

Handeln gegen Trägheit im Gruppensetting



Abbildung 1: Kreative Adaption für die HgT-Gruppe zum Thema Stressmanagement von TN4

„Ja, der Gedanke von sowas in der Gruppensituation, dass die Klienten gegenseitig von sich profitieren, andere Meinungen hören, andere Ansichten von Menschen die in einem ähnlichen Boot wie sie sitzen.“ (TN5, Absatz 239)

Wie wenden Berufspraktikerinnen im psychiatrischen Gruppensetting mit Erwachsenen das Manual Handeln gegen Trägheit an und wie erleben sie die Anwendung?

Bachelorarbeit

Aus dem Fachbereich „Gezondheidszorg“
Bachelorstudiengang Ergotherapie
an der Zuyd Hogeschool Heerlen



Autorinnen:

Nathalie Godehardt 1877380

Charlotte Gunkel 1874462

Melanie Herrmann 1877429

Begleitende Mentorin: Nicole Kaldewei

November 2020

Die vorliegende Forschungsarbeit entstand im Zeitraum November 2019 – November 2020
im Rahmen des eBSG-Studiengangs Ergotherapie (HS2) an der
Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL).

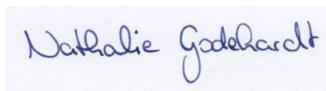
© ZUYD Hogeschool Heerlen (NL)

Dieses Werk inklusive all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jegliche Nutzung ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, digitale Speicherungen und Verarbeitung und Übersetzungen.

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern die Forscherinnen Nathalie Godehardt, Charlotte Gunkel und Melanie Herrmann, dass sie die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe angefertigt haben. Genutzte wörtliche oder inhaltliche Quellen wurden mit Verweisen kenntlich gemacht. Diese Arbeit hat in gleicher oder entsprechender Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 10.11.2020



Nathalie Godehardt



Charlotte Gunkel



Melanie Herrmann

Danksagung

Unser Dank gilt in erster Linie allen Teilnehmenden, die durch ihr wertvolles Expertenwissen wichtige Inhalte beigetragen haben. Wir bedanken uns auch bei allen, die unsere Teilnehmer-Akquise geteilt und auf unsere Forschungsarbeit aufmerksam gemacht haben.

Besonderen Dank gilt auch Nicole Kaldewei, die uns mit ihrem fachlichen Wissen auf kritische, gelassene und humorvolle Art jederzeit auf Augenhöhe unterstützt hat, bestmögliche Ergebnisse zu erzielen.

Daneben gilt unser Dank Andreas Pfeiffer, der sich spontan zu einem Online-Interview bereit-erklärt hat und sich den fachlichen Fragen der Forscherinnen zum Manual Handeln gegen Trägheit stellte.

Auch unsere Korrekturlesenden und Übersetzenden haben uns in kürzester Zeit maßgeblich darin unterstützt, dass diese Bachelorarbeit nun in dieser Form vorliegt. Vielen Dank für Eure Mühen.

Ganz besonders möchten wir uns bei unseren Partnern, Freundinnen, Freunden und Familien bedanken. Für die Geduld, die ihr in dieser intensiven Zeit mit uns hattet, dass ihr uns unterstützt habt und den Weg mit uns gegangen seid.

DANKE!

Hinweis zur COVID-19 Pandemie

Im März 2020 brach in Deutschland und den Niederlanden der COVID-19 Virus aus. Dies hatte auch Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht mehr möglich und erforderte Anpassungen in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Planung und Umsetzung, die bereits in vollem Gang war. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung notwendige Norm (anstatt face-to-face Kontakt) und in einigen Fällen musste auf andere Zielgruppen oder Literaturstudien zurückgegriffen werden, weil der direkte Kontakt mit Klientinnen und Professionals nicht möglich war. Alle methodischen Veränderungen sind mit der Begleiterin der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggeberinnen abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation während des Entstehungsprozesses nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Hinweise zur Lesbarkeit

Um das Lesen dieser Arbeit zu erleichtern, wurden hinsichtlich der Schreibweise folgende Vereinbarungen getroffen:

Personenbezeichnung

- Diese Bachelorarbeit wird mit der Begrifflichkeit „vorliegende Forschungsarbeit“ bezeichnet.
- Die Erstellerinnen der vorliegenden Forschungsarbeit werden mit der Begrifflichkeit „die Forscherinnen“ bezeichnet.
- In der Literatur wird vorzugsweise die männliche Form genutzt. Da vermehrt Frauen den Beruf der Ergotherapeutin ausüben und die Forscherinnen der vorliegenden Forschungsarbeit weiblich sind, wird zur Gewährleistung der verbesserten Lesbarkeit bei allen Personenbezeichnungen ausschließlich die weibliche Form genutzt. Jedoch sind alle Geschlechterformen angesprochen. Die Geschlechterform wird nicht bei direkten Zitaten angepasst.
- Bei gebräuchlichen Ergotherapie spezifischen Fachbegriffen, wie z.B. Klientenzentrierung, wird der Genderaspekt nicht beachtet, um eine Lesbarkeit zu gewährleisten. Jedoch sind alle Geschlechterformen angesprochen.
- Die Begriffe „Befragte“, „Teilnehmerin“, und „Expertin“ beziehen sich auf die Interviewteilnehmerinnen der qualitativen empirischen Sozialforschung, welche an dieser Studie teilgenommen haben. Aufgrund von Anonymität und ethischen Forschungsgründen werden Namen nicht genannt.
- Für die Zielgruppe ergotherapeutische Interventionen wird der Begriff „Klientin“ verwendet. Die Bezeichnung wie beispielsweise „Patientin“ wird bei direkten Zitaten nicht angepasst.
- Das in der vorliegenden Forschungsarbeit beschriebene Therapiemanual Handeln gegen Trägheit (HgT) ist eine deutsche Übersetzung des kanadischen *Action over Inertia*. Da beide Manuale inhaltlich gleich sind, wird zur besseren Lesbarkeit nachfolgend ausschließlich die deutsche Version HgT genannt.

Kennzeichnungen im Text

- Die Abkürzungen werden in der ersten Nennung voll ausgeschrieben mit der Abkürzung in Klammern dahinter. Bei wiederholter Nennung wird lediglich die Abkürzung genannt. Diese sind im Abkürzungsverzeichnis aufgelistet.
- Fachbegriffe werden im Glossar definiert und mit dem Zeichen * bei erstmaliger Nennung versehen
- Verweise auf Kapitel werden mit (→Kap. Nr.) gekennzeichnet.
- Auf Anlagen wird mit (→Anlage Nr.) verwiesen.
- Verweise auf Abbildungen und Tabellen werden mit (→Abb. Nr.) und (→Tab. Nr.) gekennzeichnet und sind im Abbildungs- und Tabellenverzeichnis in den Anlagen gesondert aufgelistet.
- Englische Fachbegriffe werden kursiv geschrieben und einmalig in Klammern übersetzt.
- Zur besseren Lesbarkeit werden die Zitate der Expertinnen im Kapitel Resultate in Schriftlage *kursiv* verfasst. Aussagekräftige Inhalte werden mit der Schriftstärke **fett** hervorgehoben.
- Auslassungen in den Zitaten von Expertinnen werden mit [...] gekennzeichnet.
- Umstellungen in den Zitaten von Expertinnen werden mit [Text] gekennzeichnet.
- Für alle Quellenangaben und das dazugehörige Literaturverzeichnis werden die Zitationsrichtlinien der American Psychological Association (APA) Version VI verwendet.
- Sich wiederholende Quellenangaben werden zur Verbesserung des Leseflusses mit ebenda (ebd.) zitiert.
- Direkt zitierte Literatur werden mit Anführungszeichen dargestellt und am Ende des Zitats mit einer Quelle inklusive Seitenzahl versehen.
- Direkte Zitate der Expertinnen werden kursiv mit Anführungszeichen dargestellt und am Ende des Zitats mit der Teilnehmerzuordnung sowie dem jeweilig entnommenen Absatz versehen.
- Indirekte Zitate werden durch eine Quellenangabe ohne Seitenzahl kenntlich gemacht.
- Die Bezeichnung HgT bezieht sich grundsätzlich auf das Manual Handeln ermöglichen - Trägheit überwinden (Krupa et al., 2017).

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AOI	Action over Inertia
AOTA	American Occupational Therapy Association
AU	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
BFW	Berufsförderungswerk
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CIW	Canadian Index of Wellbeing
CMCE	Canadian Model of Client-Centred Enablement
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COTF	Canadian Occupational Therapy Foundation
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
DGPPN	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
ebd.	ebenda
ErgThAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
et al.	et alteri (lat.: und andere)
HgT	Handeln gegen Trägheit
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
Kap.	Kapitel

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OT	Occupational Therapy
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
PEPP	Pauschalisiertes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PSYCH-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
RCT	Randomized Controlled Trial
RTA	Recovery Through Activity
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SMI	Serious Mental Illness
TN	Teilnehmerin
WfbM	Werkstatt für Menschen mit Behinderung
WHO	World Health Organisation

Informative Zusammenfassung

Die vorliegende qualitative Forschungsarbeit fokussiert das Therapiemanual Handeln gegen Trägheit (HgT) und seine Anwendungsmöglichkeiten im Gruppensetting. Jährlich sind ca. 17,8 Millionen Menschen in Deutschland von psychischen Störungen betroffen. Neben wirtschaftlichen Auswirkungen für die Gesellschaft bedeutet eine psychische Störung für Betroffene häufig Einschränkungen im Ausführen bedeutungsvoller Aktivitäten und in der Partizipation. Die Nutzung der täglichen Zeit hat erwiesenermaßen nachhaltige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Diese Erkenntnisse führten zu der Entwicklung des recoveryorientierten Manuals HgT welches Gesundheit durch Aktivität fokussiert. Es ist seit 2017 in Deutschland erhältlich und die erste ergotherapeutische, manualisierte Einzelintervention für Menschen mit psychischen Störungen. Drei Viertel aller Krankenhäuser bieten standardmäßig Ergotherapie zur Behandlung von Depressionen an. Das Angebot besteht dabei größtenteils aus materialgebundenem Arbeiten in Gruppen, welches nicht ausreichend empirisch belegt ist. Die Wirksamkeit von HgT konnte hingegen in quantitativen Pilotstudien bestätigt werden. Einige Berufspraktikerinnen in Deutschland machen sich somit die Vorteile von HgT zu Nutze. Da aus wirtschaftlichen Gründen Gruppentherapien vorzuziehen sind, adaptierten sie das Manual für das Gruppensetting, welches in diesem Zusammenhang unerforscht ist. Dies veranlasste die Forscherinnen das Thema aufzugreifen. Dazu befragten sie anhand halbstrukturierter Experteninterviews sechs praktizierende Ergotherapeutinnen aus ganz Deutschland, welche das Manual für das Gruppensetting adaptierten. Die Resultate wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Der Einblick in ihren Berufsalltag stellte dabei abhängig vom jeweiligen Setting und der Aufenthaltsdauer der Klientinnen unterschiedliche, zufriedenstellende Adaptions- und Umsetzungsmöglichkeiten heraus. Mit gezieltem Einsatz von Medien wie beispielsweise Flipcharts können die Inhalte für die Gruppe anschaulich dargestellt werden. Methoden wie Mindmapping fördern den Austausch unter den Klientinnen, wodurch gruppenspezifische Vorteile entstehen. Der gezielte Einsatz von Sozialformen wie Einzelarbeit in der Gruppe und begleitende Einzeltherapien begünstigen die konsequente Umsetzung der Klientenzentrierung, die sich im Gruppensetting als herausfordernd darstellt. Als förderlich haben sich vor allem die Motivation der Therapeutin und bereits vorhandene spezielle Kompetenzen, wie beispielsweise das Leiten von Gruppen, ergeben. Außerdem ist im Rahmen der Intervention ein direkter Alltagsbezug und ein längerfristiger Therapiezeitraum förderlich. Herausfordernd für die Planung ist vor allem zusätzlich benötigte Zeit, weshalb ein Ergänzungsmanual zur Anwendung im Gruppensetting ebenfalls eine Erleichterung darstellen könnte. Insgesamt wurde im Vergleich zu herkömmlichen handwerklichen Angeboten eine inhaltliche Verbesserung wahrgenommen sodass aus der Forschungsarbeit empfehlenswerte Umsetzungsstrategien hervorgehen. Weiterhin sind nach Meinung der Forscherinnen Studien bezogen auf die Wirksamkeit von HgT im Gruppensetting empfehlenswert.

Zusammenfassung

Ergotherapie im psychiatrischen Setting beinhaltet häufig materialgebundenes Arbeiten im Gruppensetting, welches nicht ausreichend empirisch belegt ist. Das Manual Handeln gegen Trägheit hingegen ermöglicht evidenzbasiertes Arbeiten in der Einzelintervention. Aufgrund dessen werden im Rahmen dieser Forschungsarbeit mithilfe von sechs halbstrukturierten Experteninterviews Erfahrungen und die Art der Anwendung bezüglich der Implementierung des Manuals im Gruppensetting erfasst. Die Datenauswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Erste Ergebnisse zeigen individuelle Adaptions- und Umsetzungsstrategien, welche die erfolgreiche Anwendung von Handeln gegen Trägheit im Gruppensetting in verschiedenen Arbeitssettings ermöglichen. Mithilfe von Zeit, Motivation, spezifischen Kompetenzen und dem gezielten Einsatz bestimmter Medien, Methoden und Sozialformen ist eine zufriedenstellende Anwendung möglich. Alle Expertinnen erleben durch den erhöhten Alltagsbezug und die gruppendynamischen Vorteile eine inhaltliche Verbesserung ihrer Arbeit im Vergleich zu herkömmlichen Angeboten. Als nachteilig zeigt sich hingegen die bedingt mögliche Umsetzung der Klientenzentrierung, welche jedoch durch ergänzende Einzelintervention gewährleistet werden kann.

Abstract

Psychiatric Occupational Therapy often involves material bound exercises in group settings that may not be empirically proven. Action Over Inertia offers evidence-based exercises for individual interventions. This thesis recorded the applicability and efficacy of this method in group settings during six semi-structured interviews with experts. The data evaluation was based on qualitative content analysis by Mayring (2015). Initial results indicate individual adaptation and implementation strategies that would enable the successful application of Action Over Inertia in groups for different work settings. A satisfactory application is possible by employing time, motivation, specific skills and targeted use of certain media and methods. All experts recorded improvements in their work compared to conventional methods due to the increased relevance to everyday life and group dynamic advantages. One disadvantage is the limited possibility of implementing client-centred approach, which would need to be replaced by complementary individual intervention.

Samenvatting

Psychiatrische ergotherapie handelt vaak om materiaalgebonden werk in groepsetting, wat niet voldoende empirisch bewezen is. Action Over Inertia maakt het mogelijk bewijs gebaseerd te werken bij de individuele interventie. Hierdoor zal dit onderzoeksproject met zes semigestructureerde expertinterviews ervaringen en het type toepassing over de implementatie van de handleiding in een groepssetting vastleggen. De gegevensevaluatie werd uitgevoerd volgens de kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Mayring (2015). De eerste resultaten laten individuele aanpassingen implementatiestrategieën zien, maakt de succesvolle toepassing van Action Over Inertia in groepsetting in verschillende werkplaatsen mogelijk. Met tijd, motivatie, specifieke vaardigheden en doelgericht gebruik van bepaalde media en methoden is een succesvolle toepassing mogelijk. Alle deskundigen ervaren een inhoudsverbetering van hun werk in vergelijking met conventionele aanbiedingen door de toegenomen relevantie voor het dagelijks leven en de voordelen van de groepsdynamiek. Nadelig is de beperkte mogelijkheid cliëntgecentreerd te werken, dit kan worden gewaarborgd door aanvullende individuele interventie.

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	I
Danksagung	II
Hinweis zur COVID-19 Pandemie	III
Hinweise zur Lesbarkeit	IV
Personenbezeichnung.....	IV
Kennzeichnungen im Text.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Informative Zusammenfassung	VIII
Zusammenfassung	IX
Abstract	X
Samenvatting	XI
Inhaltsverzeichnis	XII
1. Einleitung	1
1.1 Einführung in die Thematik.....	1
1.2 Vorgehen.....	2
1.3 Begrenzungen	2
2. Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Psychische Störungen	4
2.1.1 Definitionen	4
2.1.2 Epidemiologie	5
2.1.3 Wirtschaftliche Konsequenzen	5
2.1.4 Auswirkungen auf Aktivitäten, Teilhabe und Lebensqualität	6
2.1.5 Behandlungsmöglichkeiten.....	8
2.2 Aktuelle Entwicklungen im Umgang mit psychischen Störungen	9
2.2.1 Recovery	9
2.2.2 Empowerment	10

2.2.3 Psychoedukation.....	11
2.2.4 Zeitnutzungsansätze	11
2.3 Ergotherapie im Umgang mit psychischen Störungen.....	12
2.3.1 Entwicklung der Ergotherapie im Umgang mit psychischen Störungen	12
2.3.2 Ist-Zustand der Ergotherapie	14
2.3.2.1 PEPP und PPP-RL	14
2.3.2.2 Heilmittelrichtlinie	15
2.3.2.3 Leitlinien.....	16
2.3.2.4 Tätigkeitsfelder in Deutschland	17
2.3.3 Ergotherapie und Gruppensetting	18
2.3.3.1 Definition Gruppe	18
2.3.3.2 Gruppendynamik	19
2.3.3.3 Definition Gruppentherapie.....	20
2.3.3.4 Vor- und Nachteile von Gruppentherapie	20
2.3.3.5 Sozialformen der Gruppentherapie	24
2.3.3.6 Ergotherapeutische Gruppentherapie	25
2.3.4 Zeitnutzungsmanuale in der Ergotherapie.....	26
2.3.5 Recovery und Ergotherapie.....	27
2.4 Das ergotherapeutische Manual Handeln gegen Trägheit	28
2.4.1 Dem Manual zugrunde liegende ergotherapeutische Grundlagen.....	28
2.4.1.1 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.....	28
2.4.1.2 Canadian Model of Client-Centred Enablement	31
2.4.1.3 Klientenzentrierung	33
2.4.1.4 Betätigungsbasierung	34
2.4.1.5 Betätigungsgleichgewicht	35
2.4.2 Entstehung und Entwicklung	36
2.4.3 Inhalte	38
2.4.4 Evidenz.....	39
2.4.5 Handeln gegen Trägheit im Gruppensetting.....	40
3. Methodik.....	42
3.1 Grundlagen von Forschung	42
3.2 Theoretische Vorüberlegungen	43
3.2.1 Forschungsansatz.....	43
3.2.2 Forschungsfrage.....	43
3.2.3 Qualitatives Denken nach Mayring.....	45
3.2.4 Forschungsprozess.....	47

3.2.5 Literaturrecherche	48
3.3 Forschungsethik	49
3.4 Interviewvorbereitung und -durchführung	51
3.4.1 Sampling.....	51
3.4.1.1 Auswahl der Expertinnen	51
3.4.1.2 Schneeballverfahren	52
3.4.1.3 Größe der Stichprobe.....	53
3.4.2 Erstellung der Interviewleitfäden	53
3.4.2.1 Klassifikationskriterien für wissenschaftliche Interviews.....	54
3.4.3 Pretest.....	56
3.4.4 Durchführung.....	57
3.4.5 Transkription.....	61
3.5 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	62
3.6 Gütekriterien.....	65
4. Resultate	69
4.1 Sampling.....	69
4.2 Kategorien.....	70
4.2.1 Genutzte Inhalte des Manuals	70
4.2.2 Adaptionen	71
4.2.3 Gruppenspezifische organisatorische Gestaltung.....	75
4.2.4 Sozialformen	77
4.2.5 Therapeutische Kompetenzen	78
4.2.6. Voraussetzungen/förderliche Bedingungen	80
4.2.7 Chancen/Ressourcen	81
4.2.8 Herausforderung.....	83
4.2.9 Zukunft/ Wünsche	85
5. Diskussion	87
5.1 Diskussion der Ergebnisse.....	87
5.1.1 Beantwortung der ersten Leitfrage.....	87
5.1.2 Beantwortung der zweiten Leitfrage	89
5.1.3 Beantwortung der dritten Leitfrage.....	92
5.1.4 Beantwortung der Forschungsfrage	95
5.2 Diskussion der Stärken und Schwächen.....	98
5.2.1 Stärken	98

5.2.2 Schwächen	99
6. Schlussfolgerung	101
6.1 Ausblick	102
Literaturverzeichnis	104
Anlagen	131
1. Anlage: Glossar	132
2. Anlage: Abbildungsverzeichnis	136
3. Anlage: Tabellenverzeichnis.....	137
4. Anlage: Interviewleitfaden Andreas Pfeiffer.....	138
5. Anlage: Suchstrategie	140
6. Anlage: Flyer zur Rekrutierung der Teilnehmer	143
7. Anlage: Meldung Teilnehmerakquise DVE.....	144
8. Anlage: Veröffentlichung Teilnehmerakquise Homepage A. Pfeiffer	145
9. Anlage: Einverständniserklärungen	146
10. Anlage: Interviewleitfaden Du-Form.....	148
11. Anlage: Interviewleitfaden Sie-Form	153
12. Anlage: Zusatzblatt - Canadian Model of Client-Centred Enablement	158
13. Anlage: Auszug Transkripte.....	160
14. Anlage: Paraphrasierung.....	161
15. Anlage: Generalisierung.....	162
16. Anlage: Kategorienbildung.....	163
17. Anlage: E-Mail-Verkehr	164
18. Anlage: Arbeitsblatt-Adaptionen der Teilnehmerinnen	167

1. Einleitung

Die vorliegende Forschungsarbeit entstand im Rahmen des eBSG-Studiengangs Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool Heerlen (NL). Im Fokus stehen Expertenmeinungen zur Anwendung des ergotherapeutischen Therapiemanuals Handeln gegen Trägheit (HgT) im psychiatrischen Gruppensetting, welches ursprünglich für das Einzelsetting konzipiert ist.

1.1 Einführung in die Thematik

Ergotherapie ist laut dem deutschen Krankenhausinstitut in deutschen Klinikeinrichtungen die am meisten genutzte nicht medikamentöse Therapieform für Patientinnen mit Depressionen (Blum, Löffert, Offermanns & Steffen, 2013 zitiert nach DGPPN, 2019).

Laut dem Psychiatrie-Barometer 2012 boten drei Viertel aller Krankenhäuser standardmäßig Ergotherapie bei Klientinnen mit Depressionen an. Materialgebundene Ergotherapie wurde zu 80% in den Abteilungspsychiatrien und zu 74% in den Fachkliniken durchgeführt (Blum, Löffert, Offermanns & Steffen, 2013). In den aktuelleren Versionen des Psychiatrie-Barometers wird die Ergotherapie nur am Rande erwähnt, weshalb keine aktuelleren Zahlen vorliegen.

Bei den Angeboten handelt es sich laut der S3-Leitlinien psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen unter anderem um therapeutische Gruppenarbeit in Werkräumen, bei der die Klientinnen gemeinsam in einem Werkraum an ihrem jeweiligen Produkt arbeiten (DGPPN, 2019). Dabei ist diese Art der Intervention nicht ausreichend empirisch belegt (Edgell & Krupa, 2011). Laut dieser Leitlinie erlangen manualisierte Interventionen in der ergotherapeutischen Fachdiskussion eine zunehmende Bedeutung. Im Jahr 2017 erschien die deutsche Übersetzung HgT des englischsprachigen Manuals *Action Over Inertia* (AOI) (Krupa et al., 2010). Es ist evidenzbasiert und das erste psychiatrische Interventionsmanual zur Einzelintervention auf ergotherapeutischer Basis (Krupa et al., 2017). Aktivität*. Dabei wird das Wort Gesundheit nicht als das Fernbleiben von jeglichen Krankheiten gesehen, sondern eher im Sinne von *Recovery**. Dies soll besonders Menschen mit schweren chronischen psychischen Störungen dazu befähigen, ihren eigenen Lösungsweg zu finden (Pfeiffer & Höhl, 2018). Laut Aussagen des deutschen Krankenhausinstituts boten 2012 69% der Allgemeinkrankenhäuser und 55% der psychiatrischen Fachkliniken gewöhnlich Gruppentherapien zur Behandlung von Klientinnen mit Depression an (Blum, Löffert, Offermanns & Steffen, 2013). Da die ergotherapeutische Gruppentherapie im Fachbereich Psychiatrie eine gängige, weit verbreitete Interventionsart ist (Johansen & Kurmann, 2015), erhält das Thema für die Umsetzung der evidenzbasierten Ergotherapie an Bedeutung. Um die Praxistauglichkeit der Anwendung des HgT in

der Gruppe zu überprüfen, werden Berufspraktikerinnen, die das Manual bereits in der Gruppe anwenden, als Expertinnen befragt. Aufgrund des Umfangs der Forschungsarbeit stellt dies kein Manual für die Anwendung im Gruppensetting dar, sondern dient als Informationssammlung der Erfahrung von Berufspraktikerinnen. Sie kann eine Hilfe bei der Entscheidung und der Umsetzung von HgT im Gruppensetting sein.

Vor Beginn der Forschungsarbeit wurde die Zustimmung von Andreas Pfeiffer, einem Übersetzer des Manuals, eingeholt.

1.2 Vorgehen

Mithilfe des qualitativen Forschungsansatzes wurden die Erfahrungen von sechs Ergotherapeutinnen, welche HgT bereits im Gruppensetting mit erwachsenen Klientinnen einsetzten, erfasst und analysiert. Ziel war es, Informationen über die Art der Anwendung sowie das Erleben der Berufspraktikerinnen dabei zu erfassen.

Die Einteilung der Forschungsarbeit erfolgte in sechs Kapitel. Im ersten Kapitel befindet sich diese Einleitung (→ Kap. 1). Das zweite Kapitel beinhaltet den theoretischen Hintergrund der vorliegenden Forschungsarbeit (→Kap. 2). In diesem Kapitel werden inhaltliche Hintergründe der vorliegenden Forschungsarbeit vertieft dargestellt. Die Forscherinnen gehen auf psychische Störungen im Allgemeinen und dem Umgang damit sowie Entwicklung und dem Ist-Zustand der Ergotherapie im psychiatrischen Setting* ein. Außerdem wird das HgT und zugrunde liegende Modelle und Ansätze berücksichtigt. Damit wird unter anderem die Begründung der Notwendigkeit der Forschungsarbeit dargestellt. Nachfolgend befindet sich die Methodik (→Kap. 3). Um das wissenschaftliche Vorgehen transparent dargelegt, wird hier auf die gesamte wissenschaftliche Vorgehensweise der Forscherinnen eingegangen. In Kapitel vier erfolgt die Darstellung der Resultate aus den im Rahmen der Forschungsarbeit durchgeführten halbstrukturierten Experteninterviews (→Kap. 4). Nachfolgend werden diese durch die Forscherinnen diskutiert und in Verbindung zu den Inhalten des theoretischen Hintergrundes gebracht (→Kap. 5). Abschließend erfolgt eine Schlussfolgerung (→Kap. 6). Diese fasst die aus der Forschungsarbeit gewonnenen Erkenntnisse zusammen.

1.3 Begrenzungen

Die Forscherinnen begannen im November 2019 mit der Erstellung eines Proposals. Dabei wurden mehrere Vorüberlegungen getroffen, wie das Führen von Einzelinterviews in den Räumlichkeiten der jeweiligen Expertinnen. Im März 2020 kam es zur Covid-19 Pandemie in Deutschland, wodurch einige Veränderungen vorgenommen werden mussten. Die

Forscherinnen entschieden sich dafür, die Interviews zur Wahrung der Gesundheit aller Beteiligten online stattfinden zu lassen. Auch die angedachte teilnehmende Beobachtung bei einer Teilnehmerzahl unter neun fand aus dem genannten Grund ebenfalls nicht statt.

Eine Ende März stattfindende HgT-Fortbildung von Andreas Pfeiffer, zu der die Forscherinnen angemeldet waren, wurde aufgrund der aktuellen Situation und der daraus entstandenen Kontaktbeschränkungen abgesagt. Die Forscherinnen traten aufgrund dessen persönlich mit Andreas Pfeiffer in Kontakt und erhielten die Gelegenheit, ein ca. 90-minütiges leitfadengestütztes Online-Interview mit ihm zu führen (→Anlage 4). Diese Informationen flossen zum Teil in den theoretischen Hintergrund dieser Forschungsarbeit mit ein.

Die Corona Pandemie hatte ebenfalls zur Folge, dass den Forscherinnen der Zutritt in die Zuyd Hogeschool aufgrund von Sicherheitsauflagen untersagt wurde. Somit stand die dortige Bibliothek nicht zur Verfügung. Die Zuyd Hogeschool bemühte sich darum, vereinzelte Bücher auf Anfrage zu verschicken. Auch Stadt- und Universitätsbibliotheken blieben mehrere Wochen geschlossen. Der Zugang für externe Mitglieder blieb auch nach den Wiederöffnung weiterhin verwehrt. Aufgrund dessen wurde den Forscherinnen der Zugang zu Primärliteratur deutlich erschwert. Die Forscherinnen gingen dazu über, vermehrt Literatur innerhalb verschiedener Datenbanken zu suchen, liehen sich Bücher bei Dozentinnen oder Bekannten aus, nutzten frei verfügbare Literatur innerhalb der Internets und kauften vermehrt Bücher. Dies erforderte Kreativität und Durchhaltevermögen, erweiterte aber das Wissen bezüglich Literaturrecherchen.

2. Theoretischer Hintergrund

Im theoretischen Hintergrund dieser Forschungsarbeit erfolgt die Darstellung der Problematik und ihrer Themen, welche inhaltlich an der Forschungsfrage orientiert sind. Diese werden im folgenden Kapitel auf Basis aktueller Literatur dargestellt und in Verbindung zueinander gebracht.

Zum Einstieg beschreiben die Forscherinnen psychische Störungen (→Kap. 2.1) in Deutschland, wirtschaftliche Konsequenzen, Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Behandlungsmöglichkeiten und aktuelle Entwicklungen im Umgang mit psychischen Störungen (→Kap. 2.2).

Im darauffolgenden Kapitel geht es um die Ergotherapie im Zusammenhang mit psychischen Störungen (→Kap. 2.3). Beginnend mit der geschichtlichen Entwicklung (→Kap. 2.3.1) über den IST-Zustand (→Kap. 2.3.2) und dem Gruppensetting (→Kap. 2.3.3) bis hin zu der Bedeutung der aktuellen Entwicklungen Zeitnutzungsmanuale (→Kap. 2.3.4) und *Recovery* (→Kap. 2.3.5) für die Ergotherapie.

Im letzten Kapitel (→Kap. 2.4) geht es im Speziellen um das Therapiemanual HgT. Dabei werden zunächst die ergotherapeutischen, theoretischen Grundlagen (→Kap. 2.4.1) dargestellt. Folgend werden die Entwicklung, (→Kap. 2.4.2), die Inhalte (→Kap. 2.4.3) sowie die Evidenz (→Kap. 2.4.4) beschrieben und im Anschluss mit dem Thema Gruppentherapie (→Kap. 2.4.5) in Bezug gesetzt.

2.1 Psychische Störungen

2.1.1 Definitionen

Unter einer psychischen Störung versteht man ein Zustandsbild, welches durch Veränderungen des Erlebens und Verhaltens gekennzeichnet ist. Dabei kann es zu einem Wandel der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens oder auch des Selbstbildes kommen. Typischerweise sind psychische Störungen mit einem erhöhten persönlichen Leidensdruck oder Belastungen und Problemen in verschiedenen Lebensbereichen verbunden (Gazzaniga, Heatherton, & Halpern, 2017).

Beeinflusst wird die psychische Gesundheit von zahlreichen Risikofaktoren, wie beruflichen Belastungen, schwerwiegenden Lebensereignissen, Persönlichkeitsfaktoren, sozialem Status und Lebensführung. Soziale Unterstützung, Resilienz und eine gesunde Lebensweise dienen als Schutzfaktoren (RKI, 2013).

Psychische Störungen umfassen ein weites Spektrum von Diagnosebezeichnungen, die in Klassifikationssystemen und Diagnosehandbüchern nach ihren Merkmalen und Ausschlusskriterien beschrieben werden. In der Internationale[n] statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10, abgekürzt ICD-10-GM, sind psychische Störungen in Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) erfasst. Es ist ein durch die World Health Organisation (WHO) erstelltes, weltweit anerkanntes Klassifikationssystem, das in Deutschland der Verschlüsselung von Diagnosen dient (DIMDI, 2020). Wie in der Einleitung beschrieben, werden im HgT Menschen mit schweren psychischen Störungen fokussiert. Wurde bei einer Person, die mindestens achtzehn Jahre alt ist, derzeit oder im vorangegangenen Jahr eine mentale Verhaltens- bzw. emotionale Beeinträchtigung, welche in den oben genannten Klassifikationssystemen enthalten sind, von hinreichender Dauer diagnostiziert, wird diese Erkrankung als schwere psychische Störungen bezeichnet. Ausgeschlossen sind dabei Substanzmissbrauch und Entwicklungsstörungen, außer es besteht eine zusätzliche psychische Störung (SAMHSA, 2020).

2.1.2 Epidemiologie

Basierend auf epidemiologischen Studien, sind jährlich 27,8% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland von einer psychischen Störung betroffen (Jacobi et al., 2014). Dies entspricht 17,8 Millionen Menschen. In der gesamten Europäischen Union geht man von 164,8 Millionen betroffenen Menschen aus (Wittchen et al., 2011). Angststörungen gehören mit 15,4% zu den häufigsten psychischen Störungen, gefolgt von affektiven Störungen mit 9,8% (unipolare Depression allein 8,2%) und Störungen durch Alkohol- und/oder Medikamentenkonsum mit 5,7% (Wittchen et al., 2011, Jacobi et al., 2014).

2.1.3 Wirtschaftliche Konsequenzen

Im Jahr 2018 wurden pro beschäftigte Person durchschnittlich 2,9 AU-Tage durch psychische Störungen verursacht. Die Bundespsychotherapeutenkammer errechnete auf Grundlage der Daten 85% aller gesetzlich krankenversicherten Personen 70 Millionen Fehltage für das Jahr 2015. Derzeit hat jeder sechste Fehltag psychische Ursachen (Thole, 2020). Dabei beträgt die Arbeitsunfähigkeitsdauer von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen durchschnittlich 33,7 Tage (Statista, 2019). Die deutsche Studie Erholungsbeeinträchtigungen bei Beschäftigten aus dem Jahr 2019 wertete 4.201 repräsentative Daten sozialversicherungspflichtig Beschäftigter aus. Dabei zeigten 13% der Befragten eine Erholungsbeeinträchtigung. Je stärker die Erholungsbeeinträchtigung ist, desto mehr nimmt auch die Anzahl an Beschäftigten mit Erschöpfung, depressiven Symptomen und verminderter Arbeitsfähigkeit zu (Schulz,

Wendsche, Lohmann-Haislah & Schöllgen, 2019). Eine trägerübergreifende Arbeitsgruppe der deutschen Rentenversicherung befasste sich mit dem Thema Handlungsfelder Psychische Störungen in der Rehabilitation und Erwerbsminderung. Sie gaben an, dass im Jahr 2018 ganze 43 % der Neuberentungen aufgrund von Erwerbsminderung bezüglich einer psychischen Störung erfolgte. Im Vergleich mit orthopädischen Erkrankungen liegt das durchschnittliche Berentungsalter von Menschen mit psychischen Störungen mit 50,5 Jahren fünf Jahre darunter. Im Jahr 2018 wurden 62% der Neuberentungen aufgrund psychischer Störungen vorerst zeitlich befristet, da man auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes hoffte (Hesse, Hessel, Canan Ågre, Falk, Nebe & Weinbrenner, 2019). Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin schätzt die jährlichen Kosten psychischer Störungen auf 16 Milliarden Euro, geht aber von einer Steigerung bis auf ca. 32 Milliarden Euro bis 2030 aus (Max-Planck-Institut für Psychiatrie, 2017). Ein im Jahr 2018 veröffentlichter Bericht der OECD sowie der Europäischen Kommission, kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass aufgrund von psychischen Störungen hohe Kosten in Europa entstehen. Die geringere Erwerbsbeteiligung von Menschen mit psychischen Störungen nehmen 1,6% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) ein, höhere Ausgaben der Sozialversicherung mit 1,2% des BIP sowie weitere 1,3% des BIP sind zurück zu führen auf direkte Ausgaben der Gesundheitsversorgung. Das entspricht zusammen 600 Milliarden Euro (OECD, 2018).

2.1.4 Auswirkungen auf Aktivitäten, Teilhabe und Lebensqualität

Psychische Störungen haben neben den wirtschaftlichen Auswirkungen (BIP) auch negative Auswirkungen auf die Teilhabe und die Lebensqualität der Betroffenen.

Eine skandinavische Studie aus dem Jahr 2008 ermittelte, ob es bei Personen mit anhaltenden psychischen Störungen Risikofaktoren für ein Ungleichgewicht der täglichen Aktivitäten gibt. Sie stellte erneut heraus, dass Personen mit Schizophrenie häufig Schwierigkeiten haben, Aktivitäten zu initiieren und ihre Zeit zu strukturieren und den größten Teil des Tages damit verbringen, zu schlafen. Personen mit Psychosen gehen hingegen seltener arbeiten, schlafen ebenfalls mehr und verbringen weniger Zeit mit Aktivitäten als Personen mit anderen Diagnosen. Die Diagnose einer Psychose und eine Vielzahl von Symptomen stellten die größten Risikofaktoren dar. (Leufstadius & Eklund, 2008).

Eine australische Studie befasste sich im selben Jahr mit der Frage, welche Verluste Menschen mit psychischen Störungen erleiden. Viele Probandinnen benannten die Ausübung ausgewählter alltäglicher Betätigungen* als ihr langfristiges Ziel, da sie viele dieser Betätigungen aufgrund des Verlustes von Motivation, Energie oder normalen Schlafmustern selten ausübten (Zanker, Baker & Procter, 2014).

Psychische Störungen sorgen also häufig für ein Ungleichgewicht in den alltäglichen Aktivitäten (→Kap. 2.4.1.5). Dies führt wiederum dazu, dass die Betroffenen nicht mehr innerhalb der Gesellschaft partizipieren. Viele Betroffene erleben den Balanceakt zwischen alltäglichen Aktivitäten und Teilhabe an der Gesellschaft als eine Art Kampf, bei dem sie Unterstützung benötigen (Sakiyama, Josephsson & Asaba, 2010).

Eine phänomenologische Studie aus 2014 untersuchte die Bedeutung von Arbeit für Menschen mit schweren und dauerhaften psychischen Störungen. Dabei wurde deutlich, dass die Probandinnen das Eingebundensein in Betätigung als wesentlich für ihre Genesung ansahen. Eine Probandin gab sogar an, man würde ohne Betätigung nicht existieren, wobei sich das Wort „Betätigung“ auf Arbeit bezieht (Blank, Harries & Reynolds, 2014).

Die kanadische Gesundheitsforschung beschäftigte sich ausführlich mit den Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Mithilfe des ersten nationalen Indexberichts des Canadian Index of Wellbeing (CIW), welcher eine Erweiterung des BIP darstellt, können neben dem wirtschaftlichen Erfolg die Fortschritte bei der Erreichung der Lebensqualität der Gesellschaft und notwendige Erkenntnisse ermittelt werden, um gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit zu planen (University of Waterloo, 2018b). Im CIW werden in acht Dimensionen die Indikatoren, die Einfluss auf die Lebensqualität der Gesellschaft haben, erfasst. Darunter fallen Bildung, Lebensstandard, Gesundheit, demokratisches *Engagement* (Partizipation/Teilhabe), eine vitale Gemeinschaft, Umweltbedingungen, Freizeit/Kultur und Zeitznutzung* (→Kap. 2.2.4). Die Zeitznutzungs-Domäne zeigt an, wie Menschen ihre Zeit verbringen, wie sie Zeit erleben und welche Faktoren die Zeitznutzung und somit auch das Wohlbefinden beeinflussen. Dabei wird die genutzte Zeit für bestimmte Aktivitäten erfasst (University of Waterloo, 2018b). Auf dieser Grundlage beruht unter anderem das Zeitznutzungsmanual (→Kap. 2.3.4) HgT.

Zusätzlich zum CIW wurde die Veröffentlichung *Working together towards recovery: Consumers, families, caregivers and providers* durch die Canadian Collaborative Mental Health Initiative (2006) herausgebracht. Ziel dieser Veröffentlichung war die psychiatrische Versorgung von Betroffenen zu verbessern, indem die Zusammenarbeit im *Recovery*-Prozess (→Kap. 2.2.1) aller Beteiligten optimiert und der Zugang zu Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung erleichtert wird. Diese und weitere Publikationen sind richtungsweisend für Fachkräfte in Kanada und für die Veröffentlichung von HgT (Krupa et al., 2017). Auch in Deutschland haben Fachkräfte erkannt, dass HgT „einen breiten Wissensschatz [bietet], der im Rahmen einer interdisziplinären Versorgung unbedingt geteilt werden darf. In unserem Gesundheitssystem arbeiten viele Dienstleister, und nicht selten gibt es zwischen ihnen wenig Kommunikation“ (Käßmair, 2019, S. 32). 2017 erhielt HgT deshalb von der deutschen Gesellschaft für

Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) einen Preis für Innovation mit hoher Relevanz für den deutschen Klinikalltag (DVE, 2017).

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die im Jahr 2001 seitens der WHO herausgegeben wurde, stellt die komplexen Zusammenhänge von bio-psycho-sozialen Faktoren in Verbindung mit der Teilhabe einer Person dar. Mithilfe der ICF lassen sich die Wechselwirkungen zwischen den Schädigungen, Beeinträchtigungen der Person und der Teilhabe und der Kontextfaktoren gezielt erfassen. Auf diese Weise können auch Teilhabechancen bei psychischen Störungen ermittelt werden (Schmidt-Ohlemann, o. J.). Eine einheitliche, gezielte Erfassung trägt demnach ebenfalls zur Erleichterung der Kommunikation unter verschiedenen Fachkräften bei. Die Anwendung der ICF kann auch dazu beitragen, ein zukünftiges Verständnis für die Ursachen ansteigender Arbeitsunfähigkeitstage, Erwerbsminderung und einer wachsenden Anzahl von Frühberentungen in Folge psychischer Störungen zu erarbeiten (Ausschuss „Psychische Behinderungen“ DVfR, 2013).

2.1.5 Behandlungsmöglichkeiten

Nur knapp 19% der 17,8 Millionen Betroffenen mit einer 12-Monatsdiagnose in Deutschland begibt sich in Behandlung. Dabei nehmen 13,6% eine ambulante, 1,9% eine stationäre und 3,1% eine Behandlung von komplementären Institutionen in Anspruch. Am häufigsten begehen sich Menschen mit Sozialphobie, generalisierter Angststörung, Dysthymie, Panikstörung oder psychotischer Störung in Behandlung (Mack et al., 2014). Im Jahr 2018 wurden 749.700 Patienten vollstationär in Allgemeinpsychiatrien behandelt, wovon 53% männlich und 47% weiblich und im Durchschnitt 46 Jahre alt sind. Im Schnitt verbrachten sie dort 28 Tage (DESTATIS, 2018).

Laut der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) werden folgende aufgabentypische Schwerpunkte im Rahmen der A1 Regelbehandlung genannt: Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, psychosoziale Therapie, Ergotherapie und künstlerische Therapie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020b).

In den S3-Leitlinien psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen werden weitere zusätzliche Spezialtherapien wie Kunst-, Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie erwähnt (DGPPN, 2019).

Im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung setzte sich die Bundespsychotherapeutenkammer in der Studie Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2018 mit der Wartezeit auseinander. Insgesamt seien die Wartezeiten gesunken, dennoch warten Klientinnen

noch deutlich zu lang, vor allem im Ruhrgebiet oder außerhalb von Großstädten. In Zahlen heißt dies, dass Klientinnen durchschnittlich 5,7 Wochen auf eine Sprechstunde, 3,1 Wochen auf eine Akutbehandlung und 19,9 Wochen auf eine Richtlinienpsychotherapie warten (BPtK, 2018).

Ambulante Ergotherapie (→Kap. 2.3,2.4) kann nach einer (teil-)stationären Behandlung die Zeit bis zum Erhalt eines Platzes bei einer Psychotherapeutin überbrücken.

2.2 Aktuelle Entwicklungen im Umgang mit psychischen Störungen

Das ergotherapeutische Handeln wird beeinflusst durch aktuelle Denkrichtungen und Ansätze in der psychiatrischen Versorgung. Diese bilden Schnittstellen der Ergotherapie zu anderen Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung.

2.2.1 Recovery

Die WHO (2013) forderte in ihrem *Mental Health Action Plan** (Aktionsplan für psychische Gesundheit), das in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung recoveryorientiert gearbeitet wird. Es entspricht dem aktuellen Paradigma der Medizin, indem die stärkere Einbeziehung des Nutzenden in der Versorgung von Bedeutung ist und bietet die Chance auf neue Konzepte in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen (Slade, 2013).

Aus klinischer Sicht meint *Recovery* die Remission von Krankheitssymptomen. Der im HgT gemeinte Begriff ist aus der Selbsthilfe psychiatrieerfahrener Menschen entstanden und meint „einen persönlichen, ganzheitlichen individuellen Entwicklungsprozess, zu dem die Verarbeitung des Krankheitserlebens ebenso gehört wie die Entwicklung von neuen Lebensperspektiven“ (Zuaboni, Burr, Winter, & Schulz, 2019, S. 10). *Recovery* bezieht sich demnach auf das persönliche Erleben jedes Einzelnen sowie auf das Leben mit einer dauerhaften Erkrankung (Davidson, Lawless, & Leary, 2005). Untersuchungen zu Verläufen von *Serious Mental Illness* (SMI, schwere chronische psychische Erkrankung) zeigen, dass selbst bei einer Remission der klinischen Symptome, Klientinnen und Familien weiterhin durch bleibende Krankheitsanzeichen und Folgen der Erkrankung belastet sind. Eine Definition des Begriffs, der mit der Reduzierung der Symptome beschrieben wird, ist demnach nicht ausreichend, da es auch Verläufe gibt, die trotz andauernder Symptomatik „über Bewältigungsmechanismen verfügen, die es ihnen erlauben, die Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen“ (DGPPN, 2019, S. 48).

Die Betroffene selbst leistet also ihren eigenen Weg hin zum *Recovery*, der von Fachpersonen begleitet und unterstützt wird (DGPPN, 2019). Er ist zeitaufwändig, komplex und wird von den

Erkrankten selbst durchlebt (Donskoy, Stevens, & Bryant, 2014). Da dieser Prozess stets sehr individuell verläuft, ist bei der Art der Unterstützung immer von der jeweiligen Person auszugehen. Eine „richtige“ Vorgehensweise im Sinne einer Schritt-für-Schritt-Anleitung gibt es dabei nicht (Slade, 2013). Im Sinne des *Recovery*-Gedankens sind Fachkräfte bereit, Risiken einzugehen und stehen auch im Scheitern zur Seite. Ermutigung steht demnach vor Sicherheit. Es ist eine innere Haltung, die den Fokus auf Chancen und nicht auf Risiken richtet und die zu einer glaubwürdigen Antistigma-Psychiatrie führt (Zuaboni, Burr, Winter, & Schulz, 2019).

2.2.2 Empowerment

Empowerment gilt als wichtiger Eckpfeiler in der Arbeit mit Menschen mit SMI (DGPPN, 2019; Cockburn, 2016). Die WHO definierte diesen Begriff, als einen Prozess durch den Menschen mehr Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen erwerben, die sich auf ihre Gesundheit auswirken (WHO, 1986).

Die Förderung der Autonomie ist besonders für Menschen mit SMI von besonderer Bedeutung, da sie aufgrund unzureichender Finanzen und durch Stigmatisierung in der Gesellschaft in einer schwierigen Lage sind. Die Unterstützung bei der Bewältigung dieser Probleme stellt für Fachkräfte in der psychiatrischen Versorgung, insbesondere für Ergotherapeutinnen, eine Herausforderung dar. Ziel von *Empowerment* ist, den Zugang zu Ressourcen zu ermöglichen und die volle Teilhabe an der Gesellschaft zu gewährleisten (Le Granse, Kinébanian & Josephsson, 2006).

Diese Haltung, die Entscheidungen der Klientinnen zu respektieren und ihre persönliche Autonomie zu erhöhen, erfordert ein grundlegendes Umdenken der Fachkräfte in der psychiatrischen Versorgung (Townsend, 1998). Eine Studie, die diese Haltung von Ergotherapeutinnen in Deutschland, Belgien und Niederlande untersuchte (Le Granse, Kinébanian & Josephsson, 2006), deutet darauf hin, dass Ergotherapeutinnen bereits bestrebt sind, die Autonomie der Klientinnen zu erhöhen. Barrieren bei der Umsetzung stellen die Möglichkeiten und Mittel in Institutionen, in denen Ergotherapeutinnen arbeiten, aber auch der Normen- und Wertekomplex in der Gesellschaft dar. Dabei steht ihnen nicht nur das Stigma der psychischen Erkrankung im Wege, sondern beispielsweise auch die ungleichen Chancen in Bezug auf Arbeit und Dienstleistungen. Institutionen leisten ebenfalls einen entscheidenden Beitrag, *Empowerment* zu ermöglichen und die Motivation der Klientinnen zu fördern: „The hierarchical and inflexible structure of the institution, in combination with many rules and regulations, often lead to dependency rather than autonomy“ (Le Granse, Kinébanian & Josephsson, 2006, S. 151).

HgT als recoveryorientiertes Manual bietet Berufspraktikerinnen einen Leitfaden, *Empowerment* zu fördern und in die ergotherapeutische Praxis umzusetzen (Pfeiffer, 2018).

2.2.3 Psychoedukation

Mit Psychoedukation sind „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen“ (Bäumel & Pitschel-Walz, 2008, S.8) gemeint, die Klientinnen und ihre Angehörige über die Erkrankung und die damit verbundene Behandlung zu informieren, um ihr Krankheitsverständnis und den eigenverantwortlichen Umgang mit dieser sowie den Bewältigungsprozess zu fördern (ebd.).

Durch die Psychoedukation soll das *Empowerment* (→Kap. 2.2.2) der Betroffenen und ihrer Familien gestärkt werden. Sie sollen nicht nur ein Grundverständnis für die Hintergründe ihrer Erkrankung entwickeln, sondern auch durch das neugewonnene Krankheitsverständnis langfristig zu einer Krankheitseinsicht kommen, um zu lernen wie sie mit ihrer psychischen Störung leben. Komplizierte Fachinformationen werden den Klientinnen vereinfacht und anschaulich vermittelt (Psychiatrienetz, 2017).

Ein übergeordnetes Ziel der Psychoedukation stellt die Gesundheitsförderung der Klientinnen dar. Dies soll durch eine Stärkung der Ressourcen und der Förderung eines informierten, selbstverantwortlichen Umganges mit der Erkrankung ermöglicht werden (Bäumel & Bechdorf, 2008).

Psychoedukation findet entweder im Rahmen einer (psychotherapeutischen) Gruppe oder aber auch anteilig in psychiatrischen Interventionsarten statt. Auch das HgT hat psychoedukative Anteile (Krupa et al., 2017).

2.2.4 Zeitnutzungsansätze

Wie bereits in (→Kap. 2.1.4) beschrieben, besteht ein Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Zeitnutzung. Menschen mit psychischen Störungen sind gefährdet, sowohl über- als auch unterbeschäftigt zu sein. „Das Betätigungsungleichgewicht kann als Aspekt der Behinderung angesehen werden, die durch ein Missverhältnis zwischen den Fähigkeiten der Person und den Möglichkeiten und Anforderungen der Umwelt geprägt sind“ (Eklund, Leufstadius & Bejerholm, 2009, S.177). Unterbeschäftigung ist laut Eklund & Argentzell (2016) schädlich für Gesundheit und Genesung.

Eklund, Leufstadius & Bejerholm (2009) haben 36 *Time-Use*-Studien verglichen, welche die hohe Bedeutung für die Versorgung von Betroffenen unterstreichen. Sie erarbeiteten daraus 10 Grundprinzipien, die Grundlage von HgT (→Kap. 2.4.3) wurden (Pfeiffer, 2016b).

2.3 Ergotherapie im Umgang mit psychischen Störungen

2.3.1 Entwicklung der Ergotherapie im Umgang mit psychischen Störungen

Im folgenden Abschnitt wird die Entwicklung der ergotherapeutischen Behandlung im 20. und 21. Jahrhundert mit Fokus auf die Entwicklung im psychiatrischen Setting beschrieben.

Im Laufe der Entwicklung der Ergotherapie und dem Wechsel der Paradigmen änderte sich die Verwendung von Betätigung als Kernaspekt und somit auch der Fokus der Behandlung stetig. So veränderte sich im Laufe der Zeit auch die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen sowie der Umgang mit alltäglichen Aktivitäten und Teilhabe.

Vor Gründung der Ergotherapie beeinflusste besonders die *Moral Treatment Movement* die Verwendung von Betätigung und die Sichtweise auf Menschen mit psychischen Störungen. Es entstand der Grundgedanke des *Empowerments* (→Kap. 2.2.2), psychiatrische Einrichtungen verloren langsam ihren Aufbewahrungscharakter und die Sicht auf die Klientinnen veränderte sich zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise. Den Klientinnen wurden bewusst Struktur und leichte Arbeiten zur Verbesserung ihrer Gesundheit gegeben. Menschen mit psychischen Störungen wurden durch unterschiedliches Personal, wie beispielsweise den Pflegekräften zu einfachen anfallenden Arbeiten angeleitet (Nierstrasz, 2019). Gleichzeitig spielte auch die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen durch erzwungene Bettruhe und Dampfbäder Anfang des 20. Jahrhundert eine wichtige Rolle (Weißer, 2010).

Der Psychiater Adolf Meyer spielte im Jahre 1922 zur Gründungszeit der Ergotherapie eine wichtige Rolle. Dieser verfasste fünf Grundprinzipien der Ergotherapie, in welchen er den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit beschreibt und den grundlegenden Zusammenhang zwischen Gesundheit und aktiver Betätigung darstellt (Kinébanian, 2019a).

Im Zuge der *Mental Hygiene Movement* in den USA wurden Anfang des 20. Jahrhunderts zur verbesserten und erweiterten Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychischen Störungen sowie zur Behandlung von Kriegsverletzten hauptsächlich Frauen zu Ergotherapeutinnen ausgebildet (Christiansen & Haertl, 2019). Erzwungene Bettruhe wurde mehr und mehr durch leichte Arbeiten als heilendes Mittel ersetzt (Weißer, 2010).

Nachdem es durch den 1. Weltkrieg einen Einbruch in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen gegeben hatte, wurde nach Ende des Kriegs der aktivitätsbezogene Behandlungsansatz durch neue Reformen vorangebracht. Kulturelle Aktivitäten sowie die Arbeitstherapie wurden in der Therapie von Menschen mit psychischen Störungen erweitert und ambulante Versorgung weniger schwer erkrankten in Betracht gezogen (Weißer, 2010).

Im 2. Weltkrieg fielen viele Menschen mit psychischen Störungen der Euthanasie und unfreiwilliger Sterilisation zum Opfer (Weißer, 2010). Kosten für psychiatrische Versorgung wurden eingespart, in psychiatrische Anstalten untergebrachte Menschen waren deutlich unterernährt und die Behandlung dieser stand nicht im Vordergrund (Weißer, 2010).

Durch die Rückkehr vieler verletzter Kriegsveteranen änderte sich der Schwerpunkt der Ergotherapie auf die funktionelle Wiederherstellung körperlicher Funktionen und entfernte sich dadurch mit seinem Fokus auf Betätigung (Möller, 2017). Ergotherapeutische Arbeit basierte zunehmend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. In der Psychiatrie wurde der Schwerpunkt auf das Ausführen von Arbeitsaufgaben gelegt (Kinébanian, 2019b).

Im Anschluss an den zweiten Weltkrieg wurde die ergotherapeutische Behandlung hauptsächlich zur Ablenkung sowie zum Füllen der freien Zeit (Kubny-Lüke, 2017) eingesetzt. Dies wandelte sich allerdings mit der Zeit zu Behandlungsinhalten mit dem Ziel der Stabilisierung der Klientinnen (Kubny-Lüke, 2017). Die Umwelt der Menschen mit psychischen Störungen sowie das Bedeutungsvolle der Betätigung bekam eine zentrale Rolle in der ergotherapeutischen Behandlung (Kielhofner, 2009).

Die Rückkehr der Ergotherapie mit dem Schwerpunkt auf alltags- und betätigungsbezogener Behandlung wurde besonders durch die Aussage: „Man through the use of his hands as they are energized by mind and will, can influence the state of his own health“ von Mary Reilly 1962 (zitiert nach Möller, 2017, S. 77) vorangetrieben. Neben der üblichen Arbeitstherapie rückte die individuelle Behandlung der Klientinnen in den Vordergrund (Weißer, 2010). Jedoch herrschte laut Häfner (2016) aufgrund des wenigen Platzes sowie einiger üblicher Therapiemethoden ein menschenunwürdiger Zustand in den psychiatrischen Anstalten.

Durch die Psychiatriereform der 60er und 70er Jahre verlagerte sich die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen neben dem stationären Setting ins ambulante Setting (Junge, Longréé, & Weber, 2019). Missstände in den Psychiatrien wurden langsam behoben. So wurden Fachpsychiatrien eröffnet, gemeindenahere Versorgung erhöht, es wurde mehr Personal eingestellt und die Räumlichkeiten der Psychiatrien wurden verbessert (Weißer, 2010).

1991-2019 regelte die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) die Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Die Psych-PV war eine durch den Gesetzgeber erlassene Vorgabe zur klaren Regelung der Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität (Hucke & Gans, 2009). Dadurch wurde deutlich mehr therapeutisches Personal eingestellt und notwendige therapeutische Leistungen vorgegeben. Die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wurde durch das Errichten von Tagesstätten, Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM), Berufsförderungswerken (BFW) u. ä. deutlich erweitert (Kubny-Lüke, 2017). 2020 wurde die Psych-PV durch die Personalausstattung-Psychiatrie-und-Psychosomatik-Richtlinien (PPP-RL) ersetzt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020b) (→Kap. 2.3.2.1).

Seit dem Inkrafttreten der Psych-PV im Jahr 1991 zählt die Ergotherapie zum Standard stationärer psychiatrischer Krankenhausbehandlungen (Kubny-Lüke, 2017). Ergotherapie kann sowohl im (teil-)stationären als auch im ambulanten Setting angewandt werden. Dies ist von Vorteil, da (teil-)stationär begonnene Ergotherapie mithilfe einer Heilmittelverordnung ambulant fortgesetzt werden kann (DGPPN, 2019).

Laut Alward (2009) wurden im Indikationskatalog des DVE 2004 kreative und gestalterische Techniken als größten Leistungsbereich der Ergotherapie beschrieben. Der Einsatz handwerklicher Techniken wird jedoch zunehmend infrage gestellt, da die Wirksamkeit dieser Behandlungsform mit wenig Evidenz belegt ist (ebd).

2.3.2 Ist-Zustand der Ergotherapie

Die nationale Ergotherapie wird durch das kontemporäre Paradigma (Satink & Van de Velde, 2019) und damit einhergehend durch internationale ergotherapeutische Modelle und Forschungsergebnisse beeinflusst, die teilweise bereits in der deutschen Ergotherapie Anwendung finden.

2.3.2.1 PEPP und PPP-RL

Die Kosten einer (teil-)stationären Behandlung, die bis auf eine geringe Zuzahlung von der Krankenkasse übernommen werden, sind im Pauschalisierten Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) festgehalten. Dabei ist kein bestimmtes Budget für Ergotherapie festgesetzt, sondern ein fester Tagessatz, der sich aus den Spezialtherapien zusammensetzt, die zugeschnitten auf den Patienten eingesetzt werden (MDK, 2020).

Die PPP-RL (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020b) legt erstmals verbindliche personelle Mindestvorgaben für die (teil-)stationäre/stationsäquivalente Versorgung auf Basis von S3-

Leitlinien fest, die von den Einrichtungen eingehalten werden müssen. Dabei fällt Ergotherapie nach §5 unter die Spezialtherapien. In einer A1 Regelbehandlung für Erwachsene ist beispielsweise ein Minutenwert von 122 Minuten pro Woche und Klientin festgelegt. Regelaufgaben von Spezialtherapeutinnen in der Erwachsenenversorgung für die gruppenbezogene Behandlung sind:

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musik- und Gestaltungstherapie
- Lebenspraktisch orientierte Therapie
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung
- Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen.

2.3.2.2 Heilmittelrichtlinie

Im Heilmittelkatalog (Teil II der Heilmittelrichtlinie) der Ergotherapie 2020 werden zur Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen hauptsächlich psychisch-funktionelle Behandlung und optional Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung als vorrangiges Heilmittel der Ergotherapie benannt. Häufig im Heilmittelkatalog 2020 der Ergotherapie empfohlene Therapieziele sind der Erhalt sowie die Verbesserung der Selbstversorgung sowie von alltags- und sozialen Fähigkeiten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a).

Die ambulante Ergotherapie richtet sich nach der Heilmittelrichtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a). Dort wird unter § 39 mit dem Titel Psychisch-funktionelle Behandlung beschrieben, dass eine Einzel- oder Gruppenbehandlung möglich ist.

Die Kosten dafür werden, bis auf eine Zuzahlung von zehn Prozent von der Krankenkasse übernommen (vdek, 2017; 2019). Eine Erstverordnung beinhaltet zehn Einheiten, die mindestens einmal wöchentlich empfohlen werden. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls liegt bei 40 Einheiten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a).

2.3.2.3 Leitlinien

S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN)

Laut dieser S3-Leitlinie werden für die ergotherapeutische Behandlung verschiedene Methoden und Ansätze gewählt. Unter anderem werden handwerkliche Techniken beschrieben (DGPPN, 2019). Insgesamt zeigt sich aber, dass der Stellenwert von Handwerk in der Ergotherapie abnimmt (Czyganowski, 2009). Auch in deutschen Berufsfachschulen wird seit Inkrafttreten der neuen ErgThAPrV am 01.07.2000 ein halbiertes Stundenanteil von noch 500 Stunden für das Erlernen handwerklich-gestalterischer Techniken verwendet (Raps, 2001). Dennoch nehmen diese kreativen Angebote immer noch einen großen Raum ein (Czyganowski, 2009). Dabei ist diese Art der Intervention, wie viele andere psychiatrische, ergotherapeutische Interventionen, nicht ausreichend empirisch belegt (Edgelow & Krupa, 2011).

Außerdem werde folgende ergotherapeutische Interventionen in der S3-Leitlinie genannt: Training von Alltagsaktivitäten, kognitive Trainingsverfahren, symptombezogen-regulierende Methoden, manualisierte Interventionen zur Förderung von Bewältigungskompetenzen als weitere ergotherapeutische Methoden und Ansätze in der psychosozialen Therapie zur Kompetenzförderung (DGPPN, 2019). Es werden jedoch laut der Empfehlung der S3-Leitlinie mehr evidenzbasierte Interventionen benötigt. Als evidenzbasierte Methoden werden Verhaltensaktivierung (Behavioral Activation) und Zeitnutzungsmanuale zum Aktivitätsaufbau genannt (→Kap. 2.3.4).

Weitere Ansätze und Methoden der Ergotherapie im psychosozialen Bereich sind die subjektbezogen-ausdruckszentrierte Methoden sowie soziozentriert-interaktionelle Methoden und Ansätze (ebd.).

Der Großteil dieser Methoden und Ansätze können sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting angeboten werden. Sie lassen sich im ambulanten sowie im (teil-)stationären Behandlungssetting anwenden (ebd.).

Ergotherapie für Menschen mit SMI wird in der S3-Leitlinie auf Basis eines starken Konsenses mit dem Empfehlungsgrad B und dem Evidenzlevel 1b empfohlen. Mit dem Evidenzlevel 1b liegt „Evidenz aus mindestens einer kleineren randomisierten kontrollierten Studie [RCT] oder einer Meta-Analyse von weniger als 3 RCTs“ vor (DGPPN, 2019; S. 23).

Leitlinie: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (AOTA)

Bei dieser Leitlinie handelt es sich um eine Leitlinie der American Occupational Therapy Association (AOTA) (Brown, 2017). Laut dieser sind Menschen mit SMI grundsätzlich in der

Lage, neues Wissen und neue Fertigkeiten zu erlangen. Dabei sind Interventionen wirksam, die spezifisches Wissen und erforderliche Kompetenzen für die Klientinnen bevorzugten Betätigungsbereich im realen Umfeld trainieren. Eine kognitive Interventionsgruppe erweist sich demnach als effektiv, wenn die Betätigung der Einzelnen dabei im Fokus steht und das Wissen direkt in den Alltag übertragen werden kann. Ein Vortraining ohne den Bezug zur realen Praxis ist nicht effektiv. Die Unterstützung in der Umwelt fördert dabei das adaptive Funktionieren und wird besonders empfohlen. Es hat sich ebenfalls gezeigt, dass Interventionen über einen längeren Zeitraum über Monate anstatt über Wochen wirksamer sind. Eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Herangehensweise, die möglichst im realen Lebensumfeld der Klientinnen stattfindet, ist seitens der AOTA erforderlich, um Menschen mit SMI wirksam zu unterstützen, um die Partizipation zu erhöhen.

Im Unterschied zu der deutschen S3-Leitlinie setzen die Leitlinien der AOTA angelehnt am Occupational Therapy Practice Framework (OTPF), noch stärker auf die reale Lebenswelt der Klientinnen, die Betätigungsorientierung und den Umweltaspekt. Beide Leitlinien stimmen jedoch im Grundsatz überein, dass Methoden, die vom *Recovery*-Modell ausgehen, für Menschen mit SMI geeignet sind.

2.3.2.4 Tätigkeitsfelder in Deutschland

In Deutschland gibt es viele verschiedene ergotherapeutische Tätigkeitsfelder und Arbeitsgebiete im Fachbereich Psychiatrie, die nun auszugsweise vorgestellt werden. Einen großen Anteil nehmen psychiatrische Kliniken ein, in denen die Klientinnen stationär, teilstationär in Form einer Tagesklinik oder innerhalb einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt werden. Im klinischen Bereich liegt der ergotherapeutische Schwerpunkt auf kreativen, handwerklichen, lebenspraktischen und kognitiv-übenden Tätigkeiten. Diese werden häufig noch Beschäftigungstherapie genannt und dienen hauptsächlich der psychischen Stabilisierung, dem Training von Grundarbeitsfähigkeiten und psychosozialen Kompetenzen. Zusätzlich gibt es noch arbeitstherapeutische Maßnahmen (Kubny-Lüke, 2017). Häufig findet noch eine „klassische“ Aufteilung in ablenkende bzw. niederschwellige Beschäftigungstherapie und leistungsorientierte, produktivbezogene Arbeitstherapie statt (Marotzki & Reichel, 2006). In der stationären klinischen Behandlung ist Ergotherapie ein Standardangebot der Soziotherapie und vertritt den handlungsorientierten Aspekt. Im Anschluss oder anstatt einer stationären psychiatrischen Behandlung werden einige Klientinnen teilstationär innerhalb einer Tagesklinik behandelt. Die Klientinnen sind in diesem Fall so stabil, dass sie in der Lage sind, die Anfahrtswege selbst auszuführen und profitieren gleichzeitig von ihrem privaten Umfeld und ihren Alltagsroutinen. In PIAs gehört die Ergotherapie ebenfalls zum Standardprogramm. In diesen werden vor allem Menschen mit SMI bzw. chronisch erkrankte Menschen versorgt, die

krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, eine Behandlung bei einer niedergelassenen Psychiaterin oder Neurologin aufzusuchen. Die ergotherapeutischen Angebote orientieren sich häufig am Lebensumfeld der Klientinnen und sollen von diesen auch als sinnvoll erachtet werden (Kubny-Lüke, 2017). Zusätzlich zum stationären psychiatrischen Bereich hat sich auch der komplementäre Bereich der psychiatrischen Versorgung erweitert. Zu diesem gehören sozialpsychiatrische Zentren, die auch Kontaktstellen genannt werden, Tagesstätten, Wohnheime für Menschen mit psychischen Störungen, betreutes Wohnen und Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit psychischen Störungen. Diese Angebote werden häufig von chronifizierten Klientinnen genutzt. Ergotherapeutinnen begleiten ihre Klientinnen auf lange Zeit und orientieren sich dabei am Lebensumfeld dieser. Dabei kann es sich um Tätigkeiten zur Freizeitgestaltung und Kontaktfindungen oder andere lebenspraktische Tätigkeiten handeln. Klientinnen mit psychischen Störungen die psychisch stabilisiert sind und eigenständig und regelmäßig in der Lage sind, Termine wahrzunehmen, können mithilfe einer ärztlichen Verordnung ambulant bei niedergelassenen Ergotherapeutinnen behandelt werden. Diese Behandlung ist in Gruppen- und Einzeltherapie in der Praxis oder im häuslichen Umfeld möglich (Kubny-Lüke, 2017).

2.3.3 Ergotherapie und Gruppensetting

Im Fachbereich Psychiatrie ist die ergotherapeutische Gruppentherapie eine gängige, weit verbreitete Interventionsart (Johansen & Kurmann, 2015).

Laut der Heilmittelrichtlinie handelt es sich in der Ergotherapie um eine Gruppe ab drei gleichzeitig behandelten Personen. Die Minutenzahl der Mindestbehandlungsdauer von Gruppen ist in allen Fachgruppen länger als in der Einzel- und Zweierbehandlung. Psychisch-funktionelle Gruppenbehandlungen dauern darüber hinaus deutlich länger (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a).

2.3.3.1 Definition Gruppe

Für den Begriff Gruppe gibt es keine einheitliche Definition. Beispielsweise definiert Lindgren Gruppe folgendermaßen: „Wenn zwei oder mehr Personen in irgendeiner Beziehung zueinanderstehen, bilden Sie eine Gruppe“ (Lindgren, 1973, zitiert nach Mattke, Reddermann & Strauß, 2009, S. 17).

Auszugsweise werden im Folgenden zwei Definitionen vorgestellt welche sich ausschließlich auf Kleingruppenbeziehen, da diese typischer Weise in der Ergotherapie Anwendung finden.

Olmsted definiert in seinem Buch die Kleingruppe: „Eine Gruppe kann definiert werden als eine Mehrheit von Individuen, die in Kontakt miteinander stehen, aufeinander reagieren und in wesentlichen Punkten Gemeinsamkeiten erleben“ (Olmsted, 1959, zitiert nach Mattke, Reddermann & Strauß, 2009a, S. 17).

Die Kleingruppenforschung definiert eine (Klein-)gruppe als drei bis zwanzig Personen, die an einer gemeinsamen Aufgabe arbeiten oder ein gemeinsames Ziel verfolgen. Die einzelnen Gruppenmitglieder haben die Möglichkeit, sich von Angesicht zu Angesicht zu unterhalten und all dies geschieht in einer gewissen zeitlichen Dauer, die sich von mehreren Stunden bis zu Jahren erstrecken kann (König & Schattenhofer, 2011).

2.3.3.2 Gruppendynamik

Der Begriff Gruppendynamik hat unterschiedliche Bedeutungen. Zum einen beschreibt er das Geschehen in Gruppen, zum anderen eine Disziplin der Sozialwissenschaften. Ebenfalls versteht man darunter ein Verfahren sozialen Lernens (König & Schattenhofer, 2016).

Geschehen innerhalb der Gruppe

Innerhalb von Gruppen finden dynamische Prozesse von Veränderung und Kontinuität statt. Diese dynamischen Prozesse spielen sich meist unterbewusst ab und werden erst wahrgenommen, wenn in der Gruppe eine Disharmonie eintritt, beispielsweise in Form von Streit. Das Verhalten einer jeden Einzelnen wird nicht nur durch ihre Persönlichkeit, sondern ebenfalls durch soziale Gruppen beeinflusst. Eine Gruppe und ihre Mitglieder wirken in Wechselwirkung aufeinander ein. Dies kann bewusst oder unbewusst geschehen. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe hat positive und negative Aspekte. Einerseits kann sie stärken, unterstützen, beschützen und Freude auslösen, andererseits aber auch einschränken, verängstigen oder dies Einzelnen dazu bringen, Dinge zu tun, die sie eigentlich nicht möchten (ebd.).

Verfahren des sozialen Lernens

Das Verfahren des sozialen Lernens beinhaltet individuelle Verhaltensänderungen durch die Wirkung einer Gruppe. Das Feedback stellt die Grundlage dessen dar. Dabei wird dem Gegenüber mitgeteilt, welches Verhalten die Beobachterin wahrgenommen hat und in welcher Weise es Wirkung auf diese hatte. Als Reaktion zeigt sich häufig eine Reflexion oder Veränderung des eigenen Verhaltens (ebd.)

Disziplin der Sozialwissenschaften

Innerhalb der Sozialwissenschaften gehört die Gruppendynamik zu einer Disziplin, die die Abläufe in kleinen Gruppen erforscht. Gruppen gelten als soziale Systeme, deren Mitglieder gemeinsam an einer Aufgabe oder auf dasselbe Ziel hinarbeiten und dafür für eine gewisse Zeit zusammen sind. Innerhalb der Gruppe entwickeln sich gemeinsame Normen und Werte sowie ein Rollensystem. Die Mitglieder erleben ein Gefühl von Zugehörigkeit und des Zusammenhalts (König & Schattenhofer, 2016).

2.3.3.3 Definition Gruppentherapie

Unter einer Gruppentherapie wird eine Therapiesitzung verstanden, in der mehrere Klientinnen zeitgleich behandelt werden. Die Anzahl der Gruppenmitglieder ist variabel und wird meist von der Therapeutin festgelegt. Es handelt sich entweder um geschlossene Gruppen, bei denen die Gruppenmitglieder von Anfang bis Ende der Therapie innerhalb der Gruppe verbleiben oder um offene Gruppen, bei denen immer mal wieder ein Gruppenmitglied ausscheidet oder ein neues der Gruppe beitrifft (Amrhein, 2018b).

Die Universität Jena stellte bei Untersuchungen fest, dass eine Gruppenpsychotherapie bei verschiedenen psychischen Erkrankungen häufig genauso hilfreich, wie Einzeltherapie sein kann (Amrhein, 2018a).

2.3.3.4 Vor- und Nachteile von Gruppentherapie

Da es bisher wenig Evidenz zu ergotherapeutischen Gruppentherapien gibt, werden nachfolgend hauptsächlich Quellen zu psychotherapeutischen Gruppentherapien genutzt. Da sich einige Aspekte ähneln, lässt sich dies dennoch auf die Ergotherapie übertragen.

Vorteile von Gruppentherapie:

Feedback geben

Die Teilnehmerinnen lernen, innerhalb der Gruppe wertschätzendes Feedback zu geben und Feedback von anderen Teilnehmerinnen anzunehmen. Die Empfängerin des Feedbacks erhält auf diese Weise nicht nur andere Perspektiven, sondern kann auch lernen, sich selbst und die Wirkung, die sie auf andere hat, besser einzuschätzen (Amrhein, 2018b).

Gefühl der Zugehörigkeit

Innerhalb der Gruppensitzung sind die Gruppenteilnehmerinnen von Personen umgeben, die nachempfinden können, was die einzelnen Teilnehmerinnen gerade durchmachen. In der Gruppe fühlen sich die Teilnehmerinnen aus diesem Grund nicht als Außenseiterinnen, sondern zugehörig (Amrhein, 2018b; vgl. APA, 2019; Connolly Counseling & Assessment, 2018).

Höherer Therapieerfolg

Ist eine wertschätzende Gruppendynamik entstanden, lässt sich häufig beobachten, dass sich die Teilnehmerinnen gegenseitig motivieren. In diesem Fall wirkt sich das Gruppensetting positiv auf den Therapieerfolg aus. Innerhalb einer Einzeltherapie geben manche Klientinnen die Verantwortung für den Therapieerfolg an die Therapeutin ab. Während des Gruppenprozesses fällt dies nicht mehr so leicht (Kohl, 2017).

Kostenersparnis

Gruppentherapiesitzungen sind im Allgemeinen günstiger als Einzelinterventionen, da die Kosten für die Zeit der Therapeutin auf mehrere Gruppenmitglieder verteilt sind (Amrhein, 2018b; American Addiction Centers, 2019; Connolly Counseling & Assessment, 2018).

Modellierung

Die Gruppenteilnehmerinnen können das erfolgreiche Verhalten anderer Gruppenteilnehmerinnen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben wie man selbst, modellieren. Bei der Modellierung handelt es sich um eine Form des Lernens, bei der Individuen lernen, indem sie die Handlungen ihres Gegenübers kopieren oder nachahmen (American Addiction Centers, 2019; Amrhein, 2018b).

Neue Strategien lernen

Bei einer Gruppentherapie wird die Gruppe von einer ausgebildeten Therapeutin geleitet und zugleich können die Teilnehmerinnen voneinander lernen. Sie befinden sich alle in unterschiedlichen Phasen ihrer Genesung oder Behandlung und können so einzigartige Perspektiven, Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien bieten (APA, 2019; Connolly Counseling & Assessment, 2018). Häufig können Teilnehmerinnen eher den Vorschlag, etwas zu verändern, von anderen Betroffenen als von einer Therapeutin (Amrhein, 2018b).

Nicht alle sein

Gruppen bestehen meist aus Personen, bei denen dieselben oder vergleichbare Probleme auftreten oder aufgetreten sind. Als Teil einer Gruppe erfährt die Einzelne, dass andere ähnliche Erfahrungen gemacht und wie diese sich dabei gefühlt haben. Außerdem besteht die Möglichkeit festzustellen, dass sie nicht alleine mit diesen Problemen dastehen (Yalom, 2019; APA, 2019; Connolly Counseling & Assessment, 2018; American Addiction Centers, 2019). Der Psychiater Dr. Irvin David Yalom (2019) bezeichnet dies als Prinzip der Universalität. Auf diese Weise kann die Gruppentherapie dazu beitragen, das Gefühl von Einsamkeit und Isolation zu reduzieren (Connolly Counseling & Assessment, 2018; American Addiction Centers, 2019).

Perspektive gewinnen

Innerhalb der Gruppe erhalten die Teilnehmerinnen unterschiedliche Einblicke in die Probleme und Sichtweisen der anderen Teilnehmerinnen. Dies kann sie dabei unterstützen, eine Perspektive für ihre eigenen Situation zu entwickeln. Weiterhin kann ihnen der Umstand, dass eine andere Person etwas ähnliches durchlebt hat, neue Hoffnung schenken (Amrhein, 2018b; Connolly Counseling & Assessment, 2018; vgl. APA, 2019).

Selbstwertgefühl

Zu hören, dass andere Teilnehmerinnen ähnliche Erfahrungen gemacht haben, kann zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls führen. Es kann ebenfalls dadurch gesteigert werden, dass die Teilnehmerinnen lernen, offenzulegen, welche Wünsche und Bedürfnisse sie haben, und anderen Feedback zu geben (Amrhein, 2018b).

Soziale Kompetenzen

Einzelpersonen können mithilfe der Gruppentherapie an ihren Kommunikationsfertigkeiten und ihren sozialen Kompetenzen arbeiten. Sie lernen, wie sie ihre Probleme verbalisieren und Kritik von ihrem Gegenüber akzeptieren können (American Addiction Centers, 2019). Des Weiteren lernen sie, für ihre Wünsche und Bedürfnisse einzutreten und üben sich darin, Kritik zu äußern, zu sagen, wenn sie etwas nicht möchten, und mit Auseinandersetzungen zurecht zu kommen (Amrhein, 2018b).

Unterstützungsnetzwerk

Personen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, nehmen eine andere Perspektive ein als diejenigen, die diese Erfahrungen nicht teilen. Auf diese Weise erhalten die Gruppenteilnehmerinnen Ratschläge und Unterstützung, ohne befürchten zu müssen, dass sie von jemandem verurteilt werden, der die Situation nicht nachempfinden kann (Amrhein, 2018b; APA, 2019;

Connolly Counseling & Assessment, 2018). Die Gruppenmitglieder helfen häufig dabei, konkrete Ideen zur Verbesserung einer belastenden Lebenssituation zu entwickeln (APA, 2019). Demnach bietet die Gruppentherapie die Option, sowohl Unterstützung von anderen zu erhalten als auch andere zu unterstützen. Anderen zur Seite stehen wird Teil der Bindung untereinander. Die Unterstützung durch andere Gruppenmitglieder fördert das Lernen (American Addiction Centers, 2019).

Nachteile von Gruppentherapie:

Einzelperson steht nicht im Fokus

Da mehrere Personen an der Therapie teilnehmen, ist die Intervention so für Einzelne nicht so intensiv wie bei einem Einzelsetting. Vor allem ruhigere Personen nehmen sich häufiger zurück und lassen den vermeintlich Lauten den Vortritt (American Addiction Centers, 2019). Auch die Therapeutin kann in geringerem Ausmaß auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen eingehen als dies in einer Einzelintervention möglich wäre (Amrhein, 2018b).

Mangel an Vertraulichkeit

Jede Person in der Gruppe kann trotz vorheriger Aufklärung und der Bitte um Vertraulichkeit Informationen über andere Teilnehmerinnen nach außen weitergeben (Connolly Counseling & Assessment, 2018; American Addiction Centers, 2019)

Möglicher Persönlichkeitskonflikt

Je größer die Gruppe ist, desto wahrscheinlicher kommt es zwischen Gruppenmitgliedern zu Konflikten, da verschiedene Persönlichkeiten aufeinandertreffen (Connolly Counseling & Assessment, 2018).

Soziales Faulenzen

Das *social loafing* ist ein häufiges Phänomen bei Gruppentherapien. Manche Gruppenteilnehmerinnen verändern ihr Verhalten nicht und setzen auf den Erfolg der anderen. Auf gewisse Weise erlaubt das Konstrukt Gruppe unmotivierten Personen, ihre Probleme zu verbergen und Verantwortung abzugeben (vgl. Karau & Williams, 1993; American Addiction Centers, 2019).

Vor einer Gruppe sprechen

Für Menschen mit sozialen Phobien oder sozialen Ängsten könnte es schwierig sein, vor einer Gruppe zu sprechen. Vor allem, wenn es sich um intime Details handelt, ist es schwierig, seine Erfahrungen mit relativ fremden Personen zu teilen (Amrhein, 2018b; Connolly Counseling &

Assessment, 2018). Aus diesem Grund sollten an einer Gruppentherapie nur Personen teilnehmen, die davon ausgehen, dass sie vor anderen Personen über persönliche Themen sprechen können (Amrhein, 2018b).

Fazit

Insgesamt lässt sich sagen, dass es verschiedene Wirkfaktoren der Gruppentherapie gibt. Laut Tschuschke (2010, S.14) „gibt [es] keinen Wirkfaktor in der Einzeltherapie, der nicht auch im Gruppensetting zum Tragen kommen könnte. Umgekehrt gilt dies nicht für die Wirkungsfaktoren der Gruppentherapie“.

Eine Gruppentherapie profitiert durch den Gruppenzusammenhalt, auch Gruppenkohäsion genannt. Um dies zu erreichen, sollte eine warme, vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden. Gruppenteilnehmerinnen sollten sich aktiv beteiligen können, ohne sich vor Kritik oder Zurückweisung fürchten zu müssen. Gruppenregeln können hilfreich sein, um ein kooperatives Gruppenklima zu ermöglichen. Denkbare Regeln sind: Ich lasse andere ausreden; Wir führen keine Streitgespräche; Keine persönliche Information verlässt diesen Raum (Pitschel-Walz & Bäuml, 2015; Flotho, 2017).

2.3.3.5 Sozialformen der Gruppentherapie

Die psychosozialen Behandlungsverfahren der Ergotherapie werden sowohl als Einzeltherapien als auch als Gruppentherapien angewendet. Dabei werden verschiedene Sozialformen innerhalb des Gruppenangebotes unterschieden (Lagemann, 2017).

So gibt es die **Einzelarbeit in der Gruppe**, innerhalb der mehrere Klientinnen im selben Raum arbeiten, während jede mit ihrer eigenen Aufgabenstellung beschäftigt ist. Die Unterstützung der Ergotherapeutin ist weniger ausgeprägt als innerhalb der Einzeltherapie. Die Klientinnen haben die Möglichkeit, untereinander Kontakt aufzunehmen und sich, falls erforderlich, gegenseitig zu unterstützen oder sie können sich etwas zurückziehen und auf ihre eigene Arbeit konzentrieren (ebd.).

Während der **Partnerarbeit** arbeiten zwei Klientinnen gemeinsam an einer Aufgabe. Bei dieser Sozialform sind die Klientinnen gefordert, sich intensiv miteinander auseinanderzusetzen (ebd.). Vorher festgelegte Regeln können ein Gefühl von Sicherheit vermitteln (Flotho, 2017).

Innerhalb der **Gruppenarbeit** arbeiten die Gruppenteilnehmerinnen gemeinsam an einem Arbeitsauftrag (Lagemann, 2017). Auch hier sind vorher festgelegte Regeln seitens der Ergotherapeutin denkbar (Flotho, 2017). Die Gruppenarbeit enthält eine Sonderform, die

Gemeinschaftsarbeit. Innerhalb dieser arbeiten alle Klientinnen z.B. an einem Werkstück. Auf diese Weise findet eine intensive Interaktion zwischen den Teilnehmerinnen statt (Lagemann, 2017).

Während einer **Projektgruppe** planen die Klientinnen über einen längeren Zeitraum, also mehreren Therapieeinheiten, eine Arbeit, die sie selbst durchführen. Innerhalb der Projektgruppe fungiert die Ergotherapeutin unterstützend bei der Informationssammlung, Planung und Durchführung und leitet die Nachbesprechung und die Auswertung des Projektes (Lagemann, 2017).

Zu den Sozialformen gehört ebenfalls die Gestaltung der Gruppenbildung und die Zusammensetzung der Gruppen. Es gibt frei gewählte Gruppen, Zufallsgruppen, Gruppen, die nach bestimmten Kriterien zusammengesetzt werden und durch eine Leitung zusammengesetzte Gruppen (Klein, 2016).

Ergotherapeutische Gruppen können von einer oder mehrerer Ergotherapeutinnen, gemeinsam mit Berufspraktikerinnen aus anderen Fachbereichen oder in Verbindung mit einer ehemals Betroffenen, auch Peer genannt, geleitet werden.

2.3.3.6 Ergotherapeutische Gruppentherapie

Vor Teilnahme an einer ergotherapeutischen Gruppe, wird ein Vorgespräch zwischen der Ergotherapeutin oder der Bezugstherapeutin und der jeweiligen Klientin empfohlen, um die Gruppeneignung festzustellen und Therapieinhalte vorab zu besprechen (Flotho, 2017).

Der Ablauf einer ergotherapeutischen Gruppentherapie wird in drei Phasen, der Einstiegs-, Arbeits- und Nachbesprechungsphase, beschrieben. Die erste Phase beinhaltet die Begrüßung sowie einen Vorblick auf die Inhalte der Einheit. Innerhalb der Arbeitsphase werden die jeweiligen Inhalte erarbeitet und in der Nachbesprechungsphase findet eine Reflexion, das gegenseitige Feedback geben der Klientinnen sowie die Verabschiedung statt (ebd.).

Ergotherapeutische Gruppenangebote finden in Deutschland meist in Werkräumen statt (DGPPN, 2019). Die Klientinnen arbeiten dabei gemeinsam an ihrem jeweiligen Produkt, wobei die Ergotherapeutin mit jeder Klientin in Kontakt tritt. Die therapeutische Gruppenarbeit in Werkräumen gehört zu den Methoden und Ansätzen zur Kompetenzförderung (ebd.). Laut Heilmittelrichtlinie (→Kap. 2.3.2.2) sind Gruppen bevorzugt anzubieten:

„Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots Gruppentherapie zu verordnen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a, S.10).

Laut der AOTA-Leitlinie (→Kap. 2.3.2.3) profitieren Klientinnen von Performanz aufbauenden Gruppen, wenn die persönliche Wahl und der Betätigungsbereich den Klientinnen berücksichtigt wird. Die Ergotherapeutin ist andererseits gefragt, Input zu geben und ihr Fachwissen einzubringen. Die empfohlenen Interventionen haben somit auch edukative Anteile und sollten in Zusammenarbeit mit den Klientinnen gestaltet werden.

Eklund (2006) kam zu dem Ergebnis, dass erfahrungsbezogene Aspekte der Betätigung enger mit der sozialen Interaktion verbunden sind als mit den tatsächlichen Umständen der Betätigung, wie beispielsweise Art und Umfang, der in produktiven Aktivitäten verbrachte Zeit. Dies spricht für den Einbezug von unterstützenden sozialen Netzwerken in der Ergotherapie, welche zu einem zufriedenstellenden *Engagement* in bedeutungsvollen Betätigungen der Klientinnen beitragen können.

Für manualisierte Gruppeninterventionen spricht, dass manualisierte Interventionen zunehmend an Bedeutung gewinnen (→Kap. 2.3.4) und bereits eine bewährte Infrastruktur für kompetenzfördernde Gruppenangebote in der Ergotherapie besteht (DGPPN, 2019).

2.3.4 Zeitnutzungsmanuale in der Ergotherapie

Zeitnutzungsmanuale unterstützen Ergotherapeutinnen dabei, evidenzbasierte Interventionen zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Aktivitätsmuster anzubieten. Diese Ansätze und Methoden gehören neben dem Ansatz der körperlichen Betätigung zu den Methoden und Ansätzen zum Aktivitätsaufbau. Bei diesen Methoden und Ansätzen ist das Erreichen eines Betätigungsgleichgewichts (→Kap. 2.4.1.5) von zentraler Bedeutung.

HgT gehört zu den Zeitnutzungsmanualen und war die erste manualisierte ergotherapeutische Intervention im Fachbereich Psychiatrie (A. Pfeiffer, unveröffentlichte Aufnahme, 12. Juni 2020). Vier Jahre später erschien Recovery Through Activity (RTA) (Parkinson, 2014).

Sie zählen beide zu den Zeitnutzungsmanualen und haben das Ziel des Aktivitätsaufbaus oder der Veränderung des Betätigungsgleichgewichts. Sie unterscheiden sich vor allem darin, dass RTA in seinem theoretischen Hintergrund am *Model of Human Occupation* (Berding, 2016) angelehnt ist und im Gegensatz zu HgT als Gruppenangebot ausgerichtet ist. Die Materialien von RTA sind deshalb eher weniger intensiv. HgT ist auf einen Einzelkontakt

ausgerichtet und die dazugehörigen Materialien sind auf eine intensive, intime Zusammenarbeit ausgelegt, die zu stärkeren Erfolgen führen kann, da die Arbeit in der Gruppe dies limitiert (A. Pfeiffer, unveröffentlichte Aufnahme, 12. Juni 2020).

2.3.5 Recovery und Ergotherapie

Beide Zeitnutzungsmanuale sind orientiert am *Recovery*-Modell. Das große Interesse in der Psychiatrie an *Recovery* und der damit einhergehende Paradigmenwechsel von der Betonung der Behandlung hin zur Förderung des *Recovery* ist eine Chance für die Ergotherapie, indem sie eine einzigartige Position aufgrund der besonderen Expertise im Bereich der Betätigung für den Bereich der Forschung und Praxis im Zusammenhang mit *Recovery* einnehmen. Die Annahmen der Ergotherapie ähneln insgesamt die der Förderung von *Recovery* (Gruhl, 2005).

Enablement (Befähigung/Ermöglichung) ist eine Kernkompetenz von Ergotherapeutinnen und gehört zu den Grundlagen der klientenzentrierten Praxis nach Rogers (→Kap. 2.4.1.3) (Townsend et al., 2013). Demnach sind Menschen auch im Sinne des *Recovery*-Ansatzes Individuen, die das Recht auf Autonomie besitzen. Ergotherapeutinnen sind Expertinnen im Ermöglichen von bedeutungsvollen Betätigungen und in der Förderung der Teilhabe an der Gesellschaft (→Kap. 2.1.4) (Pitts & McIntyre, 2016). Das Nachgehen einer bedeutungsvollen Betätigung hat positiven Einfluss auf die Betätigungsidentität, die über die Identität mit der psychiatrischen Diagnose hinausgeht (Krupa, Fossey, & Davidson, 2016). Menschen können im *Recovery*-Prozess durch sinnvolle Aktivitäten und Arbeit neuen Sinn und Zweck im Leben erreichen (Pitts & McIntyre, 2016). Dabei konzentrieren sich Ergotherapeutinnen auf die Chancen und Stärken eines Menschen. Neben *Empowerment* (→Kap. 2.2.2) sind Ergotherapeutinnen mit den *Recovery*-Gedanken der Erhöhung der Lebensqualität, der Hoffnung und der Überzeugung vertraut, dass eine Genesung auch von schweren psychischen Erkrankungen möglich ist (ebd.).

Studien, die die Erfahrung während der sinnvollen Betätigung in Bezug auf *Recovery* untersuchten, belegen, dass die Betätigung in einem unterstützenden Umfeld, wie beispielsweise aktiver Teil der Gesellschaft zu sein, soziale Kontakte zu knüpfen und als Mensch wahrgenommen zu werden, den *Recovery*-Prozess fördert (Krupa, Fossey, & Davidson, 2016; Pitts & McIntyre, 2016). Betätigung vermittelt ebenso ein Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben und trägt zur Strukturierung des Alltags bei. Durch die Erfahrung der eigenen Fähigkeiten im Tun erfährt der Mensch Selbstwirksamkeit, die zu *Empowerment* beiträgt (ebd.).

Der *Recovery*-Prozess ähnelt der ergotherapeutischen Theorie des *Occupational Transition* (Betätigungsübergang), wie das Beispiel einer ergotherapeutischen Studie *Recovery from*

Substance Abuse Among Zimbabwean Men (Nhunzvi, Galvaan & Peters, 2019), zeigt. *Occupational Transition*-Prozesse werden durch signifikante Veränderungen im Leben ausgelöst, wie etwa eine auftretende psychische Störung. Der Mensch ist herausgefordert, mit der veränderten Situation und deren Folgen umzugehen. Ergotherapeutinnen begleiten diese Übergänge auf adaptive Weise, das zur Entwicklung von Wohlbefinden und einer positiven Identität mit der neuen Situation führt (Nhunzvi, Galvaan & Peters, 2019).

Occupational Engagement (Teilhabe an Betätigung) (→Kap. 2.1.4) stellt eine wichtige Dimension im *Recovery*-Prozess dar, wie Studien, die diesen Zusammenhang untersuchten, zeigen. Dabei scheint *Recovery* durch verschiedene Betätigungsprozesse erlebt zu werden: allmähliche Wiedereingliederung, Einbindung in den Strom des beruflichen Alltagslebens und volle Teilhabe an der Gemeinschaft (Doroud, Fossey, & Fortune, 2015).

Das ergotherapeutische Manual HgT unterstützt Berufspraktikerinnen dabei, diese besondere Expertise in die Praxis umzusetzen. Es vereint die ergotherapeutische Grundhaltung mit den *Recovery*-Gedanken und fokussiert sich dabei auf die Erforschung der individuellen Bedeutung von Betätigungen. Der Fokus wird somit auf Aktivitäten gesetzt, mit denen Sinn, Zweck und Zufriedenheit im Leben erreicht werden können (Krupa et al., 2017). Dies geht über eine rein handwerkliche Tätigkeit hinaus.

2.4 Das ergotherapeutische Manual Handeln gegen Trägheit

2.4.1 Dem Manual zugrunde liegende ergotherapeutische Grundlagen

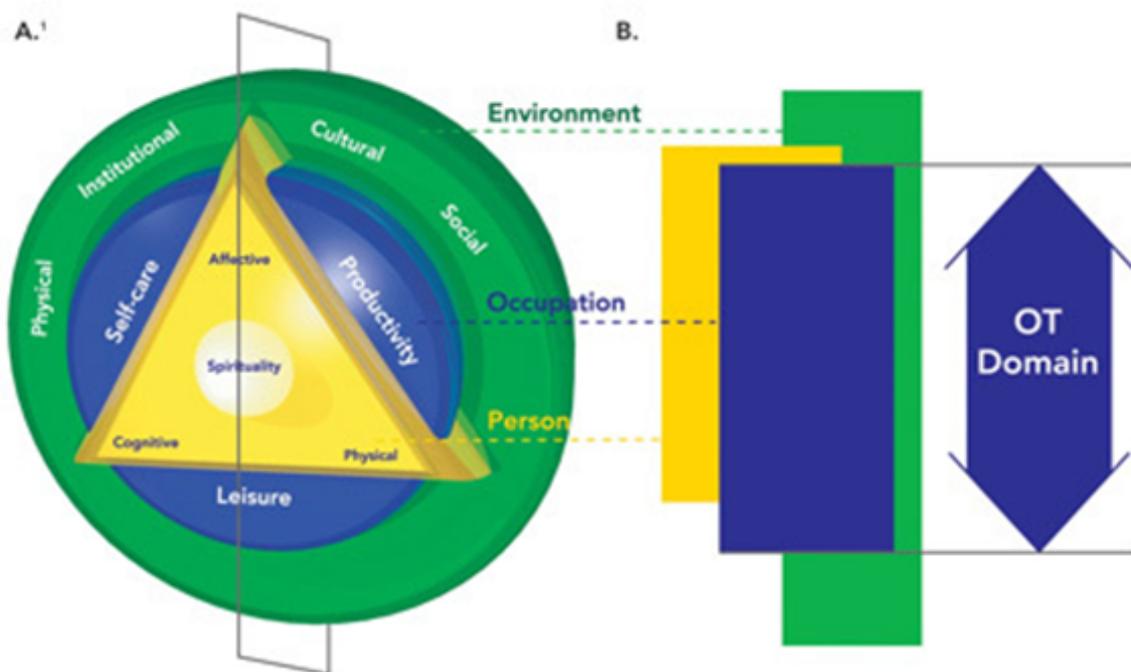
2.4.1.1 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Dem HgT liegt neben dem *Recovery*-Modell das Canadian Model of Occupational Performance and *Engagement* (CMOP-E) zugrunde (Krupa et al., 2017). Dadurch wird laut der Verfasserinnen des Manuals neben der Betätigung ebenso die persönliche Erfahrung mit Betätigung berücksichtigt und dadurch das Verständnis des Einflusses psychischer Störungen auf die emotionale Verbindung zur Betätigung gefördert (Krupa et al., 2017). Aufgrund dessen wird im folgenden Abschnitt genauer auf das CMOP-E eingegangen.

Im Jahr 1997 wurde das Inhaltsmodell Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) erstmals durch die Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) veröffentlicht (van Hartingsveldt, & Piskur, 2019). Der Fokus des Inhaltsmodells liegt auf dem ergotherapeutischen Grundgedanken der Klientenzentrierung* (→Kap.2.4.1.3) und insbesondere der Betätigungsperformanz. Es stellt Betätigung als Ergebnis der dynamischen Interaktion zwischen den

drei Kernkonzepten Person, ihrer Betätigung und ihrer Umwelt dar (Polatajko et al., 2013a). 2007 wurde das CMOP überarbeitet und um die Komponente „E“ für *Engagement* ergänzt (van Hartingsveldt, & Piskur, 2019). Durch diese Ergänzung hat sich die Sicht auf Betätigung vom Fokus auf die Betätigungsperformanz um die Beachtung des beteiligt sein an Betätigung erweitert (Polatajko et al., 2013a).

Figure 1.3 The CMOP-E¹: Specifying our domain of concern



A.¹ Referred to as the CMOP in *Enabling Occupation* (1997a, 2002) and CMOP-E as of this edition
 B. Trans-sectional view

Polatajko, H. J., Townsend, E. A., Craik, J. (2007). *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. p.23 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Abbildung 2: 2a und 2b CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2007)

In Abbildung 2a wird das CMOP-E aus der Aufsicht Perspektive veranschaulicht dargestellt. Die Grafik veranschaulicht die dynamische Interaktion zwischen Person, Betätigung und Umwelt, welche zur menschlichen Betätigung führt.

Person

Dem Kernkonzept „Person“ wird die Spiritualität der Klientin als zentrales Merkmal zugeschrieben und ist mittig im Modell dargestellt. Unter Spiritualität werden die persönlichen Werte und Vorstellungen der Klientinnen verstanden. Zudem werden die affektiven, kognitiven und physischen Performanzkomponenten als Teil der Person beschrieben (Polatajko et al., 2013a). Die Klientin kann zum einen eine einzelne Person sein, es kann sich dabei jedoch auch um eine Gruppe oder Population handeln (van Hartingsveldt, & Piskur, 2019). Auf diese Weise kann auch eine HgT-Gruppe im Sinne des CMOP-Es als Person verstanden werden.

Betätigung

Abbildung 2a veranschaulicht, dass Person und Umwelt durch Betätigung verbunden werden. Unter Betätigung verstehen die Entwickler des CMOP-E Aktivitäten des täglichen Lebens, die für die jeweiligen Klientinnen von Bedeutung sind (van Hartingsveldt, & Piskur, 2019). Auf der Abbildung lassen sich die drei Betätigungsbereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit erkennen. Im Manual HgT (→Kap. 2.4.3) werden diese drei Bereiche ebenso beschrieben und genutzt. Zusätzlich gibt es im Manual HgT den Betätigungsbereich Erholung (Krupa et al., 2017).

Umwelt

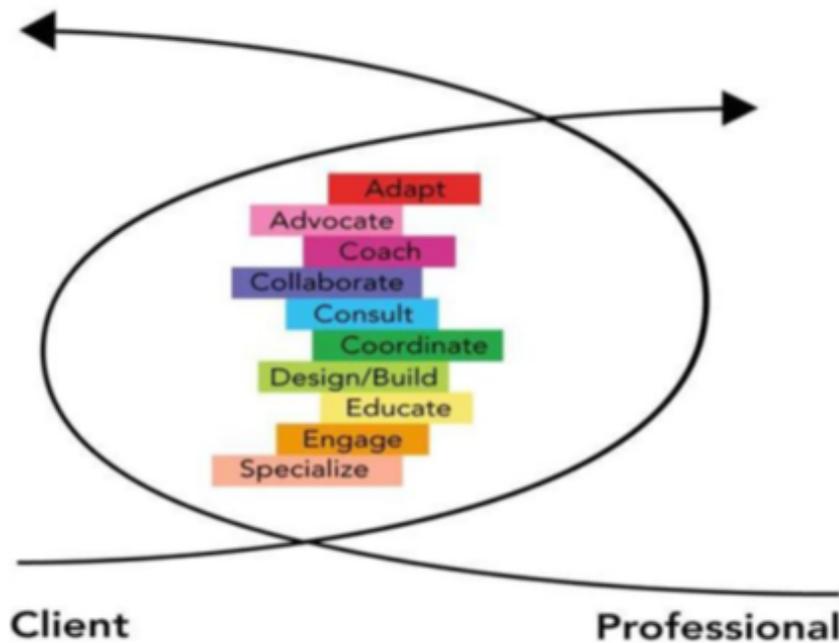
Die Umwelt umgibt, wie in Abbildung 2a zu sehen ist, die Person. Durch Betätigung wirkt die Person auf ihre Umwelt ein (Polatajko et al., 2013a). Auch die Umwelt wird in unterschiedliche Bereiche unterteilt: So wird im CMOP-E zwischen kultureller, sozialer, institutioneller und physischer Umwelt unterschieden (Polatajko et al., 2013b). So nimmt beispielsweise im Rahmen einer HgT-Gruppenintervention die Umwelt einer stationären behandelten Klientin anderen Einfluss auf die Therapie als die Umwelt einer ambulant behandelten Klientin.

OT-Domain*

In Abbildung 2b wird das beschriebene Modell aus der Querschnitt-Perspektive dargestellt. Durch diese Abbildung wird der Bereich, welcher in der Ergotherapie von Bedeutung ist, veranschaulicht und als *OT-Domain* (Domäne der Ergotherapie) betitelt. Dies bedeutet, dass Aspekte der Person und der Umwelt, welche nicht in Beziehung zur Betätigung stehen, nicht von Interesse für den Arbeitsbereich der Ergotherapie und somit nicht für Inhalte des Manuals sind (Polatajko et al., 2013a). Der Fokus dieses zugrunde liegenden Modells auf Betätigung spiegelt sich in den Inhalten des Manuals wider. Betätigung als Grundlage für menschliche Gesundheit und Wohlbefinden (Werrij & Jakobs, 2019) ist ein Grundgedanke, welcher bei der Entwicklung des Manuals von Bedeutung war.

2.4.1.2 Canadian Model of Client-Centred Enablement

Figure 4.3 Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)



Townsend, E. A., Polatajko, H. J., Craik, J., & Davis, J. (2007). Canadian Model of Client-Centred Enablement. In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. p. 110 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Abbildung 3: Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) (Townsend & Polatajko, 2007)

Abbildung 3 stellt das Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) grafisch dar. Dargestellt wird die klientenzentrierte Ermöglichung von Betätigung, welche im Therapieprozess nach dem CMCE angestrebt wird (Townsend et al., 2013). Zu sehen sind zwei Linien (Klientin/Therapeutin), welche während des Therapieprozesses der symbolisch mit der Überkreuzung der beiden Linien beginnt und mit der Pfeilbewegung in unterschiedliche Richtungen wieder beendet ist, in einer dynamischen Interaktion zueinanderstehen. Zwischen den beiden Linien sind die *Enablement Skills* (Befähigungsfertigkeiten) zu erkennen, welche während des Therapieprozesses von Seiten der Therapeutin für das *Enabling* (befähigen) benötigt werden (Cup & van Hartingsveldt 2019b).

Enabling wird als die wichtigste Kompetenz der Ergotherapeutinnen dargestellt. Diese kann für Einzelpersonen, jedoch auch für Gruppen oder Bevölkerungen eingesetzt werden (Townsend et al., 2013). Unter *Enabling* wird das Ermöglichen von Betätigung seitens der Therapeutin verstanden. Sie wird laut Townsend et al. (2013) als wichtigste klientenzentrierte

Kompetenz der Ergotherapeutinnen verstanden. Es findet im Rahmen des beschriebenen Prozesses auch während des HgT-Therapieprozesses statt.

Aus Sicht der Forscherinnen sind einige *Enablement Skills* bedeutend bei der Durchführung von HgT als Gruppenintervention, um das *Engagement* der Klienten zu ermöglichen. Die inhaltliche Darstellung der jeweiligen *Enablement Skills* richtet sich nach Townsend et al. (2013). Die deutschen Bezeichnungen der *Enablement Skills* entstammt der Übersetzung von Cup & van Hartingsveldt (2019b). Die HgT bezogenen Inhalte gehen aus Vorüberlegungen der Forscherinnen hervor:

Educate (Informieren)

Mit dieser Kompetenz ist die Wissensvermittlung durch die Therapeutin an Klientinnen gemeint. Beispielsweise gibt es im HgT-Therapiemanual Informationsblätter, welche durch die Therapeutin während der Interventionen vermittelt werden können.

Specialize (Spezialisieren)

Hiermit wird der Einsatz spezifischer therapeutischer Kenntnisse beschrieben. Die Ergotherapeutin, welche HgT als Intervention anbietet, hat ihre Kenntnisse über die Therapie bei Personen mit bestimmten Schwierigkeiten durch das Wissen über das Manual vertieft und kann somit diese Form der Therapie anbieten.

Advocate (Fürsprechen)

Gemeint ist der Einsatz der Therapeutin zur Erweiterung von Partizipationsmöglichkeiten. Im Rahmen des HgT kann die Therapeutin diese Kompetenz einsetzen, um eine Klientin zur Durchführung einer bestimmten Betätigung zu motivieren.

Adapt (Anpassen)

Hiermit wird die Fähigkeit der Therapeutin bezeichnet, Betätigungen oder Gegebenheiten gezielt an die Möglichkeiten einer Klientin anzupassen. Im Rahmen des HgTs unterstützt die Therapeutin beispielsweise ihre Klientin dabei, Aktivitätsveränderungen zu erreichen.

Coordinate (Koordinieren)

Diese Fähigkeit beschreibt das Abstimmen unterschiedlicher Faktoren. Während der einer HgT-Intervention im Gruppensetting koordiniert die Therapeutin beispielsweise die Interaktion zwischen den einzelnen Klientinnen der Gruppe.

Collaborate (Zusammenarbeiten)

Hiermit ist das Zusammenarbeiten der Therapeutin auf Augenhöhe mit einer Klientin, einer Klientengruppe, einem intra- oder einem interdisziplinären Team, welches am Therapieprozess beteiligt ist, gemeint. Während einer HgT-Intervention wird die Therapeutin durch die Zusammenarbeit mit mehreren Klientinnen gleichzeitig besonders gefordert.

Engage (Beteiligen)

Gemeint ist hiermit die Kompetenz der Therapeutin, die jeweilige Klientin in der (aktiven) Teilhabe an Betätigung zu unterstützen. Die Unterstützung aller Klientinnen der Intervention HgT zur aktiven Teilhabe könnte nach Meinung der Forscherinnen eine größere Herausforderung darstellen.

Coach (Coachen)

Diese Kompetenz beschreibt die Zusammenarbeit von Therapeutin und Klientin, wobei der Klient dazu befähigt wird aktiv eigene Strategien zur Lösung bestimmter Schwierigkeiten zu entwickeln. Die Arbeit im Gruppensetting kann durch diese Kompetenz genutzt werden, so dass Klientinnen voneinander lernen können.

Design/Build (Entwickeln/Entwerfen)

Diese Fähigkeit bedeutet das Schaffen von Neuem durch die Ergotherapeutin. HgT ist als Einzelintervention konzipiert. Die Ergotherapeutin, welche HgT im Gruppensetting anwendet, hat dafür möglicherweise die Inhalte mithilfe dieser Kompetenz ans Gruppensetting angepasst und geschaffen.

Consult (Consultieren/Beraten)

Diese Kompetenz beinhaltet die Rücksprache und den Austausch mit anderen Personen. Eine Therapeutin, welche die Therapieintervention HgT neu einführt, kann beispielsweise zur Beratung eine erfahrene Ergotherapeutin konsultieren.

Bei der qualitativen Forschung dieser Forschungsarbeit ist von Interesse, inwieweit die Teilnehmerinnen die Wichtigkeit und Gebrauch der unterschiedlichen *Enablement Skills* im Rahmen der HgT-Gruppenintervention einschätzen und beschreiben.

2.4.1.3 Klientenzentrierung

Der amerikanische Psychologe Karl Rogers prägte das klientenzentrierte Arbeiten (Rogers, 1942). Im Jahr 1983 gab der kanadische Berufsverband die erste Leitlinie für klientenzentrierte Praxis in der Ergotherapie heraus (CAOT & NHW, 1983).

Ergotherapeutinnen nutzen den Begriff Klientin statt Patientin, da dieser die aktive Partizipation beinhaltet (Townsend et al., 2013). Die kanadische Definition der Klientenzentrierung lautet „Ergotherapeuten treten ihren Klienten respektvoll entgegen, lassen sie an der Entscheidungsfindung teilhaben, streiten mit und für die Klienten um die Verwirklichung ihrer Belange und berücksichtigen die Erfahrungen und das Wissen der Klienten“ (CAOT, 1997 zitiert nach Cup & van Hartingsveldt, 2019a, S.197). Die Klientin, ihre Hoffnungen und Wünsche stehen im Mittelpunkt und somit nimmt sie aktiv an der Therapie teil (Cup & van Hartingsveldt, 2019a). Die Klientenzentrierung ist ein wichtiger Bestandteil der Ergotherapie und die Säule *client-centred* ist einer der sechs Ausgangspunkte der Ergotherapie (Cup & van Hartingsveldt, 2019a). Ein Angebot, das für Klientinnen einen persönlichen Wert und eine Verpflichtung besitzt, kann dazu führen, dass Klientinnen größere Motivation zur Teilnahme entwickeln (Dennhardt, 2007). Die Ergotherapeutin Karen Hammell prägte den Begriff der Klientenzentrierung aus ergotherapeutischer Perspektive, indem sie die Umsetzung dieser stets kritisch hinterfragte und sie auch aus ethischer Sicht betrachtete (Hammell, 2002; 2007, 2012; 2015). Beispielsweise ist sie der Meinung, dass eine klientenzentrierte Ethik aktuelle Forschungsergebnisse berücksichtigen sollte (Hammell, 2002).

2.4.1.4 Betätigungsbasierung

Die Betätigungsbasierung ist eine weitere Säule der Ergotherapie (Cup & van Hartingsveldt, 2019a). Mit der Ausrichtung auf Betätigung und den bedeutenden Aktivitäten einer Person unterscheiden sich Ergotherapeutinnen von anderen Professionen (Cup & van Hartingsveldt, 2019a). Betätigungsbasierte Interventionen zeigen großen Nutzen, wenn Betätigungen ausgeübt werden, die ein Klient in seinem Alltag ausübt, diese Betätigung sein Ziel ist und wenn dieser in seiner Betätigung aufgeht und ihn diese erfüllt. Dies und die Verbesserung der *social participation* (sozialen Partizipation) sowie der *occupational performance* (Betätigungsausführung) und *occupational engagement* (→Kap. 2.4.1.1) konnte durch die Studie Evidence for Interventions to Improve and Maintain Occupational Performance and Participation for People with Serious Mental Illness: A Systematic Review (D’Amico, Jaffe & Gardner, 2018), welche die Evidenz ergotherapeutischer Interventionen für Menschen mit *SMI* untersucht, nachgewiesen werden. Nicht nur das Ziel der Behandlung sollte Betätigung sein. Bei dieser Studie handelt es sich um eine systematische Übersichtsarbeit und entspricht dem Evidenzlevel 1 der Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011). Im Rahmen dieser Studie wurden insgesamt 61 Studien einbezogen.

Der Fokus auf Betätigung sollte auch schon in der Evaluation, Intervention und Dokumentation liegen (Fisher, 2014). Anne Fisher differenziert zusätzlich noch in *occupation-centred* (betätigungszentriert) und *occupation-focused* (betätigungsfokussiert). Die

Betätigungszentrierung ist die berufsspezifische Perspektive, in der die Ergotherapeutin die Bedeutung der Betätigungsanliegen ihrer Klientinnen anerkennt und im gesamten Therapieprozess berücksichtigt. Betätigungsfokussiert bedeutet Fishers Ansicht nach, wenn der Schwerpunkt der ergotherapeutischen Behandlung auf der Betätigung liegt, die Klientin diese aber nicht direkt ausführt. Wohingegen bei der Betätigungsbasierung die Betätigung selbst Hauptbestandteil der ergotherapeutischen Behandlung ist (Fisher, 2013).

2.4.1.5 Betätigungsgleichgewicht

Der Begriff Betätigungsgleichgewicht war schon zu Beginn der Ergotherapie in den 1920er Jahren von Bedeutung (→Kap. 2.3.1). Er beschreibt ein Gleichgewicht zwischen den Betätigungen, die eine Mischung von Merkmalen bieten, die als wichtig für Gesundheit und Wohlbefinden angesehen werden. Die Betätigungen erfüllen dabei wesentliche Bedürfnisse eines Menschen. Der Zielgruppe ist es aufgrund umweltbedingter Herausforderungen und Barrieren oft nicht möglich, die Ausgeglichenheit zu schaffen und Wohlbefinden zu erreichen (Fossey & Krupa, 2016).

Wie bereits in (→Kap. 2.3.1) beschrieben, spielte der Psychiater Adolf Meyer eine wichtige Rolle zur Gründungszeit der Ergotherapie. Er beschäftigte sich unter anderem mit dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und aktiver Betätigung (Kinébanian, 2019a). So gab es schon damals Verbindungen zwischen dem Betätigungsgleichgewicht und Zeit, diese waren jedoch nicht nachweisbar. Der Grundgedanke des Betätigungsgleichgewichts und die entsprechende Zuordnung der Kategorien wurde von vielen Autorinnen weitergeführt und führte schließlich 1991 zur Entwicklung des CMOP (→Kap. 2.4.1.1) mit dem dazugehörigen Assessment Canadian Occupational Performance Measure (COPM), in dem schließlich der Ansatz der Kategorien Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit definiert wurde. Ein klientenzentriertes Messinstrument zur Erhebung der alltäglichen Aktivitäten (Law et al., 1991). Die erste Untersuchung des Zusammenhangs von Betätigungsgleichgewicht und Gesundheit wurde in einer Pilotstudie von Wilcock et al. (1997) durchgeführt, wobei signifikante Unterschiede in drei Vergleichsgruppen festgestellt wurden. Diese deuten darauf hin, dass Gesundheit offenbar mit dem wahrgenommenen idealen Gleichgewicht zwischen körperlichen, geistigen, sozialen und erholenden Tätigkeiten verbunden ist. Diese Ergebnisse sind vielversprechend, da sie eine gewisse Rechtfertigung für die Behauptungen der Ergotherapeutinnen liefern, dass Betätigungsgleichgewicht ein wichtiger Aspekt der Gesundheitserfahrung ist (Wilcock et al. 1997). Das Betätigungsgleichgewicht kann aus dem Gleichgewicht geraten, wenn zu viel Zeit für eine bestimmte Betätigung aufgewendet wird zum Nachteil anderer wichtiger Betätigungen oder wenn Klientinnen nicht genügend Zugang zu Betätigungen haben, um die Zeit zu füllen. Die Unfähigkeit, Betätigungen so auszuwählen, dass sie erfüllend und den Anforderungen der

Rolle entsprechen, wird als Betätigungsungleichgewicht bezeichnet und kann zur Beeinträchtigung der Gesundheit und der Lebensqualität beitragen. Eine Ursache für dieses Ungleichgewicht kann *Occupational Deprivation* (Betätigungsbenachteiligung) sein, ein Zustand, bei dem Klientinnen von Betätigungen ausgeschlossen werden und die Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt ist (Creek, 2014). Betätigungsgleichgewicht ist eins der fünf Aktivitätsmuster, die die Kontinua der Schlüsselaktivitätsmuster des Do-Live-Well-Frameworks (Moll et al., 2018) empirisch untermauern (→Kap. 2.4.2).

Die Intervention HgT greift diesen Grundgedanken des Betätigungsgleichgewichts auf, indem die „Entwicklung von Aktivitätsmustern, die eine Balance von Selbstversorgung, Freizeit, Produktivität und Ruhe“ (Krupa et al., 2017, S.21), hergestellt, angestrebt werden.

Neben dem Begriff Betätigungsgleichgewicht findet sich auch das Konzept *Life Balance* (Lebensbalance) außerhalb der Ergotherapie in der Literatur. Dieser beinhaltet das Betätigungsgleichgewicht, geht jedoch darüber hinaus. Der Begriff wird häufig beispielsweise in der Arbeitspsychologie verwendet (Pfeiffer, 2016b).

2.4.2 Entstehung und Entwicklung

Wie in (→Kap. 2.1.4) beschrieben, ist die Gesundheit durch Aktivitäten für Menschen mit psychischen Störungen aber auch für die Gesamt-Gesellschaft von Bedeutung. Mit Unterstützung des kanadischen Berufsverbandes CAOT und der kanadischen Ergotherapie-Stiftung Canadian Occupational Therapy Foundation (COTF) wurde die Erstellung eines ergotherapeutischen Frameworks* für ein nationales Gesundheitsprogramm gefördert (Pfeiffer, 2016b). Grundlegende Konzepte sind dabei Zeitnutzung (→Kap. 2.2.4), Betätigungsgleichgewicht und *Life Balance* (→Kap. 2.4.1.5). Das sogenannte Do-Live-Well-Framework (→Abb. 4) erfasst die Zusammenhänge zwischen Betätigung, Gesundheit und Wohlbefinden mit der grundlegenden Botschaft, dass das, was Menschen jeden Tag tun, zu Gesundheit und Wohlbefinden beiträgt (Moll et al., 2018).

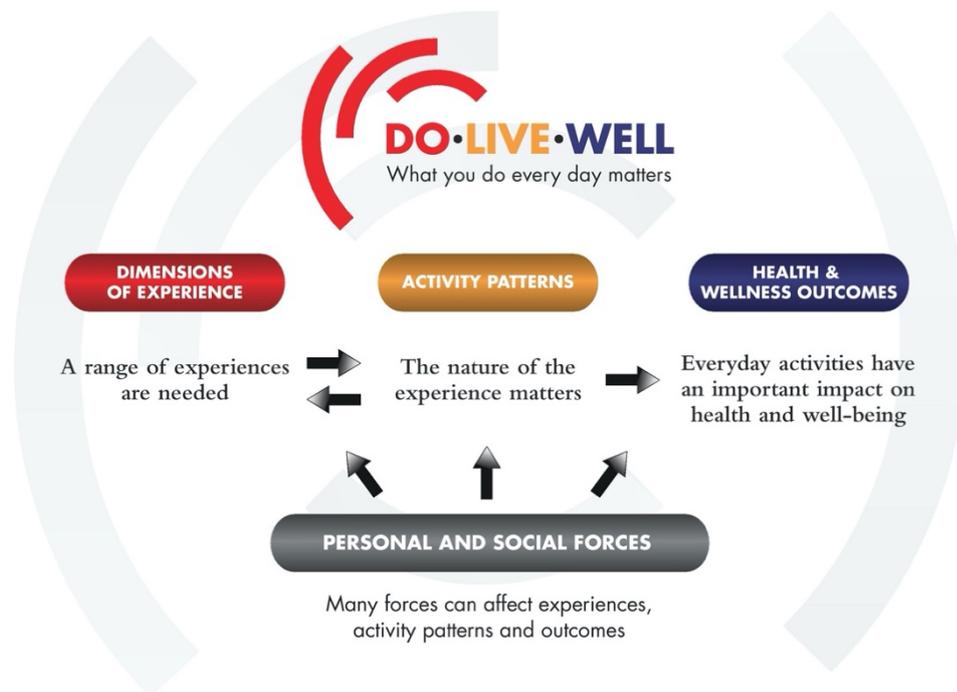


Abbildung 4: Do-Live-Well-Framework (Do Live Well, 2015)

Das Framework steht der Bevölkerung kostenlos auf der Internetseite www.dolivewell.ca zur Nutzung zur Verfügung. Darauf aufbauend ist HgT mit einigen weiteren Instrumenten veröffentlicht worden. Aktuell ist ein Reflexionsinstrument *Lebe dein Leben gut* (Woick, 2020), angelehnt an das Do-Live-Well-Framework, in deutscher Sprache erschienen.

HgT ist das erste psychiatrische Interventionsmanual auf ergotherapeutischer Basis (DGPPN, 2019). Dabei handelt es sich um ein ergotherapeutisches Zeitnutzungsmanual (→Kap. 2.3.4), welches eine Brücke zwischen Theorie und Praxis baut (Krupa et al., 2017). In Kanada gibt es zahlreiche Weiterentwicklungen des Manuals, die ebenfalls teilweise ins Deutsche übertragen wurden wie beispielsweise HgT bei posttraumatischer Belastungsstörung (Rogers & Preston, 2018) oder die deutsche Übersetzung für Menschen mit Demenz (Rabaca, Chiasson, & Mikalson, 2020). HgT ist grundsätzlich auch von entsprechend geschulten Fachpersonen anderer Berufsgruppen anwendbar. Die Anleitende wird deshalb als Dienstleistungsanbieterin bezeichnet (Krupa et al., 2017). Dieser kann sich in einer zweitägigen HgT-Fortbildung zur praktischen Anwendung aneignen, welche jedoch keine Voraussetzung zur Anwendung darstellt (Pfeiffer, 2020).

2.4.3 Inhalte

In sieben Kapiteln arbeiten Klientin und Dienstleistungsanbieterin am *Recovery*-Prozess (→Kap. 2.2.1) der Klientin mit dem Fokus der Gesundheitsförderung durch Aktivität. HgT fördert methodisches Vorgehen mit dem Ziel, Klientinnen mit *SMI Empowerment* (→Kap. 2.2.2) zu ermöglichen und in ihrem alltäglichen Kampf gegen die Trägheit* und der Teilhabe an der Gesellschaft zu unterstützen (Krupa et al., 2017). Es bietet der Dienstleistungsanbieterin eine strukturierte Vorgehensweise, welche jedoch nicht linear ablaufen muss. Im Sinne der Klientenzentrierung (→Kap. 2.4.1.3) wird die Reihenfolge individuell an die Klientin angepasst (ebd.).

Jedoch ist HgT im Rahmen des methodischen Handelns auch nicht für jede Klientin geeignet und ist somit kein „Allheilmittel“ für Menschen mit psychischen Störungen. Eine gewisse Bereitschaft, sich seine aktuelle Betätigungssituation anzusehen und sein Verhalten zu verändern, sollte gegeben sein (A. Pfeiffer, unveröffentlichte Aufnahme, 12. Juni 2020).

Das erste Kapitel dient zur Vorbereitung der Dienstleistungsanbieterin und der Klientin. Mithilfe von Arbeitsblättern können Aktivitätsmuster reflektiert und ein Veränderungsbedarf festgestellt werden. Auf diese Weise kann gemeinsam über die Eignung des Manuals für die jeweilige Klientin entschieden werden.

Im zweiten Kapitel analysiert und versteht die Klientin ihre aktuellen Aktivitätsmuster im Bereich Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit und Erholung (Krupa et al., 2017). Als Grundlage dienen dabei die folgenden sieben Dimensionen von Aktivität nach Bejerholm, Hansson & Eklund (2006):

1. Betätigungsgleichgewicht
2. körperliche Aktivität
3. Struktur und Routine
4. Bedeutung der Aktivität
5. Zufriedenheit mit Aktivität
6. Soziale Interaktionen
7. Zugang zum Gemeinde-Umfeld

Diese sind angelehnt an den *Activity Patterns* (Aktivitätsmuster) und den *Dimensions of Experience* (Dimensionen der Erfahrung) des Do-Live-Well-Frameworks (→Abb. 4) (Do Live Well, 2015). Zum Ende der Analyse werden die Ergebnisse zusammengefasst und gemessen. Diese

können im Anschluss der Intervention zur Outcome-Messung wiederholt werden (Krupa et al., 2017).

Im dritten Kapitel wird die Klientin dazu befähigt, erste Aktivitätsveränderungen in Form von Aktivitätsexperimenten zu planen und durchzuführen. Positive Erfahrungen werden in den Alltag integriert (ebd.).

In Kapitel vier wird der *Recovery*-Prozess mithilfe von Psychoedukation (→Kap. 2.2.3) unterstützt. Das Manual beinhaltet dazu einige Informationsblätter wie beispielsweise der Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung und Aktivität (ebd.).

In Kapitel fünf werden schließlich längerfristige Veränderungen geplant und unterstützend umgesetzt.

In Kapitel sechs werden diese ausgewertet. Dabei geht es um eine Reflexion der bereits erreichten Veränderungen und um eine nachhaltige Erhöhung der Beteiligung an Aktivitäten (ebd.).

Kapitel sieben dient der Dienstleistungsanbieterin zur kontinuierlichen Verbesserung des Leistungsangebotes „Gesundheit durch Aktivität“ und bietet ein Konzept zur Präsentation von Informationen über den Programmstatus (ebd.).

2.4.4 Evidenz

Zur Evidenzsicherung für den deutschen Kontext, führten die Übersetzer 2015 eine Pilotstudie in einer Klinik durch, die auf eine Wirksamkeit von HgT hindeuten, jedoch nicht als empirischer Wirksamkeitsbeleg gesehen werden kann (Höhl & Pfeiffer, 2018). Eine zuvor durchgeführte Studie *Randomized Controlled Pilot Study of an Occupational Time-Use Intervention for People with Serious Mental Illness* (Edgelow & Krupa, 2011) in Kanada bestätigte die Wirksamkeit von HgT. Demnach verbrachte die Vergleichsgruppe nach der Intervention weniger Zeit mit Ruhen und Schlafen als die Kontrollgruppe (Edgelow & Krupa, 2011). Bei dieser Studie handelt es sich um eine randomisiert kontrollierte Studie, welche dem Level 2 der Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) entspricht. Nachteilig auf die Evidenz wirkt sich aus, dass es sich um eine Pilotstudie aus dem Jahr 2011 mit insgesamt lediglich 18 Teilnehmerinnen bis zum Ende der Studie handelt.

2.4.5 Handeln gegen Trägheit im Gruppensetting

Das Manual bietet eine Anleitung für die Anwendung im Einzelsetting, schließt jedoch die Anwendung im Gruppensetting nicht aus (Krupa et al., 2017). Es gibt bereits Berufspraktikerinnen, die HgT als Gruppenintervention adaptieren. Eine Ergotherapeutin beschreibt ihren Adaptionprozess in einer Fachzeitschrift. Sie nutzte beispielsweise Flipcharts für die Psychoedukation und fand damit großen Anklang bei Klientinnen. (Lambracht, 2019).

Die Forscherinnen fragten Übersetzer Andreas Pfeiffer im Online-Interview nach seiner Meinung zur Anwendung des HgT als Gruppenintervention (Pfeiffer, unveröffentlichtes Interview, 12. Juni 2020).

Probleme sieht er darin, dass die Anwendung des HgTs eine intensive, intime, individuelle und klientenzentrierte Zusammenarbeit vorsieht, die in der Gruppe nur mit einem niedrigeren Niveau umsetzbar sei. Schambesetzte Themen sowie Misserfolge können seiner Meinung nach schwierig in der Gruppe angesprochen werden. Ein abweichendes Arbeitstempo durch heterogene Fähigkeiten und Kompetenzen könnte bei der Bearbeitung der Arbeitsblätter, der Veränderungsbereitschaft der jeweiligen Klientin sowie der Umsetzung der Aktivitätsexperimente den Gruppenprozess aufhalten. So könnten vergleichsweise langsame Erfolge möglicherweise zur Demotivation der jeweiligen Klientinnen führen (Pfeiffer, unveröffentlichtes Interview, 12. Juni 2020).

Dennoch sieht Pfeiffer auch Chancen in der Adaption als Gruppenintervention. Die Gruppensituation eignet sich seiner Meinung nach gut für die Vermittlung edukativer Themen. Ergänzende, kurze Einzelinterventionen im Rahmen des HgT, die für Reflexionsphasen und Unterstützungsphasen genutzt werden, seien für einen Erfolg der Intervention im Gruppensetting unumgänglich (ebd.).

Mit Blick auf die in Deutschland gegebenen Möglichkeiten von Ergotherapeutinnen im stationären psychiatrischen Setting vertritt Pfeiffer den Standpunkt, dass HgT als Gruppenintervention einem Wegfall eben dieser Intervention klar vorzuziehen ist (ebd.).

Zusammenfassend lassen sich mit dem Gefühl von Zugehörigkeit, dem Aufbau eines Unterstützungsnetzwerkes in der Ergotherapie der Gewinnung neuer Perspektiven Vorteile beschreiben, die erst durch eine Gruppenintervention möglich sind. Aufgrund dessen sowie der im theoretischen Hintergrund beschriebenen Gegebenheiten im psychiatrischen Fachbereich in Deutschland, wird der Mehrwert von HgT als Gruppenintervention deutlich.

Die Forscherinnen sehen auf Basis der Literatur dieses Kapitels im HgT eine zukunftsorientierte Interventionsmöglichkeit im psychiatrischen, ergotherapeutischen Fachbereich bei Personen mit psychischen Störungen, Teilhabe und Betätigungsgleichgewicht zu ermöglichen. Die Adaption als Gruppenintervention kann deutlich mehr Berufspraktikerinnen die Gelegenheit bieten, das Manual einzusetzen.

3. Methodik

Wissenschaft verlangt „eine detaillierte Nachvollziehbarkeit und Nachprüfbarkeit des Vorgehens im Forschungsprozess“ (Döring & Bortz, 2016e, S. 8). Im folgenden Kapitel wird der Forschungsprozess umfassend dargestellt. Die Gliederung des Kapitels orientiert sich am zeitlichen Ablauf der Forschungsarbeit.

Beginnend mit den allgemeinen Grundlagen von Forschung (→Kap. 3.1) wird nachfolgend spezieller auf das Vorgehen der vorliegenden Forschungsarbeit eingegangen: Von den theoretischen Vorüberlegungen (→Kap. 3.2) über die Forschungsethik (→Kap. 3.3) bis hin zur Interviewvorbereitung und -durchführung (→Kap. 3.4) sowie der Analyse der gewonnenen Daten (→Kap. 3.5). „Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn ist nur möglich, wenn der Forschungsprozess in seinen verschiedenen Phasen sich an etablierten wissenschaftlichen Methodologien orientiert und dabei wissenschaftliche Gütekriterien in nachweisbarer Weise erfüllt“ (Döring & Bortz, 2016e, S. 8). Das Kapitel endet somit abschließend mit der Beschreibung und Reflexion der genutzten Gütekriterien der Forschungsarbeit (→Kap. 6).

3.1 Grundlagen von Forschung

Während quantitative Forschungsverfahren den Gegenstand objektiv mithilfe der Erfassung und Messung quantitativer Daten erfassen und mithilfe statistischer Methoden analysieren, rekonstruiert die qualitative Forschung den Sinn oder subjektive Sichtweisen. Der qualitative Forschungsansatz begründet sein Vorgehen vor allem mit dem besonderen Charakter des Forschungsgegenstandes. Dabei geht dieser von einer Differenz zwischen dem Sinn, den Forscherinnen einbringen, und dem Sinn, den Befragte verleihen, aus. Diese Differenz wird zum besonderen Gegenstand qualitativer Forschung, da diese Daten nicht objektiv gegeben sind. Der Forschungsgegenstand ist somit die soziale Wirklichkeit des Menschen, die als interpretierte, gedeutete und konstruierte Wirklichkeit gilt. Diese wird interaktiv hergestellt, weshalb qualitative Interviews in diesem Forschungsansatz eine besondere Bedeutung erhalten (Helfferich, 2011). Die untersuchten Personen werden dabei ganzheitlich im Kontext ihrer Umwelt betrachtet, da das subjektive Erleben abhängig von äußeren Bedingungen ist. Mithilfe offener und flexibler Methoden und einer systematischen Vorgehensweise können diese komplexen Wechselwirkungen erfasst und analysiert werden (Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016).

Qualitative Forschung bedient sich qualitativer, unstrukturierter Methoden der Datenerhebung (z. B. teilnehmende Beobachtung oder Experteninterviews), aus denen qualitative, nicht-numerische Daten resultieren, die im Anschluss interpretativen Methoden der Datenanalyse unterzogen werden (Döring & Bortz, 2016a). Die Herausforderungen liegen somit darin, diese

Erkenntnisse nutzbar und für die Praxis anwendbar zu machen (Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016).

3.2 Theoretische Vorüberlegungen

3.2.1 Forschungsansatz

Die Forscherinnen untersuchten in der vorliegenden Forschungsarbeit einen Sachverhalt der Human- und Sozialwissenschaften. Ziel dieser Forschungsarbeit ist, den Forschungsgegenstand zu untersuchen und zu möglichst gesicherten Erkenntnissen zu gelangen. Bei der Feststellung der wahrnehmbaren Erfahrungswirklichkeit handelt es sich um eine empirische Forschungsarbeit. Diese basiert auf der systematischen Sammlung, Aufbereitung und Analyse empirischer Daten. Dieser wissenschaftliche Erkenntnisgewinn soll zur Erweiterung des praktischen Wissens der Ergotherapie beitragen (Döring & Bortz, 2016e).

Die Forscherinnen orientieren sich bei der hier vorliegenden Forschungsarbeit am Forschungsparadigma des Konstruktivismus. Dabei gehen sie davon aus, „dass menschliches Verhalten, Erfahrungen oder Phänomene durch Interaktion zwischen den Teilnehmenden und Forschenden besser verstanden und Phänomene durch Interpretation erklärt werden können“ (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016, S. 271).

3.2.2 Forschungsfrage

Die Erstellung der Forschungsfrage ist die Grundlage für weitere methodische Vorüberlegungen einer Forschungsarbeit und zentraler Ausgangspunkt zur Entwicklung evidenzbasierter Interventionen in Gesundheitsberufen, so auch in der Ergotherapie (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016). Zu Beginn dieser Forschungsarbeit wurden verschiedene Problemstellungen aus dem Praxisalltag exploriert, um zu einer ergotherapeutisch relevanten Fragestellung zu gelangen, die empirisch analysiert werden sollte. Wie in →Kap. 2.1.4 beschrieben, gewinnt HgT für die Ergotherapie im psychiatrischen Setting in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Das HgT ist jedoch abgesehen von zwei vorliegenden Studien (→Kap. 2.4.4) bisher wenig erforscht. Da HgT als Einzelintervention konzipiert wurde, liegen insbesondere für die Anwendung im Gruppensetting keine Forschungsergebnisse vor. Daraus ergab sich eine *Gap of Knowledge** (Wissenskluft; ebd.), die zur Forschungsfrage der vorliegenden Forschungsfrage führte.

Die Forscherinnen orientierten sich bei der Entwicklung der Forschungsfrage am PICO-Modell (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016), wobei aufgrund der qualitativen Fragestellung eine Vergleichsintervention (C) nicht von Interesse war.

P Population, Patient oder Problem

I Intervention, diagnostisches/therapeutisches Verfahren

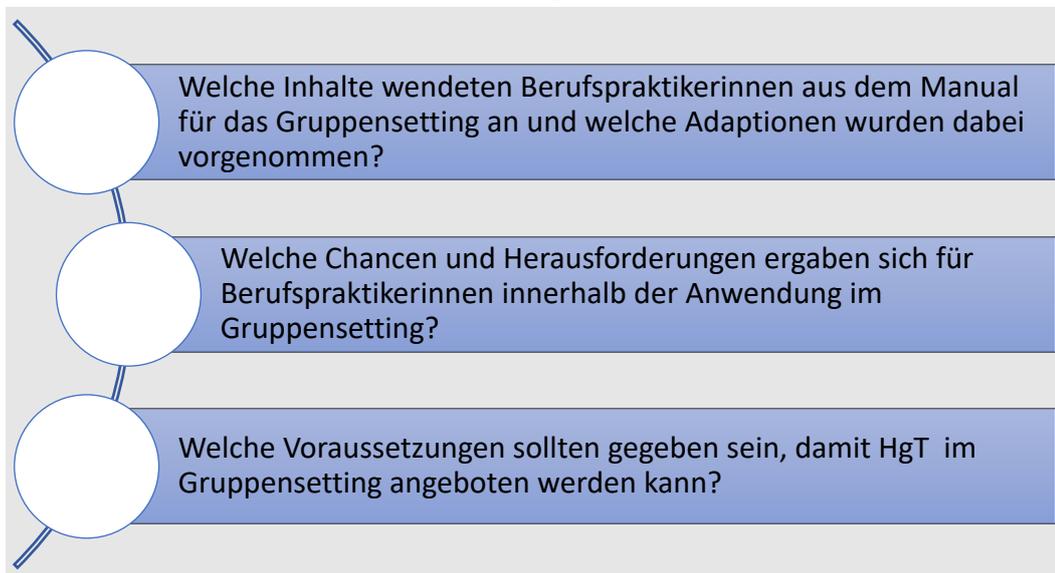
C *comparison* oder *control*, Vergleichsintervention

O Outcome: Was soll erreicht bzw. gemessen werden?

Forschungsfrage:

Wie wenden Berufspraktikerinnen im psychiatrischen **Gruppensetting** mit Erwachsenen das **Manual Handeln gegen Trägheit** an und wie **erleben** sie die Anwendung?

Leitfragen:



Die Forschungsfrage ist innovativ, da HgT erst vor drei Jahren in deutscher Sprache erschienen ist. Ein qualitatives Forschungsdesign eignet sich besonders bei wenig untersuchten Forschungsgebieten, da für eine qualitative Fragestellung keine festen Vorstellungen vom Untersuchungsgegenstand nötig sind (vgl. Flick & von Kardoff, 2000). Um ein vertieftes Verständnis

für die vorliegende Fragestellung zu erlangen, wurde deshalb der qualitative, induktive Ansatz gewählt (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016). Dabei orientierten sich die Forscherinnen am qualitativen Denken nach Mayring (2016), welches im folgenden Kapitel erläutert wird.

3.2.3 Qualitatives Denken nach Mayring

Mayring (2016) beschreibt fünf Postulate, die die Grundannahmen qualitativen Denkens zusammenfassen:

1	Forschungsgegenstand sind grundsätzlich Menschen, die Mayring als Subjekte bezeichnet. Diese stellen bezogen auf die Forschungsfrage sowohl den Ausgangspunkt als auch das Ziel dar.
2	Eine ausführliche Beschreibung (Deskription) des Gegenstandsbereiches muss zu Beginn der Analyse vorkommen.
3	In den Humanwissenschaften wird der Untersuchungsgegenstand durch Interpretation erschlossen, da er nie vollständig offen liegt.
4	Wenn möglich, sollte die Untersuchung humanwissenschaftlicher Gegenstände in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld untersucht werden.
5	Die Ergebnisse der humanwissenschaftlichen Forschung müssen jeweils zur Verallgemeinbarkeit schrittweise begründet werden, da sie sich nicht selbstständig über bestimmte verfahren herstellen.

Tabelle 1: Fünf Postulate qualitativen Denkens nach Mayring (2016)

Ergänzend dienen die 13 Säulen (→Abb. 5) des qualitativen Denkens zur konkreten Umsetzung der obigen Postulate. Anhand dieser konnten die Forscherinnen überprüfen, inwieweit das qualitative Denken im Rahmen dieses Forschungsprozesses ausreichend berücksichtigt wurde. Erfüllt die vorliegende Forschungsarbeit die Inhalte der genannten Säulen, können Anspruch und Wirklichkeit anhand dieser qualitativen Checkliste überprüft werden (Mayring, 2016).

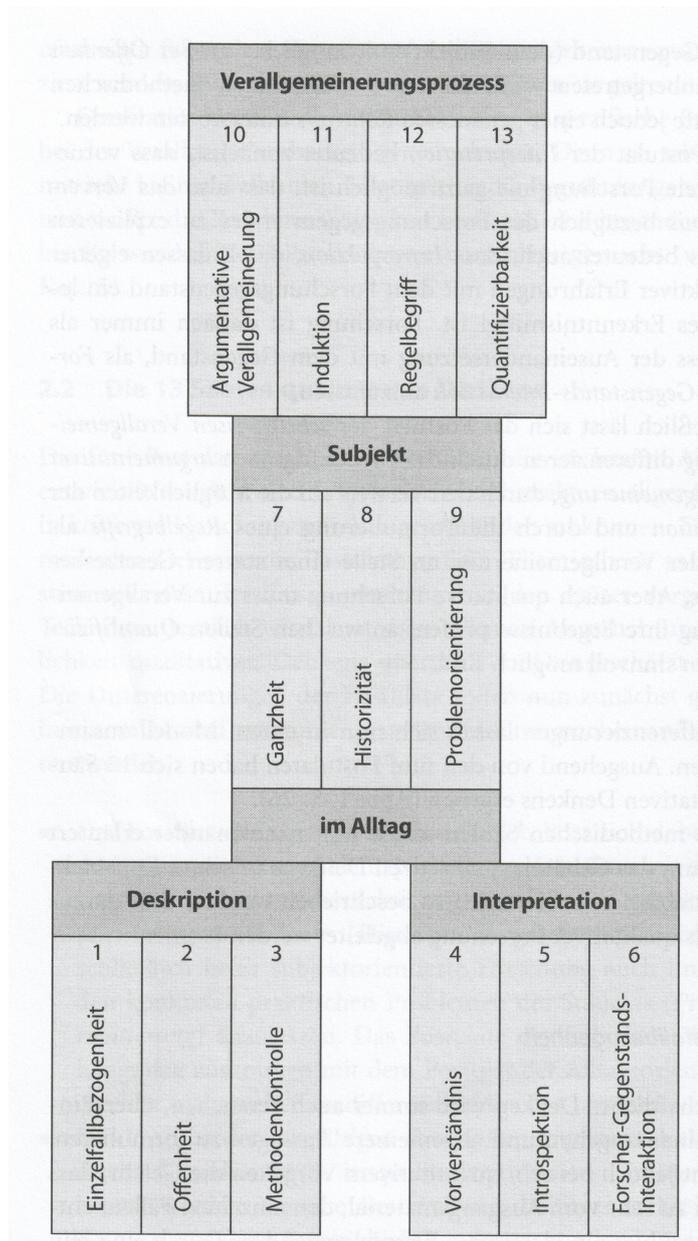


Abbildung 5: Säulen qualitativen Denkens nach Mayring (2016), S. 26

3.2.4 Forschungsprozess

In Abb. 6 wird der Forschungsprozess linear dargestellt. Beim Forschungsprozess handelt es sich um

multiple, systematische Strategien, die angewendet werden, um Wissen über das menschliche Verhalten, menschliche Erfahrungen und über menschliche Umgebungen zu generieren. Die Prozesse des Denkens und Handelns der Forscher und Forscherinnen sind klar spezifiziert, sodass sie logisch, verständlich, beweisbar/überprüfbar und nützlich sind. (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016, S.10)

Die in der vorliegenden Forschungsarbeit systematisch genutzten Methoden und Strategien werden somit für eine bessere Nachvollziehbarkeit nachfolgend dargestellt:

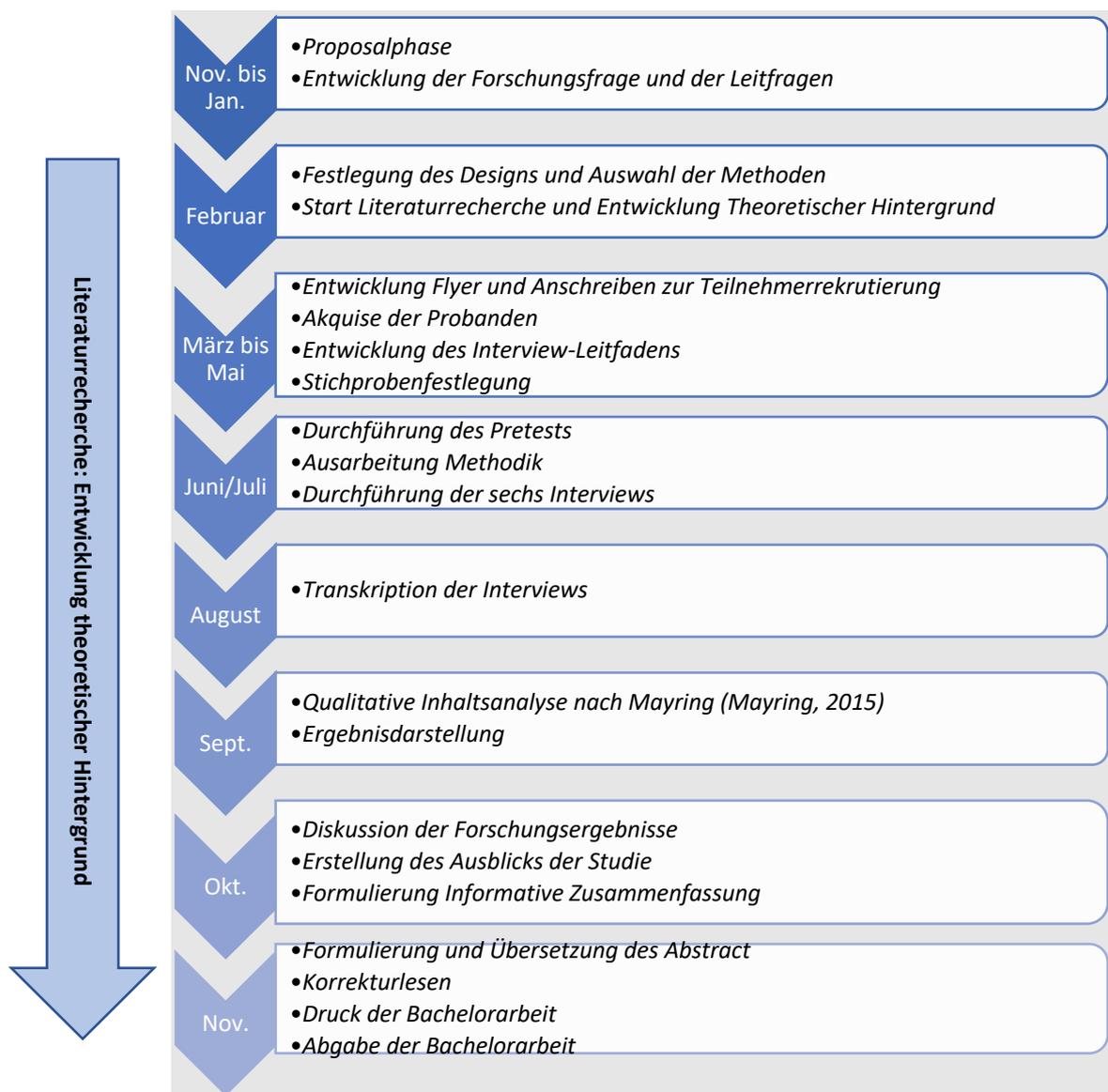


Abbildung 6: Forschungsprozess

Der Zeitplan diente den Forscherinnen zur Orientierung während der Planung, Durchführung und Auswertung der vorliegenden Forschungsarbeit. In der Praxis gestaltete sich die Vorgehensweise als dynamischer Prozess.

3.2.5 Literaturrecherche

Laut Döring und Bortz soll „das Literaturverzeichnis einer wissenschaftlichen Arbeit ... keine Zusammenstellung von Zufallsfunden ..., sondern das Ergebnis einer zielgerichteten Suche [sein]“ (Döring & Bortz, 2016c, S. 158). Die Literaturrecherche dient der Kenntnisnahme des aktuellen Forschungsstandes und dem Entwickeln des theoretischen Hintergrundes einer Forschungsarbeit (ebd.). Die Forscherinnen legten mehrere Tabellen (→Anlage 5) an, in denen die innerhalb der Datenbanken genutzten *Keywords* (Suchbegriffe) notiert wurden. Für die umfassende Literaturrecherche wurden Tabellen zur systematischen Suche in folgenden Datenbanken erstellt:

- CINAHL
- Pubmed
- DIZ Datenbank der Zuyd Hogeschool („*Doorzoek informatiebronnen Zuyd*“)
- OTseeker
- Google Scholar
- E-Journals der Zuyd Hogeschool (deutsch- und englischsprachige Fachzeitschriften)

Die Forscherinnen orientierten sich bei der Literaturrecherche an thematischen Schwerpunkten des Manuals sowie am Thema Gruppe. Für jedes Thema wurde mithilfe der vorbereiteten Tabellen eine eigene Literaturrecherche durchgeführt. Die Literaturrecherche wurde über OneDrive* gespeichert, sodass die Forscherinnen jederzeit Zugriff auf alle Ergebnisse hatten und diese zur erweiterten Recherche nutzen konnten. Gemeinsam legten die Forscherinnen fest, welche *Keywords* verwendet werden. Diese wurden schriftlich festgehalten.

Die Suchbegriffe wurden mithilfe von *Boole-Operatoren* (logische Verknüpfungen) (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016) *AND*, *OR* und *NOT* miteinander in Verbindung gebracht. Die Forscherinnen notierten sich die jeweiligen Trefferzahlen und Titel von Artikeln und Studien, die ihrer PIO Frage (→Kap. 3.2.2) entsprachen und versahen diese jeweils mit einer kurzen inhaltlichen Zusammenfassung. Des Weiteren recherchierten sie in Büchern, Leitlinien sowie nationalen und internationalen ergotherapeutischen Fachzeitschriften. Zu Beginn wurden Bücher aus der Bibliothek der *Zuyd Hogeschool* und einer Universitäts- Bibliothek ausgeliehen und genutzt. Wie in →Kap. 1.3 beschrieben, gab es dabei nach Ausbruch der Covid-19 Pandemie einige Einschränkungen.

Die Forscherinnen nutzten zusätzlich Literatur der Sozialwissenschaften, da diese neben den Naturwissenschaften die primären Bezugswissenschaften der Ergotherapie darstellen. Zur Sozialwissenschaft zählen beispielsweise die Disziplinen Psychologie und Soziologie (Götsch, 2007). Obwohl Gruppentherapien in der psychiatrischen Ergotherapie häufig angewendet werden, lässt sich wenig Evidenz, insbesondere zu ihrer Wirksamkeit, finden. Aus diesem Grund erweiterten die Forscherinnen ihre Recherche und nutzten Literatur zu psychotherapeutischen Gruppen. Auf diese Weise ließ sich eine Liste möglicher Vor- und Nachteile von Gruppentherapien erstellen.

Bei ihrer Recherche nutzten die Forscherinnen möglichst aktuelle Literatur. Vereinzelt wurde auf Grundlagenliteratur zurückgegriffen, deren Veröffentlichung bereits einige Jahrzehnte zurückliegt. Die verwendete Literatur ist überwiegend in englischer Sprache verfasst, lediglich bei den Fachbüchern handelt es sich häufig um deutsche Literatur. Gefundene Studien wurden hinsichtlich der Forschungsfrage überprüft, im Anschluss nach Tomlin und Borgetto (2011) bewertet und nach ihrem Evidenzlevel eingeschätzt. Der Recherchebestand wurde während des Forschungsprozesses kontinuierlich erweitert und der theoretische Hintergrund stetig unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse angepasst.

3.3 Forschungsethik

Der altgriechische Begriff „ethos“, von dem sich der Begriff „Ethik“ ableitet, hat zwei Verwendungsarten: zum einen bezieht er sich auf die kollektiven Gepflogenheiten einer Gemeinschaft und bedeutet demnach so etwas wie Gewohnheit, zum anderen bezieht er sich auf den Charakter und die Denkweise und beinhaltet die innere Einstellung von Einzelpersonen. Die Begriffe können herangezogen werden, um sowohl gute als auch schlechte Charaktereigenschaften zu benennen, sind in ihrem Ursprung jedoch selbst nicht wertend (Hübner, 2014).

Die *research ethics* (Forschungsethik) befasst sich mit dem Umgang der Untersuchungsteilnehmerinnen während der Datenerhebung und der späteren Datenanalyse. Auf diese Weise sollen die Teilnehmerinnen in ihrer Würde und ihrem Wohlergehen geschützt werden (Döring & Bortz, 2016c). „Ethik [dient] dem Schutz der Persönlichkeitsrechte und der Daten von Teilnehmerinnen“ (Perkhofer & Tucek, 2016, S. 29). Die Forschungsethik nimmt im Vergleich zum Begriff „ethos“ in gewisser Weise eine Wertung vor, um die Teilnehmerinnen so vor schlechten Verhaltensweisen zu schützen. Es gibt drei Prinzipien, die in den meisten Ethikrichtlinien der sozialwissenschaftlichen Fachdisziplinen zum Tragen kommen und an denen sich die Forscherinnen orientierten (Sales & Folkmann, 2000):

1. *Freiwilligkeit und informierte Einwilligung*

Der Flyer (→Anlage 6) zur Teilnehmerakquise machte mögliche Teilnehmerinnen bereits vor der Einwilligung zur Studienteilnahme in Kurzform auf die Freiwilligkeit der Studie aufmerksam und informierte sie über den gewährten Datenschutz. Vor dem Stattfinden der Interviews unterschrieben die Teilnehmerinnen eine Einverständniserklärung (→Anlage 9), die sie über einen jederzeit und ohne Angabe von Gründen möglichen Studienabbruch informierte. Die Einverständniserklärung enthielt darüber hinaus Informationen über die Forschungsarbeit sowie die Durchführung der Interviews.

2. *Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung*

Der Schutz der Teilnehmerinnen war den Forscherinnen wichtig. Dadurch, dass kein physischer Kontakt bestand, konnten die Teilnehmerinnen auch keinen physischen Schaden nehmen. Des Weiteren wurden keine Fragen gestellt, die im Nachhinein zu einer psychischen Belastung hätten führen können.

3. *Anonymisierung und Vertraulichkeit*

Daten im Teilnehmer-*Sampling*, die in →Kap. 4.1 dargestellt werden, enthalten ausschließlich Informationen mit Bezug zum HgT oder für die Forschungsarbeit relevanten Informationen. Die Forscherinnen verzichteten bewusst auf die Zuordnung des Alters und Geschlechts, um eine größtmögliche Anonymität der Teilnehmerinnen zu gewährleisten. Daten wie Videos, Transkripte (→Anlage 13) und Einverständniserklärungen (→Anlage 9) wurden ausschließlich auf OneDrive (2020) gespeichert, da dies den Datenschutzverordnungen der Zuyd Hogeschool entspricht. Die Zuyd Hogeschool ist verpflichtet, die folgenden Dokumente für die Dauer von zehn Jahren auf einer gesicherten Festplatte aufzubewahren:

- Einverständniserklärungen der Teilnehmerinnen
- Transkripte
- Schlüsselcodes (welcher TN steckt hinter welcher Abkürzung)

Die Teilnehmerinnen wurden darüber informiert, dass Dozentinnen der Zuyd Hogeschool zu Kontrollzwecken berechtigt sind, die Daten einzusehen, jedoch ebenfalls zur Geheimhaltung verpflichtet sind. Die Daten auf OneDrive (2020) werden nach der Korrektur der Bachelorarbeit gelöscht.

3.4 Interviewvorbereitung und -durchführung

3.4.1 Sampling

„Empirische Sozialforschung bedeutet, dass zur Gewinnung von Erkenntnissen über den jeweiligen Forschungsgegenstand immer Erfahrungen gesammelt werden müssen, die in Form von Datenmaterial nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten ausgewertet und verallgemeinert werden können“ (Akremi, 2014, S. 265). Diese Daten sollten gezielt ausgewählt werden. Qualitative Studien arbeiten meist mit relativ kleinen Stichproben im zweistelligen Bereich (Mason, 2010). Da das subjektive Erleben des Einzelnen im Kontext seiner Lebenswelt angestrebt wird, ist damit ein hoher Aufwand verbunden. Größere Stichproben sind daher aus forschungspragmatischen Gründen im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit nicht zu bewältigen. Bei einer zu kleinen Stichprobe würde ein statistisches Zufallsprinzip zu einer verzerrten und wenig aussagekräftigen Stichprobe führen. Die Forscherinnen legen die Strategie des *Purposeful Sampling* (gezielte Stichprobenauswahl) fest, da der Forschungsgegenstand gezieltes Expertenwissen (→Kap. 3.4.1.1) beinhaltet, welches für die Beantwortung der Forschungsfrage besonders aussagekräftig ist. In der qualitativen Forschung hat sich diese absichtsvolle Auswahl von Fällen durchgesetzt. Dabei wird auf Basis theoretischer und empirischer Vorkenntnisse eine gezielte Auswahl der Fälle getroffen (Döring & Bortz, 2016d). An dieser Stelle wurden auf erster Ebene Stichprobenprobleme, die Auswahlentscheidungen erfordern, gelöst (Akremi, 2014). Die Forscherinnen legten den Datenkorpus fest, indem sie die Stichprobenstrategie, die Fallkonstruktion und die Grundgesamtheit in Einklang mit dem gewählten Forschungsdesign brachten. Ebenso wurden die Ausgangspunkte der Datenerhebung, der Feldzugang und die Sammlung des Datenmaterials geplant (ebd.).

3.4.1.1 Auswahl der Expertinnen

In der vorliegenden Forschungsarbeit beziehen sich die Forscherinnen auf eine Expertengruppe, sodass eine gezielte Auswahl bestimmter Arten von Fällen getroffen wurde (Döring & Bortz, 2016d).

Eine Expertin zeichnet sich durch umfassendes theoretisches und praktisches Wissen in einem bestimmten Fachgebiet aus. Expertinnen arbeiten methodengeleitet, selbständig und zielorientiert. Dieser Status kann durch eine entsprechende Ausbildung oder ein akademisches Studium erreicht werden. Auch durch entsprechende Berufserfahrung oder ein Selbststudium ist es möglich, eine bestimmte Expertise zu erlangen (Genau, 2020). Für die vorliegende Forschungsarbeit setzten die Forscherinnen eine ergotherapeutische Grundausbildung und theoretisches Wissen über das Manual voraus, um die speziell ergotherapeutischen Sichtweisen und Vorgehensweisen erfassen zu können. Die entsprechende Erfahrung des Einsatzes von

HgT im Gruppensetting stand besonders im Fokus, da das Erfahrungswissen der Berufspraktiker erforscht werden sollte und vertiefende Fragen zur Umsetzung erst durch die Anwendung des HgT beantwortet werden können. Da sich das Manual auch von Fachkräften mit durch ein Selbststudium erlangtem theoretischem Wissen anwenden lässt, setzen die Forscherinnen eine HgT-Fortbildung nicht voraus. Die Mindestvoraussetzung von fünf Gruppeneinheiten wurde bewusst niedrig gewählt, um trotz des innovativen Themas eine möglichst hohe Teilnehmerzahl zu erreichen. Die Innovation des Themas lässt sich mit der erst seit drei Jahren bestehenden deutschen Übersetzung des nicht gezielt auf Gruppentherapie ausgerichteten Manuals begründen. Aus diesen Gründen ergaben sich folgende Auswahlkriterien:

Auswahlkriterien:

- Mindestens staatlich anerkannte Ergotherapeutin
- Expertise des Manuals (Selbststudium oder Fortbildung, diese ist keine Voraussetzung)
- Bereits mindestens fünf Gruppen-Einheiten HgT in der Gruppe durchgeführt

Die Forscherinnen setzten bei der Teilnehmerakquise auf möglichst unterschiedliche Rekrutierungswege und wendeten das Schneeballverfahren an, das im nachfolgenden Kapitel näher beschrieben wird. So entstand eine heterogene gezielte Stichprobe, die möglichst unterschiedliche Erfahrungen zusammentrug (Döring & Bortz, 2016d).

3.4.1.2 Schneeballverfahren

Während des Stichprobenverfahrens nach dem Schneeballprinzip fragten die Forscherinnen ihnen bekannte Personen zur Teilnahme an der Forschungsarbeit direkt an (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016). Dabei wurde auf die persönlichen und sozialen Netzwerke einzelner Populationsmitglieder zurückgegriffen, um so Expertinnen zu rekrutieren. Diese wurden wiederum gebeten, weitere Expertinnen über ihre sozialen Netzwerke zu rekrutieren (Döring & Bortz, 2016d). Es wurden schriftliche Anfragen an beide deutsche Berufsverbände geschickt mit der Bitte, den digitalen Flyer auf deren Internetseiten zu veröffentlichen. Da einer der Verbände keine digitalen Flyer veröffentlicht, wurde eine angepasste Meldung verfasst, die in schriftlicher Form veröffentlicht wurde (→Anlage 7). Diese Meldung wurde den Mitgliedern unter den aktuellen Meldungen angezeigt und zusätzlich innerhalb eines Newsletters verschickt. Des Weiteren wurden ehemalige und aktuelle Schulleiterinnen, Auszubildende, Kommilitoninnen, Dozentinnen, Praxisanleiterinnen und Kolleginnen angeschrieben mit der Bitte, die Informationen an entsprechende Expertinnen weiterzuleiten. Auch wurde der Flyer an ehemalige Fortbildungsteilnehmerinnen der Fortbildung HgT weitergeleitet und von einem Übersetzer des Manuals auf dessen Homepage veröffentlicht. Im sozialen Umfeld der Forscherinnen wurde

der Flyer über soziale Medien auf den persönlichen Profilen sowie in Fachgruppen der Ergotherapie geteilt. Zusätzlich wurden gezielt ehemalige Studentinnen angeschrieben, die sich bereits mit HgT beschäftigt oder einen Fachartikel zu diesem Thema veröffentlicht haben. Das Schneeballverfahren führte dazu, dass der Flyer an verschiedene Klinik- kreativ- und ergotherapeutische Leitungen verschickt wurde, die diesen wiederum an weitere Kolleginnen weiterleiteten. Infolgedessen wurden einige Personen auf mehreren Wegen auf den Flyer der Forscherinnen aufmerksam.

3.4.1.3 Größe der Stichprobe

Durch Anwendung des Schneeballverfahren kann es zu einer unvorhersehbar großen Stichprobe kommen, da die Weiterleitung der Informationen von den Forscherinnen nicht kontrolliert werden kann. Aus forschungsökonomischen Gründen wurde die Anzahl der Teilnehmerinnen auf die ersten neun und den Auswahlkriterien entsprechenden Expertinnen begrenzt. So wurde vermieden, Auswahlentscheidungen treffen zu müssen. Für den Fall, dass die Anzahl von neun Teilnehmerinnen nicht erreicht werden würde, planten die Forscherinnen zusätzlich die Durchführung teilnehmender Beobachtungen (Mayring, 2016) von HgT-Interventionen im Gruppensetting. Diese mussten jedoch kurz nach ihrer Planung aufgrund der aktuellen Pandemie und der damit einhergehenden Hygienemaßnahmen in den Einrichtungen ausgeschlossen werden (→Kap. 1.3). Die Teilnehmerinnen hatten sich aufgrund der im Flyer (→Anlage 6) angegebenen gemeinsamen Mailadresse der Forscherinnen an diese gewandt und bekundeten ihr Interesse (→Anlage 17). Letztendlich entsprachen alle sechs interessierten Teilnehmerinnen den Auswahlkriterien (→Kap. 3.4.1.1) und erklärten sich zur Teilnahme an der Befragung bereit.

3.4.2 Erstellung der Interviewleitfäden

Die Befragung stellt in den empirischen Sozialwissenschaften die am häufigsten genutzte Datenerhebungsmethode dar. Dabei gehört das halbstrukturierte Interview zu den wichtigsten Datenerhebungstechniken in der qualitativen Forschung. Die Vorteile eines Interviews im Vergleich zu einer Beobachtung liegen im Zugang zum subjektiven Erleben der Probandinnen. Die Gefühle, Meinungen oder Beobachtungen bleiben den Forscherinnen bei einer Beobachtung sonst ebenso verborgen wie nicht beobachtbare Ereignisse oder Verhaltensweisen, weil sie beispielsweise in der Vergangenheit liegen (Döring & Bortz, 2016c).

Im Folgenden werden sechs Klassifikationskriterien für Interview-Techniken und wie diese von den Forscherinnen angewendet wurden beschrieben (ebd.).

3.4.2.1 Klassifikationskriterien für wissenschaftliche Interviews

1. *Grad der Strukturierung der Interviewsituation*

Die Forscherinnen entschieden sich für ein halbstrukturiertes Interview, welches auf einem Interviewleitfaden basiert. Dabei handelt es sich um einen Fragenkatalog mit hauptsächlich offenen Fragen. Auch wenn der Leitfaden eine Reihenfolge der Fragen vorgibt, hatten die Forscherinnen hinsichtlich des Interviewflusses die Möglichkeit, Fragen vorzuziehen, zu überspringen oder sie zu vertiefen (Döring & Bortz, 2016c). Das halbstrukturierte Interview ist somit geeignet, das Interview grundsätzlich offen zu gestalten und dennoch den Ablauf bis zu einem gewissen Maß zu steuern (Helfferich, 2019). Man spricht auch von „teilstandardisiert“, wenn Fragen oder Themenblöcke zum Teil vorgegeben sind, aber keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden (Döring & Bortz, 2016c). „Der [Gesprächs-] Leitfaden beruht auf der bewussten methodologischen Entscheidung, eine maximale Offenheit (die alle Möglichkeiten der Äußerungen zulässt) aus Gründen des Forschungsinteresses oder der Forschungspragmatik einzuschränken“ (Helfferich, 2019, S. 670).

2. *Anzahl der gleichzeitig interviewten Fragepersonen*

Da die Gewinnung von Informationen der einzelnen Befragten im Vordergrund stand, entschieden sich die Forscherinnen für Einzelinterviews. Auf diese Weise hatten die Expertinnen die Möglichkeit, ihre Meinung zu äußern, ohne sich dabei von anderen Antworten beeinflussen zu lassen (Döring & Bortz, 2016c). Des Weiteren konnten Inhalte der Themen bei Einzelinterviews so stärker vertieft werden (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016).

3. *Art des Interviewkontaktes*

Wie bereits genannt (→Kap. 1.3), waren Die Forscherinnen verpflichtet, Online-Interviews durchzuführen. Dennoch hatte die digitale Umsetzung der Interviews eine gewisse zeitliche Flexibilität der Forscherinnen zum Vorteil. Darüber hinaus stellten weite räumliche Distanzen keine Hindernisse dar. So konnten Interviews mit Teilnehmerinnen aus ganz Deutschland ohne Anfahrtswege geführt werden. Im Online-Interview entsteht durch die Live-Situation trotz räumlicher Distanz eine persönliche Atmosphäre. Auf diese Weise hatten die Forscherinnen die Möglichkeit, auf die Antworten der Expertinnen näher einzugehen. Zudem bietet eine mündliche Befragung den Vorteil, dass die Teilnehmerinnen, im Gegensatz zu einer schriftlichen Befragung, viel ausführlicher antworten und deutlich mehr Informationen preisgeben (Döring & Bortz, 2016c).

4. Anzahl der Interviewenden

Gewählt wurde ein herkömmliches Interviewsetting, in dem jeweils eine Forscherin eine Expertin interviewt. Dieses Setting wurde gewählt, da mehrere Interviewende zugleich häufig einschüchternd auf die Befragten wirken (Döring & Bortz, 2016c).

5. Art der Befragungspersonen

Da die Expertise von Berufspraktikern im Forschungsinteresse steht, kam ein Laien-Interview nicht in Frage. Aus diesem Grund wurde das Interview mit Expertinnen (→Kap. 3.4.1.1) geführt (Döring & Bortz, 2016c).

6. Art der Interviewtechnik

Die Forscherinnen, wählten wie oben beschrieben, das Experten-Interview. Dabei handelt es sich um eine Variante des Leitfadeninterviews, bei der Expertinnen zu einem Thema interviewt werden (Bogner, Littig & Menz, 2005; Kaiser, 2014). Mithilfe von Experteninterviews geben die Expertinnen ihr Wissen preis, welches einerseits „gedanklich und sprachlich leicht zugängliches strukturelles Fachwissen, andererseits aber auch ... Praxis- und Handlungswissen“ darstellt (Döring & Bortz, 2016c, S.375).

Um das Interview inhaltlich auf einem fachlich anspruchsvollen Niveau zu führen, entschieden sich die Forscherinnen dazu, die Rolle der Co-Expertinnen zu übernehmen (Bogner, Littig, & Metz, 2005; Dorussen, Lenz, Blavoukos, 2005). Dies war möglich, da die Forscherinnen selbst staatlich anerkannte Ergotherapeutinnen sind, im psychiatrischen Setting arbeiten und während des Forschungsprozesses erste Erfahrungen mit HgT im Gruppen- bzw. Einzelsetting sammelten. Auch generierten die Forscherinnen im Rahmen der Literaturrecherche (→Kap. 3.2.5) zur vorliegenden Forschungsarbeit ein umfangreiches Fachwissen. Gemäß der vierten Säule des qualitativen Denkens wird die Analyse des Forschungsgegenstandes vom Vorverständnis der Forschenden geprägt. Dieses wird offengelegt und schrittweise während des Forschungsprozesses weiterentwickelt.

7. Aufbau des Leitfadens

Die Forscherinnen begannen die Anfertigung des Interviewleitfadens (→Anlage 10) nach der Festlegung der Forschungsfrage mit einer umfangreichen Literaturrecherche (→Kap. 3.2.5). Dazu gehörte die Vertiefung in den theoretischen Hintergrund (→Kap. 2) und in die später ausgewählte Methodik (→Kap. 3). Dabei wurde die Art der Befragung mithilfe eines Interviewleitfadens umfassend geplant. Dieser besteht aus den Textkörpern Begrüßung, Einführung, *Warming Up* (Aufwärmphase), Hauptteil und Abschluss. Nach der Begrüßung planten die Forscherinnen eine *Warming Up* Phase ein, mit welcher durch ein unverfängliches Gespräch eine Beziehung zu den Teilnehmerinnen aufgebaut werden sollte (Mey & Mruck, 2011). Im

Anschluss sollte eine Einführung folgen, in der die Forschungsfrage und der Grund für das Interview erläutert würden. Darauf würden die Befragung entsprechende der Forschungsfrage relevanter Inhalte und zuletzt der Abschluss folgen. Den Teilnehmerinnen würde dadurch die Möglichkeit gegeben, Aspekte zu ergänzen und Fragen zu stellen. Auch die Forscherinnen könnten den Moment nutzen, um ergänzende Fragen zu stellen. Zuletzt würde die Verabschiedung folgen (Döring & Bortz, 2016c).

Die Inhalte des Interviews strukturierten die Forscherinnen nach Themenblöcken, die sich am theoretischen Hintergrund der vorliegenden Forschungsarbeit (→Kap. 2) orientieren, um so einen logischen Ablauf zu gewährleisten. Im Vorfeld wurde überlegt welche Folgefragen möglich sind, um die Expertinnen zu einer erweiterten Antwort zu ermutigen (ebd.). Damit ein umfangreicher Einblick in die Erfahrungen der Expertinnen gewährt werden konnte, enthielt der Leitfaden möglichst offene und keine beeinflussenden Fragen. Zuerst wurden allgemeinere Themen wie das Arbeitssetting erfragt. Im weiteren Verlauf gestalteten die Forscherinnen den Leitfaden mit zunehmend detaillierteren Fragen, die der Beantwortung der Forschungsfrage dienen (ebd.).

Die Forscherinnen entschieden sich für einen Leitfaden mit einer Gesamtdauer von 60 bis 75 Minuten. Insgesamt enthält der endgültige Leitfaden 41 Fragen, von denen zusätzlich einzelne vertiefende Fragen mit a und b gekennzeichnet sind, so beispielsweise Frage 32 (→Anlage 10). Fragen, welche von den Expertinnen aus eigenem Impuls beantwortet wurden, wurden nicht nochmals gestellt. Da die Forscherinnen die Wahl der Anrede den Teilnehmerinnen überließen, erstellten die Forscherinnen einen Interviewleitfaden in Du-Form und einen in Sie-Form (→Anlage 10,11). Der Leitfaden schließt mit der Frage nach der Zufriedenheit mit der HgT-Gruppenintervention und ihrer möglichen Empfehlung ab.

3.4.3 Pretest

Ein vorab durchgeführter Test des Interviewleitfadens an Personen, die nicht in dessen Erstellungsprozess involviert waren, auch Pretest genannt, dient der Überprüfung der einzelnen Fragestellungen und des Fragenablaufs (Kaiser, 2014; Weigl, 2016). Funktionen des Pretests nach Schell et al. (2012, zitiert nach Kaiser, 2014) sind beispielsweise die Überprüfung des Verständnisses, des Interesses und der Aufmerksamkeit der Fragen sowie die Überprüfung der Dauer des leitfadengestützten Interviews. Im Anschluss an den Pretest wird der Interviewleitfaden bei Bedarf, anhand der neugewonnenen Erkenntnisse, optimiert. Die Anpassung des Erhebungsinstrumentes kann Kürzungen, Umformulierungen, Ergänzungen sowie das Entfernen einzelner Fragen beinhalten (Kaiser, 2014).

Der durchgeführte Pretest galt der Überprüfung des Leitfadeninterviews sowie der Erprobung des ausgewählten Videokommunikationsmittels. Die teilnehmende Person entsprach nur teilweise den Einschlusskriterien. Sie hatte sich in das Manual eingelesen und die Fortbildung besucht, sich jedoch bisher nur gedanklich mit der Umsetzung von HgT als Gruppenintervention auseinandergesetzt. Ausgewählt wurde diese Person, da sie aufgrund einer eigenen Forschungsarbeit zum Thema HgT umfassende inhaltliche Kenntnisse vorwies und die Forscherinnen bezüglich der Innovation des Themas nicht auf die Daten der übrigen Teilnehmerinnen, die gänzlich den Einschlusskriterien entsprachen, verzichten wollten. Der Pretest fand über Bluejeans* (Bluejeans Home, 2020) statt. Im Anschluss an das Interview wurde der Gesprächsleitfaden mit dem Pretester mündlich evaluiert. Dabei war nicht nur die subjektive Meinung, sondern auch das vorhandene Expertenwissen wichtig, welches durch einen eigenen Forschungsprozess erlangt wurde. Die Auswertung des Pretests zeigte, dass die einzelnen Fragestellungen, bis auf wenige Ausnahmen, verständlich waren, die Fragen gut strukturiert waren, die Dauer des Interviews den festgelegten Zeitrahmen jedoch überstieg. Dies hatte eine reduzierte Aufmerksamkeit der teilnehmenden Person zum Ende der Befragung zur Folge. Nach der Evaluierung wurden die einzelnen Fragen hinsichtlich der Forschungsfrage neu bewertet, um den Interviewleitfaden im Anschluss deutlich zu reduzieren. Insgesamt wurden mehr als zwanzig Fragen gestrichen und zwei neue Fragen hinzugefügt (→Anlage 10). Die Forscherinnen entschieden sich ebenfalls, ein Zusatzblatt (→Anlage 12) zu erstellen, das eine Abbildung des CMCE (→Abb. 3) sowie kurze Erklärungen der einzelnen Skills enthält. Auf diese Weise wollten die Forscherinnen die Frage nach den *CMCE-Skills* (→Kap. 2.4.1.2) erleichtern, da nicht zwangsläufig jeder Teilnehmerin die Skills inhaltlich geläufig sind.

3.4.4 Durchführung

Der Gesamttablauf des qualitativen Interviews nach Döring und Bortz (2016c) umfasst zehn Arbeitsschritte. Schritt eins beinhaltet die inhaltliche Vorbereitung, die bereits in →Kap. 3.4 beschrieben wurde. In diesem Kapitel werden daher die nächsten sechs Arbeitsschritte beschrieben. Die dem Interview nachfolgenden Schritte sind Gesprächsnotizen, Transkription (→Kap. 3.4.5) Analyse der Transkripte (→Kap. 3.5) und Archivierung des Materials (→Kap. 3.3) (ebd.).

Organisatorische Vorbereitung

Technisch wurde für das Interview ein vorher eingerichteter digitaler Raum (Bluejeans, Home, 2020), der bei Betreten einer weiteren Person automatisch mit einer Videoaufzeichnung beginnt, genutzt. Da sich das Eintreten und die Nutzung des digitalen Raumes sowie die automatische Aufzeichnung im Pretest (→Kap. 3.4.3) als unkompliziert darstellten, wurde Bluejeans (ebd.) als Videokommunikationsmittel bevorzugt. Aufgrund späterer technischer

Schwierigkeiten in seitens Bluejeans (Döring & Bortz, 2016c), wurden für die Interviews vier bis sechs Microsoft Team Sitzungen (2020) als Videokommunikationsmittel ausgewählt. Vor der Nutzung eines vorher eingerichteten Teams, wurden dessen Nutzung und Aufzeichnungsfunktion mit verschiedenen unabhängigen Personen getestet. Darunter waren Personen, die Microsoft Teams (2020) bereits installiert hatten, aber auch solche, die den Zugriff ausschließlich über ihren Browser tätigten. Dabei zeigte sich, dass bei beiden Varianten eine Anmeldung mit der eigenen E-Mail-Adresse nötig ist. Die Nutzung von Microsoft Teams (2020) erforderte, die Videoaufnahme vor Beginn des jeweiligen Interviews manuell zu starten. Die Forscherinnen entschieden sich für Microsoft Teams, da die Zuyd Hogeschool ihnen einen kostenlosen Zugang ermöglichte und das Programm im Gegensatz zu einigen anderen großen Wert auf den Datenschutz seiner Nutzer legt (Microsoft Teams, 2020).

Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, mögliche Zeiten für das Stattfinden des Interviews per Mail an die Forscherinnen zu schicken. Dies sollte den Expertinnen die Teilnahme an der Forschungsarbeit erleichtern, ohne Einschränkungen durch einen vorgegebenen Termin zu erleben. Nach der Terminplanung wurden die Einverständniserklärung (→Anlage 9), anfangs die Zugangsdaten zum Bluejeans Raum (Bluejeans, 2020) und später Microsoft Teams Einladungen (Microsoft Teams, 2020) per Mail an die Teilnehmerinnen verschickt.

Wenige Tage vor dem Interview wurde jeweils das Zusatzblatt mit den CMCE-Skills (→Anlage 12) zur Verfügung gestellt. In der Mail wurde darauf hingewiesen, dass das Zusatzblatt während des Interviews benötigt wird und gleichzeitig noch einmal an den jeweiligen Interviewtermin erinnert (→Anlage 17). Es wurde auch empfohlen, das gewählte Videokommunikationsmittel im Vorfeld zu testen und bei Bedarf Fragen zur Nutzung zu stellen.

Des Weiteren wurde auf die Aufzeichnung mit dem Start des Interviews, wie in der Einverständniserklärung angekündigt, hingewiesen. Kurz vor den Interviews erprobten die Forscherinnen die Videokommunikationsmittel und deren Aufnahmefunktion. Nach den Erprobungen legten sie für die Durchführung der Online-Interviews im Vorfeld einige Rahmenbedingungen fest. So einigten sie sich während der Interviewübertragung auf einen schlichten Hintergrund, um Ablenkungen seitens der Expertinnen zu vermeiden.

Weiterhin testeten Sie im Vorfeld die Tonqualität und nutzten bei Bedarf Kopfhörer, um so eine gute Tonqualität zu gewährleisten. Auch die Lichtverhältnisse wurden bedacht. Die Forscherinnen nutzten Lichtquellen, die sie von vorne beleuchteten, um für die Teilnehmerinnen gut erkennbar zu sein. Sie achteten auch auf eine gute Internetverbindung. Die Interviewleitfäden wurden in beiden Varianten ausgedruckt und am Durchführungsort bereitgelegt. Nach

Döring und Bortz (2016c) ist die organisatorische Vorbereitung abgeschlossen, sobald die Interviewende bereit ist und weiß, wann und wo das Interview stattfinden wird.

Gesprächsbeginn

Das Interview startete nach dem gemeinsamen Betreten des virtuellen Raumes (Bluejeans Home, 2020) beziehungsweise mit dem Start der Aufnahme bei Microsoft Teams (2020). Das Gespräch begann mit einer Begrüßung und einer ersten Eisbrecherfrage danach (Döring & Bortz, 2016c), ob die Teilnehmerinnen bislang gut mit der erforderlichen Technik zurechtgekommen sind (→Kap. 3.4); (→Anlage 10). Daraufhin folgten eine kurze Vorstellung der jeweiligen Forscherin sowie eine kurze Erläuterung über die Forschungsarbeit. Die Forscherinnen erläuterten den Teilnehmerinnen, dass sie sich während des Gesprächs zurückhalten würden und ihnen den Hauptredeanteil überlassen würden, um an möglichst viele Informationen zu gelangen. Die Teilnehmerinnen sollten das häufige Schweigen der Forscherinnen nicht als Zustimmung, Missbilligung oder Bewertung ansehen. Auf diese Weise schafften die Forscherinnen Transparenz und bauten mögliche Akzeptanzprobleme ab. Nach der Erfragung, ob den Teilnehmerinnen das Zusatzblatt zum CMCE vorliege, begannen die Forscherinnen mit der inhaltlichen Befragung.

Durchführung des Interviews

„Die Hauptaufgabe des Interviewers ist die Steuerung des Gesprächsablaufs“ (Döring & Bortz, 2016c, S. 366). Die Herausforderung liegt unter anderem darin, weiterführende und vertiefende Fragen zu stellen, um die Befragte zu ermutigen, ihr Wissen umfassend preiszugeben (Döring & Bortz, 2016c). Die Forscherinnen orientierten sich am Interviewleitfaden (→Anlage 10). Sie stellten zunächst Fragen zum Arbeitssetting der Teilnehmerinnen und begannen dann mit Fragen zum Manual. Diese Fragen ermöglichten den Teilnehmerinnen einen angenehmen Einstieg ins Thema. Im weiteren Verlauf spezifizierten sich die Fragen, indem erst Fragen zu Gruppentherapien im Allgemeinen und anschließend in Bezug auf das HgT gestellt wurden. Daraufhin folgten Fragen, die den theoretischen Hintergrund des Manuals mit Gruppentherapien verknüpften.

Zuvor wurde jeweils erfragt, ob die erfragten Modelle und Begrifflichkeiten bekannt sind. Bei Bedarf erläuterten die Forscherinnen diese in einfacher Sprache. Vor der Frage zum Thema *Recovery* lasen die Forscherinnen eine der vielen existierenden Definitionen von *Recovery* vor, um sicherzustellen, dass die Teilnehmerinnen ein ähnliches Verständnis von *Recovery* haben wie sie selbst. Das vorher zugeschickte Zusatzblatt zum CMCE (→Anlage 12) wurde zur Visualisierung des Modells und als Gedächtnisstütze genutzt. Die Teilnehmerinnen erhielten die Möglichkeit, sich an den Enablement Skill auf der Vorlage zu orientieren und damit die Frage zu den Kompetenzen in der Gruppe zu beantworten. Die Abschlussfragen bezogen sich wieder

auf das HgT und befassten sich mit der eigenen Zufriedenheit bezüglich der Implementierung des HgT als Gruppenintervention und dem Feedback, das sie von Kolleginnen und Klientinnen erhalten hatten. Da es sich bei dem Fragebogen um einen Leitfaden handelt, hatten die Forscherinnen die Möglichkeit, flexibel auf das Gesagte zu reagieren und bei Bedarf Fragen vorwegzunehmen oder ergänzende Fragen zu stellen. Auf diese Weise entstand ein angenehmer und tiefgehender Gesprächsfluss, der durch die Tonaufnahme unterstützt wurde, da die Forscherinnen die Antworten nicht schriftlich festhalten mussten und der Gesprächsfluss somit nicht unterbrochen wurde.

Während der Interviews traten zeitweise Verbindungsprobleme auf, meist seitens der Teilnehmerinnen, die entweder zu häufigeren Nachfragen der Forscherinnen oder zu einer kurzzeitigen Unterbrechung des Interviews führten. Die Aufzeichnungen waren letztendlich jedoch vollständiger als erwartet. Nicht nachvollziehbare Passagen wurden als unverständlich gekennzeichnet (→Anlage 13) und teilweise im Rahmen des *Member Checking** (Befragten Validierung) (→Kap. 3.4.5) ergänzt.

Gesprächsende

Im Anschluss an das Interview folgte ein informelles Gespräch. Dabei hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Da Teilnehmerinnen in dieser Phase des Interviews häufig noch spannende Informationen ergänzen (Döring & Bortz, 2016b), ließen die Forscherinnen die Audioaufzeichnung eingeschaltet. Die Teilnehmerinnen konnten innerhalb des Videokommunikationsmittels sehen, dass die Aufnahme weiterhin läuft, weshalb es nicht zu einer ethischen Verletzung kam.

Verabschiedung

Zuletzt dankten die Forscherinnen den Teilnehmerinnen für ihre Zeit und das geteilte Expertenwissen. Es fand eine gegenseitige Verabschiedung statt, die Teilnehmerinnen verließen den virtuellen Raum und die Forscherinnen beendeten die Aufnahme.

Im nachfolgenden Kapitel 3.4.5 Transkription wird Arbeitsschritt acht der qualitativen Interviews beschrieben (Döring & Bortz, 2016c).

3.4.5 Transkription

Um das in den Online-Interviews digital gewonnene Tonmaterial in die schriftliche Form zu bringen, wurde dieses mithilfe des Audiotranskriptionsprogrammes f4transkript* (audiotranskription, 2020) durch die Forscherinnen verschriftlicht. Beispielhafte Auszüge aus den Transkriptionen sind im Anhang (→Anlage 13) zu finden. Aufgrund der in (→ Kap. 3.4.4) beschriebenen Schwierigkeiten mit der Internetverbindung, kam es in zwei Interviews zu einer Unterbrechung. Die zugehörigen Transkripte bestehen aufgrund dessen aus jeweils zwei Teilen. Laut Mayring (2016) ist für die Auswertung der in den Interviews gewonnenen Informationen „die Herstellung von Transkripten zwar aufwändig, aber doch unabdingbar“ (S. 89). Dabei nutzten die Forscherinnen, in Anlehnung an Kuckartz (2008 zitiert nach Dresing & Pehl, 2015), die für die gute Lesbarkeit und einem der Forschungsarbeit entsprechend angemessenem Arbeitsaufwand folgenden einfachen Transkriptionsregeln.

Transkriptionsregeln	
1	Die Transkription erfolgt wörtlich und ohne Dialekte. Es wird nicht lautsprachlich oder zusammenfassend transkribiert.
2	Es findet eine leichte Glättung der Sprache und Interpunktion statt. Beispielweise: „Ne, bei uns ist das anders“. → „Nein, bei uns ist das anders“.
3	Angaben, welche Rückschlüsse auf Interviewteilnehmerinnen ermöglichen, werden anonymisiert und mit (anonym) markiert.
4	Pausen von signifikanter Länge werden durch Auslassungspunkte (...) dargestellt.
5	Begriffe, die besonders betont werden, werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
6	Nicht transkribiert werden Verständnissignale wie beispielsweise „mhm, aha, ja, genau“ des gerade nicht Sprechenden. Eine Ausnahme besteht, wenn die Antwort ausschließlich aus diesem Verständnissignal besteht. Dieses wird abhängig von der jeweiligen Interpretation als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst.
7	Unausgesprochene emotionale Äußerungen der Interviewteilnehmerin oder der Interviewerin, welche die Inhalte präzisieren oder unterstützen (beispielsweise lachen), werden in Klammern notiert.
8	Unverständliche Wörter werden mit (unv.) markiert.
9	Ein Abbruch wird mit / gekennzeichnet.
10	Die Erfassung von Wortdopplungen erfolgt ausschließlich, wenn diese als Stilmittel zur Betonung zum Einsatz kommt. Beispielweise: „Das ist eine sehr, sehr interessante Frage“.

Tabelle 2: Transkriptionsregeln

Die fertig transkribierten Interviews wurden durch die Forscherinnen auf die Einhaltung der festgelegten Transkriptionsregeln überprüft. Im Anschluss wurden diese den jeweiligen Expertinnen zur Überprüfung per Mail zugeschickt. Das sogenannte *Member Checking* wurde mit dem Ziel der Validierung der Transkripte durch die jeweilige Teilnehmerin per Email-Verkehr (→Anlage 17) durchgeführt (Döring & Bortz, 2016c, S.109). Zwei von sechs Expertinnen nahmen kleinere Veränderungen ihrer Aussagen im Transkript vor. Dies wurde durch die Forscherinnen im jeweiligen Transkript vermerkt.

Um die in den Transkripten vorhandenen Informationen auswerten zu können, erfolgte im Anschluss die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Dieses Vorgehen wird genauer im folgenden Kapitel beschrieben.

3.5 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Zur Auswertung der Daten wurde für die hier vorliegende Forschungsarbeit die qualitative Inhaltsanalyse gewählt. „Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse besteht in der systematischen, regelgeleiteten und theoriegeleiteten Analyse von Datenmaterial und Texten, die vorwiegend durch Kommunikation erstellt wurden“ (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016, S. 93). Die Forscherinnen erheben mit dieser Forschungsperspektive keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit.

Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring kann das gewonnene Material streng methodisch kontrolliert analysiert werden, indem ein am Material orientiertes Kategoriensystem entwickelt und schrittweise ausgewertet wird (Mayring, 2016).

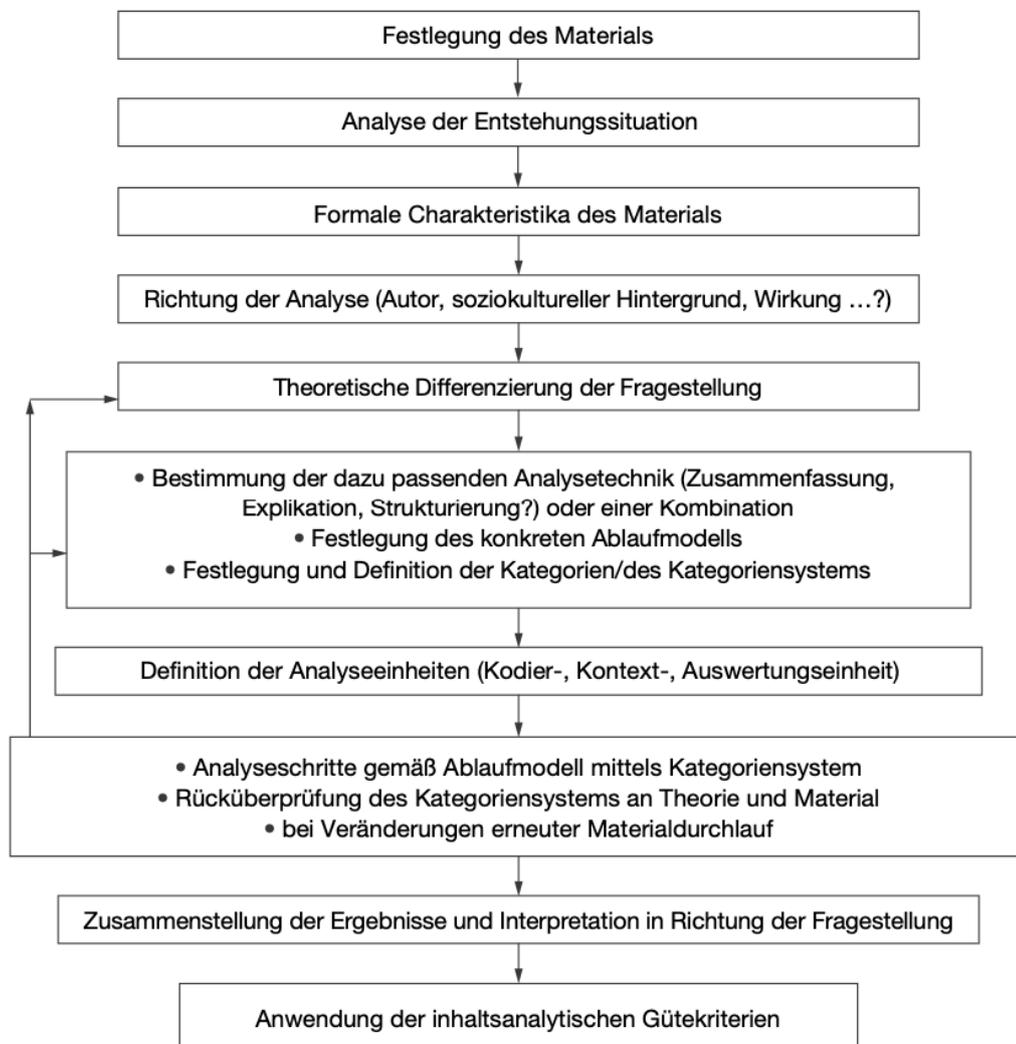


Abbildung 7: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring (2015), S. 62

Abb. 7 zeigt das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell nach Mayring. Die ersten Schritte beinhalten die Beschreibung und Festlegung des Materials auf Basis der festgelegten Fragestellung (Mayring, 2015). Im Anschluss wird die passende Analysetechnik gewählt. Es besteht die Möglichkeit, zwischen der Zusammenfassung, der Explikation und der Strukturierung zu wählen. Die Forscherinnen entschieden sich aufgrund ihrer Forschungsfrage und des gewonnenen Materials für die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring. Bei dieser Art der Analysetechnik wird induktiv vorgegangen. Dabei wird das gewonnene Material systematisch

reduziert und im Anschluss daraus die Kategorien entwickelt. Ziel des Ganzen ist die Reduzierung des Materials auf das Wesentliche (Mayring, 2015).

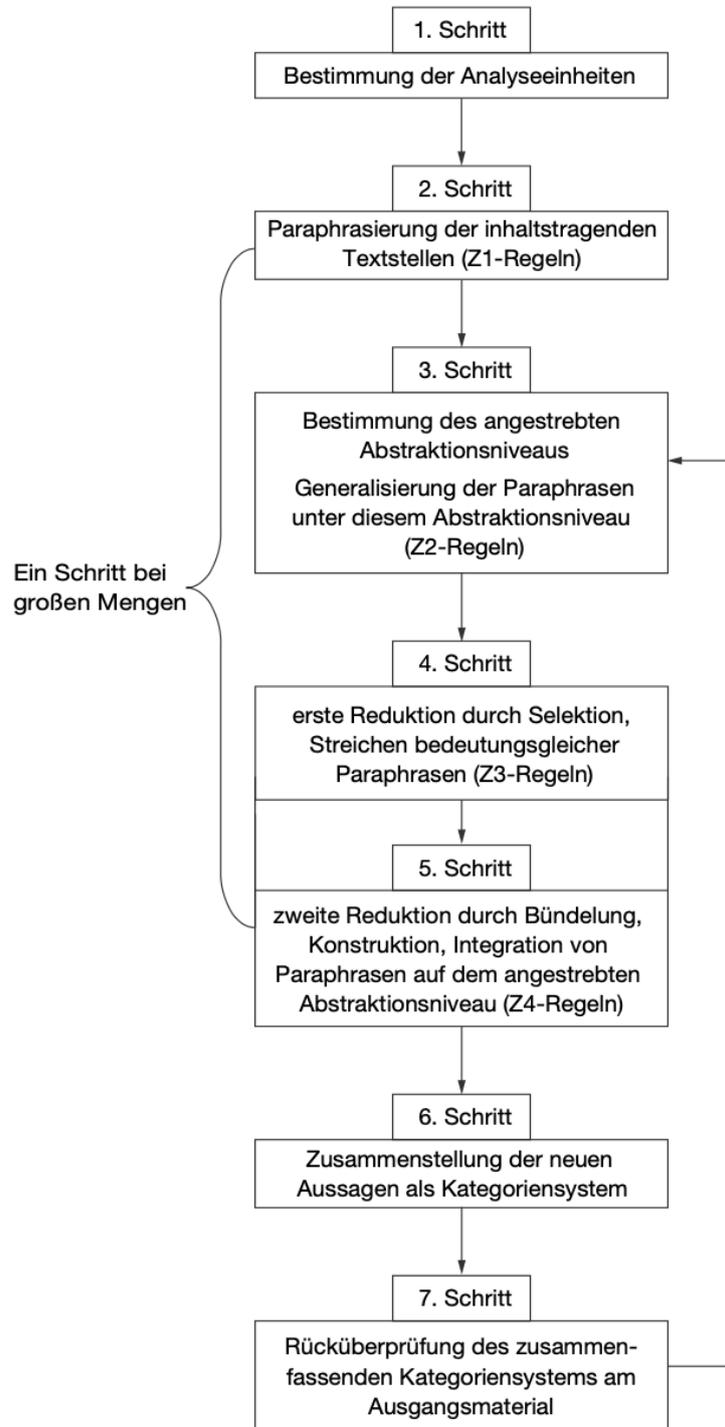


Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), S. 70

Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (→Abb. 8) stellt den eigentlichen Analyseprozess dar. Im Folgenden wird daher auf die im Rahmen der Forschungsarbeit durchgeführten Schritte des Ablaufmodells der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) eingegangen.

Zu Beginn legten die Forscherinnen die Kodier-Einheiten auf Wort- bis Satzebene und die Kontexteinheiten auf bis zu drei Sätze fest. Zur Unterstützung wurde das f4analyse* Programm (audiotranskription, 2020) angewendet. In den folgenden Schritten der Zusammenfassung bildeten die Forscherinnen zuerst Paraphrasen. Dabei wurden Textstellen gekürzt und weniger inhaltstragende Inhalte gestrichen. Die Forscherinnen hielten sich dabei an die Z1-Regel (→Abb. 8) nach Mayring (2015). Dafür nutzten die Forscherinnen die Memo Funktion des F4analyse Programms (audiotranskription, 2020) (→Anlage 14). Im Anschluss folgten die Forscherinnen der Z2-Regel (→Abb. 8) nach Mayring (2015). Die zuvor gebildeten Paraphrasen wurden auf das zuvor festgelegte Abstraktionsniveau generalisiert (→Anlage 15). Die Paraphrasierung und Generalisierung eines jeden Textes wurden durch jeweils zwei Forscherinnen durchgeführt, um dem Verlust von Inhalten möglichst stark entgegen zu wirken. Nach der Fusion der Datensätze im F4analyse Programm (audiotranskription, 2020) wurden die durch die Forscherinnen reduzierten Inhalte anhand eines Kategoriensystems zusammengefasst (→Anlage 16). Die Kategorien wurden innerhalb des f4analyse Programms (ebd.) mithilfe zuvor erstellter Codes entwickelt. Durch die Zusammenarbeit sollte auch an dieser Stelle der Verlust von Inhalten vermieden werden. Die Kategorien dieser Forschungsarbeit wurden induktiv gebildet. Dies bedeutet, dass sich die Forscherinnen bei der Definition der Kategorien nicht auf theoretische Vorüberlegungen stützten, sondern sie „die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab[leiten], ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen“ (Mayring, 2015, S.85). Nach der Bearbeitung von 10 - 50% des Materials im Rahmen der Kategorienbildung, wurden diese vor der Fortführung der weiteren Kategorienentwicklung überprüft. Abschließend wurde die Repräsentativität der im Kategoriensystem zusammengefassten Inhalte in Bezug zum Ausgangsmaterial durch die Forscherinnen geprüft.

3.6 Gütekriterien

Unter Gütekriterien werden Kriterien zusammengefasst, die die Güte, d. h. die wissenschaftliche Exaktheit von Studien beschreiben. Gütekriterien dienen einerseits Forschern und Forscherinnen als Richtlinien, um wissenschaftliche Exaktheit in ihren Forschungsstudien zu gewährleisten. Andererseits können sie auch zur kritischen Beurteilung von Studien herangezogen werden. (Höhl, 2016; S. 127)

Die Festlegung von einheitlichen und festgelegten Gütekriterien zur qualitativen Forschung erweist sich im Vergleich mit der quantitativen Forschung als deutlich schwieriger. Das liegt unter anderem daran, dass der Forschungsprozess qualitativer Forschung häufig im geringeren Maße standardisiert ist (Flick, 2008).

Nach Mayring (2015) gehört die Einschätzung der Ergebnisse anhand von Gütekriterien zu einem wichtigen Standard empirischer Forschung. Zu den klassischen Gütekriterien gehören die Reliabilität (Zuverlässigkeit), die Validität (Genauigkeit) und die Objektivität (Flick, 2019; vgl. Wolf & Best, 2010).

Mayring (2016) unterscheidet sechs allgemeingültige Gütekriterien qualitativer Forschung. Diese werden im Folgenden kurz beschrieben.

1. Verfahrensdokumentation

In der qualitativen Forschung ist das Vorgehen viel spezifischer als in quantitativen Forschungen. Aus diesem Grund muss das Vorgehen so kleinschrittig wie möglich dokumentiert werden, um es für Andere nachvollziehbar zu machen (vgl. vor allem Kirk/Miller, 1968 zitiert nach Mayring, 2016). Dazu gehören beispielsweise die Zusammenstellung des Erhebungsinstruments sowie die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung (Mayring, 2016). Die Forscherinnen kamen diesem Gütekriterium nach, indem sie innerhalb des →Kap. 3. Methode jeden Schritt ihrer Forschung beschrieben und zusätzlich mit bildlichen Darstellungen verdeutlichten. So ist für die Leserin nicht nur nachvollziehbar, wie die Studie abgelaufen ist, sondern darüber hinaus könnte sie die Studie anhand der Darstellungen adaptieren und zu ähnlichen Ergebnissen wie die Forscherinnen gelangen.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Innerhalb qualitativer Forschungen spielt die Interpretation der Forscherinnen eine entscheidende Rolle. Anders als statistische Datensätze lassen sich Interpretationen nicht wirklich überprüfen. Damit die Qualität einer Forschung dennoch überprüft werden kann, müssen Interpretationen argumentativ begründet werden. Diese Argumentation sollte mit einem fundierten Vorverständnis mit der Interpretation übereinstimmen. Auf diese Weise ist eine Deutung theoriegeleitet. Die Interpretation sollte logisch nachvollziehbar sein. Sollte dies nicht der Fall sein, müssen eventuelle Brüche erläutert werden. Eine Überprüfung von Alternativbedeutungen trägt zu einer Interpretationsabsicherung bei (Mayring, 2016). Die Forscherinnen setzten sich wie in →Kap. 2. Theoretischer Hintergrund dargestellt wird, intensiv mit Literatur auseinander, um ein fundiertes Vorverständnis zu erlangen. Es wurde geplant, mögliche Brüche bezüglich der Interpretation (→Kap. 5) zu begründen.

3. Regelgeleitetheit

Die qualitative Forschung bietet Offenheit und Variationsmöglichkeiten, welche jedoch systematisch umgesetzt werden müssen. Dies geschieht, indem Forscherinnen sich an festgelegte Vorgehensweisen, Regeln und ein systematisches Vorgehen halten. Innerhalb der Analyse werden einzelne Analyseeinheiten festgelegt und methodisch bearbeitet. Ablaufmodelle unterstützen dabei, die regelgeleitete Vorgehensweise zu dokumentieren. Das methodische Vorgehen kann vereinfacht werden, wenn der Gesamtprozess in Einzelschritte zerlegt wird. Dabei ist nicht das starre Befolgen der vorgegebenen Regeln wichtig, sondern, dass vorgenommene Anpassungen, dokumentiert werden (Mayring, 2016). Wie in →Kap. 3.5 beschrieben, folgten die Forscherinnen einer vorher festgelten Vorgehensweise mithilfe des systematischen Vorgehens nach Mayring (2016). Auch die angepasste Analyse durch das f4analyse Programm wird dort beschrieben.

4. Nähe zum Gegenstand

Die Gegenstandsangemessenheit oder auch die Nähe zum Gegenstand ist ein Leitgedanke qualitativ-interpretativer Forschung (vgl. Flick, 1987 zitiert nach Mayring, 2016). Innerhalb der qualitativen Forschung gelingt dies, indem man in der Alltagswelt der untersuchten Subjekte ansetzt. Anstatt in einem Labor zu forschen, begeben sich die Forscherinnen direkt in die natürliche Lebenswelt der Forschungssubjekte. Die Nähe der Lebenswelt stellt ein wichtiges Gütekriterium dar. Im Gegensatz zu klassischen Experimenten, bei denen es auch zu Täuschungen seitens der Probandinnen kommen kann, besteht zwischen dem Forschungssubjekt und den Forscherinnen hier ein offenes, gleichberechtigtes Verhältnis. Die Absichten der Forscherinnen werden offengelegt. Da sie und die beforschten Personen ein gemeinsames Interesse verfolgen, wird eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand erreicht. Man nennt dies auch Interessensannäherung. Ob es gelungen ist, eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand aufzubauen, sollte stets zum Ende der Forschung überprüft werden (Mayring, 2016).

5. Kommunikative Validierung

Die kommunikative Validierung ist eine Art, Ergebnisse auf ihre Gültigkeit zu überprüfen. Dies geschieht, indem den beforschten Personen die Ergebnisse vorgelegt werden, um diese im Anschluss gemeinsam zu diskutieren. Geben die Beforschten an, dass sie sich in den Ergebnissen wiederfinden und bestätigen sie diese, ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse eine gewisse Gültigkeit besitzen. Dies darf jedoch nicht das einzige Kriterium sein, da die subjektiven Bedeutungskonstruktionen der Befragten dann als allgemeingültig gelten würden. Es ist wichtig, die Ergebnisse mit weiteren Interpretationen zu ergänzen. Dies zeigt, dass den Probandinnen eine besondere Rolle zugeschrieben wird, da sie nicht allein Datenlieferantinnen, sondern als denkende Subjekte den Forscherinnen gleichgestellt sind. Aus der im Dialog stattfindenden Arbeit können wichtige Erkenntnisse zur Interpretation und Absicherung der

Ergebnisse gewonnen werden (Mayring, 2016). Die Forscherinnen gaben den Teilnehmerinnen die Möglichkeit, während des *Member Checkings* Ergänzungen anzugeben. Auf das Vorlegen der Ergebnisse wurde aus forschungsökonomischen Gründen verzichtet. Dennoch war es den Forscherinnen wichtig, dass die Teilnehmerinnen und Forscherinnen sich auf Augenhöhe begegnen.

6. *Triangulation*

„Triangulation meint immer, dass man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen“ (Mayring, 2016, S. 147). Das bedeutet, dass man unterschiedliche Datenquellen miteinander vergleicht, um an mögliche Lösungen zu gelangen. So werden beispielsweise unterschiedliche Autoren, Meinungen, Theorieansätze oder Methoden verglichen. Das Ergebnis liegt nicht darin, eine Übereinstimmung festzustellen, sondern bietet die Möglichkeit, Stärken und Schwächen der einzelnen Analysewege aufzuzeigen (Stangl, 2020; vgl. Mayring, 2016). Qualitative Forschung kann durch verschiedene Analyseschritte verbessert werden (Mayring, 2016).

Die Triangulation stellt ein wichtiges Gütekriterium der Forschungsarbeit dar. Über den gesamten Forschungsprozess wurde eine intensive Literaturrecherche (→Kap. 3.2.5) betrieben. Dabei achteten die Forscherinnen darauf, verschiedene Perspektiven kennenzulernen, um die Forschungsarbeit nicht in eine bestimmte Richtung zu lenken. So wurden beispielsweise zu Beginn die Vor- sowie Nachteile von Gruppentherapien (→Kapitel 2.3.3.4) beschrieben, ohne an dieser Stelle beurteilen zu wollen, ob HgT als Gruppenintervention umgesetzt werden sollte.

4. Resultate

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der durch die Interviews erhobenen Daten dargestellt.

4.1 Sampling

Unter den Teilnehmenden befanden sich fünf Frauen sowie ein Mann im Alter zwischen 25 und 41 Jahren. Da die Teilnehmenden bundesweit gesucht wurden, leben diese verteilt in ganz Deutschland. Alle sind staatlich anerkannte Ergotherapeutinnen. Die nachfolgende Tabelle (→Tab. 3) beschreibt das *Sampling*.

Teilnehmerinnen	TN1	TN2	TN3	TN4	TN5	TN6
Dauer Interview	01:19:35	01:25:10	01:26:53	01:25:29	01:02:59	00:51:03
Arbeits-setting	PIA	Akutpsychiatrie	psychosomatische Tagesklinik einer Rehaklinik	Allgemein-Psychiatrische Klinik	Akutpsychiatrie: PIA/ Tagesklinik	Tagesstätte Für psychisch Erkrankte
Psychiatrische Berufserfahrung	5,5 Jahre	3,5 Jahre	3 Jahre	2,5 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
Fortbildung	ja	ja	ja	nein	ja	nein
Erfahrung Einzelintervention	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Erfahrung Gruppenintervention	2,5 Jahre	1 Jahr	0,5 Jahre	2 Jahre	2 Jahre	0,5 Jahre
Gruppengröße \emptyset	5 Klientinnen	max. 5 Klientinnen	3-7 Klientinnen	8-10 Klientinnen	2-5 Klientinnen	5-7 Klientinnen
HgT-Gruppe findet aktuell statt	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Berufliche Qualifizierung	Staatl. Examen+ Bachelor	Staatl. Examen+ Bachelor	Staatl. Examen+ Bachelor	Staatl. Examen	Staatl. Examen	Staatl. Examen+ Bachelor

Tabelle 3: Teilnehmer-Sampling

4.2 Kategorien

Die folgenden Unterkapitel sind den gebildeten Kategorien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring zugeteilt. Alle nachfolgend (→Kap. 4.2.; 5. & 6.) genannten Arbeits- und Informationsblätter sowie Kapitel entstammen dem Manual HgT (Krupa et al., 2017).

4.2.1 Genutzte Inhalte des Manuals

Die Befragung zeigt, dass bestimmte Inhalte des Manuals von einigen Expertinnen innerhalb der Gruppe gehäuft genutzt werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um das Arbeitsblatt **1.3 Meine aktuellen Aktivitätsmuster**, welches von vier Expertinnen zum Einstieg in die HgT-Gruppe genutzt wird (TN1, TN2, TN4, TN5).

Den verwenden wir im Anfang und dazu sprechen wir halt in der Gruppe darüber was macht eine strukturierte Aktivität mit mir und meinem psychischen Zustand? Was macht unstrukturierte Aktivität, beziehungsweise was macht ein gutes Verhältnis. Also das sind die Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Aktivität. (TN2, Absatz 121)

Des Weiteren wenden alle Expertinnen das Arbeitsblatt **2.1 Tägliche Zeitnutzungsprotokolle** an. TN1 begründet den Einsatz: „*Schön finde ich tatsächlich, auch wenn die Gruppenzusammenstellung gut gewählt ist, das Zeitnutzungsprotokoll, weil dann da oft so der Scham so ein bisschen geteilt ist*“ (TN1_Teil2, Absatz 36). TN2 hingegen beschreibt: „*Dann gebe ich als Hausaufgabe das Zeitnutzungsprotokoll mit. In der darauffolgenden Einheit haben die das ausgefüllt dann mitzubringen*“ (TN2, Absatz 181). Fünf Expertinnen nennen das Arbeitsblatt **2.10 Beteiligung an Aktivitäten messen** (TN1, TN2, TN3, TN5, TN6), TN4 geht an dieser Stelle nicht spezifisch auf die einzelnen Arbeitsblätter ein. Zwei Expertinnen (TN3 & TN6) nutzen das Pendant Arbeitsblatt **6.6 Veränderung meines Aktivitätsmuster im Verlauf der Zeit messen** als Outcome „*wo du das Arbeitsblatt 2.10 nochmal machst, also nochmal quasi bewertest, um halt dann zu gucken, ob sich was verbessert hat*“ (TN3_Teil1, Absatz 194).

Aus Kapitel 3 wird häufig das Arbeitsblatt **3.1 Protokoll der Aktivitätsexperimente und die passenden Informationsblätter** dazu verwendet, beispielsweise beschreibt TN6: „*und dann haben die so ein Arbeitsblatt Aktivitätsexperimente bekommen, was davon will ich denn mal ausprobieren?*“ (TN6, Absatz 74). Auch weitere Informationsblätter fließen bei mehreren Expertinnen in die Gruppe mit ein, es zeigt sich, dass die Wahl dieser Informationsblätter differenzierter ausfällt. Diese finden sich in Kapitel 4 Bereitstellung von Informationen über Aktivität, Gesundheit & psychische Erkrankungen wieder. TN4 sowie TN5 heben die Nutzung der **Informationsblätter 4.1 - 4.3**, welche sich auf die Vorteile von Aktivitäten beziehen, hervor. Beispielsweise beschreibt TN5 in diesem Zusammenhang:

Da kann man wirklich Themen vorgeben, über die dann offen in der Gruppe gesprochen wird oder dass man die Arbeitsblätter zusammen durcharbeitet oder die Informationsblätter [...] und dann da richtige Austauscheinheiten daraus werden. Die in denen ich jetzt so richtig als Gruppenarbeit ohne das irgendwie jeder individuell an etwas arbeitet, da am besten umsetzbar. [...] Das sind so Einheiten, die man da ganz klassisch als Gruppenarbeit irgendwie aufbauen kann. (TN5, Absatz 179)

TN3 gibt hingegen an, Informationsblätter selten zu benutzen.

Es werden auch Inhalte des Manuals genannt, die bewusst nicht in der Gruppe genutzt werden, so gibt TN6 an: *„da wo es um Suchtproblematik ging das haben wir nicht in der Gruppe gemacht. Das haben wir mit dem Klienten einzeln gemacht“* (TN6, Absatz 66). Auch TN1 nutzt die **Inhalte zum Thema Sucht** nicht in der Gruppe. Ansonsten gibt TN1 an, dass sie *„nahezu alle Blätter verwende[t]“* (TN1_Teil2, Absatz 27). Wohingegen TN4 berichtet: *„ich habe vor allen Dingen immer aus Kapitel eins und zwei [...] die meisten Arbeitsblätter“* (TN4, Absatz 197).

Die **Versionen der Arbeitsblätter für den Dienstleistungsanbieter** finden nur bei einer Expertin im Vorfeld Verwendung: *„dieses erste Arbeitsblatt wo der Dienstleistungsanbieter, also wir als Therapeuten mal gucken welcher Klient hat da Bedarf“* (TN6, Absatz 80).

4.2.2 Adaptionen

Zum Thema Adaptionen des Manuals gibt es unterschiedliche Aussagen. *„[Da] bin ich eigentlich sehr stur nach Manual vorgegangen [...] ich würde jetzt nicht sagen [...], dass ich irgendwelche Veränderungen eingeführt habe“* (TN5, Absatz 164). TN2 und TN6 geben ebenfalls an, wenig verändert zu haben. Wohingegen TN4 angibt: *„Ich habe aber auch von Anfang an, sehr viel adaptiert aus den Arbeitsblättern. Also ich habe [...] Interviews führen lassen, ich habe Plakate gemacht, ich habe spielerisch mit Umschlägen und was daraus ziehen z.B. [...] schnelle Aktivitätsveränderung“* (TN4, Absatz 101).

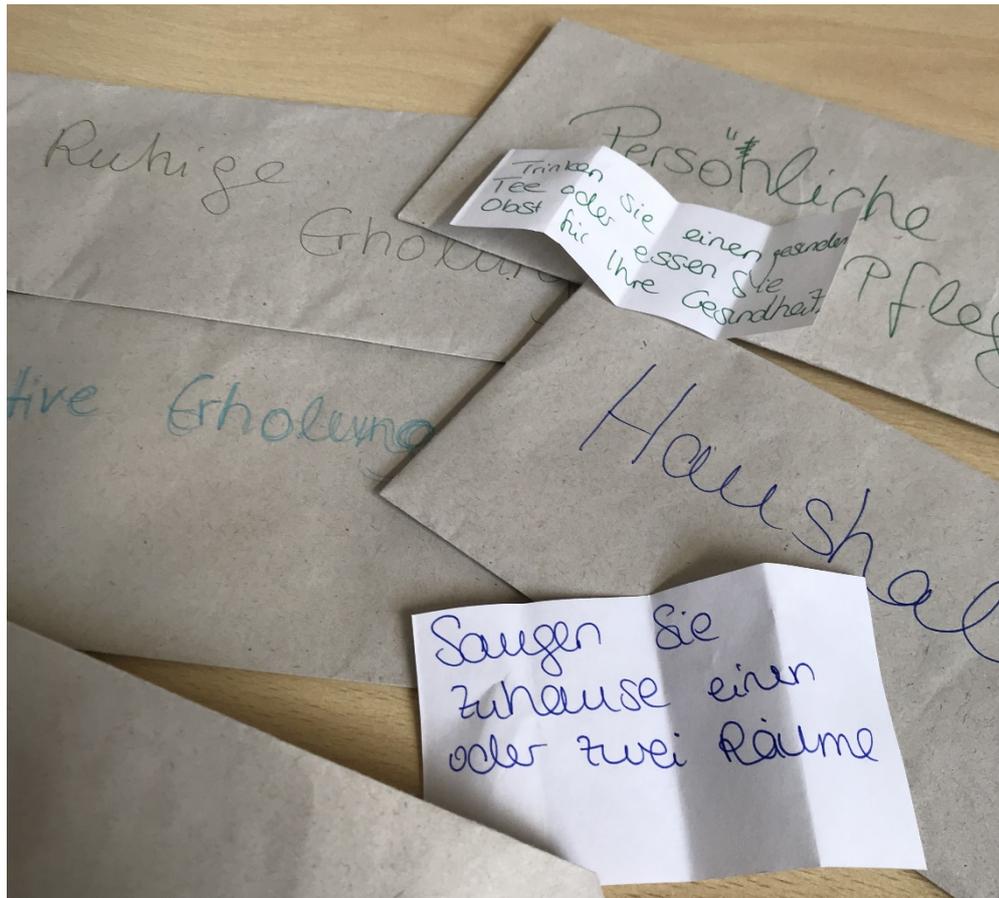


Abbildung 9: Aktivitätsexperimente in Umschlägen von TN4

Auch TN1 und TN3 berichten von Anpassungen des Manuals: „weil ich [...] fortlaufend irgendwas **verändern will**, einfach weil ich denke irgendwie passt es noch nicht so ganz [...], weil es muss halt echt erprobt werden“ (TN3_Teil1, Absatz 90).

Die Hälfte der Expertinnen (TN1, TN2, TN4) sprechen von einer **Verschriftlichung der Gruppenumsetzung**: „Genau, ich habe da dann ein Konzept zu geschrieben, was man in welcher Einheit macht, welche Arbeitsbögen man in welcher Einheit nutzt und meine Kollegen sind dem dann gefolgt“ (TN2, Absatz 69).

Vier Expertinnen (TN1, TN2, TN3, TN6) geben an, **Arbeitsblätter** (→Anlage Nr.) aus dem Manual angepasst zu haben: „Und das Zeitnutzungsprotokoll [...] habe ich allerdings auch angepasst“ (TN3_Teil1, Absatz 194). TN3 vergrößerte den Zeitabstand im Arbeitsblatt 2.1. TN1 erstellte anhand der Reflexionsfragen zu den Aktivitätsexperimenten aus dem Manual ein weiteres Arbeitsblatt: „damit die Klienten erstmal für sich reflektieren und wir danach erst in die Reflexion der gesamten Gruppe gehen“ (TN1_Teil2, Absatz 29).

Die Mehrheit der Expertinnen (TN1, TN2, TN4 & TN6) nutzt **ergänzendes Material oder Methoden** in ihrer HgT-Gruppe: „[Wir] haben mit zwei Heften gearbeitet. Einmal mit dem Action over Inertia und dann mit dem von Sue Parkinson das heißt Genesung aktivieren Teilhabe fördern. [...] Und haben dann so ein Konzept uns gestrickt, wie wir die beiden gut kombinieren“ (TN6, Absatz 9). TN1 ergänzt ein Modell:

In der Gruppe besteht vielleicht manchmal die Gefahr das sich die Idee eines Klienten auf die anderen überträgt. Dadurch das wir davor aber das Vulnerabilitäts-Stress-Modell so sehr durchgekaut haben und auch jeder weiß, dass ich darauf achte, dass jeder [...] seine eigene Idee einbringt gelingt das doch meist recht gut, dass jeder das macht was zu seinem Leben passt. (TN1_Teil2, Absatz 50)

Genannt werden außerdem Entspannungsreisen, Interessencheckliste (Kielhofner, Mentrup & Langlotz, 2016) sowie weitere Assessments, Stimmungsskalen, Therapiekarten und Fotos. TN1 ergänzt auch **bildliche Darstellungen**: „es gibt da ein Arbeitsblatt zum Thema biologische Faktoren [...] wo so die Axonen und Neuronen [...] erklärt sind, da hat sich mal eine Gruppe gewünscht das ich das bildlich darstelle also da füge ich bei Bedarf ein Bild ein“ (TN1_Teil2, Absatz 29).

Die Inhalte des Manuals werden auch durch andere Medien vermittelt. Vier Expertinnen nutzen **Flipcharts, Plakate und Whiteboards** (TN1, TN4, TN5 & TN6).

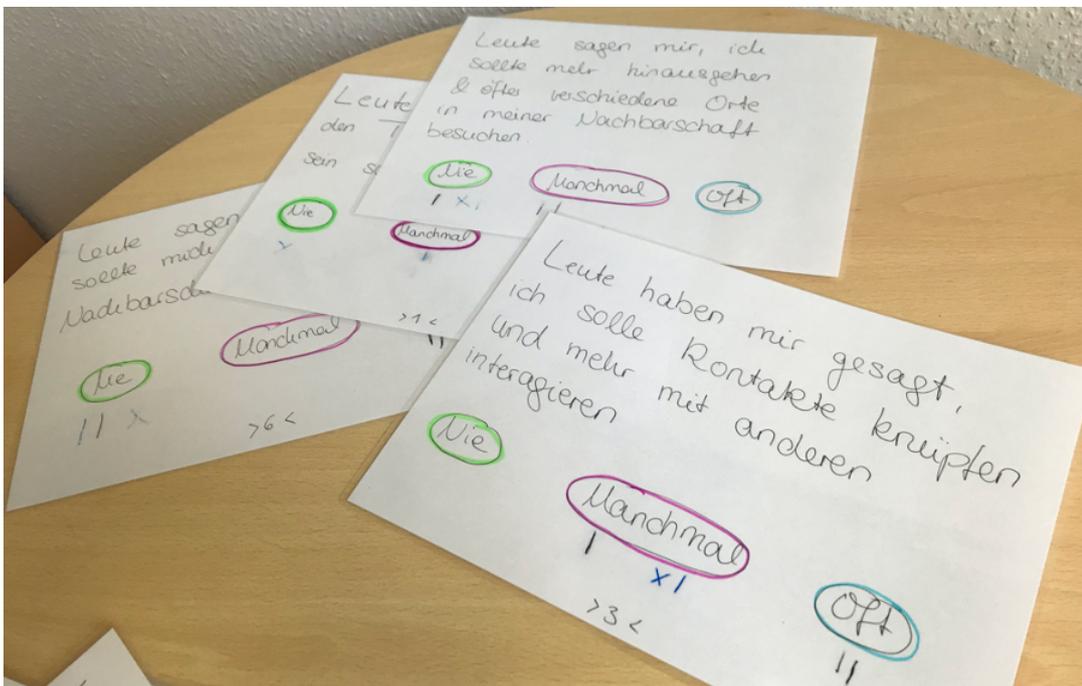


Abbildung 10: Arbeitsblatt 1.5 auf Plakaten von TN4

Zur Nutzung eines Whiteboards gibt TN5 an: „[Dann] ist das wie so ein Gruppenaustausch und wir bringen Brainstorming mäßig zum Beispiel auf das Whiteboard nieder. Zu einem bestimmten Thema“ (TN5, Absatz 173). Auch **Mindmaps*** werden genannt: „dann habe ich sehr viele Mindmaps gemacht [...] mit einem großen Schlagwort, was dann auf dem Boden lag und jeder hatte dann einzelne Blätter oder so die man entweder zusammensetzen konnte oder was Eigenes drauf schreiben konnte“ (TN4, Absatz 209).

TN4 gibt auch an, **kreativ gearbeitet** zu haben:

*Stressbewältigung bei der Teilhabe an Aktivitäten. Da habe ich mit den Patienten so Bötchen gefaltet und da wurden dann die Strategien drauf geschrieben und das wurde dann im Raum verteilt, damit überhaupt mal **Bewegung** reinkommt, denn es gibt auch so Gruppen, die schlafen mir ein, wenn ich dann einfach nur wieder Ankreutz-Zettelchen gebe. (TN4, Absatz 181)*

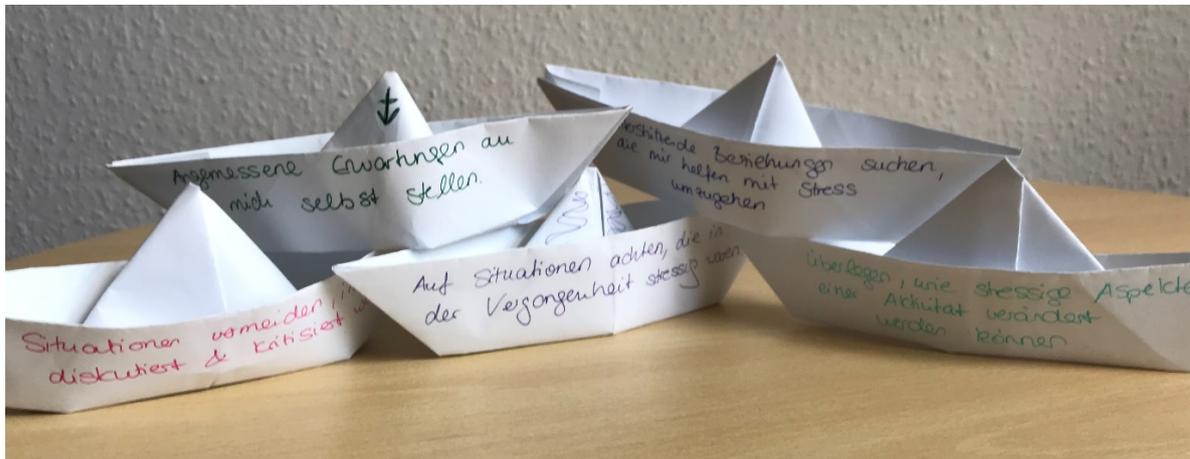


Abbildung 11: Strategien zur Stressbewältigung auf gefalteten Papierschiffen von TN4

Die Hälfte der Expertinnen (TN3, TN4, TN6) gibt an, innerhalb der HgT-Gruppe **direkt praktisch aktiv** zu werden:

Das mit den Aktivitäts-Experimenten, das teile ich beispielsweise schon gleich am Anfang aus und betone es auch immer, dass ich ein Fan davon bin, Aktivitäten/Betätigungen direkt praktisch auszuprobieren und das zieht sich [...] durch die ganze Gruppe [...], immer so ein Aktivitätsexperiment zu machen, dass sie halt direkt ins Handeln tun. (TN3_Teil1, Absatz 106)

TN6 bezieht die Klientinnen in die Entscheidungen mit ein: „als es dann darum ging welche Aktivitätsexperimente machen wir [...] da haben wir tatsächlich [...] eine **Umfrage** gemacht, wie Freizeitaktivitäten: kreative, technische, körperliche, Outdoor“ (TN6, Absatz 147).

Auf die Umwandlung in eine Gruppenintervention angesprochen gibt TN5 an: „*Es kann jeder Therapeut ein Gruppenmanual daraus machen, aber es steckt ein bisschen Aufwand darin. Wenn man das Programm anwenden will*“ (TN5, Absatz 205).

4.2.3 Gruppenspezifische organisatorische Gestaltung

Die **Gruppenzusammenstellung** wird bei drei Expertinnen innerhalb einer Teamsitzung entschieden (TN1, TN4, TN6): „*Genau ich spreche auch mit meinen Kollegen im Team [...] das es einfach eine homogene Gruppe wird*“ (TN1_Teil1, Absatz 113). Drei Expertinnen (TN3, TN5 und TN2) entscheiden selbst, welche Klientinnen an der Gruppe teilnehmen. Dabei erhält TN3 Unterstützung durch die Bezugsbetreuerinnen der Klientinnen und TN2 gibt an: „*Die Entscheidung treffen die behandelnden Ergotherapeuten, das heißt ich und meine beiden Kollegen*“ (TN2, Absatz 123). Einziges Einschlusskriterium zur Teilnahme an der HgT-Gruppe von TN3 „*[...] ist, dass die [Klientinnen] veränderungsmotiviert sind*“ (TN3_Teil1, Absatz 152).

Vier Expertinnen (TN1, TN2, TN3, TN5) geben an, mit möglichen Klientinnen ein **Vorgespräch** zu führen. TN2 beschreibt: „*Wir führen mit den Patienten ein Erstgespräch, in dem wir nach Betätigungsproblemen fragen*“ (TN2, Absatz 125).

Fünf Expertinnen (TN1, TN2, TN3, TN5 im ambulanten Setting, TN6) geben an, überwiegend eine **geschlossene Gruppe** zu nutzen. Drei Expertinnen (TN1, TN2, TN3) geben an, gelegentlich **Nachrücker** zuzulassen: „*Und ich habe das auch manchmal noch, dass noch ein Patient nachkommen möchte [...]. Dann mache ich das mit ihm noch schnell im Einzel*“ (TN2, Absatz 121). TN1 gibt hingegen an: „*es ist ganz selten der Fall, dass ich meine Gruppe wieder auffülle. Ist zwar finanziell für die Klinik nicht so toll, aber ich habe gemerkt, dadurch das Handeln gegen Trägheit ein Programm ist wo man sich sehr öffnen muss, ist es für die Gruppe schwierig wieder jemanden Neues zuzulassen. Wenn dann jemand geht dann ist es einfach eine Person weniger*“ (TN1_Teil1, Absatz 125). Eine **offene Gruppe** nutzen TN4 und TN5 im teilstationären Setting. TN4 gibt an: „*Also ich würde mir natürlich wünschen, dass ich dafür ein konstanteres Gruppensetting habe, von dem Sinne, von den Patienten an sich, die Konstellation einfach*“ (TN4, Absatz 319).

Bis auf TN6 gestalten alle Expertinnen ihre Gruppenintervention **allein**. TN6 berichtet „*Ja eine gute Lösung war tatsächlich, dass wir die Gruppe zu zweit moderiert haben. Dann konnte man einzeln auch nochmal Denjenigen der das Arbeitsblatt nicht verstanden hat [...] was erklären*“ (TN6, Absatz 68).

Alle Expertinnen geben an, dass ihre Einheiten **einmal wöchentlich** stattfinden. Die **Dauer** beträgt 50 Minuten (TN2, TN4), 60 Minuten (TN5, TN3) und 120 Minuten (TN1, TN6): „Also eine pro Woche jeweils eine Stunde“ (TN3_Teil1, Absatz 172). Die zweistündigen Einheiten beinhalten eine **Pause**: „Von 9 bis 11 Uhr und meist um 10 Uhr ist so eine Viertelstunde Pause“ (TN1_Teil2, Absatz 19).

Die **Anzahl der Einheiten** für eine Klientin fällt unterschiedlich aus. TN2 gibt an: „Also die Gruppe findet meistens in drei bis vier Einheiten statt“ (TN2, Absatz 131). TN3 spricht von zwei bis drei Einheiten und TN1 sowie TN5 geben an: „immer ausgelegt auf ein halbes Jahr ich denke das sind so 14/15 Einheiten“ (TN1_Teil1, Absatz 148). TN6 benötigt 4,5 Monate in Kombination mit RTA für einen Gesamtdurchlauf von HgT.

Bei **verpassten Einheiten** gibt TN1 den Inhalt als Hausaufgabe auf oder setzt wie auch TN3, TN4 & TN6 auf Wiederholung in der nächsten Einheit: „inhaltlich wurde es immer wieder aufgerollt was wir besprochen haben [...], um Denjenigen wieder mit ins Boot zu holen“ (TN4, Absatz 161). Drei Expertinnen (TN2, TN5, TN6) besprechen die verpassten Inhalte im Einzelsetting und TN3 innerhalb anderer Therapiegruppen.

Von einer **Einstiegsphase, Arbeitsphase & Abschluss** sprechen TN1, TN4, TN5 und TN6. Einen beispielhaften **Ablauf** beschreibt TN1:

Also am Anfang [...] [begrüßen wir] uns, wenn da ist Tee, Kaffee dann gibt es erstmal ein kleines Blitzlicht [...] dann stelle ich meist die Programmpunkte für die Einheit vor und wir kommen ins Tun das heißt wir besprechen die Arbeitsblätter und die Klienten bearbeiten die Arbeitsblätter, wir besprechen die gemeinsam. Dann entweder gibt es eine festgelegte Pause oder eine selbstgewählte Pause. Dann geht es weiter mit den Arbeitsblättern entweder ein Neues oder wieder Alte weitermachen und wieder besprechen. Abschließend gibt es dann wieder eine Reflexionsrunde, das heißt gibt es Fragen für den heutigen Tag, irgendwelche Anmerkungen, irgendetwas wo sie sich Sorgen machen. Dann gebe ich einen Ausblick für die kommenden Einheiten [...] und abschließend, die letzte Viertelstunde ist dann immer noch eine Entspannungsreise. (TN1_Teil2, Absatz 25)

Die Expertinnen haben verschiedene Methoden, um auf ein **unterschiedliches Arbeitstempo der Klientinnen** zu reagieren. TN6 gibt an: „dass wir dann gesagt haben machen sie doch eine Übung aus der Achtsamkeitsgruppe jetzt, um die Zeit zu füllen“ (TN6, Absatz 68). TN4 hingegen hat „einfach noch Zusatzfragen [...] formuliert“ (TN4, Absatz 177). TN2 gibt den Rest als Hausaufgabe auf und TN3 gibt an: „Die [Klientinnen] nehme ich dann tatsächlich raus“ (TN3_Teil1, Absatz 184), dies aber nur in Absprache mit diesen.

4.2.4 Sozialformen

Alle Expertinnen geben an, sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting zu arbeiten. Vier Expertinnen setzen das **Gruppensetting** gezielt ein (TN3, TN4, TN5, TN6): „*Dass wir gesehen haben bei einigen, dass dieser Austausch das Wichtige ist. [...] dann haben sie immer so einen anderen Vergleich als auf Augenhöhe*“ (TN6, Absatz 41). TN5 ergänzt „*gerade im psychiatrischen Setting ist Ergotherapie im Gruppenformat sehr weit verbreitet. Und da finde ich, bevor Patienten gar nicht von dem Programm profitieren könnten, ist es eben wichtig, dass man es vielleicht so um adaptiert, dass es in der Gruppe gut anwendbar ist*“ (TN5, Absatz 270).

TN5 berichtet: „*Während man mit dem Programm arbeitet es einfach relativ häufig notwendig ist, sich längere Zeit intensiv mit einer Einzelperson auseinander zu setzen*“ (TN5, Absatz 72). Die Nutzung vom **Einzelsetting** ist auch abhängig von der zeitlichen Kapazität (TN2/TN3): „*Wenn es meine Kapazität zulassen würde, würde derjenige auf jeden Fall noch ein Einzel bekommen*“ (TN3_Teil1, Absatz 176). TN2 berichtet bei frühzeitigen Entlassungen „*führen wir die Gruppe bis zum Ende und teilweise muss ich sie dann halt in Einzelkontakten abschließen*“ (TN2, Absatz 129). Das Einzelsetting wird gewählt um „*tiefgründigere Themen ansprechen zu können. Das heißt auch irgendwelche schambesetzten Themen, die halt manchmal in der Gruppe sehr unangenehm sein können*“ (TN3_Teil1, Absatz 298). TN 5 gibt zusätzlich an: „*Ich würde mich aber nicht nur auf die Gruppe versteifen. Weil ich es auch als Einzelintervention als sehr gewinnbringend empfinde*“ (TN5, Absatz 264).

Alle Expertinnen nutzen die **Einzelarbeit in der Gruppe**. Diese „*ergibt sich [...] aus dem strukturellen Aufbau vom Programm von selbst. Jeder muss sich ja individuell mit seiner Situation auseinandersetzen*“ (TN5, Absatz 150). „*Also, wenn die jetzt die Bögen ausfüllen, ist es die Einzelarbeit in der Gruppe*“ (TN6, Absatz 111). TN4 nutzt diese Form *am aller seltensten*“ (TN4, Absatz 185). TN2 ergänzt zum Thema „*Und ansonsten ist das eigentlich eher ein reihum Abfragen, wie ist ihre Erfahrung, wie ist ihr Gefühl dazu?*“ (TN2, Absatz 171). Bei TN5 stellt im teilstationären Setting Einzelarbeit in der Gruppe die einzig genutzte Sozialform dar, da es sich dabei um eine Gruppe von Klientinnen handelt, die nicht alle mit dem HgT arbeiten.

Zwei Expertinnen berichten, **Partnerarbeit** einzusetzen (TN4/TN6): „*diese Infoblätter zum Beispiel erarbeitet auch mal in Partnerarbeit das die einen Abschnitt bekommen haben, gemeinsam lesen sollten, Stichworte aufschreiben sollten und dann den anderen erklären sollten*“ (TN6, Absatz 111) oder „*konnten manche Blätter sehr gut als Interview untereinander führen*“ (TN4, Absatz 115).

Drei Expertinnen (TN2, TN3, TN4) berichten, dass sie **Kleingruppen** bilden, wenn die Gruppe zu groß ist, sie eine vertrautere Atmosphäre schaffen möchten oder die Klienten *„teilweise unterschiedliche Ziele hatten. [...] dann gehen jetzt Sie beide zusammen und die anderen drei gehen da zusammen und besprechen Sie sich mal“* (TN3_Teil1, Absatz 130).

Zwei Expertinnen nutzen die **Gruppenarbeit** (TN2/TN6) unter anderem, um Beispielaktivitäten den Betätigungsbereichen des CMOP-E zuzuordnen oder *„Wenn wir Aktivitätsexperimente gemacht haben mit Spielen zum Beispiel dann sind die in der Gruppe aktiv natürlich“* (TN6, Absatz 111).

In der Gruppe wird die **moderierte Diskussionsrunde** von allen genutzt, um Arbeitsblätter und Informationsblätter zu besprechen: *„treffen wir uns sozusagen im Plenum und besprechen gemeinsam was jeder Einzelne da ausgefüllt hat“* (TN1_Teil2, Absatz 21). Ergänzend berichtet TN3: *„Und ansonsten frage ich natürlich erstmal ab, ob jemand denn selber schon ein Thema mitbringt. [...] dann entsteht meistens [...] ein Gruppengespräch“* (TN3_Teil1, Absatz 190). TN4 resümiert: *„Und ich hatte auch immer den Eindruck, dass sowohl [...] Partner, Gruppen- oder Gemeinschaftsarbeit aufschlussreicher war als nur eine Einzelarbeit“* (TN4, Absatz 181).

4.2.5 Therapeutische Kompetenzen

Zum Thema therapeutische Kompetenzen in der Gruppe werden insbesondere bezogen auf die **Enablement Skills** (Townsend & Polatajko, 2013c) einige Aussagen durch die Expertinnen getroffen. Therapeutinnen sollten *„eher **spezialisiert sein** und auch Kompetenzen für die Gruppe mitbringen“* (TN6, Absatz 176). Auch berichtet TN1: *„Also je nachdem wie die Gruppendynamik ist. Das ist ja auch etwas, wo eher wieder der Therapeut gucken muss, wie das harmoniert“* (TN4, Absatz 181). Die Therapeutin *„greift [...] auf verschiedene Techniken zurück, wenn man z. B. Konflikte lösen muss in der Gruppe“* (TN1_Teil2, Absatz 64).

*„**Adapt** [...] ist denke ich auch einer der Schwerpunkte, [...] die Therapieeinheit oder den Therapieverlauf so anzupassen, dass er machbar ist [...]. Und die Aktivitätsexperimente [...] angepasst werden, sodass sie durchführbar scheinen“* (TN1_Teil2, Absatz 67). TN3 und TN6 betonen, dass Therapeutinnen *„in so einem Fachbereich, die haben ja schon Gruppenerfahrung an sich“* (TN3_Teil1, Absatz 232) und können aus Sicht fast aller Expertinnen eine Gruppenadaptation vornehmen. Entscheidend ist dabei die Veränderungsbereitschaft (TN1, TN3, TN4, TN6) der Therapeutin, ihr Mut und ob sie *„Lust hat sich da komplett reinzulesen und einfach auszuprobieren, was der Gruppe hilft und was nicht“* (TN4, Absatz 329).

TN3 und TN6 sehen als wichtige Kompetenzen der Therapeutin in der Gruppe vor allem in der Moderation, dem **Coordinate** der Gruppe: So beschreibt TN6 in dem Zusammenhang: „So das ist dann aber auch Moderation, die du dann leisten musst, dass du sie unterbrechen musst“ (TN6, Absatz 92).

Advocate ist besonders gefragt: „Wenn man für den einen Klienten das nochmal in Worte fasst [...], wenn der sich nicht so gut ausdrücken kann oder seine Meinung vertreten kann“ (TN6, Absatz 159) oder wenn die Therapeutin „da auch so die stellvertretende Hoffnung [ist]“ (TN4, Absatz 265).

Die Kompetenz **Educate** wird von TN1, TN2, TN6 im Zusammenhang mit Psychoedukation genannt: „weil ich gerade über diese psychoedukativen Dinge viel reinbringe“ (TN2, Absatz 239).

Consult ist laut TN1 notwendig, um Klientinnen bezüglich der Aktivitätsexperimente zu beraten oder „auf jeden Fall vor Beginn einer Gruppe, um sich mit dem interdisziplinären Team auszutauschen welche Klienten [...] geeignet wären“ (TN1_Teil2, Absatz 60). Außerdem plant TN4 ein Gespräch zum Austausch mit einer erfahrenen HgT-Therapeutin.

Im Zusammenhang mit **Design/Build** berichten TN1, TN2 und TN4 von selbst erstellten Gruppenkonzepten und TN1, TN3 und TN5 berichten von veränderter Raumgestaltung.

Förderlich ist zudem eine **recoveryorientierte Haltung**. TN3 arbeitet mit dem Gedanken: „wie kann denn ein Mensch an seinem Leben, an einem zufriedenstellenden Leben teilnehmen mit seiner Krankheit“ (TN3_Teil2, Absatz 13). Auch ist „ein **laissez-fairer Stil**“ (TN1_Teil2, Absatz 79) hilfreich, um die Klienten nicht zu überfordern. Betont wird zusätzlich die **Motivation und innere Haltung** der Therapeutin an der Umsetzung, „seine Sachen zu hinterfragen und ständig was zu verändern, dann wird mir schon nicht langweilig“ (TN3_Teil2, Absatz 37). TN6 beschreibt „eher so ein Optimist [zu sein]“ (TN6, Absatz 54). TN1 gibt außerdem eine **transparente Haltung** als förderlich an „also meine Klienten wissen zu jeder Zeit was wann wie passiert“ (TN1_Teil2, Absatz 13).

Unabhängig von der Sozialform ist die Kompetenz **Engage** zur Teilhabe an Betätigung als Grundlage des Manuals gefragt (TN1, TN4). TN2 beschreibt bezogen auf die Kompetenz **Collaborate** ihren klientenzentrierten Ansatz, indem sie erläutert: „ich stecke ja nicht mehr Arbeit rein als ein Patient für sich Arbeit reinsteckt. [...] Ich gebe ihm ja nur die, das Handwerkszeug an die Hand“ (TN2, Absatz 239).

4.2.6. Voraussetzungen/förderliche Bedingungen

Vier Expertinnen haben die **HgT-Fortbildung** besucht und als hilfreich empfunden (TN1, TN2, TN3, TN5). TN5 hat „dann schon einiges auch verändert, nachdem ich auf der Fortbildung war. Also das vertieft das ganze schon deutlich nochmal“ (TN5, Absatz 64). Ohne die Fortbildung glaubt TN6, dass „wenn man sich das selber angelesen hat so wie ich dann kannst du das eins zu eins einzeln bei einem Klienten gut anwenden“ (TN6, Absatz 137).

TN1 berichtet den **Austausch** als förderlich zu empfinden: „Also ich habe auch jetzt noch eine WhatsApp Gruppe [...] mit Ergotherapeuten, die mit mir auf der Fortbildung waren und [...] die Möglichkeit zu haben sich mit jemandem auszutauschen war super“ (TN1_Teil1, Absatz 57). TN3 berichtet zusätzlich: „Andreas Pfeiffer hat ja so eine Homepage [...] und da gib es eine Liste, wer denn alles Handeln gegen Trägheit anwendet [...], dass du dich dann austauschen kannst“ (TN3_Teil2, Absatz 67).

TN1 und TN3 empfanden ihre **akademische Ausbildung** als unterstützend: „ohne das Studium hätte ich vielleicht nicht unbedingt das Selbstvertrauen gehabt, das Manual in ein Gruppenmanual umzuschreiben“ (TN1_Teil1, Absatz 61).

Ein eigenes **Konzept** zeigt sich ebenso als hilfreich zur Umsetzung und zur Darstellung. TN4 berichtet, ihr Vorgehen gemeinsam mit ihrer Chefin theoretisch zu untermauern: „Weil meiner Chefin ja auch schon immer sehr wichtig ist, dass man [...] auch sagen und zeigen kann, so ist es auf die Gruppe anwendbar“ (TN4, Absatz 237). Zwei weitere Expertinnen (TN3, TN4) hätten ein **Gruppen-Manual** als unterstützend empfunden: „das wäre schon echt super, wenn man das auch so einen mehr geebneten Weg für eine Gruppe hat“ (TN4, Absatz 333). Dies wurde auch bei Kolleginnen beobachtet: „die hätten mehr schriftliche Anleitung gebraucht“ (TN4, Absatz 119).

Förderlich um das Team zu überzeugen ist, „wenn man **genügend kommuniziert** mit allen Beteiligten und ein bisschen auch das **Standing hat durch die Wirksamkeit** der Intervention dann überzeugt man eigentlich alle“ (TN1_Teil1, Absatz 88). TN2 betont, „Ich kann nur empfehlen **einen Vortrag** zu machen und es wirklich mal darzustellen in der Klinik, damit die Leute auch wissen, wie sieht es denn in der Anwendung aus?“ (TN2, Absatz 273).

Um allen Gruppenmitgliedern gerecht zu werden, ist die **Unterstützung durch Kolleginnen und Ergotherapeutinnen in Ausbildung** förderlich (TN2, TN6): „Und auch das ist eine Option, dass der Praktikant, oder die Praktikantin sich mit dem Patienten da hinsetzt und in eins zu eins Mal schneller durchgehen können“ (TN2, Absatz 165).

Ein **ambulantes Setting** wird von mehreren Expertinnen (TN3, TN4 und TN5) als besonders förderlich zur Umsetzung angesehen: „Ganz einfach aus dem Grund, weil [...] ich mehr oder weniger am Alltag des Klienten dran bin“ (TN5, Absatz 207). TN3 betont: „dieses Alltagsorientierte ist einfach so geeignet für eine Tagesklinik, das ist natürlich wirklich super, weil letztendlich jeder Patient geht auch nach der Reha wieder in seinen Alltag zurück“ (TN3_Teil1, Absatz 114).

Dabei hat sich eine **längerfristig angesetzte Gruppe** bewährt (TN1, TN3, TN6), „Und ich kann [...] noch besser in die Tiefe gehen mit einer Gruppe, die (unv.) auf jeden Fall zwölf Mal stattfinden habe, als wenn ich [...] maximal viermal schaffe“ (TN2, Absatz 217).

Die Expertinnen berichten auch von vorteilhafter **Raumgestaltung**. TN3 beschreibt ihren Raum als: „sehr groß, sehr modern und ich probiere tatsächlich auch immer weniger Handwerk auszustellen“ (TN3_Teil1, Absatz 44). Sie berichtet, sie habe in ihrem Raum für die HgT-Intervention „alles Mögliche weggeräumt und reduziert [...]. [...] Pflanzen rein, Farbe rein, Werkzeuge weg“ (TN5, Absatz 44). Und TN1 erklärt: „sonst braucht es eigentlich nur **Tisch und Stühle und eine Flipchart**“ (TN1_Teil1, Absatz 37). TN6 ergänzt: „einfach ein **Gruppenraum**“ (TN6, Absatz 27). TN2 beschreibt ihren Raum für die HgT-Intervention: „Wir haben da ein Whiteboard aufgehängt an die Wand. Ich habe die Unterlagen da in dem Raum drin. Ich habe da einen PC drin, wo ich notfalls auch mal drucken kann“ (TN2, Absatz 35). Für TN4 ist es förderlich, dass sich der Raum **im Stationssetting** befindet. „weil ich die eher an ihren Zimmern abfangen [kann]“ (TN4, Absatz 41).

4.2.7 Chancen/Ressourcen

Alle Expertinnen sehen mit HgT die Chance, **moderne Ergotherapie** im psychiatrischen Bereich anzuwenden. „manchmal kommt das **Handwerk auch an seine Grenzen** [...] deswegen hatte ich halt gehofft was zu haben, was zum einen **bedeutsamer ist, was alltagsorientierter ist**“ (TN3_Teil1, Absatz 112). TN3 ergänzt: „nach der modernen Ergotherapie zu arbeiten ist natürlich auch was, was **sehr zufrieden stellt**“ (TN3_Teil2, Absatz 35). TN4 gab an, dass sie früher: „eher geguckt hat, wie kann man den Patienten beschäftigen oder ablenken und durch das Handeln gegen Trägheit einfach eine **andere Sichtweise** gegeben wurde“ (TN4, Absatz 147).

Dadurch wird: „**das Bild der Ergotherapie nochmal erweitert** in dem Bezug das die [Kollegen] einfach auch wissen das wir auch was im **Alltag verändern können**“ (TN1_Teil1, Absatz 98). Die Expertinnen berichten, insgesamt ein „sehr **positives Feedback** bekommen [zu haben]“ (TN4, Absatz 313). „Ja, von den Ärzten auch recht positiv“ (TN4, Absatz 315). „Der Klinikdirektor [...]. Er hat das sehr lobend in seinem Vorwort erwähnt, das wir jetzt ein mit **Studien**

nachgewiesenes ergotherapeutisches Programm anbieten“ (TN1_Teil1, Absatz 100). Eine Kollegin, die weniger mit Modellen arbeitet, sagte, „[...] das ist ja wirklich ganz einfach umsetzbar“ (TN6, Absatz 189).

TN4 sieht einen weiteren Vorteil darin, *„dass die Psychotiker, also ich wollte ein Erfolgserlebnis haben, für das Klientel welches ich habe“ (TN4, Absatz 81) Ihrer Meinung nach liegt: „Das [...] nicht so im Interesse der Gesellschaft, deren Krankheitsbild“ (TN4, Absatz 281).*

TN1 beschreibt die Begeisterung ihrer Klientinnen *„das **Feedback meiner Klienten super positiv** also die, die den Kurs gemacht haben“ (TN1_Teil2, Absatz 79). TN6 kann die **gestiegene Zufriedenheit** seitens der Klientinnen mithilfe des Auswertungsbogens von HgT nachweisen. Ein Vorteil der Gruppe ist: *„Ich erreiche mehr Menschen“ (TN5, Absatz 268).**

Alle Expertinnen berichten von Chancen speziell im Gruppensetting. *„Die [...] haben die gleichen Symptome, aber ganz verschiedene Ursachen“ (TN2, Absatz 97). Dadurch können Klientinnen sich vergleichen und feststellen, dass sie **nicht alleine** sind. TN5 beschreibt dies mit dem „Gedanke[n] von sowas in der Gruppensituation, dass die Klientinnen gegenseitig von sich profitieren, andere Meinungen hören, andere Ansichten von Menschen die in einem ähnlichen Boot wie sie sitzen“ (TN5, Absatz 239). Alle Expertinnen geben an, dass Klientinnen vom gegenseitigen Austausch profitieren und sich *„gegenseitig unterstützen können, weil die ja alle **Experten für ihre eigene Krankheit** sind“ (TN3_Teil1, Absatz 84). TN6 ergänzt: „Da geht es nicht darum wie sollte ein Betätigungserleben in der schönsten Version aussehen, sondern es geht um mich“ (TN6, Absatz 145). Klientinnen **tauschen sich über die Aktivitätsexperimente aus** und können *„gemeinsam Lösungsstrategien entwickeln“ (TN1_Teil2, Absatz 36). Beispielsweise berichtet TN6: „Dem einen hat ein Aktivitätsexperiment total geholfen dem anderen gar nicht. Wo ist der Unterschied also dieser Austausch dann wieder“ (TN6, Absatz 46). TN4 beschreibt: „Und die Gruppe war da auch sehr stärkend. Da hatten wir einen Familienvater der völlig überfordert war [...] und dann hat einfach die Gruppe getanzt, weil er sich das sonst nicht getraut hätte“ (TN4, Absatz 209). TN5 bemerkt im Einzelsetting *„dass man viel Anleiten muss [...] und in den Gruppeninterventionen war es dann tatsächlich häufig so, dass sich die Klienten da **gegenseitig animieren und Ideen entwickeln**“ (TN5, Absatz 90). TN6 hebt dazu den Vorteil hervor, dass Klientinnen sich gegenseitig zu neuen Themen inspirieren. Die Therapeutin hat die Möglichkeit, eine beobachtende Rolle einzunehmen. *„Ich hatte jetzt auch eine Gruppe, da war das ganz interessant, das hat dann sehr von dieser **Gruppendynamik** gelebt. Ich musste mich da gar nicht mehr so groß einmischen“ (TN5, Absatz 88). Abschließend gibt TN5 an *„Und, man muss es auch knallhart so sagen, der **Zeit/Wirtschaftsfaktor** ist in der Gruppenarbeit ein anderer als in der Einzelarbeit. [...] Ich erreiche mehr Menschen, als wenn ich jeden einzelnen in der Einheit hätte“ (TN5, Absatz 268).******

TN5 erlebt auch Vorteile der Gruppe über die Intervention hinaus „*Da entstanden dann teilweise auch, außerhalb meiner ergotherapeutischen Intervention, Verbindungen zwischen den Klienten. Dass die, ich weiß nicht, nach der Ergotherapie noch einen Kaffee trinken gehen*“ (TN5, Absatz 102). Zusätzlich berichten zwei Expertinnen, dass „*diese **Selbsthilfegruppendynamik** so ein bisschen entstanden ist*“ (TN5, Absatz 189). Aus „*der ersten Handeln gegen Trägheit Gruppe hat sich eine Art Selbsthilfegruppe gegründet die jetzt seit 2 Jahren tatsächlich besteht*“ (TN1_Teil1, Absatz 90).

Alle Expertinnen berichten, dass die Klientenzentrierung und der *Recovery*-Gedanke, „*trotz vorhandener Einschränkung, trotz vorhandener Symptomatik, trotzdem Wohlbefinden und Zufriedenheit durch Aktivität zu erreichen*“ (TN5, Absatz 235), mithilfe des Manuals umgesetzt werden kann. „*Ich finde es sehr gut, dass das Therapiemanual keine Anleitung ist, [...], sondern es ist nur ein **roter Faden**, an dem sich der Klient entlanghangelt und mit verschiedenen Thematiken auseinandersetzt. Was er dann daraus macht, steckt in seiner **eigenen Verantwortung** [...]. Und deswegen sehe ich da eine sehr **große Klientenzentrierung** dabei*“ (TN5, Absatz 213). Auch TN1 beschreibt zum Thema Klientenzentrierung, dass sie „*niemals tatsächlich einem Klienten ganz egal im Einzel oder in der Gruppe vorschreiben würde welche Veränderung jetzt ansteht, welches Aktivitätsexperiment gewählt werden soll*“ (TN1_Teil2, Absatz 50).

4.2.8 Herausforderung

Als Herausforderung für die Therapeutinnen sehen zwei Expertinnen (TN3, TN6) das **Gruppen-setting** selbst: „*Für die Gruppe musst du immer ein bisschen mehr überlegen, ein bisschen **mehr planen** [...]. Ja man muss **sich trauen** dann auch in so eine Gruppensituation zu gehen*“ (TN6, Absatz 137). Zum Thema **Adaption als Gruppenintervention** gibt TN2 an: „*Also ich merke es schon selber, es geht schon sich das selber zu erarbeiten, aber da musst du halt auch erstmal die Zeit dafür haben [...] während der Arbeitszeit*“ (TN3_Teil1, Absatz 234). TN4 sieht einen Adaption Grund aufgrund des: „*Gruppen-setting[s], da kann man die Patienten nicht mit Zettelwirtschaften überladen*“ (TN4, Absatz 53). Der Therapeut ist gefragt, wenn die Arbeitsblätter: „***unterschiedlich schnell verstanden** [werden]. Da müsstest du vielleicht dann auch nochmal gucken über welche Kanäle kann ich dem Einzelnen das leichter erklären*“ (TN6, Absatz 175). Zusätzlich beschreibt TN4 die besondere Herausforderung bei der Implementierung im Gruppensetting, welcher sie als Berufsanfängerin aufgrund ihres geringen Erfahrungsschatzes ausgesetzt war.

Es werden auch **Nachteile des Gruppensettings** für die Klientinnen benannt: „*weil sich die Patienten doch oft vergleichen und dann manchmal über ihre Grenzen hinausgehen und sich **überfordern***“ (TN1_Teil1, Absatz 90). TN5 gibt an „*es kann in der Gruppe vielleicht sein, dass*

[...] *der ein oder andere Klient so **sozial erwünscht agiert***“ (TN5, Absatz 217). Auch TN1 geht vertieft auf diese Herausforderung ein: *„in der Gruppe besteht vielleicht manchmal die Gefahr das sie die Idee eines Klienten auf die anderen überträgt“* (TN1_Teil2, Absatz 50). Ergänzend berichtet TN1 von ihrer Erfahrung: *„mir fällt jetzt einer ein, der immer sehr geschwärmt hat was er alles schafft. Wo sich jetzt [...] herausgestellt hat, als ich ihn jetzt im Einzel weiterbetreut habe, das der immer sehr **gelogen** hat“* (TN1_Teil1, Absatz 129). TN3 gibt an, dass das Preisgeben intimer Alltagssituationen schwierig für Klientinnen ist: *„weil oft sind ja solche Dinge auch sehr **schambesetzt** und dann ist manchmal so ein Gruppensetting auch nicht so ganz geeignet dafür finde ich“* (TN3_Teil1, Absatz 128). *„Also es ist [...], aus dem **Klientenzentrierungsaspekt** schwierig“* (TN3_Teil1, Absatz 260) geben auch TN4 und TN5 an: *„weil es zum Schluss immer individueller wird und dann wird es meiner Meinung nach wirklich schwierig, dass als Gruppe weiter durchzuziehen“* (TN5, Absatz 187).

Einige **Klientinnen** stellen innerhalb der HgT-Gruppe eine Herausforderung dar, was die Expertinnen zu **Ausschlusskriterien** führt. TN4 und TN5 schließen Klientinnen aus die: *„einfach noch in einem zu akuten Stadium [sind]“* (TN4, Absatz 141). TN3 und TN5 geben an: *„wenn jemand keine Motivation zur Veränderung hat, [...] dann denke ich macht es auch keinen Sinn den in dem Programm arbeiten zu lassen“* (TN5, Absatz 128). TN2 ist der Meinung: *„Analphabetismus ist ein Ausschlusskriterium [und] eine Betätigungsdeprivation“* (TN2, Absatz 137). Als herausfordernde Klientinnen sieht TN3: *„Menschen [...], die dann sehr ausschweifend sind, sehr viel Raum einnehmen“* (TN3_Teil1, Absatz 128), wohingegen TN1 angibt: *„manchmal [ist es] schwierig, dass sich Klienten nicht öffnen wollten in der Gruppe“* (TN1_Teil1, Absatz 92). TN4 beschreibt als zusätzliche herausfordernde Klientel *„hochakute mit Halluzination, Stimmen erleben, da war die Motivation immer erst sehr groß, aber ist dann eher abgesackt, weil da noch zu viele Wahninhalte vielleicht auch noch stattgefunden haben und dann wurde es zu durcheinander“* (TN4, Absatz 143).

Die kurze **Aufenthaltsdauer der Klientinnen** wird von vier Expertinnen (TN1, TN2, TN3, TN4) als herausfordernd betrachtet: *„Wir haben Leute die einfach nur kurz für ein paar Wochen zur Krisenintervention“* (TN1_Teil1, Absatz 27) und aus diesem Grund kämen *„diese sehr praktischen Sachen [...] einfach teilweise so spät für die Patienten, dass die schon wieder entlassen sind“* (TN2, Absatz 101). TN2 macht diesbezüglich die Erfahrung: *„eine nachhaltige, langfristige Wirkung in einem stationären Akutbereich, musste ich irgendwann feststellen, ist nicht realistisch“* (TN2, Absatz 285).

Auch **Rahmenbedingungen** führen zu Herausforderungen. So geben vier Expertinnen (TN1, TN2, TN3, TN4) an, dass die **Gruppentherapie vom Arbeitgeber bevorzugt** wird: *„Ich habe es anfangs, ich hatte ein oder zwei Klienten, mit denen ich es einzeln gemacht habe, was super*

war, [...] aber nicht machbar in meinen Rahmenbedingungen. Wir haben nur Gruppentherapien eigentlich“ (TN1_Teil1, Absatz 59) und begründet dies: „weil Einzeltherapien nicht so viel Geld gebracht hätten wie Gruppe, deswegen“ (TN1_Teil1, Absatz 82). TN6 sieht auch Schwierigkeiten in der Implementierung: „Generell brauchst du [...] Lobbyarbeit, um das Konzept einzuführen“ (TN6, Absatz 161). TN1 und TN5 sprechen von **räumlichen Barrieren** aufgrund von handwerklich eingerichteten Ergotherapie-Räumen und: „weil der Ergotherapie-Raum so doof geschnitten ist das man da nicht schön einen Stuhlkreis oder so dergleichen machen kann. Also musste ich erst einen Raum finden“ (TN1_Teil1, Absatz 88).

4.2.9 Zukunft/ Wünsche

Alle Expertinnen stimmen mit dem Inhalt der folgenden Aussage zur Implementierung des HgT im Gruppensetting von TN1 überein: „Also weiterempfehlen würde ich es auf jeden Fall, insbesondere wenn die Rahmenbedingungen nichts anderes zulassen [...] insgesamt [bin ich] sehr zufrieden also ich finde das schön, dass ich es gewagt habe“ (TN1_Teil2, Absatz 85). Dennoch beschreiben sie noch diverse Veränderungswünsche und Ideen für die Zukunft.

So sind sich die Expertinnen auf die Frage, ob jede Ergotherapeutin auf Basis des bestehenden HgT-Manuals eine HgT-Gruppe anbieten kann, einig: „Einfachheitshalber wäre es natürlich schon wünschenswert, wenn es das auch als fertiges Manual sag ich mal gibt für das Gruppensetting“ (TN3_Teil1, Absatz 232).

TN2 sieht in einem spezifischen Gruppenmanual weniger Sinn: „wenn ich jetzt ein Manual bekäme über zwölf Einheiten, das wäre nett, aber nicht hilfreich“ (TN2, Absatz 215). Als wünschenswert hingegen beschreibt sie ein **HgT-Gruppenmanual**, welches inhaltlich auf die Fragen „was gibt es da für verschiedene **Ansätze und für verschiedene Tipps, wie man Arbeitsblätter zusammenstellen kann**“ (TN2, Absatz 215 - 217) eingeht. TN4 geht genauer auf ihre Wünsche an eine Anpassung des HgT-Manuals ein: „So alleine von der **Schriftführung** zum Beispiel im Buch so **kleine Hinweise** [...], damit könnte man auch eine Gruppenarbeit machen“ (TN4, Absatz 115), oder „dass da **Ideen sind wie man eine Gruppe gestaltet**“ (TN4, Absatz 113).

Zum Thema **Häufigkeit der HgT-Gruppe pro Woche** äußert TN2 den Wunsch nach zusätzlichen Terminen „Was ich schon überlegt habe ist, dass ich die Gruppe öfters pro Woche mache. Anstatt an einen Termin auf zwei bis drei Termine auszuweiten“ (TN2, Absatz 109).

In der **Gestaltung der HgT-Gruppe** nennt TN5 anstelle einer Gruppe, bei der die Klientinnen an unterschiedlichen Themen arbeiten, eine Gruppe, bei der sich alle Klientinnen auch gemeinsam mit dem HgT auseinandersetzen.

Im **Umgang mit voneinander abweichendem Arbeitstempo** der Klientinnen hat TN1 die Idee: „vielleicht kann man auch dann denen die zu schnell sind sagen sie müssen sich die Arbeitsblätter nochmal differenzierter anschauen oder vielleicht können sie den Gruppenmitgliedern die langsamer sind Unterstützung leisten“ (TN1_Teil2, Absatz 15). Zum **Zeitsparen** überlegt TN2: „ob wir einfach den ersten Bogen, den wir sonst in der ersten Einheit ausfüllen lassen, ob wir den generell im Erstgespräch rausgeben“ (TN2, Absatz 125).

TN5 zeigt Begeisterung für eine Idee aus einer Fachzeitschrift, „wo jemand das Programm so auf **Plakatebene** umgesetzt hat [...] da wurden viele Bestandteile der Arbeitsblätter auf große Plakate übertragen“ (TN5, Absatz 260). Um einen besseren **Alltagsübertrag** durch die HgT-Gruppe zu ermöglichen, erhofft sich TN2 für die Zukunft: „wenn die Patienten in allen drei Sektoren: stationär, teilstationär und ambulant an Therapien auf der Station teilnehmen [könnten], dann könnte ich einen Alltagsübertrag bei einem sehr viel längeren Zeitraum gut schaffen“ (TN2, Absatz 109). TN3 wünscht sich für ihre **Rolle in der HgT-Gruppe** in Zukunft: „dass ich wirklich nur noch Moderator bin und die sich auch untereinander unterstützen, weil wenn einfach Theorieinput sein muss [...] ich denen das auch gebe“ (TN3_Teil1, Absatz 188).

Zur **Raumgestaltung** beschreibt TN1 den Wunsch nach einem Raum, „der von der Atmosphäre und von der Einrichtung einladend ist also weder überladen wie ein klassischer Ergotherapie-Raum noch total steril“ (TN1_Teil1, Absatz 35).

Im **Umgang mit den Kolleginnen** wünscht sich TN5 „das andere ergotherapeutische Kollegen das auch in ihren Stationen [...] probieren zu implementieren“ (TN5, Absatz 82). Auch TN4 plant „dass [HgT] ein bisschen bekannter zu machen“ (TN4, Absatz 71). Sie plant unter anderem die Gestaltung eines Flyers, der das Gruppenangebot bewirbt.

5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die erhaltenen Resultate durch die Beantwortung der drei Leitfragen und der Forschungsfrage vorgestellt und anhand des theoretischen Hintergrundes interpretiert.

Anschließend werden die Stärken und Schwächen der vorliegenden Forschungsarbeit diskutiert. Durch die kritische Auseinandersetzung mit der Planung, Durchführung, Analyse und Ergebnisdarstellung wird die Transparenz des Forschungsprozesses erhöht.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.1.1 Beantwortung der ersten Leitfrage

Welche Inhalte wendeten Berufspraktikerinnen aus dem Manual für das Gruppensetting an und welche Adaptionen wurden dabei vorgenommen?

Das Manual (→Kap. 2.4.3) gibt keine Reihenfolge im Vorgehen und in der Nutzung der Arbeitsblätter vor. Die Nutzung aller Inhalte ist ebenfalls nicht vorgegeben (Krupa et al., 2017). Dies wird auch in der unterschiedlich beschriebenen Nutzung der befragten Expertinnen deutlich.

Das Arbeitssetting lässt einen Einfluss auf die genutzten Arbeitsblätter vermuten. Eine Befragte aus der PIA verwendet nahezu alle Arbeitsblätter, wohingegen eine Expertin aus dem stationären Setting hauptsächlich Arbeitsblätter aus den ersten beiden Kapiteln nutzt, da die Aufenthaltsdauer ihrer Klientinnen für weitere Kapitel nicht ausreicht.

Aufgefallen ist dennoch, dass vier Expertinnen das Arbeitsblatt 1.3 Meine aktuellen Aktivitätsmuster zum Einstieg in die Gruppenintervention nutzen. Laut Eklund & Argentzell (2016) ist eine zu niedrige Beteiligung an Betätigungen nachteilig für die Genesung, weshalb zusätzlich fast alle Befragten das Arbeitsblatt 2.10 Beteiligung an Aktivitäten messen nutzen, um ein Betätigungsgleichgewicht/-ungleichgewicht (→Kap. 2.4.1.5) zu ermitteln. Auch das Arbeitsblatt 2.1 Tägliche Zeitnutzungsprotokolle, welches von allen genutzt wird, bezieht sich auf die Erfassung des Zeitnutzungsverhaltens (→Kap. 2.2.4). Bei diesem Arbeitsblatt wenden einige Expertinnen Adaptionen an. Eine weitere Befragte vergibt dies als Hausaufgabe, um es in der nächsten Einheit im Plenum zu besprechen. Die Erstellung unterschiedlich adaptierter Versionen des Zeitnutzungsprotokolls mit längeren Zeitabständen zur Vermeidung von Überforderung werden von einer Expertin genannt. Außerdem beschreibt eine Befragte die Entwicklung

eines Arbeitsblattes mit zusätzlichen Reflexionsfragen zu Aktivitätsexperimenten zur Förderung der Selbstreflexion im Gruppensetting.

Die Arbeits- und Informationsblätter zum Thema Substanzgebrauch werden von zwei Expertinnen bewusst für das Gruppensetting ausgeschlossen und in einem zusätzlichen Einzelgespräch bei Bedarf eingesetzt. Ergänzende Einzelinterventionen, die auch kurz sein können, empfiehlt Pfeiffer (unveröffentlichtes Interview, 12.Juni 2020) für eine erfolgreiche Umsetzung im Gruppensetting. Informationsblätter werden von Befragten häufig und insbesondere zum Austausch unter den Teilnehmerinnen genutzt. Nach Meinung von Pfeiffer (ebd.) eignet sich die Vermittlung edukativer Themen gut für das Gruppensetting. Bäuml & Pitschel-Walz (2008) sehen in der Psychoedukation eine gute Möglichkeit, durch das Informieren den Genesungsprozess zu unterstützen. Erleichtert wird die Psychoedukation durch das Gefühl der Zugehörigkeit und des Nachempfindens unter den Gruppenteilnehmerinnen (→Kap. Nr. 2.3.3.4). Eine Expertin ergänzt edukative Inhalte mit bildlichen Darstellungen, um die Inhalte zu verdeutlichen. Dies entspricht dem Grundgedanken der Psychoedukation, komplizierte Fachinformationen anschaulich zu vermitteln (Psychiatrienetz, 2017). Der *Enablement Skill* Informieren (→Kap.2.4.1.2) ist somit im Rahmen der HgT-Gruppenintervention eine wichtige Kompetenz.

Die von den Expertinnen beschriebenen Adaptionen zu den angepassten oder neu entwickelten Arbeitsblättern beziehen sich zusätzlich auf eine veränderte Umsetzungsweise und auf die angewendeten Sozialformen im Gruppensetting.

Einzelarbeit in der Gruppe bietet den Vorteil, dass einzelne Klientinnen innerhalb der Gruppe an eigenen Aufgabenstellungen arbeiten können (Lagemann, 2017). Diese Sozialform ergibt sich aus Sicht einer Befragten aufgrund der klientenzentrierten Ausrichtung aus dem Manual selbst. Alle Expertinnen geben an, diese Sozialform im Rahmen der HgT-Gruppe einzusetzen. Zur Förderung gemeinsamer Gruppenarbeit werden die Inhalte der Arbeitsblätter laut der Befragten häufig auf Medien wie beispielsweise Flipcharts, Plakaten und Whiteboards übertragen. Diese kommen zusätzlich unter Anwendung verschiedener Methoden wie beispielsweise das gemeinsame Erstellen von Mindmaps zum Einsatz. Eine Expertin verbindet die persönliche Zielsetzung der Klientinnen mit einer vorhergehenden kreativen Arbeit und veranschaulicht erarbeitete Strategien auf selbst erstellten Papierschiffen. Auch Czyganowski (2009) gibt an, dass kreative Angebote weiterhin einen großen Raum einnehmen.

Die Sozialform Gruppenarbeit wirkt sich laut Lagemann (2017) positiv auf die Interaktion in der Gruppe (→Kap. Nr. 2.3.3.4) aus. Lambracht (2019) beschreibt in einer Veröffentlichung zu ihrem Adaptionprozess im Gruppensetting ebenfalls Flipcharts zu verwenden. Eine Befragte

erachtet die Durchführung von Interviews in Partnerarbeit zur Erarbeitung von Arbeitsblättern als sinnvoll. Auch Lagemann (2017) betont, dass dadurch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Gegenüber gefördert wird.

Zur Durchführung von Aktivitätsexperimenten werden unterschiedliche Ansätze deutlich. Eine Expertin gestaltet Umschläge zu den vier Betätigungsbereichen (→Kap. 2.4.1.1). Daher können die Klientinnen mit dem Ziel, der Teilhabe an Aktivitäten, Aktivitätsexperimente aus dem jeweiligen Betätigungsbereich ziehen, in dem eine Betätigungsungleichgewicht (→Kap. 2.4.1.5) vorliegt. Weitere Befragte stellen die Bedeutung heraus, möglichst früh mit ihren Klientinnen ins praktische Handeln zu kommen. Auch Blank, Harries & Reynolds (2014) benennen das Eingebundensein in Betätigung als bedeutsam zur Genesung von Menschen mit *SMI*. Eine weitere Expertin gibt hingegen an, im Sinne der Klientenzentrierung niemals Aktivitätsexperimente vorzugeben, sondern diesen die bewusste Wahl zu überlassen. Dieses Vorgehen entspricht der kanadischen Definition von Klientenzentrierung (CAOT, 1997 zitiert nach Cup & van Hartingsveldt, 2019a). In diesem Sinne nutzt eine Expertin Umfragen zur Ermittlung von Aktivitätsexperimenten, die gemeinsam in Form von Gruppenarbeit umgesetzt werden können. Dabei wird das HgT mit dem RTA (Parkinson, 2014) verbunden, welche diese Befragte einander ergänzend im Gruppensetting anwendet. Als weitere Ergänzungen nennen die Expertinnen das Vulnerabilitätsstressmodell* (Hammer & Plöbl, 2015), Entspannungsreisen, die Interessenchecklisten (Kielhofner, Mentrup & Langlotz, 2016) und weitere Assessments, Stimmungskarten, Therapiekarten, Fotos und Bewegungsaspekte.

5.1.2 Beantwortung der zweiten Leitfrage

Welche Chancen und Herausforderungen ergaben sich für Berufspraktikerinnen innerhalb der Anwendung im Gruppensetting?

Die Expertinnen geben an, durch die Implementierung von HgT im Gruppensetting von einigen Vorteilen zu profitieren. Beispielsweise ermöglicht ihnen die Nutzung des Manuals eine betätigungsbasierte und alltagsorientierte Vorgehensweise, wodurch sich das Betätigungsverhalten der Klientinnen verbessert. Diese Ergebnisse spiegeln sich in einem Systematic Review von D'Amico, Jaffe & Gardner (2018) wider, in der ein Einsatz der Betätigung innerhalb der Intervention von Menschen mit *SMI* als wirksames Therapieziel nachgewiesen wird. Auch sehen die Befragten durch die Nutzung von HgT die Möglichkeit, evidenzbasierter zu arbeiten und dem aktuellen Stand der Forschung entsprechend vorzugehen. Dies entspricht auch den Empfehlungen der S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien (DGPPN, 2019). Der Einsatz von HgT verbessert somit faktisch und in der subjektiven Wahrnehmung der Expertinnen die Außendarstellung der Ergotherapie. Laut Edgelow & Krupa (2011) sind viele ergotherapeutische

Vorgehensweisen, wie beispielsweise handwerklich-gestalterische Interventionen, nicht ausreichend empirisch belegt. Bei der dem HgT zugrunde liegenden Evidenz handelt es sich um jeweils eine Pilotstudie aus Kanada und Deutschland, die Hinweise auf die Wirksamkeit von HgT geben (Edgelow & Krupa, 2011; DGPPN, 2019).

Das Manual bietet die Chance, klientenzentriert (→Kap. 2.4.1.3) vorzugehen. Dabei führt die Arbeit an selbst gewählten Themen aus Erfahrungen der Expertinnen zu mehr Eigenverantwortung (→Kap. 2.2.2) bei den Klientinnen. Dennhardt (2007) beschreibt eine höhere Motivation zur Therapieteilnahme bei Klientinnen während der Bearbeitung persönlich relevanter Themen. Dennoch erleben mehrere Expertinnen die konsequente Umsetzung der Klientenzentrierung in der Gruppe als herausfordernd. Insbesondere wird dies mit der Individualität bestimmter Themen und Zielsetzungen begründet. Weiterhin bestätigt Amrhein (2018b) (→Kap. 2.3.3.4) die Annahme, dass Therapeutinnen nur in geringerem Ausmaß den Bedürfnissen aller Teilnehmerinnen im Gruppensetting gerecht werden können. Auch Pfeiffer (unveröffentlichtes Interview, 12. Juni 2020) geht von einer erschwerten Umsetzung der Klientenzentrierung im Gruppensetting aus.

Andererseits bestätigen die Expertinnen, durch das Manual in ihrem recoveryorientierten Vorgehen unterstützt zu werden. Die Klientinnen erhalten die Möglichkeit, trotz vorhandener Krankheitssymptome ihre Zufriedenheit durch Aktivitäten verbessern zu können. Schon Anthony (1993) stellte diese Wirkung des recoveryorientierten Vorgehens (→Kap. 2.2.1) heraus. Aufgrund der genannten Vorteile beschreiben alle Befragten eine gesteigerte Zufriedenheit bei sich, bei ihren Klientinnen und ein positives Feedback seitens der Institution. Eine Expertin sieht Chancen für Psychotiker, deren Krankheitsbild ihrer Meinung nach wenig Beachtung in der Gesellschaft findet. Laut einer Studie von Leufstadius & Eklund (2008) sind Menschen mit Psychosen im Bereich des Betätigungsgleichgewichts und dem Ausführen von Betätigungen als auch im Bereich der Teilhabe, eingeschränkt. Diese Erkenntnis bestätigt, dass auch Menschen mit diesem Krankheitsbild besonders von HgT profitieren können. Das Manual wurde laut Krupa et al. (2017) für Menschen mit *SMI* entwickelt, welche in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind. Auch die Expertinnen geben an, dass kein psychiatrisches Krankheitsbild ein Ausschlusskriterium zur Teilnahme an ihrer HgT-Gruppe darstellt.

Als hinderlichen Faktor zur Umsetzung einer wirksamen und nachhaltigen Intervention sehen mehrere Befragten hingegen die Aufenthaltsdauer der Klientinnen. Laut des statistischen Bundesamtes verbringen Klientinnen im Durchschnitt 28 Tage zur Behandlung in Allgemeinpsychiatrien (DESTATIS, 2018). Diese kurze Aufenthaltsdauer wird von mehreren Befragten als Herausforderung wahrgenommen.

Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit berichten alle Expertinnen, dass sie angehalten sind vorzugsweise Gruppentherapien durchzuführen, wie es auch die Heilmittelrichtlinie vorsieht (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a). Daher ist es für die Befragte aufgrund der Rahmenbedingungen fast ausschließlich möglich, im Rahmen einer Gruppentherapie von den beschriebenen Vorteilen von HgT zu profitieren. Durch die Umsetzung im Gruppensetting schaffen sie sich diese Möglichkeit. Auch Pfeiffer (unveröffentlichtes Interview, 12. Juni 2020) vertritt den Standpunkt, dass die Umsetzung im Gruppensetting einem sonstigen Wegfall der HgT-Intervention vorzuziehen ist.

Laut Heilmittelrichtlinie sind Gruppeninterventionen auch aufgrund daraus entstehender gruppenspezifischer Effekte (→Kap. 2.3.3.2) vorzuziehen. Die Expertinnen stellen dies ebenfalls als Vorteil der Gruppenintervention heraus. Laut Amrhein (2018b) fördert der Austausch in der Gruppe das Gefühl der Zugehörigkeit, das Lernen neuer Strategien, das Entwickeln neuer Perspektiven, die Steigerung des Selbstwertgefühls und die Förderung sozialer Kompetenzen. Dieser Vorteil des gemeinsamen Austausches wird von den Expertinnen deutlich hervorgehoben. Im Sinne des *Empowerments* (le Grange, Kinébanian & Josephsson, 2006); (→Kap. 2.2.2) geht es darum, Klientinnen den Zugang zu ihren Ressourcen zu ermöglichen. Die Befragten berichten von Strategieentwicklungen und gegenseitiger Motivation während des gemeinsamen Austausches der Erfahrungen und Ideen mit anderen Klientinnen. Laut der Studie *What is participation? A story of mental illness, metaphor, & everyday occupation* (Sakiyama, Josephsson, & Asaba, 2010), benötigen Menschen mit psychischen Störungen Unterstützung im Bereich der Teilhabe. Auch berichten die Expertinnen von gegründeten Selbsthilfegruppen im ambulanten Setting und privaten Kontakten unter den HgT-Gruppenteilnehmerinnen, die dem Vorteil eines Unterstützungsnetzwerks nach Amrhein (2018b) entsprechen (→Kap. 2.3.3.4). Auch Eklund (2006) hebt den positiven Einfluss der Interaktion in sozialen Netzwerken auf das *Engagement* der Klientinnen hervor.

Die während der sozialen Interaktion entstehenden Konflikte erfordern aus Sicht einer Expertin spezielle Kompetenzen der Therapeutin im Bereich Konfliktmanagement. Hierdurch zeigt sich die Wichtigkeit des *Enablement Skills Specialize* (Townsend & Polatajko, 2013c) im Bereich der gruppenspezifischen Kompetenzen. Auf diese Weise bietet die HgT-Intervention aufgrund des Gruppensettings den Vorteil, dass die Klientinnen ihre sozialen Kompetenzen weiterentwickeln können (→Kap. 2.3.3.4).

Dennoch profitieren nicht alle Klientinnen vom Konstrukt Gruppe. Ruhigere Klientinnen nehmen sich laut den American Addiction Centers (2019) häufig zurück. Deswegen besteht für diese Klientinnen die Gefahr, weniger wahrgenommen zu werden. Diese Erfahrung beobachten auch mehrere Expertinnen und geben des Weiteren an, dass das Sprechen vor einer

Gruppe, vor allem über schambesetzte und intime Themen, für vereinzelte Klientinnen eine Schwierigkeit darstellen kann. Auch Amrhein (2018b) und Connolly Counseling & Assessment (2018) sehen darin eine Herausforderung. Pfeiffer (unveröffentlichtes Interview, 12. Juni 2020) sieht eine Herausforderung im Umgang mit intimen, schambesetzten Themen und dem Offenlegen von Misserfolgen in der Gruppe. Weitere Herausforderungen sehen die Befragten darin, dass manche Klientinnen eine falsche Selbstwahrnehmung zeigen oder die Ideen anderer Teilnehmerinnen auf die Eigenen übertragen. Eine Expertin beschreibt den gemeinsamen Einsatz des Vulnerabilitätsstressmodells (Hammer & Plößl, 2015) als hilfreich um dem entgegen zu wirken.

Durch das Gruppensetting ist auch die Therapeutin, insbesondere in den ergotherapeutischen Kompetenzen (→Kap. 2.4.1.2), gefordert. Beispielsweise nennen mehrere Befragte ein abweichendes Arbeitstempo der Klientinnen als Herausforderung, wie bereits von Pfeiffer (unveröffentlichtes Interview, 12. Juni 2020) vermutet. Laut Pfeiffer (ebd.) könnten vergleichsweise langsamere Erfolge demotivieren. Mehrere Expertinnen beobachten und beschreiben, dass der Vergleich der Klientinnen untereinander teilweise zu Überforderung führte. Zur Lösung schlugen sie vor, Aufgaben aus anderen Gruppen einzubauen, um Zeit zu füllen, Zusatzfragen zu erstellen, Hausaufgaben aufzugeben oder falls nötig, Klientinnen in Absprache aus der Gruppe zu nehmen. Als weitere Möglichkeit wird die Unterstützung durch Ergotherapeutinnen in Ausbildung oder Kolleginnen genannt.

5.1.3 Beantwortung der dritten Leitfrage

Welche Voraussetzungen sollten gegeben sein, damit HgT im Gruppensetting angeboten werden kann?

Alle Expertinnen, die an der HgT-Fortbildung teilnahmen, empfinden diese als sehr hilfreich zur Umsetzung von HgT im Gruppensetting. Zwei Befragte schilderten eine erfolgreiche Implementierung, ohne die Fortbildung besucht zu haben. Die HgT-Fortbildung ist eine Möglichkeit, jedoch keine Grundvoraussetzung, um das Manual in der Therapie anzuwenden (→Kap. 2.4.2). Eine Expertin wünscht sich die Möglichkeit einer HgT-Fortbildung mit Bezug zum Gruppensetting. In der Darstellung der Befragten zeigt sich der durch die Teilnahme an der Fortbildung entstandene Austausch mit den ehemaligen Teilnehmerinnen besonders für die Adaption des Manuals als wertvoll. Der *Enablement Skill Consult* (Townsend & Polatajko 2013c) ist somit eine förderliche Kompetenz bei der Implementierung.

Zwei Expertinnen stellen ihren akademischen Hintergrund als hilfreich für die Anwendung von HgT im Gruppensetting dar. Dieser erweist sich jedoch für die Umsetzung als nicht

entscheidend. Als wichtige Voraussetzung werden von mehreren Befragten die Eigenmotivation und die innere Haltung genannt. Auch die *Enablement Skills Adapt* sowie *Design/Build* (Townsend & Polatajko, 2013c) zeigt sich in diesem Zusammenhang von größerer Bedeutung. Zusätzlich kommt bei der Umsetzung im Gruppensetting der *Enablement Skill Specialize* (Townsend & Polatajko 2013c) zum Tragen, da die Fähigkeit der Therapeutin, Gruppen zu leiten, eine weitere wichtige Voraussetzung darstellt. Da die ergotherapeutische Gruppentherapie ein gängiges Setting im psychiatrischen Bereich darstellt (Johansen & Kurmann, 2015), ist diese Kompetenz häufig bei Ergotherapeutinnen, die in diesem Bereich tätig sind, vorhanden. Trotz der vorhandenen Kompetenzen und Motivation wünschen sich alle Expertinnen ein Ergänzungsmanual mit Adaptionsideen für das Gruppensetting. Auch die S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien betont, dass manualisierte Interventionen zunehmend an Bedeutung gewinnen (DGPPN, 2019).

Die Hälfte der Befragten gibt an, einen Vorteil darin zu sehen, ihr Vorgehen zur Umsetzung im Gruppensetting konzeptionell verschriftlicht zu haben. Zu anderen erweiternden Themen gibt es bereits veröffentlichte Ergänzungsmanuale, wie beispielweise das Demenz-Ergänzungsmaterial zu HgT (Rabaca, Chiasson, & Mikalson, 2020). Die eigenen Ausarbeitungen dienen laut mehrerer Expertinnen als Orientierungshilfe für sich selbst und für Kolleginnen. Diesen wird durch eine konzeptionelle Grundlage die Realisierung des Gruppenangebots erleichtert. Andere Kolleginnen für die Intervention zu begeistern, wird von mehreren Befragten als Voraussetzung angesehen, um die Intervention erfolgreich implementieren zu können. Eine Befragte hebt einen intensiven interprofessionellen Austausch oder Vorträge im Team als hilfreich hervor. Dieser bietet laut einer Expertin eine Grundlage, interprofessionelle Entscheidungen zur Zusammenstellung der HgT-Gruppe zu treffen. Die Wichtigkeit des *Enablement Skills Consult* (Townsend & Polatajko 2013c) wird dadurch betont.

Die in der kanadischen Pilotstudie (Edgelow & Krupa, 2011) nachgewiesene Wirksamkeit von HgT erleben auch einige Expertinnen in ihren Interventionen. Einige Befragte sehen darin einen Zusammenhang zum Ansehen der HgT-Gruppenintervention vor Kolleginnen und Vorgesetzten. Dies wirkt sich aus Sicht mehrerer Expertinnen positiv auf eine erfolgreiche Umsetzung und eine dauerhafte Implementierung aus.

Unterstützung durch eine weitere Therapeutin innerhalb der Gruppenintervention erfährt nur eine Expertin. Eine Beteiligung durch weitere Personen wie beispielsweise durch Ergotherapeutinnen in Ausbildung, wird von den Befragten als unterstützend erlebt, um intensiver auf einzelne Klientinnen eingehen zu können. Der *Enablement Skill Collaborate* (Townsend & Polatajko, 2013c) stellt somit eine wichtige Kompetenz der Therapeutin dar.

Mehrere Expertinnen stellen das ambulante Setting als besonders gute Voraussetzung heraus, die HgT-Gruppenintervention erfolgreich umzusetzen. Die Ergebnisse beziehen sich dabei auf PIAs und eine Tagesstätte. Grundsätzlich zum ambulanten Bereich (→Kap. 2.3.2.4) zählende ergotherapeutische Praxen konnten nicht befragt werden.

Im Regelfall liegt die Gesamtverordnungsmenge der psychisch-funktionellen Behandlung der ambulanten Ergotherapie bei 40 Einheiten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a) und bietet dadurch einen deutlich längeren Behandlungszeitraum als im stationären Setting (→Kap. 2.1.5). Auch die Leitlinie der AOTA (Brown, 2017) gibt an, dass Interventionen für Menschen mit *SMI*, die über einen Zeitraum von mehreren Monaten stattfinden, eine höhere Wirksamkeit aufweisen. Zusätzlich bietet das ambulante Setting einen direkten Alltagsbezug, weshalb Klientinnen beispielsweise Aktivitätsexperimente im häuslichen Umfeld durchführen können. Direkter Alltagsbezug wird von der S3 Leitlinie psychosoziale Therapien empfohlen (DGPPN, 2019). Das Üben im realen Umfeld, welches im ambulanten Setting möglich ist, wird von der AOTA Leitlinie (Brown, 2017) als besonders wirksam dargestellt (→Kap. 2.3.2.3).

Die meisten Expertinnen nennen geschlossene Gruppen (→Kap. 2.3.3.3) aufgrund des Offenlegens persönlicher Themen als förderlich für den Therapieerfolg. Da die Aufenthaltsdauer von Klientinnen im stationären Setting zeitlich begrenzt ist, führen aufgrund von Entlassungen geschlossene Gruppen mit der Zeit zu einer verkleinerten Gruppengröße. Dies wirkt sich nachteilig auf die Wirtschaftlichkeit im Sinne der Heilmittelrichtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a) aus. Zwei Befragte wenden im stationären Setting aufgrund fester Rahmenbedingungen ein offenes HgT-Gruppenangebot an, welches zu ersten Aktivitätsveränderungen führt. Eine offene Gruppe, in der die Klientinnen nicht alle mit den Inhalten des HgTs arbeiten, empfiehlt sich weniger. Für das stationäre Setting nennt eine Expertin die Angliederung des Therapieraums an die Station aufgrund der Nähe zum Stationsalltag als förderlich.

Auch die Raumgestaltung kann sich aus Sicht der Befragten positiv auf die HgT-Gruppenintervention auswirken. Handwerkliche Tätigkeiten sind noch immer von großer Bedeutung (Czyganowski, 2009), weshalb die HgT-Gruppeninterventionen mehrerer Expertinnen in Räumlichkeiten handwerklich-gestalterischer Angebote stattfinden. Dennoch sind sie der Meinung, dass die Atmosphäre dieser Räumlichkeiten nicht dem Rahmen des Angebotes einer HgT-Gruppenintervention entspricht. Deshalb reduzieren Befragte die handwerklichen Anteile und ziehen einen neutralen Raum, in dem Tische, Stühle und eine Flipchart untergebracht sind, den Handwerksräumen vor. Pitschel-Walz & Bäuml (2015) geben an, dass eine vertrauensvolle Atmosphäre im Rahmen einer Gruppenintervention förderlich ist. Laut König & Schattenhofer (2016) werden in einer Gruppe gemeinsame Normen und Werte entwickelt. Dazu gehören Gruppenregeln, welche den Gruppenteilnehmerinnen ein Gefühl von Sicherheit

vermitteln und sich dadurch positiv auf die Atmosphäre in einer Gruppe auswirken (Flotho, 2017). Keine Expertin benennt bezüglich ihres Adaptionsprozesses Gruppenregeln. Bei der Nutzung von Flipcharts wird jedoch die Aufstellung von Gruppenregeln bei einer Befragten erkennbar.

An einer Gruppentherapie sollten laut Amrhein (2018b) nur Klientinnen teilnehmen, die bereit sind, vor anderen über persönliche Themen zu sprechen. Mehrere Expertinnen stellen aus ihrer Erfahrung heraus weitere Voraussetzungen an ihre Klientinnen zur Teilnahme an der HgT-Gruppenintervention: Eine Befragte gibt an, dass sie keine Klientinnen mit Analphabetismus an ihrer HgT-Gruppe teilnehmen lässt. Des Weiteren werden von mehreren Expertinnen Personen mit hoch akutem Krankheitsbild ausgeschlossen. Weiterhin wird eine vorhandene Motivation zur Veränderung vorausgesetzt. Die American Addiction Centers (2019) sehen im Zusammenhang mit dem Gruppensetting die Gefahr des sozialen Faulenzens (→Kap. 2.3.3.4). Dabei erlaubt das Konstrukt Gruppe unmotivierten Klientinnen ihre Probleme zu verbergen und Verantwortung abzugeben.

5.1.4 Beantwortung der Forschungsfrage

Wie wenden Berufspraktikerinnen im psychiatrischen Gruppensetting mit Erwachsenen das Manual Handeln gegen Trägheit an und wie erleben sie die Anwendung?

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass alle Expertinnen Wege und Möglichkeiten gefunden haben, innerhalb ihres jeweiligen Arbeitssettings HgT im Gruppensetting zu implementieren. In der Vorgehensweise lassen sich, wie in der Beantwortung der Leitfragen bereits erkennbar, Gemeinsamkeiten aber auch Variationsmöglichkeiten feststellen.

Diese werden unter anderem in der Länge der einmal wöchentlich stattfindenden Einheiten, welche abhängig von der jeweiligen Befragten zwischen 50, 60 und 120 Minuten variieren, deutlich. In der Darstellung der Expertinnen wird erkennbar, dass die Einheiten mit einer Länge von 120 Minuten im ambulanten Setting stattfinden. Die kürzeren Einheiten kommen tendenziell eher in stationären Settings vor. Dies deckt sich mit der aktuellen Heilmittelrichtlinie, welche im ambulanten Setting für psychisch-funktionelle Gruppenbehandlungen deutlich längere Einheiten vorgibt als in Einzel- oder Zweierbehandlungen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a).

Bei der Anzahl der Gesamteinheiten pro Klientin zeigen sich in den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit Diversitäten. Im stationären Setting finden meist zwei bis vier Einheiten statt,

wohingegen im ambulanten Bereich ca. 15 Einheiten von einer doppelten Länge in einem Durchlauf stattfinden.

Die Expertinnen, die längere und häufigere Einheiten ausführen, geben eine deutliche Zufriedenheit damit an. Gleichzeitig äußern mehrere Befragte, die 50 bzw. 60-minütige Einheiten durchführen und deren Klientinnen aufgrund ihrer begrenzten Aufenthaltsdauer seltener an der HgT-Gruppe teilnehmen, den Wunsch nach mindestens einer zweiten Einheit pro Woche. Daher geben diese an, eher Impulse zu setzen und weniger tatsächliche Veränderungen im Alltag ihrer Klientinnen zu erreichen. Zwei Einheiten pro Woche im stationären Setting ließen sich umsetzen, da die PPP-RL (→Kap. 2.3.2.1) im Rahmen der Spezialtherapien einen Minutenwert von 122 Minuten pro Woche und Klientin innerhalb der Regelbehandlung bei Gruppentherapien vorsieht (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020b). Damit würde der Mindestminutenwert von 122 Minuten der Spezialtherapien fast ausschließlich von der HgT-Gruppe abgedeckt.

Mehrere Expertinnen betonen die hohe Relevanz eines Vorgesprächs und einer überlegten homogenen Gruppenzusammenstellung in ihrem Vorgehen. Diese Aussage wird durch Flotho (2017) bestätigt, welche ein Vorgespräch zur Feststellung der Gruppeneignung sowie zur Absprache von Therapieeinheiten empfiehlt. Dieses Vorgehen ist aufgrund vorgegebener Strukturen innerhalb der Einrichtungen nicht grundsätzlich umsetzbar. Eine Befragte beschreibt das erste Kapitel im HgT-Manual, insbesondere die Auswertung der aktuellen Aktivitätsmuster (Krupa et al., 2017), als hilfreich für die Bedarfsermittlung und die Gruppenzusammenstellung. Weiterhin ist die Beratung im interprofessionellen Team bei der Zusammenstellung einer (homogenen) Gruppe empfehlenswert. Diese Option wird in diesem Zusammenhang als möglicher Ersatz oder zur Ergänzung eines Vorgesprächs erwähnt.

Die Expertinnen berichteten von Gruppengrößen zwischen 2-10 Klientinnen (→Tab. 3), wobei eine sehr geringe Gruppengröße eher im Verlauf durch die Entlassung von Klientinnen zustande kommt. Insgesamt lässt sich keine Zuordnung der Gruppengröße zu einem bestimmten Arbeitssetting feststellen. Dies entspricht der Aussage von Amrhein (2018b), welche die Anzahl der Gruppenmitglieder als Variable und durch die Therapeutin festgelegt darstellt.

Der Ablauf der HgT-Gruppen mehrerer Expertinnen orientiert sich an den von Flotho (2017) beschriebenen Einstiegs-, Arbeits- und Nachbesprechungsphasen einer ergotherapeutischen Gruppe.

Im Umgang mit verpassten Einheiten werden Inhalte entweder als Hausaufgabe aufgegeben oder mit der gesamten Gruppe wiederholt. Die gemeinsame Wiederholung mit der gesamten

Gruppe wird von den Expertinnen als hilfreich für alle Gruppenmitglieder beschrieben. Das Nachbesprechen im Einzelkontakt wird von den Befragten als weitere Option dargestellt, um mit verpassten Einheiten umzugehen. Laut Amrhein (2018b) kann die Therapeutin im Einzelsetting im höheren Ausmaß auf die Bedürfnisse der Klientinnen eingehen als im Gruppensetting. Seitens der Expertinnen wird das Einzelsetting als gewinnbringend wahrgenommen, jedoch eher selten eingesetzt. Dies lässt sich damit begründen, dass Ergotherapie im Gruppensetting eine gängige Interventionsart darstellt (Johansen & Kurmann, 2015). Begründen lässt sich dies vor allem mit der Wirtschaftlichkeit, da eine Gruppenintervention günstiger als eine Einzelintervention ist (Amrhein, 2018b; American Addiction Centers, 2019; Connolly Counseling & Assessment, 2018).

Abschließend wird eine große Zufriedenheit aller Befragten mit der jeweiligen Adaption des HgT im Gruppensetting deutlich. Dabei stellen sie durch den Alltagsbezug eine deutliche inhaltliche Verbesserung ihrer ergotherapeutischen Angebote im Vergleich zu handwerklichen Angeboten heraus. Im Rahmen des kontemporären Paradigmas (→Kap. 2.3.2) ist es den Ergotherapeutinnen somit möglich, das Berufsbild innerhalb der Einrichtung zu erweitern.

Die Zufriedenheit der Befragten mit der Implementierung beruht auch auf einer erhöhten Klientenzufriedenheit. Auch Krupa et al. (2017) betonen mithilfe eines gezielten Aktivitätsaufbaus mehr Sinn, Zweck und Zufriedenheit im Sinne des *Recovery*-Gedankens bei den Klientinnen zu erreichen (→Kap. 2.3.5). Die Expertinnen nehmen zusätzlich Vorteile des Gruppensettings aufgrund entstehender Gruppendynamiken bis hin zu Selbsthilfedynamiken wahr. König & Schattenhofer (2016) stellen dazu beispielsweise die Förderung der Selbstreflexion und das Herbeiführen von Verhaltensänderungen als positive Effekte einer Gruppe heraus. Im Rahmen der Adaption von HgT für das Gruppensetting berichten die Befragten von fortlaufenden, sich optimierenden Veränderungsprozessen. Diese benötigen viel Zeit für die Planung, die im Rahmen der Arbeitszeit nicht unbedingt gegeben ist. Infolgedessen wünschen sie sich für sich selbst und andere Berufspraktikerinnen ein unterstützendes Ergänzungsmanual für das Gruppensetting.

5.2 Diskussion der Stärken und Schwächen

5.2.1 Stärken

Forschungsfrage

Die Forscherinnen wählten ein mit dem Innovationspreis der DGPPN (DVE, 2017) ausgezeichnetes, innovatives Manual, das für die psychiatrische Ergotherapie von Bedeutung ist. Ergotherapeutische Gruppentherapien sind aus wirtschaftlichen Gründen vorzuziehen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a). Da das Manual in der Anwendung im Gruppensetting unerforscht ist, stellt das Thema eine ergotherapeutische Forschungslücke dar. Die Forschungsarbeit kann Berufspraktikerinnen bei der Umsetzung zeitgemäßer Ergotherapie im psychiatrischen Setting unterstützen und somit zur Weiterentwicklung des Paradigmenwechsels beitragen.

Theoriegeleitetes Vorgehen

Die Forscherinnen orientierten sich konsequent an der Vorgehensweise nach Mayring (2015; 2016). In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde ein Großteil der relevanten Hintergrundliteratur durch die Forscherinnen gesichtet. Dies wird anhand der überwiegenden Mehrheit der Resultate, die bereits im theoretischen Hintergrund erwähnt wurden, deutlich. Die vorliegenden Studien wurden anhand der Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) eingeschätzt. Die Forscherinnen erweiterten das Vorverständnis (Mayring, 2016) über HgT zusätzlich in einem leitfadengestützten Interview mit Andreas Pfeiffer, einem der Übersetzer des Manuals.

Gütekriterien

Die Forscherinnen richteten sich nach den sechs Gütekriterien nach Mayring (2016) wovon fünf konsequent eingehalten werden konnten. Dies lässt auf eine hohe Qualität dieser Forschungsarbeit schließen.

Sampling

Einige Teilnehmerinnen meldeten den Forscherinnen zurück, über mehrere Kanäle erreicht worden zu sein. Durch das Schneeballverfahren konnte die Ausschreibung weit gestreut werden. Trotz der Innovation des Themas und der eingeschränkten Gruppensituation aufgrund der aktuellen Pandemie konnten insgesamt sechs Teilnehmerinnen entsprechend der Auswahlkriterien rekrutiert werden. Positiv zu bewerten ist auch eine große Unterschiedlichkeit der Expertinnen, obwohl das *Sample* (Stichprobe) relativ klein ist. Die sowohl männlichen als auch weiblichen Expertinnen stammen aus verschiedenen Bundesländern in Deutschland und aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern. Die Forscherinnen orientierten sich terminlich an den

Präferenzen der Teilnehmerinnen und erhöhten somit die Bereitschaft der Interviewteilerinnen.

Forschungsethik

Die Forscherinnen orientierten sich an den drei ethischen Prinzipien nach Sales & Folkmann (2000) und beachteten diese (→Kap. 3.3) zu jedem Zeitpunkt im Forschungsprozess.

Experteninterview

Das Experteninterview erwies sich als geeignet, da das Expertenwissen zielgerichtet und ungefiltert erfasst wurde. Die Anpassungsfähigkeit der Methode zählt nach Mayring (2016) zu den wichtigsten Vorteilen bei der praktischen Durchführung einer Befragung.

Nachvollziehbarkeit der Auswertung

Des Weiteren wurden die Programme f4 Transkript und -Analyse (audiotranskription, 2020) genutzt. Die Transkription und die Auswertung erfolgten somit systematisch, strukturiert und nachvollziehbar. Die Interpretation und Auswertung der Daten erfolgten in einer regelmäßigen Triangulation der Forscherinnen.

5.2.2 Schwächen

Repräsentativität

Die Anzahl der angestrebten neun Expertinnen wurde trotz breiter Streuung nicht erreicht. Auch die zusätzlich geplante teilnehmende Beobachtung konnte aufgrund der Begrenzungen (→Kap. 1.3) nicht durchgeführt werden.

Es konnten keine Daten generiert werden, in denen sich eine Teilnehmerin gegen das HgT im Gruppensetting ausspricht. Daraus kann aufgrund der geringen Stichprobenzahl keine generelle Empfehlung für das HgT im Gruppensetting abgeleitet werden. Die vorliegende Forschungsarbeit erfasst erste Erfahrungswerte aus einer gezielten Stichprobe ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Diese Faktoren schränken die Repräsentativität ein.

Gütekriterien

Die kommunikative Validierung (Mayring, 2016) konnte aufgrund der Kapazitäten der Forscherinnen nicht vollständig erfüllt werden. Somit erhielten die Expertinnen zwar die Möglichkeit, Transkripte zu ergänzen, die Ergebnisse konnten jedoch nicht im Anschluss diskutiert werden.

Kontextbezug

Nach Mayring (2016) soll die Untersuchung humanwissenschaftlicher Gegenstände möglichst in ihrem natürlichen Umfeld stattfinden (→Kap. 3.2.3). Durch die Vorgabe von Online-Interviews (→Kap. 1.3) fehlt ein direkter Bezug zum beruflichen Kontext. Diesen Bezug hätte die ursprünglich geplante teilnehmende Beobachtung herstellen können.

Interview

Die geplante Interviewzeit wurde teilweise überschritten. Die unterschiedliche Dauer könnte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinflussen. Weiterhin kann eine Beeinflussung durch die Interaktion mit den Expertinnen und daraus entstandene Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die Durchführung möglicher Replikationsstudien ist dadurch eingeschränkt (Döring & Bortz, 2016b).

Die Expertinnen hatten das HgT-Manual während der Befragung nur teilweise zur Hand. Die Forscherinnen hätten dies vor dem Experteninterview empfehlen können, um einen noch gezielteren Austausch zu ermöglichen. Hingegen hat das ergänzende Zusatzblatt (→Anlage 12) zu den CMCE-Skills die Teilnehmerinnen teilweise verunsichert und die Antworten stark vorstrukturiert. Fragen zu allgemeinen therapeutischen Kompetenzen hätten zu differenzierteren Antworten und einer anschließenden Zuordnung zu den CMCE Skills seitens der Forscherinnen führen können.

Eine gezielte Frage zu den Gruppenregeln hätte die gruppenspezifische Organisation umfassender ermitteln können.

6. Schlussfolgerung

Im folgenden Kapitel werden abschließend die in den vergangenen Kapiteln gebildeten und diskutierten Behauptungen zusammengefasst. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der daraus entwickelten Schlussfolgerungen.

Ziel dieser Forschungsarbeit ist die Erstellung einer Informationssammlung der Erfahrung von Berufspraktikerinnen bei der Anwendung von HgT im Gruppensetting. Diese soll interessierte Therapeutinnen bei ihrer Entscheidung unterstützen, ob und insbesondere wie sie HgT in der Gruppe implementieren und umsetzen können.

Das HgT ist eine manualisierte Intervention, die für das Einzelsetting konzipiert wurde. Viele Therapeutinnen in psychiatrischen Einrichtungen sind hingegen dazu angehalten, hauptsächlich Gruppentherapien anzubieten und setzen diese häufig in Form von werktherapeutischen Angeboten um. Diese Art der Intervention ist im Gegensatz zum HgT nicht evidenzbasiert und zeigt, dass ein Übertrag in den Alltag kaum möglich ist. Das HgT bietet Therapeutinnen die Möglichkeit, alltags-, betätigungs- und klientenzentrierte Interventionen anzubieten und dadurch im Sinne von *Recovery* Gesundheit durch Aktivität zu erreichen. Insbesondere in geschlossenen HgT-Gruppen im ambulanten Setting lässt sich der Übertrag in den Alltag sowie eine intensive und langfristige Auseinandersetzung mit den Inhalten des Manuals gewährleisten.

Die Ergebnisse dieser Forschung zeigen, dass es für Therapeutinnen in unterschiedlichen psychiatrischen Settings möglich ist, eine Adaption von HgT vorzunehmen. Der Einsatz unterschiedlicher Sozialformen sowie kreativen Adaptionen einzelner Arbeitsblätter beispielsweise mit Hilfe von Flipcharts erweisen sich als hilfreich, um Interaktionen im Gruppensetting zu fördern. Die Motivation der Therapeutin sowie die zur Verfügung stehende Zeit für die Entwicklung von Adaptionen erweisen sich dabei als wesentlich für eine erfolgreiche Umsetzung. Auch erweisen sich Erfahrungen der Therapeutin mit Gruppentherapie, welche häufig in psychiatrischen Einrichtungen gegeben sind, als förderlich. Durch das Gruppensetting entstehende Gruppendynamiken sowie die Entwicklung von sozialen Kontakten unter den Klientinnen sind hingegen als Chance des Gruppensettings zu betrachten. Die konsequente Klientenzentrierung stellt dabei eine Herausforderung dar, da das intensive Eingehen auf die einzelnen Klientinnen durch die Therapeutin im Gruppensetting nicht möglich ist. Lösungen stellen ergänzende Einzelinterventionen sowie die Unterstützung durch eine weitere Kollegin oder Auszubildende dar. Das Einzelsetting wird aufgrund der Möglichkeit der besonders intensiven Auseinandersetzung mit Klientinnen präferiert. Dennoch stellt das Gruppensetting eine gute Alternative vor dem Hintergrund der gegebenen Rahmenbedingungen im psychiatrischen

Setting dar. Grundsätzlich lassen sich durch diese Forschungsarbeit diverse zufriedenstellende Möglichkeiten zur Anwendung und Implementierung von HgT im Gruppensetting herausstellen.

6.1 Ausblick

Im Verlauf dieser Forschungsarbeit ergaben sich für die Zukunft verschiedene Entwicklungsoptionen sowie weiterführende Forschungsmöglichkeiten.

Um die Anwendung von HgT im Gruppensetting zu erleichtern und dadurch mehr Ergotherapeutinnen den Einsatz dieser evidenzbasierten Intervention zu ermöglichen, empfehlen die Forscherinnen die Entwicklung eines Ergänzungsmanuals von HgT im Gruppensetting. Dieses kann Berufspraktikerinnen unterstützen, die aufgrund ihres Arbeitssettings nicht die Möglichkeit haben, Einzelinterventionen durchzuführen oder denen die Voraussetzungen fehlen, das Manual eigenständig zu adaptieren. Es empfiehlt sich, das Manual inhaltlich und strukturell eher als Orientierungshilfe mit verschiedenen Adaptionen- und Umsetzungsmöglichkeiten zu gestalten.

Die Teilnahme an einer HgT-Fortbildung wirkt sich unterstützend und hilfreich auf die Anwendung des Manuals aus. Die inhaltliche Ergänzung zur Anwendung im Gruppensetting im Rahmen der Fortbildung empfiehlt sich, um Berufspraktikerinnen die Implementierung sowie Adaptionen und Strategien im Gruppensetting zu erleichtern.

Da außerhalb dieser Forschungsarbeit die Umsetzung von HgT im Gruppensetting in Deutschland bisher noch nicht erforscht wurde, sehen die Forscherinnen weiteren Forschungsbedarf insbesondere zur Wirksamkeit von HgT im Gruppensetting. Zugleich können weitere Studien zur Erfassung der Klientensicht und Bereitschaft bezüglich HgT im Gruppensetting durchgeführt werden, um dadurch den klientenzentrierten Ansatz zu vertiefen.

Eine ergotherapeutische Praxis bietet nach Meinung der Forscherinnen aufgrund des ambulanten Settings einen Alltagsbezug und eine gute Grundlage zur Anwendung von HgT. Die gegebenen Strukturen bieten förderliche Bedingungen zur Nutzung im Gruppensetting. Weitere Forschung bezüglich HgT im Gruppensetting kann sich mit der Umsetzung in ergotherapeutischen Praxen in Deutschland befassen, da im Rahmen dieser Forschungsarbeit keine Expertin aus diesem Setting akquiriert werden konnten. Von Interesse wäre, ob in ergotherapeutischen Praxen das HgT im Gruppensetting bereits Anwendung findet. Darüber hinaus könnte der Praxiskontext aufgrund von Ordnungsvariationen eine gute Möglichkeit einer Vergleichsstudie von HgT im Gruppen- im Gegensatz zum Einzelsetting bieten.

Des Weiteren wurde im Rahmen der Literaturrecherche dieser Forschungsarbeit deutlich, dass wenig Evidenz zu ergotherapeutischen Gruppen in Deutschland vorliegt. Vertiefende Forschung zu dieser Thematik, kann Berufspraktikerinnen gezielt im evidenzbasierten Arbeiten unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Akreml, L. (2014). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In J. Blasius & N. Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 265–282). New York, Vereinigte Staaten: Springer Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_17
- Alward, A. (2009). 1.4 Stellenwert von Handwerk in der Ergotherapie. In I. Winkelmann (Hrsg.), *Handwerk in der Ergotherapie* (S. 26-30). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag KG.
- American Addiction Centers. (2019). *Group Therapy vs. Individual Therapy*. Abgerufen 1. Juli 2020, von <https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/group-individual>
- Amrhein, C. (2018a). *Gruppentherapie: oft eine gute Alternative zur Einzeltherapie*. Abgerufen 15. Juni 2020, von <https://www.therapie.de/psyche/info/index/therapie/gruppentherapie/definition-ablauf/>
- Amrhein, C. (2018b). *Gruppentherapie: Wirksamkeit*. Abgerufen 15. Juni 2020, von <https://www.therapie.de/psyche/info/index/therapie/gruppentherapie/wirksamkeit/>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Anthony, W., Rogers, E. S., & Farkas, M. (2003). Research on Evidence-Based Practices:

Future Directions in an Era of Recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2),

101–114. <https://doi.org/10.1023/a:1022601619482>

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2018). *Das Framework der AOTA:*

Gegenstandsbereich, Prozesse und Kontexte in der ergotherapeutischen Praxis. (U.

Marotzki & K. Reichel, Hrsg.) (B. Dehnhardt, Übers.). Bern, Schweiz: Hogrefe AG.

APA - American Psychological Association. (2019). *Psychotherapy: Understanding group*

therapy. Abgerufen 15. Juni 2020, von <https://www.apa.org/topics/group-therapy>

Atelier für Ideen AG. (o. J.). *Mind Mapping - die Technik "der merkwürdigen Bilder" ist*

ebenfalls ein Favorit unter den Kreativtechniken und hilft bei der Ideenfindung.

Abgerufen 2. November 2020, von [https://www.ideenfindung.de/Mind-Mapping-](https://www.ideenfindung.de/Mind-Mapping-Kreativitätstechnik-Brainstorming-Ideenfindung.html)

[Kreativitätstechnik-Brainstorming-Ideenfindung.html](https://www.ideenfindung.de/Mind-Mapping-Kreativitätstechnik-Brainstorming-Ideenfindung.html)

audiotranskription. (2020). *Transkription und Analyse - Die f4 Familie macht´s leichter.*

[https://www.audiotranskription.de/?para=gAdTrans&gclid=Cj0KCQjwit_8BRCoARIsAl](https://www.audiotranskription.de/?para=gAdTrans&gclid=Cj0KCQjwit_8BRCoARIsAlx3Rj64J7otDGhPEYV6JGKSVAX7buf3VKzUts2MVUX4VY0zmJhrF2glGAUaAmq5EALw_wcB)

[x3Rj64J7otDGhPEYV6JGKSVAX7buf3VKzUts2MVUX4VY0zmJhrF2glGAUaAmq5EALw_](https://www.audiotranskription.de/?para=gAdTrans&gclid=Cj0KCQjwit_8BRCoARIsAlx3Rj64J7otDGhPEYV6JGKSVAX7buf3VKzUts2MVUX4VY0zmJhrF2glGAUaAmq5EALw_wcB)

[wcB](https://www.audiotranskription.de/?para=gAdTrans&gclid=Cj0KCQjwit_8BRCoARIsAlx3Rj64J7otDGhPEYV6JGKSVAX7buf3VKzUts2MVUX4VY0zmJhrF2glGAUaAmq5EALw_wcB)

Ausschuss „Psychische Behinderungen“ der DVfR. (2013). *Implementierung der*

Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

(ICF) zur Klassifizierung von psychischen Beeinträchtigungen. Abgerufen 1. Juli 2020,

von

[https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/ICF_](https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/ICF_Papier_%c3%bcberarbeitet_23_8_13.pdf)

[Papier_%c3%bcberarbeitet_23_8_13.pdf](https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/ICF_Papier_%c3%bcberarbeitet_23_8_13.pdf)

- Bäumli, J. & Bechdolf, A. (Hrsg.). (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (2. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Bäumli, J. & Pitschel-Walz, G. (2008). Definition. In J. Bäumli & A. Bechdolf (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (2. Aufl., S. 3). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Bejerholm, U. & Eklund, M. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, *61*, 21–32. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.1.21>
- Bejerholm, U., Hansson, L. & Eklund, M. (2006). Profiles of Occupational Engagement in People with Schizophrenia (POES): The Development of a New Instrument Based on Time-Use Diaries. *British Journal of Occupational Therapy*, *69*(2), 58–68. <https://doi.org/10.1177/030802260606900203>
- Berding, J. (2016). *Recovery through Activity - Verbesserung der Teilhabe im Alltag* Kurzvortrag in der Vortragsreihe *Manualisierte Interventionen zur Zeitnutzung - DVE Kongress 2016*. Abgerufen 10. Juni 2020, von <https://dve.info/resources/pdf/ausweiterbildung/kongress/2016/samstag-4/2405-s15-berding/file>
- Blank, A. A., Harries, P., & Reynolds, F. (2014). 'Without Occupation You Don't Exist': Occupational Engagement and Mental Illness. *Journal of Occupational Science*, *22*(2), 197–209. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.882250>
- BlueJeans Home*. (2020). *Blue Jeans Network*. Abgerufen 20. Juni 2020, von <https://www.bluejeans.com/>

- Blum, Dr. K., Löffert, Dr. S., Offermanns, Dr. M., & Steffen, Dr. P. (2013). *Psychiatrie Barometer 2012*. Deutsches Krankenhausinstitut, Abgerufen 18. Mai 2020, von https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/psychiatrie_barometer_2012.pdf
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). (2005). *Das Experteninterview* (2. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- BPTK - Bundes Psychotherapeuten Kammer. (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Reform - Wartezeit 2018*. Abgerufen 16. Mai 2020, von https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- Brown, C. (2017). *Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen* (M. le Granse, Übers., Bd. 4). Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Canadian Collaborative Mental Health Initiative. (2006). *Working together towards recovery: Consumers, families, caregivers and providers*. Abgerufen 23. Juli 2020, von https://www.schizophreniaandsubstanceuse.ca/sitepages/files/EN_Workingtogether_towardsrecovery.pdf
- CAOT & NHW. (1983). *Guidelines for the Client-centred Practice of Occupational Therapy*. Ottawa, Kanada: Department of National Health and Welfare.
- CAOT. (2002). *Enabling Occupation An Occupational Therapy Perspective*. (E. Townsend, Hrsg.) Ontario, Kanada: Canadian Association of Occupation
- Christiansen, C., & Haertl, K. (2019). A Contextual History of Occupational Therapy. In B. Schell, G. Gillen, B. A. Schell, & G. Gillen (Hrsg.). *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia, Vereinigte Staaten: Wolter Kluwers.

- Cockburn, L. (2016). Evolution of Psychosocial Practice in Occupational Therapy. In E. Fossey, D. Pitts, B. Borg, M. A. Bruce, B. Kirsh, & T. Krupa (Hrsg.), *Bruce & Borg's Psychosocial Frames of Reference* (4. Aufl., S. 17–33). Thorofare, USA: SLACK Incorporated.
- Connolly Counseling & Assessment. (2018). *The Advantages and Disadvantages of Group Therapy* | *Connolly Counseling*. Abgerufen 15. Juni 2020, von <https://www.connollycounseling.com/advantages-disadvantages-group-therapy/>
- Creek, J. (2014). The Knowledge Base of Occupational Therapy. In B. K. BSc, J. Fieldhouse & B. W. PhD (Hrsg.), *Creek's Occupational Therapy and Mental Health (Occupational Therapy Essentials)* (5. Aufl., S. 27–47). London, UK: Churchill Livingstone.
- Cup, E. & van Hartingsveldt, M. (2019a). 8.2 Ausgangspunkte in der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 197 - 201). (M. Vieten, Übers.) Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Cup, E. & van Hartingsveldt, M. (2019b). 8.5 Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 204 – 208). (M. Vieten, Übers.) Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Czyganowski, M. (2009). Handwerk in der Ergotherapie – Basteln oder betätigen? *Ergopraxis*, 2(11/12), 23–25. Abgerufen von <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0029-1240027>
- D'Amico, M. L., Jaffe, L. E. & Gardner, J. A. (2018). Evidence for Interventions to Improve and Maintain Occupational Performance and Participation for People With Serious

- Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 7205190020p1-7205190020p11. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033332>
- Davidson, L., Lawless, M. S., & Leary, F. (2005). Concepts of recovery: competing or complementary? *Current Opinion in Psychiatry*, 18(6), 664–667. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000184418.29082.0e>
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91–97. <https://doi.org/10.1037/h0101301>
- DeepL. (o. J.). *DeepL Translate Recovery*. Abgerufen 16. Mai 2020, von <https://www.deepl.com/translator#en/de/Recovery>
- Dennhardt, S. (2007). Nutzerbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätskriterien. In S. Dennhardt & U. Marotzki (Hrsg.), *Psychiatrische Ergotherapie heute* (2. Aufl., S. 67–91). Weinheim, Deutschland: Psychiatrie Verlag.
- DESTATIS - Statistisches Bundesamt. (2018). *Erweitertes Datenangebot auf Basis einer neuen Statistik für Psychiatrie und Psychosomatik*. Abgerufen 17. April 2020, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhaeuser.html>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten. (DVE). (2007). *Definition*. Abgerufen 9. Mai 2020, von <https://dve.info/ergotherapie/definition>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten. (DVE). (2015). *Ergotherapie im Bereich Psychiatrie*. Abgerufen 9. Mai 2020, von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/fachbereiche/87-pdf-gruppe-04-psychiatrie/file>

- Deutscher Verband der Ergotherapeuten. (DVE). (2017). Ergotherapie-Manual „Handeln gegen Trägheit“ gewinnt DGPPN-Preis. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 8. Abgerufen von https://www-skvdirect-de.zuyd.idm.oclc.org/shop/images/files/download/1603363928_10791826821040_et_2017_11.pdf
- DGPPN. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin, Deutschland: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2020). *ICD-10GM*. Abgerufen 1. Mai 2020, von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>
- Do Live Well. (2015). *Tools & Resources | Do Live Well*. Abgerufen 10. Juni 2020, von <http://dolivewell.ca/tools-resources/#sthash.RLzE8GGI.dpbs>
- Donskoy, A.L., Stevens, R., & Bryant, W. (2014). Perspectives on Using and Providing Services. In L. Lougher, J. Creek, J. Fieldhouse, W. Bryant, & K. Bannigan (Hrsg.), *Creek's Occupational Therapy and Mental Health* (5. Aufl., S. 163–175). Livingstone, Churchill: Elsevier.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016a). 1.1.3 Forschungsansätze in der empirischen Sozialforschung. In J. Bortz & N. Döring (Hrsg.) *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl., S. 14–19). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.

- Döring, N. & Bortz, J. (2016b). 4. Forschungs- und Wissenschaftsethik. In J. Bortz & N. Döring (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl., S. 121–138). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016c). 10. Datenerhebung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl., S. 321–577). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016d). 9 Stichprobenziehung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl., S. 291–319). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016e). 1. Empirische Sozialforschung im Überblick. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.) *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl., S. 3-30). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016f). 3. Qualitätskriterien in der empirischen Sozialforschung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.) *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl., S. 3-30). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Aufl.). Abgerufen 10. Juni 2020, von <https://www.audiotranskription.de/praxisbuch>

- Duden (2020). *Setting, das*. Abgerufen 26. Oktober 2020, von <https://www.duden.de/node/165035/revision/165071>
- Edgelow, M., & Krupa, T. (2011). Randomized controlled pilot study of an occupational time-use-intervention for people with serious mental illness. *American Journal of Occupational Therapy, 65*, 267–276. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2011.001313>
- Eklund, M. (2006). Occupational Factors and Characteristics of the Social Network in People With Persistent Mental Illness. *American Journal of Occupational Therapy, 60*(5), 587–594. <https://doi.org/10.5014/ajot.60.5.587>
- Eklund, M., Leufstadius, C. & Bejerholm, U. (2009). Time use among people with psychiatric disabilities: Implications for practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(3), 177–191. <https://doi.org/10.2975/32.3.2009.177.191>
- Eklund, M. & Argentzell, E. (2016). Perception of occupational balance by people with mental illness: A new methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 23*(4), 304–313. <https://doi.org/10.3109/11038128.2016.1143529>
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 20*(3), 162–173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM- Occupational Therapy Intervention Process Model*. (B. Dehnhardt, Übersetz.). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Flick, U. & von Kardoff, E. (2000). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (I. Steinke, Hrsg.) (unveränd. Nachdruck der 7. Aufl. 2009.). Hamburg, Deutschland: Rowohlt Taschenbuchverlag.

- Flick, U. (2011). *Triangulation – Eine Einführung*. Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Flick, U. (2019). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. J. Saam & N. Braun (Hrsg.), *Handbuch Modellbildung und Simulation in den Sozialwissenschaften* (2. Aufl., S. 473–488). Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.
- Flotho, W. (2017). 2.4.1 Psychosoziale Behandlungsverfahren - Ausdruckszentrierte Methode. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (3. Aufl., S. 155–163). Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Fossey, E., & Krupa, T. (2016). Patterns of Participation: Time Use and Occupational Balance. In D. Pitts, B. Borg, M. A. Bruce, & B. Kirsh (Hrsg.), *Bruce & Borg's Psychosocial Frames of Reference* (5. Aufl., S. 153–173). Thorofare, USA: SLACK Incorporated.
- Gazzaniga, M., Heatherton, T., & Halpern, D. (2017). *Psychologie*. (G. Plata, Übers.). Weinheim Basel, Deutschland: Psychologie Verlagsunion.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020a). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL)*. Abgerufen 5. Juli 2020, von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2213/HeilM-RL_2020-06-29_iK-2020-07-01.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020b). *Richtlinie: Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL*. Abgerufen 24. Mai 2020, von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2120/PPP-RL_2020-03-27_iK_2020-03-27_AT-08-04-2020-B4.pdf
- Genau, L. (2020). Experte – Definition und Erklärung. Abgerufen am 29. Juli 2020, von <https://www.scribbr.de/methodik/definition-experte/>

- Götsch, K. (2007). 1.5 Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Vom Behandeln zum Handeln* (3. Aufl., S. 56–64). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Gruhl, K. L. R. (2005). Reflections on... the recovery paradigm: should occupational therapists be interested? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 96–102. Abgerufen von <https://journals-sagepub-com.zuyd.idm.oclc.org/doi/pdf/10.1177/000841740507200204>
- Haase, F. C. (2011). Phasen des Therapieprozesses. In C. Scheepers, U. Steinig-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (4. Aufl., S. 189–196). Stuttgart, Deutschland: Thieme Georg Verlag.
- Hammell, K. W. (2002). Informing Client-Centred Practice through Qualitative Inquiry: Evaluating the Quality of Qualitative Research. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 175–184. <https://doi.org/10.1177/030802260206500405>
- Hammell, K. R. W. (2007). Client-Centred Practice: Ethical Obligation or Professional Obfuscation? *British Journal of Occupational Therapy*, 70(6), 264–266. <https://doi.org/10.1177/030802260707000607>
- Hammell, K. R. W. (2012). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 174–181. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.752032>
- Hammell, K. R. W. (2015). Client-centred occupational therapy: the importance of critical perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 237–243. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1004103>

- Hammer, M. & Plößl, I. (2015). *Irre verständlich: Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen* (3. Aufl.). Köln, Deutschland: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Häfner, H. (2016). "Man kann sich das heute nicht mehr vorstellen, wie die Psychiatrie damals ausgesehen hat". 337-345. (C. W. Katrin Radenbach, Interviewer) Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.
- Helferich, C. (2011). 1.1 Der Gegenstand qualitativer Forschung und Grundprinzipien. In *Die Qualität qualitativer Daten* (4. Aufl., S. 21–25). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 669–686. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44
- Hesse, B., Hessel, A., Canan Ågre, C., Falk, J., Nebe, A. & Weinbrenner, S. (2019). Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung – zentrale Handlungsfelder, (8), 194–199. Abgerufen 18. Mai 2020 von, https://www.deutscherrentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/RVaktuell/2019/Artikel/artikel_heft_08.pdf;jsessionid=B65159F7B821636A4520EDB169E5FB8A.delivery1-1-replication?__blob=publicationFile&v=6
- Höhl, W. & Pfeiffer, A. (2018). Therapieprogramm „Handeln gegen Trägheit“: Verhaltensaktivierung psychisch kranker Menschen. *Neuro Transmitter*; 29 (36-40). Abgerufen am 27. Mai 2020, von <https://www.bvdm.de/images/neurotransmitter/2018/01-2018-NeuroTransmitter.pdf>

- Höhl, B. (2016). 6.5 Gütekriterien für qualitative Forschung. In T. Stamm, R. Weigl & V. Ritschl (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (1. Aufl. Aufl., S. 127–130). Springer.
- Hübner, D. (2014). Theorie der Ethik. In H. Unger, R. M.´ Bayo & P. Narimani (Hrsg.), *Forschungsethik in der qualitativen Forschung* (1. Aufl., S. 15–39). Springer Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-04289-9>
- Hucke, B. & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie* (1. Aufl., Bd. 6). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., J. Zielasek & Wittchen, H.-U. (2014). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*. Springer-Verlag. doi: 0.1007/s00115-013-3961-y
- Johansen, T., & Kurmann, J. (2015). *Auswirkungen von ergotherapeutischen Gruppentherapien im Fachbereich Psychiatrie: Ein integratives Literaturreview*. Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Abgerufen 14. April 2020, von <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/226>
- Junge, I., Longréé, A., & Weber, B. (2019). 1.9 Entwicklung des Berufes in Deutschland. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 48). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

- Kaiser, R. (2014). Die Planung und Durchführung qualitativer Experteninterviews. In H.-G. Erhart, B. Frevel, K. Schubert & S. S. Schüttemeyer (Hrsg.), *Qualitative Experteninterviews Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung* (S. 51–88). New York, Vereinigte Staaten: Springer Publishing.
- Karau, S. J. & Williams, K. D. (1993). Social loafing: A meta-analytic review and theoretical integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(4), 681–706.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.4.681>
- Käßmair, L. (2019). Den ganzen Tag FEUERALARMS – doch keiner nimmt ihn ernst – Chronischer Schmerz: Handeln gegen Trägheit. *ergopraxis*, *12*(02), 28–33.
<https://doi.org/10.1055/a-0770-4923>
- Kielhofner, G. (1977). Temporal adaptation: A conceptual framework for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *31*, 235–242.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4. Ausg.). Philadelphia, Vereinigte Staaten: F.A. Davis Company.
- Kielhofner, G., Mentrup, C. & Langlotz, A. (2016). *Checklisten des Model of Human Occupation* (2. Aufl.). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner.
- Kinébanian, A. (2019a). 1.4.4 Betätigungen und Aktivitäten. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 41-42). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Kinébanian, A. (2019b). 1.8 Diskussion zum theoretischen Unterbau der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 46-48). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

- Klein, I. (2016). *Gruppenleiten ohne Angst* (15. Aufl.). Augsburg, Deutschland: Auer Verlag.
- Kohl, M. (2017). *Mehr Geld, mehr Zeit, bessere Therapie: Sechs Argumente für Gruppentherapie*. Abgerufen 17. Juni 2020, von <https://www.up-aktuell.de/themensammlung/thema-praxisfuehrung/2017/04/mehr-geld-mehr-zeit-bessere-therapie-sechs-argumente-fuer-gruppentherapie.html>
- König, O. & Schattenhofer, K. (2011). *Einführung in die Gruppendynamik* (5. Aufl.). Heidelberg, Deutschland: Carl-Auer Verlag.
- König, O. & Schattenhofer, K. (2016). *Gruppendynamik | DGGO*. Abgerufen 10. Juli 2020, von <https://www.dggo.de/de/gruppendynamik-und-organisationsdynamik/gruppendynamik>
- Krupa, T. (2013). Recovery Model. In B. A. B. Schell, G. Gillen, M. E. Scaffa, C. S. Spackman, & H. S. Willard (Hrsg.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12. Aufl., S. 564–573). Philadelphia, Vereinigte Staaten: Wolters Kluwer.
- Krupa, T., Edgelow, M., Chen, S., Mieras, C., Almas, A., Perry, A., Radloff-Gabriel, D., Jacksen, J., Bransfield, M. (2010). *Action Over Inertia - Addressing the activity-health needs of individuals with serious mental illness*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Krupa, T., Edgelow, M., Chen, S., Mieras, C., Almas, A., Perry, A., Radloff-Gabriel, D., Jackson, J., Bransfield, M. (2017). *Handeln ermöglichen - Trägheit überwinden*. (A. Pfeiffer & W. Höhl, Übers.) (1. Aufl.). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Kubny-Lüke, B. (Hrsg.). (2017). 1 Einführung In *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (3. Aufl., S. 2–30). Stuttgart, Deutschland: Thieme.

- Lagemann, H. (2017). 2.4.1 Psychosoziale Behandlungsverfahren. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (3. Aufl., S. 140–173). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Lambracht, S. (2019). Veränderung braucht Visionen – Ergotherapie in der Psychiatrie. *ergopraxis*, 12(09), 21–23. <https://doi.org/10.1055/a-0957-9000>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (1991). *Canadian Occupational Performance Measure* (1. Aufl.). Toronto, Ontario: CAOT Publications ACE.
- le Granse, M., Kinébanian, A. & Josephsson, S. (2006). Promoting autonomy of the client with persistent mental illness: A challenge for occupational therapists from The Netherlands, Germany and Belgium. *Occupational Therapy International*, 13(3), 142–159. <https://doi.org/10.1002/oti.208>
- le Granse, M., van Hartingsveldt, M. & Kinébanian, A. (Hrsg.) (2019). 34 Begriffserklärung/Glossar. In *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl.). (S. 613-633). Stuttgart, Deutschland: Thieme Georg Verlag.
- Leufstadius, C., & Eklund, M. (2008). Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(1), 23–33. <https://doi.org/10.1080/11038120701253428>
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., Maske, U. E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W. & Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population - evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-

- MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 289–303.
<https://doi.org/10.1002/mpr.1438>
- Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qualitative Social Research - Sozialforschung*, 11(3), Art. 8.
<https://doi.org/10.17169/fqs-11.3.1428>
- Marotzki, U. & Reichel, K. (Hrsg.). (2006). *Psychiatrische Ergotherapie heute*. Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Mattke, D. (2009a). 1. Grundlagen der Gruppenpsychotherapie: Sozialpsychologie und Gruppendynamik. In D. Mattke , B. Strauß & L. Reddemann (Hrsg.), *Keine Angst vor Gruppen!* (S. 13- 44). Stuttgart, Deutschland: Klett-Cotta.
- Mattke, D. (2009b). 3.7 Phasen der Gruppenentwicklung. In D. Mattke , B. Strauß & L. Reddemann (Hrsg.), *Keine Angst vor Gruppen!* (S. 117- 121). Stuttgart, Deutschland: Klett-Cotta.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse* (12. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Max-Planck-Institut für Psychiatrie. (2017). Dramatische Folgen psychischer Erkrankungen. Abgerufen 18. Juli 2020, von <https://www.psych.mpg.de/2319617/pm-folgen-psychischer-erkrankungen>
- MDK - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg. (2020). *Kompodium zum Pauschalierenden Entgeltsystem in der Psychiatrie und*

Psychosomatik (PEPP). Abgerufen von

<https://www.mdkbw.de/de/service/downloads>

Mey G. & Mruck K. (2011) Qualitative Interviews. In G. Naderer & E. Balzer (Hrsg.),

Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Wiesbaden, Deutschland: Gabler

Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-6790-9_14

Microsoft Teams. (2020). Microsoft Teams - Erleben Sie Teamarbeit ohne Grenzen.

Abgerufen 25. Juli 2020, von [https://www.microsoft.com/de-de/microsoft-](https://www.microsoft.com/de-de/microsoft-365/microsoft-teams/group-chat-software)

[365/microsoft-teams/group-chat-software](https://www.microsoft.com/de-de/microsoft-365/microsoft-teams/group-chat-software).

Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N., Levasseur, M., Berding, J.

(2018). "Do-Live-Well": Ein kanadisches Framework zur Förderung von Betätigung,

Gesundheit und Wohlbefinden. *Ergoscience*, 13(4), 156–166.

<https://doi.org/10.2443/skv-s-2018-54020180403>

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. *ergoscience*, 12(2), S.

74-81. doi:10.2443/skv-s-2017-54020170204

Nhunzvi, C., Galvaan, R., & Peters, L. (2019). Recovery From Substance Abuse Among

Zimbabwean Men: An Occupational Transition. *OTJR: Occupation, Participation and*

Health, 39(1), 14–22. <https://doi.org/10.1177/1539449217718503>

Nierstrasz, H. (2019). 1.3.1 Vom klassischen Altertum bis zur Moderne – Im Eilschritt durch

die Geschichte der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A.

- Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 37-39). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- OECD. (2018). *Presse - Organisation for Economic Co-operation and Development*. Abgerufen 17. Juli 2020, von <https://www.oecd.org/berlin/presse/hohe-kosten-durch-psychische-erkrankungen-in-europa-22112018.htm>
- OneDrive. (2020). Microsoft. Abgerufen 14. Mai 2020, von <https://www.microsoft.com/de-de/microsoft-365/onedrive/online-cloud-storage>
- Parkinson, S. (2014). *Recovery Through Activity* (1. Aufl.). New York, Vereinigte Staaten: Speechmark publishing.
- Perkhofer, S. & Tucek, G. (2016). 3.2 Forschungsethik im Gesundheitswesen. In T. Stamm, R. Weigl & V. Ritschl (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (1. Aufl., S. 27–32). Berlin, Deutschland: Springer.
- Perkhofer, S., Gebhart, V. & Tucek, G. (2016). 6.2 Qualitative Forschung in den Gesundheitsberufen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (1. Aufl., S. 69). Berlin, Deutschland: Springer.
- Pfeiffer, A. (2016a). *Handeln gegen Trägheit - DVE Kongress 2016 Würzburg* (unveröffentlichte Präsentation).
- Pfeiffer, A. (2016b). *Evaluation des ergotherapeutischen Therapiemanuals Handeln gegen Trägheit* (unveröffentlichte Masterarbeit).

- Pfeiffer, A. (2018). Handeln gegen Trägheit – Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden. *ergopraxis*, 11(03), 16–22. <https://doi.org/10.1055/s-0043-123522>
- Pfeiffer, A. (2020). *Seminare*. Andreas Pfeiffer. Abgerufen 05. September 2020, von http://andreas-pfeiffer.de/?page_id=24#Die_manualisierte_Intervention_Handeln_gegen_Traegheit
- Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (2015). 6. Psychotherapeutische Haltung und psychotherapeutische Elemente. In G. Pitschel-Walz, P. Henningsen, B. Behrendt & J. Bäuml (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 39–46). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Pitts, D., & McIntyre, E. (2016). Recovery Frameworks. In E. Fossey, D. Pitts, B. Borg, M. A. Bruce, B. Kirsh, & T. Krupa (Hrsg.), *Bruce & Borg's Psychosocial Frames of Reference* (4. Aufl., S. 37–56). Thorofare, Vereinigte Staaten: SLACK Incorporated.
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., Zimmerman, D. (2013a). 1: Specifying the domain of concern: Occupation as core. In H. J. Polatajko & E. A. Townsend (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. (9. Aufl., S. 13- 36). Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Polatajko, H.J., Backman, C.L., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P., Harvey, A., Jarman, J., Krupa, T., Lin, N., Pentland, W., Rudman, D.L., Shaw, L., Amoroso, B., Connor-Schisler, A. (2013b). 2: Human occupation in context In H. J. Polatajko & E. A. Townsend (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health,*

- Well-being & Justice through Occupation.* (9. Aufl., S. 37-62). Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Psychiatrienetz. (2017). *Psychoedukation*. Abgerufen 25. Juli 2020, von <https://www.psychiatrie.de/behandlung/psychoedukation.html>
- Rabaca, A., Chiasson, L. & Mikalson, K. (2020). Demenz - Ergänzungsmaterial zu Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden. (M. Araci & A. Pfeiffer, Übersetz.) Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag.
- Raps, W. (2001). *Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten*. Remagen, Deutschland: Reha-Verlag.
- Ritschl, V., Weigl, R. & Stamm, T. (2016). 6.3.6 Inhaltsanalyse. In *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (S. 93–98). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger, B. & Stamm, T. (2016). 6.4 Qualitative Datensammlung. In R. Weigl, T. Stamm & V. Ritschl (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (S. 119–127). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Ritschl, V., Mosor, E., Ritschl, U., Stamm, T., Becker, H. & Sturma, A. (2016). 12. Themenfindung und Recherche. In R. Weigl, T. Stamm & V. Ritschl (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (S. 119–127). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.

- RKI Robert Koch Institut. (2013). *Psychische Gesundheit*. Abgerufen 17. April 2020, von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html
- Rogers, A. & Preston, C. (2018). *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*
Ergänzungsmaterial zu Handeln ermöglichen - Trägheit überwinden (C. Spevak & A. Pfeiffer, Übers.). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag.
- Rogers, C. R. (1942). *Counselling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*. Boston, Vereinigte Staaten: Houghton Mifflin.
- Sakiyama, M., Josephsson, S., & Asaba, E. (2010). What is participation? A story of mental illness, metaphor, & everyday occupation. *Journal of Occupational Science*, 17(4), 224–230. <https://doi.org/10.1080/14427591.2010.9686699>
- Sales, B. D., & Folkman, S. (2000). *Ethics in Research with Human Participants*. American Psychological Association.
- SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Mental Health and Substance Use Disorders*. Abgerufen 22. Mai 2020, von <https://www.samhsa.gov/find-help/disorders>
- Satink, T. & Van de Velde, D. (2019). 2 Krondomänen in der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 48). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Schmidt-Ohlemann, M. (o. J.). ICF und seelische Behinderungen. Abgerufen 15. Juli 2020, von <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-bedarfsermittlung-icf/icf/fd1-1002/>

- Schulz, A. D., Wendsche, J., Lohmann-Haislah, A., & Schöllgen, I. (2019).
Erholungsbeeinträchtigungen bei Beschäftigten. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin,
Arbeitsschutz und Ergonomie*, 70(2), 57–65. <https://doi.org/10.1007/s40664-019-00373-7>
- Slade, M. (2013). *100 Wege um Recovery zu unterstützen*. (M. Schulz, G. Zuaboni, M. Löhr, & C. Abderhalden, Hrsg.). Bielefeld, Deutschland: Fachhochschule der Diakonie.
- Stangl, W. (2020). *Triangulation*. Abgerufen 1. August 2020, von
<https://lexikon.stangl.eu/479/triangulation/>
- Statista. (2019). *Themenseite: Psychische Erkrankungen*. Abgerufen 17. April 2020, von
<https://de.statista.com/themen/1318/psychische-erkrankungen/>
- Thole, J. (2020). *Kranke Arbeitswelt: 90 Millionen Fehltage wegen psychischer Probleme (Tendenz steigend!)*. Abgerufen 17. April 2020, von
<https://www.iww.de/ce/worklife/gesundheitsreport-2019-krank-arbeitswelt-90-millionen-fehltage-wegenpsychischer-probleme-tendenz-steigend-f125683>
- 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. (1998). Occupational Therapy Language: Matters of Respect, Accountability and Leadership. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 45–50.
<https://doi.org/10.1177/000841749806500106>
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., Brown, J. (2013). 4: Enabling: Occupational therapy's core competency. In H. J.

- Polatajko & E. A. Townsend (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. (9. Aufl., S. 87–133). Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Tschuschke, V. (2010). 3. Gruppen- versus Einzeltherapie - Setting und Wirkfaktoren. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie* (S. 13–15). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- University of Waterloo. (2018a). *Canadian Index of Wellbeing - Framework* [Illustration]. Abgerufen 23. Juni 2020, von <https://uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/what-we-do/framework>
- University of Waterloo. (2018b). *About the Canadian Index of Wellbeing*. Abgerufen 23. Juni 2020, von <https://uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/about-canadian-index-wellbeing>
- van Hartingsveldt, M. & Pisku, B. (2019). Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E) und Canadian Practice Process Framework (CPPF). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (S.378 - 394). (M. Vieten, Übers.) Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- vdek - Verband der Ersatzkassen. (2017). *Rahmenverträge – über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen und deren Vergütung*. Abgerufen 24. Mai 2020, von https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag/_jcr_content/par/download_18/file.res/Rahmenvertrag_Ergotherapeuten.pdf
- vdek - Verband der Ersatzkassen. (2019). *Vergütung ergotherapeutischer Leistungen gültig für Verordnungen ausgestellt ab dem 01.07.2019*. Abgerufen 24. Mai 2020, von

https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/preisvereinbarungen/_jcr_content/pa/download_1600070396/file.res/Ergotherapie_190701.pdf

Werrij, M.& Jakobs, M. (2019). 26 Gesundheitsförderung und Veränderung des Betätigten. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 519-532). (M. Vieten, Übers.) Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Weigl, Roman. (2016). 7.3.1. Fragebogen. In E. Hirmann, V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (1. Aufl. 2016 Aufl., S. 138–202). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.

Weißer, A. (2010). Geschichte der Psychiatrie. In LWL-Psychiatrie Verbund Westfalen(Hrsg.) *Psychiatrie in Westphalen*, S. 7-69. Abgerufen 14. April 2020, von https://www.lwl.org/psychiatrieverbund-download/pdf/LWL-Psychiatrie_29.09.10.pdf

WHO. (1986) *Ottawa Charta for Health Promotion*. Abgerufen 9. Mai 2020, von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

WHO. (2013). *Mental Health Action Plan 2013 - 2020*. Abgerufen 9. Mai 2020, von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=D6123F8E2A0D35CF786777E714FF0EBE?sequence=1

WHO. (2020). *Comprehensive mental health action plan 2013-2020-2030*. Abgerufen am 12.09.2020 von https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

- Wilcock, A. A. (1998). *An occupational perspective on health*. Thorofare, Vereinigte Staaten: Slack Inc.
- Wilcock, A. A., Chelin, M., Hall, M., Hamley, N., Morrison, B., Scrivener, L., Treen, K. (1997). The relationship between occupational balance and health: a pilot study. *Occupational Therapy International*, 4(1), 17–30. <https://doi.org/10.1002/oti.45>
- Winter, K., Radtke, M., & Berger, M. (2015). Die unterschiedlichen und sich wandelnden Recovery-Konzepte. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 17(6), 40–46. <https://doi.org/10.1007/s15005-015-1216-0>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Woick, G. (2020). *Lebe dein Leben gut - Ein Reflexionsinstrument zur Gesundheitsförderung in Anlehnung an das kanadische „Do-Live-Well“ Framework* (1. Aufl.). Idstein, Deutschland: Schulz Kirchner Verlag.
- Wolf, C. & Best, H. (2010). *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse*. Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Yalom, I. D. (2019). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. (T. Kierdorf, T. Junek & G. Theusner-Stampa, Übers.) (13. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Klett-Cotta.

Zanker Baker, A. E., & Procter, N. G. (2014). Losses related to everyday occupations for adults affected by mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(4), 287–294. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.894571>

Zuaboni, G., Burr, C., Winter, A., & Schulz, M. (2019). *Recovery und psychische Gesundheit*. Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.

Anlagen

1. Anlage: Glossar	132
2. Anlage: Abbildungsverzeichnis	136
3. Anlage: Tabellenverzeichnis.....	137
4. Anlage: Interviewleitfaden Andreas Pfeiffer.....	138
5. Anlage: Suchstrategie	140
6. Anlage: Flyer zur Rekrutierung der Teilnehmer	143
7. Anlage: Meldung Teilnehmerakquise DVE.....	144
8. Anlage: Veröffentlichung Teilnehmerakquise Homepage A. Pfeiffer	145
9. Anlage: Einverständniserklärungen	146
10. Anlage: Interviewleitfaden Du-Form.....	148
11. Anlage: Interviewleitfaden Sie-Form	153
12. Anlage: Zusatzblatt - Canadian Model of Client-Centred Enablement	158
13. Anlage: Auszug Transkripte.....	160
14. Anlage: Paraphrasierung.....	161
15. Anlage: Generalisierung.....	162
16. Anlage: Kategorienbildung.....	163
17. Anlage: E-Mail-Verkehr	164
18. Anlage: Arbeitsblatt-Adaptionen der Teilnehmerinnen	167

1. Anlage: Glossar

Glossar
Aktivitäten und Betätigungen
<p>Betätigung ist ein Begriff der Occupational Science, die Wissenschaft der Betätigung und der Ergotherapie. Dieses Konstrukt erfasst die Komplexität täglicher Aktivitäten (Wilcock, 1998). In dieser Forschungsarbeit wird der von Bejerholm und Eklund (2007) geprägte Begriff Aktivitäten verwendet, der wie folgt definiert ist:</p> <p>„Das Ausmaß, in dem eine Person über einen ausgewogenen Rhythmus von Aktivität und Ruhe verfügt, eine Vielfalt und ein breites Spektrum an bedeutungsvollen Betätigungen und Routinen aufweist und die Fähigkeit besitzt, sich in der Gesellschaft zu bewegen und sozial zu interagieren, impliziert, dass die Beteiligung an Betätigung im Laufe der Zeit geschieht“ (Bejerholm und Eklund, 2007, S. 21).</p>
Bluejeans
<p>Ein cloudbasiertes Programm zur Videokonferenz aus Kalifornien (Bluejeans Home, 2020)</p>
F4analyse
<p>F4analyse ist ein Programm zur qualitativen Auswertung von Textdaten wie beispielsweise Interviews. Dabei können aussagekräftige Textstellen codiert und strukturiert werden, um das wichtigste Datenmaterial zu filtern (audiotranskription, 2020).</p>
F4transkript
<p>f4transkript ist ein Programm zum manuellen Erfassen von Tonaufnahmen. Es vereinfacht das Abtippen und die Einhaltung wissenschaftlicher Regelsysteme mit über 40 Funktionen (audiotranskription, 2020).</p>
Framework
<p>Ein Framework (Rahmenwerk) ist eine schematische Darstellung von verschiedenen Begrifflichkeiten, die jeweils in einem Zusammenhang stehen (le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019).</p>
Klientenzentrierung
<p>Bei der klientenzentrierten Vorgehensweise steht der Klient im Mittelpunkt der Therapie; eine partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist dabei gewünscht. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen. Dabei fließen Wissen und Erfahrung beider Seiten in den Entscheidungsprozess ein. Der Klient entscheidet über die Art und den Umfang der Versorgung und erhält transparente Informationen über Qualität und Preis der Versorgung (le Granse et al., 2019).</p>

Member Checking
Das <i>Member Checking</i> ist ein Gütekriterium der qualitativen Sozialforschung und dient der kommunikativen Validierung der erfassten Daten beispielsweise nach der Transkription. Durch Rücksprache mit der befragten Person werden die erfassten Daten überprüft (Döring & Bortz, 2016f)
Mental Health Action Plan
Ein umfassender Aktionsplan der WHO für psychische Gesundheit wurde von der 66. Weltgesundheitsversammlung von 2013-2020 verabschiedet. Dieser fordert Veränderungen und Ausweitungen der angebotenen Dienstleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, um Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenzuwirken, die Menschen seit der Antike isoliert haben (WHO, 2020).
Mindmap/Mindmapping
<i>Mindmapping</i> ist auf den ersten Blick eine sogenannte Visualisierungstechnik zur übersichtlichen Darstellung eines Sachverhaltes. Darüber hinaus ist es eine sehr effiziente und universelle Kreativitäts-, Notiz- und Merktechnik und bietet nahezu unbegrenzte Möglichkeiten. Durch die Anregung beider Hemisphären werden die Gehirnfunktionen optimal genutzt und die Kreativität wird angeregt. Besonders geeignet ist es von daher für die Ideenfindung. Es kann weiterhin beispielsweise bei der Strukturierung von Wissen, für die Planung oder Themenübersichten eingesetzt werden (Atelier für Ideen AG, o. J.).
OneDrive
OneDrive ist ein Filehosting-Dienst von Microsoft aus den Vereinigten Staaten. Dieser ermöglicht das gemeinsame Bearbeiten und Speichern von Microsoft Office Dateien. Der Zugriff erfolgt über den Webbrowser, die Dateien werden online über eine Cloud gespeichert (OneDrive, 2020).
OT-Domain
Die <i>Occupational Therapy Domain</i> ist der Gegenstands- und Geltungsbereich einer Profession. In diesem Bereich haben die Berufsangehörigen der Ergotherapie das gesammelte Wissen und die Erfahrungen (AOTA, 2018)
Recovery
Wörtlich übersetzt bedeutet <i>Recovery</i> "Erholung, Wiederherstellung, Genesung, Besserung, Aufschwung" (DeepL, o. J.). Bisher gibt es keine allgemeingültige Definition von <i>Recovery</i> (Winter, Radtke, & Berger, 2015).
Patricia Deegan gilt als eine Begründerin des <i>Recovery</i> -Konzeptes. Ihrer Ansicht nach beruht das <i>Recovery</i> -Konzept auf einer einfachen Annahme: „The concept of recovery is rooted in the simple yet profound realization that people who have been diagnosed with mental illness are human beings“ (Deegan, 1996, S. 95). Demnach sind sie ebenso in der Lage, durch ihr

Handeln ihre Situation zu verändern und haben das Recht, gehört zu werden und sich Gehör zu verschaffen. Sie sind keine passiven Opfer ihrer Erkrankung (Deegan, 1996).

William Anthony gehört ebenfalls zu den Begründern und beschrieb *Recovery* als einen Prozess trotz einer psychischen Störung und den damit verbundenen Einschränkungen, ein sinnhaftes und hoffnungsvolles Leben mit neuen Aufgaben zu führen und dabei über die eigene psychische Störung hinauszuwachsen (Anthony, 1993). Auch die aktuellen S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen teilen dieses Begriffsverständnis und beschreiben *Recovery* als eine Grundlage des psychosozialen Handelns (DGPPN, 2019).

Setting

Ein Setting ist ein Rahmen, in dem etwas unter bestimmten Umgebungsmerkmalen stattfindet (Duden, 2020). In der Ergotherapie besteht das Setting einerseits aus der Sozialform, in der die Therapie stattfindet und andererseits aus den räumlich-situativen Bedingungen (Haase, 2011). In der Ergotherapie wird auch von Kontextbedingungen gesprochen.

Trägheit

Action over Inertia bietet Alternativen für diejenigen, die Krankheit oder die Person für die Trägheit verantwortlich machen. In diesem Manual wird eine Trägheit verstanden, die aus längerfristiger Behinderung, Verlust, Diskriminierung und entmutigender Einstellung seitens der Fachkräfte im Gesundheitswesen entstanden ist. Es sollen Wege aufgezeigt werden, die Klienten eigenverantwortlich in kleinen Schritten gehen können und "zurück in die Welt" geführt werden können (Krupa et al., 2017).

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Die Entstehung psychischer Störungen ist komplex. Mithilfe des Vulnerabilitäts-Stress-Modells kann die Wechselwirkung der biologischen Faktoren und der Umwelt dargestellt werden. Vulnerabilität ist die Neigung oder die Anfälligkeit eines Organismus an einer bestimmten Erkrankung zu erleiden, die von verschiedenen Faktoren geprägt wird. Im Zusammenhang mit Stress wird eine kritische Grenze überschritten und es entsteht eine psychische Störung, wenn nicht genügend Schutzfaktoren oder Ressourcen zur Verfügung stehen. Gemäß der individuellen Vulnerabilität reagieren Menschen unterschiedlich auf Stress und entwickelt entsprechende Symptome, sogenannte Frühwarnzeichen, bei der Überschreitung dieser kritischen Grenze. Die Stressbelastung ist somit einer der Auslöser einer Erkrankungsperiode (Hammer & Plößl, 2015). Anhand des Modells lässt sich somit die individuelle Situation von Menschen bildlich darstellen und reflektieren.

Wissenslücke (Gap of Knowledge)

Die bei der Recherche des Forschungsfeldes aufgedeckte Wissenslücken. Es handelt sich dabei um offene Fragen und unerforschte Teilaspekte (Ritschl et al., 2016).

Zeitnutzung/Zeitnutzungsansätze

Der Begriff des Temporal Adaptation (zeitliche Adaption) von G. Kielhofner (1977) hebt die Bedeutung hervor, wie die Zielgruppe ihr Spektrum von Aktivitäten in das eigene Leben integrieren. Dabei kann die Zeitnutzung nicht anhand von Informationen verstanden werden. Vielmehr ist das Verständnis von Bedeutung, wie Menschen ihre Zeitnutzungsmuster beschreiben. Die Zeitlichkeit ist dabei ein Indikator für das eigene emotionale Erleben der Partizipation und somit ein interessanter Ansatz für die Ergotherapie (Fossey & Krupa, 2016). Der Rückzug aus Betätigungen beeinflusst Gesundheit und Wohlbefinden und ist ein zentrales Thema, das in der Regel in unserem Gesundheitssystem vernachlässigt wird. Interventionen, die eine Beteiligung an Betätigung ermöglichen, sollten berufsgruppenübergreifend angeboten werden (Pfeiffer, 2016a).

2. Anlage: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kreative Adaption für die HgT-Gruppe zum Thema Stressmanagement von TN4	I
Abbildung 2: 2a und 2b CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2007)	29
Abbildung 3: Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) (Townsend & Polatajko, 2007)	31
Abbildung 4: Do-Live-Well-Framework (Do Live Well, 2015)	37
Abbildung 5: Säulen qualitativen Denkens nach Mayring (2016), S. 26	46
Abbildung 6: Forschungsprozess	47
Abbildung 7: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring (2015), S. 62	63
Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), S. 70	64
Abbildung 9: Aktivitätsexperimente in Umschlägen von TN4	72
Abbildung 10: Arbeitsblatt 1.5 auf Plakaten von TN4.....	73
Abbildung 11: Strategien zur Stressbewältigung auf gefalteten Papierschiffen von TN4	74

3. Anlage: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fünf Postulate qualitativen Denkens nach Mayring (2016)	45
Tabelle 2: Transkriptionsregeln	61
Tabelle 3: Teilnehmer-Sampling	69

4. Anlage: Interviewleitfaden Andreas Pfeiffer

Zuyd Hogeschool - HS2 - Godehardt - Gunkel – Herrmann

12.06.2020

Interviewleitfaden

Interview mit Andreas Pfeiffer am 12.06.2020

Begrüßung, Vorstellung

Hinweis über Aufnahme

Grund für das Interview/Ablauf: Wie viel Zeit steht zur Verfügung?

Vorstellung der Forschungsfrage

Wie wenden Berufspraktiker im psychiatrischen Gruppensetting mit Erwachsenen das Manual "Handeln gegen Trägheit" an und wie erleben sie die Anwendung?

Drei Leitfragen

- Welche Inhalte haben Berufspraktiker aus dem Manual für das Gruppensetting angewendet und welche Adaptionen haben sie vorgenommen?
- Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich für Berufspraktiker innerhalb der Anwendung des Gruppensettings?
- Welche Voraussetzungen sollten gegeben sein, damit HgT im Gruppensetting angeboten werden kann?

Fragen zum Manual:

1. Wie bist du dazu gekommen AOI zu übersetzen? Warum ausgerechnet AOI?
2. Wir haben gelesen, dass du in Kanada warst und dort Gruppentherapien gesehen hast. Welche Eindrücke hast du dort mitgenommen und wo siehst du einen entscheidenden Unterschied zu Gruppentherapien in deutschen Kliniken?
3. Gibt es Grundlegende Unterschiede zwischen AOI und HgT? Welche Änderungen waren notwendig und warum?
4. Hast du dich bei der Nutzung des Manuals ans CPPF gehalten? Sollte man dies deiner Meinung nach tun? Ist es seiner Meinung nach eine wichtige Grundlage?
5. CMOP-E: Warum CMOP-E und nicht MOHO z.B.?
6. 7 Dimensionen nach Bejerholm: gibt es Literatur: Was ist das und wo finden wir das und welche Rolle spielt es seiner Meinung nach im HgT?
7. Welche Erfahrungen hast du mit der Anwendung des HgT in der Klinik gemacht? Was müsste sich im klinischen Alltag verändern, damit HgT anwendbar wird? Oder wie müsste HgT sich verändern, damit es im klinischen Setting anwendbar ist?

Gruppen:

8. Warum ist HgT ein Einzelangebot und warum gibt es bisher kein Manual für Gruppen?
9. Was denkst du, ist das Manual für Gruppen gut geeignet/welche Vorteile hätte die Anwendung in der Gruppe?
10. Hast du das Manual bereits selbst in Gruppen angewendet?
11. Was fehlt deiner Meinung nach im HgT zur Nutzung in der Gruppe?
12. Welche Teile der Interventionen aus dem HgT eignen sich besonders gut für die Arbeit mit einer Gruppe?

Literatur/theoretischer Hintergrund:

13. Gibt es weiterführende graue Literatur zum Thema? Kann er uns diese zur Verfügung stellen?
14. Literaturempfehlungen insgesamt? Welche Literatur findest du wichtig als Basis für das HgT/AOI?

Fortbildung:

15. Unsere Fortbildung ist leider ausgefallen, was möchtest du uns gerne noch mitgeben?
16. Wird etwas in der Fortbildung erwähnt, was nicht im Manual steht?
17. Dürfen wir Aussagen aus dem Gespräch in unserer Bachelorarbeit nutzen?

Zum Ende: Es kommen im Laufe unseres Forschungsprozesses sicherlich noch weitere Fragen. Ist es in Ordnung, wenn wir dich dafür anschreiben?

5. Anlage: Suchstrategie

Auszug:

Datenbank	Keywords	Eingrenzung	Treffer/Ergebnisse
DIZ			
27.02.2020	Occupational Therapy AND Action over inertia	2009-2020 Volltext	1.864
27.02.2020	Occupational Therapy AND mental illness	2009-2020 Volltext	109.019 <ul style="list-style-type: none"> • Artikel durch die Quellenangabe eines interessanten Artikels gefunden
27.02.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany	2009-2020 Volltext	31,513
27.02.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany AND recovery	2009-2020 Volltext	11.993
28.02.2020	Occupational therapie AND mental disorders	2009-2020 Volltext	124,603
28.02.2020	Occupational therapie AND mental disorders AND germany	2009-2020 Volltext	26,348
28.02.2020	Occupational Therapie AND mental disorders AND group therapy NOT children	2009-2020 Volltext	31.036
Datenbank	Keywords	Eingrenzung	Treffer/Ergebnisse
CINAHL			
27.02.2020	Occupational Therapy AND Action over inertia	2009-2020 Volltext	2
27.02.2020	Occupational Therapy AND mental illness	2009-2020 Volltext	320
27.02.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany	2009-2020 Volltext	1
27.02.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany AND recovery		0
28.02.2020	Occupational therapie AND mental disorders	2009-2020 Volltext	341

28.02.2020	Occupational therapie AND mental disorder AND germany	2005-2020	4
28.02.2020	Occupational Therapie AND mental disorders AND group therapy NOT children	2010-2020	17
Datenbank	Keywords	Eingrenzung	Treffer/Ergebnisse
Pubmed			
06.03.2020	Occupational Therapy AND Action over inertia		1
06.03.2020	Occupational Therapy AND mental illness	2009-2020 Volltext	4.661
06.03.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany	2009-2020 Volltext	219
06.03.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany AND recovery		15
06.03.2020	Occupational therapie AND mental disorders	2009-2020 Volltext	4.234
06.03.2020	Occupational therapie AND mental disorder AND germany	2005-2020	222
06.03.2020	Occupational Therapie AND mental disorders AND group therapy NOT children	2010-2020	71
Datenbank	Keywords	Eingrenzung	Treffer/Ergebnisse
OTseeker			
06.03.2020	Occupational Therapy AND Action over inertia		0
06.03.2020	Occupational Therapy AND mental illness		10
06.03.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany		0
06.03.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany AND recovery		0

06.03.2020	Occupational therapie AND mental disorders		6
06.03.2020	Occupational therapie AND mental disorder AND germany		0
06.03.2020	Occupational Therapie AND mental disorders AND group therapy		2
Datenbank	Keywords	Eingrenzung	Treffer/Ergebnisse
GoogleScholar			
08.03.2020	Occupational Therapy AND Action over inertia		15.100
08.03.2020	Occupational Therapy AND Action over Inertia AND group therapy	2009-2020	17.900
08.03.2020	Occupational Therapy AND mental illness	2009-2020	63.900
08.03.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany	2009-2020	18.300
08.03.2020	Occupational therapy AND mental illness AND germany AND recovery	2009-2020	42.500
08.03.2020	Occupational therapie AND mental disorders	2009-2020	959.000
08.03.2020	Occupational therapy AND mental disorder AND germany		73.400
08.03.2020	Occupational Therapie AND mental disorders AND group therapy NOT children	2006-2020	905.000

6. Anlage: Flyer zur Rekrutierung der Teilnehmer

Zuyd University
of Applied Sciences



STUDIEN-TEILNEHMER*INNEN GESUCHT

„Handeln gegen Trägheit“

Sie sind begeistert von der Einzelintervention Handeln gegen Trägheit (Krupa et al., 2017) und haben diese bereits im Gruppensetting angewendet?
Im Rahmen unserer Bachelorarbeit suchen wir Ergotherapeut*innen, die ihre Erfahrungen über den Einsatz dieser Intervention im Gruppensetting mit uns teilen möchten. Dabei zählt für uns jede Erfahrung.



Möchten Sie Ihre Erfahrungen teilen?
Oder fühlen sie sich angesprochen und haben noch Fragen?

Schreiben Sie uns unter:
godehardt_gunkel_herrmann@web.de

Einschlusskriterien:

- Sie sind staatlich anerkannte Ergotherapeut*in
- Sie sind vertraut mit dem Manual Handeln gegen Trägheit
- Sie haben bereits mindestens 5 Gruppeneinheiten mit dem Schwerpunkt auf Inhalte des Manuals Handeln gegen Trägheit durchgeführt

Studienablauf:

- Es findet ein Termin à 60-75 Minuten im Zeitraum zwischen dem 15. Juli 2020 und dem 15. August 2020 in Form eines Online-Interviews statt.
- Wir stellen Ihnen offene Fragen zu Ihren Erfahrungen bei der Durchführung der Gruppenintervention Handeln gegen Trägheit
- Auf Wunsch schicken wir Ihnen nach Abschluss der Forschung die Ergebnisse zu.



Die Forscherinnen

Wir sind Melanie Herrmann, Charlotte Gunkel und Nathalie Godehardt (von links nach rechts) und arbeiten als Ergotherapeutinnen im psychiatrischen Setting. Zurzeit absolvieren wir den berufsbegleitenden Ergotherapie-Studiengang an der Zuyd Hogeschool in Heerlen. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit beschäftigen wir uns in Form einer qualitativen Forschung mit der Frage, wie Ergotherapeut*innen das Manual Handeln gegen Trägheit im Gruppensetting anwenden und erleben. Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen und sind gespannt auf Ihre Erfahrungen.

Datenschutz:

Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Alle erhobenen Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Die Ergebnisse unserer Studie werden ohne die Möglichkeit des Rückschlusses auf Sie oder Ihre Einrichtung in unserer Bachelorarbeit veröffentlicht. Im Interview können Sie Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, offen lassen. Sie dürfen jederzeit ohne Begründung die Teilnahme an der Studie abbrechen. Ihre Daten werden ausschließlich mit Ihrer Zustimmung verwendet.

7. Anlage: Meldung Teilnehmerakquise DVE

Handeln gegen Trägheit als Gruppenintervention?

Studienteilnehmer*innen gesucht

📅 Veröffentlicht: 23. Juli 2020



Liebe Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,

wir sind Charlotte Gunkel, Melanie Herrmann und Nathalie Godehardt und Ergotherapeutinnen, die berufsbegleitend an der Zuyd Hogeschool in Heerlen ihren Bachelor of Science in Occupational Therapy anstreben.

Wir suchen Studienteilnehmer*innen für ein Online-Interview,

- die staatlich anerkannte Ergotherapeut*in sind
- die vertraut mit dem Manual Handeln gegen Trägheit (Krupa et al., 2017) sind
- und die bereits mindestens 5 Gruppeneinheiten mit dem Schwerpunkt auf Inhalte des Manuals Handeln gegen Trägheit durchgeführt haben
-

Mit ihrer Teilnahme unterstützen Sie uns dabei herauszufinden, ob sich das Manual Handeln gegen Trägheit auch im Gruppensetting anwenden lässt. Dabei freuen wir uns über all Ihre Erfahrungen, ob positiv oder negativ. Ihre Erfahrungen können andere Ergotherapeut*innen in der Entscheidung unterstützen, die überlegen, das Manual als Gruppenintervention anzubieten.

Es erwartet sie ein 60-75-minütiges online Interview im Zeitraum zwischen dem 15. Juli – 15. August 2020. Die Termine werden individuell abgesprochen.

Wir stellen Ihnen offene Fragen zu Ihren Erfahrungen bei der Durchführung der Gruppenintervention Handeln gegen Trägheit.

Das Interview wird aufgezeichnet und im Anschluss an die Bachelorarbeit wieder gelöscht. Alle erhobenen Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Die Ergebnisse unserer Studie werden ohne die Möglichkeit des Rückschlusses auf Sie oder Ihre Einrichtung in unserer Bachelorarbeit veröffentlicht. Im Interview können Sie Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, unbeantwortet lassen. Ihre Daten werden ausschließlich mit Ihrer Zustimmung verwendet.

Auf Wunsch schicken wir Ihnen nach Abschluss der Forschung die Ergebnisse zu.

Haben wir Ihr Interesse geweckt oder haben Sie Fragen? Dann schreiben Sie uns gerne unter: godehardt_gunkel_herrmann@web.de

Wir freuen uns auf Sie
Nathalie, Charlotte & Melanie

8. Anlage: Veröffentlichung Teilnehmerakquise Homepage A. Pfeiffer

Andreas Pfeiffer

Ergotherapeut

HANDELN GEGEN TRÄGHEIT NACHRICHTEN

Studienteilnehmer gesucht für „Handeln gegen Trägheit“

Veröffentlicht am: 24. Juni 2020 von Andreas Pfeiffer

Drei Studentinnen der Zuyd University suchen für Ihre Bachelorarbeit Studienteilnehmer!

Nähere Informationen hier: [Flyer](#)

Danke an Melanie, Charlotte und Nathalie für die Studie und Dir fürs Mitmachen!

9. Anlage: Einverständniserklärungen

Anlage 9a: Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt: Bachelorarbeit zum Thema "Handeln gegen Trägheit" (HgT) im Gruppensetting

Interviewerin:

Interview Teilnehmer*in: _____

Datum des Interviews:

Name der Forschenden: Nathalie Godehardt; Charlotte Gunkel, Melanie Herrmann;
Studierende der Zuyd Hogeschool Heerlen

Name der Hochschule: Zuyd Hogeschool, Heerlen

Zum oben genannten Thema wird ein 60-75 minütiges Interview stattfinden. Die Teilnahme am Interview erfolgt freiwillig. Innerhalb des Interviews werden Ihre Erfahrungen bezüglich des Therapiemanuals HgT als Gruppenmanual erhoben. Ziel der Studie ist es herauszufinden, wie Berufspraktiker das Manual Handeln gegen Trägheit im psychiatrischen Gruppensetting mit Erwachsenen anwenden und wie sie die Anwendung erleben. Die Daten werden inhaltlich zur Beantwortung der Forschungsfrage der Bachelorarbeit analysiert und in Ausschnitten anonym veröffentlicht. Dabei stellen wir sicher, dass kein entstehender Zusammenhang zwischen Interviewdaten und personenbezogener Daten durch Dritte hergestellt werden kann, sodass keine Rückschlüsse auf Personen und den genauen Arbeitskontext möglich sind.

Die Interviews werden online in einem virtuellen Raum durchgeführt (Bluejeans), der nach Betreten des Raumes mit einer Bild- und Tonaufnahme beginnt. Im Anschluss wird das Interview durch die Forscherinnen in Schriftform gebracht. Alle Angaben, die zur Identifizierung der Person führen könnten, werden im Rahmen der weiteren wissenschaftlichen Auswertung der Interview-Texte verändert oder aus dem Text entfernt. Dozent*innen der Zuyd Hogeschool Heerlen dürfen aus Kontrollzwecken Einsicht in die Daten erhalten. Auch Sie halten Ihre Daten geheim. Mit der Zustimmung zur Teilnahme erklären Sie sich mit dieser Einsicht einverstanden. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden alle persönlichen Daten sowie die originalen Interviewaufnahmen gelöscht.

Die Teilnahme an dem Interview beruht auf freiwilliger Basis und kann jeder Zeit ohne Angabe von Gründen konsequenzlos abgebrochen werden.

Für die Teilnahme an der Studie ist keine Vergütung vorgesehen.

Nach ausreichender Bedenkzeit bin ich mir der oben genannten Inhalte bewusst und entscheide mich freiwillig zur Teilnahme an der oben genannten Studie in Form eines Online-Interviews.

Auf Nachfrage besteht die Möglichkeit, die schriftliche Ausarbeitung zum Thema zu erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 9b: Veröffentlichung von Arbeitsblättern und Fotos

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Arbeitsblättern und Fotos

Forschungsprojekt: Bachelorarbeit zum Thema "Handeln gegen Trägheit" (HgT) im Gruppensetting

Teilnehmer*in: _____

Name der Forschenden: Nathalie Godehardt; Charlotte Gunkel, Melanie Herrmann

Name der Hochschule: Zuyd Hogeschool, Heerlen

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Bachelorarbeit zu oben genannten Thema Fotos und Inhalte, welche durch mich zur Verfügung gestellt wurden veröffentlicht werden,
ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

10. Anlage: Interviewleitfaden Du-Form

Interview Anrede: Du Form

Vorbereitung/Tipps an mich selbst:

1. *neutraler Hintergrund!*
2. *Antworten abwarten, dabei innerlich bis 10 zählen*
3. *Ich bin eine wirklich nette Person, nicht nur ein steifer „Akademiker“ oder ein „Interviewer“. (Brewis, 2014)*
4. *Datenschutzerklärung senden*
5. *Evtl. vorab Informationen senden (CMCE)*

Kategorie: Warming up:

Hat mit der Technik alles gut geklappt, ins Interview zu finden?

Vielen Dank dass Du dir die Zeit für diese Studie nimmst und dein Interesse am Thema mitbringst.

Auf die Audioaufnahme aufmerksam machen (eventuell erklären, dass man es selbst unangenehm findet und es einen Nervös macht)

Es ist sehr schade, dass wir kein Interview vor Ort führen können. Ich sitze jetzt hier in meinem Wohnzimmer. Darf ich fragen, wo Du dich jetzt für das Interview aufhältst?

Hast du die Informationen zum CMCE vorliegen?

Erklären, dass dieses Interview anders sein wird als ein natürliches Gespräch, das wir unter anderen Umständen führen würden - ich werde nicht so gesprächig sein wie ich es normalerweise bin, aber das bedeutet nicht, dass ich entweder zustimme oder nicht zustimme oder bewerte - ich soll einfach nicht zu viel reden! Dies führt später zu dem Gefühl, dass wir jetzt, da wir uns ein bisschen besser kennen, im Voraus wissen, wie wir uns fühlen, wie wir uns wohl fühlen usw., und bereit sind, gemeinsam an dem Interview teilzunehmen.

Beispiel: Ich werde heute eher weniger Reden und dir mehr Freiraum zum Reden geben, da uns im Interview deine Erfahrung interessiert

*Ich beginne damit mich und meine Studie vorzustellen. Ich erläutere die Zwecke der Studie und erinnere den Befragten daran, warum ich ihn für das Interview ausgewählt habe. Ich erkläre auch die Fragen der Vertraulichkeit und wie ich die gesammelten Daten verwende. Ebenfalls erkläre ich, dass ich das Interview aufzeichnen werden... **Hauptziel** in dieser Phase: eine gute Beziehung zum Befragten aufbauen und ihm oder ihr ein sicheres und entspanntes Gefühl zu geben. Ich möchten sie davon überzeugen, dass: Ausformulieren*

Beispiel: In unserer Studie geht es darum, deine Erfahrung über die Anwendung des Therapiemanuals HgT im Gruppensetting zu erfassen. Wir möchten herausfinden, ob es sich für andere Therapeuten lohnen könnte, dieses Manual als Gruppenintervention anzuwenden und hoffen im Anschluss daran, Anregungen über die Anwendung geben zu können. Wie wir bereits per Mail besprochen hatten, zeichne ich das Gespräch auf. Ich hoffe das ist immer noch in Ordnung für dich?

Forschungsfrage:

Wie wenden Berufspraktiker im psychiatrischen Gruppensetting mit Erwachsenen das Manual "Handeln gegen Trägheit" an und wie erleben sie die Anwendung?

Drei Leitfragen:

- *Welche Inhalte haben Berufspraktiker aus dem Manual für das Gruppensetting angewendet und welche Adaptionen haben sie vorgenommen?*
- *Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich für Berufspraktiker innerhalb der Anwendung des Gruppensettings?*
- *Welche Voraussetzungen sollten gegeben sein, damit HgT im Gruppensetting angeboten werden kann?*

Kategorie: Setting

1. In welchem Setting arbeitest Du? (Psychiatrie, Wohnheim, Praxis...?)
2. Wie lange sind die Klienten im Schnitt in deiner Einrichtung?
3. Welche Räumlichkeiten stehen Dir für die Durchführung des HgTs zur Verfügung? Empfindest Du diese als passend? Wenn nicht, welche räumlichen Voraussetzungen sollten deiner Meinung nach gegeben sein?

Kategorie: Manual/Fortbildung

4. Wie hast Du das Manual kennengelernt?
5. Was hat dich an dem Manual interessiert?
6. Wie bist Du mit dem Handbuch des Manuals zurechtgekommen?
7. Hast Du die Fortbildung gemacht?
 - a. Inwieweit hat die Fortbildung dich bei der Umsetzung unterstützt?

Kategorie: Gruppe

8. Hast Du Handeln gegen Trägheit anfangs als Einzelintervention genutzt?
 - a. Nutzt Du es weiterhin als Einzelintervention?
9. Wie bist Du darauf gekommen, es (HgT) als Gruppenintervention zu nutzen?
 - a. Hast du HgT als Gruppe selbst eingeführt?

10. Welche übergeordneten Ziele verfolgst Du mit der Intervention HgT? (z.B. dass Klienten ins Nachdenken kommen, dass es zu konkreten Verhaltensänderungen kommt..?) (*Mikroebene*)
11. Welche Veränderung hast du dir mit der Einführung von HgT versprochen? Welche Chancen haben sich für die Einrichtung ergeben?
12. Welche Bedenken hattest du? Welche Barrieren der Einrichtung haben Schwierigkeiten bei der Implementierung dargestellt?
13. Welche Vorteile und Nachteile sind Dir bei HgT als Gruppenintervention aufgefallen?
14. Bezogen auf die Nachteile:
 - a. Was war besonders schwierig? Warum? Welche Lösungen hast Du dafür gefunden/entwickelt?
 - b. Falls keine Lösung gefunden wurde: Warum war es nicht möglich, eine Lösung zu finden? Welche Voraussetzungen fehlen?
15. Welche Veränderungen haben sich durch die Einführung von HgT in der Gruppe ergeben?
 - a. In Bezug auf Klienten
 - b. Kollegen
16. Wie viele Klienten hast Du in einer HgT-Gruppe?
17. Wie werden die Gruppenmitglieder ausgewählt und wer entscheidet, welche Patienten an der HgT Gruppe teilnehmen?
18. Gibt es eine feste Gruppe, die am HgT teilnimmt, oder verändert sich diese fortlaufend aufgrund von Entlassungen und Neuaufnahmen?
19. Hast Du Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an HgT als Gruppenintervention?
20. Welche Klienten sind deiner Meinung nach für die HgT Gruppenintervention gut geeignet/Welche können besonders profitieren? Was sind die Ursachen für die Erfolge?
21. Mit welchen Klienten erlebst du häufiger Schwierigkeiten in der Gruppe? Was sind die Ursachen für die Schwierigkeiten?
22. Welche Krankheitsbilder haben die Gruppenteilnehmer?
23. An wie vielen Gruppeneinheiten nehmen Teilnehmer im Durchschnitt teil?
24. Erhalten die Klienten zusätzlich HgT als Einzelintervention?
25. Wie gehst du damit um, wenn ein Klient an einer HgT-Einheit nicht teilnehmen kann? (*z. B. mal eine Einheit nicht da sind*)
26. Wie gehst du mit Klienten um, die sich im Arbeitstempo vom durchschnittlichen Arbeitstempo der Gruppe unterscheiden?
27. Wie lange dauert gewöhnlich eine Einheit HgT als Gruppentherapie?
28. Welche Sozialform nutzt du für deine HgT Gruppe und warum?
Antwortmöglichkeiten: Einzelarbeit in der Gruppe, Partnerarbeit, Gruppenarbeit, Gemeinschaftsarbeit oder andere (mehrfach Nennung möglich)
29. Wie sieht eine typische Gruppeneinheit HgT bei dir aus? Beschreibe einen Ablauf einer typischen Gruppeneinheit HgT.

- a. Wie strukturierst du die einzelnen Interventionseinheiten (Einführung, Arbeitsphase, Abschluss)

Unterkategorie: Abwandlung HgT (Anpassung an Gruppe)

30. Welche Kapitel/Arbeitsblätter wählst du spezifisch für die Gruppe?
31. Welche Adaptionen/Veränderungen hast du zur Anwendung in der Gruppe vorgenommen? (Beispiel: Inhalte, Struktur, Arbeitsmaterialien, Regeln)
 - a. Hast du Arbeitsmaterialien bzw. Fotos der Anpassungen, die du uns zur Veranschaulichung zur Verfügung stellen würdest? Diese würden wir auszugsweise in der Bachelorarbeit veröffentlichen.
32. Welche Inhalte aus dem HgT eignen sich besonders gut für die Gruppe?
 - a. Nicht angepasste Inhalte (Kapitel, Arbeitsblätter,..)
 - b. Angepasste Inhalte durch Therapeuten/Sie
33. Bietest du HgT gemeinsam mit anderen Mitarbeitern an? Wenn ja, mit welchen Berufsgruppen? Wie gestaltet sich die gemeinsame Arbeit? (gibt es Peer-Beteiligung?)
34. Bist Du der Meinung, dass jeder Therapeut aus dem Manual ein Gruppenmanual machen kann, oder würdest Du dir ein fertiges Manual dafür wünschen?

Kategorie: CMOP-E

35. Das Manual basiert unter anderem auf dem kanadischen Triplet (bestehend aus dem CMOP-E, dem CPPF und dem CMCE). Kannst Du dies schon vorher? (*evtl. Bildschirm teilen oder vorher schicken*)
36. Klientenzentrierung ist ein wichtiges Thema beim CMOP-E. Wo siehst Du die Klientenzentrierung in der Intervention? Wie gelingt Dir dies in der Gruppe?
37. Folgende Fragen sind sehr spezifisch. Sind Dir die Enablement Skills des CMCE geläufig?
 - a. *Wenn nein, kein Problem, kurz auf die Infos hinweisen:* Was meinst du, welche der ergotherapeutischen Kompetenzen muss der Therapeut in der Gruppe mitbringen, welche im Einzel?
 - b. Welche Enablement-Skills aus dem CMCE benutzt Du in der Gruppe mehr, welche im Einzel? Warum?

Anpassen („adapt“); Fürsprechen („advocate“); Coachen („coach“); Zusammenarbeiten („collaborate“); Beraten („consult“); Koordinieren („coordinate“); Informieren („educate“); Beteiligen/sich einbringen („engage“); Spezialisieren („specialize“)

Kategorie: Recovery und Empowerment

Folgende kurze Begriffserklärung zu Recovery: (eine von vielen Definitionen)

Recovery bedeutet, sich von einer Krankheit zu erholen. Es ist ein persönlicher, ganzheitlicher und individueller Entwicklungsprozess, bei dem die Verarbeitung des Krankheitserlebens ebenso dazu gehört wie die Entwicklung neuer Lebensperspektiven. (keine einheitliche Definition).

38. Inwiefern unterstützt das HgT Deiner Meinung nach den Recovery-Prozess der Klienten?
39. Welche Rolle spielt der Recovery-Gedanke im Gruppensetting dabei?

Abschlussfragen:

40. Welches Feedback hast Du bezüglich der Implementierung des HgTs von deinen Klienten, Kollegen und deinem Chef bekommen?
41. Wie zufrieden bist Du selbst mit der Implementierung des HgTs als Gruppenintervention in deinem Arbeitskontext und würdest Du das HgT als Gruppenintervention weiterempfehlen?

11. Anlage: Interviewleitfaden Sie-Form

Interview **Anrede: Sie Form**

Vorbereitung/Tipps an mich selbst:

1. *neutraler Hintergrund!*
2. *Antworten abwarten, dabei innerlich bis 10 zählen*
3. *Ich bin eine wirklich nette Person, nicht nur ein steifer „Akademiker“ oder ein „Interviewer“. (Brewis, 2014)*
4. *Datenschutzerklärung senden*
5. *Evtl. vorab Informationen senden (CMCE)*

Kategorie: Warming up:

Hat mit der Technik alles gut geklappt, ins Interview zu finden?

Vielen Dank dass Sie sich die Zeit für diese Studie nehmen und Ihr Interesse am Thema mitbringen.

Auf die Audioaufnahme aufmerksam machen (eventuell erklären, dass man es selbst unangenehm findet und es einen Nervös macht)

Es ist sehr schade, dass wir kein Interview vor Ort führen können. Ich sitze jetzt hier in meinem Wohnzimmer. Darf ich fragen, wo Sie sich jetzt für das Interview aufhalten?

Haben Sie die Informationen zum CMCE vorliegen?

Erklären, dass dieses Interview anders sein wird als ein natürliches Gespräch, das wir unter anderen Umständen führen würden - ich werde nicht so gesprächig sein wie ich es normalerweise bin, aber das bedeutet nicht, dass ich entweder zustimme oder nicht zustimme oder bewerte - ich soll einfach nicht zu viel reden! Dies führt später zu dem Gefühl, dass wir jetzt, da wir uns ein bisschen besser kennen, im Voraus wissen, wie wir uns fühlen, wie wir uns wohl fühlen usw., und bereit sind, gemeinsam an dem Interview teilzunehmen.

Beispiel: Ich werde heute eher weniger Reden und Ihnen mehr Freiraum zum Reden geben, da uns im Interview ihre Erfahrung interessiert

*Ich beginne damit mich und meine Studie vorzustellen. Ich erläutere die Zwecke der Studie und erinnere den Befragten daran, warum ich ihn für das Interview ausgewählt habe. Ich erkläre auch die Fragen der Vertraulichkeit und wie ich die gesammelten Daten verwende. Ebenfalls erkläre ich, dass ich das Interview aufzeichnen werden... **Hauptziel** in dieser Phase: eine gute Beziehung zum Befragten aufbauen und ihm oder ihr ein sicheres und entspanntes Gefühl zu geben. Ich möchte sie davon überzeugen, dass: Ausformulieren*

Beispiel: In unserer Studie geht es darum, ihre Erfahrung über die Anwendung des Therapiemanuals HgT im Gruppensetting zu erfassen. Wir möchten herausfinden, ob es sich für andere Therapeuten lohnen könnte, dieses Manual als Gruppenintervention anzuwenden und hoffen im Anschluss daran, Anregungen über die Anwendung geben zu können. Wie wir bereits per Mail besprochen hatten, zeichne ich das Gespräch auf. Ich hoffe das ist immer noch in Ordnung für Sie?

Forschungsfrage:

Wie wenden Berufspraktiker im psychiatrischen Gruppensetting mit Erwachsenen das Manual "Handeln gegen Trägheit" an und wie erleben sie die Anwendung?

Drei Leitfragen:

- *Welche Inhalte haben Berufspraktiker aus dem Manual für das Gruppensetting angewendet und welche Adaptionen haben sie vorgenommen?*
- *Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich für Berufspraktiker innerhalb der Anwendung des Gruppensettings?*
- *Welche Voraussetzungen sollten gegeben sein, damit HgT im Gruppensetting angeboten werden kann?*

Kategorie: Setting

1. In welchem Setting arbeiten Sie? (Psychiatrie, Wohnheim, Praxis...?)
2. Wie lange sind die Klienten im Schnitt in Ihrer Einrichtung?
3. Welche Räumlichkeiten stehen Ihnen für die Durchführung des HgTs zur Verfügung? Empfinden Sie diese als passend? Wenn nicht, welche räumlichen Voraussetzungen sollten Ihrer Meinung nach gegeben sein?

Kategorie: Manual/Fortbildung

4. Wie haben Sie das Manual kennengelernt?
5. Was hat Sie an dem Manual interessiert?
6. Wie sind Sie mit dem Handbuch des Manuals zurechtgekommen?
7. Hast Sie die Fortbildung gemacht?
 - a. Inwieweit hat die Fortbildung Sie bei der Umsetzung unterstützt?

Kategorie: Gruppe

8. Haben Sie "Handeln gegen Trägheit" anfangs als Einzelintervention genutzt?
 - a. Nutzen Sie es weiterhin als Einzelintervention?
9. Wie sind Sie darauf gekommen, es (HgT) als Gruppenintervention zu nutzen?
 - a. Haben Sie HgT als Gruppe selbst eingeführt?

10. Welche übergeordneten Ziele verfolgen Sie mit der Intervention HgT? (z.B. dass Klienten ins Nachdenken kommen, dass es zu konkreten Verhaltensänderungen kommt..?) (*Mikroebene*)
11. Welche Veränderung haben Sie sich mit der Einführung von HgT versprochen? Welche Chancen haben sich für die Einrichtung ergeben?
12. Welche Bedenken hatten Sie? Welche Barrieren der Einrichtung haben Schwierigkeiten bei der Implementierung dargestellt?
13. Welche Vor- und Nachteile sind Ihnen bei HgT als Gruppenintervention aufgefallen?
14. Bezogen auf die Nachteile:
 - a. Was war besonders schwierig? Warum? Welche Lösungen haben Sie dafür gefunden/entwickelt?
 - b. Falls keine Lösung gefunden wurde: Warum war es nicht möglich, eine Lösung zu finden? Welche Voraussetzungen fehlen?
15. Welche Veränderungen haben sich durch die Einführung von HgT in der Gruppe ergeben?
 - a. In Bezug auf Klienten
 - b. Kollegen
16. Wie viele Klienten haben sie in einer HgT-Gruppe?
17. Wie werden die Gruppenmitglieder ausgewählt und wer entscheidet, welche Patienten an der HgT Gruppe teilnehmen?
18. Gibt es eine feste Gruppe, die am HgT teilnimmt, oder verändert sich diese fortlaufend aufgrund von Entlassungen und Neuaufnahmen?
19. Haben Sie Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an HgT als Gruppenintervention?
20. Welche Klienten sind Ihrer Meinung nach für die HgT Gruppenintervention gut geeignet/Welche können besonders profitieren? Was sind die Ursachen für die Erfolge?
21. Mit welchen Klienten erleben Sie häufiger Schwierigkeiten in der Gruppe? Was sind die Ursachen für die Schwierigkeiten?
22. Welche Krankheitsbilder haben die Gruppenteilnehmer?
23. An wie vielen Gruppeneinheiten nehmen Teilnehmer im Durchschnitt teil?
24. Erhalten die Klienten zusätzlich HgT als Einzelintervention?
25. Wie gehen Sie damit um, wenn ein Klient an einer HgT-Einheit nicht teilnehmen kann? (*mal eine Einheit*)
26. Wie gehen Sie mit Klienten um, die sich im Arbeitstempo vom durchschnittlichen Arbeitstempo der Gruppe unterscheiden?
27. Wie lange dauert gewöhnlich eine Einheit HgT als Gruppentherapie?
28. Welche Sozialform nutzen Sie für Ihre HgT Gruppe und Warum?
Antwortmöglichkeiten: Einzelarbeit in der Gruppe, Partnerarbeit, Gruppenarbeit, Gemeinschaftsarbeit oder andere (mehrfach Nennung möglich)
29. Wie sieht eine typische Gruppeneinheit HgT bei Ihnen aus? Beschreiben Sie den Ablauf einer typischen Gruppeneinheit HgT.

- a. Wie strukturieren Sie die einzelnen Interventionseinheiten (Einführung, Arbeitsphase, Abschluss)

Unterkategorie: Abwandlung HgT (Anpassung an Gruppe)

30. Welche Kapitel/Arbeitsblätter wählen Sie spezifisch für die Gruppe?
31. Welche Adaptionen/ Veränderungen haben Sie zur Anwendung in der Gruppe vorgenommen? (Beispiel: Inhalte, Struktur, Arbeitsmaterialien, Regeln)
 - a. Haben Sie Arbeitsmaterialien bzw. Fotos der Anpassungen, die Sie uns zur Veranschaulichung zur Verfügung stellen würden? Diese würden wir auszugsweise in der Bachelorarbeit veröffentlichen.
32. Welche Inhalte aus dem HgT eignen sich besonders gut für die Gruppe?
 - a. Nicht angepasste Inhalte (Kapitel, Arbeitsblätter,)
 - b. Angepasste Inhalte durch Therapeuten/Sie
33. Bieten Sie HgT mit anderen Mitarbeitern an? Wenn ja, mit welchen Berufsgruppen? Wie gestaltet sich die gemeinsame Arbeit? (gibt es Peer-Beteiligung?)
34. Sind Sie der Meinung, dass jeder Therapeut aus dem Manual ein Gruppenmanual machen kann, oder würden Sie sich ein fertiges Manual dafür wünschen?

Kategorie: CMOP-E

35. Das Manual basiert unter anderem auf dem kanadischen Triplet (bestehend aus dem CMOP-E, dem CPPF und dem CMCE). Kannten Sie dies schon vorher? (*evtl. Bildschirm teilen oder vorher schicken*)
36. Klientenzentrierung ist ein wichtiges Thema beim CMOP-E. Wo sehen Sie die Klientenzentrierung in der Intervention? Wie gelingt Ihnen dies in der Gruppe?
37. Folgende Fragen sind sehr spezifisch. Sind Ihnen die Enablement Skills des CMCE geläufig (*s. Vorab-Information*)?
 - a. *Wenn nein, kein Problem, kurz auf die Infos hinweisen:* Was meinen Sie, welche der ergotherapeutischen Kompetenzen muss der Therapeut in der Gruppe mitbringen, welche im Einzel?
 - b. Welche Enablement-Skills aus dem CMCE benutzen Sie in der Gruppe mehr, welche im Einzel? Warum?

Anpassen („adapt“); Fürsprechen („advocate“); Coachen („coach“); Zusammenarbeiten („collaborate“); Beraten („consult“); Koordinieren („coordinate“); Informieren („educate“); Beteiligen/sich einbringen („engage“); Spezialisieren („specialize“)

Kategorie: Recovery und Empowerment

Folgende kurze Begriffserklärung zu Recovery: (eine von vielen Definitionen)

Recovery bedeutet, sich von einer Krankheit zu erholen. Es ist ein persönlicher, ganzheitlicher und individueller Entwicklungsprozess, bei dem die Verarbeitung des

Krankheitserlebens ebenso dazu gehört wie die Entwicklung neuer Lebensperspektiven. (keine einheitliche Definition)

38. Inwiefern unterstützt das HgT Ihrer Meinung nach den Recovery-Prozess der Klienten?

39. Welche Rolle spielt der Recovery-Gedanke im Gruppensetting dabei?

Abschlussfrage:

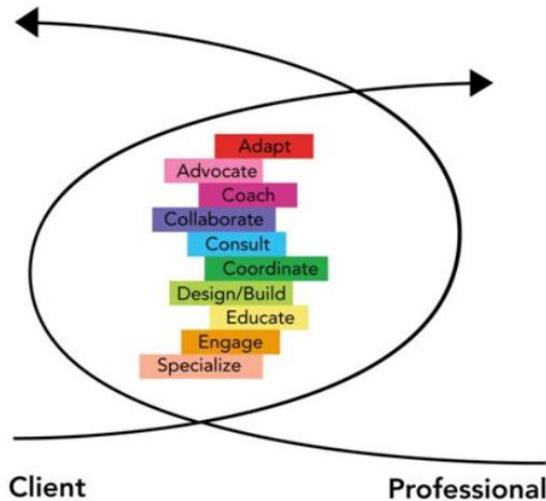
40. Welches Feedback haben Sie bezüglich der Implementierung des HgTs von Ihren Klienten, Kollegen und Ihrem Chef bekommen?

41. Wie zufrieden sind Sie selbst mit der Implementierung des HgTs als Gruppenintervention in Ihrem Arbeitskontext und würden Sie das HgT als Gruppenintervention weiterempfehlen?

12. Anlage: Zusatzblatt - Canadian Model of Client-Centred Enablement

CMCE

Figure 4.3 Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)



Townsend, E. A., Polatajko, H. J., Craik, J., & Davis, J. (2007). Canadian Model of Client-Centred Enablement. In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. p. 110 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

- **Anpassen („adapt“)**: bezogen auf Anwendungszwecke und Situationen, so kann zum Beispiel die Durchführung einer Betätigung/Handlung in Bezug auf ihre Anforderungen und die entsprechenden Umweltbedingungen angepasst werden.
- **Fürsprechen („advocate“)**: Sich für und mit Menschen für etwas einsetzen, zum Beispiel im Rahmen von Lobbying-Arbeit.
- **Coachen („coach“)**: bezeichnet eine Partnerschaft mit KlientInnen, mit dem Ziel in verschiedenen Lebensbereichen (zum Beispiel Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit) bestmögliche Ergebnisse und eine möglichst hohe Lebensqualität zu erzielen.
- **Zusammenarbeiten („collaborate“)**: beschreibt die Zusammenarbeit mit KlientInnen und anderen zur Erreichung gemeinsamer Ziele.
- **Beraten („consult“)**: meint den Austausch von Ansichten, die Absprache mit anderen, nicht nur mit KlientInnen, sondern auch zum Beispiel im interdisziplinären Team sowie Beratungstätigkeiten im individuellen, institutionellen oder auch im Gemeindeforum.
- **Koordinieren („coordinate“)**: beschreibt das Koordinieren (gemeinschaftlicher) Anstrengungen zur Erreichung eines bestimmten Effekts.

- **Entwerfen/Konstruieren („design/build“):** bezogen auf die Anfertigung von Hilfsmitteln, hier sind aber auch Umgebungs-gestaltung oder die Konzeption und Erbringung therapeutischer Dienstleistungen gemeint.
- **Informieren („educate“):** bezeichnet die Anwendung von edukativen Verfahren mit KlientInnen, d.h. zum Bei-spiel Anleitung in der Durchführung von Aktivitäten.
- **Beteiligen/sich einbringen („engage“):** beschreibt die Fertigkeit, KlientInnen ins konkrete Tun und Teilhaben zu bringen, damit diese sich aktiv einbringen.
- **Spezialisieren („specialize“):** meint die situationsbezog-ene Anwendung spezifischer therapeutischer Verfahren oder Techniken, die KlientInnen darin unterstützen, an Betätigungen/Handlungen teilzuhaben und ihre Selbstbestimmung erhöhen (ebd.).

Kraxner, Markus; Aussermaier, Hannes; Costa, Ursula; Jäger, Margret; Kälber, Stefanie (2019): Zusatzmaterial zum Kapitel „Förderung von Gesundheit und Lebensqualität“ der Informationsbroschüre „Ergotherapie mit und für Menschen mit Fluchterfahrung

13. Anlage: Auszug Transkripte

Auszug F4-Analyse:

eigentlich mit der Fortbildung gestartet haben, richtig? #00:07:46-6#

TN2 Ja. Grundsätzlich für das Verständnis war das sehr hilfreich. Auch die Selbstanwendung der Arbeitsblätter fand ich sehr gut, um auch mal selbst zu merken, ich könnte es wahrscheinlich mit relativ Jedem machen und es würde Jedem helfen. Oder Jeder kann ich auch nicht sagen, weil (unv.) Hat bei mir ja auch funktioniert. Und was bei mir auch tatsächlich super funktioniert hat, war dass der Andres Pfeiffer selbst da so von überzeugt war und es sehr gut rüber gebracht hat und mich das...ja wie so eine Art Motivationstrainer ist er da schon aufgetreten und das hat mich auch sehr motiviert und ich habe das auch so wirklich in mein Team weitergetragen, das (unv.) ist total Klasse und es hat super Effekte und probier das doch mal aus. Also ich hab wirklich da auch ein bisschen weiter Werbung für gemacht. Weil das so Spaß gemacht (unv.) // #00:08:44-8#

IC Konnten Sie Motivation von ihm Mitnehmen. #00:08:45-6#

TN2 Absolut, ja. Das war schon richtig schön. #00:08:48-2#

IC Schön. Haben Sie Handeln gegen Trägheit anfangs als Einzelintervention genutzt? #00:08:56-9#

TN2 Ja #00:08:57-7#

IC Nutzen Sie es auch weiterhin als Einzelintervention? #00:09:01-7#

TN2 Sporadisch. #00:09:04-5#

IC hm (bejahend) #00:09:06-2#

TN2 Ja, mache ich auch, ich muss aber generell schauen und das ist nicht nur mit Handeln gegen Trägheit, ich kann nicht viele Einzelinterventionen machen. Da habe ich wenig Zeit für. #00:09:16-6#

IC hm (bejahend) #00:09:17-6#

TN2 Und deshalb, ich habe es am Anfang bewusst auch in meinem Team gesagt, dass ich immer mit einem Patienten daran arbeiten möchte, um es auch einfach selber zu lernen. (...) Um da ein gutes Verständnis für die Anwendung zu bekommen. Aber es hat über die Zeit etwas nachgelassen, als ich über die Lernphase heraus war, was die Einzelintervention angeht, weil ich da einfach sehr wenig Zeit für habe. #00:09:44-3#

IC hm (bejahend) Das heißt, Sie haben anfangs eigentlich die Einzelinterventionen genutzt, um sich mit dem Manual besser auch auszukennen // #00:09:51-7#

TN2 Ja #00:09:51-7#

IC und geübter damit zu sein um das in der Gruppe dann besser anwenden zu können? #00:09:55-5#

TN2 Die Gruppe hat sich später daraus entwickelt. Das war nicht in meinem

14. Anlage: Paraphrasierung

Auszug Memo F4 Analyse:

	<small>TN1_Teil1, Absatz 82</small>
<u>Und in Bezug auf Kollegen (...) denke ich habe ich das Bild der Ergotherapie nochmal erweitert in dem Bezug das die einfach auch wissen das wir auch was im Alltag verändern können und nicht nur Handwerk anbieten.</u>	
Kollegen haben durch die HgT Implementierung den Blick auf die Ergotherapie bezogen auf die Möglichkeit der Veränderung im Alltag erweitert.	
	<small>TN1_Teil1, Absatz 96</small>
<u>Der Klinikdirektor hat dann als ich das dann eingeführt habe ich habe ihm dann tatsächlich einen Artikel zugeschickt um ihm dann in den Newsletter zu packen. Er hat das sehr lobend in seinem Vorwort erwähnt das wir jetzt ein mit Studien nachgewiesenes ergotherapeutisches Programm anbieten. Also vielleicht habe ich da seine Meinung auch ein bisschen geändert.</u>	
Klinikdirektor hat die Implementierung des hgTs lobend in einem Vorwort eines Newsletters erwähnt. TN1 sieht eventuell eine leichte Veränderung dessen Einstellung zum HgT.	
	<small>TN1_Teil1, Absatz 100</small>
<u>welches Feedback hast du bezüglich der Implementierung des HgT von deinen Klienten, Kollegen und deinem Chef bekommen? #00:24:46-8#</u>	
<u>(TN1) (lacht) also mein Chef, das hatten wir ja vorhin schon war anfangs etwas skeptisch warum überhaupt was Neues und überhaupt, hat dann im Newsletter sich doch ja sehr positive Worte einfallen lassen und ist glaub ich insgesamt sehr wertschätzend meiner Arbeit gegenüber...</u>	
Der Chef von TN1 stand der Implementierung des HgTs anfangs skeptisch gegenüber, äußerte sich mittlerweile jedoch positiv in einem Newsletter darüber.	
	<small>TN1_Teil2, Absatz 78 - 79</small>
<u>Und bei Handeln gegen Trägheit ist dadurch das das ja immer nur ein halbes Jahr dauert immer nicht so lange Wartezeit. Maximal ja dann bis zum nächsten Kurs..</u>	
Die Wartezeit für die HgT Intervention ist weniger lan, maximal bis zum Start des neuen Kurses.	
	<small>TN1_Teil2, Absatz 79</small>
<u>und das Feedback meiner Klienten super positiv also die die den Kurs gemacht haben sind .. die meisten wirklich wahnsinnig begeistert.. nicht alle (lacht) .. es gibt immer Leute die da nicht so begeistert sind aber die meisten haben wirklich viel geschafft und freuen sich da wahnsinnig drüber und machen den Kurs dann nochmal wenn sie merken es ist wieder Bedarf..</u>	
Es gibt ein sehr positives Feedback durch Klienten für die HgT Intervention. Die meisten kommen weiter und in Krsien nutzen sie das Angebot erneut.	
	<small>TN1_Teil2, Absatz 79</small>

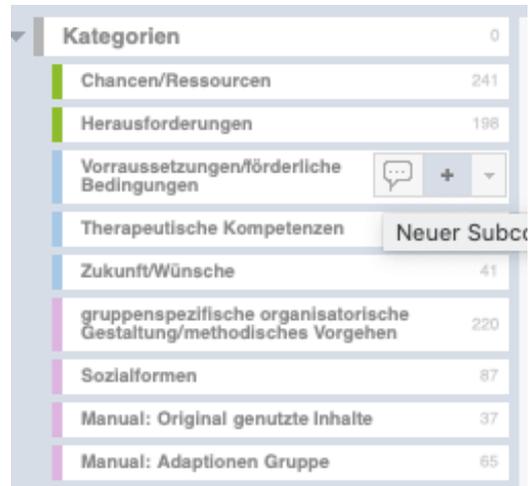
15. Anlage: Generalisierung

Codes:

▼ Codes	0
▼ HgT Gruppe	12
Ein- und Ausschlusskriterien	21
Ziele	51
Einstieg in die Gruppe	33
Fähigkeiten des Therapeuten	141
Unterstützung durch andere Personen	45
Ablauf der Einheiten	107
Unterschiede der Teilnehmer	36
Sozialformen	28
Gruppenzusammensetzung	71
Genutzte Inhalte des Manuals für die Gruppe	75
Adaptionen	130
Herausforderungen	97
Vorteile	72
Corona	19
Nebensächlichkeiten	172
Einstieg	36
Verabschiedung	27
▼ Arbeitssetting	0
Herausforderungen	54
Chancen	53
Gegebenheiten	81
Arbeitsbereich der Teilnehmer	11
Diagnosen	23
▼ Ausstattung Räumlich/ Materiell	17
Schwierigkeiten	11
Ressourcen	15
▼ Handeln gegen Trägheit	1
Ein- und Ausschlusskriterien	4
Pläne und Ideen für die Zukunft	30
Vorteile	81
Herausforderung	24
Klientenzentrierung	23
Theoretischer Hintergrund	33
Einstieg in die Arbeit mit HgT	33
Fortbildung	25
HgT im Einzelsetting	70

16. Anlage: Kategorienbildung

Auszug Analyse F4:



The screenshot shows a list of categories with their respective counts. A button labeled 'Neuer Subcategory' is visible next to the 'Therapeutische Kompetenzen' category.

Kategorie	Anzahl
Kategorien	0
Chancen/Ressourcen	241
Herausforderungen	198
Voraussetzungen/förderliche Bedingungen	
Therapeutische Kompetenzen	
Zukunft/Wünsche	41
gruppenspezifische organisatorische Gestaltung/methodisches Vorgehen	220
Sozialformen	87
Manual: Original genutzte Inhalte	37
Manual: Adaptionen Gruppe	65

17. Anlage: E-Mail-Verkehr

Anlage 17a: Mail Anfrage:

Bachelorarbeit "Handeln gegen Trägheit"



[Redacted Name]

22. Juni 2020 08:58

[Details einblenden](#)

Hallo Melanie, Charlotte und Nathalie,

gerne würde ich euch bei eurer Bachelorarbeit unterstützen.

Ich arbeite in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und biete seit ca 2 ½ Jahren HgT als Gruppenintervention an.

Herzliche Grüße

[Redacted Signature]

Anlagen 17b: Bestätigungsmail:



godehardt_gunkel_herrmann@web.de

18. Juli 2020 12:39

[Details einblenden](#)

Lieb[REDACTED]

schön dass Dir der vorgeschlagene Termin passt.

Für das Interview am Donnerstag schicke ich Dir im Anhang eine Zusatzinformation zu.

Zudem benötigen wir noch die beiliegende unterschriebene Einverständniserklärung von Dir.

Das Interview wird über Bluejeans stattfinden. Sobald eine zweite Person den Raum betritt, startet die Aufnahme. Es kann sein, dass Du den Raum nur betreten kannst, wenn Du das Programm vorher herunterlädst.

Anbei sende ich Dir den Link für das Interview zu:

<https://zuyduniversity.bluejeans.com/740676894>

Ich bin gespannt und freue mich auf Donnerstag.

Liebe Grüße

[REDACTED]

Anhänge: 2



Einverständnis...rview HgT.pdf

PDF, 80 KB



Zusatzblatt Int...w - CMCE.pdf

PDF, 157 KB



Anlage 17c: Member-Check:

Transkript Interview HgT

1 



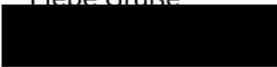
godehardt_gunkel_herrmann@web.de

25. August 2020 19:32

[Details einblenden](#)

Lieb 

im Anhang sende ich Ihnen das Transkript unseres Interviews zu. Falls Sie Anmerkungen dazu haben, bitte ich Sie um Rückmeldung.

Liebe Grüße


Anhänge: 1



Transkript TN2.rtf

Unbekannt, 149 KB



18. Anlage: Arbeitsblatt-Adaptionen der Teilnehmerinnen

Anlage 18a: Auszug Konzept TN2:

Gesundheit durch Aktivität

→ alltagsorientierten Ergotherapie

Grundlage: Vielfältige positive Wirkungen verschiedener Aktivitäten auf die Gesundheit und das Wohlbefinden.

In der Therapie geht es darum **Veränderungen im Bereich der eigenen Aktivitäten im Alltag** zu bewirken, um mehr Wohlbefinden zu erfahren.

Anders gesagt: persönliche Ziele herausfinden und verfolgen.

Aktivität genauer betrachtet

Aktivität = (alltägliche) Tätigkeit = alles was wir tun

Aktivitätsbereiche:

		Beispiele
Selbstfürsorge	<ul style="list-style-type: none">- Psychische Selbstfürsorge- Körperliche Selbstfürsorge	Yoga Duschen
Produktivität	<ul style="list-style-type: none">- Bezahlte Arbeit- Haushalt- Fürsorge für Andere	Ausübung des Berufes Küche putzen Kinderbetreuung
Freizeit	<ul style="list-style-type: none">- Aktive Freizeit- Passive Freizeit- Soziale Kontakte	Fußball spielen Fernseher schauen Mit Freunden treffen
Erholung	<ul style="list-style-type: none">- Schlaf- Erholende Aktivitäten	Nachtschlaf Meditation

→ Eine Balance, ein Gleichgewicht zwischen diesen Aktivitätsbereichen schafft Gesundheit und Wohlbefinden.

- Struktur und Routine durch Aktivitäten
- Bedeutung und Zufriedenheit von Aktivitäten

Schwerpunkte bei Gesundheit durch Aktivität

- An **Aktivitäten teilnehmen**, die zur Gesundheit und zu Wohlbefinden beitragen
 - Neue Aktivitäten ausführen
 - An Aktivitäten teilnehmen, die früher gutgetan haben und das Potenzial haben, auch jetzt gut zu tun
- **Aktivitäten reduzieren**, die gesundheitsschädlich sind
- **Bestehende Aktivitäten ändern**: neu organisieren, passender für sich gestalten, ausbauen (z.B. häufiger Pausen machen, Arbeit verteilen oder zu einer anderen Uhrzeit ausführen)

Weiteres Vorgehen: Bei Bedarf Entweder in der Gruppe 45 Minuten oder Einzeln 30 Minuten

Anlage 18b: Zeitnutzungsprotokoll Adaption TN3:

Tägliches Zeit-Nutzungs-Protokoll¹

Name: _____

Zeit	Aktivität	Wo?	Die Aktivität wurde durchgeführt: alleine/mit jemand anderem
Morgens			
Mittags			
Abends			