
**„What would Mac Gyver do ...
... wenn er behindert wäre ?“**

Über die Vereinbarkeit von Ergotherapie mit Behinderung und Peer Counseling

Hausarbeit im Rahmen der 15. Peer-Counseling-Weiterbildung
Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL) / bifos e.V.

vorgelegt von Christine Tischer

im Oktober 2018

Inhalt:

| | |
|--|-----------|
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Persönliches | 1 |
| 2 Im Wandel der Zeit | 3 |
| 2.1 Ergotherapie | 4 |
| 2.2 Medizinisches Modell vs. soziales Modell von Behinderung | 5 |
| 2.3 Peer Counseling | 8 |
| 3 Die Rolle der Beratung in Ergotherapie | 9 |
| 3.1 Eigene Behinderung und Ergotherapie | 11 |
| 3.2 Befragung unter Peers | 11 |
| 4 Fazit | 14 |
| Anlagen | |
| Quellen | 16 |
| Fragebogen | |

What would Mac Gyver do ...“

... wenn er behindert wäre ?

über die Vereinbarkeit von Ergotherapie mit Behinderung und Peer Counseling

„Ergos sind eine Art Mac Gyver, die erfinderisch versuchen, das Individuum in die Lage zu versetzen, teilzuhaben“

Raul Krauthausen

1. Einleitung

Durch die Recherche zu dieser Arbeit stieß ich auf ein Interview in der Zeitschrift „Ergopraxis“ mit Raul Krauthausen. Auf die Frage, ob er eine Schnittstelle zwischen Ergotherapeuten und Inklusion sehe, antwortete er: *„Ergos sind eine Art Mac Gyver, die erfinderisch versuchen, das Individuum in die Lage zu versetzen, teilzuhaben“*. [1] Als ich das las, drängte sich für mich die Frage auf, was denn wäre, wenn MacGyver selbst behindert wäre und ob bzw. wie sich die Therapie verändern würde, wenn es mehr behinderte Therapeut*innen und Peer Counselor*innen in der Ergotherapie gäbe? Lässt sich Behinderung, Therapie und Peer Counseling überhaupt miteinander vereinbaren ?

1.1 Persönliches

Im Oktober 2001 beendete ich meine Ausbildung zur Ergotherapeutin und arbeitete einige Jahre in einer ambulanten Praxis für Kinder & Jugendpsychiatrie.

Nach einem besonders schweren Krankheitsschub wurde dann im Frühjahr 2007 die Diagnose MS gestellt, welche von da an mein Leben und auch meine beruflichen Perspektiven auf den Kopf und in Frage stellte.

Damals konnte ich nicht mehr richtig laufen, nicht mehr richtig sprechen, hatte Schmerzen und fühlte mich wie ferngesteuert. Mir war sehr oft sehr schwindelig, ich konnte mich auf nichts mehr konzentrieren und fühlte mich vor allen Dingen hilflos, überfordert und ausgeliefert. Begleitet wurden diese Symptome von einer bleiernen Müdigkeit und einer permanenten Erschöpfung, so dass es mir sehr schwer fiel, mich um „meine Angelegenheiten“ angemessen zu kümmern.

Plötzlich stand ich auf der „anderen Seite“. Nun war ich nicht mehr die Therapeutin, sondern die zu Therapierende – die Patientin. Ich besuchte in den ersten beiden Jahre nach diesem Schub verschiedene Rehaeinrichtungen und verbrachte viel Zeit bei diversen Therapeut*innen. Ich musste wieder lernen zu laufen, das Gleichgewicht zu halten, zu sprechen und Medikamente zu spritzen und ich musste auch lernen die Nebenwirkungen

der Medikamente zu ertragen. Dazu kamen die psychischen und sozialen Belastungen mit denen ich ebenfalls umgehen musste, sowie das Eingeständnis, dass mein Leben von nun an ein völlig anderes sein wird als bisher. Von heute auf Morgen musste ich mein komplettes Leben neu organisieren.

Einerseits sah ich mich in Gedanken schon im Rollstuhl sitzen und habe schon in Gedanken die Umbaumöglichkeiten meines Wohnumfeldes eruiert. Andererseits haben mir die Auseinandersetzungen mit den sogenannten „Leistungsträgern“ (Rentenversicherung / Agentur für Arbeit / Jobcenter) in dieser eh schon schwierigen Situation emotional erheblich zugesetzt.

In dieser Situation suchte ich mir Unterstützung in Form von Beratung, da ich mich in der veränderten Situation z.T. sehr unsicher und hilflos fühlte und nicht wusste, wie mein Leben weitergehen sollte.

Mit der Beratung habe ich sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Es gibt für schwerbehinderte Menschen ein breites Beratungsangebot von sehr unterschiedlichen Trägern und Institutionen und Selbsthilfegruppen, doch die Qualität von Beratung ist sehr „unterschiedlich“. So habe ich durchaus wertschätzende, hilfreiche und unterstützende Beratung erlebt, aber leider habe ich auch negative Erfahrungen mit Beratung durch sogenannte „Fachleute“ (i.d.R. Sozialarbeiter*innen) gesammelt, welche entweder nicht willens, oder nicht der Lage waren, auch nur ansatzweise meine Problematik zu erkennen und zu verstehen, um was es mir als Ratsuchende ging. Diese Berater*innen waren weder empathisch, noch dazu fähig, adäquat auf meine Bedürfnisse einzugehen und konkret die Unterstützungsangebote aufzuzeigen, die mir in dieser Situation konkret geholfen hätten. Besonders frustrierend war es, wenn aufgrund des Versagens von unqualifizierten Sozialarbeiter*innen Fristen versäumt wurden, und dadurch z.T. weitere Benachteiligungen entstanden. Oft wurde ich auch von Pontius zu Pilatus geschickt und blieb letzten Endes doch recht uninformiert und wenig unterstützt zurück.

Besonders hilfreich empfand ich den Austausch mit Menschen die aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung ähnliche Erfahrungen gemacht haben und mich dadurch auch gut unterstützen konnten.

Da ich mich mit der Diagnose MS und der daraus resultierenden Behinderung nicht einfach abfinden wollte und mich nicht passiv und leidend meinem vermeintlich vorgezeichneten Schicksal unterwerfen wollte, war schnell klar, dass ich für mich einen Weg finden musste, positiv, produktiv und kreativ mit der Diagnose umzugehen. Die

Erfahrung nun auch selbst „Patientin“ zu sein, hat meinen Blick auf die eigene therapeutische Praxis verändert. Mittlerweile begreife ich meine behinderungs- und krankheitsbedingten Erfahrungen als Ressource.

Zwischen dem, was ich in meiner Ausbildung zur Ergotherapeutin gelernt habe und den Inhalten des professionellen Peer Counselings sehe ich viele Parallelen und so kam ich auch zu der Fragestellung inwiefern die Ergotherapie mit dem Peer Counseling verknüpft werden kann. Besonders die Verbindung zu dem humanistischen Menschenbild und dem personenzentrierten Ansatz von Carl Rogers [2], welches sowohl für mein therapeutisches Arbeiten, aber auch für das Peer Counseling von grundlegender Bedeutung sind, stellen für mich ein besonderes Bindeglied dar.

In der Verbindung von Peer Counseling und Ergotherapie sehe ich eine Chance Brücken zu bauen. Brücken zwischen Behinderten, Betroffenen, Angehörigen, Ärzt*innen und den verschiedenen Institutionen und Leistungsträgern, mit denen Menschen mit einer Behinderung konfrontiert sind.

Um Brücken zu bauen ist es jedoch notwendig, die Kommunikation zu verbessern und Missverständnisse abzubauen. Ich hoffe mit dieser Arbeit dazu beitragen zu können.

2. Im Wandel der Zeit

Seit meinem Examen zur Ergotherapeutin und seit der Manifestation meiner Schwerbehinderung hat sich im Berufsbild der Ergotherapie, als auch im allgemeinen Verständnis von Behinderung, sehr viel verändert.

So haben sich Diagnosestellungen und Therapien Stück für Stück geändert. Durch die schrittweise Umsetzung der UN-BRK (UN-Behindertenrechts-konvention)[3] und nicht zuletzt durch die sehr engagierte Arbeit der Behindertenrechtsbewegung, rückt das Thema Inklusion und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, immer weiter in den Fokus der Öffentlichkeit. Ebenso wirkt sich die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)[4], die 2001 Einzug in die Sozialgesetzgebung hielt, zunehmend positiv auf die Klient*innenversorgung aus.

Allerdings stelle ich noch oft fest, dass es nach wie vor sehr viel Unkenntnis, viele Missverständnisse und Skepsis unter den verschiedenen Professionen z.B. den verschiedenen Therapieeinrichtungen, der Ärzteschaft, den Kostenträgern und den Betroffenen gibt.

Hier ist es notwendig, dass die Kommunikation untereinander verbessert wird und eine Vernetzung im Sinne der Betroffenen vorangetrieben und gefördert wird.

2.1 Ergotherapie

Der Begriff Ergotherapie setzt sich aus dem altgriechischen Wort „érgon“ (‚Werk‘, ‚Arbeit‘) und dem Wort „therapeía“ (dienen, heilen, pflegen) zusammen.

Die Berufsbezeichnung „Ergotherapeut*in“ wurde in den 90er Jahre eingeführt und löste die bis dahin gültige Berufsbezeichnung „Arbeits- und Beschäftigungstherapeut*in“ ab.

Leider haben Ergotherapeut*innen sowohl bei Ärzt*Innen, als auch bei Patient*innen / Klient*innen, oft noch mit dem Vorurteil zu kämpfen, dass in der Ergo „nur“ gebastelt und gespielt wird, oder dass es „nur“ um reine Arbeits- und Beschäftigungstherapie ginge. Immer wieder mache ich die Erfahrung, dass es zu wenig Information über Einsatzbereiche, Ziele, Arbeitsweise und therapeutische Möglichkeiten der Ergotherapie gibt.

Der Berufsverband der Ergotherapeut*innen (DVE) definiert Ergotherapie wie folgt:

„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“.

(DVE 08/2007)[5]

Im Kerndokument des Berufsprofils der Ergotherapie (Heerlen) ist bereits 1998 folgendes formuliert:

„Jeder Mensch hat das Recht auf Teilnahme an persönlich bedeutungsvollen Aktivitäten. Einschränkungen vermindern nicht den Wert des Individuums. Einschränkungen sind nicht zwingend ein Hindernis für eine gute Lebensqualität. Jedes Individuum hat das Recht, sein eigenes Leben zu bestimmen. Ergotherapeuten, die die ganzheitliche Sichtweise vertreten, gehen von folgenden Grundannahmen und Werten aus:

Grundannahmen

- *Menschen sind von Natur aus handelnde Wesen.*
- *Aktivität und Partizipation haben einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen.*
- *Menschen können Störungen und Einschränkungen im Handeln erfahren.*
- *Das Handeln kann als Ausgangspunkt für Veränderung genutzt werden.*
- *Die Umgebung kann als Ausgangspunkt für Veränderung genutzt werden.*

Werte

- *Jeder Mensch hat das Recht auf Teilnahme an persönlich bedeutungsvollen Aktivitäten.*
- *Einschränkungen vermindern nicht den Wert des Individuums.*
- *Einschränkungen sind nicht zwingend ein Hindernis für eine gute Lebensqualität.*
- *Jedes Individuum hat das Recht, sein eigenes Leben zu bestimmen.*

(Hogeschool Zuyd: Kerndokument des Berufsprofils der Ergotherapie. Heerlen 1998) [6]

Aktuell wird seitens des Berufsverbandes der Ergotherapeut*innen DVE ein „Kompetenzprofil Ergotherapie“ entworfen und zur Diskussion gestellt, welches erstmalig die Berufskompetenzen von deutschen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sehr klar formuliert.[7]

Einige, aus meiner Sicht wesentlichen Punkte, möchte ich hieraus zitieren, da sie deutlich machen, dass es sich bei der Ergotherapie um eine ganzheitliche Methode handelt und um aufzeigen, wo eine Verbindung zum Peer Counseling hergestellt werden kann.

ergotherapeutische Expertise :

*„Ergotherapeut*innen handeln als Expert*innen für Betätigung eigenverantwortlich und selbstständig in komplexen und sich verändernden ergotherapeutischen Tätigkeitsfeldern mit dem Ziel der Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden ihrer Klient*innen. (...) Ergotherapeut*innen handeln klientenzentriert auf Basis der bestehenden und aktuellen Erkenntnisse.“*

Die/Der Ergotherapeut*in

- *erhebt die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse im Kontext von Betätigung und Teilhabe der Klient*innen.“*
- *„analysiert und interpretiert die Förderfaktoren und Barrieren von Betätigung und Teilhabe und erfasst die komplexe sowie sich kontinuierlich verändernde Situation der Klient*innen“*
- *„hierarchisiert gemeinsam mit den Klient*innen deren komplexe Betätigungsanliegen“*

- „entwickelt gemeinsam mit den Klient*innen ergotherapeutische Ziele unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen“
- „realisiert gemeinsam mit den Klient*innen den Interventionsprozess“
- „evaluiert gemeinsam mit den Klient*innen den Interventionsprozess und dokumentiert diesen systematisch“
- „richtet das eigene ergotherapeutische Handeln kontinuierlich an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Klient*innen aus“

Kommunikation

„Ergotherapeut*innen nutzen alle Formen der Kommunikation, um eine vertrauensvolle professionelle Beziehung zu ihren Klient*innen aufzubauen und zu erhalten. Sie wählen aus einer großen Bandbreite geeignete Kommunikationsmedien aus, um gezielt Informationen weiterzugeben und zu gewinnen. Ergotherapeut*innen vertreten berufsspezifisches Handeln gegenüber anderen. Sie gestalten die Kommunikation wertschätzend, effektiv und zielgruppenspezifisch.“

Fürsprache

„Ergotherapeut*innen erfassen und fördern die Teilhabe, die Lebensqualität und das Wohlbefinden ihrer Klient*innen. Sie richten ihr Handeln auf die Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Klient*innen aus. Ergotherapeut*innen tragen im Sinne ihrer gesellschaftlichen Verantwortung dazu bei, dass Klient*innen der Ergotherapie Teilhabe durch Betätigung ermöglicht wird. Sie beteiligen sich an der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Umwelt und der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Klient*innen.“

„Die/Der Ergotherapeut*in

- identifiziert und analysiert strukturelle und kontextuelle Förderfaktoren und Barrieren von Betätigung und Teilhabe.“
- „erfasst die komplexen und sich kontinuierlich verändernden Problemstellungen der Klient*innen.“
- „leitet zur Ermöglichung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden der Klient*innen aus einem partizipativen Entscheidungsprozess ergotherapeutische Interventionen ab“
- „setzt sich für ergotherapierrelevante Belange der Klient*innen, auch in der Öffentlichkeit, ein.“
- „unterstützt Klient*innen zum Empowerment.“
- „befähigt die Klient*innen in der Entwicklung ihrer Gesundheitskompetenz.“
- „konstruiert für Klient*innen gesundheitsförderliche Alltagsbedingungen“
- „erkennt und analysiert Herausforderungen der Berufspraxis sowie der Gesellschaft und entwickelt entsprechende Handlungsansätze.“

Anhand dieser Punkte wird in meinen Augen sehr sichtbar, dass sich der Fokus der Therapie zunehmend aus dem medizinischen Modell löst. Auch der Klient*innenbegriff, macht deutlich, dass nicht über mehr Köpfe hinwegbehandelt, sondern die Bedürfnisse der Klient*innen im Mittelpunkt stehen sollten und diese aktiver Part der Therapie sind.

2.2 Medizinisches Modell vs. soziales Modell von Behinderung

„Das medizinische Modell von Behinderung, oder die medizinische Sicht auf Behinderung ist ein gesellschaftspolitischer Ansatz, bei dem Krankheit bzw. „Behinderung“ das Resultat körperlicher Voraussetzungen ist, untrennbar mit der Person (es ist Teil des eigenen Körpers) die individuelle Lebensqualität reduzieren kann, sowie deutliche Nachteile für die Betroffenen verursacht“

(Wikipedia)[8]

Auch in der Ergotherapie herrschte lange Zeit, eine z.T. sehr reduzierte medizinische und mechanistische Sichtweise auf den Menschen vor, welche sich auf Strukturen, Funktionsstörungen und Defizite konzentrierte und diese „zu beheben“ versuchte. Während in den USA und Kanada bereits in den 70er Jahren ein Umdenken stattfand, hat es in Deutschland bis Mitte der 1990er Jahre gebraucht, um in der ergotherapeutischen Praxis zu einer ganzheitlichen (holistischen) Sichtweise zu gelangen und einen Paradigmenwechsel zu vollziehen.

Es gibt jedoch noch immer Bereiche in der Ergotherapie, die stark von einer medizinischen/funktionellen, oder behavioristischen (also erzieherischen) Sichtweise geprägt sind und es gibt nach wie vor Therapeut*innen, welche rein unter dem funktionellen „heilenden“ Aspekt und über die Interessen ihrer Klient*innen hinweg behandeln.

So berichten ehemalige Patient*innen der Ergotherapie über z.T. sehr schmerzhaft und traumatisierende Therapieerfahrungen. Besonders oft werden hier die umstrittenen Behandlungsmethoden Vojta-Therapie [8] und ABA (Applied Behavior Analysis)[9] genannt, welche von ehemaligen Patient*innen als übergriffig und entwürdigend beschrieben werden.[10] Leider gibt es nach wie vor Fortbildungsangebote in diesen höchst umstrittenen Behandlungskonzepten. Über eine kritische Reflektion seitens der Fortbildungsinstitutionen mit diesen Konzepten ist mir nichts bekannt.

Auf wissenschaftlicher Ebene werden die verschiedenen Modelle von Behinderung in den Disability Studies untersucht, welche seit Anfang 2000 ihren Platz im wissenschaftlichen Diskurs gefunden haben .

Theresia Degener forderte im Januar 2010, das bislang vorherrschende medizinische Modell von Behinderung in der Rehabilitation müsse von einem menschenrechtlichen Modell abgelöst werden. Dies müsse durch ein „Change-Management“ aktiv mit Anreizen von außen begleitet werden, und Rehabilitation müsse sich in Zukunft als Diversity-Ansatz verstehen, bei der die menschliche Vielfalt mit individuellen Ansätzen aufgegriffen werde. Anne Waldschmidt hat 2005 dafür plädiert, neben dem bekannten sozialen Behinderungsmodell auch ein kulturelles Modell von Behinderung zu entwickeln. Diesem Modell geht es um ein vertieftes Verständnis der gesellschaftlichen Kategorisierungsprozesse. Die kulturwissenschaftliche Sichtweise unterstellt nicht – wie das soziale Modell – die Universalität des Behinderungsproblems, sondern lässt die Relativität und Historizität von Benachteiligung und Ausgrenzung zum Vorschein kommen

(Disability Studies / Wikipedia)[11]

2.3 Peer Counseling

Peer Counseling ist eine spezielle Beratungsmethode, welche ihren Ursprung in der amerikanischen "Independent Living" (Selbstbestimmtes Leben) -Bewegung der 60er Jahre hat. Es ist ein emanzipatorischer Beratungsansatz, der die Klientinnen dazu befähigen soll, eigene Lösungen für ihre jeweiligen Probleme und Fragestellungen zu finden, um ein eigenständiges, lebenswertes und selbstbestimmtes Leben leben zu können.

Das Besondere am Peer Counseling ist, dass die Beratung immer auf Augenhöhe - von Peer zu Peer (von Gleichen zu Gleichen) stattfindet und der/die Berater*in auch die eigenen behinderungsbedingten Erfahrungen, in die Beratung einfließen lassen kann, wodurch ein hohes Maß an Echtheit (Kongruenz) und Glaubwürdigkeit entsteht.

Die Beratung ist nicht an den Defiziten der Klient*innen ausgerichtet, sondern stets wertschätzend, an den individuellen Fähigkeiten und den Bedürfnissen der ratsuchenden Person orientiert.

Im Peer Counseling werden verschiedene Methoden und Techniken eingesetzt, die es den Klienten ermöglichen, die eigene Situation selbst zu reflektieren, Bedürfnisse und Gefühle zu erkennen bzw. zu benennen und daraus folgend die eigene Zielsetzung zu formulieren. Bei der Umsetzung der Ziele können die Berater*innen unterstützend zur Seite stehen, da

sie über eine gute Sachkenntnis in behindertenspezifischen Themen verfügen und auch mit anderen Peer Counselor*innen vernetzt sind. Peer Counseling orientiert sich am sozialen Modell von Behinderung und ist im Sinne der Klienten parteiisch.

Mit Peer Counseling bin ich erstmals durch einem Einführungskurs, welcher vom ZSL-Mainz angeboten wurde, in Berührung gekommen. Besonders beeindruckend an dieser ersten Begegnung mit dem Peer Counseling war die Tatsache, dass es sich sehr von der Arbeit der klassischen Selbsthilfegruppen unterschied, da das Peer Counseling ein behinderungsübergreifendes Konzept ist und sich in dieser Fortbildung die unterschiedlichsten Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungen austauschen und unterstützen.

Dies spiegelt sich auch in der aktuellen Peer Counseling Ausbildung wieder.

Hier sind Menschen mit körperlichen, psychischen und geistigen oder Sinnesbehinderungen nicht isoliert voneinander, und säuberlich nach Behinderungen und Krankheitsbild getrennt, sondern im lebendigen und sehr respektvollem und gleichberechtigtem Austausch verbunden. Die verschiedenen Erfahrungen mit Diskriminierung aufgrund der jeweiligen Behinderung und den unterschiedlichen Barrieren machen sehr deutlich, dass wir zwar jeweils behinderungsspezifisch unterschiedliche Erfahrungen mit Diskriminierung machen und auch z.T. auf sehr unterschiedliche Barrieren stoßen, dass wir aber trotzdem irgendwie „gleich“ und „gleich betroffen“ sind. In gewisser Weise, haben wie alle doch ähnliche Erfahrungen mit einem kulturell und gesellschaftlich bedingten Ableismus und können dadurch auch viel voneinander lernen.

Vor allem diese Diversität der Gruppen, empfinde ich als sehr bereichernd. Diese Erfahrung hat auch mein „therapeutischen Blick“ und meine persönliche Wahrnehmung auf verschiedene Behinderungsformen nachhaltig verändert.

3. Die Rolle der Beratung in Ergotherapie

Menschen die von ihrem Arzt / ihrer Ärztin Ergotherapie verordnet bekommen, kommen oftmals in einer akuten Krankheitsphase in die ambulante ergotherapeutische Praxis, oder in eine Rehaeinrichtung. Es gibt sehr unterschiedliche Gründe, weshalb Ergotherapie verordnet wird. Sei es eine Verletzung, eine psychische, kognitive oder neurologische Erkrankung (u.a.).

Diese Phase ist oft begleitet von großen Unsicherheiten im Umgang mit der Krankheit / bzw. einer Behinderung und den veränderten Bedingungen in der Gestaltung der

Alltagsaktivitäten. Ebenso belastend wirken sich oft auch die existenziellen Fragen in Bezug auf die zukünftige Arbeits- und Wohnfeldorientierung der Klient*innen aus. In dieser Situation sind die Ergotherapeut*innen oft die ersten Ansprechpartner*innen für die Sorgen und Nöte der Klient*innen und ihrer Angehörigen. In der Therapie haben Sie die Möglichkeit mit Menschen zu sprechen, die sie wertschätzen, die ihnen aktiv zuhören und sich Zeit für sie und ihre Themen nehmen. Hier kann über die rein funktionelle Therapie hinaus, gemeinsam nach individuellen Lösungsmöglichkeiten gesucht werden. Somit kommt bereits jetzt der psychosozialen Beratung der Klient*innen und ihrer Angehörigen eine besondere Rolle zu, welche sich auch jetzt schon in der Leistungsbeschreibung der Krankenkassen wiederfindet. (Wenn auch eher unter medizinischen / defizitorientierten Gesichtspunkten)

Beratung

a. Information, Beratung und Schulung

Die Information, Beratung und Schulung des Patienten und/oder seiner Bezugspersonen über die Ziele, die Wirkungen und den Behandlungsverlauf der Ergotherapie, wie auch die ergotherapeutische Anleitung zum eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhalten durch häusliche Übungsprogramme sind unverzichtbare Bestandteile der ergotherapeutischen Behandlung.

b. Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld

Die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld erfolgt im Einzelfall im Rahmen einer ergotherapeutischen Einzelbehandlung bei sensomotorisch/perzeptiven und motorisch-funktionellen sowie ggf. bei psychisch-funktionellen Störungen. Diese Beratung ist erforderlich, wenn als Leitsymptomatik Fähigkeitsstörungen in Bezug auf die Selbstversorgung und Alltagsbewältigung vorliegen, die zu Schwierigkeiten im häuslichen und sozialen Umfeld führen.

Sie dient dazu, den Patienten zu befähigen, die in der laufenden Therapie erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag zu transferieren, damit er die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens eigenverantwortlich erfüllen kann. Im Rahmen dieser Maßnahme erfolgt die Analyse des häuslichen und sozialen Umfeldes des Patienten, die Beratung und ggf. die Erstellung von Empfehlungen für eine aus medizinischer Sicht notwendige Adaptation des Umfeldes an die vorhandenen Einschränkungen des Patienten. Über die Beratung ist der verordnende Arzt zu informieren.

(Leistungsbeschreibung Ergotherapie gkv / Stand: 1.9.2005 / Seite 4)[12]

Oftmals stoßen Therapeut*innen jedoch mit ihren Beratungskompetenzen an Grenzen, weil Ihnen hier sowohl die Grundlagen einer professionellen Beratung, aber auch das Wissen über verschiedene (lokale) behinderungs- und krankheitspezifische Angebote, Sozialgesetzgebung und Institutionen fehlt. Zudem nimmt eine umfassende Beratung Zeit in Anspruch, welche im therapeutischen Alltag leider auch sehr knapp bemessen ist.

3.1 Eigene Behinderung und Ergotherapie

Wie bereits am Anfang schon erwähnt, hat sich für mich durch den Rollenwechsel von der Therapeut*in zur Patient*in und durch die anderen diversen Erfahrungen die durch die Behinderung entstanden sind, auch mein beruflicher Alltag verändert.

Für mich war es wichtig von Anfang an offensiv mit meiner Behinderung umzugehen, auch wenn ich dies gegenüber einem Arbeitgeber nicht hätte mitteilen müssen. Da ich aufgrund der Behinderung nicht in vollem Umfang einsatzfähig bin, war es aber auch notwendig, dass mein Arbeitsplatz an meine speziellen Bedürfnisse angepasst wird. Als Therapeutin mit MS zu arbeiten, ist für mich wie mit 40° Fieber einen Marathon zu laufen. Die Vermittlung meiner Behinderung gegenüber dem Arbeitgeber, den Klient*innen und Kolleg*innen gestaltet sich allerdings z.T. auch schwierig, da meine Behinderung gegenwärtig nicht stark sichtbar ist.

Viele meiner Klient*innen / Patient*innen, wissen daher auch nicht, dass ich behindert bin. Meine persönlichen Erfahrungen, bringe ich daher auch nur punktuell ein. Dort wo es mir angebracht erscheint, rede ich mit meinen Patient*innen über meine Behinderung. Oft geschieht das in Momenten, wo ich das Gefühl habe, durch mein „outing“ unterstützend und empowernd wirken zu können und dort wo ich aufgrund meiner Erfahrungen zu konkreten Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten beraten kann und ggf. auch den direkten Kontakt zu anderen Institutionen vermitteln kann.

3.2 Befragung unter „Peers“

Im Vorfeld zu dieser Hausarbeit stellte ich mir die Frage, welche Erfahrungen andere Menschen mit Behinderung mit Ergotherapie gemacht haben. Gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung therapeutischer Angebote wenn Menschen von Geburt an behindert sind, oder erst in einer späteren Lebensphase eine Behinderung durch Krankheit oder Unfall erfahren haben? Wie sollte aus Sicht behinderter Menschen eine „gute Therapie“ aussehen ?

Im privaten Umfeld bekam ich immer wieder vereinzelt Rückmeldung von Menschen über deren Therapieerfahrungen. In der Regel waren dies meist sehr positive Rückmeldungen. Jedoch gibt es auch sehr negative Äußerungen. So erzählte zum Beispiel jemand mit Autismus, von entwürdigenden und diskriminierenden Therapieerfahrungen. Es gab Eltern die mir aufgebracht von übergriffigen Therapeut*innen erzählten und eine Person die als Kind in einer Therapieeinrichtung war, schilderte wie schmerzhaft und wenig hilfreich sie die Therapie empfunden wurde. Da ich meine Überlegungen aber nicht nur auf diese einzelnen privaten Erzählungen stützen wollte, war klar, dass ich mehr Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen zu ihren Erfahrungen mit Ergotherapie befragen wollte. Daher habe ich einen zweiteiligen Fragebogen entworfen, um eine solche Befragung ein wenig zu systematisieren.

Der Erste Teil besteht aus einfachen, geschlossenen Fragen zu allgemeinen Rahmenbedingungen der Therapie und der zweite Teil aus offenen Fragen zu persönlichen Erfahrungen und Vorstellungen, wie Therapie gestaltet werden kann, damit sie im Sinne der Klient*innen gewinnbringend und zielfördernd ist. Ebenso geht es um die Frage, welche Rolle aus Sicht der „Peers“, Peer Counseling in der Ergotherapie spielen kann.

An der Befragung nahmen 14 Personen teil. Davon hatten 9 der Befragten Erfahrungen mit Ergotherapie gemacht und konnten auch den ersten Teil des Fragebogens beantworten. Diejenigen die noch keine Erfahrungen gemacht hatten, konnten sich trotzdem beteiligen und im zweiten Teil des Fragebogens ihre Vorstellungen, wie eine gute Therapie sein könnte, formulieren.

Auswertung Teil 1

Der überwiegende Teil der Leute, die bereits mit Ergotherapie in Berührung kamen, gaben an, aufgrund einer motorischen / funktionellen Beeinträchtigung zur Therapie gekommen zu sein. Jeweils 2 Personen kamen aufgrund schulischer Probleme, oder einer neurologische Erkrankung. Die Therapien fanden z.T. in ergotherapeutischen Praxen, in Rehaeinrichtungen, in Schulen, sowie in häuslicher Umgebung statt.

Die Ergotherapie wurde in der Regel von ärztlicher Seite empfohlen und verordnet. In den meisten Fällen fand die Behandlung regelmäßig und länger als ein Jahr statt.

Über die Hälfte der Befragten gab an, dass die Therapieziele zwar vorgegeben, aber gemeinsam mit Ihnen besprochen wurden. Drei Personen sagten, dass die Ziele gemeinsam entwickelt / erarbeitet wurden und eine Person gab an, dass die Ziele weder genannt, noch besprochen wurden.

Eine Aufklärung über das was Ergotherapie ist und welche verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten es gibt, fand nach den Aussagen des überwiegenden Teils der Befragten nicht statt.

Die Frage, ob in der Therapie auf individuelle Interessen und Bedürfnisse eingegangen wurde, bejahte knapp über der Hälfte der Befragten, während die andere Hälfte diese Frage verneinte. Alle Beteiligten sagten jedoch aus, dass sie das Gefühl hatten, in der Therapie in ihrer gesamten Persönlichkeit respektiert und wertgeschätzt worden zu sein. Trotzdem wurde auch in einem Fall die Frage, ob es eine Diskriminierungserfahrung in der Therapie gab, mit ja beantwortet.

Interessant war für mich auch die Frage, ob die Therapeutin / der Therapeut selbst eine Behinderung oder eine Beeinträchtigung hatten. Hier antwortete ein Person mit Ja. Der größte Teil der Befragten verneinte die Frage. Jeweils 2 Leute sagten aus, dass sie es nicht wüssten, bzw. die Therapeutin / der Therapeut nicht darüber gesprochen haben.

Auswertung Teil 2

Die erste Frage, bezog sich darauf, wie eine gute Therapie sein sollte und was die Befragten als besonders wichtig erachten.

Hier wurde unter anderem genannt, dass die Therapieziele klar formuliert sein sollten. Die Ziele sollten Lebenswelt- und Alltagsorientiert und am System der Klienten ausgerichtet und gemeinsam mit den Klient*innen erarbeitet / besprochen werden. In der Therapie sollte den Klient*innen viel Raum und Zeit gelassen werden und sie sollte gut strukturiert sein. Die Therapeut*innen sollten darauf achten, dass ihre Klient*innen zwar gefordert, aber nicht überfordert werden und die Übungen sollten nach Wunsch einiger Befragten intensiv und abwechslungsreich sein. Ebenso sollte die Therapie personenzentriert, ganzheitlich und individuell an den Wünsche und Bedürfnisse der Klient*innen ausgerichtet sein.

Zur Frage, welche Rolle Peer Counseling in der Ergotherapie spielen könnte und welche Erwartungen die Befragten damit verbinden, wurde vor allem geäußert, dass die Befragten dadurch das Gefühl hätten, mehr als ganzer Mensch wahrgenommen zu werden und Ihnen seitens der Therapeut*innen mehr Verständnis und Empathie entgegengebracht

werden könne. Die Befragten sagten auch aus, dass in der Therapie auch viel Persönliches gesprochen wird und die Peer Erfahrung sich dadurch auch positiv auf die Behandlung auswirken könne, da dies motivierend sein kann und die Peer-Rolle dadurch gestärkt werden könne. Ebenso könne die Akzeptanz von der Therapie an sich verbessert werden.

Die persönlichen Antworten zu den eigenen Therapieerfahrungen fielen sehr unterschiedlich aus.

Auf der einen Seite wurde die Therapie als zeitraubend und „notwendiges Übel mit mäßigen Erfolg“ gesehen. Rückblickend auf Kindheitserfahrungen mit Ergotherapie wurde auch genannt, dass die Therapie z.T. schmerzhaft und überfordernd war. Es wurde auch bemängelt, dass es oft wenig Abwechslung gab und immer die gleichen Übungen durchgeführt worden sind. Auch häufige Therapieausfälle wurden als negativer Punkt genannt.

Auf der anderen Seite gab es Berichte, darüber dass die Therapie Spaß gemacht hat, abwechslungsreich war und die Inhalte und Übungen direkt anwendbar waren. Dass es einen übertragbaren Erfolg für den Alltag, die Selbständigkeit und die Selbstbestimmung gab. Für manche hatte die Therapie positive Auswirkungen auf das Selbst- und Körperbild und führte z.T. zu der Erkenntnis, körperlich mehr zu können als selbst gedacht. Auch wurde die Bedeutung der Therapie als wichtiger Aspekt für die eigene Persönlichkeitsentwicklung genannt.

Die Befragung mit Hilfe des von mir entwickelten Fragebogens erhebt keinen Anspruch an wissenschaftliche Kriterien und sollte lediglich ein erstes Stimmungsbild vermitteln. Es wäre aber sehr begrüßenswert, wenn diese Thematik auch aus wissenschaftlicher Sicht aufgegriffen werde würde und somit vielleicht auch die Grundlage einer Bachelorarbeit im Rahmen des Ergotherapiestudiums darstellen könnten.

4. Fazit

Peer Counseling kann eine Lücke in der therapeutischen Beratung schließen und die Klient*innen auf Augenhöhe beraten. Besonders der Aspekt der eigenen Behinderung ist hier besonders hervorzuheben, da behinderte Therapeut*innen aufgrund eigener Erfahrungen mit ähnlich gelagerten Problemen, bereits über eigene Bewältigungsstrategien verfügen, welche sie den Klient*innen authentisch und glaubwürdig vermitteln können. Durch die eigenen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien kann die

Zusammenarbeit zwischen Therapeut*innen und Klient*innen gestärkt werden und die Klient*innen auch zum Empowerment unterstützen. Ebenso kann Peer Counseling positive Auswirkungen auf die Akzeptanz und somit den „Behandlungserfolg“ der Therapie haben.

Im therapeutischen Praxisteam kann Peer Counseling somit auch Kolleg*innen entlasten.

Raul Krauthausen wurde in dem oben bereits erwähnten Interview gefragt, was Ergotherapeuten tun können und zum Prozess der Inklusion Beizutragen.

Darauf antwortete er :

„Toll wäre es, wenn sie eine Art Anwalt sein könnten. Wenn Ergotherapeuten jemanden im Alltag begleiten, könnten sie weniger als Assistenten tätig sein, sondern vielmehr als Berater. Es wäre schön, wenn sie ein Mandat für die Rechte des Menschen mit Behinderung hätten, den sie begleiten, und gegen die diskriminierende Umwelt kämpfen, anstatt den vermeintlich kaputten Menschen zu reparieren. Ein Ergebnis könnte sein, dass die ausgebildeten Ergotherapeuten die richtigen Argumente haben, um Verantwortliche davon zu überzeugen, dass hier gerade eine Diskriminierung stattfindet und dass das Problem strukturell ist und weniger mit dem Individuum zu tun hat. Aber ich weiß nicht, ob das Ergotherapeuten machen. Das würde jedoch dem Begriff des Inklusionisten am nächsten kommen“[1]

Sicher wäre es auch toll, wenn es mehr behinderte Ergotherapeut*innen gäbe und diese sich bundesweit auch vernetzen könnten. Die Verbindung zwischen Ergotherapie und Peer Counseling, ist aus meiner Sicht sehr sinnvoll und kann ein weiterer kleiner Schritt auf dem Weg in eine inklusive Gesellschaft sein.

Quellen:

[1] Ergos-sind-eine-Art-MacGyver

https://de.scribd.com/document/295202844/Ergos-sind-eine-Art-MacGyver-ergopraxis-vom-Januar-2016#download&from_embed

[2] Personzentrierter Ansatz (Psychotherapie)

[https://de.wikipedia.org/wiki/Personzentrierter_Ansatz_\(Psychotherapie\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Personzentrierter_Ansatz_(Psychotherapie))

[3] “Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen”

<https://www.behindertenrechtskonvention.info/>

[4] International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF)

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>

[5] Definition Ergotherapie / Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V

<https://dve.info/ergotherapie/definition>

[6] Ergotherapie

https://de.wikipedia.org/wiki/Ergotherapie#cite_note-7

zuyd <https://www.zuyd.nl/de/studiengange/ergotherapie>

[7] Kompetenzprofil Ergotherapie

<https://dve.info/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie>

→ Kompetenzprofil Ergotherapie (Diskussionspapier zum download)

<https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3302-kompetenzprofil-final/file>

[8]Vojta-Therapie

<https://de.wikipedia.org/wiki/Vojta-Therapie>

[9]Applied Behavior Analysis

https://de.wikipedia.org/wiki/Applied_Behavior_Analysis

[10] Aspies e.V. - ABA Positionspapier

https://www.aspies.de/ueberuns_abapopa.php

[11]Disability Studies

https://de.wikipedia.org/wiki/Disability_Studies#cite_note-6

[12] Leistungsbeschreibung Ergotherapie gkv / 2005

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/125_Anlage_1b_209.pdf

Anlage 1 zur Hausarbeit „What would Mac Gyver do ...wenn er behindert wäre ?“- über die Vereinbarkeit von Ergotherapie mit Behinderung und Peer Counseling“ von Christine Tischer im Rahmen der 15 PCW / ISL

Fragebogen zum Thema Peer Counseling und Ergotherapie

Teil 1

1.1) Hattest du schon einmal Ergotherapie ?

| | |
|--------|--------------------------|
| • ja | <input type="checkbox"/> |
| • nein | <input type="checkbox"/> |

1.2) Warum hattest du die Therapie verordnet bekommen ?
(Mehrfachnennung möglich)

| | |
|---|--------------------------|
| • wegen einer motorischen / körperlichen Einschränkung (z.B. Spastik, Verletzung, Schmerzen, Problemen mit der Feinmotorik) | <input type="checkbox"/> |
| • wegen einer neurologischen Erkrankung / Erkrankung des zentralen Nervensystems (z.B. MS, ALS ...) | <input type="checkbox"/> |
| • wegen einer psychischen Erkrankung (z.B. Depression, Ängste, Trauma ...) | <input type="checkbox"/> |
| • wegen sonstigen Problemen (z.B. Probleme in der Schule / am Arbeitsplatz, wg Konzentrations- und Aufmerksamkeitsproblemen, wegen Wahrnehmungsbeeinträchtigungen u.a.) | <input type="checkbox"/> |

1.3) Warum bist du zur Ergotherapie gegangen ?

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| • weil ich das wollte | <input type="checkbox"/> |
| • weil meine Eltern das wollten | <input type="checkbox"/> |
| • weil der Arzt es empfohlen hat | <input type="checkbox"/> |
| • Sonstige Gründe | <input type="checkbox"/> |

1.4) Wo hat die Therapie stattgefunden ?

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| • In einer Praxis für Ergotherapie | <input type="checkbox"/> |
| • In einer Schule | <input type="checkbox"/> |
| • In einer WfbM | <input type="checkbox"/> |
| • In einer Rehaeinrichtung | <input type="checkbox"/> |
| • zu Hause | <input type="checkbox"/> |

1.5) Wie lange hat die gesamte Behandlung gedauert ?

| | |
|---|--------------------------|
| • 6-10 Therapiestunden | <input type="checkbox"/> |
| • mehr als 10 Therapiestunden (aber weniger als 6 Monate) | <input type="checkbox"/> |
| • regelmäßig und länger als 6 Monate (aber weniger als 1 Jahr) | <input type="checkbox"/> |
| • regelmäßig und länger als ein Jahr | <input type="checkbox"/> |

1.6) Wurdest du darüber aufgeklärt, was Ergotherapie ist und was es für verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gibt ?

| | |
|--------|--------------------------|
| • ja | <input type="checkbox"/> |
| • nein | <input type="checkbox"/> |

1.7) Wurden die therapeutischen Ziele mit Dir gemeinsam besprochen bzw. entwickelt ?

| | |
|--|--------------------------|
| • Ziele wurden besprochen, aber waren vorgegeben | <input type="checkbox"/> |
| • Ziele wurden gemeinsam entwickelt / erarbeitet | <input type="checkbox"/> |
| • Ziele wurden nicht genannt und nicht besprochen | <input type="checkbox"/> |

1.8) Wurde auf deine individuellen Interessen und Bedürfnisse eingegangen ?

| | |
|--------|--------------------------|
| • ja | <input type="checkbox"/> |
| • nein | <input type="checkbox"/> |

1.9) Hattest du während der Therapie das Gefühl, in deiner gesamten Persönlichkeit respektiert und wertgeschätzt worden zu sein ?

| | |
|--------|--------------------------|
| • ja | <input type="checkbox"/> |
| • nein | <input type="checkbox"/> |

1.10) Hast du in der Therapie Diskriminierung aufgrund deiner Behinderung erlebt ?

| | |
|--------|--------------------------|
| • ja | <input type="checkbox"/> |
| • nein | <input type="checkbox"/> |

1.11) Hat Dir die Therapie geholfen, in deinem Alltag selbständiger zurecht zu kommen bzw. ein selbstbestimmtes Leben leben zu können ?

| | |
|--------|--------------------------|
| • ja | <input type="checkbox"/> |
| • nein | <input type="checkbox"/> |

1.12) Hat/hatte dein/e Therapeut*in eine Behinderung / Beeinträchtigung ?

| | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| • ja | <input type="checkbox"/> |
| • nein | <input type="checkbox"/> |
| • Das weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> |
| • Er/Sie hat nicht darüber gesprochen | <input type="checkbox"/> |
| • Er/Sie ist offen damit umgegangen | <input type="checkbox"/> |

Weitere offene Fragen und Raum für eigene Anmerkungen & Notizen

2.1) Wie sollte eine gute Therapie für dich sein ? Was wäre Dir besonders wichtig ?

2.2) Welche Rolle könnte Peer Counseling im Rahmen der Ergotherapie haben ? Wie könnte Peer Counseling die Ergotherapie beeinflussen / verändern ?

2.3) Anmerkungen zu den eigenen Therapieerfahrungen (z.B. Wie hast du die Therapie für dich erlebt, was hat Dir Spaß gemacht, was nicht ? etc.)

2.4) Anregungen / Tipps / Verbesserungsvorschläge für Therapeut*innen