/	/	
Bewertung					
	Performanz-Wert 1	Zufriedenheits-Wert 1	Performanz-Wert 2	Zufriedenheits-Wert 2	
Durchschnittswert = $\frac{\text{Gesamt-Performanz- bzw. Zufriedenheits-Werte}}{\text{Anzahl der Probleme}}$	/	/	/	/	
	= 3,5	= 2,25	= 7,75	= 8,5	
Veränderung der Performanz = Performanz-Wert 2 7,75 minus Performanz-Wert 1 3,5 = 4,25					
Veränderung der Zufriedenheit = Zufriedenheits-Wert 2 8,5 minus Zufriedenheits-Wert 1 2,25 = 6,25					

**Erklärung gemäß § 21 Abs. 7 Allgemeiner Teil der Prüfungsordnung
2005 der Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Studiengänge Ergo-
therapie, Logopädie und Physiotherapie**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus fremden Quellen übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname.....

Geburtsdatum, Geburtsort.....

ERKLÄRUNG

- ☐ Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass meine/unsere
Bachelor-Arbeit in der Bibliothek ausgelegt wird und dass die Arbeit
ganz oder auszugsweise kopiert werden darf.
- ☐ Ich/wir bin/sind nicht damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner /unserer
Bachelor-Arbeit in der Bibliothek ausgelegt wird.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

- ☐ Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass die Hochschule eine
Plagiatserkennung meiner /unserer Abschlussarbeit vornimmt, indem sie diese auf dem
Ephorusserver zur Überprüfung ablegt.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)