

Neue Reihe Ergotherapie
Ausbildung

DEUTSCHER VERBAND DER
ERGOTHERAPEUTEN E.V.



**Prävention und Gesundheitsförderung
in der Ergotherapie-Ausbildung**
Eine neue Herausforderung für Lehrende und Lernende
Nicola Thapa-Görder | Joachim Rottenecker

inkl. Online-Zugang
für Modulbuch

Nicola Thapa-Görder | Joachim Rottenecker

**Prävention und Gesundheitsförderung
in der Ergotherapie-Ausbildung**

Eine neue Herausforderung für Lehrende und Lernende

Neue Reihe Ergotherapie

Herausgeber:

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

Reihe 5: Fachbereich Ausbildung

Band 15



Die Autoren



Nicola Thapa-Görder, geb. 1966, seit 1991 Ergotherapeutin. Tätigkeit in der Neurologie, Psychiatrie und Gerontopsychiatrie, seit 1996 Lehrkraft an verschiedenen Ergotherapie-schulen in Berlin, seit 2006 an der Wannsee-Schule Berlin, Diplom Medizinpädagogin (Humboldt-Universität Berlin), Lehraufträge in verschiedenen Fachhochschulen und Weiterbildungen, stellv. WFOT-Delegierte des DVE seit 2004



Joachim Rottenecker, geb. 1950, Ergotherapieausbildung, Diplom Medizinpädagoge (Humboldt-Universität Berlin), seit 1992 Lehrkraft an der Wannsee-Schule Berlin, seit 1998 Schulleiter der Wannsee-Schule, Im Vorstand des Verbandes der Deutschen Ergotherapieschulen

Nicola Thapa-Görder | Joachim Rottenecker

Prävention und Gesundheitsförderung in der Ergotherapie-Ausbildung

Eine neue Herausforderung für Lehrende und Lernende



Das Gesundheitsforum

**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2010

ISBN 978-3-8248-0645-4

Fachlektorat: Reinhild Ferber

Lektorat: Doris Zimmermann, Petra Schmidtman

Layout: Susanne Koch

Titelfoto: Bernhard Ferber

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2010

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Bamberger Str. 15,

96110 Scheßlitz

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den VerfasserInnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der VerfasserInnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Als E-Book (PDF) erhältlich unter der ISBN 978-3-8248-0760-4

Inhalt

Zusammenfassung	9
I Forschungskonzeption	11
1 Einleitung/Problemlage	11
2 Arbeitsthese	12
3 Zielstellung	13
4 Wissenschaftliche Fragestellung	13
5 Methodik	13
Teil A	17
1 Prävention und Gesundheitsförderung als gesundheitspolitische und gesellschaftspolitische Herausforderungen	17
2 Dimensionen der Prävention und Gesundheitsförderung	21
2.1 Die Begriffe Gesundheit und Krankheit	21
2.2 Die Bezugssysteme und ihre Bedeutung für Gesundheit und Krankheit	22
2.3 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Möglichkeit einer komplexen Sicht auf Gesundheit und Krankheit	25
2.4 Gesundheitsverhalten	29
2.5 Gesundheitsförderung	31
2.5.1 Die gesundheitsbezogene Lebensqualität	31
2.5.2 Lebenskompetenzförderung	33
2.6 Prävention	34
2.6.1 Progredienz- oder Zeitachse	35
2.6.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention	36
2.6.3 Strategien	36
2.7 Gesundheitswissenschaftliche Konzepte	42
2.7.1 Salutogenese	43

2.7.2	Das Systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell nach Becker	45
2.7.3	Das Empowerment-Konzept	46
2.7.4	Das Resilienzkonzept.	48
2.7.5	Programme der Gesundheitsförderung und Prävention.	51
3	Geschichtliche Entwicklung der Ergotherapie, „Ideengeschichte“ und „Wirkannahmen“	53
3.1	Die Ausbildung zum Ergotherapeuten	53
3.2	Die „Ideengeschichte“ und „Wirkannahmen“ der Ergotherapie	54
3.3	Professionalisierung des Berufes	58
3.4	Ergotherapeutische Modelle, Handlungstheorien und der Betätigungsbegriff	60
3.5	Occupational Science	65
3.6	Arbeitsfelder und ergotherapeutische Leistungen	68
3.7	Gesetzliche Vorgaben, Richtlinien, Lehrpläne und Curricula für die Ergotherapie-Ausbildung	70
4	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	73
Teil B		79
1	Herausforderungen durch veränderte Anforderungen	80
2	Didaktische Überlegungen	83
2.1	Der Tuning-Prozess und sein Pendant in der Berufsbildung	85
2.2	Das „Unmögliche“ vertagen, das Mögliche tun	86
2.3	Didaktische Konzepte	87
3	Beschreibung des Lernfeldes „Ergotherapeutische Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln“	90
3.1	Fachliche Inhalte des Lernfeldes	92
3.2	Stundenumfang	92
3.3	Aktuelle Situation	93
4	Die Konkretisierung des Lernfeldes durch Lernsituationen	95
4.1	Lernsituation 1: Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam betrachten.	95

4.2	Lernsituation 2: Anforderungen und Ressourcen erfassen und einschätzen	97
4.3	Lernsituation 3: Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen bewerten und einschätzen	99
4.4	Lernsituation 4: Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen finden und beurteilen	101
4.5	Lernsituation 5: Gesundheitsförderung und Prävention in einem Projekt umsetzen	102
4.6	Lernerfolgskontrolle und Evaluation	103
5	Diskussion und Ausblick	105
	Literatur	107
	Abkürzungsverzeichnis	118

Modulbuch		
Gesundheitsförderung und Primärprävention		
in der Ergotherapie (verkleinerte Darstellung)		119

Mit Erwerb dieses Buches erhalten Sie zusätzlich ein Modulbuch im PDF-Format. Die Datei stellen wir Ihnen in unserem Shop-System zur Verfügung. Wenn Sie Ihre Bestellung über unseren Shop getätigt haben, finden Sie die Download-Datei unter „Ihre Bestellungen“. Erfolgt Ihre Bestellung nicht über unseren Shop, fordern Sie bitte über info@schulz-kirchner.de Ihre Zugangsdaten für unseren Shop an – geben Sie dabei bitte Ihren Namen, Anschrift und das Stichwort „Name des Buches“ an.

Zusammenfassung

Die Arbeit setzt sich aus einem deskriptiven Teil A und einem konstruktiven Teil B zusammen.

Im Teil A der Arbeit soll belegt werden, dass Primärprävention und Gesundheitsförderung mit ihrer wachsenden gesundheitspolitischen Bedeutung Herausforderungen beinhalten, auf die auch die deutsche Ergotherapie mit ihrer Theorie und Praxis Antworten hat und eigenständige Angebote bereitstellen kann.

Dafür wird auf das durch die Ottawa-Charta 1986 propagierte neue Leitbild der Gesundheitsförderung eingegangen und die Konsequenzen für die Strategien und Handlungsbereiche nationaler Gesundheitspolitik werden beschrieben. Der demografische Wandel, das sich verändernde Krankheitsspektrum und die sich daraus ergebenden ökonomischen Konsequenzen machen Gesundheitsförderung und Prävention zu einem zukunftsorientierten Handlungsfeld.

Zentrale Begriffe der Gesundheitswissenschaft werden geklärt, die verschiedenen Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit dargestellt und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Ausdruck einer neuen Orientierung gewürdigt. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum gesundheitsrelevanten Verhalten werden zusammengefasst und Lebensstil, Lebensqualität und Lebenskompetenz als wichtige Bezugsgrößen für eine Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt.

Gesundheitsförderung und Prävention werden voneinander unterschieden und mit ihren Strategien, Modellen, Zielen und Programmen dargestellt. Näher eingegangen wird auf das Modell der Salutogenese, das Systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell, die Konzepte des Empowerments und der Resilienz.

Es wird ein Überblick über die deutsche Ergotherapie, ihre Ausbildung, ihre Geschichte und ihre Entwicklung gegeben. Die Definition von Ergotherapie und ihr Kernbegriff „bedeutungsvolle Betätigung“ wird unter der Perspektive von Bezugswissenschaften und der Occupational Science diskutiert, das Konzept der Occupational Justice wird dargestellt.

Nach Auswertung beider Teile wird ein eigenständiger Beitrag der deutschen Ergotherapie für die Gesundheitsförderung und Prävention eindeutig für sinnvoll gehalten, eine Analyse der bisherigen ergotherapeutischen Arbeitsbereiche, der veröffentlichten Lehrpläne und der Ausbildungs- und

Prüfungsordnung zeigt jedoch, dass wir bisher in diesem Bereich kaum präsent sind und auch nicht dafür ausbilden.

Im Teil B der Arbeit wird als Konsequenz daraus ein neues Modul/Lernfeld für die Ausbildung empfohlen und nach Analyse der dafür erforderlichen Kompetenzen konstruiert. Für den lernfeldorientierten Berliner Lehrplan zur Ergotherapie-Ausbildung werden konkrete Hinweise zur Implementierung gegeben. Die dem Lernfeld unterlegten Lernsituationen werden mit Kompetenzen, Inhalten, methodischen Hinweisen und Evaluationsvorschlägen dargestellt. Ein Modulbuch liefert konkrete Unterrichtsbeispiele. Am Ende der Arbeit wird die Frage diskutiert, ob ein derartig neues Arbeitsgebiet mit seinen Anforderungen den Rahmen einer Berufsfachschulausbildung sprengt. Als Ergebnis wird festgehalten, dass der Beruf nicht warten kann, bis die Ausbildung grundständig akademisch wird und dass die erforderlichen Kompetenzen schon heute an einer guten Berufsfachschule mit entsprechend qualifizierten Lehrkräften ausgebildet werden können.

I **Forschungskonzeption**

1 **Einleitung/Problemlage**

In den letzten Jahren ist eine zunehmende berufspolitische Offensive des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) e. V. in den Bereichen Primärprävention und Gesundheitsförderung zu beobachten. Es wurde ein Leitfaden zur Erstellung von Präventionsprogrammen entwickelt (DVE, 2006). Die Fachzeitung veröffentlichte einen Beitrag, der den Nachweis führt, dass die gültige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung den Lehrenden in nahezu jedem Fach die Möglichkeit bietet, die Themen der Prävention und Gesundheitsförderung aufzunehmen (Ferber, 2006, 21ff). Daneben versuchte ein länderübergreifendes Projekt mit Ergotherapeuten aus Deutschland, Österreich, Schweiz und Südtirol diese Aktionsfelder in der Berufsgruppe voranzutreiben (DACHS, 2007).

Im Gegensatz dazu steht die Praxis der Ausbildung. Nach Durchsicht der veröffentlichten Curricula (Frankfurt-Höchst, Berlin, Sachsen) – und belegt durch zahlreiche Gespräche mit Kolleginnen aus der Lehre – kann konstatiert werden, dass dieses Themen- und Aktionsfeld eine eher geringe Bedeutung in der Ausbildung hat. Was vermittelt wird, sind in der Regel gesetzliche Rahmenbedingungen der Prävention und als aktuelle Theorie vor allem das Konzept der Salutogenese. Die Wissensebene wird nicht verlassen. Kompetenzen für die Identifikation des individuellen, vor allem aber des gesellschaftlichen Bedarfs – Fähigkeiten und Fertigkeiten für die eigenständige Entwicklung von Angeboten – werden nicht ins Visier genommen und dementsprechend auch nicht vermittelt, erprobt und evaluiert. Da es sich bei den Aktionsfeldern Primärprävention und Gesundheitsförderung jedoch nicht um etablierte Teile der Versorgung handelt, in der die Ergotherapie ein allgemein bekannter (und akzeptierter) Akteur ist, müssen aber genau diese Kompetenzen entwickelt werden, wenn die Ergotherapie in diesem Feld Fuß fassen will. Walkenhorst (2008, 51) stellt fest, dass es sich bei der Gesundheitsförderung und Prävention um potenziell neue Handlungsfelder für die Ergotherapie handelt und es daher nötig ist, in der Ausbildung neue berufliche Handlungskompetenzen an-

zulegen. Sie müssen die Fähigkeit umfassen, nach Analyse der bestehenden Strukturen, nutzerorientierte Problemlösungen zu entwickeln. Im ersten Teil der Arbeit soll daher belegt werden, dass Primärprävention und Gesundheitsförderung mit ihrer wachsenden gesundheitspolitischen Bedeutung Herausforderungen beinhalten, auf die auch die Ergotherapie theoretische und praktische Antworten hat und dafür eigenständige Angebote bereitstellen kann. Da das Wissen um relevante Konzepte der Gesundheitswissenschaft Teil der Handlungskompetenz ist, werden im Folgenden ausgewählte Theorien und Konzepte kurz vorgestellt. Sie werden unter dem Gesichtspunkt ihrer Ressourcen für die Ergotherapie betrachtet. Dazu müssen auch die Ergotherapie, ihre Ausbildung, ihre Entwicklung und ihre Theorien näher in den Blick genommen werden. Im zweiten Teil wird für das in Berlin eingeführte Ausbildungskonzept ein Modul erstellt, das genau die Herausforderungen einer „neuen Handlungskompetenz“ aufnimmt. Es orientiert sich an der in Berlin eingeführten Lernfelddidaktik und kann als eigenes Lernfeld betrachtet werden. Der Modulcharakter des Unterrichtskonzeptes ermöglicht es auch, es in anderen Ausbildungskonzeptionen einzusetzen. Im Anhang der Arbeit befindet sich ein Modulbuch, das die Lehrenden bei der Vorbereitung und Durchführung der Unterrichtsmodule unterstützen soll und direkt im Unterricht eingesetzt werden kann.

2 Arbeitsthesen

- Prävention und Gesundheitsförderung sind für einen Gesundheitsberuf gesellschaftlicher Auftrag und Herausforderung.
- In der Ergotherapie-Ausbildung wird dieser Auftrag noch nicht genügend beachtet.
- Es gibt noch keine ergotherapiebezogenen Unterrichtskonzepte für die Themen Prävention und Gesundheitsförderung.
- Mit der praktischen Handreichung eines Modulbuches können die Lehrenden die Qualität des Unterrichts verbessern und der Herausforderung gerecht werden.

3 Zielstellung

Das Ziel der Arbeit besteht darin, Prävention und Gesundheitsförderung praxisbezogen in die Ausbildung zu integrieren und damit einen Beitrag zur Entwicklung eines ergotherapeutischen Arbeitsfeldes zu leisten. Auf der Basis eines gesundheitswissenschaftlichen Bezugsrahmens soll ein Unterrichtsmodul entwickelt werden, mit dessen Hilfe sowohl die wachsende Bedeutung dieses Arbeitsfeldes deutlich wird als auch die dafür notwendigen Kompetenzen entwickelt werden können.

4 Wissenschaftliche Fragestellung

- Wie ist der derzeitige Stand der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion zu Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention?
- Welche relevanten Konzepte und Strategien sind identifizierbar?
- Womit kann die Ergotherapie ihren Anspruch unterlegen, Akteur im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention zu sein/zu werden?
- Wie könnte ein eigener Beitrag aussehen?
- Wie lässt sich ein derartiger Beitrag in die Ausbildung integrieren?
- Welche Kompetenzen müssen entwickelt werden?

5 Methodik

Die Arbeit setzt sich aus einem deskriptiven und einem konstruktiven Teil zusammen.

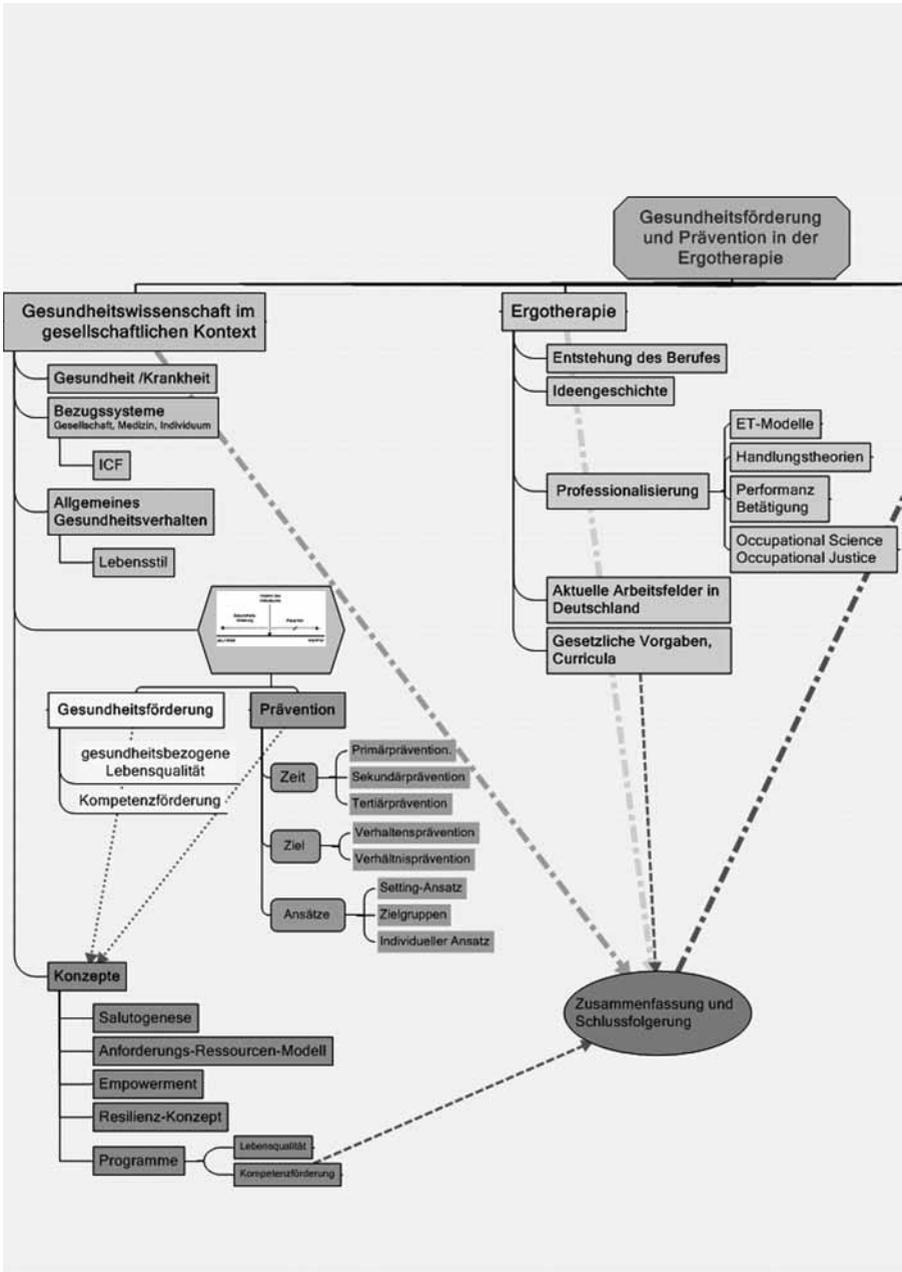
Im deskriptiven Teil A der Arbeit wird in der gesundheitswissenschaftlichen und ergotherapeutischen Literatur recherchiert, um ein möglichst umfassendes Bild zum aktuellen Stand zu bekommen.

Ergotherapeutische Veröffentlichungen zur Berufsentwicklung, zu Berufskompetenzen und Berufstheorien werden analysiert.

Die in Deutschland veröffentlichten Lehrpläne werden in Bezug auf die Thematisierung salutogener und präventiver Inhalte gesichtet.

Zwischen den gesundheitswissenschaftlichen Konzepten und den ergotherapeutischen Grundannahmen wird eine Synopse versucht.

Teil A



Teil B

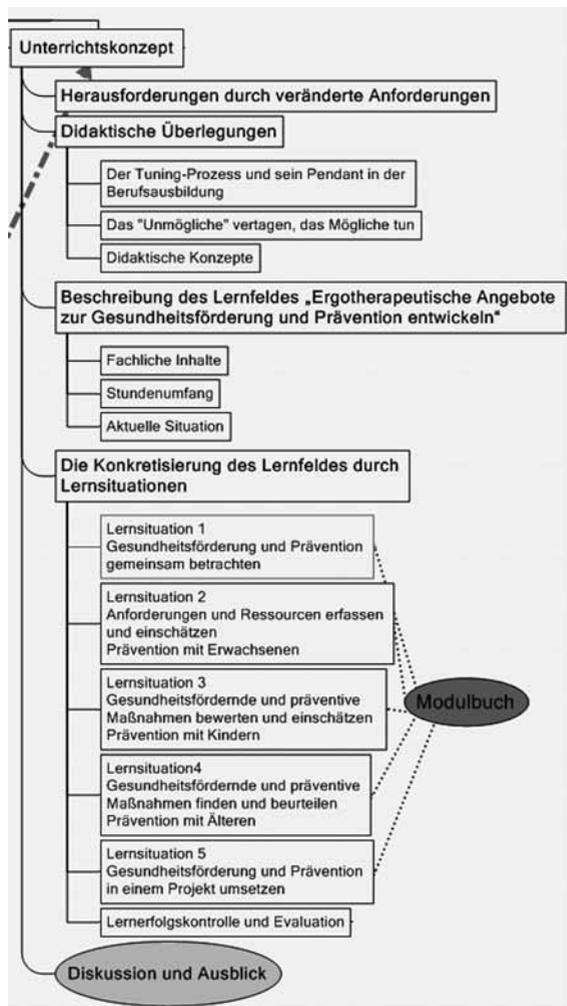


Abb. 1: Übersicht über die Struktur von Teil A und B der Arbeit

Im konstruktiven Teil B der Arbeit wird das Konzept für das neue Lernfeld „Ergotherapeutische Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln“ ausgearbeitet.

Dazu werden ergotherapeutische Kompetenzbeschreibungen gesichtet und die Besonderheiten erarbeitet, die sich aus den Herausforderungen für das neue Arbeitsfeld Gesundheitsförderung und Prävention ergeben. Unter Rückgriff auf fachwissenschaftliche (Gesundheitswissenschaft und Ergotherapie) sowie didaktische Überlegungen werden Lernsituationen exemplarisch entwickelt und ein Modulbuch für den Einsatz im Unterricht erstellt.

Teil A

1 Prävention und Gesundheitsförderung als gesundheitspolitische und gesellschaftspolitische Herausforderungen

In Bezug auf das Thema „Gesundheit“ bestimmte lange ein stark biomedizinisch geprägtes Modell die Perspektive. Dieses Modell, dem letztlich eine Vorstellung von „Gesundheit“ als „Abwesenheit von Krankheit“ zugrunde liegt, erweiterte die WHO um das in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ (1986) präsentierte ganzheitliche Konzept einer sozialökologischen Gesundheitsförderung deutlich.

„Health is created where people live, love, work and play ... it is a resource for living.“ (Ottawa Charter, 1986)

Mit diesem Satz lässt sich das von der WHO propagierte neue Leitbild in der Gesundheitspolitik charakterisieren. Unter Einbeziehung sowohl des körperlichen Wohlbefindens als auch geistiger, seelischer, sozialer sowie umweltbezogener Gesichtspunkte rücken die Lebensweisen und die Lebensverhältnisse der Menschen in den Blickpunkt des Interesses. Gesundheit ist nicht länger nur anzustrebendes Ziel und somit ein statischer Zustand, sondern integraler Bestandteil des Alltags, sie erhält damit Prozesscharakter. Mit dem Perspektivenwechsel weg von einer Defizitdefinition hin zu einer positiven Definition von Gesundheit kam eine neue Qualität in die Diskussion. Kern dieser neuen Perspektive ist die Frage, wie über die Risikovermeidung hinaus personale Kompetenzen im Sinne des individuellen Gesundheitspotenzials gestärkt werden können. Daneben soll die Veränderung sozialer wie auch struktureller Ressourcen und Merkmale gefördert werden. Ziel dieses erweiterten Ansatzes ist es, individuell erlebtes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu ermöglichen und zu unterstützen.

Gemeint sind demnach Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen auch bei Anwesenheit von Krankheit in eine positive Richtung verändern. Aus diesem positiven Gesundheitsbegriff ergibt sich die Suche nach der Identifizierung und Stärkung von persönlichen, sozialen und organisationalen Ressourcen.

Zur Durchführung der Gesundheitsförderung empfiehlt die Ottawa-Charter drei sich ergänzende Strategien – Interessen vertreten (advocate), Befähigen und Ermöglichen (enable), Vermitteln und Vernetzen (mediate) – und fünf vorrangige Handlungsbereiche:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste (Hildebrandt/Kickbusch, 2006).

Trotz vielfältiger Aktivitäten in Richtung dieser neuen Zielsetzung fehlte oder fehlt es bisher noch an dem letzten politischen Willen, diese Handlungsfelder konsequent zu entwickeln, sodass sie hierzulande immer noch relativ unterentwickelt sind (vgl. auch SVR, 2000/2001; Badura/Kirch, 2006).

Als ein Beleg dieser Einschätzung ist das 2005 am Einspruch des Bundesrates gescheiterte Vorhaben der damaligen Bundesregierung zu nennen, ein Präventionsgesetz zu erlassen. Dieses anspruchsvolle Ziel sollte die Prävention neben Kuration, Pflege und Rehabilitation als vierte eigenständige Säule der Gesundheitssicherung etablieren. Aktuell ist das Vorhaben erfreulicherweise erneut in der Diskussion. Ein Referentenentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention wurde im November 2007 der Öffentlichkeit vorgestellt und trotz Kritik an Detailregelungen im Wesentlichen begrüßt. So bekennen sich die Gesetzlichen Krankenversicherungsträger (GKV) in einer Presseerklärung (2007) zur Notwendigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland umfassend zu stärken. Insbesondere halten sie eine bessere rechtliche Verankerung und Koordination sowie den Ausbau der Präventionsleistungen in sog. Lebenswelten (mit einer besonderen Ausrichtung auf sozial benachteiligte Zielgruppen) für erforderlich. Das Vorhaben der Bundesregierung und die Unterstützung eines wesentlichen Akteurs, der gesetzlichen Krankenkassen, zeigen beispielhaft¹ die wachsende Einsicht, dass den aktuellen Megatrends im Gesundheits-, Krankheits- und Sterbegeschehen

¹ Gewerkschaften, Nichtregierungsorganisationen (NGO) im Handlungsfeld (z. B. Gesundheit Berlin), Ärztekammer kritisieren Teilaspekte wie Finanzierung und Umsetzungsstruktur aus unterschiedlichen Perspektiven und Interessen, wenden sich aber nicht gegen die grundsätzliche Zielrichtung