

Helen Strebel · Isabella Sulzmann

**Don't tell – ask!**

Ergotherapeutisches Handbuch  
zur praktischen Umsetzung  
des klientenzentrierten Ansatzes in der Ergotherapie

# Neue Reihe Ergotherapie

Herausgeber:  
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

## Reihe 2: Fachbereich Pädiatrie Band 11



**Helen Strebel** ist seit 1995 Ergotherapeutin und war in verschiedenen Praxen und Einrichtungen im pädiatrischen Bereich (Frühförderung, Lebenshilfe)

tätig. Sie half beim Aufbau einer integrativen Schule und der Ausbildung des Personals in Ecuador mit. Seit 2001 ist sie SI-Therapeutin (DVE). Zurzeit baut sie den pädiatrischen Bereich einer ergotherapeutischen Praxis in Köln auf.



**Isabella Sulzmann** ist seit 1998 Ergotherapeutin und arbeitete mit körperbehinderten Kindern und Jugendlichen an der Stephen-Hawking-Schule in Neckargemünd. Seit 2003 ist sie im Kinderhospital St.Gallen in der Schweiz tätig.

Beide Autorinnen sind Absolventinnen des Bachelor-Aufbaustudiums der Hogeschool Zuydin Heerlen/NL (2002) und beschäftigten sich in ihrer gemeinsamen Abschlussarbeit mit „Möglichkeiten und Schwierigkeiten des klientenzentrierten Ansatzes“. Beide arbeiten in der COPM Expertengruppe mit und sind momentan an der Erarbeitung einer kindgerechten Version des COPM beteiligt.

Helen Strebel · Isabella Sulzmann

## **Don't tell – ask!**

**Ergotherapeutisches Handbuch  
zur praktischen Umsetzung  
des klientenzentrierten Ansatzes in der Ergotherapie**

---

**Ausgezeichnet mit dem Ergotherapiepreis 2004**

---



Idstein 2005

## **Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

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

Besuchen Sie uns im Internet: [www.schulz-kirchner.de](http://www.schulz-kirchner.de)

1. Auflage 2005

ISBN 3-8248-0476-X

Lektorat: Beate Kubny-Lüke

Layout: Susanne Koch

Titelfoto: Angelika Reinecke, Berlin

Umschlagentwurf: Werkstudio.werbung und design GmbH, Düsseldorf

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2005

Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz

Printed in Germany

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	9
<b>Kapitel 1</b>	
<b>Theoretische Grundlagen</b>	11
1 Das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)	11
2 Das Occupational Performance Process Model (OPPM)	12
3 Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	13
<b>Kapitel 2</b>	
<b>Theoretische Beschreibung des Occupational Performance Process Model (OPPM)</b>	19
1 Stufe I – Betätigungsbedürfnisse benennen, validieren und Prioritäten setzen	19
2 Stufe II – Theoretische Ansätze wählen	26
3 Stufe III – Betätigungsperformance-Komponenten und Umweltbedingungen identifizieren	30
4 Stufe IV – Stärken und Ressourcen identifizieren	33
5 Stufe V – Anzustrebende Ergebnisse aushandeln und Aktionsplan entwickeln	35
6 Stufe VI – Plan durch entsprechende Betätigung umsetzen	39
7 Stufe VII – Betätigungsperformance-Ergebnisse evaluieren	41
<b>Kapitel 3</b>	
<b>Fallbeschreibung eines Kindes mit kognitiven Einschränkungen</b>	43
1 Vorstellung des Klienten	43
1.1 Begründung der Klientenwahl	43
1.2 Persönliche Daten	43
1.3 Krankheitsbild	43
1.3.1 Definition	43
1.3.2 Ursachen	43
1.3.3 Symptome	44
1.3.4 Therapieverfahren	44
1.4 Anamnese	45
1.4.1 Medizinische Anamnese	45

1.4.2	Soziale Anamnese	46
1.4.3	Schulische Anamnese	46
2	Beschreibung der praktischen Durchführung des OPPM	47
2.1	Stufe I – Betätigungsbedürfnisse benennen, validieren und Prioritäten setzen	47
2.2	Stufe II – Theoretische Ansätze wählen	49
2.3	Stufe III – Betätigungsperformance-Komponenten und Umweltbedingungen identifizieren	52
2.4	Stufe IV – Stärken und Ressourcen identifizieren	56
2.5	Stufe V – Anzustrebende Ergebnisse aushandeln und Aktionsplan entwickeln	58
2.6	Stufe VI – Plan durch entsprechende Betätigung umsetzen	61
2.7	Stufe VII – Betätigungsperformance-Ergebnisse evaluieren	63

#### Kapitel 4

### **Fallbeschreibung eines Kindes mit affektiven Einschränkungen** 66

1	Vorstellung des Klienten	66
1.1	Begründung der Klientenwahl	66
1.2	Persönliche Daten	66
1.3	Krankheitsbild	66
1.4	Anamnese	69
1.4.1	Medizinische Anamnese	69
1.4.2	Soziale Anamnese	70
1.4.3	Schulische Anamnese	70
2	Beschreibung der praktischen Durchführung des OPPM	71
2.1	Stufe I – Betätigungsbedürfnisse benennen, validieren und Prioritäten setzen	71
2.2	Stufe II – Theoretische Ansätze wählen	73
2.3	Stufe III – Betätigungsperformance-Komponenten und Umweltbedingungen identifizieren	78
2.4	Stufe IV – Stärken und Ressourcen identifizieren	83
2.5	Stufe V – Anzustrebende Ergebnisse aushandeln und Aktionsplan entwickeln	85
2.6	Stufe VI – Plan durch entsprechende Betätigung umsetzen	89
2.7	Stufe VII – Betätigungsperformance-Ergebnisse evaluieren	91

Kapitel 5		
<b>Fallbeschreibung eines Kindes mit physischen Einschränkungen</b>		93
1	Vorstellung des Klienten	93
1.1	Begründung der Klientenwahl	93
1.2	Persönliche Daten	93
1.3	Krankheitsbild	93
1.3.1	Definition	93
1.3.2	Diagnose	93
1.3.3	Ursache	94
1.3.4	Symptome	94
1.3.5	Therapieverlauf	95
1.4	Anamnese	96
1.4.1	Medizinische Anamnese	96
1.4.2	Soziale Anamnese	96
1.4.3	Schulische Anamnese	96
2	Beschreibung der praktischen Durchführung des OPPM	97
2.1	Stufe I – Betätigungsbedürfnisse benennen, validieren und Prioritäten setzen	97
2.2	Stufe II – Theoretische Ansätze wählen	99
2.3	Stufe III – Betätigungsperformance-Komponenten und Umweltbedingungen identifizieren	102
2.4	Stufe IV – Stärken und Ressourcen identifizieren	106
2.5	Stufe V – Anzustrebende Ergebnisse aushandeln und Aktionsplan entwickeln	107
2.6	Stufe VI – Plan durch entsprechende Betätigung umsetzen	112
2.7	Stufe VII – Betätigungsperformance-Ergebnisse evaluieren	114
Kapitel 6		
<b>Zusammenfassung der Fallbeispiele</b>		115
1	Einleitung	115
2	Möglichkeiten	115
3	Schwierigkeiten	116
4	Elternarbeit	117
5	Integration der Umwelt	117
6	Ausblick	118
<b>Schlussgedanken</b>		118

<b>Glossar</b>	119
<b>Anhang</b>	123
<b>Anlage I</b>	
Fragebogen zur Klientenzufriedenheit in der Pädiatrie für das Kind	123
<b>Anlage II</b>	
Fragebogen zur Klientenzufriedenheit in der Pädiatrie für die Eltern	127
<b>Anlage III</b>	
Kindgerechte Adaptierung des COPM	130
<b>Literaturverzeichnis</b>	137

---

Diese Arbeit entstand im Rahmen einer Diplomarbeit an der Hogeschool Zuyd, Niederlande. An der Ausarbeitung der Diplomarbeit war neben den beiden Autorinnen auch Sonja Scholz beteiligt. Sie hat einen Großteil dieser Arbeit mit verfasst. Von daher möchten wir ihr an dieser Stelle ganz herzlich danken.

---

---

Im Glossar finden Sie alle im Text mit einem Pfeil (►) markierten Begriffe definiert. Wir haben uns entschieden, in dieser Arbeit vorwiegend die weibliche Form von „Therapeut“ zu verwenden. Die männliche Form ist dabei natürlich immer mit eingeschlossen.

---

---

„Respektieren, Zuwenden, Ernstnehmen – Alles Bestandteile, die sich in einem alten deutschen Wort wiederfinden: Liebe.“  
(Hargens, 2000, zitiert durch Freeman et al., 2000, S. 12)

---

## Vorwort

Dieses Handbuch baut auf unserer Diplomarbeit an der Hogeschool Zuyd, Niederlande, auf. Bei der Wahl des Themas für die Diplomarbeit stellten wir fest, dass bereits viel über die ► klientenzentrierte Arbeit geschrieben wurde, jedoch vermissten wir die Praxisnähe, die eine leichtere Umsetzung in den Arbeitsalltag ermöglicht.

Das Handbuch wurde von uns im November 2003 überarbeitet, da wir nach Abschluss der Diplomarbeit unsere praktischen Erfahrungen mit dem klientenzentrierten Ansatz erweitern konnten.

Somit wollen wir mit der nun vorliegenden Ausführung allen Ergotherapeutinnen im pädiatrischen Bereich eine Orientierungshilfe geben, um in die klientenzentrierte, ergotherapeutische Arbeit mit Grundschulkindern einzusteigen.

Aus eigener Erfahrung wissen wir, dass der klientenzentrierte Ansatz eine Umstellung für die Therapeutinnen darstellt, die oftmals nicht leicht zu bewältigen ist. Zu Beginn mögen viele der Ideen des Handbuches ideologisch und in der Praxis kaum realisierbar wirken. Ist der Einstieg jedoch erst einmal gelungen, so entsteht mehr, als man vorher zu hoffen wagte.

Um eine praktikable Darstellung zu ermöglichen, führten wir im Rahmen unserer Diplomarbeit eine Fragebogenstudie anhand der ► Delphi-Methode mit Ergotherapeutinnen durch, die Erfahrung in der pädiatrischen klientenzentrierten Arbeit vorweisen. Sie wurden zu möglichen Schwierigkeiten befragt, die bei der klientenzentrierten Arbeit mit Kindern und deren Familien auftreten können.

Außerdem setzten wir uns praktisch mit der klientenzentrierten Arbeit anhand des ► Occupational Performance Process Model (OPPM) auseinander.

Die Ergebnisse der Delphi-Studie und der Einzelfallanalysen sowie die in den knapp zwei Jahren gesammelten praktischen Erfahrungen liegen in diesem Handbuch in Kapitel 3 bis 5 vor.

In **Kapitel 1** werden wir Ihnen einen kurzen Überblick über das ► Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) und das dazugehörige Praxismo-

dell OPPM geben. Auch auf das dazugehörige Messinstrument ► Canadian Occupational Performance Measure (COPM) und den Versuch, dieses kindgerecht zu adaptieren, wird eingegangen. Danach folgt eine Darstellung von ausgewählten Techniken, um den klientenzentrierten ► Ansatz in der Pädiatrie anwenden zu können.

In **Kapitel 2** finden Sie eine theoretische Beschreibung des OPPM. In den jeweiligen Stufen werden Sie Ergebnisse der durchgeführten Studie wiederfinden.

**Kapitel 3** beschreibt den Fall eines Jungen mit Konzentrationsstörungen.

**Kapitel 4** stellt den Fall eines Kindes mit einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität dar.

**Kapitel 5** erläutert abschließend die klientenzentrierte Arbeit bei einem Jungen mit Infantiler Zerebralparese.

Wie man als Leserin an den Einzelfallanalysen erkennen wird, ermöglicht die klientenzentrierte Arbeit eine individuelle Bearbeitung durch die Therapeutin. Wir möchten Anregungen, kein „Schema F“ vermitteln!

Grundsätzlich möchten wir im Vorfeld einige Begriffe klären, da diese in den folgenden Beschreibungen einen wichtigen Stellenwert einnehmen: ► Klient, ► Performance-Komponenten und ► „Occupation“ .

Wenn wir in der vorliegenden Arbeit von **Klienten** sprechen, meinen wir damit sowohl das Kind als auch dessen Familie, welche wir als Partner im therapeutischen Prozess ansehen.

Unter den **Performance-Komponenten** verstehen wir die Handlungskomponenten einer Person, die sich aufteilen lassen in affektiv, kognitiv und physisch, **Occupation** übersetzen wir als ► Betätigung.

Helen Strebel, Isabella Sulzmann

# Kapitel 1

## Theoretische Grundlagen

### 1 Das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)

Das ► Canadian Model of Occupational Performance (kanadisches Modell der Betätigungsperformance) wurde 1983 in einer Gemeinschaftsarbeit des kanadischen Ergotherapieverbandes und des kanadischen Instituts für Gesundheit und Wohlfahrt („Canadian Department of National Health and Welfare“) entwickelt. Wie der Name schon verdeutlicht, steht die ► Betätigungsperformance im Blickpunkt des Modells.

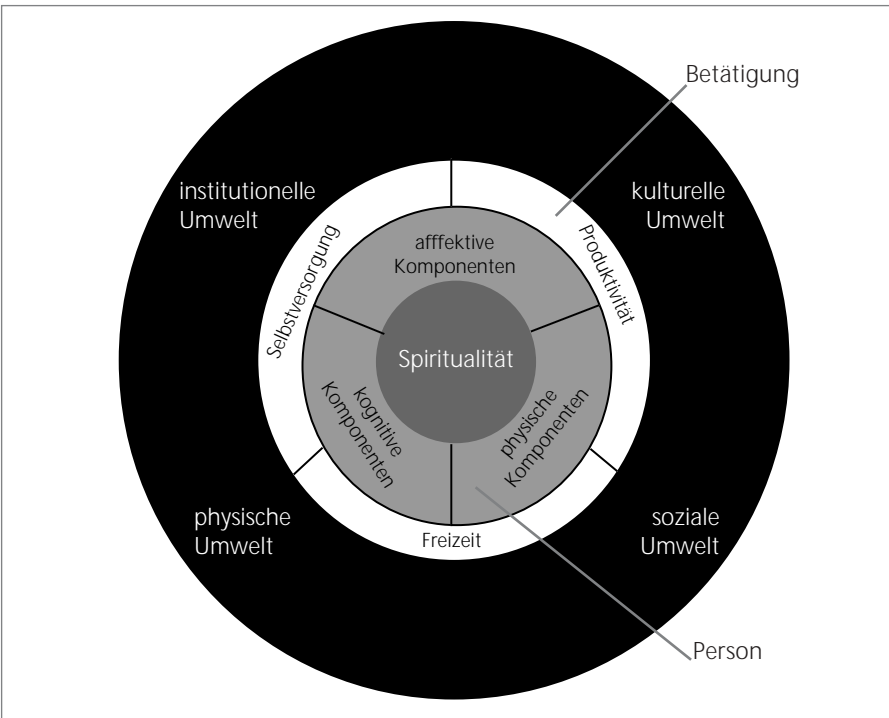


Abb. 1: **Darstellung des CMOP**  
(modifiziert nach Jerosch-Herold et al., 1999, S. 157)

Die Grafik (siehe Abb. 1) zeigt in welchem Zusammenhang die einzelnen Elemente des Modells zueinander stehen. In der Mitte der Grafik sieht man die ► Spiritualität, die das Zentrum der physischen, kognitiven und affektiven Komponenten des Individuums bildet. Sie wird umgeben durch das Feld der ► Betätigung, die in die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit unterteilt ist. Umschlossen werden beide durch die ► Umwelt, die sich in die Bereiche ► institutionell, ► sozial, ► kulturell und ► physisch aufschlüsseln lässt.

Das CMOP sieht die Betätigung als zentralen Inhalt der Therapie und als Grundbedürfnis des Menschen; sinnvolle Betätigung und Gesundheit stehen in diesem Modell im Zusammenhang. Die Umwelt beeinflusst die „Betätigung“ und diese wiederum wird geformt durch das Verhalten der Person. Das Ergebnis dieser Interaktion ist die Betätigungsperformance.

## 2 Das Occupational Performance Process Model (OPPM)

Das ► OPPM ist ein Modell, das die praktische Umsetzung des ► CMOP aufzeigt. Diese, aus sieben Stufen bestehende Struktur beinhaltet sowohl den Einsatz von ► Assessments als auch das Planen von Interventionen, Reflektieren des Verlaufes und die Evaluation der Therapie.

Grundsätzlich ist es wichtig, den auf der folgenden Seite abgebildeten Prozess (Abb. 2) nicht als linearen Verlauf zu betrachten, sondern als ein Zusammenspiel zwischen den Stufen, auf welchen die Therapeutin je nach Situation vor und zurück gehen kann (Fearing et al., 2000, S. 57).

Das OPPM zeigt zwischen jeder einzelnen Stufe eine deutliche Schnittstelle, an welcher die eine endet und die andere beginnt. Die Realität gestaltet sich jedoch anders, da hierbei die Schnittstellen nicht so deutlich zutage treten. Der Verlauf ist im therapeutischen Prozess fließend. Je nach Notwendigkeit des ► Klienten oder der Therapeutin verweilt man länger auf einer Stufe oder kehrt nochmals zu einer schon abgeschlossenen Stufe zurück.

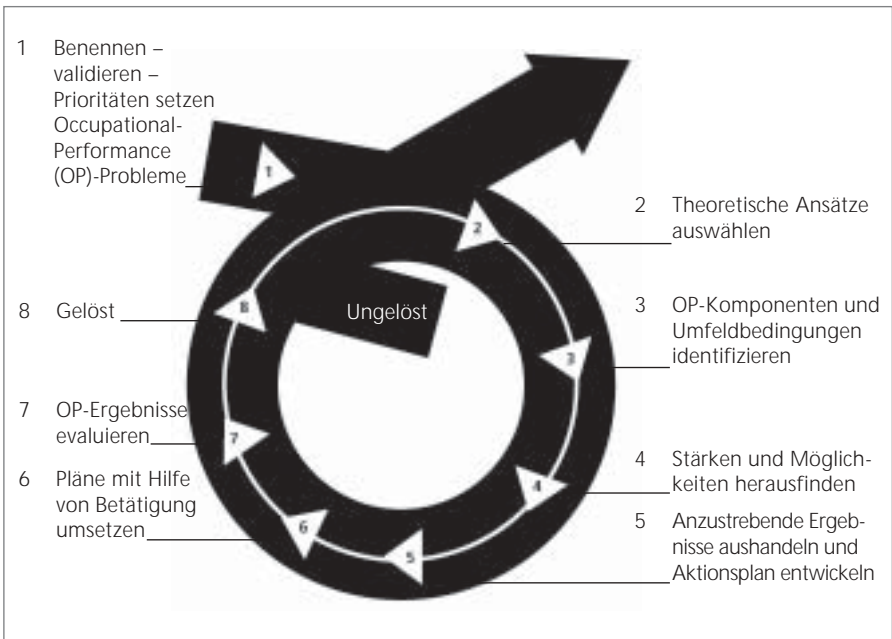


Abb. 2: **Darstellung des OPPM**  
(modifiziert nach Jerosch-Herold et al., 1999, S. 160)

### 3 Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Es handelt sich um ein ► semi-strukturiertes Interview, das man mit dem Kind und den Eltern durchführen kann, um ► Betätigungsbedürfnisse des Kindes zu identifizieren. Es fußt auf den gleichen Annahmen wie das ► **C**anadian **M**odel of **O**ccupational **P**erformance (CMOP).

Das ► COPM kann man bereits mit Kindern ab einem Alter von sieben Jahren anwenden. Wenn das Kind Schwierigkeiten hat, zu antworten, wartet man als Therapeutin zunächst ab, welche Inputs vom Kind selbst kommen. Anschließend kann auf Personen zurückgegriffen werden, die in die Behandlung involviert sind, z.B. Eltern, Lehrer und Betreuer (Law et al., 1998 zitiert durch Fearing

et al., 2000, S. 102). Wenn bei der Erhebung nur auf Bezugspersonen zurückgegriffen werden kann, d.h., wenn das Kind aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage ist, seine Betätigungsbedürfnisse selbst zu benennen, sollte jedoch immer beachtet werden, dass die Nennungen der Bezugsperson womöglich andere sind als die des Kindes. In einer Erhebung unter 37 Kindern und deren Eltern fanden Missiuna und Pollock heraus, dass die Zielsetzungen für die Therapie, d.h. an welchen Betätigungsbedürfnissen gearbeitet werden soll, nicht übereinstimmen (Missiuna, Pollock, 2000, S. 101).

In unserer eigenen praktischen Arbeit mit dem COPM führten wir das Interview primär mit dem Kind alleine durch, da wir nicht wollten, dass das Kind sich durch die Anwesenheit der Eltern bzw. eines Elternteils beeinflussen lässt. Das hat auf der anderen Seite den Nachteil, dass man das zwischenmenschliche Interagieren von Kind und Eltern nicht erlebt.

Anschließend wurde das COPM mit den Eltern durchgeführt, um abschließend die Ergebnisse des Kindes den Nennungen der Eltern gegenüberstellen zu können und um somit einen umfassenden Überblick über die relevanten Betätigungsbedürfnisse zu erhalten.

Zusätzlich haben wir es als hilfreich erfahren, die Durchführung der Gespräche auf Tonband aufzuzeichnen, damit wichtige Inhalte nicht verloren gehen.

Es wird nun dargestellt, auf welche Weise wir das COPM kindgerecht gestaltet haben (siehe dazu auch Anhang, Anlage III).

## Tipps

Wir haben uns als Einleitung für dieses semi-strukturierte Interview mit dem Kind folgende Möglichkeiten überlegt:

- Die formale Struktur des COPM wurde von uns eingehalten. Man stellte dem Kind Fragen zu den Bereichen Selbständigkeit, Produktivität und Freizeitverhalten.
- „Ich möchte gerne von dir wissen, ob es in deinem Leben Dinge gibt, die du besser können möchtest“. Hier besteht die Möglichkeit, eine noch bessere Veranschaulichung zu erreichen, wenn die Therapeutin ein Beispiel aus ihrem Leben hinzufügt. „Wenn wir etwas herausfinden, dann können wir zusammen überlegen, was es für Lösungen gibt, um das zu ändern und damit du dann zufriedener damit bist.“

- „Was kannst du denn besonders gut? Fußball spielen, Radfahren, Turnen, Malen, usw. Gibt es denn auch Dinge, die du besser können möchtest?“
- „Ich möchte mit dir gerne in Gedanken einen normalen Tagesablauf durchgehen. Dann können wir zusammen sehen, ob es da Situationen gibt, die du nicht magst.“

### **Unterschiede (im Vergleich zum Original COPM-Bogen)**

- Wir haben uns zu den einzelnen Unterpunkten – wie beispielsweise Selbstversorgung – relevante Aktivitäten für ein Kind überlegt (Aufstehen, zu Bett gehen, An- und Ausziehen, Zähne putzen, Schnürsenkel binden, usw.)
- Bei der Produktivität ließen wir den Unterpunkt „bezahlte/unbezahlte Arbeit“ außer Acht, da er uns bei einem Kind nicht wichtig erschien.
- Der Begriff „Haushaltsführung“ wurde in „Hilfe im Haushalt“ geändert.
- „Spiel“ und „Schule“ wurden zu zwei separaten Punkten, da diese Tätigkeiten in der Regel einen großen Stellenwert einnehmen.

Nachdem die „Wichtigkeit“ der genannten Betätigungsbedürfnisse vom Kind eingestuft wurde, soll es anschließend für jede Nennung die „Zufriedenheit“ und die ►„Performance“ klassifizieren.

Bei der „Performance“ wird erhoben, wie der Klient sein eigenes Handeln auf einer Skala von 0 bis 10 einstuft. Als Betätigungsbedürfnis wurde z.B. vorher genannt „ich möchte schneller Radfahren können“. Eine Frage zur „Performance“ wäre hier: „Wie gut glaubst du, dass du Radfahren kannst? Stufe dich auf der Skala von 0 (= ganz schlecht) bis 10 (super gut) selbst ein.

Die „Zufriedenheit“ kann mit der Frage „und wie zufrieden bist du mit dieser Leistung?“ ebenfalls anhand der Skala einklassifiziert werden.

Die Skala „Zufriedenheit“ und „Performance“ wurde kindgerecht gestaltet, indem die Zahlen durch Smileys ergänzt wurden. Dies hat den Vorteil, dass die Skalierung durch das Kind (vorher noch gegenläufig der Benotung in der Schule) besser verstanden werden kann.

Bei der Durchführung mit den Eltern wurde auf die kindgerechte Anpassung verzichtet.

Es hat sich bei unserer praktischen Arbeit als Vorteil erwiesen, das COPM mit dem Kind in zwei Einheiten durchzuführen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Einordnung der „Wichtigkeit“, „Zufriedenheit“ und der „Performance“ in einer Einheit für das Kind eine Überforderung darstellte (z.B. durch Konzentrationsmangel).