

7 Der Klient

Mieke le Granse, Chris Kuiper

„Sprich mit dem Menschen über die Kraft,
die bereits in ihm wohnt.“

Vivekananda (1863–1902)

Keywords

- klientenzentrierte Versorgung
- Kundenorientierung
- Kundenfreundlichkeit/Präsentation
- Autonomie
- Partizipation
- Zusammenarbeit
- Versorgung im Dialog
- Ermöglichung (Enablement)
- Empowerment
- Diversität
- Eigenregie
- partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making)

Anna

Die 89-jährige Anna lebt mit ihrem Papagei Haddock in einem an die Bedürfnisse von Senioren angepassten Wohnkomplex, dem auch ein Behandlungszentrum angegliedert ist. Ihre Wohnung wurde gemeinsam mit einem Ergotherapeuten so eingerichtet, dass keine Stolperfallen entstanden und sich die wichtigsten Gebrauchsgegenstände möglichst in Reichweite befinden. Anna hat zudem trotz ihrer rheumatoiden Arthritis gelernt, mit einem Minimum an Kraftaufwand das Maximale aus ihrem Tag herauszuholen. Die Wohnsituation ermöglicht es ihr, ihr eigenes Leben zu leben, die Zubettgeh- und Aufstehzeiten selbst zu wählen, ihre Aktivitäten selbst zu bestimmen, den Zeitpunkt ihrer Mahlzeiten zu überlegen, sich entweder selbst darum zu kümmern oder sie in Gesellschaft anderer im Restaurant des Wohnkomplexes einzunehmen und auch zu überlegen, ob sie an den verschiedenen Aktivitäten teilnehmen möchte.

Wenn Anna Hilfe benötigt, kann sie sie schnell herbeirufen. Ein Sensor übermittelt direkt Informationen an die Zentrale des Komplexes, falls in der Nacht Hilfe benötigt wird.

7.1 Einleitung

In diesem Kapitel geht es um den Klienten als Kernelement in der Ergotherapie. Zunächst wenden wir uns der Frage zu: Wer ist der Klient eigentlich? Gemäß dem Berufsprofil wird der Klient auf drei Ebenen typisiert: als Individuum, als Organisation und als Population.

Im Anschluss gehen wir auf den Kontext ein, auf die veränderte Rolle des Klienten und auch des Ergotherapeuten innerhalb der klientenzentrierten Versorgung, gefolgt von den drei Formen der dialoggeleiteten Versorgung: klientenzentriert, kundenorientiert und klientenfreundlich.

Die Konzepte Autonomie, Partizipation, partizipative Entscheidungsfindung, Empowerment und Befähigung, die im Austausch zwischen Klient und Ergotherapeut eine wichtige Rolle spielen, werden ebenfalls beschrieben und schaffen den Übergang zu Kap. 8, Der Ergotherapeut, in dem dann geschildert wird, wie sich der Ergotherapeut gemeinsam mit dem Klienten auf die Befähigung zum Betätigen einstellt (enabling occupation).

7.2 Wer ist eigentlich der Klient?

Der Klient ist eine Person beliebigen Alters. Es kann sich aber auch um eine Organisation oder um eine Population mit einer (aufkommenden) Betätigungsfrage auf dem Gebiet der Alltagsaktivitäten und/oder der Partizipation handeln (occupational issue/occupational need), die einer ergotherapeutischen Intervention bedarf (Hartingsveldt et al. 2010).

Der Klient kann also sowohl eine Einzelperson als auch eine Gruppe oder gar eine Population sein. Nicht jeder nutzt in jeder Situation den Begriff Klient. So spricht man in einer Gruppe jüngerer Personen mit Behinderung, die zur Schule gehen, eher von Lehrlingen oder Studierenden und in einem Krankenhaus eher von Patienten, in einem Arbeitsrehabilitationszentrum heißt es dann Mitarbeiter und in einer Pflege- oder Versorgungsumgebung Bewohner.

Die meisten Ergotherapeuten arbeiten mit Einzelpersonen zusammen, doch geht der Trend dahin, auch mehr für Organisationen und Populationen tätig zu sein (Kap. 22; Christiansen et al. 2015). Der Klient nimmt bei der Zusammenarbeit eine aktive Rolle ein, d. h. er ist aktiver Teilnehmer am Interventionsprozess. Er entscheidet, welche Betätigungen und Aktivitäten für ihn wichtig sind, und bestimmt innerhalb der jeweiligen Grenzen und Möglichkeiten das Ausmaß seiner Mitarbeit in der Gemeinschaft. Ravelli et al. (2009) betonen die Bedeutung der Erfahrung einer erfolgreichen Zusammenarbeit. Derartige Erfahrungen seien wertvoll, bedeutungsvoll und in der Lebensgeschichte des Klienten einmalig, sodass sie

auch zur Persönlichkeitsbildung beitragen. Unter diesem Aspekt ist es der Klient, der entscheidet, welche Lösung für ihn die beste ist. Zunehmend häufig werden die Patient Reported Outcome Measures (PROM) eingesetzt, bei denen es sich um validierte, einfache Fragebogen für den Klienten zur „pflegeinhaltenlichen Qualität“ handelt. Die Wahrnehmung des Klienten über das erreichte Behandlungsergebnis steht dabei im Vordergrund. Wenn der Klient selbst nicht in der Lage ist, seine Wünsche auszudrücken, versucht der Ergotherapeut weitere Informationen aus der direkten Umwelt des Klienten zu gewinnen (von Personen, die ausreichend über die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten informiert sind).

Der Klient bringt sein Wissen, seine Erfahrungen, seine Hoffnungen und seine Träume in die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten mit ein. Er ist „erfahrungskundig“ und erwartet zurecht, dass seine Erfahrungen von dem Ergotherapeuten erkannt und respektiert werden. Er möchte als vollständiger Mensch angesehen werden und als gleichwertiger Partner in der Zusammenarbeit mitwirken.

Um in dem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess der Stimme des Klienten Gehör zu verschaffen, sollte man eruieren, über welche Kenntnisse er verfügt und wie man Zugang zu diesem Wissen erlangt. In der Literatur werden verschiedene Wissensquellen des Klienten aufgeführt. Neben dem propositionalen Wissen unterscheidet man noch das Wissen, das aus seiner „Patienten- bzw. Klientenkarriere“ stammt, und das persönliche Wissen (Kuiper et al. 2016). Diese verschiedenen Wissensformen tragen auch zu der Entscheidung darüber bei, ob und wenn ja welche ergotherapeutische Intervention zur Anwendung kommt.

Nachfolgend werden die verschiedenen Wissensformen des Klienten im Einzelnen beschrieben. Natürlich gelten diese Formen auch für die Anwendungen in Gruppen oder Populationen.

Das propositionale Wissen basiert auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen. Dieses Wissen ist per definitionem geprüft und veröffentlicht. Jeder Klient hat Zugang zu solcherlei Wissen, denn mit dem Internet und den vielen Patientenvereinigungen und Selbsthilfegruppen stehen reichhaltige Informationen über Diagnose, Prognosen, auftretende Schwierigkeiten, neueste Entwicklungen und mögliche Lösungsansätze zur Verfügung (Kool u. Bramsen 2016). Hierzu gehören auch Entscheidungshilfen und Leitlinien (oder die entsprechenden Klientenversionen). Entscheidungshilfen wurden entwickelt, um Menschen bei der Entscheidung für die Wahl der am besten geeigneten evidenzbasierten Interventionsform, Versorgung oder Beratung in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten zu helfen (Weijden et al. 2012, Stacey et al. 2011). Der Klient kann sich die Informationen zu Hause für sich und ohne professionelle Begleitung als Vorbereitung auf ein Gespräch mit dem Therapeuten oder auch erst im Anschluss an eine Entscheidung ansehen, um sie noch einmal gut zu durchdenken und sich die

möglichen Konsequenzen in Ruhe zu überlegen (Groen et al. 2016). Dies gilt auch für die direkten Bezugspersonen des Klienten (z. B. www.nakos.de, www.selbsthilfenetz.de, www.ivpnetworks.de, www.patientenberatung.de, www.selbsthilfe.at, www.nettdoktor.at/selbsthilfegruppen, www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de.html, www.selbsthilfecenter.ch).

In Deutschland werden medizinische Leitlinien in erster Linie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, <http://www.awmf.org/leitlinien.html>), von der ärztlichen Selbstverwaltung und von Berufsverbänden entwickelt und verbreitet. Eine Leitlinie, die in diese Register aufgenommen wird, erfüllt eine Reihe strenger Auswahlkriterien. Alle Beteiligten (einschließlich der Versicherer) sind an ihrer Entwicklung beteiligt. Mitunter existieren auch Versionen für Klienten (Steultjens et al. 2016).

Das Wissen aus der Klientenkarriere ist Erfahrungswissen (Kool u. Bramsen 2016). Durch den Einfluss einer Erkrankung auf sein Leben und durch das, was ein Klient unternimmt oder nicht unternimmt, um mit der Krankheit (oder ihren Folgen) oder mit der Betätigungsfrage leben zu lernen, erlangt er während dieser „Karriere“ ein umfangreiches Erfahrungswissen über das Leben mit der Krankheit, den Umgang mit der medizinischen Versorgung und die darüber hinausgehenden Hilfen (Pool 2001).

Zu dem persönlichen Wissen gehören die eigene Lebenserfahrung und die persönlichen Überzeugungen, Werte und Normen, die jeder Klient in den Kontakt mit dem Ergotherapeuten mit einbringt.

7.2.1 Das Individuum als Klient

Karl Sief

Der 74-jährige Karl Sief ist von Beruf Bauer, jedoch seit seinem 65. Lebensjahr pensioniert. Wegen schwerer Herzprobleme wird er in ein Krankenhaus gebracht, wo man ihm einen doppelten Bypass legt. Nach fünf Tagen erhält er eine Überweisung zur Ergotherapie, wo er bis zu seiner Entlassung unterstützt werden soll. Herr Sief liegt in seinem Bett, als die Ergotherapeutin das Krankenzimmer betritt. Sie beginnt ein Gespräch und erkundigt sich nach der häuslichen Versorgungssituation, nach seinen Wünschen, danach, was ihm im Leben wichtig ist, und erstellt so eine Liste von Sorgen, die Karl Sief mit Blick auf seine Rückkehr nach Hause umtreiben. Bei ihrem Besuch am Folgetag bittet sie ihn, aus dem Bett aufzustehen, was ihm trotz seiner Schmerzen am Sternum gut gelingt. Allerdings macht sie sich Sorgen über seine Aussage, wonach er befürchtet, dass für ihn alles vorbei ist und er zu nichts mehr in der Lage ist. Das einzige Ziel, das ihn noch bleibt, ist es, niemandem zur Last zu fallen (occupational issue/need), vor allem nicht seiner Frau und seinen Kindern.

Laut Berufsprofil Ergotherapeut (Hartingsveldt et al. 2010) gilt der individuelle Klient als Person innerhalb eines Systems, wobei dieses System z. B. aus der Familie, der Pflegeperson, dem Lehrkörper, dem Arbeitgeber und wichtigen anderen Personen aus der Umwelt der Person bestehen kann. Der Klient kann ein Neugeborenes sein, ein Kind, ein Jugendlicher, ein Erwachsener oder ein älterer Mensch, und alle haben ihre eigenen Betätigungsbedürfnisse bzw. -fragen.

Bastian

Der 20-jährige Bastian litt zunehmend unter Stimmen, die es ihm unmöglich machten, seinen Vater bei der Arbeit auf dem elterlichen Hof zu unterstützen. Er liebte Tiere und sein Wunsch war es, sie zu versorgen und mit ihnen zusammen zu sein. Dieser Wunsch ließ sich erfüllen und Bastian wirkt jetzt unter Begleitung bei der Versorgung der Tiere eines nah gelegenen Kinderbauernhofs mit, was er sehr genießt. Sein Leben hat wieder einen Sinn bekommen und er hat das Gefühl, wieder zur Gemeinschaft zu gehören.

Samira

Die 44-jährige Samira wohnt seit ihrem 18. Lebensjahr in einer Unterkunft für Autisten. Ihre türkische Familie sieht sie nur selten, mit Ausnahme der Mutter, die sie regelmäßig besucht. Samira träumt davon, ihre eigenen Kleider entwerfen zu können. Sie mag Handarbeiten und ist im Umgang mit Nadel und Faden recht geschickt. Der Ergotherapeut unterstützt ihren Wunsch und vermittelt sie an ein Institut, wo sie in kleinen Gruppen und in einer sicheren Umwelt mit Nadeln arbeiten kann. Über ihren ersten Entwurf eines selbst genähten Kleides ist Samira ausgesprochen stolz. Sie zeigt ihn sogleich ihrer Mutter, die völlig überrascht davon ist, was ihre Tochter zuwege gebracht hat und dass sie dabei offenbar so viel Vergnügen hatte!

Das System, von dem der Klient ein Teil ist, spielt eine wichtige Rolle. Es können etwa Eltern sein, deren Kind schulische Schwierigkeiten hat, die Frau eines Alzheimer-Klienten, die erwachsenen Kinder einer schwer depressiven Frau, die Mitarbeiter eines Pflegeheims, die einen Klienten mit komplexen neurologischen Störungen bei der Äußerung seiner Bedürfnisse unterstützen wollen, die Nachbarin als Pflegekraft usw. Heute verlangt die Vielfalt in der Versorgung – mit Klienten und Kollegen mit verschiedenen Hintergründen, unterschiedlichem Alter und Lebensstilen – nach einer professionellen Haltung und einem entsprechenden Verhalten, wie etwa der besonderen Aufmerksamkeit für die Kommunikation mit dem Klienten und seinem System (Kuckert u. Stomph 2011).

7.2.2 Die Organisation als Klient

Die „Woongenot“

Bei der „Woongenot“ handelt es sich um eine Wohnungsbaukooperative im Süden der Niederlande. In der Verwaltung der Zentrale arbeiten 17 Mitarbeiter, die sowohl für die Kundenkontakte an der Anmeldung (z. B. telefonische Entgegennahme von Störungsmeldungen, Fragen zur Vermietung und Mietbeihilfen) als auch für die Pflege der umfangreichen Dossiers zuständig sind. Nach Auffassung des Vorstandes der Gesellschaft sind die Fehlzeiten in diesem Bereich des Unternehmens zu hoch. Dadurch sei die Arbeitsbelastung für die anwesenden Mitarbeiter (zu) hoch und die Produktivität relativ gering (occupational issue/need). Auf Anraten des Betriebsarztes wird ein Ergotherapeut zur Beratung eingeladen.

Als Organisation bezeichnet man eine von ihren Mitgliedern bewusst gewählten Verbund zum Zwecke der Zusammenarbeit natürlicher Personen oder Rechtspersonen, um bestimmte Ziele zu erreichen. Unter diese Definition fallen Betriebe, Vereine, Bünde, Clubs, Genossenschaften, Behörden, Stiftungen usw. Organisationen als Klienten können etwa Schwierigkeiten auf dem Gebiet des Betätigens und/oder der Partizipation haben und aus diesem Grunde einer Ergotherapie bedürfen. Man denke etwa an einen Arbeitgeber, der für die Schaffung geeigneter Arbeitsbedingungen verantwortlich ist und einen Arbeitnehmer mit einer Behinderung einstellen möchte, oder an eine Gemeinde, die für die Bereitstellung von Wohn- und Transportmöglichkeiten für Rollstuhlfahrer zuständig ist, aber das notwendige Know-how nicht im Haus hat.

Bei einer Organisation sind natürlich verschiedene Personen an der Zusammenarbeit beteiligt. Dabei kann es vorkommen, dass der Auftraggeber (z. B. ein Vorgesetzter) andere Schwerpunkte setzt als die anderen Beteiligten (im Beispiel die 17 Büromitarbeiter). Bei der Arbeit mit einer Organisation gibt es gewöhnlich eine inhaltliche Seite (die Suche nach der Lösung einer Betätigungsfrage), eine prozesshafte (Einteilung in Phasen) und eine beziehungsmaßige (von welcher Seite lässt sich die Zusammenarbeit mit den Beteiligten am besten angehen, damit die Lösung der Betätigungsfrage auch akzeptabel und umsetzbar ist?; Heijnsman et al. 2007).

7.2.3 Die Population als Klient

Gesund und aktiv älter werden

In einem Bürgerzentrum in Rotterdam kam aus der Mitte der Bürgervereinigung die Frage nach anspruchsvollen Kursangeboten für ältere Personen im Viertel auf. Nach einer eingehenden Analyse der dortigen Bevölkerungszusammensetzung und dem Blick auf verschiedene Subgruppen wurde z. B. für eine dieser Untergruppen das Thema „Gesund und aktiv älter werden“ angeboten.

Bei diesem Kurs handelt es sich um eine Intervention, die sich dem selbstständigen Wohnen älterer Menschen widmet, die sich in der Übergangsphase befinden und selbst merken, dass sie an einem Wendepunkt ihres Lebens stehen. Ein solcher Übergang ist an kein bestimmtes Lebensalter gebunden. Ältere Menschen befinden sich aufgrund ihres Älterwerdens, den Verlust des Lebenspartners oder von Freunden, dem nachlassenden Gedächtnis usw. in einem solchen Abschnitt. Der Übergang zum Älterwerden lässt Menschen über die Beibehaltung oder die Abkehr von alten Gewohnheiten, Fertigkeiten und Betätigungen nachdenken und bringt Fragen zum Umgang mit Verlusten und zur Neuorientierung auf.

In dem Kurs erlernen Ältere neue Fertigkeiten, knüpfen neue Kontakte und nutzen mitunter andere Copingstrategien als zuvor. Dies kann neue Möglichkeiten eröffnen und gewinnbringend sein, auch im Alter (Heijmans et al. 2011).

Die Stiftung „Onbenuttekwaliteiten“ in Rotterdam

Die „Onbenuttekwaliteiten“ kann man am ehesten als „ungenutzte Qualitäten“ oder als „freie Ressourcen“ verstehen. Aus einer psychiatrischen Abteilung kam die Bitte nach einem besseren Einblick in die Bedeutung der freiwilligen Tätigkeit für psychisch kranke Menschen und die Möglichkeiten zur Schaffung von Arbeitspartizipationen. In dieser Personengruppe scheint es relativ wenige ehrenamtliche Mitarbeiter zu geben. Der wichtigste Hinderungsgrund dabei ist wohl die Schaffung bzw. das Finden einer geeigneten Arbeit in einer geschützten Umwelt unter professioneller Begleitung. Die neue Gesetzgebung in den Niederlanden sieht vor, dass nur eine Person, die „krank genug“ ist, innerhalb einer Hilfsorganisation ehrenamtlich tätig sein kann, was ein Hindernis ist. Denn ein bestimmter Klientenkreis scheint so zwischen alle Stühle zu geraten.

Der Ergotherapeut hat die betreffende Abteilung zu einem Wissensaustausch zwischen der Freiwilligenarbeit und der Stiftung angeregt und eine bessere Zusammenarbeit mit diesen gesucht.

Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

In den Niederlanden wird die medizinische Versorgung von Flüchtlingen seit dem 1.1.2009 vom Krankenversicherer Menzis organisiert. Darin sind Fragen zum zentralen Einkauf von Versorgungsgütern und zur Vertragserstellung, zu Vollmachten, Spesen, Versicherungen und finanziellen Aspekten geregelt. Flüchtlinge, die im zentralen Auffanglager bleiben (Centraal Orgaan opvang Asielzoekers, COA) können dann wie jeder Niederländer einen Hausarzt, eine Hebamme, einen Kinderarzt oder ein Krankenhaus aufsuchen. Die COA ist dafür verantwortlich, Flüchtlingen den Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. Alle Personen, die mit der Versorgung von Flüchtlingen befasst sind, müssen sich besonders der sprachlichen und kulturellen Unterschiede, der Lebenssituation, der Asylverfahren und vor allem der Versorgungsbedürfnisse der Asylsuchenden bewusst sein.

Der Anspruch auf eine Erstattung der medizinischen Kosten ist für Flüchtlinge in der Regelung Zorg Asielzoekers (RZA) festgelegt. Diese vergütet auch eine bestimmte Zahl an Ergotherapie-, Physiotherapie und Übungstherapie-terminen nach Cesar und Mensendieck. Auch Ernährungsberatung, Logopädie und podologische Behandlungen werden in einem gewissen Rahmen gewährt. Alle nebenmedizinischen Leistungen bedürfen der Überweisung durch den Hausarzt. Auch die Bereitstellung medizinischer Hilfsmittel ist gewährleistet.

Eine Population ist eine Gruppe oder eine bestimmte Zahl von Menschen, die in einem bestimmten Gebiet lebt oder sich durch gleichartige Merkmale definiert (z. B. Beruf oder Alter). Manchmal geht es um die gesamte Bevölkerung, manchmal um Untergruppen wie z. B. Langzeitarbeitslose, gebrechliche Ältere oder Kinder mit chronischen Erkrankungen, doch können mit Population auch die Einwohner eines bestimmten Viertels gemeint sein.

Ein Bericht zur gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsentwicklung aus dem Jahre 2010 (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010) nutzte ein Modell zum besseren Verständnis von „Population“. Dieses unterschied zwischen den Risikofaktoren von Gesundheit und vier Indikatorrentypen von Gesundheit. Ein Risikofaktor steht in einem Kausalzusammenhang mit der Entstehung oder dem Verlauf einer Erkrankung. In der Primärprävention, d. h. der Verhinderung einer Erkrankung, und der Sekundär- (oder Tertiär-)Prävention, also der Verhinderung von Erkrankungsfolgen, geht es um solche Risikofaktoren. Diese Faktoren können interner oder externer Natur sein. Interne Risikofaktoren sind demnach genetische und biologische Faktoren wie etwa Hypertonie. Bestimmte chronische Erkrankungen können ihrerseits wiederum Risikofaktoren für andere Erkrankungen sein. Externe Risikofaktoren sind z. B. der sozioökonomische Status, familiäre

Faktoren, Ernährungsweise, Umweltfaktoren (Umweltverschmutzung und Lärmbelästigung), Verkehrsverhältnisse und Sicherheit, soziale Unterstützung, Copingstrategien, der Lebenslauf und (medizinische) Behandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus können auch (noch) unbekannte Risikofaktoren einer Erkrankung zugrunde liegen.

Mit folgenden vier Faktoren lässt sich der Gesundheitszustand einer Population erfassen:

- Erkrankung
- Funktionsniveau und Lebensqualität
- Mortalität
- Gesundheit und Lebenserwartung.

Die letzten drei Punkte sind die Folge von Krankheiten und Störungen. Solcherlei Folgen können verhaltensmäßige, funktionelle, kognitive, soziale, emotionale und finanzielle Auswirkungen haben. Das gilt sowohl für Kinder als auch für deren Eltern, die Familie und die Gemeinschaft und das Betätigen. Für Interventionen auf der Populationsebene sind Einblicke in deren Besonderheiten und in die Betätigungsbedürfnisse (occupational needs) erforderlich.

Die Seite www.destatis.de/ des Bundesamtes für Statistik und auch das Robert-Koch-Institut (www.rki.de) bieten vielfältige Statistiken und eignen sich sehr gut als Informationsquelle über die Bevölkerung auf verschiedenen gesellschaftlichen und gesundheitlichen Ebenen und halten vielfältige Informationen bereit. Auch die englischsprachige Seite www.gapminder.org ermöglicht mit ihrer Software den Vergleich zwischen zahlreichen Kennzahlen von Ländern, wie etwa die Lebenserwartung, das Pro-Kopf-Einkommen, die durchschnittliche Anzahl an Ärzten oder die jährliche Exportrate.

Einen Einblick in verschiedene (Diagnose-)Gruppen können epidemiologische Arbeiten bieten. Die Kernbegriffe in diesem Zusammenhang sind dann Beschreibungen/Definitionen der Population, die Prävalenz, die Inzidenz und der Trend. Die Prävalenz einer Erkrankung beschreibt, welcher Anteil der Menschen einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit erkrankt ist oder einen Risikofaktor aufweist. Die Inzidenz gibt die Häufigkeit von Neuerkrankungen an einer Krankheit innerhalb eines definierten Zeitraums an (z. B. ein Jahr). Es ist also der Teil einer Population, bei dem die Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum zum ersten Mal auftritt.

Ein Ergotherapeut überträgt oft die Informationen über die Population in einer (drohende) Betätigungsfrage (occupational issue/occupational need), wie etwa die Rückbesinnung auf alte Gewohnheiten oder die Abkehr von solchen, um zu einer neuen Form von Betätigungen zu kommen (s. Kasten in Kap. 7.2.3., „Gesund und aktiv älter werden“).

7.3 Kontext

Seit den 1980er-Jahren wird vom kanadischen Ergotherapieverband die dialoggeleitete Versorgung wissenschaftlich und durch Publikationen vorangetrieben. Der Grundgedanke dabei ist die Vorstellung, dass sowohl der Klient als auch der Therapeut einen wichtigen Beitrag zur Intervention leisten und dass eine solche umso effektiver ist, je besser diese Beiträge miteinander kombiniert werden. Unter Effektivität versteht man hier, dass die Menschen in die Lage versetzt werden, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese auch verbessern können. In diesem Abschnitt geht es um einige Entwicklungen, welche die Anwendung der dialoggeleiteten Versorgung erleichtern sollen.

7.3.1 Die Menschenrechte

Grundlage dieses Themas ist die Anerkennung der angeborenen Würde des Menschen und der gleichen und unveräußerlichen Rechte aller Menschen, welche die Basis für Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden auf der Welt sind.

Dies steht auch in der Präambel der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, die in der Vollversammlung der Vereinten Nationen (A/RES/217, 10.12.1948) angenommen wurde und die Grundrechte der Menschen in Worte kleidete.

Am 25.8.2006 wurde der Entwurfstext für eine „Allgemeine Erklärung der Rechte von Menschen mit Behinderung“ angenommen. Der Text der Vereinten Nationen fügt den bestehenden Rechten eine Erweiterung für Personen mit einer Behinderung hinzu. Weiterhin wird die Verpflichtung der Unterzeichnerstaaten erwähnt, alle geeigneten Maßnahmen zur Gewährleistung einer vernünftigen Umsetzung dieser Erweiterung durchzuführen. Die Unterzeichnerstaaten passen ihre eigenen Gesetze an und ergreifen Maßnahmen zur Verbesserung der Rechte von Menschen mit Behinderung. Der Gedanke hinter diesem Vertrag ist, dass das medizinische Denken über Behinderungen und die Wohltätigkeit durch gleiche Rechte und Freiheiten ersetzt werden. Ein schönes Beispiel dafür, was dies in der täglichen Praxis bedeutet, ist das Manifest zur Freiheit, Gleichheit und Menschlichkeit der „Wij-Staan-Op“-Bewegung in den Niederlanden, die von zehn jungen Menschen mit Behinderung ins Leben gerufen wurde (www.wijstaanop.nl). Sie fordern darin alle Menschen auf, mit ihnen zusammen eine offene Gesellschaft aufzubauen.

7.3.2 Regierungspolitik

Der niederländische Staat ist mit großen Veränderungen des Gesundheitssystems vertraut. Die Regierungspolitik geht hinsichtlich des Gesundheitssystems in den kommenden Jahren von folgenden Annahmen aus:

- Gesundheit ist auch verhaltensabhängig.
- Die Menschen sind bereit und auch in der Lage, selbst Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.
- Das Gesundheitsverhalten ist u. a. durch finanzielle Anreize lenkbar.
- Krankheiten entbinden einen nicht automatisch von den Verpflichtungen des Alltags.
- Viele Versorgungsfragen sind durch frühere und aktivere Beobachtung des Verhaltens und der Umstände vermeidbar.
- Eine Unterscheidung nach Verhalten vergrößert die Bereitschaft der Gesellschaft zur Risikosolidarität.
- Durch Screenings und frühzeitige Interventionen lassen sich gesundheitliche Schäden verhindern.

Dies hat zur Folge, dass das Gesundheitssystem in den kommenden 10 Jahren einen großen Wandel erfahren wird, der sich in 5 Punkten zusammenfassen lässt:

- Ausrichtung der Versorgung auf Verhalten und Gesundheit. Die Konzentration der Ergotherapie auf das Betätigen (occupation based) gehört ebenso wie die Förderung des Selbstmanagements hierzu.
- Versorgungsorte häusliche Umwelt und Wohnviertel. Hier ist eine kontextbasierte Ergotherapie erforderlich, d. h. die Fragen werden in dem Kontext beantwortet, in dem sie auftreten. Die neuen Medien bieten hier vielfältige Möglichkeiten.
- Reichweite und Fokus erstrecken sich von der Monobis zur Multimorbidität.
- Expertise und Aktionen gleich zu Beginn der Hilfeleistung. In den Niederlanden ist die direkte Zugänglichkeit zur Ergotherapie ohne den hierzulande üblichen Umweg über den Hausarzt oder andere Einrichtungen eine Möglichkeit, die Expertise des Ergotherapeuten in der Versorgung an den Anfang zu stellen.
- Kontinuität vom Anfang bis zum Ende.

Die wichtigste Veränderung ist kultureller Natur, indem der Fokus zukünftig auf die Gesundheit und das Verhalten gerichtet sein wird. Diese Veränderung betrifft sowohl den Anbieter einer Versorgung, wie den Ergotherapeuten, als auch den Klienten. Sie machen sich gemeinsam dialoggeleitet an die Arbeit als Koproduzenten der Gesundheit. Das Konzept der „positiven Gesundheit“ kann dabei eine Rolle spielen. Hierzu hat Huber einiges publiziert, allerdings in englischer Sprache (Huber et al. 2011).

7.3.3 Verantwortlichkeiten

In diesem Abschnitt sollen die Verantwortlichkeiten verdeutlicht werden. Wie werden diese durch den Ergotherapeuten und den Klienten wahrgenommen, um ein effektives und zielorientiertes Behandlungsverhältnis zu erzeugen?

Verantwortlichkeiten des Klienten

Der RVZ (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving) unterscheidet drei Arten von Verantwortung aufseiten des Klienten (RVZ 2007a).

Allgemeine Umgangsformen

Der Klient beherzigt, wie alle anderen Bürger auch, die allgemeinen Umgangsformen. Er behandelt den Helfer mit Respekt, ohne Aggressionen und unangemessene Forderungen und erscheint pünktlich zu den vereinbarten Terminen.

Zahlungspflichten

Die Klienten achten darauf, ihren Zahlungsverpflichtungen nachzukommen. In den Niederlanden und auch in Deutschland muss sich jeder gegen die Krankheitskosten versichern und eventuelle Zuschüsse oder Eigenleistungen pünktlich bezahlen.

Mitarbeit bei der Intervention

Es kann von den Klienten erwartet werden, dass sie sich aktiv an einer Intervention beteiligen, was bedeutet, den Ergotherapeuten so gut wie möglich zu informieren und sich an den Überlegungen und Entscheidungen rund um eine Intervention zu beteiligen, Instruktionen und Empfehlungen zu befolgen und Hinweise zum Lebensstil zu beachten.

Verantwortlichkeiten des Ergotherapeuten

Die Hauptverantwortlichkeiten eines Ergotherapeuten sind im Berufsprofil (Hartingsveldt et al. 2010), im Berufscodex (Leeuw et al. 2015) und in der Beschreibung der Berufskompetenzen (Verhoef et al. 2013) aufgeführt.

Die fachliche Autonomie gerät durch die Systemänderungen unter Druck, während gerade darauf das Vertrauen des Klienten in den Ergotherapeuten basiert. Vertrauen ist von großer Bedeutung aber auch kein Selbstverständnis, denn Vertrauen muss verdient werden. Ergotherapeuten sind dafür verantwortlich, durch Maßnahmen das Vertrauen in ihren Beruf zu erhalten, z. B. durch die Entwicklung von Leitlinien und Standards. Dann gilt es, darauf zu achten, dass diese auch eingehalten werden und die Aufsicht über die Qualität der Berufsausübung zu führen, die Leistungen verfügbar zu halten und die Zusammenarbeit zu fördern. Die Aufgabe der Behörden und anderer Parteien, wie Versicherer, soziale und medizinische Einrichtungen und Patientenorganisationen, ist es, das Vertrauen in die Ergotherapie zu bewahren und zu mehren (RVZ 2007b).

7.4 Dialoggeleitete Versorgung

Die Kommunikation zwischen dem Klienten und den Professionals steht hier im Mittelpunkt. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Professionals untereinander kann an Qualität zunehmen, was u. a. bei Claassen(2015) zum Ausdruck kommt. In diesem Bericht beschreiben die Klienten die Kommunikation eher als Flaschenhals, durch den kaum etwas durchkommt, denn als Informationsaustausch in beide Richtungen. Die Klienten betonen die Bedeutung der Aufmerksamkeit für die jeweils andere Perspektive. In den vergangenen Jahren wurden viele Begriffe geprägt, mit denen die Rolle des Klienten stärker in den Vordergrund gerückt werden sollte, wie z. B. „klientenzentriert“ oder „klientenorientiert“ (Jukema 2011, Heijst 2005, Pool et al. 2003). Diese Annäherungen standen alle der angebotsorientierten Versorgung entgegen, bei der die dargebotene Hilfe von der Perspektive des Therapeuten und dem, was die Organisation anbietet bestimmt wird. Die fragenorientierte, klientenzentrierte oder besser dialoggeleitete Versorgung basiert auf Konzepten, welche zu Veränderungen in den Haltungen und Vorstellungen des Klienten aber auch des Therapeuten, der Gruppen, Organisationen und Populationen führen können. Diese Konzepte sind ständig in Bewegung und bedingen einander. Sie gelten nicht allein für die Ergotherapie, sondern kommen auch in anderen Berufsgruppen zur Anwendung und werden von der Ergotherapie dankbar aufgenommen und weiterentwickelt (Curtin et al. 2010).

Hammell (2013) kritisiert, dass die klientenzentrierte Versorgung nicht ausreichend mit den Klienten zusammen definiert und validiert wurde. Ebenso meint sie, dass die Wahrnehmung des Klienten bei der ergotherapeutischen Untersuchung viel zu wenig Berücksichtigung finden würde. Dasselbe gelte für die Entwicklung von Theorien und die Evaluation in Beruf und Praxis.

Auf der anderen Seite plädiert Hammell dafür, dass sich Ergotherapeuten bei ihren professionellen Beurteilungen nicht nur auf ihr Denken, das Abwägen von Argumenten und Evidenzen verlassen, sondern auch den ideologischen und strukturellen Kontext beurteilen mögen, in dem diese Evidenzen entstanden sind. Ein Beispiel dafür ist die Art und Weise, mit der man Behinderungen betrachtet: Handelt es sich dabei um die Ursache für eine eingeschränkte soziale Partizipation oder ist diese Beeinträchtigung die Folge von Armut, Politik, Diskriminierung, architektonischen Unzulänglichkeiten usw.? Welche Position nimmt die Ergotherapie ein und worauf basiert die ergotherapeutische Untersuchung? Der Autor fordert Ergotherapeuten zum kritischen Denken auf, zum Fragen stellen und zur Konfrontation mit den herrschenden Dogmen, statt von vornherein zu akzeptieren, was die „Mächtigen“ sagen (Hammell 2015).

Mroz et al. (2015) betonen ebenfalls die Bedeutung des Klientenanteils für die Entwicklung von Behandlungen, Praxis, Unterricht und Untersuchung. Für sie ist dies eine große Herausforderung und Aufgabe der Ergotherapie, das klientenzentrierte Arbeiten zu fördern, und zwar auf der Ebene des Individuums, der Organisationen und der Populationen sowie in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Sie weisen zudem auf die Bedeutung der Ausbildung hin, in der die Studierenden von Beginn an lernen sollen, bei allen Aktivitäten und Formen der Zusammenarbeit stets die Perspektive des Klienten in den Mittelpunkt zu stellen.

Aufgrund eigener Untersuchungen spricht sich Kuiper (2007) für die Dialogsteuerung aus: Partnerschaft in Offenheit, Wechselseitigkeit und Abstimmung sowie die Möglichkeit, die nötige Distanz zu halten und dadurch kritisch zu bleiben. Besser ist es, wenn nicht die Frage, sondern der Dialog die Behandlung leitet. Im ersten Fall erkennt die Fachkenntnis den einzelnen Therapeuten und die Not vieler Menschen, die als Klienten (notgedrungen) einen Gesundheitsdienst in Anspruch nehmen müssen. Der Klient hat nicht viel von einem Experten, der keine Widerworte gibt, seine Vorstellungen nicht verdeutlicht und eine Haltung von „Ihr Wunsch ist uns Befehl“ einnimmt (Tonkens 2003).

Es läuft kurzum darauf hinaus, mit dem Gegenüber ins Gespräch zu kommen und zu bleiben und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Wenn man ein Gleichgewicht zwischen den drei Aspekten der dialoggeleiteten Versorgung findet, geht es nicht mehr um den Therapeuten, den Klienten oder den abstrakten „Kunden“, sondern um den Klienten, den Therapeuten und den Kunden als Person, und zwar ein jeder in seiner eigenen Wirklichkeit und im eigenen Kontext.

In diesem Kapitel unterscheiden wir drei Formen der dialoggeleiteten Versorgung, die zum Berufsprofil des Ergotherapeuten gehören:

- die klientenzentrierte Versorgung (Kap. 7.4.1)
- die kundenzentrierte Versorgung (Kap. 7.4.2)
- die klientenfreundliche Versorgung (Kap. 7.4.3).

Anschließend wird auf den gemeinschaftlichen Entscheidungsprozess eingegangen (Kap. 7.4.4).

Durch die Dialogsteuerung hat die Ergotherapie in den vergangenen Jahren das Wesen ihres Berufes (die Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut, um die Ziele des Klienten zu erreichen) in diesem Spannungsfeld aufrechterhalten können (Sumsion 2006).

Doch die klientenzentrierte Versorgung schafft immer neue Herausforderungen:

- die evidenzbasierte Rechtfertigung einer Intervention
- den Nachweis, dass die Beratungen ihr Geld wert sind; ein angemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis in den Situationen, in denen der Klient Kunde ist

- die Reduzierung komplexer Interventionen und Behandlungsreihen auf einfache, protokollartige durchzuführende Interventionen, die auch von anderen (preiswerteren) Berufsgruppen oder Pflegepersonen der Klienten durchgeführt werden können (RVZ 2010b)
- das Gleichgewicht zwischen der professionellen Distanz und der persönlichen Betroffenheit.

7.4.1 Klientenzentrierte Versorgung

Die Partnerschaft verlangt von dem Therapeuten, dass er zusammen mit dem Klienten als Kunden zu einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung kommt und auf diese in angemessener Weise reagiert. Der Ergotherapeut reflektiert während des gesamten Interventionsprozesses die Rolle des Klienten und seine eigene und bleibt dabei stets auf den Klienten als zentrale Figur gerichtet.

Bei der klientenzentrierten Versorgung besteht die Aufgabe des Ergotherapeuten darin, zu gewährleisten, dass der „Plan“ des Klienten Konturen annimmt und mit den eigenen Plänen für den Klienten in Übereinstimmung gebracht wird. Bei den Interaktionen zwischen Therapeut und Klient wechseln die Perspektiven, wodurch sich die Erfahrungen von beiden verbinden. Die Kunst besteht darin, diese unterschiedlichen Wissensquellen zueinander zu bringen und auf ihrer Basis die Entscheidungsfindung zu betreiben. Das klingt sehr technisch, doch eigentlich geht es nur um die Beziehungspflege (Gage 2006). In diesem Fall ist der Kunde nicht mehr „König“, sondern Partner und der Therapeut kein „Diener“, sondern Mitstreiter.

Die Gleichberechtigung wird nicht durch die finanzielle Unabhängigkeit des Klienten erzwungen, sondern durch das Empowerment des Klienten und durch aufrichtiges Interesse und eine lernende Haltung des Ergotherapeuten (Kap. 7.5; Sumsion 2006).

Die in Kap. 7.2 verwendete Einteilung in Klient (Kind, Erwachsener, älterer Mensch), Organisation oder Population als Zielgruppen einer Ergotherapie spiegelt sich natürlich auch in der klientenzentrierten Sichtweise wider:

- auf eine Person gerichtete klientenzentrierte Behandlung
- Betrachtung einer gesamten Organisation zum Zwecke einer klientenzentrierten Behandlung, zu der man als Ergotherapeut einen Beitrag leistet
- die auf die Menschen gerichtete Kultur einer Population.

Die auf eine Person bezogene Sicht legt den Fokus auf das Individuum, seine Familie, das System oder auf den Klienten mit seinen Pflegepersonen (Graff et al. 2006).

Im Maasland-Krankenhaus im südlimburgischen Sittard steht bei der Versorgung der Dialog zwischen den Menschen im Mittelpunkt – der Klient als Mensch und als Gast. Die ganze Versorgung ist dort so aufgebaut, dass der Klient das Zentrum aller Aktivitäten ist. Er ist der Ausgangs- und der Endpunkt des Betätigens aller Profes-

sionals. Das Krankenhaus hat gemeinsam mit Wissenschaftlern der Zuyd Hogeschool die „klientenzentrierte Intervention“ entworfen.

Organisationen aus dem Gesundheitswesen wollen natürlich eine auf den Menschen gerichtete Versorgung bieten, doch scheint die Umsetzung schwierig zu sein. Im Alltag stehen dann trotz aller guten Vorsätze oft die Krankheit, die Behinderung, die Behandlung oder das Geld im Vordergrund und nicht der Mensch. Für die Umsetzung einer strukturell auf den Menschen ausgerichteten Therapie sind sowohl die Stärkung des Guten als auch die Förderung des Neuen erforderlich. Hierbei sei auf die Gefahr der Simplifizierung hingewiesen, wie sie vielfach in „Bahnhofs-literatur“ zum Thema des erfolgreichen Selbstmanagements anzutreffen ist. In soundso viel Schritten kommt man dabei zu einer menschenwürdigen Organisation des Gesundheitswesens, wie etwa in dem in den Niederlanden populären „Planetree“ (in Deutschland planetree.org), bei dem man von der Klientenzentriertheit einer Organisation ausgeht.

7.4.2 Kundenorientierte Versorgung

Der Klient erhält Informationen über die Qualität der Behandlung und schließt einen Vertrag mit dem Dienstleister. Nur auf diese Weise kann der Klient im Gesundheitssystem zu dem Kunden werden, der auch König ist, wie das in anderen Geschäftsbereichen meist der Fall ist (RVZ 2003). Das bedeutet, dass der Ergotherapeut für den Kunden zugänglich und auch erreichbar sein sollte und die Preise und Leistungen am besten offenliegen. Der Klient als Verbraucher der gelieferten Ergotherapie benötigt Angaben über die wahrscheinliche Wartezeit, Behandlungsdauer und den zu erwartenden Effekt der Intervention. Der Klient wird weiter über die Fachkompetenz und die bisherigen Erfahrungen des Ergotherapeuten aufgeklärt und erfährt auch, wo er sich hinwenden kann, falls der Ergotherapeut *nicht* über die spezifischen Kenntnisse oder Befugnisse verfügt (Hartingsveldt et al. 2010).

Ausgangspunkt ist dabei, dass der Klient das Maß für die Qualität der Behandlung ist. Die Frage nach der Hilfe bestimmt das Angebot. Überdies verfügt der Klient über die vollkommene Wahlfreiheit und kann selbst entscheiden und bestimmen, sofern er die richtigen Informationen erhalten hat.

Zusammengefasst heißt dies also (RVZ 2003):

- Es ist wichtig, dass die Klienten in der Versorgung so weit wie möglich zu Kunden werden, so wie das auch in den meisten Geschäfts- und Dienstleistungsbereichen des täglichen Lebens der Fall ist. Hierfür sind die freie Marktwirtschaft und Konkurrenz unter den Anbietern notwendige Voraussetzungen. Das bedeutet auch, dass es ein ausreichend großes Versorgungsangebot gibt, d. h. ein leichtes Überangebot an Professionals.

- In den Niederlanden haben Klienten die Wahl zwischen Sachleistungen, einer an ein Erstattungssystem gekoppelten Versorgung oder, wenn möglich, einer Pflege auf der Grundlage eines persönlichen Budgets.
- Dies bedeutet, dass die Klienten dort nicht nur in der Krankenversorgung, sondern teilweise auch in der Reha ein persönliches Budget erhalten können.
- Klienten- und Patientenorganisationen sind am Einkauf von Versorgungs- und Pflegeleistungen durch Versicherer beteiligt (Sachleistungen).

Ein Kundenverhältnis bringt natürlich auch ein Bezahlerverhältnis mit sich. Ein Kunde gründet seine Entscheidungen ja auf dem Vergleich der Preis-Leistungs-Verhältnisse. Im Gesundheitssektor wird ein Klient jedoch nur dann zu einem richtigen Kunden, wenn der Markt funktioniert, d. h., wenn eine Konkurrenzsituation vorliegt. Es geht hier vor allem um elektive oder dauerhafte Versorgung. Die Voraussetzungen hierfür sind u. a. ein ausreichendes Versorgungsangebot, die Vertragsfreiheit und transparente Angebote (bzw. Informationen über die Angebote). Wenn diesen Anforderungen nicht Genüge getan wird, können weder die Klienten noch die Versicherer gut auswählen. Um eine Auswahl treffen zu können, sollten die Klienten die Leistungen der Anbieter kennen. Dabei geht es sowohl um das Ausmaß, in dem der Anbieter auf die Wünsche des Klienten eingeht (z. B. Intervention, Kontinuität der Versorgung, Wartelisten und Wartezeiten), als auch um das Ergebnis dieser Hilfen. Die Klienten haben das Bedürfnis nach klaren Informationen, Wahlfreiheit und Wahlmöglichkeit, Kontinuität der Versorgung und fachlicher Kompetenz.

„Lean“-Denken ist ein Beispiel für Kundenorientiertheit auf der Organisationsebene: Wie kann man durch einen Sinn für Rationalisierungen die Zufriedenheit des Kunden erhöhen? „Lean“ (engl. für knapp, mager, schlank) bedeutet hier, sich auf das Wesentliche zu beschränken, um eine optimale Zusammenarbeit zwischen dem Kunden und dem Professional zu erreichen. Dies geschieht durch kontinuierliche Verbesserung, gemeinsames Problemlösen und Anpassung an sich kontinuierlich verändernde Bedingungen und komplexe Fragestellungen (Womack u. Jones 2010).

7.4.3 Klientenfreundlichkeit/ Präsenz

Der Ergotherapeut sollte sich kundenfreundlich und empathisch verhalten. Das gilt nicht nur für den Inhalt des ergotherapeutischen Kontaktes mit Personen, Organisationen und Populationen, sondern auch für die affektive Seite des Kontaktes, die Wärme und das „Für-den-andere-da-sein“, also nicht nur die Intervention, sondern auch die Präsenz (Kuiper u. Oostendorp. 2007). Kuiper verweist dabei auf die Präsenztheorie von Baart (2004).

Ihr Kennzeichen ist das Dasein für andere, ohne sich zunächst zu sehr um die Beantwortung von Fragen zu kümmern. Alles dreht sich um die Anerkennung des Gegenübers, sodass es, wie sonst auch, voll und ganz mitzählt.

Die Präsenz dient als Grundlage der Gesprächsführung. Die Ergotherapie entwickelt sich in einem Spannungsfeld zwischen der emotionalen Betroffenheit für den Klienten als Person und der professionellen Distanz. Die Präsenztheorie hat folgende Merkmale:

- „zum anderen hin“: Präsenz setzt voraus, dass der Ergotherapeut nicht in einer Abteilung oder in einer Praxis arbeitet, sondern dort und in dem Moment, wo die Betätigungsfrage bzw. das Betätigungsbedürfnis des Klienten aufkommt. In Zentrum stehen die Betätigungsfrage und nicht die Lösungsmethode des Modells.
- spezialisiert auf Vielseitigkeit: Präsenz impliziert, dass der Ergotherapeut nicht nur auf eine Problemart oder auf eine Beratungsfrage angesprochen werden kann
- Anschluss: Der Ergotherapeut knüpft an die Lebenswelt und den Lebenslauf des Betroffenen an. Im Vordergrund steht nicht die Suche nach Betätigungsfragen, sondern das Finden einer befriedigenden Einstellung zum Leben.
- Offenheit bei der Annäherung an andere: beginnen mit dem Nichtwissen, sich überraschen lassen, Urteile und Betätigungen aufschieben, die Bedeutung des Lebens zu sich durchdringen lassen (d. h. sich selbst öffnen). Auch das Profil des Ergotherapeuten ist offen, ohne zu verbergen, wer er ist, wofür er steht und was seine Verantwortlichkeiten sind.
- Bedeutung: Das Dasein und Anknüpfen ist vor allem für Menschen wichtig, die aus der Gemeinschaft ausgegrenzt sind, als sozial überflüssig gelten, deren Geschichte, Leid und Leben kaum jemanden interessieren und die so vermisst werden wie Zahnschmerzen (Baart 2004).

7.4.4 Partizipative Entscheidungsfindung

Eine ganz konkrete Form, in der Klienten einen zentralen Platz in dem Pflege- und Interventionsprozess erhalten, ist die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) mit anderen Professionals. Bei diesem Prozess kommt der Klient gemeinsam mit dem Professional zu einer Entscheidung über die gewünschte Versorgung oder Intervention. Inzwischen gibt es einige Modelle für partizipative Entscheidungsfindungen. Die meisten weisen auf die Bedeutung von Informationen für den Klienten und das gemeinsame Abwägen hin. Elwyn et al. (2012) beschrieben einen praktischen Stufenplan für die gemeinsame Entscheidungsfindung. Die drei Stufen sind: Auswahlgespräch (choice talk), Optionsgespräch (option talk) und Entscheidungsgespräch (decision talk).

Jens

Wie sieht es jetzt mit der Rolle des Klienten im Alltag des Ergotherapeuten aus? In Jens Geschichte finden sich Aspekte der Partizipation im Sinne von mitarbeiten und mitentscheiden. Es sind zudem verschiedene Formen der Klientenzentrierung zu erkennen.

„In Zoetermeer hab ich Radfahren gelernt“, erzählt Jens, „Ich war etwa 8 und wir waren gerade aus Den Haag fortgezogen. Ein Junge aus der Straße ließ mich auf sein Fahrrad. Heute ist das Mountainbiken mein Hobby. Ich bin bisher zwei schwierige Touren mit Hügeln, Sand, Drops und Jumps gefahren, eine in Groningen und eine in Oosterhout. Aktuell arbeite ich an einer höheren Griffigkeit und an einer schnelleren Kurvendurchfahrt. Mit 12 bin ich von zu Hause weg. Ich kam mit meiner Mutter einfach nicht aus, die mich gleich nach meiner Geburt auf den Antillen mit nach Den Haag nahm. Sie schlug mich beim geringsten Anlass. Als sie mitbekam, dass ich einem Laden etwas hatte mitgehen lassen, drehte sie völlig durch. Ich fühlte mich nicht mehr sicher und sagte das auch der ambulanten Hilfe. Danach bestimmte das Jugendamt, dass ich nicht länger bei ihr wohnen müsse. Einerseits war ich heilfroh, aber andererseits war es auch schade, weil ich dadurch nicht mehr bei meinem Bruder und meinen Freunden sein konnte. Manchmal werde ich echt sauer, wenn ich etwas miterlebe, das mich an meine Vergangenheit erinnert. Dann will ich mich rächen und gehe mich mit irgendjemandem prügeln. Ich verliere dann die Kontrolle und tue Dinge, die ich eigentlich nicht will. Das Böse in mir stammt von meinem Vater. Den Kontakt zu ihm habe ich abgebrochen, da er mir immer wieder Dinge versprach, die er doch nie eingehalten hat.“

Man diagnostizierte bei mir eine PTBS (posttraumatische Belastungsstörung), weswegen ich auch in Therapie bin. Indem ich mir einen stillen Platz suche und zu mir selbst komme, lerne ich viel. In diesen Momenten denk ich oft darüber nach, was ich in meinem Leben will und was nötig ist, um das zu erreichen. In den letzten Monaten ist mir klar geworden, dass ich mit Bösartigkeit nicht weiter komme. Was geschehen ist, liegt hinter mir. Daran lässt sich nichts mehr ändern. Ich kann die Zeit nicht zurückdrehen und mein Leben anders führen. Ich sollte akzeptieren, was ich habe und was ich kann.

Ich sitze hier in der Jugendgruppe der Anstalt. Wir sprechen gemeinsam darüber, wie es hier läuft und ob etwas verändert werden sollte. So haben wir erreicht, dass es hier jetzt WiFi gibt und dass bald jedes Kind seinen eigenen Account hat. Ich würde gerne unser Gelände ein Stück weit vergrößern, damit es hier etwas offener wird, wir mehr Aussicht haben und auch draußen mehr unter uns sein können. Auch möchte ich erreichen, dass wir Poster aufhängen dürfen, dass wir über den Ankauf von Möbeln mitentscheiden können und dass wir die Erlaubnis bekommen, auch auf dem Zimmer zu essen. In der Gruppe lerne ich, meine Meinung zu sagen und darüber zu sprechen. Meistens bin ich eher zurückhaltend und still, aber der Leiter der Gruppe hilft mir. Wenn er merkt, dass jemand sich nicht traut, etwas zu besprechen, dann spricht er mit demjenigen außerhalb der Sitzungen darüber.

Hier wird mir auch sehr geholfen, wenn ich etwas benötige, z. B. wenn ich Streit mit meiner Mutter habe, zu der ich allmählich ein besseres Verhältnis bekomme, oder wenn ich in der Schule etwas nicht verstehe. Dann gehe ich zu meinem Mentor, mit dem ich sehr gut auskomme. Manchmal muss ich nur mal eine Tasse Tee mit ihm zusammen trinken.

Ich helfe selbst auch anderen in der Gruppe. Gestern weinte Sarina, wegen eines Streits mit ihrer Mutter. Ich fragte sie, ob sie darüber sprechen wolle, aber sie steckte sich lieber die Ohrenstöpsel in die Ohren, um Musik zu hören. Später telefonierte sie draußen mit ihrem Freund. Es regnete und es war kalt, also brachte ich ihr meine Regenjacke. Danach hab ich sie etwas aufgemuntert.

Gerade habe ich mit dem vierten Jahr am VMBO-Basiskader begonnen (Anm. d. Ü.: eine Art Realschule). Wenn ich damit durch bin, kann ich in der Schweißerei arbeiten, wo ich gerade ein Praktikum absolviert habe. Aber ich hab Angst davor, dass ich meinen Abschluss nicht schaffe, da ich mich von einem Jungen ablenken lasse, der mich immer reizt und versucht zu ärgern. Ich habe schon nachgefragt, ob ich deshalb Ohrenstöpsel nehmen darf, aber das lehnt die Schule ab, da ich das bei der Prüfung auch nicht dürfe. Jetzt lerne ich, ihn zu ignorieren und mich auf meine Sachen zu konzentrieren. Ich sollte etwas mehr über Metallverarbeitung lernen.

Da es gleich neben meinem Arbeitsplatz ist, würde ich mich auch gerne in Autotechnik ausbilden lassen. Der Freund meiner Mutter gab mir seinen Opel Astra, der an einer Seite total hinüber ist. Den würde ich gerne reparieren können.

Wenn ich meinen Abschluss habe, möchte ich gern betreut wohnen und lernen, allein zu leben. Ich kenne viele Menschen, die das machen und bei denen ich häufig zu Besuch bin. Sie sagen, dass man dort immer noch einmal im Monat mit seinem Mentor spricht. Inzwischen versuche ich schon, mein Zimmer einen ganzen Tag lang ordentlich zu halten, denn wenn ich einmal aufräume, ist es meistens nach sehr kurzer Zeit wieder unordentlich. Ich achte darauf, sorgfältiger zu sein und mich besser zu konzentrieren. Ich versuche auch nicht mehr, während des Spülens zu telefonieren, denn ich sollte mich auch konzentrieren können, wenn ich bald einen Arbeitsvertrag bekommen will. Den will ich mir dann auch erst in Ruhe durchlesen, damit ich nicht etwas unterschreibe, was mir gar nicht recht ist. Ich mag auch Herausforderungen. Ich würde z. B. gerne einmal in Deutschland mountainbiken. Es gibt dort einen ziemlich anspruchsvollen Parcours, der über 70 Kilometer quer durch die Landschaft führt. Da muss ich mich auch konzentrieren können. Nachdem mir mein altes Fahrrad geklaut wurde, habe ich im Internet auf einer Kleinanzeigen-Seite für 20 € ein neues gefunden. Ich habe mit der Leitung darüber gesprochen, wie ich an das Geld kommen könnte. Vier Wochen lang habe ich dafür mein Taschengeld nicht angerührt. Als ich das Geld zusammenhatte und das Fahrrad abholte, durfte ich es sofort einfach behalten, weil ich viel Mühe reingesteckt hatte und mich als zuverlässig erwiesen habe. Darüber war ich total froh.“