



**Schule für Ergotherapie Biel**

# **Das Bieler Modell**

**ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren  
ergotherapeutischer Massnahmen**

Artikel in der Zeitschrift „Ergotherapie CH“ 5/1995

August 2007

# Das Bieler Modell - ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Massnahmen

**Die Autoren beschreiben ein Modell, welches an der Schule für Ergotherapie Biel entwickelt wurde. Es handelt sich dabei um ein Arbeitsinstrument, das es erleichtert, die Vielfalt ergotherapeutischer Problemstellungen und Massnahmen zu erfassen, in die Praxis umzusetzen und die eigene therapeutische Arbeit zu evaluieren. Das Modell bewährt sich bereits seit einigen Jahren in der Grundausbildung. Es könnte für Interessierte auch Grundlagen bieten zur Entwicklung qualitätssichernder Massnahmen.**

*Autorenteam der Schule für Ergotherapie Biel  
(H.Béguin, S.Dreier, M.Nieuwesteeg, U.Mosthaf, H.Schüpbach, M.Somazzi, G.Versümer)*

## Warum ein "Modell"?

Ergotherapie (ET) zu lernen und zu lehren ist eine Herausforderung. Was auf den ersten Blick einfach scheint, erweist sich in der Praxis als ein höchst komplexer Prozess. Denn Ergotherapie hat viele Gesichter. Moderne Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ET) geben Antwort auf die verschiedensten Problemstellungen der ihr anvertrauten Patienten.

Die immer wieder gestellte Frage "was ist eigentlich Ergotherapie?" kann deshalb nicht mit einer einfachen Formel beantwortet werden, wenn man beschreiben will, was ET tun. Da gibt es funktionelle Behandlungen, ergonomische Abklärungen, Arbeiten mit speziellen Geräten zur Verbesserung der sensorischen Integration, Schienenherstellung, handwerklich-kreatives Arbeiten, neuropsychologische Übungen, Haushalttraining... All das und noch viel mehr ist im Rahmen der ET anzutreffen. Je nach Gebiet und Auftrag bestehen so grosse Unterschiede, dass es für Aussenstehende und Studierende manchmal schwierig ist, noch das Gemeinsame zu entdecken in der Arbeit von ET, die mit unterschiedlichen Patientengruppen und mit unterschiedlichen Zielsetzungen,

Mitteln und Methoden arbeiten. Je nach Kontext wird dann die ET viel eher mit der Arbeit einer im selben Gebiet tätigen Physiotherapeutin, Sonderpädagogin oder Sozialarbeiterin verglichen, als mit der ET eines anderen Fachbereiches. Angesichts solcher Vielfalt und Spezialisierung stellt sich deshalb für die Konzeption einer Grundausbildung die Frage: gibt es denn überhaupt noch genügend gemeinsame Grundlagen, um für diese unterschiedlichen Arbeitsbereiche eine gemeinsame Grundausbildung zu rechtfertigen? Oder gehen wir von Grundlagen aus, die in der Praxis gar nicht mehr als solche angesehen werden? Sitzen die Schulen in einem Elfenbeinturm und vermitteln ein Konzept von ET, das der immer spezialisierteren Praxis nicht mehr entspricht? Während des Projektes "Ergotherapie/ Aktivierungstherapie" (1978-1982) haben die ET der Schweiz an der Klärung ihres Berufsbildes gearbeitet. In dieser Studie kam deutlich zum Ausdruck, dass die grosse Mehrheit der ET sich auf ein Grundkonzept beziehen möchte und die Gemeinsamkeiten in der vielseitigen ergotherapeutischen Arbeit mehr gewichtet als die Unterschiede. Dies war ein

wichtiger Schritt in der Entwicklung des Berufes und in Richtung Berufsidentität.

Für die Grundausbildung wurde damit eine verpflichtende Basis geschaffen. Die Problematik der "vielen Gesichter", der unterschiedlichen Theorien, Terminologien und Behandlungsmethoden innerhalb der ET konnte aber damit nicht aus der Welt geschaffen werden und blieb für Studierende und Ausbilder bis heute eine grosse Schwierigkeit.

Für die Ausbildung stellte sich deshalb die dringende *Forderung nach einem fachübergreifenden methodischen Ansatz für die ET.*

Zwei Massnahmen wurden an der Bieler Schule ergriffen, um dies in der Ausbildung zu realisieren:

1. In Zusammenarbeit mit Arbeits- und Betriebspsychologen wurde ein speziell auf die ET zugeschnittener Psychologieunterricht entwickelt, der bereits zu Beginn der Ausbildung die entsprechenden handlungstheoretischen Grundlagen vermittelt. Im Ausbildungskonzept wird die Förderung und Unterstützung der Handlungsfähigkeit eines Patienten als das allem übergeordnete Ziel der Ergotherapie aller Fachbereiche bezeichnet.
2. Der Unterricht in "ET- Methodik" wurde 1988 stark ausgebaut und macht - zusammen mit der Diplomarbeit - heute etwa 50% der gesamten Ausbildung an der Schule aus.

Im Zentrum des Methodikunterrichtes stehen Fragen nach dem ergotherapeutischen Vorgehen, dem Prozess von der Erfassung bis zur Evaluation. Wie wird erfasst, wie werden Befunde erhoben? Wie werden Behandlungsverläufe festgehalten? Wie wird das Erreichte mit angestrebten Zielen verglichen? Wie werden die Ergebnisse interpretiert?

Das "Bieler Modell" soll helfen, solche Fragen anzugehen und zu beantworten. Es ermöglicht das Einordnen der verschiedensten Problemstellungen und therapeutischen Massnahmen.

In den Phasen der Erfassung und der Planung erlaubt es, konkretes Handeln aus allgemeinen gedankli-

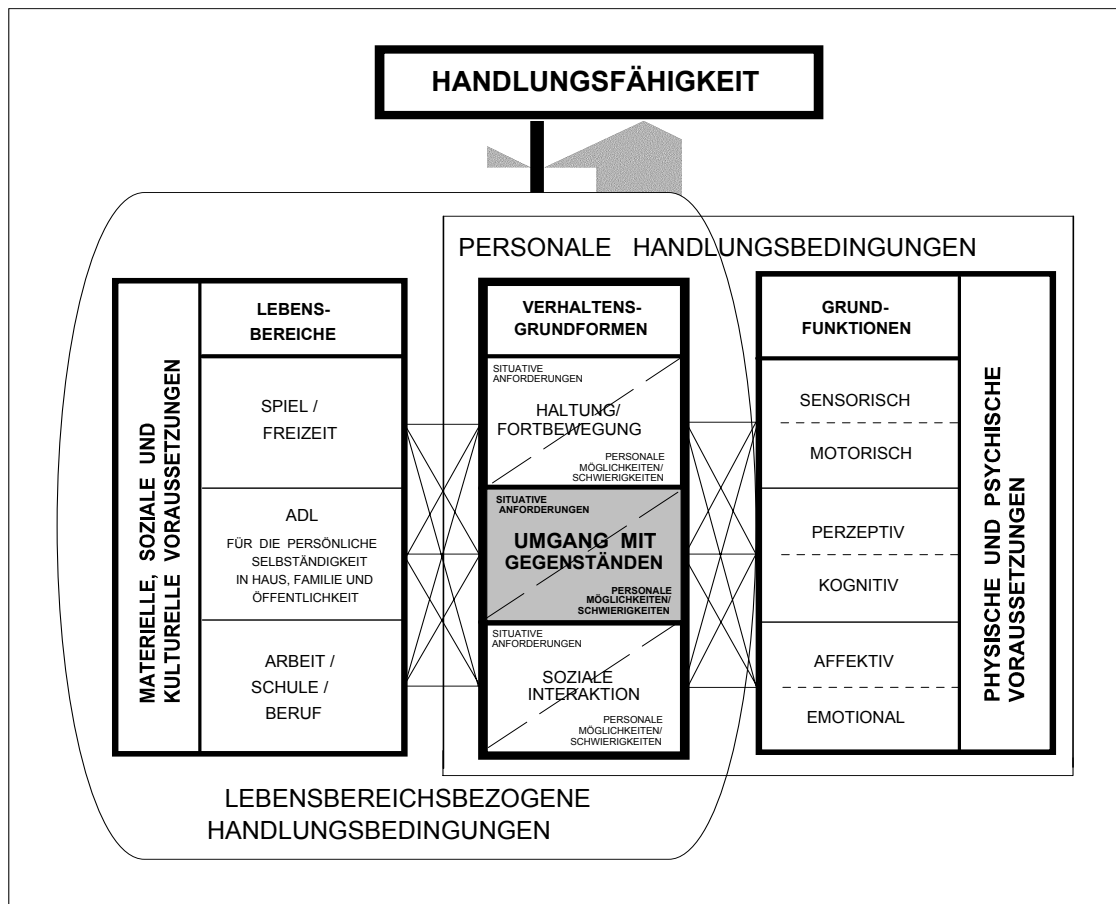


Abb.1  
Das „Bieler Modell“

- ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Massnahmen

chen Konzepten und Zusammenhängen *abzuleiten* und zu begründen. In den Phasen der Durchführung und Evaluation ermöglicht es, konkrete Massnahmen auf dieselben Konzepte *rückzubeziehen und zu beurteilen*, gemäss dem *systemischen Ansatz, global und ganzheitlich zu denken, aber lokal und spezifisch zu handeln*.

ET ist nicht so ganzheitlich, wie manchmal gefordert wird und wie sie es von ihrem Grundkonzept her sein könnte. Unter den heutigen Voraussetzungen der Arbeitsteilung und Spezialisierung im Gesundheitswesen haben ET im allgemeinen weder den Auftrag noch die nötigen zeitlichen Bedingungen zu einem ganzheitlichen Arbeiten. Umso wichtiger ist deshalb ein umfassender Denkansatz. In einem ganzheitlichen Modell kann deutlich gemacht werden, wo Störungen und Behinderungen und wo Ressourcen eines Menschen liegen. Es kann darüber hinaus nicht nur aufgezeigt werden, wo Behandlungsschwerpunkte gesetzt

werden, sondern auch - ebenso bewusst und begründet - wo auf ergotherapeutische Massnahmen verzichtet wird. Die Begründung dessen, worauf man verzichtet, ist oft für eine bewusste Schwerpunktsbildung ebenso wichtig wie die Begründung dessen, was man tut.

### Zum Modell: Das Ganze und die einzelnen Bereiche

Das Modell ist in Abb.1 als Ganzes dargestellt. Ergotherapeutische Massnahmen werden verstanden *als spezifischer, aber in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingeordneter Beitrag* zur Unterstützung eines Menschen, der in seiner Handlungsfähigkeit durch Behinderung oder Krankheit eingeschränkt ist. Ein solches Konzept von Ergotherapie erfordert, sich der *systemischen Zusammenhänge von Individuum und Umwelt* bewusst zu sein und eine Behandlung entsprechend

darauf auszurichten.

Im Zentrum des Modells stehen, grafisch hervorgehoben, im Überschneidungsbereich von Individuum und Umwelt die sogenannten "*Verhaltensgrundformen*". Damit sind sichtbare, d.h. der Selbst- und der Fremdbeobachtung zugängliche Verhaltensweisen gemeint, die sowohl von der Umwelt geprägt, als auch vom Individuum her bestimmt sind, die also *immer sowohl lebensbereichsbezogene situative Anforderungen als auch individualspezifische personale Möglichkeiten und Schwierigkeiten in sich vereinigen*.

Zu den Verhaltensgrundformen gehören die Bereiche "*Haltung/ Fortbewegung*", "*Umgang mit Gegenständen*", sowie "*Soziale Interaktion*". Sie werden verstanden als Interaktionen zwischen Individuum und Umwelt, d.h. als Interaktion durch Haltung und Bewegung, als Interaktion durch Handeln und als soziale Interaktion (verbale und nonverbale Kommunikation).

Kern des ergotherapeutischen Auftrages ist gemäss "Bieler Modell" der *"Umgang mit Gegenständen"*, *das Handeln mit konkret Gegenständlichem im weitesten Sinn*, *auch mit lebenden "Körpern"*, *einschliesslich dem eigenen Körper*. Dieser Kernbereich kann nur im Zusammenhang mit allen anderen Bereichen als solcher verstanden werden. Wie ein Patient sitzt, wie er spricht, wie er beim Essen mit Geschirr und Besteck zurecht kommt, wie er sich gegenüber anderen Menschen verhält: Das alles ergibt die für die ergotherapeutische Erfassung wichtigen Daten über seine konkreten Möglichkeiten und Schwierigkeiten, seine aktuelle Handlungsfähigkeit im Hier und Jetzt. Von diesem Verhalten lassen sich einerseits Rückschlüsse auf Möglichkeiten und Schwierigkeiten in den sensorisch-motorischen, perzeptiv-kognitiven und affektiv-emotionalen *Grundfunktionen* ziehen. Andererseits kann aber auch auf eventuell notwendige Massnahmen (Abklärung/Beratung) in den sog. *"Lebensbereichen: Spiel / Freizeit, Aktivitäten des täglichen Lebens und Arbeit/Schule/Beruf"* geschlossen werden. Das "Schliessen" von den Verhaltensgrundformen auf die *personalen Grundfunktionen* und auf die Anforderungen der *Lebensbereiche* ist für die hinter dem "Bieler Modell" stehende Methodik von entscheidender Bedeutung: die gezielte Behandlung einzelner Grundfunktionen, bspw. im sensorisch-motorischen Bereich, wird nicht für sich allein begründet, sondern *in Bezug zu konkreten Verhaltensgrundformen*. Das Gleiche gilt für die Lebensbereiche: Verbesserungsmassnahmen in einzelnen Lebensbereichen erhalten ihre Begründung durch den Rückbezug auf ganz bestimmte Verhaltensgrundformen. So kann es sinnvoll sein, bei einem schwerstbehinderten Patienten sich mehr an den Lebensbereichen zu orientieren, d.h. an sozialen und äusseren Bedingungen und an deren Veränderung im Interesse des Patienten zu arbeiten, weil durch den Grad der Behinderung personale Veränderungen nur sehr begrenzt möglich

sind. Das bedeutet dann beispielsweise: Arbeit mit Bezugspersonen und Anpassung der Wohn- und Lebenssituation. Bei anderen Patienten kann hingegen grundlegende personale Hilfe geleistet werden: Der Patient kann mithilfe der Therapie sein Verhalten so ändern, dass er *sich selbst* der Umwelt und ihren Anforderungen besser anpasst. ET ist nicht immer so konkret und alltagsbezogen, wie wir sie vom Gesamtkonzept und dem Berufsbild her definieren. Stark auf die Verbesserung von Grundfunktionen ausgerichtete Behandlungen (mit den entsprechenden Methoden) können dazu führen, dass sehr lang und ausschliesslich an Grundfunktionen der Motorik oder Wahrnehmung gearbeitet wird, ohne dass ein Bezug zu realen Situationen des täglichen Lebens des Patienten wirksam wird. Dass mit einem handlungsorientierten therapeutischen Ansatz immer auch der Bereich der Grundfunktionen erreicht werden soll, versteht sich von selbst. Kritisch gesehen werden muss jedoch ein ausschliessliches Arbeiten in diesem Bereich. Das "Bieler Modell" eignet sich auch dazu, derartige Behandlungsmethoden auf ihren Stellenwert hin zu überprüfen, zu "orten": Was wird mit dieser Methode erfasst, angestrebt, wirklich erreicht? Begründen lassen müssen sich ergotherapeutische Massnahmen in den Grundfunktionen immer auch in den *Verhaltensgrundformen*, die den direktesten Bezug zur Handlungsfähigkeit aufweisen. Die noch so gut begründete Verbesserung von Teilfunktionen ist kein eigenständiges ergotherapeutisches Ziel. Sie erhält ihre Rechtfertigung erst durch das Aufzeigen der *Verbesserungen in konkreten Situationen*: was hat sich verändert beim Sitzen auf einem bestimmten Stuhl? Was im Umgang mit einer Tür, einem Kleidungsstück, einem Bleistift? Nimmt der Patient vermehrt Blickkontakt auf? Die *konkrete Überprüfbarkeit sichtbaren, beobachtbaren Verhaltens*, beschreibbar in Begriffen der *Verhaltensgrundformen*, könnte auch im Hinblick auf qualitätssichernde Massnahmen von Bedeutung sein.

<p>Bieler Modell</p> <p><b>Raster für Patientenberichte</b></p> <p><b>A. ERFASSUNG</b></p> <p><b>I. Allgemeine Angaben</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angaben zur Person</li> <li>2. Erscheinungsbild</li> <li>3. Wohn- und Lebenssituation</li> <li>4. Aktuelle vorschulische/schulische/vorberufliche/berufliche Situation</li> <li>5. Finanzielle Situation</li> <li>6. Anamnese</li> <li>7. Diagnose</li> <li>8. Massnahmen</li> </ol> <p><b>II. Lebensbereiche</b> (<i>Möglichkeiten/Schwierigkeiten</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivitäten des tägl. Lebens</li> <li>2. Vorschule/Schule/Beruf</li> <li>3. Freizeit</li> </ol> <p><b>III. Verhaltensgrundformen</b> (<i>Möglichkeiten/Schwierigkeiten</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Haltung/Fortbewegung</li> <li>2. Umgang mit Gegenständen</li> <li>3. Soziale Interaktion</li> </ol> <p><b>IV. Grundfunktionen</b> (<i>Möglichkeiten/Schwierigkeiten</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensorisch/Motorisch</li> <li>2. Perzeptiv/Kognitiv</li> <li>3. Affektiv/Emotional</li> </ol> <p><b>V. Zusammenfassung der ergotherapierlevanten Problemstellungen</b></p> <p><b>B. PLANUNG</b></p> <p><b>I. Allg. Behandlungsschwerpunkte</b></p> <p><b>II. Behandlungsplan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rahmenbedingungen/Organisation</li> <li>2. Vorgehen</li> </ol> <p><b>III. Konkrete Behandlungsziele</b> (<i>Vorgehen in Stichworten</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lebensbereiche</li> <li>2. Verhaltensgrundformen</li> <li>3. Grundfunktionen</li> </ol> <p><b>C. DURCHFÜHRUNG</b></p> <p><b>Behandlungsprotokolle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Datum der Behandlung</li> <li>&gt; Zielsetzungen</li> <li>&gt; Durchführung <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Einstiegsphase</li> <li>&gt; Tätigkeitsphase</li> <li>&gt; Abschlussphase</li> </ul> </li> <li>&gt; Auswertung</li> </ul> <p><b>D. EVALUATION</b></p> <p><b>I. Allg. Behandlungsschwerpunkte</b> (<i>angestrebt - erreicht</i>)</p> <p><b>II. Konkrete Behandlungsziele</b> (<i>Ziele angestrebt - erreicht</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lebensbereiche</li> <li>2. Verhaltensgrundformen</li> <li>3. Grundfunktionen</li> </ol> <p><b>III. Ausblick</b></p>
---

**Abb.2: Raster für Patientenberichte**

ET werden konkreter belegen können, wie sie erfassen und Befunde erheben und zu was für Ergebnissen der Patient durch die Behandlung gekommen ist, wenn sie vermehrt Methoden entwickeln, die in den Begriffen von Verhaltensgrundformen reales Verhalten beschreiben. Mit abstrakten, nur schwer operationalisierbaren Zielbegriffen wie bspw. "Normalisierung von Muskeltonus" oder allgemeiner "Wahrnehmungsförderung" werden wir zunehmend Mühe haben, uns im interdisziplinären Wettbewerb zu behaupten. Wenn die Unterstützung der realen Handlungsfähigkeit des Patienten das Ziel der ET ist, dann müssen wir uns der Gesamtsituation des Patienten bewusst sein. Wir müssen den *Stellenwert der eigenen therapeutischen Intervention* immer wieder neu reflektieren und uns fragen, ob wir im Interesse des Patienten nicht noch konkreter, noch realitätsbezogener arbeiten können, damit ergotherapeutische *Be-Handlung* wirklich zum möglichst autonomen *Handeln* führt.

### Das "Bieler Modell" in der Ausbildung

In der Grundausbildung werden die Studierenden in Unterricht und Praktika schrittweise in die verschiedenen Bereiche der therapeutischen Arbeit eingeführt. In der Entwicklung des "Bieler Modells" war uns wichtig, eine Struktur zu entwickeln, die es erlaubt, Studierende stufenweise mit einem zunehmend differenzierteren Therapieverständnis vertraut zu machen. Die Arbeit mit dem Modell soll einen Ausbildungslernprozess unterstützen, der in einer möglichst umfassenden Struktur von einer anfänglich bewusst isolierteren Wahrnehmung einzelner Aspekte zu einem Erkennen zunehmend grösserer Wirkungszusammenhänge in der ergotherapeutischen Arbeit führt. Im ersten Ausbildungsjahr wird das "Bieler Modell" den Studierenden

im Unterricht "ET Berufskunde" vorgestellt. Die zum Verständnis des "Modelles" notwendigen handlungstheoretischen Grundlagen werden vorgängig im Psychologie-Unterricht vermittelt (s.vorn). In ersten Anwendungsübungen versuchen die Studierenden in Videobeispielen und Hospitationen beobachtete Daten den verschiedenen "Feldern" des Modelles zuzuordnen. Im "fachbereichsspezifischen ET-Methodik"-Unterricht setzen sich die Studierenden anschliessend mit didaktisch aufbereiteten Fallbeispielen auseinander, die in der Struktur des "Bieler Modelles" vorgestellt werden. Die verwendeten Fallbeispiele dokumentieren die Erfassung, die Planung, Durchführung und Evaluation von ergotherapeutischen Therapien exemplarisch anhand des in Abb.2 vorgestellten "Rasters für Patientenberichte". Im Unterricht an der Schule lernen die Studierenden, dass das "Bieler Modell" erlaubt, ergotherapeutische Arbeit von verschiedenen Seiten her zu durchdenken. In den Praktika - später auch in der Praxis - ist oft notwendig, dass die Art der Patienten, der Auftrag an die ET sowie die möglichen ergotherapeutischen Problemstellungen einen flexiblen Wechsel der "Blickrichtung" erfordern. In den verschiedenen Ausbildungspraktika versuchen die Studierenden eigene durchgeführte Therapien in den Kategorien des "Bieler Modelles" in entsprechenden Patientenberichten zu dokumentieren. Diese Arbeiten werden nach den Praktika mit den Praktikumsbegleiterinnen der Schule in ausführlichen Gesprächen besprochen. Durch die Verwendung einer einheitlichen Terminologie wird den Studierenden bewusster, wo Akzente, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den verschiedenen Bereichen ergotherapeutischer Arbeit liegen können. An den Integrationstagen während und nach den Praktika werden die Studierenden durch die Praktikumsbegleiterinnen der Schule und durch die verschiedenen Methodikdozentinnen in diesem Erkenntnis-

prozess unterstützt. In den letzten Jahren begannen Studierende die Struktur des "Bieler Modelles" auch häufig in ihren Diplomarbeiten zu verwenden. Die Vorbereitungen auf die Diplomprüfungen verlangen nochmals eine intensive Auseinandersetzung mit dem Modell. Die Fähigkeit, ergotherapeutische Arbeit von verschiedenen Seiten her im "Bieler Modell" zu durchdenken, ist an unserer Schule eine wichtige Voraussetzung für das Bestehen der Schlussprüfungen. Nachfolgend wird in einigen Ausschnitten exemplarisch gezeigt, wie im ET-Methodik-Unterricht mit dem "Bieler Modell" gearbeitet wird:

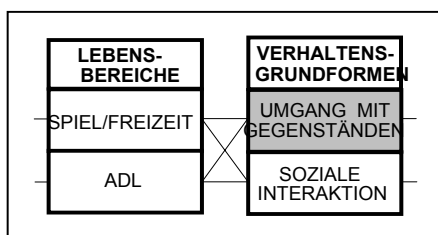
### im Bereich Geriatrie

Die bereichsspezifische Methodik setzt im 3. Ausbildungsquartal mit dem Unterricht "ET-Methodik Geriatrie" ein. Als Vorbereitung für das erste Praktikum befassen sich die Studierenden ausführlich mit ergotherapeutischen Problemstellungen aus dem Bereiche der Geriatrie. Grundlage für den Unterricht bilden am "Bieler Modell" orientierte Patientenbeispiele. Nachfolgend ein Beispiel:

Hr. W., 85-jährig, lebt seit rund drei Jahren in einer geriatrischen Institution als Pensionär. Seine *lebensbereichbezogenen Handlungsmöglichkeiten* verengten sich in den letzten Jahren dermassen, dass der Aufenthalt in einer Institution mit festen Rahmenbedingungen und alltagsbezogener Unterstützung notwendig wurde. Hr. W. weist ausser einer mittelschweren Schwerhörigkeit keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen in den *Grundfunktionen* auf. Er kann sich frei bewegen, nimmt altersgemäss wahr, zeigt seine *Emotionen*. Beobachtet man Herrn W. allerdings beim *Umgang mit Gegenständen*, so werden, trotz vorhandener *Grundfunktionen*, gewisse Schwierigkeiten sichtbar: Bisher unbekannte Utensilien und Werkzeuge werden umständlich manipuliert. Erklärungen über deren Gebrauch werden nur teilweise verstanden. Komplexere Handlungs-

abläufe verwirren Hr. W. zu- sehends. Diese Schwierigkeiten beeinflussen viele *Aktivitäten in den Lebensbereichen*: Obwohl Herr W. sich selbständig an- und aus- ziehen kann, braucht er Hilfe beim Waschen. Kontrollfunktionen müs- sen von der Pflege übernommen werden. Besondere Schwierig- keiten bereitet Hr. W. zuneh- mend die Gestaltung der *Freizeit*, denn die oben erwähnte Hörproble- matik wirkt sich auf die *sozialen Interaktionen* aus, was wiederum die Teilnahme an *Spiel- und Frei- zeitangeboten* erschwert. Für Hr. W. ist es deshalb oft schwie- rig, sich in den Heimalltag zu integrieren. Die beschriebenen *Problemstellungen* von Hr. W. lassen sich in der Struktur des "Bieler Modelles" schwerpunktmässig folgendermassen darstellen:

**Abb.3: Fallbeispiel Geriatrie**



In der Diskussion der ergotherapeutischen Arbeit mit Hr. W. werden die weitem "Felder" in den *Lebensbereichen* und den *Verhaltensgrundformen* sowie in den *Grundfunktionen* nicht einfach weg- gelassen, da sie die in der Abb.3 hervorgehobenen „Felder“ mitbe- einflussen. Mit der Struktur des "Bieler Modelles" wird es aber möglich, komplexere Zusammen- hänge in ihren Schwerpunkten sichtbar zu machen. Die *Problemstellungen* des Hr. W. wer- den lokalisiert und eine entspre- chende *Therapieplanung* wird mög- lich. Das Durchdenken der *Pro- blemstellungen* im "Bieler Modell" führt dazu, die *Möglichkeiten und Schwierigkeiten* eines Patienten und die ergotherapeutische Arbeit aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Anhand eines doku- mentierten Tagesablaufes von Hr. W. lernen die Studierenden in einem ersten Schritt herauszu-

arbeiten, über welche Fähigkeiten Hr. W. verfügen muss bzw. müs- ste, um im Rahmen der Institution ein möglichst selbständiges Leben zu führen. In einem zweiten Schritt wird festgehalten, wo und weshalb sich *Schwierigkeiten* zeigen. Mit Hilfe der Struktur des "Bieler Modelles" werden Beobachtungen eingeordnet und *Möglichkeiten und Schwierigkeiten* von Hr. W. sowie Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Bereichen diskutiert. Wichtig ist, dass sich die Studierenden nicht im additiven Zusammentragen von Fakten zu allen "Feldern" des Modelles verlieren. Aufgrund der differenzierten aber gewichteten *Erfassung* erarbeiten die Studie- renden mögliche *Therapiepläne*. *Allgemeine Behandlungsschwer- punkte* für die Arbeit mit Hr. W. werden festgelegt. Die von den Studierenden erarbeiteten Überleg- ungen werden immer wieder mit den von der Therapeutin in der Be- handlung konkret durchgeführten Arbeitsschritten verglichen. Nach der Erarbeitung des *Behandlungs- planes* setzen sich die Studieren- den exemplarisch mit einzelnen *konkreten Behandlungszielen* auseinander. Viele Studierende ab- solvieren ihr 1. Praktikum im Bereiche der "ET Geriatrie". An den Studientagen während und nach dem Praktikum versuchen die Studierenden immer wieder, die im Praktikum beobachtete und die eigene Arbeit mit Patienten in den Strukturen des "Bieler Modelles" zu durchdenken. Anfänglich bereitet dies oft noch Schwierigkeiten: häufig bestehen Unsicherheiten bezüglich Formulierungen und Zuordnungen. Der eigene Patientenbericht - als ein wichtiger Teil der Praktikumsauf- gaben für die Schule - unterstützt diesen Lernprozess.

### im Bereich Pädiatrie

Die bereichsspezifische "ET Metho- dik Pädiatrie" setzt im 2.Ausbild- ungsjahr ein. Die Erfassung eines Kindes oder Jugendlichen im Arbeitsgebiet der Pädiatrie ist für die Studierenden anfänglich eine

schwierige Aufgabe: In der Regel handelt es sich um komplexe Be- hinderungsbilder, die immer noch um den Aspekt der Entwicklung erweitert werden müssen. Zunächst analysieren die Studierenden in Fallbeispielen vor allem die einzel- nen *Grundfunktionen*. Diese Analy- sen können sehr ins Detail gehen. Trotzdem muss für die Studieren- den immer wieder sichtbar ge- macht werden, wie sich die einzel- nen *Grundfunktionen* gegenseitig beeinflussen, und welche Bedeu- tung sie für die beiden andern Ebenen (*Verhaltensgrundformen und Lebensbereiche*) haben. Mit Hilfe des Modells lernen die Stu- dierenden eine Vielzahl von Beob- achtungen zu ordnen. Anschlies- send versuchen sie diejenigen Daten auszuwählen, die die *Pro- blemstellungen* des Kindes inbezug zur ET aufzeigen. Die Zusammenfassung der *Möglich- keiten und Schwierigkeiten* eines Kindes führt zur *Planung der Be- handlungsschwerpunkte* und zur *Formulierung von ganz konkreten Behandlungszielen*. Ein Schwer- punkt im Unterricht "ET Methodik Pädiatrie" liegt in der Behandlung cerebral bewegungsgestörter, mehrfachbehinderter Kinder. Aus diesem Bereich stammt das nach- folgende Beispiel:

P. ist ein sechsjähriger Knabe mit einer schweren cerebralen Bewegungsstörung. Der Haupt- akzent in der *Erfassung* liegt im Bereich der *sensorisch- motorischen Grundfunktionen*. Anhand verschiedener Video- sequenzen erarbeiten die Studierenden sich ein Bild davon. Gemeinsam werden aber auch Beobachtungen zu den *perzeptiv- kognitiven Möglichkeiten* von P. gesammelt und die Frage der Be- einflussung dieses Bereichs durch die starke Bewegungsbeeinträchti- gung reflektiert. Anschliessend werden die wesentlichen *Problem- stellungen* herausgearbeitet:

- Die *Beeinträchtigung der sens./- mot. Grundfunktionen* ist haupt- sächlich für die *Einschränkungen der Handlungsfähigkeit* von P. verantwortlich. Diese Probleme verhindern zum vornherein die Entwicklung von Kompetenzen in

den *Verhaltensgrundformen* und damit auch in den *Lebensbereichen*. Nur über die Beeinflussung der *sens./mot. Funktionen* wird es möglich sein, vorhandene *perzeptiv-kognitive Möglichkeiten* anzuwenden und Situationen zu schaffen, in denen - wenn auch mit viel Unterstützung - Umgang mit Gegenständen erst möglich wird.

Gerade in der Arbeit mit kleinen Kindern ist wesentlich, im Unterricht auf die *Bedeutung der Verhaltensgrundformen und der Lebensbereiche* hinzuweisen, bspw. wird in diesem Zusammenhang die Frage diskutiert, wie die Umgebung von P. angepasst werden könnte, damit er überhaupt *Handlungsmöglichkeiten* erhält. In der Graphik des "Bieler Modelles" lassen sich die *Behandlungsschwerpunkte* lokalisieren (Abb.4).

In einer derartigen Darstellung lässt sich zusätzlich aufzeigen, dass bewegungstherapeutische Konzepte wie bspw. das Bobath-Konzept an den sensorisch-motorischen Grundfunktionen arbeiten. Im Hinblick auf die Arbeit im Pädiatriepraktikum lernen die

Studierenden im Unterricht wie sie die *Durchführung einer Behandlung in Kurzprotokollen* dokumentieren



Abb.4: Fallbeispiel Pädiatrie

können. Nachfolgend eine mögliche Variante anhand des "Rasters für Patientenberichte" aus der Arbeit mit P.:

**Durchführung einer Behandlungsstunde:**

**Ziele:**

- Material Ton erfahren mit Händen (nass, weich, formbar); etwas berühren können
- Werkzeuggebrauch erfahren
- Suchen nach Verstecktem
- Unterstützung/Verbesserung

der Rumpf-Schulterstabilität, dadurch Ermöglichung aktiver Arm-Handbewegung in kleinem Umfang

- Vertiefen der Ausdauer

**Tätigkeit:**

- Klumpen Ton aus Tuch auspacken
- mit Händen bearbeiten
- mit Messer Löcher machen
- versteckten "Schatz" (Glasurmeln) suchen
- Ton wegräumen und Tisch putzen

**Massnahmen:**

- quer auf Sitzkiste sitzen
- Tisch auf Ellbogenhöhe
- Therapeutin sitzt hinter P., ihre Beine entlang den Oberschenkeln von P.
- Stabilität an Becken geben, zeitweise seitlich an Oberarm gegen Wirbelsäule (für Schultergürtel)

**Beobachtungen:**

- Grosse Unterstützungsfläche hilft: Becken kann im Sitzen auf der Sitzkiste besser aufgerichtet werden als im Langsitz auf dem Fussboden
- bei verbesserter Stabilität sind etwas eigene Armbewegungen möglich
- P. ist begeistert mit dabei, vor allem beim Gebrauch des Messers und der "Schatzsuche"
- Er ist während der ganzen Stunde konzentriert, will nicht aufhören

**Auswertung:**

- Ganzer Ablauf (Auspacken, Löcher machen, "Schatz" suchen und Putzen) ist zuviel. P. will bei jeder Teilaktivität verweilen.

**im Bereich Psychiatrie**

Die bereichsspezifische "ET Methodik Psychiatrie" setzt im 1. Ausbildungsjahr ein. Auch dieser Unterricht orientiert sich an der Struktur des "Bieler Modelles". Nachfolgend wird die Unterrichtsarbeit im Bereiche der *Evaluation einer Behandlung* etwas ausführlicher dargestellt. In der *Evaluation* wird die Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlung als Ganzes sowie der eingesetzten Mittel im Besonderen überprüft. Es ist wichtig, die in der *Planung* formulierten *allgemeinen Behandlungsschwerpunkte* sowie die *konkreten Behandlungsziele* in Bezug zu den Ergebnissen der Therapie zu stellen. Die Orientierung an der Struktur des "Rasters für Patientenberichte" (Abb.2) ermöglicht eine genaue Auswertung und hält die effektiven Fort- und/oder Rückschritte des Patienten im Vergleich bspw. zum Behandlungsbeginn fest. Zudem können Rückschlüsse auf das *Vorgehen* sowie die angewendeten *therapeutischen Mittel* gezogen werden. Für ein zielgerichtetes ergotherapeutisches Arbeiten ist es unumgänglich, strukturiert und transparent evaluieren zu können. Die Arbeit mit dem "Bieler Modell" unterstützt ein derartiges Vorgehen. Anhand eines Fallbeispiels soll ein Ausschnitt aus der entsprechenden Unterrichtsarbeit verdeutlicht werden:

Beim Patienten handelt es sich um einen 27-jährigen Landwirt, der nach einem Sprung in einen Baggersee motorisch und sensibel komplett unterhalb C6 querschnittsgelähmt ist. Die *Problemstellungen* des Patienten sind in Abb.5 in der Grafik des „Bieler Modelles“ dargestellt. Die *Evaluation der bisherigen Behandlung* wird im Unterricht durch Videosequenzen

Abb.5: Fallbeispiel Psychiatrie



dokumentiert und zeigt folgende Ergebnisse:

### **Evaluation:**

#### **I. Behandlungsschwerpunkte angestrebt:**

- Erreichen grösstmöglicher Selbständigkeit in den *Lebensbereichen*
- Verbesserung der vorhandenen *sensorisch-motorischen Grundfunktionen*

#### **erreicht:**

Die Selbständigkeit hat sich in einigen Teilen der *Lebensbereiche* deutlich verbessert. Die *sensorisch-motorischen Grundfunktionen* haben sich stabilisiert bzw. gekräftigt...

#### **II. Konkrete Behandlungsziele im Lebensbereich ADL angestrebt:**

grösstmögliche Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme, sowie bei der Körperpflege und beim Be- und Entkleiden des Oberkörpers ...

#### **erreicht:**

Die Nahrungsaufnahme gelingt mit Hilfsmitteln weitgehend selbständig ...

#### **im Bereich Arbeit/Schule/Beruf angestrebt:**

Beginn mit der notwendigen beruflichen Neuorientierung, Anpassung des Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzes ...

#### **erreicht:**

Hat wichtige Informationsstellen für Umschulungsmassnahmen kennengelernt ...

#### **in den sensorisch-motorischen Grundfunktionen:**

##### **angestrebt:**

Kräftigen der Schulterfunktionen, Flexion im Ellenbogengelenk, Supination, HG-Dorsalextension, beidseits ... (siehe auch Muskelstatus vom ...); Verbesserung der Sensibilität in den versorgten Gebieten ...

##### **erreicht:**

Der Muskelstatus vom ... zeigt folgende Werte : ...

Unter **Ausblick (III.)** können Hinweise zur Weiterführung der Therapie angebracht werden. Gründe, die bisher das *Nichterreichen bestimmter Ziele* beeinflusst haben,

sind wichtig für eine *weitere Therapieplanung* und haben hier ihren Platz.

Wichtig ist uns im Unterricht, dass die Studierenden erkennen, dass eine *Evaluation* nicht nur *nach Abschluss der ergotherapeutischen Behandlung*, sondern auch *nach jeder Behandlungseinheit* notwendig ist. Dies geschieht bei erfahrenen ET in der Berufspraxis automatisch zumindest gedanklich. Eine schriftliche Dokumentation in kurzer und prägnanter Form ist vom Gesetz her zwingend und aus berufspolitischen Gründen unabdingbar. Um diesen wichtigen Aspekt bereits in die Ausbildung miteinfließen zu lassen, werden in den Patientenberichten, die die Studierenden während der Praktika erarbeiten, *Evaluationen der einzelnen Stunden* (im Rahmen der Therapieprotokolle), sowie *des Gesamttherapieverlaufes* verlangt. Der Grad der Detailliertheit und des Umfangs ist dabei erfahrungsgemäss abhängig vom jeweiligen Fachgebiet und der *Komplexität der Problemstellungen* des/ der Patienten.

### **im Bereich Psychiatrie**

Der bereichsspezifische Unterricht "ET Methodik Psychiatrie" setzt im 2. Ausbildungsjahr ein. Bis zu diesem Zeitpunkt haben die Studierenden schon vielfältige Erfahrungen in der Arbeit mit der Struktur des "Bieler Modelles" gemacht. Diese Erfahrungen werden aufgenommen und in die Arbeit an den Krankheitsbildern integriert. Da die psychiatrischen Krankheitsbilder zumeist sehr vielschichtig sind in der Vernetzung von Ursachen und Wirkungen zwischen *Patient und Umwelt*, werden im Unterricht viele Lerninhalte an Fallbeispielen entwickelt, die sich auf die Struktur des "Bieler Modelles" beziehen. Nachfolgend werden exemplarisch einige Sequenzen aus einer ergotherapeutischen Behandlung dargestellt. Im Unterricht versuchen die Studierenden u.a. derartige Therapieausschnitte den Strukturen des „Bieler Modelles“ zuzuordnen und mit deren Hilfe die individuel-

len Gegebenheiten zu erfassen, sowie Therapieplanung, Durchführung und Evaluation auch in die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen zu übertragen.:

#### **Fallbeispiel:**

Hr. C., ein 37jähriger Lehrer, ist seit mehreren Wochen in ambulanter psychiatrischer und ergotherapeutischer Behandlung. Er befindet sich wiederholt in einer stark depressiven Krise, ist aber noch 50% arbeitsfähig. Ein aktuelles auslösendes Ereignis scheint nicht vorzuliegen, es besteht Verdacht auf eine endogene Depression. Hr.C. leidet unter Antriebslosigkeit bei innerer Unruhe, Schlafstörungen, Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen. Er zweifelt an all seinen Fähigkeiten. In den letzten Wochen hat er sich extrem zurückgezogen. Er hat Angst, unangenehm aufzufallen und seiner Ehefrau eine Last zu sein. Nach Aussage der Ehefrau ist er, wenn es ihm gut geht, ein kontaktfreudiger und in Gesellschaft beliebter Mann.

#### **Allgemeine ergotherapeutische Behandlungsschwerpunkte:**

Hr.C. soll soweit als möglich seine Rückzugstendenzen abbauen, seine Wochenstruktur beibehalten, ausdrucksorientierte Aktivitäten ausführen und seinen Realitätsbezug stärken.

#### **Sequenzen aus der Therapie:**

Hr.C. stammt aus einer kinderreichen Beamtenfamilie. Er ist der Jüngste, die Herkunftsfamilie ist sehr geschlossen. Hr.C. ist an eine grosse bevorstehende Familienfeier im Hause seines Bruders eingeladen worden. Gegenüber der Feier hat er sehr ambivalente Gefühle. In der ET äussert er in kargen, langsam gesprochenen Sätzen die konkrete Angst, er habe ja zu dieser Feier nichts beizutragen, könne deshalb auch nicht daran teilnehmen, das mache ihm schwer zu schaffen. In der Therapie malt Hr.C. ein Bild: die Familie um einen grossen, festlich gedeckten Tisch sitzend, ein Mann steht und hält eine Rede. Sich selbst bildet Hr.C. extrem klein und ohne Gesicht ab, mit nach unten geneigtem Kopf. Sein Kommentar



zum Bild: das ist die Sitzordnung...

Im folgenden Gespräch versucht die Therapeutin mit Hrn.C. herauszufinden, ob er mit dem Zustand des "Nichts-beitragen-könnens" anders umgehen, oder ob er nicht doch etwas zum Fest beitragen könnte. Sonst habe er immer etwas zu der Dekoration beigetragen und

ist er zufrieden. Er erlebt dabei, dass er die Technik des Natur-

druckes durchaus ausführen kann. In die nächste Stunde bringt er die inzwischen gekauften Karten mit, bemerkt dazu, es sei ihm nicht leicht gefallen, im Geschäft diese einzukaufen zu gehen. Verschiedene Druckmaterialien habe er zuhause

den letzten Jahren ein **"Modell der Handlungsfähigkeit zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Massnahmen"** erarbeitet. Bei dem Modell handelt es sich um einen Versuch, trotz der phänomenologischen Vielfalt der ET einen strukturierten Bezugsrahmen zu vermitteln, der es ermöglicht, komplexe Daten und Ergebnisse einzuordnen. Ziel dieses methodischen Instrumentes ist es, Studierenden und BerufseinsteigerInnen zu erleichtern, sich in den komplexen Problemstellungen der Patienten und den unterschiedlichen ergotherapeutischen Behandlungspraktiken, Methoden und Konzepten leichter zu orientieren. Es wurde mit dem Modell ein Arbeitsmittel angestrebt, das eine klare Struktur bietet für den Methodikunterricht aller Fachbereiche der Ergotherapie. Das dem Modell zugrunde liegende Grundkonzept der Ergotherapie und eine einheitliche Terminologie soll zur Klärung der beruflichen Aufgaben beitragen und ermöglichen, bewusster berufsspezifische Schwerpunkte zu setzen, ohne die Gesamtsituation des Patienten aus dem Auge zu verlieren. Das Modell ist in der Zusammenarbeit von Ausbildnern entwickelt und in der Diskussion mit Studierenden laufend erprobt und weiterentwickelt worden. Es hat sich bisher in der didaktischen Umsetzung bewährt.

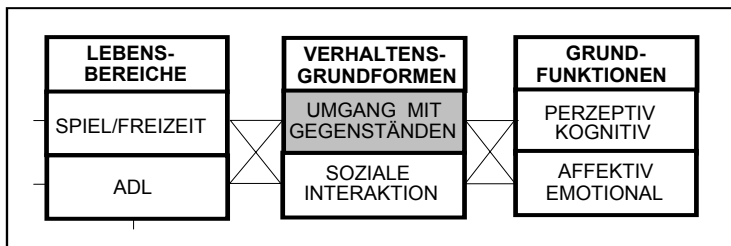


Abb.6: Fallbeispiel Psychiatrie

mit dem älteren Bruder Musik gemacht, kommt nach langem Überlegen. Wer diesmal was macht, weiss er nicht... Er will daheim nachfragen. In der nächsten Stunde kommt er auf das gemalte Bild und das Gespräch zurück. Es habe noch niemand übernommen, Tischkarten zu machen...aber er könne doch nicht so viele Karten malen! Den Vorschlag, die über 40 Karten individuell zu drucken, statt sie zu malen, verwirft er zuerst: er traut sich auch das nicht zu. Im Ordner der Therapeutin stösst er auf die sehr einfache Technik des Naturdrucks. Die Beispiele sprechen ihn an, aber er hat auch hier Zweifel, ob er das kann. Für einen Versuch lässt er sich gewinnen. Gemeinsam mit der Therapeutin sucht er in einer nahegelegenen Wiese verschiedene Blätter, Gräser und Blüten. Mit den anschließenden Versuchsdrucken

im Garten zusammengesucht. In dieser Stunde stellt er 8 Karten her, überlegt jeweils lange Komposition und Farbwahl und für wen er welche Karte machen will. In den nachfolgenden Stunden ist er fast ausschließlich mit Drucken beschäftigt, er wird langsam sicherer darin, beginnt vorsichtig auch mit anderen Materialien zu experimentieren. Dass er nun einen Beitrag zu dem Fest bieten kann, entlastet ihn. Er sagt: "So kann ich teilnehmen, mit leeren Händen hätte ich das Gesicht verloren..." Die Problemstellungen von Hrn.C. und die ergotherapeutische Arbeit lassen sich in den in Abb.6 dargestellten Bereichen lokalisieren.

## Zusammenfassung

Eine Gruppe von Ausbildnern der Schule für Ergotherapie Biel hat in

## Resumé

Un groupe de responsables de formation de l'Ecole de Bienne a élaboré ces dernière années **"Un modèle destiné à développer et à évaluer les mesures ergotherapeutiques"**.

Ce modèle offre un encadrement structuré et permet ainsi de classer des données complexes et des résultats, provenant de divers domaines de l'ergothérapie. Le but de cet instrument méthodologique est de faciliter aux étudiants et les

jeunes professionnels à s'orienter aisément dans les problèmes complexes des patients ainsi que dans les différents concepts et méthodes et en ergothérapie. Ce modèle propose un outil de travail qui offre une structure claire pour l'enseignement d' une méthodologie dans tous les domaines de l'ergothérapie. Centré sur le concept de l'ergothérapie d' une capacité d' action autonome de la personne, et

sur une terminologie homogène, ce modèle contribue à clarifier les tâches professionnelles. Il permet également de choisir avec pertinence les interventions spécifiques, sans perdre de vue la situation globale du patient. Ce modèle a fait ses preuves dans l'application didactique. Il est actuellement déjà intégré dans divers enseignements ainsi que dans les documents de formation.