

Die Darstellung der Ergotherapie auf Websites ergotherapeutischer Praxen

Bräuter, Theresa 1965212

Laing, Franziska 1965611

Abgabedatum 10.11.2021

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie

Zuyd
Hogeschool **ZU
YD**

Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd
Hogeschool

Begleiterin Bettina Weber



Bildquelle: [pixabay](#)

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool.

Die Darstellung der Ergotherapie auf Websites ergotherapeutischer Praxen

Bräuter, Theresa 1965212

Laing, Franziska 1965611

Begleitende Dozentin: Bettina Weber

Abgabe: 10. November 2021

Kurs: HS3

Vorwort und Danksagungen

Der Prozess wird laut Bibliografischen Institut (o.D.) definiert als

“sich über eine gewisse Zeit erstreckender Vorgang, bei dem etwas [allmählich] entsteht, sich herausbildet”

Die Implementierung des zeitgenössischen Paradigmas in der Ergotherapie in Deutschland, welches unter anderem in dieser Arbeit erforscht wird, geschieht nicht über Nacht. Es bedarf einer gewissen Zeit bis der Paradigmenwechsel theoretisch sowie praktisch umgesetzt ist.

Auch diese Bachelorarbeit ist allmählich über einen Zeitraum von ein paar Monaten entstanden, in denen wir für uns viel neues theoretisches Wissen angeeignet und auch praktische Erfahrung bzgl. des Forschens erlangt haben. Hierbei hatten wir zum Glück einige Menschen an unserer Seite, die uns auf diesem Weg begleitet und stets unterstützt haben.

- An erster Stelle zählen hierunter unserer Partner, die durch Bachelorarbeit und Schwangerschaften gemeinsam mit uns turbulente Monate erlebt haben. Danke euch beiden, dass ihr uns immer unterstützt habt und ein offenes Ohr für uns hattet.
- Ein besonderer Dank geht an unsere Bachelorbetreuerin Bettina Weber. Liebe Bettina, viele Dank, dass du uns jederzeit mit Rat zur Verfügung standest und uns mit deinem großen Wissen unterstützt hast, wenn wir nicht mehr weitergekommen sind. Deine Tipps und Ratschläge haben uns stets geholfen.
- Vielen Dank auch an unsere Familien, welche uns immer mit großem Verständnis entgegengekommen sind. Ein Dank auch an Franziskas Mutter, welche an unseren online Treffen häufig die Kinderbetreuung übernommen hat.
- Liebe Dagmar. Danke, dass du dir trotz eigener Bachelorarbeit die Zeit genommen hast unser Abstract ins niederländische zu übersetzen.
- Lieber Narku. Auch dir ein großes Dankeschön für die Übersetzung des Abstracts ins Englische.
- Last but not least herzlichen Dank unseren Korrekturleser_innen Franziska Eberlein, Eva-Maria Fürsattel und Robert Striesow, die uns mit ihrem kritischen Blick noch einmal neue Anregungen mitgegeben haben.

Lesehinweise und Abkürzungsverzeichnis

Lesehinweise

Anonymisierung

Um die Anonymisierung der ergotherapeutischen Praxen, deren Websites untersucht wurden zu wahren, wurden die Websites mit W1-W10 pseudonymisiert.

Bezeichnung Forschende/Forscherinnen

Als Forschende werden die beiden Verfasserinnen der Arbeit betitelt.

Corona-Passus

Die seit Beginn 2020 durch den COVID-19 Virus verursachte pandemische Lage hat auch 2021 Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht oder nur eingeschränkt möglich. Es erforderte den jeweils aktuellen Vorgaben entsprechenden Umgang in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Umsetzung. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung zur notwendigen Norm (anstatt face-to-face Kontakt), weil der direkte Kontakt mit Klient_innen und Professionals nicht möglich war. Des Weiteren war der Zugang zu den Bibliotheken überwiegend nur online möglich. Alle methodischen Vorgehensweisen sind mit der Begleiterin der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggeber_innen abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Genderaspekt

In der vorliegenden Arbeit wurden überwiegend geschlechtsneutrale Bezeichnungen gewählt, um alle Menschen anzusprechen und ihnen eine gleiche Wertschätzung entgegenzubringen. War dies nicht möglich, wurde die gendergerechte Schreibweise des Unterstrichs verwendet, wie zum Beispiel Ergotherapeut_innen.

Glossar

Weniger gebräuchliche Begriffe werden im Glossar erläutert.

Namensänderung des DVE e.V.

Während der Erstellung der Bachelorarbeit wurde der Namen des deutschen Berufsverbandes "Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V." in "Deutscher Verband Ergotherapie e.V." geändert.

Tabellen und Abbildungsverzeichnis

Tabellen und Abbildungen sind am Ende der Arbeit chronologisch in dem jeweiligen Verzeichnis aufgelistet.

Querverweise

Im Text finden sich Querverweise auf ein anderes Kapitel, auf Tabellen, den Anhang oder Abbildungen wieder. Diese sind hinter dem jeweiligen Text in Klammern gesetzt. Zum Beispiel (vgl. Kapitel 2.3)

Zitation

Um den Inhalt nicht zu verfälschen, werden englischsprachige direkte Zitate nicht übersetzt. Die Zitate der untersuchten Websites werden in kurzen Ausschnitten wörtlich wiedergegeben. In den Zitaten werden Auslassungen mit eckiger Klammer und drei Punkten dargestellt [...].

Abkürzungsverzeichnis

DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (früher: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.)
CPPF	Canadian Practice Process Framework
DIZ	Doorzoek informatiebronnen Zuyd (Suchmaschine der Zuyd Hogeschool Bibliothek)
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (früher: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.)
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
UWG	Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
PIO	Person / Intervention / Outcome
SGB	Sozialgesetzbuch
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
vgl.	Vergleiche
W7	Website 7 of Occupational Therapists for European Countries
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Abstracts und Zusammenfassung

Abstract Deutsch

Hegner (2021) forderte weitere Untersuchungen, ob alle Ergotherapeut_innen das zeitgenössische Paradigma nach außen hin vertreten. Da laut statistischem Bundesamt (2016) dem Internet eine immer größer werdende Bedeutung zugeschrieben wird, untersucht die vorliegende Arbeit folgende Frage: Welche Merkmale des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas nutzen ergotherapeutische Praxen, die im DVE gelistet sind, auf ihrer Website, um ihre Praxis im Internet darzustellen?

Nach einer systematischen Literaturrecherche wurde mit Hilfe der Literatur ein Kategoriensystem zu den Merkmalen der Paradigmen entwickelt. Anschließend analysierten die Forschenden die Textinhalte von zehn Websites ergotherapeutischer Praxen mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) auf Merkmale der beiden Paradigmen.

Bei neunzig Prozent der untersuchten Websites wurde ein Paradigmen-Mix festgestellt. Deutlich im Vordergrund steht die Abbildung des mechanistischen Paradigmas mit 89% der Fundstellen. Fokussiert wird dabei die Darstellung der biomedizinischen Sichtweise auf den Menschen und dessen Gesundheitsproblem. Das zeitgenössische Paradigma wird vor allem mit Hilfe von Merkmalen dargestellt, die sich auf eine betätigungsorientierte Vorgehensweise beziehen.

Trotz der Aufforderung nationaler und internationaler Verbände, die Gesellschaft über das Berufsbild Ergotherapie zu informieren, findet keine einheitliche Darstellung der Ergotherapie nach dem zeitgenössischen Paradigma statt. Es bleibt in Frage zu stellen, ob der Paradigmenwechsel die Arbeitsweise in ergotherapeutischen Praxen verändert hat.

Abstract English

Hegner (2021) demanded further research, if all occupational therapists represent the contemporary paradigm to the outside world. Since, according to the Federal Statistical Office (2016), the internet is becoming increasingly important, this thesis examines the following question: Which features of the contemporary and mechanistic paradigm do occupational therapy services listed in the DVE use on their website to present their method of work on the internet?

After a systematic literature review, a category system on the characteristics of the paradigms was developed. The researchers then analyzed the texts of ten occupational therapy service websites. Qualitative content analysis (Mayring 2016) is used to identify markers of the two paradigms on the respective websites.

A paradigm mix was found in ninety percent of the websites examined. The representation of the mechanistic paradigm is clearly in the foreground, with 89% of the identified sources. The focus hereby is on the biomedical view of humans and their health problems. The contemporary paradigm is mainly represented with the help of features that refer to an occupational-oriented approach.

Despite the call of national and international associations to inform society about the occupational profile of occupational therapy, there is no uniform account of occupational therapy in line with the contemporary paradigm. It is questionable whether the paradigm shift has changed the way of working in occupational therapy services.

Abstract Nederlands

Hegner (2021) pleit voor nader onderzoek naar de vraag of alle ergotherapeuten het hedendaagse paradigma naar buiten toe vertegenwoordigen. Aangezien internet volgen het Statistische Bundesamt (2016) steeds belangrijker wordt, gaat dit onderzoek in op de volgende vraag: Welke kenmerken van het hedendaagse en het mechanistische paradigma gebruiken ergotherapiepraktijken, die in de DVE worden vermeld, op hun website om hun praktijk online te presenteren?

Na een systematisch literatuuronderzoek, werd met behulp van de literatuur een systeem van categorieën voor de kenmerken van de paradigma's ontwikkeld. Daarna werden, met behulp van de kwalitatieve inhoudsanalyse van Mayring (2016), de teksten van 10 websites van ergotherapiepraktijken inhoudelijk geanalyseerd op de kenmerken van beide paradigma's.

Bij negentig procent van de onderzochte websites werd een mix van paradigma's geconstateerd. Onmiskenbaar is de weergave van het mechanistische paradigma bij 89%. De focus ligt op de beschrijving van het biomedisch perspectief op mensen en hun gezondheidsproblematiek. Het hedendaagse paradigma wordt vooral met behulp van activiteitsgerichte kenmerken weergegeven.

Ondanks de oproep van nationale en internationale beroepsverbanden, om de maatschappij over het beroepsbeeld van de ergotherapie te informeren, wordt deze niet uniform volgens het hedendaagse paradigma weergegeven. Het blijft te betwijfelen, of de paradigmaverschuiving de werkwijze in ergotherapiepraktijken heeft veranderd.

Zusammenfassung

Trotz des nach Mentrup (2014) seit 2005 vorherrschenden Paradigmenwechsel in Deutschland in der Ergotherapie zeigte die Untersuchung von Hegner (2021), dass bei z.B. Ärzt_innen noch kein einheitliches Bild über das Berufsbild Ergotherapie herrscht. Auf Grund dessen forderte sie in ihrer Arbeit, dass untersucht werden sollte, ob alle Ergotherapeut_innen das zeitgenössische Paradigma implementiert haben und nach außen hin vertreten. Auch nationale sowie internationale Verbände verlangen immer wieder von den Berufsangehörigen Aufklärungsarbeit über die Ergotherapie in der Gesellschaft. Da dem Internet bezüglich der Informationssuche im Bereich Gesundheit eine immer größere Rolle zugeschrieben wird (Trepte, Baumann, Hautzinger, & Siegert, 2005), besteht die Möglichkeit für Ergotherapeut_innen die Ergotherapie online darzustellen. Eine erste Literaturrecherche zeigte, dass es derzeit wenig Untersuchung sowie Literatur zu diesem Thema gibt.

Aus diesen Erkenntnissen entwickelte sich folgende Forschungsfrage:

Welche Merkmale des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas nutzen ergotherapeutische Praxen, die im DVE gelistet sind, auf ihrer Website, um ihre Praxis im Internet darzustellen?

Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurde auf Basis vorhandener Literatur ein Kategoriensystem erstellt, mit welchem die Textinhalte von zehn zufallsgenerierten Websites ergotherapeutischer Praxen aus der DVE Datenbank auf Merkmale des mechanistischen und zeitgenössischen Paradigmas analysiert wurden.

Es zeigte sich, dass neunzig Prozent der untersuchten Websites charakteristische Merkmale beider Paradigmen auf ihrer Website darstellen - wodurch ein Paradigmen-Mix auf den Websites abgebildet wird. Die ergotherapeutischen Praxen definieren ihren Beruf vermehrt noch mit Hilfe von Merkmalen aus dem mechanistischen Paradigma. Besonders die biomedizinische Sichtweise auf die Klientel mit seinen/ihren Gesundheitsproblemen nimmt einen hohen Stellenwert ein. Im zeitgenössischen Paradigma ist die betätigungsorientierte Vorgehensweise das am häufigsten dargestellten Merkmal. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass dies vor allem aus der Zitation der DVE Definition resultiert.

Trotz der Forderungen des Deutschen Verbandes der Ergotherapie (Fürsattel & Bräuter, 2019), der COTEC-Standards (von dem Berge, et al. 2020) sowie des Weltverbandes der Ergotherapie (WFOT, 2016) zu einer informellen/aufklärenden Darstellung der Ergotherapie wird wenig Einblick in die ergotherapeutische Arbeit im zeitgenössischen Paradigma auf den Websites ergotherapeutischer Praxen gegeben. Es steht nicht der Mensch als sich betätigendes Wesen im Vordergrund, sondern als reparaturbedürftige Person (Kielhofner, 2009). Um das Berufsbild Ergotherapie in der Gesellschaft prägender zu gestalten, ist es wichtig, dass jede_r Ergotherapeut_in das Berufsbild Ergotherapie einheitlich im derzeitigen Berufsparadigma definieren und kommunizieren kann. Gleichzeitig ist es relevant, leicht zugängliche Informationen über die Inhalte der Ergotherapie auch für Bürger_innen zur Verfügung zu stellen, um eine einheitliche Berufsvorstellung in der Gesellschaft zu erreichen und die Professionalisierung voranzutreiben.

Inhalt

Vorwort und Danksagungen	I
Lesehinweise und Abkürzungsverzeichnis	II
Abstracts und Zusammenfassung	IV
Kapitel 1: Einleitung	1
1.1 Motivation und Relevanz für die Ergotherapie	1
1.2 Aufbau der Forschungsarbeit	4
Kapitel 2: Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Ergotherapeutische Praxen im deutschen Gesundheitswesen	5
2.2 Ergotherapeutische Praxen im Gesundheitsmarkt.....	5
2.3 Marketing im Gesundheitswesen	9
2.3.1 Definition Marketing	9
2.3.2 Dienstleistungsmarketing	9
2.3.3 Stakeholder-Ansatz.....	11
2.3.4 Relevante Gesetze im Bereich des Marketings für Heilmittelerbringende	12
2.4 Inhaltlicher Aufbau einer Website	13
2.5 Qualitätskriterien einer Website.....	15
2.6 Was ist ein Paradigma?	16
2.7 Wandel der Paradigmen in der Ergotherapie in Deutschland	17
Kapitel 3: Systematische Literaturrecherche	19
Kapitel 4: Methodisches Vorgehen.....	21
4.1 Zielsetzung und Forschungsfrage.....	21
4.2 Forschungsansatz und -design.....	22
4.3 Forschungs- und wissenschaftsethische Aspekte	23
4.4 Methode.....	24
4.4.1 Festlegung der Analyseeinheit.....	25
4.4.2 Theoriegeleitete Bestimmung der inhaltlichen Hauptkategorien	25
4.4.3 Theoriegeleitete Festlegung der Ausprägungen, Erstellung des Kategoriensystems	25
4.4.4 Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien	25

4.4.5 Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung	28
4.4.6 Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen	28
4.4.7 Abänderung von Kategoriensystem und Kategoriendefinition	29
4.4.8 Paraphrasierung des extrahierten Materials.....	30
4.4.9 Zusammenfassung pro Kategorie	31
4.4.10 Zusammenfassung der Hauptkategorie	31
4.5 Gütekriterien.....	31
Kapitel 5: Resultate.....	33
Kapitel 6: Diskussion.....	49
Kapitel 7: Schlussfolgerung und Ausblick	58
Literaturverzeichnis:	X
Glossar:	XVII
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:	XVIII
Anhangsverzeichnis	XVIII
Anhang 1: Auszug aus der systematischen Literaturrecherche.....	XIX
Anhang 2: Kategoriensystem	XXVII
Anhang 3: Kodierleitfaden.....	XLVI
Anhang 4: Beispiel der Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen.....	LXX
Anhang 5: Auszug aus der Paraphrasierung	LXXII
Anhang 6: Zeitplanung.....	LXXIII
Anhang 7: Ehrenwörtliche Erklärung	LXXIV

Kapitel 1: Einleitung

1.1 Motivation und Relevanz für die Ergotherapie

Das Thema der Bachelorarbeit entwickelte sich aus einer gemeinsamen Diskussion der Forschenden über die aktuelle Wahrnehmung der Ergotherapie in der Gesellschaft. Es wurde festgestellt, dass Ergotherapeut_innen sich nicht einheitlich in der Gesellschaft präsentieren, wodurch es für die Bürger_innen in Deutschland schwer ist, den Handlungsauftrag der Ergotherapie zu erkennen. Nach Mentrup (2014) entwickelte sich die Ergotherapie in Deutschland seit 2005 durch den Paradigmenwechsel weg von dem Training defizitärer Funktionen hin zur Förderung der Teilhabe sowie individuell bedeutsamen Betätigungen der Menschen. Die Untersuchung „Das Bild von Ergotherapie unter Ärzt_innen“ von Hegner (2021) zeigte jedoch, dass die Wahrnehmung von Ergotherapie noch vermehrt im mechanistischen Paradigma stattfindet. Deshalb forderte Hegner (2021), dass untersucht werden sollte, ob bereits alle Ergotherapeut_innen das neue Paradigma implementiert haben und nach außen souverän präsentieren. Wie wichtig die Aufklärungsarbeit bezüglich der Ergotherapie ist, wurde 2018 innerhalb einer Arbeitsgruppe der Landesgruppe Bayern des DVE deutlich. Auch hier zeigte sich, dass der Handlungsauftrag der Ergotherapie noch nicht flächendeckend bekannt ist.

“Ergotherapeuten sind bei anderen Gesundheitsakteuren nicht präsent. Bei wichtigen gesundheitlichen Entscheidungen und Gremien in der Region kann sich die Ergotherapie deshalb nicht beteiligen, da oftmals das Wissen über unseren Beruf und dessen Bandbreite fehlt” (Fürsattel & Bräuter, 2019).

Die Forderung nach Aufklärung über Ergotherapie innerhalb der Gesellschaft ist nicht nur national, sondern auch international ein Thema. Betrachtet man die COTEC-Standards zur beruflichen Praxis wird unter Punkt 8 “Vertretung des Berufsstandes” erläutert:

“Ergotherapeuten sollte es ein Anliegen sein, die Gesellschaft, die Klientel sowie das im Gesundheitswesen tätige Personal über Gesundheitsthemen, die innerhalb des ergotherapeutischen Rahmens liegen, aufzuklären/zu informieren” (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2020).

Dies deckt sich mit der Forderung des „World Federation of Occupation“ (WFOT), welcher im Ethikcode schreibt:

“Occupational therapists provide relevant and understandable information concerning occupational therapy” (WFOT, 2016).

Die Darstellung des Berufes in der Gesellschaft ist auch ein wichtiges Thema im Sinne der Professionalisierung des Berufsbilds. Goode (1982) beschreibt unter anderem eine gemeinsame berufliche Identität, Fachterminologie und eine übereinstimmende Rollendefinition als Grundlage der Professionsbildung einer Berufsgruppe. Des Weiteren nennt er die Abgrenzung zu anderen Professionen, die Kontrolle des beruflichen Handelns der Mitglieder und ein gemeinsames Wertverständnis als zu erfüllende Merkmale, um den Wandel hin zur Profession zu vollziehen. Eine einheitliche Darstellung in der Öffentlichkeit würde auf eine gemeinsame berufliche Identität hinweisen. Auch die gemeinsame Fachterminologie und Abgrenzung des Berufsinhalts könnten auf Websites dargestellt werden.

Im Mai 2019 wurde von der DVE-Projektgruppe “Kompetenzprofil und Modularisierung” ein Kompetenzprofil für die Ergotherapie in Deutschland veröffentlicht. Dieses hat unter anderem zum Ziel einen ersten Rahmen für das Berufsprofil der Ergotherapie zu geben, eine Abgrenzung zu anderen Berufsprofessionen deutlich zu machen, aber auch gemeinsame Schnittstellen zu definieren. Aus dem Kompetenzprofil können die Tätigkeitsbereiche und der Handlungsauftrag von Ergotherapeut_innen in Deutschland abgeleitet werden (DVE, 2019, a). Das Kompetenzprofil bildet nach Meinung der Forschenden das zeitgenössische Paradigma (vgl. Kapitel 2.7) ab. Es positioniert und definiert als Basis die Domäne der ergotherapeutischen Expertise, welche von den sechs Domänen Kommunikation, Zusammenarbeit, Management, Fürsprache, Lernen und Professionalität kreisförmig umlegen wird. Die Anordnung soll aufzeigen, dass nur durch das Zusammenwirken der sieben Domänen ein beruflich kompetentes Handeln möglich ist (DVE, 2019, a). Das Kompetenzprofil unterstützt somit die Professionalisierung des Berufsbildes nach Goode (1982) nicht nur in der Abgrenzung zu anderen Professionen, sondern ebenso in der gemeinsamen Identität und Rollendefinition.

Ein weiterer Grund warum es wesentlich ist die Gesellschaft über die Möglichkeiten der Ergotherapie aufzuklären, sind Tätigkeiten, die über die gelisteten Maßnahmen des Heilmittel-Katalogs hinausgehen. Die Ressourcen in der Gesundheitsversorgung werden knapper, weshalb der Gesundheitsförderung und Prävention eine immer größere Bedeutung zugeschrieben wird (König, 2017).

Wenn Ergotherapeut_innen ihren Handlungsbereich gegenüber der Klientel, anderen Berufsprofessionen, sowie der Öffentlichkeit darstellen, wird dieser transparenter. Ergotherapeut_innen sind gefordert, relevante Entwicklungen im Gesundheitswesen zu erkennen und Rahmenbedingungen zu schaffen, die das Potential der Ergotherapie aufzeigen (DVE, 2019a).

Betrachtet man über welche Wege sich Bürger_innen in Deutschland zum Beispiel bezüglich der medizinischen Versorgung informieren, wird dem Internet eine immer größere Rolle zugeschrieben (Trepte, Baumann, Hautzinger, & Siegert, 2005). Laut statistischem Bundesamt suchten 2015 knapp 40 Millionen Menschen in Deutschland online nach

Gesundheitsinformationen – knapp 11 Prozentpunkte mehr im Vergleich zum Jahr 2010 (Statistisches Bundesamt, 2016). Die Tendenz ist steigend. Die Wichtigkeit des Internets wird auch durch eine Studie der Bertelsmann Stiftung deutlich (Marstedt, 2018). Im Zuge einer Bevölkerungsumfrage wurden unter anderem die Motive der Internetnutzung für Gesundheitsfragen erforscht. 45% der Befragten (N=936) gaben an, sie nutzen das Internet zur Suche der besten Behandlungsmöglichkeit oder medizinischen Einrichtung. 39% nutzen es, um konkrete Informationen zur medizinischen Versorgung zu bekommen (Kantar Emnid, 2017 in Marstedt, 2018).

Auch ergotherapeutische Praxen stellen sich im Internet dar, zum Beispiel auf ihrer Website oder in den Social-Media-Kanälen (Gräfe, 2021).

In einer ersten Literaturrecherche zum Überblick über bereits vorhandene Literatur der Onlinedarstellung der Ergotherapie über Google Scholar, dem Internetportal des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V. (DVE) und der Hochschuleigene Bibliothek (vgl. Kapitel 3) wurde deutlich, dass es trotz der Wichtigkeit des Internets in der Gesundheitskommunikation zur Onlinedarstellung der Ergotherapie derzeit noch wenig Literatur gibt.

Schiewack (2014) beschreibt den Nutzen für ergotherapeutische Praxen sich im Internet darzustellen. Er zeigt auf, dass die Praxiswebsite als Informationsplattform genutzt werden kann mit dem Ziel Inhalte darzustellen, die von allen Bürger_innen verstanden werden. Eine weitere Möglichkeit für Ergotherapeut_innen bieten die Social-Media-Kanäle. Hier steht die Interaktion der Praxis mit anderen Menschen im Fokus (Arendt, 2014).

Es wurde sich für die Untersuchung auf Websites entschieden, da die Forschenden vermuten, dass sich mehr Praxen eine Website als einen Social-Media-Account haben.

Auf Grund der derzeit bestehenden Forschungslücke zu diesem Thema wurde folgende Forschungsfrage formuliert:

Welche Merkmale des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas nutzen ergotherapeutische Praxen, die im DVE gelistet sind, auf ihrer Website, um ihre Praxis im Internet darzustellen?

Um dies zu untersuchen wurden die folgenden Leitfragen entwickelt:

1. Welche Merkmale sind für das zeitgenössische und das mechanistische Paradigma anhand der Literatur charakteristisch?
2. Welche Charakteristika des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas werden auf der jeweiligen Website der ergotherapeutischen Praxen dargestellt?
3. Welches Paradigma zeichnet sich auf den Websites ergotherapeutischer Praxen vermehrt ab?

In die vorliegende Untersuchung wurden Websites von ergotherapeutischen Einrichtungen mit einer Praxiszulassung nach § 124 SGB V eingeschlossen. Einrichtungen, welche Ergotherapie anbieten, jedoch keine Praxen Zulassung haben, wie zum Beispiel Krankenhäuser, wurden ausgeschlossen, da vermutet wurde, dass der Fokus der Onlinedarstellung nicht primär auf der Ergotherapie liegt.

Nachdem die Motivation zu dem Thema dargelegt wurde, folgt anschließend eine Übersicht über den Aufbau der Arbeit.

1.2 Aufbau der Forschungsarbeit

Die vorliegende Arbeit untergliedert sich in sieben Kapitel. Nach der Einleitung folgt der theoretische Hintergrund, welcher auf Basis einer systematischen Literaturrecherche sowie aus Literatur der Bibliothek vor Ort und weiterführender Literatur entstanden ist. Hier erfahren die Leser_innen eine Grundlage zur Stellung der Ergotherapie im deutschen Gesundheitswesen und Gesundheitsmarkt, Marketing in der Ergotherapie, zum Aufbau und Qualitätskriterien ergotherapeutischer Websites, zu Paradigmen sowie dem Wandel der Paradigmen in Deutschland. Anschließend folgt in Kapitel 3 ein tabellarischer Überblick über die systematische Literaturrecherche mit der Evidenzhierarchie nach Borgetto in der die derzeitige Forschung zum Thema Darstellung der Ergotherapie im Internet ausgewertet wird. Nachfolgend wird im methodischen Vorgehen (Kapitel 4) das Ziel, das Forschungsdesign sowie die durchgeführte Methode detailliert aufgezeigt. Hier wird auch auf die Gütekriterien der Forschung eingegangen. Hierauf werden die Resultate der Forschung in Kapitel 5 dargelegt und in Kapitel 6 auf Basis des theoretischen Hintergrundes hin diskutiert. In diesem Kapitel findet auch die kritische Auseinandersetzung mit den Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit. Abschließend ziehen die Forscher_innen in Kapitel 7 eine Schlussfolgerung und geben einen Ausblick für weiterführende Forschung.

Kapitel 2: Theoretischer Hintergrund

Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden welche Merkmale des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas von im DVE gelisteten ergotherapeutischen Praxen genutzt werden, um ihrer Praxis im Internet darzustellen.

Um dies zu erforschen ist ein Vorwissen bezüglich der Stellung ergotherapeutischer Praxen im Gesundheitswesen und Gesundheitsmarkt relevant. Weiterführend ist es bedeutsam sich mit dem Thema Marketing im Gesundheitswesen sowie Dienstleistungsmarketing zu beschäftigen und dem Wissen bezüglich des Aufbaus von Websites. Um die Merkmale des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas festzustellen, wurden die Charakteristika der beiden Paradigmen anhand vorliegender Literatur recherchiert.

Nachfolgend ist der für die Beantwortung der Forschungsfrage relevante theoretische Hintergrund zusammengefasst dargelegt.

2.1 Ergotherapeutische Praxen im deutschen Gesundheitswesen

Im deutschen Gesundheitssystem zählen Ergotherapeuten zu den Heilmittelerbringer (Sozialgesetzbuch V, Abschnitt 5, §124). Bei einem Gesundheitsproblem haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf einer Versorgung mit Heilmitteln (Sozialgesetzbuch V, Abschnitt 5, §32). Näheres zur Heilmittelversorgung wird gemäß § 92 des Sozialgesetzbuches V durch den gemeinsamen Bundesausschuss in der Heilmittel-Richtlinie geregelt. Dieser ist in Teil B §11 zu entnehmen, dass eine ergotherapeutische Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder aus medizinischen Gründen in der häuslichen Umgebung der Klient_innen stattfinden kann.

2.2 Ergotherapeutische Praxen im Gesundheitsmarkt

Der erste Gesundheitsmarkt

“Der sogenannte erste Gesundheitsmarkt umfasst die Abgrenzung und Positionierung innerhalb eines gesetzlich regulierten und weitgehend homogenen Marktes.” (Matusiewicz, 2019, S.3).

Die Haupteinnahmequelle von ergotherapeutischen Praxen ist derzeit auf den ersten Gesundheitsmarkt zurückzuführen. 2019 wurden knapp 3,4 Millionen ergotherapeutische Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten abgerechnet was eine Steigerung von 8,9% zum Vorjahr bedeutet (Waltersbacher, 2020). Für eine ergotherapeutische Behandlung setzt die Heilmittel-Richtlinie Teil B §3 Satz 1 eine ärztliche Verordnung voraus. Die Kosten für die Behandlungen werden nicht von der Klientel vor Ort bezahlt, sondern von der jeweiligen Krankenversicherung der Versicherten. Man spricht dabei auch von einem “Third-Party-Payer-System”, aus welchem sich Beziehungen zwischen

- der Krankenversicherungen und der ergotherapeutischen Praxis,
- der ergotherapeutischen Praxis und der Klientel und
- der Klientel und der Krankenversicherung

ableiten lassen (Matusiewicz, 2019).

Die verschiedenen Beziehungen führen zu unterschiedlichen Märkten, in denen die Akteure miteinander in Wettbewerb treten.

Der Leistungsmarkt

Der Leistungsmarkt umschreibt den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern. In der Ergotherapie bestehen sogenannte Versorgungsverträge (Selektivverträge), die zwischen den Krankenkassen und den Interessensvertretern der Heilmittelerbringer nach § 125 des Sozialgesetzbuch V (SGB V) geschlossen werden. Diese sind für alle ergotherapeutische Praxen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen, verpflichtend. Versorgungsverträge haben das Ziel der besseren Versorgung der Klientel, wodurch Marketing hier nur eine nebensächliche Rolle spielt (Matusiewicz, 2019).

Der Behandlungsmarkt

Der Behandlungsmarkt entsteht durch die Beziehung zwischen den Leistungserbringern und der Klientel. Die Leistungserbringer konkurrieren dabei untereinander sowie miteinander (Matusiewicz, 2019). Praxis A ist beispielsweise auf den Fachbereich Pädiatrie spezialisiert und Praxis B arbeitet hauptsächlich mit Klientel im Erwachsenenalter. Auch die Serviceangebote der Praxen variieren. Praxis A vereinbart nur telefonisch Termine und hat Öffnungszeiten von 9-17 Uhr. Praxis B bietet zusätzlich einen Online-Termin-Service an und Öffnungszeiten von 7:30 – 20:00 Uhr. Der Ruf der Therapeut_innen beziehungsweise der Einrichtung spielt im Behandlungsmarkt eine wesentliche Rolle. Bezieht man es auf Onlinemedien spricht man hier von viralem Marketing (Matusiewicz, 2019). Im Gesundheitswesen können sich Interessierte zum Beispiel auf Bewertungsportalen einen Überblick über verschiedene Qualitätskriterien zu Einrichtungen oder Leistungserbringer verschaffen. Ein Bewertungsportal für Heilmittelpraxen ist derzeit nicht bekannt. Besitzt eine ergotherapeutische Praxis einen Google Account haben Klient_innen jedoch die Möglichkeit diese über Google Rezensionen online zu bewerten.

Der Versicherungsmarkt

Der Versicherungsmarkt beruht auf der Beziehung zwischen der Klientel und den Krankenversicherungen. Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen lag 2021 bei 103 Krankenkassen, bei welchen 90% der Bevölkerung in Deutschland versichert sind (GKV-Spitzenverband, 2021). Im Fokus steht hierbei der Preiswettbewerb über den Zusatzbeitrag und den sogenannten Satzungsleistungen (Matusiewicz, 2019). Bei den privaten

Krankenversicherungen ist sowohl der Beitrag in Verbindung mit den dafür gebotenen Leistungen Inhalt des Wettbewerbs.

Der zweite Gesundheitsmarkt

“Sämtliche Leistungen und Güter, die nicht von den gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen übernommen oder staatlich finanziert werden und gesundheitsrelevant sind, gehören dem zweiten Gesundheitsmarkt an.” (Niermann & Burghardt, 2016, S. 2).

Der zweite Gesundheitsmarkt umfasst die sogenannten “Selbstzahlerleistungen”, die von der Klientel in Anspruch genommen werden können. Auf Basis der Heilmittel-Richtlinie §3 Absatz 1 dürfen Ergotherapeut_innen in Deutschland ergotherapeutische Heilbehandlung nur auf Basis einer ärztlichen Verordnung erbringen. Dennoch haben Praxen die Möglichkeit Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen anzubieten. Hierunter fallen zum Beispiel die Linkshändigkeitsberatung oder Präventionsangebote gemäß §20 SGB V (Deutscher Verband Ergotherapie e.V., 2021). Die Leistungen innerhalb des zweiten Gesundheitsmarktes unterliegen, im Gegensatz zu den Heilbehandlungen im ersten Gesundheitsmarkt, der Umsatzsteuerpflicht (Deutscher Verband Ergotherapie e.V., 2021).

Der zweite Gesundheitsmarkt gewinnt immer mehr an Bedeutung, was sich an den jährlichen Ausgaben für diesen Markt beobachten lässt. 2019 wurden pro Bürger_in in Deutschland im Durchschnitt 104€ im Jahr privat für die Erhaltung der Gesundheit ausgegeben (Arzt & Wirtschaft Online, 2021). Der Grund dafür sind einerseits das höhere Gesundheitsbewusstsein sowie die Entwicklung hin zu einem gesunden Lebensstil innerhalb der Bevölkerung (Frank, 2009; Zakrzewski, o.D).

Somit gewinnt der zweite Gesundheitsmarkt auch für Heilmittelerbringende zunehmend an Wert. Im zweiten Gesundheitsmarkt entwickelt sich der Klientel zum Kunden/zur Kundin mit dem Ziel Gesundheit zu konsumieren (Frank, 2009). Die Angebote in den Praxen sollten sich demnach Kundenorientiert nach den Bedarfen, Wünschen und Bedürfnissen dieser ausrichten. Die Zahl der existierenden ergotherapeutischen Praxen ist steigend (Waltersbacher, 2020), wodurch sich vermuten lässt, dass hier auch die Konkurrenz unter den Praxen im Wettbewerb zunimmt.

Für die Ergotherapie ist es in diesem Markt eine besondere Aufgabe ihre Kernaufgaben zu definieren, um sich auch klar von anderen Anbietern am Markt abzugrenzen (Marksteiner-

Fuchs, 2010). Für Kund_innen muss verständlich sein was zum Beispiel der Mehrwert der ergotherapeutisch-präventiv Dienstleistung für sie ist im Gegensatz zu einer physiotherapeutisch-präventiv Dienstleistung, damit sie diese auch in Anspruch nehmen.

Der dritte Gesundheitsmarkt

Der erste Gesundheitsmarkt, mit den Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, sowie der zweiten Gesundheitsmarkt, mit den privat finanzierten Gesundheitsleistungen, wird nun noch um den dritten Gesundheitsmarkt erweitert (Matusiewicz & Kusch, 2019).

Der dritte Gesundheitsmarkt bildet sich aus der sogenannten “Share Economy”, was wörtlich übersetzt “Wirtschaft des Teilens” heißt. Gesundheit wird hier vermehrt nach dem Peer-to-Peer Prinzip von der Klientel selbst organisiert und in die Hand genommen wobei nicht mehr eindeutig ist was privatwirtschaftlich oder gemeinnützig ist sowie ob es sich um Verbraucherinitiativen oder um ein Businessmodelle handelt (Zukunftsinstitut GmbH, 2015).

Da im dritten Gesundheitsmarkt Selbstzahler angesprochen werden spielt dieser Markt auch für das Marketing (vgl. Kapitel 2.3.) eine wesentliche Rolle (Matusiewicz, 2019). Ergotherapeut_innen können im dritten Gesundheitsmarkt aktiv Angebote und Räume für Vernetzung der Klientel schaffen.

Durch die Entwicklung im Gesundheitswesen und der Zunahme des damit verbundenen Wettbewerbs nimmt das Thema Marketing im Gesundheitswesen eine immer größere Rolle ein worauf nachfolgend eingegangen wird.

2.3 Marketing im Gesundheitswesen

In den letzten Jahren hat die Bedeutung des Marketings im Gesundheitswesen immer mehr zugenommen. Zu Beginn wird der Begriff "Marketing" definiert um anschließend auf die unterschiedlichen Arten von Marketing sowie auf die für die ergotherapeutische Praxen relevanten Gesetze einzugehen.

2.3.1 Definition Marketing

Für den Begriff Marketing gibt es zahlreiche Definitionen - je nach Sektor/Branche. Eine für Ergotherapie Praxen treffende Definition beschreibt Westendorf (2013, S.4). Dieser definiert Marketing wie folgt:

“Marketing ist das Vermarkten, das Werben und das Ausrichten Ihrer Praxis auf den Markt. Darüber hinaus bezeichnet man damit die Bedürfnis- und Erwartungsbefriedigung der Patienten, Ärzte und Kooperationspartner, wie Lieferanten, medizinische Gerätevertreiber, Verbände u.a.”

Im Marketing ist also nicht nur die Selbstdarstellung der Praxis und Leistung relevant, auch die Bedürfnisse und Erwartungen aller Beteiligten an die Leistungserbringer spielen dabei eine wesentliche Rolle. Je nach Angebot zählen hierzu in der Ergotherapie nicht nur der Klientel selbst, sondern auch Angehörige, Verordnende, Kostenträger, Öffentlichkeit etc. (vgl. Kapitel 2.3.3). Diese werden als Stakeholder, also als Anspruchsgruppen, bezeichnet (Matusiewicz, 2019).

Ergotherapie zählt in Deutschland zu den Heilmitteln. Die Heilbehandlung, wie sie in ergotherapeutischen Praxen abgegeben wird zählt nach § 124 SGB V als Dienstleistung. Daher wird nachfolgend nun auf die Besonderheiten des Dienstleistungsmarketing eingegangen.

2.3.2 Dienstleistungsmarketing

Der Dienstleistungssektor fand im Bereich des Marketings erst relativ spät (um die 1980er Jahre) Beachtung, was nicht zuletzt auf die Besonderheiten im Dienstleistungsmarketing sowie die unterschiedlichen Arten von Dienstleistungen zurückzuführen ist (Meffert, Bruhn, & Hadwich, 2018). Dies verdeutlicht auch nachfolgend die Begriffsbestimmung Dienstleistung welche anschließend auf ergotherapeutische Praxen dargestellt wird.

Begriffsbestimmung Dienstleistung

Zur Ableitung von Marketingimplikationen lässt sich der Dienstleistungsbegriff nach Meffert, Bruhn und Hadwich (2018) anhand folgender Merkmale definieren:

- ❖ **Potentialorientierte Definition:** Zur Verfügung stellen und/oder Einsatz von Leistungsfähigkeiten durch Menschen oder Maschinen eines Dienstleistungsanbieters
- ❖ **Prozessorientierte Definition:** Im Fokus steht der Prozesscharakter der Dienstleistung
- ❖ **Ergebnisorientierte Definition:** Die Leistung wird nicht als Prozess, sondern als Ergebnis eines Prozesses betrachtet.

Gemeinsam wird der Dienstleistungsbegriff erfasst, wenn sowohl aus der Potential-, Prozess- sowie Ergebnisorientierung jeweils ein gesondertes Merkmal in die Dienstleistungsdefinition eingehen.

Daraus ergibt sich nach Meffert, Bruhn und Hadwich (2018, S.15) folgende Definition:

“Dienstleistungen sind selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung (z.B. Versicherungsleistungen) und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten (z.B. Friseurleistungen) verbunden sind (Potentialorientierung). Interne (z.B. Geschäftsräume, Personal, Ausstattung) und externe Faktoren (also solche die nicht im Einflussbereich des Dienstleisters liegen) werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen (z.B. Kunden) und deren Objekten (z.B. Auto des Kunden) nutzenstiftende Wirkungen (z.B. Inspektion beim Auto) zu erzielen (Ergebnisorientierung).”

Betrachtet man das Ganze auf ergotherapeutische Praxen bezogen, lässt sich dies wie folgt darstellen:

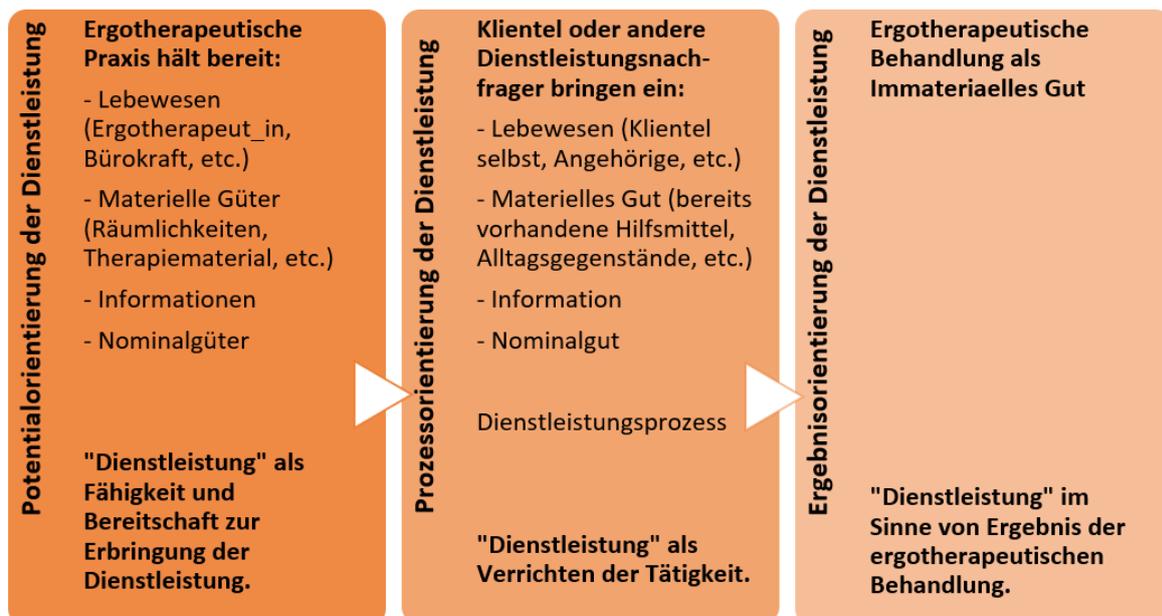


Abbildung 1: In Anlehnung an Meffert, Bruhn, & Hadwich (2018), selbst erstellte Grafik.

Abbildung 1 verdeutlicht, dass sowohl der Prozess als auch das Ergebnis der Dienstleistung von Fremdfaktoren abhängig ist, auf die der/die Dienstleistungsanbieter wenig, bis keinen, Einfluss hat. Beide sind abhängig von den Informationen, Erwartungen und Bedürfnissen der Dienstleistungsnachfrager und Mitarbeit der Dienstleistungsnutzenden.

Um als Dienstleistungsanbieter auf die Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse aller Anspruchsgruppen (Stakeholder) eingehen zu können ist es relevant diese zu definieren. Nachfolgend werden kurz auf den Stakeholder-Ansatz eingegangen und die typischen Stakeholder ergotherapeutischer Praxen dargestellt.

2.3.3 Stakeholder-Ansatz

Um die Marketingstrategien des jeweiligen Unternehmens auf die Anspruchsgruppen ausrichten zu können ist es relevant die Stakeholder zu definieren und ihre Wünsche und Bedürfnisse zu identifizieren. Dies wird auch als Stakeholder-Ansatz bezeichnet. Hierfür werden die gängigen Stakeholder ergotherapeutischer Praxen genannt, wobei sich an den klassischen Stakeholdern im Gesundheitswesen nach Matusiewicz (2019) orientiert wurde.

Klientel

Die Klientel stehen als Leistungsempfänger im Zentrum der Marketingaktivitäten. Je nach Gesundheitsmarkt (vgl. Kapitel 2.2) können dies zum Beispiel einzelne Menschen auf Basis ärztlicher Verordnung oder marginalisierte Gruppen mit Einschränkungen in ihrer Teilhabe/Betätigung sein.

Leistungserbringende

Als weitere Leistungserbringende sind als Stakeholder ergotherapeutische Praxen zum Beispiel Ärzt_innen als Verordnende, sowie eventuell weitere im Gesundheitswesen tätige Berufsprofessionen wie Physiotherapeut_innen, Logopäd_innen, Orthopädiemechaniker_innen oder auch Pflegepersonal welche Erwartungen an die ergotherapeutische Leistung haben.

Kostenträger

Die Kostenträger sind die jeweiligen Stellen, welche die ergotherapeutischen Leistungen bezahlen. Dies ist abhängig vom Gesundheitsmarkt (vgl. Kapitel 2.2), in dem die ergotherapeutische Praxis tätig ist. Im ersten Gesundheitsmarkt sind klassischerweise die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zu nennen. Im zweiten Gesundheitsmarkt können die Kosten für die angebotenen Leistungen auch zum Beispiel über die Kommunen oder Stiftungen getragen werden. Dem dritten Gesundheitsmarkt können beispielsweise Patientenorganisationen zugeordnet werden.

Mitarbeitende

Die Mitarbeitenden der ergotherapeutischen Praxis, wie zum Beispiel angestellte Ergotherapeut_innen und Bürokräfte, stellen die jeweilige Dienstleistung mit ihren Qualifikationen und Kompetenzen zur Verfügung. Auch die Erwartungen und Bedürfnisse dieser Stakeholder sind relevant für die Marketingstrategien des Unternehmens.

Öffentlichkeit

Auch die Öffentlichkeit ist als Stakeholder zu nennen, welche eine bedeutsame Zielgruppe im Gesundheitswesen darstellt. Hierzu zählen nach Matusiewicz (2019) zum Beispiel Angehörige oder Selbsthilfegruppen als Multiplikatoren.

Um die Marketingstrategien der ergotherapeutischen Praxen auf die Interessen der jeweiligen relevanten Stakeholder auszurichten ist es wichtig diese zu analysieren und identifizieren.

Ebenso bedeutsam ist es die Gesetze für Heilmittelerbringende im Bereich des Marketings zu beachten, die nun zusammengefasst dargestellt werden.

2.3.4 Relevante Gesetze im Bereich des Marketings für Heilmittelerbringende

Ergotherapeut_innen haben die Möglichkeit für ihre Praxis zu werben. Hierbei müssen rechtliche Grundlagen beachtet werden. Heilmittelerbringende müssen dabei unter anderem die Rahmenverträge mit den Krankenkassen, das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (HWG) sowie das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) beachten (DVE, 2019, b).

Die Rahmenverträge mit den Krankenkassen

Wenn ergotherapeutische Praxen werben wollen, sind die Rahmenverträge mit den Krankenkassen von Bedeutung. In diesen ist unter §3 Absatz 3 festgesetzt, dass mit der Leistungspflicht der Krankenkassen nicht geworben werden darf (vdek & DVE, 2017).

Das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (HWG)

Das Heilmittelwerbegesetz regelt laut §1 HWG die Werbung für Arzneimittel, Medizinprodukte sowie andere Mittel, Verfahren und Behandlungen, wenn sich die Werbeaussage zum Beispiel auf die Erkennung, Beseitigung und Linderung von Krankheiten bezieht.

Für die Ergotherapie ist unter anderem §3 HWG von Relevanz. Dieses besagt, dass irreführende Werbung unzulässig ist. Man sollte zum Beispiel darauf achten Übertreibungen wie Erfolgsversprechungen zu vermeiden (DVE, 2019, b). Weiterhin ist es irreführend zu kommunizieren, dass sich der Zustand der Klientel verschlechtert, wenn er keine ergotherapeutische Behandlung in Anspruch nimmt. Auch §7 hat für ergotherapeutische Praxen eine zentrale Bedeutung. Dieser beinhaltet die Unzulässigkeit von Werbegaben in Form von Waren oder Leistungen (abgesehen Gegenstände von geringem Wert). Ebenso wichtig ist §12 HWG welcher sich darauf bezieht, dass zu Werbezwecken die Nennung bestimmter Diagnosen verboten ist. Die Liste der Diagnosen befindet sich als Anlage im Gesetz.

Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG)

Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb soll laut §1 UWG Mitbewerben vor unlauteren geschäftlichen Aktionen schützen. Dies bezieht sich ebenfalls auf die Außendarstellung hinsichtlich Werbemaßnahmen (Willkomm & Braun, 2019), sodass es auch für die Darstellung ergotherapeutischen Praxen im Internet eine Rolle spielt.

2.4 Inhaltlicher Aufbau einer Website

Zum inhaltlichen Aufbau einer Website gibt es viel Literatur (Bühler, 2019; Kesting, 2019; Lohbacher, 2017; Rohles, 2017). Da Schramm (2013) den Aufbau einer Website speziell für den Heilmittelbereich schrieb wurde sich an diesem orientiert.

Layout einer Website

Das Bibliographische Institut (2021) definiert Layout wie folgt:

“Text- und Bildgestaltung einer Seite, eines Werbemittels bzw. einer Publikation”.

Auf Websites bezogen ist das Layout also die Vorlage zur Anordnung der Bilder und Texte auf der jeweiligen Homepage.

Es gibt verschiedene Arten von Layouts zum Beispiel zentrierte oder fensterfüllende Layouts. Bei zentrierten Layouts wird dem Inhalt der Website eine gewisse Breite gegeben, in der diese angezeigt werden (Pratzner, 2021). Praktisch bedeutet dies, dass bei Nutzer_innen mit einem großen Computerbildschirm die komplette Seite angezeigt, bei Nutzer_innen mit einem Smartphone können Inhalte seitlich abgeschnitten sein. Die jeweilige Person muss dann die Internetseite seitlich bewegen, um weiter lesen zu können (Schramm, 2013).

Neben den zentrierten Layouts gibt es noch die fensterfüllenden Layouts. Diese füllen den kompletten Bildschirm und passen sich an das jeweilige Endgerät an (Schramm, 2013). Ein großer Vorteil ist hierbei, dass unabhängig der Größe des Bildschirms des Endgerätes immer der gleiche Inhalt angezeigt wird. Bei längeren Textstellen und/oder kleineren Bildschirmen wird der Textfluss länger, sodass die Nutzer_innen hier wie gewohnt nach unten scrollen (Schramm, 2013).

Inhalte einer Website

Bei der Erstellung einer Website ist es relevant sich Gedanken zu machen welche Informationen für die Zielgruppe von Relevanz sind. Nach Schramm (2013) sind folgende Inhalte für eine Praxis Website wichtig:

- **Startseite** – interessante und informative Vorstellung der Praxis
- **Team** - Vorstellung des Praxisteam mit Namen, Funktion, Lebenslauf etc.
- **Leistungsspektrum / Schwerpunkte** - Erläuterung der angebotenen Leistungen
- **Behandlungsmethoden** – objektive Darstellung von Behandlungsmöglichkeiten
- **Kontakt** - Kontaktformular sowie Telefonnummer, E-Mail-Adresse und ähnlichem
- **Anfahrt** – zum Beispiel Anfahrtsskizze, Kartenausschnitte von Google-Maps

Weiterhin müssen Websites laut Schramm (2013) folgende Inhalte zwingend erforderlich enthalten:

- **Impressum** - §5 des Telemedizingesetzes erläutert welche Angaben im Impressum veröffentlicht werden müssen
- **Datenschutzerklärung** - sobald Daten erhoben werden (zum Beispiel das Speichern der IP-Adresse) muss auf der Website ausgeführt werden in welchem Umfang und zu welchem Zweck die Erhebung und Verwendung dieser Daten stattfindet

Usability der Website

Ein wesentliches Kriterium bei der Pflege einer Website ist die Usability – ins Deutsche übersetzt die Benutzerfreundlichkeit. Benutzerfreundlich ist einer Website, wenn die Nutzer_innen so schnell wie möglich und mit wenig Aufwand an ihr Ziel kommen (OnlineMarketing.de GmbH, 2021). Hierfür kann eine einfach strukturierte Navigation, ein individueller Titel der Unterseiten sowie einfache und unkomplizierte Texte hilfreich sein. Weiterhin ist es wesentlich die Website barrierefrei zu gestalten, um allen Menschen den Zugang zu ermöglichen (Schramm, 2013).

2.5 Qualitätskriterien einer Website

Auf Grund der Vielzahl von gesundheitsbezogenen Informationen im Internet ist es relevant für Benutzende kenntlich zu machen, welche Websites gewisse Qualitätskriterien erfüllen.

Seit 2008 können sich gesundheitsbezogene Websites von der Stiftung Gesundheit in Qualität und Benutzerfreundlichkeit zertifizieren lassen. Hierbei werden anhand von circa 150 Kriterien die Websites von Gutachtern auf Inhalt in Abhängigkeit der Zielgruppe, Barrierefreiheit und vieles mehr geprüft. Von Bedeutung ist hierbei auch das “DISCERN-Verfahren”, welches an der Oxford Universität zur Bewertung von Informationen für Klient_innen entwickelt wurde (Stiftung Gesundheit, 2021).

Auf Grund der Schnellebigkeit des Internet muss das Gütesiegel der Websites regelmäßig jährlich erneuert werden. Neben zahlreichen Websites von Arztpraxen (männlich wie weiblich) wurden ebenso Website von Krankenkassen, Apotheken sowie Heilpraxen auf ihre Qualität hin untersucht. Auch Heilmittelerbringende haben die Möglichkeit ihre Praxis zertifizieren zu lassen, um das Gütesiegel zu bekommen. Die Zahl der Heilmittelpraxen, welche die Zertifizierung durchlaufen haben, ist unklar.

Zur Überprüfung des Inhalts der Websites wurde das “Discern-Instrument” entwickelt, welches über die Website <http://www.discern.de/index.htm> kostenlos abzurufen ist. Das “Discern-Instrument” wurde entwickelt um Nutzer_innen eine Möglichkeit zu bieten schriftliche Gesundheitsinformationen auf ihre Qualität hin zu überprüfen (Discern, 2005).

2.6 Was ist ein Paradigma?

Beschäftigt man sich mit der inhaltlichen Entwicklung der Ergotherapie, stößt man auf das Wort Paradigma. Im folgenden Abschnitt wird die Bedeutung, die Herkunft und der Bezug zur Ergotherapie genauer beleuchtet.

Kuhn (1970) hat als einer der ersten den Begriff Paradigma in Bezug zur Wissenschaftsentwicklung gestellt. Laut ihm steht Paradigma "einerseits für die ganze Konstellation von Meinung, Werten, Methoden usw., die von den Mitgliedern einer gegebenen Gemeinschaft geteilt werden". Andererseits bezeichnet er "... konkrete Problemlösungen ...die als Basis für die Lösung das übrige Problem der "normalen Wissenschaft" ersetzen können." Im Kern ist ein Paradigma "was den Mitgliedern einer wissenschaftlichen Gemeinschaft gemeinsam ist" (Kuhn, 1970). Er beschreibt den Verlauf von Paradigmen in Phasen. Während der Phase der "normale Wissenschaft" stellt man sich für lösbar bewerteten Problemen. Häuft sich die Anzahl der Probleme, die nicht gelöst werden können, gerät man in die Phase der "Krise". Anschließend kann eine neue Theorie zur Problemlösung eingebracht werden, wenn diese genug Anklang findet, entsteht ein neues Paradigma. "Eine neue Theorie tritt also dann zu Tage, nachdem eine normale Problemlösungstätigkeit öffentlich versagt hat" (Kuhn, 1970). Der hieraus entstehende Paradigmenwechsel kann auch als "eine radikale Veränderung bei einer Menge fest verankerter Theorien" (Hagedorn, 2009) beschrieben werden.

Kielhofner transferiert das Paradigma in den ergotherapeutischen Kontext. Er beschreibt ein vereinheitlichendes Muster des Paradigmas welches sich in Kernaussage, Sichtweisen und Werte zerlegen lässt. Somit ermöglicht es Ergotherapeut_innen ihr praktisches Handeln auf einer sehr breiten Art und Weise zu verstehen. (Kielhofner, 1997). Dies deckt sich mit der Behauptung Kuhns, der einer Auseinandersetzung mit Grundprinzipien, Regeln und Normen als wichtigste Vorbereitung für eine Mitgliedschaft in einer wissenschaftlichen Gemeinschaft sieht (1970). Folgerichtig bestimmt es den berufsspezifischen Gegenstandsbereiche und die Perspektiven des Berufs (Mentrup, 2014), da Berufsprofil und der Berufscode auf dem jeweiligen Paradigma basieren (Le Granse, et al., 2019)

Das ergotherapeutische Paradigma ist ein Berufsparadigma, welches ständiger Veränderung unterworfen ist (Le Granse et al., 2019). Neben der Orientierung an den Trends im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft (), welche sich in den letzten 100 Jahren stetig verändert (Möller, 2017), wirkt auch immer die vorherrschende Weltanschauung auf das Paradigma des Berufsstandes ein. (Hagedorn, 2009). Um diesen "Spagat zwischen den Polen der großen theoretischen Teilung zu überwinden" (Hagedorn, 2000, S. 33), ist es nötig eigene Konzepte zu erstellen. Denn durch diese Konzepte kann der Transfer in die Praxis gelingen (Kranz, 2016).

2.7 Wandel der Paradigmen in der Ergotherapie in Deutschland

In Deutschland erfolgte in den letzten Jahren eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Inhalten der Paradigmen (Miesen, 2004). „Einerseits bezieht sich die Ergotherapie auf „harte Wissenschaften“ mit reduktionistischer Grundlage – wie etwas Anatomie und Physiologie, Medizin und Verhaltenspsychologie -, andererseits hat man die subjektiven Erfahrungen des Individuums stets ernst genommen und zu verstehen versucht“ (Hagedorn, 2009). Dieses Ringen lässt sich auch in den bereits bestehenden – nie einheitlichen (Hagedorn, 2009) - Paradigmen erkennen. Auch Beyermann (2001) beschreibt Probleme bei der Entwicklung eines einheitlichen Berufsbilds, dies sieht sie vor allem auf einer unterschiedlichen beruflichen Sozialisation der einzelnen Ergotherapeuten begründet. Dabei bleibt ein zentraler Aspekt bestehen: "Die Verbindung von Handlungsfähigkeit und Gesundheit" (Marotzki, 2013).

Bisher gab es in der deutschen Ergotherapie drei Paradigmen (Mentrup, 2014), diese werden im folgende kurz beschreiben. Laut Mentrup (2014) orientiert sich die Entwicklung der deutschen Ergotherapie an den angelsächsischen Ländern, allerdings ca. um 40 Jahre verzögert.

In Deutschland beginnt um 1955 das Betätigungsparadigma. Die Hauptziele bestanden in der Wiederherstellung der Funktionen von Gliedmaßen, Wiedererweckung oder Erhaltung des Arbeitswillens und Ablenkung von der Behinderung, um die Gedanken wieder in normale Bahnen zu bringen (Niedersächsisches Sozialministerium, 1951). „Der Weg der Beschäftigung war weitgehend mit dem Ziel Beschäftigung identisch“ (Beyermann, 2001). Von Anfang an war das „balancieren zwischen den drei Elemente Beschäftigung, Arbeit und Therapieren“ in der Öffentlichen Darstellung, der Abgrenzung zu andern Gesundheitsfachberufen und unterschiedlichen Arbeitsfeldern problematisch (Beyermann, 2001).

Diese Krise brachte um 1980 das mechanische Paradigma hervor (Beyermann, 2001; Kielhofner, 2009; Mentrup, 2014). Dieses Paradigma orientiert sich vor allem an einer Reduktionistische Weltansicht (Johnson & Dickie, 2019), dabei konzentriert sich die Betrachtung des Menschen im Vordergrund auf beobachtbare physikalische oder Verhaltensaspekte (Hagedorn, 2009). Kielhofner (2009) sieht in dieser Zeit den Schwerpunkt der Ergotherapie auf dem Verstehen und der Behandlung von Verletzungen des Bewegungsapparates, des neuromuskuläre Systems und die intrapsychischen Funktionen. In dieser Phase stützt sich das professionelle ergotherapeutische Handeln, auf funktionell orientierte Therapiekonzepte und stellt eine auf Funktionsfähigkeit gerichtet medizinische Perspektive in den Vordergrund. Dabei gilt die Wiederherstellung von Funktionen als Voraussetzung, um die Handlungsfähigkeit zu erhalten und primärer Ausgangspunkt ist die Diagnose (Marotzki, 2013). In dieser Zeit wird die Methodenkompetenz erweitert und verschiedene Behandlungsmethoden, wie Bobath, Affolter, SI etablieren sich (Beyermann, 2001; Christiansen & Haertl, 2019). Daraus folgt, dass die menschliche Betätigung mit ihren vielfältigen Bezügen fast unmerklich zur Randbedingung wird.“ (Marotzki, 2013, S. 53). Beyermann spricht von einer „Medizinalisierung“ des Berufs, sodass die Berufspraxis vor allem durch das Ziel der medizinischen Rehabilitation geleitet wird. Dies wird unter anderem durch die höher Stunden Anzahl an Medizinstunden (660 im Vergleich zu 300 Stunden Sozialwissenschaft) deutlich. Durch die Funktionalisierung der ergotherapeutischen Aktivität

wird für die Patienten kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Betätigung und dem zu erwartendem Effekt sichtbar, dies ist nur für die Therapeut_innen ersichtlich (Marotzki, 2013). Der_die Therapeut_in entscheidet über sinnvolle Interventionen, der Patient nimmt eine passive Rolle ein (Kielhofner, 2009).

In dieser Zeit gingen frühere Werte des Berufs wie die Einheit von Körper und Geist und Selbstbestimmung durch Betätigung verloren (Kielhofner, 2009). Dies kritisierten immer mehr Ergotherapeut_Innen und forderten eine Rückkehr zu einem "holistischen und humanistischen Blickwinkel" (Mentrup, 2014), sodass sich das zeitgenössische Paradigma ab ca. 2000 in Deutschland entwickelte. Miesen (2014) schildert eine Lücke zwischen der Theorie und Praxis in Deutschland. Sie bezieht sich dabei auf die von Kielhofner (2009) beschriebenen Kernkompetenzen. Dazu zählt der Einfluss von Betätigung auf Gesundheit und Wohlbefinden, betätigungsbasierte Praxis und Ausrichtung der Therapie auf die Betätigung. Diese bestimmen vor allem das Berufsverständnis in den angelsächsischen Ländern, in Deutschland setzte man sich erst mit dem Trend der "klientenzentrierten Berufspraxis, der Bedeutung von Betätigung für den Menschen und der aktiven Einbindung und der Befähigung von Teilhabe" auseinander. Sie zeigt auf, dass sich noch nicht alle Therapeuten in Deutschland diesem Paradigma angeschlossen haben oder es aktiv vertreten (Miesen, 2014). Trotzdem kann davon ausgegangen werden, dass ein Paradigmenwechsel stattgefunden hat und nun die menschliche Handlungsfähigkeit im Alltag im Mittelpunkt der Ergotherapie steht (Götsch, 2007). Daneben beschreibt Götsch einen Glauben an eine veränderbare Umwelt, durch welche die Partizipation begünstigt oder begrenzt werden kann. Kielhofner betont, dass die Interaktion zwischen Person, Umwelt und Betätigung sowie der daraus bestehenden Betätigungsausführung eine große Bedeutung in diesem Paradigma zugesprochen wird (Kielhofner, 2009). Die übergreifende Annahme dieses Paradigmas ist es, dass Gesundheit, Wohlbefinden und Teilhabe durch Betätigung zu erreichen ist (OTPF, 2014). Die Betätigung ist wieder in den Fokus gerückt (Möller, 2017) und kann sogar als zentraler Punkt der Ergotherapie beschrieben werden (Le Grange et al., 2019). Damit ist Betätigung nicht mehr nur Ziel der Intervention, sondern auch Teil der Evaluation, Intervention und Dokumentation (Fisher, 2014). Um dieses Vorgehen zu vereinheitlichen und die theoretischen Kenntnisse zu beschreiben, sind verschiedene ergotherapeutische Modelle entstanden, die sich damit befassen, wie Personen Betätigungen in ihrer Umwelt ausführen (Hagedorn, 2009, b). "Zusätzlich bieten sie einen strukturierten Rahmen für die Reasoning-Prozesse". (Hagedorn, 2009, b).

Auch die Beziehung zwischen Therapeut_in und der Klientel hat sich verändert. Sie ist durch einen klientenzentrierten Ansatz geprägt in welcher der Klientel eine aktive Rolle einnimmt, indem er Entscheidungen trifft und seine Expertise einbringt (Kielhofner, 2009). Es besteht eine kooperative Beziehung zwischen Therapeut_in und der Klientel, in welcher der_die Therapeut_in seine Erfahrungen und Wissen einbringt und damit der Klientel befähigt die gewünschten Ziele zu erreichen (Hagedorn, 2009, b). Passend dazu beinhaltet das "Kompetenzprofil Ergotherapie" (DVE, 2019, b) die Kompetenzen "Kommunikation" und "Fürsprache", welche der Therapeut für eine klientenzentrierte Haltung benötigt. Damit die kognitiven Prozesse der Therapeut_innen deutlich werden, kann das professionelle Reasoning zum Einsatz kommen (Hagedorn, 2009, b)

Kapitel 3: Systematische Literaturrecherche

Anschließend an den theoretischen Hintergrund wird nun das Vorgehen bei der systematischen Literaturrecherche beschrieben. Ziel dieser Recherche ist es aktuelle wissenschaftliche Artikel und relevante Literatur durch eine zielgerichtete Recherche zu generieren (Döring & Bortz, 2016)

Um bestehende Literatur möglichst umfangreich zu erfassen, wurde zunächst eine Recherche in verschiedenen Onlinedatenbanken gewählt (Berger-Grabner, 2016), zu einem späteren Zeitpunkt fand eine Handrecherche in der Medau-Schule für Ergotherapie in Coburg sowie in der Praxis Ergotherapie Priesendorf statt.

Die Vorgehensweise orientierte sich hauptsächlich an dem Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken "RefHunter" (Nordhausen & Hirt, 2020). Zu Beginn wurde ein sensitives Rechercheprinzip festgelegt, um ein möglichst umfassendes Ergebnis zu erzielen und keine Publikation zu übersehen (Nordhausen & Hirt, 2020). Weiterführend wurden die Suchkomponenten bestimmt, dafür wurde das PICO-Format benutzt, um folgende Fragestellung zu formulieren:

In welchem Paradigma stellen sich Ergotherapeutische Praxen auf ihren Websites in Deutschland dar?

Dabei wurde die Komponente C (Control) weggelassen, um die Suche offener zu gestalten (Nordhausen & Hirt, 2020). Als zu durchsuchende Datenbanken wurden PubMed, OTSeeker, Cochrane, Google Scholar und DiZ genutzt, letztere bietet einen Zugriff auf kostenpflichtiges Journal. Darauf folgend wurden Stichworte, wie Paradigma, Ergotherapie und passende Synonyme identifiziert, welche dem Anhang 1 zu entnehmen sind. Es folgte die Entwicklung von Suchstrings, wofür insbesondere der Operator AND genutzt wurden. Darauf folgend wurde die Recherche durchgeführt. Anschließend wurde aufgrund von Titel und Abstract eine Einteilung in für unser Arbeit relevante und nicht relevante Artikel vorgenommen (Döring & Bortz, 2016). Es blieben nur wenige relevante wissenschaftlich zu bewertenden Quellen übrig, sodass eine Einteilung der Evidenz nach Tomlin und Borgetto (2011) nur bei wenigen Artikeln vorgenommen werden konnte. Ein Beispiel für die systematische Literaturrecherche ist in Tabelle 1 abgebildet.

Durch die Literaturverzeichnisse von relevanten Artikeln, konnten weitere Literaturquellen gefunden werden, welche in Bibliotheken beschafft werden konnten oder gekauft wurden.

Suchdatum: 06.03.2021

Datenbank	Suchbegriffe und Operatoren	Anzahl	Bemerkung	Relevanz	Evidenz nach Tomlin und Borgetto (2011)
Google Scholar	Ergotherapie and Professionalisierung	1740			
	"Ergotherapie" and "Professionalisierung"	1190			
	"Ergotherapie" and "Professionalisierung" 2000-2021 Seiten auf deutsch	933			
	"Ergotherapie" and "professionelles Handeln" 2000-2021 Seiten auf deutsch	220			
	"Ergotherapie" and "professionelles Handeln" and "Deutschland" 2000-2021 Seiten auf deutsch	191			
	"Ergotherapie" and "professionelles Arbeiten" 2000-2021 Seiten auf deutsch	18	Marotzki, U. (2013). Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung: eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag	ja	Evidenzlevel 2 Qualitative research (grounded theory)
	"Ergotherapie" und "Professionalisierungstheorie" 2000-2021 Seiten auf deutsch	10	Professionalisierung und Klientenzentrierung - zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken DOI: 10.1055/s-2006-927107	ja	Evidenzlevel 1 Descriptive research (literature review)

Tabelle 1: Beispiel der systematischen Literaturrecherche

Kapitel 4: Methodisches Vorgehen

Nach der systematischen Literaturrecherche zeigte sich, dass es derzeit wenig nationale Literatur bezüglich der Onlinedarstellung ergotherapeutischer Praxen in Deutschland gibt. Die Forderung, die Gesellschaft über die Ergotherapie aufzuklären und somit Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, besteht jedoch (DVE, 2020; WFOT, 2016). Auf Basis dessen wurde die Forschungsfrage, die im Kapitel 4.1 beschrieben wird, entwickelt.

4.1 Zielsetzung und Forschungsfrage

Auf Basis des bestehenden Forschungsstandes und der vorliegenden Theorien wurde folgende zentrale Forschungsfrage formuliert:

Welche Merkmale des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas nutzen ergotherapeutische Praxen, die im DVE gelistet sind, auf ihrer Website, um ihre Praxis im Internet darzustellen?

Zur Untersuchung der zentralen Forschungsfragen wurden anschließend drei Leitfragen entwickelt:

1. Welche Merkmale sind für das zeitgenössische und das mechanistische Paradigma anhand der Literatur charakteristisch?
2. Welche Charakteristika des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas werden auf der jeweiligen Website der ergotherapeutischen Praxen dargestellt?
3. Welches Paradigma zeichnet sich auf den Websites ergotherapeutischer Praxen vermehrt ab?

Die Ergebnisse der Bachelorarbeit sollen dazu beitragen die bestehende Forschungslücke bezüglich der Onlinedarstellung ergotherapeutischen Praxen in Deutschland zu verringern und die Bildung neuer Hypothesen und Theorien voranzutreiben.

Im weiteren Kapitel werden nun das methodische Vorgehen und die Methode beschrieben, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage durchgeführt wurden.

4.2 Forschungsansatz und -design

Bei der Wahl des Forschungsdesigns wurde sich an den neun Klassifikationskriterien für Untersuchungsdesigns nach Montero und León (2007, in Döring & Bortz, 2016) orientiert.

In der vorliegenden Untersuchung wurde ein qualitativer, inhaltsanalytischer Forschungsansatz gewählt, mit dem Ziel die offen gestellte Forschungsfrage zu beantworten und dabei neue Hypothesen und Theorien zu bilden (Döring & Bortz, 2016). Weiterführend liegt diesem ein systematisches, regelgeleitetes und theoriegeleitetes analysieren von vorhandenem Text- und Bildmaterial zu Grunde (Ritschl & Stamm, 2016). Als grundlagenwissenschaftliche, empirische Studie dient die Arbeit dem wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt (Döring & Bortz, 2016) bezüglich der derzeitigen Onlinedarstellung ergotherapeutischer Praxen auf ihren Websites. Innerhalb der empirischen Sozialforschung verfolgt die explorative Untersuchung der Erforschung von weitgehend unbekanntem Phänomenen und Zusammenhänge, um Hypothesen zu generieren (Berger-Grabner, 2016). In Anbetracht der vorhandenen Forschungslücke bei der Darstellung von Ergotherapie im Internet und der Wichtigkeit dieses Themas, zum Beispiel im Zuge der Professionalisierung (vgl. Kapitel 1), ist es relevant die Öffentlichkeitsarbeit von ergotherapeutischen Praxen im Internet vermehrt in den Fokus der Forschung zu rücken. In einer explorativen Studie wurde auf Basis offener Forschungsfragen Daten über die Merkmale der Paradigmen auf den Websites ergotherapeutischer Praxen gesammelt (Döring & Bortz, 2016). Die empirische Studie wurde als Primäranalyse angelegt, das heißt die Stichprobe sowie die Datenerhebungsmethode wurde von den Forschenden selbst festgesetzt mit dem Vorteil diese auf die vorliegende Forschungsfrage spezifisch anpassen zu können (Döring & Bortz, 2016). Im Zuge einer nicht-experimentellen Querschnittsstudie wurde eine einfache Zufallsstichprobe durchgeführt. Bei dieser wurde die Population "Websites ergotherapeutische Praxen in Deutschland" definiert. Die teilnehmenden Websites wurden über die Rubrik "Praxensuche" des DVE gewonnen. Unter dieser Kategorie können sich alle Inhaber_innen ergotherapeutischer Praxen in Deutschland, welche Mitglieder im DVE sind, eintragen lassen. Das Praxisverzeichnis des DVE wurde gewählt, da eine Suche ergeben hat, dass es derzeit kein Verzeichnis aller ergotherapeutischen Praxen in Deutschland gibt. Benutzt man die Suchmaschine "Google" mit den Schlagworten "ergotherapeutische Praxen in Deutschland" erreicht man circa 7.960.000 Suchergebnisse. Auch auf der Internetseite des "Bundesverband für Ergotherapie in Deutschland e.V." (BED) gibt es ein "Therapeutenverzeichnis" in welches sich Praxen, welche Mitglied im BED sind, eintragen lassen können. Am 04.07.2021 waren in diesem circa 300 ergotherapeutische Praxen gelistet. Auf Grund der größeren Datenbank am 04.07.2021 wurde sich für das Praxisverzeichnis des DVE entschieden.

Im Praxisverzeichnis des DVE waren am 04.07.2021 5000 ergotherapeutische Praxen in Deutschland auf 343 Seiten gelistet. Die Auswahl welche Websites untersucht werden erfolgt anschließend anhand von am Computer generierten Zufallszahlen (Ritschl & Stamm, 2016). Hierfür wurde mit Hilfe des Zufallsgenerators von Google Zahlen zwischen 1 und einschließlich 5000 festgelegt. Die jeweiligen Zahlen bestimmten den Listenplatz der Website, welche in die Untersuchung mit aufgenommen wurden. Anschließend wurden die Seitenzahl des Praxisverzeichnis sowie der Platz auf der Seite (jede Seite enthält 15 Websites) errechnet,

um die jeweilige zufällig generierte Website zu identifizieren. Die Stichprobengröße umfasste zehn Websites.

Anschließend wurden die Daten der Websites in einem Messzeitraum vom 23.08.2021 bis 12.09.2021 unter unveränderten Bedingungen (Feldstudie) erhoben und untersucht (Döring & Bortz, 2016).

Weiterführend wird nun auf forschungs- und wissenschaftsethische Aspekte eingegangen.

4.3 Forschungs- und wissenschaftsethische Aspekte

Durch gesellschaftliche Veränderungen zum Beispiel hinsichtlich Globalisierung und Technologisierung, nimmt in der Forschung das ethische Handeln eine immer größere Rolle ein (Döring & Bortz, 2016, b). Im folgenden Abschnitt werden die entsprechenden Vorkehrungen bezüglich forschungs- und wissenschaftsethischer Aspekte erläutert, welche vor und während der Untersuchung Beachtung fanden.

Der Datenschutz von Teilnehmenden in der Forschung ist wesentlich (Weigl, 2016). Bei der vorliegenden Studie wurden Daten in Form von Online-Dokumenten (Websites) erhoben und analysiert. Um eine Rückverfolgung auf die ausgewählten Praxen zu vermeiden, wurde die Stichprobe mit Hilfe von computergenerierten Zufallszahlen ausgewählt. Websites ergotherapeutischer Praxen sind in der Regel beispielsweise durch den jeweiligen Praxisnamen personalisiert. Die personalisierten Daten waren nur für die beiden Forschenden sowie der Betreuerin zugänglich. Um die Praxen zu schützen, wurden die praxisbezogenen Daten im Zuge der Datenaufbereitung in Form einer numerischen Aufzählung (W1, W2, W3, etc.) anonymisiert (Döring & Bortz, 2016, b). Um auch von Textbausteinen keine Rückschlüsse auf die jeweiligen Praxen ziehen zu können, befindet sich im Anhang kein Rohmaterial.

Typischerweise werden die Forschungsteilnehmenden über die Untersuchung informiert und die Teilnahme beruht auf Freiwilligkeit sowie nach erfolgter, bestenfalls schriftlicher, Einwilligung (Döring & Bortz, 2016). Unter gewissen Voraussetzungen kann auf die vorherige Aufklärung sowie die ausdrückliche, informierte Einwilligung verzichtet werden. Dies ist zum Beispiel bei der non-reaktiven Methode, eine Datenerhebung, in der sich kein unmittelbarer Kontakt zwischen den Forschenden und den Untersuchenden ereignet (Döring & Bortz, 2016). Auf Grund der durchgeführten Feldforschung im öffentlich zugänglichen Raum (Internet) ohne Kontakt zu den Praxisinhabenden der teilnehmenden Websites fand die Untersuchung ohne Information und Einwilligung der Praxisinhabenden statt. Neben den öffentlich zugänglichen Textmaterial wurden keine weiteren Daten erhoben.

4.4 Methode

Als Methode zur Analyse und Interpretation der ausgewählten Websites wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt mit dem Ziel die fixierte Kommunikation in Textform auf den Websites auf Merkmale des zeitgenössischen sowie mechanistischen Paradigma zu untersuchen.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ist ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen wichtig (Mayring, 2015). Um dies zu gewährleisten, wurde mit dem Fokus auf die zentrale Forschungsfrage ein konkretes Ablaufmodell der Analyse festgelegt. Dabei wurde sich an der deduktive Kategorienanwendung orientiert und das Ablaufmodell der inhaltlichen Strukturierung (Mayring, 2015) auf die vorliegende Untersuchung angepasst (vgl. Abbildung 2).

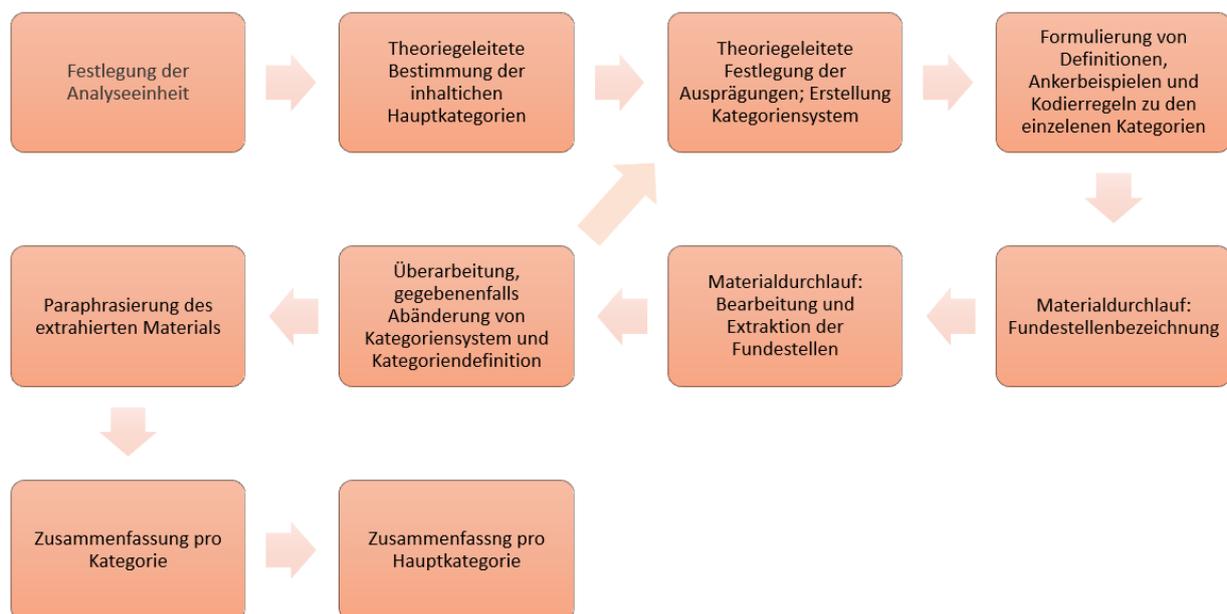


Abbildung 2: In Anlehnung an Mayring (2015); selbst erstellte Grafik

Um die vorliegende Untersuchung nachvollziehbar darzulegen, dient das Ablaufmodell der weiteren Strukturierung des kommenden Abschnittes.

4.4.1 Festlegung der Analyseeinheit

Zu Beginn der Untersuchung wurde die Analyseeinheit festgelegt. In der qualitativen Forschung versteht man unter der Analyseeinheit Textsegmente aus dem vorliegenden Material (Döring & Bortz, 2016, c). In der Untersuchung wurde als kleinste Einheit mindestens ein “Wort mit definierter lexikalischer Bedeutung [...]” (Mayring, 2015, S.40) gewählt. Um den Sinngehalt des Wortes zu erfassen, wurde dieses immer im Zusammenhang des Textes betrachtet. Als Kontexteinheit, dem größten Textbestandteil, wurde ein Absatz mit Sätzen, die in einem Zusammenhang stehen, bestimmt.

4.4.2 Theoriegeleitete Bestimmung der inhaltlichen Hauptkategorien

Anschließend an die Festlegung der Analyseeinheit wurden die inhaltlichen Hauptkategorien bestimmt. Unter Beachtung der vorliegenden Literatur (vgl. Kapitel 2) wurden die Merkmale des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas in Hauptkategorien eingeteilt. Hierbei wurde sich vor allem an Literatur von Kielhofner (2002, 2009), Möller (2017), Mentrup (2013) und Marotzki (2013) orientiert. Wie im theoretischen Hintergrund bereits geschildert wird hat Kielhofner das Paradigma im ergotherapeutischen Sinn als einer der ersten geprägt, weshalb die Forschenden seinem Werk einen hohen Stellenwert zukommen ließen (vgl. Kapitel 2.6 und 2.7). Die anderen genannten Autor_innen haben einen großen Beitrag dazu geleistet, den Begriff Paradigma in den deutschsprachigen Raum zu etablieren.

Die Bestimmung der Hauptkategorien erfolgte um anschließend, im nächsten Schritt, das hierarchisch aufgebaute Kategoriensystem zu erstellen.

4.4.3 Theoriegeleitete Festlegung der Ausprägungen, Erstellung des Kategoriensystems

Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse steht die Konstruktion des Kategoriensystems (Berger-Grabner, 2016). Das Kategoriensystem wurde in einem deduktiven Vorgehen, also auf Basis der vorhandenen Literatur zum Thema Paradigmen, erstellt (vgl. Kapitel 2). Hierfür wurden für die im vorherigen Schritt bestimmten Hauptkategorien Subkategorien gebildet (vgl. Anhang 2). Dies fanden auf Basis des theoretischen Vorwissens sowie vorhandenen Literatur statt.

4.4.4 Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien

Um eine genaue Zuordnung des Textmaterials der Websites zu ermöglichen, wurde im Kategoriensystem einzelne Kategorien definiert, mit Ankerbeispielen belegt und Kodierregeln für die jeweilige Kategorie formuliert (Mayring, 2016). Die Definitionen der Kategorien erfolgte auf Basis weiterer Literatur. Es wurde bevorzugt deutsche Literatur verwendet, da die

Untersuchung sich auf Websites ergotherapeutischer Praxen in Deutschland begrenzt ist. Bei Bedarf wurde die verwendete Literatur durch internationale Literatur erweitert.

Zur Formulierung der Ankerbeispiele wurde ein Teil des vorhandenen Materials in einem ersten ausschnittweisen Durchgang gesichtet und die jeweiligen Ankerbeispiele zu den Kategorien zugeordnet. Ergänzend dazu wurden weitere Websites, die nicht Bestandteil der Untersuchung sind, gesichtet, um das Kategoriensystem zu vervollständigen.

Die anschließend formulierten Kodierregeln dienten der genauen Abgrenzung zwischen den Kategorien (Mayring, 2016). Diese wurden in einem Kodierleitfaden gesammelt, an den sich die Forscherinnen in den nachfolgenden Schritten kontinuierlich orientiert haben. Ein Auszug aus dem Kodierleitfaden ist in Tabelle 2 dargestellt sowie im Anhang 3 einzusehen.

Kodierleitfaden

Subkategorien	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K1.1.1. Betätigungsorientiertes Assessment	Assessments, die im Kontext der Betätigungsfrage erfolgen und klare Aussagen erlauben. Es wird unter Berücksichtigung des Einflusses der physischen und sozialen Umwelt durchgeführt, wodurch man auch an Informationen über die Merkmale der Umwelt, welche die Ausführung von Betätigungen unterstützen oder behindern gelangt (le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019).	COPM COPM ^{a-kids} COSA OPHI-II AMPS School-AMPS ESI	Mindestens ein betätigungsorientiertes Assessment wird genannt
K1.1.2. Betätigungsanalyse	„Analyse der Betätigungen eines Individuums in seinem jeweiligen Kontext mit dem Ziel, Einblicke in sein Betätigen, die stimulierenden und hemmenden Faktoren und deren mögliche Ursachen zu gewinnen. Die Analyse der Betätigung weist Parallelen zur Aktivitätsanalyse auf, wobei ein wichtiger Unterschied darin besteht, dass in einer Betätigungsanalyse die einzelne Aktivität einer bestimmten Person mit ihrer spezifischen subjektiven und kontextuellen Dimension analysiert wird.“ (le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 615)	[...], schildern die Klienten möglichst genau die Abläufe, machen es vor oder filmen sich dabei. [...] eine detaillierte Tätigkeitsanalyse [...]	Es werden nur die Analysen beachtet, die klar auf die Betätigung abzielen.
K1.1.3. Betätigungsorientierte Behandlungsverfahren	Behandlungsverfahren bei denen eine Verbesserung der Betätigungsperformanz im Mittelpunkt steht	CO-OP; Entwickeln von Lösungsstrategien und/oder Kompensationen; Umweltanpassungen; Beratung;	Mindestens ein betätigungsorientiertes Behandlungsverfahren wird genannt

Tabelle 2: Auszug aus dem Kodierleitfaden

4.4.5 Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung

Durch den ersten ausschnittswisen Durchgang des Materials wird geprüft ob die Kategorien greifen sowie ob eine deutliche Zuordnung durch die Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln ermöglicht wird (Mayring, 2016).

Im nächsten Schritt folgt die Erläuterung des Materialdurchlaufs.

4.4.6 Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen

Zunächst wurden alle Seiten von zwei Websites per Screenshot festgehalten und durchnummeriert. Anschließend wurden das Material auf Textstellen überprüft in denen inhaltlich eine der Subkategorie erwähnt wird (Mayring, 2016). Am Rand der Fundstelle wurde die Kategoriennummer der Subkategorien notiert. Ein Auszug aus einem Beispiel der Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen ist in Abbildung 3, sowie das komplette Beispiel im Anhang 4 einzusehen. Abschließend wurden alle gekennzeichneten Stellen zu den jeweiligen Kategorien herausgeschrieben.

Die Ergotherapie behandelt:

Pädiatrie *K 2.10.1*

Ergotherapie ist bei allen Kindern und Jugendlichen indiziert, deren Entwicklung zu selbständigen, handlungsfähigen Erwachsenen eingeschränkt bzw. behindert ist, z.B. durch:

K 2.10.1 Störungen des Bewegungsablaufs infolge hirnganischer
K 2.4.1 Schädigungen (spastische Lähmungen, Anfallsleiden etc.)
K 2.3.1 Störungen der sensomotorischen Entwicklung und der damit verbundenen Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse
K 2.10.1 Störungen der
K 2.4.1 Wahrnehmungsfähigkeit und -verarbeitung (sensorischen Integrationsstörungen)
K 2.3.1 Ausfallerscheinungen bzw. Verzögerungen in der Sozialentwicklung, der Beziehungsbildung und Kommunikationsfähigkeit psychische Erkrankungen, z.B. Verhaltensstörungen, Sinnesbehinderungen, z.B. Taubheit, Blindheit.

K 2.3.1 Der tatsächliche Entwicklungsstand des Kindes / Jugendlichen ist die Grundlage aller Maßnahmen. Die anzuwendenden Behandlungsverfahren beruhen auf neurologisch-anatomischen, anatomisch-funktionellen, psychosozialen, entwicklungspsychologisch und lerntheoretisch orientierten Grundsätzen und Kenntnissen. *K 2.4.1*
K 2.3.1

K 2.1.4 In der Anwendung der ergotherapeutischen Verfahren stehen immer die basalen sensomotorischen Funktionen im Zentrum. Diese bilden die Grundlage für die weitere, darauf aufbauende kognitive Entwicklung.

Behandelt wird, je nach *K 2.4.4* Störungsbild, *K 2.1.4* Entwicklungsstand und *K 2.3.1* sozialem Umfeld nach verschiedenen Behandlungskonzepten bzw. -ansätzen.

K 2.1.2 Behandlungsziele sind unter anderem: Verbesserung der Bewegungsabläufe, der Tonusregulation und der Koordination. Verbesserung der Sinneswahrnehmung und der Wahr-

Abbildung 3: Auszug aus einem Beispiel der Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen

4.4.7 Abänderung von Kategoriensystem und Kategoriendefinition

Nach dem ersten Materialdurchlauf wurde das Kategoriensystem in gemeinsamer Diskussion noch einmal überarbeitet. Es zeigte sich, dass manche Subkategorien noch klarer voneinander abgegrenzt werden müssen sowie andere Subkategorien zusammengefasst werden können. Ein Überblick über Haupt- und Subkategorien ist der Tabelle 3 zu entnehmen,

Nach der Überarbeitung des Kategoriensystems startete der Hauptmaterialdurchlauf, bei dem alle Seiten der zehn Websites auf Fundstellen hin untersucht wurden. Der Ablauf des Hauptmaterialdurchlaufs erfolgte wie im vorherigen Schritt beschrieben (vgl. Kapitel 4.4.6.). Nach der Durchführung der Analyse wurde die Durchführung sowie die Ergebnisse unter den beiden Forschenden diskutiert.

Übersicht Kategorien zeitgenössisches Paradigma		Übersicht Kategorien mechanistisches Paradigma	
K1.1	Betätigungsorientierte Vorgehensweise betätigungsorientierte Assessments Betätigungsanalyse betätigungsorientierte Behandlungsverfahren Betätigungsrollen Bedeutungsvolle und zielgerichtete Betätigungen	2.1	Funktionsorientierte Vorgehensweise - Funktionsorientierte Assessments - Ziele auf Funktions- und Strukturebene mit dem Fokus auf Wiederherstellung von Funktionen - Funktionelle Befunderhebung - Funktionell-orientierte ergotherapeutische Konzepte - Spezialisierung der Therapeutin nach ausgewählten Störungsbildern
K1.2	Bezugsrahmen - Psychosozialbasierter Bezugsrahmen - Wahrnehmungs- und bewegungsbasierter Bezugsrahmen - Adaptionbasierter Bezugsrahmen	K2.2	Betätigung - Aktivitäten zur Verbesserung der Ausführung von Funktionen - Übung/Training - Spiel - Handwerk - Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens - Hilfsmittelversorgung - Elternarbeit/Angehörigenberatung - Umfeldberatung
K1.3	(Sicht auf) Gesundheit - Bio-psychosoziales Modell - ICF - Wohlbefinden - Lebensqualität - Betätigungszufriedenheit - Recht auf Betätigung	K2.3	Bezugsrahmen - Wahrnehmungs- und bewegungsbasierter Bezugsrahmen - Psychosozialer Bezugsrahmen - Adaptionbasierter Bezugsrahmen
K1.4	Gesundheitsmarkt - Erster Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie - Zweiter Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie - Dritter Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie	K2.4	Gesundheit - Biomedizinische Perspektive - Sicht auf Teilhabe - Patient - Verlust von Funktionen oder Krankheit als Grundlage für Behandlung
K1.5	Klientenzentriertes Arbeiten - Klientenzentrierte Versorgung - Aktive Klientel - Klientensystem	K2.5	Gesundheitsmarkt - Ergotherapie im ersten Gesundheitsmarkt - Ergotherapie im zweiten Gesundheitsmarkt
K1.6	Technologiebasiertes Arbeiten - Alltagsapps - Robotik - Tele-/Videotherapie - Videoanalyse	K2.6	Handlungsfelder - Selbstversorgung - Produktivität - Freizeit
K1.7	Modellbasiertes Arbeiten - Ergotherapeutische Praxismodelle - Ergotherapeutische Inhaltsmodelle - Fähigkeiten von Ergotherapeut_Innen	K2.7	Qualitätsmanagement - Zertifizierung Iso - Standards
K1.8	(Fokus auf) Partizipation/Teilhabe - Partizipation/Teilhabe - Inklusion	K2.8	Reasoning - Klinisches Reasoning
K1.9	Qualitätsentwicklung - Qualitätsmanagementsystem - Qualitätsmaßnahmen	K2.9	Umwelt/Kontextfaktoren - Kulturell - Sozial - Physikalisch
K1.10	Reasoning - Professional Reasoning	K2.10	Bezugswissenschaften - Medizin als Bezugswissenschaft
K1.11	Umsetzung Evidenz basierte Praxis - Interne Evidenz - Externe Evidenz - Expertise der Klient_Innen		
K1.12	Umwelt / Kontext - Soziale Aspekte der Umwelt - Physische Aspekte der Umwelt - Kultureller Kontext		

Tabelle 3: Überblick über alle Merkmale / Kategorien aus dem Kategoriensystem

4.4.8 Paraphrasierung des extrahierten Materials

Schließlich erfolgte die Paraphrasierung des Materials wobei die Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) Anwendung fanden. Die Paraphrasierung des extrahierten Materials fand mit Hilfe einer selbst erstellten Tabelle im Computerprogramm Microsoft Excel statt. Zu Beginn wurden nicht inhaltstragendes Textbestandteile gestrichen, alle verbliebenen Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene und in grammatikalische Kurzform transformiert. Anschließend erfolgte die Generalisierung auf das Abstraktionsniveau sowie die erste Reduktion (Mayring, 2016). Es wurden alle Paraphrasen, die unter dem festgelegten Abstraktionsniveau liegen verallgemeinert, Paraphrasen, die über dem Niveau liegen blieben unverändert. In der ersten Reduktion wurden bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheit sowie nicht inhaltstragende Paraphrasen gestrichen, inhaltstragende Paraphrasen wurden weiterhin übernommen. In der zweiten Reduktion wurden schlussendlich Paraphrasen mit gleichem Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase zusammengefasst (vgl. Tabelle 4).

Website	Seite	Kategorie	Zitat	Reduktion
7	W7.14	K1.1.1	[...] COPM bzw. COPM a-kids und das COSA zum Einsatz.	K1.1.1 Nennung derselben Assessments auf einer Website.
7	W7.19	K1.1.1	COPM	
7	W7.19	K1.1.1	COPM a-kids	
7	W7.19	K1.1.1	COSA	

Tabelle 4: Auszug aus der zweiten Reduktion

Während des Prozesses der Paraphrasierung wurde noch einmal Rücküberprüft ob die Fundstellen den passenden Subkategorien zugeordnet wurden. Bei Bedarf wurde in Absprache der Forschenden eine andere Kategorie für den Inhalt gewählt.

In Tabelle 5 wird nun ein Auszug des Ergebnisses der Paraphrasierung dargestellt. Ein größere Auszug ist dem Anhang 5 zu entnehmen.

Website	Seite	Kategorie	Zitat
7	W7.14	K1.1.1	[...] COPM bzw. COPM a-kids und das COSA zum Einsatz.
8	W8.7	K1.1.2	[...] eine <u>detaillierte</u> Tätigkeitsanalyse [...]
7	W7.11	K1.1.2	Die Videobehandlung wird zur Betätigungsanalyse [...]
6	W6.1	K1.1.3	Beratung
10	W10.2	K1.1.3	Beratung
7	W7.4	K1.1.3	Kompensationsstrategien
5	W5.42	K1.1.4	Mensch die verschiedenen Rollen und die damit verbundenen Aufgaben in seinem Leben wieder bestmöglich einnehmen kann.
2	W2.1	K1.1.5	[...]Betätigungen in den Bereichen...
5	W5.23	K1.1.5	[...]Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen[...]
6	W6.1	K1.1.5	[...] bedeutungsvolle Betätigungen [...]
10	W10.2	K1.1.5	[...] bedeutungsvolle Betätigungen [...]
7	W7.20	K1.1.5	bedeutungsvollen Betätigungen

Tabelle 5: Auszug Ergebnis der Paraphrasierung

4.4.9 Zusammenfassung pro Kategorie

Anschließend an die Paraphrasierung wurde nun des Materials zuerst nach Subkategorie und dann pro Hauptkategorie zusammengefasst (Mayring, 2016). Hierbei verhalf das Programm Microsoft Excel mit seiner Funktion des Benutzerdefinierten Sortierens. Es wurden alle Spalten und Zeilen der Paraphrasierungstabelle markiert und mit Hilfe der Funktion in die Subkategorien sortiert.

4.4.10 Zusammenfassung der Hauptkategorie

Zur Beantwortung der Leitfragen (vgl. Kapitel 4.1) erfolgte anschließend die Zusammenfassung pro Hauptkategorie.

Bevor nun in Kapitel 5 die Darstellung der Resultate erfolgt, wird nachfolgend noch auf die Gütekriterien, die im gesamten Forschungsprozess Anwendung fanden, eingegangen.

4.5 Gütekriterien

Die Daten der vorliegenden Arbeit wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) untersucht. Auf Grund dessen fanden die sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2016) Anwendung, welche im Folgenden erläutert werden.

Verfahrensdokumentation

Unter Verfahrensdokumentation wird die genaue Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses verstanden, mit dem Ziel diesen für andere nachvollziehbar zu gestalten (Mayring, 2016). Um den Forschungsprozess ausführlich zu beschreiben, wurde mit Hilfe des Ablaufmodell der inhaltlichen Strukturierung die Einzelschritte der durchgeführten Untersuchung detailliert beschrieben.

Argumentative Interpretationsabsicherung

In der qualitativen Inhaltsanalyse können Teile von Textstellen auch interpretativ betrachtet werden. Dabei ist es bedeutend die Interpretation theoriegeleitet zu begründen, um eine Qualitätseinschätzung zu gewährleisten (Mayring, 2016). Bei der Interpretation der Fundstellen auf den Texten der Websites wurde sich durchgehend an den Definitionen der Kategorien orientiert, welche auf Basis vorhandener Literatur erstellt wurde.

Regelgeleitetheit

Ein weiteres Gütekriterium ist die Regelgeleitetheit. Bei der Materialbearbeitung steht dabei die systematische Vorgehensweise sowie das Beachten bestimmter Verfahrensregeln im Vordergrund (Mayring, 2016). Um dies zu berücksichtigen, wurde zu Beginn das Ablaufmodell festgelegt und anschließend das Material nach den vorgegebenen Schritten bearbeitet (vgl. Kapitel 4.4).

Nähe zum Gegenstand

Um die Nähe zum Gegenstand zu erhalten ist es relevant in die Lebenswelt der Beforschten zu gehen, um unter natürlichen Umständen die Untersuchung durchzuführen (Mayring, 2016). In der vorliegenden Arbeit wurden Inhalte von Websites analysiert. Sowohl Text und Bilder wurden im Untersuchungszeitraum (vgl. Kapitel 4.2) unverändert von den Websites mit Hilfe des Programms "Snipping Tool" kopiert und anschließend erforscht.

Triangulation

Die Qualität der Forschung kann durch die Durchführung mehrere Analysegänge gesteigert werden (Mayring, 2016). Höhsl (2016) unterscheidet hierbei unterschiedliche Strategien der Triangulation.

Bei der vorliegenden Untersuchung fand die Forschertriangulation Anwendung. Hierbei führten die Forschenden die Analyse zuerst einzeln durch. Anschließend wurde gemeinsam die Datenanalyse sowie die Ergebnisse diskutiert (vgl. Kapitel 4.4.7). Bei der darauffolgenden Paraphrasierung fand bei Unklarheiten bezüglich der sinngemäßen Zuordnung des Materials in die jeweiligen Kategorien eine gemeinsame Diskussion der Forschenden statt (vgl. Kapitel 4.4.8).

Auch die Datentriangulation fand während der Untersuchung Anwendung. Höhsl (2016) beschreibt, dass eine Datentriangulation durch unterschiedliche Erhebungszeiten und Erhebungsorte sowie heterogene Organisationsformen von Studienteilnehmenden erreicht werden kann. Letzteres fand bei vorliegender Forschung Anwendung. Es wurden sowohl Einzelpraxen sowie Rehasentren/Krankenhäuser mit zugelassener Praxis in die Untersuchung mit einbezogen und deren Website analysiert.

Kommunikative Validierung

Bei der kommunikativen Validierung geht es darum die Gültigkeit der Ergebnisse bzw. der Interpretationen zu kontrollieren, indem man diese den Beforschten diese wiederum vorlegt, damit dieses Überprüfen können, ob sie sich in den Ergebnissen wiederfinden (Mayring, 2016). Auf Grund der Untersuchung von Texten auf Websites fand dieses Gütekriterium keine Anwendung in der vorliegenden Forschung.

Kapitel 5: Resultate

In diesem Kapitel erfolgt die Veranschaulichung der Ergebnisse der Datenanalyse. Für eine übersichtliche Darstellung gliedern sich die Ergebnisse, in die aus der Literatur identifizierten, Merkmale des zeitgenössischen und mechanistischen Paradigmas. Die Merkmale werden vorerst definiert und anschließend mit Zitaten der jeweiligen Websites verdeutlicht.

Kategorie 1: Zeitgenössisches Paradigma

Von zwölf definierten Hauptkategorien konnten in der Analysemenge acht Kategorien mit insgesamt 66 Fundstellen identifiziert werden. Die Ergebnisse werden nachfolgende kurz aufgeführt und beschrieben.

Kategorie 1.1 Betätigungsorientiertes Vorgehen

Als ein Merkmal lässt sich die betätigungsorientierte Vorgehensweise darstellen. Dies beinhaltet die Anwendung betätigungsorientierter Assessments und Behandlungsverfahren sowie die Durchführung einer Betätigungsanalyse (Boyt-Schell, Gillen, & Coppola, 2019) Ebenso lassen sich die Ausführung von Betätigungsrollen, als auch bedeutungsvolle und zielgerichtete Betätigungen der Klientel (Kielhofner, 2009) diesem Merkmal zuordnen. Die Anzahl der Fundstellen je Subkategorie wird in Abbildung 4 dargestellt.

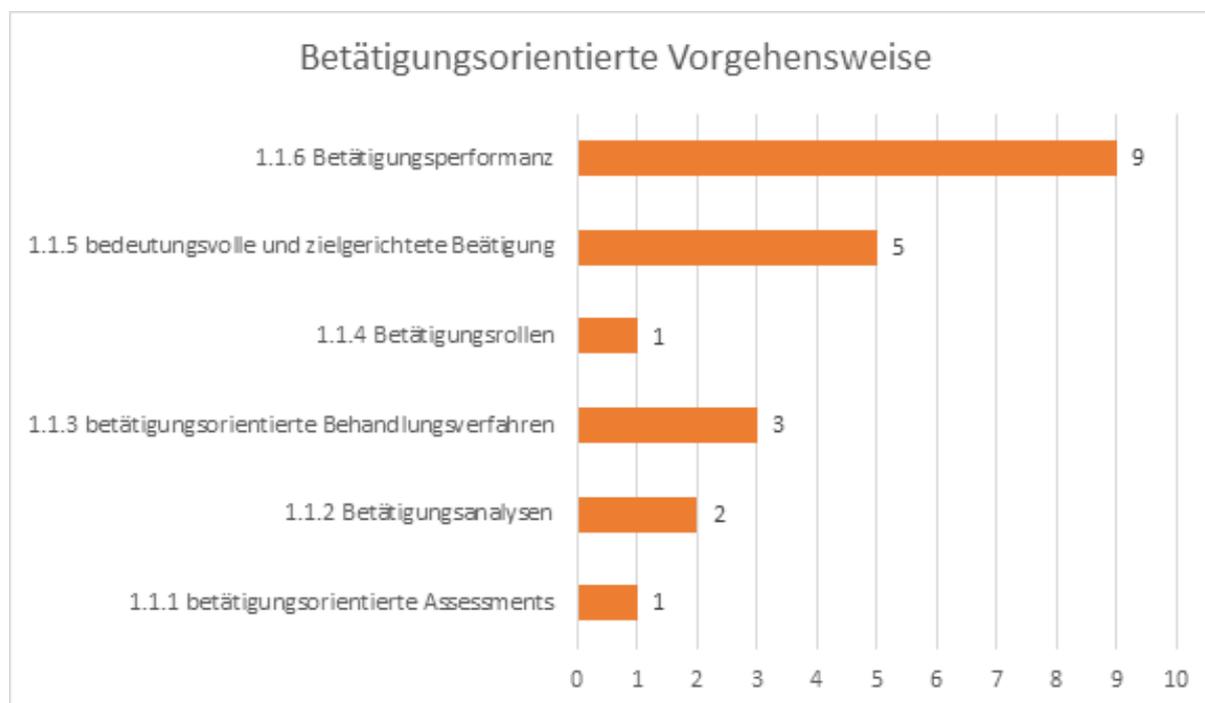


Abbildung 4: Darstellung der betätigungsorientierten Vorgehensweise auf den Websites

Diese Kategorie ist mit 21 Fundstellen die am häufigsten dargestellte Hauptkategorie im zeitgenössischen Paradigma. Die Analyse zeigte eine gehäufte Erwähnung von Handlungsfähigkeit (1.1.6 Betätigungsperformanz), vor allem durch die Darstellung der Definition von Ergotherapie des Deutschen Verband Ergotherapie e.V. (DVE, 2007), der in neun Fundstellen vorkam.

Wie beispielsweise:

“ [...] Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.” (W2)

“ [...] Zielsetzung ist das Wiedererlangen, sowie der Erhalt der Handlungsfähigkeit [...]”(W3)

Außerdem wurden bedeutungsvolle und zielgerichtete Betätigungen (K1.1.4) fünf Mal genannt. Der Einsatz von betätigungsorientierten Assessments (K1.1.1) wurde nur von einer Website dargestellt.

Wie etwa:

“ [...]Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen [...]”(W5)

“ [...] COPM bzw. COPM a-kids und das COSA zum Einsatz.” (W7)

Hingegen waren Betätigungsorientierte Behandlungsverfahren (K1.1.3) auf drei Websites zu finden.

Hier ein Beispiel dazu:

“Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag...zu ermöglichen.” (W6,10)

Kategorie 1.2 Bezugsrahmen

Auch die Verwendung von Bezugsrahmen kann diesem Paradigma zugeordnet werden, dabei beinhaltet dieses das Wissen aus den Betätigungswissenschaften, die Fragen nach typischen Betätigungen oder die Anpassung der Umwelt, um Betätigungen wieder möglich zu machen (Merklein de Freitas, 2016).

Vier Textstellen konnten der Kategorie Bezugsrahmen zugeordnet werden. Dabei sprechen alle vier Websites auf der diese Kategorie gefunden werden konnte, von der Unterkategorie “Adaptionsbasierte Bezugsrahmen”.

Unter anderem:

“ [...] Umweltstruktur an den Betroffenen anzupassen [...]”(W5)

Kategorie 1.3: Sicht auf Gesundheit

Die Sicht auf Gesundheit wird im zeitgenössischen Paradigma durch das bio-psycho-soziale Modell (Mentrup, 2014) und die “Internationale Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF) bestimmt. Ebenso ist Teil der Sichtweise, dass Wohlbefinden und Lebensqualität eng mit dem Gesundheitsbegriff verbunden sind (Kielhofner, 2009). Zudem stehen Betätigungszufriedenheit, Betätigungsdeprivation und das Recht auf Betätigung in Korrelation zur Gesundheit (Kielhofner, 2009). Als weiteren Wert des Paradigmas beschreibt er die Wichtigkeit von Partizipation an Betätigungen. Die Grafik in Abbildung vier zeigt die Anzahl der Fundstellen Unterkategorien.

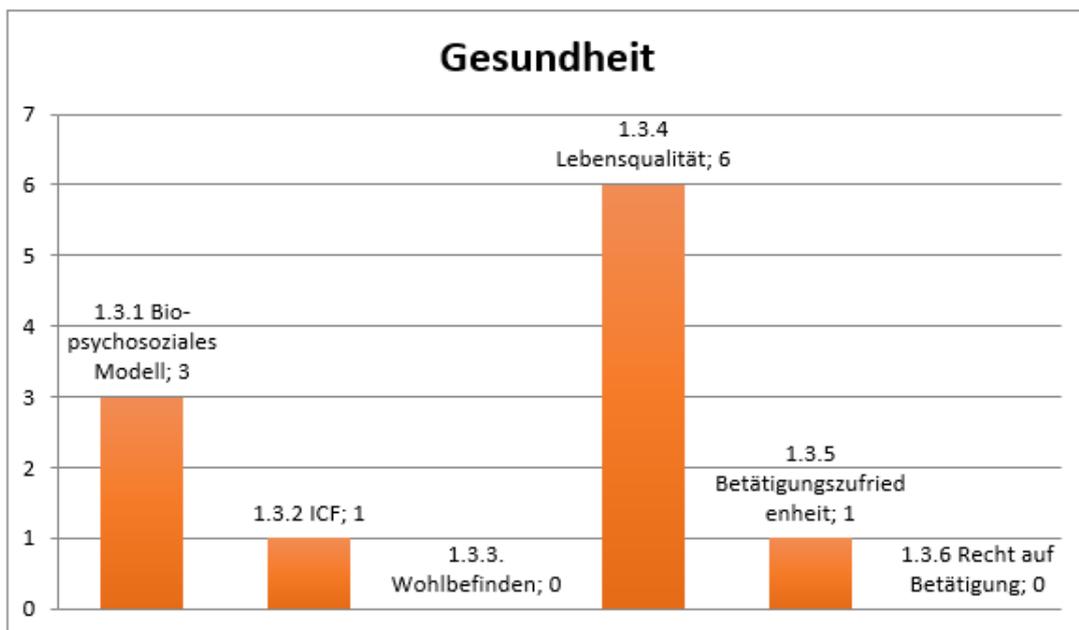


Abbildung 5: Darstellung der Sicht auf Gesundheit (K1.3) auf den Websites

Diese Kategorie wurde auf sieben verschiedenen Websites dargestellt (W2,4,5,6,7,8,10). Dabei wurde “1.3.4 Lebensqualität” mit sechs von elf treffen am häufigsten erwähnt.

Ein Auszug der Darstellung:

“ [...] immer mit dem Ziel größtmöglicher Selbstständigkeit und Lebensqualität [...]” (W4)

“ [...]dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.” (W6)

Kategorie 1.4: Gesundheitsmarkt

Der Gesundheitsmarkt lässt sich in drei Teile gliedern. Der erste Gesundheitsmarkt beinhaltet alle ergotherapeutischen Leistungen, die durch die Krankenkasse finanziert werden (Matusiewicz, 2019). Der zweite Gesundheitsmarkt beinhaltet Produkte und Dienstleistungen, die nicht durch die gesetzliche Versicherung gedeckt sind (Krimmel, 2005), fokussierte werden dabei die Verbesserung der Lebensqualität, Teilhabe oder Zufriedenheit. Im dritten Gesundheitsmarkt findet eine Verschmelzung zwischen gemeinnützigen Projekten und Business Modellen statt. (Matusiewicz, 2019).

Der Gesundheitsmarkt konnte auf den Websites in Zusammenhang mit dem zeitgenössischen Paradigma nicht identifiziert werden.

Kategorie 1.5: Klientenzentriertes Arbeiten

Ein weiteres Merkmal ist das klientenzentrierte Arbeiten (Marotzki, 2013). Hierzu zählt eine klientenzentrierte Praxis (Kielhofner, 2009), in welcher die Klientel eine aktive Rolle einnimmt und das Klientensystem als wichtiger Teil gilt.

Klientenzentriertes Arbeiten konnte mit dreizehn Fundstellen auf fünf verschiedenen Websites gefunden werden. Dabei standen vor allem die Klientenzentrierte Versorgung (1.5.1) mit sechs treffen im Vordergrund.

Zum Beispiel:

“Gemeinsam mit Ihnen [...] legen wir die Zielsetzung für die ergotherapeutische Behandlung fest.” (W7)

“In der Ergotherapie formulieren wir i.d.R. gemeinsam mit dem Klient betätigungsorientierte, smarte Ziele” (W8)

Für die aktive Klientel (K1.5.2) gab es vier Treffer

Unter anderem:

“[...]Bei der Ergotherapie für kindertherapeutische Zwecke kann das Kind die Therapieziele aktiv mitgestalten.” (W8)

und für das Klientensystem, also alle Personen welche für die Betätigungsanliegen der Klientel relevant sind, (K1.5.3) drei Fundstellen.

Wie etwa:

“[...] die Zusammenarbeit mit den Personen im Umfeld und der Familie sehr wichtig.” (W7)

In Abbildung 6 ist die Anzahl der Nennung der Subkategorien im klientenzentrierten Arbeiten dargestellt.



Abbildung 6: Darstellung des klientenzentrierten Arbeitens (K1.5) auf den Websites

Kategorie 1.6: Technologiebasiertes Arbeiten

Ebenfalls charakteristisch für dieses Paradigma ist technologiebasiertes Arbeiten (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Darunter fällt der Einsatz von Alltagsapps, Robotik, Tele- /Videotherapie und Videoanalysen.

Auf der Website sieben konnten ein Treffer gefunden werden, der sich jeweils auf die Unterkategorie 1.6.3 Tele-/Videotherapie bezieht.

Unter anderem:

“ [...] Die Videobehandlung wird zur Betätigungsanalyse, Anleitung von Übungen und/oder Alltagshandlungen, sowie zur Unterstützung bei der Tagesstrukturierung [...] angewendet.”(W7)

Kategorie 1.7: Modellbasiertes Arbeiten

Auch modellbasiertes Arbeiten wird in der Literatur als Merkmal beschrieben. Darin beinhaltet ist die Anwendung ergotherapeutischer Prozessmodelle und Inhaltsmodelle. (Dehnhardt, 2020), ergänzt durch die Fähigkeiten von Ergotherapeut_innen. Lediglich zwei der drei genannten Merkmale von modellbasiertem Arbeiten wurden genannt.

Insgesamt sieben Fundstellen wurden für diese Kategorie auf fünf verschiedenen Websites gefunden. Hauptsächlich wurde die Kategorie 1.7.3 Fähigkeiten der Ergotherapeutin durch die DVE Definition aufgezeigt (DVE, 2007).

Wie beispielsweise:

“Die Ergotherapie begleitet und unterstützt Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind [...]” (W2)

“[...] Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.” (W6)

Daneben wurden das “Model of Human Occupation” (MOHO) und das “Canadian Model of Occupation and Engagement” (CMOP-E) als ergotherapeutische Inhaltsmodelle (K1.7.2) genannt.

Kategorie 1.8: Fokus auf Partizipation/Teilhabe

Im Rahmen des zeitgenössischen Paradigmas sollen Ergotherapeut_innen den Menschen eine umfassende Beteiligung an notwendigen und gewünschten Tätigkeiten ermöglichen (Kielhofner, 2009).

Für die Unterkategorie “Partizipation“ (K1.8.1) konnten sechs Treffer gezählt werden, die insgesamt auf sechs verschiedene Websites zu finden sind. Insbesondere die Formulierung angelehnt an die Definition des DVE wurde häufig verwendet (DVE, 2007).

Wie beispielsweise:

“Behinderung bezeichnet eine dauerhafte und gravierende Beeinträchtigung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Teilhabe[...]” (W5)

“[...] und damit eine Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben des Kindes und seiner Familie droht oder bereits besteht.” (W7)

Zur Darstellung der Unterkategorie Inklusion wurde nur einmal wie folgt dargestellt:

“Inklusion bedeutet, dass jeder Mensch ganz natürlich dazu gehört, dass er so akzeptiert wird, wie er ist”. (W7)

Kategorie 1.9: Qualitätsentwicklung

“Bei Qualitätsentwicklung geht es unter anderem um die Sicherstellung von angemessener und zeitgemäßer ergotherapeutischer Behandlung” (Merklein de Freitas & Weber, 2019, S.129).

Zur Qualitätsentwicklung zählen einerseits Qualitätsmaßnahmen, das heißt die Konzepte, welche die Verfahren und Prozesse der Maßnahmen beschreibt, sowie die Umsetzung dieser regelt (Hucke & Gans, 2009). Ebenso das Qualitätsmanagementsystem mit gezielten Tätigkeiten und Maßnahmen hinsichtlich der Qualität der Dienstleistung wird hiermit gemeint (Hucke & Gans, 2009).

Auf den untersuchten Websites konnten keine Fundstellen bezüglich der Qualitätsentwicklung identifiziert werden.

Kategorie 1.10: Reasoning

Als Reasoningform findet im zeitgenössischen Paradigma das professionelle Reasoning Anwendung. Hierbei steht einerseits das reflektierte Handeln der Ergotherapeut_innen im Fokus, als auch die Relevanz verschiedene Sichtweisen hinsichtlich der Betätigungsfrage die Klientel einnehmen zu können, was die Entscheidungsfindung unterstützt (Daniëls & Verhoef, 2019).

Diese Kategorie wurden auf den Websites nicht dargestellt.

Kategorie 1.11: Umsetzung Evidenz basierter Praxis

Die Umsetzung der evidenzbasierten Praxis unter Einbezug der internen und externer Evidenz, sowie der Expertise die Klientel (Mentrup, 2014) ist ebenfalls charakteristisch für das zeitgenössischen Paradigma. Ergänzend beschreiben mehrere Autoren die Umwelt gegliedert in die drei Bereiche soziale Aspekte, physischer Aspekte und den kulturellen Kontext. (Kielhofner 2009; Marotzki; 2014; Mentrup, 2014)

Die Umsetzung evidenzbasierter Praxis wurde auf den untersuchten Websites nicht abgebildet.

Kategorie 1.12: Umwelt/Kontext

Die Kategorie Umwelt gliedert sich in die kulturelle, soziale und physikalische Umwelt (Koesling & Bollinger Herzka, 2008). In der Untersuchung wurden die Fundstellen dieser Kategorie zugeordnet, wenn ein Bezug zur Betätigung oder Teilhabe hergestellt war. Dies wurde individuell aus dem Kontext der Darstellung auf den Websites geschlossen.

Die Auswertung zeigt hier drei Treffer auf zwei verschiedenen Websites. Dabei steht zwei Mal die sozialen Aspekte der Umwelt (K1.12.1) und einmal die physischen Aspekte der Umwelt (K1.12.2) im Mittelpunkt der Darstellung.

Wie etwa:

“Behindernd wirken in der Umwelt des behinderten Menschen sowohl Alltagsgegenstände und Einrichtungen (physikalische Faktoren) als auch die Einstellung anderer Menschen (soziale Faktoren).” (W5)

Kategorie 2: Mechanistisches Paradigma

In der Gesamtbetrachtung der Stichprobe wurden 532 Fundstellen verteilt auf allen zehn Websites identifiziert.

Kategorie 2.1 Funktionsorientiertes Vorgehen

In der gefundenen Literatur wird als Charaktermerkmal des mechanistischen Paradigmas eine funktionelle Vorgehensweise beschrieben. Diese beinhaltet, funktionelle Assessments, Ziele auf Funktions- und Strukturebene, Spezialisierung der Therapeutin nach Störungsbildern, sowie Funktionell-orientierte Befunderhebung, Konzepte und Behandlungsverfahren (Kielhofner, 2009; Mentrup, 2014). Die Anzahl der Fundstellen der Subkategorien wird in Abbildung 7 abgebildet.

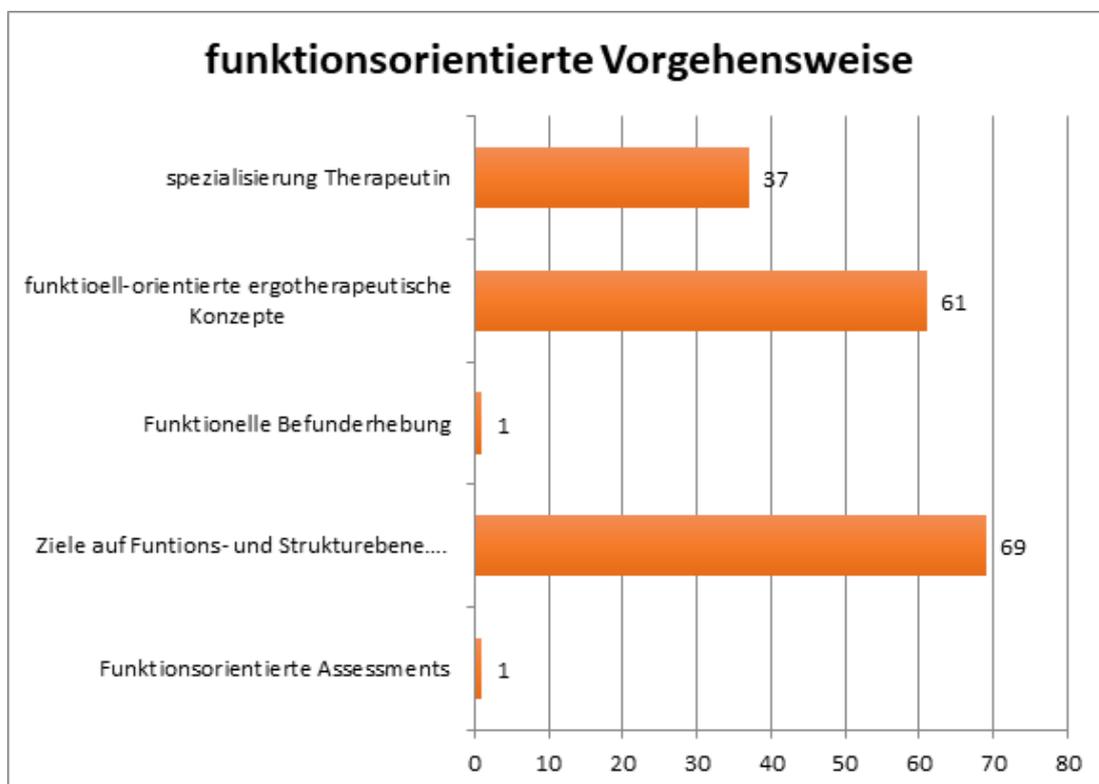


Abbildung 7: Darstellung der funktionsorientierten Vorgehensweise (K2.1) auf den Websites

Auf allen Websites wurde diese Kategorie insgesamt 169-mal dargestellt. Besonders intensiv wurde die Kategorie “Ziele auf Funktions- und Strukturebene mit dem Fokus auf der Wiederherstellung von Funktionen” (K2.1.2)

Wie zum Beispiel:

[...] Verbesserung zentraler Störungen [...] (W1)

[...] Verbesserung der Sinneswahrnehmung [...] (W3)

und die Kategorie “Funktionell orientierte ergotherapeutische Konzepte” dargestellt (K2.1.4)

Unter anderem:

“ [...] Bobath, PNF, Perfetti, SI-Therapie, Spiegeltherapie [...]” (W1)

[...] Biofeedback und Neurofeedback [...] (W4)

Auch die “Spezialisierung der Therapeut_innen nach ausgewählten Störungsbildern” (K2.1.5) wurde 37-mal dargestellt.

Ein Auszug daraus:

“ [...] Teilleistungsstörung "Grobmotorik"[...]” (W4)

“ [...] Fachtherapeut für kognitives Training [...]” (W7)

Kategorie 2.2 Betätigung

Des Weiteren steht der Begriff “Betätigung” im mechanistischen Paradigma für therapeutische Aktivitäten, Übungen, Spiel, Aktivitäten des täglichen Lebens und Hilfsmittelversorgung. Die Abbildung 8 zeigt einen Überblick der Subkategorien, sowie die Anzahl der Treffer.

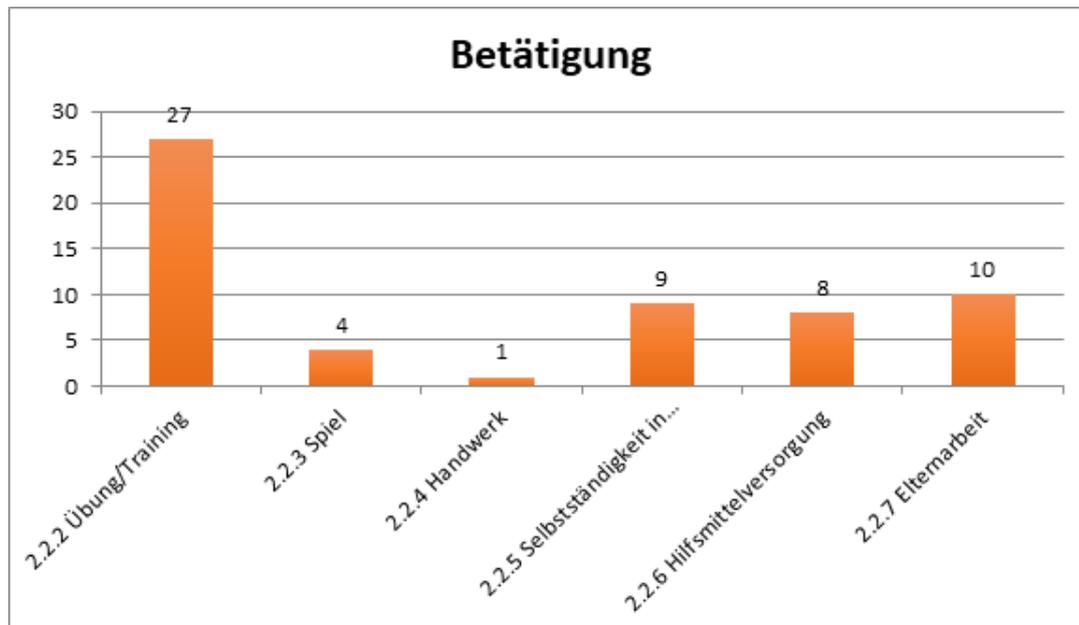


Abbildung 8: Darstellung von Betätigung (K2.2) auf den Websites

In Summe konnte 62 Treffer verteilt auf allen Websites gefunden werden. Der Fokus lag hierbei auf der Unterkategorie “Übung/Training” (K2.2.2) die mit 27 treffen auf sieben Websites genannt wurde.

Unter anderem:

“ [...] mangelhafte Fähigkeiten werden mit Übungen trainiert [...]” (W5)

“ [...] Training der Grob-/Feinmotorik [...]” (W9)

Häufig genannten wurden außerdem ”Elternarbeit/Angehörigenarbeit“ (K2.2.7) wie:

“ [...] die Eltern werden mit einbezogen [...]” (W8)

“Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens” (K2.2.5) wie exemplarisch

“ [...] Alltagstraining...zum Erhalt oder Wiedererwerb der Selbstständigkeit im Alltag [...]” (W7)

und “Hilfsmittelversorgung” (K2.2.6).

Zum Beispiel:

“ [...] Versorgung mit Hilfsmitteln [...]” (W5)

Kategorie 2.3 Bezugsrahmen

Bei der Betrachtung der Bezugsrahmen stehen im mechanistischen Paradigma funktionelle Anteile im Vordergrund (Marotzki, 2014; Miesen, 2004).

Auf den Websites wurden in der Kategorie vermehrt der “Wahrnehmungs- und bewegungsbasierten Bezugsrahmens” (K2.3.1) genannt. Dieser war mit 14 Treffern auf sieben Websites zu finden.

Wie unter anderem:

“ [...], wenn die Entwicklung verzögert ist [...]” (W1)

“ [...] die in ihrer Entwicklung verzögert sind oder in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt sind [...]” (W2)

Hingegen der psychosozialbasierte Bezugsrahmen (K2.3.2) mit fünf Treffern und der “Adaptionsbasierte Bezugsrahmen” (K2.3.3) mit vier Treffer aufweisen konnten.

Beispiele hierfür sind folgende:

“ [...] Erlernen von Problemlösestrategien [...]” (W5)

“ [...] Integration in Familie und Umwelt [...]” (W3)

Kategorie 2.4 Sicht auf Gesundheit:

Im Bereich Gesundheit wird der Mensch aus der biomedizinischen Perspektive, als Patient, betrachtet (Mentrup 2014; Möller, 2017). Der Verlust von Funktionen begründet eine ergotherapeutische Behandlung sowie eine daraus resultierende Einschränkung in der Teilhabe.

Das Thema Gesundheit wurde von neun von zehn Websites dargestellt mit 162 Treffern (vgl. Abbildung 9). Dabei thematisierten die Websites vor allem “Verlust von Funktionen oder Krankheit als Grundlage für Behandlung” (K2.4.4) mit 137 Fundstellen auf acht Websites.

Wie zum Beispiel:

“ [...] Ergotherapie behandelt aufgrund von angeborenen, durch Unfälle verursachten... Funktionsstörungen im Stütz- und Bewegungsapparat.” (W2.7)

“ [...] Behandlung von grob- und Feinmotorischen Schwierigkeiten.” (W5.24)

Die “Sicht auf Teilhabe” (K2.4.2) rückte in den Hintergrund der Darstellung des “Patient” (K2.4.3) und der “Biomedizinische Perspektive (K2.4.1) Ersteres wurde nur zweimal erwähnt, hingegen die andern beiden Kategorien 23 aufgeführt wurden.

Wie etwa:

“ [...] Die Ergotherapeutin...entwirft dann die Therapie [...]” (W5)

“ [...] Unserer Patienten therapieren wir [...]” (W1.2)

“ [...] Störung des Bewegungsablaufs infolge hirnorganischer Schädigungen [...]” (W3.2)

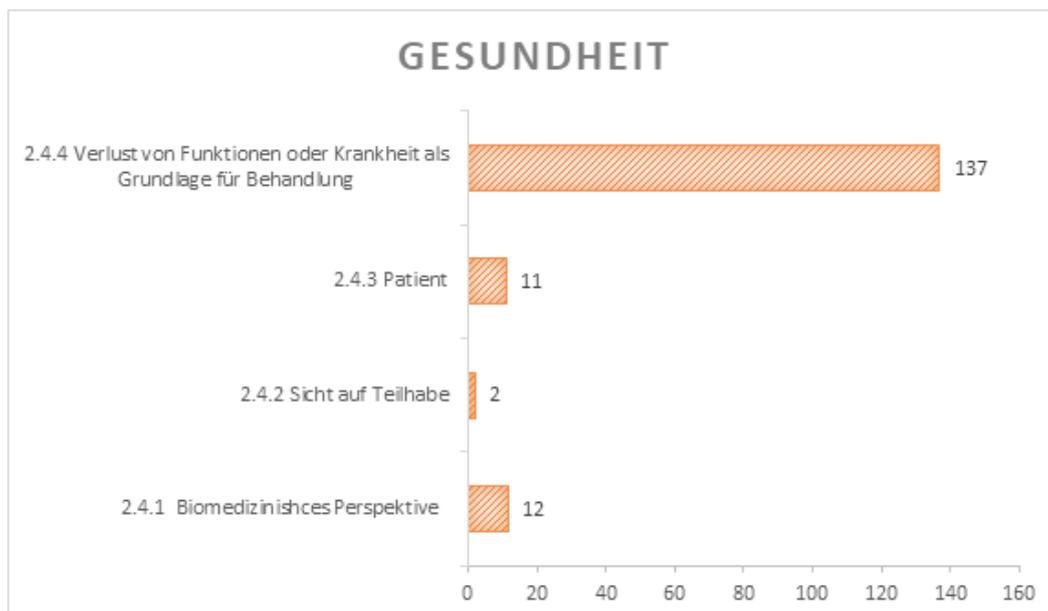


Abbildung 9: Darstellung von Gesundheit (K2.4) auf den Websites

Kategorie 2.5 Gesundheitsmarkt:

Es gibt ergotherapeutische Angebote auf dem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt. Dabei richten sich die Angebote des zweiten Gesundheitsmarkts – im Gegensatz zum zeitgenössischen Paradigma - vor allem auf die Verbesserung oder den Erhalt von Körperfunktionen.

Im Kern dieser Kategorie lag die Darstellung der Unterkategorie “erster Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie” (K2.4.1) mit 34 Nennungen.

Unter anderem:

“Ergotherapie wird durch den Arzt verordnet [...]” (W8)

“Leistung auf dem Rezept der Krankenkasse [...]” (W5)

Daneben wurde der “zweiter Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie” (K2.4.2) acht Mal aufgeführt.

Als Beispiel kann folgendes genannt werden:

“Prävention und Gesundheitsförderung: Besondere Angebote wie Gedächtnistraining, etc. [...]” (W7)

Kategorie 2.6 Handlungsfelder

Als Handlungsfelder der Ergotherapie gelten die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit (Miesen, 2004).

Auf sieben Websites wurden die Handlungsfelder der Ergotherapie aufgeführt. “Selbstversorgung” (K2.6.1) und “Produktivität” (K2.6.2) wurden je acht Mal genannt. Der Bereich “Freizeit” tauchte fünf Mal auf. Hierbei tauchte wieder die Definition der Ergotherapie des DVE auf (DVE, 2007).

Exemplarisch hierfür:

“Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. “ (W5, 6,10)

Kategorie 2.7 Qualitätsmanagement:

Zum Qualitätsmanagement tragen insbesondere Zertifizierungen nach ISO (DVE, o. D) und einheitliche Standards (Harth & Wolf, 2000) bei.

Für diese Kategorie gab es einen Treffer auf Website eins, welcher in die Unterkategorie "Standards" (K2.7.2) eingeordnet werden konnte, wie:

"Im orthopädischen Bereich sind wir ausgebildete Handtherapeuten."(W1)

Kategorie 2.8 Reasoning

Der Begriff klinisches Reasoning wird verwendet, um gedankliche Prozesse des_der Therapeut_Innen zu beschreiben (Hagedorn, 2009b). Das Beleuchten, Erkennen und Verstehen von "Zusammenhängen und Hintergründen des klinischen Problems gemeinsam mit den Patienten" (Klemme & Siegmann, 2006, S. 9) stehen im Sinne des mechanistischen Paradigmas im Vordergrund.

Auf drei Websites wurde je einen Treffer zu dieser Kategorie gefunden.

Unter anderem dieses Beispiel:

"[...]Patienten nach den neusten wissenschaftlichen Methoden erfolgreich behandelt werden können." (W4)

Kategorie 2.9 Umwelt/Kontextfaktoren

Die Umwelt gliedert sich in Kulturell, soziale und physikalisch (Koesling & Bollinger Herzka, 2008).

Die Umwelt und Kontextfaktoren konnten wurden auf drei Websites dargestellt. Besonders häufig der Bereich der "sozialen Umwelt" (K2.9.2) mit drei von fünf Treffern.

Wie beispielsweise:

" [...] nicht mehr ausführen, da ihre räumliche und soziale Umwelt nicht auf das Krankheitsbild eingestellt ist. "(W5)

Kategorie 2.10 Bezugswissenschaften

Als Bezugswissenschaften dienen im mechanistischen Paradigma insbesondere Konzepte aus der Medizin (Kielhofner, 2009).

Bei Betrachtung dieser Kategorie fiel auf, dass sie auf allen Websites mit insgesamt 44 Fundstellen dargestellt wird. Alle Fundstellen bezogen sich auf die Fachbereiche, in denen ergotherapeutische Angebote gibt.

Als Beispiel:

“Unserer Fachbereiche in der Ergotherapie: Geriatrie, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie.” (W1)

“Erkrankungen aus diesen Bereichen können mittels Ergotherapie zielgerichtet behandelt werden: Pädiatrie, Geriatrie, Neurologie, Orthopädie, Psychologie.”(W8)

Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse unter Einbezug des im theoretischen Hintergrund (Kapitel 2) dargelegten Wissens sowie ergänzenden Erkenntnissen diskutiert.

Kapitel 6: Diskussion

Das Ziel der qualitativen Studie war herausfinden wie welche Merkmale des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas ergotherapeutische Praxen, die im DVE gelistet sind auf ihrer Website nutzen, um sich im Internet darzustellen. Im Folgenden werden die Resultate, sowie die Erkenntnisse aus dem theoretischen Hintergrund für die Beantwortung der Forschungsfragen aus Kapitel 4.1 und eine anschließende kritische Auseinandersetzung genutzt. Außerdem werden die Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit differenziert reflektiert.

Beantwortung der Leitfragen

Welche Merkmale sind für das zeitgenössische und das mechanistische Paradigma anhand der Literatur charakteristisch?

Um die Merkmale für das zeitgenössische und mechanistische Paradigma charakteristisch zu erfassen wurde verschiedene Literatur (vgl. Kapitel 2.7) zu diesem Thema gesichtet und im Kategoriensystem zusammengefasst (vgl. Anhang 2). Für einen besseren Überblick werden hier die Merkmale der jeweiligen Paradigmen kurz in Abbildung 10 aufgeführt. Die Definition der einzelnen Merkmale, an denen sich die Forschenden orientiert haben, ist in den Resultaten (vgl. Kapitel 5) oder im Anhang 2 nachzulesen. Auf Grund der Begrenzung der Untersuchung auf Deutschland fanden bei der Definition der einzelnen Merkmale vorwiegend deutsche Literatur Anwendung.

Die Identifikation der Merkmale der Paradigmen beruhen weitgehend auf vier Autoren, wovon nur Kielhofner nicht aus Deutschland stammt. Dabei zu beachten gilt, dass sich sowohl Mentrup als auch Möller auf Kielhofner beziehen. Um eine umfassendere Darstellung der Inhalte zu erreichen, hätten noch mehr International Autoren mit einbezogen werden müssen. In Deutschland wurde keine weitere Primärliteratur zu dem Thema "ergotherapeutische Paradigma" gefunden.

Zeitgenössische Paradigma

Mechanistische Paradigma

<input type="checkbox"/> Betätigungsorientiertes Vorgehen	<input type="checkbox"/> Funktionsorientiertes Vorgehen
<input type="checkbox"/> Bezugsrahmen	<input type="checkbox"/> Bezugsrahmen
<input type="checkbox"/> Sicht auf Gesundheit	<input type="checkbox"/> Sicht auf Gesundheit
<input type="checkbox"/> Gesundheitsmarkt	<input type="checkbox"/> Gesundheitsmarkt
<input type="checkbox"/> Klientenzentriertes Arbeiten	<input type="checkbox"/> Betätigung
<input type="checkbox"/> Technologiebasiertes Arbeiten	<input type="checkbox"/> Handlungsfelder
<input type="checkbox"/> Qualitätsentwicklung	<input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement
<input type="checkbox"/> Reasoning	<input type="checkbox"/> Reasoning
<input type="checkbox"/> Modellbasiertes Arbeiten	<input type="checkbox"/> Bezugswissenschaften
<input type="checkbox"/> Umwelt / Kontext	<input type="checkbox"/> Umwelt / Kontextfaktoren
<input type="checkbox"/> Umsetzung Evidenz basierter Praxis	
<input type="checkbox"/> Fokus auf Partizipation / Teilhabe	

Abbildung 10: Zusammenfassung der Merkmale des zeitgenössischen und mechanistischen Paradigmas

Beurteilt man die Merkmale der beiden Paradigmen nebeneinander zeigt sich, dass einige der Merkmale in beiden Paradigmen vorkommen (vgl. Abbildung 9). Die einzelnen Begrifflichkeiten werden in den jeweiligen Paradigmen jedoch unterschiedlich verstanden (vgl. Kapitel 5).

Abschließend lässt sich sagen, dass die Merkmale des mechanistischen Paradigmas im zeitgenössischen Paradigma immer noch eine Rolle spielen. Das Verständnis der Begrifflichkeiten/Merkmale hat sich jedoch weiterentwickelt. Durch neue Erkenntnisse innerhalb der Berufspraxis Ergotherapie sowie der Entstehung neuer Bezugswissenschaften wie der Occupational Science (Hagedorn, 2009c), haben sich auch neue Merkmale, wie das klientenzentrierte und modellbasierte Arbeiten, im zeitgenössischen Paradigma entwickelt.

Welche Charakteristika des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas werden auf der jeweiligen Website der ergotherapeutischen Praxen dargestellt?

Betrachtet man das zeitgenössische Paradigma so wurden vor allem Inhalte abgebildet, die den Merkmalen der betätigungsorientierten Vorgehensweise, der Gesundheit und des klientenzentrierten Vorgehens zugeordnet werden konnten (vgl. Kapitel 2.7) (vgl. Abbildung 11). Im Rahmen des betätigungsorientierten Vorgehens wurde ein Augenmerk auf die Handlungsfähigkeit gelegt, durch die Darstellung der Definition des Deutschen Verbands für Ergotherapie (DVE, 2007).

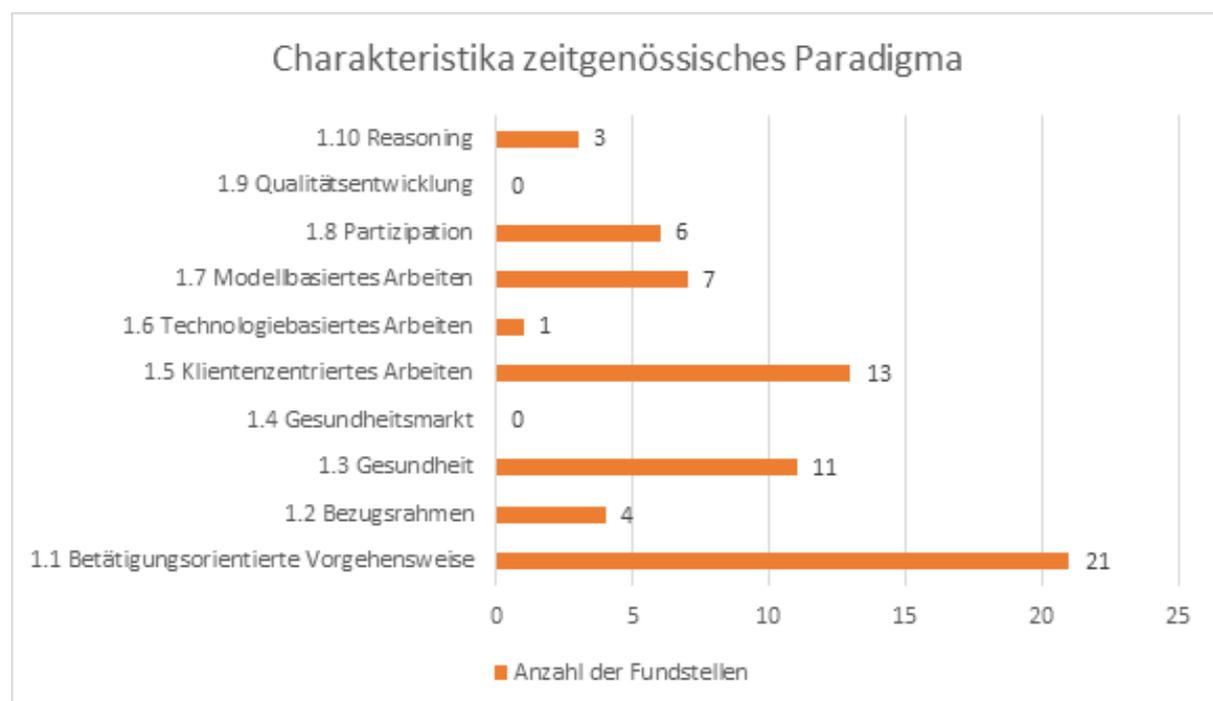


Abbildung 11: Charakteristika zeitgenössisches Paradigma

Im mechanistischen Paradigma standen, wie sich der Abbildung 12 entnehmen lässt, vor allem eine funktionelle Vorgehensweise, Betätigung in Bezug auf therapeutische Aktivitäten, Übungen und Spiel sowie Gesundheit im Fokus der Darstellung.

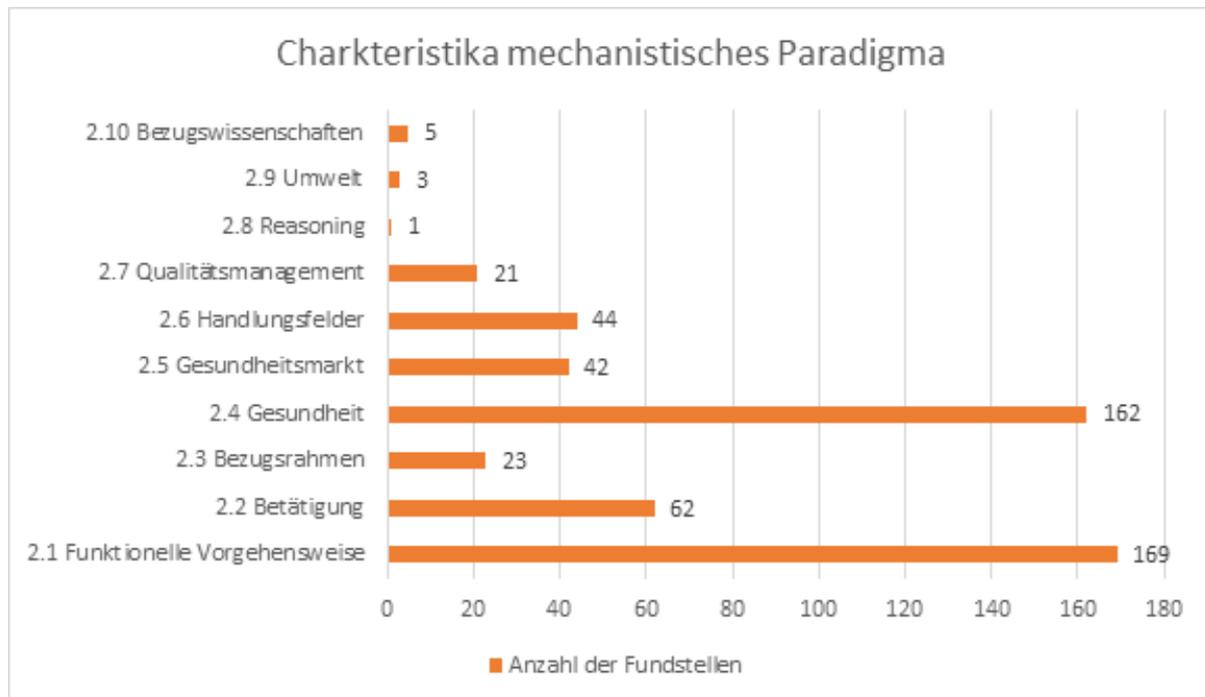


Abbildung 12: Charakteristika mechanistisches Paradigma

Welches Paradigma zeichnet sich auf den Websites ergotherapeutischer Praxen vermehrt ab?

Bei dem Vergleich der Anzahl der Fundstellen werden die Kategorien des mechanistischen Paradigmas häufiger genannt als die des zeitgenössischen Paradigmas. Dabei konnte im mechanistischen Paradigma für jede definierte Kategorie ein Treffer gefunden werden. In den Kategorien des zeitgenössischen Paradigmas wurden acht von zwölf Kategorien genannt. Genauer betrachtet werden in 89% aller Funde mechanistische Merkmale erwähnt (vgl. Abbildung 13). Daraus folgt, dass sich dieses Paradigma auf den Websites vermehrt abbildet.

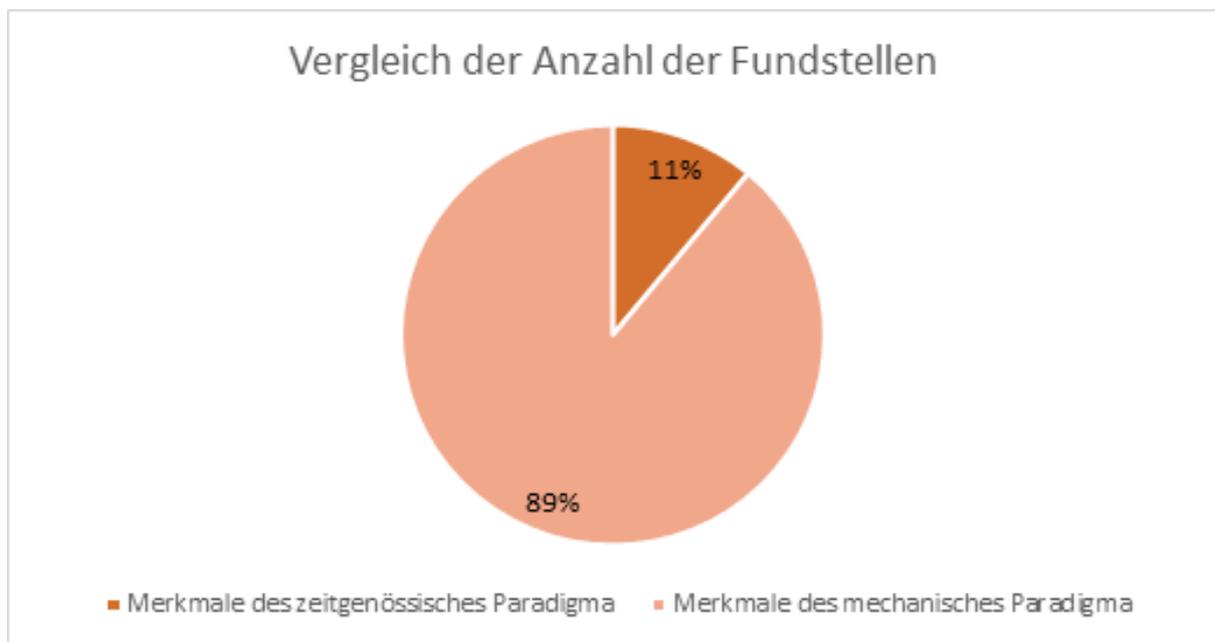


Abbildung 13: Vergleich der Anzahl der Fundstellen

Beantwortung der Forschungsfrage

Welche Merkmale des zeitgenössischen und des mechanistischen Paradigmas nutzen ergotherapeutische Praxen, die im DVE gelistet sind, auf ihrer Website, um ihre Praxis im Internet darzustellen?

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auf neun von zehn untersuchten Websites Merkmale von beiden Paradigmen zu finden sind. Dabei zeigen die Ergebnisse, dass bestimmte Merkmale beider Paradigmen gehäuft dargestellt werden.

Besonders häufig zeigen die Websites die Darstellung einer funktionellen Vorgehensweise im mechanistischen Paradigma. Außerdem wird die Verbindung von Ergotherapie und Gesundheit fokussiert. Dabei liegt ein besonderer Wert auf die Darstellung auf Krankheiten oder Funktionseinschränkung, die eine ergotherapeutische Behandlung notwendig machen. Hier steht die biomedizinische Perspektive im Vordergrund.

Eine betätigungsorientierte Vorgehensweise ist das meistgenannte Merkmal des zeitgenössischen Paradigmas, jedoch häufig verbunden mit der Definition des DVE (2007). Es ist auffällig, dass sich die betätigungsorientierte Vorgehensweise nicht wie ein roter Faden durch die Website zieht, sondern nur punktuell genannt wird.

Durch die Untersuchung zeigt sich, dass die funktionell-orientierten Behandlungsverfahren sowie Ziele auf Funktions- und/oder Strukturebene, die häufigsten genannten Merkmale sind, welche auf den Websites ergotherapeutischer Praxen abgebildet werden. Ergotherapeutische Praxen konzentrieren sich also auf die Darstellung der Therapiemaßnahmen sowie den Ergebnissen der ergotherapeutischen Behandlung.

Betrachtet man die Ergebnisse der Untersuchung aus der Sicht des Dienstleistungsmarketings (vgl. Kapitel 2.3.2) zeigt sich, dass die untersuchten Praxen die Potentialorientierung der Dienstleistung auf ihren Websites in Form der zur Verfügung stehenden Therapiemaßnahmen abbilden. Auch die Ergebnisorientierung wird beachtet durch die Darstellung der Ziele, welche durch die ergotherapeutische Behandlung erreicht werden sollen. Was keine bis wenig Beachtung in der Darstellung auf den Websites der untersuchten Praxen findet ist die Prozessorientierung der Dienstleistung. Dabei wäre gerade der Prozess in der Ergotherapie leicht darzustellen, auf Grund der Vielzahl von Prozessmodellen, die die Ergotherapie vorzuweisen hat, wie zum Beispiel dem “Canadian Practice Process Framework” (CPPF) oder dem “Occupational Therapy Intervention Process Model” (OTIPM) (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Die Implementierung von Prozessmodellen in der ergotherapeutischen Praxis ist ein Merkmal des zeitgenössischen Paradigmas. Auf Grund der vermehrten Darstellung der untersuchten Praxen im mechanistischen Paradigma kann dies der Grund sein, weshalb Praxen Schwierigkeiten haben den Prozess auf ihren Websites abzubilden. Es stellt sich die Frage, ob

sich die Dienstleistung überhaupt voll und für Laien verständlich abbilden lässt, wenn die Prozessorientierung nach Meffert, Bruhn und Hadwich (2018) nicht dargestellt wird.

Auch wenig Beachtung auf den untersuchten Websites findet ein weiterer Aspekt des Dienstleistungsmarketings. Nicht nur die ergotherapeutische Praxis, auch die Klientel oder andere Dienstleistungsnachfrager bringen etwas in den Prozess der Dienstleistung mit ein, wovon das Ergebnis der ergotherapeutischen Behandlung mit abhängig ist (vgl. Kapitel 2.3.2). Wird dies für die Klientel nicht deutlich kommuniziert, kommen sie eventuell mit den Erwartungen in die ergotherapeutische Praxis eine passive Rolle einnehmen zu können, wie es im mechanistischen Paradigma noch eher der Fall war.

Verfolgen ergotherapeutische Praxen den Stakeholder- Ansatz (vgl. Kapitel 2.3.3) so kann ein Grund für die vermehrte Darstellung der Behandlungsverfahren und Ziele auf den Websites die Erwartungen und Wünsche von zum Beispiel die Klientel sein. Die Klientel können unter anderem Websites ergotherapeutischer Praxen nutzen, um sich darüber zu informieren ob von der jeweiligen Praxis für sie relevante Behandlungsverfahren und Behandlungsmethoden angeboten werden. Die Anwendung von Fachterminologie kann diesen Nutzen jedoch leicht revidieren. Es lässt sich Zusammenfassend sagen, dass der Inhalt der Websites den Stakeholdern vor allem Informationen über die Methode und das Ergebnis der Therapie vermittelt. Dies kann als Handlungsauftrag für die Ergotherapie verstanden werden, lässt aber nur einen geringen Einblick in die Möglichkeiten der ergotherapeutischen Behandlung zu.

Weiterhin bleibt unklar, ob die Klientel Angehörige, andere Berufsprofessionen sowie die Gesellschaft über die Ergotherapie verständliche Informationen über die Ergotherapie auf den Websites ergotherapeutischer Praxen erhalten. Die Mehrheit der untersuchten Websites weist in ihrer Darstellung auf ihrer Website einen Paradigmen-Mix auf. Die Denk- und Arbeitsweise von Ergotherapeut_innen weicht in der bio-medizinischen Sicht mit Fokus auf dem Training defizitärer Funktionen im mechanistischen Paradigma (Mentrup, 2014) stark von der Denk- und Arbeitsweise im zeitgenössischen Paradigma mit dem Ziel zur Förderung der Teilhabe (Mentrup, 2015), stark ab. Wird die Ergotherapie in beiden Paradigmen auf den Websites dargestellt bleibt für die Leser_innen der Website unklar was den Handlungsauftrag der Ergotherapie ausmacht.

Analyse der Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit

Wahl der Literatur

Während der Literaturrecherche zeigte es sich, dass es sowohl zum Thema Marketing für Heilmittelerbringer als auch für die Inhalte von ergotherapeutischen Websites nur wenig Material gibt. Des Weiteren gibt es auch nur eine geringe Anzahl an Forschungsergebnisse zu diesem Thema, weshalb sich die Recherche als schwierig entpuppte.

Letztendlich erfolgte die Darstellung der Charakteristika des Paradigmas weitgehend auf vier Autoren. Das sich die beiden deutschen Autoren Mentrup (2014), Marotzki (2013) und Möller (2009) auf die Basisliteratur von Kielhofner (2009) beziehen oder sie berücksichtigen lässt sich als Schwäche der Forschungsarbeit darstellen. Jedoch wurde deutsche Grundlagenliteratur zum Thema Paradigmenwandel in Deutschland gefunden. Um eine umfassendere Darstellung der Inhalte zu erreichen, hätten noch mehr International Autoren mit einbezogen werden müssen. Da sich das Kategoriensystem jedoch auch mit den gewählten Autoren eingehend darstellte wurde darauf verzichtet.

Wahl der Methode

Die Analyse von Textinhalten von ergotherapeutischen Websites bringt als Schwäche mit sich, dass nicht alle Praxen den Inhalt der Website regelmäßig aktualisieren. Das kann zur Folge haben, dass veraltete Inhalte auf den Websites dargestellt werden und die Websites nicht häufig genug aktualisiert wurde. Statt der gewählten Methode wäre auch eine Fokusgruppe mit Praxisinhabenden denkbar gewesen. Dies hätte die augenblickliche Meinung der Praxisinhabenden besser ausdrücken können. Ebenfalls kritisch zu hinterfragen, gilt die geringe Stichprobe. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass anderer Websites anderer Ergebnisse gebracht hätten. Gleichmaßen hätte auch die Wahl einer anderen Datenbank andere Resultate erzielen können. Um den Inhalt der Websites im gesamten zu erfassen, wäre es eine Möglichkeit gewesen sich nicht nur auf das Textmaterial zu beziehen, sondern auch das Bildmaterial der Websites in die Untersuchung mit einzubeziehen.

Weitere Beschränkungen/Begrenzungen

Als weitere Begrenzung der Untersuchung lässt sich das Kategoriensystem nennen. Im Verlauf der Forschung zeigte sich, dass eine genauere Abgrenzung der Definitionen wichtig gewesen wäre um die Kategorien noch spezifischer unterscheiden zu können.

Kritische Reflexion der Gütekriterien

Bei der kritischen Reflektion der Gütekriterien lässt sich folgendes feststellen. Um die Paraphrasierung für Dritte nachvollziehbarer zu gestalten wäre ausführlichere *Verfahrensdokumentation* sinnvoll gewesen. Durch die das Ablaufsystem werden die einzelnen Schritte erkenn- und nachvollziehbar, könnten jedoch noch detailreicher beschrieben werden.

Die *Regelgeleitetheit* kann durch das systematische Vorgehen (Mayring, 2016), geleitet durch das kontinuierliche Durchführen der Schritte des Ablaufmodells gesichert werden.

Einzelne Definitionen des Kategoriensystems wurden selbst erstellt. Die fehlende Begründung auf welchem theoretischen Vorwissen die Definition erstellt wurde lässt sich als Schwäche der *argumentativen Interpretationsabsicherung* dieser Arbeit identifizieren

Die *Kommunikative Validierung* findet bei der vorliegenden Untersuchung keine Anwendung, da Texte auf Webseiten untersucht wurden. Bei einer erneuten Durchführung könnte man Praxisinhabende und Mitarbeitende einbeziehen und die Ergebnisse zur Verfügung stellen, um zu sehen, ob sie sich mit den Ergebnissen und Interpretationen identifizieren können

Mayring (2016) beschreibt ein Eintauchen in die Lebenswelt der betroffenen, um die *Nähe zum Gegenstand* herzustellen. Da Textinhalte untersucht wurden war dieses eintauchen nur begrenzt möglich.

Eine *Forschertriangulation* wurde erreicht, indem die Durchführung der Analyse einzeln erfolgte und anschließend in gemeinsame Diskussion gegangen wurde, um sowohl die Analyse als auch die Ergebnisse zu diskutieren. Ebenfalls in der Paraphrasierung wurden die Ergebnisse der Analyse erneut diskutiert.

Eine *Datentriangulation* hätte durch Einbezug unterschiedlicher Organisationsformen wie medizinische Einrichtungen mit ergotherapeutischem Angebot, erreicht werden können. Diese wurden jedoch nicht beachtet, da die Darstellung der Ergotherapie auf deren Internetauftritt oft nicht präsent ist.

Auch eine *Methodentriangulation* hätte, in Form von beispielsweise Mixed Methods Anwendung finden können, um auch quantitative Anteil zu fokussieren. Dies hätte die Qualität der Untersuchung gesteigert (Ritschl, Weigl, Stamm, 2016)

Kapitel 7: Schlussfolgerung und Ausblick

Nach der Darstellung sowie ausführlichen Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung folgt nun abschließend die Schlussfolgerung mit Ausblick auf weitere notwendige Forschung.

“Marketing heißt grundsätzlich die Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen.”

(Dumont & Matusiewicz, 2019, S. 296)

Für ergotherapeutische Praxen ist es demnach wichtig die Wünsche ihrer Anspruchsgruppen zu kennen und zu definieren, um diese mit in ihre Marketingstrategie einfließen zu lassen. Bei der Untersuchung zeigte sich vorwiegend eine Darstellung der ergotherapeutischen Praxen für die Klientel des ersten Gesundheitsmarktes (vgl. Kapitel 5) auf Basis einer ärztlichen Verordnung im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie. Als Anspruchsgruppen lassen sich hier unter anderem die Klientel auf Verordnungsbasis, die Verordnenden und Angehörigen identifizieren. Obwohl alle untersuchten Websites ähnliche Anspruchsgruppen ansprechen, lässt sich kein einheitliches Vorgehen bei der Darstellung von Inhalten erkennen, welches auf die Bedürfnisse der Anspruchsgruppen schließen lässt. Hierbei stellt sich die Frage: Welche Erwartungen haben derzeit die Stakeholder ergotherapeutischer Praxen bezüglich der Inhalte der Websites?

Nicht nur die Ergotherapie entwickelt sich stetig weiter auch die Gesellschaft und die Klientel verändern sich kontinuierlich. Die Klientel beispielsweise steht nicht mehr als “Leidende_r” im Fokus, sondern nimmt nun eine autonome und mitbestimmende Rolle in der Behandlung mit ein (Samerski, 2013). Auch in der Gesellschaft sind Veränderungen sichtbar. Zwischen den Jahren 2017 und 2021 eine kontinuierliche Steigerung von gesundheitsbewussten Personen erkennbar. Es zeichnet sich eine insgesamt Steigerung von 1,1% ab (Statista, 2021). Durch die steigende Anzahl von Menschen, die auf ihre Gesundheit achten sowie den Veränderungen hin zu der autonomen Klientel ändern sich die Bedürfnisse dieser im Gesundheitsmarkt. Diese Veränderungen der Anspruchsgruppen zeichnete sich nicht auf den untersuchten Websites ergotherapeutischer Praxen ab. Es ist unklar ob die veränderten Bedürfnisse der Anspruchsgruppen bei den Marketingstrategie ergotherapeutischer Praxen für ihre Websites Beachtung finden. Ebenso könnte es aber auch möglich sein, dass die Stakeholder derzeit noch eine funktionelle Behandlung und/oder Zielsetzung in der Ergotherapie präferieren.

Es bedarf weiterer Untersuchungen, die auch die Stakeholder direkt miteinschließen und zu Wort kommen lassen, um die Bedürfnisse der jeweiligen Anspruchsgruppen zu identifizieren. Nach weiteren Untersuchungen kann es sinnvoll sein bei Bedarf einen aus den Untersuchungen resultierenden Leitfaden zu entwickeln, um Praxisinhabende bei der Entwicklung ihrer Website zu unterstützen. Veröffentlichungen in verschiedenen Fachzeitschriften wären sinnvoll, um die neu generierten Erkenntnisse möglichst vielen zu Verfügung zu stellen.

“Vielmehr muss auch das professionelle Handeln in der Interaktion mit dem Klienten als Therapieziel, -weg und -erfolg innerhalb der Berufsgruppe ebenso wie nach außen für andere Berufsgruppen, Leistungsträger und nicht zuletzt die Klienten selbst transparent gemacht werden.” (Beyermann, 2006, S. S. 98)

Das Internet ist nicht nur relevant, um die Klientel für die jeweilige Praxis gewinnen zu können. Bürger_innen in Deutschland recherchieren bezüglich Fragen im Bereich der Medizin und Gesundheit immer mehr online (Trepte, Baumann, Hautzinger & Siegert, 2005). Hierbei ist es unklar, ob der Bedarf der Menschen besteht, sich zum Beispiel auf Websites ergotherapeutischer Praxen über den Handlungsauftrag der Ergotherapie zu informieren, welcher in der Gesellschaft in Deutschland noch nicht flächendeckend verbreitet ist. Dies kann auch für weitere Berufsprofessionen mit denen Ergotherapeut_innen zusammenarbeiten eine wesentliche Rolle spielen. Oftmals wird die Berufsprofession Ergotherapie vergessen in Gremien zum Beispiel bezüglich der Prävention und Gesundheitsförderung mit einzubeziehen, da anderen Berufsprofessionen der Handlungsauftrag der Ergotherapie nicht bekannt ist (Fürsattel & Bräuter, 2019). Zeigen die Websites ergotherapeutischer Praxen einen Paradigmen-Mix auf, lässt sich für die Menschen hieraus kein einheitliches Bild über die Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma erschließen. Dies kann wesentliche Auswirkungen haben auf Grund dessen, dass die Menschen zum Beispiel andere Erwartungen über die Ergotherapie entwickeln. Dies kann alle Anspruchsgruppen der ergotherapeutischen betreffen von der Klientel selbst über andere Berufsprofessionen wie zum Beispiel Ärzt_innen, die mit einem gewissen Ziel die ergotherapeutische Behandlung verordnen. Für praktizierenden Ergotherapeut_innen vor Ort könnte dies die Arbeit weg von der funktionellen Behandlung hin zur Behandlung auf Teilhabeebene erschweren. Auch den Einbezug der Ergotherapie in kommunalen Gremien, welche sich um Gesundheitsfragen drehen könnte, durch die nicht deutliche Darstellung der Ergotherapie beeinträchtigt werden. Des Weiteren ist es für das Voranschreiten der Professionalisierung unabdinglich das professionelle Handeln inhaltlich für alle Stakeholder transparent zu machen (Beyermann, 2006).

Weitere Untersuchungen sind relevant, um zu erforschen ob die Inhalte ergotherapeutischer Websites die Klientel, die Gesellschaft und/oder anderen Berufsprofessionen beeinflussen bezüglich ihrer Erwartungen an die Ergotherapie. Ebenso ist es relevant zu untersuchen ob die Inhalte der Websites von ergotherapeutischen Praxen die tatsächliche Praxis widerspiegelt.

In Kapitel eins wird aufgeführt welche Merkmale Goode (1982) für die Professionalisierung eines Berufsstandes als nötig erachtet. Verbindet man dies nun mit den Forschungsergebnissen kommt man zu folgendem Schluss. Die Websites der ergotherapeutischen Praxen haben ein einheitliches Rollenverständnis, wenden eine einheitliche Fachterminologie an und teilen gemeinsame Wertevorstellungen. Allerdings vor allem durch Nutzung der Merkmale des mechanistischen Paradigmas. Die Inhalte des zeitgenössischen Paradigmas werden sehr rudimentär auf Grundlage ähnlicher Quellen dargestellt.

Auf Grund des dargestellten Paradigmen-Mix auf den untersuchten Websites sowie den möglichen Abweichungen der Darstellung auf den Websites und der tatsächlichen praktischen Arbeit ist noch unklar:

Konnte der nach Mentrup (2014) bereits 2005 stattgefundenen Paradigmenwechsel in die Praxis übertragen werden oder befinden wir uns in der Ergotherapie noch mitten in einem Paradigmenwechsel? Hierfür bedarf es weitere Untersuchungen, die auf die praktische Arbeit der Ergotherapeut_innen abzielt.

Literaturverzeichnis:

American Occupational Therapy Association. (2014). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process*. (3rd Edition). Abgerufen am 08. August 2021, von https://moodle.zuyd.nl/pluginfile.php/815420/mod_resource/content/1/OTPF-2014.pdf

Arbeitsgruppe Modelle und Theorien in der Ergotherapie des Deutschen Verbandes für Ergotherapeuten (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie - Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe: Definitionen und Erläuterungen*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Arendt, L. (2014). Interview mit Simone Gritsch. *ergopraxis* 4/14, 47.

Arzt & Wirtschaft Online (2021). *104 Euro pro Monat geben Privathaushalte durchschnittlich für Gesundheit aus*. Abgerufen am 04. August 2021, von <https://www.arzt-wirtschaft.de/vermishtes/104-euro-pro-monat-geben-privathaushalte-durchschnittlich-fuer-gesundheit-aus/>

Bendel, Prof. Dr., O. (2021). Sharing Economy. Abgerufen am 01.11.2021, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/sharing-economy-53876/version-384536>

Berger-Grabner, D. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele* (3. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Beyermann, G. (2006). Professionalisierung und Klientenzentrierung - zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken. *Ergoscience*, 01(3), 92–99. doi: 10.1055/s-2006-927107

Bibliographisches Institut (2021). *Wörterbuch - Layout*. Abgerufen am 14. August 2021, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Layout>

Bühler, M. (2019). *Der Weg zum Website-Olymp*. Radolfzell am Bodensee: sorriso.

Boyt-Schell, B., Gillen, G. & Coppola, S. (2019). Contemporary Occupational Therapy Practice. In B. Boyt Schell & G. Gillen. *Willard and Spackman's occupational Therapy* (13th Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Christiansen, C. & Haertl, K. (2019). A Contextual History of Occupational Therapy. In B. Boyt Schell & G. Gillen. *Willard and Spackman's occupational Therapy* (13th Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Cup, E., & van Hartingsveldt, M. (2019). Ausgangspunkte in der Ergotherapie. In: M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart: Georg-Thieme.

Daniëls, R., & Verhoef, J. (2019). Professionelles Reasoning. In: M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart: Georg-Thieme.

Dehnhardt, B. (2020). Ergotherapeutische Modelle und Assessments. In M. Kohlhuber, C. Aichorn, & B. Dehnhardt (Hrsg.). *Ergotherapie - betätigungszentriert in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Georg-Thieme.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (o.D.). *QM in Praxen*. Abgerufen am 2. August 2021, von <https://dve.info/infothek/qm-in-praxen>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2007). *Defintion Ergotherapie*. Abgerufen am 27. September 2021, von <https://dve.info/ergotherapie/definition>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2012). *Perspektiven 2020*. Abgerufen am 18. Oktober 2020, von <https://dve.info/resources/pdf/infothek/192-perspektiven-2020-web/file>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (2019a). *Kompetenzprofil Ergotherapie*. Abgerufen am 08. August 2021, von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2019b). *Merkblatt zum Thema: Werbung*. Abgerufen am 07. März 2021, von <https://dve.info/resources/pdf/downloads/merkblaetter/w/823-werbung-35-so/file>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2020). *Ethik in der Ergotherapie – Handlungshilfe zur ethischen Situationseinschätzung im beruflichen Alltag*. Abgerufen am 13. März 2021, von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/3959-2020-ethik-einseiten-pdf-final/file>

Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (2021). *Merkblatt zum Thema: Behandlung ohne Verordnung/alternative Leistungen*. Abgerufen am 04. August 2021, von <https://dve.info/resources/pdf/downloads/merkblaetter/b/742-behandlung-ohne-verordnung-alternative-leistungen-48-so/file>

Discern (2005). *Hintergrund*. Abgerufen am 17. Oktober 2021, von <http://www.discern.de/hintergrund.htm>

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Untersuchungsdesign. In: N. Döring, & J. Bortz. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.

Döring, N., & Bortz, J. (2016, b). Forschungs- und Wissenschaftsethik. In: N. Döring, & J. Bortz. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.

Döring, N., & Bortz, J. (2016, c). Datenanalyse. In: N. Döring, & J. Bortz. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.

Fisher, A. (2014). *OTIPM- Occupational Therapy Intervention Process Modell. Ein Modell zum Planen und umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasiert Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Frank, M. (2009). *Meine Arztpraxis – erfolgreich im Gesundheitsmarkt. Die besten Strategien, Ideen und Konzepte*. Heidelberg: Springer Medizin.

Fürsattel, E.-M., & Bräuter, T. (2019). Diese Möglichkeiten bestehen - Prävention in der Ergotherapie (DVE, Hrsg.). *ET&Reha*, 58(9), 36-39. doi:10.2443/skv-s-2019-51020190905

GKV-Spitzenverband (2021). *Die gesetzlichen Krankenkassen*. Abgerufen am 10. Oktober 2021, von https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp

Goode, W. J. (1982). Experten und Scharlatane. Eine Warnung vor der falschverstandenen Professionalisierung der Soziologie. In T. Luckmann & W. Sprondel (Hrsg.) *Berufssoziologie*. Köln: Hiepenheruer und Witsch

Gräfe, A. K. (2021). Was gehört auf meine Website? Die Praxis-Homepage sicher gestalten. *ergopraxis*, 7-8/21, 44-46.

Götsch, K. (2007). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn. *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln* (3 Auflage). Stuttgart: Georg Thieme.

Hagedorn, R. (2009). Theorie in der Ergotherapie – eine konzeptionelle Grundlage für die Praxis. In C. Jerosch-Herolds, U. Marotzki, B. Stubner & P. Weber. *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin.

Hagedorn, R. (2009b). Umsetzung von Modellen in die Praxis. In Jerosch-Herolds, Marotzki, Stubner & Weber. *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hagedorn, R. (2009c). Praxismodelle der Ergotherapie. In C. Jerosch-Herolds, U. Marotzki, B. Stubner & P. Weber. *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin.

Harth, A. & Peper, E. (2007). Qualitätsmanagement (QM): Grundlagen und Bedeutung für die Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.

Höhl, B. (2016). Gütekriterien für Qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 127–130). Berlin Heidelberg: Springer.

Hucke, B. & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

- Johnson, K., & Dickie, V. (2019). What is Occupation? In B. Boyt-Schell & G. Gillen, *Willard and Spackman's - Occupational Therapy* (13th Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Kesting, T. (2019). Praxismarketing als Therapie. In: D. Matusiewicz, F. Stratmann, & J. Wimmer (Hrsg.). *Marketing im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Kinébanian, A., & Logister-Proost, I. (2019). Begriffe verstehen – der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In: M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart: Georg-Thieme.
- Klemme, B. & Siegmann, G. (2006). *Clinical Reasoning. Therapeutisches Denkprozesse lernen*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- König, H. H. (2017). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention - Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Deutschland: Köln. doi:10.17623/BZGA:224-i048-1.0
- Koesling, C. & Bollinger Herzka, T. (2008). *Ergotherapie in der Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Kötter, J., & Kohlbrunn, Y. (n.d.). *Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring*. Abgerufen am 02. Oktober 2021, von <https://methodenzentrum.ruhr-uni-bochum.de/e-learning/qualitative-auswertungsmethoden/qualitative-inhaltsanalyse/qualitative-inhaltsanalyse-nach-mayring/>
- Kranz, F. (2016). Von wegen grau: Theorien in der Ergotherapie. Abgerufen am 08. August 2021, von <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0041-109042.pdf>
- Krimmel, L. (2005). Die politische Dimension: Der Zweite Gesundheitsmarkt. In V. Streit & M. Letter (Hrsg.). *Marketing für Arztpraxen*. Berlin: Springer.
- Kuhn, T. (1976). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Lobacher, P. (2017). *Homepage, Blog und Co.: Digitale Welt für Einsteiger*. Berlin: Stiftung Warentest.
- Marksteiner-Fuchs, P. (2010). Marketingkompetenzen – Marketing in der Ergotherapie. In N. Thapa-Görder, & S. Voigt-Radloff. (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung - Aufgaben der Ergotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Dr. phil. Marstedt, G. (2018). *Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte*. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). doi:10.11586/2017052
- Matusiewicz, D. (2019). Marketing im Gesundheitswesen – eine Einführung. In D. Matusiewicz, F. Stratmann, & J. Wimmer. (Hrsg.). *Marketing im Gesundheitswesen: Einführung - Bestandsaufnahme – Zukunftsperspektiven*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Matusiewicz, D., & Kusch, C. (2019). Trend-Dossier – Auf dem Weg in den dritten Gesundheitsmarkt. *Gesundheitsforen Leipzig GmbH*. Abgerufen am 05. April 2021, von <https://docplayer.org/127348823-Auf-dem-weg-zum-dritten-gesundheitsmarkt.html>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Meffert, H., Bruhn, M., & Hadwich, K. (2018). *Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte – Methoden* (9. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Merklein de Freitas, C. (2016). Bezugsrahmen in der Pädiatrie. SS. 183- 195. In A. Baumgartner, & H. Strebel (Hrsg.). *Ergotherapie in der Pädiatrie*. Idstein. Schulz-Kirchner.
- Merklein de Freitas, C., & Weber, B. (2019). Qualitätsentwicklung und Reasoningprozesse in der Ergotherapie. In M. Feiler (Hrsg.). *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie*. Stuttgart: Georg-Thieme.
- Mentrup, C. (2014). Das ergotherapeutische Paradigma. Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun? In: E. Scholz-Minkwitz, & K. Minkwitz (Hrsg.). *Ergotherapie sucht Topmodelle. Theorie und Praxis aktuell. Herbsttagung 2013 DVE Fachausschuss Neurologie* (SS. 9 – 16). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Miesen, M. (2004). *Berufsprofil Ergotherapie*. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Möller, M. (2017). *Betätigung (occupation) als ergotherapeutischer Schlüsselbegriff und seine epistemologischen Anpassungen im Verlauf von 100 Jahren Berufsgeschichte: analytischer Überblick und Ausblicke für die Zukunft – Teil 1: Die epistemologische Entwicklung des Begriffes Betätigung im Kontext eines sich wandelnden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit*. Abgerufen am 24. Mai 2021, von <https://eds-b-ebsohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2b15a38e-5fc7-401e-81db-c3f7bbfbef30%40pdc-v-sessmgr03>
- Niermann, T., & Burghardt, T. (2016). Einführung in das deutsche Gesundheitswesen – Teil 1: Gesamtüberblick über die Marktteilnehmer des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes. *Body LIFE. Ausgabe 11/2016*, 1-3. Abgerufen am 13. Mai 2021, von https://hbsn-ag.de/assets/files/news/Serie_Gesundheitswesen_3_veroeffentlichte_Version_20160928.pdf
- OnlineMarketing.de GmbH (2021). *Lexikon – Usability*. Abgerufen am 15. August 2021, von <https://onlinemarketing.de/lexikon/definition-usability>
- Pratzner, A. (2021). *Zentriertes Layout über CSS*. Abgerufen am 14. August 2021, von <https://www.html-seminar.de/3-spalten-layout-zentriert.htm>
- Robert-Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destasis*. Abgerufen am 30. Oktober 2021, von

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInD_tld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?blob=publicationFile

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. *Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung*. Abgerufen am 21. März 2021, von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2324/HeilM-RL_2020-10-15_iK-2021-01-01.pdf

Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben – Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin: Springer.

Rohles, B. (2017). *Grundkurs. Gutes Webdesign* (2. Aufl.). Bonn: Rheinwerk.

Samerski, S. (2013). Professioneller Entscheidungsunterricht – Vom Klienten zum mündigen Entscheider. *Leviathan 2013* (Vol. 41, Nr. 1.), 144 – 163.

Schiewack, M. (2014). Aus der Praxis. Facebook & Co. So machen wir's. *ergopraxis 4/14*, 46.

Schramm, A. (2013). Die eigene Praxis-Website. In C. Westendorf, A. Schramm, J. Schneider, & R. Doll (2013) *Marketing für Physiotherapeuten*. Berlin: Springer.

Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). (2021, 18. Januar). Abgerufen am 21. März 2021, von <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>

Statistisches Bundesamt (2016). *Statistisches Bundesamt*. Abgerufen am 14. . Januar 2021, von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2016/PD16_14_p002.html

Statista (2021). *Anzahl der Personen in Deutschland, die sehr auf ihre Gesundheit achten (Gesundheitsbewusste), von 2017 bis 2021*. Abgerufen am 30. Oktober 2021, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/272609/umfrage/gesundheitsbewusste-in-deutschland/>

Stiftung Gesundheit (2021). *Das Gütesiegel für gesundheitsbezogene Websites*. Abgerufen am 05. April 2021, von <https://www.stiftung-gesundheit.de/zertifizierung/websites/>

Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189-196.

Trepte, S., Baumann, E., Hautzinger, N., & Siegert, G. (2005). Qualität gesundheitsbezogener Online-Angebote aus Sicht von Usern und Experten. *M&K Medien & Kommunikationswissenschaft*, 2005(4), 486-506. doi:10.5771/1615-634x-2005-4-486

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), & Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (2017). *Vertrag über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen und deren Vergütung*. Abgerufen am 1. September 2021, von https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag/_jcr_content/par/download_18/file.res/Rahmenvertrag_Ergotherapeuten.pdf

Waltersbacher, A. (2020). *Heilmittelbericht 2020 – Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie*. Abgerufen am 03. Februar 2021, von https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2020.pdf.

Weigl, R. (2016). Datenschutz. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben – Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin: Springer.

Westendorf, C. (2013). Marketing – was ist das? In C. Westendorf, A. Schramm, J. Schneider, & R. Doll (2013). *Marketing für Physiotherapeuten*. Berlin: Springer.

Willkomm, J. J., & Braun, S. (2019). Werberecht im Gesundheitswesen. In D. Matusiwicz, F. Stratmann, & J. Wimmer (Hrsg.). *Marketing im Gesundheitswesen. Einführung - Bestandsaufnahme – Zukunftsperspektiven*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

World Federation of Occupational Therapists (2016). *Code of Ethics*. Abgerufen am 07. Januar 2021, von <https://www.wfot.org/resources/code-of-ethics>

Zakrzewski, G. (n.d.). *Gesundheitswirtschaft – Der zweite Gesundheitsmarkt*. Abgerufen am 03. August 2021, von <https://www.essen.ihk24.de/produktmarken/branchen/gesundheitswirtschaft/informationen-fuer-die-gesundheitswirtschaft/der-zweite-gesundheitsmarkt-2103544>

Zukunftsinstitut GmbH (2015). *Die Phillips Gesundheitsstudie – Wie Vertrauen zum Treiber einer neuen Kultur wird*. Abgerufen am 05. Januar 2021, von [Zukunftsinstitut_Philips_Gesundheitsstudie_2015.pdf](#)

Glossar:

Anonymisierung	Anonymisierung meint das Verändern von personenbezogenen Daten, sodass keine Rückschlüsse auf die jeweilige Person (in diesem Fall Websites) geschlossen werden können.
Ergotherapeutische Prozessmodelle	Ergotherapeutische Prozessmodelle stellen die Arbeitsabläufe innerhalb der Ergotherapie dar.
Gütekriterien	Gütekriterien sind Kriterien, die die wissenschaftliche Exaktheit von Studien beschreiben. Sie dienen einerseits als Richtlinien für die Forschenden, aber auch zur kritischen Beurteilung von Studien (Höhl, 2016)
Praxis	Räumlichkeiten, in denen der_die Ergotherapeut_in die Ausübung des Berufes nachgeht, welche über eine Praxiszulassung nach § 124 SGB V verfügen.
Peer-to-Peer Prinzip	Als Peer-to-Peer Prinzip werden Netzwerke aus Gleichgesinnten verstanden, welche alle dieselben Rechte haben, mit dem Ziel ihre Gesundheit zu managen.
Selbstzahlerleistung	Selbstzahlerleistungen sind Leistungen, welche von der Klientel selbst bezahlt werden.
Share Economy	Unter share economy wird das systematische Teilen und Bereitstellen von Gütern, Wissen und Informationen verstanden (Bendel, 2021).
Third-Party-Payer System	Das Third-Party-Payer System meint, dass nicht der Leistungserhaltende dem Leistungserbringer die Leistung vergütet, sondern eine dritte Institution.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Darstellung des Dienstleistungsbegriffs auf ergotherapeutische Praxen bezogen
Abbildung 2	Ablaufmodell der Untersuchung
Abbildung 3	Auszug aus einem Beispiel der Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
Abbildung 4	Darstellung der betätigungsorientierten Vorgehensweise auf den Websites
Abbildung 5	Darstellung der Sicht auf Gesundheit (K1.3) auf den Websites
Abbildung 6	Darstellung des klientenzentrierten Arbeitens (K1.5) auf den Websites
Abbildung 7	Darstellung der funktionsorientierten Vorgehensweise (K2.1) auf den Websites
Abbildung 8	Darstellung von Betätigung (K2.2) auf den Websites
Abbildung 9	Darstellung von Gesundheit (K2.4) auf den Websites
Abbildung 10	Zusammenfassung der Merkmale des zeitgenössischen und mechanistischen Paradigmas
Abbildung 11	Charakteristika zeitgenössisches Paradigma
Abbildung 12	Charakteristika mechanistisches Paradigma
Abbildung 13	Vergleich der Anzahl der Fundstellen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Beispiel der systematischen Literaturrecherche
Tabelle 2	Auszug aus dem Kodierleitfaden
Tabelle 3	Überblick über alle Merkmale / Kategorien aus dem Kategoriensystem
Tabelle 4	Auszug aus der zweiten Reduktion
Tabelle 5	Auszug Ergebnis der Paraphrasierung

Anhangsverzeichnis

Anhang 1	Auszug aus der systematische Literaturrecherche
Anhang 2	Kategoriensystem
Anhang 3	Kodierleitfaden
Anhang 4	Beispiel der Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
Anhang 5	Auszug aus der Paraphrasierung
Anhang 6	Zeitplanung
Anhang 7	Ehrenwörtliche Erklärung

Anhang 1: Auszug aus der systematischen Literaturrecherche

Systematische Literaturrecherche

PIO-Fragestellung: In welchem Paradigma stellen sich ergotherapeutische Praxen auf ihren Websites in Deutschland dar.

Mögliche Suchbegriffe:

Deutsch	Englisch	Synonym
Paradigma	pradigm	
Ergotherapie	Occupational therapy	
Mechanisches Paradigma	Mechanistic paradigm	
Zeitgenössisches Paradigma	Contemporary paradigm	
Heilmittelerbringer		
Ergotherapiepraxen	Occupational therapy	Ergotherapeutische Praxen
Websites	Websites	Internetauftritt
Außendarstellung	corporate identity	Darstellung
Professionalisierung		Professionelles Arbeiten
Merkmalstheorie		

Zu durchsuchende Datenbanken

Pubmed	Google Scholar	DIZ der Zuyd Hogeschool	OTSeeker	Cochrane
--------	----------------	-------------------------	----------	----------

Suchdatum: 06.03.2021

Datenbank	Suchbegriffe und Operatoren	Anzahl	Bemerkung	Relevanz	Evidenz nach Tomlin und Borgetto (2011)
Google Scholar	Ergotherapie AND Paradigma	2180			
	Ergotherapie AND Paradigma 2015 - 2021	853			
	Ergotherapie AND Paradigma 2015-2021 Seiten auf Deutsch	661			
	zeitgenössisches Paradigma AND Ergotherapie 2015-2021	109			

			https://doi.org/10.2443/skv-s2017-54020170204		
	Ergotherapie AND Paradigma AND kuhn 2015-2021 Seiten auf Deutsch	54	Die Perspektive wechseln! – Die Betätigung und nicht das Individuum befunden. K. Pechstädt DOI: 10.1055/a-0899-9334	nein	Artikel
	Ergotherapie AND Professionalisierung	1740			
	“Ergotherapie” AND “Professionalisierung”	1190			
	“Ergotherapie” AND “Professionalisierung” 2000 – 2021 Seiten auf Deutsch	933			
	“Ergotherapie” AND “professionelles Handeln” 2000 – 2021 Seiten auf Deutsch	220			
	“Ergotherapie” AND “professionelles Handeln” AND “Deutschland” 2000 – 2021 Seiten auf Deutsch	191			
	“Ergotherapie” AND “professionelles Arbeiten” 2000 – 2021 Seiten auf Deutsch	18	Marotzki, U. (2013). Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung: eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag	ja	Evidenzlevel 2 Qualitative research (grounded theory)
	“Ergotherapie” AND “Professionalisierungstheorie” 2000 – 2021 Seiten auf Deutsch	10	Professionalisierung und Klientenzentrierung - zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken DOI: 10.1055/s-2006-927107	ja	Evidenzlevel 1 Descriptive research (literature review)

Datenbank: DIZ der Zuyd Hogeschool	Ergotherapie AND Paradigma	212		0	
	Paradigma AND Ergotherapie 2015-2021	102		0	
	Paradigma AND Ergotherapie 2015-2021 Hbo Kenntnisbank	1	Gemeinsam auf dem Weg -- Eine qualitative Studie zur Implementierung modellgeleiteten Arbeitens in ambulanten Ergotherapiepraxen <u>10.2443/skv-s-2021-54020210102ergoscience 2021, 16(1): 12-20 © Schulz-Kirchner, Idstein</u>	nein	
	Paradigma AND Ergotherapiepraxis 2015 - 2020	3			
	Paradigma AND Ergotherapie 2015-2021 Academic search	18			
	Ergotherapie AND "zeitgenössisches Paradigma"	2			

Suchdatum: 09.03.2021

Datenbank	Suchbegriffe und Operatoren	Anzahl	Bemerkungen	Relevanz	Evidenz nach Tomlin und Borgetto (2011)
Datenbank: DIZ der Zuyd Hogeschool	Paradigmenwechse 1 AND Ergotherapie	181			
	Paradigmenwechse 1 AND Ergotherapie 2011-2021 Academic search	19	Die therapeutische Beziehung aus der Perspektive akademisierter Ergotherapeuten vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels – eine qualitative Studie <u>DOI: 10.2443/skv-s-2016-54020160301</u>	Nein	

			<u>Betätigung (occupation) als ergotherapeutischer Schlüsselbegriff und seine epistemologischen Anpassungen im Verlauf von 100 Jahren Berufsgeschichte: analytischer Überblick und Ausblicke für die Zukunft - Teil 2: Komplexitätstheorie als epistemologische Grundlage für die Reflexion über neue Formen von Typologien und Taxonomien der menschlichen Betätigung</u> DOI: 10.2443/skv-s-2017-54020170305	ja	Artikel
Google Scholar	Ergotherapie Paradigmenwechse l 2012-2021	838			
	Paradigmenwechse l AND Ergotherapiepraxis 2012-2021	12	<u>Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis</u> https://books.google.de/books?hl=de&lr=lang_de&id=O6C0BgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR19&dq=paradigmenwechsel+ergotherapiepraxis&ots=nTscnGEm0q&sig=M3f5_K9cyv2VNYd54sgV5cc15RY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false	ja	

Suchdatum. 10.03.2021

Datenbank	Suchbegriffe und Operatoren	Anzahl	Artikel	Relevanz	Evidenz nach Tomlin und Borgetto (2011)
Datenbank: DIZ der Zuyd Hogeschool	Ergotherapiepraxis AND Außendarstellung nur Volltext zwischen 2000 und 2021	1	https://www-thieme-connect-de.zuyd.idm.oclc.org/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1382279.pdf	nein	
	Ergotherapiepraxis AND Websites	11	Das sind sie - cooperate identiy https://www-thieme-connect-de.zuyd.idm.oclc.org/products	Nein	

	nur Volltext zwischen 2000 und 2021		/ejournals/pdf/10.1055/a-0587-7812.pdf Praxishomepage – Sich professionell im Internet präsentieren. DOI: 10.1055/s-0030-1253185	ja	
	ergotherapiepraxen AND Websites nur Volltext zwischen 2000 und 2021	0			
	Corporate Design AND Ergotherapie AND Internet nur Volltext zwischen 2000 und 2021	10		nein	
	Außendarstellung AND Internet AND Ergotherapie nur Volltext zwischen 2000 und 2021	3		nein	
	Ergotherapiepraxis AND Paradigma	3		nein	
OT- Seeker	Occupational therapy AND corporate design	0			
	Occupational therapy AND paradigm	1		nein	
	Occupational therapy AND Websites	0			
Coch- rane	occupational therapy AND Websites	47		nein	
	„occupational therapy“ AND Websites	13		nein	
	"occupational Therapy" AND "paradigm Change"	0			
	"occupational Therapy" AND "corporate identity"	0			

	"occupational Therapy" AND "contemporary paradigm"	0			
	"occupational Therapy" AND "mechanistic paradigm"	0			

Suchdatum 10.03.2021

Datenbank	Suchbegriffe und Operatoren	Anzahl	Artikel	Relevanz	Evidenz nach Tomlin und Borgetto (2011)
Datenbank: DIZ der Zuyd Hogeschool	Ergotherapiepraxis AND Außendarstellung 2010-2021	1		Nein	
	Ergotherapiepraxis AND Websites 2010-2021	11		Nein	
	ergotherapiepraxen AND Websites 2010-2021	0			
	Corporate Identity AND Ergotherapie and Internet 2010-2021	29			
	Außendarstellung AND Internet und Ergotherapie 2010-2021	5		Nein	
	Außendarstellung AND Ergotherapie 2010-2021	3		Nein	
	Ergotherapiepraxis AND Paradigma 2010-2021	3		nein	

Suchdatum 03.03.2021

Datenbank	Suchbegriffe und Operatoren	Anzahl	Artikel	Relevanz	Evidenz nach Tomlin und Borgetto (2011)
Pubmed	Paradigm AND occupational therapy	370		0	
	Paradigm AND occupational therapy 2010 – 2021	283		0	
	Paradigm AND occupational therapy AND Germany 2010 – 2021	13		0	
	„Contemporary paradigm“ AND „Occupational Therapy“ 1979 - 2021	5	<p>Contemporary ot practice: The Challenges of being evidence based an philosophically congruent https://onlinelibrary-wiley-com.zuyd.idm.oclc.org/doi/epdf/10.1111/1440-1630.12110</p> <p>Contemporary occupational therapy practice: The challenges of being evidence based and philosophically congruent https://doi.org/10.1111/1440-1630.12110</p> <p>Contemporary occupational therapy: Our occupational therapy Models are essential to occupation centred practice https://onlinelibrary-wiley-com.zuyd.idm.oclc.org/doi/10.1111/1440-1630.12186</p>	Nein Nein nein	

Kategoriensystem Kategorie 1: Merkmale des zeitgenössischen Paradigmas

Hauptkategorien	Definition	Subkategorien	Definition
K1.1 Betätigungsorientierte Vorgehensweise	Betätigung steht in allen ergotherapeutischen Prozessphasen im Fokus.	K1.1.1 Betätigungsorientiertes Assessment	Assessments, die im Kontext der Betätigungsfrage erfolgen und klare Aussagen erlauben. Es wird unter Berücksichtigung des Einflusses der physischen und sozialen Umwelt durchgeführt, wodurch man auch an Informationen über die Merkmale der Umwelt, welche die Ausführung von Betätigungen unterstützen oder behindern gelangt (le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019).
		K1.1.2 Betätigungsanalyse	“Analyse der Betätigungen eines Individuums in seinem jeweiligen Kontext mit dem Ziel, Einblicke in sein Betätigen, die stimulierenden und hemmenden Faktoren und deren mögliche Ursachen zu gewinnen. Die Analyse der Betätigung weist Parallelen zur Aktivitätsanalyse auf, wobei ein wichtiger Unterschied darin besteht, dass in einer Betätigungsanalyse die einzelne Aktivität einer bestimmten Person mit ihrer spezifischen subjektiven und kontextuellen Dimension analysiert wird.” (le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 615)
		K1.1.3 Betätigungsorientierte Behandlungsverfahren	Behandlungsverfahren bei denen eine Verbesserung der Betätigungsperformanz im Mittelpunkt steht
		K1.1.4 Betätigungsrollen (Occupational role)	Rechte, Pflichten und erwarteten Verhaltensmuster, die mit einer bestimmten Reihe von Aktivitäten oder Betätigungen verbunden sind, die regelmäßig ausgeübt

			werden und mit sozial-kulturellen Rollen verbunden sind (Townsend & Polatajko, 2013)
		K1.1.5 Bedeutungsvolle und zielgerichtete Betätigung [1,2,4] (meaningful occupation)	<p>“Betätigung = eine Aktivität oder ein Bündel von Aktivitäten, die mit einer bestimmten Regelmäßigkeit und Struktur als solche durchgeführt werden und denen Personen und ihre Kultur einen bestimmten Wert und eine bestimmte Bedeutung beimessen.“ (le Grasse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 615)</p> <p>Sie lassen sich in folgende Bereiche einteilen:</p> <p>Aktivitäten des täglichen Lebens</p> <p>Ruhe und Schlaf</p> <p>Bildung</p> <p>Arbeit</p> <p>Spiel</p> <p>Freizeit</p> <p>Soziale Teilhabe</p> <p>(AOTA,2020)</p>
		K1.1.6	Ist das Ergebnis der Interaktionen zwischen der Person, der Umwelt und der Betätigung (Law et. al, 2020).
K1.2 Bezugsrahmen (Frames of reference) [1,4]	Theorien aus den Bezugswissenschaften aus denen die Ergotherapie ihre Ansätze für die Praxis entwickelt (Hagedorn, 2000)	K1.2.1 Psychosozialbasierte Bezugsrahmen	<p>“Sind meist durch Bezugssysteme wie z. b. Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Philosophie & Betätigungswissenschaften geprägt” (Merklein de Freitas, 2016)</p> <p>Beinhaltet den kognitiv-verhaltensbasierten, den betätigungsbasierten, den klientenzentrierten und den Lernbasierten Bezugsrahmen. (Merklein de Freitas, 2016)</p>
		K1.2.2. Wahrnehmungs- und bewegungsbasierter	<p>“Sind stark von menschlichen Bezugssystemen geprägt. Theorien über kindliche Entwicklung.... Oder Fragen nach typischen Betätigungen oder Aktivitäten” (Merklein de Freitas, 2016)</p>

		Bezugsrahmen	Behinhaltet den Neurophysiologischen, biomechanischen und wahrnehmungsbasierten Bezugsrahmen (Merklein de Freitas, 2016)
		K1.2.3. Adaptionen basierter Bezugsrahmen	<p>“Im adaptionsbasierten Bezugsrahmen rücken die Umwelt und deren Anpassung in den Fokus, sodass Person und Betätigung..., unterstützt werden.” (Merklein de Freitas, 2016)</p> <p>Behinhaltet den Bezugsrahmen der Umweltanpassung unter assistiven Technologien (Merklein de Freitas, 2016)</p>
K1.3 (Sicht auf) Gesundheit [3]	Fähigkeit sich an die verschiedenen sozialen, physischen und emotionalen Herausforderungen des Lebens anzupassen und diese selbst zu managen. (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019)	K1.3.1 Bio-psychoziales Modell [3]	Der Mensch wird nicht nur als Organismus verstanden, auch psychologische und soziale Faktoren, durch die Krankheit und Heilungsprozesse mitbestimmt werden, finden Beachtung (le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019).
		K1.3.2 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)	Klassifikation der funktionalen Gesundheit und ihrer Beeinträchtigungen (WHO, 2005).
		K1.3.3 Wohlbefinden [1] (well-being) durch Betätigung	“Wohlbefinden ist ein allgemeiner Begriff, der die Gesamtheit menschlicher Lebensbereiche, einschließlich physischer, mentaler und sozialer Aspekte, umfasst, die das ausmachen, was ein “gutes Leben” genannt werden kann.” (WHO, 2005)

		<p>K1.3.4 Lebensqualität [1,3] (quality of life)</p>	<p>“Dynamische Bewertung der Lebenszufriedenheit (Wahrnehmung von Fortschritt in Richtung der herausgefundenen Ziele), des Selbstkonzepts (Überzeugungen und Empfinden über sich selbst), von Gesundheit und Funktionsfähigkeit (z.B. Gesundheitsstatus, Selbstversorgungsfähigkeiten und von sozioökonomischen Faktoren [...]).” (AOTA, 2014, S. 160).</p>
		<p>K1.3.5 Occupational satisfaction (Betätigungszufriedenheit)</p>	<p>Der Zustand mit der eigenen Betätigungsperformanz oder seinem Engagement zufrieden sein (Townsend & Polatajko, 2013)</p>
		<p>K1.3.6 Recht auf Betätigung (Occupational justice)</p>	<p>“Recht des Menschen, sich an einer ausreichenden Anzahl und Vielfalt von Betätigungen zur Förderung von Entwicklung, Gesundheit und Wohlbefinden zu beteiligen” (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019, S. 629)</p>
		<p>K1.3.7 Betätigungsdeprivation</p>	<p>Ist der Zustand, in dem man daran gehindert oder davon ausgeschlossen wird, an notwendigen, obligatorischen und selbst gewählten Betätigungen teilzunehmen und sich zu engagieren (OTAUS, 2016)</p>
K1.4 Gesundheitsmarkt	Ist Teil der Gesundheitswirtschaft, und beinhaltet alles zum Thema Krankheit und Gesundheit	<p>K1.4.1 Erster Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie</p>	<p>“Der sogenannte erste Gesundheitsmarkt umfasst die Abgrenzung und Positionierung innerhalb eines gesetzlich regulierten und weitgehend homogenen Marktes.” (Matusiewicz, 2019, S.3).</p>
		<p>K1.4.2 Zweiter Gesundheitsmarkt</p>	<p>“Im zweiten Gesundheitsmarkt fungieren die Patienten als Selbstzahler, die bestimmte Leistungen “out-of-pocket” nachfragen.”</p>

		tsmarkt in der Ergotherapie	(Matusiewicz, 2019, S.3) Der Fokus liegt dabei auf die Verbesserung der Lebensqualität, Teilhabe oder Zufriedenheit.
		K1.4.3 Dritter Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie	“Im sogenannten dritten Gesundheitsmarkt geht es insbesondere um die Share Economy im Gesundheitswesen, sodass gar nicht mehr eindeutig ist, ob es sich hier um ein gemeinnütziges Projekt oder ein Business-Modell handelt.” (Matusiewicz, 2019, S.3)
K1.5 Klientenzentriertes Arbeiten [4]	Klientenzentriertes Arbeiten beschreibt, dass Klient_innen in der Entscheidung über die Versorgung mit einbezogen wird und stets transparente Informationen bezüglich der Qualität und den Preis der Versorgung erhält (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019).	K1.5.3 Klientenzentrierte Versorgung/Praxis (client-centered practice) [1]	“Dienstleistungsansatz, der Respekt für die Klienten und Partnerschaft mit ihnen als aktive Teilnehmer am Therapieprozess umfasst. Dieser Ansatz betont das Wissen und die Erfahrung, Stärken, Auswahlvermögen und allgemeine Autonomie der Klienten.” (Boyt Schell et al., 2014a, S. 1230)
		K1.5.4 Aktive Klientel [4]	Klient_innen die im Therapieprozess eine aktive und autonome Rolle einnehmen
		K1.5.5 Klientensystem	Klientensystem umfasst nicht nur den Menschen, der die Ergotherapie verordnet bekommen hat, sondern alle Personen, die von dem Betätigungsanliegen betroffen sind oder dabei eine Rolle spielen.
K1.6 Technologiebasiertes Arbeiten	Ergotherapeut_innen beraten und begleiten Klient_innen im Umgang mit neuen Technologien und entwickeln, implementieren	K1.6.1 Alltagsapps	Apps, die im Alltag unterstützen sollen
		K1.6.2 Robotik	Unterstützung durch den Einsatz von Robotern zum Erreichen eines Betätigungsziels.
		K1.6.3	Ergotherapie über Videokonferenz

	und evaluieren neue technische Anwendungen (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019).	Tele-/Videotherapie	
		K1.6.4 Videoanalyse	Analyse von Betätigung mit Hilfe von Videos
K1.7 Modellbasiertes Arbeiten	Die ergotherapeutische Leistung basiert auf Basis ergotherapeutischer Theorien, in der die Vision, das Leitbild und das Paradigma integriert sind.	K1.7.1 Ergotherapeutische Prozessmodelle	Der in Schritten eingeteilte Verlauf oder Entwicklungsgang sowie die zeitliche Abfolge der einzelnen Schritte in der ergotherapeutischen Dienstleistung.
		K1.7.2 Ergotherapeutische Inhaltsmodelle	“Inhaltsmodelle sorgen für eine Struktur in der praktischen Ergotherapie und unterstützen das professionelle Reasoning des Ergotherapeuten. Durch Verwendung eines Inhaltsmodells bleibt der Fokus eher auf das Betätigen, den Klienten, seine Betätigungsumwelt und die wechselseitigen Verpflichtungen und Bedeutungen gerichtet. Denn das ergotherapeutische Inhaltsmodell trägt das Paradigma, die Vision und das Leitbild der Ergotherapie in sich und basiert u.a. auf den Theorien der Occupational Science. Ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell trägt zur Schaffung eines Gesamtbildes des Klienten und seiner Wünsche im Hinblick auf das Betätigen und die Partizipation bei. Es hilft bei der Formulierung der Ergotherapieziele und bei der Fokussierung auf das gewünschte Resultat.” (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019, S. 621).
		K1.7.3. Fähigkeiten von Ergotherapeuten_innen	Kompetenzen die Ergotherapeut_innen mitbringen müssen.
K1.8	“Eingebundensein in eine	K1.8.1	Partizipation meint die gesellschaftliche Teilhabe, das Einbezogen sein/einbringen in

(Fokus auf) Partizipation/Teilhabe [1] (Participation)	Lebenssituation” (WHO, 2005)	Partizipation/Teilhabe	eine Lebenssituation und wird als weltweites gesundheitspolitisches Ziel gesehen (Berding et al., 2010). Bestimmt wird eine Einschränkung der Partizipation einer Person durch den Vergleich mit der Partizipation einer Person der entsprechenden Kultur oder Gesellschaft ohne Behinderung (WHO, 2005).
		K1.8.2 Inklusion	Alle Menschen werden in die Gesellschaft aufgenommen und integriert und haben die gleichen Rechte und Pflichten (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019).
K1.9 Qualitätsentwicklung	Sicherstellung von angemessener und zeitgemäßer ergotherapeutischer Behandlung unter Beachtung rechtlicher Vorgaben, Leistungsbeschreibungen, Leitlinien, Umsetzung/Einbindung externer Evidenz auf klientenbezogener, organisationsbezogener sowie berufsbezogener Ebene (Merklein de Freitas & Weber, 2019).	K1.9.1 Qualitätsmanagementsystem	Konzept, welches die notwendigen Strukturen, Verfahren und Prozesse der Qualitätsmanagementmaßnahmen beschreibt und die Umsetzung dieser regelt (Hucke & Gans, 2009).
		K1.9.2 Qualitätsmaßnahmen	Strukturierte und gezielte Tätigkeiten und Maßnahmen bezüglich der Qualität einer Dienstleistung (Hucke & Gans, 2009).
K1.10 Reasoning, Begründe	“Bereitschaft zur Weiterentwicklung von	K1.10.1	Professionelles Reasoning meint das eigene Handeln begründen zu können (Kohlhuber, 2020)

n, Entscheidungen (Reasoning)	kritischen, analytischen und kognitiven Fähigkeiten, um Fertigkeiten in der und für die Praxis zu erlangen.” (Feiler, 2019, S. 21)	Professional Reasoning	
K1.11 Umsetzung Evidenzbasierte Praxis [3]	Evidenzbasierte Praxis beschreibt eine Berücksichtigung einer kritischen Einschätzung externer Evidenz, individueller Expertise der Ergotherapeut_innen und der Klient_innenpräferenz um ein bestmögliches therapeutisches Handeln möglich zu machen (Borgetto et al., 2007)	K1.11.1 Interne Evidenz	“interne Evidenz die subjektive Expertise des Therapeuten, die die relevanten Studienergebnisse auf das individuelle Problem des Klienten anwendet” (Voigt-Radloff, 2001)
		K1.11.2 Externe Evidenz	“Externe Evidenz ist die wissenschaftlich belegte Wirksamkeit” (Voigt-Radloff, 2001)
		K1.11.3 Expertise der Klient_innen	Der Klientel ist Experte/Expertin für seinen Alltag sowie die Durchführung seiner Betätigung Seine Expertise wird sowohl
K1.12 Umwelt / Kontext [1,3,4] (environment/context)	Externe physische und soziale Merkmale des speziellen Kontextes, innerhalb dessen man etwas macht, mit Auswirkungen darauf was man	K1.12.1 Soziale Aspekte der Umwelt [1]	“Soziale Umwelt: Anwesenheit von, Beziehungen zu und Erwartungen von Personen, Gruppen oder Populationen, mit denen Klienten im Kontakt stehen (z.B. Verfügbarkeit und Erwartungen von wichtigen Menschen wie Ehepartner, Freunde und Betreuer).” (AOTA, 2014, S. 161)
		K1.12.2 Physische Aspekte	“Physische Umwelt: Natürliche oder hergestellte Umgebung und die Gegenstände darin. Zur natürlichen Umwelt gehören

	und wie man es macht (Kielhofner, 2002).	der Umwelt [1]	sowohl geografisches Land, Pflanzen und Tiere als auch sensorische Qualitäten der natürlichen Umgebung. Zur hergestellten Umwelt gehören Gebäude, Möbel, Werkzeuge und Geräte.” (AOTA, 2014, S. 161).
		K1.12.3 Kultureller Kontext	“Von der Gesellschaft, deren Teil der Klient ist, akzeptierte Sitten, Überzeugungen, Aktivitätsmuster, Verhaltensstandards und Erwartungen. Der kulturelle Kontext beeinflusst Identität und Aktivitätsauswahl des Klienten” (AOTA, 2014, S. 160).

Kategoriensystem Kategorie 2: mechanistisches Paradigma

Hauptkategorien	Definition	Subkategorien	Definition
K2.1 Funktionsorientierte Vorgehensweise	Behandlung bei der die Verbesserung von Körperfunktionen und Strukturen im Fokus ist	K2.1.1 Funktionsorientierte Assessments	Assessments, die sich auf Funktionsebene befinden (Habermann, 2002)
		K2.1.2 Ziele auf Funktions- und Strukturebene mit dem Fokus auf Wiederherstellung von Funktionen [4]	Defizitärer Ansatz
		K2.1.3	Der Befund dient der Erfassung des aktuellen Stands des Patienten. Er hat das Ziel,

		Funktionelle Befunderhebung	Fähigkeiten und Defizite des Patienten zu identifizieren (Habermann, 2002)
		K2.1.4 Funktionell-orientierte ergotherapeutische Konzepte und Behandlungsverfahren (4,1)	Im Zentrum steht die Wiederherstellung bzw. Entwicklungsförderung von Funktionen, als individuelle Voraussetzung für die Handlungsfähigkeit im Alltag (Marotzki, 2013)
		K2.1.5 Spezialisierung der Therapeut in nach ausgewählten Störungsbildern	Therapeut fokussiert sich auf ein Störungsbild und besucht dazu Fortbildungen
K2.2 Betätigung	„[...] erfolgt als ergotherapeutische Aktivität mit dem Klienten und zielt auf gestörte körperliche, geistige oder seelische Funktionen, also den menschlichen Organismus, seine Funktions- und Strukturebene“	K2.2.1 Aktivitäten zur Verbesserung der Ausführung von Funktionen [1]	Eine Aktivität ist die Ausführung einer Aufgabe oder Handlung in einem Lebensbereich durch eine Person. (Koesling & Bollinger- Herzka, 2008)
		K2.2.2 Übung [4]	“Repetitiven üben, um Körperfunktionen wieder herzustellen, zu entwickeln oder zu erhalten” (Fisher, 2014)
		K2.2.3 Spiel [4]	Kann als besondere Form der Betätigung betrachtet werden und dient für Kinder als Hauptbeschäftigung und für Erwachsene als Ausgleich und der Erholung. Wird unter

	(Marotzki, 2013)		Berücksichtigung therapeutischer Zielsetzung angewandt (Fürhoff, 2007)
		K2.2.4 Handwerk [4]	“Prozess, in dem ein Mensch ein bestimmtes Material in Handarbeit verändert, um ein Produkt herzustellen” (Kraus, 2009)
		K2.2.5. Aktivitäten des täglichen Lebens [4]	Alltagshandlungen die weitgehend Selbstständig erfolgen (Fürhoff, 2007)
		K2.2.6. Hilfsmittelversorgung [4]	Dienen dem Ausgleich von Einschränkungen und ermöglichen eine möglichst große Selbstständigkeit (Koesling, 2000)
		K2.2.7 Elternarbeit/Angehörigenberatung	Einbezug der Eltern bzw. Angehörigen, diese nehmen eher passive Rolle ein und werden informiert oder werden angeleitet dem Patienten zu helfen.
		K2.2.8 Umfeldberatung	Überprüfung und Beratung bzgl. Änderung des vorhandenen Wohnraums (Koesling, 2000)
K2.3 Bezugsrahmen (Frames of references) [1,4]	Theorien aus den Bezugswissenschaften aus denen die Ergotherapie ihre Ansätze für die Praxis entwickelt (Hagedorn, 2000)	K2.3.1 Wahrnehmungs- und bewegungsbasierter Bezugsrahmen	“Sind stark von menschlichen Bezugssystemen geprägt. Theorien über kindliche Entwicklung.... Oder Fragen nach typischen Betätigungen oder Aktivitäten” (Merklein de Freitas, 2016)
		K2.3.2 Psychosozialbasierte Bezugsrahmen	“Sind meist durch Bezugssysteme wie z. b. Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Philosophie & Betätigungswissenschaften geprägt” (Merklein de Freitas, 2016)

		K2.3.3 Adaptionsbasierter Bezugsrahmen	“Im adaptionsbasierten Bezugsrahmen rücken die Umwelt und deren Anpassung in den Fokus” (Merklein de Freitas, 2016) Beinhaltet den Bezugsrahmen der Umweltpassung und der assistiven Technologien (Merklein de Freitas, 2016)
K2.4 Gesundheit	“Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.” (WHO,1948, S. 1)	K2.4.1 Biomedizinische Perspektive [2,3]	In der biomedizinischen Perspektive wird der Mensch als Organismus wahrgenommen mit seinen Teilen des Körpers, wie Gliedmaßen, Organsystemen oder Organen (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019)
		K.2.4.2 Sicht auf Teilhabe	Eine Einschränkung in Aktivitäten den verschiedenen Lebensbereichen kann die Teilhabe eines Menschen am gesellschaftlichen Leben einschränken oder verunmöglichen (Koesling & Bollinger Herzka, 2008)
		K.2.4.3 Patient	Person mit einer Diagnose in einer Schwachen Position. Er erwartet vom Therapeuten behandelt zu werden. Der Patient verhält sich eher passiv. (Romein, 2020)
		K.2.4.4 Verlust von Funktionen als Grund für Behandlung	“Die ärztliche Verordnung, meist zusammen mit einer Diagnose des behandelnden Arztes, setzt den ergotherapeutischen Behandlungsprozess in Gang. Für diesen Aspekt stehen natürlich die relevanten medizinischen Aspekte im Vordergrund” (Harth & Pinkepank, 2000)
K2.5 Gesundheitsmarkt	Ist Teil der Gesundheitswirtschaft, und beinhaltet alles zum Thema Krankheit und Gesundheit	K2.5.1 Ergotherapie im ersten Gesundheitsmarkt	“Der erster Gesundheitsmarkt genannt, umfasst den Bereich der "klassischen" Gesundheitsversorgung, die größtenteils durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV) einschließlich Pflegeversicherung finanziert werden.” (Bundesministerium für Gesundheit, o.D.)
		K2.5.2 Ergotherapie im zweiten	“Als zweiter Gesundheitsmarkt werden alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet” (Bundesministerium für Gesundheit, o.D.) Maßnahmen der

		Gesundheitsmarkt	Ergotherapie Zielen auf einer Verbesserung der Körperfunktionen ab
K2.6 Handlungsfelder	Betätigungsber eiche auf die Ergotherapeuti n_innen ihr Handeln ausrichten	K2.6.1 Selbstversorgung	"Aktivitäten des täglichen Lebens wie Verrichtungen der täglichen Hygiene und der persönlichen Versorgung, sowie die Mobilität und das Erledigen von persönlichen Angelegenheiten" (Miesen, 2004 S., 166)
		K2.6.2 Produktivität	Zweckgebundene Betätigung zu Hause, an der Arbeitsstelle oder im Bildungsbereich, die den eigenen Lebensunterhalt sichern (Miesen 2004, S. 165)
		K2.6.3 Freizeit	"Umfasst Betätigungen, die nicht verpflichtend sind und außerhalb von Produktivität und Selbstversorgung liegen, mit dem Ziel eigener Entspannung und Freude an der Durchführung." (Miesen, 2004, S. 162)
K2.7 Qualitätsmanagement	Zur Implementierung einer kundenorientierten Unternehmenskultur (Graf, 1996).	K2.7.1 Zertifizierung ISO	Anforderungsdarlegung gemäß DIN EN ISO 9001:2000 (DVE, o.D.)
		K2.7.2 Standards	Vereinheitlichung bestimmter Vorgehensweisen in der Praxis (Harth & Peper, 2007)
K2.8 Reasoning	Der gesamte Mentale Prozess der den ergotherapeutischen Prozess begleitet (Feiler, 2007)	K2.8.1 Klinisches Reasoning	Beinhaltet verschiedene Aspekte der therapeutischen Praxis und "den ganzen mentalen Prozess, der den therapeutischen Behandlungsprozesse begleitet" (Feiler, 2007) Den Drehpunkt der Gedanken bildet das klinische Problem. (Klemme&Siegmann, 2006)
K2.9. Umwelt/Kontextfaktoren	"Die Auswirkung der Dimensionen Körperstruktur en/-funktionen, Aktivitäten und Teilhabe auf das Individuum sind abhängig von personenbezogenen und umweltbedingten Faktoren "(Koesling & Bollinger Herzka, 2008)	K2.9.1 Kulturell	Umwelt die durch kulturelle Prägung besteht
		K2.9.2 sozial	Umwelt die durch Interaktionen mit anderen entsteht
		K2.9.3. physikalisch	Enthält das materielle Umfeld inklusive natürliche und geschaffene Räume

K2.10 Bezugswissenschaften	“Unter Bezugswissenschaften werden Nachbarwissenschaften verstanden, aus deren Erkenntnisinhalten relevante Elemente entommen werden, die in die eigene Disziplin integriert und berufsspezifisch weiterentwickelt werden” (Miesen, 2004, S. 92)	K2.10.1 Medizin	Sich von Konzepten aus der Medizin leiten lassen (Kielhofner, 2009)
---	---	----------------------------------	---

Literaturverzeichnis Kategoriensystem und Kodierleitfaden:

- American Occupational Therapy Association (AOTA) (2014). *Das Framework der AOTA – Gegenstandsbereich, Prozesse und Kontexte in der ergotherapeutischen Praxis*. Deutschsprachige Ausgabe: Marotzki, U., & Reichel, K. (Hrsg.) (2018). Bernd: Hogrefe.
- Berding, J., Dehnhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup, C., Reichel, K., Rode A., Scheffler, J., & Späth, A. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie. Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe – Definitionen und Erläuterungen*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., Menzel, M., Netzband, A., Reichel, K., Reßler, W., Schmidt, M., Seiferth, W., Thieme, H., & Winkelmann, B. (2007). *Die Forschungspyramide –*

Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie. *Ergoscience* 2007; 2, 56 – 63. Stuttgart: Georg-Thieme.

- Bundesministerium für Gesundheit (o.D.). *Gesundheitswirtschaft im Überblick*. Abgerufen am 21. Juli 2021, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-im-ueberblick.html>
- Deutscher Verband Ergotherapie (DVE) (o.D.). *QM in Praxen*. Abgerufen am 2. August 2021, von <https://dve.info/infothek/qm-in-praxen>
- Feiler, M. (2007). Klinisches Reasoning. Fundament der ergotherapeutischen Praxis. In C. Scheerpers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. (3. Auflage) Stuttgart: Thieme.
- Feiler, M. (2019). Wie das Reasoning in die Ergotherapie kam. In: Feiler, M. (Hrsg.). *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie – Ein Leitfaden für reflektives Denken und Handeln*. Stuttgart: Thieme.
- Feiler, M. (2019) [2]. Über das Denken nachdenken: Formen und Arten unseres Professionellen Reasonings. In: Feiler, M. (Hrsg.). *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie – Ein Leitfaden für reflektives Denken und Handeln*. Stuttgart: Thieme.
- Feiler, M. (2007). Klinisches Reasoning: Fundament für die ergotherapeutische Praxis. In C. Scheerpers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.

- Fürhoff, J. (2007). Ergotherapeutische Mittel und Medien. In C. Scheerpers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Fisher, A. (2014). *OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsfokussierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Götsch, K. (2007). Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen in der Ergotherapie. In C. Scheerpers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Graf, V. (1996). Zwei Jahre TQM-Erfahrung aus der Sicht des Krankenhaus-Managements. TQM im Krankenhaus. *Ergotherapie und Rehabilitation* 2/98. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hagedorn, R. (2009). Umsetzen von Modellen in die Praxis. In Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., & Stubner, B. M. (Hrsg.). *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Habermann, C. (2002). Ergotherapeutische Befunderhebung. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. Stuttgart: Thieme.
- Harth, A. & Pinkepank, S. (2000). Diagnostische Verfahren. In C. Scheerpers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Harth, A. & Wolf, I. (2000). Qualitätsmanagement. In C. Scheerpers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme.

- Hagedorn, R. (2000). *Tools for Practice in Occupational Therapy: A Structured Approach to Core Skills and Processes* (2nd Edition). Churchill: Elsevier Health Sciences.
- Harth, A. & Peper, E. (2007). Qualitätsmanagement (QM): Grundlagen und Bedeutung für die Ergotherapie. In C. Scheerpers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Hucke, B. & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th Edition). Lippincott: Williams & Wilkins.
- Koesling, C. (2000). Training im lebenspraktischen Bereich (ADL). In C. Scheerpers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.) *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Koesling, C. & Bollinger Herzka, T. (2008). *Ergotherapie in der Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Kohlhuber, M. (2020) Professional Reasoning. In M. Kohlhuber, C. Aichhorn & B. Dehnhardt (Hrsg.). *Ergotherapie - betätigungszentriert in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Kraus, E. (2009). Handwerkliche und gestalterische Techniken in der Ergotherapie. In I. Winkelmann (Hrsg.). *Handwerk in der Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme.

- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H. & Pollock, N. (2020). *COPM – Canadian Occupational Performance Measure* (5. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Matusiewicz, D. (2019). Marketing im Gesundheitswesen – eine Einführung. In Matusiewicz, D., Stratmann, F., & Wimmer, J. (Hrsg.). *Marketing im Gesundheitswesen: Einführung - Bestandsaufnahme – Zukunftsperspektiven*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Marotzki, U. (2013). *Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung. Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Merklein de Freitas, C., & Weber, B. (2019). Qualitätsentwicklung und Reasoningprozesse in der Ergotherapie. In: Feiler, M. (Hrsg.). *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie – Ein Leitfaden für reflektives Denken und Handeln*. Stuttgart: Thieme.
- OTAUS (2016). Position Paper: Occupational Deprivation. Abgerufen am 02. Juli 2021, von [https://otaus.com.au/publicassets/5e5829df-2503-e911-a2c2-b75c2fd918c5/Occupational%20Deprivation%20\(April%202016\).pdf](https://otaus.com.au/publicassets/5e5829df-2503-e911-a2c2-b75c2fd918c5/Occupational%20Deprivation%20(April%202016).pdf)
- Romein, E. (2020). Klientenzentrierung. In M. Kohlhuber, C. Aichhorn, B. Dehnhardt (Hrsg.). *Ergotherapie - betätigungszentriert in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Schiller, S. (2013). *Gemeinwesenorientierte Ergotherapie im deutschen und internationalen Kontext*. Abgerufen am 02. August 2021, von

<https://docplayer.org/110414160-Gemeinwesenorientierte-ergotherapie-im-deutschen-und-internationalen-kontext.html>

- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (2nd Edition). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Voigt-Radloff, S. (2001). *Evidenz und Qualitätsmanagement - Ergotherapeutische Forschungs- und Entwicklungsaufgaben bei knappen Ressourcen*. Abgerufen am 16. August 2021, von <http://www.ergotherapy.de/suppl2.html>
- WHO – World Health Organization (2005). Deutschsprachige Übersetzung der ICF. In: Berding, J., Dehnhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup, C., Reichel, K., Rode A., Scheffler, J., & Späth, A. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie. Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe – Definitionen und Erläuterungen*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- WHO- World Health Organization (1948). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Abgerufen am 06. August 2021, von https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EDAB689B20597E1A5DE.PDF
- Weber, P., Marotzki, U. & Philippi, R. (2000). Arbeitstherapeutische Verfahren. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (Hrsg.). *Ergotherapie – vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme.

Kodierleitfaden Kategorie 1: Zeitgenössisches Paradigma

Subkategorien	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<p>K1.1.1 Betätigungsorientiertes Assessment</p>	<p>Assessments, die im Kontext der Betätigungsfrage erfolgen und klare Aussagen erlauben. Es wird unter Berücksichtigung des Einflusses der physischen und sozialen Umwelt durchgeführt, wodurch man auch an Informationen über die Merkmale der Umwelt, welche die Ausführung von Betätigungen unterstützen oder behindern gelangt (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019).</p>	<p>COPM COPM^{a-kids} COSA OPHI-II AMPS School-AMPS ESI</p>	<p>Mindestens ein betätigungsorientiertes Assessment wird genannt</p>
<p>K1.1.2 Betätigungsanalyse</p>	<p>“Analyse der Betätigungen eines Individuums in seinem jeweiligen Kontext mit dem Ziel, Einblicke in sein Betätigen, die stimulierenden und hemmenden Faktoren und deren mögliche Ursachen zu gewinnen. Die Analyse der Betätigung weist Parallelen zur Aktivitätsanalyse auf, wobei ein wichtiger Unterschied darin besteht, dass in einer Betätigungsanalyse die einzelne Aktivität einer bestimmten Person mit ihrer spezifischen subjektiven und kontextuellen Dimension analysiert wird.” (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019, S. 615)</p>	<p>[...], schildern die Klienten möglichst genau die Abläufe, machen es vor oder filmen sich dabei</p> <p>[...] eine detaillierte Tätigkeitsanalyse</p> <p>[...]</p>	<p>Es werden nur die Analysen beachtet, die klar auf die Betätigung abzielen.</p>

<p>K1.1.3</p> <p>Betätigungsorientierte Behandlungsverfahren</p>	<p>Behandlungsverfahren bei denen eine Verbesserung der Betätigungsperformanz im Mittelpunkt steht</p>	<p>CO-OP; Entwickeln von Lösungsstrategien und/oder Kompensationen; Umweltanpassungen ; Beratung;</p>	<p>Mindestens ein betätigungsorientiertes Behandlungsverfahren wird genannt</p>
<p>K1.1.4</p> <p>Betätigungsrollen (Occupational role)</p>	<p>Rechte, Pflichten und erwarteten Verhaltensmuster, die mit einer bestimmten Reihe von Aktivitäten oder Betätigungen verbunden sind, die regelmäßig ausgeübt werden und mit sozial-kulturellen Rollen verbunden sind (Townsend & Polatajko, 2013)</p>	<p>Wir wollen wissen: Was haben die Patienten früher gemacht? Welcher Stellenwert hat die Betätigung heute und früher? Wie betätigen sich die Klient_innen jetzt und wobei können wir sie unterstützen?</p>	
<p>K1.1.5</p> <p>Bedeutungsvolle und zielgerichtete Betätigung</p> <p>[1,2,4] (meaningful occupation)</p>	<p>“Betätigung = eine Aktivität oder ein Bündel von Aktivitäten, die mit einer bestimmten Regelmäßigkeit und Struktur als solche durchgeführt werden und denen Personen und ihre Kultur einen bestimmten Wert und eine bestimmte Bedeutung beimessen. “ (le Grasse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019, S. 615)</p> <p>Sie lassen sich in folgende Bereiche einteilen:</p> <p>Aktivitäten des täglichen Lebens</p> <p>Ruhe und Schlaf</p> <p>Bildung</p> <p>Arbeit</p>	<p>Es ermöglicht das gemeinsame, bedürfnisorientierte Erarbeiten von alltagsrelevanten Therapiezielen bei schwerfallenden Tätigkeiten</p>	<p>Es muss zu erkennen sein, dass es um Betätigungen geht.</p>

	<p>Spiel</p> <p>Freizeit</p> <p>Soziale Teilhabe</p> <p>(AOTA,2020)</p>		
K1.1.6 Betätigungsperformanz	<p>Ist das Ergebnis der Interaktionen zwischen der Person, der Umwelt und der Betätigung (Law et. al, 2020).</p>	<p>[...] Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind</p> <p>[...] Ausführung von Betätigungen</p>	
K1.2.1 Psychosozialbasierter Bezugsrahmen	<p>“Sind meist durch Bezugssysteme wie z. b. Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Philosophie & Betätigungswissenschaften geprägt” (Merklein de Freitas, 2016)</p> <p>Beinhaltet den kognitiv-verhaltensbasierten, den betätigungsbasierten, den klientenzentrierten und den lernbasierten Bezugsrahmen. (Merklein de Freitas, 2016)</p>	<p>[...] nutzen wir kognitiv-verhaltensorientierte Maßnahmen, um direkt an der Betätigung zu arbeiten[...]</p>	<p>Es muss der Bezug zur Betätigung /Teilhabe erkennbar sein</p>
K1.2.2 Wahrnehmungs- und bewegungsbasierter Bezugsrahmen	<p>“Sind stark von menschlichen Bezugssystemen geprägt. Theorien über kindliche Entwicklung.... Oder Fragen nach typischen Betätigungen oder Aktivitäten” (Merklein de Freitas, 2016)</p> <p>Beinhaltet den Neurophysiologischen, biomechanischen und wahrnehmungsbasierten Bezugsrahmen (Merklein de Freitas, 2016)</p>	<p>Entwicklungsfördernde Verfahren</p>	<p>Es muss der Bezug zur Betätigung /Teilhabe erkennbar sein</p>

<p>K1.2.3 Adaptionsbasierter Bezugsrahmen</p>	<p>“Im adaptionsbasierten Bezugsrahmen rücken die Umwelt und deren Anpassung in den Fokus, sodass Person und Betätigung..., unterstützt werden.” (Merklein de Freitas, 2016)</p> <p>Beinhaltet den Bezugsrahmen der Umwelтанpassung und der assistiven Technologien (Merklein de Freitas, 2016)</p>	<p>[...] ist es uns ein Anliegen, die Umwelt an sie anzupassen [...]</p> <p>Umwelтанpassung</p>	
<p>K1.3.1 Bio-psychosoziales Modell [3]</p>	<p>Der Mensch wird nicht nur als Organismus verstanden, auch psychologische und soziale Faktoren, durch die Krankheit und Heilungsprozesse mitbestimmt werden, finden Beachtung (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019).</p>	<p>Grundannahme der Ergotherapie: Der Mensch wird durch bedeutungsvolle Betätigungen gesund bzw. bleibt gesund!</p> <p>Nur wer sich betätigt, trainiert seine Fähigkeiten.</p>	
<p>K1.3.2 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)</p>	<p>Klassifikation der funktionalen Gesundheit und ihrer Beeinträchtigungen (WHO, 2005).</p>	<p>Ein übergeordnetes Modell, welches in der Praxis praktische Anwendung findet, ist die ICF</p>	
<p>K1.3.3 Wohlbefinden [1] (well-being) durch Betätigung</p>	<p>“Wohlbefinden ist ein allgemeiner Begriff, der die Gesamtheit menschlicher Lebensbereiche, einschließlich physischer, mentaler und sozialer Aspekte, umfasst, die das ausmachen, was ein “gutes Leben” genannt werden kann.” (WHO, 2005)</p>	<p>Selbstbestimmt handeln, sich sinnvoll betätigen und am Leben teilhaben zu können sind Grundlagen für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität.</p>	
<p>K1.3.4 Lebensqualität</p>	<p>“Dynamische Bewertung der Lebenszufriedenheit (Wahrnehmung von Fortschritt in Richtung der</p>	<p>...eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen.</p>	

[1,3] (quality of life)	herausgefundenen Ziele), des Selbstkonzepts (Überzeugungen und Empfinden über sich selbst), von Gesundheit und Funktionsfähigkeit (z.B. Gesundheitsstatus, Selbstversorgungsfähigkeiten und von sozioökonomischen Faktoren [...})." (AOTA, 2014, S. 160).		
K1.3.5 Occupational satisfaction (Betätigungszufriedenheit)	Der Zustand mit der eigenen Betätigungsperformanz oder seinem Engagement zufrieden sein (Townsend & Polatajko, 2013)	[..]Betätigungen zu seiner Zufriedenheit ausführen kann [...]	
K1.3.6 Recht auf Betätigung (Occupational justice)	"Recht des Menschen, sich an einer ausreichenden Anzahl und Vielfalt von Betätigungen zur Förderung von Entwicklung, Gesundheit und Wohlbefinden zu beteiligen" (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019, S. 629)	[...] begleiten wir Gruppen oder Personen, die von Betätigungen ausgeschlossen werden [...]	
K1.3.7 Occupational deprivation	ist der Zustand, in dem man daran gehindert oder davon ausgeschlossen wird, an notwendigen, obligatorischen und selbst gewählten Betätigungen teilzunehmen und sich zu engagieren (OTAUS, 2016)	Bedrohung oder Einschränkung bei der Ausführung von Betätigungen [...] Personen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind oder von Einschränkung bedroht sind.	
K1.4.1	"Der sogenannte erste Gesundheitsmarkt umfasst die Abgrenzung und	Rezeptbasis,	Wenn Interventionen klar

Erster Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie	Positionierung innerhalb eines gesetzlich regulierten und weitgehend homogenen Marktes.” (Matusiewicz, 2019, S.3).	Ergotherapie wird vom Arzt verordnet	auf Betätigung /Teilhabe abzielen
K1.4.2 Zweiter Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie	“Im zweiten Gesundheitsmarkt fungieren die Patienten als Selbstzahler, die bestimmte Leistungen “out-of-pocket” nachfragen.” (Matusiewicz, 2019, S.3) Der Fokus liegt dabei auf die Verbesserung der Lebensqualität, Teilhabe oder Zufriedenheit.	Gesundheitsförderung, Prävention, Selbstzahlerangebote/ Selbstzahlerleistungen Gleichermaßen ist es Auftrag der Ergotherapie, Menschen unabhängig von Alter und Krankheit davor zu bewahren, Einschränkungen in Ihrem Alltag zu erleben	Wenn Interventionen klar auf Betätigung /Teilhabe abzielen
K1.4.3 Dritter Gesundheitsmarkt in der Ergotherapie	“Im sogenannten dritten Gesundheitsmarkt geht es insbesondere um die Share Economy im Gesundheitswesen, sodass gar nicht mehr eindeutig ist, ob es sich hier um ein gemeinnütziges Projekt oder ein Business-Modell handelt.” (Matusiewicz, 2019, S.3)	[...] unterstützen Vernetzung innerhalb der Klientel	Wenn Interventionen klar auf Betätigung /Teilhabe abzielen
K1.5.1 Klientenzentrierte Versorgung/Praxis (client-centered practice) [1]	“Dienstleistungsansatz, der Respekt für die Klienten und Partnerschaft mit ihnen als aktive Teilnehmer am Therapieprozess umfasst. Dieser Ansatz betont das Wissen und die Erfahrung, Stärken, Auswahlvermögen	Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen Sie mit Ihren Anliegen und Fragen.	Ein reiner Einbezug des Wissens des Klienten bei der Ausführung

	und allgemeine Autonomie der Klienten.” (Boyt Schell et al., 2014a, S. 1230)	<p>Klientenzentrierte Zielsetzung: Gemeinsam entwerfen wir konkrete, erreichbare und überprüfbare Ziele</p> <p>Therapeuten-Klienten-Beziehung: Wir beraten, unterstützen und coachen Sie auf diesem Weg.</p> <p>Wir unterstützen Sie auf diesem Weg.</p>	<p>g der Betätigung wird nicht berücksichtigt --> K1.11.3</p> <p>Das Wort klientenzentriert reicht nicht aus, wenn im Satz die Bedeutung der klientenzentrierten Versorgung widersprochen wird.</p>
K1.5.2 Aktive Klientel [4]	Klient_innen die im Therapieprozess eine aktive und autonome Rolle einnehmen	<p>In diesem Zusammenhang soll das Kind als mündiges Wesen gesehen werden [...]</p> <p>Welche Betätigungen für den Einzelnen wichtig sind entscheidet der Klient selbst und bestimmt so die Richtung der Therapie</p>	
K1.5.3 Klientensystem	Klientensystem umfasst nicht nur den Menschen, der die Ergotherapie verordnet bekommen hat, sondern alle Personen, die von dem Betätigungsanliegen betroffen	[...], das Miteinbeziehen von Angehörigen [...]	

	sind oder dabei eine Rolle spielen.	Elternarbeit und Beratung	
K1.6.1 Alltagsapps	Apps, die im Alltag unterstützen sollen	[...] mit Hilfe von Apps auf ihrem Handy. [...] mit Hilfe des Handykalenders	
K1.6.2 Robotik	Unterstützung durch den Einsatz von Robotern zum Erreichen eines Betätigungsziels.	[...] die ihren Patienten in der Nachsorge mit marktführenden robotischen Systemen bei dem Erreichen ihrer Ziele unterstützt.	
K1.6.3 Tele-/Videotherapie	Ergotherapie über Videokonferenz	Sie erhalten von Ihrer Therapeutin einen Termin für die Videotherapie	Es werden alle Stellen berücksichtigt, die das Wort "Videotherapie" beinhalten.
K1.6.4 Videoanalyse	Analyse von Betätigung mit Hilfe von Videos	[...] schildern die Klienten möglichst genau die Abläufe [...] oder filmen sich dabei.	Es werden nur die Stellen berücksichtigt, bei denen sich das Filmen auf die Betätigung bezieht.
K1.7.1 Ergotherapeutische Prozessmodelle	Der in Schritten eingeteilte Verlauf oder Entwicklungsgang sowie die zeitliche Abfolge der	Darstellung des ergotherapeutischen Prozesses zum	Es werden nur die Prozesse berücksichtigt

	einzelnen Schritte in der ergotherapeutischen Dienstleistung.	Beispiel anhand des CPPFs	tigt, die vollständig dargestellt sind.
K1.7.2 Ergotherapeutische Inhaltsmodelle	<p>“Inhaltsmodelle sorgen für eine Struktur in der praktischen Ergotherapie und unterstützen das professionelle Reasoning des Ergotherapeuten. Durch Verwendung eines Inhaltsmodells bleibt der Fokus eher auf das Betätigen, den Klienten, seine Betätigungsumwelt und die wechselseitigen Verpflichtungen und Bedeutungen gerichtet. Denn das ergotherapeutische Inhaltsmodell trägt das Paradigma, die Vision und das Leitbild der Ergotherapie in sich und basiert u.a. auf den Theorien der Occupational Science. Ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell trägt zur Schaffung eines Gesamtbildes des Klienten und seiner Wünsche im Hinblick auf das Betätigen und die Partizipation bei. Es hilft bei der Formulierung der Ergotherapieziele und bei der Fokussierung auf das gewünschte Resultat.” (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019, S. 621).</p>	<p>PEO, MOHO, CMOP-E, KAWA, PEOP</p>	
K1.7.3 Fähigkeiten von Ergotherapeut_innen	Kompetenzen, die Ergotherapeut_innen mitbringen müssen.	CMCE skills	

<p>K1.8.1 Partizipation/Teilha be</p>	<p>Partizipation meint die gesellschaftliche Teilhabe, das Einbezogen sein/einbringen in eine Lebenssituation und wird als weltweites gesundheitspolitisches Ziel gesehen (Berding et al., 2010).</p> <p>Bestimmt wird eine Einschränkung der Partizipation einer Person durch den Vergleich mit der Partizipation einer Person der entsprechenden Kultur oder Gesellschaft ohne Behinderung (WHO, 2005).</p>	<p>.... so eine für ihn sinnhafte Teilhabe am sozialen Leben ermöglicht</p> <p>[...] gesellschaftliche Teilhabe [...]</p>	
<p>K1.8.2 Inklusion</p>	<p>Alle Menschen werden in die Gesellschaft aufgenommen und integriert und haben die gleichen Rechte und Pflichten (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019).</p>	<p>Unsere Aufgabe als Ergotherapeuten ist es, nun noch viel enger und intensiver mit Kindergärten und Schulen zusammen zu arbeiten und gemeinsam mit Erziehern und Lehrern vor Ort die Lern- und Teilhabevoraussetzungen für alle Kinder zu optimieren.</p>	
<p>K1.9.1 Qualitätsmanageme ntsystem</p>	<p>Konzept, welches die notwendigen Strukturen, Verfahren und Prozesse der Qualitätsmanagementmaßnahmen beschreibt und die Umsetzung dieser regelt (Hucke & Gans, 2009).</p>	<p>Qualitätsbeauftragter , Qualitätsprozesse</p> <p>Sicherstellung betrieblicher Abläufe durch die Verwendung des Qualitätsmanagements nach DIN EN ISO 9001</p>	
<p>K1.9.2 Qualitätsmaßnahm en</p>	<p>Strukturierte und gezielte Tätigkeiten und Maßnahmen bezüglich der Qualität einer</p>	<p>Zertifizierung (Therapeut_innen zertifiziert, Einrichtungen</p>	

	Dienstleistung (Hucke & Gans, 2009).	zertifiziert, etc.), Qualitätszirkel --> Hamburger Verbraucherverband Auflistung von Zertifizierungen im Gesundheitswesen	
K1.10.1 Professional Reasoning	Professionelles Reasoning meint das eigene Handeln begründen zu können (Kohlhuber, 2020)	Mit Hilfe von Supervisionen reflektieren wir unsere Arbeit kritisch, um unser Wissen kontinuierlich zu erweitern. Klinisches Reasoning Konditionales Reasoning Diagnostisches Reasoning Interaktives Reasoning Intuitives Reasoning Narratives Reasoning Praktisches Reasoning Prozedurales Reasoning Scientific Reasoning Technikdenken Theoretisches Denken	
K1.11.1 Interne Evidenz	“interne Evidenz die subjektive Expertise des Therapeuten, die die relevanten	Ständige interne Weiterbildung und aktuelle	

	Studienergebnisse auf das individuelle Problem des Klienten anwendet” (Voigt-Radloff, 2001)	Therapiematerialien sind für uns selbstverständlich.	
K1.11.2 Externe Evidenz	“Externe Evidenz ist die wissenschaftlich belegte Wirksamkeit” (Voigt-Radloff, 2001)	Behandlungen nach bestmöglicher wissenschaftlicher Evidenz sowie Transparenz aller an der Behandlung beteiligter Personengruppen. Unter Berücksichtigung von aktuellen Evidenzen leitet dies den konkreten Ansatz der therapeutischen Intervention ab.	
K1.11.3 Expertise der Klient_innen	Der Klientel ist Experte/Expertin für seinen Alltag sowie die Durchführung seiner Betätigung.	Einsatz von Selbsteinschätzungsbögen für den Klienten [...] als Expert_in bei der Ausführung seiner Alltagstätigkeit wird der Klientel immer mit einbezogen	Es wird nur berücksichtigt, wenn der Klientel mit seinem Wissen mit einbezogen wird. Der Einbezug der Klientel bei Entscheidungen ist K1.5.3.

<p>K1.12.1 Soziale Aspekte der Umwelt [1]</p>	<p>“Soziale Umwelt: Anwesenheit von, Beziehungen zu und Erwartungen von Personen, Gruppen oder Populationen, mit denen Klienten im Kontakt stehen (z.B. Verfügbarkeit und Erwartungen von wichtigen Menschen wie Ehepartner, Freunde und Betreuer).” (AOTA, 2014, S. 161)</p>	<p>[...] oder die anderen Personen von Ihnen erwarten. [...] Beziehungen zu anderen Menschen</p>	
<p>K1.12.2 Physische Aspekte der Umwelt [1]</p>	<p>“Physische Umwelt: Natürliche oder hergestellte Umgebung und die Gegenstände darin. Zur natürlichen Umwelt gehören sowohl geografisches Land, Pflanzen und Tiere als auch sensorische Qualitäten der natürlichen Umgebung. Zur hergestellten Umwelt gehören Gebäude, Möbel, Werkzeuge und Geräte.” (AOTA, 2014, S. 161).</p>	<p>Wie können wir Ihr Umfeld anpassen, um die Aktivität vielleicht auch ohne die Armfunktion wieder möglich zu machen?</p>	
<p>K1.12.3 Kultureller Kontext</p>	<p>“Von der Gesellschaft, deren Teil der Klient ist, akzeptierte Sitten, Überzeugungen, Aktivitätsmuster, Verhaltensstandards und Erwartungen. Der kulturelle Kontext beeinflusst Identität und Aktivitätsauswahl des Klienten” (AOTA, 2014, S. 160).</p>	<p>[...] berücksichtigen wir den kulturellen Kontext [...] [...] der kulturelle Hintergrund von der Klientel wird immer mitberücksichtigt.</p>	

Kodierleitfaden Kategorie 2: mechanistisches Paradigma

Subkategorien	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<p>K2.1.1 Funktionsorientierte Assessments</p>	<p>Assesments, die sich auf Funktionsebene befinden (Habermann, 2002)</p>	<p>Tests zur Überprüfung der motorischen Fähigkeiten</p> <p>[...] und der ergotherapeutischen Befunderhebung (Assessment) [...]</p>	<p>Aus dem Zusammenhang des Satzes/ Absatzes wird klar, dass es sich nicht um ein betätigungs- /teilhabezentriertes Vorgehen handelt</p>
<p>K2.1.2 Ziele auf Funktions- und Strukturebene mit dem Fokus auf Wiederherstellung von Funktionen [4]</p>	<p>Defizitärer Ansatz</p>	<p>Verbesserung der Feinmotorik</p> <p>Förderung und Verbesserung von kognitiven Fähigkeiten</p> <p>Entwicklung und Verbesserung von sozio-emotionalen Kompetenzen</p> <p>Verbesserung von Bewegungsabläufen, der Regulation des Muskeltonus und der gezielten Koordination/Interaktion mit der Umwelt</p> <p>Kompensation bestehender Defizite</p> <p>Integration und Umsetzung von Sinneseindrücken deren sensorische Integration und die</p>	

		<p>Verbesserung der Körperwahrnehmung sowie des Körperschemas</p> <p>Hemmung und Reduktion pathologischer Haltungs- und Bewegungsmuster und Bahnen möglichst physiologischer Bewegungen</p> <p>Förderung der gezielten Koordination, deren Umsetzung und Integration von Sinneswahrnehmungen</p> <p>Stabilisierung sensomotorischer und perceptiver Funktionen</p> <p>Verbesserung von neuropsychologischen Defiziten und Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten sowie Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnisleistung, das Nachvollziehen von Einzelschritten der entsprechenden Handlung, das Erkennen/Wiedererkennen von Gegenständen oder das Erfassen von Räumen, Zeiten und Personen</p>	
--	--	---	--

		Einüben von Kompensationsmechanismen	
K2.1.3 Funktionelle Befunderhebung	Der Befund dient der Erfassung des aktuellen Stands des Patienten. Er hat das Ziel, Fähigkeiten und Defizite des Patienten zu identifizieren (Habermann, 2002)	Mit standardisierten Tests messen wir die aktuellen Einschränkungen [...] mit einem Anamnesegespräch und erheben den Entwicklungsstand des Kindes mit Hilfe von diagnostischen Verfahren.	
K2.1.4 Funktionell-orientierte ergotherapeutische Konzepte (4,1)	Im Zentrum steht die Wiederherstellung bzw. Entwicklungsförderung von Funktionen, als individuelle Voraussetzung für die Handlungsfähigkeit im Alltag (Marotzki, 2013)	Der Bewegungsabläufe, der Tonus Regulation und der Koordination Basale Stimulation Marburger Programm Affolter Sensorische Integration Frostig Bobath Orthofix/Auditives Wahrnehmungstraining Manuelle Therapie Mit Ihnen und Ihren Angehörigen können wir die Ressourcen in Ihrem individuellen Umfeld nutzen und gemeinsam an Bewegung, Gedächtnis, Konzentration und	

		<p>Aufmerksamkeit, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmungsverarbeitung, sozio-emotionalem Verhalten und unterstützenden Möglichkeiten arbeiten.</p> <p>motorisch- Funktionelle Behandlungsverfahren</p> <p>Arbeitstherapeutische Behandlungsverfahren</p> <p>neurophysiologische Behandlungsverfahren</p> <p>psychosoziale Behandlungsverfahren</p>	
K2.1.5 Spezialisierung der Therapeutin nach ausgewählten Störungsbildern	Therapeut fokussiert sich auf ein Störungsbild und besucht dazu Fortbildungen	Im orthopädischen Bereich sind wir ausgebildete Handtherapeuten	
K2.2.1 Aktivitäten zur Verbesserung der Ausführung von Funktionen [1]	Eine Aktivität ist die Ausführung einer Aufgabe oder Handlung in einem Lebensbereich durch eine Person. (Koesling & Bollinger- Herzka, 2008)	[...] auf die wir mit ganz praktischen Übungen hinarbeiten.	
K2.2.2 Übung/ Training [4]	“Repetitiven üben, um Körperfunktionen wieder herzustellen, zu entwickeln oder zu erhalten” (Fisher, 2014)	Wir erarbeiten ein häusliches Übungsprogramm Die gezielte Anleitung und hilfreiche Tipps für den häuslichen, ggf. Beruflichen bzw. Schulischen Bereich	

		dienen zusätzlich der Unterstützung der Eigenständigkeit. Training der Grob- / Feinmotorik.	
K2.2.3 Spiel [4]	Kann als besondere Form der Betätigung betrachtet werden und dient für Kinder als Hauptbeschäftigung und für Erwachsene als Ausgleich und der Erholung. Wird unter Berücksichtigung therapeutischer Zielsetzung angewandt (Fürhoff, 2007)	Spiele sind in ihrer Größe, Form und Gestalt dem Üben bestimmter Funktionen angepasst. Die Kraft und Beweglichkeit von Händen und Fingern werden trainiert, Koordination und räumliches Denken geschult. [...] in spielerischen Übungen trainiert [...]	
K2.2.4 Handwerk [4]	“Prozess, in dem ein Mensch ein bestimmtes Material in Handarbeit verändert, um ein Produkt herzustellen” (Kraus, 2009)	Handwerkliche Techniken können bei verschiedenen Krankheitsbildern mit unterschiedlichsten Zielen als therapeutisches Mittel eingesetzt werden.	
K2.2.5 Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens [4]	Alltagshandlungen die weitgehend Selbstständig erfolgen (Fürhoff, 2007)	Training der Selbstständigkeit im Alltag Förderung der Selbstständigkeit	
K2.2.6 Hilfsmittelversorgung [4]	Dienen dem Ausgleich von Einschränkungen und ermöglichen eine möglichst große Selbstständigkeit (Koesling, 2000)	Selbstverständlich beraten wir Sie gerne in Hinblick auf die Umgestaltung des Wohnraumes oder in	Mit Blick auf eine Reduktion von eingeschr

		<p>Bezug auf Hilfsmittel und deren Anwendung</p> <p>Kompensation von bleibenden Defiziten durch Hilfsmittel.</p>	<p>änkten Funktionen.</p>
<p>K2.2.7 Elternarbeit/Angehörigenberatung</p>	<p>Einbezug der Eltern bzw. Angehörigen, diese nehmen eher passive Rolle ein und werden informiert oder werden angeleitet dem Patienten zu helfen.</p>	<p>Beratung von Eltern Angehörigenberatung [..]Angehörige werden in die Therapie einbezogen und an den Gebrauch von Hilfsmitteln herangeführt.</p>	<p>Im Zusammenhang mit funktionaler Zielsetzung.</p>
<p>K2.2.8 Umfeldberatung</p>	<p>Überprüfung und Beratung bzgl. Änderung des vorhandenen Wohnraums (Koesling, 2000)</p>	<p>Umfeldberatung z. B in Schule und Kindergarten</p> <p>Die Gegebenheiten im Alltag so weit zu verändern, dass der Patient den Alltag möglichst alleine meistern [...] kann</p>	
<p>K2.3.1 Wahrnehmungs- und bewegungsbasierter Bezugsrahmen</p>	<p>““Sind stark von menschlichen Bezugssystemen geprägt. Theorien über kindliche Entwicklung.... Oder Fragen nach typischen [...] Aktivitäten” (Merklein de Freitas, 2016)</p> <p>Setzt sich zusammen aus</p> <p>Neurophysiologischer Bezugsrahmen</p> <p>Biomechanischer Bezugsrahmen</p>	<p>Entwicklungsfördernde Verfahren</p> <p>[...], die in ihrer Entwicklung verzögert oder in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt sind.</p>	<p>Der Fokus liegt auf der Verbesserung der Funktionen</p>

	Wahrnehmungsbasierter Bezugsrahmen		
K2.3.2 Psychosozialbasierte r Bezugsrahmen	“Sind meist durch Bezugsysteme wie z. b. Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Philosophie [...] geprägt” (Merklein de Freitas, 2016)	Verhaltenstraining In der Interaktion entwickeln Kinder wertvolle kommunikative Muster, stärken das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und lernen, Verantwortung zu übernehmen.	Der Fokus liegt auf der Verbesserung von Funktionen
K2.3.3 Adaptionsbasierter Bezugsrahmen	“Im adaptionsbasierten Bezugsrahmen rücken die Umwelt und deren Anpassung in den Fokus” (Merklein de Freitas, 2016) Beinhaltete den Bezugsrahmen der Umwelтанpassung und der assistiven Technologien (Merklein de Freitas, 2016)	...durch Hilfsmittel passen wir die Umwelt an ihre Einschränkung an...	Anpassung erfolgt nicht gezielt auf Betätigung, sondern auf Aktivitäten
K2.4.1 Biomedizinisches Perspektive [2,3]	In der biomedizinischen Perspektive wird der Mensch als Organismus wahrgenommen mit seinen Teilen des Körpers, wie Gliedmaßen, Organsystemen oder Organen (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019)	Durch Lähmungen, Tremor, Schmerzen, Schwindel oder anderen Einschränkungen ist der Alltag für die Betroffenen häufig schwer zu bewältigen Nach einem gesundheitlichen Rückschlag ist es wichtig, wieder auf die Beine zu kommen und seinen Alltag	

		unabhängig zu meistern.	
K.2.4.2 Sicht auf Teilhabe	Eine Einschränkung in Aktivitäten den verschiedenen Lebensbereichen kann die Teilhabe eines Menschen am gesellschaftlichen Leben einschränken oder verunmöglichen (Koesling & Bollinger Herzka, 2008)	[...] die Teilhabe in seinen verschiedenen alltäglichen Lebensbereichen (Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit) zu ermöglichen	Es geht um generelle Teilhabe, in den genannten Feldern
K.2.4.3 Patient	_Person mit einer Diagnose in einer Schwachen Position. Er erwartet vom Therapeuten behandelt zu werden. Der Patient verhält sich eher passiv. (Romein, 2020)	Therapeut_in ist Expert_in für die Anliegen der Patient_innen Zielsetzung durch Therapeut_in als Spezialist_in (4) [...] bieten wir individuelle Therapie für jeden Patienten an, aufgrund einer ärztlichen Diagnose [...] [...] wir erstellen einen individuellen Behandlungsplan für den Klienten.	
K2.4.4 Verlust von Funktionen oder Krankheit als Grundlage für Behandlung	“Die ärztliche Verordnung, meist zusammen mit einer Diagnose des behandelnden Arztes, setzt den ergotherapeutischen Behandlungsprozess in Gang. Für diesen Aspekt stehen natürlich die	Erhalten sie Ergotherapie, wenn ihre Funktionen aufgrund einer Krankheit eingeschränkt sind.	

	relevanten medizinischen Aspekte im Vordergrund" (Harth & Pinkepank, 2000)	<p>Ergotherapie bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoplex - Schädel-Hirn-Trauma - Multiple Sklerose - ... <p>[...], die in ihrer Entwicklung verzögert sind oder die mit eingeschränkter Wahrnehmung zu kämpfen haben, kann die Begleitung durch Ergotherapie sinnvoll sein.</p>	
K2.5.1 Ergotherapie im ersten Gesundheitsmarkt	<p>“Der erste Gesundheitsmarkt genannt, umfasst den Bereich der "klassischen" Gesundheitsversorgung, die größtenteils durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV) einschließlich Pflegeversicherung finanziert werden.” (Bundesministerium für Gesundheit, o.D.)</p>	<p>Die Leistungen der Ergotherapie sind im Heilmittelkatalog der gesetzlichen Krankenkassen festgeschrieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motorisch-funktionelle Behandlung - Sensomotorische-perzeptive Behandlung - Hirnleistungsstraining - Neuropsychologisch orientierte Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung <p>Alle Maßnahmen können als Einzel-</p>	<p>Wenn Interventionen klar auf Funktionen/Aktivitäten abzielen</p>

		oder Gruppentherapie verordnet werden.	
K2.5.2 Ergotherapie im zweiten Gesundheitsmarkt	“Als zweiter Gesundheitsmarkt werden alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet” (Bundesministerium für Gesundheit, o.D.) Maßnahmen der Ergotherapie zielen auf einer Verbesserung der Körperfunktionen ab	In den Räumen unserer Praxen finden Selbstzahler-Kurse zur Rückengesundheit statt. [.]Entspannungstherapie [..]	Wenn Interventionen klar auf Funktionen/Aktivitäten abzielen
K2.6.1 Selbstversorgung	"Aktivitäten des täglichen Lebens wie Verrichtungen der täglichen Hygiene und der persönlichen Versorgung, sowie die Mobilität und das Erledigen von persönlichen Angelegenheiten" (Miesen, 2004 S., 166)	Für den Bereich Selbstversorgung gibt es die Möglichkeit des Alltags-Trainings (ADL), mit und ohne Hausbesuch.	Kann im Zusammenhang mit K2.6.2. und K2.6.3. stehen.
K2.6.2 Produktivität	Zweckgebundene Betätigung zu Hause, an der Arbeitsstelle oder im Bildungsbereich, die den eigenen Lebensunterhalt sichern (Miesen 2004, S. 165)	In dem Bereich Produktivität liegen die Probleme meist in der Ausdauer und Konzentration.	Kann im Zusammenhang mit K2.6.1. und K2.6.3. stehen
K2.6.3 Freizeit	Umfasst Betätigungen, die nicht verpflichtend sind und außerhalb von Produktivität und Selbstversorgung liegen, mit dem Ziel eigener Entspannung und Freude an der Durchführung (Miesen, 2004, S. 162)	Im Freizeitbereich gibt es diverse Möglichkeiten mit handwerklichen Techniken, Spielen und kreativem Arbeiten mit Ton, Farben oder Collagen.	Kann im Zusammenhang mit K2.6.1. und K2.6.2. stehen.
K2.7.1 Zertifizierung ISO	Anforderungsdarlegung gemäß DIN EN ISO 9001:2000 (DVE, o.D.)	Wir sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2000	

K2.7.2 Standards	Vereinheitlichung bestimmter Vorgehensweisen in der Praxis (Harth & Peper, 2007)	...nutzen wir einen einheitlichen Befundbogen...	
K2.8.1 Klinisches Reasoning	Beinhaltet verschiedene Aspekte der therapeutischen Praxis und “den ganzen mentalen Prozess, der den therapeutischen Behandlungsprozesse begleitet” (Feiler, 2007)	[...] nutzen wir unserer gesammelten Berufserfahrung, um die Therapie optimal auf Sie zuzuschneiden [...] Evidenzbasierte Programme	
K2.9.1 Kulturell	Umwelt die durch kulturelle Prägung besteht	Beim Wasch- und Anziehtraining nehmen wir Rücksicht auf ihre kulturellen Werte.	
K2.9.2 sozial	Umwelt die durch Interaktionen mit anderen entsteht	Reintegration in die soziale Umwelt	
K2.9.3. physikalisch	Enthält das materielle Umfeld inklusive natürliche und geschaffene Räume	die häuslichen Gegebenheiten kennen zu lernen	
K2.10.1 Medizin als Bezugswissenschaft	Sich von Konzepten aus der Medizin leiten lassen (Kielhofner, 2009)	Fachbereiche in der Ergotherapie Geriatrie, Neurologie, Orthopädie und Pädiatrie	

Die Ergotherapie behandelt:

Pädiatrie K.2.10.1

Ergotherapie ist bei allen Kindern und Jugendlichen indiziert, deren Entwicklung zu selbständigen, handlungsfähigen Erwachsenen eingeschränkt bzw. behindert ist, z.B. durch:

- Störungen des Bewegungsablaufs infolge hirnorganischer Schädigungen (spastische Lähmungen, Anfallsleiden etc.)
- Störungen der sensomotorischen Entwicklung und der damit verbundenen Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse
- Störungen der Wahrnehmungsfähigkeit und -verarbeitung (sensorischen Integrationsstörungen)
- Ausfallerscheinungen bzw. Verzögerungen in der Sozialentwicklung, der Beziehungsbildung und Kommunikationsfähigkeit
- psychische Erkrankungen, z.B. Verhaltensstörungen, Sinnesbehinderungen, z.B. Taubheit, Blindheit.

Der tatsächliche Entwicklungsstand des Kindes / Jugendlichen ist die Grundlage aller Maßnahmen. Die anzuwendenden Behandlungsverfahren beruhen auf neurologisch-anatomischen, anatomisch-funktionellen, psychosozialen, entwicklungspsychologisch und lerntheoretisch orientierten Grundsätzen und Kenntnissen.

In der Anwendung der ergotherapeutischen Verfahren stehen immer die basalen sensomotorischen Funktionen im Zentrum. Diese bilden die Grundlage für die weitere, darauf aufbauende kognitive Entwicklung.

Behandelt wird, je nach Störungsbild, Entwicklungsstand und sozialem Umfeld nach verschiedenen Behandlungskonzepten bzw. -ansätzen.

Behandlungsziele sind unter anderem:

- Verbesserung der Bewegungsabläufe, der Tonusregulation und der Koordination, Verbesserung der Sinneswahrnehmung und der Wahrnehmungsverarbeitung, Verbesserung der Konzentration und Ausdauer und kognitiver Leistungen, Stärkung der Motivation und Neugierde, Integration in Familie und Umwelt inkl. der intensiven Auseinandersetzung mit der Umwelt und der Kompensation bleibender Defizite, größtmögliche Selbständigkeit im Alltag, in der Schule und in weiteren Lebensbereichen.

Die Behandlung kann in unseren Ergo- & Lerntherapie-Praxen oder, wenn ärztlich verordnet auch bei ihnen zu Hause stattfinden.

Von grundlegender Wichtigkeit ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Kindes in eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, u.a. der Erzieher, Lehrer, Therapeuten anderer Fachbereiche, vor allem aber der Eltern.

K.2.2.7

Neurologie *u.2.10.1*

z.B.:

- Wachkoma *u.2.4.4*
- Spiegeltherapie bei Schlaganfall oder Schädel- Hirntrauma *u.2.4.4*
- Morbus Parkinson *u.2.4.4*

u.1.16

Zielsetzung ist das Wiedererlangen sowie der Erhalt der Handlungsfähigkeit und damit größtmöglicher Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Hilfen und Hilfspersonen im täglichen Leben und im Beruf mittels typische Behandlungsverfahren/-strategien.

Geriatric *u.2.10.1*

u.2.4.4

z.B.: Behandlungen von Demenzen unterschiedlicher Genese, wie M. Alzheimer, M. Parkinson, Multiple Sklerose.
u.2.4.4 *u.2.4.4*

u.2.4.3

Die Einschätzung erreichbarer und auf die individuelle Situation abgestimmter Therapieziele nimmt in der Arbeit mit älteren Menschen eine herausragende Rolle ein, müssen aber in besonderem Maße der speziellen Situation dieser Patienten Rechnung tragen.
u.2.4.3

Psychiatrie *u.2.10.1*

u.2.4.3

Patienten aller Altersstufen mit psychotischen, neurotischen, psychosomatischen Störungen und Suchterkrankungen. *u.2.4.4*

u.2.2.5

Das grundsätzliche Ziel ist es, emotionale, soziale und kognitive Fähigkeiten zu wecken und aufzubauen und dem Patienten eine größtmögliche Selbständigkeit im Alltag, über eine gute Orientierung, normalen Antrieb, alle geistigen Funktionen, umfassende Wahrnehmung, normale Motorik etc. zu ermöglichen. *u.2.1.2* *u.2.4.3*

Orthopädie • Traumatologie • Rheumatologie *u.2.10.1*

u.2.4.3

Patienten mit Störungen des Bewegungsapparates, wie z.B.: Amputationen, Lähmungen von Nerven, vor allem der Arme und des Rumpfes, angeborenen Fehlbildungen des Rumpfes, der Arme und Hände, Verletzungen der Knochen, Muskeln und Sehnen und der Nerven, Abnutzungserscheinungen und Erkrankungen der Wirbelsäule und anderer großer Gelenke, Tumoren der Knochen, Muskeln oder Nerven, entzündlichen und degenerativen Gelenkerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis. *u.2.4.4* *u.2.4.1*

Anhang 5: Auszug aus der Paraphrasierung

Website	Seite	Kategorie	Zitat
7	W7.14	K1.1.1	[...] COPM bzw. COPM a-kids und das COSA zum Einsatz.
8	W8.7	K1.1.2	[...] eine detaillierte Tätigkeitsanalyse [...]
7	W7.11	K1.1.2	Die Videobehandlung wird zur Betätigungsanalyse [...]
6	W6.1	K1.1.3	Beratung
10	W10.2	K1.1.3	Beratung
7	W7.4	K1.1.3	Kompensationsstrategien
5	W5.42	K1.1.4	Mensch die verschiedenen Rollen und die damit verbundenen Aufgaben in seinem Leben wieder bestmöglich einnehmen kann.
2	W2.1	K1.1.5	[...]Betätigungen in den Bereichen....
5	W5.23	K1.1.5	[...]Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen[...]
6	W6.1	K1.1.5	[...] bedeutungsvolle Betätigungen [...]
10	W10.2	K1.1.5	[...] bedeutungsvolle Betätigungen [...]
7	W7.20	K1.1.5	bedeutungsvollen Betätigungen
1	W1.6	K1.1.6	[...]Handlungsfähigkeit eingeschränkt[...]
2	W2.1	K1.1.6	[...]Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.
3	W3.3	K1.1.6	Zielsetzung ist das Wiedererlangen, sowie der Erhalt der Handlungsfähigkeit[...]
4	W.4.8	K1.1.6	[...]Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind[...]
5	W5.4	K1.1.6	Wiedererlangen der Handlungsfähigkeit[...]
6	W6.1	K1.1.6	[...] Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.
8	W8.3	K1.1.6	[...] Handlungsfähigkeit im Alltag eingeschränkt oder davon bedroht sind.
10	W10.2	K1.1.6	[...] Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.
7	W7.3	K1.1.6	[...] die in ihrer Handlungskompetenz und Selbständigkeit in ihrem Alltag eingeschränkt sind.
4	W.4.8	K1.12.1	[...]Teilhabe am gesellschaftlichen Leben des Kindes und seiner Familie[...]
5	W.5.6	K1.12.1	[...]soziale Faktoren[...]
5	W5.23	K1.12.2	[...]Umwelt des behinderten Menschen sowohl Alltagsgegenstände und Einrichtungen[...]
7	W7.37	K1.2.3	das Umfeld anzupassen
5	W5.42	K1.2.3	Umweltstrukturen an den Betroffenen anzupassen.
6	W6.1	K1.2.3	Umweltanpassungen
10	W10.2	K1.2.3	Umweltanpassungen
2	W2.5	K1.3.1	[...]wird jeder Mensch mit all seinen körperlichen seelischen gesittigen und sozialen Aspekten in seiner Einzigartigkeit betrachtet[...]
5	W5.15	K1.3.1	[...]nicht mehr fähig sind, bestimmte Dinge u verrichten
8	W8.7	K1.3.1	[...] sich betätigt, trainiert seine Fähigkeiten.
7	W7.28	K1.3.2	Die ICF findet interanational Anwendung und somit stellt sie eine einheitliche interdisziplinäre Sprache dar
4	W4.10	K1.3.4	[...]größtmöglicher...Lebensqualität[...]
5	W5.23	K1.3.4	[...]Verbesserung der Lebensqualität[...]
6	W6.1	K1.3.4	[...] Verbesserung der Lebensqualität [...]
8	W8.8	K1.3.4	Verbesserung der Lebensqualität und sozialer Teilhabe
10	W10.2	K1.3.4	[...] Verbesserung der Lebensqualität [...]
7	W7.5	K1.3.4	Lebensqualität
5	W.5.6	K1.3.5	[...]Ziel ist es sie in der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen...zuu stärken[...]
2	W2.2	K1.4.2	Kursleiterin für Achtsamkeitstraining zur Stressbewältigung
8	W8.12	K1.5.1	[...] das Kind die Therapieziele aktiv mitgesalten.
10	W10.4	K1.5.1	[...] werden Sie, und bei Bedarf ihre Angehörigen, in die Planung Ihrer Therapie einbezogen.
10	W10.4	K1.5.1	Ihre Ziele werden erfragt
10	W10.4	K1.5.1	Fragen zu ihrer Behandlung werden Ihnen umfassend für Sie nachvollziehbar erläutert.
7	W7.1	K1.5.1	Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen Sie mit Ihren Anliegen und Fragen.
7	W7.5	K1.5.1	Gemeinsam mit Ihnen [...] legen wir die Zielsetzung für die ergotherapeutische Behandlung fest.
2	W2.6	K1.5.2	[...]Einbezug der Angehörigen und Bezugspersonen[...]

Anhang 6: Zeitplanung

März	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretischer Hintergrund recherchieren und festlegen • Literaturrecherche Methodik • Festlegung des Materials • Methodik schreiben
April	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Differenzierung der Fragestellung • Methodik und Theoretischer Hintergrund schreiben
Mai	<ul style="list-style-type: none"> • Methodik und theoretischer Hintergrund zu Ende schreiben • Analyse der Entstehungssituation • Formale Charakteristika des Materials • Richtung der Analyse
Juni	<ul style="list-style-type: none"> • Bestimmung der Analysetechnik • Festlegung des konkreten Ablaufmodells • Festlegung und Definition der Kategorien/des Kategoriensystems • Definition der Analyseeinheit (Kodier-, Kontext-, Auswertungseinheit)
Juli	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung und Definition des Kategoriensystems sowie des Kodierleitfadens • Pilotstudie zur Rücküberprüfung des Kategoriensystems • Bei Bedarf Anpassung der Instrumente
August	<ul style="list-style-type: none"> • Analyseschritte gemäß Ablaufmodell mittels Kategoriensystem (Beachtung der Gütekriterien)
September	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung • Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien
Oktober	<ul style="list-style-type: none"> • Diskussion & Schlussfolgerung schreiben • Abstract & Einleitung formulieren sowie zum Übersetzen geben • Korrekturlesen der Bachelorarbeit
November	<ul style="list-style-type: none"> • Layout & Finishing Bachelorarbeit • Druck Bachelorarbeit

Anhang 7: Ehrenwörtliche Erklärung

Ehrenwörtliche Erklärung

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



Litzendorf, den 08.11.2021

Theresa Bräuter



Fürstenfeldbruck, den 08.11.2021

Franziska Laing