

Was meint („Best Practice“ in der) Ergotherapie? Bezüge zu „DACHS“ und „KRAH®“.

Kraxner, Markus; Aussermaier, Hannes; Costa, Ursula; Jäger, Margret; Kälber, Stefanie (2019):
Zusatzmaterial zum Kapitel „Arbeitsfelder und Settings für ergotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung“
der Informationsbroschüre „Ergotherapie mit und für Menschen mit Fluchterfahrung“.

Immer wieder wurde in dieser Broschüre auch auf die Arbeit der deutschsprachigen Ergotherapie-Verbände im Zuge des ESF-finanzierten DACHS-Projektes (DACHS, 2007) und – implizit wie auch explizit – auf den von Costa 2011 und 2014 als best practice Modell beschriebenen KRAH®-Ansatz Bezug genommen.

Gerade in der Suche nach professionellen und sinnvollen Antworten auf aktuelle Problemstellungen in unserer Gesellschaft, die die Gesundheit, Teilhabemöglichkeiten und Lebensqualität von Menschen und Gemeinschaften betreffen, hilft die Besinnung auf das, was Ergotherapie im Wesentlichen ausmacht.

Beide oben angeführten Quellen hatten genau diese Thematik als Fokus der Auseinandersetzung – und aus beiden Arbeiten lassen sich ergotherapeutische Angebote – bewährte wie auch innovative – fachlich argumentieren.

Im deutschsprachigen Raum haben, wie eingangs erwähnt, die Ergotherapie-Berufsverbände hier bereits 2004-2007 essentielle Klärungs- und Abstimmungsarbeit im sogenannten „DACHS-Projekt“ (DACHS, 2007) geleistet. Unter Einbeziehung von ExpertInnen aus Praxis, Lehre, Forschung und Berufspolitik wurden die Kernbegriffe und Kernkompetenzen von ErgotherapeutInnen in einem knapp dreijährigen Konsensprozess von Deutschland, Österreich, der Schweiz und Südtirol beschrieben. Deutlich wurde dabei, dass es in der Ergotherapie um Menschen, Handlung, Alltag, Umwelt und Lebensqualität geht (DACHS, 2007). Diese Begriffe wurden von der Projektarbeitsgruppe mit literaturbasierten, praxisnahen und für EntscheidungsträgerInnen klärenden Beispielen in der, auch im Internet verfügbaren Broschüre, als richtungsweisend für die deutschsprachige Ergotherapie operationalisiert und veröffentlicht.

Sinn-volles, sinn-stiftendes, bedeutungsvolles Tun wurde seit den Anfängen der Ergotherapie als heilsames, die Gesundheit förderndes Mittel und Ziel angenommen und eingesetzt (Persson et al., 2001). Sinn-volles Handeln ergibt sich laut KRAH®-Ansatz (Costa, 2011; 2014) aus dem Erleben und der Bedeutungsgeben der jeweiligen Person in/und ihrer Lebensumwelt. Im KRAH®-Ansatz werden ergotherapeutische best practice Kriterien beschrieben; diese beziehen sich auf Klientenzentrierung, Ressourcenorientierung, Alltagsorientierung und Alltagsrelevanz und Handlungsorientierung und sind Basis und Ausrichtung des ergotherapeutischen Prozesses. Der KRAH®-Ansatz bezieht sich nicht nur auf die Verbindung der oben angeführten fünf Kriterien, sondern stellt eine ergotherapeutisch-handlungswissenschaftliche Synthese relevanter theoretischer und praxisrelevanter Konzepte zur Fundierung ergotherapeutischer Praxis dar. Dies betrifft die insbesondere auch Umsetzung von theoretischen Arbeiten in Bezug auf Salutogenese (Antonovsky, 1997), Resilienz (WHO/Ziglio, 2017), Selbstwirksamkeit (Bandura, 2000), Partizipation und Emp-

owerment innerhalb eines systemisch-dynamischen, familienorientierten, transaktiven, entwicklungs- und wachstumsorientierten Vorgehens. Im KRAH®-Ansatz werden Querbezüge zur ICF (WHO, 2001) sowie zu den Enablement Skills (George, 2014) geschaffen. KRAH®-basiertes Vorgehen bedeutet partizipative Auftragsklärung zu Beginn der Intervention, die auf Mikro-, Meso- wie Makrolevel erfolgen kann. Dabei spielt die Transaktion von Person, Handlung und Umwelt eine essentielle Rolle (Law et al., 1996). Ergotherapie als Profession wird im KRAH®-Ansatz in ihrem Potential zur Realisierung des Capability Approaches nach A. Sen (2000) beschrieben.

„Beim KRAH®-Ansatz handelt es sich im Sinne des klinischen und professionellen Reasonings um eine gedankliche, wertorientierte, inhaltliche Ausrichtung von ErgotherapeutInnen, die konkrete Auswirkungen auf das ergotherapeutische Vorgehen impliziert. Das, was wir in unserer Profession oft als so selbstverständlich nehmen und tun, was gesundheitsfördernd und heilsam wirkt, zu benennen, zu verschriftlichen, Wert zu halten und weiter mit geeigneten wissenschaftlichen Methoden zu untersuchen, ist zur Dokumentation ergotherapeutischer Wirkfaktoren unverzichtbar.“ (Costa, 2011)

Für die Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung bedeutet dies unter anderem: die Ressourcen und Herausforderungen der Person, Handlung und Umwelt genau zu analysieren, Handlungspotentiale und Verwirklichungschancen zu erkennen und diese in der Arbeit mit Einzelnen (Mikroebene) bzw. Gruppen, mit und in Institutionen (Mesoebene) und auf fachlich-politischer Entscheidungsebene (Makroebene) nach salutogenetischen Prinzipien zu fördern.

Quellen

- Antonovsky, A. (1997). *Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bandura, A. (2000). *Exercise of Human Agency through collective efficacy*. American Psychological Society, 9(2), 75-78.
- Costa, U. (2014). *Sinnvolle Handlung als gesundheitsfördernder Wirkfaktor. Ergebnisse KRAH®-basierter Therapie*. ergoscience, 9(2), 46-56. doi: 10.2443/skv-s-2014-54020140201.
- Costa, U. (2013). *Ergotherapeutische Kompetenzen in Gesundheitsförderung und Prävention. Potentiale der „DACHS-Kompetenzen“ und des salutogenetischen Zugangs*. ergotherapie, 1, 13-15.
- Costa, U. (2012). *Freiheit und Handlung – Handlungsfreiheit*. Eine handlungswissenschaftliche Betrachtung. In: C. Sedmak (Hrsg.): *Freiheit - Vom Wert der Autonomie*. Grundwerte Europas. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Costa, U. (2012). *Gesundheitsfördernde Aspekte sinnvoller Handlung für Kinder mit Schwierigkeiten in der Handlungsperformanz Studienergebnisse aus Sicht der beteiligten Kinder und deren Bezugspersonen*. In Wissen verwerten. 6. Forschungsforum der österreichischen Fachhochschulen. Tagungsband 4. Multisektorale Gesundheitsförderung. Graz: FH Joanneum Eigenverlag.

- Costa U, (2011). *Fostering resilience in young people searching for vocational integration and participation. An occupational scientific and therapeutic approach*. In: Å. Aamaas, W. J. F. Keenan, C. Sedmak & L. van der Zijden (Eds): Resilience and Unemployment. Wien–Münster: Lit Verlag, 181–202.
- Costa, U. (2011). *Die vier Charakteristika der Ergotherapie. Der KRAH®-Ansatz*. ergopraxis, 6, 22-23.
- Costa, U. (2011). *KRAH® – Klientenzentrierung, Ressourcenorientierung, Alltagsrelevanz und Handlungsorientierung als Basis und Ausrichtung im ergotherapeutischen Prozess*. ergotherapie, 4, 13-15.
- Costa, U., Habermann, C. & George, S. (2010). *Angebote sinnvoll erlebter Betätigung entwickeln. Vorstellung des DACHS-Projekts*. In N. Thapa-Görder, S. Voigt-Radloff (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie. Stuttgart: Thieme.
- DACHS (2007). *Ergotherapie – Was bietet sie heute und in Zukunft?* Bozen: CLAUDIANA – Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe. Broschüre. Online verfügbar unter <http://www.dachs.it/index.php>
- Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Berlin: Springer Verlag.
- George, S. (2014). *Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. In K.-M. Haus (Hrsg.), Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen: Grundlagen der Neurologie, Behandlungskonzepte, Hemiplegie verstehen. S. 397-410. Berlin: Springer.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S, Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). *The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63(1), 9-23.
- Persson, D., Erlandsson, L., Eklund, M., & Iwarsson, S. (2001). *Value dimensions, meaning, and complexity in human occupation - a tentative structure for analysis*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 8(1), 7–18.
- Townsend, E. (1999). *Enabling Occupation. In the 21st Century: Making good intentions a reality*. Australian Occupational Therapy Journal, 46(4), 147-159.
- WHO (2001). *ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health*. WHO-Publications, Geneva.
- WHO/Ziglio. E. (2017). *Building resilience: A key pillar of Health 2020 and the Sustainable Development Goals. Examples from the WHO Small Countries Initiative*. Abgerufen am 08.07.2018 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/341075/resilience-report-050617-h1550-print.pdf?ua=1