



# Silver Surfer

Nutzung digitaler Technologien durch Ergotherapie ermöglichen.

**Fakultät:**

Academie voor Ergotherapie der ZUYD Hogeschool, Heerlen (NL)

**Studentin:**

Sabine Erbe 2061714

**Dozentin:**

Tanja Klein

**Studiengang:**

Bachelorstudiengang Ergotherapie C15

**Datum:**

01/09/2022

*„Alles Wissen und alles Vermehren unseres Wissens endet nicht mit einem Schlusspunkt, sondern mit einem Fragezeichen“ (Herman Hesse, 1877-1962)*

© Copyright: Das Werk ist, einschließlich aller seiner Teile, urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Urheberin und der Zuyd Hogeschool unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Fotokopien und Übersetzungen.

# Vorwort

Diese Forschungsarbeit entstand während meines Ergotherapiestudiums an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (Niederlande). Als eine quantitative Studie angelegt, geht sie der Frage nach, welche Erfahrungen Ergotherapeut\*innen bei der Umsetzung des Betätigungsanliegens „Nutzung digitaler Technologien“ durch Senior\*innen für den Alltagsgebrauch in der ergotherapeutischen Behandlung machen.

Die Motivation zu diesem Forschungsthema ergab sich u.a. aus den Berufserfahrungen, die die Forscher\*innen selbst im Zusammenhang mit digitalen Technologien und Senior\*innen machten. So stellten wir fest, dass digitale Technologien wie ein Smartphone oder Tablet zunehmend öfter von Senior\*innen gebraucht werden, aber in der geriatrischen Ergotherapie kaum Beachtung finden.

Seit Beginn des Jahres 2021 verfasste ich zusammen mit meiner Kommilitonin Franziska Schlukat diese Forschungsarbeit. Gemeinsam entwickelten wir die Forschungsfrage für diese Bachelorarbeit. Der Forschungsprozess beinhaltete die gemeinsame Literaturrecherche, die Akquise der Teilnehmer\*innen, die Entwicklung des Leitfadens, die Durchführung der Interviews, die Datenerhebung und Auswertung. Im August 2022 trennte sich das Forschungsteam. Nach einer Studienpause erstellte ich die nun vorliegende Bachelorarbeit zum Sommersemester 2022. Dabei hatte ich Zugriff auf, die von Franziska Schlukat ausgearbeiteten Kapitel 2.2, 2.3.4, 2.3.5; 3.2., 3.3., 3.4, 4.2.2. und 4.2.4, welche ich als Grundlage für die Erstellung der hier vorliegenden Forschungsarbeit verwenden durfte. Die genannten Kapitel wurden von mir überarbeitet und angepasst.

So möchte ich mich bei Franziska Schlukat für die Zusammenarbeit bedanken.

Darüber hinaus möchte ich mich bei meiner/unserer Dozentin Tanja Klein für die vertrauensvolle Zusammenarbeit bedanken. Sie unterstützte uns/mich über den gesamten Entstehungsprozess und beantwortete geduldig unsere/meine Fragen. Auf verständnisvolle Art und Weise gab sie Auskunft und konstruktives Feedback. Dies ermöglichte mir das erfolgreiche Beenden dieser Forschungsarbeit.

Allen Leser\*innen wünsche ich viel Freude und Erkenntnisgewinn beim Lesen dieser Bachelorarbeit!

Sabine Erbe

Son en Breugel, 01. September 2022

# Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich an die Menschen wenden, die mich während der Anfertigung dieser Bachelorarbeit unterstützt und begleitet haben.

Zunächst gebührt mein Dank meiner Dozentin Tanja Klein. Sie begleitete mich während des Entstehungsprozess dieser Bachelorarbeit und motivierte mich auch in schwierigen Phasen an meine Fähigkeiten zu glauben. Für die stets konstruktive und wertschätzende Begleitung möchte ich mich herzlichst bedanken.

Einen wesentlichen Anteil am Gelingen dieser Arbeit hatten die interviewten Ergotherapeut\*innen, ohne die diese Forschungsarbeit nicht hätte entstehen können. Sie gewährten uns Einblicke in Ihre Arbeitswelten und teilten mit uns ihre Gedanken und Erfahrungen. Mit Geduld und Interesse beantworteten sie unsere Fragen. Mein herzlicher Dank dafür.

Bei Andrea Brandt möchte ich mich ebenso herzlichst bedanken. Sie stand mir all die Zeit mit Geduld, Verständnis, Interesse und natürlich dem Korrekturlesen unterstützend zur Seite. Ich bin immer wieder glücklich über unser Aufeinandertreffen.

Außerdem möchte ich mich bei Sandra Röfer bedanken, die nicht nur eine großartige Pretesterin war, sondern auch interessante Anregungen während der Erstellung dieser Forschungsarbeit gab. Isabell Paris gebührt mein Dank für ein fabelhaftes Testinterview, welches mir Sicherheit und Vertrauen in meine Fähigkeiten als Interviewerin gab.

Abschließend möchte ich mich bei meinem Mann, Torsten Erbe, und meinen beiden Mädchen, Inga und Norah bedanken. Sie haben in all der Zeit viel Geduld mit mir als Mutti und Studentin bewiesen und so zum Gelingen dieser Forschungsarbeit beigetragen. Mein allerherzlichster Dank dafür!

Auch meinen Eltern, Gerd und Evelin Küstermann, sowie meiner Schwester Antje Küstermann möchte von Herzen für die Unterstützung aus der Ferne danken.

Sabine Erbe

Son en Breugel, 01. September 2022

# Lesehinweis

## Abkürzungen

Im Abkürzungsverzeichnis lassen sich Abkürzungen und ihre Bedeutungen in alphabetischer Reihenfolge nachlesen.

## Hervorhebungen

Fettgedrucktes im Fließtext soll wichtige inhaltlich Aspekte hervorheben und dient der besseren Fassbarkeit des Inhalts für den/die Leser\*in.

## Genderaspekt

Ein Anliegen dieser Forschungsarbeit besteht darin, dass sich alle Leser\*innen gleichermaßen angesprochen fühlen. Die Nutzung des Gender\* soll dies verdeutlichen.

## Personenbezeichnungen

In der vorliegenden Forschungsarbeit bezeichnen sich die Autor\*innen/Autor\*in als Forscher\*innen/Forscher\*in. Der in der Originalliteratur verwendete Begriff „Patient\*in“ wird in dieser Forschungsarbeit mit dem Begriff „Klient\*in“ ersetzt. Hierdurch soll der Respekt für den/die Klient\*in als ein selbstbestimmtes Wesen verdeutlicht werden und knüpft, sowohl an das klientenzentrierte Verständnis der Forscher\*in, als auch an das zeitgenössische ergotherapeutische Paradigma an. Im Kontext der Resultate werden alle Teilnehmer\*innen mit einer Abkürzung und einer Nummerierung versehen (T2 - T8), um so deren Anonymität zu gewährleisten.

## Verweise

Zwischen den einzelnen Kapiteln wird ein Bezug durch Verweise hergestellt. Dies geschieht durch Einfügung einer runden Klammer und dem entsprechenden Kapitel.

## Zitierweise

In dieser Forschungsarbeit erfolgen Zitationen nach dem Regelwerk der American Psychological Association (APA) in der sechsten Auflage. Wörtliche Zitate sind in doppelten Anführungszeichen „“ gesetzt und mit einem Verweis in Klammern versehen. Wörtliche Zitate mit einer Länge von 40 Wörter und mehr werden eingerückt. Für Auslassungen werden eckige Klammern mit drei darin befindlichen Punkten [. . .] benutzt. Eckige Klammern mit Wörtern darin, stehen für hinzugefügte Wörter. Wörtliche Rede innerhalb eines direkten Zitats wird durch einfache Anführungszeichen gekennzeichnet ‚ ‚. Zudem sind die wörtlichen Zitate des Kapitel 4 in kursiv gesetzt, um den Aussagen der Teilnehmer\*innen mehr Gewicht zu geben. Die im Text befindlichen englischen Wörtern werden in originaler Form gebraucht, da es bei sinngemäßer Übersetzung zu Inhaltsverlust kommen könnte.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>ACRS</b>	Assessment of Computer- Skills
<b>BMWi</b>	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
<b>BMFSFJ</b>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<b>CMCE</b>	Canadian Model of Client- Centred Enablement
<b>COPM</b>	Canadian Occupational Performance Measure
<b>DIAS</b>	Die Depression im Alter
<b>DVE</b>	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
<b>ggf.</b>	gegebenenfalls
<b>IKT</b>	Informations- und Kommunikationstechnologien
<b>MMST</b>	Mini-Mental-Status-Test
<b>o.g.</b>	oben genannt
<b>ÖIAT</b>	Österreichisches Institut für angewandte Telekommunikation
<b>PEOP</b>	Person-Environment-Occupation-Performance Modell
<b>PEOP- OT</b>	Person-Environment-Occupation-Performance- Occupational Therapy Process Modell
<b>PROM</b>	Patient- Reported Outcome Measure
<b>PZI</b>	Problemzentriertes Interview
<b>RKI</b>	Robert Koch Institut
<b>SPSS</b>	Sammeln- Prüfen- Sortieren- Subsumieren
<b>TAM</b>	Technologieakzeptanzmodell
<b>u.a.</b>	unter anderem
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WLAN</b>	Wireless Local Area Network

## CORONA PASSUS

Die, seit Beginn 2020 durch den COVID-19 Virus verursachte, pandemische Lage hat auch 2021 Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Zuyd Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht, oder nur eingeschränkt, möglich. Es erforderte einen entsprechenden Umgang in der Gestaltung des methodischen Vorgehens für diese Bachelorarbeit, angepasst an die jeweiligen staatlich erlassenen Vorgaben. Da der direkte Kontakt mit Klient\*innen und Professionals somit nicht möglich war, wurde die Online-Datenerhebung zur Norm und ersetzte den face-to-face Kontakt. Des Weiteren war der Zugang zu den Bibliotheken überwiegend nur online möglich. Alle methodischen Vorgehensweisen sind mit der Begleiter\*in der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggeber\*innen abgestimmt. Insofern möchte ich Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung der vorliegenden Forschungsarbeit aufgrund der aktuellen Situation nicht immer optimalen Forschungsbedingungen entspricht.

# Abstracts

## Kurzzusammenfassung

**Einleitung:** Digitale Technologien erfreuen sich bei Senior\*innen wachsender Beliebtheit und können zu mehr Partizipation und einem selbstbestimmten Lebensabend beitragen. **Methode:** Mittels eines qualitativen Forschungsdesigns wurde untersucht, welche Erfahrungen deutsche Ergotherapeut\*innen bei der Umsetzung des Betätigungsanliegens der Nutzung digitaler Technologien durch Senior\*innen im Behandlungssetting machen. Hierzu wurden sechs Expert\*inneninterviews durchgeführt und anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. **Ergebnisse:** Die Nutzung digitaler Technologien für den Alltagsgebrauch hat in der geriatrischen Ergotherapiebehandlung keine Priorität. Vielmehr wird das Betätigungsanliegen beiläufig therapiert. Ein Therapieprozess mit evaluierten Befunderhebungsinstrumenten ist nicht auszumachen. Dennoch gelingt es den Teilnehmer\*innen den selbständigen Gebrauch von digitalen Technologien wie einem Smartphone oder Tablet, durch die Anwendung ergotherapeutischer Kompetenzen wie Adaption, Beraten und Schulen, zu ermöglichen. **Schlussfolgerung:** Es bedarf veränderter Behandlungsstrukturen und Prozesse, sowie mehr Aufklärung für deutsche Ergotherapeut\*innen hinsichtlich der Bedeutung digitaler Technologien für Senior\*innen und den damit verbundenen Aktivitäten, um evidenzbasierte Interventionen anbieten zu können.

## Abstract

**Introduction:** Digital technologies are becoming popular among seniors and can contribute to more participation and a self-determined retirement. **Method:** Using a qualitative research design, we examined the experiences of German occupational therapists in the implementation of the concern for the use of digital technologies by seniors in the treatment setting. Six expert interviews were conducted and evaluated using a qualitative content analysis. **Results:** The use of digital technologies for everyday use is not a priority in geriatric occupational therapy. The occupational concern is treated casually. A therapy process with evaluated assessment instruments cannot be identified. Even so, the participants succeed in using digital technologies such as a smartphone or tablet through the application of occupational therapy competences such as adaptation, advising and educating. **Conclusion:** There is a need for changes in treatment structures and processes, as well as more education for German occupational therapists on the importance of digital technologies for seniors and related activities to provide evidence-based interventions.

## Samenvatting

**Inleiding:** Digitale technologieën worden steeds populairder onder senioren en kunnen bijdragen tot meer participatie en een zelfbepaalde pensionering. **Methode:** Via een kwalitatief onderzoeksdesign werden de ervaringen van Duitse ergotherapeuten onderzocht bij de implementatie van het activeringsbelang van het gebruik van digitale technologieën door senioren in de behandelsetting. Er werden zes interviews met deskundigen afgenomen en geanalyseerd via kwalitatieve inhoudsanalyse. **Resultaten:** Het gebruik van digitale technologieën voor dagelijks gebruik is geen prioriteit in de geriatrische ergotherapiebehandeling. Veeleer wordt het activeringsbelang terloops behandeld. Een therapieproces met geëvalueerde meetinstrumenten kan niet worden vastgesteld. Toch slagen de deelnemers erin digitale technologieën zoals een smartphone of tablet zelfstandig te gebruiken door de toepassing van ergotherapeutische competenties zoals aanpassing, advisering en scholing. **Conclusie:** Er is behoefte aan veranderingen in behandelingsstructuren en -processen, alsook aan meer onderwijs voor Duitse ergotherapeuten over het belang van digitale technologieën voor senioren en gerelateerde activiteiten, zodat zij evidence-based interventies kunnen aanbieden.

## Zusammenfassung

Senior\*innen in kommen aus unterschiedlichen Anlässen mit digitalen Technologien in Berührung. Aus eigenem Interesse oder durch Ermutigung der Familie nutzen sie digitale Technologien, wie Laptops, Computers, Tablets oder Mobiltelefone bzw. Smartphones für den sozialen Austausch, sowie als Informationsmedium in der nachberuflichen Lebensphase. Auch für Ältere wird ein kompetenter Umgang mit digitalen Technologien und dem Internet stets mehr zur Voraussetzung für die gesellschaftliche Teilhabe. Altersbedingte Einschränkungen in der Kognition, Motorik und Sensibilität erschweren häufig die Technologiennutzung. Im Zentrum ergotherapeutischen Handelns steht die Unterstützung von Menschen mit eingeschränkten Handlungsfähigkeiten bezogen auf, für sie bedeutsame, Aktivitäten im Alltag.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden qualitativen Forschungsarbeit untersucht, welche Erfahrungen deutsche Ergotherapeut\*innen hinsichtlich des Umgangs mit digitalen Technologien durch Senior\*innen im therapeutischen Setting machen. Das Betätigungsanliegen von Senior\*innen bezogen auf den Alltagsgebrauch digitaler Geräte steht hierbei im Fokus. Um zu erfahren, wie Ergotherapeut\*innen den ergotherapeutischen Behandlungsprozess umsetzen und welchen Stellenwert das Betätigungsanliegen in der ergotherapeutischen Behandlung einnimmt, wurden sechs leitfadengestützte Interviews durchgeführt und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) ausgewertet.

Die Studienergebnisse zeigen, dass digitale Technologien noch nicht als Alltagsrelevante Gegenstände von Senior\*innen durch die Teilnehmer\*innen wahrgenommen werden und Betätigungen diesbezüglich keine Priorität in der ergotherapeutischen Behandlung haben. Demzufolge ist kein einheitlicher Behandlungsprozess mit entsprechendem Evaluationsinstrument auszumachen. Das Aufgreifen dieses Betätigungsanliegens ist von den individuellen digitalen Kompetenzen, der Motivation und Einstellung des/der jeweiligen Ergotherapeut\*in abhängig. Digitale Kompetenzen variieren jedoch unter den Forschungsteilnehmer\*innen. Gleichwohl nutzen alle Forschungsteilnehmer\*innen ergotherapeutische Kompetenzen wie das Anpassen, Beraten oder Schulen, um ihre Klient\*innen zu einem positiven Outcome zu befähigen. So werden Barrieren und Ressourcen mittels Gesprächs und/oder Beobachtung der Gerätbedienung evaluiert. Die soziale Umwelt des/der Klient\*in, sowie motivierte Senior\*innen mit einer positiven Einstellung und Vorwissen zu digitalen Technologien, werden dabei als förderliche Faktoren wahrgenommen. Alterseinschränkungen, Kosten für den Erwerb und Unterhalt, ein fehlender Zugang zum Internet, sowie Senior\*innenunfreundliche Designs digitaler Geräte, bilden Nutzungsbarrieren.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass das (Wieder-) Erlernen digitalen Technologien durch Senior\*innen als ergotherapeutischer Behandlungsinhalt aufgegriffen werden kann und digitale Technologien, wie z.B. Computer oder Tablet, in den meisten Einrichtungen vorhanden sind. Demnach bedarf es mehr Aufklärung zu digitalen Technologien und deren Alltagsbedeutung für Senior\*innen unter den praktizierenden Ergotherapeuten\*innen, als auch in der Ausbildung und im Studium, sowie Weiterbildungsangebote und Publikationen.

# Inhaltsverzeichnis

VORWORT.....	II
DANKSAGUNG .....	III
LESEHINWEIS .....	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	V
CORONA PASSUS .....	VI
ABSTRACTS .....	VII
ZUSAMMENFASSUNG .....	VIII
INHALTSVERZEICHNIS .....	1
<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>2. THEORETISCHER HINTERGRUND .....</b>	<b>5</b>
2.1 DIGITALISIERUNG .....	5
2.1.1 <i>Digitaler Wandel in Deutschland</i> .....	5
2.1.2 <i>Begriffsdefinition digitaler Technologien</i> .....	6
2.2 SENIOR*INNEN .....	8
2.2.1 <i>Definition Senior*innen</i> .....	8
2.2.2 <i>Veränderungsprozesse im Alter</i> .....	8
2.2.3 <i>Lernen im Alter</i> .....	9
2.2.4 <i>Betätigungsverhalten und Partizipation von Senior*innen</i> .....	9
2.3 SENIOR*INNEN UND DIGITALISIERUNG IM ERGOTHERAPEUTISCHEN KONTEXT .....	10
2.3.1 <i>Die Säulen der Ergotherapie</i> .....	10
2.3.2 <i>Person- Environment- Occupation- Performance OT Prozessmodell</i> .....	11
2.3.3 <i>Das Narrativ im Kontext des PEOP- OT</i> .....	12
2.3.4 <i>Assessment und Evaluation im Kontext des PEOP- OT</i> .....	13
2.3.5 <i>Intervention im Kontext des PEOP- OT</i> .....	15
2.3.6 <i>Outcome im Kontext des PEOP- OT</i> .....	17
<b>3. METHODISCHES VORGEHEN.....</b>	<b>19</b>
3.1 LITERATURRECHERCHE .....	19
3.2 ETHISCHER ASPEKT .....	20
3.3 FORSCHUNGSDESIGN.....	20
3.4 DATENERHEBUNG.....	21
3.4.1 <i>Interview</i> .....	21
3.4.2 <i>Leitfaden</i> .....	21
3.4.3 <i>Pilotphase</i> .....	22
3.4.4 <i>Teilnehmer*innenrekrutierung</i> .....	22
3.4.5 <i>Durchführung der Interviews</i> .....	23
3.5 DATENAUFBEREITUNG .....	23
3.6 DATENAUSWERTUNG .....	24
3.7 GÜTEKRITERIEN IM KONTEXT QUALITATIVER FORSCHUNG.....	26
<b>4. RESULTATE .....</b>	<b>28</b>
4.1 DARSTELLUNG DER TEILNEHMER*INNEN .....	28
4.2 KATEGORIEN .....	28
4.2.1 <i>Kategorie 1: Rahmenbedingungen</i> .....	29

4.2.2	<i>Kategorie 2: Befunderhebung</i> .....	30
4.2.3	<i>Kategorie 3: Interventionen</i> .....	33
4.2.4	<i>Kategorie 4: Outcome</i> .....	36
4.2.5	<i>Kategorie 5: Gedanken der Ergotherapeut*innen</i> .....	37
<b>5.</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>39</b>
5.1	BEANTWORTUNG DER LEITFRAGEN .....	39
5.1.1	<i>Beantwortung der ersten Leitfrage</i> .....	39
5.1.2	<i>Beantwortung der zweiten Leitfrage</i> .....	42
5.1.3	<i>Beantwortung der dritten Leitfrage</i> .....	43
5.2	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE .....	44
5.3	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER FORSCHUNGSARBEIT .....	47
<b>6.</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK</b> .....	<b>48</b>
	LITERATURVERZEICHNIS .....	50
	GLOSSAR .....	59
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	60
	TABELLENVERZEICHNIS .....	60
	ANLAGEN .....	A
	ANLAGE 1: TEILNEHMERANSCHREIBEN & EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG .....	A
	ANLAGE 2: VORAB- FRAGEBOGEN .....	G
	ANLAGE 3: FLYER FÜR DIE REKRUTIERUNG VON TEILNEHMER*INNEN.....	I
	ANLAGE 4: PRETEST- FRAGEBOGEN- BEANTWORTET .....	J
	ANLAGE 5: LEITFADEN FÜR DIE INTERVIEWS .....	L
	ANLAGE 6: ANLEITUNG MICROSOFT TEAMS.....	Q
	ANLAGE 7: AUSZUG- TRANSKRIPTION .....	R
	ANLAGE 8: INTERVIEWPROTOKOLLEBOMEN .....	S
	ANLAGE 9: TRANSKRIPTIONSREGELN .....	T
	ANLAGE 10: INTERPRETATIONSREGELN.....	U
	ANLAGE 11: AUSZUG- LITERATURRECHERCHE .....	V
	ANLAGE 12: FORSCHUNGSPYRAMIDE.....	X
	ANLAGE 14: STUDIENBESCHREIBUNGEN .....	Y
	ANLAGE 15: EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG .....	CC

# 1. Einleitung

Der demografische Wandel der Bundesrepublik Deutschland ist zunehmend sichtbarer (Statistisches Bundesamt, 2022a). Die Gruppe der Senior\*innen zwischen dem 65. und 84. Lebensjahr wird im Jahr 2025 auf 17 Millionen Menschen ansteigen (Statistisches Bundesamt, 2022b).

So greift der achte Altersbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) von 2020, mit dem Titel „Ältere Menschen und Digitalisierung“, ein für diese Bevölkerungsgruppe bedeutungsvolles Thema auf. Denn auch diese zeigen zunehmendes Interesse an der Nutzung des Internets und der digitalen Welt (BMFSFJ, 2020a). Verschärft durch die SARS-CoV-2 Pandemie drängt sich zudem die Fragen auf, wie der digitale Wandel auch die Lebenswelt Älterer zukünftig beeinflussen wird (BMFSFJ, 2020a). Bereits 2015 wurden im Rahmen des Forschungsprojekts „Förderliche und hinderliche Faktoren im Umgang mit neuen Informations- und Kommunikations-Technologien im Alter“ (Doh, 2015, S.7) in Verbindung mit der Universität Heidelberg diesbezüglich geforscht. Um die noch bestehende digitale Spaltung (Initiative D21 e.V., 2022) zu verringern, werden seitens des BMFSFJ (2020b) „niedrigschwellige und zielgruppenspezifische Informations- und Bildungsangebote“ (S.15) für Senior\*innen empfohlen und gefördert.

Dies kann auch ein neues Betätigungsfeld für die Ergotherapie bedeuten. Eine der ergotherapeutischen Kernkompetenzen bildet das Engagement von Klient\*innen zur Ausübung bedeutungsvoller Betätigungen, um am gesellschaftlichen Leben partizipieren zu können (Van Hartingsfeldt & Piskur, 2019). Dies kann im Rahmen ergotherapeutischer Behandlungen auch für Betätigungen im Umgang mit digitalen Technologien wie einem Smartphone, Tablet, Laptop oder Stand- PC geschehen.

Die Idee zu diesem Forschungsthema entstand zum einen aus den praktischen Erfahrungen der Forscherinnen selbst und zum anderen während der Auseinandersetzung mit ergotherapeutischen Assessments in diesem Studium. Hierbei ist den Forscher\*innen aufgefallen, dass die Nutzung digitalen Technologien als Alltagsbetätigung in der Ergotherapie nicht den Stellenwert einzunehmen scheint, welche sie bereits im Alltag von Senior\*innen und der Gesellschaft im Allgemeinen hat. So entwickelte sich das Interesse, dieses Themengebiet im ergotherapeutischen Kontext zu erforschen.

Diese Forschungsarbeit setzt sich mit der Frage:

„Welche Erfahrungen machen Ergotherapeut\*innen bei der Umsetzung des Betätigungsanliegens „Nutzung digitaler Technologien“ durch Senior\*innen in der Therapie?“ auseinander.

Konkret soll dabei der Frage nachgegangen werden, wie das Betätigungsanliegen von Senior\*innen bezogen auf die Nutzung von digitalen Technologien wie Smartphones, Tablets, Computer oder Laptops für den Alltagsgebrauch in der Therapie aufgegriffen wird. Hierbei umfasst die Nutzung sowohl das Wiedererlernen als auch das Neuerlernen der Bedienung digitaler Geräte.

Ziel ist es, zu erfahren, welche Instrumente, Methode und Prozesse die interviewten Ergotherapeut\*innen im therapeutischen Behandlungsprozess bezogen auf das o.g. Betätigungsanliegen anwenden. Zudem soll evaluiert werden, welchen Stellenwert dieses in der aktuellen deutschen, geriatrischen Ergotherapie einnimmt.

Um einen genaueren Blick auf die Forschungsfrage zu werfen, haben die Forscher\*innen drei Leitfragen formuliert, die sich an einem ergotherapeutischen Therapieprozess orientieren:

1. Welche Informationen erheben Ergotherapeut\*innen in der Evaluationsphase und welche Methoden verwenden sie dafür?
2. Wie gestalten die Ergotherapeut\*innen die Interventionsphase?
3. Was erheben die Ergotherapeut\*innen in der Outcomephase und welche Methoden verwenden sie dafür?

Ausgehend von der Forschungsfrage und den drei Leitfragen erfolgte eine umfassende Literaturrecherche. In Kapitel 2, dem theoretischen Hintergrund, wird darauf Bezug genommen. Hierbei wird zunächst auf die Digitalisierung in Deutschland im Allgemeinen, sowie auf die Digitalisierung im medizinischen Sektor im Speziellen, eingegangen. Ebenso wird der Begriff der digitalen Technologien näher betrachtet und für die vorliegende Forschungsarbeit abgegrenzt. Daran an, schließt sich die Vorstellung der Zielgruppe der Senior\*innen. Hierbei wird auf die physischen Veränderungen im Alter, das Lernverhalten sowie der Betätigungsfokus von Senior\*innen und deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eingegangen. Im folgenden Abschnitt werden die Senior\*innen und ihr Betätigungsanliegen im Kontext des Person-Environment-Occupation-Performance Occupational Therapy Prozess Modell (PEOP- OT) (Christiansen, Baum, & Bass, 2015) von der Evaluations- bis zur Outcomephase betrachtet.

Kapitel 3 verdeutlicht den Methodenteil dieser Forschungsarbeit und zeigt den Forschungsprozess mit Beginn der Probandensuche bis zur Auswertung der Interviewresultate. Die gewonnenen Resultate werden anschließend in Kapitel 4 vorgestellt. Hierbei wird auf jede der fünf Kategorien und ihre Unterkategorien eingegangen. In Kapitel 5 erfolgt die Diskussion der Resultate im Bezug zum theoretischen Hintergrund. Im Anschluss folgt Kapitel 6. mit der Darlegung der Schlussfolgerungen. Die prägnantesten Resultate dieser Forschungsarbeit werden nochmals aufgegriffen und Anregungen für weitere mögliche Forschungsthemen gegeben.

## 2. Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Digitalisierung

Dieses Kapitel greift den aktuellen digitalen Wandel in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf. Hierbei wird auf unterschiedliche Begrifflichkeiten der Digitalisierung eingegangen und ein Begriffsverständnis für digitale Technologien im Hinblick auf den Gegenstand dieser Arbeit aufgezeigt.

#### 2.1.1 Digitaler Wandel in Deutschland

Laut dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi, 2022) schreitet der digitale Wandel in Deutschland unaufhaltsam voran und verursacht in allen Lebensbereichen nachhaltige Veränderungen (Wolf & Strohschen, 2018). Gestützt durch das politische Interesse des deutschen Staates werden in den Bereichen „Digitale Infrastruktur (Internetverbindung, Hochgeschwindigkeitsnetz, Diginetz), digitale Wirtschaft und digitales Arbeiten, innovativer Staat, digitale Gesundheit, Bildung, Forschung und Sicherheit“ (Wolf & Strohschen, 2018, S. 56) unterschiedlichste Projekte umgesetzt.

In der Literatur wird der Begriff der Digitalisierung nicht einheitlich definiert. Es existieren hierfür unterschiedliche Begrifflichkeiten, wie digitaler Wandel (BMWi, 2022), Industrie 4.0 (Elstner, Feld, & Schmidt, 2016) oder digitale Transformation (Pousttchi, 2020). Die Industrie 4.0 wird als die Integration von Informationstechnologien innerhalb der Wertschöpfung verarbeitender Industrie verstanden (Elstner et. al., 2016). Demnach erfolgt hier die begriffliche Einordnung bezogen auf das produktive Gewerbe. Die digitale Transformation verdeutlicht die „erhebliche aktive Veränderungen des Alltagslebens, der Wirtschaft und der Gesellschaft durch die Verwendung digitaler Technologien und Techniken, sowie deren Auswirkungen“ (Pousttchi, 2020, S.1).

Die Digitalisierung kann aus zwei Perspektiven betrachtet (BMFSFJ, 2020b). Die traditionelle technische Perspektive wird als Übergang von der analogen zur digitalen Datenspeicherung verstanden und ist mit dem Einsatz digitaler Geräte verbunden (Hess, 2019). Die soziale Perspektive der Digitalisierung betrachtet das veränderte Kommunikations-, Informations- und Konsumverhalten der Menschen (BMFSFJ, 2020b).

Laut dem D21-Digital-Index 2020/2021 sind 88 % der Deutschen 2020 online. Die Nutzung digitaler Endgeräte wie Smartphones, Laptops und Desktop-PCs erfährt einen stetigen Aufschwung (Initiative D21 e.V., 2022). Beschränkte sich die Nutzung digitaler Informationstechnologien vor 20 Jahren noch auf unternehmerische Tätigkeiten von Firmen (Hess, 2019), nutzten Privatpersonen in Deutschland 2020 digitale Endgeräte, um Online-Bezahlungen (64 %) und Bestellungen (65 %) zu tätigen, sowie Instant-Messaging-Dienste zu nutzen (76 %) (Initiative D21 e.V., 2022). Dennoch sinkt der Digitalisierungsgrad im höheren Alter und eine digitale Spaltung in Deutschland ist noch erkennbar (Initiative D21 e.V., 2022). So nutzt die Altersgruppe zwischen 14 und 29 Jahren digitale Dienste intensiver (Digitalindex: 73) als Personen ab 65 Jahre (Digitalindex: 36) (Initiative D21 e.V., 2022). Die jährlich erscheinende Studie „D21-Digital-Index“ befragt deutsche Staatsbürger\*innen zu Themen des digitalen Zugangs, Nutzungsverhaltens, digitaler Kompetenzen und Offenheit gegenüber der Digitalisierung und bildet daraus den Digitalisierungsgrad auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten ab. Mit einem Digital-Index von 60 Punkten weist Deutschland einen wachsenden digitalen Trend im Vergleich zum Vorjahr (Digital-Index: 55) auf (Initiative D21 e.V., 2022) (Borgetto: Quantitative Forschung).

Ein wesentlicher Treiber der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen bildet das Erwartungsverhalten der Klient\*innen bezüglich individueller digitaler Dienstleistungsangebote, wie er/sie aus anderen Branchen kennt (Knöppler et al., 2020). Mit Inkrafttreten des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen im Januar 2016, dem E-Health Gesetz, wurde ein verbindlicher Rechtsrahmen für die Telematik-Infrastruktur geschaffen (Elektronische Gesundheitskarte, 2015, Abs. 2, § 291) und erste Schritte in Richtung „mündiger Patient“ (Debatin, 2021, S.391) unternommen. Mit Einführung des E-Health Gesetz ist ein bundeseinheitlicher Medikationsplan, der Ausbau eines Stammdatenmanagement für Versicherte sowie die verpflichtende Anwendung der elektronischen Patientenakte gesetzlich verankert wurden (Bundesärztekammer, o.D.). Durch diese Maßnahmen erhält der/die Klient\*in zukünftig die Möglichkeit sich autonomer über seine Gesundheitsbezogenen Daten zu informieren und diese zu verwalten (Lux et al., 2017). Neben diesen wegweisenden Regelungen für den ersten Gesundheitsmarkt beschleunigte die SARS-CoV-2 Pandemie die Anwendung existierender digitaler Medien wie die Videosprechstunde (Debatin, 2021). Niedergelassene Ärzte geben in einer Studie zur Untersuchung der „Ärztlichen Arbeit und Nutzung von Videosprechstunden, während der Covid-19-Pandemie“ 2020 an, eine um 40 Prozentpunkte höhere Nutzung der Videosprechstunde erfahren zu haben (Obermann, Brendt, Hagen, Müller, & Stachwitz, 2020) (Borgetto: Mixed- Methoden Forschung).

Besserer ausgebaute Mobilfunknetze, neue Endgeräte und ein wachsendes Interesse für die eigene Gesundheit sind für E-Health Entwicklungen im zweiten Gesundheitsmarkt verantwortlich (Altpeter, 2017). Befeuert durch die SARS-CoV-2 Pandemie nehmen gesundheitsbezogene Anwendungen wie beispielsweise die Nutzung von Gesundheitsplattform wie „DocYet“ zu (Debatin, 2021). Einer Hochrechnung zufolge wird der Umsatz im deutschen digitalen Health- Markt auf 59 Milliarden Euro im Jahr 2026 ansteigen (Statista, 2022a). Digi-Health umfasst eine Brandbreite von gesundheitsbezogenen Apps für das Smartphones, tragbaren Computersystemen wie Smartwatches und Fitness-Tracker bis hin zur Erfassung gesundheitsbezogener Daten mittels digitaler Systeme (E-Health) und der Telemedizin (Statista, 2022a).

Im folgenden Abschnitt soll eine genauere Betrachtung digitaler Technologien erfolgen und eine thematische Eingrenzung der vorliegenden Forschungsarbeit vorgenommen werden.

### **2.1.2 Begriffsdefinition digitaler Technologien**

Digitale Technologien begleiten den Menschen durch seinen Alltag (Cotton, 2017). Eine Vielzahl an Geräten im häuslichen Umfeld ist digital steuerbar. Hierzu gehören digitale Küchengeräte genauso wie digitale Unterhaltungs- und Kommunikationstechnologien (Hickmann, Rogers, & Fisk, 2007). Einheitliche internationale Klassifizierungen von Technologietypen sind in der Literatur nicht etabliert (Seibert et al., 2019). Meist wird zwischen alten (Radio, TV) und neuen Technologien (Tablet) unterschieden (Mollenkopf & Doh, 2002, zitiert nach Rievers, 2020).

Polgar definiert Technologien im Kontext des Person-Environment-Occupation-Performance- Modells (PEOP) (Christiansen, Baum, & Bass, 2015) als assistive Technologien, die zur Betätigungsausführung, Teilhabe und Wohlbefinden beitragen können und unterscheidet sieben Kategorien. Diese sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Kategorien assistiver Technologien nach Polgar (2015)

Kategorie	Charakterisierung
Mobilitätstechnologien	Mobilitätsprodukte (Rollstühle, Rollatoren)
unterstützte und alternative Kommunikation	für Personen mit eingeschränktem Ausdrucksvermögen, (Kommunikationstafeln)
Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT)	Für Personen mit unterschiedlichsten Fähigkeiten bedienbar (Computer, Smartphones und Tablets)
Kognitive Technologien	zur Unterstützung des Lernens und Gedächtnisses (Smartphones, Smartwatch).
Sehtechnologien	zur Unterstützung des Lesens und Orientierung (Lupe, Bildschirmlesegeräte)
Hörtechnologien	Hörgeräte, persönliche Verstärkungssysteme (visuelle Anzeigen und Warngeräte)
Allgegenwärtige Computertechnologien	zur Überwachung von im häuslichen Setting (Bewegungssensoren zur Erkennung von Stürzen)

Unter Berücksichtigung der o.g. Kategorien liegt der Fokus dieser Forschungsarbeit auf der Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Ein digitales Endgerät wird als eine periphere Datenendeinrichtung, die an einen Fernmeldeweg angeschlossen ist, verstanden (IT-Wissen.info, 2018) und nach stationären und mobilen Endgeräten unterschieden werden (Ramwolle & Hess, 2000). Für diese Forschungsarbeit werden folgende digitale Endgeräte betrachtet und im weiteren Verlauf als digitale Technologien benannt und verstanden:

**Mobile Endgeräte:**

sind elektronische tragbare Geräte, die den Austausch von Sprache und Bildern, sowie Speicherung von Daten ermöglichen. Hierzu zählen Mobiltelefone, Smartphones, Tablets, Notebooks und Laptops (ITWissen.info, 2021). Diese Mobil- Commerce- Geräte ermöglichen einen Zugang zum Internet (Encyclopedia.com, 2019). Das Smartphone zeichnet sich durch spezielle Anwendungssoftware aus (Knoll, Schwaninger, Olsacher, & Buchegger, 2015). Ein Tablet ist durch die Bedienung mittels Touchscreens oder Eingabestift charakteristisch (ITWissen.info, 2016).

**Desktop-Computer:**

sind nicht portable Endgeräte, die, aufgrund eines Internetzugangs, die Datenverarbeitung, Kommunikation und Wiedergabe multimedialer Informationen ermöglichen (Ramwolle & Hess, 2000).

Laut Barnard, Bradley, Hodgson, & Lloyd (2013) ist ein Trend zur Nutzung des Internets über digitale Technologien als Informations- und Kommunikationsmittel auszumachen. Diesem Trend folgt diese Forschungsarbeit und wendet ihren Blick auf die Nutzung digitaler Technologien durch Senior\*innen. Diese sollen im folgenden Abschnitt näher vorgestellt werden.

## 2.2 Senior\*innen

In diesem Kapitel wird zunächst der Begriff der Senior\*innen definiert und altersbedingte physiologische Veränderungen beschrieben. Im Anschluss wird auf das Lernverhalten im Alter und Veränderungen im Betätigungsverhalten und der Partizipation von Senior\*innen eingegangen.

### 2.2.1 Definition Senior\*innen

In der Literatur gibt es keine einheitliche Begrifflichkeit für Menschen in der Lebensphase „Alter“. In diesem Zusammenhang werden Begriffe wie junge Alte, Alte, alte Alte und Pflegebedürftige (Preßmar, 2017), das dritte und vierte Alter (Richter, Greiff, & Weidemann-Wendt, 2016) und Modebegriffe wie Best Ager, Silver Generation und Hochbetagte (Winkler, 2008) verwendet. Öffentliche Stellen wie das BMFSFJ (2020a) fassen im achten Altersbericht alle Menschen ab 61 Jahren zu dieser Gruppe. Das statistische Bundesamt (2022a) definiert in seinen Befragungen Menschen ab 65 Jahren als Senior\*innen. In dieser Forschungsarbeit wird der Begriff Senior\*innen für Menschen in der Lebensphase des Ruhestands ab einem Alter von 65 Jahren verwendet.

### 2.2.2 Veränderungsprozesse im Alter

Das Altern ist ein biologischer Prozess des Körpers, der durch komplexe Mechanismen zur Verschlechterung der Funktionen von unterschiedlichen Organen führt (Musolf, 2019). Hierbei lässt sich die physiologische Alterung von der krankheitsbedingten Alterung unterscheiden (Musolf, 2019). Im Folgenden wird auf einige physiologische Veränderungen des älteren Menschen eingegangen.

Das Auge gilt laut Richter et al. (2016) als das wichtigste Sinnesorgan des Menschen. Auf Grund von Veränderungen im Auge und den umliegenden Nervenbahnen nimmt die Sehfähigkeit des Menschen im Alter ab. Folge ist eine verminderte Sehschärfe und Tiefenwahrnehmung (Preßmar, 2017). Zudem nimmt die Fähigkeit, sich an unterschiedliche Lichtverhältnisse anzupassen ab (Völter et al., 2021). Im Alter kommt es häufig auch zu einer Verminderung des Hörvermögens. Van Duuren und Eekhof (2021) geben an, dass ungefähr 90 % der über 80-Jährigen Hörprobleme auf beiden Ohren aufweisen. Konkret äußern sich die Verschlechterungen in einem gestörten Sprachverständnis, sowie einer verminderten Hörwahrnehmung (Richter, 2016).

Das somatosensorische System dient der Verarbeitung von Informationen zur Körperwahrnehmung, bestehend aus Muskel-, Gelenk- und Hautrezeptoren (Grefkes & Fink, 2007). Die Körperwahrnehmung lässt sich in die Oberflächensensibilität und Tiefensensibilität unterteilen (Richter et al., 2016). Laut Völter et al. (2021) nimmt altersbedingt sowohl die taktile Berührungswahrnehmung als auch die haptische Fähigkeit zur Objekterkennung ab. Eine Verschlechterung der Berührungswahrnehmung ist die Folge (Richter et al., 2016).

Das sensomotorische System dient der Informationsweiterleitung und zur Anbahnung von Muskelaktivitäten (Richter et al., 2016). Altersbedingte Veränderungen werden ab dem 60. Lebensjahr im sensomotorischen System sichtbar (Bertram & Laube, 2006). Die Anzahl der Propriozeptoren nimmt ab und Rezeptoren werden weniger sensibel. Laut Richter et al. (2016) sind auch die Rezeptoren der Oberflächensensibilität von diesem degenerativen Prozess betroffen. Das somit herabgesetzte Körpergefühl führt zu einer erhöhten Abhängigkeit von der visuellen Wahrnehmung und zu einer Verschlechterung der Feinmotorik und Hautsensibilität.

Im Folgenden Abschnitt soll das Lernen Älterer näher betrachtet werden.

### 2.2.3 Lernen im Alter

Laut Wolf und Josman (2015) wird das Lernen als eine dauerhafte Verhaltensänderung oder Reaktion auf den Erwerb von Wissen und Fertigkeiten bezeichnet. Der Alterungsprozess kann sich, wie in Kap. 2.2.2 beschrieben, nicht nur auf physische Körperfunktionen auswirken, sondern auch die Kognition betreffen (Richter et al., 2016). Weber (2017) beschreibt die Kognition als „Prozesse, die an Denken, Wahrnehmung und Verhalten“ (S.1) beteiligt sind. Als konkrete Folgen des altersbedingten kognitiven Abbaus bezeichnen Richter et al. (2016) u. a. eine Verminderung der kognitiven Flexibilität, der Leistung des Arbeitsgedächtnisses, der Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit.

Laut Oheim und Wittrich (2019) führen altersbedingten Verschlechterungen der kognitiven Funktionen jedoch nicht zwangsläufig dazu, dass ältere Menschen nicht mehr lernen können. Dies ist u.a. auf die Plastizität des Gehirns zurückzuführen, welche, entgegen ursprünglichen Annahmen, auch bei älteren Menschen erhalten bleibt (Hübner & Bonhoeffer, 2014). Dennoch ist das Lernen für viele Menschen im hohen Alter schwieriger und zeitintensiver im Vergleich zu Jüngeren (Leipold, 2012). Laut Labouvie-Vief (zitiert nach Leipold, 2012) haben Menschen im hohen Alter insbesondere mit der Ausführung von komplexen Handlungen, wie im Umgang mit Technik, Probleme. Eine den Senior\*innen angepasste Lernumgebung ist ein entscheidender Faktor für das Lernen im Alter (Vogel, 2019; Doh, 2015). Demnach ist das Lernen in der Gruppe einfacher als allein. Hier können Handlungen imitiert und Rückschläge besser verkraftet werden (Vogel, 2019). „Klare Ziele, viel Zeit, Geduld, Ausdauer, Wiederholung und Lob, kurz: intrinsische und extrinsische Motivation“ (S.35) sind für ein erfolgreiches Lernen bei Senior\*innen nötig (Vogel, 2019).

Im folgenden Abschnitt wird auf das Betätigungsanliegen und die Partizipation von Senior\*innen eingegangen.

### 2.2.4 Betätigungsverhalten und Partizipation von Senior\*innen

Das Betätigungsverhalten im Alter verändert sich. Gewohnte Aktivitäten, wie zum Beispiel (z.B.) die Arbeit, fallen mit Eintritt der Rente weg und neue Aktivitäten werden aufgegriffen (Eriksson, Lilja, Jonsson, Petersson, & Tatzer, 2015).

In einer Studie konnten Droogleever Fortuijn et. al (2006) drei Kategorien für Betätigungen von älteren Menschen ausmachen (Borgetto: Quantitative Forschung). Zur ersten Kategorie „Zuhause und Familienorientiert“ gehören Aktivitäten wie Mediennutzung, Haushaltsaktivitäten, Soziale Aktivitäten zuhause, Hobbies und einige Outdoor-Aktivitäten. Die Betätigungen dieser Kategorie wurden von ca. 80% aller Teilnehmenden durchgeführt und spiegelt die häufigsten Betätigungen wider. Insbesondere die Betätigung Mediennutzung nahm kohärent zum Alter zu. Zur zweiten Kategorie „Individuelle Outdoor- Aktivitäten“ zählen Betätigungen wie bezahlte Arbeit, Sport, kulturelle Aktivitäten und Veranstaltungen. Diese Betätigungen nehmen kohärent zum Alter ab. Die dritte Kategorie „Partizipation in der lokalen Gemeinschaft“ umfasst Freiwilligenarbeit, Aktivitäten in städtischen Organisationen und Hilfeleistungen. Diese Aktivitäten dieser Kategorie wurden am seltensten durchgeführt.

Inbesondere ältere Menschen laufen Gefahr der sozialen Ausgrenzung, da sie aufgrund Altersbedingter Beschwerden nur eingeschränkt am sozialen Leben partizipieren können (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., o.D.). Partizipation im Sinne der Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten kann Einsamkeit vorbeugen (Broese Van Groenou, 2007). Sie hängt häufig mit dem Verlust und der Verminderung sozialer Kontakte zusammen (Broese van Groenou, 2007; Van Tilburg, 2007).

Laut dem Achten Altersbericht (BMFSFJ, 2020 a) bieten insbesondere digitale Technologien, wie zum Beispiel Smartphones und Tablets in Verbindung mit der Nutzung sozialer Medien und für Computerspiele, Chancen für Senior\*innen und deren Teilhabe und Integration.

Im Folgenden Kapitel wird auf die Gruppe der Senior\*innen, ihre Betätigungsanliegen in Bezug auf die Nutzung digitaler Technologien im ergotherapeutischen Behandlungskontext eingegangen.

## 2.3 Senior\*innen und Digitalisierung im ergotherapeutischen Kontext

Dieses Kapitel betrachtet Senior\*innen mit dem Betätigungsanliegen der Nutzung digitaler Technologien im Kontext des ergotherapeutischen Behandlungsprozess. Hierbei wird zunächst auf den ergotherapeutischen Kontext eingegangen und anschließend die Forschungsfrage in Verbindung mit einem ergotherapeutischen Model betrachtet.

### 2.3.1 Die Säulen der Ergotherapie

Durch die Nutzung digitaler Technologien haben ältere Menschen die Möglichkeit ihre Aktivitäten des täglichen Lebens selbständiger zu organisieren und ihre sozialen Kontakte im Alter aufrechtzuhalten (BMFSFJ, 2020b). Diesem veränderten Betätigungsanliegen trägt auch das Berufsprofil der Ergotherapie Rechnung. Die Erweiterung der vier Säulen der Ergotherapie, um die Säulen der Technologie- und Populationsbasierung, verweist auf neue Kenntnisse und Entwicklungen innerhalb der Ergotherapie (Cup & Van Hartingsveldt, 2019). Diese sechs Säulen bilden die Basis ergotherapeutischen Handelns. Sie spiegeln das aktuelle Paradigma der Ergotherapie mit seinem holistischen Ansatz wider (Möller, 2017).

Der Fokus der **Betätigungsbasierten Säule** liegt auf der Begleitung von Personen, die in ihren Betätigungsmöglichkeiten eingeschränkt sind und unterstützt sie bei der Ausführung von für sie bedeutsamen Betätigungen in der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit (Deutscher Verband Ergotherapie e.V., 2007).

Eine **Klientenzentrierte Ergotherapie** wird durch die Interessen und Anliegen der Klient\*innen geleitet (Weber & Pott, 2011). Sie zeichnet sich durch den Respekt für den Menschen, seiner Autonomie und der Befähigung, Entscheidungen selbst zu treffen, aus (Law, Baptiste, & Mills, 1995, zitiert nach Boyt Shell & Gillen, 2019). Der/Die Klient\*in nimmt hierbei eine aktive Rolle in der Vereinbarung von Behandlungszielen ein (Romein, 2020).

Die **Kontextbasierte Säule** bezieht sich auf den Aspekt der Umwelt, in der ein/eine Klient\*in aktiv ist (Cup & Van Hartingsveldt, 2019). Im Fokus der **Evidenzbasierten Säule** steht die Evidenzbasierte Praxis. Hierunter wird das „Treffen von therapeutischen oder diagnostischen Entscheidungen unter Einbezug der jeweils besten verfügbaren Evidenz“ (Ritschl, Stamm, & Unterhumer, 2016, S. 292) verstanden. Nach Ritschl et al. (2016) bildet sie den Zusammenschluss aus Erfahrung des/der Klient\*in, der professionellen Expertise des/der Therapeut\*in und die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Im Rahmen der **Populationsbasierten Säule** arbeitet der/die Ergotherapeut\*in mit Gemeinden, Organisationen oder Populationen zusammen (Townsend & Polatajko, 2013).

Die **Technologiebasierte Säule** greift die digitalen Entwicklungen im ergotherapeutischen Kontext und der sich dadurch veränderten Beziehungen zwischen Ergotherapeut\*in und Klient\*in auf (Cup & Van Hartingsveldt, 2019). Aufgrund der technischen Entwicklungen haben sich laut Kerschbaumer (2019) die Möglichkeiten bezogen auf die Hilfsmittelversorgung und Umwelthanpassungen er-

weitert. In der ergotherapeutischen Literatur sind zwei prägnante Anwendungsbereiche für Technologien in der Versorgung zu erkennen. Unterstützende Technologien, auch assistive Technologie genannt, bilden einen Anwendungsbereich. Darunter werden Hilfsmittel (auch digital), Technologien im Haus, Roboter, Mobiltelefone, Tablets und digitale Assistenten zusammengefasst (Hagedorn-Meuwissen, Heijkers, & Roentgen, 2019; Feiler, 2018; Kapitel 2.1.2). Ein anderer Anwendungsbereich bildet die Teletherapie, welche als IKT-Medium, auch Telemedizin genannt wird (Rettinger, 2020; Hagedorn-Meuwissen, Heijkers, & Roentgen, 2019; Feiler, 2019). So können auch Ergotherapeut\*innen seit März 2020 Teletherapie im Rahmen gesetzlicher Kassenleistungen anbieten und abrechnen (Rettinger, 2020).

Aufgrund stetiger Neuerungen in Bereichen der Computer- oder Biotechnologien attestieren Kaljouw und van Vliet (2015) Gesundheitsfachkräften eine zunehmend begleitende und koordinierende Rolle. Sie werden zukünftig ihre Klient\*innen hinsichtlich neuer Technologien und Anwendungen beraten, diese in die Therapie aufnehmen und im Gebrauch begleiten (Vereniging Hogescholen, 2015). Demzufolge werden auch ergotherapeutische Kompetenzen wie beraten, begleiten, forschen und erneuern zukünftig stärker nachgefragt werden (Verhoef & Zalmstra, 2013). Klein (2020) sieht daher für deutsche Ergotherapeut\*innen die Notwendigkeit, sich mit digitalen Technologien zu beschäftigen und diesbezüglich Wissen und Kenntnisse zu erlangen. Hierfür sieht sie in der ergotherapeutischen Ausbildung noch Handlungsbedarf und verweist auf mangelnde technische Infrastrukturen, fehlende Kompetenzen bei Lehrkräften und veraltete didaktische Lehrkonzepte (Radomski & Thom, 2016, zitiert nach Klein, 2020)

Um die ergotherapeutische Betrachtung auf das Forschungsthema zu verdeutlichen, soll im folgenden Kapitel das Thema der Forschungsarbeit in Verbindung mit einem ergotherapeutischen Modell vorgestellt werden.

### **2.3.2 Person- Environment- Occupation- Performance OT Prozessmodell**

Diese Arbeit geht der Frage nach, welche Erfahrungen Ergotherapeut\*innen bei der Umsetzung des Betätigungsanliegens der Nutzung digitaler Technologien durch Senior\*innen im therapeutischen Behandlungsprozess machen. Für die Betrachtungen des Behandlungsprozesses dient der Aufbau und Inhalt des PEOP-OT (Christiansen et al., 2015).

Diesem liegt das **Person- Environment- Occupation-Performance-Modell (PEOP)** zu Grunde. Als Systemmodell stellt es die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Modellkomponenten Person, Umwelt, und Betätigung in den Fokus (Christiansen et al., 2015). Die Betätigung, als das Ausführen sinnvoller Tätigkeiten, Aufgaben und Rollen verstanden, wird durch die Person selbst und ihre Umwelt beeinflusst und hat Auswirkungen auf deren Partizipation und Wohlbefinden. Das Narrativ, die Lebensgeschichte eines/einer Klient\*in, bildet hierbei ein zentrales Element. Sowohl ein Individuum, eine Organisation als auch eine Population kann ihm Rahmen des PEOP Modells betrachtet werden. Zudem greift es den Aspekt der unterstützenden Technologien auf, welcher für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist.

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, setzt sich das PEOP-OT aus **vier Prozessschritten** zusammen, die im Folgenden in Verbindung mit der Klientel der Senior\*innen vorgestellt werden.

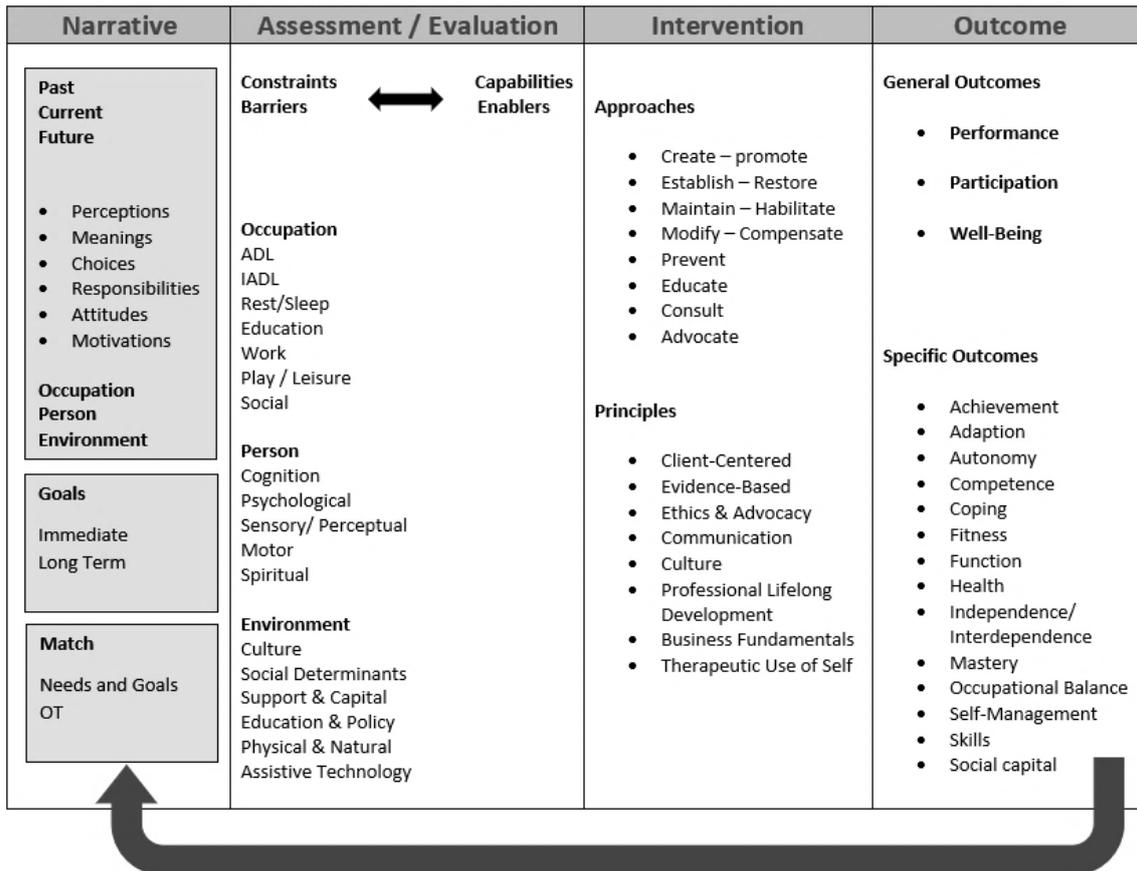


Abbildung 1: PEOP- OT Prozessmodell für personenzentrierte Therapieprozesse (Quelle: nach Christiansen, Baum, & Bass, 2015)

### 2.3.3 Das Narrativ im Kontext des PEOP- OT

Das Narrativ, **die Lebensgeschichte eines/einer Klient\*in**, wird zu Beginn des PEOP- OT durch Gespräche oder Beobachtungen erhoben (Christiansen et al., 2015). Der/die Ergotherapeut\*in erhält eine Vorstellung von der Wahrnehmung, den Interessen und Bedürfnissen eines/einer Klient\*in, seinen/ihren Betätigungen und Umwelten bezogen auf die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Außerdem gibt es Aufschluss über die kurz- und langfristigen Ziele des/ der Klient\*in. Im Folgenden soll auf das Narrativ von Senior\*innen als Population eingegangen werden. Hierbei werden Aspekte wie Akzeptanz, Einstellung, Motivation und Erfahrungen von Senior\*innen bzgl. dem Betätigungsanliegen „Nutzung digitaler Technologien“ aufgegriffen.

Die Gruppe der Senior\*innen ist divers (Österreichisches Institut für angewandte Telekommunikation) (ÖIAT) (2014). Laut Preßmar (2017) haben Faktoren wie Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund, Bildungsstand, Einkommen und im Haushalt vorhandene Technik Einfluss auf das Nutzungsverhalten Älterer. Im Vergleich zu „digitale Natives“ (Siepermann, o. D.) sind ältere Menschen im Heranwachsen und späteren Leben häufig nicht mit digitalen Technologien in Berührung gekommen (BMFSFJ, 2020a; Vronman, Arthanat, & Lysack, 2015). So erschweren fehlende Vorerfahrungen von Senior\*innen beispielsweise die Vorstellung über den Aufbau und die Funktionsweise des Internets (ÖIAT, 2014) und kann zum Nichtgebrauch dieses führen (Schymura & Theissen, 2020). Kreß (2018) ermittelt in ihrer Studie zur Smartphone- und Tabletnutzung durch Se-

nior\*innen drei Nutzungstypen. Der Pionier ist ein erfahrener Gerätenutzer mit Interesse für Technik und Drang sich weiterzubilden. Der Pragmatist kennt sein Gerät und benutzt ihm/ihr wichtige Anwendungen. Die dritte Gruppe bildet die begrenzten Nutzer mit zwei Subtypen. Der uninteressierte Typ, welcher das Smartphone nur selten und mit wenig Interesse nutzt und der frustrierte Typ, der den Gebrauch aufgrund erlebter Misserfolge meidet (Borgetto: Qualitative Forschung).

Nach dem Technologieakzeptanzmodell (TAM) von Davis (1989) bilden die wahrgenommene Nützlichkeit und die Benutzerfreundlichkeit zwei Faktoren für die Annahme oder Ablehnung von Informationstechnologien. Ein Gerät, welches als leicht bedienbar wahrgenommen wird, wird von einem/einer Nutzer\*in eher akzeptiert (Davis, 1989). Zudem werden unterstützende Technologien für Betätigungen, die für den/die Klient\*in von großer Bedeutung sind, eher angenommen (Polgar, 2015).

Ein weiterer Aspekt des Narrativs bildet die Betrachtung der Einstellung gegenüber digitalen Technologien. Laut einer Studie von Vronman et al. (2015) hängt eine vermehrte Nutzung von Technologien mit einer stärkeren Wahrnehmung von Vorteilen und positiven Einstellungen gegenüber Technologien bei Älteren zusammen (Borgetto: quantitative Forschung). Faktoren wie das Interesse, die Bereitschaft Anstrengungen zur Nutzung von Technologien zu leisten und finanzielle Investitionen zu tätigen, sowie der wahrgenommene Bedarf beeinflussen die Einstellung bzgl. der Technologiennutzung (Peek et al., 2015)

Zudem spielt die intrinsische Motivation einen entscheidenden Faktor für die Nutzung digitaler Technologien bei Älteren (BMFSFJ, 2020b; Arthanat, Vroman, & Lysack, 2014). Nach Arthanat et al. (2014) bildet sie die Basis, um eine Aufgeschlossenheit gegenüber dem Erlernen digitaler Fähigkeiten zu ermöglichen und zur Bewältigung von Hemmnissen. Passivität und Frust, sowie eine nachlassende Motivation sind verantwortlich für Bedenken gegenüber dem Internet (Haesner, Steinert, O'Sullivan, & Steinhagen-Thiessen, 2014).

Motive und damit verbundenen Ziele für die Technologiennutzung sind vielfältig. Sie ermöglichen Senior\*innen beispielsweise einen Internetzugang, welcher zum Knüpfen und Aufrechterhalten sozialer Kontakte, zur Freizeitgestaltung und zur Unterstützung der Aktivitäten im Alltag, insbesondere in Bezug auf Pflege- und Gesundheitsangelegenheiten genutzt wird (ÖIAT, 2014; Kapitel 3.2.5). Dennoch zeigt sich in der Auseinandersetzung mit digitalen Technologien unter Senior\*innen auch ein heterogenes Bild. Nicht alle haben das Bedürfnis diese zu nutzen (BMFSFJ, 2020b). Demnach haben 76 % der über 70-jährigen Senior\*innen mit einem niedrigen Bildungsstand kein Interesse an der Internetnutzung (Initiative D21 e.V., 2022).

Im folgenden Abschnitt wird auf die Evaluationsphase des PEOP- OT eingegangen und förderliche als auch hinderliche Faktoren in Bezug auf die Nutzung digitaler Technologien durch Senior\*innen vorgestellt.

#### **2.3.4 Assessment und Evaluation im Kontext des PEOP- OT**

Im Prozessschritt Assessment und Evaluation werden die erhobenen Informationen des Narrativs verwendet, um mit Hilfe von formalen Assessments Einschränkungen und Barrieren, sowie die Fähigkeiten und Ressourcen des/der Klient\*in festzustellen. Nach dem PEOP- OT werden die Bereiche Person, Umwelt und Betätigung betrachtet. Durch die Evaluation gewinnen Ergotherapeut\*innen einen Gesamteindruck des/der Klient\*in, um die Therapie zu planen (Christiansen et al., 2015).

Im Folgenden wird auf die aktuelle Studienlage bezüglich der Barrieren und Ressourcen von Senior\*innen in den Bereichen **Person**, **Umwelt** und **Betätigung** in Bezug zur Nutzung digitaler Technologien eingegangen.

Nach dem PEOP-OT wird die **Person** u.a. nach kognitiven, physischen und psychischen Aspekten betrachtet (Christiansen et al., 2015). Auf diese soll im Folgenden eingegangen werden.

Für Lernprozesse sind unterschiedliche kognitive Funktionen von Bedeutung. Die Schwierigkeit, die Senior\*Innen beim Gebrauch von digitalen Technologien empfinden, hängt mit der Fähigkeit sich zu konzentrieren, Dinge zu merken, zu lernen und zu denken zusammen (Mostaghel & Oghazi, 2016). So lernen Senior\*innen den Gebrauch von digitalen Medien meistens nicht intuitiv, sondern durch einen intentionalen Lernprozess (Arthanat et al., 2014). Hierbei benötigen sie häufige Wiederholungen und mehr Zeit (ÖIAT, 2014). Demnach haben Senior\*innen bei der Bedienung von digitalen Geräten Schwierigkeiten sich einzelne Schritte zu merken (Arthanat et al., 2014). Vorerfahrungen bilden einen zu betrachtenden Aspekt bezogen auf die Nutzung digitaler Technologien (Kapitel 2.3.3). Sie stellen eine Ressource für die Navigation und Nutzung der Geräte dar (Czaja, Ownby, Sharit, Roth, & Nair, 2001).

Die Nutzung digitaler Technologien wird ebenfalls durch psychische Faktoren, wie Angst, Motivation (Kapitel 2.3.3), Frustration, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen beeinflusst.

Ängste beim Gebrauch eines Computers betreffen die Auswirkungen der Nutzung, genauer den Verlust wichtiger Daten oder die Angst davor Fehler zu machen (Thatcher & Perrewé, 2002). Auch Angst Opfer von Cyber-Kriminalität zu werden, behindern Senior\*innen in der Nutzung des Internets (Gatto & Tak, 2008). Die Angst vor Internet-Aktivitäten bei denen Finanzen eine Rolle spielen ist, laut ÖIAT (2014), besonders groß. Eine hohe persönliche Innovationskraft, ein gutes Selbstwirksamkeitsgefühl und Erfahrungen können Angst positiv beeinflussen (Thatcher & Perrewé, 2002; Czaja et al., 2006).

Eine geringe Frustrationstoleranz kann eine Barriere im Zusammenhang mit dem Gebrauch digitaler Technologien darstellen. Gatto und Tak (2008) berichten, dass Studienteilnehmende über den hohen Zeitaufwand für den Lernprozess und die Technologien selbst, sowie Spam, Werbung und Pop-ups frustriert gewesen sein (Borgetto: Deskriptive Forschung). Selbstwirksamkeit hat einen signifikanten Effekt auf die Internetnutzung (Erickson & Johnson, 2011). Demnach kann eine höhere Selbstwirksamkeit die Einstellung bezüglich digitaler Technologie verbessern (Heinz, 2013). Nach Mostaghel und Oghazi (2016) korreliert eine gute Selbstwirksamkeitswahrnehmung positiv mit der erlebten Nützlichkeit von Technologien. Die Nutzung von digitalen Technologien kann das Selbstvertrauen und Zugehörigkeitsgefühl von Senior\*innen stärken (Chen & Schulz, 2016).

Die für die Nutzung digitaler Technologien relevanten physischen Faktoren und deren Einschränkungen im Alter werden in Kapitel 2.2.2 genannt und es soll darauf verwiesen werden.

Die **Umwelt** beeinflusst die Person und ihre Betätigungen. Im Folgenden wird auf die Umweltaspekte des PEOT- OT wie die Technologien, Bildung, Kultur, soziale Faktoren und die physische Umwelt in Verbindung zur Forschungsfrage eingegangen (Christiansen et al., 2015).

Digitale Technologien sind häufig nicht nutzerfreundlich gestaltet und nicht ausreichend an die Bedürfnisse von Senior\*innen angepasst (Callari, Ciairano, & Re, 2012; Hwan, Sol, Beom, Young, & Yong, 2013). Arthanat et al. (2014) fanden in ihrer Studie heraus, dass Senior\*innen digitale Geräte als komplex wahrnehmen, da sie mit Funktionen überladen sind (Borgetto: Mixed- Methoden Forschung). So fühlen sich Senior\*innen im Umgang mit Laptops, Computern und einfachen Mobiltelefonen sicherer als mit Smartphones und Tablets (Pappas et al., 2019). Zudem wird der Gebrauch einer Computermaus und Tastatur dem Touchscreen vorgezogen.

Die Bildung hat einen Einfluss auf die Nutzung digitaler Technologien. So konnte gezeigt werden, dass eine geringe Bildung negativ mit der Internetnutzung von Senior\*innen assoziiert ist (Huxold & Otte, 2019) und Senior\*innen mit einer hohen Bildung in der Nutzung digitaler Technologien selbstbewusster zu sein scheinen (Pappas et al., 2019).

Alter und Geschlecht sind ebenfalls Einflussfaktoren, die im Zusammenhang mit der Nutzung digitaler Technologien genannt werden. Sie können dem Bereich der Kultur im PEOP- OT zugeordnet werden. So gehören Ältere ab 65 Jahre noch zu den digitalen Randgruppen (Initiative D21 e. V., 2022). Laut Preßmar (2017) ist der ältere Onliner über 60 Jahre alt, „männlich, meist gut gebildet und verfügt über ein hohes Einkommen“ (S. 85).

Soziale Faktoren werden im PEOP- OT nach den Aspekten soziale Determinante, soziale Unterstützung und soziales Kapital betrachtet (Bass, Baum, Christiansen, & Haugen, 2015). Die soziale Unterstützung und das soziale Kapital beeinflusst die Nutzung digitaler Medien im Besonderen (Friemel, 2014). Demnach hat die Ermutigung zur Nutzung durch das soziale Umfeld einen maßgeblichen Einfluss auf die Nutzer\*innen. Das Fehlen der sozialen Unterstützung bildet einen Grund für die Nicht-Nutzung (Friemel, 2014). Familie und Freunde bilden hierbei häufig die entscheidenden Unterstützungsgrößen (Kreß, 2018).

Der finanzielle Aspekt lässt sich den sozialen Determinanten zuordnen. Laut Brenna (2019) besteht ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Nutzung von Internet und digitalen Geräten. Demnach können sich einige Senior\*innen keinen Computer leisten. Zudem konnte festgestellt werden, dass mit einem höheren Einkommen der Digitalisierungsgrad einer Person steigt (Initiative D21 e. V., 2022). Mit Blick auf die physische Umwelt kann sich das Fehlen eines Internetanschlusses nachteilig auf die digitale Teilhabe Älterer auswirken (BMFSFJ, 2020a).

Die Evaluation der **Betätigung** bildet einen entscheidenden Aspekt bezüglich der Nutzung digitaler Technologien durch Senior\*innen. Für diese Forschungsarbeit ist die Gerätebedienung von Interesse. Altersbedingte Veränderungen (Kapitel 2.2.2) wirken sich auf die Betätigungsperformanz aus. Demnach haben Senior\*innen insbesondere mit der Bedienung der Maus, dem Smartphone und Tablet Schwierigkeiten (Preßmar, 2017). Yang, Yu, Huang, Kuo und Yang (2010) stellen fest, dass die Bewegung des Cursors, sowie der Links und Rechtsklick, das gleichzeitige Drücken und Ziehen und der Doppelklick bei der Bedienung einer Maus für Senior\*innen schwierig ist (Borgetto: Versorgungsforschung). Zudem ist das Tippen und Wischen auf einem Touchscreen besonders herausfordernd für Senior\*innen (Kreß, 2018).

Im folgenden Abschnitt wird auf die Interventionsphase des PEOP- OT in Bezug zur Forschungsfrage eingegangen.

### 2.3.5 Intervention im Kontext des PEOP- OT

In der Interventionsphase werden die Informationen der Evaluationsphase verwendet, um die Therapie mit dem/der Klient\*in zu planen und durchzuführen. Das PEOP- OT schlägt hierfür eine Reihe an **Interventionsansätzen** wie anpassen, beraten, befürworten und informieren vor, die von **Prinzipien** wie einem klientenzentrierten, evidenzbasierten und ethischen Handeln geleitet werden. Die Auflistung weiterer Ansätze und Prinzipien kann Abbildung 1 entnommen werden (Christiansen, Bass, & Baum, 2015).

Im Folgenden wird auf die aktuelle Studienlage zu Interventionen und Lehrstrategien hinsichtlich der Forschungsfrage eingegangen.

In einer Studie bezüglich Interventionen zur Nutzung digitaler Technologie von Senior\*innen stellen Fischl, Blusi, Lindgren und Nilsson (2020) fest, dass eine vertrauensvolle Therapeut\*in-Klient\*in-Beziehung für den therapeutischen Prozess wichtig ist (Borgetto: Qualitative Forschung). Zudem sind maßgeschneiderte, individuell auf den/die Klient\*in angepasste Interventionen besonders erfolgreich. Fischl et al. (2020) machen positive Erfahrungen im Demonstrieren von Handlungsschritten, dem Erklären, insbesondere durch die Verwendung von Metaphern und dem Vornehmen von Anpassungen. Umweltanpassungen umfassen dabei die Verwendung einer Computermaus und eines Touchpens. Anpassungen am Gerät bilden Funktionseinstellungen wie die Vereinfachung des Hintergrundes, Ausstellung der Anmeldefunktion, Vergrößerung des Textes (Fischl et al., 2020).

Larsson, Nilsson und Larsson Lund (2013) geben an, dass auch das Licht im Raum angepasst werden sollten. Eine schriftliche oder bildliche Anleitung bezüglich der Handlungsschritte wurde durch die Studienteilnehmer\*innen außerdem als hilfreich wahrgenommen (Fischl et al., 2020). Laut Kreß (2018) ist es wichtig, dass die Senior\*innen die Handlungsschritte nicht nur lesen oder sehen, sondern selbstständig durchführen, damit sie langfristig verinnerlicht werden können. Zudem ist die gemeinsame Festlegung einer Unterstützungsperson, außerhalb des therapeutischen Settings, ein wichtiger Faktor im Therapieprozess (Fischl et al., 2020). Des Weiteren sollten Ergotherapeut\*innen ihre Klient\*innen während des Trainings, aber auch für das wiederholte Training zuhause ermutigen.

Die Gabe von Feedback an den/die Klient\*in und eine gemeinsame Reflexion der Handlung sind hilfreiche Mittel für die Gestaltung des Lernprozesses (Fischl et al., 2020; Czaja et al., 2006). Hierbei sollte auf eine wertschätzende Haltung und positive Kritik geachtet werden (Leung et al., 2012). Für den Interventionsprozess sollte ausreichend Zeit eingeplant und eine entspannte, unterstützende Umwelt geschaffen werden, um Angst zu reduzieren (Arthanat et al., 2014; Czaja et al., 2006). Die Wiederholung der Handlungsschritte ist für den Lernprozess bei Senior\*innen von Bedeutung (Larsson et al., 2013). Nach Pappas et al. (2019) empfiehlt sich eine Schritt-für-Schritt-Darstellung des Lerninhaltes, um den Lernprozess zu erleichtern. Zudem sollte auf eine einfache und für Senior\*innen verständliche Sprache beim Erklären der digitalen Geräte geachtet werden (ÖIAT, 2014). Um das Selbstvertrauen der Senior\*innen in ihre Fähigkeiten zu verbessern und die Motivation aufrecht zu erhalten, sollten Anforderungen so gestaltet werden, dass die Klient\*innen regelmäßig Erfolge erleben (Czaja et al., 2006; Arthanat et al., 2014).

Damit das Betätigungsanliegen der Nutzung digitaler Technologien durch Senior\*innen umgesetzt werden kann, sollten Ergotherapeut\*innen auch über digitale Kompetenzen verfügen (Klein, 2020). Die digitale Kompetenz wird, laut Ferrari (2012), als eine Einheit aus Wissen, Einstellungen, Fertigkeiten verstanden, die zur Verwendung digitaler Technologien und Medien und den damit verbundenen Aufgaben benötigt wird. In einer Studie von Hills et al. (2016) wurde festgestellt, dass sich die befragten Ergotherpiestudent\*innen in einer Reihe technologischer Anforderungen nicht sicher fühlen und Unterschiede bezüglich digitaler Kompetenzen innerhalb einer Generation auftreten können (Borgetto: Quantitative Forschung).

Im Folgenden Abschnitt wird auf die Outcomephase des PEOP-OT in Verbindung zur Forschungsfrage eingegangen.

### 2.3.6 Outcome im Kontext des PEOP- OT

An die Interventionsphase schließt sich die Outcomephase an (Christiansen et al., 2015). In dieser Behandlungsphase wird eine **erneute Messung der Ergebnisse** empfohlen. Für eine formelle Evaluation werden standardisierte Tests empfohlen. Informelle Evaluationen können durch Befragung oder Beobachtung erfolgen (Polgar, 2015). So können Betätigungsausführung, Zufriedenheit, die noch benötigte Unterstützung und der Nutzenumfang hinsichtlich der Technologien evaluiert werden (Polgar, 2015).

Im PEOP- OT werden unter dem Konzept „Outcome“ die drei Hauptkomponenten **Betätigungsperformanz** (Performance), **Teilhabe** (Participation) und **Wohlbefinden** (Well- Being) näher betrachtet (Christiansen et al., 2015). Neben diesen können spezifische Outcomes beobachtet werden. Hierzu zählen u.a. die Selbständigkeit, Unabhängigkeit oder das Selbstmanagement. Eine vollständige Auflistung der vorgeschlagenen spezifischen Outcomes kann Abbildung 1 entnommen werden (Christiansen, Bass, & Baum, 2015.)

Im Folgenden wird auf die Bedeutung der Nutzung digitaler Technologienutzung durch Senior\*innen in Bezug auf die drei Hauptkomponenten des PEOP- OT eingegangen.

Die **Betätigungsperformanz** wird als das Ausführen von Tätigkeiten, Aufgaben und Rollen verstanden. Dabei wird sie durch die Person selbst und ihre Umwelt beeinflusst (Christiansen et al. 2015). Als Outcome können Betätigungen in Verbindung mit digitalen Technologien verstanden werden, die durch die Senior\*innen neu erlernt wurden oder wieder ausgeführt werden können. Der Einsatz digitaler Technologien ermöglicht Senior\*innen den Zugang zum Internet und hat damit Auswirkungen auf die Betätigungsperformanz der Senior\*innen. Laut einer Studie zur Nutzung des Internets unter Älteren zwischen 65 und 100 Jahren, 2014 in der Schweiz, nutzen über 80 % der Onliner dieses zum E-Mailschreiben und Suche allgemeiner Informationen. 40 % der Onliner lesen mittels digitaler Technologien Zeitungen und Zeitschriften. Zudem werden Tätigkeiten wie die Informationssuche zu Fahrplänen, Reisen und Gesundheitsthemen, sowie Onlinebanking und Onlineshopping genannt. Die Nutzung sozialer Netzwerke und Internetforen werden mit weniger als 20 % angegeben und demnach weniger durch die Senior\*innen gebraucht (Seifert & Schelling, 2015) (Borgetto: quantitative Forschung).

IKT bietet Senior\*innen die Möglichkeit neuen Freizeitaktivitäten nachzugehen und neue Kompetenzen zu erwerben (Chen & Schulz, 2016). Das Schauen von Filmen, Hören von Musik oder Spielen von Computerspielen bilden beliebte Betätigungen von Senior\*innen in Verbindung mit der Internet (ÖIAT, 2014). Laut Kreß (2018) wird der Computer für Aktivitäten wie dem Onlinebuchen von Arztterminen und für Medikamentenbestellungen genutzt und das Mobiltelefon zur Nutzung der Erinnerungsfunktion, ebenso wie zum Senden und Empfangen von Textnachrichten und Telefonieren.

**Teilhabe** wird als das aktive Beteiligtsein an Tätigkeiten, die zum Wohlbefinden einer Person oder Population beitragen können, verstanden (Christiansen et al., 2015). Laut dem Achten Altersbericht (BMFSFJ, 2020 a) haben digitale IKTs einen positiven Effekt auf die sozialen Teilhabe Älterer. Demnach kann die IKT- Nutzung die sozialen Verbindungen zu Familie, Freunden und Bekannten sowie beim Bilden neuer Kontakte unterstützen und so die soziale Integration von Senior\*innen fördern (Chen & Schulz, 2016). Insbesondere frei zugängliche Kommunikationsmedien wie Soziale Medien bieten, nach Amundsen (2020), Chancen für Ältere, um ihre sozialen Kontakte über Entfernungen hinweg zu pflegen.

Das Konzept des **Wohlbefindens** lässt sich laut Bass (2015) in der WHO- Definition für Gesundheit wiederfinden. „Die Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 1948, S.1). Lebensfreude und Zufriedenheit bilden zwei wesentliche Merkmale des Wohlbefindens, welche im PEOP- OT betrachtet werden (Christiansen et al., 2015). Die Verwendung digitaler Technologien kann das Wohlbefinden Älterer fördern. So ergab eine Interventionsstudie von Shapira, Barak und Gal (2007) zum Computer- und Internetgebrauch durch Senior\*innen signifikante Anzeichen für mehr Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und Kontrollgefühl sowie weniger Einsamkeitsgefühl und Depressionen durch den Gebrauch von digitalen Technologien und dem Internet (Borgetto: Versorgungsforschung). Sum, Mathews, Pourghasem, & Hughes (2009) kommen in ihrer Studie zum Internetgebrauch u.a. zu dem Ergebnis, dass ein Zusammenhang zwischen der Internetnutzung und höherer Zufriedenheit bezogen auf die Gesundheit und dem Glücklichein besteht (Borgetto: Versorgungsforschung).

Im sich anschließenden Kapitel 3 wird auf die verwendete Forschungsmethode dieser Forschungsarbeit eingegangen und der Entstehungsprozess, sowie das Forschungsdesign aufgezeigt.

### 3. Methodisches Vorgehen

Dieses Kapitel greift den Forschungsprozess, sowie die angewandte Forschungsmethode auf. Beginnend mit der Beschreibung der Recherche nach Literatur (Kapitel 3.1) und des Forschungsdesigns (Kapitel 3.3), wird der Prozess der Datenerhebung einschließlich der Pilotphase (Kapitel 3.4) verdeutlicht. Darauf folgend wird Bezug auf die Aufbereitung der gewonnen Interviewdaten (Kapitel 3.5) und deren Auswertung genommen (Kapitel 3.6). Abschließend erfolgt die Darstellung der Gütekriterien einer qualitativen Forschung in Bezug zu dieser Forschungsarbeit (Kapitel 3.7).

#### 3.1 Literaturrecherche

Nach einer ersten Sichtung der Literatur haben die Forscher\*innen die Forschungsfrage und die Leitfragen formuliert und sind dann in eine vertiefende Literaturrecherche begeben. Anhand der Forschungsfrage formulierten sie die Schlüsselwörter für die Recherche. Sie beinhaltete die Suche in Datenbanken, wie OT- Seeker, PubMed, PubPsych, Researchgate, Springer Link und Google Scholar. Außerdem nutzten die Forscher\*innen die Online- Bibliotheken der Zuyd Hogeschool, der Universität Aachen und der Hochschule Wismar, um nach wissenschaftlichen Artikeln, Journals und Fachbüchern zu suchen. Zudem erfolgte eine Suche in Hochschuleigenen Wissensbanken, wie der Digitalcollection der Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften und der HBO- Kennisbank der Zuyd Hogeschool. In Tabelle 2 werden beispielhaft Schlüsselwörter und Kombinationen für das Kapitel 2.3 vorgestellt:

Tabelle 2: Schlüsselwörter für Kapitel 2.3

Nr.:	Schlüsselwörter
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ergotherapeut OR Ergotherapie</li> <li>▪ Smarthone OR Laptop OR Tablet OR Digitale Medien OR Internet</li> <li>▪ Senioren OR Rentner OR Geriatrie</li> </ul>
2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Occupational therapy OR occupational therapist OR OT</li> <li>▪ Smartphone OR Mobile phone OR mobile OR Laptop OR Tablet OR digital media OR internet</li> <li>▪ Elderly people OR seniors OR advanced age</li> </ul>
3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ergotherapeut OR Ergotherapie AND</li> <li>▪ Smartphone OR Laptop OR Tablet OR Digitale Medien OR Internet AND</li> <li>▪ Senioren OR Rentner OR Geriatrie AND</li> <li>▪ Intervention OR Therapie OR Strategie OR Schulung OR Training AND</li> </ul>
4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Smartphone OR iPad OR phone OR Laptop OR Tablet OR digital media OR internet AND</li> <li>▪ Elderly people OR seniors OR advanced age AND</li> <li>▪ Participation</li> </ul>

Durch die Eingrenzung des zeitlichen Rahmens auf nicht älter als zehn Jahre, sollte die Aktualität der Literatur sichergestellt werden. Die Ergebnisse wurden nach Stichwörtern, Operatoren, Eingrenzungen und verwendeten Artikeln tabellarisch festgehalten (Anlage 11). Im Anschluss daran haben die Forscher\*innen die gefundene Literatur nach ihrer Aussagekraft und Relevanz für das Forschungsthema zusammengefasst. Dieses methodische Vorgehen diente ihnen dazu, im späteren Verlauf, gezielter auf die Literatur zugreifen zu können. Des Weiteren wurde die recherchierten Artikel bezogen nach Forschungspyramide von Tomlin und Borgetto (Borgetto et al., 2007) eingeordnet (Anlage 12). Viele der gefundenen Artikel besitzen ein qualitatives Studiendesign mit niedrigem Evidenzlevel. Deutschsprachige, ergotherapeutische Studien bezüglich der Forschungsfrage konnten nicht gefunden werden, was auf ein noch unerforschtes Thema in der deutschsprachigen Ergotherapie schließen lässt.

## 3.2 Ethischer Aspekt

Um eine Unversehrtheit der Studienteilnehmer\*innen zu garantieren, haben sich die Forscher\*innen vor Beginn der Studie mit ethischen Aspekten auseinandergesetzt. Demnach können Forschungen am Menschen oder Forschungen mit Menschen unterschieden werden (Misoch, 2019). Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Forschung mit Menschen, da „qualitative Interviews zur Erhebung von Daten weniger sensibler Art“ (Misoch, 2019, S.15) durchgeführt wurden. Von dieser Forschungsart geht keine Gefährdung der menschlichen Gesundheit aus (Misoch, 2019).

Im Rahmen der Forschungsethik wurden weitere ethische Fragestellungen diskutiert. Diese werden im Folgenden an den basalen ethischen Prinzipien von Willig (nach Misoch, 2019) beschrieben.

1. **Einverständniserklärung:** Vor der Durchführung der Interviews wurde den Teilnehmer\*innen ein Informationsblatt bezüglich der Thematik und Zielsetzung der Studie, sowie eine Einverständniserklärung zugesandt (Anlage 1).
2. **Keine Täuschung:** Die Teilnehmer\*innen wurden sowohl durch das o.g. Informationsblatt als auch zu Beginn des Interviews über den Studieninhalt informiert.
3. **Widerrufsrecht:** Die Teilnehmer\*innen wurden im o.g. Informationsblatt über das Widerrufsrecht aufgeklärt. Um sozialen Druck zu vermeiden, wurden Vereinbarungen bezüglich der Studienteilnahme nicht öffentlich getroffen.
4. **Nachbesprechung:** Im Anschluss an das Interview wurde mit den Teilnehmer\*innen die Zusendung der fertigen Bachelorarbeit vereinbart, um eine Transparenz der Ergebnisse zu gewährleisten. Außerdem wurde ihnen eine Kopie der Transkription zur inhaltlichen Überprüfung zugesandt.
5. **Vertraulichkeit:** Der wie im Bundesdatenschutzgesetz (2017) beschriebene sichere Umgang mit personenbezogenen Daten, wurde während des gesamten Forschungsprozesses gewissenhaft umgesetzt. Hierfür wurde den Teilnehmer\*innen zur Anonymisierung ein Code zugewiesen. Die Dokumente und der Codierungsschlüssel werden in einer externen Datei der Hochschule verwahrt.

## 3.3 Forschungsdesign

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde eine qualitative Studie durchgeführt. Die Entscheidung für ein qualitatives Vorgehen wurde, wie von Ritschl, Prinz-Buschberger und Stamm (2016) empfohlen, mit Hilfe eines Entscheidungsbaums gefällt. Durch eine Literaturrecherche konnte eine mangelhaften Studienlage zum Forschungsthema festgestellt werden und die Notwendigkeit mehr empirische Forschung diesbezüglich durchzuführen.

Die qualitative Forschung dient zur Erhebung von menschlichem Erleben und Erfahrungen, um allgemeine Rückschlüsse auf einen Sachverhalt zu ziehen (Perkhofer, Gebhart, & Tucek, 2016) und empfiehlt sich aus diesem Grund für die beschriebene Fragestellung. Die vorliegende Forschungsarbeit wurde in Anlehnung an die hermeneutische Forschungstradition gestaltet. In der Hermeneutik geht es um die Entwicklung eines tiefen Verständnisses von menschlichen Erfahrungen (Chapparo, 2016). Hierfür bringen die Forscher\*innen auch ihre eigenen Erfahrungen und ihr Vorverständnis in die Forschung mit ein und überprüfen und entwickeln diese im Sinne des hermeneutischen Zirkels weiter (Mayring, 2016). Das eigene Bewusstsein über die Voreingenommenheit ist nach Chapparo (2016) im Sinne der hermeneutischen Wachheit besonders wichtig. Aus diesem Grund war bei der Leitfadenerstellung und Analyse ein reflektiertes Verhalten von besonderer Bedeutung. Die Forscher\*innen verwendeten im Forschungsprozess ein induktives Verfahren, da neue Theorien und Kategorien generiert wurden (Weigl, 2016). Wie bereits beschrieben, bietet die hermeneutische Forschungstradition, ebenso wie die gewählte Interviewform die Möglichkeit deduktive Aspekte mit einfließen zu lassen (Chapparo, 2016). Das Zusammenspiel dieser Vorgehensweisen wird in den folgenden Kapiteln deutlich.

## 3.4 Datenerhebung

Mayring (2016) gibt an, dass zur Erhebung qualitativer Daten insbesondere verbale Techniken, wie Gespräche geeignet sind. Darum wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage qualitative Interviews durchgeführt. Als Erhebungsmethode wurden semistrukturierte Leitfadeninterviews gewählt, da diese eine thematische Steuerung ermöglichen und den Raum für die Generierung von neuen Aspekten geben (Misoch, 2019).

### 3.4.1 Interview

Da eine strukturierte und klare Vorgehensweise essenziell für die Qualität von qualitativer Forschung ist, stellt die Spezifizierung und Beschreibung der verwendeten Interviewform eine besondere Relevanz dar (Mayring, 2016).

Nach eingehender Recherche entschieden sich die Forscher\*innen für die Durchführung von Problemzentrierten Expert\*inneninterviews. Das Problemzentrierte Interview (PZI) ist durch eine offene, halbstrukturierte Gesprächsform gekennzeichnet (Mayring 2016). Die Vorgehensweise zeichnet sich durch ein „induktiv- deduktive[s] Wechselspiel“ (Misoch, 2019) aus. Das bedeutet, dass die Forscher\*innen ihr, durch die Literaturrecherche, generiertes Wissen in das Interview einbringen.

Die Grundprinzipien des PZI sind:

1. **Problemzentrierung:** Dieses Grundprinzip beschreibt die Notwendigkeit eines vorhandenen gesellschaftlich relevanten Problems, welches die Forscher\*innen in Kapitel 2 genauer dargestellt haben. Das zuvor generierte Wissen floss, mittels des erstellten Leitfadens, deduktiv in den Forschungsprozess ein (Mayring, 2016).
2. **Gegenstandsorientierung:** Dieser Aspekt beschreibt die Flexibilität bei der Durchführung der Studie. Hierbei bezieht Witzel (zitiert nach Misoch, 2019) sich auf die Anpassung der Erhebungsmethoden und verwendeten Gesprächstechniken.
3. **Prozessorientierung:** Dieser Punkt beschreibt die Anpassung an das Interaktionsgeschehen mit den Teilnehmer\*innen (Misoch, 2019), welches sowohl durch eine Anpassung der Sprache als auch durch Rückfragen erfolgte. Zudem wird im PZI der Interviewleitfaden während des Prozesses überarbeitet und angepasst (Misoch, 2019). In dieser Forschungsarbeit erfolgte eine Anpassung hinsichtlich der Anrede und Formulierungen, sowie der Einstiegsfrage in Bezug auf die Hintergründe der Teilnehmer\*innen.

Experteninterviews haben keine bestimmte Methode, sondern beschreiben lediglich die Gruppe der Interviewten (Misoch, 2019). Laut Hitzler (zitiert nach Misoch, 2019) werden Personen die „über ein spezielles Sonderwissen verfügen“ (S. 119) als Expert\*innen bezeichnet. Helfferich (2011) weist darauf hin, dass der Begriff des/der Expert\*in keiner einheitlichen Definition unterliegt. Im Kapitel 3.3.4 legen die Forscher\*innen darum Kriterien fest, die in dieser Studie für den Expert\*innenstatus erfüllt sein müssen.

### 3.4.2 Leitfaden

Das in der Literaturrecherche generierte und im theoretischen Hintergrund (Kapitel 2) beschriebene Wissen bezüglich des Forschungsgegenstandes dient, laut Mayring (2016), im PZI als Grundlage für die Erstellung eines Interviewleitfadens. Der Interviewleitfaden dient der Strukturierung des Gesprächs und beinhaltet „eventuelle Formulierungsalternativen“ (Mayring, 2016, S.69).

Für die Erstellung des Leitfadens orientierten sich die Forscher\*innen an dem SPSS-Prinzip nach Helfferich (2011). Dieses Vorgehen ist, im Sinne der von van Manen (zitiert nach Chapparo, 2016) beschriebenen hermeneutischen Wachheit, besonders geeignet, da es das Merkmal der Offenheit unterstützt.

Die Abkürzung SPSS steht für die im Folgenden beschriebenen vier Schritte (Helfferich, 2011). Im ersten Schritt Sammeln, sammelten die Forscher\*innen alle Fragen ungeachtet ihrer Eignung und Formulierung in einem gemeinsamen Dokument. Bei der Sammlung der Fragen wurde bereits auf das Vorwissen aus der Literatur zurückgegriffen. Der zweite Schritt Prüfen umfasst das Prüfen der gesammelten Fragen. In diesem Schritt wurden Faktenfragen, geschlossene Fragen, und Erwartungsfragen, die eine Antwort implizieren, gestrichen oder so umformuliert, dass sie neue Erkenntnisse generieren können (Helfferich, 2011). Im dritten Schritt Sortieren wurden die formulierten Fragen sortiert. Für die Sortierung, Sammlung und Umformulierung der Frage diente das PEOP- OT (Kapitel 2.3.2) als Basis. Im vierten Schritt Subsummieren wurde für die zuvor sortierten Aspekte offene übergeordnete Erzählaufforderungen formuliert. Diese in Fragen formulierten Aspekte und Stichworte wurden im Interview nur dann aufgegriffen, wenn diese nicht durch die Teilnehmer\*innen benannt wurden (Helfferich, 2011).

Der fertige Leitfaden gliedert sich in die Teile Einleitung, Evaluation, Intervention, Outcome und Ausleitung (Anlage 5). In der Einleitung wurden, neben der Beschreibung des Ablaufs und Themas, Sondierungsfragen bezüglich der Teilnahmemotivation und dem Arbeitssetting gestellt, um einen sanften Einstieg in das Interview zu gestalten (Mayring, 2016). Im Teil Evaluation, Intervention und Outcome wurden die Leitfadenfragen gestellt, welche Mayring (2016) als „wesentlichste Fragestellungen“ (S.70) bezeichnet. In der Ausleitung wurde, wie von Helfferich (2011) empfohlen, eine Ausblicksfrage gestellt. Um relevante Faktenfragen aufzugreifen und zur Überprüfung der Eignung der Interviewten als Expert\*innen, wurde den Teilnehmer\*innen vor dem Interview ein Kurzfragebogen zugesendet (Helfferich, 2011) (Anlage 2).

### **3.4.3 Pilotphase**

Nach Erstellung des Leitfadens begann die Pilotphase, in der ein Pretest durchgeführt wurde (Mayring, 2016). Die Auswahl der Pretester\*in richtete sich nach den in Abschnitt 3.4.4 beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien. Eine leichte Abweichung ist hierbei zu vermerken, da die Pretesterin die Erfahrung der Intervention zum Zeitpunkt des Pretests noch nicht abgeschlossen hatte. Die Durchführung des Pretests diente, neben der Testung des Leitfadens, auch als Übung für die Forscher\*in (Mayring, 2016). Im Anschluss an das Interview füllte die Pretester\*in einen, von den Forscher\*innen erstellten Feedbackbogen (Anlage 4) aus. Diese Erkenntnisse nutzten die Forscher\*innen zur Modifizierung des Leitfadens bezüglich einer Vereinfachung der verwendeten Sprache und ergänzten den Leitfaden um eine Sondierungsfrage.

### **3.4.4 Teilnehmer\*innenrekrutierung**

Vor Beginn der Teilnehmer\*innenrekrutierung galt es die Zielgruppe zu definieren, sowie Ein- und Ausschlusskriterien zu beschreiben. Als Expert\*innen zur Studienteilnahme berechtigt, waren Ergotherapeut\*innen die:

- mindestens ein Jahr Berufserfahrung haben,
- in Deutschland als Ergotherapeut\*innen tätig sind,
- mindestens eine Erfahrung in der Umsetzung des Betätigungsanliegens ‚Nutzung digitaler Technologien‘ mit geriatrischen Klient\*innen in der Ergotherapie gemacht haben.

Für die Teilnehmerakquise erstellten die Forscher\*innen einen Flyer (Anlage 6). Dieser wurde über unterschiedliche soziale Medien (Facebook, Instagram) verbreitet und auf der Homepage des DVE veröffentlicht. Nach einer geringen Rücklaufquote wurde der Flyer mit einem persönlichen Anschreiben an ca. 300 ausgewählte Ergotherapiepraxen im gesamten Bundesgebiet via E-Mail verschickt. Außerdem schrieben die Forscher\*innen den DVE, Expert\*innen im Fachbereich Geriatrie und Kolleg\*innen an, um eine Weiterleitung, angelehnt an das Schneeballprinzip (Misoch, 2016), zu bitten. Acht Interessierten

wurde ein Informationsblatt einschließlich Einverständniserklärung (Anlage 1), sowie ein Kurzfragebogen (Anlage 2) per Mail zugesandt. T1 und T6 meldeten sich nicht mehr zurück. Sechs Ergotherapeut\*innen sendeten die ausgefüllten Dokumente zurück und erklärten sich zur Teilnahme bereit.

### 3.4.5 Durchführung der Interviews

Um die Erfahrungen von Ergotherapeut\*innen mit dem Betätigungsanliegen „Nutzung digitaler Technologien“ durch Senior\*innen zu erforschen, wurden im Zeitraum von Anfang bis Ende Juni 2021 sechs leitfadengestützte Expert\*inneninterviews durchgeführt. Die Interviews fanden online via Microsoft Teams statt. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, wurde den Teilnehmer\*innen vorab der selbsterstellte Leitfaden zur Nutzung von Microsoft Teams, sowie ein Einladungslink zugesandt. Da das Interview online stattfand, konnten die Teilnehmenden selbst entscheiden in welchen Räumlichkeiten sie das Interview geben wollten. Das „hat den Vorteil, dass es dort geführt werden kann, wo die sich wohl und sicher fühlen“ (Helfferich, 2011, S. 177). Die Interviewdauer betrug 60 bis 90 Minuten.

Vorab wurden die Teilnehmer\*innen darauf hingewiesen, genug Zeit einzuplanen. Die Interviews wurden mit der programminternen Funktion von Teams aufgezeichnet. Für die Aufnahme und Verarbeitung der Daten unterschrieben die Teilnehmer\*innen im Voraus eine Einverständniserklärung. Die Forscher\*innen führten jeweils drei Interviews getrennt voneinander durch. Zu Beginn der Interviews bemühten die Forscher\*innen sich, durch ein ungezwungenes Gespräch, eine freundliche und positive Atmosphäre zu schaffen (Helfferich, 2011). Aus hermeneutischer Sicht ist die Verwendung eines Interviewleitfadens empfehlenswert, sollte jedoch flexibel gehandhabt werden (Chapparo, 2016). Die vorformulierten Fragen wurden im Interview an den Sprachgebrauch der Teilnehmer\*innen angepasst. Neben den im Leitfaden notierten Fragen wurden außerdem sogenannte Adhoc-Fragen gestellt, um flexibel relevante Aspekte zu vertiefen (Mayring, 2016). Eine gute Vertrauensbeziehung ist eine Voraussetzung für die ehrliche und genaue Beantwortung von Fragen durch Teilnehmende (Mayring, 2016). Diesbezüglich setzten die Forscher\*innen bewusst und kontrolliert nonverbale Signale ein, um die Teilnehmer\*innen zum Erzählen zu ermutigen (Helfferich, 2011).

Im direkten Anschluss an die Interviews füllten die Forscher\*innen ein nach Helfferich (2011) erstelltes Interviewprotokoll (Anlage 8) aus. Mit dem Protokollbogen wurden Angaben zu Teilnehmer\*in, Rahmenbedingungen, Interviewatmosphäre und besonderen Vorkommnissen dokumentiert. Der Protokollbogen fungierte für die Forscher\*innen als eine Art Checkliste bezüglich Absprachen mit den Teilnehmer\*innen und Aspekten, die bei der Interpretation genauer betrachtet werden sollten (Helfferich, 2011).

## 3.5 Datenaufbereitung

Um eine inhaltliche Auswertung von Interviews vornehmen zu können, muss zuvor eine Verschriftlichung (Transkription) des Materials erfolgen. Die Transkription der sechs Interviews dieser Forschungsarbeit erfolgte am Computer. Für die Transkription wurde das einfache Transkriptionsverfahren nach Dresing & Pehl (2011) angewandt. Durch die Anwendung eines Regelwerks sollte eine einheitliche Grundlage für die kommende Analyse geschaffen werden. In einem Transkript werden, neben dem Gesprochenem, auch charakteristische Aspekte eines Interviews wie beispielsweise Gestiken oder Gefühlsäußerungen von Interviewer und Interviewten erfasst (Bortz & Döring, 2009). Dies berücksichtigten die Forscher\*innen, indem sie emotionale und nonverbale Äußerungen der Interviewer und Interviewten in Klammern festhielten. Während der Transkription wurden marginale Anpassungen zu den Regeln vorgenommen. Bezogen auf die Sprecherkennzeichnung wurde die interviewende Person durch ein „I“, die befragte Person durch ein „T“, gefolgt von der Codierungsnummer („TX“), gekennzeichnet. Die Zeitmarken wurden zu Beginn des neuen Sprechers gesetzt. Es wurden keine Zehntelsekunden notiert. Alle weiteren Regeln nach Dresing und Pehl (2011) wurden ohne Änderungen angewandt und können im Anlage 9 eingesehen werden.

### 3.6 Datenauswertung

Für die systematische Datenanalyse der Expert\*inneninterviews verwendeten die Forscher\*innen die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Ziel einer Inhaltsanalyse ist es, die niedergeschriebene Kommunikation der Interviews, geordnet nach Regeln und einer Theorie folgend, zu analysieren, um somit Rückschlüsse auf Bedeutung und Sinn des Gesagten zu erzielen, sowie ein Kategoriensystem zu erarbeiten (Mayring, 2015). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wird als eine Auswertungsmethode verstanden, welche die nun folgenden Schritte empfiehlt.

Im ersten Schritt erfolgte die Auswahl und Festlegung auf das endgültige Auswertungsmaterial. Bezogen auf diese Forschungsarbeit bilden sechs transkribierte Interviews das Ausgangsmaterial. Ein Transkriptionsauszug ist in Anlage 7 einsehbar. Daraufhin empfiehlt Mayring die Analysebeschreibung der Entstehungssituation. Hier wird beschrieben wer, wie und unter welchen Rahmenbedingungen die Erhebung des Ausgangsmaterials erfolgte. In dieser Forschungsarbeit wird dieser Schritt in Kapitel 3.4 aufgegriffen. Im nun folgenden Schritt sollte eine formale Charakterisierung des Ausgangsmaterials erfolgen. Hierbei wird beschrieben, in welcher Form das Datenmaterial erhoben und transkribiert wurde. Weitere Aspekte dazu können in Kapiteln 3.4 und 3.5 nachgelesen werden.

Anschließend wird die Richtung der Analyse festgelegt. Hierunter wird verstanden, dass sich vom zugrundeliegenden Material verschiedene Aussagerichtungen festhalten lassen. Durch die Expert\*inneninterviews und einer vorhergehenden Literaturrecherche konnten die Forscher\*innen einen Analysehintergrund schaffen. Bezogen auf das inhaltsanalytische Kommunikationsmodell nach Mayring (2015) können dadurch Aussagen zum „emotionalen und kognitiven Hintergrund und dem Handlungshintergrund“ (Mayring, 2015, Abb.7., S.59) der Interviewten gemacht werden.

Inhaltsanalysen sind durch regelgeleitete und theoriegeleitete Interpretationen gekennzeichnet (Mayring, 2015). Nach Mayring liegt jeder Analyse eine zuvor formulierte wissenschaftliche Fragestellung zu Grunde. In der vorliegenden Forschungsarbeit enthält das erfasste Material Aussagen von sechs Ergotherapeut\*innen, die über ihre Erfahrungen in Bezug auf das Betätigungsanliegen der Nutzung digitaler Technologien mit Senior\*innen“ in der Therapie sprechen. Um aus den Erfahrungen der sechs Teilnehmer\*innen viele Informationen zum Behandlungsprozess und der Umsetzung des o.g. Betätigungsanliegens in der Therapie ableiten zu können, nutzen die Forscher\*innen einen theoriebasierten Leitfaden (Anlage 5).

Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse:

Als weiterführendes Ablaufmodell für die Analyse haben sich die Forscher\*innen für die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) und einer induktiven Kategorienbildung entschieden. Ziel einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist es, „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten, bleiben“ (Mayring, 2015, S.67) und das Grundmaterial noch die Gestalt des Ursprungsmaterials widerspiegelt.

Dem Ablaufschema nach Mayring (2015) zufolge, beginnt diese im ersten Schritt mit der Bestimmung von Analyseeinheiten. Dann folgt im zweiten Schritt die Paraphrasierung inhaltbedeutender Textstellen (Z1-Regeln). Hierbei werden alle Paraphrasen aus den vorliegenden Analyseeinheiten herausgeschrieben und im dritten Schritt unter einem, zuvor bestimmten, Abstraktionsniveau generalisiert (Z2-Regeln). Im anschließenden vierten Schritt erfolgt die erste Reduktion, in dem unwichtige und/oder ähnliche Paraphrasen herausgestrichen werden (Z3-Regeln). In einer, im fünften Schritt, folgenden zweiten Reduktion werden ähnliche Paraphrasen durch Komprimierung, Zusammenfügen und Integration zusammengefasst (Z4-Regeln). Im sechsten Schritt werden die neuen Aussagen als ein Kategoriensystem zusammengebracht. Im siebten Schritt der Inhaltsanalyse erfolgt eine Prüfung der Kategorien und ihren Aussagen auf Repräsentativität am Ausgangsmaterial.

Die Forscher\*innen folgten diesen soeben beschriebenen Prozessschritten nach Mayring (2015) wie folgt:

1. Bestimmung der Analyseeinheiten

Im ersten Schritt wurde seitens der Forscher\*innen festgelegt, welches Material zu analysiert ist. In der vorliegenden Forschungsarbeit bilden sechs transkribierte Expert\*inneninterviews die Materialgrundlage. Zur Bestimmung der Analyseeinheiten wurden zunächst diese sechs Interviews durch die Forscher\*innen in zwei aufeinander folgenden Runden gesichtet und um nicht inhaltsrelevante Sinneinheiten reduziert. Dabei sichtete jede Forscher\*in das zuvor analysierte Datenmaterial der jeweils anderen. So entstanden Kontexteinheiten als Basismaterial für die weiterführende Analyse. Eine Kontexteinheit bezeichnet alle aufeinanderfolgenden Aspekte, die ein Thema beschreiben und bildet den „größten Textbestandteil“ (Mayring, 2015, S.61) einer Kategorie. Im Gegensatz dazu bildet eine Kodiereinheit den kleinsten Aspekt eines Themas. Sie bestimmt, welches „der kleinste Materialbestandteil ist“ (Mayring, 2015, S.61).

2. Paraphrasierung inhaltlich bedeutsamer Textbausteine

Im zweiten Schritt erfolgte die Streichung aller inhaltlich nicht bedeutsamen Textstellen der vorliegenden Analyseeinheiten (Z1- Regeln). Dabei achteten die Forscher\*innen auf die Verwendung einer einheitlichen sprachlichen Ebene und die Ausformulierung in einer grammatikalischen kurzen Form.

3. Generalisierung auf ein festgelegtes Abstraktionsniveau

Im dritten Schritt der Inhaltsanalyse erfolgte die Verallgemeinerung der inhaltsähnlichen Paraphrasen auf ein festgelegtes Abstraktionsniveau (Z2- Regeln). Hierfür wurde die Paraphrasen durch andere Worte mit geringerer Interpretationsmöglichkeit formuliert.

4. Erste Reduktion

In Anwendung der Z3- Regeln haben die Forscher\*innen im vierten Schritt inhaltsgeleiche und inhaltslose Paraphrasen gestrichen und relevante Paraphrasen übernommen. Das Material durchlief somit einer ersten Reduktion auf dem Weg zur Kategorienbildung. Entsprechend des Forschungskontext und der bestehenden Forschungsfrage wurden aus den reduzierten Paraphraseneinheiten erste Kategorien gebildet. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit der Zuordnung von Paraphrasen und Generalisierungseinheiten wurden die jeweiligen Textbausteine tabellarisch in einer Excel Tabelle festgehalten.

5. Zweite Reduktion

Im anschließenden fünften Schritt haben die Forscher\*innen durch Anwendung der Makrooperatoren „Bündelung, Konstruktion, Integration“ (Mayring, 2015, S.71) eine Zusammenfassung von sich aufeinander beziehende inhaltsähnliche Kategorien durchgeführt und in Form von neuen Formulierungen wiedergegeben. Zur Erfassung des quantitativen Aspekts von Kategorien wurden diese nochmals mit Buchstaben versehen, so dass eine Sortierung und quantitative Erfassung der Kategorien in Excel direkt möglich waren.

6. Zusammenstellung neuer Aussagen als Kategoriensystem

Im nun folgenden sechsten Schritt erfolgte die Bildung neuer Kategorien. Dafür ordneten die Forscher\*innen die bestehenden Kategorien der ersten Reduktion zu neuen themengleichen Kategorien. Dies geschah innerhalb eines gemeinsamen Prozesses, so dass ein gegenseitiger kommunikativer Austausch unter den Forscher\*innen erfolgte. Durch die gemeinsame Reflexion entstand eine größere Objektivität der Ergebnisse. Für diese neuen Kategorien wurde neue Nummerierungen veranschlagt. Durch die Erfassung der alten und

neuen Kategorien innerhalb einer Tabelle, besteht die Möglichkeit einer Rückverfolgung bis auf die Ebene der Paraphrasenbildung.

#### 7. Rücküberprüfung des Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Im siebten Schritt der Inhaltsanalyse überprüften die Forscher\*innen, ob die gebildeten Kategorien das transkribierte Rohmaterial noch repräsentierten. Dazu überprüften sie den thematischen Bezug der zweiten Reduktion entlang der Generalisierung bis zur Paraphrasierung. In einzelnen Fällen wurde auch eine Überprüfung bis zum Ausgangsmaterial vorgenommen. Dies absolvierten die Forscher\*innen gemeinsam, um eine noch bessere Studienqualität zu gewährleisten.

### 3.7 Gütekriterien im Kontext qualitativer Forschung

Gütekriterien bieten dem/der Forscher\*in ein Orientierungsmaß für die wissenschaftliche Genauigkeit seiner/ihrer Forschungsarbeit (Höhl, 2016). Nach Mayring (2015) werden hierunter folgende Gütekriterien verstanden werden:

#### 1. Verfahrensdokumentation

Im Rahmen einer qualitativen Forschung bedarf es einer transparenten Beschreibung des Forschungsprozesses (Mayring, 2016). Hierbei wird das Forschungsvorgehen und die angewandte Methode beschrieben. Um dieses besser nachvollziehen zu können, sollten das Vorverständnis, die verwendeten Instrumente zur Analyse, sowie der Durchführungs- und Auswertungsprozess, der zum Erhalt der Daten geführt hat, präzise beschrieben werden. In der vorliegenden Forschungsarbeit wird das Vorverständnis durch den theoretischen Hintergrund in Kapitel 2 aufgegriffen. In Kapitel 3 wird Bezug auf das verwendete Analyseinstrument, die Durchführung und die Auswertung der erhobenen Daten genommen.

#### 2. Argumentative Interpretationsabsicht

Durch die Verwendung von Interpretationen wird einer Texteinheit eine Deutung zugeschrieben. Diese Deutungen dürfen nach Mayring (2016) nur regelgeleitet erfolgen. Demnach sollte eine Interpretation immer nach einem geeigneten Vorverständnis erfolgt sein, um eine sinnvolle Auslegung zu ermöglichen. Durch den theoretischen Hintergrund kann dies ermöglicht werden. Weiter sollten Unstimmigkeiten oder Loslösungen veranschaulicht werden, sowie „Alternativdeutungen“ (Mayring, 2016, S.145) überprüft werden. Dieses methodische Vorgehen fand bei der Inhaltsanalyse und dem Verschriftlichen der Ergebnisse Anwendung.

#### 3. Regelgeleitetheit

Die Durchführung qualitativer Forschung sollte einem systematischen Vorgehen folgen. Dabei soll der Ablauf durch ein kleinschrittiges aufeinanderfolgendes Vorgehen gekennzeichnet sein. Die Schritte der Analyse sowie Größe der Analyseeinheiten werden zu Beginn bestimmt. Innerhalb der Analyse erfolgt nun ein systematisches Vorgehen entlang der Analyseeinheiten (Mayring, 2016) Die Forscher\*innen dieser Arbeit haben sich für das Ablaufmodell einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden. In Kapitel 3.6 wird darauf näher eingegangen.

#### 4. Nähe zum Gegenstand

Der Gegenstand einer qualitativen Inhaltsanalyse sollte auf im Alltag erlebte Prozesse eines Forschungsobjektes ausgerichtet sein (Mayring, 2015). „Die natürliche Lebenswelt

der Beforschten“ (Mayring, 2016, S.146) steht im Interesse der Forschung anstatt einer künstlich geschaffenen Laborforschung. Für die vorliegende Forschungsarbeit bedeutet das, dass die hier Befragten in ihrer Rolle als Therapeut\*innen über ihre tatsächlich gemachten Erfahrungen hinsichtlich der Forschungsfrage berichteten. Im Kapitel 4 befinden sich hierzu nähere Informationen.

**5. Kommunikative Validierung**

Hierbei erfolgt eine Überprüfung des entstandenen Produktes, also des transkribierten Textmaterials, durch die Studienteilnehmer\*innen, um „eine Einigung bzw. Übereinstimmung über die Ergebnisse der Analyse zwischen Forscher und Beforschten diskursiv herzustellen“ (Mayring, 2015, S. 127). Bezogen auf die vorliegende Forschungsarbeit wurde den Teilnehmer\*innen das transkribierte Interview vorgelegt und bestätigt („member-checking“, Höhsl, 2016, S. 129).

**6. Triangulation**

Die Anwendung verschiedener Untersuchungsmethoden auf denselben Forschungsgegenstand führen nicht zwangsläufig zu denselben Erkenntnissen. Ein Methodenvergleich ist entscheidend (Bortz & Döring, 2009). Im Rahmen qualitativer Forschung wird hierfür die Methode der Triangulation angewandt. Dadurch kann die Qualität einer Forschungsarbeit verbessert werden. Hierbei werden mehrere Analysegänge durchgeführt und versucht verschiedene Lösungspfade für eine bestehende Fragestellung zu finden, um dann die gewonnenen Ergebnisse miteinander zu vergleichen. Die Ergebnisse wiederum, können auf Stärken und Schwächen eines einzelnen Analysepfads hinweisen (Mayring, 2016). Bezogen auf die vorliegende Forschungsarbeit wurde die Forschertriangulation angewendet. Sie beinhaltet die wechselseitige Analyse von Daten durch die zwei Forscher\*innen (Höhsl, 2016). Bezogen auf die vorliegende Forschungsarbeit erfolgte dies bei der Bestimmung der Analyseeinheit im Rahmen der Inhaltsanalyse nach Mayring im Kapitel 3.5.

## 4. Resultate

Im folgenden Kapitel erfolgt die Präsentation der Interviewergebnisse. Hierfür werden die Interviewteilnehmer\*innen tabellarisch kurz vorgestellt. Danach werden die erstellten Haupt- und Unterkategorien aufgezeigt. Zur Verdeutlichung der Ergebnisinhalte dienen wörtliche Zitate der Teilnehmer\*innen.

### 4.1 Darstellung der Teilnehmer\*innen

Für die Interviews dieser Forschungsarbeiten konnten sechs Ergotherapeut\*innen im Alter von 24 und 51 Jahren akquiriert werden. Das Arbeiten im Fachbereich Geriatrie bildet das Haupttätigkeitsfeld der Teilnehmer\*innen (siehe Tabelle 3). Alle Teilnehmer\*innen erfüllen die Einschlusskriterien mit Senior\*innen die Nutzung digitaler Technologien mindestens einmal durchgeführt zu haben. Ebenso besteht bei allen Teilnehmer\*innen eine mehrjährige Berufserfahrung.

Tabelle 3: Interviewteilnehmer\*innen

<b>Teilnehmer*in</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Alter (Jahre)</b>	<b>Fachbereich</b>	<b>Berufserfahrung (Jahre)</b>	<b>Anzahl der Betätigungen</b>
<b>T2</b>	weiblich	30	Geriatrie/ Gerontopsychiatrie	5	10
<b>T3</b>	weiblich	51	Geriatrie	31	täglich
<b>T4</b>	weiblich	38	Geriatrie	15	1
<b>T5</b>	weiblich	36	Geriatrie	12	15
<b>T7</b>	weiblich	40	Geriatrie	19	1
<b>T8</b>	weiblich	24	Psychiatrie	1,5	2

### 4.2 Kategorien

Als Ergebnis der Inhaltsanalyse nach Mayring (Kapitel 3) haben die Forscher\*innen fünf Kategorien erstellen können. Diese sollen im Folgenden vorgestellt und beschrieben werden. Im Sinne der Übersichtlichkeit stellen die Forscher\*innen die Ergebnisse mit Ober- und Unterkategorien dar:

1. Kategorie 1: Rahmenbedingungen
2. Kategorie 2: Befunderhebung
3. Kategorie 3: Interventionen
4. Kategorie 4: Outcome
5. Kategorie 5: Gedanken der Ergotherapeut\*innen

## 4.2.1 Kategorie 1: Rahmenbedingungen

### Unterkategorie: Gerät

In diese Unterkategorie fallen alle **digitalen Technologien**, die in der ergotherapeutischen geriatrischen Behandlung von den Teilnehmer\*innen **genutzt werden**.

Die Teilnehmer\*innen berichten, dass sie Tablets (T2, T5, T8), Laptops (T5) und Stand- PCs (T8) mit ihren Klient\*innen in der Therapie nutzen und diese ihnen vom Arbeitgeber für die Therapie zur Verfügung gestellt werden. Zwei Teilnehmer\*innen machen diesbezüglich keine Angaben (T4, T7).

*„... also meine Möglichkeiten sind Tablet und Laptop, die ich sozusagen von der Praxis aus nutzen kann“ (T5, Z.236-237).*

Die Teilnehmer\*innen geben an, auch eigene Geräte im Rahmen ihrer therapeutischen Arbeit zu nutzen (T2, T3). Eine Teilnehmer\*in gebraucht hierfür ihr persönliches iPad (T3). Die andere Teilnehmer\*in spricht allgemein von der Verwendung eigener Technologien (T2).

Digitale Technologien, die in der Therapie auch genutzt werden, seien häufig von den Klient\*innen selbst (T2, T7). Die Teilnehmer\*innen berichten von Tablets (T2, T3, T4) und Smartphones (T2, T3, T7, T8), die sich meistens nach Apple und Android Geräten unterscheiden (T2, T5, T7). Die Einstellungen der Geräte sind zu Therapiebeginn oft nicht nutzerfreundlich angepasst (T3, T5, T8) und mit ungebrauchten Apps und Programmen überladen (T4, T5).

### Unterkategorie: Therapiesetting

In dieser Unterkategorie werden Äußerungen der Teilnehmer\*innen zu **Ort, Zeit, Verordnungsmengen und Häufigkeit der Behandlungen**, sowie **Therapieformen**, in der das Betätigungsanliegen durchgeführt wird, aufgegriffen.

Die Teilnehmer\*innen sprechen von Behandlungen in Hausbesuchen bei Klient\*innen (T4, T5) oder im Seniorenheim (T5), auf einer Klinikstation (T2, T3), in der ergotherapeutischen Praxis (T5), sowie den Räumlichkeiten einer psychiatrischen (T8) und geriatrischen Tagesstätte (T7). Weiter berichten die Teilnehmer\*innen von variierenden Therapiezeiten, meist in Verbindung mit der Verordnungsart. Demnach stehen ihnen 30 bis 60 Minuten für eine Behandlungseinheit zur Verfügung (T2, T4, T5). Teilnehmer\*in 5 gibt zudem an, im Rahmen von Hirnleistungstraining, sensomotorisch -perzeptiven und psychisch -funktionellen Verordnungen, Zeit für ihre Klient\*innen zu haben. Zwei Teilnehmer\*innen präzisieren den Behandlungsort. Das Betätigungsanliegen findet in den ergotherapeutischen Räumen einer Tagesstätte (T7) und im Patient\*innenzimmer auf Station (T2) statt.

*„Aber das Erlernen, der Umgang mit den digitalen Medien ist tatsächlich auf Station direkt im Patientenzimmer unter Vorgabe von 30 Minuten Therapieeinheit, . . .“ (T2, Z. 164-169).*

Alle Teilnehmer\*innen geben an, im Einzelsetting zu arbeiten, eine Teilnehmer\*in in adaptierter Form mittels Headsets in einem Gemeinschaftsraum (T8). Für das (Wieder-)Erlernen der Nutzung digitaler Technologien ist zudem eine ruhige reizarme Umgebung, gute Beleuchtung und ausreichend Zeit erforderlich, damit der/die Klient\*in sich gut konzentrieren könne (T5, T3, T7).

## 4.2.2 Kategorie 2: Befunderhebung

### Unterkategorie: Methoden der Befunderhebung

Diese Unterkategorie umfasst alle Äußerungen zum **methodischen Vorgehen** in der Befunderhebung und zur **Zielsetzung**.

Zwei Teilnehmer\*innen geben an, im Rahmen der Befunderhebung, Befundbögen, Assessments und Tests einzusetzen (T2, T7). Beide Teilnehmer\*innen berichten, einen selbsterstellten geriatrischen Befundbogen vom Haus zu verwenden, um die Betätigungsprobleme zu erheben. Außerdem kommen unterschiedliche funktionelle Tests und Assessments wie der „Mini-Mental-Status-Test“ (MMST) und „Die Depression im Alter“ (DIAS) zum Einsatz.

*„Also, ich muss sagen einen Befundbogen gibt es für die Geriatrie, der wurde entwickelt, wo wir auch so ein bisschen gucken: Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit . . . “ (T2, Z. 27-30).*

Vier Teilnehmer\*innen geben an die Befunderhebung in Form eines Gesprächs zu gestalten. In den Gesprächen fragen die Teilnehmer\*innen nach dem Zweck, Problemen, Fähigkeiten in Bezug auf die Nutzung und der Umwelt (T2, T3, T4, T7). Als weitere Methoden werden die Betätigungs- und Umweltanalysen genannt. Mehrere Teilnehmer\*innen beobachten den/die Klient\*in bei der Nutzung des Gerätes, um Erkenntnisse bezüglich der Ursachen, Probleme, Fähigkeiten, Kenntnisse und Ressourcen zu gewinnen (T2, T3, T4, T7, T8). Auch die Umwelt und insbesondere das Gerät wird im Rahmen der Befunderhebung angeschaut (T2, T3, T4, T7). Eine spezifische Befunderhebung würden die Teilnehmer\*innen im Zusammenhang mit dem Betätigungsanliegen nicht durchzuführen (T3, T4, T5, T8). Als Gründe hierfür geben sie an, bereits lange mit den Klient\*innen zusammen zu arbeiten, sie gut zu kennen, und das Anliegen eher spontan und/oder beiläufig zu behandeln.

Die Aussagen bezüglich der Festlegung eines Therapieziels sind verschieden. Teilnehmer\*in 2 gibt an, in jedem Aufnahmegespräch ein Therapieziel festzulegen, wohin gegen Teilnehmer\*in 3 kein Therapieziel bezüglich der Nutzung digitaler Technologien festlege. Teilnehmer\*in 4 gibt an, dass das Ziel durch die/den Klient\*in selbst festgelegt wird.

*„Aber jetzt, dass wir uns da jetzt in lange Formulierungen verloren, hätten“ (T4, Z. 146-147).*

### Unterkategorie: Ziele und Therapieinhalte

In dieser Unterkategorie werden Aussagen zum **Verwendungszweck der digitalen Technologien**, der **Initiierung**, des in der Forschungsfrage beschriebenen Betätigungsanliegens, sowie dem **Stellenwert in der Therapie** zusammengefasst.

Die Initiierung des Betätigungsanliegens der Nutzung digitaler Technologien geht von unterschiedlichen Seiten aus. Teilnehmer\*in 2 und 3 geben an, dieses als Therapieinhalt selbst zu initiieren, indem sie gezielt danach fragen oder ihre eigenen Geräte vorstellen. Zudem wird die Nutzung digitaler Technologien durch Freunde, Bekannte und Verwandte des /der Klient\*in angeregt (T2, T4, T7, T8). Teilnehmer\*in 4, 7 und 8 berichten, dass die Klient\*innen das Betätigungsanliegen selbst aufgreifen. Der Wunsch werde aber selten von ihnen geäußert (T3, T7). Die Teilnehmer\*innen sind der Meinung, dass die Nutzung digitaler Technologien keine Priorität in der Behandlung hat (T2, T3, T7).

*„ . . . und dann hat sie mich spezifisch gefragt, ob ich da Ahnung von habe und ob ich ihr helfen könnte das einzurichten“ (T4, Z. 65-66).*

*„ . . . generell in der Akutbehandlung ist, vielleicht die Nutzung des Smartphones nicht das übergeordnete Problem (lacht) . . . “ (T2, Z. 77-80).*

Alle Teilnehme\*innen machen Angaben zum Ziel und Verwendungszweck der digitalen Geräte durch die Senior\*innen. So geben drei Teilnehmer\*innen an, dass die selbständige Alltagsnutzung der Technologien das übergeordnete Ziel bilde (T2, T3, T8). Teilnehmer\*in 3, 7 und 8 berichten, dass ihre Klient\*innen die Geräte für die soziale Teilhabe nutzen wollen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere die Kontaktierung der Familie, Freunde, Therapeut\*innen und Mitmenschen benannt.

*„. . . Teilhabe mit, über das Telefon mit seinen Mitmenschen, . . .“ (T7, Z. 433).*

Mehrere Teilnehmer\*innen berichten, dass ihre Klient\*innen die digitalen Technologien für die Internetrecherche allgemein und speziell für die Nutzung der Plattform Google verwenden wollen (T3, T4, T7, T8). Zudem wollen die Senior\*innen die digitalen Technologien für Aktivitäten der Selbstversorgung und zur Regelung persönlicher Angelegenheiten verwenden. Die Teilnehmer\*innen berichten diesbezüglich von der Nutzung des Onlinebankings (T5), der Erinnerungsfunktion (T2, T3) und der Notizfunktion (T3, T8). Die Verwendung eines Smartphones als Mittel, um Hilfe zu holen, wurde ebenfalls von einer Teilnehmer\*in genannt (T3).

*„. . . auch der Einsatz digitaler Technologien als Gedächtnishilfe zur Medikamenteneinnahme zum Beispiel, ja.“ (T2, Z. 127-129).*

Des Weiteren berichten die Teilnehmer\*innen, dass ihre Klient\*innen die digitale Technologien für Telefon- und Videoanrufe, das Schreiben von Kurznachrichten oder WhatsApp Nachrichten nutzen wollen (T3, T4, T7, T8). Das Aufnehmen, Ansehen, Verwalten und Versenden von Fotos und Videos sind ebenso Betätigungsanliegen der Senior\*innen (T3, T4, T5, T7).

#### **Unterkategorie: Aspekte der Befunderhebung**

In dieser Unterkategorie werden **Barrieren** und **Ressourcen** benannt, die durch die Teilnehmer\*innen in der Befunderhebung bezogen auf dem Umgang mit digitalen Technologien erkannt werden. Diese werden nach Person, Umwelt und Betätigungen unterschieden. Ebenso wird das Narrativ betrachtet.

Die Teilnehmer\*innen berichten von **personenbezogenen Barrieren**, die die Nutzung digitaler Technologien für Senior\*innen erschweren. Demnach stellt das Betätigungsanliegen insbesondere Anforderungen an die Kognition der Senior\*innen (T2, T3, T7). Alle Teilnehmer\*innen berichten in diesem Zusammenhang von Barrieren. Die Komplexität der Technologien und das Erlernen von Neuem werden als hinderlich benannt (T2, T4, T5, T8). Probleme in der Merkfähigkeit der Klient\*innen führen zum Vergessen von Passwörtern und Handlungsschritten (T3, T4, T5). Der Transfer und eine flexible Anwendung von Wissen auf ähnliche Situationen und Geräte gelingt den Klient\*innen häufig nicht (T4, T5). Einschränkungen der Konzentration und im Verstehen digitaler Technologien werden als hinderlich wahrgenommen (T2, T5, T7).

*„Für jemand der sich damit nicht auskennt oder der damit erst anfängt, was man alles einstellen kann, ist [es] halt [. . .] so komplex . . .“ (T4, Z.331-333).*

Mehrere Teilnehmer\*innen geben an, dass das Sehen und Hören wichtige Voraussetzungen für das Erlernen digitaler Technologien sei (T2, T3, T4, T5) und ein schlechtes Hör- und Sehvermögen eine Nutzungsbarriere darstelle (T2, T3, T5, T7, T8). Alle Teilnehmer\*innen berichten, dass eine fehlende Geschicklichkeit und eingeschränkte feinmotorische Fähigkeiten, sowie eine generelle Einschränkung der Beweglichkeit, die Nutzung digitaler Technologien behindere. Sensorisch- perzeptive Einschränkungen der Finger erschweren insbesondere die Bedienung eines Touchscreens (T2, T7). Bezüglich psychischer Fähigkeiten geben die Teilnehmer\*innen an, dass Frustration, fehlende Geduld, Angst und ein geringes Selbstvertrauen hinderlich für den Umgang mit Technologien seien (T2, T4, T5, T8).

*„Und sie war geplagt von den Ängsten und diesen Gedanken [. . .], dass sie es nicht schafft mit dem Handy umzugehen . . .“ (T8, Z.99-100).*

Die Teilnehmer\*innen berichten auch von **umweltbezogenen Barrieren**, die die Technologienutzung erschweren. Geld sei ein entscheidender Faktor für die Beschaffung von Geräten (T2, T4, T5, T8). So könne der finanzielle Aspekt eine Barriere für den Erwerb von digitalen Technologien, für das Besuchen von Kursen oder der Beschaffung von Verträgen darstellen (T2, T4, T5, T7, T8). Für die Nutzung digitaler Technologien sei zudem das Vorhandensein eines Internetanschlusses wichtig (T2). So bilde eine fehlende Internetverbindung in einem Seniorenheim eine Barriere für die Umsetzung einer Behandlung mit digitalen Geräten (T5). Mehrere Teilnehmer\*innen nehmen außerdem die digitalen Geräte selbst als Barriere wahr. In diesem Zusammenhang benennen sie Datenschutzrechtliche Aspekte, die Überladung der Geräte mit Programmen und Apps, regelmäßige Veränderungen von Benutzeroberflächen und Hintergrundbildern, sowie die Größe der Oberflächen und Schriften (T2, T4, T5, T7, T8).

*„. . . finanziell ein relativ hoher Aufwand ist. . . . Ein gutes Smartphone mit Vertrag ist auch teuer, ein guter Laptop auch“ (T5, Z.451-453).*

**Betätigungsbezogene Barrieren** werden vor allem im Umgang mit dem Smartphone gesehen. Besondere Schwierigkeiten bereiten Klient\*innen Funktionen wie das Laden der Geräteakkus (T4), das Tippen, Wischen und Drücken auf einer Touchoberfläche (T5, T7), die Einstellung eines Gerätes (T3), die Eingabe des Pins, um das Gerät einzuschalten (T5) und das Finden der richtigen Apps (T7).

*„. . . einfach dieses ziemlich sensible Wischen und Drücken auf dem Handy, also gerade [, wenn] das Drücken deutlich erschwert ist“ (T7, Z. 313-315).*

Im Zusammenhang mit der Nutzung digitaler Technologien identifizieren die Teilnehmer\*innen auch kognitive und psychische, **personenbezogene Ressourcen**. Mehrere Teilnehmer\*innen geben an, dass das Vorhandensein von Wissen und Erfahrungen den Technologieumgang unterstütze (T4, T7, T8). Eine hohe Motivation zum Erlernen des Umgangs mit den Geräten empfanden drei Teilnehmer\*innen als Ressource für den Therapieprozess (T2, T7, T8).

*„. . . je motivierter jemand ist und neugieriger, desto mehr kann der [Klient] körperliche Barrieren überwinden . . .“ (T7, 294-296).*

Bezogen auf die Umwelt der Klient\*innen berichten alle Teilnehmer\*innen auch von förderlichen Faktoren. Demnach bilde die soziale Unterstützung, das soziale Kapital und die sozialen Determinanten eines/einer Klient\*in **umweltbezogene Ressourcen**, die für die Beschaffung, das Erlernen und die langfristige Nutzung digitaler Technologien förderlich seien. Die Teilnehmer\*innen verweisen hierbei auf Angehörige, Bekannte und Nachbarn, sowie ein Senior\*innenbüro und das therapeutische Personal selbst (T2, T3, T4, T5, T8).

*„Also haben wir gemeinsam überlegt, was passiert, wenn es nochmal auftritt und er [hat] dann konkret gesagt, okay, er kann seinen Enkel fragen . . .“ (T2, 214-216).*

Mehrere Teilnehmer\*innen tätigen Aussagen zu unterstützenden Aspekten für die Finanzierung von digitalen Geräten (T2, T3, T4, T5). Demnach können diese als Geschenk oder durch Weitergabe von alten Geräten in der Familie und im Bekanntenkreis (T2, T3, T4, T5) kostengünstig/-los angeschafft werden. Teilnehmer\*in 3 und 2 meinen zudem, dass die Geräte und Verträge allgemein günstiger geworden seien. Bezogen auf die digitalen Technologien selbst, sehen die Teilnehmer\*innen einen unterstützenden Faktor in der guten intuitiven Bedienbarkeit der Geräte (T2, T4).

Das **Narrativ** eines/einer Klient\*in wird von allen Teilnehmer\*innen zu Beginn des Therapieprozess berücksichtigt. Sie geben an, dass die individuelle Bedeutung und der Zweck der Nutzung digitaler Technologien den Therapieprozess positiv beeinflusst. Mehrere Teilnehmer\*innen berichten, dass die Einstellung gegenüber digitalen Technologien und dem Erlernen dieser wichtig sei (T2, T4, T5). Die Motivation, insbesondere die intrinsische Motivation, und das Interesse von Senior\*innen bezüglich der Gerätenutzung spielen eine wichtige Rolle für eine erfolgreiche Intervention (T4, T7, T8).

*„. . . die Senior\*innen, [. . .], die mit [sic] viel Erfahrung mitbringen sind die, die in den 90ern die Kamera gehalten haben, wenn das Enkelkind geboren ist“ (T2, Z. 366-368).*

### 4.2.3 Kategorie 3: Interventionen

#### Unterkategorie: Prinzipien

Diese Unterkategorie beinhaltet alle Äußerungen der Teilnehmer\*innen bezüglich ihrer **Prinzipien**, **Werte** und **Haltung** während des Behandlungsprozesses.

Alle Teilnehmer\*innen sehen klientenzentriertes Behandeln als ein wichtiges Prinzip ihrer therapeutischen Arbeit an. Demzufolge sind die Ziele der Klient\*innen zu berücksichtigen und zu erreichen (T3, T7). Mehrere Teilnehmer\*innen sprechen in diesem Zusammenhang auch von dem Klient\*innenanliegen bzw. dem Klient\*innenwunsch, der im therapeutischen Prozess Beachtung finden sollte (T4, T5, T8).

*„Aber im Endeffekt ist eigentlich für mich immer am wichtigsten, dass die Leute gehört werden mit ihren Anliegen und Wünschen“ (T4, Z. 518- 519).*

Mehrere Teilnehmer\*innen nehmen in diesem Zusammenhang Bezug auf die Gestaltung der Therapeut\*in- Klient\*in- Beziehung (T2, T3, T4, T7, T8) und sehen ein vertrauensvolles Verhältnis, sowie einen wertschätzenden Umgang als wichtig an (T5, T7). Der/die Klient\*in soll sich ernstgenommen fühlen (T7). „Akzeptanz, Empathie und Kongruenz“ ist für eine Teilnehmer\*in besonders wichtig (T2). Teilnehmer\*in 3 meint, dass die Klient\*innen motiviert bleiben und in der Therapie Freude haben sollen. Das Schaffen von Erfolgserlebnissen führt Teilnehmer\*in 8 in diesem Zusammenhang an.

Zwei Teilnehmer\*innen erwähnen, dass ihnen der alltagsorientierte und ganzheitliche Ansatz in der Behandlung wichtig sei (T7, T8). Teilnehmer\*in 7 und 3 ist es wichtig, lösungsorientiert zu denken.

*„. . . das ganzheitliche Denken und ein Alltagsorientiertes [. . .] was er [der/die Klient\*in] ganzheitlich für Kompetenzen [mit] bringt und welche Problemstellung sich da in Bezug auf die Übertragung in das alltägliche Leben stellt“ (T7, Z. 554-557).*

#### Unterkategorie: Approaches

In dieser Unterkategorie werden **Strategien** und **Methoden** zusammengefasst, die die Teilnehmer\*innen im Interventionsprozess anwenden, um die Bedienung und Wissen zu digitalen Technologien zu vermitteln.

Eine Strategie, die mehrere Teilnehmer\*innen (T3, T4, T5, T8) erwähnen, ist das Wiederholen von Handlungsschritten, was besonders bei der Vermittlung von komplizierten Inhalten nötig sei, und das Abspeichern und wieder Abrufen fördert (T4, T5). Das Zeigen (T3, T4, T5, T7, T8) und Erklären (T2, T3, T4, T7, T8) bilden ebenso Methoden, um Klient\*innen die Bedienung und den Aufbau eines digitalen Gerätes, sowie den Zugang zu Apps näher zu bringen.

*„Und dann habe ich ihr natürlich manche Sachen auch erklärt, also wie YouTube funktioniert, welche Knöpfchen man drücken kann . . .“ (T4, Z. 130-132).*

Mehrere Teilnehmer\*innen berichten, dass das Aufschreiben von Handlungsschritten eine unterstützende Methode sei (T3, T5). So ist das Visualisieren von Inhalten in Form von Aufschreiben und/oder Aufmalen, sowie Mindmaps hilfreich für das Merken (T5, T2). Die Verwendung von Eselsbrücken und bildhafter Sprache wird von einer Teilnehmer\*in zur Wissensvermittlung angewendet (T7). Des Weiteren meinen die Teilnehmer\*innen, dass das Arbeiten am Klient\*innengerät und das Anknüpfen an Vorwissen hilfreich für die Wissensvermittlung zu digitalen Geräten sei (T7, T8). So meint Teilnehmer\*in 7:

*Ich habe ihm das erklärt, dass es ein Aktenordner ist, und ich schaue im Prinzip rein und in jeder Akte befinden sich wieder Neue. Ich nehme eine Akte heraus und die kann ich aufmachen und da sind wieder neue Felder hinterlegt, wie Arbeitsblätter. (T7, Z. 235-238)*

Die Methode des Reflektierens bzw. Feedback geben, nutzen mehrere Teilnehmer\*innen (T2, T7, T8). Zwei Teilnehmer\*innen geben an, Klient\*innen erst ausprobieren zu lassen und dann gemeinsam zu reflektieren, ob und wo es Schwierigkeiten gibt (T2, T7). Das selbständige Ausprobieren lassen des digitalen Geräts, bildet eine wichtige Strategie, die von mehreren Teilnehmer\*innen erwähnt wird (T2, T3, T4, T7, T8). Mehrere Teilnehmer\*innen geben auch an, dass das Motivieren der Klient\*innen eine hilfreiche Methode beim Erlernen der Bedienung von digitalen Technologien sei (T2, T3, T7, T8). Positive Rückmeldungen, Lob und Fürsprache sollen die Klient\*innen in der Gerätenutzung bestärken (T3, T7).

Das Anpassen der digitalen Geräte an die Bedürfnisse der Klient\*innen bildet ein von allen Teilnehmer\*innen genannter Behandlungsschritt. Demnach sei es notwendig, die Anzahl an Anwendungen auf den Geräten zusammen mit dem/der Klient\*in zu sichten, zu sortieren ggf. vom Gerät zu entfernen, um die Gerätekomplexität zu verringern (T5). Anpassungen von Appgrößen (T2), der Lautstärke und Helligkeit (T3), der Schriften und Kontraste (T4), Tastenmarkierungen (T5), Anpassung der Tastengrößen (T8), sowie die Einstellung der Sprachfunktion (T7) sind weitere Maßnahmen, die durch die Teilnehmer\*innen genannt und angewendet werden. Die Anpassung von Hilfsmitteln wird auch von einigen Teilnehmer\*innen aufgegriffen (T3, T4, T7). Eine Teilnehmer\*in gibt an, eine Tablethalterung an einem Pflegebett angepasst zu haben (T4) und eine andere Teilnehmer\*in spricht diesbezüglich von einer Griffverdickung für ein Touchpen (T7).

*„Manchmal lösche ich [. . .] mit den Leuten gemeinsam erst einmal diese ganzen Apps, die man [der/die Klient\*in] gar nicht braucht, . . .“ (T5, Z.299-302).*

Mehrere Teilnehmer\*innen erwähnen, dass sie ihre Sprache, Begrifflichkeiten und ihr Vermittlungstempo an die Klient\*innenbedürfnisse anpassen (T2, T4, T5, T8). Teilnehmerin 2 und 5 geben an, dass sie langsamer sprechen und agieren würden. Zudem sei es wichtig, den Gebrauch von Fachwörtern (T8) zu vermeiden und englische Begriffe ins Deutsche zu übersetzen (T2).

*„Also nicht so schnell und selbstverständlich in einfacher Sprache. Für das Wort Apps verwende ich, zum Beispiel, das Wort Anwendung“ (T2, Z.481-482).*

Den Aspekt der Unterstützung durch Angehörige und Hilfspersonen bezogen auf die Benutzung eines digitalen Gerätes greifen mehrere Teilnehmer\*innen auf (T2, T3, T4, T5). Demzufolge sei es notwendig, Familie und Angehörige mit in die Therapie einzubeziehen, ihnen Handlungsschritte zu verdeutlichen und ggf. aufzuschreiben, damit sie das Betätigungsanliegen im häuslichen Umfeld unterstützen können. Teilnehmer\*in 4 verweist diesbezüglich auf die Unterstützung durch eine Pflegekraft.

Den Transfer des Betätigungsanliegens in den Alltag erwähnt die Mehrheit der Teilnehmer\*innen (T2, T3, T4, T5, T7). Zwei Teilnehmerinnen geben an, Übungen und Arbeitsaufträge bis zur nächsten Therapiestunde aufzugeben (T5, T7). Zwei Teilnehmer\*innen meinen, keine langfristige Gerätenutzung außerhalb der Klinik zu ermöglichen (T3, T7).

Mehrere Teilnehmer\*innen sprechen davon, mehr beratend tätig zu sein (T2, T3, T4, T5) und Beratungen zu Zubehör von digitalen Geräten, zum Besuch eines Computerkurses oder die Vermittlung an eine Senior\*innengruppe getätigt zu haben.

*„Da war es zum Beispiel mit dieser Halterung [. . .]. [Da] haben wir uns dann ein paar Möglichkeiten angeguckt und dann habe ich [. . .] gesagt, worauf es halt wichtig ist zu achten“ (T4, Z. 691- 695).*

In Bezug auf das Vorgehen im therapeutischen Prozess sprechen einige Teilnehmer\*innen davon, mehr schulend tätig zu sein (T2, T4). Eine Teilnehmer\*in berichtet, dass sie, durch ihre Schulungen zur Funktionsweise eines Gerätes, ihren Klient\*innen zu Erfolgserlebnissen verholfen habe (T2). Teilnehmer\*in 4 meint, mehr zu coachen und weniger aktiv am Klienten zu sein. Beide Teilnehmer\*innen geben diesbezüglich an, eine andere therapeutischen Rolle einzunehmen als bei anderen Betätigungsanliegen in der Ergotherapie (T2, T4).

*„Also, bin ich ja dann weniger ‚hands on‘ Therapeut, sondern eher stehe ich daneben und coache, und zeige und erkläre . . .“ (T4, Z. 584- 585).*

### **Unterkategorie: Digitale Kompetenzen der Ergotherapeut\*innen**

Diese Unterkategorie greift Äußerungen der Teilnehmer\*innen zu **Fähigkeiten** und **(Vor-)Wissen** bezüglich digitaler Technologien auf.

Mehrere Teilnehmer\*innen geben an, dass Ergotherapeut\*innen Kenntnissen bezüglich digitaler Geräte brauchen, um die Klient\*innen bei der Umsetzung des Betätigungsanliegens in der Therapie unterstützen zu können (T3, T4, T5, T7). In diesem Zusammenhang sprechen drei Teilnehmer\*innen davon, sich mit dem Aufbau und der Funktionsweise eines Gerätes vertraut zu machen, bevor sie ihre Klient\*innen anleiten können (T3, T4, T5). Teilnehmer\*in 5 berichtet in diesem Kontext von einer intuitiven Herangehensweise.

*„Und dass ich erst einmal die Grundkompetenz habe das digitale Medium auch entsprechend zu verstehen und zu nutzen, um es ihm [dem/der Klient\*in] dann auch weiterzugeben“ (T7, 537-539).*

Bezogen auf die eigenen digitalen Kompetenzen geben die Teilnehmer\*innen an, auf selbst beigebrachte Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit digitalen Technologien zurückgreifen und keine Schulungen diesbezüglich besucht zu haben (T3, T4, T7, T8). Teilnehmer\*in 7 meint zudem, dass nicht alle Ergotherapeut\*innen diese aufweisen und verweist auf ältere Kolleg\*innen. Teilnehmer\*in 3 spricht von ausreichend vorhandenen Fähigkeiten seitens der Ergotherapeut\*innen, um die digitalen Anliegen der Senior\*innen aufgreifen zu können. Eine andere Teilnehmer\*in meint, selber geringe digitale Kenntnisse zu besitzen (T4). Ihre basalen Kenntnisse begründen zwei Teilnehmer\*innen damit, dass diese im ergotherapeutischen Berufsalltag nicht benötigt werden (T4, T7).

*„. . . das ist ja alles so ‚selfmade‘, was ich jetzt weiß im Umgang mit Smartphones . . .“ (T7, 495-498.)*

#### 4.2.4 Kategorie 4: Outcome

##### Unterkategorie: Zielüberprüfung

In dieser Unterkategorie wird das **methodische Vorgehen** der Teilnehmer\*innen in Bezug auf das Überprüfen von **Therapiezielen** dargestellt.

Die Nutzung von Assessments thematisieren wenige Teilnehmende in Bezug auf die Zielüberprüfung. Eine Teilnehmer\*in gibt an, keine Assessments und Messungen zu verwenden (T2). Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) wird von einer anderen Teilnehmer\*in gelegentlich zur Zielüberprüfung verwendet (T5). Mehrere Teilnehmer\*innen berichten, dass sie das Ziel durch Beobachtungen überprüfen. Es werden gezielte Beobachtungen der Nutzung der digitalen Technologie durchgeführt (T2, T3, T8) und/oder allgemein und beiläufig beobachtet (T2, T4, T7). Teilnehmer\*in 2, 4, 5 und 8 überprüfen die Ziele auch in einem Gespräch mit ihren Klient\*innen. Hierbei wird die Zufriedenheit, die Betätigungsperformanz und der Alltagstransfer erfragt. Alle Teilnehmer\*innen geben an, dass die Zielüberprüfung durch Äußerungen des/der Klient\*in erfolge könne. Diese umfassen Aussagen bezüglich des erlangten Verständnisses und der selbstständigen und sicheren Nutzung der digitalen Technologien.

*„[Das Ziel überprüfe ich] ohne bestimmten Bogen oder sonst was“ (T2, Z. 624.)*

*„. . . er [der Klient] dann einfach gesagt hatte: „Das passt ihm so. Er kommt jetzt damit zurecht“ (T7, Z.586-587).*

##### Unterkategorie: Zielerreichung

Unter dieser Kategorie werden Äußerungen der Teilnehmer\*innen bezüglich des **Outcomes** der Interventionen zusammengefasst. Die Hauptkomponenten des Outcomes im PEO-OT werden näher betrachtet.

Bezüglich der Ergebnisse bei Zielerreichung berichten die Teilnehmer\*innen von unterschiedlichen **Betätigungen**, die die Klient\*innen wieder durchführen können. Teilnehmerin 2, 3, 5 und 7 sprechen von einer positiven Veränderung im Bereich des Selbstmanagements. So können die Klient\*innen zum Abschluss der Therapie gezielter und schneller auf die digitalen Geräte zugreifen (T7) und gewünschte Funktionen wie die Erinnerungsfunktion zur Medikamenteneinnahme nutzen (T2) oder die Regelung finanzieller Angelegenheiten (T3, T5), sowie Terminabsprachen mit der Familie autonom durchführen (T3). Neben dem selbstständigen Telefonieren mit einem Smartphones, können die Klient\*innen ihre digitalen Technologien auch selbstständig für die Internetnutzung benutzen (T3, T4, T8).

Das Versenden und Empfangen, das Aufnehmen, Anschauen und die Verwaltung von Fotos und Videos benennen mehrere Teilnehmer\*innen als Therapieoutcome (T3, T4, T5, T7, T8). Auch das Versenden und Empfangen von Nachrichten sind Betätigungen, die die Klient\*innen der Teilnehmer\*innen (wieder) ausführen können (T3, T4, T7). Zwei Teilnehmer\*innen nennen in diesem Zusammenhang die Nutzung des Instant-Messaging-Dienst WhatsApp (T4, T7).

*Sie schreibt halt jetzt WhatsApp mit [. . .] einer Nichte mit der sie sonst [. . .] nur telefonisch Kontakt hatte“ (T4, Z.811-812).*

Insbesondere auf die **soziale Teilhabe** hat die Erreichung des Ziels eine positive Auswirkung (T2, T3, T4, T5, T8). Die Teilnehmer\*innen berichten davon, dass ihre Klient\*innen mehr Kontakt zu ihren Angehörigen haben und die digitalen Technologien nutzen, um mit Familie, Freunden, Bekannte oder Helfersystemen in Kontakt zu treten. Das übergeordnete Ziel, die Teilhabe und **Partizipation** am Leben, kann durch die Nutzung digitaler Technologien erreicht werden (T8).

*„Es ist möglich in Kontakt zu kommen mit den Angehörigen, also ein Teilhabeziel, lässt sich durch digitale Technik erreichen“ (T2, Z. 662-663).*

Alle Teilnehmer\*innen geben an, dass bei Zielerreichung das **Wohlbefinden** ihrer Klient\*innen gesteigert werden konnte. Eine gesteigerte Zufriedenheit und das Gefühl von Freude und Glück der Klient\*innen nehmen mehrere Teilnehmer\*innen an ihren Klient\*innen wahr (T2, T3, T4, T5, T7). Die Teilnehmer\*innen 3, 5 und 7 sprechen von einem gesteigerten allgemeinen Wohlbefinden und Lebensqualität. Auch eine Minderung von negativen Gefühlen wie Angst und Einsamkeit (T3) und eine Steigerung des Selbstwertes und Selbstvertrauen (T2, T8) sind Ergebnisse, von denen die Teilnehmer\*innen berichten.

*„Eine Verbesserung der Lebensqualität durch den leichteren Umgang“ (T7, Z.602).*

#### 4.2.5 Kategorie 5: Gedanken der Ergotherapeut\*innen

##### Unterkategorie: Herausforderungen

Diese Unterkategorie zeigt auf, welche **Faktoren die Umsetzung des Betätigungsanliegens** „Nutzung digitaler Technologien“ durch Senior\*innen in der aktuellen Ergotherapie, nach Ansichten der Teilnehmer\*innen, **behindern**.

Mehrere Teilnehmer\*innen geben an, dass das o.g. Betätigungsanliegen im therapeutischen Umfeld zu wenig Relevanz hat (T3, T4, T7). Demnach haben andere Themen in der geriatrischen Behandlung, wie die Unterstützung der Selbstversorgung, Priorität (T3). Zudem gäbe es keine Vorgaben seitens der Vorgesetzten bezogen auf der Therapiegestaltung, Zielsetzung und Medienverwendung hinsichtlich digitaler Technologien (T7). Eine Teilnehmer\*in meint, dass das Betätigungsanliegen nicht in Assessments und Befundinstrumenten aufgegriffen wird und sie ihre ergotherapeutische Arbeit mit Senior\*innen nicht mit neuen Technologien verbinde (T4). Auch Teilnehmer\*in 2 gibt an, dass für viele Ergotherapeut\*innen dieses Betätigungsanliegen als Therapieinhalt noch unbekannt sei und verweist auf ein anderes öffentliches Bild der aktuellen Ergotherapie.

*„. . . , das ist auch irgendwie Selbstversorgung, aber das Anziehen, Waschen, Mobilität, Essen, Trinken, Orientierung [ . . . ], haben höher Stellungswert [sic]“ (T3, Z. 752-754).*

*„. . . ist es vielleicht für den ein oder anderen total fremd zu sagen, ‚Ich zeige dir, wie das Handy funktioniert?‘, ‚Das ist doch keine Therapie!“ (T2, Z. 713-715).*

Neben fehlendem Wissen und Kenntnissen seitens der Ergotherapeut\*innen zu seniorengerechten digitale Medien (T4), werden auch fehlende Fortbildungsmöglichkeiten (T8) als hinderlich für die Umsetzung des Betätigungsanliegens genannt. Zudem würden aktuell keine Bedarfe seitens der Senior\*innen bezogen auf das Betätigungsanliegen „Nutzung digitaler Technologien“ innerhalb der Therapie bestehen (T7, T8).

*„Die haben keinen Eigenbedarf zu kommen und die Frage zu stellen: ‚Helfen sie mir dabei das zu nutzen?‘“ (T7, Z. 643-644).*

##### Unterkategorie: Voraussetzungen

Diese Unterkategorie beinhaltet Überlegungen der Teilnehmer\*innen, welche **Faktoren** ein häufigeres Aufgreifen des **Betätigungsanliegens** in der Ergotherapie **fördern** würden.

Die Teilnehmer\*innen sprechen diesbezüglich unterschiedliche Aspekte an. Demnach müsse der/die Ergotherapeut\*in eigenes Interesse für dieses Thema haben (T3, T5), sowie die nötige Motivation besitzen, um diese Betätigungsanliegen auch als sinnvoll zu erkennen (T7). Laut Teilnehmer\*in 3 sei es wichtig, dass Ergotherapeut\*innen digitale Geräte als Alltagsgegenstände von Senior\*innen begreifen.

Eine andere Teilnehmer\*in spricht von mehr Sichtbarkeit für das Betätigungsanliegen, da dieses derzeit noch nebenbei ausgeführt würde (T4).

*„Aber einfach erstmal, das [sic] wir [die Ergotherapeut\*innen] sehen, dass es ein Teil des Alltags ist, [. . .] und dann kommt die andere Nutzung ein Handy zu haben oder ein Tablet“ (T3, Z. 694-696).*

Zwei Teilnehmer\*innen geben an, dass das Betätigungsanliegen in der Anamnese, in Assessments und in Berichten aufgegriffen werden muss, um mehr Beachtung im ergotherapeutischen Kontext und darüber hinaus zu erlangen (T3, T7). Mehrere Teilnehmer\*innen meinen, dass Fortbildungs- und Weiterbildungsangebote für die Vermittlung von Wissen zu dem Betätigungsanliegen geschaffen werden müssen (T4, T5, T7, T8). Die Wissensvermittlung in Ausbildung und Studium sei ebenfalls notwendig (T7, T2). Teilnehmer\*in 2 spricht diesbezüglich davon, dass Betätigungsanalysen in Verbindung mit digitalen Technologien auch in der Ausbildung vermittelt werden sollten.

*„Wir haben Betätigungsanalysen zum Fensterputzen gemacht, wir können auch Betätigungsanalysen machen in Bezug auf digitale Technologien . . . “ (T2, Z.702-704).*

Des Weiteren sind mehrere Teilnehmer\*innen der Meinung, dass es mehr Veröffentlichungen in ergotherapeutischen Fachzeitschriften bräuchte, um das Thema sichtbarer zu machen (T2, T4, T5). Eine Teilnehmer\*in meint, dass diesbezüglich auch in Ärztefachzeitschriften berichtet werden müsse (T2). Den Aspekt der Bedarfe erwähnen mehrere Teilnehmer\*innen (T3, T4, T5). Teilnehmer\*in 4 meint, dass Klient\*innen dies öfters als Betätigungsziel äußern müssten. Teilnehmer\*innen 3 und 5 sehen diesbezüglich einen Prozess, der sich entwickelt und die Nachfragen nach dem Betätigungsanliegen ansteigen lässt. So würden immer mehr Senior\*innen digitale Geräte benutzen, da sie noch durch ihre Berufe in Kontakt mit diesen gekommen oder mit diesen groß geworden seien.

## 5. Diskussion

In folgendem Kapitel werden die Studienresultate in Bezug zu dem theoretischen Hintergrund dieser Forschungsarbeit diskutiert. Hierdurch sollen die drei Leitfragen und die Forschungsfrage beantwortet werden. Im Anschluss daran werden Stärken und Schwächen dieser Forschungsarbeit aufgezeigt und erörtert.

### 5.1 Beantwortung der Leitfragen

In den folgenden Abschnitten wird zunächst die jeweilige Leitfrage aufgeführt und anschließend beantwortet. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird zusammenfassend Bezug auf die drei Leitfragen genommen.

#### 5.1.1 Beantwortung der ersten Leitfrage

##### **Welche Informationen erheben Ergotherapeut\*innen in der Evaluationsphase und welche Methoden verwenden sie dafür?**

Die digitale Entwicklung in der Ergotherapie wird in der Technologiebasierte Säule aufgegriffen (Cup & Van Hartingsveldt, 2019). Wie die Ergebnisse zeigen, wird das Betätigungsanliegen der Technologienutzung durch Senior\*innen in ergotherapeutischen Settings wie einer Praxis, Rehabilitationsklinik, Tagesstätte, Seniorenheim und in Hausbesuchen vereinzelt aufgegriffen. Mehrere Teilnehmer\*innen können Tablets, Laptops und Computer der jeweiligen Einrichtung als Therapiemittel verwenden. Das Mobiltelefon bzw. Smartphone wird diesbezüglich nicht erwähnt. Mobile digitale Geräte werden häufig durch die Klient\*innen mit in die Therapie gebracht. Zwei Teilnehmer\*innen stellen auch ihre privaten Geräte vor.

In einer Studie zur Nutzung des Internets in der Ergotherapie geben 110 Ergotherapeut\*innen an, den Stand- PC mit 57 % am häufigsten für die Therapie zu nutzen, gefolgt von Laptop (37 %), Tablet (4 %) und dem Smartphone (2 %) (Dempfle, Greiter, Nitschke, & Pott, 2016; Borgetto: Mixed Methoden Forschung). Die Nutzung zum Erlernen der Bedienung eines digitalen Endgerätes wurde in dieser Studie nicht erwähnt. Auch anderweitig lassen sich in der deutschsprachigen ergotherapeutischen Literatur hierfür keine quantitativen oder qualitativen Aussagen finden. Dies untermauert die Aussagen der Teilnehmer\*innen, dass die Gerätenutzung für den Alltagsgebrauch keine Priorität in der aktuellen geriatrischen Ergotherapie hat. Es ist daher anzunehmen, dass dieses Betätigungsanliegen noch eine Randerscheinung im deutschsprachigen ergotherapeutischen Behandlungsalltag ist.

Zwei von sechs Teilnehmer\*innen greifen den Umgang mit digitalen Technologien bei Senior\*innen von sich aus auf. Die Mehrheit der Teilnehmer\*innen berichtet, dass Verwandte und Freunde oder der/die Klient\*in selbst die Initiative ergreifen. Dieser Fakt lässt sich auch in einer Studie von Amann- Hechenberger et al. (2015) wiederfinden (Borgetto: Qualitative Forschung), wonach zwei Gruppen von Senior\*innen auszumachen sind. Die eine Gruppe schafft sich digitale Geräte aus eigenem Antrieb an, wohin gegen die andere Gruppe diese von Freund\*innen oder Verwandten erhält.

Wie ersichtlich ist, wird das Betätigungsanliegen von allen Teilnehmer\*innen im Einzelsetting im Rahmen der Heilmittelverordnung therapiert. Eine ruhige Lernumgebung ohne Ablenkung ist den Teilnehmer\*innen wichtig. Im Gegensatz dazu wird in der Literatur das Gruppensetting für Senior\*innen mit einer maximalen Besetzung von sechs Personen empfohlen, da es ihnen die Möglichkeit gibt, sich an anderen Gruppenmitgliedern zu orientieren (Doh, 2015; Vogel 2019).

In Bezug auf die Erhebungsmethoden zeigt sich unter den Teilnehmer\*innen ein heterogenes Bild. Die Mehrheit führt ein Gespräch und/oder eine Betätigungs-/Umweltanalyse durch, um die Betätigungseffektivität der Senior\*innen zu evaluieren. Wie aus den Aussagen ersichtlich ist, führen sie keine evaluierten Betätigungsanalysen durch. Nur zwei Teilnehmer\*innen gebrauchen Befundbögen, Assessments und funktionelle Tests. Im Gegensatz dazu empfehlen Christiansen et al. (2015) evaluierte Assessments zu

nutzen (Kapitel 2.3.4). Laut Fischl, Malinowsky und Nilsson (2020) eignet sich das Assessment of Computer-Skills (ACRS) zur Messung digitaler Betätigungsperformanzen. Dies lässt vermuten, dass die Teilnehmer\*innen keine Kenntnis von der Existenz dieses Assessments haben. Das Festlegen von Behandlungszielen, bezüglich des Betätigungsanliegens, verfolgen nicht alle Teilnehmer\*innen. Im Vergleich dazu, bildet die Zielformulierung ein standardisierter Prozessschritt im PEOP-OT und dient einem klientenzentrierten Behandlungsprozess (Christiansen et al., 2015).

Das übergeordnete Verwendungsziel der Senior\*innen ist die selbständige Bedienung der digitalen Technologien für den Alltag, um ihre Kontakte zu Familie, Freunden und Verwandten zu pflegen und am gesellschaftlichen Leben partizipieren zu können. Die Nutzung einzelner Gerätefunktionen wie dem Internet zu Recherchezwecken und für Aktivitäten zur Selbstversorgung stehen hierbei im Vordergrund. Der Austausch über soziale Netzwerke und zum Telefonieren, sowie zum Erstellen von Fotos und Videos werden ebenfalls angegeben. Dies geht konform mit den in der Literatur beschriebenen Motiven, wonach Senior\*innen digitalen Technologien und das Internet zur Kommunikation, Informationssuche und Freizeitgestaltung gebrauchen (ÖIAT, 2014).

Die Erhebung von Barrieren und Ressourcen bildet einen essenziellen Bestandteil in der Evaluationsphase des PEOP-OT (Christiansen et al., 2015). Auch die Teilnehmer\*innen berichten von personenbezogenen Barrieren und Ressourcen, die sie in der Befunderhebung evaluieren. Die Kognition bildet einen Faktor, welcher sowohl als Barriere und als Ressource wahrgenommen wird. Demnach sind vorhandenes Wissen und Erfahrungen der Senior\*innen zu digitalen Technologien hilfreich für den Lernprozess. Einschränkungen des Gedächtnisses und der Konzentration, sowie der kognitiven Flexibilität und mangelndes Technikverständnis werden als hinderlich erfahren. Diese Faktoren lassen sich auch in der Literatur finden. Vorhandene Erfahrungen stellen, laut Czaja et al. (2001), eine Ressource dar, auf die im Lernprozess zurückgegriffen werden kann. Das Merken von Handlungsabfolgen und der Transfer auf ähnliche Lerninhalte sind für Senior\*innen besonders herausfordernd (Yang et al., 2010; Arthanat et al., 2014). Amann-Hechenberger et al. (2015) sprechen in diesem Zusammenhang von fehlenden mentalen Konzepten, die die Bedienung der Technologien erschweren. Das Erlernen von Neuem fällt Senior\*innen schwer und wird als hinderlich wahrgenommen. Dies steht im Widerspruch zu der in der Literatur beschriebenen Plastizität des Gehirns, die auch bei Senior\*innen noch vorhanden ist (Hübner & Bonhoeffer, 2014) und sie Neues erlernen lässt (Oheim & Wittich, 2019).

Physische Einschränkungen des Sehens und Hörens werden von der Mehrheit der Teilnehmer\*innen als eine personenbezogene Barriere der Senior\*innen wahrgenommen. Dies geht konform mit den Feststellungen einer Studie von Yang et al. (2010), wonach Seh- und Hörschwächen in Verbindung mit kleinen Bildschirmen Nutzungsbarrieren bilden (Borgetto: Versorgungsforschung). Beeinträchtigungen der Feinmotorik und Geschicklichkeit werden als Hürden in der Gerätebedienung wahrgenommen. In einer Studie von Friemel (2014) geben ebenfalls ein Viertel der Befragten an, Nutzungsschwierigkeiten mit Technologien aufgrund von Einschränkungen in der Geschicklichkeit zu haben (Borgetto: Quantitative Forschung). Zudem erschweren sensorisch-perzeptive Einschränkungen der Finger die Bedienung von Geräten mit einem Touchscreen. Auch Amann-Hechenberger et al. (2015) verweisen in ihrer Studie auf diesen Aspekt.

Psychologischen Faktoren wie Angst, Motivation, Geduld, Selbstvertrauen oder Frustration bilden Einflussgrößen auf die Nutzung digitaler Technologien bei Senior\*innen. Dabei wird Angst als ein sehr hinderlicher Faktor durch die Teilnehmer\*innen wahrgenommen. Dies untermauert eine Studie von Mostaghel und Oghazi (2016), wonach Angst die Wahrnehmung für eine einfache Nutzung und die Nützlichkeit digitaler Technologien negativ beeinflusst. Mehrere Studien zeigen, dass Technologienutzung Unzufriedenheit und Resignation hervorrufen können (Gatto & Tak, 2008; Haesner et al., 2014). Motivation und Interesse der Senior\*innen für das Betätigungsanliegen werden als Ressource erfahren. Dies deckt sich mit Aussagen in der Literatur, wonach die intrinsische Motivation, die Voraussetzung für das Erlernen digitaler Fähigkeiten ist (Arthanat et al., 2014). Demnach sind Senior\*innen motivierter und zeigen eine höhere Lernbereitschaft, wenn sie sich diese auf eigenen Wunsch anschaffen (Amann-Hechenberger et al., 2015).

Das Narrativ des/der Klient\*in hat eine zentrale Rolle im PEOP- OT (Christiansen et al., 2015). Die Teilnehmer\*innen machen die Erfahrung, dass die Gerätenutzung einen Sinn für den/die Klient\*in haben muss. Dies geht konform mit dem Technologieakzeptanzmodells von Davis (1989), wonach die Nützlichkeit von Technologien für die Annahme dieser ausschlaggebend ist. Auch die Einstellung gegenüber digitalen Technologien beeinflusst die Nutzung. Dies deckt sich mit den Studienergebnissen von Vronman et al. (2014), wonach ein Zusammenhang zwischen einer vermehrte Technologienutzung und der Wahrnehmung von Vorteilen und einer positiven Einstellung besteht.

Umweltbezogene Barrieren und Ressourcen betrachten alle Teilnehmer\*innen im Rahmen der Evaluation. Die soziale Unterstützung, insbesondere durch Angehörige und Freunde, wird bei der Beschaffung, dem Erlernen sowie der langfristigen Nutzung digitaler Technologien als förderlich wahrgenommen. Aber auch ein Seniorenbüro oder das therapeutische Personal werden diesbezüglich erwähnt. Der Aspekt der sozialen Unterstützung wird in mehreren Studie aufgegriffen. Demnach ist die Ermutigung durch das soziale Umfeld für die Technologienutzung bei die Senior\*innen entscheidend. Der Familien- und Freundeskreis nehmen hier eine wichtige Rolle ein (Kreß, 2018; Doh, 2015; Friemel, 2014).

Mangelnde finanzielle Ressourcen eines/einer Klient\*in wirken sich hinderlich auf den Erwerb digitaler Geräte, Verträge und Kursbesuche aus. Dieser sozioökonomische Aspekt lässt sich in der Studie zur Erhebung des Digitalisierungsgrad der deutschen Bevölkerung wiederfinden. So steigt der Digitalisierungsgrad mit höherem Einkommen (Initiative D21 e.V., 2020). Bezüglich der Finanzierung von Technologien sehen die Teilnehmer\*in Ressourcen in der Weitergabe von alten Geräten durch Familie und Bekannte, sowie in günstigeren Gerätemodellen und preiswerteren Verträgen. In einer Studie von Doh (2015) kritisieren jedoch zwei Drittel der Teilnehmer\*innen die Überschaubarkeit von Tarifangeboten und die hohen Kosten für Anschaffung und Unterhalt digitaler Technologien (Borgetto: Mixed-Methoden- Forschung).

Eine entsprechende Infrastruktur sehen die Teilnehmer\*innen als Voraussetzung für das Betätigungsanliegen an. Ein fehlender Internetanschluss, beispielsweise in Seniorenheimen, stellt eine Barriere dar. Laut einer Studie von 2018 zu vorhandenen WLAN- Anschlüssen in rund 6500 deutschen Pflegeheim ist festzustellen, dass 64 % der befragten Heime keine Internetverbindung aufweisen (Borchert, 2022) (Borgetto: Quantitative Forschung).

Laut der Teilnehmer\*innen bilden die Geräte selbst eine Barriere. Demnach erschweren Datenschutzrechtliche Aspekte und die Komplexität der Geräte bezüglich Benutzeroberfläche und Anwendungsmöglichkeiten die Nutzung für Senior\*innen. Diese Erkenntnisse können durch die Literatur untermauert werden. Laut Arthanat et al. (2014) nehmen Senior\*innen digitale Technologien als komplex wahr, da sie zu viele Funktionen aufweisen und nicht nutzerfreundlich gestaltet sind (Callari et al., 2012). Zudem habe insbesondere Senior\*innen Bedenken hinsichtlich Internetkriminalität (ÖIAT, 2014; Friemel 2014).

Die Mehrheit der Teilnehmer\*innen erkennen Betätigungsproblemen im Umgang mit dem Smartphone. Tätigkeiten wie Tippen, Wischen und Drücken auf Touchoberflächen sind ebenso herausfordernd für Senior\*innen, wie das Anschalten, Einrichten und Laden digitaler Geräte. Diese Erkenntnisse gehen konform mit, den in der Literatur beschriebenen, Bedienungshürden bei Nutzen eines Touchscreens (Kreß, 2018), Smartphone- und Tabletnutzung (Preßmar, 2017), sowie einer Computermaus (Yang et al., 2010). In der intuitiven Bedienung digitaler Geräte sehen einige Teilnehmer\*innen auch unterstützende Aspekte. In der Literatur wird jedoch darauf verwiesen, dass Senior\*innen von einem intensionalen Lernprozess profitieren (Arthanat et al., 2014). Das Lernen am eigenen Gerät ist laut ÖIAT (2014) besonders anzuraten. Diese Erfahrungen machen auch die Teilnehmer\*innen dieser Forschungsarbeit.

## 5.1.2 Beantwortung der zweiten Leitfrage

### Wie gestalten die Ergotherapeut\*innen die Interventionsphase?

Eine auf den/die Klient\*in ausgerichtete Behandlung verstehen die Teilnehmer\*innen als ein wichtiges Prinzip ihres therapeutischen Handelns. Die Berücksichtigung der Ziele und Wünschen der Klient\*innen, wie auch die Gestaltung einer guten Therapeut\*in- Klient\*in- Beziehung sind ihnen wichtig. Diese zeichnet sich durch einen wertschätzenden und empathischen Umgang mit Klient\*innen aus. Diese klientenzentrierte Grundhaltung lässt sich in der Literatur unter dem Konzept der Partnerschaft wiederfinden. Die aktive Einbindung des/der Klient\*in in die Zielsetzung und die Berücksichtigung seiner/ihrer Bedürfnisse und Werte, bilden Merkmale einer solchen Partnerschaft (Romein, 2020). Alltagsorientiertes, ganzheitliches und lösungsorientiertes Denken sind für die Teilnehmer\*innen ebenso wichtige Prinzipien. Dieses therapeutische Verständnis kommt dem aktuellen Paradigma der Ergotherapie (emerging paradigm) nahe (Möller, 2017). Hier wird der/die Klient\*in ganzheitlich im Kontext seiner/ihrer Lebenswelten betrachtet und für ihn /ihr wichtige Betätigungen aufgegriffen.

Laut Klein (2020) werden zukünftig mehr Betätigungsanliegen in Verbindung mit der Nutzung digitaler Technologien in der ergotherapeutischen Behandlung nachgefragt werden. Auch die Teilnehmer\*innen sehen die Notwendigkeit, sich mit dem Aufbau und der Funktionsweise digitaler Technologien zu befassen und Grundkompetenzen zu besitzen, um das Betätigungsanliegen im therapeutischen Prozess umsetzen zu können. Sie sprechen davon, eher geringe digitalen Kompetenzen zu besitzen. Insbesondere ältere Kolleg\*innen stelle dies vor Herausforderungen. Diese Resultate gehen konform mit Ergebnissen der Studie von Hill et al. (2016), wonach sich nicht alle befragten Ergotherapiestudent\*innen eines Jahrgangs als kompetent und sicher in der Technologienutzung fühlen. Insbesondere die Anwendung assistiver Technologien, sowie spezieller Software und Geräte werden hierbei genannt.

Die Teilnehmer\*innen wenden Methoden und Strategien an, wie sie auch in der Literatur für die Vermittlung von digitalen Kompetenzen bei Älteren empfohlen werden. Die Mehrheit der Teilnehmer\*innen nutzt das Wiederholen von Handlungsschritten, das Zeigen und Erklären, um die Bedienung, den Geräteaufbau und die Nutzung von Anwendungen zu vermitteln. Das Aufschreiben von Handlungsschritten und die Verwendung von Mindmaps werden ebenso angewandt. Diese Aspekte lassen sich auch in der Studie von Fischl et al. (2020) wiederfinden, wonach das Demonstrieren und Erklären, eine schriftliche Schritt- für- Schritt Anleitung, sowie die Benutzung von Metaphern als förderlich Methoden in der Vermittlung digitaler Kompetenzen bei Senior\*innen beschrieben werden. Da Senior\*innen häufig Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses aufweisen, ist die Methode des Wiederholens besonders hilfreich für das Merken und Abrufen von Sachverhalten (ÖIAT, 2014).

Alle Teilnehmer\*innen stellen fest, dass die genutzten digitalen Geräte häufig nicht Senior\*innenfreundlich eingestellt sind. Da diese meist Altersbedingte Einschränkungen der Sinnesorgane, Kognition und Motorik aufweisen, sehen die Teilnehmer\*innen die Notwendigkeit digitale Technologien zu Behandlungsbeginn auf die Bedürfnisse ihrer Klient\*innen anzupassen. Funktionseinstellungen zu Lautstärke und Helligkeit, Schriftgröße sowie das Löschen unwichtiger Anwendungen werden diesbezüglich vorgenommen. Die Hilfsmittelanpassung bezieht sich meist auf Zubehör zu den digitalen Geräten. Dies geht konform mit denen in der Studie von Fischl et al. (2020) erwähnten Anpassungen, wonach diese an und zu einem Gerät erfolgen. So kann die Nutzung einer Computermaus die Touchfunktion ersetzen. Der Ansatz des „Modify- compensate“ (S.64) im PEOP- OT setzt ebenfalls den Fokus auf den Ausgleich persönlicher Einschränkungen bzw. die Behebung von Umweltbarrieren durch Anpassungen (Christiansen et al., 2015).

Das Lernen in einer reizarmen und gut beleuchteten Umgebung mit ausreichend Zeit und ist den Teilnehmer\*innen wichtig. In Verbindung mit dem Erlernen digitaler Kompetenzen durch Senior\*innen ist der Aspekt „Zeit“ häufig in der Literatur anzutreffen (Leipold, 2012; ÖIAT, 2014; Vogel, 2019). So benötigen Ältere mehr Zeit für das Lernen (Leipold, 2012; Vogel, 2019). In einer Studie von Doh (2015) wird dies-

bezüglich das Eingehen auf das individuelle Lerntempo von Senior\*innen betont. Auch die Teilnehmer\*innen machen die Erfahrung, ihr Vermittlungstempo anzupassen. Zudem vermeiden sie den Gebrauch von Fachwörtern, sowie englischer Begriffe. Dies geht konform mit Resultaten der Studie des ÖIAT (2014), wonach die Verwendung technischer Fachausdrücke als hinderlich für den Vermittlungsprozess wahrgenommen wird.

Das gemeinsame Reflektieren, Feedback geben und das Motivieren des/der Klient\*in sind förderliche Strategien, welche die Teilnehmer\*innen aufgreifen. Dies deckt sich mit Aussagen in der Literatur, wonach Feedbacks für ein besseres Verständnis des Lernstoffes und zur Wahrnehmung der eigenen Lernbedarfe beitragen können (Pappas et al., 2019). Das Ermutigen und Schaffen einer positiven Lernatmosphäre wirkt sich förderlich auf die Wissensvermittlung bei Älteren aus (Fischl et al., 2020; ÖIAT, 2014).

Die Teilnehmer\*innen berichten, dass sie Angehörige und Personen aus dem Umfeld des/der Klient\*in in den Behandlungsprozess einbeziehen, um die langfristige Nutzung zu fördern. So verweisen Studienergebnisse von Doh (2015) auf die Bedeutung des sozialen Umfeldes als Unterstützungsquelle, wonach zuerst Freunde und Bekannte (55 %), gefolgt von den eigenen Kindern (50 %) um Unterstützung bei technischen Problemen gefragt werden. Auf Expert\*innen (18 %) oder Hotlines (15 %) greifen Senior\*innen weniger zurück.

Der Transfer des Betätigungsanliegens in den Alltag der Klient\*innen mittels Übungen und Hausaufgaben wird nicht von allen Teilnehmer\*innen aufgegriffen. Dies steht konträr, zu der Tatsache, dass aufgrund kognitiver Einschränkungen (Kapitel 2.2.2), „der Umgang mit Technik im Alter immer wieder gezielt geübt und wiederholt werden müsse“ (Doh, 2015, S. 24). Im Vergleich dazu bildet das selbständige Ausprobieren der Geräte eine Methode, die von der Mehrheit der Teilnehmer\*innen angewendet wird. Dies deckt sich mit Aussagen in der Literatur, wonach die Selbstwirksamkeit die Technologienutzung Älterer signifikant beeinflusst (Erickson & Johnson, 2011; Doh, 2015). Um die Technologienutzung bei Senior\*innen zu forcieren, sind Erfolgserlebnisse ebenso wichtig (ÖIAT, 2014).

Es ist zu erkennen, dass sich das Aufgabenspektrum der Teilnehmer\*innen in Verbindung mit dem Betätigungsanliegen, um das Schulen und Beraten zu technischen Fragen erweitert hat. Das Schulen als Methode lässt sich im PEOP- OT beschriebenen Ansatz „educate“ (S. 64) wiederfinden und setzt den Behandlungsfokus auf die Vermittlung von Fertigkeiten und Wissen (Christiansen et al., 2015). Das Beraten zu Computerzubehör und Kursen verweist auf den methodischen Ansatz „consult“ (S. 64) und verdeutlicht eine Methode, die Klient\*innen dazu befähigt, eigene Entscheidungen zu treffen (Christiansen et al., 2015).

### **5.1.3 Beantwortung der dritten Leitfrage**

#### **Welche Informationen erheben die Ergotherapeut\*innen in der Outcomephase und welche Methoden verwenden sie dafür?**

Die Outcomephase bildet den letzten Behandlungsschritt eines ergotherapeutischen Prozess nach dem PEOP-OT und dient dazu, erreichte Ergebnisse/ Ziele zu evaluieren bzw. zu messen (Abbildung 1, Christiansen, Baum, & Bass, 2015). Wie die Ergebnisse zeigen, ist das Vorgehen der Teilnehmer\*innen hinsichtlich der Zielüberprüfung verschieden. So werden Behandlungsziele durch ein Gespräch und/oder eine gezielte oder beiläufige Beobachtung während der Nutzung der Technologien erfasst. Alle Teilnehmer\*innen sehen in der Äußerung des/der Klient\*in bezüglich dem Geräteumgang und der Zufriedenheit ausreichend Rückmeldung, um die Behandlung abzuschließen. Die Nutzung von validierten Messinstrumenten scheint keine Praxis am des Behandlungsprozesses zu sein. Dies verdeutlicht die Tatsache, dass nur eine von sechs Teilnehmer\*innen das COPM Assessment zur Zielüberprüfung (gelegentlich) anwendet.

Das PEOP- OT bezieht sich bei der Betrachtung von Therapieoutcomes auf drei Komponenten, die Betätigungsperformanz, die Teilhabe und das Wohlbefinden (Christiansen et al., 2015; Kapitel 2.3.6). Wie

aus den Ergebnissen ersichtlich ist, befähigen die Teilnehmer\*innen ihre Klient\*innen dazu, die digitale Technologien für Aktivitäten der Selbstversorgung, Freizeitgestaltung, zu Kommunikations- und Informationszwecken effektiver und ohne Unterstützung zu gebrauchen. Ihr Selbstmanagement wird gestärkt. Dies geht konform mit einer Studie zum Erlernen des Umgangs mit einem Tablet, wonach ein schnellerer Umgang mit digitalen Geräten nach einem Training erkennbar war (Vaportzis, Clausen, & Gow, 2018).

Das übergeordnete Therapieziel bezüglich der Technologienutzung bildet die soziale Teilhabe der Senior\*innen am gesellschaftlichen Leben. So geben die Teilnehmer\*innen an, dass ihnen die Aufrechterhaltung des Kontakts zu Freunden und Bekannten durch die Technologienutzung erleichtert wird. Dies geht konform mit Ergebnisse in der Studie von Vaportzis et al. (2018), wonach Studienteilnehmer\*innen den Gebrauch eines Tablets als besonders vorteilhaft für den Kontakt mit der Familie wahrnahmen (Borgetto: Versorgungsforschung). Das Gefühl noch ‚am Puls der Zeit zu sein‘ und dazu zugehören, wird durch die Technologienutzung in Verbindung mit dem Internet gefördert (Shapira et al., 2007; Chen & Schulz, 2016).

Aufgrund der leichteren und eigenständigen Bedienung der digitalen Technologien am Ende eines Behandlungsprozess, nehmen die Teilnehmer\*innen Zufriedenheiten, Freude und auch Glück an ihren Klient\*innen wahr. Dies geht konform mit einer Studie von Shapira et al. (2007), wonach sich Senior\*innen, die das Internet benutzen, weniger depressiv und zufriedener mit ihrer aktuellen Lebenssituation fühlen. Dies kann sich förderlich auf das Wohlbefinden von Senior\*innen auswirken (Sum et al., 2009). Mehr Lebensqualität und ein gesteigertes Wohlbefinden werden auch von Teilnehmer\*innen dieser Forschungsarbeit als Outcomes benannt. Laut der Teilnehmer\*innen fördere die Nutzung digitaler Technologien das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen der Klient\*innen. Auch Chen und Schulz (2016) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Technologienutzung das Selbstvertrauen Älterer stärken kann, da sie neue Kompetenzen erwerben und informiert bleiben. Jedoch profitieren Senior\*innen nur nach einer Schulung zu den digitalen Geräten von deren Anwendungsmöglichkeiten (Chen & Schulz, 2016).

## 5.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Teilnehmer\*innen erleben, dass das Betätigungsanliegen der Nutzung digitaler Technologien durch Senior\*innen im ergotherapeutischen Behandlungssetting noch keine Priorität hat. Es wird im Arbeitsalltag der Teilnehmer\*innen nicht thematisiert. So ist vielen Ergotherapeut\*innen die Nutzung digitaler Technologien als ein therapeutisches Betätigungsanliegen von Senior\*innen noch fremd. Obwohl jeder/jede vierte Senior\*in über 60 Jahre ein Mobiltelefon oder Smartphone gebraucht (Statista, 2020), werden digitale Technologien noch nicht als Alltagsgegenstände von Senior\*innen wahrgenommen. Im Zentrum der aktuellen geriatrischen Behandlungen stehen Aktivitäten der Selbstversorgung wie „. . . das Anziehen, Waschen, Mobilität, Essen, Trinken“ (T3, Z. 752-754). Diese Behandlungsinhalte lassen sich ebenso in der Onlinepräsentation des Fachbereichs Geriatrie des DVE (o.D.) wiederfinden und spiegeln ein Bild eines/einer geriatrischen Klient\*in wider, worin agile und technikaffine Senior\*innen nicht inbegriffen sind. So sehen auch die Teilnehmer\*innen derzeit keine Bedarfe bezüglich des Betätigungsanliegens seitens der Senior\*innen.

Wie festzustellen ist, wird das Betätigungsanliegen häufig spontan in der Therapie aufgegriffen. In vier von sechs Fällen erfolgte dies durch den/die Klient\*in selbst. Die Teilnehmer\*innen nutzen das Gespräch und/oder die Beobachtung, um das Anliegen der Senior\*innen in der Evaluations- und Outcomephase zu eruieren. Zudem wird das Feedback durch den/die Klient\*in als eine Methode genutzt, um Ziele in der Outcomephase zu erfassen. Dieses Vorgehen ist kritisch zu bewerten, da hier allein auf die Erfahrungen der Klient\*innen zurückgegriffen wird und keine Messungen der Betätigungsperformanzen vorgenommen werden. Dies ist kein methodisches Vorgehen im Sinne einer evidenzbasierten Ergotherapie (Kapitel 2.3.1). Wie festzustellen ist, nutzt die Mehrheit der Teilnehmer\*innen keine betätigungsbasierten Befunderhebungsinstrumente für den Therapieprozess. Vielmehr deutet die Verwendung von selbsterstellten

Befundbögen und funktionellen Tests auf mangelnde Kenntnisse zu Erhebungsinstrumenten für digitale Betätigungen hin und lässt an eine funktionell ausgerichtete Ergotherapie, wie im „Mechanistischem Paradigma“ (Möller, 2017, S.78) beschrieben, denken. Wie gezeigt werden konnte, existieren evidenzbasierte Assessments zur Erfassung digitaler Fähigkeiten (Kapitel 5.1.1). Es ist daher anzunehmen, dass diese für den deutschen ergotherapeutischen Kontext in validierter Form nicht vorliegen.

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigen, dass ein standardisierter Behandlungsprozess mit Evaluations-, Interventions- und Outcomephase für das o.g. Betätigungsanliegen nicht besteht. Vielmehr scheinen sich Evaluations- und Interventionsphase zu überlagern. So geben lediglich zwei Teilnehmer\*innen an, Ziele in Verbindung mit dem Betätigungsanliegen festzulegen. Wie Fischl et al. (2020) in ihrer Studie betonen, ist das Identifizieren der Interessen und Ziele von Klient\*innen in Verbindung mit der Nutzung digitaler Geräte besonders für maßgeschneiderte Interventionen wichtig. Hier spiegelt sich der narrative Ansatz des PEOP-OT wider, wonach Senior\*innen unterschiedliche Erfahrungen, Einstellungen und Interessen besitzen und diese in einer klientenzentrierten Behandlung zu berücksichtigen sind (Christiansen et al., 2015). Wie in der Literatur beschrieben, nehmen auch die Teilnehmer\*innen Nutzungsvorlieben bei ihren Klient\*innen hinsichtlich digitaler Geräte wahr. Demzufolge werden Smartphones, Computer und Tablets vor allem für die Informationssuche und insbesondere das Smartphone zum Kommunizieren, Fotografieren und für Apps verwendet (Amann- Hechenberger et al., 2015). Wie die Resultate dieser Forschungsarbeit zeigen, können Laptops, Stand-PCs und Tablets, sowohl im Hausbesuch, in der Praxis als auch im Kliniksetting genutzt werden. Mobile Technologien werden eher durch den Klient\*innen mit in die Behandlung gebracht und nachgefragt werden.

Wie aus der Beantwortung der Leitfrage 2 ersichtlich ist, besitzen Senior\*innen Ressourcen und Barrieren hinsichtlich ihrer Person, Umwelt und der Betätigungsperformanz selbst. Dies werden von den Teilnehmer\*innen wahrgenommen und evaluiert. Demnach erschweren Einschränkungen der Kognition, der Feinmotorik und der Sinneswahrnehmungen die Bedienung von digitalen Technologien und werden daher als personenbezogene Barrieren wahrgenommen. Psychische Faktoren wie Angst und/oder ein geringes Selbstvertrauen können die Kontaktaufnahme mit digitalen Technologien erschweren. Erfahrungen und Vorwissen zu digitalen Technologien, sowie motivierte Senior\*innen werden als personenbezogene Ressourcen erfahren.

Digitale Geräte sind mit Kosten verbunden, sowohl beim Erwerb, dem Unterhalt als auch für den Kompetenzerwerb mittels Computerkurs. Diese werden von der Mehrheit der Teilnehmer\*innen als eine umweltbezogene Barriere wahrgenommen. Der Zugang zum Internet wird als notwendig erachtet. Sollte dieser fehlen, kann sich dies hinderlich auf die ergotherapeutische Behandlung auswirken. Das digitale Gerät selbst kann eine Umweltbezogene Barriere darstellen. Überladene Benutzeroberflächen, die Vielzahl an Anwendungsmöglichkeiten, Datenschutzbedenken überfordern Senior\*innen schnell. Zudem besitzen digitale Technologien häufig ein Senior\*innenunfreundliches Design. Wie die Ergebnissen zeigen, ist die Vermittlung von Basisfunktionen, wie das Einschalten und Einrichten eines digitalen Geräts, sowie die Bedienung einer Touchoberfläche und einer Computermaus für Senior\*innen besonders wichtig.

Umweltbezogene Ressourcen werden vor allem in der sozialen Unterstützung durch Angehörige und Bekannte aber auch durch externe Einrichtungen, wie einem Senior\*Innenbüro gesehen. Die Teilnehmer\*innen nehmen günstiger gewordene digitale Geräte und Verträge als hilfreich für die Finanzierung von digitalen Geräten war und sehen in der intuitiven Bedienung digitaler Technologien auch umweltbezogene Ressourcen.

Allen Teilnehmer\*innen vertreten einen Klient\*innenzentrierten Behandlungsansatz geprägt durch ein partnerschaftliches Verhältnis. Das Einzelsetting wird von allen Teilnehmer\*innen als ein adäquates Setting für die Behandlung von Senior\*innen im Umgang mit Technologien angesehen. Durch eine klientenorientierte Anpassung digitaler Technologien können Nutzungsbarrieren abgebaut werden. Methoden wie das Erklären, Zeigen, Wiederholen, sowie die Visualisierung von Lehrinhalten werden im Umgang mit Senior\*innen als hilfreich empfunden. Das Anpassen des Lerntempos und der Sprache, gemeinsames

Reflektieren, Feedback geben, bilden ebenfalls unterstützende Methoden für den Lernprozess mit Senior\*innen. Das Ausprobieren, wenn möglich am eigenen Gerät, fördert insbesondere die Selbstwirksamkeit der Klient\*innen und schafft Vertrauen in das eigene Können. Zubehör wie eine Tablethalterung erleichtern die Gerätebedienung und werden im Rahmen von Umweltanpassungen durch mehrere Teilnehmer\*innen vorgenommen. Das Wiederholen durch Übungen außerhalb der Therapieeinheit, sowie das Einbeziehen von Familienangehörigen und Bekannten fördert den Alltagstransfer und die langfristige Technologienutzung.

Wie zu erkennen ist, nutzen die Teilnehmerinnen methodische Ansätze wie das Anpassen, Zusammenarbeiten, Kreieren, Beraten und Schulen. Diese Ansätze sind im PEO- OT (Christiansen et al., 2015) wiederzufinden und werden im Canadian Model of Client- Centred Enablement (CMCE) (Townsend & Polatajko, 2013) als ergotherapeutische Kernkompetenzen verstanden werden. Dies zeigt, dass Ergotherapeut\*innen Berufskompetenzen besitzen, die sie auch für die Umsetzung dieses Betätigungsanliegens qualifizieren. Kompetenzen wie „schulen“ und „beraten“ werden in Verbindung mit dem Betätigungsanliegen stärker nachgefragt. Eine sich veränderte therapeutische Rolle vom Behandeln am Klienten, hin zum Behandeln mit dem/der Klient\*in ist erkennbar.

Wie die Ergebnisse zeigen, gelingt es den Teilnehmer\*innen ihre Klient\*innen zu einem positiven Outcome zu verhelfen, so dass diese, die digitalen Technologien effektiver und ohne Unterstützung nutzen können. Eine verbesserte Betätigungsperformanz ermöglicht ihnen nicht nur mehr Kontakt mit der Familie, sondern auch eine andere Art der Kommunikation (z.B.: via Facetime) und Freizeitgestaltung. Dies kann zu mehr Lebensqualität, Zufriedenheit und Wohlbefinden bei Senior\*innen beitragen. Dies beobachten die Teilnehmer\*innen auch an ihren Klient\*innen. Messungen mittels eines Patient-Reported Outcome Measure (PROM) führten die Teilnehmer\*innen diesbezüglich nicht durch (medmij, o. D).

Für die Umsetzung des Betätigungsanliegens in der aktuellen ergotherapeutischen Behandlung, bedarf es Voraussetzungen, die die Teilnehmer\*innen benennen. Demnach ist Interesse und Motivation seitens des/der Therapeut\*in nötig, um sich mit digitalen Technologien und deren Anwendungsmöglichkeiten auseinzusetzen. Eine stärkere Nachfrage durch die Senior\*innen selbst, sei ebenfalls erforderlich. Strukturelle Veränderungen, wie die Aufnahme des Betätigungsanliegens in Befundbögen, Assessments sowie im Berichtswesen, werden genannt.

Wie zu erkennen ist, hängt die Umsetzung des Betätigungsanliegens von den digitalen Kenntnissen und Erfahrungen des/der jeweiligen Therapeut\*in ab. Die Teilnehmer\*innen sprechen von „Grundkompetenzen“ (T7, Z. 537), die nötig sein, um Senior\*innen beim Erwerb digitaler Kompetenzen unterstützen zu können. Der Erwerb dieser sollte bereits in der ergotherapeutischen Ausbildung und/oder dem Studium erfolgen. Weiterbildungen werden zudem als notwendig erachtet. Bildungsträger, die dieses Fortbildungsthema im ergotherapeutischen Kontext anbieten, konnten nicht gefunden werden. Vielmehr dienen klassische Weiterbildungsangebote dazu, die eigenen digitalen Kompetenzen [die der Ergotherapeut\*innen] auszubauen (Hamburger Volkshochschule, o.D.). Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sehen die Teilnehmer\*innen ebenfalls als förderlich an, um mehr Bewusstsein für die digitalen Technologien im Alltag von Senior\*innen und dem damit verbundenen Betätigungen zu schaffen.

### 5.3 Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit

Im Folgenden wird der Forschungsprozess kritisch betrachtet, indem die Forscher\*in den Forschungsprozess reflektiert und diesbezüglich Stärken und Schwächen betrachtet.

Im Rahmen einer qualitativen Forschung bedarf es einer transparenten Beschreibung des Forschungsprozesses (Mayring, 2016). Im Kapitel 3 erfolgt eine ausführliche Darlegung des Forschungsprozesses dieser Arbeit, so dass der Leser diesen nachvollziehen kann. Zudem ist eine Tabelle mit den verwendeten Datenbanken im Anhang 11 einsehbar.

Als eine weitere Stärke dieser Forschungsarbeit kann die Einhaltung der Gütekriterien nach Mayring (2016; Kapitel 3.7) angesehen werden. Das methodische Vorgehen in dieser Forschungsarbeit orientierte sich an dem Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2016). Zudem erfolgte die Transkription nach dem einfachen Transkriptionsverfahren von Dresing und Pehl (2011). Ebenso achteten die Forscher\*innen auf die durchlaufende Anonymisierung der Teilnehmer\*innen. Durch dieses systematische und regelgeleitete Vorgehen wurde eine Grundlage für fundierte Resultate geschaffen. Ein weiteres Qualitätskriterium dieser Forschungsarbeit bildet die Durchführung einer Pretestung. Im Anschluss daran nahmen die Forscher\*innen sprachliche Anpassungen vor und ergänzten den Leitfaden um eine Sondierungsfrage. So konnte die Qualität des Leitfadens verbessert werden. Weitere Stärken sind in dem ausführlichen Interviewleitfaden (Anhang 5) bezogen auf die drei Behandlungsphasen zu sehen. Dadurch konnten viele Informationen gewonnen werden. Was wiederum quantitative Aussagen zu Resultaten ermöglichte. Zudem konnten sechs Teilnehmerinnen aus unterschiedlichen ergotherapeutischen Einrichtungen gewonnen werden. Dies lässt Aussagen bezogen auf die Nutzung digitaler Technologien in verschiedenen ergotherapeutischen Kontexten zu.

Die vorliegende Forschungsarbeit weist auch Schwächen auf. Die gefundene Literatur besteht aus Artikeln der letzten 20 Jahren, welche für das Forschungsthema relevant sind. Als eine Schwäche könnte die Aktualität der Studien angesehen werden. Auch greifen die gefundenen Studien das Betätigungsanliegen „Nutzung digitaler Technologien“ oft im Zusammenhang mit der Verwendung des Internets auf, so dass sich die Literatur nicht ausschließlich auf die reine Betätigung digitaler Technologien bezieht.

Mayring (2016) empfiehlt Interviews vor Ort zu führen. Aufgrund der vorherrschenden SARS-CoV-2 Pandemie kamen die hier durchgeführten Interviews ausschließlich durch die Nutzung von Microsoft Teams zustande. Aufgrund dieses Interviewsettings kam es während zweier Interviews zu Störfaktoren im Interviewfluss und somit auch zu inhaltlichen Verlusten. Dies könnte als eine Schwäche der Studie verstanden werden.

Wie aus Kapitel 3.4.4 ersichtlich, gestaltete sich die Teilnehmerrekrutierung, die die beschriebenen Kriterien aufweisen, als äußerst schwierig und langwierig. Trotz Nutzung unterschiedlichster Kanäle wie Facebook, Instagram, Homepage des DVE und einer systematischen Ansprache per Mail an ca. 300 Praxen bundesweit, erklärten sich lediglich sechs Ergotherapeut\*innen zur Teilnahme bereit. Demnach ist der Übertrag der gewonnenen Resultate auf deutsche Ergotherapeut\*innen mit Vorbehalt zu betrachten, da eine Stichprobe von sechs Teilnehmer\*innen keine ausreichende Datensättigung zu lässt. Zudem erfüllte eine Teilnehmer\*in die Einschlusskriterien nicht vollständig.

## 6. Schlussfolgerung und Ausblick

Diese Forschungsarbeit geht der Frage nach, welche Erfahrungen Ergotherapeut\*innen bei der Umsetzung des Betätigungsanliegen „Nutzung digitaler Technologien“ durch Senior\*innen für deren Alltagsgebrauch in der Ergotherapie machen.

Die hier vorgestellten Forschungsergebnisse geben einen ersten Eindruck zur aktuellen Situation bzgl. der Forschungsfrage und zeigen eine deutliche Forschungslücke auf. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass das o.g. Betätigungsanliegen in der deutschen ergotherapeutischen Behandlung von Senior\*innen nicht präsent ist und im Therapieprozess eher beiläufig aufgegriffen wird. Diese Tatsache spiegelt auch die erschwerte Rekrutierung von Teilnehmer\*innen für diese Forschungsarbeit wider. Zum einen äußern Senior\*innen selten den Wunsch, den Umgang mit digitalen Technologien in der Therapie zu erlernen. Zum anderen fehlt deutschen Ergotherapeut\*innen das Bewusstsein für dieses Betätigungsanliegen in Verbindung mit dem geriatrischen Klientel.

Um das o.g. Betätigungsanliegen in der ergotherapeutischen Behandlung zu verankern, müssen standardisierte Prozesse und Strukturen geschaffen werden, die zu einer evidenzbasierten, betätigungsorientierten Behandlung beitragen und vergleichbare Ergebnisqualitäten ermöglichen. Hierfür bedarf es Aufklärung und struktureller Veränderungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene.

Auf **Mikroebene** ist festzustellen, dass die Teilnehmer\*innen keine einheitlichen digitalen Kompetenzen aufweisen und diese tendenziell als gering einschätzen. Daher sollten Ergotherapeut\*innen sich zu grundlegendem Wissen bezüglich digitaler Geräte und deren Anwendungen, sowie seniorenrechter Technologien weiterbilden. Hierfür bedarf es Weiterbildungsangebote auf der Makroebene, welche sowohl technische als auch didaktische Inhalte vermitteln, um Kompetenzen wie ‚schulen‘ und ‚beraten‘ zu fördern.

Auf **Mesoebene** ist festzustellen, dass den Teilnehmer\*innen Rahmenbedingungen geboten werden, die ein grundsätzliches Aufgreifen des o.g. Betätigungsanliegen möglich machen. Demnach steht der Mehrheit der Teilnehmer\*innen Tablets, Laptops, und Computer für die Therapiegestaltung zur Verfügung. Da der Smartphoneumgang für Senior\*innen besonders herausfordernd ist, muss dieses mehr Beachtung im therapeutischen Setting erfahren. Neben digitalen Technologien als Therapiemittel, bildet der Zugang zum Internet eine wichtige Voraussetzung. Zudem bedarf es mehr validierter Assessments, um Ressourcen und Barrieren mit einer entsprechenden Ergebnisqualität erheben zu können. Die Verwendung betätigungsbasierter Instrumente, wie eine Performanzanalyse nach Fisher (2014), ist hier denkbar. Dies erfordert Weiterbildungen für deutsche Ergotherapeut\*innen zu betätigungsbasierter Ergotherapie im Sinne des aktuellen Paradigmas (Möller, 2019).

In ihrem Grundlagenbuch zur geriatrischen Ergotherapie widmen Bahr, Gätz, Hartmann, & Rievers (2020) den digitalen Technologien und Senior\*innen ein ganzes Kapitel. Dennoch sind auf **Makroebene** mehr Publikationen in deutschen ergotherapeutischen Fachzeitschriften oder auf der Onlineplattform des DVEs erforderlich, um das Thema sichtbarer zu machen. Ergotherapeutische Fachbücher sollten daher das Betätigungsanliegen als Basisaktivitäten von Senior\*innen aufgreifen. Strukturelle Veränderungen in der ergotherapeutischen Ausbildung und/oder Studium sind ebenso notwendig. Denn wie zuerkennen ist, sind digitale Kompetenzen im Kompetenzprofil deutscher Ergotherapeut\*innen nicht verankert (DVE, o.D.).

Zudem wird deutlich, dass es mehr Validierungsstudien für das deutsche Ergotherapiesetting bezüglich Assessments zur Erfassung digitaler Fähigkeiten bedarf. Mehr Forschung zu Maßnahmen für die Unterstützung von Senior\*innen bei der Nutzung mobiler digitaler Technologien für den deutschsprachigen ergotherapeutischen Kontext sind nötig. So könnte an die schwedische Studie von Fischl et al. (2020) angeknüpft werden und das dort vorgeschlagene „scheme of tailoring“ (S.582) an einer größeren deutschen Stichprobe evaluiert werden.

Abschließend ist festzuhalten, dass das (Wieder-) Erlernen des Umgangs mit digitalen Technologien durch Senior\*innen als Behandlungsinhalt in unterschiedlichen Therapiesettings möglich ist. Wie die Forschungsergebnisse zeigen, können positive Outcomes nach einer ergotherapeutischen Intervention durch die Teilnehmer\*innen ermöglicht und Senior\*innen zu mehr Teilhabe und Wohlbefinden verholfen werden. Für eine klientenzentrierte Behandlung müssen deutsche Ergotherapeut\*innen jedoch zu digitalen Technologien und deren Bedeutung für Senior\*innen in der nacherwerblichen Lebensphase informiert und weitergebildet werden.

## Literaturverzeichnis

- Altpeter, B. (2017). E-Health als Bestandteil ganzheitlicher Therapieoptimierung. *Der Diabetologe*, 13(1), 29–37. doi:10.1007/s11428-016-0172-8
- Amann- Hechenberger, B., Buchegger, B., Erharter, D., Felmer, V., Fitz, B., Jungwirth, B., . . . Xharo, E. (2015). *Tablet & Smartphone: Seniorinnen und Senioren in der mobilen Welt*. Abgerufen am 21. Juli 2022, von <http://forschungsbericht.mobiseniora.at/>
- Amundsen, D. (2020). Digital Technologies as a Panacea for Social Isolation and Loneliness among Older Adults: An International Model for Flourishing and Wellbeing. *Video Journal Of Education And Pedagogy* 5, 1-14. doi: 10.1163/23644583-00501008
- Arthanat, S., Vroman, K.G., Lysack, C. (2014). A home-based individualized information communication technology training program for older adults: a demonstration of effectiveness and value. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology*, 1-9. doi: 10.3109/17483107.2014.974219
- Bahr, S., Gätz, N., Hartmann, E., Rievers, S., & Wildhage, V. (Hrsg.). (2020). *Ergotherapie in der Geriatrie: Grundlagen-Arbeitsfelder-Perspektiven*. Idstein: Schulz- Kirchner.
- Barnard, Y., Bradley, M. D., Hodgson, F., & Lloyd, A. D. (2013). Learning to use new technologies by older adults: Perceived difficulties, experimentation behaviour and usability. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1715–1724. doi: 10.1016/j.chb.2013.02.006
- Bass, J. D., Baum, C. M., Christiansen, C. H., & Haugen, K. (2015). Environment Factors: Social Determinants of Health, Social Capital, and Social Support. In C.H. Christiansen, C. M. Baum, & J. D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy - Performance, Participation, and Well-Being* (4<sup>th</sup> edition, SS. 359-386). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Bertram, A. M., & Laube, W. (2006). Das sensomotorische System im Alterungsprozess: Koordinationstraining als Sturzprävention. *physiopraxis*, 4(11/12), 26-29. doi: 10.1055/s-0032-1307980
- Bochert, Y. (2022, 20. Juni). *Erste WLAN- Studie Deutschland*. Abgerufen am 12. Juli 2022, von <https://www.pflegemarkt.com/2018/09/14/wlan-studie-zahlen-pflegeheime-deutschland-2018/>
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann- Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., . . . Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide - Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2, 56-63.
- Bortz, J., & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (o.D.). *Soziale Teilhabe*. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://im-alter-inform.de/gesundheitsfoerderung/handlungsfelder/soziale-teilhabe>
- Boyt Shell, B. A., & Gillen, G. (Eds.). (2019). *Willard and Spackman`s Occupational Therapy*. (13<sup>th</sup> edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Brenna, E. (2019). Adult Education, the Use of Information and Communication Technologies and Their Impact on Elderly`s Quality of Life: A Case Study. *International Journal of Business and Social Science*, 10(8), 92-103. doi:10.30845/ijbss.v10n8p11
- Broese van Groenou, M. (2007). Deelname aan activiteiten. In T. Van Tilburg & J. De Jong Gierveld (Rede.), *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak* (SS. 60-64). Assen: Van Gorcum.

- Broese van Groenou, M., & Van Tilburg, T. (2007). Andere persoonlijke relaties. In T. Van Tilburg & J. De Jong Gierveld (Rede.), *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak* (SS. 51-59). Assen: Van Gorcum.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation e.V. (o.D.). *Soziale Teilhabe*. Abgerufen am 3. Juni 2022, von <https://im-alter.inform.de/gesundheitsfoerderung/handlungsfelder/soziale-teilhabe/>
- Bundesärztekammer. (o.D.). *Elektronische Patientenakte: Kernanwendung vernetzter Versorgung*. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastuktur/epa>
- Bundesdatenschutzgesetz. (2017, 30. Juni). Abgerufen am 20. Juli 2021, von [https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg\\_2018/BJNR209710017.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018/BJNR209710017.html)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2020a). *Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung*. Abgerufen am: 12. August. 2022, von <https://www.achter-altersbericht.de/bericht>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2020b). *Ältere Menschen und Digitalisierung: Erkenntnisse und Empfehlungen des Achten Altersberichts*. Abgerufen am: 12. August 2022, von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/aeltere-menschen-und-digitalisierung-159700>
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. (2022). *Den digitalen Wandel gestalten*. Abgerufen am 4. Mai. 2022, von <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Dossier/digitalisierung.html>
- Callari, T. C., Ciairano, S., Re, A. (2012). Elderly-technology interaction: accessibility and acceptability of technological devices promoting motor and cognitive training. *Work*, 41, 362-369. doi: 10.3233/WOR-2012-0183-362
- Chapparo, C. (2016). Hermeneutik. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 98-112). Berlin Heidelberg: Springer.
- Chen, Y. R., & Schulz, P. J. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1), 1-11. Doi: 10.2196/jmir.4596
- Christiansen, C. H., Baum, C. M., & Bass, J. D. (Eds.). (2015). *Occupational Therapy – Performance, Participation, and Well-Being* (4<sup>th</sup> edition). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Cotton, S. R. (2017). Examining the Roles of Technology in Aging and Quality of Life. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 72(5), 823-826. doi: 10.1093/geronb/gbx109
- Cup, E., & Van Hartingsveldt, M. (2019). Der Ergotherapeut. In M. Le Granse, M. Hartingsveldt, A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage, SS. 196-219). Stuttgart: Thieme.
- Czaja, S. J., Charness, N., Fisk, A. D., Hertzog, C., Nair, S. N., Rogers, W. A., Sharit, J. (2006). Factors Predicting the Use of Technology: Findings From the Center for Research and Education on Aging and Technology Enhancement (CREATE). *Psychology and Aging*, 21(2), 333-352. doi: 10.1037/0882-7974.21.2.333
- Czaja, S. J., Ownby, R., Sharit, J., Roth, D. L., & Nair, S. N. (2001). Examining Age Differences in Performance of a Complex Information Search and Retrieval Task. *Psychology and Aging*, 16(4), 564-579. doi: 10.1037//0882-7974.16.4.564

- Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340. Abgerufen am: 12. August 2022, von <http://www.jstor.org/stable/249008>
- Debatin, J. F., (2021). Digitale Innovationen in Deutschland: von Corona zur ePA. *Der Radiologe*, 61, 389-394. Abgerufen am: 12. August 2022 von <https://doi.org/10.1007/s00117-021-00807-5>
- Dempfle, B., Greiter, M., Nitschke, M., & Pott, U. (2016). Ergotherapie 2.0 – Partizipation ermöglichen via Internet? *ergoscience*, 11(1), 2-11. doi:10.2443/skv-s-2016-54020160101
- Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (2007, August). *Definition*. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://dve.info/ergotherapie/definition>
- Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (o.D.). *Kompetenzprofil Ergotherapie*. Abgerufen am 10. August 2022, von <https://dve.info/bildung/kompetenzprofil-ergotherapie/>
- Droogleever Fortuijn, J., Van der Meer, M., Burholt, V., Ferring, D., Quattrini, S., Rahm Hallberg, I., . . . Wenger, G. C. (2006). The Activity Patterns of Older Adults: A Cross-Sectional Study in Six European Countries. *Population, Space and Place*, 12, 353-369. doi: 10.1002/psp.422
- Doh (2015). *Neue Technologien im Alter: Ergebnisbericht zum Forschungsprojekt „FUTA“: Förderliche und hinderliche Faktoren im Umgang mit neuen Informations- und Kommunikations- Technologien im Alter*. Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, (1-45), Heidelberg. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://doi.org/10.2314/GBV:874368243>
- Dresing, T., & Pehl T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Auflage). [e-book]. Abgerufen am 12. August 2022, von [https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch\\_08\\_01\\_web.pdf](https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf)
- Elektronische Gesundheitskarte (Sozial Gesetzbuch V). (1988, 20. Dezember). Abgerufen am 12. August 2022, von [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_291.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_291.html)
- Elstner, S., Feld, L. P., & Schmidt, C. M. (2016). Bedingt abwehrbereit: Deutschland im digitalen Wandel, *Wirtschaftspolitische Blätter* (3), 1-18. Wiesbaden: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Abgerufen am 12. August 2022, von <http://hdl.handle.net/10419/144796>
- Encyclopedia.com (2019). *Mobile Commerce*. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://www.encyclopedia.com/management/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/mobile-commerce>
- Erickson, J., & Johnson, G. M. (2011). Internet Use and Psychological Wellness during Late Adulthood\*. *Canadian Journal on Aging*, 1-13. doi: 10.1017/S0714980811000109
- Eriksson, G., Lilja, M., Jonsson, H., Petersson, I., Tatzler, V. C. (2015). Occupations of Elderhood. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, & J. D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy – Performance, Participation, and Well-Being* (4<sup>th</sup> edition, SS. 169-183). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Feiler, M. (Hrsg.). (2019). *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Ein Leitfaden für reflektiertes Denken und Handeln*. Stuttgart: Thieme.

- Ferrari, A. (2012). *Digital Competence in Practice: An Analysis of Frameworks*. Luxembourg: European Union. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/2547ebf4-bd21-46e8-88e9-f53c1b3b927f/language-en>
- Fischer, A. G., (2018). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Modell: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von Klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (B. Dehnhardt, Übersetz.). (2. Auflage). Idstein: Schulz- Kirchner.
- Fischl, C., Blusi, M., Lindgren, H., & Nilsson, I. (2020). Tailoring to support digital technology-mediated occupational engagement for older adults – a multiple case study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(8), 577-590. doi:10.1080/11038128.2020.1760347
- Fischl., C., Malinowsky, C., & Nilsson, I. (2020). Measurement of older adults' performance in digital technology-mediated occupations and management of digital technology. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(6), 376–387. doi: 10.1177/0308022620937971
- Friemel, T. N. (2014). The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors. *New media & Society*, 18(2), 313-331. doi:10.1177/1461444814538648
- futura-sciences (2021,25. Juli). Was ist You-Tube eigentlich? Eine Definition. Abgerufen am 16. August 2022, von [https://www.futura-sciences.com/de/was-ist-youtube-eigentlich-definition\\_5477/](https://www.futura-sciences.com/de/was-ist-youtube-eigentlich-definition_5477/)
- Gatto, S. L., & Tak, S. H. (2008). Computer, Internet, and E-Mail use among older adults: Benefits and Barriers. *Educational Gerontology*, 34, 800-811. doi: 10.1080/03601270802243697
- Grefkes, C., & Fink, G. R. (2007). Somatosensorisches System. In F. Schneider, & G. R Fink (Eds.), *Funktionelle MRT in Psychiatrie und Neurologie* (SS. 279-295). Heidelberg: Springer.
- Haesner, M., Steinert, A., O'Sullivan, J. L., & Steinhagen-Thiessen, E. (2014). Analyse des Umgangs älterer Internetnutzer mit unerwarteten Situationen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(8), 715-721. Doi:10.1007/s00391-014-0838-z
- Hagedoren-Meuwissen, E., Heijkers, J., & Roentgen, U. (2019). Technologie in der Versorgung. In M. Le Granse, M. Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie*, (5. Auflage, SS. 253-277). Stuttgart: Thieme.
- Hamburger Volkshochschule (2022). Erste Schritte am PC mit eigenen Laptops. Abgerufen am 16. August 2022, von <https://www.vhs-hamburg.de/kurs/erste-schritte-am-pc-mit-eigenen-laptops/348512>
- Heinz, M. S. (2013). *Exploring predictors of technology adoption among older adult* (Dissertation). Philosophy, Iowa State University, Ames.
- Helfferrich, C. (2010). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hess, T. (2019, 8. April). Digitalisierung. In *Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik*. Abgerufen am 12. August 2021, von <https://willex.de/index.php/lexikon/technologische-und-methodische-grundlagen/informatik-grundlagen/digitalisierung/>
- Hesse, G., Laubert, A. (2005). Hörminderung im Alter – Ausprägung und Lokalisation. *Deutsches Ärzteblatt*, 102(42), 2864-2868.
- Hickman, J. M., Rogers, W. A., & Fisk, A. D. (2007). Training Older Adults To Use New Technology. *Journals of Gerontology*, 62B, 77-84.

- Hills, C., Ryan, S., Smith, D. R., Warren-Forward, H., Levett-Jones, T., & Lapkin, S. (2016). Occupational therapy students' technological skills: Are 'generation Y' ready for 21<sup>st</sup> century practice? *Australian Occupational Therapy Journal*, 63, 391-398. doi: 10.1111/1440-1630.12308
- Huxhold, O., & Otte, K. (2019). DZA: Aktueller Deutscher Alterssurvey: Internetzugang und Internetnutzung in der zweiten Lebenshälfte. *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), 1*, 1-22. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-65804-7>
- Höhl, B. (2016). *Gütekriterien für qualitative Forschung*. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 128-130). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hübner, M., & Bonhoeffer, T. (2014). Neuronal Plasticity: Beyond the Critical Period. *Cell* 159(4), 727-737. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.10.035>
- Hwan, H., Sol, H. Y., Beom, S. J., Young, S. H., & Yong, G. J. (2013). A Study of Pointing Performance of Elderly Users on Smartphones. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 29(9), 604-618. doi: 10.1080/10447318.2012.729996
- Initiative D21 e. V. (2022). *D21 Digital Index 2020/2021: Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft*. Abgerufen am 12. August. 2022, von <https://initiatived21.de/d21index20-21/>
- ITWissen.info. (2016, 20. Juni). *Tablet-PC*. Abgerufen am 12. Mai. 2022, von <https://www.itwissen.info/Tablet-PC-tablet-PC-tablet.html>
- ITWissen.info. (2018, 10. Oktober). *Datenendgerät*. Abgerufen am 12. Mai. 2022, von <https://www.itwissen.info/DEGt-Datenendgeraet-data-terminal.html>.
- ITWissen.info. (2021, 15. Februar). *Mobilgeraet*. Abgerufen am 12. Mai. 2022, von <https://www.itwissen.info/Mobilgeraet-mobile-equipment.html>.
- Kaljouw, M., & Van Vliet, K. (2015, 10. April). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. *De Minister van VWS*. Abgerufen am 16. August 2022, von <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/adviezen/>
- Kerschbaumer, A. (2019). Technologien und Robotik. In M. Feiler (Hrsg.), *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (SS. 117- 125). Stuttgart: Thieme.
- Klein, C. (2020). Mut zum Wandel. *ergopraxis*, 11-12, 52-55.
- Knoll, B., Schwaninger, T., Olsacher, E., & Buchegger, B. (2015). *Begriffe rund um Smartphone und Tablet verständlich erklärt. Ein Glossar entstanden im Rahmen des Projektes „mobi.senior.A“*. Abgerufen am 16. August. 2022, von <https://www.mobiseniora.at/glossar>
- Knöppler, K., Bottling, H., Caumanns, J., Hartge, F., Morgenstern, K.-U., & Eggers, T. (2020). Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung - vom Hype zur produktiven Anwendung. *Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S)*, 74(1). 38-47. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2020-1-38>
- Kreß, J. (2018). Die Nutzung von Smartphones und Tablets durch Senior/-innen - Wie das mobile Internet in die Lebenswelt älterer Nutzer/-innen integriert ist. *Medien & Altern*, 12(18), 60-73.

- Larsson, E., Nilsson, I., & Larsson Lund, M. (2013). Participation in social internet-based activities: Five seniors' intervention processes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 471–480. doi: 10.3109/11038128.2013.839001
- Leipold, B. (2012). *Lebenslanges Lernen und Bildung im Alter*. Reihe: Grundriss Gerontologie, Band 9 (SS. 1- 29). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Leung, R., Tang, C., Haddad, S., McGrenere, J., Graf, P., & Ingriany, V. (2012). How Older Adults Learn to Use Mobile Devices: Survey and Field Investigations. *ACM Transactions on Accessible Computing*, 4(3), 1-33. doi: 10.1145/2399193.2399195
- Lux, T., Breil, B., Dörries, M., Gensorowsky, D., Gigerenzer, G., Greiner, W., ... Wagner, G. (2017). Digitalisierung im Gesundheitswesen- zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung, *Wirtschaftsdienst*, 97(10), 687-703. <http://dx.doi.org/10.1007/s10273-017-2200-8>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Medmij (o.D.), *Gezondheidsmeter*. Abgerufen am 04. August 2022, von <https://www.gezondheidsmeter.nl/site/proms-prems>
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2. Auflage). Berlin: Walter de Gruyter.
- Möller, M. (2017). Betätigung (occupation) als ergotherapeutischer Schlüsselbegriff und seine epistemologischen Anpassungen im Verlauf von 100 Jahren Berufsgeschichte: analytischer Überblick und Ausblicke für die Zukunft - Teil 1: Die epistemologische Entwicklung des Begriffes Betätigung im Kontext eines sich wandelnden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. *ergoscience*, 12(2), 74-81.
- Mostaghel, R., & Oghazi, P. (2016). Elderly and technology tools: a fuzzyset qualitative comparative analysis. *Quality & Quantity*, 51(5), 1969–1982. doi:10.1007/s11135-016-0390-6
- Musolf, M. (2019). Mensch und Krankheit im höheren Lebensalter. In M. Rehm, & W. Schwibbe (Hrsg.), *Praxiswissen Geriatrie – Ältere Menschen multiprofessionell begleiten* (SS. 41-83). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Obermann, K., Brendt, I., Hagen, J., Müller, P., & Stachwitz, P. (2020). *Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2020: Ärztliche Arbeit und Nutzung von Videosprechstundenwährend der Covid-19-Pandemie*. Abgerufen am 12. August 2022, von [https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit\\_2020\\_1.pdf](https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit_2020_1.pdf)
- Oheim, K., & Wittrich, A. (2019). Der geriatrische Patient: Verschiedene Versorgungsformen und ihre Besonderheiten. In M. Rehm, & W. Schwibbe (Hrsg.), *Praxiswissen Geriatrie - Ältere Menschen multiprofessionell begleiten* (SS. 100-108). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Österreichisches Institut für angewandte Telekommunikation. (2014). *Studie: Maßnahmen für Senior/innen in der digitalen Welt*. Abgerufen am 12. August 2022, von [https://www.digitaleseniorinnen.at/fileadmin/redakteure/Downloads/studie\\_massnahmen\\_fuer\\_seniorinnen\\_in\\_der\\_digitalen\\_welt.pdf](https://www.digitaleseniorinnen.at/fileadmin/redakteure/Downloads/studie_massnahmen_fuer_seniorinnen_in_der_digitalen_welt.pdf)
- Pappas, M. A., Demertzi, E., Papagerasimou, Y., Koukianakis, L., Voukelatos, N., & Drigas, A. (2019). Cognitive-Based E-Learning Design for Older Adults. *Social Sciences*, 8(6), 1-18. doi: 10.3390/socsci8010006

- Peek, S. T. M., Luijkx, K. G., Rijnaard, M. D., Nieboer, M. E., Van der Voort, C. S., Aarts, S., . . . Wouters, E. J. M. (2015). Older Adults' Reasons for Using Technology while Aging in Place. *Gerontology*, 62(2), 226–237. doi:10.1159/000430949
- Perkhofer, S., Gebhart, V., & Tucek, G. (2016). Was ist qualitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 68-69). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Polgar, J. M. (2015). Environment Factors Technology. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, & J. D. Bass. *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being*. (4<sup>th</sup> edition, SS. 441- 464). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Pousttchi, K. (2019, 8. April). Digitale Transformation. In *Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik*. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://wi-lex.de/index.php/lexikon/technologische-und-methodische-grundlagen/informatik-grundlagen/digitalisierung/digitale-transformation/>
- Preßmar, F. (2017). *Silver Surfer – Förderung der Medienkompetenz von Senioren*. (Dissertation Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz). Weinheim: Beltz Juventa.
- Profession (2020). E- Health: Wer ist beteiligt?. *ergopraxis* (3) 8-11.
- Ramwolle, J., & Hess, T. (2000). New Digital Media and Devices: An Analysis for the Media Industry. *International Journal on Media Management*, 89-99. Doi: 10.080/14241270009389926
- Rettinger, L. (2020). So gelingt Ihnen die praktische Umsetzung: Teletherapie in der Ergotherapie. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 59(7), 18-22.
- Richter, K., Greiff, C., & Wiedemann-Wendt, N. (2016). *Der ältere Mensch in der Physiotherapie*. Berlin: Springer.
- Steele, C. (o. D.). *Definition iPad*. Abgerufen am 16. August 2022, von <https://www.techtarget.com/searchmobilecomputing/definition/iPad>
- Ritschl, V., Prinz-Buschberger, B., & Stamm, T. (2016). Die richtige Methode wählen. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 51-59). Berlin Heidelberg: Springer.
- Ritschl, V., Stamm, T., & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch-evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 292-306). Berlin Heidelberg: Springer.
- Robert Koch- Institut (2021, 26. November). *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19*. Abgerufen am 16. August 2022, von [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html)
- Romein, E. (2020). Klientenzentrierung. In M. Kohlhuber, C. Aichorn, & B. Dehnhardt (Hrsg.), *Ergotherapie - betätigungszentriert in Ausbildung und Praxis* (SS. 58- 72). Stuttgart: Thieme.
- Schymura, B., & Theissen, C. (2020). Das digitale Zeitalter- Neue Medien in der Geriatrie. In S. Bahr, N. Gätz, E. Hartmann, S. Rievers, & V. Wildhage (Hrsg.). *Ergotherapie in der Geriatrie: Grundlagen-Arbeitsfelder-Perspektiven* (SS. 119-123). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Seibert, K., Domhoff, D., Huter, K., Krick, T., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2019). Application of digital technologies in nursing practice: Results of a mixed methods

- study on nurses' experiences, needs and perspectives. *Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundh.wesen (ZEFQ)*.158-159. 94-106. <https://doi.org/1016/j.zefq.2020.10.010>
- Seifert, A., & Schelling, H. R. (2015). Alt und offline?: Befunde zur Nutzung des Internets durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(7), 619–625. doi:10.1007/s00391-015-0965-1
- Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health* 11(5). 477-84. doi: 10.1080/13607860601086546
- Siepermann, M. (o. D.). Digital Native. In *Gabler Wirtschaftslexikon*. Abgerufen am 5. Mai. 2022, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/digital-native-54496>
- Statista. (2022a). Umsatz auf dem Markt für Digital-Health in Deutschland und weltweit bis zum Jahr 2026. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1178751/umfrage/umsatz-auf-dem-markt-fuer-digital-health-weltweit/>
- Statista. (2020b). *Mediennutzung-von-Senioren*, Abgerufen am 12. August 2022, von <https://de.statista.com/statistik/studie/id/67529/dokument/mediennutzung-von-senioren/>
- Statistisches Bundesamt. (2022a). *Demografischer Wandel*. Abgerufen am 12. August.22, von [https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html)
- Statistisches Bundesamt. (2022b). *Bevölkerung: Zahl der älteren Menschen wird zunehmen, abgerufen am 30.6.2022*, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/anstieg-aeltere.html>
- Steele, C. (o. D.). *Definition iPad*. Abgerufen am 16. August 2022, von <https://www.techtarget.com/searchmobilecomputing/definition/iPad>
- Sum, S., Mathews, R. M., Pourghasem, M., & Hughes, I. (2009). Internet use as a predictor of sense of community in older people. *Cyber Psychology & Behavior* 12(2), 235-239. doi: 10.1089/cpb.2008.0150
- Thatcher, J. B., Perrewé, P. L. (2002). An empirical Examination of individual Traits as Antecedents to Computer Anxiety and Computer Self-efficacy. *MIS Quarterly*, 26(4), 381-396. doi: 10.2307/4132314
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189-196. doi:10.5014/ajot.2011.000828
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Hrsg.). (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (2<sup>nd</sup> edition, SS. 247-272). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Van Duuren, V., & Eekhof, J. (2021). Verminder gehoor, presbycusis en problemen met hoortoestellen. In J. Eekhof, S. Bruggink, M. Scherptong-Engbers, A. Kruijs, & T. Bonten (Rede.), *Kleine Kwalen en alledagse klachten bij ouderen* (SS. 177-184). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Hartingsfeldt, M., & Piskur, B. (2019). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) and Canadian Practice Process Framework (CPPF). In M. Le Granse, M. Hartingsveldt, & A. Kinébanian, A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie* (SS. 378-394). Stuttgart: Thieme.
- Vaportzis, E., Giatsi Clausen, M., & Gow, A. J. (2018). Older Adults Experiences of Learning to Use Tablet Computers: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychol* (9). 1631. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01631

- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie. Een toekomstgerichte beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut* (Tweede druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Vereniging Hogescholen (2015). *Inspiratiebrief voor alle hoger gezondheidszorgopleidingen in Nederland*. Abgerufen am 12. August 2022, von <https://www.vereniginghogescholen.nl/kennisbank/gezondheidszorg/artikelen/inspiratiebrief-voor-alle-hgzo-opleidingen-in-nederland>
- Vogel, W. (2019). Haltung, Handwerk und Holistik – Geriatrie und die Grundfragen des Lebens. In M. Rehm, & W. Schwibbe (Hrsg.), *Praxiswissen Geriatrie – Ältere Menschen multiprofessionell begleiten* (SS. 29-36). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Völter, C., Thomas, J. P., Maetzler, W., Guthoff, R., Grunwald, M., & Hummel, T. (2021). Funktionseinschränkungen der Sinne im Alter. *Deutsches Ärzteblatt*. 118 (29-30), 512-520.
- Voogd, A. (2021). Eenzaamheid. In J. Eekhof, S. Bruggink, M. Scherptong-Engbers, A. Kruis, & T. Bonten, *Kleine Kwalen en alledaagse klachten bij ouderen* (tweed druk, SS. 38-42). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vroman, K. G., Arthanat, S., & Lysack, C. (2015). “Who over 65 is online?” Older adults’ dispositions toward information communication technology. *Computers in Human Behavior*, 43, 156–166. doi: 10.1016/j.chb.2014.10.018
- Weber, A. M. (2017). *Die körperliche Konstitution von Kognition*. Wiesbaden: J. B. Metzler.
- Weigl, R. (2016). *Forschungsprozess*. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (SS. 9-24). Berlin Heidelberg: Springer.
- WHO (1986). Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung. Abgerufen am 16. August 2022, von [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Ch](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Ch)
- Weber, B., & Pott, U. (2011). Internationale Entwicklung in der Ergotherapie: Occupation-based, context-based, client centered, evidence based practice. In B. Hucke, & A. Hörstgen (Hrsg). *Update Schlaganfall: Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie*. Reihe 10: Fachbereich Neurologie, Band 16 (SS. 9-20). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Winkler, J. (2008). Konsumverhalten von Senioren: Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern. Reihe: Best Ager, Band 2 (SS. 5-9). Hamburg: Diplomica.
- Wolf, T. J., & Josman, N. (2015). Using Learning Strategies to Enable Performance, Participation, and Well-Being. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, & J. D. Bass (Eds.), *Occupational Therapy – Performance, Participation, and Well-Being* (4<sup>th</sup> edition, SS. 485-497). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Wolf, T., & Strohschen, J.- H. (2018). Digitalisierung: Definition und Reife: Quantitative Bewertung der digitalen Reife. *Informatik\_Spektrum*, 41(1), 56-64. doi: 10.1007/s00287-017-1084-8
- Yang, H. H., Yu, C., Huang, C. H., Kuo, L. H., & Yang, H. J. (2010). Teaching information technology for elder participation: A qualitative analysis of Taiwan retirees. *WSEAS Transactions on Information Science and Applications*, 1191-1199.

## Glossar

<b>Begriff</b>	<b>Erläuterung</b>
<b>Apps</b>	„Als Apps werden Programme für Smartphones und Tablets bezeichnet“ (Knoll et al., 2015, S.7)
<b>Cyber-Kriminalität</b>	„Alle Straftaten, die mit Hilfe der Nutzung des Informations- und Kommunikationssystems begangen werden“ (Knoll et al., 2015, S. 9)
<b>Google</b>	„Google ist eine Suchmaschine, mithilfe derer das Internet nach bestimmten Inhalten durchsucht werden kann“ (Knoll et al., 2015, S.12)
<b>E-Health</b>	„E- Health beinhaltet Anwendungen zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Patienten mittels moderner Informations- und Kommunikationstechnologien“ (Profession, 2020, S.10)
<b>iPad</b>	Tablet- PC mit berührungsempfindlichem Bild der Marke Apple (Steele, o.D.)
<b>Kognition</b>	„alle Prozesse, die an Denken, Wahrnehmung und Verhalten“ (Weber, 2017, S.1) beteiligt sind
<b>SARS-CoV-2</b>	SARS-CoV-2 ist ein neuartiges Virus aus dem Stamm der Coronaviren, welches seit Beginn 2020 als Ursache für COVID- 19 Infektionen verantwortlich ist (RKI, 2021).
<b>Soziale Netzwerke</b>	„Soziale Netzwerke dienen dazu sich mit anderen NutzerInnen zu unterhalten [. . .]. Beispiele [. . .] sind Facebook, Google+, Twitter, Skype, YouTube, WhatsApp oder Instagram“ (Knoll et al., 2015, S. 21)
<b>Tablet</b>	„Ein Tablet ist ein mobiler Computer“ (Knoll et al., 2015, S. 22)
<b>Touchscreen</b>	„berührungsempfindlicher Bildschirm“ (Knoll et al., 2015, S. 23)
<b>You-Tube</b>	You- Tube ist ein Dienstanbieter im Internet, welcher den Zugang zu Videos aller Art ermöglicht (futures-sciences, 2021).

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PEOP- OT Prozessmodell für personenzentrierte Therapieprozesse (Quelle: nach Christiansen, Baum, & Bass, 2015).....	12
---	----

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategorien assistiver Technologien nach Polgar (2015).....	7
Tabelle 2: Schlüsselwörter und Kombinationen, Kapitel 2.3.....	19
Tabelle 3: Interviewteilnehmer*innen.....	28

# Anlagen

## Anlage 1: Teilnehmeransprechen & Einverständniserklärung

### Informationen für die Teilnahme an der Studie

**Silver Surfer – Nutzung digitaler Technologien durch Ergotherapie ermöglichen.**

#### Einleitung

Sehr geehrter XXXX,

Mit diesem Brief fragen wir Sie, ob Sie an unserer Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig.

Bevor Sie entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten, erklären wir Ihnen, wie die Studie genau aussieht und was die Teilnahme für Sie bedeutet. Lesen Sie diesen Brief gründlich und sprechen Sie uns bei weiteren Fragen gerne an.

#### 1. Allgemeine Informationen

Diese Studie wird von Sabine Erbe und Franziska Schlukat, Ergotherapeut\*innen, die im Bachelorstudien-gang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) studieren, im Rahmen ihrer Bachelorarbeit durchgeführt.

An dieser Studie sollen ungefähr 7 Personen teilnehmen.

#### 2. Ziel der Studie

In unserer Bachelorarbeit erforschen wir welche Erfahrungen Ergo-therapeut\*innen mit der Umsetzung des Betätigungs-anliegens *Nutzung digitaler Technologien* (Smartphone, Computer, Tablet, usw.) mit Senior\*in-nen machen. Die gewonnenen Erkenntnissen sollen für die Erstellung einer Handlungsempfehlung zur För-derung der Medienkompetenz von Senior\*innen im ergotherapeutischen Setting dienen.

#### 3. Hintergrund der Studie

Digitale Technologien bedeuten soziale Teilhabe (BMFSFJ, 2020). Die Relevanz der Nutzung digitaler Technologien für ältere Menschen wurde durch die aktuelle Corona-Pandemie noch verstärkt. Die Infra-struktur, das Wissen und die Hilfestellung in der Nutzung digitaler Technologien für Ältere in Deutsch-land fehlt häufig, um damit am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Die Nutzung digitaler Technologien wie dem Smartphone, Tablet, Laptop und Computer kann Menschen im Alter die Einsam-keit nehmen und die soziale Teilhabe fördern. Zu den ergotherapeutischen Kernkompetenzen zählt die

Befähigung Klienten in für sie bedeutungsvolle Betätigungen zu unterstützen und somit ihre gesellschaftliche Teilhabe zu fördern (Van Hartingsfeldt & Piskur, 2019). So ergibt sich die Frage, wie Senior\*innen durch ergotherapeutische Interventionen beim (Wieder-)Erlernen des Umgangs mit internetfähigen Technologien durch Ergotherapeut\*innen unterstützt werden können.

#### **4. Was bedeutet es für Sie, wenn Sie teilnehmen**

Im Rahmen unserer Studie möchten wir mit Ihnen ein einstündiges Interview führen. Der Gesamtaufwand wird zweieinhalb Zeitstunden nicht überschreiten (Ausfüllen Vorfragebogen, Download Microsoft Teams, Interview). Das Interview wird online via Microsoft Teams stattfinden. Für die Durchführung der Interviews ist der Zeitraum von Ende Mai bis ca. Mitte Juni 2021 vorgesehen. In dieser Zeitspanne vereinbaren wir einen individuellen Termin mit Ihnen. Das Interview wird digital aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Transkript wird zur Kontrolle und für die Möglichkeit weiterer Ergänzungen, Streichungen etc. nochmal zugesandt, um die Richtigkeit und Vollständigkeit ihrer Daten zu gewährleisten (Membercheck).

Bitte informieren Sie die für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen rechtzeitig, wenn

- Sie nicht mehr an der Studie teilnehmen möchten
- sich Ihre Kontaktdaten ändern.

#### **5. Wenn Sie nicht teilnehmen oder Ihre Teilnahme vorzeitig beenden möchten**

Sie entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, brauchen Sie nichts weiter zu unternehmen.

Wenn Sie teilnehmen, können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie beenden. Die Daten, die bis zu diesem Zeitpunkt erhoben wurden, werden für die Studie genutzt, wenn Sie nicht ausdrücklich widersprechen.

#### **6. Beendigung der Studie**

Ihre Teilnahme an der Studie endet, wenn

- das Interview abgeschlossen ist.
- Sie Ihre Teilnahme beenden möchten.

Die Studie endet, wenn alle Teilnehmer die zugesendeten Transkriptionen gegengelesen und bestätigt haben.

Nach der Analyse der Daten informieren wir Sie gerne über die wichtigsten Ergebnisse unserer Studie und lassen Ihnen bei Interesse unsere Bachelorarbeit zukommen. Das wird voraussichtlich im Februar 2022 sein.

#### **7. Verwendung und Aufbewahrung Ihrer Daten**

Im Rahmen dieser Studie werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, verwendet und aufbewahrt. Es geht um Daten wie Ihren Namen, Ihre (E-Mail-)Adresse, Ihr Alter und weitere Daten, die mit Hilfe des

vorab zugesendeten Fragebogens erhoben wurden. Dies ist erforderlich, um die Fragen, die im Rahmen dieser Studie gestellt werden, beantworten zu können und um die Ergebnisse veröffentlichen zu können. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis Ihre Daten im Rahmen dieser Studie verwenden zu dürfen.

### **7.1 Geheimhaltung Ihrer Daten**

Um Ihre Privatsphäre zu wahren und den Datenschutz zu gewährleisten, erhalten Ihre Daten einen Code. Ihr Name und andere Daten, mithilfe derer Sie identifiziert werden könnten, werden hierbei weggelassen. Nur mit dem Schlüssel zu diesem Code können die Daten zu Ihnen zurückverfolgt werden. Der Schlüssel zu diesem Code wird sicher in der Zuyd Hogeschool aufbewahrt. Auch in der Bachelorarbeit oder möglichen weiteren Veröffentlichungen dieser Studie können die Daten nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden und sind Sie als Person nicht zu erkennen.

### **7.2 Zugang zu / Einsicht in Ihre[n] Daten zu Kontrollzwecken**

Einige Personen können Ihre gesamten Daten einsehen, auch die ohne Code. Dies ist erforderlich, um kontrollieren zu können, ob die Studie gut und vertrauenswürdig ausgeführt wurde. Personen, die zu Kontrollzwecken Einsicht in Ihre Daten erhalten, sind die für die Durchführung der Bachelorarbeit verantwortlichen Personen. Sie halten Ihre Daten geheim.

### **7.3 Aufbewahrungszeitraum für Ihre Daten**

Ihre Daten müssen 10 Jahre bei der Zuyd Hogeschool aufbewahrt werden. Audioaufnahmen von den Interviews werden direkt nach der Transkription vernichtet.

### **7.4 Einverständnis zurückziehen**

Sie können Ihr Einverständnis zur Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit wieder zurückziehen. Die Daten, die bis zu diesem Zeitpunkt erhoben wurden, werden in der Studie verwendet, wenn Sie dem nicht ausdrücklich widersprechen.

### **7.5 Weitere Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten**

Um allgemeine Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten zu erhalten, können Sie die Website der „Autoriteit Persoonsgegevens“ besuchen.

Bei Fragen zu Ihren Rechten können Sie Kontakt mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen oder dem Datenschutzbeauftragten der Zuyd Hogeschool aufnehmen.

Bei Fragen oder Beschwerden raten wir Ihnen zuerst Kontakt mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen aufzunehmen. Das sind bei dieser Studie:

Sabine Erbe und Franziska Schlukat, [Medien-Nutzung-Geriatrie@outlook.de](mailto:Medien-Nutzung-Geriatrie@outlook.de) oder Tanja Klein, [tanja.klein@zuyd.nl](mailto:tanja.klein@zuyd.nl). Der Datenschutzbeauftragte der Zuyd Hogeschool. Kontaktdaten siehe Anhang A und <https://www.zuyd.nl/algemeen/footer/privacyverklaring>.

## **8. Keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme**

Sie erhalten keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme an dieser Studie.

## **9. Haben Sie noch Fragen?**

Bei Fragen können Sie mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen, Sabine Erbe und Franziska Schlukat, Kontakt aufnehmen.

Wenn Sie sich über diese Studie beschweren möchten, können Sie dies mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen besprechen. Möchten Sie das lieber nicht, können Sie sich auch an die Ombudsfrau der Zuyd Hogeschool wenden. Alle Daten finden Sie in Anhang **A**: Kontaktdaten.

## **10. Unterschreiben der Einverständniserklärung**

Wenn Sie ausreichend Bedenkzeit hatten, werden Sie gebeten, sich mit der Teilnahme an dieser Studie einverstanden zu erklären. Wir bitten Sie, dies mithilfe der angehängten Einverständniserklärung schriftlich zu bestätigen. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie an, dass Sie die Informationen verstanden haben und in die Teilnahme an der Studie einwilligen.

Sowohl Sie als auch die für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen erhalten eine unterschriebene Version dieser Einverständniserklärung.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Zeit!**

## **Anhang A: Kontaktdaten der für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen und von Zuyd Hogeschool**

Verantwortliche Personen: Die Studentinnen Sabine Erbe und Franziska Schlukat, [Medien-Nutzung-Geriatrie@outlook.de](mailto:Medien-Nutzung-Geriatrie@outlook.de) und die Bachelorbegleiterin Tanja Klein, [tanja.klein@zuyd.nl](mailto:tanja.klein@zuyd.nl),

Telefon: +31 (0)45 400 65 37.

Bei Beschwerden: die Ombudsfrau der Zuyd Hogeschool, Petra Vanweersch, E-Mail: [petra.vanweersch@zuyd.nl](mailto:petra.vanweersch@zuyd.nl), Telefon: +31 (0)45 400 62 48.

Datenschutzbeauftragter der Zuyd Hogeschool: Maarten Wollersheim. E-Mail: [maarten.wollersheim@zuyd.nl](mailto:maarten.wollersheim@zuyd.nl), Telefon: +31 (0)45 400 6025

Für weitere Informationen zu Ihren Datenschutzrechten können Sie die folgende Webseite besuchen: <https://www.zuyd.nl/algemeen/footer/privacyverklaring>

## Anhang B: Einverständniserklärung Teilnehmer\*in

### Silver Surfer – Nutzung digitaler Technologien durch Ergotherapie ermöglichen.

- Ich habe die Informationen zur Studie gelesen und konnte meine Fragen hierzu stellen. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet und ich hatte genug Zeit, um zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte.
- Ich bin mir bewusst, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich jederzeit die Möglichkeit habe meine Teilnahme an der Studie ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen bzw. meine Teilnahme während der Studie stoppen kann.
- Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Daten/Beiträge im Rahmen der Studie gesammelt und verwendet werden dürfen.
- Ich bin mir bewusst, dass zur Kontrolle der Studieninhalte einige Personen Zugang zu all meinen Daten/Beiträgen erhalten können. Diese Personen sind in dem Informationsschreiben benannt. Ich gebe meine Zustimmung, dass diese Personen Einblick in meine Daten/Beiträge erhalten.
- Ich möchte an der Studie teilnehmen.

Name Studienteilnehmer\*in: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass o. g. Studienteilnehmer\*in vollständig zum Inhalt der Studie aufgeklärt und informiert habe.

Sollten während der Studie neue Informationen ergänzt werden, die der Zustimmung o. g. Studienteilnehmer\*in bedürfen, informiere ich o. g. Studienteilnehmer\*in rechtzeitig.

Name Studienleiterinnen: Sabine Erbe und Franziska Schlukat

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Ort, Datum: \_\_\_\_\_

*Der/die Studienteilnehmer\*in erhält das gesamte Informationsschreiben sowie eine vom/von der Studienleiter\*in unterschriebene Version der Einverständniserklärung.*

# Anlage 2: Vorab- Fragebogen

## Fragebogen

Wir möchten Sie bitten, unseren Fragebogen kurz und stichpunktartig auszufüllen. Der Fragebogen kann mit dem Programm Word digital ausgefüllt werden. Wir erheben diese allgemeinen Daten vorab, damit der Fokus im Interview auf die ergotherapeutische Behandlung gelegt werden kann. Sollten sich diesbezüglich Fragen ergeben, dann schreiben Sie uns gerne an.

Name: \_\_\_\_\_

1. Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_

2. In welchem Land sind Sie als Ergotherapeut\*in tätig? \_\_\_\_\_

3. Was ist Ihr höchster beruflicher Abschluss?

Ausbildung

Bachelor

Master

Sonstige: \_\_\_\_\_

4. Wie lange arbeiten Sie bereits als Ergotherapeut\*in? \_\_\_\_\_

5. Arbeiten Sie mit Senioren? Ja Nein

Wenn ja:

- Liegt Ihr Schwerpunkt auf der Arbeit mit Senior\*innen?

Ja Nein

6. Haben Sie Erfahrung mit dem (Wieder-) erlernen digitaler Technologien (Smartphone, Laptop, Computer) in der Therapie mit Senior\*innen (ab 60 Jahre) gemacht? Ja Nein

Wenn ja:

- Wie häufig habe Sie diese Erfahrung bereits gemacht? \_\_\_\_\_
- Wie alt waren diese Senioren (ungefähr)? \_\_\_\_\_

7. Wie schätzen Sie ihre eigenen Fähigkeiten und Kenntnisse bezüglich digitaler Technologien ein?  
Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere der folgenden Aussagen an.

Level der technologischen Fähigkeiten:

- keine Fähigkeiten
- geringe Fähigkeiten
- durchschnittliche Fähigkeiten
- gute Fähigkeiten
- sehr gute Fähigkeiten

8. Wie haben Sie Ihre Fähigkeiten und Kenntnisse in Bezug auf digitale Technologien erworben?

- Privater Gebrauch
- Kurse/ Fortbildungen / Seminare
- Ausbildung/ Studium
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse und die Teilnahme an unserer Forschung.

Sabine Erbe und Franziska Schlukat

## Anlage 3: Flyer für die Rekrutierung von Teilnehmer\*innen

**Ergotherapeut\*innen  
für Interview  
gesucht!**

**Wen suchen wir?**  
Ergotherapeut\*innen die:

- Mit Senior\*innen arbeiten
- Den Umgang mit *digitalen Technologien* für den Alltagsgebrauch in ihrer Therapie mit Senior\*innen aufgreifen
- mindestens 1 Jahr Berufserfahrung haben

**In unserer Bachelorarbeit erforschen wir ...**  
... welche Erfahrung Ergotherapeut\*innen mit der Umsetzung des Betätigungsanlegens *Nutzung digitaler Technologien* (Smartphone, Computer, Tablet, usw.) mit Senior\*innen machen.

**Was erwartet Sie?**  
**Was:**  
Ein ca. einstündiges Interview  
**Wann:**  
Im Zeitraum vom 01.06.21 bis 18.06.21  
**Wo:**  
Online, via Microsoft Teams  
*Wir garantieren 100%ige Datensicherheit & Freiwilligkeit!*

**Wir sind:**  
**Sabine Erbe und Franziska Schlukat**  
Ergotherapiestudent\*innen an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL).

**ZU  
YD**

**Sie möchten uns in unserer Forschung unterstützen?**  
Dann kontaktieren Sie uns gerne bis zum  
**11.06.2021**  
Medien-Nutzung-Geriatrie@outlook.de  
✉

# Anlage 4: Pretest- Fragebogen- beantwortet

## Pretest Fragebogen

1. Waren die Fragen verständlich?

~~Teilweise~~ waren die Fragen sehr allgemein formuliert. Durch Nachfragen und erhaltene Unterstützung konnte ich auf die Fragen eingehen. Andererseits kann ich die geringe Spezifizierung verstehen, da es eine große Bandbreite von der Nutzung digitaler Medien gibt.

---

2. Waren die Begriffe passend gewählt? Gab es Probleme bei Formulierungen?

~~Auch hier konnte ich sehr vereinzelt nachfragen und Begriffe / Formulierungen nachvollziehen.~~

---

3. Ist der Aufbau sinnvoll gegliedert?

Ja, er orientierte sich am Ablauf einer Behandlung, was das Reflektieren und Nachvollziehen des eigenen therapeutischen Vorgehens erleichterten.

---

4. War die Anzahl der Fragen in Ordnung?

Ja, wenn auch umfangreich. Dies machte auf mich den Eindruck, dass Ihr Euch Euer Thema bereits umfassend beleuchtet habt.

---

5. Hat deiner Meinung nach etwas gefehlt?

Vielleicht, in welcher Einrichtung der Ergotherapeut arbeitet. Ich fände noch interessant welches Heilmittel für die Behandlung abgerechnet wurde.

---

6. Weitere Anmerkungen:

Keine – außer: viel Erfolg und Kraft

---

# Pretest Fragebogen

7. Waren die Fragen verständlich?

~~Teilweise~~ waren die Fragen sehr allgemein formuliert. Durch Nachfragen und erhaltene Unterstützung konnte ich auf die Fragen eingehen. Andererseits kann ich die geringe Spezifizierung verstehen, da es eine große Bandbreite von der Nutzung digitaler Medien gibt.

---

8. Waren die Begriffe passend gewählt? Gab es Probleme bei Formulierungen?

~~Auch hier konnte ich sehr vereinzelt nachfragen und Begriffe / Formulierungen nachvollziehen.~~

---

9. Ist der Aufbau sinnvoll gegliedert?

Ja, er orientierte sich am Ablauf einer Behandlung, was das Reflektieren und Nachvollziehen des eigenen therapeutischen Vorgehens erleichterten.

---

10. War die Anzahl der Fragen in Ordnung?

Ja, wenn auch umfangreich. Dies machte auf mich den Eindruck, dass Ihr Euch Euer Thema bereits umfassend beleuchtet habt.

---

11. Hat deiner Meinung nach etwas gefehlt?

Vielleicht, in welcher Einrichtung der Ergotherapeut arbeitet. Ich fände noch interessant welches Heilmittel für die Behandlung abgerechnet wurde.

---

12. Weitere Anmerkungen:

Keine – außer: viel Erfolg und Kraft

---

---

---

---

# Anlage 5: Leitfaden für die Interviews

## Interview Leitfaden

- Haben Sie gut hergefunden?
- Was ist Ihre Motivation an unserer Studie teilzunehmen?
- Ich starte jetzt die Aufnahme.

### Einleitung

*Mein Name ist Sabine Erbe*

*Meine Kommilitonin Franziska Schlukat und ich führen eine wissenschaftliche Studie über die Nutzung digitaler Technologien als Betätigungsanliegen von Senior\*innen in der Ergotherapie durch. Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Forschung teilzunehmen. Das Interview wird ungefähr 60 bis 90 Minuten dauern. Ich werde Ihnen einige Fragen stellen. Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie diese frei und ungezwungen. Ich nehme das Interview über die Programminterne Funktion auf, so dass sowohl Sie als auch ich und meine Forschungspartnerin im Anschluss darauf zugreifen können. Sie selbst bleiben hierbei anonym und mit den Daten wird, wie im Informationsblatt bereits beschrieben, sicher umgegangen.*

*Haben Sie noch Fragen zum Interview und Ablauf? \*\*\*\*Zeit\*\*\*\**

*Bevor wir beginnen, möchte ich noch zwei Formale Aspekte ansprechen.*

*Im Interview verwenden wir zur Vereinfachung bei Personenbezeichnungen die männliche Form für beide Geschlechter. In den folgenden Fragen bezieht sich der Begriff Klient ausschließlich auf Senioren.*

0. *Im Fragebogen haben Sie angegeben, dass Sie schwerpunktmäßig mit Senior\*innen arbeiten, könnten Sie mir noch einmal kurz beschreiben in welchem ergotherapeutischen Setting Sie arbeiten?*

### Interviewfragen:

#### Evaluation –

„Jetzt haben ich einige Fragen bezüglich der Befunderhebung. Meine erste Frage an Sie wäre“:

1. **„Wie kommt es in der Regel dazu, dass die Nutzung von digitalen Technologien in der Therapie aufgegriffen wird?“ \*\*10\*\***

<u>Methode</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• z.B. Assessment</li></ul>	Welche Methoden verwenden Sie? (Art und Weise?) Welches Assessment benutzen Sie konkret?
Seite der Initiierung <ul style="list-style-type: none"><li>• ET</li><li>• Klient</li></ul>	Wer hat die Nutzung digitaler Technologien als Therapieinhalt angeregt?

*Meine nächste Frage wäre:*

2. **„Welche Informationen erheben Sie, um dieses Handlungsanliegen der Klienten ganzheitlich zu verstehen?“ \*\*10\*\***

<u>IST-Zustand, Ausgangssituation</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was/Wie macht der ET?</li> <li>- Assessments</li> <li>- Skills des ETs.</li> </ul>	<u>Wie</u> erheben Sie die Ausgangssituation der Gerätenutzung? <u>Also wie</u> gut der Klient das Gerät zu Beginn benutzen kann?
<u>Ressourcen, Barrieren</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitiv/psychol.,</li> <li>• sensorisch/ perzeptiv, motorisch,</li> <li>• spirituelle Umwelt (soziale?)</li> </ul>	Welche <u>Ressourcen</u> und <u>Barrieren</u> bezogen <u>auf den Klienten selbst</u> und <u>seine Umwelt</u> erheben Sie?
<u>Kenntnisse, Vorwissen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Narrativ/Person</li> </ul>	Befragen Sie die Klienten bezüglich ihrer Kenntnisse und Vorwissen in Bezug auf digitale Technologien? Und wie machen Sie das?

**3. „Legen Sie in diesem Zusammenhang ein Therapieziel fest?“ \*\*10\*\***

(Bezogen auf die Befunderhebungsphase, können Sie mir etwas über ihre Therapieziele erzählen?)

Wenn **ja**:

Zweck <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klientenziel</li> </ul>	Warum wollen Klienten die Nutzung erlernen?
Therapieziele	Was sind die konkreten Therapieziele? Können Sie Beispiele nennen?

Wenn **nein**:

Zweck	Warum wollen Klienten die Nutzung erlernen?
-------	---

**Intervention:**

„Nun komme ich zum Behandlungsprozess.“

**4. „Bitte berichten Sie, unter welchen Rahmenbedingungen die Behandlung in der Regel stattfindet.“ \*\* 10\*\***

Setting <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppensetting</li> <li>• Einzelssetting</li> </ul>	Findet die Behandlung im Gruppen- oder Einzelssetting statt?
Ort <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausbesuch</li> <li>• Praxis</li> </ul>	Wo findet die Behandlung statt?

**5. Bitte erzählen Sie mir etwas über die digitalen Technologien, die Sie im Zusammenhang mit den Handlungsanliegen der Klienten verwenden. \*\*10\*\***

<b>Geräte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modell/Marke/Hersteller</li> <li>• warum speziell dieses? (Besonderheit)</li> <li>• Eigentümer</li> </ul>	Welche Geräte haben Sie in der Therapie verwendet? Warum haben Sie sich dafür entschieden? (für speziell dieses) Wem gehört das Gerät?
<b>Geräteeinstellungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anpassungen erfolgt</li> <li>• Seniorenmodus, Bildschirmsperrungen</li> <li>• Ausgangssituation des Gerätes</li> </ul>	Sind die Systemeinstellungen der Geräte zu Beginn der Therapie angepasst bzw. vereinfacht wurden? <b>→ Inwieweit sind...vorgenommen wurden?</b>
<b>Anforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• haptisch</li> <li>• Kognitiv,</li> <li>• motorisch</li> </ul>	Welche Anforderung stellt das Gerät an die Klienten? (Was muss ein Klient alles tun oder können, um dieses Gerät zu bedienen?)

**6. „Welche Faktoren nehmen Sie im Behandlungsprozess als unterstützend oder förderlich wahr?“ \*\*10\*\***

**1. „Welche Faktoren nehmen Sie im Behandlungsprozess als hinderlich oder herausfordernd wahr?“ \*\*10\*\***

<b>Soziales Umfeld...</b>	Kann auf das soziale Umfeld zurückgegriffen werden? Inwiefern?
---------------------------	---

<b>Alterserscheinungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sehen</li> <li>• tasten</li> <li>• hören etc...</li> </ul>	Wie beeinflussen altersbedingte Veränderungen die Nutzung digitaler Geräte? Welche Lösungen gibt es dafür?
<b>Person/ Umwelt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	Welche weiteren Aspekte der Person oder Umwelt nehmen Sie als hinderlich wahr?
<b>Kultur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bildung</li> <li>• Religion</li> <li>• Herkunft</li> <li>• Einstellung</li> </ul>	Welchen Einfluss hat der kulturelle Hintergrund des Klienten auf die Therapie?
<b>Finanzen</b> Ja/ nein	Inwiefern spielen finanzielle Aspekte eine Rolle? Welche Lösungen gibt es dafür?
	Welche Anpassungen nehmen Sie vor?

**8. „Welche Haltung nehmen Sie in der Therapie ein?“ \*\*10\*\***

Prinzipien <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klientenzentriert</li> <li>• Ethisch ...</li> </ul>	Was sind Ihre Prinzipien?
Werte im Umgang	Worauf legen Sie wert im Umgang mit dem Klienten?

**9. „Welche Maßnahmen ergreifen Sie (zunächst) im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Technologien in der Behandlung?“ \*\*10\*\***

**10. „Wie gehen Sie weiter vor? Und dann? Was haben Sie danach getan?“**

Anpassungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprache</li> <li>• Tempo</li> <li>• Einstellungen am Gerät</li> <li>• Hilfsmittel (Pen)</li> </ul>	Welche Anpassungen nehmen Sie an der Umwelt und in Bezug auf das Gerät vor?  Welche Anpassungen nehmen Sie in Bezug auf ihr therapeutisches Verhalten vor?
Wissensvermittlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handbuch</li> <li>• Anleitung (schriftlich)</li> <li>• Videos (Tutorials)</li> </ul>	Wie vermitteln Sie Wissen zu den digitalen Geräten?
Strategien/ Fertigkeiten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutische Rolle</li> <li>• Advocate, consult,</li> <li>• Educate, motivate</li> <li>• Collaborate etc.</li> </ul>	Welche therapeutischen Strategien und Fertigkeiten wenden Sie an, um die Therapie zu gestalten? ->Wie gestalten Sie die ergotherapeutische Behandlung?

**11. Ergreifen Sie noch weitere Maßnahmen, um die Nutzung der digitalen Technologien zu fördern?**

Langfristige Nutzung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supportperson,</li> <li>• Gruppenangebote</li> <li>• Kurse/Programme</li> </ul>	Wie fördern Sie die langfristige Nutzung des Gerätes?
---	---

**Outcome:**

„Abschließend möchten ich noch etwas über Ihr Vorgehen nach der Intervention erfahren.“

**12. „Wie kommen Sie zu der Entscheidung, dass der beschriebene Behandlungsprozess abgeschlossen ist?“ \*\*10\*\***

(-> „Sie haben mir bereits über die einzelnen Schritte der Behandlung berichtet, mich würde jetzt noch interessieren wie sie die Therapie abgeschlossen haben?“) abschließen

Zielüberprüfung ja/nein?	Überprüfen Sie das Ziel?
Wie? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Äußerungen des Klienten</li> <li>• Assessment</li> <li>• Mündlich/schriftl.</li> </ul>	Wie überprüfen Sie die Zielerreichung?

Erzählen Sie mir,

**13. „Welche Auswirkungen hatte die Erreichung des Ziels auf den Alltag Ihres Klienten?“ \*\*10\*\***

Betätigung	Welche Aktivitäten kann ihr Klient durch die Nutzung digitaler Technologien ausführen?
Partizipation	Und was bedeutet das hinsichtlich der Teilhabe am Leben für ihre Klientinnen?
Wohlbefinden	Können Sie etwas über die Auswirkung der Nutzung digitaler Technologien auf das Wohlbefinden ihrer Klienten sagen?

*„Wir nähern uns langsam dem Ende unseres Gesprächs. Eine abschließende Frage habe ich noch (für Sie vorbereitet). In unserer Literaturrecherche und auch bei der Teilnehmerrekrutierung ist uns aufgefallen, dass es deutschlandweit wenige Ergotherapeut\*innen gibt, die den Gebrauch von digitalen Geräten mit Senior\*innen thematisieren.“*

**14. Was meinen Sie, was braucht es, damit das Thema digitale Technologien häufiger in der Ergotherapie mit Senior\*innen aufgegriffen wird?**

## Abschluss

*Nun habe ich viel über Ihr therapeutisches Vorgehen erfahren. Ich möchte mich nochmal, auch im Namen meiner Forschungspartnerin, ganz herzlich für Ihre Offenheit und ihr Engagement bedanken. Wenn die Transkription des Interviews fertig ist, lassen wir Ihnen diese zukommen, so dass Sie das Geschriebene im Sinne des Memberchecks gegenlesen können.*

*Voraussichtlich Anfang 2022 schließen wir unser Studium und damit auch unsere Bachelorarbeit an der Zuyd Hogeschool ab. Im Rahmen dessen können wir Ihnen gerne ein Exemplar zukommen lassen. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag, auf Wiedersehen.*

# Anlage 6: Anleitung Microsoft Teams

## Anleitung Teams

1. Wählen Sie in Ihrer Besprechungseinladung "An Microsoft Teams-Besprechung teilnehmen" aus.
2. Dadurch wird eine Webseite geöffnet, auf der zwei Auswahlmöglichkeiten angezeigt werden: **Windows-App herunterladen** and **Stattdessen über das Internet teilnehmen**.

### Über das Internet teilnehmen:

1. Wenn Sie über das Web teilnehmen, können Sie entweder Microsoft Edge oder Google Chrome verwenden. Möglicherweise fragt Ihr Browser, ob es in Ordnung ist, wenn Teams Ihr Mikrofon und Ihre Kamera verwenden. Um in Ihrer Besprechung gesehen und gehört zu werden, müssen Sie dies zulassen.
2. Geben Sie Ihren Namen ein, und wählen Sie die Audio- und Videoeinstellungen aus.
3. Wenn Sie fertig sind, wählen Sie **Jetzt teilnehmen** aus.
4. Damit gelangen Sie zur Besprechungslobby. Der Besprechungsorganisator wird benachrichtigt, dass Sie da sind, und ein Teilnehmer der Besprechung kann Sie zulassen.

### Windows-App herunterladen:

1. Wenn Sie über die App teilnehmen möchten, dann klicken Sie auf den Button **Windows-App herunterladen**.
2. Wählen Sie auf der geöffneten Seite die Option Teams **auf den Desktop herunterladen** aus und klicken anschließend auf den Button **Teams herunterladen**.
3. Folgen Sie nun den Anweisungen des Installationsassistenten, um die Installation abzuschließen.
4. Im Anschluss öffnet sich automatisch ein Fenster der Teams App. \*
5. Geben Sie Ihren Namen ein, und wählen Sie die Audio- und Videoeinstellungen aus.
6. Wenn Sie fertig sind, wählen Sie **Jetzt teilnehmen** aus.
7. Damit gelangen Sie zur Besprechungslobby. Der Besprechungsorganisator wird benachrichtigt, dass Sie da sind, und ein Teilnehmer der Besprechung kann Sie zulassen.

\*Falls sich das Fenster der Teams-App nach dem Download nicht automatisch öffnet:

1. Wählen Sie in Ihrer Besprechungseinladung "An Microsoft Teams-Besprechung teilnehmen" aus.
2. Dadurch wird eine Webseite geöffnet, auf der zwei Auswahlmöglichkeiten angezeigt werden: **Windows-App herunterladen** and **Stattdessen über das Internet teilnehmen**.
3. Unter diesen Auswahlmöglichkeiten steht die Frage: Haben Sie die Teams App schon? Bitte klicken Sie auf die Auswahlmöglichkeit **Jetzt starten** und folgen den oben beschriebenen Anweisungen ab Punkt 5.

## Anlage 7: Auszug- Transkription

1 I: Dann möchte ich mich ganz kurz nochmal vorstellen. Mein Name ist Sabine Erbe, zusammen mit  
2 der Franziska Schlukat führen wir diese wissenschaftliche Studie über die Nutzung der digitalen  
3 Technologien als Betätigungsanliegen von den Senior\*innen in der Ergotherapie durch. Wir möch-  
4 ten uns nochmal bedanken, dass du uns jetzt in der Forschung so tatkräftig unterstützt und teil-  
5 nimmst. Das Interview wird jetzt tatsächlich 60-90 Minuten dauern. Ich werde dir einige Fragen  
6 stellen. Vielleicht nimmst du dir immer Zeit und beantwortest diese ganz frei und auch ganz unge-  
7 zwungen. Ich nehme das Interview auf über die programminterne Funktion, so dass sowohl du als  
8 auch wir dann im Anschluss drauf zugreifen. Du selbst bleibst aber hierbei anonym. Und mit deinen  
9 Daten wird so wie im Informationsblatt auch schon beschrieben anonym und sicher umgegangen.  
10 Okay, hast du jetzt noch Fragen zum Ablauf und Interview? #00:01:15#

11 T2: Alles gut ich hab's verstanden. #00:02:20#

12 I: Noch zwei kleine Formale Aspekte: Zur Vereinfachung nehmen wir bei den Personenbezeichnun-  
13 gen, die männliche Form für beide Geschlechter. Und in den folgenden Fragen bezieht sich auch  
14 der Begriff des Klienten Immer auf die Seniorin. Okay im Fragebogen hast du ja angegeben, dass  
15 du schwerpunktmäßig mit Senioren arbeitest, könntest du vielleicht auch noch mal kurz erzählen,  
16 in welchem ergotherapeutischen Setting genau du arbeitest?

17 T2: Ich arbeite in einer Klinik für Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Gerontopsychiatrie ist mein  
18 Schwerpunkt. Ich habe aber zuvor in der gleichen Institution auch eine geriatrische Station aufge-  
19 baut. In einem anderen Krankenhaus (schlechte Internetverbindung) regelmäßig Vertretung des-  
20 wegen ist das beides so mein Feld. Die Geriatrie ist eine ganz normal geriatrische frührehabilitative  
21 Komplexbehandlung. Die Gerontopsychiatrie ist tatsächlich die einzige psychiatrische Einrichtung  
22 von unserem Haus. Das ist relativ schön und selten, dass das so in einem Haus gegliedert ist, so  
23 dass wir auch gut zusammenarbeiten können, genau also alle Klient\*innen sind über 65.  
24 #00:02:55#

25 I: Okay, sehr gut. Jetzt habe ich einige Fragen bezüglich der Befunderhebungsphase. Meine erste  
26 Frage an dich wäre, wie kommt es in der Regel dazu, dass die Nutzung von digitalen Technologien  
27 in der Therapie aufgegriffen wird? #00:03:43#

28 T2: Also, ich muss sagen einen Befundbogen gibt es für die Geriatrie der wurde entwickelt, wo wir  
29 auch so ein bisschen gucken: Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit und da auch die Daten er-  
30 heben und mich persönlich interessiert das in so einem Befundgespräch generell, ob etwas vor-  
31 handen ist oder nicht. Also ob es überhaupt ein Smartphone gibt, wie das vielleicht auch genutzt  
32 wird, ob der Umgang damit auch sicher ist, oder ob vielleicht die Kinder das einfach nur dem Vater  
33 oder der Mutter gegeben haben, damit sie sie gut erreichen können. Ich überlege gerade, was ich  
34 noch dazu sagen kann. Ja und im Prinzip des Ganzen, wenn man das Betätigungsproblem erhebt  
35 (unv.) halt genau, dass man halt vielleicht auch da irgendwie die smarten Sachen, die die Klienten  
36 haben, auch nutzen kann.

37 I: Hm. Du hast jetzt eben gerade über das Assessment gesprochen, was ihr nutzt. Welche Metho-  
38 den verwendet ihr noch? Also gibt es noch andere Methoden? #00:05:09#

# Anlage 8: Interviewprotokollbogen

Interview Code Nr.: T2

\_\_\_\_\_

Interviewerin: Sabine Erbe

\_\_\_\_\_

Datum: 12.Juni 2021

Dauer: 1:22 h

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort/Räumlichkeit: Microsoft Teams

\_\_\_\_\_

Teilnahmemotivation: -das Thema Digitalisierung ist smart, die Technologien sind da, somit findet sie es gut, dass man sich endlich damit auch in der Ergotherapie auseinandersetzt, findet das Thema im Allgemeinen spannend, versucht auch ihren Job und ihr Studium zu diesem Thema auszurichten (hat zum Bsp. Im Rahmen ihres Studiums an Interwies und Diskussionen teilgenommen, wo es um die Digitalisierung neuer Technologien für ältere Menschen ging)

---

Zusätzliche Informationen, besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung

oder im Interview (Interviewatmosphäre, Stichworte zur personalen Beziehung Interaktion im Interview, schwierige Passagen):

- Phasenweise Unterbrechungen bzw. nachfragen und bitte um Wiederholung, da akustische Übertragung der Informationen via Online erschwert waren und zum Teil unterbrochen
- Freundliche Atmosphäre
- Zu Beginn schwer ins Thema gefunden, etwas schleppend, nachfragend, ab Interventionsteil lief es flüssiger
- Ich hatte das Gefühl, nicht gut in die Tiefe zu kommen, spricht über Geräte allgemein, manchmal von einem Patient mit Parkinson einer App Anwendung,
- Zwischendurch streift sie ins Private ab, musste sie da zurück zur Intervention holen

# Anlage 9: Transkriptionsregeln

## Einfaches Transkriptionssystem nach Dresing & Pehl (2015)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so'n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
4. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
5. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.
6. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, hm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführungen. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
7. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.
8. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
9. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
10. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrophon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
11. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“)

# Anlage 10: Interpretationsregeln

## Interpretationsregeln der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)

### **Z1 Paraphrasierung**

- Z1.1 Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2 Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3 Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

### **Z2 Generalisierung auf das Abstraktionsniveau**

- Z2.1 Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2 Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3 Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsanfällen zu Hilfe!

### **Z3 Erste Reduktion**

- Z3.1 Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2 Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3 Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

### **Z4 Zweite Reduktion**

- Z4.1 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2 Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/ Integration)!
- Z4.3 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/ Integration)!
- Z4.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

## Anlage 11: Auszug- Literaturrecherche

Datenbanken	Zuständige	Datum
Digitalcollection der ZHAW	Sabine	X [12.2.21] check
Zeitschriften	Franzi	X [12.02.21]
Pubmed	Sabine	X [12.3. + 20.3.21]
Researchgate	Sabine	X [12.2.21]
Zuyd Bib	Franzi	X [12.02.21]
OT-Seeker	Franzi	X [12.02.21]
Springer	Sabine	X [13.2.21]
HBO-Kennisbank	Franzi	x [12.02.21]
Hanser/Ruyter	Sabine	X [13.2.21]
Google Scholar	Sabine	X [14.2.21] + 20.3.21
RWTH Bibliothek	Franzi	

### Schlüsselwörter

1.

- Ergotherapeut OR Ergotherapie
- Smarthone OR Laptop OR Tablet OR Digitale Medien OR Internet
- Senioren OR Rentner OR Geriatrie

2.

- Occupational therapy OR occupational therapist OR OT
- Smartphone OR Mobile phone OR mobile OR Laptop OR Tablet OR digital media OR internet
- Elderly people OR seniors OR advanced age

3.

- Ergotherapeut OR Ergotherapie
- Smarthone OR Laptop OR Tablet OR Digitale Medien OR Internet
- Senioren OR Rentner OR Geriatrie
- Intervention OR Therapie OR Strategie OR Schulung OR Training

## Dokumentation

Datenbank: DiZ			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	-	-	-
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
Ergotherapeut OR Ergotherapie <b>AND</b> Smartphone OR Laptop OR Tablet OR Digitale Medien OR Internet <b>AND</b> Senioren OR Rentner OR Geriatrie			324  Bis 200 durchgeschaut
Verwendete Artikel:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergotherapie 2.0 – Partizipation ermöglichen via Internet?</li> <li>• Gerontologie und Geriatrie Jahreskongress 2016</li> <li>• Abstracts des gemeinsamen Jahreskongresses der DGGG und DGG 6.–8. September 2018 in Köln</li> <li>• Die Erweiterung der medialen Mobilität älterer Menschen durch Online-Beratung</li> <li>• Wischen und Tippen</li> </ul>			
Datenbank: DiZ			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	-	-	-
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
Occupational therapy OR occupational therapist OR OT <b>AND</b> Smartphone OR Mobile phone OR mobile OR Laptop OR Tablet OR digital media OR internet <b>AND</b> Elderly people OR seniors OR advanced age			142,501  Bis 220
Verwendete Artikel:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factors that affect health information technology adoption by seniors: A systematic review</li> <li>• Participation in social internet-based activities: Five seniors' intervention processes</li> <li>• Promoting older adults' well-being through Internettraining and use</li> <li>• Adaption of the older worker to occupational challenges</li> </ul>			

## Anlage 12: Forschungspyramide

Für die Einschätzung der Evidenzlevel der Studien hat die Forscher\*in die Forschungspyramide von Borgetto et al. (2007) zu Hilfe genommen. Dabei werden sowohl quantitative als qualitative Forschungen einbezogen. Die Pyramide besteht aus drei Seiten mit jeweils vier Level und einer Bodenseite. So können Forschungsarbeiten entweder auf der Seite der klinisch-experimentellen Forschung, der Versorgungsforschung oder der Seite der qualitativen Forschung eingeordnet werden. Der Boden bildet die beschreibende Forschung (Borgetto et al., 2007). Die Stärke der externen Evidenz nimmt zunehmender Ziffer ab. Demnach können Studienresultate nach hoher (Evidenzlevel I) oder niedriger Evidenz (Evidenzlevel IV) beurteilt werden.

### **Evidenzlevel der Forschungspyramide:**

#### **Deskriptive Forschung (Grundfläche)**

- I. Systematische Übersichten über verwandte deskriptive Studien
- II. Assoziations-, Korrelationsstudien
- III. Multiple Fallstudien (Serien), normative Studien, deskriptive Umfragen
- IV. Einzelfallstudien

#### **Klinisch- Experimentelle Forschung**

- I. Meta-Analysen von verwandten experimentellen Studien (a, b)
- II. Individuelle (verblindete) randomisierte kontrollierte Studien (a, b)
- III. Kontrollierte klinische Studien
- IV. Einzelfallstudien

#### **Versorgungsforschung**

- I. Meta-Synthesen von verwandten Outcome-Studien
- II. Vorbestehende Gruppenvergleiche mit Kovariatenanalyse
- III. Fall-Kontroll- Studien, vorbestehende Gruppenvergleiche
- IV. Ein-Gruppen-Prä-Post-Studien

#### **Qualitative Forschungsseite**

- I. Meta-Synthesen von verwandten qualitativen Studien
- II. Gruppierung qualitativer Studien mit mehr Strenge (a, b, c,)
- III. Gruppierung qualitative Studien mit weniger Strenge (a, b, c)
  - a. Längeres Engagement mit Teilnehmern
  - b. Triangulation der Daten (mehrere Quellen)
  - c. Bestätigung der Datenanalyse und -interpretation (Mitgliederkontrolle)
- IV. Qualitative Studien mit einer einzigen Information

## Anlage 14: Studienbeschreibungen

Referenz	Studientyp	Charakteristika
Arthanat et al. (2014)	Mixed- Methoden Forschung	Amerikanische Studie zur Untersuchung von Wirksamkeit und Nutzen eines häuslichen Trainingsprogramms für Senioren und IKT (Pilotstudie), Methode: Intervention an einem iPad, von 13 Senior*innen, ab 62 Jahre, Quasiexperiment + Fokusgruppen, Befragungen zu Umfang, Häufigkeit, Perspektive auf die Technologien und die wahrgenommene Unabhängigkeit zu Beginn, während Schulung sowie am Ende der Intervention, Datenauswertung anhand Inhaltsanalyse
Amann- Hechenberger et al. (2015)	Qualitative Forschung	Österreichische Studie zur Untersuchung von Anforderungen und Hindernissen bei der Tablet- und Smartphonenuutzung durch Senior*innen, Ziel: Bildungsangebote und Praxisleitfaden entwickeln, Methode: qualitative Interviews (21 Personen, 61- 75 Jahre), Fokusgruppen (14 Personen, 58-70Jahre), Gebrauchstauglichkeitstest (32 Personen, 59-80 Jahre) und Kultursondierungen (12 Personen, 60-75 Jahre), qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring,
Czaja et al. (2006)	Quantitative Forschung,	Amerikanische Studie über den Einsatz von Technologie bei Senior*innen. Methode: Befragung von 1.204 Personen zw. 18-91 Jahren, zu demografischen Merkmalen, zur selbst eingeschätzten Gesundheit, zur Erfahrung mit Technologien, Einstellungen zu Computern und kognitiven Fähigkeiten
Chen & Schulz (2016)	Qualitative Forschung,	Studie zur Auswirkung von IKT- Interventionen auf die Verringerung der sozialen Isolation älterer Menschen. Methoden: systematischer Review, Auswertung von 25 quantitative und qualitative Studien über die Wirksamkeit von IKT-vermittelten Interventionen, die zw. 2002 und 2015 in englischer Sprache veröffentlicht wurden, zur Interpretation der Ergebnisse wurde eine narrative Synthese durchgeführt.
Dempfle et al. (2016)	Mixed- Methoden Forschung	Deutsche Studie zur Erfahrung von Ergotherapeut*innen bezogen auf die Nutzung des Internets in der Therapie Methode: Befragung mittels Leitfadengestützte Interviews von fünf Ergotherapeut*innen und Onlinebefragung mit 110 Teilnehmer*innen zu der Nutzung des Internets, dem gebrauchten digitaler Geräte und Anwendungen, sowie deren Zweck in der Behandlung
Doh (2015)	Mixed-Methoden-Forschung	Studie der Universität Heidelberg zu „Förderlichen und hinderlichen Faktoren im Umgang mit neuen Informations- und Kommunikations-Technologien im Alter“ Juni 2014 bis November 2015, Methode: Befragung von 134 Lehrenden (zw. 50- 88J.) und 145 Teilnehmer*innen (zw. 51- 95J.) von Computerkursen diverser Zentren zu Mediennutzung, Technikeinstellung und Kompetenzen zu zwei Messzeitpunkten mittels Fragebogen und fünf Fokusgruppen

<b>Referenz</b>	<b>Studientyp</b>	<b>Charakteristika</b>
Fischl et al. (2020)	Qualitative Forschung	Schwedische Ergotherapiestudie zur Untersuchung, wie das Engagement älterer Menschen durch digitale Technologien vermittelte Betätigung schematisiert werden können, Methoden: neun Fallstudien, ein kollaborativer Prozess wurde durch Fragebögen, Beobachtungen und Dialoge initiiert, die Trainingsstunden und die Anpassungsstrategien wurden in Feldnotizen bzw. Memos zum Tailoring dokumentiert + Halbstrukturierte Interviews, für die Datenanalyse wurde eine fallübergreifende Synthese verwendet
Friemel (2014)	Quantitative Forschung,	Schweizer Studie zur Untersuchung der digitalen Kluft unter Senioren ab 65 Jahren, von August bis September 2009, Methode: repräsentativen Umfrage mit 1105 Senior*innen, Teilnehmer*innenauswahl anhand der Postleitzahlen, randomisiertes Sample, deskriptive statistische Auswertung
Droogleever Fortuijn et al. (2006)	Quantitative Forschung	Studie zur Untersuchung von Aktivitätsmuster, Involvement und Zufriedenheit, welche anhand von persönlichen Merkmalen gemessen wurden. Diese Studie umfasste sechs europäische Länder (Österreich, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich) Methode: Querschnittsstudie, koordiniert durch Universität von Wales, Einzelinterviews mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens. Von 1854 Befragten im Vereinigten Königreich bis zu 2417 in Schweden nahmen im Alter von 50-90 Jahren, persönlichen Befragungen wurden von geschulten Interviewern durchgeführt, die Mehrheit der Antworten wurden per Post und Telefon eingeholt, das Aktivitätsengagement wurde anhand von 13 Aktivitäten gemessen.
Gatto & Tak (2008)	Deskriptive Forschung,	Amerikanische Studie zur Untersuchung von wahrgenommenen Vorteilen und Hindernissen von Senior*innen bei Computer-, und Internetnutzung, Methode: Befragung mittels Fragebogen, von 58 Senior*innen ab 60 Jahre eines Computerclubs
Hill et al. (2016)	Quantitative Studie,	Australische Studie zur Untersuchung einer Kohorte von Ergotherapiestudent*innen der Generation Y und ihren Fähigkeiten und Vertrauen in die Nutzung von Technologien, Methode: Befragung von 155 Ergotherapiestudent*innen
Initiative D21 e.V. (2022)	Quantitative Forschung	Die Studie befragt Menschen ab dem 14. Lebensjahr im deutschen Bundesgebiet zu Themen des digitalen Zugangs, des Nutzungsverhaltens, zu digitaler Kompetenz und Offenheit gegenüber der Digitalisierung. Zur Ermittlung des „Digital-Index 2020/2021“ wurden zw. August 2019 und Juli 2020 über 16200 Interviews in Deutschland computergestützt durchgeführt. Das Sampling der Studie bildete eine mehrfachgeschichtete bevölkerungsrepräsentative Zufallsstichprobe.

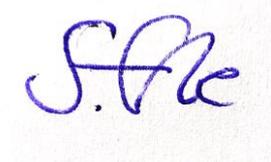
<b>Referenz</b>	<b>Studientyp</b>	<b>Charakteristika</b>
Kreß (2018)	Qualitative Forschung	Amerikanische Studie zur Nutzung von Smartphones und Tablets durch Senior*innen bezüglich Gesundheit, Bildung und Kontakt- und Beziehungspflege, Methode: narrative Interviews nach Schütz von 12 Senior*innen ab 65J., Datenauswertung nach der Grounded Theory von Strauss & Corbin
Obermann, Brendt, Hagen, Müller, & Stachwitz (2020)	Mixed Methoden Forschung	Studie der die Stiftung Gesundheit in Kooperation mit dem health innovation hub (hih) zur Untersuchung ärztlicher Arbeit und Nutzung von Videosprechstundender während der Covid-19-Pandemie, Methode: Befragung mittels Onlinefragebogen im April bis Mai 2020, von 2240 ambulanten deutschen Ärzt*innen und psychologische Psychotherapeut*innen
ÖIAT (2014)	Qualitative Forschung	Österreichische Studie zur Entwicklung von Maßnahmen für die Unterstützung von Senior*innen bei der Nutzung digitaler Medien, Methode: 1. Literaturrecherche, 2. Fokusgruppen (sieben Teilnehmer*innen zw. 60-80 Jahren, März 2014, 1 ½ h) 3. Leitfadengestützte Interviews (21 Expert*innen)
Pappas et al. (2019)	Qualitative Forschung	Griechische Studie zur Untersuchung des Erlernens und der Einstellung von Senior*innen in Verbindung mit IKT, um die Entwicklung einer E-Learning-Plattform zu unterstützen Methode: Literaturreview bekannter Datenbanken, Befragung mittels Onlinefragebogen von 103 Senior*innen, 55 J. +
Peek et al. (2015)	Qualitative Forschung	Niederländische Studie zur Untersuchung von Faktoren, die das Ausmaß der Nutzung von Technologien durch Ältere, die an ihrem Wohnort altern, beeinflussen, um diese in einem umfassenden Modell zu beschreiben. Methoden: Eine qualitative explorative Feldstudie, mittels halbstrukturierter Interviews wurden 53 Senior*innen, zw. 68-95 Jahren befragt, zur Datenanalyse wurde eine thematische Analyse erstellt.
Shapira et al. (2007)	Versorgungsforschung	Israelische Studie zur Untersuchung von psych. Auswirkungen bei Erlernen des Umgangs mit PC und dem Internet bei Senior*innen, Methode: quasi-experimentellen Design, Computerkurs mit 22 Senior*innen (durchschn. 80 LJ.) einer Tagesstätte und Pflegeheims, Vergleichsgruppe mit 26 Senior*innen, erhielten andere Aktivitäten, Statuserhebungen: zu körperlicher Funktionsfähigkeit, Lebenszufriedenheit, Depression, Einsamkeit und Selbstkontrolle fanden vor und vier Monate nach der Intervention statt. ANCOVA für Kovarianzanalyse wurde angewandt.

<b>Referenz</b>	<b>Studientyp</b>	<b>Charakteristika</b>
Seifert & Schelling (2015)	Quantitative Forschung	Schweizer Studie zur Untersuchung der Nutzung des Internets durch Ältere ab 65 Jahren, Methode: telef. Befragung von 1037 Senior*innen zw. 65 und 100 Jahren
Sum et al. (2009)	Versorgungsforschung	Australische Studie zur Untersuchung der Internetnutzung älterer Erwachsener, um den Zusammenhang zwischen der Internetnutzung und dem Gemeinschaftsgefühl und Wohlbefinden älterer Menschen zu ermitteln. Methode: Online-Umfrage mit 222 Internetnutzern ab 65 Jahre zwischen Februar und Juli 2006, Varianzanalyse (ANOVA) und Spearman Rangkorrelation angewandt
Statistica (2020)	Quantitative Forschung	In einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach wurden 5643 Personen ab 60 in Deutschland zum Gebrauch eines Endgeräts für die Internetnutzung befragt. Die Grundgesamtheit bildete die deutschsprachige Bevölkerung ab 60 Jahre privater Haushalte
Vaportzis et al. (2018)	Mixed- Methoden Forschung	Schottische Studie zu Erfahrungen von Senior*innen bezüglich des Umgangs mit einem Tablet, Methoden: Intervention zu Tabletgebrauch, Fokusgruppen und Befragung von 43 Senior*innen zwischen 65 und 76 Jahren, aufgeteilt nach Interventionsgruppe (22 Personen, 10 Woche in einer Tabletklasse + Hausaufgaben) und Kontrollgruppe (21 Personen), Befragung zur Tableterfahrung nach Intervention
Vronman et al. (2014)	Quantitative Forschung	Neuseeländische Studie zur Untersuchung von Muster der IKT- Nutzung, der sozialen Teilhabe und der Gesundheit älterer Erwachsener (ab 65 Jahren), Methode: Survey, 198 Befragte ab 65 Jahre
Yang et al. (2010)	Versorgungsforschung	Taiwanische Studie zur Bedeutung von IKT für die Partizipation von Senior*innen und das Ausmaß, in dem computervermittelte Kommunikation das soziale Kapital von Senior*innen beeinflusst, Methode: Vorgruppensondierung der Teilnehmer*innen, Vergleich von 27 älteren Computerteilnehmer*innen und 27 Nichtteilnehmer*innen mittels offener Interviews (explorativer und induktiver Ansatz) zu: unterschiedlichen Altersvorstellungen und Auffassungen über die Lernfähigkeit im höheren Alter, die Absichten bei der Anwendung von IKT und Lernprobleme im Umgang mit dem Computer.

## Anlage 15: Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht haben. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 01. September 2022



---

Sabine Erbe