

ERGOTHERAPIE UND COVID-19

Eine Untersuchung des ergotherapeutischen
Behandlungsprozess im ambulanten Praxissetting
unter den Maßnahmen zur Eindämmung der
Covid-19-Pandemie

Bachelorarbeit des Fachbereichs Gesundheitszorg
Academie voor Ergotherapie, Zuyd Hogeschool
Begleitende Mentorin: Ulla Pott

September 2021



VON
MAYER, HANNAH (2062996)
TIGGES, ALINA (2066806)
URBAN, CHIARA (2062625)

Das Titelbild ist lizenzfrei und wurde über canva.com (2021) erstellt.

Copyright

© Mayer, Tigges, Urban

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung, unzulässig und strafbar (§106ff Urhbergrechtsgesetz). Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, die Speicherung und die Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

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.

~ „Die zur Eindämmung der Corona-Pandemie ergriffenen Maßnahmen haben in Deutschland zwischen Mitte März und Anfang Mai 2020 das öffentliche Leben der Allgemeinheit und die private Freiheit des Einzelnen in einem nie dagewesenen Ausmaß beschränkt.“ ~
(Nischk & Voss, 2021)

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei all denjenigen Bedanken, die, während der Erstellung der Bachelorarbeit uns stets unterstützt und motiviert haben.

Wir danken allen Teilnehmer:innen für die Teilnahme an unserer Forschung, welche ohne die Mitarbeit erst gar nicht möglich gewesen wäre. Dafür möchten wir uns für die Erfahrungen und Einblicke, die mit uns geteilt wurden, bedanken.

Ein besonderer Dank gilt unserer Mentorin und Unterstützerin Ulla Pott für die zahlreichen Anregungen und vielen Denkanstöße. Mit Deiner positiven Art hast du uns durch alle guten sowie schwierigen Zeiten begleitet. Wir bedanken uns für Deine Inspirationen!

Ein weiterer Dank gilt an unsere Korrekturleser:innen und Übersetzer:innen für die fleißige Mühe die Ihr euch gemacht habt. Durch eure Ideen und Korrekturen konnte die Arbeit finalisiert werden.

Und zum guten Schluss möchten wir uns bei unseren Familien und Freunden bedanken. Danke, dass Ihr immer ein offenes Ohr für uns hattet und für den positiven Zuspruch in herausfordernden Phasen des Bachelorprozess, den Ihr uns gegeben habt!

Vielen Dank!

Lesehinweise

Personenbezeichnungen

- In der vorliegenden Arbeit werden Hannah Mayer, Alina Tigges, und Chiara Urban als Forscherinnen synonymisiert.
- Hinsichtlich einer geschlechtsneutralen Schreibung wurde sich für die Verwendung des Gender-Doppelpunkts entschieden, dieser repräsentiert nicht-binäre Identitäten (z.B. Teilnehmer:innen).
- Die Namen und Daten der Studienteilnehmer:innen wurden anonymisiert. In der vorliegenden Arbeit werden sie mit der Abkürzung TN (1-4) gekennzeichnet.
- Da die Studienteilnehmer:innen im Kontext der Forschung über ein relevantes Wissen verfügen, werden sie unter anderem als Expert:innen beschrieben.
- In der qualitativen Ergebnisdarstellung der Forschung werden die Expertinnen nicht gegendert, da sie alle dem weiblichen Geschlecht zugehören.

Kenzeichnungen und Hervorhebungen im Text

- Zitate der Studienteilnehmer:innen werden im Textverlauf in Anführungszeichen kursiv dargestellt und mit der entsprechenden Abkürzung (TN 1-4)
- Direkte Literaturzitate werden in Anführungszeichen mit der dazugehörigen Quelle gekennzeichnet
- Auslassungen in direkten Zitaten werden durch . . . gekennzeichnet.
- Verwendete Abkürzungen können im Abkürzungsverzeichnis nachgelesen werden. Gängige Abkürzungen (z.B., etc., ca., . . .) werden dort nicht aufgeführt.
- Zahlen werden von eins bis zehn ausgeschrieben. Ausgenommen sind Prozentzahlen, Nummerierungen, die Auflistung der Expert:inneninterviews und statische Daten.
- Zur besseren Lesbarkeit wird der Begriff Sars-CoV-2 in der gesamten Forschungsarbeit als Covid-19 bezeichnet.
- Bedeutungsvolle Wörter werden **fett** dargestellt
- Um eine bessere Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, werden in der Forschungsarbeit Querverweise zu anderen Kapiteln hergestellt.
- Die verwendeten Fachbegriffe sind im Glossar definiert.

Literaturangaben und Abbildungen

- Alle Literaturangaben erfolgen nach den APA-Richtlinien der American Psychological Association (APA, 2013). Im Literaturverzeichnis werden alle verwendeten Literaturquellen nach APA- Richtlinien von A-Z aufgeführt.
- Alle Abbildungen und Tabellen sind mit einer Beschriftung versehen und werden fortlaufend nummeriert.
- Abbildungen und Tabellen aus einer Primärliteratur, wurden von den Forscherinnen mit dem Originaltitel gekennzeichnet, sofern sie nicht von den Verfasserinnen selbst erstellt wurden.

Englischsprachige Literatur

- Englische Fachbegriffe werden, um Verfälschungen zu vermeiden in Originalsprache beibehalten und kursiv dargestellt.

Die Forscherinnen sind unter der E-Mail Adresse: ergotherapie-covid19@web.de, für Fragen und Anregungen zur vorliegenden Forschungsarbeit zu kontaktieren.

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AOTA	American Occupational Therapy Association
AJOT	American Journal Occupational Therapy
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMAS	Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DB	Datenbank
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.
F	Fachzeitschriften
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HygPV	Hygienepauschalverordnung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning
IF	Internationale Fachzeitschriften
MS-Teams	Microsoft-Teams
OPM-A	Occupational Performance Model (Australia)
OTA	Occupational Therapy Australia
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process
PEO	Person Environment Occupation
RKI	Robert Koch-Institut
SPSS-Methode	Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren
TN	Teilnehmer:innen
Vgl.	Vergleich
WFOT	World Federation Occupational Therapists
WHO	World Health Organisation

Zusammenfassung

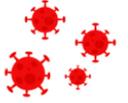
Die Covid-19-Pandemie und damit einhergehenden Hygienemaßnahmen in therapeutischen Praxen, stellen die deutschen Ergotherapeut:innen vor neue Herausforderungen in ihrem Berufsalltag. Ziel der Forschung war es ein umfangreiches Bild über den ergotherapeutischen Prozess unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen zu erhalten und darzulegen, wie diese den Prozess beeinflusst haben. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine *Mixed-Method* Studie durchgeführt. Dafür wurde ein quantitativer Online-Fragebogen generiert, an dem 99 Ergotherapeut:innen aus dem ambulanten Praxissetting teilnahmen. Ergänzend wurde mit vier Ergotherapeut:innen qualitative Expert:inneninterviews durchgeführt. Für die Datenauswertung wurde die Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring, sowie die Methode der deskriptiven Statistik verwendet. Die Ergebnisse zeigen, dass Ergotherapeut:innen aufgrund der Covid-19-Hygienemaßnahmen flexibel im Therapieprozess gehandelt haben, um trotz der *occupational disruption* eine zielgerichtete ergotherapeutische Behandlung anbieten zu können. Dabei standen die Bedürfnisse der Klient:innen im Fokus der Therapie und die Ergotherapeut:innen waren in ihrer organisatorischen Koordinationsfähigkeit gefordert. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse auf, dass die Ergotherapie, die Covid-19-Pandemie als Chance nutzen kann, um die Technologiebasierung innerhalb der Ergotherapie zu stärken.

Abstract

The Covid-19 pandemic and the associated hygiene measures in therapeutic practices present German occupational therapists with new challenges in their daily work. The aim of the research was to obtain a comprehensive picture of the occupational therapy process under the Covid-19 hygiene measures and to present how these have influenced the process. To answer the research question, a mixed-method study was conducted. For this purpose, a quantitative online questionnaire was generated in which 99 occupational therapists from the outpatient practice setting participated. In addition, qualitative expert interviews were conducted with four occupational therapists. For the data evaluation the summarizing content analysis according to Mayring as well as the method of descriptive statistics were used. The results show that occupational therapists acted flexibly in the therapy process due to the Covid-19 hygiene measures in order to be able to offer targeted occupational therapy treatment despite occupational disruption. In doing so, the needs of the clients were the focus of the therapy and the occupational therapists were challenged in their organizational coordination skills. In addition, the results indicate that occupational therapy can use the Covid-19 pandemic as an opportunity to strengthen the technology base within occupational therapy.

Samenvatting

De Covid-19-pandemie en de daarmee gepaard gaande hygiënemaatregelen in de therapeutische praktijk stellen Duitse ergotherapeuten voor nieuwe uitdagingen in hun dagelijks werk. Het doel van het onderzoek was een volledig beeld te krijgen van het arbeidstherapeutische proces in het kader van de Covid-19 hygiënemaatregelen en aan te tonen hoe deze het proces hebben beïnvloed. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werd een mixed-method studie uitgevoerd. Voor dit doel werd een kwantitatieve online vragenlijst gegenereerd waaraan 99 ergotherapeuten uit de ambulante praktijk deelnamen. Daarnaast werden kwalitatieve deskundigeninterviews gehouden met vier ergotherapeuten. Mayring's samenvattende inhoudsanalyse en beschrijvende statistiek werden gebruikt om de gegevens te analyseren. De resultaten tonen aan dat ergotherapeuten door de Covid 19 hygiënemaatregelen flexibel optraden in het therapieproces om ondanks de verstoring van het beroep een gerichte ergotherapeutische behandeling te kunnen bieden. De behoeften van de cliënten stonden centraal in de therapie en de ergotherapeuten werden uitgedaagd in hun organisatorische coördinatievaardigheden. Bovendien tonen de resultaten aan dat de ergotherapie de Covid-19-pandemie kan aangrijpen om de op technologie gebaseerde aanpak binnen de ergotherapie te versterken



Informative Zusammenfassung

Der Ausbruch von SARS-CoV-2 auch Covid-19 im März 2020 führte dazu, dass auf politischer Ebene Maßnahmen zur Eindämmung des Covid-19-Virus erlassen wurden. Die Hygieneauflagen der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel für therapeutische Praxen ermöglichten eine Fortführung der ergotherapeutischen Arbeit in ambulanten Praxen während der Covid-19-Pandemie (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), 2021). Daher ist es nicht ausgeschlossen, dass sich der ergotherapeutische Behandlungsprozess von Ergotherapeut:innen verändert. Dafür wurde folgende Forschungsfrage aufgestellt:

Wie haben die Covid-19-Hygienemaßnahmen den Ergotherapieprozess nach dem OTPF (AOTA, 2020) im Vergleich zum Ergotherapieprozess vor den Covid-19-Hygienemaßnahmen für deutsche Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting beeinflusst?

Im Zuge einer Mixed-Method generierten die Forscherinnen einen quantitativen Online-Fragebogen und einen qualitativen semistrukturierten Experteninterviewleitfaden, um die Forschungsfrage zu beantworten. Der ergotherapeutische Behandlungsprozess im ambulanten Praxissetting wurde anhand des Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (OTPF) (American Occupational Therapy Association (AOTA), 2020) im Hinblick auf die Covid-19-Hygienemaßnahmen betrachtet.

Für die Teilnehmerrekrutierung wurde ein Flyer erstellt. Über den Flyer wurden Ergotherapeut:innen rekrutiert, welche die Einschlusskriterien für die vorliegende Forschung erfüllten. Die Ergebnisse zeigen, dass der Ergotherapieprozess im ambulanten Praxissetting in den Phasen nach dem OTPF (AOTA, 2020) durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen beeinflusst wurde. Es ist sichtbar geworden, dass durch die *occupational disruption* der Klient:innen die Zielformulierung in der Evaluationsphase mehr Zeit in Anspruch nahm und abstrakter stattfand. Der Aufbau der Therapeut:in-Klient:in-Beziehung wurde durch den Mund-Nasen-Schutz als Barriere erschwert und erforderte mehr Feingefühl der Ergotherapeut:innen. Insbesondere die Desinfektionsmaßnahmen nahmen sehr viel Zeit in Anspruch und verlangsamten den Arbeitsablauf. Die Teletherapie als alternatives Therapiemedium auch abseits der Covid-19-Pandemie zu nutzen, kommt für über die Hälfte der Teilnehmer:innen in Frage.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Ergotherapeut:innen in ihren berufsspezifischen Kompetenzen gefordert waren, um trotz der Covid-19-Hygienemaßnahmen eine zielgerichtete Behandlung zu ermöglichen. Durch die Covid-19-Pandemie ergeben sich neue Chancen und Herausforderungen für die Ergotherapie. Die aufgeführten Ergebnisse und der Ausblick sollten umgesetzt werden, um weiterhin während der Phase der Pandemie die Klient:innen bei bedeutungsvollen Betätigungszielen zu unterstützen. Des Weiteren können Ergotherapeut:innen in ihrem beruflichen Handeln neue Kompetenzen entwickeln, um mit dieser herausfordernden Zeit professionell umzugehen.



Inhaltsverzeichnis

CORONA-PASSUS.....
DANKSAGUNG.....
LESEHINWEISE
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS
ZUSAMMENFASSUNG
INFORMATIVE ZUSAMMENFASSUNG
1 EINLEITUNG.....	1
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	4
2.1 Ergotherapeutische Fachterminologie und Paradigmenwechsel	4
2.1.1 Aktivität.....	6
2.1.2 Betätigung	6
2.1.3 Fazit.....	7
2.2 Kontextbasierung in der Ergotherapie	8
2.2.1 Ergotherapie im Kontext Umwelt.....	8
2.2.2 Kontext und Umwelt im OTPF	8
2.3 Modelle in der Ergotherapie	10
2.3.1 Zeit und Raum im Occupational Performance Model (Australia) – OPM-A	10
2.3.2 Person Environment Occupation – PEO	10
2.3.3 Das Occupational Therapy Practice Framework – OTPF.....	12
2.4 Covid-19-Pandemie	15
2.4.1 Hygieneanforderungen an ambulante ergotherapeutische Praxen.....	17
2.4.1.1 Heilmittel-Richtlinien unter der Covid-19-Pandemie.....	19
2.4.2 Covid-19 im Kontext der Ergotherapie	19
2.4.2.1 Betätigung unter Covid-19.....	22
2.4.2.2 Covid-19 als Auswirkung in der ICF.....	23
2.4.3 Teletherapie	25
2.5 Forschungsgegenstand.....	29
3 METHODE.....	30
3.1 Fragestellung	30
3.2 Forschungsdesign/-methode.....	31
3.3 Beschreibung der Literaturrecherche.....	31



3.4	Ethische Aspekte	33
3.5	Quantitative Forschung	34
3.5.1	Gütekriterien quantitativer Forschung	34
3.5.2	Erstellung des Onlinefragebogens	36
3.5.3	Teilnehmerrekrutierung.....	37
3.5.4	Pre-Testung	38
3.5.5	Datenerhebung	38
3.5.6	Datenauswertung.....	38
3.6	Qualitative Forschung	39
3.6.1	Gütekriterien qualitativer Forschung	40
3.6.2	Erstellung eines Interviewleitfadens	42
3.6.3	Teilnehmerrekrutierung.....	43
3.6.4	Pre-Testung	43
3.6.5	Datenerhebung	43
3.6.6	Datenauswertung.....	44
3.6.6.1	Transkription.....	44
3.6.6.2	Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)	45
4	RESULTATE	47
4.1	Quantitative Ergebnisse	47
4.2	Qualitative Ergebnisse.....	57
5	DISKUSSION	71
5.1	Limitierung (Stärken und Schwächen)	71
5.2	Interpretation der Ergebnisse	72
5.2.1	Beantwortung der 1. Leitfrage	73
5.2.2	Beantwortung der 2. Leitfrage	77
5.2.3	Beantwortung der Forschungsfrage	83
6	SCHLUSSFOLGERUNG	88
6.1	Ausblick.....	89
	LITERATURVERZEICHNIS	91
	GLOSSAR	104
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	110
	TABELLENVERZEICHNIS	111
	ANLAGENVERZEICHNIS	112



1 Einleitung

Mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie wurden verschiedene Maßnahmen auf politischer Ebene erlassen (Donsimoni et al., 2020). Es betrifft zum Teil die ganze Weltbevölkerung und verursachte einen weltweiten Stillstand. Die Maßnahmen gegen die Pandemie schränken die gesamte Bevölkerung hinsichtlich ihres alltäglichen Lebens ein (Nischk & Voss, 2021; Hammell, 2020). Plötzliche Betätigungseinschränkungen sind in der Ergotherapie bekannt. Denn solche Situationen erfuhren die Klient:innen bereits. Sie haben durch psychische oder physische Einschränkungen, ein plötzliches Wegfallen der alltäglichen Struktur erfahren (Townsend & Polatajko, 2013).

Ergotherapeut:innen verfügen über das Wissen solche Situationen fundiert anzugehen und diese zu kompensieren. Durch die Erfahrung mit den Klient:innen haben sie gelernt auf diese Situationen zu reagieren und in diesen zu agieren (Hammell, 2020).

Die Hygieneauflagen der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel für therapeutische Praxen ermöglichten eine Fortführung der ergotherapeutischen Arbeit in ambulanten Praxen während der Covid-19-Pandemie (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), 2021a). Aufgrund der aktuellen Covid-19-Maßnahmen, dürfen Ergotherapeut:innen seit dem 18. März 2020 in Deutschland, hinsichtlich der geänderten Heilmittelverordnung, Videobehandlungen anbieten (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2021). Eine solche Veränderung stellt Ergotherapeut:innen und Klient:innen in der Gegenwart sowie in der Zukunft vor neue Herausforderungen und Möglichkeiten.

In einer Umfrage vom Deutschen Verband Ergotherapie (DVE) ist deutlich geworden, dass die Arbeit nur eingeschränkt stattfinden konnte. Eine gewisse Flexibilität sowie eine zeitliche und räumliche Anpassung waren notwendig, um die Therapie stattfinden lassen zu können (Kuhnert, 2020).

Die Ergotherapie ist von der Covid-19-Pandemie beeinflusst worden. In der Studie von Hoel, Von Zweck, Ledgerd und der World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (2021) wurden verschiedene Auswirkungen auf die Ergotherapie erhoben. Dazu zählen unter anderem wechselnde Arbeitsbedingungen und begrenzte Ressourcen. Die Arbeit unter den Pandemie-Bedingungen wirkte sich negativ auf die Gesundheit der Therapeut:innen aus.

Einen Einfluss auf den Behandlungsprozess könnte demnach die belastete Gesundheit der Therapeut:innen nehmen. Zusätzlich könnten sich aber auch die Angst und Vorsicht der Klient:innen negativ auf den Arbeitsprozess auswirken (Schedlich, 2021).



Aus diesem Grund schließen die Forscherinnen nicht aus, dass sich seit dem ersten Lockdown im März 2020 auch die Arbeit der Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting in Deutschland verändert hat. Dieser Gegenstandsbereich der Ergotherapie unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen wurde bisher nicht erforscht. Durch die Identifizierung der Forschungslücke entstand das Interesse bei den Forscherinnen, zu untersuchen, welche Barrieren im ergotherapeutischen Prozess entstanden sind und wie darauf von Ergotherapeut:innen reagiert wurde.

Unter Einbezug der zur Verfügung stehenden Literatur wurde daher folgende Forschungsfrage generiert:

Wie haben die Covid-19-Hygienemaßnahmen den Ergotherapieprozess nach dem OTPF (AOTA, 2020) im Vergleich zum Ergotherapieprozess vor den Covid-19-Hyginemaßnahmen für deutsche Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting beeinflusst?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurden zwei Leitfragen aufgestellt:

- 1. Inwiefern mussten die Ziele während des Prozesses adaptiert werden, um trotz der Covid -19-Hygienemaßnahmen ein Outcome zu ermöglichen?**
- 2. Wie wurde/wird mit Barrieren/Grenzen im ergotherapeutischen Prozess umgegangen?**

In der folgenden Arbeit wird der ergotherapeutische Prozess anhand des Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 4ed (OTPF) (American Occupational Therapy Association (AOTA), 2020) beschrieben. Durch seinen dreiteiligen Prozess: Evaluation, Intervention und Outcome bietet er den praktizierenden Ergotherapeut:innen eine Struktur. Diese Struktur gibt dem Forschungsprozess einen Leitrahmen.

Ziel der Forschung ist es ein umfangreiches Bild über den ergotherapeutischen Prozess unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen zu erhalten und darzulegen, wie diese den Prozess beeinflusst haben. Der Überblick soll aufzeigen, ob die Veränderungen eventuell für ein positives Outcome für Ergotherapeut:innen dienen und neue Methoden wie z.B. die Teletherapie eine Chance für Klient:innen und Ergotherapeut:innen sein könnte.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine *Mixed-Method* Studie durchgeführt. Dafür wurde ein quantitativer Online-Fragebogen generiert. Dieser richtete sich an



Ergotherapeut:innen welche im Praxissetting tätig waren. Der Fragebogen gliedert sich nach den Prozessphasen des OTPFs (AOTA, 2020). Insgesamt haben 99 Ergotherapeut:innen an dem Online-Fragebogen teilgenommen. Zur qualitativen Datenerhebung wurden vier leitfadengestützte Experteninterviews mit praktizierenden Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxis Setting via Microsoft-Teams (MS-Teams) durchgeführt. Die Auswertung fand mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) statt.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in mehrere Kapitel. Zunächst folgt der theoretische Hintergrund (→ Kapitel 2), welcher die Ergebnisse der Literaturrecherche mit den bereits bestehenden Forschungsinhalten zur Thematik aufzeigt. Die ergotherapeutische Fachterminologie und für die Forschung relevante ergotherapeutische Modelle werden erläutert. Des Weiteren wird auf die Covid-19-Pandemie im Allgemeinen sowie im Kontext der Ergotherapie eingegangen. Anschließend folgt die Methode (→ Kapitel 3), worin die Vorgehensweise, Datenerhebung und die Datenauswertung vertieft werden. Die Ergebnisse der gewonnenen Datenerhebung werden in dem darauffolgenden Kapitel im Detail dargestellt (→ Kapitel 4). In der anschließenden Diskussion (→ Kapitel 5) werden die Ergebnisse in Bezug zum theoretischen Hintergrund gesetzt und diskutiert, um die Forschungsfrage zu beantworten. Mit der Schlussfolgerung (→ Kapitel 6) und einem Ausblick (→ Kapitel 6.1) für weiterführende Forschungsinhalte schließt die Arbeit ab.



2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Ergotherapeutische Fachterminologie und Paradigmenwechsel

Zum Einstieg in die hier vorliegende Untersuchung ist es hilfreich die Entwicklung der ergotherapeutischen Fachterminologie zu verstehen, insbesondere die Entstehung und Entwicklung der Begriffe Betätigung und Aktivität. Die geschichtliche Entwicklung der Begriffsbedeutungen ist vor dem Forschungshintergrund relevant, da sie zeigt, dass sich die Verwendung der Begriffe in der ergotherapeutischen Berufspraxis in der mit der Zeit verändert hat (Möller, 2017). Diese Entwicklung zeigt auf, wie die Begriffe entstanden sind. Sie ist im Kontext der Arbeit insofern relevant, da sie verdeutlicht, dass die Begriffe Betätigung und Aktivität in der ergotherapeutischen Berufspraxis oft synonym verwendet werden (Möller, 2017). Diese Arbeit beleuchtet den ergotherapeutischen Behandlungsprozess unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen, weshalb die Begriffe Betätigung und Aktivität wesentliche Bestandteile der Forschungsarbeit. Dies soll den Leser:innen ihre Bedeutung verständlich gemacht werden.

Die Verwendung von ergotherapeutischer Fachterminologie hat sich fortlaufend mit den Paradigmenwechseln entwickelt. Im Folgenden werden die einzelnen Paradigmenwechsel beschrieben.

Im Jahr 1914 in den USA wurde der Beruf erstmals als *Occupational Therapy* benannt (Kinébanian, 2019). In Deutschland galt sie zu dem Zeitpunkt als Beschäftigungstherapie und erhielt die Berufsbezeichnung Ergotherapie erst im Jahr 1998 (Raps, 2014).

Bevor der Beruf seinen eigenen Namen erhielt, gab es zwei Strömungen, die die Entwicklung der Ergotherapie beeinflusst haben. Das *moral treatment* und die *arts and crafts* Bewegung trugen dazu bei, dass sich in den psychiatrischen Einrichtungen in Nordamerika eine neue Einstellung entwickelte. Demnach entstand die Annahme, dass Betätigung den Gesundheitszustand positiv beeinflusst. Daraufhin gründete sich das Paradigma der Betätigung (*occupational paradigm*). Betätigung wurde zur Förderung der Gesundheit und Heilung eingesetzt. In der Arbeit mit den Kriegsverletzten aus dem Ersten Weltkrieg ging es um den „... Einsatz von Hilfsmitteln und von Betätigung als Möglichkeit zur (Re-) Integration in Arbeit und Gesellschaft“ (Mentrup, 2015, S. 12). Man verstand, dass das Zusammenspiel von Körper, Geist und Umgebung ausschlaggebend für die Betätigung war.

Aus Mentrup (2015) geht hervor, dass sich um 1950 die Terminologie mit der Entstehung des Mechanistischen Paradigma (*mechanistic paradigm*) veränderte. Das wissenschaftliche Modell wurde 1940 von den Mediziner:innen übernommen. Die daraus



folgende Berufskrise führte zu dem Paradigmenwechsel. Während des *mechanistic paradigm* dominierte die biomedizinische Sicht im Gesundheitssystem. Der Körper als System wurde mit einem Uhrwerk gleichgesetzt. Anstatt sich auf die Betätigungsmuster zu konzentrieren, versuchten die Therapeut:innen anhand von Hilfsmitteln die Körperfunktionen wiederherzustellen (Bauerschmidt & Nelson, 2011). Eine Untersuchung von Bauerschmidt und Nelson (2011) zu den Begriffen Betätigung und Aktivität zeigt, dass der Begriff Betätigung weitläufig dominant in den 1920er Jahren erschien und in den 1940ern, 1950ern und den 1960ern durch den Begriff Aktivität ersetzt wurde. Die Relevanz des Betätigungsbegriffs in den 1920er Jahren untermauern sie mit einem Zitat von Dunton (1919): „Occupation is as necessary to life as food and drink. . . Sick minds, sick bodies, sick souls may be healed through occupation.” (Dunton, 1919, zitiert in Bauerschmidt und Nelson, 2011, S. 339).

Mit der Entstehung des zeitgenössischen Paradigma (*emerging paradigm*) in den 1960er Jahren etablierte sich die holistische Sichtweise mit dem Blick auf die Betätigung der Klient:innen (Mentrup, 2015). Von den Gründern der Ergotherapie wurde damals die revolutionäre Sichtweise angenommen, „. . . dass der Mensch Teil seiner Umwelt ist und sie durch sein Verhalten organisiert“ (Möller, 2017, S. 75). In diesem Paradigma findet sich die heutige Ergotherapie wieder. Das darauffolgende Paradigma wird als *future paradigm* benannt. In dessen Anfängen befindet sich die Ergotherapie (Möller, 2017).

Die Sichtweise der Ergotherapie auf die Begriffe Aktivität und Betätigung hat sich im Laufe der Zeit verändert. Im *moral treatment* wurde festgestellt, dass Aktivitäten eine positive Wirkung auf Menschen mit psychischen Erkrankungen haben und sich somit als Behandlungsmaßnahme erwiesen. Während des *moral treatments* ist vorrangig die Arbeit als Therapiemedium eingesetzt worden (Kinébanian, 2019).

Meyer (2008) formuliert, dass das aktive Betätigen den Körper und die Psyche erhält, demnach eignet sich der Einsatz von Aktivitäten als Therapie, um die Betätigungsfähigkeit wiederherzustellen. Es werden also Aktivitäten eingesetzt, um die Betätigungsausführung eines Menschen zu verbessern. Stadler-Grillmaier (2007) bestätigt diese Annahme in ihrer Definition von Aktivität, die besagt, dass Aktivitäten eine strukturierte Folge von Teilschritten sind, die dazu beitragen eine Betätigung auszuführen.

Im Gegensatz dazu richtet sich die Betätigung heutzutage an die unmittelbare Ausführung einer bedeutungsvollen Betätigung eines Menschen und wird als die Kerndomäne der Ergotherapie beschrieben (AOTA, 2018). In den Anfängen der deutschen Berufsentwicklung galt die heutige Ergotherapie als Beschäftigungstherapie, demnach



wurde Betätigung ohne individuelle Bedeutung für den Klienten eingesetzt, um die Kranken in den Psychiatrien zu beschäftigen (Mentrup, 2015). In der aktuellen Literatur zur Betätigung gilt die individuelle Bedeutung, die ein Mensch einer Betätigung beimisst als sinnstiftend für den Betätigungsbegriff (Townsend & Polatajko, 2013). Ein Mensch besitzt demnach eine eigene Betätigungsidentität (Unruh, 2004).

In Bezug auf die Untersuchung ist dies zu berücksichtigen, da die beiden Begrifflichkeiten in Deutschland durch die fehlenden Ausbildungsstandards unterschiedlich geprägt sind (Schirmer, 2020). Demnach ist davon auszugehen, dass Ergotherapeut:innen in Deutschland eine unterschiedliche Auffassung der Fachterminologie von Aktivität und Betätigung haben (AOTA, 2018).

Fortführend findet eine kurze Erläuterung des Begriffs Aktivität statt. Anschließend wird ausführlicher auf den Begriff der Betätigung eingegangen, da dieser im Rahmen der Forschung verwendet wird.

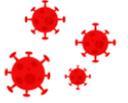
2.1.1 Aktivität

Der Begriff Aktivität stammt aus dem *mechanistic paradigm*, welchem das biomedizinische Modell (Franzkowiak, 2018) zugrunde liegt. Der Fokus liegt auf der Wiederherstellung von verlorengegangenen Körperfunktionen (Möller, 2017). Die Terminologie und ihre Bedeutung haben sich im Laufe der Jahre weiterentwickelt. Stadler-Grillmaier (2007) definiert eine Aktivität als „Eine strukturierte Folge von Teilschritten oder Aufgaben, die Teil einer Betätigung/Handlung/Beschäftigung sind“ (S. 102). Eine Aktivität ist also ein Teil einer bedeutungsvollen Betätigung, z.B. die Betätigung des Lesens und die Aktivität dazu eine Seite umzublättern oder die gelesenen Wörter zu verstehen (Stadler-Grillmaier, 2012).

2.1.2 Betätigung

Aus der Literatur von Mentrup (2015) und Möller (2017) geht hervor, dass der Betätigungsbegriff der holistischen Sichtweise entstammt und somit das Individuum als fühlendes, denkendes und handelndes Wesen in seiner Einzigartigkeit in den Fokus stellt. Stadler-Grillmaier (2007) definiert eine Betätigung als „... ein Komplex von Aktivitäten, der persönliche und soziokulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation an der Gesellschaft ermöglicht“ (S. 102).

Der Begriff Betätigung ist im OTPF der AOTA (2018) als Aspekt des Gegenstandsbereichs der Ergotherapie aufgeführt. Demnach stehen Betätigungen im Mittelpunkt der Identität



und des Gefühls von Kompetenz eines Menschen. Die Betätigungen haben eine bestimmte Bedeutung und Wert für diesen Menschen.

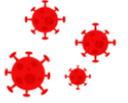
Nach Christiansen, Baum & Bass-Haugen (2005) ist eine Betätigung zielgerichtet und erstreckt sich normalerweise über eine Zeitspanne. Die Ausführung beinhaltet mehrere Aufgaben. Townsend und Polatajko (2013) sehen die Betätigung als „. . .eine Reihe von Aktivitäten und Aufgaben. . .“ (S. 372). Dabei wird sie vom Individuum einem Wert und eine Bedeutung zugeschrieben. Betätigungen können in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit stattfinden. Zudem ist sie die Kerndomäne der ergotherapeutischen Arbeit (Townsend & Polatajko, 2013).

Eine Betätigung ist identitätsstiftend und ist wiederum von der Identität der Person, die sie ausführt, abhängig: „Christiansen (1999) introduced the concept of occupation as identity when he argued that self-identity was closely related to what we do“ (Christiansen, 1999, in Unruh, 2004, S. 291). Der Grund weshalb eine Betätigung bedeutungsvoll ist und die Art und Weise, wie die Betätigung ausgeführt wird, variiert also stark je nach Person. Die Unterschiede sind komplex und multidimensional (AOTA, 2018).

2.1.3 Fazit

Heute wird der Mensch in einem ganzheitlichen System betrachtet. Faktoren wie, soziale Beziehungen, die Umwelt, Aktivitäten und die Partizipation sind unverzichtbar im ergotherapeutischen Prozess (AOTA, 2020). Aus diesen Faktoren ergeben sich die Betätigungsprobleme, welche die Grundlage zur klient:innenzentrierten Zielsetzung bieten. Der Begriff Betätigung verdeutlicht den Ansatz der ergotherapeutischen Vorgehensweise. Aktivität hingegen ist ein Teil der Betätigung.

Durch eine genaue Definition und Differenzierung der Begrifflichkeiten kann der ergotherapeutische Prozess effizienter gestaltet werden. Er verschafft den Ergotherapeut:innen Tätigkeiten detaillierter zu reflektieren (Stadler-Grillmaier, 2012) und den Prozess dadurch klient:innengerechter zu lenken. Ebenso schafft er eine transparentere Zusammenarbeit zwischen den Klient:innen und den Ergotherapeut:innen (Law, Baum, & Dunn, 2017). Der/die Ergotherapeut:in kann den Klient:innen sein/ihr Vorgehen, z.B. bei der Befundung im ergotherapeutischen Prozess, genauer erläutern, aufgrund einer einheitlichen inhaltlichen Definition der Begriffe.



2.2 Kontextbasierung in der Ergotherapie

Wie bereits oben erwähnt wurde, ist die Ausführung einer Betätigung kontextbasiert. Das heißt, dass eine Aktivität durch eine dynamische Interaktion zwischen dem Individuum und seinem Kontext zustande kommt (Law et al., 1996). So können physische als auch soziale Barrieren im Kontext einer Person dazu führen, dass sie die Betätigung nicht mehr zufriedenstellend für sich selbst ausführen kann (Satink & Van de Velde, 2019). Wenn ein Mensch in seiner Betätigung beeinträchtigt ist, entstehen dadurch Risiken für das gesundheitliche Wohlbefinden. Daraus können sich laut Wilcock (1998) Erkrankungen wie z.B. Depressionen, Schlafstörungen und Ängste entwickeln. Wilcock und Hocking (2015) untermauern, dass die Gesundheit eines Menschen durch sinnvolle Betätigung, die von der Umgebung gefördert wird und ein Gefühl der Erfüllung erzeugt, verbessert werden kann.

2.2.1 Ergotherapie im Kontext Umwelt

Die Einführungen in die Umweltmodelle ist vor dem Hintergrund dieser Forschungsarbeit relevant, da sich die Umwelt durch die auf politischer Ebene erlassenen Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie verändert hat (Brown, 2021). Um die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf den ergotherapeutischen Behandlungsprozess zu verstehen, ist es essenziell die Umwelt in ihrer Komplexität zu begreifen.

2.2.2 Kontext und Umwelt im OTPF

Das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) hat die Begriffe Kontext und Umwelt etabliert. In der ergotherapeutischen Literatur werden die Begriffe als Synonym verwendet. Trotz der synonymen Verwendung von Kontext und Umwelt werden sie im Framework der AOTA separat angesehen. Dies ermöglicht einen weiteren Blick auf die äußeren Faktoren, die die Betätigungsausführung einer Person beeinflussen (AOTA, 2018). Im folgenden Abschnitt werden die Begrifflichkeiten Kontext und Umwelt näher beschrieben. Der Kontext ist unterteilt in den kulturellen, den personenbezogenen, den zeitlichen und den virtuellen Kontext (AOTA, 2018).

Der Kontext beschreibt die Bestandteile innerhalb der Umgebung eines Menschen, die weniger greifbar sind als die Bestandteile der physischen und sozialen Umwelt, aber dennoch einen erheblichen Einfluss auf die Ausführung einer Betätigung haben.



Der kulturelle Kontext wird von der Gesellschaft gebildet, von der eine Person ein Teil ist. „Der kulturelle Kontext beeinflusst die Identität und Aktivitätsauswahl des Klienten“ (AOTA, 2018, S. 49).

Der Begriff personenbezogener Kontext meint die demografischen Merkmale eines Menschen wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Bildungsstand, die alle nicht Teil des Gesundheitsproblems sind (World Health Organisation (WHO), 2001 in AOTA, 2018).

Mit dem zeitlichen Kontext ist das Zeiterleben gemeint, geformt durch Beteiligung an Betätigung. Im OTPF gehört zum zeitlichen Kontext das „Lebensstadium, Tages- oder Jahreszeit, Dauer und Rhythmus von Aktivität und die Vorgeschichte“ (AOTA, 2018, S. 49). Die zeitliche Komponente ist im Occupational Performance Modell (Australia) (OPM-A) (Chaparro & Ranka, 2014) unter dem Kontext weiter ausgeführt, worauf im nächsten Abschnitt Bezug genommen wird.

Den virtuellen Kontext lässt das OTPF nicht außer Acht, da er immer bedeutungsvoller für Klient:innen, Ergotherapeut:innen als auch andere Leistungserbringer:innen wird (→ Kapitel 2.4.3). Der virtuelle Kontext „... bezieht sich auf Interaktionen, die simuliert, in Echtzeit- oder Fast-Echtzeitsituationen ohne physischen Kontext stattfinden“ (AOTA, 2018, S. 49). In Zeiten der Pandemie hat der virtuelle Kontext enorm an Bedeutung dazugewonnen und ist mittlerweile eine Voraussetzung für viele Menschen, um ihre Arbeit ausführen zu können (→ Kapitel 2.4.3).

Die Umwelt besteht aus der physischen und sozialen Umwelt (AOTA, 2018).

Die physische Umwelt besteht aus der natürlichen und der hergestellten Umwelt. Mit der hergestellten Umwelt sind zum Beispiel Gebäude, Möbel oder Werkzeuge gemeint. Die physische Umwelt von Personen kann beispielsweise das Haus oder die Wohnung sein. Bei einer Gruppe wäre die physische Umwelt ein Bürogebäude, bei einer Population Transportsysteme (AOTA, 2018). Die physische Umwelt kann unterstützend wirken, kann aber auch eine Barriere für einen Menschen bei der Ausführung einer bedeutungsvollen Betätigung sein (AOTA, 2018).

Die soziale Umwelt einer Person bilden beispielsweise Freund:innen, Familienmitglieder und Kolleg:innen. Innerhalb einer Gruppe könnten es Schüler:innen sein, die ein Klassentreffen organisieren. Von einer Population könnte die Stadtverwaltung als soziale Umwelt gelten. Bei der sozialen Umwelt geht es um die Erwartungen von der Person an andere Personen, Gruppen und Populationen, mit denen sie in Kontakt steht (AOTA, 2018).



2.3 Modelle in der Ergotherapie

2.3.1 Zeit und Raum im Occupational Performance Model (Australia) – OPM-A

Das OPM-A ist eines der weltweit entwickelten ergotherapeutischen Modelle, welches die menschliche Betätigung abbildet. Für die Darstellung des Modells wurde die Internetquelle des OPM-A (Chaparro & Ranka, 2014) herangezogen:

Das OPM-A wurde kreiert, um das komplexe Netzwerk von Faktoren zu veranschaulichen, die an der menschlichen Betätigung beteiligt sind (Chaparro & Ranka, 2014). Im OPM-A besteht die theoretische Struktur aus acht Konstrukten. Ergänzend zu anderen ergotherapeutischen Modellen, beispielsweise das OTPF (→ Kapitel 2.3.3), werden in diesem Modell die Zeit und der Raum als einzelne Konstrukte aufgeführt. Diese Konstrukte bieten, im Sinne des Forschungsthemas, eine Darstellung von Raum und Zeit, da diese durch die Pandemie verändert sind (Beck, 2020). Auch das Zeiterleben hat sich unter den Pandemie-Bedingungen verändert. „Es gibt keine Differenz mehr zwischen früher und heute, zwischen innen und außen, zwischen Zeit und Raum“ (Beck, 2020, S.62).

Der Raum als Konstrukt meint die Zusammensetzung von physischer Materie als auch die Sichtweise einer Person in Bezug auf die Erfahrung von Raum. Der physische Raum ist der Umgang mit Objekten (Chaparro & Ranka, 2014). Ergänzend ist der gefühlte Raum die persönliche Bedeutung und Sichtweise, die ein Mensch einem Raum zuschreibt (Chaparro & Ranka, 2014).

Das Konstrukt Zeit setzt sich zusammen aus der physikalischen Zeit z.B. Kreislauf des Mondes und die gefühlte Zeit ist das persönliche Empfinden von Zeit (Chaparro & Ranka, 2014).

2.3.2 Person Environment Occupation – PEO

Die ergotherapeutische Praxis wird durch Inhaltsmodelle und Prozessmodelle geleitet (Law et al., 2017). In der vorliegenden Forschungsarbeit fungiert das OTPF (→ Kapitel 2.3.3.) als Prozessmodell und das PEO als Inhaltsmodell.

Das PEO wurde 1996 von Law et al. veröffentlicht. Es orientiert sich an der Systemtheorie, der Umwelttheorie, der Betätigungswissenschaft (*occupational science*), der Verhaltensforschung, der Sozial- und Verhaltenspsychologie und der klient:innenzentrierten Arbeit (Strong et al. 1999). Der Aufbau des Modells ist in seinem Konzept eng mit OTPF (2020) verwandt (Le Grasse, 2019).



Durch die weltweit erlassenen Maßnahmen zur Einschränkung der Verbreitung des Covid-19-Virus werden die Betätigungen der einzelnen Menschen beeinflusst (Hammell, 2020). Das PEO-Modell veranschaulicht wie die Covid-19-Hygienemaßnahmen einen Einfluss in den Komponenten Person, Umwelt und Betätigung auf die Menschen nehmen.

Mit der Covid-19-Pandemie und den daraus resultierenden Hygienemaßnahmen ist ein neuer Faktor in der Umwelt entstanden. Die Umwelt beeinflusst das Verhalten der Person und Betätigungen (Brown, 2021). Das PEO als Inhaltsmodell zeigt demnach auf, dass der ergotherapeutische Behandlungsprozess durch den neu dazu gekommenen Faktor Covid-19 in der Umwelt beeinflusst wird.

Im PEO-Modell stehen die drei Komponenten Person, Umwelt und Betätigung in einer dynamischen Wechselwirkung zueinander (Le Granse, 2019).

Durch die Überschneidung der drei Komponenten ergibt sich die individuelle Betätigungsperformanz der Person.

Die **Person** ist ein dynamisches, motiviertes Wesen, welches sich stetig weiterentwickelt und in konstanter Interaktion mit seiner Umwelt ist. Die Art und Weise, wie sich eine Person betätigt ist von ihrem individuellen Charakter abhängig (Law et al. 1996).

Die **Umwelt** ist der Kontext, in dem die Betätigungsausführung stattfindet und ist in keinem Fall statisch. Sie kann Betätigungen erleichtern als auch erschweren. Die Umwelt beeinflusst das Verhalten und wird wiederum von dem Verhalten einer Person beeinflusst (Law et al. 1996).

Betätigungen sind die Ausführungen der individuellen intrinsischen Bedürfnisse eines Menschen im Kontext der Selbsterhaltung und des Selbstausdrucks (Law et al. 1996). Das Betätigen verfolgt ein Ziel und wird als komplexes und dynamisches Phänomen betrachtet, welches „. . .unter dem kontinuierlichen Einfluss von Raum und Zeit steht“ (Le Granse, 2019, S. 457).

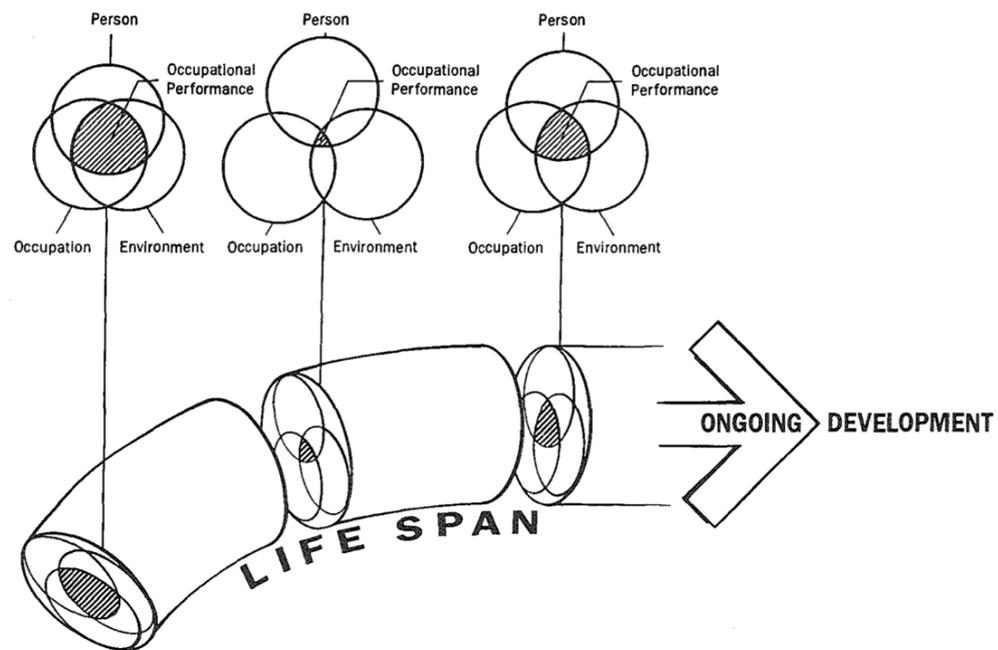


Abbildung 1: PEO (Law et al., 1996)

Die Abbildung zeigt die stetige Veränderung und Dynamik der Komponenten **Person**, **Environment** und **Occupation** im Laufe des Lebens.

2.3.3 Das Occupational Therapy Practice Framework – OTPF

Die Forschung zielt auf die Veränderungen des ergotherapeutischen Prozesses unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen ab. Zum systematischen Vorgehen wurde für die Forschung das Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (kurz: OTPF) als Prozessmodell verwendet.

Die wichtigste Aufgabe von Prozessmodellen besteht darin eine Handlungsabfolge in einzelne Schritte zu unterteilen. Diese werden nicht nur speziell für die ergotherapeutische Praxis entwickelt. Hierbei zielen verschiedene Phasen auf ein gewünschtes Ergebnis hin (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Prozessmodelle in der Ergotherapie dienen zur Entwicklung innovativer und effektiver, klient:innenzentrierter betätigungsbasierter Anleitung (Law, et al., 2017).

Das OTPF beschreibt die miteinander verbundenen Konstrukte der ergotherapeutischen Praxis (AOTA, 2020). Es wurde sich gezielt für dieses Prozessmodell entschieden, da das OTPF einen allgemeinen Prozess innerhalb von Anfang, Mitte, Ende beschreibt, den die



meisten Professionen (nicht nur Ergotherapeut:innen) nutzen. Daher bietet es einen einfachen und verständlichen Rahmen, der in alle anderen Prozessmodelle transparent einfließen kann.

Das OTPF ist betätigungsbasiert, klient:innenzentriert, kontextbasiert und evidenzbasiert. Konzepte wie die Betätigungsgerechtigkeit/-ungerechtigkeit, Identität, Zeitnutzung, Zufriedenheit, Engagement und Performanz, werden im OTPF hervorgehoben (AOTA, 2020). Das OTPF wird in zwei große Bereiche unterteilt. Zum einen die Domäne und zum anderen der Prozess. Die Domäne beschreibt das Aufgabengebiet der Ergotherapie. Diese ist ein Inhaltsmodell. Dabei beeinflussen die verschiedenen Domänen die Betätigungsidentität, Gesundheit, Wohlbefinden und die Teilhabe am Leben. Obwohl die Domäne und der Prozess getrennt voneinander beschrieben werden, stehen sie in ständiger Wechselwirkung zueinander und werden in einer transaktionalen Beziehung beschrieben (AOTA, 2020).

In diesem Teil der Arbeit wird der Prozess beschrieben. Die Forschung zielt auf die Untersuchung des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses nach dem OTPF ab. Die Prozessschritte Evaluation, Intervention und Outcome dienen als Basis für die Datenerhebung (→ Kapitel 3). Der Prozess beschreibt die Maßnahmen, welche der/die Ergotherapeut:in vornehmen soll. Der Prozess findet innerhalb der ergotherapeutischen Domäne statt. Der Fokus des Prozesses liegt immer auf der Betätigung. Er ist dynamisch und fließend. Durch das professionelle Reasoning, die Zusammenarbeit mit der/dem Klient:in und der Aktivitäts- und Betätigungsanalyse wird der Prozess erleichtert. Durch den Kontext des Settings o.ä. kann der Prozess beeinflusst werden (AOTA, 2020).

Im Folgendem werden die einzelnen Prozessschritte erläutert:

Im **Evaluationsprozess** identifiziert der/die Ergotherapeut:in was der/die Klient:in innerhalb seiner Betätigungen kann, will, braucht oder getan hat. Dabei steht die Identifikation von Unterstützung und Barrieren für Gesundheit, Wohlbefinden und Teilhaben an oberster Stelle. Der Evaluationsprozess besteht aus der Erstellung des Betätigungsprofils und der Analyse von Betätigungsperformanz. Bei der Erstellung des Betätigungsprofils erhebt der/die Ergotherapeut:in mit einem klient:innenzentrierten Ansatz Informationen über Alltagsmuster, Interessen, Werte und Bedürfnisse des/der Klient:in (AOTA, 2020).



In diesem Schritt können nach Bedarf auch Assessments zur Evaluation von Kontext, Umwelt, Klient:innenfaktoren und Aktivitätsanforderungen durchgeführt werden. Gemeinsam werden mit dem/der Klient:in Ziele und das gewünschte Outcome formuliert. Der/die Ergotherapeut:in wählt hier einen oder mehrere evidenzbasierte Interventionsansätze (Greber, 2018) aus. Mittels des Wissens des/der Therapeut:in sowie der verfügbaren Evidenz wird eine Auswahl der Assessments getroffen (AOTA, 2020).

Für die **Intervention** werden auf Grundlage der im Evaluationsprozess eingeholten Informationen und der formulierten Ziele betätigungszentrierte Methoden eingesetzt. Die Auswahl der Interventionen unterstützen den/die Klient:in körperliches, mentales und soziales Wohlbefinden zu erreichen. Die Ergotherapeut:in nimmt Bezug auf Praxismodelle, Bezugsrahmen (*Frames of references*), und aktuelle Evidenzen. Ergotherapeutische Interventionen beinhalten Betätigung und Aktivitäten, Interventionen, um Betätigungen zu unterstützen, Bildung und Training, Fürsprache, Gruppeninterventionen und virtuelle Interventionen. Der Interventionsprozess wird in drei Schritte unterteilt: Interventionsplan, Implementierung der Intervention und Reflexion der Intervention (AOTA, 2020).

Gemeinsam mit dem/der Klient:in entwickelt der/die Ergotherapeut:in einen Interventionsplan, auf Grundlage des Potenzials des/der Klient:in sowie seines/ihres Betätigungsziels. Dadurch, dass der Prozess mit der Domain in Wechselwirkung steht, kann dies Auswirkungen wie Anpassung, Veränderung oder Entwicklung in andere Bereiche haben (AOTA, 2020).

Das **Outcome** wird an Ergebnissen von ergotherapeutischen Interventionen ermessen. Durch das OTPF können in allen Domänen Veränderungen auftreten. Daher sind die Ergebnisse sehr vielfältig. Mittels *outcome performance measures* kann die ergotherapeutische Leistung evaluiert werden. Ergebnisse sollten mit den gleichen Methoden gemessen werden wie bei der Evaluation. Somit kann der Status von der Evaluation bis zum Outcome verglichen werden. Die Erreichung der Ziele steht im direkten Zusammenhang mit den durchgeführten Interventionen. Der Interventionsprozess sollte besonders zur Erreichung von Gesundheit, Wohlbefinden und Teilhabe am Leben durch Engagement innerhalb der Betätigung führen (AOTA, 2020).

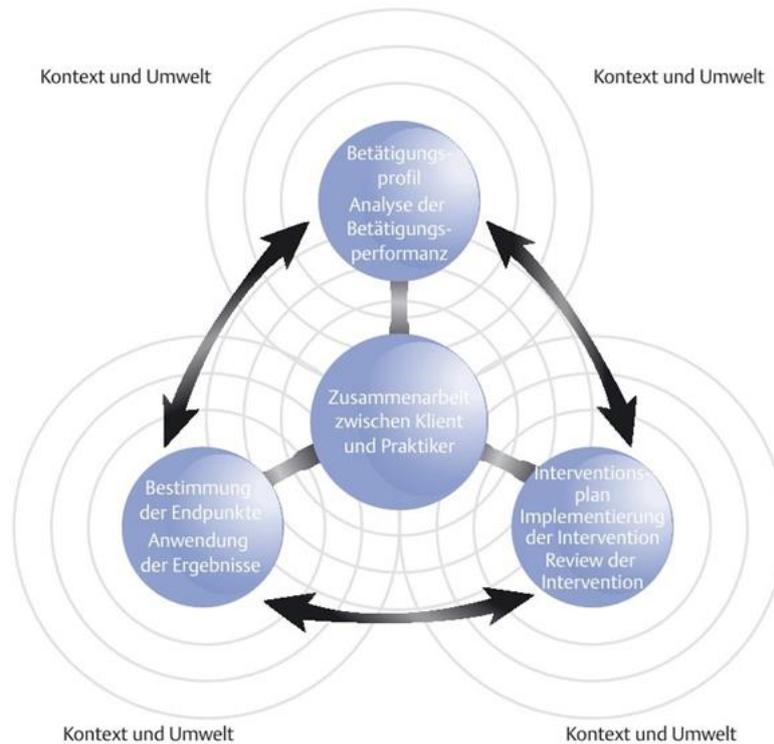


Abbildung 2: OTPF (AOTA, 2020)

Durch den Ausbruch von Covid-19 hat sich der Kontext und die Umwelt verändert (→ Kapitel 2.4). Dies kann einen Einfluss auf den ergotherapeutischen Prozess haben (Hoel, et al., 2021; Hammell, 2020). Im folgenden Kapitel wird die Covid-19-Pandemie im Kontext der Ergotherapie dargestellt. Das Kapitel zeigt auf, welchen Einfluss Covid-19 auf die ergotherapeutische Arbeit haben kann. Weiterführend wird in der vorliegenden Forschungsarbeit untersucht, ob die Bereiche Evaluation, Intervention und Outcome durch die Covid-19 Maßnahmen verändert worden sind.

2.4 Covid-19-Pandemie

Am 30. Januar 2020 erklärte der Generaldirektor der WHO den Ausbruch des Coronavirus als internationale gesundheitliche Notlage der höchsten Warnstufe. Aufgrund des länderübergreifenden rapiden Anstiegs der Fallzahlen, erklärte die WHO am 11. März 2020 das Coronavirus offiziell zu einer Pandemie. Damit einhergehend forderte die WHO die Bevölkerung auf, „... Verantwortung für die eigene Gesundheit und den Schutz anderer zu übernehmen“ (WHO, 2021a).



Das Robert Koch Institut (RKI) legte eine Definition für das neuartige Covid-19-Virus (auch SARS-CoV-2) fest. Covid-19 ist in der Umwelt eines jeden Menschen vorhanden und beeinflusst das alltägliche Leben (Roosen & Schüller, 2020). SaRS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus*) ist laut dem RKI ein neues Beta-Coronavirus und wurde Anfang 2020 als Auslöser von Covid-19 identifiziert. (RKI, 2021a)

Mit dem Covid-19-Virus als Faktor in der Umwelt (*environment*), ist es vor dem Forschungshintergrund erforderlich zu wissen, wie das bisher nur unter Säugetieren und Vögeln verbreitete Virus sich auf die Gesundheit des Menschen auswirkt. Es verursacht beim Menschen milde Erkältungskrankheiten und kann aber mitunter schwere Lungenentzündungen hervorrufen (RKI, 2021a). Dadurch, dass Covid-19 in der Umwelt vorhanden ist, stellt es im PEO Modell (Law et al., 1996) einen Einfluss auf die Komponenten Person und Betätigung dar.

Die folgende Abbildung zeigt die wesentlichen Parameter zu Covid-19 im Überblick:

Parameter	Wert
Hauptübertragungsweg	Tröpfchen/Aerosole
Häufige Symptome	Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, Pneumonie
Risikogruppen	insbesondere Ältere, Vorerkrankte
Inkubationszeit (Median)	5–6 Tage
Manifestationsindex	55–85 %
Dauer des Krankenhausaufenthaltes (Median)	8-10 Tage
Medikamentöse Behandlung	Remdesivir, Dexamethason
Impfung	verfügbar

Abbildung 3: Parameter zu Covid-19 (RKI, 2021a)



Das RKI listet die essenziellen Parameter zu der Covid-19-Infektion auf. Dabei laufen Übertragungswege über eine respiratorische Aufnahme. Es wird zwischen Aerosolen und größeren Tröpfchen unterschieden. Aerosole bleiben über eine längere Zeit in der Luft und können sich in geschlossenen Räumen verteilen. Größere Tröpfchen gehen schneller zu Boden. Nach einer Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 dauert es im Durchschnitt fünf bis sechs Tage bis sich erste Symptome (Krankheitszeichen) von COVID-19 entwickeln. Häufige Symptome sind Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des geruchs- und/oder des Geschmacksinns und Pneumonie (RKI, 2021a). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) listet als weitere Symptome Halsschmerzen, Atemnot, Kopf- und Gliederschmerzen sowie allgemeine Schwäche auf (2021b).

Die BGW (2021a) weist darauf hin, dass Personen, die die Covid-19-Symptome aufweisen, die Praxisräumlichkeiten nicht betreten dürfen. Auch Ergotherapeut:innen müssen bei Covid-19 ähnlichen Symptomen die Praxis umgehend verlassen und dies ärztlich abklären lassen (BGW, 2021a). Daher liegt die Aufgabe der Ergotherapeut:innen darin, bei den Klient:innen und sich selbst auf Krankheitsanzeichen zu achten.

Für die Eindämmung der Covid-19-Pandemie wurden auf politischer Ebene unterschiedliche Maßnahmen erlassen. Was diese Maßnahmen für die ergotherapeutische Praxis bedeuten, wird im Folgenden Abschnitt beschrieben.

2.4.1 Hygieneanforderungen an ambulante ergotherapeutische Praxen

Die Ergotherapie ist nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Daher sind Maßnahmen zum Infektionsschutz zu beachten. Das schließt den Arbeitsschutz von Therapeut:innen und auch den Schutz von Klient:innen mit ein. Um den Arbeitsschutz während der Covid-19-Pandemie zu gewährleisten, hat die BGW die **SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregeln für therapeutische Praxen** aufgestellt. Die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregeln für therapeutische Praxen, werden stetig im Hinblick auf das aktuelle Pandemiegesehen aktualisiert. Die letzte Aktualisierung fand am 22. Juli 2021 statt. Dieser Standard stützt sich auf die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung (Corona-ArbSchV) sowie der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel und den SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

Die Inhalte der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregeln für therapeutische Praxen dienen als Orientierung zur Einhaltung des Arbeitsschutzgesetzes. Der Standard für die therapeutischen Praxen, veranschaulicht die Umsetzung der Arbeitsschutzvorschriften (DVE, 2021a).



Für die Erfüllung des Schutzes der Beschäftigten ist die Praxisleitung zuständig. Der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für therapeutische Praxen dient damit als Empfehlung für die Praxisleitungen. Zusätzlich dienen die darin beschriebenen Maßnahmen zur Erstellung eines betrieblichen Hygienekonzept nach § 3 Absatz 1 Corona-ArbSchV (BGW, 2021a).

Die BGW (2021a) beschreibt den SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für therapeutische Praxen in betrieblichen Maßnahmen zum Infektionsschutz vor Covid-19 wie folgt:

- Zeitliche Entzerrung der Klient:innen
- Überprüfen, ob Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung möglich ist
- Tragen eines entsprechenden Mund-Nasen-Schutzes aller Personen
- 1,5m Abstand zwischen Personen und bei Nichteinhaltung des Abstands Aufstellen einer Plexiglasschleibe
- Beim Betreten der Praxisräume Hände waschen und desinfizieren: Bereitstellung von ausreichenden hautschonenden Flüssigseifen, Desinfektionsmittel und Einmalhandschuhen
- Oberflächen und Therapiematerialien nach Benutzung desinfizieren
- Räumlichkeiten wie Therapie-, Pausenräume und Sanitäreinrichtungen einmal am Tag reinigen und desinfizieren
- Türkliniken und Handläufe einmal am Tag desinfizieren
- Regelmäßiges Lüften in einem Intervall von 20 Minuten: Winter 3-5 Minuten, Sommer 10-15 Minuten
- Bei Bedarf geprüfte Luftreinigungsgeräte verwenden
- Bei Hausbesuchen die geltenden Hygienemaßnahmen einhalten
- Teambesprechungen in Präsenz nur in dringenden Fällen stattfinden lassen
- Arbeitszeiten entzerren (versetzte Arbeits- und Pausenzeiten oder Schichtdienst)
- Wartezeiten in den Praxen berücksichtigen: Klient:innen sollen bei den Terminen pünktlich sein
- Zutritt in die Praxen durch Externe ist zu minimieren und soll durch Absprache erfolgen (z.B. Begleitpersonen)
- Auf Covid-19-Symptome achten (Klient:innen und Therapeut:innen)
- Zeigen sich Covid-19-Symptome bei Mitarbeiter:innen, so müssen diese die Praxis umgehend verlassen und sich in ärztliche Behandlung geben



- Abklärung der Symptome und eine anschließende Information des/der Arbeitsgeber:in ist zu empfehlen, um auch innerhalb der Praxis die Infektionskette nachzuvollziehen und entsprechend agieren zu können
- Informationen über die geltenden Covid-19-Hygienemaßnahmen über Piktogramme außerhalb und innerhalb der Praxisräume

Weiterhin sind die Regelungen der verschiedenen Bundesländer und Landkreise zu beachten, da die geltenden Regelungen abweichen könnten.

2.4.1.1 Heilmittel-Richtlinien unter der Covid-19-Pandemie

Aufgrund der Covid-19-Pandemie und dem verschobenen Inkrafttreten der Heilmittel-Richtlinie haben der Krankenkassenverband und die GKV-Spitzenverbände bereits 2020 die Anwendung neu geltender Regelungen empfohlen (Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), 2021). Die Regelungen für den Heilmittelbereich sind am 06. Juli 2021 aktualisiert worden und bis zum 30. September 2021 gültig. Diese betreffen gesetzliche Regelungen zu den Hygienemaßnahmen. So können zugelassene Leistungserbringer:innen nach Maßgabe der zum 01. April 2021 inkraftgetretenen Hygienepauschalverordnung (HygPV) einen pauschalen Ausgleich für erhöhte Hygienemaßnahmen (Mund-Nasen-Schutz etc.) in Höhe von 1,50 Euro je Verordnung abrechnen (DVE, 2021a).

Die erbrachten Leistungen von dem/der Versichert:in können über elektronische Wege wie Fax oder E-Mail an die Krankenkassen zugesendet werden. Die Unterbrechungsfrist von 14 Tagen für die Behandlung ist aufgehoben und wird von den Krankenkassen nicht überprüft. Die Frist für den Beginn des Entlassmanagements wird von sieben auf 14 Kalendertage ausgeweitet und muss innerhalb von 21, anstatt von 12 Kalendertagen, abgeschlossen sein. Die Frist für den Beginn einer Verordnung beträgt weiterhin 28 Tage (GKV, 2021).

2.4.2 Covid-19 im Kontext der Ergotherapie

Seit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie im März 2020 ist die gesamte Weltbevölkerung von den Folgen der erlassenen Hygiene-Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie betroffen. Die ganze Welt erlebt eine Form der Behinderung (Kamalakaran & Chakraborty, 2020). Nicht nur die eingeschränkten Betätigungen der Klient:innen, sondern auch die erlassenen Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie stellen die Ergotherapeut:innen vor neue Herausforderungen in ihrem Berufsalltag (Litke &



Weber, 2021). Mit den einhergehenden Covid-19-Hygienemaßnahmen waren alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens dazu veranlasst ihre Rollen zu überdenken und umzustrukturieren (Malfitano, Cezar da Cruz, & Lopes, 2020).

Das Forschungsgebiet rund um die Pandemie innerhalb der Ergotherapie ist bisher noch sehr jung. Die internationale und nationale Literatur zu Covid-19, die aktuell in ergotherapeutischen Datenbanken und den Datenbanken der *occupational science* veröffentlicht wird, beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf den Ebenen der Betätigung, Gesundheit und Arbeit. Im Folgenden wird der aktuelle internationale und nationale Forschungsstand zu der Covid-19-Pandemie in Verbindung mit der Ergotherapie dargestellt.

Die WFOT stellte zu Beginn der Pandemie eine Online-Umfrage für Ergotherapeut:innen zur Verfügung, welche die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie in ihrem Arbeitsalltag beschreiben sollten. Die Ergebnisse zeigen eine umfangreiche Auswirkung auf die Ergotherapie. Die weit verbreiteten Einschränkungen im öffentlichen Gesundheitswesen zur Eindämmung der Virusausbreitung führte dazu, dass die gewohnte ergotherapeutische Versorgung nicht mehr länger gewährleistet werden konnte: „The advent of the Covid-19 pandemic led to wide spread public health restrictions and implementation of guidelines to contain spread of the virus, with the result that the status quo in occupational therapy was no longer possible“ (Hoel, Von Zweck, Ledgerd, & WFOT, 2021, et al., S. 1).

Die mangelnde Vorbereitung, ständig wechselnde Arbeitsbedingungen, eingeschränkter Zugang zu Institutionen, neuer Einsatz von Technologien sowie eingeschränkte Ressourcen wie beispielsweise Schutzausrüstung zählen zu den Auswirkungen auf den Arbeitsalltag von Ergotherapeut:innen weltweit. Des Weiteren wurden auch von persönlichen Belastungen der Therapeut:innen wie verminderter Arbeitsmoral oder Sorgen um Sicherheit berichtet (Hoel, et al., 2021).

Sy et al. (2020) führen in ihrer Studie an, „... dass Ideen und Überlegungen entwickelt wurden, die nachhaltige Maßnahmen in der Ausbildung, Praxis und Politik der Ergotherapie in der Gegenwart und in der Zukunft ermöglichen“ (S. 60). Die im asiatischen Kontext durchgeführte Studie von Ganesan, Fong, Meena, Prasad, & Tong (2021) untersuchte die Auswirkungen des Lockdowns auf die Ergotherapeut:innen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Hälfte der befragten Ergotherapeut:innen unter Stress und Angstzuständen gelitten haben.



Drummond & Lannin (2021) diskutieren die Wirksamkeit der aktuell angebotenen Ergotherapie. Dabei werden die neuen Arbeitsweisen, die sich aufgrund der Pandemie ergeben haben, kritisiert. Die Aufforderung gilt nun an die praktizierenden Ergotherapeut:innen, die Veränderungen kritisch zu betrachten, um zur Entwicklung und Stärkung der Profession etwas beizutragen.

Insbesondere ist der steigende Bedarf an Ergotherapie für Klient:innen mit der Erkrankung an Covid-19 und dessen Folgen aufzuzeigen. Hierbei müssen und können Ergotherapeut:innen eine wichtige Rolle spielen, um ihre Klient:innen auf dem Weg in eine selbstständige Lebensführung im Alltag und die damit verbundene Lebensqualität zu begleiten (Dirette, 2020).

In dem Gast Editorial "Responding to Covid-19: Resilience in Occupational Therapy" des American Journal Occupational Therapy (AJOT) führen Malloy, Cahill, Lieberman, Trudeau, & Harvison (2021) auf, dass Ergotherapeut:innen auf ihr vorhandenes Wissen zurückgegriffen haben, um in der neuen Situation professionell zu handeln. „During this time, practitioners returned to the roots of the profession, finding direction in the core values of occupational therapy" (Malloy et al., S. 1). Ergotherapeut:innen haben aktuell die Aufgabe, die Klient:innen in *occupational resilience* zu unterstützen und zu schulen (Brown, 2021). Auch die ersten implementierten Strategien der ergotherapeutischen Führungskräfte in der Akutversorgung, die während der Pandemie umgesetzt wurden, werden in der Literatur diskutiert. Um Mitarbeiter:innen zu schützen und eine effiziente Versorgung zu ermöglichen, wurden die sich ständig ändernden Richtlinien, Verfahren und Forschungen herangezogen (Robinson et. al, 2021). Die nationalen und internationalen Berufsverbände unterstützten die Ergotherapeut:innen, indem sie aktuelle Informationen veröffentlichen und bereitstellen (Srivastava, Mishra & Sethuraman, 2020; Brown, 2021). Der DVE hat beispielsweise einen eigenen Bereich auf der Homepage bereitgestellt, worüber sich Ergotherapeut:innen über die aktuelle Covid-19-Situation informieren können. Hierzu stellt der DVE verschiedene Dokumente bereit (DVE, 2021a).

Mittels weiterer Umfragen und Studien sind neue Erkenntnisse der Auswirkungen der Pandemie auf die deutsche Ergotherapie bekannt. Vielmals ist von Existenzängsten die Rede. Ergotherapeut:innen erfahren es als schwierig ein Gleichgewicht zwischen beruflichem und privatem Leben zu schaffen, flexibel auf die sich ändernde Situationen zu reagieren und den finanziellen Mehraufwand zur Beschaffung von Hygieneartikeln und Schutzmaßnahmen zu stemmen. Des Weiteren ist die Umstellung auf Teletherapie, der höhere Arbeitsaufwand und die Isolation der Therapeut:innen und Klient:innen ein



Belastungsfaktor (Litke & Weber, 2021). Der Artikel "Herausforderungen in Zeiten von Corona bewältigen" (Roosen & Schüller, 2020) macht deutlich, dass Ergotherapeut:innen vor einer großen Veränderung in ihrem Arbeitsalltag gestellt sind und zeigt die Relevanz der Ergotherapie in Zeiten der Covid-19-Pandemie auf. „Die Erfahrungen aus der täglichen Arbeit mit Klienten können Ergotherapeuten jetzt nutzen: Wir wissen von unseren Klienten, wie wichtig es ist, dass wir den Fokus auf das legen, was wir noch tun können“ (Roosen & Schüller, S. 30). Aufgrund des *social distancing* konnte die Bevölkerung einen geringeren Bewegungsradius zurücklegen und musste die sozialen Kontakte einschränken. Mit der Isolation und den Betätigungsunterbrechungen im Freizeitbereich und im alltäglichen Leben, zeichnet sich eine negative Grundstimmung in der Gesellschaft ab (Lang, 2020).

2.4.2.1 Betätigung unter Covid-19

Ferner ist mehrmals die Rede von der Betätigungsunterbrechung *occupational disruption* (Lang, 2020; Hammell, 2020; Nizzero, Cote, & Cramm, 2017; Roosen & Schüller, 2020; Hocking 2020). Laut Lang (2020) löst die *occupational disruption* eine Betätigungsunterbrechung in den drei Betätigungsbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit aus. Der Begriff meint die eingeschränkte Teilhabe und findet zunehmend Beachtung in der Literatur zur *occupational science* (Nizzero et al., 2017). Die stay-at-home Anweisung wird als Auslöser für die Veränderungsweisen von Betätigungen angesehen (Lind & Fisher, 2020). Für die *occupational disruption* kann die Ergotherapie mittels verschiedener Wege die Menschen dabei unterstützen, Gesundheit und Wohlbefinden wiederzuerlangen. „As occupational therapists, we have the resources and knowledge to cope in the presence of uncertainty; to choose healthy occupations. . .to discover the occupations that can provide structure, routine and meaning within our disrupted lives“ (Hammell, 2020, S. 4). Dazu wurde im australischen Kontext der Leitfaden "Normal Life has been disrupted, managing the disruption caused by Covid-19" von der Occupational Therapy Australia (OTA) im März 2020 veröffentlicht. Der Leitfaden bietet den Ergotherapeut:innen eine Auswahl an alternativen Betätigungen für die eingeschränkten Betätigungsanliegen ihrer Klient:innen in den Bereichen Produktivität, Selbstfürsorge, Freizeit, Gestaltung des zu Hause, Routine und Rollen (OTA, 2020). Dabei haben die Ergotherapeut:innen das Wissen über Resilienz und verfügen über die Kompetenzen der klient:innenzentrierten und der betätigungsorientierten Arbeitsweise (Hammell, 2020; Cup & van Hartingsveldt, 2019a). Ergotherapeut:innen sind in der Lage, Strategien zu entwickeln wie beispielsweise für den Lockdown (Kamalakaran & Chakraborty, 2020). Für den deutschen Kontext ist bisher kein Leitfaden veröffentlicht worden.



2.4.2.2 Covid-19 als Auswirkung in der ICF

Erste Studienergebnisse zeigen bereits, dass die Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen für eine erhebliche psychische Belastung bei der Bevölkerung gesorgt hat (Pierce et al., 2020). Lai et al. (2020) konnten in ihrer Umfrage bereits darlegen, dass 50% des Gesundheitspersonals erste Symptome von physischen Auffälligkeiten aufweisen. Mulfinger et al. (2020) führen in ihrem Literaturreview sieben Studien auf, die sich mit der Belastung von Gesundheitspersonal in der Covid-19-Pandemie beschäftigen. Die Studien zeigen auf, dass ein direkter Patient:innen Kontakt, Quarantäneerfahrungen und das aktuelle Gesundheitsrisiko Belastungsfaktoren darstellen. Die aufgeführten Belastungsfaktoren führten zu erhöhtem Stressniveau, Angst und zur Symptomatik einer Post-Traumatischen-Belastungsstörung (PTBS). Schedlich (2021) geht davon aus, dass die Folgen der Covid-19-Pandemie bei den Betroffenen „ . . .akuten und mittelfristigen psychosozialen und psychischen Stress verursacht“ (S. 85). Die japanische Studie von Ishioka, Ito, Miyaguchi, Nakamura und Sawamura (2021) weist auf, dass Ergotherapeut:innen von einer höheren Arbeitsbelastung durch die Covid-19-Pandemie betroffen sind. Des Weiteren wurde in der Umfrage sichtbar, dass insbesondere die erhöhte Arbeitsbelastung signifikant mit dem Depressionsrisiko in Verbindung steht (Ishioka et al., 2021). Solche negativen psychischen Auswirkungen können die Qualität der Versorgung beeinflussen und zu Unzufriedenheit der Klient:innen führen (Escudero-Escudero, Segura-Fragoso, & Cantero-Garlito et al., 2020).

In Bezug auf die Forschungsarbeit kann die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (2020) die Auswirkungen der pandemischen Stressbelastung darstellen. Damit werden die weitreichenden Auswirkungen der Pandemie sichtbar.

Das ICF basiert auf dem biopsychosozialen Modell. Es stellt die Auswirkungen der individuellen Gesundheitsprobleme kodiert nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) dar. Dazu untersucht es die individuellen Krankheitsfolgen auf Aktivität und Teilhabe eines Menschen und dessen Wechselwirkungen mit den Kontextfaktoren (WHO, 2001). Auf Grundlage dessen erstellten Eckhard und Bering (2021) in Anlehnung an die WHO (2001) eine Abbildung über die pandemische Stressbelastung im ICF-Modell.

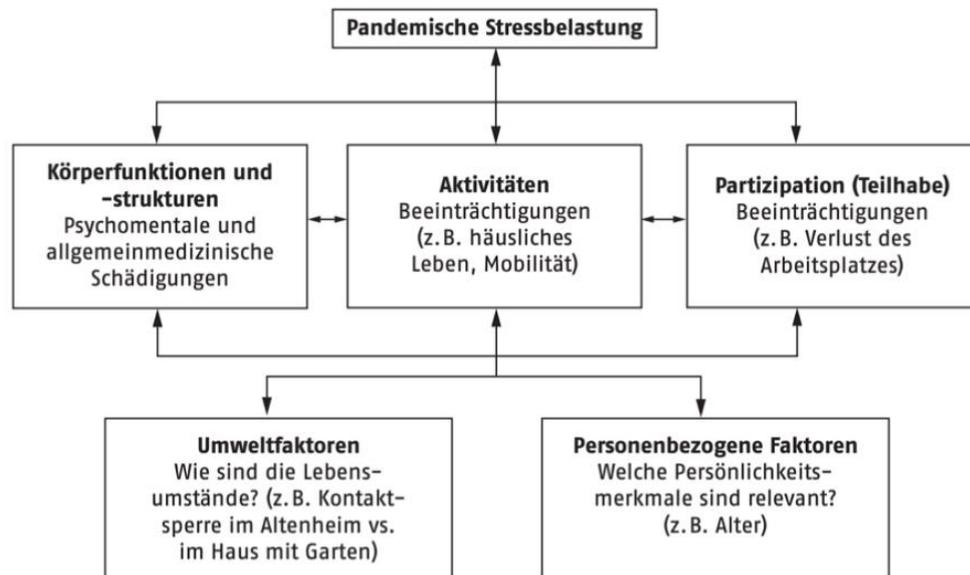


Abbildung 4: Pandemische Stressbelastung in der ICF nach Eckhard und Bering (2021)

In Bezug zu der Forschungsfrage liegt nahe, dass Ergotherapeut:innen ihrem ergotherapeutischen Behandlungsprozess von der pandemischen Lage betroffen sind. Eine anonyme schriftliche Befragung von Litke und Weber (2020) zeigt die Auswirkungen der Covid 19-Pandemie auf die ambulante Ergotherapie. Die größten Herausforderungen der Therapeut:innen waren unter anderem das Privatleben und die Praxis zu vereinen, wie beispielsweise die Organisation der Kinderbetreuung bei einem höheren Arbeitsaufwand. Fortführend galt die Beschaffung von Hygieneartikeln und Umsetzung von Schutzmaßnahmen als Herausforderung. Ruhe bewahren und besonnen zu handeln wird von den Autorinnen als weitere Herausforderung angeführt. In einem Erfahrungsbericht aus der Ergotherapiepraxis von Merklein de Freitas (2020), schildert die Ergotherapeutin ihre Erfahrungen, während der Covid-19-Pandemie, im Praxisalltag: „Das strengt mich und meine Mitarbeiterinnen an und macht manchmal auch mutlos. . .“ (S. 16). Aufgrund der neuen Regelungen hat der DVE acht Ergotherapeut:innen bezüglich ihrer neuen Erfahrungen während der Corona-Krise berichten lassen. Dabei wurden Dozent:innen sowie Ergotherapeut:innen aus unterschiedlichen Fachbereichen befragt. Aus den Gesprächen ist deutlich geworden, dass die Arbeit nur eingeschränkt stattfinden kann. Eine gewisse zeitliche und räumliche Veränderung hat in den unterschiedlichen Institutionen stattgefunden. Die Flexibilität, Klient:innen mal eben dazwischen zu schieben, ist seit dem Ausbruch nicht mehr möglich. Gruppentherapien können ebenso nicht mehr stattfinden. Hinzu kommt, dass einige Klient:innen aus Angst vor der Ansteckung nicht zur Therapie kommen. Die neue Behandlungsform der Teletherapie brachte zu Beginn ebenso ihre



Schwierigkeiten mit: Probleme bei der Bereitstellung technischen Voraussetzungen sowie die Etablierung der neuen Behandlungsform (Kuhnert, 2020).

Die zwei Erfahrungsberichte aus der deutschen Literatur zeigen, dass die Covid-19-Pandemie Auswirkungen auf die ergotherapeutische Berufspraxis hat. Es stellt sich abschließend die Frage, ob die Covid-19-Hygienemaßnahmen den ergotherapeutischen Behandlungsprozess von deutschen Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting beeinflusst haben. Dahingehend ist es notwendig die Faktoren, die den Prozess beeinflussen, in den Blick zu nehmen.

2.4.3 Teletherapie

Ambulant tätige Ergotherapeut:innen in Deutschland dürfen seit dem 18. März 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie und einer damit einhergehenden Sonderregelung der gesetzlichen Krankenkassen, ihren Klient:innen Videobehandlungen anbieten und abrechnen. Die Sonderregelung ist vorerst bis zum 30. September 2021 befristet. Auch die Unfallkassen und die privaten Krankenkassen schlossen sich an. (G-BA, 2020). Mit der Telemedizin kann Ergotherapie auch außerhalb von einer persönlichen Behandlung angeboten werden (WFOT, 2021). Mittels der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien kann eine gesundheitsbezogene Dienstleistung stattfinden (WFOT, 2021; Rettinger, 2020). Sie kann genutzt werden, um verschiedene Schritte des ergotherapeutischen Prozesses gemeinsam mit den Klient:innen durchzuführen, wie z.B. Anamnese, Assessments oder die Interventionsdurchführung. Für die Durchführung von Teletherapie mit Klient:innen wird im Vorfeld eine schriftliche oder mündliche Zustimmung der Klient:innen benötigt. Um die Teletherapie anzuwenden, ist eine elektronische Bestätigung anstatt der Unterschrift auf dem Rezept möglich. Auf dem Rezept sollte zusätzlich zu dem Datum der Vermerk „Video“ gemacht werden (DVE, 2021b).

Ein wichtiger Aspekt, um Teletherapie anbieten zu können, ist die Gewährleistung des Datenschutzes. Hierzu benötigt es einen Anbieter, welcher mit der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) konform ist. Unter anderem stellt der DVE eine Liste mit professionellen Anbietern bereit (DVE, 2021b). Ergänzend dazu sollte das Therapiesetting, in dem die Teletherapie stattfindet Privatsphäre gewährleisten. Es sollte sichergestellt werden, dass der Raum reizarm ist und keine dritten Personen mithören können. Daten, die während der Videobehandlung festgehalten werden, sind anschließend auf Grund des Datenschutzes zu löschen oder auf einem Server zu speichern, welcher über einen Passwortschutz verfügt (Rettinger, 2020).



Für die Videobehandlung wird ein internetfähiges Endgerät wie z.B. ein Laptop nötig. Weitere wichtige Aspekte sind eine stabile Internetverbindung, eine Kamera und gute Lichtverhältnisse (Rettinger, 2020). Wichtig ist auch, genau zu prüfen, bei welchen Klient:innen die Teletherapie zum Einsatz kommen kann. Der/die Klient:in sollte über die benötigte Technik und über deren Verständnis verfügen. Außerdem kann die Teletherapie nur durchgeführt werden, wenn der/die Klient:in über ein ausreichendes Sprachverständnis verfügt, da die Videobehandlung durch verbale Kommunikation gekennzeichnet ist (Rettinger, Werner, & Neurohr, 2021). Hinzu kommt, dass die Klient:innen über die entsprechenden kognitiven und sensorischen Fähigkeiten verfügen sollten, um Teletherapie in Anspruch zu nehmen. Zudem ist die *compliance* der Klient:innen eine wichtige Voraussetzung, um mit der Videobehandlung starten zu können (Rettinger, et al., 2021). Bei Klient:innen, die eine Behandlung benötigen, bei welcher ihre Sicherheit eine große Rolle spielt (z.B. Klient:innen mit erhöhter Sturzgefahr), muss überprüft werden, ob Teletherapie infrage kommt (WFOT, 2021). Wird dies in Bezug zur Covid-19-Pandemie gesetzt, sind es vor allem die älteren Klient:innen, welche als Risikopatient:in gelten und möglichst Kontakt vermeiden sollen (Al-Zahrani, 2020). Aber genau diese Klient:innen sind es auch die z.B. ein erhöhtes Sturzrisiko aufzeigen (Röhrig, 2021). Somit schließt die Teletherapie nicht alle Klient:innengruppen ein und zeigt sich nicht inklusiv (Centers for Disease Control and Prävention, 2020). Daher ist die Aufklärung und Schulung der Klient:innen und der Therapeut:innen im Umgang mit Technologien und der Anwendung von Teletherapie eine wichtige Voraussetzung (DVE, 2021b). Viele Faktoren, darunter das Alter der Klient:innen, der Gesundheitszustand, die Computerkenntnisse und die Bereitschaft, die Teletherapie zu nutzen, können den Erfolg dieses Prozesses beeinflussen (Adelman et al., 2021).

„Bereits seit vielen Jahren wird vor allem in Regionen, die durch eine starke Zersiedelung gekennzeichnet sind, das Angebot von therapeutischen Dienstleistungen über die Ferne. . . erweitert“ (Rettinger, 2020, S. 18). Angesichts der zugrundeliegenden Covid-19-Hygienemaßnahmen und der Empfehlung persönliche Kontakte, aufgrund der Covid-19-Pandemie, zu reduzieren, nutzten viele Ergotherapeut:innen die Telemedizin, um weiterhin ergotherapeutische Dienstleistungen anbieten zu können (Richter et al., 2021). Ergänzend wird eine Übersicht über den bisherigen Forschungsstand zur Teletherapie unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen gegeben.



Die Wirksamkeit der Telemedizin wurde bereits im Jahr 2011 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dokumentiert. Um den Zusammenhang zwischen Covid-19 und der Teletherapie zu ermitteln, führten Hoel, von Zweck, Ledgerd & WFOT zwischen April 2020 und Juli 2020 eine Umfrage durch, um die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Telemedizin in der Ergotherapie weltweit zu ermitteln. Die Ergebnisse zeigten einen Anstieg der Nutzung von Teletherapie in der Ergotherapie seit Beginn der Covid-19-Pandemie. Die Nutzung von Teletherapie gibt den Teilnehmer:innen ein erhöhtes Sicherheitsgefühl und beeinflusste die Arbeitsmoral positiv (Hoel et al., 2020). Als Nutzen wurde unter anderem für die Telemedizin „. . .die Einsparung von Reisezeit, die Einbeziehung anderer Vertreter des Gesundheitswesens und die Erfahrung, dass pädiatrische Patienten in ihrer gewohnten Umgebung betreut werden“ (Tenforde et al., 2020, S. 977) genannt. Therapeut:innen befürworten die Telemedizin und ihre ständige Option als Dienstleistung (Tenforde et al., 2020; Dahl-Popolizio, Carpenter, Coronado, Popolizio, Swanson, 2020; Klamroth-Marganska, 2021; Gemperle, Ballmer, Grylka-Baeschlin, & Pehlke-Milde, 2021; Ganesan et al. 2021). Das Potential von teletherapeutischen Behandlungen in der Ergotherapie kann als Ergänzung der konventionellen ergotherapeutischen Behandlung angesehen werden (Hoel et al., 2020). Des Weiteren erhalten die Therapeut:innen einen Zugang zum häuslichen Umfeld der Klient:innen (Adelman et al., 2021). Die Teletherapie spart zudem Zeit und Geld, wie die Studien von Dirnberger & Waisbren (2020), Morony et al. (2017), Powell, Henstenburg, Cooper, Hollander, & Rising (2017) und Proffitt, Cason, Little, & Pickett (2021) zeigen. Die Ergebnisse der Studien belegen außerdem, dass die Teletherapie vielen Klient:innen einen leichteren Zugang zur Therapie ermöglicht. Personen, die aufgrund von Mobilitäts-einschränkungen oder psychischen Barrieren während der Covid-19-Pandemie keine Möglichkeiten haben, die Ergotherapie zu besuchen, können durch das Angebot der Teletherapie die Behandlung in Anspruch nehmen. Die Studie von Zahoransky & Lape (2020) weist auf, dass die Teletherapie eine praktikable alternative Methode in der häuslichen Pflege ist. Mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie untersuchte Sánchez-Guarnido et al. die Rückfallquote von Klient:innen mit physischen Erkrankungen. Dabei hatten die Klient:innen, die keine Ergotherapie via Teletherapie annahmen, ein höheres Risiko rückfällig zu werden. Damit kann die Teletherapie Rückfälle reduzieren (Sánchez-Guarnido et al., 2021).



Nachteile der Teletherapie zeigen sich in der Schulung des Personals. Viele Ergotherapeut:innen müssen sich erst mit der Anwendung von Videobehandlungen vertraut machen, um ihren Klient:innen eine klient:innengerechte Behandlung anbieten zu können (Cox et al., 2021). Ebenso spielt dabei die eigene Überzeugung der Therapeut:innen eine wichtige Rolle in der Durchführung von Videobehandlungen (Cox et al., 2021). Als weitere Faktoren gelten unter anderem der eingeschränkte Zugang zur Technologie und Finanzierungsprobleme (Hoel et al., 2020). Rettinger, Klupper, Werner, & Putz (2021) untersuchten mit ihrer Studie aus Österreich die Einstellungen zur Teletherapie sowie die wahrgenommenen Barrieren und Technikaffinität der Therapeut:innen. Mehr als die Hälfte der befragten Therapeut:innen schilderten, dass sie den körperlichen Kontakt mit den Klient:innen in der Behandlung benötigten würden. Jacobs, Blanchard, & Baker (2012) führen in der Studie auf, dass sich nicht alle Therapiekonzepte ohne den physischen Kontakt mit Klient:innen durchführen lassen.

Zusammenfassend bietet die Teletherapie den Ergotherapeut:innen eine neue und umfangreiche Möglichkeit, während der Covid-19-Pandemie Therapieeinheiten wahrzunehmen, ohne sich und die Klient:innen zu gefährden. Es zeigt sich in der wissenschaftlichen Literatur, dass die Teletherapie als alternative Methode in der Ergotherapie eingesetzt wird. Die Nutzbarkeit und Wirksamkeit der Teletherapie werden weiterhin, aufgrund der bisher wenigen Verwendung, erforscht. Sie wird mit in die vorliegende Forschung aufgenommen, um die Erfahrungen mit der Teletherapie von deutschen Ergotherapeut:innen innerhalb des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses im ambulanten Praxissetting zu untersuchen. Damit wird herausgefunden, wie die Nutzung der Teletherapie wahrgenommen wurde und wie sie den Behandlungsprozess beeinflusst hat.



2.5 Forschungsgegenstand

Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass es im deutschsprachigen Raum bisher keine Veröffentlichung dazu gibt, wie sich die Covid-19-Hygienemaßnahmen auf den deutschen ergotherapeutischen Behandlungsprozess im ambulanten Praxissetting ausgewirkt haben. Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, einen Überblick über die Veränderungen, aufgrund der Covid-19-Hygienemaßnahmen, im ergotherapeutischen Prozess nach dem OTPF (AOTA, 2020) zu gewinnen. Der Überblick soll aufzeigen, ob die Veränderungen zu einem positiven Outcome für Ergotherapeut:innen dienen und neue Maßnahmen wie z.B. die Teletherapie ein Benefit für Klient:innen und Ergotherapeut:innen sein können. Es soll außerdem sichtbar werden, ob sich Ergotherapeut:innen im ambulanten Setting die Veränderungen aufgrund der Pandemie künftig zunutze machen könnten. Es stellt sich die Frage, wie Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting in ihrem Behandlungsprozess durch die einschränkenden Maßnahmen beeinflusst wurden. Aus diesem Grund wird mit dieser Untersuchung erforscht, was sich im deutschen ergotherapeutischen Behandlungsprozess im ambulanten Praxissetting in Deutschland durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen verändert hat.



3 Methode

Das folgende Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen der vorliegenden Forschungsarbeit. Zunächst wird das ausgewählte Forschungsdesign/-methode dargestellt und beschrieben. Die Forscherinnen zeigen folgend die Literaturrecherche und die angewendeten Gütekriterien einer qualitativen und quantitativen Forschung auf. Abschließend wird die quantitative, wie qualitative Datenerhebung und Datenauswertung dargelegt.

3.1 Fragestellung

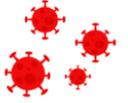
Wie in der dem vorherigen Kapitel (→ Kapitel 2) aufgezeigt wurde, gibt es in der deutschen ergotherapeutischen Literatur bislang wenige Erkenntnisse darüber, wie Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting mit den Herausforderungen durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie umgegangen sind und welche Auswirkungen dies auf den ergotherapeutischen Behandlungsprozess hat.

Zur Erforschung der Sachlage wurde folgende Forschungsfrage formuliert:

Wie haben die Covid-19-Hygienemaßnahmen den Ergotherapieprozess nach dem OTPF (AOTA, 2020) im Vergleich zum Ergotherapieprozess vor den Covid-19-Hygienemaßnahmen für deutsche Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting beeinflusst?

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden zur detaillierteren Beschreibung zwei Leitfragen aufgestellt:

1. Inwiefern mussten die Ziele während des Prozesses adaptiert werden, um trotz der Covid-19-Hygienemaßnahmen ein Outcome zu ermöglichen?
2. Wie wurde/wird mit Barrieren/Grenzen im ergotherapeutischen Prozess umgegangen?



3.2 Forschungsdesign/-methode

Die Literatur unterscheidet in der empirischen Forschung zwischen einem qualitativen und einem quantitativen Ansatz. Qualitative Datenerhebungen erheben Erfahrungen, Wissen und das Erleben von Personen zu speziellen Ereignissen (Ritschl, Prinz-Buchberger, & Stamm, 2016). Ein quantitativer Ansatz hingegen untersucht aufgestellte Hypothesen und vergleicht sie mit der Allgemeinheit und legt die Ergebnisse in numerische Daten dar (Perkhofer, 2016).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage entschieden sich die Forscherinnen für die *Mixed-Method*. Die *Mixed-Method* beinhaltet sowohl die qualitative als auch die quantitative Datenerhebung. Laut der Literatur eignet sich die Methode für komplexere Untersuchungsfelder (Ritschl., 2016). Dabei soll die Forschungsmethode die Daten des qualitativen und quantitativen Forschungsprozesses in einen Gesamtforschungsprozess integriert werden, woraus sich schließlich eine Antwort zu der Forschungsfrage ableiten lässt (Döring & Bortz, 2016). Aufgrund der sehr offenen und umfassenden Formulierung der Forschungsfrage entschieden sich die Forscherinnen für qualitative Expert:inneninterviews für die Beantwortung der ersten Leitfrage und einen quantitativen Online-Fragebogen um die zweite Forschungsfrage zu beantworten. Folglich bietet dies einen multiplen Ansatz. Die *Mixed-Method* vereint objektive und subjektive Sichtweisen. Mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie wurde ein neues und komplexes Untersuchungsfeld eröffnet. Da die Forscherinnen den gesamten ergotherapeutischen Prozess unter den Maßnahmen zu Eindämmung der Pandemie beleuchten, dient der Forschungsansatz zur Berücksichtigung mehrere Perspektiven und Standpunkte.

3.3 Beschreibung der Literaturrecherche

Die Bachelorarbeit begann mit einer systematischen Literaturrecherche. Diese wurde innerhalb des Forschungsprozesses weitergeführt und aktualisiert. Die Literaturrecherche fand von Februar 2021 bis August 2021 statt.

Die Forscherinnen recherchierten in folgenden internationalen Datenbanken (DB), deutschen Fachzeitschriften (F) und internationalen Fachzeitschriften (IF):

- Occupational Therapy Seeker (DB)
- EBSCOhost (DB)
- Google Scholar (DB)
- Wiley online library (DB)
- Doorzoek informatiebronnen Zuyd (DiZ) (DB)



- CINHAL (DB)
- Pubmed (DB)
- Ergopraxis (F)
- Ergotherapie und Rehabilitation (F)
- The British Journal of Occupational Therapy (BJOT) (IF)
- SAGA Hong Kong Journal of Occupational Therapy (IF)
- Journal of Occupational science (IF)
- Canadian Journal of Occupational Therapy (CJOT) (IF)
- American Journal of occupational Therapy (AJOT) (IF)

Zu Beginn der Literaturrecherche wurde in den deutschen Fachzeitschriften recherchiert. Vorrangig wurden folgende Schlüsselbegriffe genutzt: *Covid-19, Ergotherapie, Auswirkungen, ambulante Therapie, Veränderungen, Erfahrungen Covid-19, Teletherapie*. Am häufigsten wurden die Schlüsselbegriffskombination *Covid-19 UND Auswirkungen* angewandt. Um das Blickfeld der Auswirkungen der Covid-19-Hygienemaßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis und den damit einhergehenden Prozess zu erweitern, wurde die Literaturrecherche auf die internationalen Datenbanken und englischsprachigen Fachzeitschriften ausgeweitet. Hier wurde mit den Schlüsselbegriffen: *Impact of Covid, Therapy Process, Occupational Therapy, Occupational Therapists, Covid-19, Telehealth, Telemedicine, Teletherapy, Environment, Occupation* gesucht. Die meistverwendete Kombination der Boolesche Operatoren war *Occupational Therapy AND Covid-19*.

Zunächst wurden die Abstracts der gefundenen Studien gelesen und nach der Relevanz für die vorliegende Forschungsarbeit ausgewählt. Anschließend wurden sie im Ganzen gelesen. Zur Bewertung der Studien auf ihre Qualität, nutzten die Forscherinnen die Einteilung nach Tomlin und Borgetto (2011) (→ Anlagenverzeichnis). Tomlin und Borgetto (2011) werten die Kriterien des Forschungsansatzes, des Designs und der Güte von quantitativen und qualitativen Studien. Ihre Evidenzpyramide unterscheidet dabei die klinisch-experimentelle Forschung, Versorgungsforschung und qualitative Forschung. Der Boden der Pyramide bildet die deskriptive Forschung und stellt im eigentlichen Sinne keine Evidenzen dar. Insgesamt gibt es vier Level, nach denen eine Studie nach der Evidenz eingeteilt werden kann. Auf Level eins stehen meist die Metaanalysen. Sie haben die meiste Aussagekraft und Wirksamkeit der durchgeführten Studie. Level vier sind die Forschungsdesigns, die die wenigste Evidenz in der Forschung zeigen (Tomlin & Borgetto, 2011).



Da das Thema weiterhin sehr aktuell ist, erschienen immer wieder neue Studien und Erkenntnisse. Im Prozess der Recherche ist sichtbar geworden, dass die Literatur sich anfänglich viel auf die Zukunft gerichtet hat, da es noch wenige Forschungsergebnisse zu dem Thema gab. Mit der Zeit sind mehr Studien zu den Erlebnissen und Erfahrungen mit Covid-19 veröffentlicht worden und der Bezug zur Ergotherapie hat sich deutlicher herausgestellt. Dazu zählen zum einen im nationalen Kontext vor allem Erfahrungsberichte von der Arbeit von Ergotherapeut:innen unter der Covid-19-Pandemie. Zudem sind im internationalen Raum Studien zu Long-Covid Klient:innen, Umgang von Therapeut:innen mit den Herausforderungen der Covid-19-Pandemie und psychische Folgen für das Gesundheitspersonal. National als auch international wurden Studien, die die Wirksamkeit und die Anwendbarkeit der Teletherapie im Gesundheitswesen untersuchen, veröffentlicht.

3.4 Ethische Aspekte

„Untersuchungsteilnehmende sollen in ihrer Würde und in ihrem Wohlergehen geschützt werden“ (Döring & Borzt, 2016, S. 122). Dabei handelt es sich um Prinzipien, nachdem Forscher:innen in ihrer Untersuchung mit den gesellschaftlichen Werten und Normen handeln (Döring & Borzt, 2016). Reichel, Marotzki, & Schiller (2009) stellen in ihrer Arbeit fünf relevante ergotherapeutische Standards zur ergotherapeutischen Forschung vor, welche komplementär zu dieser Arbeit Anwendung finden können:

Im Sinne der **Selbstbestimmung (autonomy)**, war die Teilnahme an der Studie freiwillig. Somit hatten die Teilnehmer:innen jederzeit die Möglichkeit, ohne Nennung von jeglichen Gründen, die Teilnahme zurückzuziehen. Vorab wurde eine Einwilligungserklärung der Studienteilnehmer:innen (→ Anlagenverzeichnis) eingeholt.

Die **Wohltätigkeit (beneficence)** besagt, dass die Forscherinnen in der Pflicht stehen, für das Wohl der Teilnehmer:innen zu sorgen. Dazu konnten die Teilnehmer:innen den Online-Fragebogen jederzeit pausieren und ihn zu einem späteren Zeitpunkt fortführen. Des Weiteren wurden die Daten der Expert:inneninterviews sowie des Online-Fragebogens im Sinne des Datenschutzes (DSGVO) (EU, 2018) anonymisiert.

Zum dritten Punkt der **Schadens-Vermeidung (nonmaleficence)** soll im Sinne der Forschung keinen Teilnehmer:innen ein Schaden aufkommen. Die Studie richtete sich nicht an eine vulnerable Gruppe.

Das Prinzip der **Risiko-Nutzen-Abwägung (risk-benefit-assessment)** beschreibt die Einschätzung von vermutlichen Risiken und angenommenen Nutzen bei der Teilnahme an Forschungen. Die Risiken können sich körperlich als auch psychisch auf die Gesundheit



der Teilnehmer:innen auswirken. Der Nutzen ist abhängig von dem Thema der Studie. Durch das Prinzip der Selbstbestimmung und der daraus resultierenden Freiwilligkeit an der Studie, gehen die Forscherinnen von einem geringen Risiko aus.

Die **Gerechtigkeit (*justice*)** in der Ethik fordert, dass jede:r Teilnehmer:in auf dieselbe Art und Weise behandelt wird. Dabei spielen Besonderheiten wie das Alter, Herkunft oder Religion keine Rolle. In dieser Forschung wurden keine vulnerablen Gruppen befragt. Somit haben die Forscherinnen, jede:n Teilnehmer:in auf die gleiche Art und Weise behandelt.

Die Prinzipien der ethischen Normen und Werte für die Forschung haben die Forscherinnen erfüllt.

3.5 Quantitative Forschung

Ziel der quantitativen Forschung liegt vorrangig auf dem Überprüfen von theoretisch abgeleiteten Forschungshypothesen an vielen Fällen. Dies erfolgt meist mittels standardisierter Datenerhebungsinstrumente. Die Analyse der erhobenen Daten (meist numerische Daten) werden statistisch analysiert und ausgerechnet (Döring & Bortz, 2016). Es geht um eine „allgemeine Aussagekraft“ (Perkhofer, 2016, S. 138). Bei dem hier vorliegenden Forschungsgegenstand wurden die quantitativen Daten mittels eines Online-Fragebogens erhoben.

3.5.1 Gütekriterien quantitativer Forschung

Um die Qualität der durchgeführten Studie zu gewährleisten und zu prüfen, ist es empfehlenswert die Kriterien der quantitativen Forschung in den Blick zu nehmen (Döring & Bortz, 2016). Die Hauptgütekriterien für die quantitative Forschung sind Reliabilität, Objektivität und Validität (Perkhofer, 2016).

In der folgenden Tabelle (→ Tabelle 1) werden die Gütekriterien angelehnt an Perkhofer (2016) definiert und auf die quantitative Datenerhebung/-auswertung der vorliegenden Forschungsarbeit angewendet:



Tabelle 1: Gütekriterien für die quantitative Forschung angelehnt an Perkhofer (2016)

Gütekriterien	Strategien
<p>Reliabilität (Zuverlässigkeit) Schließt auf die Reproduzierbarkeit der Forschungsergebnisse. Es wird die Zuverlässigkeit eines Messinstruments und das Maß der Reproduzierbarkeit von den Forschungsergebnissen aufgezeigt.</p>	<p>Ein einheitlicher Online-Fragebogen führte zu ähnlichen Ergebnissen, die Antworten der Teilnehmer:innen wiesen eine Ähnlichkeit auf und wiederholten sich.</p>
<p>Objektivität Zeigt die Unabhängigkeit der Forschungsergebnisse von Forscher:innen und Auswerter:innen. Mittels standardisierten Auswertungsverfahren müssen die Testergebnisse zum selben Ergebnis kommen.</p>	<p>Mittels der Rekrutierung durch das Schnellballverfahren und der Veröffentlichung des Fragebogens über den DVE, wurde die Anonymität gewährleistet. Die Forscher:innen nutzen ein deskriptives Auswertungsverfahren</p>
<p>Validität (Gültigkeit) Bezieht sich auf die Gültigkeit der Forschungsergebnisse. Das Messinstrument ist valide, wenn es misst, was es vorgibt zu messen.</p>	<p>In dem Online-Fragebogen beziehen sich die Fragen auf die Beantwortung der zweiten Leitfrage. Die Fragen wurden von den teilnehmenden Ergotherapeut:innen entsprechend beantwortet.</p>



3.5.2 Erstellung des Onlinefragebogens

Der Online-Fragebogen (→ Anlagenverzeichnis) wurde mit Hilfe des Online Tools Questback erstellt. Die Plattform wurde von der Zuyd Hogeschool zur Verfügung gestellt. Da sich die Forscherinnen für die deskriptive Statistik entschieden haben, handelt es sich bei dem Fragebogen um offene und geschlossene Fragen. Größtenteils sind im Fragebogen die offenen Antwortstrukturen zu finden. Wie bereits im Kapitel 2 beschrieben (→ Kapitel 2), ist das Wissen rund um die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie in Bezug auf die Ergotherapie bisher noch wenig erforscht. Da es für die geschlossene Fragestruktur essenziell ist, eine weitreichende Kenntnis des Hintergrunds zu haben, wurde im Fragebogen zumeist die offenen Fragen konzeptioniert (Weigl, 2016a).

Zu Beginn des Fragebogens wurden Informationen zum Datenschutz (→ Anlagenverzeichnis) sowie eine schriftliche Einverständniserklärung, vorab von den Teilnehmer:innen, eingeholt.

Der Fragebogen konnte ohne Grund jederzeit beendet werden. Es bestand keine Möglichkeit zur vorherigen Frage zurückzukehren, da diese Funktion je nach Endgerät nicht ausgeführt werden konnte. Unterhalb des Fragebogens wurde prozentual der Fortschritt des bereits absolvierten Fragebogens angezeigt.

Im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungs- bzw. Leitfrage wurde im ersten Schritt mittels eines Brainstormings verschiedene Fragen gesammelt. Dies wurde komplementär zur SPSS-Methode (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren) von Helfrich (2011) (→ Kapitel 3.6) generiert. Nach dem Sammeln der jeweiligen Fragen wurden sie nach einer sinnvollen Gliederung des Fragebogens sortiert. Unter Einbezug der vorhandenen Literatur wurden folgende Themen im Fragebogen aufgeführt:

- berufsbezogene Daten
- eingeführten Hygienemaßnahmen in der Praxis und im Prozess
- den organisatorischen Arbeitsaufwand
- Therapieeinheiten außerhalb von den Praxisräumen
- Veränderungen von Räumlichkeiten und Tools
- das Angebot von Gruppentherapien
- Veränderung der Arbeitszeiten unter der Pandemie
- Stimmung und Verhalten der Klienten
- Veränderungen der Klient-Therapeut-Beziehung
- Adaptionen im gesamten Therapieprozess
- alternative Methoden
- Verhalten der Therapeut:innen



Da geschlossene Fragen nicht die Gesamtheit der Antworten decken können, wurden bei einigen Fragen zusätzliche Textfelder mit Antworten für Sonstiges hinzugefügt (Weigl, 2016a). Dadurch hatten die Teilnehmer:innen die Möglichkeit weitere Antworten hinzuzufügen. Die Fragetypen variierten je nach Thema und Antwortmöglichkeit, dadurch wurde eine monotone Abfolge des Fragebogens vermieden. Damit sollten die Aufmerksamkeit und das Interesse der Teilnehmer:innen innerhalb der Durchführung nicht verloren gehen. Mittels der Anwendung von Filterfragen konnten die Forscherinnen eine bestimmte Zielgruppe nach konkreten Merkmalen intensiver befragen. Somit konnten alle weiteren Teilnehmer:innen, die den Merkmalen nicht entsprachen, die Fragen einfach und übersichtlich umgehen. Insgesamt hatte der Fragebogen 39 Fragen. Davon waren 28 geschlossene und 11 offene Fragen. Die Frage nach der Arbeitsbelastung wurde auf einer Likert-Skala von 1 bis 10 subjektiv eingeschätzt. Zur Darstellung des Layouts, der Länge und der Verständlichkeit der Fragen wurde der Fragebogen nach dem Pre-Test (→ Kapitel 3.5.4) überarbeitet.

3.5.3 Teilnehmerrekrutierung

Die Teilnehmer:innen wurden mittels eines Flyers rekrutiert. Mit Hilfe des Online-Tools Canva wurde ein Flyer erstellt (→ Anlagenverzeichnis). Der Flyer beinhaltete eine kurze Übersicht über den Inhalt der Forschungsarbeit sowie Informationen über die Forscherinnen. Am 15. Mai 2021 wurde der Fragebogen über soziale Medien wie WhatsApp und Instagram veröffentlicht. Um eine möglichst große Anzahl an Teilnehmer:innen zu rekrutieren, wurde das Schneeballverfahren angewendet. Zudem wurde der Flyer im DVE Newsletter am 20. Mai 2021 verbreitet. Mittels eines QR-Codes und einem Link konnten die Teilnehmer:innen zum online Fragebogen gelangen.

Die Kriterien zur Teilnahme beinhalteten:

- Staatlich anerkannte Ergotherapeut:innen
- Im ambulanten Praxissetting tätig
- Mindestens zwei Jahre Berufserfahrungen

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden aufgrund der Pandemie getroffen. Lediglich die Ergotherapeut:innen, die im ambulanten Bereich tätig sind, können etwas zur Beantwortung der Leitfrage aussagen. Zudem sollten sie mindestens zwei Jahre Berufserfahrung haben, um einen Vergleich auf die Arbeit vor der Covid-19-Pandemie schließen zu können. Die Rekrutierung umfasste drei Wochen und ging vom 15. Mai bis zum 05. Juni 2021.



3.5.4 Pre-Testung

Um den Fragebogen auf seine Darstellung und Verständlichkeit zu prüfen, wurde ein Pre-Test durchgeführt. Dieser erfolgte in der Zeit vom 14. Mai bis zum 15. Mai 2021. An dem Pre-Test nahmen zwei staatlich examinierten Ergotherapeut:innen teil. Beide arbeiten in einer ambulanten Praxis, sodass sie den Kriterien der Zielgruppe entsprachen. Nach der Teilnahme an dem Online-Fragebogen wurde das Feedback bezüglich des Designs, der inhaltlichen Verständlichkeit und des zeitlichen Aufwandes erfragt. Das Design und die zeitliche Begrenzung waren entsprechend angemessen. Lediglich fünf Fragen mussten umformuliert und eine Antwortmöglichkeit angepasst werden. Zudem wurde bei Frage 4 und 39 bei der Fragestellung die Beschriftung „Mehrfachantwort möglich“ hinzugefügt. Somit wissen die Teilnehmer:innen, dass sie die Möglichkeit haben, mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen zu können. Abschließend wurde der Fragebogen erneut auf seine Richtigkeit geprüft.

3.5.5 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels des Flyers und des Schneeballverfahren (→ Kapitel 3.6.5). Insgesamt war der Fragebogen zweieinhalb Wochen hochgeladen. Nachdem sich die Teilnehmer:innenanzahl innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Tagen nicht mehr veränderte, wurde der Fragebogen am 29. Mai beendet. Insgesamt haben 99 Ergotherapeut:innen (N=99) an der Umfrage teilgenommen.

3.5.6 Datenauswertung

Für die Datenauswertung orientierten sich die Forscherinnen an Weigl (2016a). Demnach führten sie eine deskriptive Datenauswertung durch. Dafür wurden die Rohdaten durch das Online Tool Questback automatisch in das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel übertragen.

Aufgrund der Umleitungsfragen ist der N-Wert nicht konstant, sodass er von maximal 99 bis mindestens 88 variiert. In den freien Textfeldern des Online-Fragebogens erfolgte die Datenauswertung nach Mayring (2015). Dabei wurden die Schritte zwei bis fünf zusammengefasst und in einem Schritt fanden die Reduktion und Generalisierung statt. Die inhaltlichen Aspekte wurden in Kategorien gefasst. Die Darstellung der geschlossenen Daten in den Rohdaten erfolgte größtenteils mit Nominalskalen, wofür der prozentuale Anteil für die Anwohnhäufigkeit errechnet wurde. Nominalskalen zeigt die Ausprägung zweier Merkmale (Weigl, 2016b). Dafür wurden mit Microsoft Excel die Antworten gezählt und anschließend über den N-Wert mit einem Dreisatz in Prozent ausgerechnet.



Beispiel:

Erfahren Sie durch die Covid-19-Maßnahmen einen höheren organisatorischen Arbeitsaufwand?

Tabelle 2: Auszug aus den Rohdaten

N-Wert	Antworten	Anzahl
95	Ja	89
	Nein	6

Dreisatzrechnung:

$$95 : 100(\%) \times 89 (\text{Ja}) = 93,7 \%$$

Des Weiteren wurde das arithmetische Mittel errechnet. Zur Berechnung des Mittelwerts wurden alle Werte addiert und anschließend durch die Anzahl der Werte dividiert (Ritschl, Neururer, Weigl, & Stamm, 2016). Ab der zweiten Kommastelle wurde entsprechend auf- oder abgerundet.

3.6 Qualitative Forschung

Definitionsgemäß zielt die qualitative Forschung auf die jeweiligen Sinngebungen des Menschen ab. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung liegt das Interesse hier bei den Menschen, welche Lebenserfahrungen sie gemacht haben und was ihnen von wesentlicher Bedeutung ist (Döring & Bortz, 2016a). Hefnerich (2011) beschreibt, dass die „... qualitative Forschung Raum lässt für die Äußerung eines differenten Sinns“ (S. 22). Sie geht noch weiter und beschreibt, dass es sich in der qualitativen Forschung vielmehr um die subjektiven Sichtweisen und das Verstehen der individuellen Einschätzungen geht (Hefnerich, 2011). Der Ansatz setzt an den Individuen an. Dabei ermöglicht die qualitative Forschung sich in die Sachlage hineinversetzen und nacherleben zu können (Mayring, 2015). Qualitative Forschung kann aus unterschiedlichen Ansätzen interpretiert werden: Induktiv und deduktiv. Aufgrund der geringen Erfahrungen mit der ergotherapeutischen Arbeit unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen entschieden sich die Forscherinnen für ein induktives Verfahren. Ein induktiver Ansatz ist, das Forschungsmaterial so zu reduzieren, sodass am Ende nur eine überschaubare Darstellung des Wesentlichen zu erkennen ist. Diese bildet aber immer noch das Abbild des Grundmaterials (Mayring, 2015). Die Induktion macht Beobachtungen und zieht daraus Rückschlüsse, ob diese verallgemeinert werden können (Weigl, 2016b).



Die qualitative Forschungsmethode wurde für die Beantwortung der ersten Leitfrage herangezogen. Für die Erhebung der qualitativen Daten entschieden sich die Forscherinnen für die Durchführung einzelner semistrukturierter Interviews, die sich an einem Leitfaden (→ Anlagenverzeichnis) orientierten. Die befragten Teilnehmer:innen gelten als Expert:innen, da sie mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im ambulanten ergotherapeutischen Setting aufweisen sollten. Somit handelte es sich um Leitfaden gestützte Expert:innenterviews.

3.6.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

Um eine Forschung auf die Tauglichkeit zu prüfen, wird die Arbeit nach Gütekriterien eingeschätzt. Die klassischen Gütekriterien beziehen sich auf die Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Gültigkeit (Validität) der Ergebnisse der erhobenen Daten (Mayring, 2015). Mayring (2015) kritisiert die klassischen Gütekriterien, da sie nicht immer nachweisbar sind und nur selten sinnvoll angewendet werden können: „Qualitativ orientierte Forschung muss zu neuen Gütekriterien gelangen“ (Mayring, 2016, S. 140). Zur Anwendung von Gütekriterien, die sich auf ein spezifisches methodisches Vorgehen stützen, wurden sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung in Mayring (2016) aufgestellt. Daher stützen sich die Forscherinnen auf die sechs übergreifenden Gütekriterien nach Mayring (2016). Mit den Gütekriterien zeigen die Forscherinnen auf, inwiefern die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit transparent und wahrheitsgemäß sind (→ Kapitel 3.5).

In der folgenden Tabelle werden die sechs übergreifenden Gütekriterien nach Mayring (2016) dargestellt und auf die vorliegende Forschungsarbeit angewendet. Die Umsetzung der Gütekriterien wird anhand der angewendeten Strategien beschrieben.



Tabelle 3: Anwendung der sechs übergreifende Gütekriterien nach Mayring (2016)

Gütekriterien	Strategien
<p>Verfahrensdokumentation Detaillierte Dokumentation der angewandten Vorgehensweise, damit der Forschungsprozess für die Leser:innen nachvollziehbar ist</p>	<p>Detaillierte Beschreibung des Forschungsprozesses durch Beleuchtung des Forschungshintergrunds, der methodischen Vorgehensweise und Datenerhebung/-auswertung.</p>
<p>Argumentative Interpretationsabsicherung Interpretationen sollten argumentativ begründet werdend und theoriegeleitet sein. Die Interpretation muss schlüssig sein und Brüche müssen dargelegt werden.</p>	<p>Datenanalyse und Interpretation des Materials durch beteiligte Forscherinnen und anschließende Diskussion der Forschungsergebnisse, Interpretation mit Evidenz unterlegt.</p>
<p>Regelgeleitetheit Das Vorgehen in der Forschung unterliegt einem systematischen Vorgehen. Der Forschungsprozess wird in seinen Schritten dargestellt.</p>	<p>Systematisches Vorgehen der jeweiligen Analyseschritte nach Mayring (→ Kapitel 3.6.6.2).</p>
<p>Nähe zum Gegenstand Die Forschung setzt an der direkten Alltagswelt der Teilnehmer:innen an. Zwischen Forscher:innen und Teilnehmer:innen findet ein transparentes und gleichberechtigtes Verhältnis statt. Es wird ein übereinstimmendes Interesse gezeigt.</p>	<p>Transparenz der Forschung durch vorherige Absprache mit den Interviewteilnehmer:innen, Interessenübereinstimmung seitens der Forscherinnen und der Teilnehmer:innen, Aktualität und Hintergrundrecherche verstärkt das Interesse der Forscherinnen, Rekrutierung der Teilnehmer:innen nur durch quantitativen Fragebogen und Eigeninitiative an der Teilnahme am Interview.</p>
<p>Kommunikative Validierung Gültigkeit der Ergebnisse werden überprüft, indem sie den Teilnehmer:innen vorgelegt und mit ihnen diskutiert werden.</p>	<p>Member-Checking wurde nicht durchgeführt.</p>
<p>Triangulation Die Triangulation vergrößert durch die Verbindung mehrerer Analysegänge, die Qualität der Forschung. Dabei geht es darum sich auf unterschiedliche Lösungen für die Fragestellung zu einigen.</p>	<p>Die jeweiligen Transkripte wurden von den Forscherinnen gegengelesen. Gemeinsame Kategorienbildung.</p>



3.6.2 Erstellung eines Interviewleitfadens

Aufbauend auf der umfassenden Literaturrecherche und der Formulierung der Leitfragen wurde ein Interviewleitfaden (→ Anlagenverzeichnis) generiert. Der Leitfaden dient zur Strukturierung der angesprochenen Themen. Zudem standardisiert ein Interviewleitfaden „. . .in gewissem Sinn die inhaltliche Struktur der Erzählungen und erleichtert dadurch die Auswertung“ (Helfferich, 2011, S. 179). Für die Erstellung des Leitfadens für die qualitative Datenerhebung wurde die SPSS-Methode nach Helfferich (2011) angewendet. Die Methode „. . .dient gleichzeitig der Vergegenwärtigung und dem Explizieren des eigenen theoretischen Vorwissens und der impliziten Erwartungen. . .“ (Helfferich, 2011, S. 182). Im ersten Schritt steht das **Sammeln** an. Dabei haben die Forscherinnen zunächst alle Fragen in einem Dokument gesammelt. Insgesamt wurden ca. 50 Fragen zusammengetragen. Im Punkt **Prüfen** wurde unter Berücksichtigung der Prüfungsfragen jede aufgestellte Frage durchgelesen und auf die Prüfungsfrage kritisch beleuchtet. Gegebenenfalls wurde die Frage umformuliert. Beim **Sortieren** wurden insgesamt fünf Bündelungen nach inhaltlichen Aspekten zusammengepackt. Diese bezogen sich auf die Evaluation, Intervention, Outcome, Umwelt und Ausblick. Im letzten Schritt des **Subsumierens** wurden die Fragen zu den Bündelungen untergeordnet. In der letzten Spalte wurden Ausweichfragen bzw. alternative Fragen formuliert oder ggf. Stichpunkte ergänzt. Der Interviewleitfaden wurde im Zeitraum April bis Mai generiert.

Hieraus ergaben sich beispielhaft folgende Fragen:

Evaluationsphase:

1. Wenn Sie an die Betätigungsanliegen ihrer Klient:innen vor und während der Pandemie denken, hat sich daran etwas verändert?

Interventionsphase:

2. Erzählen Sie mir, wie Sie die Therapieeinheiten unter den Covid-19-Maßnahmen erleben.

Abschlussphase:

3. Erzählen Sie mir doch etwas zu Ihren Erfahrungen, die Sie in der Abschlussphase der Therapie mit Ihren Klient:innen unter den Covid-19-Maßnahmen gemacht haben.



3.6.3 Teilnehmerrekrutierung

Die Teilnehmerrekrutierung erfolgte über den Online-Fragebogen. Am Ende des Online-Fragebogens konnten sich die Teilnehmer:innen freiwillig für die Teilnahme an einem Interview melden. Dafür wurden sie aufgefordert, eine Anfrage für die Teilnahme per E-Mail bis zum 02. Juni 2021 an den bei Web.de erstellten E-Mail Account zu senden.

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die quantitative Datenerhebung entsprechen denselben Kriterien wie bei der qualitativen Forschung. Diese lauten:

- Staatlich anerkannte Ergotherapeut:innen
- Im ambulanten Praxissetting tätig
- Mindestens zwei Jahre Berufserfahrungen

Insgesamt sendeten vier Ergotherapeut:innen eine Anfrage zur Teilnahme. Aufgrund einer kurzfristigen Absage eines:r Interviewteilnehmer:in wurde über Mitstudent:innen mittels des Schneeballverfahren erneut rekrutiert. Daraus resultierte ein:e weitere:r Studienteilnehmer:in.

3.6.4 Pre-Testung

Um vorab die Reihenfolge der Fragen, den Inhalt der Fragen, den Zeitumfang, die Technik mit der Audioaufnahme und die Verständlichkeit zu überprüfen, wurden zwei Pre-Tests durchgeführt. Die Pre-Testungen fanden am 29. Mai 2021 statt. Dazu fungierte ein:e Ergotherapeut:in, aus dem Bekanntenkreis von einer der Forscherinnen, die bereits den Online-Fragebogen gepretestet hatte. Der/Die Pre-Tester:in erfüllte die Einschlusskriterien. Der/die zweite Pre-Tester:in hat bisher nur ein dreiviertel Jahr Berufserfahrung und erfüllte somit nicht die Einschlusskriterien. Beide Interviews hatten eine Länge von knapp 35 Minuten. Somit wurde die Zeitangabe von 45 Minuten nicht überschritten und blieb im vorgegebenen Rahmen. Beide Pre-Tester:innen erhielten im Anschluss an das Interview ein Reflexionsdokument (→ Anlagenverzeichnis), in dem die Forscherinnen sich das Feedback zum Inhalt der Interviewfragen und dem Ablauf des Interviews von den Pre-Tester:innen eingeholt haben. Die Interviewfragen waren für die Pre-Tester:innen verständlich und konnten beantwortet werden, sodass keine Anpassung des Interviewleitfadens nötig war.

3.6.5 Datenerhebung

Im Vorfeld wurde den Teilnehmer:innen ein Einwilligungserklärung (→ Anlagenverzeichnis) per Mail zugeschickt. Insgesamt wurden vier Experteninterviews in



einem Zeitraum vom 05. Juni 2021 bis zum 23. Juni 2021 mit Ergotherapeut:innen durchgeführt. Die Interviews wurden aufgrund der Kontaktbeschränkungen und der geltenden Hygienemaßnahmen über MS-Teams durchgeführt. Pro Interview führten jeweils zwei Forscherinnen das Interview durch. Dabei zeichnete eine das Interview auf und eine leitete durch das Interview. Bei der Durchführung der Interviews wurden die Befragten zunächst darüber informiert, dass das Gespräch als Videodatei über MS-Teams aufgezeichnet wird. Anschließend folgten Fragen zu den Stammdaten, um einen Gesprächseinstieg zu gestalten. Die anschließenden Fragen waren im Interviewleitfaden festgelegt. Jedoch variierte die Reihenfolge im Verlauf des Interviews, aufgrund des semistrukturierten Leitfadens. Es wurden Aussagen der Befragten zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch noch einmal aufgegriffen, um inhaltlich mehr in die Tiefe zu gehen.

3.6.6 Datenauswertung

3.6.6.1 Transkription

Nach der Datenerhebung erfolgte die Transkription der Interviews über das Online Tool Otranscribe. Ziel einer Transkription ist es, das Gesprochene schriftlich festzuhalten und für die anschließenden Analysen zugänglich zu machen (Dresing & Pehl, 2018). Es wurde sich an einem einfachen Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2018) orientiert.

Auf folgende Regeln wurde sich festgelegt:

1. "Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend."
2. "Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So ‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“ Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“."
3. "Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert."
4. „Jeder Sprecherbeitrag erhält eigenen Absätze. Zwischen den Sprecher:innen gibt es eine freie, leere Zeile.“ (Dresing & Pehl, 2018, S. 21)



3.6.6.2 Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)

Nach der Aufbereitung des Materials wurde die Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) vorgenommen. Mayring beschreibt ein allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell mit 12 Schritten und das Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse. Für die Analyse des hier vorliegenden Materials wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse verwendet:

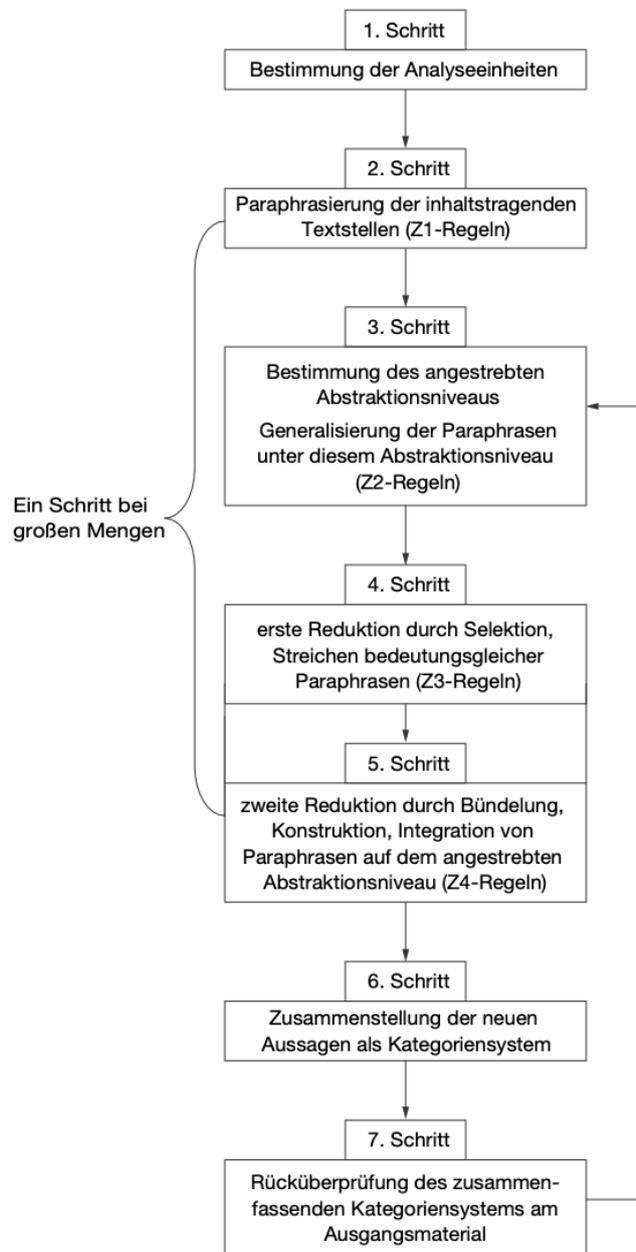


Abbildung 5: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)



In Schritt eins legten die Forscherinnen die Analyseeinheit auf eine sinntragende Aussage fest. Dabei beziehen sie sich auf jene Aussagen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage als auch der zur Beantwortung der Leitfrage dienen.

Die Schritte zwei bis sechs wurde für jedes Interview separat von den Forscherinnen dokumentiert. Bei der darauffolgenden Paraphrasierung **Z1-Regel** wurden alle Wörter gestrichen, die keine sinntragende Aussage beinhalteten, sodass die Transkripte in ihrem Umfang deutlich reduziert wurden. Aufgrund der großen Datenmenge haben die Forscherinnen die Schritte zwei (Z-2 Regel) bis fünf (Z-4 Regel) zusammenfassend durchgeführt. Die **Z-2 Regel** beinhaltet die Generalisierung der Inhalte der Paraphrase auf die definierte Abstraktionsebene. Somit sind alte inhaltstragende Paraphrasen in den neu formulierten impliziert. Die **Z3-Regel** (Erste Reduktion) streicht bedeutungsgleiche Paraphrasen und Paraphrasen, welche auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als inhaltstragend gelten. Es werden die Paraphrasen selektiert, die als zentral inhaltstragend erachtet werden. Bei der **Z-4 Regel**, der zweiten Reduktion, findet die Bündelung statt. Hier werden Paraphrasen mit dem gleichen Gegenstand und ähnlicher Aussage zusammengefasst. Anschließend werden in der Integration Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammengefasst und infolgedessen Paraphrasen mit gleichem Gegenstand und verschiedener Aussagen zusammengefasst. In Schritt sechs wurden die Aussagen in Kategoriensysteme dargestellt. Mit dem siebten Schritt fand eine Rücküberprüfung der Kategorien statt, um zu überprüfen, ob die Kategorien noch den Inhalt des Ausgangsmaterials widerspiegelten.

Ein Beispiel für die Umsetzung des Transkripts von Teilnehmerin 1 der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ist im Anhang (→ Anlagenverzeichnis) zu finden. Folgende Oberkategorien sowie die dazugehörigen Subkategorien werden beispielhaft in der Abbildung zwei dargestellt:

<i>Oberkategorie:</i> Einschränkungen der Betätigungsanliegen	<i>Oberkategorie:</i> Neue Betätigungsanliegen
<i>Subkategorien:</i> <ul style="list-style-type: none">• Bedürfnis nach sozialen Kontakten• Rückschritte in kindlicher Entwicklung	<i>Subkategorien:</i> _____

Abbildung 6: Auszug aus den Kategorien



4 Resultate

4.1 Quantitative Ergebnisse

Am Anfang des quantitativen Online-Fragebogens wurden die berufsbezogenen Daten der Teilnehmer:innen erhoben. Die Fragen beinhalteten die Berufserfahrung der Ergotherapeut:innen in Jahren, dem Land, in dem sie arbeiten und in welchem Fachbereich sie tätig sind. Die Anzahl der Berufserfahrung ist in verschiedene Jahresstufen von weniger als zwei Jahre bis mehr als 10 Jahre Berufserfahrung gegliedert (→ Tabelle 4). Dabei haben insgesamt 99 Teilnehmer:innen an der Umfrage teilgenommen. Über die Hälfte der befragten Personen verfügten über mehr als 10 Jahre Berufserfahrung. Eine Teilnehmerin (1%) arbeitete nicht in Deutschland. Eine geringe Teilnehmer:innenanzahl (2%) arbeitet im Fachbereich Arbeitstherapie.

Die Tätigkeit im neurologischen Setting (70,8%) und pädiatrischen Setting (61,0%) ist am meisten vertreten. Die Tätigkeit im orthopädischen-, geriatrischen- und psychiatrischen Fachbereich sind etwa gleich stark vertreten, wie in Tabelle 5 zu sehen ist.

Tabelle 4: Berufsbezogene Daten

Seit wie vielen Jahren sind Sie als Ergotherapeut:in tätig?	N (%)
< 2 Jahre	4 (4,0%)
2 bis 4 Jahre	22 (22,2%)
5 bis 10 Jahre	21 (21,2%)
> 10 Jahre	52 (52,5%)
N= 99	
Arbeiten Sie in Deutschland?	N (%)
Ja	95 (99,0%)
Nein	1 (1,0%)
N= 96	
In welchem Fachbereich sind Sie tätig?	N (%)
Pädiatrie	59 (61,0%)
Neurologie	68 (70,8%)
Orthopädie	45 (46,9%)
Geriatric	43 (44,8%)
Psychiatrie	43 (44,8%)
Arbeitstherapie	2 (2,0%)
N= 95 (Mehrfachantworten möglich)	



Zum Einstieg in das Thema wurden die Ergotherapeut:innen befragt, welche Hygienemaßnahmen nach dem ersten Lockdown im März 2020 eingeführt wurden. Als Auswahlmöglichkeiten standen der Mund-Nasen-Schutz, das Visier, die Plexiglasscheibe, die Desinfektionsspender, die Hinweisschilder, die Einmalhandschuhe, die Abstandsregelung und das regelmäßige Desinfizieren von Oberflächen o.ä. zur Verfügung. Für zusätzliche Hygienemaßnahmen stand den Teilnehmer:innen ein freies Textfeld zur Verfügung. Als weitere Hygienemaßnahmen wurden Kontrollierung auf Covid-19, Reinigung der Luft, Kontaktreduzierung und strengere Prävention aufgelistet. In Abbildung 7 die eingeführten Hygienemaßnahmen und die Hygienemaßnahmen, welche den Prozess am meisten beeinflusst haben in Prozent dargestellt. Dabei zeigt der graue Balken die eingeführten Hygienemaßnahmen und der blaue Balken die Hygienemaßnahmen, welche den Prozess am meisten beeinflusst haben.

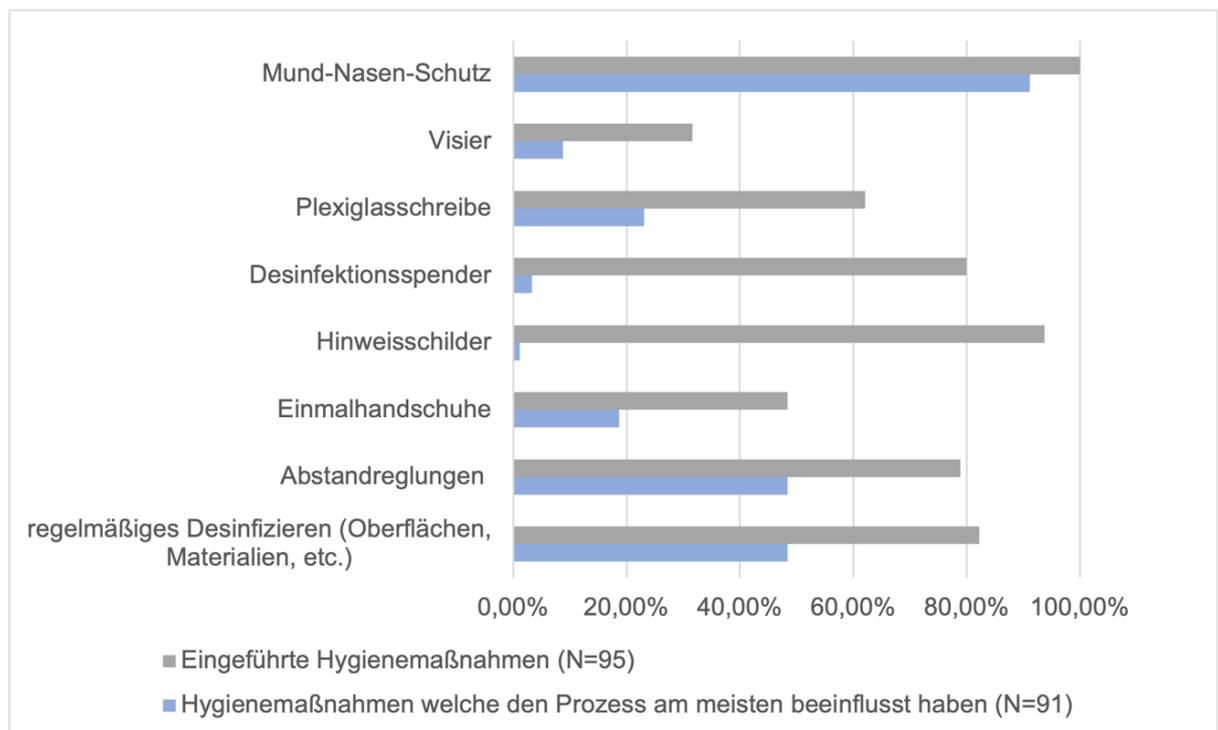
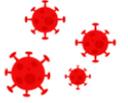


Abbildung 7: Eingeführte Hygienemaßnahmen

Als Grund weshalb die zuvor genannten Hygienemaßnahmen den Prozess am meisten beeinflusst haben, wurden folgende Faktoren aufgeführt: Atemschwierigkeiten, physische und psychische Einschränkungen, Einschränkungen der Therapeut:in-Klient:in Beziehung, erschwerte Kommunikation, erhöhter Zeitaufwand, höherer Kostenfaktor, erschwerte nonverbale Kommunikation und Desinfektion der Therapiematerialien.



Durch die Covid-19-Hyginemaßnahmen erfuhren 93,7% (N=89) der Teilnehmer:innen einen höheren organisatorischen Arbeitsaufwand (→ Tabelle 5). Als höherer organisatorischer Arbeitsaufwand wurden unter anderem die Verwaltung, Aufwand zur Kontaktvermeidung, hygienische Vor- und Nachbereitung, Testungen und flexibles Agieren und Organisation der Therapie genannt. Des Weiteren gaben 68,1% (N=60) der Teilnehmer:innen an, dass sich der organisatorische Arbeitsaufwand mit den Therapiezeiten der Klient:innen überschneidet. Bei rund 40,7% lag diese Zeit bei mehr als fünf Minuten.

Tabelle 5: Abbildung des organisatorischen Arbeitsaufwands

Erfahren Sie durch die Covid-19-Maßnahmen einen höheren organisatorischen Arbeitsaufwand? N (%)	Überschneidet sich der höhere organisatorische Arbeitsaufwand mit der Therapiezeit? N (%)	Um wie viele Minuten überschneidet sich der höhere organisatorische Arbeitsaufwand mit der Therapiezeit? n (%)
Ja 89 (93,7%)	Ja 60 (68,1%)	<5Min. 35 (59,3%)
Nein 6 (6,3%)	Nein 28 (31,8)	>5Min. 24 (40,7%)
N = 95	N=88	N=59

83% (N=78 der teilnehmenden Ergotherapeut:innen führen Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume durch. Davon sind 80,8% (N=63) Hausbesuche bei Personen unter 65 Jahre, 64% (N=50) bei Personen über 65 Jahren, 62,9% (N=49) in Seniorenheimen, 29,5% (N=23) in Kitas bzw. Kindergärten, 21,8% (N=23) in Schulen und 11,5% (N=9) in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Als sonstige Einrichtungen wurden das betreute Wohnen, Hort, Kinderheime, sozialpädiatrische Zentren und die Tagespflege genannt. Generell sind bei 52,6% (N=41) der Befragten die Anzahl der Hausbesuche gleichgeblieben. Als Grenzen und Barrieren außerhalb der Praxisräume nannten die Teilnehmer:innen das Zeitmanagement, die Testpflicht, Kooperation der Klient:innen, Einhaltung der Hygienemaßnahmen, die Mitnahme von Therapiematerialien, Einlass zu Hausbesuchen/ Institutionen und organisatorische Schwierigkeiten.

Bei der Frage nach den Veränderungen der Räumlichkeiten und der Tools gaben insgesamt 28,8% (N=25) an, dass keine Veränderungen erforderlich waren. 55% (N=48) nutzen die Teletherapie, 34% (N=30) verlagerten die Therapie nach draußen und 38% (N=33) nutzen größere Räume. Zusätzlich gaben die Teilnehmer:innen an, dass eine Umstrukturierung der Räumlichkeiten wie der des Wartezimmers und von Gruppenbehandlungen stattfinden musste.



Tabelle 6: Veränderungen im Therapiesetting

Führen Sie Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume durch? (Hausbesuche, Altenheim, Schulbesuche etc.)		N (%)
Ja		78 (83,0%)
Nein		16 (17,0%)
N= 94		
Wo finden die Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume statt?		N (%)
Hausbesuche >65		63 (80,8%)
Hausbesuche <65		50 (64,0%)
Seniorenheim		49 (62,9%)
Kita/Kiga		23 (29,5%)
Schule		17 (21,8%)
WfBm		9 (11,5%)
N= 78 (Mehrfachantwort möglich)		
Hat sich die Anzahl der Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume verändert?		N (%)
Ver mehrt		12 (15,4%)
Gleichbleibend		41(52,6%)
Verringert		25 (32,1%)
N= 78		
Sind Sie auf Grenzen/Barrieren bei Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume gestoßen?		N (%)
Nein		28 (29,8%)
Ja		66 (70,2%)
N= 94		
Erfordern die Covid-19-Maßnahmen Veränderungen von Räumlichkeiten bzw. Tools?		N (%)
Keine Veränderungen		25 (28,8%)
Teletherapie		48 (55%)
Therapie im freien/draußen		30 (34%)
Größere Räume		33 (38%)
N = 87 (Mehrfachantworten möglich)		

Auf die Frage nach Veränderungen der Arbeitszeiten haben 60% (N=53) in Kurzarbeit gearbeitet, 25% (N=22) hatten Mehrarbeit, 5,7% (N=5) arbeitet im Schichtdienst und 30,7% (N=27) gaben keine Änderung der Arbeitszeiten an (→ Tabelle 7). Überstundenabbau und Kündigung wurden als weitere Arbeitsmaßnahmen angegeben.



Tabelle 7:Veränderungen der Arbeitszeiten

Welche Veränderungen der Arbeitszeiten mussten erlassen werden?	N (%)
Kurzarbeit	53 (60,0%)
Mehrarbeit	22 (25,0%)
Schichtarbeit	5 (5,7%)
Keine Änderungen	27(30,7%)
N = 88 (Mehrfachantwort möglich)	

Die Teletherapie wurde von 45,3% (N=43) der Ergotherapeut:innen seit der Covid-19-Pandemie genutzt. Die subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit der Teletherapie lag mit 21,4% (N=9) bei subjektiv nicht sehr wirksam, mit 57,1% (N=24) bei subjektiv wirksam und mit 21,4% (N=9) bei subjektiv sehr wirksam (→ Tabelle 8). Insgesamt sind 75% (N=25) interessiert die Teletherapie auch abseits der Covid-19-Pandemie weiterhin zu nutzen. Als Begründung für die weitere Nutzung der Teletherapie wurden Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, bessere Einsicht in das häusliche Setting der Klient:innen, sinnvolle Ergänzung der Präsenztherapie und erhöhte Flexibilität z.B. bei Krankheitsfall der Klient:innen/der Therapeut:innen genannt. Als negativer Aspekt wurde ein zeitlicher Mehraufwand und kein Ersatz der Präsenztherapie genannt. Zudem gaben die Teilnehmer:innen an, dass die Teletherapie abhängig von den Klient:innen und der geplanten Intervention ist.

Tabelle 8: Subjektive Wahrnehmung der Teletherapie

Nutzen Sie die Teletherapie während der Pandemie als Alternative zur herkömmlichen Therapie? N (%)	Wie wirksam nehmen Sie die Teletherapie wahr? N (%)	Sind Sie daran interessiert die Teletherapie auch abseits der Covid-19-Pandemie weiterhin zu nutzen? N (%)
Ja 43 (45,3%)	Nicht sehr wirksam 9 (21,4%)	Ja 25 (75,7%)
Nein 52 (54,7%)	Wirksam 24 (57,1%)	Nein 3 (9,1%)
N= 95	Sehr wirksam 9 (21,4%)	Unentschlossen 5 (15,2%)

60,7% (N=57) der Ergotherapeut:innen haben vor der Covid-19-Pandemie Gruppentherapien durchgeführt. Aktuell führen davon nur 37% (N=21) Gruppenangebote durch. Diese finden zum Teil adaptiert im Gruppensetting statt. Dazu wurden folgende adaptive Maßnahmen geschildert: weniger Personen, Raumanpassung und allgemeine Adaptionen innerhalb der Gruppenbehandlung.



Als weitere Faktoren dafür, dass die Gruppenbehandlungen nicht stattfinden konnten, wurden folgende Gründe genannt: beengte Räumlichkeiten, Hygienemaßnahmen sind nicht umsetzbar, hohes Risiko, Empfehlungen und Verordnung vom Land und Engagement seitens der Klient:innen.

Tabelle 9: Veränderungen bei Gruppenangeboten

Haben Sie vor den Covid-19-Maßnahmen Gruppeninterventionen durchgeführt	N (%)	Führen Sie aktuell Gruppeninterventionen durch?	N (%)
Ja	57 (60,7%)	Ja	21 (37%)
Nein	37 (39%)	Nein	36 (63%)
N = 94		N = 57	

Von den Studienteilnehmer:innen gaben 48,9% (N=45) an, dass sich die Art der Therapieausführung- und formen verändert hatte. Dazu wurde die eingeschränkte Nutzbarkeit von Therapiematerialien aufgrund der Desinfektion und die Einschränkungen in Gruppenbehandlungen aufgelistet. Des Weiteren wurde die Art der Therapie durch die höhere Distanz zu Klient:innen und die Veränderungen bei der Planung und Umsetzung der Therapie verändert.

Der Therapieprozess musste zu 5,4% (N=5) fast immer adaptiert werden, zu 43% (N=40) oft adaptiert werden, zu 47,3% (N=44) einige Male adaptiert werden und zu 4,3% (N=4) nie adaptiert werden, wie in Tabelle 10 aufgezeigt wird.

Tabelle 10: Veränderung der Therapieausführung

Hat sich die Art der Therapieausführung/-formen, die Teletherapie ausgeschlossen, verändert?	N (%)
Ja	45 (48,9%)
Nein	47 (51,1%)
N=92	
Müssen Sie den Therapieprozess im Vergleich zu vor der Pandemie häufiger adaptieren?	N (%)
Fast Immer	5 (5,4%)
Oft	40 (43,0%)
Einige Male	44 (47,3%)
Nie	4 (4,3%)
N= 93	



Insgesamt stimmten 71,7% (N=71) der Aussage zu, dass durch die Covid-19-Pandemie mehr Therapieausfälle zustande gekommen sind. 21,2% (N= 21) gaben an, dass die Aussage nicht zutrifft und 7% (N=7), dass es keine Veränderungen gab. Als Gründe für die hohen Therapieausfälle gaben die Teilnehmer:innen Angst vor Ansteckung, Quarantäne, ungeklärte Erkältungssymptome bzw. Krankheit, Kontaktreduktion, Erkrankungen an Covid-19, Unsicherheit der Klient:innen und kein Einlass in die Institutionen an.

Bei der Frage, in welchem Fachbereich die Covid-19-Maßnahmen besonders einschneidend waren, gab die Mehrheit der Teilnehmer:innen 89,1% (N=82) den Fachbereich Pädiatrie an, gefolgt von der Geriatrie mit 73,9% (N=68). Am geringsten einschneidend sahen die teilnehmenden Ergotherapeut:innen die Maßnahmen in den Fachbereichen Arbeitstherapie mit 20,6% (N=19) und Orthopädie mit 26,1% (N=24).

79,8% (N=75) der Teilnehmer:innen beschrieben, dass die Klient:innen vermehrt von depressiven Verstimmungen betroffen waren. Die Auswirkungen zeigen sich innerhalb der Therapie mit der Zunahme von entlastenden Gesprächen über aktuelle Themen, geringe Motivation der Klient:innen, psychosoziale Auffälligkeiten der Klient:innen, Fokus des Therapieinhalts auf psychosoziale Themen, Veränderungen der Therapieziele und Verlangsamung des Therapieprozesses. Durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen gaben 69,5% (N= 66) der Teilnehmer:innen an, dass die Klient:in-Therapeut:in Beziehung beeinflusst worden ist und 30,5% (N=29), dass die Beziehung nicht dadurch beeinflusst worden ist.

Die Alternativen, die angewendet wurden, um eine angenehme Beziehung aufrecht zu erhalten, wurden in Kategorien zusammengefasst. Diese lauten wie folgt: Mehr Gespräche in der Therapie, kurzer Kontakt ohne Mund-Nasen-Schutz zur Erkennung des Gesichts, Änderung des Therapiesettings: nach draußen verlagert, Kommunikationskills und Soft Skills.



Tabelle 11: Ausblick Covid-19

Durch die Covid-19-Pandemie gibt es mehr Therapieausfälle / Beurteilen Sie folgende Aussage: „Durch die Covid-19-Pandemie gibt es mehr Therapieausfälle“	N (%)
Trifft zu	71 (71,7%)
Trifft nicht zu	21 (21,2%)
Es gab keine Veränderungen	7 (7,0%)
N=99	
Was denken Sie, in welchem Fachbereich könnten die Covid-19-Maßnahmen im Therapieprozess besonders einschneidend sein?	N (%)
Pädiatrie	82 (89,1%)
Orthopädie	24 (26,1%)
Neurologie	42 (45,7%)
Geriatric	68 (73,9%)
Psychiatrie	63 (68,5%)
Arbeitstherapie	19 (20,6%)
N=86	
Sind mehr Klient:innen von depressiven Verstimmungen/Vereinsamung betroffen im Vergleich zu vor der Covid-19-Pandemie?	N (%)
Ja	75 (79,8%)
Nein	19 (20,2%)
N=94	
Beeinflussen die Covid-19- Maßnahmen die Klient:in-Therapeut:in-Beziehung?	N (%)
Ja	66 (69,5%)
Nein	29 (30,5%)
N= 95	

Die Arbeitsbelastung lag auf einer Skala von 1 (keine Belastung) bis 10 (sehr hohe Belastung) bei einem Mittelwert von 7,3.

Innerhalb der drei Prozessschritte Evaluation, Intervention und Outcome nach dem OTPF (2020) sind verschiedene alternative Methoden unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen verwendet worden. Die Effektivität der alternativen Methoden wurde anhand einer Likert-Skala von 1 (nicht effektiv) bis 4 (sehr effektiv) von den Teilnehmer:innen subjektiv eingeschätzt.



Die subjektive Bewertung der Evaluationsphase lag bei Mittelwert von 2,9. Als Alternative Methoden wurden ein vermehrter zwischenmenschlicher Kontakt, eine virtuelle Anamnese vor dem Erstkontakt, häufigere psychosoziale Reflexion der Therapeut:innen und alternative Medien genannt.

In der Interventionsphase lag die subjektive Einschätzung zur Effektivität der Teilnehmer:innen bei einem Mittelwert von 2,6. Alternative Methoden, welche die Ergotherapeut:innen in der Phase angaben, waren eine bedürfnisorientierte Vorgehensweise, weniger Verwendung von Materialien, selbstständige Übungen, welche die Klient:innen mit nach Hause bekamen, Stärkung der Kompetenzen, die Teletherapie und mehr Einzeltherapie anstatt Gruppentherapie stattfinden zu lassen.

Bei der Beurteilung der Effektivität der alternativen Methoden in den Outcomephasen, gaben die Teilnehmer:innen einen Mittelwert von 2,8 an. Aufgeführte alternative Methoden waren dabei ein Telefongespräch statt ein Abschlussgespräch in Präsenz und ein ressourcenorientiertes Vorgehen statt ein neues Verhalten anzuregen.

Die Ergebnisse, wie die subjektive Wirksamkeit der alternativen Methoden innerhalb der Prozessschritte wahrgenommen wurden, ist der Abbildung acht zu entnehmen. Dabei schätzen 68,5% (N=63) der Teilnehmer:innen die Evaluation/Befundung in ihrer Wirksamkeit als gut ein. Hingegen wurde sie von 29,3% (N=27) als zufriedenstellend wahrgenommen. 2,2% (N=2) empfanden die Befundung als schlecht.

Die Intervention/Behandlung wurde von 54,3% (N=50) als gut, von 43,5% (N=40) als zufriedenstellend und von 2,2% (N=2) der befragten Teilnehmer:innen als schlecht in ihrer Wirksamkeit eingeschätzt.

Die Teilnehmer:innen schätzen das Outcome/Ergebnis in der Wirksamkeit mit 48,9% (N=45) als gut ein. Für 46,7% (N=43) der Teilnehmer:innen war die Outcomephase zufriedenstellend und für 4,3% (N=4) schlecht.

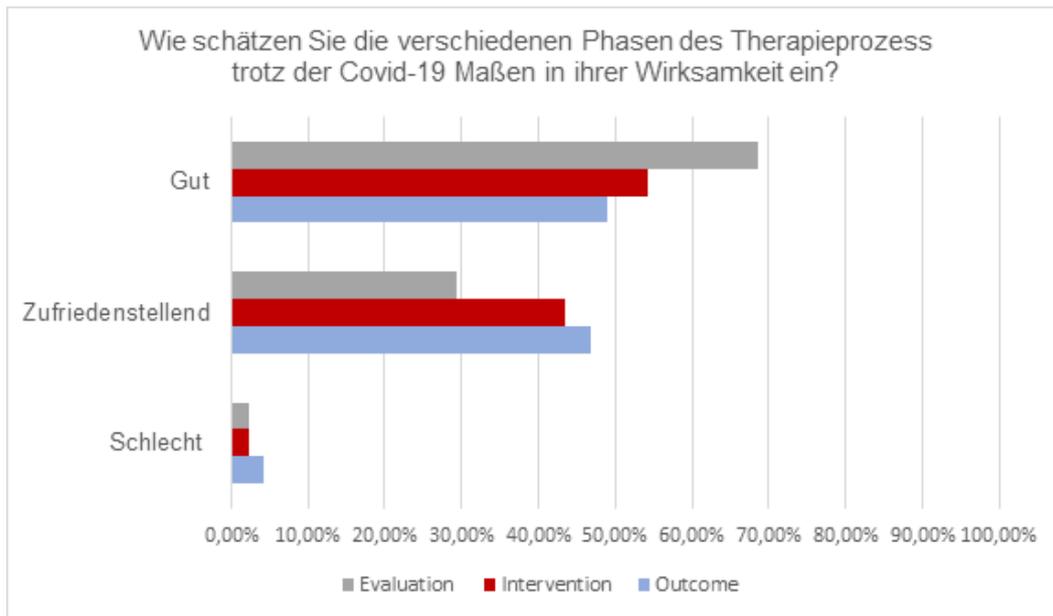


Abbildung 8:Einschätzung der Therapiephasen in ihrer Wirksamkeit



4.2 Qualitative Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Expertinneninterviews dargestellt. In Tabelle 12 sind die Stammdaten, wie z.B. die Dauer der Berufstätigkeit, der einzelnen Expertinnen abgebildet, um den Hintergrund der Datenerhebung möglichst transparent darzustellen. Anschließend werden die Ergebnisse in Form von Kategorien nach Mayring (2015) chronologisch anhand des Interviewleitfadens des OTPFs (2020) dargestellt.

Tabelle 12: Stammdaten der Interviewteilnehmerinnen eins bis vier

Stammdaten	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4
Dauer Berufstätigkeit	3 Jahre	17 Jahre	24 Jahre	6 Jahre
Art der Anstellung	Vollzeit (Angestellte)	Vollzeit (Praxisinhaberin)	Teilzeit (Angestellte)	Teilzeit (Angestellte)
Schwerpunkt	Pädiatrie und Neurologie	Psychiatrie und Psycho-somatik	Aktuell Psychiatrie, vorher auch Neurologie und Pädiatrie	Pädiatrie, Psychiatrie und Long-Covid
Therapien außer Haus	Hausbesuche auch in Institutionen	Hausbesuche	Keine Hausbesuche	Aktuell keine, vor Pandemie in Kita und Schulen
Räumlichkeiten der Praxis	3 Praxen mit mind. 3 bis max. 5 Räumen, max. 2 bis 3 Mitarbeiter:innen gleichzeitig in Praxis	1 Praxis mit 6 Räumen, 2-3 Mitarbeiter:innen arbeiten in Praxis gleichzeitig	9 Räume, 12, Mitarbeiter:innen, aber nicht alle immer vor Ort	3 Räume, max. 3 Mitarbeiter:innen gleichzeitig in der Praxis
Gruppen-therapien	Parallelbehandlung mit zwei Kindern	Seit Pandemie keine Gruppen	Keine Gruppen	Seit Pandemie keine Gruppen



Evaluationsphase

→ Abwägung von Assessments

Innerhalb der Fragen zur ergotherapeutischen Evaluation gaben die Teilnehmerinnen an, dass sie weniger Assessments und Testungen durchgeführt haben, weil die Hygienemaßnahmen eine regelmäßige zeitintensive Desinfektion erforderten. Teilnehmerin 1 berichtet, dass sie zum Teil auch abwägt, ob die Testungen mitsamt den Materialien und dem anschließenden Desinfizieren wirklich notwendig sind oder ob die Erhebung anhand einer reinen Beobachtungssituation genügt. „. . .*bei manchen Testungen brauche ich Material bei manchen nicht. . . Zum Teil wäge ich ab, muss ich das jetzt wirklich machen oder geht es auch rein durch eine Beobachtung*“ (TN 1).

Teilnehmerin 4 hingegen sah das Tragen der Mund-Nasen-Schutz bei den Kindern als ein wesentliches Hindernis bei der Durchführung von Assessments: „*Kinder kriegen echt zum Teil nicht gut Luft und sollen aber motorisch ihre Bestleistung zeigen. . .*“

Des Weiteren berichtete Teilnehmerin 2, dass die Assessments weiter in den Hintergrund rückten, da im psychiatrischen Bereich die Ängste der Klient:innen aufgrund der Covid-19-Pandemie in Gesprächen aufgefangen werden mussten.

Teilnehmerin 3 machte keine Angaben zu Testungen.

→ Zunahme der Bedeutung von Kommunikation

Aus den Antworten der Teilnehmerinnen leitet sich die Kategorie ab, da durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen, wie der Mund-Nasen-Schutz und der Regeln zum Einhalten des Abstands, die Kommunikation eingeschränkt stattfindet. Die Kommunikation erfolgt über stärkere non verbale Kommunikation.

Teilnehmerin 3 und 4 beschrieben, dass durch das dauerhafte Tragen des Mund-Nasen-Schutz etwas bei der Kommunikation fehlte. Bevor etwas in der Ergotherapie befundet werden konnte, war die Therapeut:in-Klient:in-Beziehung essenziell. Allerdings wird der Beziehungsaufbau durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen eingeschränkt. So beschreibt Teilnehmerin 4: „*Also da finde ich, dass der Beziehungsaufbau, die Kommunikation ja sehr viel Feingefühl noch erfordert hat. . . man musste natürlich viel mehr erklären, was man auch gerade auch an Mimik zeigt. Nochmal viel deutlicher mit den Augen arbeiten, wenn das möglich ist*“.

Teilnehmerin 3 beschreibt zusätzlich, dass das Gesicht fehle und sehr viel über das Zuhören, das Schwingen der Stimme sowie das Ablesen der Augen entnommen werden kann. „. . . *durch Zuhören, wie die Stimme schwingt oder wie die Augen sind, kann ich auch*



sehr viel ablesen oder vom ganzen Körper. . .“ (TN 3). Zudem hat die Gestik im Allgemeinen viel mehr zur Kommunikation beigetragen.

Die Mimik ist aufgrund des Mund-Nasen-Schutzes eingeschränkt. Durch verbale Kommunikation werden Mimik und Gestik im Therapieprozess unterstützt.

Als weitere Einschränkung der Kommunikation ergänzt Teilnehmerin 4, dass die Plexiglasscheibe eine große Distanz schafft. Dadurch, dass die Kommunikation nicht wie gewohnt stattfinden kann, schildern die Teilnehmerinnen dass die Befundungsphase länger dauert. „. . .*das habe ich schon gemerkt im Befundprozess, dadurch hat das länger gedauert. . . .*“ (TN 4).

→ **Einschränkung der Betätigungsanliegen**

Bedürfnis nach sozialen Kontakten

Insgesamt wurde von allen Teilnehmerinnen ein starkes Bedürfnis nach sozialen Kontakten bei den Klient:innen, über die Altersspanne hinweg, wahrgenommen.

Anliegen, wie Freunde treffen, Verabreden, draußen sein, waren in dieser Zeit schwierig nachzugehen. Teilnehmerin 2 beschreibt dazu, dass alle Menschen ein Bedürfnis nach sozialen Kontakten haben. Aufgrund des Lockdowns wurde der Druck nach den sozialen Kontakten und “rauszugehen” deutlich größer.

Bei den älteren Klient:innen beobachtete Teilnehmerin 1 und 3 sehr viel Rückzug und Isolation, wodurch depressive Verstimmungen bemerkbar wurden. Teilnehmerin 1 merkte an, „. . .*dass sich bei vielen eine Depression einschleicht. . .*“.

Rückschritte in kindlicher Entwicklung

Viele Betätigungsanliegen waren, beispielsweise bei Teilnehmerin 1, bei den Kindern durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie nur noch eingeschränkt oder gar nicht möglich. So berichtete sie, dass die verschiedenen Arten zu Spielen nicht mehr von den Kindern ausgeübt werden konnten. Vor allem das Interagieren im Klassenverband wurde als schwierig beschrieben. Dies hatte auch Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder: „. . .*das Spielen, das Interagieren mit anderen Kindern ist ganz stark zurück gegangen. . . bei einigen zeigen sich Rückschritte in der Entwicklung, viele können gar nicht mehr im Klassenverband untereinander interagieren.*“

Teilnehmerin 4 ist ebenfalls im pädiatrischen Fachbereich tätig und berichtete davon, dass Betätigungen, die sich auf die soziale Interaktion beziehen, nicht mehr möglich waren.



„Betätigungsanliegen im sozioemotionalen und im Freizeitbereich. . . das waren auf einmal noch mal viel mehr Anliegen von Kindern die schwer zu erfüllen werden“ (TN 4).

Die Teilnehmerinnen 2 und 3 sind nicht im Fachbereich Pädiatrie tätig und konnten demnach keine Aussagen treffen.

→ **Neue Betätigungsanliegen**

In den verschiedenen Fachbereichen von denen die Teilnehmerinnen arbeiten, kristallisierten sich neue Betätigungsanliegen der Klient:innen heraus.

Teilnehmerin 4 sprach von neuen Betätigungsanliegen, die die Hygienemaßnahmen betrafen: „Also ich hatte das erste Mal Betätigungsprobleme wie ziehe ich mir eine Maske richtig an, wie wasche ich mir richtig die Hände. . .“, „. . . mit Kindern geübt, wie drücke ich eigentlich bei einem Schnelltest richtig das Stäbchen in das Röhrchen, dreh das um, halt das richtig zu. . .“.

Außerdem sprach Teilnehmerin 4 von vermehrten Betätigungsanliegen im sozioemotionalen- und Freizeitbereich wie beispielsweise, „Freunde treffen, Verabreden, draußen sein, mit anderen Kindern spielen. . .“.

Teilnehmerin 2 berichtete davon, dass die Betätigungen vermehrt im häuslichen Setting stattfanden.

Teilnehmerin 1 berichtete, dass sie vermehrt, das ältere Klientel „. . . auch ermuntern muss mal wieder rauszugehen, sei es auch nur mal vor die Haustür“ und sie trotz neurologischer Diagnose häufig psychiatrisch interveniert hat. Somit lagen Betätigungsanliegen vermehrt im psychosozialen Bereich.

Bei den älteren Klient:innen zeigte sich ein höherer Bedarf an Gesprächen, durch die belastende Situation der Pandemie und dem daraus resultierendem Gefühl der Isolation. Teilnehmerin 3 nahm insbesondere während des Lockdowns ein erhöhtes Bedürfnis nach entlastenden Gesprächen bei ihren Klient:innen wahr: „Also was öfter ist. . . der Bedarf an entlastenden Gesprächen. . .“

→ **Abstrakte Zielvereinbarungen**

Die Forscherinnen empfanden diese Bezeichnung als übergreifende Kategorie zutreffend, da Teilnehmerinnen 1 und 4 von ähnlichen Erfahrungen wie Teilnehmerin 2 berichteten. „Das heißt die Zielformulierung unterlag so einem ständigen Wandel und damit auch den Methoden und Ansätzen, die man so eingebracht hat“ (TN 4).

Teilnehmerin 2 berichtete von einer abstrakteren Zielvereinbarung, da viele Ziele aufgrund der Bestimmungen nicht umgesetzt werden konnten. Die Zielvereinbarung war insofern



abstrakter, da sie versuchte die Ziele mit ihren Klient:innen theoretischer umzusetzen. So wurde auf einen Wochenplan umgepoolt, womit die Klient:innen beispielsweise unterstützt wurden ihre Betätigungen auszuführen „. . .bisschen abstrakter weil viele Dinge konnte man ja nicht umsetzen . . .Wir haben das so ein bisschen umgepoolt. Ich gehe dreimal in der Woche alleine einkaufen und dann haben wir das mit Wochenplänen gestaltet“ (TN 2). Die Vereinbarung der Therapieziele unterlagen den äußeren Gegebenheiten, sodass beispielsweise schulbasierte Ziele nicht im Klassenverband geübt werden konnten. Der Austausch mit den Lehrer:innen fehlte, um dieses Ziel umzusetzen und zu evaluieren.

Im pädiatrischen Bereich sah Teilnehmerin 4 die Rolle der Eltern für die Zielvereinbarungen als „einen großen Gewinn“. Da die Kinder aufgrund des Lockdowns vermehrt zu Hause unterrichtet wurden, haben die Eltern viel mehr Zeit mit den Kindern verbracht. Daraus resultierte, dass die Eltern einen übersichtlichen Blick auf die Betätigungen und die Ziele der Kinder bekommen haben.

Teilnehmerin 3 sah im psychosomatischen Setting keine Veränderungen in der Zielvereinbarung mit ihren Klient:innen.

Intervention

→ **Weniger Therapiezeit**

Die Kategorie resultiert daraus, dass die Teilnehmerinnen in ihrer therapeutischen Behandlung weniger Zeit „am Klienten“ (TN 1) verbracht haben als verordnet. Alle Teilnehmerinnen berichteten, dass sie die Einheit früher beenden mussten, um die Covid-19-Hygienemaßnahmen durchzuführen. Daraus resultierte teilweise eine Überschneidung mit der darauffolgenden Therapieeinheit. Auch die Desinfektion von Therapiematerialien benötigte zusätzliche Zeit, wie alle Teilnehmerinnen schilderten.

Teilnehmerin 3 berichtete davon, dass sie überlegte alternativ mehr zu beraten, um den zeitlichen Aufwand der Desinfektion zu vermeiden: „. . .oder dass ich dann auch Zeit einplanen muss. . .direkt therapeutisch am Patienten vielleicht ein bisschen weniger Zeit habe, weil man am Ende noch die Therapiemedien desinfizierte. . .oder ist es nicht dann sinnvoller die Zeit ganz mit beraterischen Themen zu füllen.“

→ **Hygienemaßnahmen begrenzen therapeutische Möglichkeiten**

Die Teilnehmerinnen 3 und 4 wurden in ihren therapeutischen Möglichkeiten durch die eingeführten Hygienemaßnahmen in der ambulanten Praxis begrenzt. Im Fachbereich Pädiatrie erläuterte Teilnehmerin 4, dass die Möglichkeiten im Bereich der Aktivitäten des



täglichen Lebens (ADL) in Bezug auf Betätigungsanliegen in der Küche oder in der Schule schwer anzugehen und zu behandeln sind. *„Zwischendurch konnten wir keine Getränke anbieten. . . mit manchen Kindern mache ich auch Adl Sachen, wenn es darum geht mir selber essen zuzubereiten dann bringen die das zum Teil mit. . . das durften wir auch nicht“* (TN 4).

Teilnehmerin 3 wägte mehr ab, ob sie ein gestalterisches Angebot aufgrund der vermehrten Desinfektion der Therapiematerialien anbieten sollte. *“. . . überlegt sich vielleicht auch mach ich jetzt wirklich was gestalterisches, weil dieser Aspekt dabei ist. . .“* (TN 3).

Teilnehmerin 4 berichtet von einem inneren Konflikt während der Behandlung: *„Man war ständig in dem Konflikt, kann ich dem Kind jetzt Anbieten was es vielleicht bräuchte, aber dann komm ich ihm eigentlich zu nah. Es müsste dann auch eigentlich die Maske ausziehen, weil. . . Trampolin springen und Klettern für das Kind anstrengend sind und dann mit FFP2 Maske.“*

→ **Körperliche und psychische Belastung von Therapeut:innen**

Mit der Arbeit unter Pandemiebedingungen kam es zu physischen und psychischen Belastungen bei den befragten Ergotherapeutinnen. Vor allem die physische Arbeit mit den Klient:innen mit dem Mund-Nasen-Schutz führte zu einer höheren Belastung, wie Teilnehmerin 1 berichtete: *„. . . gerade bei einer Spastik . . . muss ich mehr Kraft aufwenden. . . je nach Wetterlage. . . krieg weniger Luft. . . merke ich nach Einheiten, dass ich nicht mehr so eine gute Konzentration habe.“*

Das Stresserleben und die Unsicherheit durch die Covid-19-Pandemie von Teilnehmerin 2 war bei der ersten Welle deutlich größer: *„Ja, am heftigsten war natürlich diese erste Welle. . . In der zweiten Welle wurde das schon so ein bisschen angenehmer weil man sich besser darauf einstellen konnte.“*

Darauf zu achten, dass die Hygienemaßnahmen eingehalten werden, wie beispielsweise das regelmäßige Lüften, hatte Auswirkungen auf die Aufmerksamkeit und Energie, wie Teilnehmerin 3 berichtete: *„. . . daran denken was du alles beachten musst, wenn du eigentlich empathisch mitschwingst. . . Lösungen suchst das nimmt natürlich Energie oder das nimmt Aufmerksamkeit auch.“*

Teilnehmerin 4 spürte eine deutliche Belastung bei acht Stunden Arbeit mit dem Mund-Nasen-Schutz.



→ **Adaptierte Intervention**

Die Kategorie bildet sich aus den Alternativen, die in den Interventionen von den Teilnehmerinnen angewendet wurden, um die Covid-19-Hygienemaßnahmen einzuhalten. Teilnehmerin 3 und 4 berichteten von dem Profit der Teletherapie und die Nutzung von Videomaterialien. Dies hatte zum einen den Vorteil, dass das Medium Einblicke in das häusliche Umfeld geben konnte und zum anderen, dass die Klient:innen ohne Mund-Nasen-Schutz zu erkennen waren, wodurch „*man das Gesicht lesen konnte*“ (TN 3). Durch das Videomaterial gelang ein Einblick in das Zuhause. „. . . *wenn man begrenzt in manchen Möglichkeiten ist, waren auf der anderen Seite Videos und Teletherapie zum Teil ein Medium wo man auch ins Zuhause reingucken konnte. . .*“ (TN 4).

Teilnehmerin 3 empfand, dass die einfühlsame Begegnung den psychiatrischen Klient:innen gegenüber durch den Mund-Nasen-Schutz und die Videotherapie eingeschränkt wurde. „. . . *was anderes eine Person im Raum zu erleben als im virtuellen Raum, gerade wenn jemand auch psychisch erkrankt ist und einfach so ein Einfühlungsvermögen braucht. Dann ist das schon sehr einschränkend. . . über Videochat*“ (TN 3).

Teilnehmerin 2 versuchte trotz der eingeschränkten Möglichkeiten betätigungsorientiert zu arbeiten, indem sie die Anliegen der Klient:innen hypothetisch bearbeitete. „. . . *Betätigungsorientiert nicht so viel machen. . . was wir dann sehr hypothetisch erarbeiten müssen. . . wir gehen jetzt mal raus und gehen ein Kaffee trinken und machen hier ein soziales Training. Das geht nicht.*“ (TN 2).

Teilnehmerin 1 gab im pädiatrischen Bereich den Eltern viel Materialien mit nach Hause, damit auch außerhalb der Therapie weiter trainiert werden konnte: „. . . *ich versuche den Eltern möglichst viel Material auch mit nach Hause zu geben, dass das trainiert werden kann. . .*“

→ **Flexibles therapeutisches Verhalten**

Auf die Frage, ob sich die Teilnehmerinnen im Praxisalltag flexibler verhalten mussten, stimmten alle zu. Die Teilnehmerinnen beschrieben verschiedene Situationen im Praxisalltag, in denen sie flexibel agieren mussten. Dies war zum einen durch die sich ständig wechselnden Bestimmungen deutlich, so berichtete Teilnehmerin 4: „*Jetzt waren nochmal andere Faktoren dabei . . . entweder irgendeine neue Bestimmung gab . . . nochmal spontaner gucken . . . Also ja würde ich sagen deutlich flexibler. Ja also auch anspruchsvoller muss ich sagen in manchen Fällen. Ja.*“



Teilnehmerin 2 musste flexibler im Praxisalltag agieren, weil sie sich auf das Bedürfnis nach entlastenden Gesprächen von Klient:innen eingestellt hat. *„Man spürt das natürlich auch und stellt sich flexibel da drauf ein. . .dann zieh ich jetzt nicht ein Assessment durch. . .dann hat das natürlich dann auch immer so ein Vorhang dieses Gespräch einfach“* (TN 2).

Teilnehmerin 1 berichtete auch von mehr Redebedarf seitens der Eltern: *„. . .ich habe meine ganz normalen 40 Minuten geplant mit dem Kind, aber dann waren es zum Teil eine Stunde, weil die Mutter noch Redebedarf hatte. . .“*

Teilnehmerin 3 änderte ihr therapeutisches Verhalten insofern, dass sie mehr Gebrauch von Kommunikation über die Gestik und Mimik, vor allem über die Augen, machte. *„. . .ich mach mehr über die Augen Mimik, dass man mal die Augenbrauen hebt oder dass man die mehr öffnet oder mitfühlend meint zu gucken“* (TN 3).

→ **Organisatorische Koordination**

Die Teilnehmerinnen berichteten von unterschiedlichen organisatorischen Anforderungen, die sie innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses eingesetzt haben.

Teilnehmerin 2, 3 und 4 beschrieben einen höheren organisatorischen Aufwand. Dazu zählten unter anderem die Umstellung auf Teletherapie, für die das Material teilweise nicht gestellt wurde. *„Diese Umstellung. Ich habe vorher noch nie eine Videobehandlung gemacht und diese ganzen technischen Sachen zu leisten und auch zu organisieren. . .da gab es viel Unzufriedenheit, weil eben alles Mögliche doch nicht gestellt wird“* (TN 3).

Teilnehmerin 3 und 4 legten Atempausen ein, die teilweise schwer zu organisieren waren. Dies führte dazu, dass die Therapieeinheiten für kleine Pausen unterbrochen werden mussten. Beide Teilnehmerinnen berichteten außerdem von mehr Belastung durch die Hygienemaßnahmen, da auf das *„ständige Lüften“* (TN 4) geachtet werden musste.

Teilnehmerin 1 und 4 berichteten, dass sie darauf achten mussten, dass keine Klient:innen mit Erkältungssymptomen in die Praxis kamen. Die angestellten Ergotherapeut:innen mussten bei Erkältungssymptomen zu Hause bleiben. Ein regelmäßiger Covid-19-Test wurde von den Mitarbeiter:innen durchgeführt, wie Teilnehmerin 1 und 2 schilderten.

Teilnehmerin 2 berichtet, dass es ihr geholfen hat *„mit Ruhe zu arbeiten“*, um mit dem erhöhten organisatorischen Aufwand positiv umzugehen.

Es war organisatorische Flexibilität in der ambulanten Praxis gefordert, da die Räumlichkeiten unter den Therapeut:innen koordiniert werden musste, wie Teilnehmerin 3 erzählte: *„. . .dass man im Team umdisponieren muss, weil man eben nicht so oft den Raum wechseln soll, dass man dann eben seine Therapien danach ausrichtet.“*



Zudem kam es zu häufigen Therapieausfällen während der Covid-19-Pandemie. Klient:innen sagten Therapien aufgrund der „Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe oder Unsicherheiten ab“, wie Teilnehmerin 2 aus eigenen Erfahrungen schilderte.

Teilnehmerin 4 berichtete hingegen von weniger Absagen während der Covid-19-Pandemie. Vor allem im Bereich der Pädiatrie nahmen die Klient:innen das Therapieangebot regelmäßiger wahr als zuvor.

Teamkommunikation

Die Kategorie Teamkommunikation zeigt auf, dass die Teilnehmerinnen ihr Verhalten nicht nur in Bezug auf die Flexibilität verändert haben, sondern auch in ihrem Team. Es wurde aufgrund der Koordination der Räume mehr kommuniziert, aber auch bezüglich der eigenen Belastbarkeit.

Teilnehmerin 1 benannte die Kommunikation im Team als sehr wichtig, um ihre eigene Belastbarkeit und ihre Bedürfnisse mitzuteilen. „. . .*ich find auch da ist die Kommunikation im Team sehr wichtig oder auch mit dem Arbeitgeber kommuniziert. . . ,wenn man gesagt hat. . .ich kann jetzt heute keine Überstunden machen, das krieg ich nicht hin, ich brauch eine Pause*“ (TN 1).

Teilnehmerin 4 beschreibt, dass sie die Belastung durch den organisatorischen Aufwand nicht nur bei sich, sondern auch bei ihren Kolleg:innen wahrnahm. Des Weiteren waren auch eine Unsicherheit und Belastung im Team von Teilnehmerin 4 spürbar.

Teilnehmerin 3 lobte die Anpassung innerhalb der Kolleg:innen an die Situation. „. . .*also es ist großartig was wir und auch die Kollegen so erreicht habe. Anpassung, an die Situation und auch an Hilfe, die Wir uns bieten konnten*“ (TN 3).

→ **Professionelles Handeln**

Teilnehmerin 1 und 2 berichteten davon, welche Bedeutung es für sie hatte unter der Covid-19-Pandemie professionell zu handeln. Teilnehmerin 1 ergänzte dazu, dass es für sie in manchen Situationen anstrengend war professionell zu handeln. Insbesondere wenn es darum ging die eigene Meinung zu vertreten. Die professionelle Haltung gegenüber den Klient:innen zu halten und neutral zu bleiben, war emotional sehr belastend. „. . .*in die politische Schiene gegangen. . . Man hatte auch Impfgegner, Maskengegner. . . aber ich muss trotzdem professionell bleiben. . . da werden Themen angeschnitten, die jetzt mit meiner Persönlichen Meinung nicht übereinstimmen*“ (TN 1).

Teilnehmerin 2 führte im Interview aus, dass ihr professionelles Handeln mehr Nähe zu den Klienten zulässt. „*Ich glaube, man ist, weil man professionell handelt, ein bisschen*



näher bei den Klienten, als wenn man das sonst ist. Man baut, glaube ich, eine größere Nähe auf. Man lässt irgendwie mehr zu, weil die das doch schon ein bisschen fordern” (TN 2).

→ **Arbeitszufriedenheit**

Die Kategorie resultiert aus den subjektiven Empfindungen, der Teilnehmerinnen, welche sie unter den Covid-19-Hygienemaße in ihrer Arbeit erlebt haben. Es zeigte sich, dass die Empfindungen unterschiedlich waren.

Trotz der psychischen Belastung war die Zufriedenheit mit der eigenen ergotherapeutischen Arbeit vorhanden, berichtete Teilnehmerin 4: „. . . schon herausfordernder, aber eher im positiven Sinne, auch sich dem zu Stellen was da alles an neuen Betätigungen, neuen Bedingungen, die so auf uns zukamen.“

Teilnehmerin 3 schildert, dass die „. . . Zufriedenheit was meine Arbeit oder mein Job angeht da ist“. Ergänzend dazu nimmt Teilnehmerin 3 Bezug zur Covid-19-Pandemie: „Da kann mich auch so eine Pandemie nicht schocken“. Jedoch hat die Covid-19-Pandemie „. . . einiges abverlangt natürlich und es war total wichtig einen Ausgleich zu schaffen.“ (TN 3)

Teilnehmerin 1 hingegen empfand den Arbeitsalltag unter der Covid-19-Pandemie als „belastend“. Dies wirkte sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit aus. „. . . da war meine Zufriedenheit halt zum Teil gegen Nullpunkt, also da musste man unheimlich viel Energie neu schöpfen aus einem neuen Tag, was dann schon an den Kräften gezehrt hat. . .“ (TN 1). Teilnehmerin 1 schildert weiter von einer „. . . gewissen Belastung, die vorher nicht da war, weil man einfach auch emotional zum Teil mitschwingt. . .“, daraus resultierte „unheimlich viel Psychohygiene“, um die Situation annehmen zu können.

Outcome

→ **Zielumsetzung**

Die Teilnehmerin 1, 2 und 3 berichteten, dass sie in der Outcomephase größtenteils wie gewohnt vorgehen konnten. So konnten Beratungen weiterhin wie gewohnt stattfinden. Teilnehmerin 2 erzählt, wie wichtig ihr ein Outcome für die weiterführende Motivation der Klient:innen sei.

Teilnehmerin 1 berichtete, dass sie ihren Klient:innen neue Empfehlungen mit auf den Weg gab, wie z.B. „. . . nutzen sie vielleicht einfach die Medien mehr, telefonieren sie mehr, vielleicht kann man sich doch zum Spaziergang treffen.“



→ **Re-Evaluation**

Teilnehmerin 4 konnte die Re-Evaluation nur eingeschränkt durchführen. Rückmeldungen konnten nicht über die Lehrkräfte stattfinden, da sie durch den ständig ändernden Unterricht die Kinder selbst kaum im Klassensetting gesehen haben. Dafür haben die Eltern eine wesentlich größere Rolle innerhalb der Evaluation eingenommen. Auch gab es Kinder, deren Betätigungsanliegen im Lockdown nicht mehr präsent waren, da sie nicht in die Schule gehen mussten, wo die Probleme aufgetreten sind. Daher wurde die Behandlung erstmals unterbrochen bzw. abgebrochen. Teilweise ergab die Re-Evaluation auch, dass bei einem Kind noch „. . . *viel mehr Probleme durch die Pandemie aufgetreten sind*“, wodurch sich die Behandlung verlängerte und „. . . *mehr Bedarf da ist als eigentlich ursprünglich gedacht*“ (TN 4).

Umwelt

→ **Barrieren in der Umwelt**

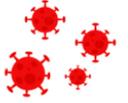
Auf die Fragen, ob die Covid-19-Hygienemaßnahmen im privaten Umfeld der Klient:innen die Betätigungserreichung beeinflusst haben, stimmten alle Teilnehmerinnen zu.

Durch die Schließungen der Schulen und das Betreuungsverbot in Institutionen wurden die Betätigungen der Klient:innen maßgeblich beeinflusst und unterbrochen, wie alle Teilnehmer:innen schilderten. „*Das Umfeld Schule hat aber trotzdem vielen Kindern total gefehlt und wenn es nicht der Unterricht war, dann war es die Pause oder die Verabredungen. . .*“ (TN 4).

Auch fanden beispielsweise keine Gruppenangebote in psychiatrischen Zentren statt, berichteten Teilnehmerin 2 und 3. „. . . *hinzu kommt das keine Angebote für psychisch Erkrankte Menschen geöffnet sind oder wenn dann nur schwach oder niederschwellig. . .*“ (TN 2). Alle Teilnehmerinnen berichteten davon, dass den Betätigungen und den damit verbundenen Rollen Grenzen gesetzt wurden.

Verlust von Mobilität und Routinen

Teilnehmerin 3 berichtet von einem „*hohen Mobilitätsverlust*“ der Senior:innen in Heimen, da keine Therapie stattfand. Zudem verloren sie an Selbstständigkeit, Lebensqualität und Teilhabe (Selbstmanagement und Kommunikation). Teilnehmerin 1 erlebte eine „*geringere Motivation und Antriebslosigkeit*“ vor allem bei den Kindern. Teilnehmerin 4 fiel auf, dass



den Kindern das Spielen auf dem Pausenhof und die Verabredungen nach der Schule gefehlt haben. Teilnehmerin 2 berichtete von der völligen Hilflosigkeit der psychosozialen Klient:innen, da sie keine Orte und Begleitung hatten, nicht wussten was sie machen sollten. Dies bestätigte auch Teilnehmerin 3: *„. . . aber die psychisch erkrankten Menschen, die waren völlig lost teilweise wirklich. Die wussten nicht was sie machen sollen. . . sitzen den ganzen Tag nur Zuhause. . .“*

Teilnehmerin 3 ergänzt außerdem noch: *„Ich habe das im Oktober mitbekommen bei den Menschen, die in den Seniorenheimen wohnen. Dass die wirklich einen Mobilitätsverlust haben. . . und Selbstständigkeit. Und auch an Lebensqualität verloren, gerade in den Seniorenheimen.“*

Chancen der Covid-19-Pandemie für die ergotherapeutischen Praxen

Als abschließende Frage wurden die Teilnehmerinnen nach möglichen Chancen, die aus der Covid-19-Pandemie für die ergotherapeutischen Praxen resultieren könnten, befragt. Die Ergebnisse werden pro Interviewteilnehmerin kurz dargestellt und mit direkten Zitaten der Ergotherapeutinnen kombiniert. Durch die Zitate soll ihre jeweilige subjektive Sicht auf die Thematik deutlich gemacht werden.

Teilnehmerin 1 empfand durch die Pandemie einen engeren Zusammenhalt im Team. Das Teambuilding hat sich durch die Pandemie-Zeit nochmals verstärkt. Für die Zukunft könnten zudem die Hygienemaßnahmen weiterhin mehr Beachtung finden. Als Beispiel wurde das Mund-Nasen-Schutz Tragen in der Öffentlichkeit genannt. Ein achtsamer und sensiblerer Umgang könnte dazu beitragen seine Mitmenschen vor Erkrankungen zu schützen. Als dritten Aspekt nannte Teilnehmerin 1 die erhöhte Flexibilität und das Verständnis seitens der Klient:innen.

„. . . das heißt, wenn ich merke ich habe einen Husten, ich bin krank, dann trag ich vielleicht automatisch einfach mal eine Maske und gehe damit einkaufen oder komme damit zur Therapie, um auch die Patienten und meine Mitmenschen zu schützen. Vielleicht ist die Gesellschaft da ein bisschen offener für. Man hat es ja zum Beispiel im asiatischen Raum schon gesehen, dass die Leute da viel Masken tragen. Vielleicht ist es jetzt auch hier angekommen, dass man vielleicht somit auch Menschen schützen kann und vielleicht ist das eine Chance auch für uns. Einfach mal ein



bisschen achtsamer, sensibler damit umzugehen, weil es gibt nicht nur Covid-19 es gibt auch noch andere Viren, die im Umlauf sind und man hat immer Risikopatienten, auf die man achten muss und vielleicht, ja vielleicht haben wir da jetzt so ein bisschen mehr Gefühl für bekommen.“

Teilnehmerin 2 zieht als positive Erfahrung das flexible Handeln während des ergotherapeutischen Prozesses und dass es auch in schwierigen Situationen Lösungen gibt. Zudem schätze sie das deutsche Gesundheitssystem und der damit verbundenen Privilegien.

„Eine Krise ist nicht gut, aber sie geht auch irgendwann wieder vorbei, sowas ist auch gesichert und da kann man ein Vertrauen haben, dass es auch funktioniert. Es ist ja auch toll was so viele Ärzte, und Menschen geleistet haben in so einer kurzen Zeit das zeigt ja auch, wie viel eine Gemeinschaft dazu beitragen kann. Das ist auch eigentlich schon ein Geschenk, das wir vielleicht in unserer westlichen Kultur gar nicht so wertschätzen können. Wir sind da schon sehr privilegiert ja, also egal ob wir erkrankt sind oder gesund sind. Das ist schon was, wo wir manchmal auch zufrieden sein dürfen.“

Teilnehmerin 3 nannte die Teletherapie als eine gute Alternative zur Präsenztherapie. Gerade wenn die Klient:innen aufgrund physischer oder psychischer Einschränkungen nicht die Therapie aufsuchen können. Dadurch könnte zusätzlich eine Therapieunterbrechung vermieden werden.

„Wenn ich sie zum Beispiel zu Hause besuchen kann, über ein Videocall die können mir zeigen, wie es da aussieht. Die können mit mir reden, obwohl sie sich vielleicht gerade richtig doof fühlen und es nicht geschafft hätten in die Praxis zu kommen. Die können mich dann noch sehen und mein Gesicht ablesen. Das sind Vorteile. . .das finde ich einen wichtigen Bestandteil.“

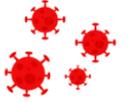
Teilnehmerin 4 betonte welcher Mehrwert aus der Teletherapie für die Zukunft resultieren könnte. Ein weiterer Punkt war die Dankbarkeit und Wertschätzung die die Klient:innen an die Therapeut:innen und die Therapeut:innen an die Lehrer:innen und Eltern gegeben haben. Dies hatte sich während der Covid-19-Pandemie verstärkt. Teilnehmerin 4 erwähnte zudem, dass der eigene Blick für Betätigungen, während der Covid-19-Pandemie



erweitert wurde. Für die ergotherapeutische Praxis könnten in der Zukunft die Zeiten zwischen den einzelnen Therapieeinheiten, welche in der Covid-19-Pandemie zum Desinfizieren und Lüften genutzt wurden, ein fester Bestandteil bleiben.

Als Anregung zieht Teilnehmerin 4, dass die individuellen Betätigungen des Alltags an mehr Wertschätzung und Bedeutung gewinnen könnten.

„. . . was vielleicht hoffentlich bleibt ist die Wertschätzung, für zum einen unsere Arbeit von den ganzen anderen Bezugsgruppen, ob das jetzt sind zum Teil die Lehrer aber auch die Eltern sind, das da einfach nochmal mehr aber auch von unserer Seite aus der Wertschätzung an das was die Lehrer da eigentlich leisten und die Eltern jetzt auch zum Teil geleistet haben. Diese Wertschätzung untereinander. Nicht, dass ich die vorher nicht hatte, aber ich habe den Eindruck da hat sich was verändert, dass es da eine Größere Dankbarkeit gibt.“



5 Diskussion

5.1 Limitierung (Stärken und Schwächen)

In diesem Kapitel werden die Stärken und die Schwächen der vorliegenden Arbeit diskutiert und auf mögliche Verbesserungen der Studie hingewiesen.

In Bezug auf die methodischen Stränge der qualitativen Gütekriterien nach Mayring (2016) konnten die Forscherinnen den Aspekt der Kommunikativen Validierung in der Studie nicht erfüllen. Die Forscherinnen haben das Member-Checking nicht durchgeführt. Dies kann dazu führen, dass die Absicherung der Ergebnisse nicht zu 100% gewährt ist, welches die Genauigkeit, Glaubwürdigkeit, Gültigkeit und Übertragbarkeit der gewonnenen Ergebnisse beeinflussen kann. Des Weiteren ist der Online-Fragebogen in seiner Datenerhebung begrenzt. Folglich können den gewonnen Daten Limitierungen gesetzt worden sein. Es gab nicht die Möglichkeit zu einer bereits beantworteten Frage zurückzugehen. Dadurch wurde den Teilnehmer:innen keine Möglichkeit gegeben, die bisherigen Antworten möglicherweise zu korrigieren. Zudem waren mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht alle Fragen verständlich und transparent dargestellt und formuliert. Dies wurde zum Teil in den Antworten sehr deutlich, da sie im Spektrum sehr variierten. Folgen daraus könnten sein, dass die Antworten nichtzutreffend sind und ein umfangreiches Bild von der ergotherapeutischen Praxis nur eingeschränkt entstehen kann. Des Weiteren enthielt der Online-Fragebogen eine unzureichende Menge an Fragen nach Vergleichswerten, um die Situation vor der Covid-19-Pandemie mit der während der Covid-19-Pandemie vergleichen zu können. Dies führt dazu, dass es wenige Vergleichswerte für die Beantwortung der quantitativen Leitfrage gibt. Aufgrund der geringen Stichprobengröße, die mit den Einschlusskriterien für die Teilnahme an der quantitativen und qualitativen Datenerhebung der Studie zustande gekommen ist, ist die Repräsentativität der Forschungsarbeit nicht gegeben.

Eine Stärke der vorliegenden Forschungsarbeit ist die *Mixed-Methods*. Durch dieses Forschungsdesign konnte eine größere Menge an Informationen gewonnen und dargestellt werden. Neben den qualitativen Erfahrungswerten zu der Arbeit unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen von den Interviewteilnehmer:innen wurden quantitative Aspekte, wie die Anwendbarkeit der Teletherapie erhoben. Des Weiteren ist die Aktualität des Themas von großer Bedeutung, was als ein weiterer relevanter Aspekt und als Stärke zu erwähnen ist. Die Einhaltung der ethischen Aspekte ist eine weitere Stärke der Forschungsarbeit. Der Online-Fragenbogen beinhaltete die Möglichkeit eine Frage zu überspringen. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die Fragen nur beantwortet wurden, wenn sie von den Teilnehmer:innen ausreichend verstanden wurden. Mit Berücksichtigung der



quantitativen und qualitativen Gütekriterien weist die vorliegende Forschungsarbeit eine Glaubwürdigkeit auf. Es wurden fünf der sechs qualitativen Gütekriterien nach Mayring (2016) eingehalten (→ Kapitel 3). Die angewendete Forschertrianguation ermöglichte es, das Forschungsinteresse aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und somit zu einem umfassenden Verständnis der untersuchten Fragestellung zu gelangen. Insbesondere in der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wendeten die Forscherinnen die Triangulation (→ Kapitel 3) an. Als weitere Stärke sind die semi-strukturierten Expert:inneninterviews zu nennen. Dies ermöglichte, das Interview flexibel durchzuführen und ausführliche qualitative Erfahrungswerte der Expert:innen zu erhalten. Die Teilnehmer:innen für die Expert:inneninterviews wurden durch den Online-Fragebogen rekrutiert, sodass sie bereits im Vorfeld mit dem Thema vertraut waren und sie im Interview die Möglichkeit bekamen mehr über ihre Erfahrungen zu berichten.

5.2 Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Forschung mit dem theoretischen Hintergrund in Zusammenhang gebracht und in Bezug zu den Leitfragen gesetzt, um diese zu beantworten. Zudem werden im Anschluss die Antworten der Leitfragen in Synthese mit der Forschungsfrage gebracht. Das OTPF (→ Kapitel 2.3.3) bietet eine Struktur für die Diskussion, um die Forschungsfrage zu beantworten. Dies ermöglicht es die Zusammenhänge von den Covid-19-Hygienemaßnahmen verständlich und transparent auf den ergotherapeutischen Prozess zu beziehen. Zunächst werden die qualitativen Ergebnisse anhand der ersten Forschungsfrage interpretiert. Anschließend werden die Resultate aus dem quantitativen Fragebogen in Bezug zur zweiten Leitfrage gesetzt und diskutiert.



5.2.1 Beantwortung der 1. Leitfrage

Inwiefern mussten die Ziele während des Prozesses adaptiert werden, um trotz der Covid-19-Hygienemaßnahmen ein Outcome zu ermöglichen?

In der Evaluationsphase werden vorab mit den Klient:innen gemeinsame Betätigungsziele formuliert. Die Ziele werden im Outcome des OTPFs mittels verschiedener *outcome performance measures* überprüft (AOTA, 2020). Die Covid-19-Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie variierten mit der Zeit. Dies war abhängig vom jeweiligen Bundesland, dem Kreis und dem Inzidenzwert (BGW, 2021a).

Litke und Weber (2021) haben in ihrer Umfrage festgestellt, dass die Durchführung der Schutzmaßnahmen eine Herausforderung war und zu einem höheren Arbeitsaufwand geführt hat. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit verdeutlichen dies noch einmal. In der Evaluationsphase (AOTA, 2020) war die Durchführung der Covid-19-Hygienemaßnahmen, wie die Desinfektion der Materialien von den Assessments, zeitaufwendig. Um Therapiezeit einzusparen, wurde mehr abgewägt, ob ein Assessment notwendig war. Somit kann festgehalten werden, dass die Anwendung von Assessments abgenommen hat und die Befundung vermehrt durch Beobachtungen und Gespräche stattgefunden hat.

Ebenso zeigen die Ergebnisse, dass der Mund-Nasen-Schutz zu Atem- und Konzentrationsschwierigkeiten bei Klient:innen führte. Auch die Literatur zeigt auf, dass durch das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes körperliche Belastungssymptomatik auftreten können (Schedlich, 2021; Huppertz et al., 2020; Yoshihara et al., 2021). So kann es bei der Durchführung von Assessments, die physisch Leistungen erfordern, zu erhöhter Belastung kommen. Die Klient:innen zeigen sich dadurch unmotivierter und weisen eine geringere Ausdauer auf. Dies kann zu verfälschten Ergebnissen der Testung führen und zeigt kein realistisches Bild der Betätigungsperformanz der Klient:innen. Die Befundung findet dadurch nur unzureichend statt und führt zu Einschränkungen in der Zielformulierung. Im Fachbereich Pädiatrie fehlte außerdem der Kontakt zu Erzieher:innen und Lehrer:innen, um Assessments mit ihnen als erweiterte Klient:innen durchzuführen und für das Kind klient:innenzentrierte Ziele festlegen zu können. Wichtige Informationen über das Kind gehen dabei verloren. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die klient:innenzentrierte Säule (Cup & van Hartingsveldt, 2019a) in der Ergotherapie, während der Covid-19-Pandemie damit schwächer ausgeprägt war.



Im psychosomatischen Bereich waren die Erfahrungen der Zielvereinbarungen geteilt. Eine Teilnehmerin berichtete von keinen Veränderungen. Dies kann daran liegen, dass die Ergotherapie im psychischen Kontext das Handwerk noch sehr geprägt ist (Hofmann, 2010). Das Handwerk in der Praxis kann auch unabhängig von den Veränderungen durch die Covid-19-Pandemie angewendet werden. Daher gehen die Forscherinnen davon aus, dass Ergotherapeut:innen die nicht betätigungs-basiert arbeiten, durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen im psychiatrischen Setting wenig beeinflusst worden sind. Dennoch haben die Covid-19-Hygienemaßnahmen Einfluss auf die Stimmung und den Antrieb der Klient:innen. Folglich werden dadurch die Betätigungen beeinflusst. Zimmerer-Branum und Nelson (1995) & Hammell (2004) belegen, dass sinnvolle Betätigungen im Therapiesetting die *Compliance* der Klient:innen stärkt.

In den Ergebnissen wird deutlich, dass durch die Covid-19-Pandemie vor allem bei psychiatrischen Klient:innen Ängste und Unsicherheiten zugenommen haben. Diese Ergebnisse werden auch von Eichenberg (2021) bestätigt. Aufgrund der Unsicherheit und Ängste haben die Klient:innen den Bedarf an entlastenden Gesprächen geäußert. Der größere Gesprächsbedarf kann dazu führen, dass die Ziele mehr in den Hintergrund rücken. Es könnte sein, dass die Therapeut:innen die Gespräche nutzten, um zusätzlich die Klient:in-Therapeut:in-Beziehung aufzubauen, um eine engere Zusammenarbeit im Therapieprozess zu ermöglichen. Die Covid-19-Hygienemaßnahmen haben einen massiven Einfluss auf die Klient:in-Therapeut:in-Beziehung (Wanetschka, Toepffer-Huttel, Nerz, & Göldner, 2020). In den Ergebnissen wurde deutlich, dass die Teilnehmer:innen insbesondere durch den Mund-Nasen-Schutz und der Plexiglasscheibe eine größere Distanz zu den Klient:innen wahrnehmen. Dies kann einen Einfluss auf den Aufbau der Klient:in-Therapeut:in-Beziehung haben und zu einer längeren Befundungsphase führen.

Die Ergebnisse zeigen, dass während der Pandemie die Zielvereinbarung abstrakter durchgeführt wurde. Die festgelegten Ziele unterlagen einem ständigen Wandel der Covid-19-Hygienemaßnahmen (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2021a). Die Klient:innen nannten unter anderem Ziele, wie die Durchführung der Hygienemaßnahmen, Testungen oder Händewaschen als neue Betätigungsanliegen.

Es lässt sich hier auf die *Occupational disruption* der Menschen rückschließen. Die Covid-19-Hygienemaßnahmen, beschränkten die Umwelt und somit die Betätigungsanliegen der Klient:innen (Lang, 2021). Daraus ergaben sich neue Betätigungen und die Betätigungsperformanz hat sich verändert. Dieser Rückschluss wird durch die dynamische



Wechselwirkung der Komponenten im PEO (Law et al., 1996) bestätigt. Innerhalb der Umwelt haben die Covid-19-Hygienemaßnahmen einen Einfluss auf die Betätigungen und damit verbunden auch auf die Person genommen. Durch die geringe Überschneidung der drei Komponenten, hat sich die Betätigungsperformance verändert.

Die Zielvereinbarung im ergotherapeutischen Prozess wird anhand bestimmter Komponenten bestimmt. Hierfür wird unter anderem die SMART-Regel von Ergotherapeut:innen herangezogen (Kusch, 2020). Die SMART-Regel wird durch die Komponenten S= spezifisch, M= messbar, A= akzeptiert, R= realistisch und T= terminiert bestimmt. Die Covid-19-Hygienemaßnahmen wirken auf die Komponenten Terminierung und Realisierbarkeit der SMART-Zielformulierung einschneidend.

Die Covid-19-Hygienemaßnahmen haben die therapeutischen Möglichkeiten innerhalb des Therapieprozess in Bezug auf die Nutzung der Materialien eingeschränkt. Durch die Einschränkungen in der Umwelt konnten die Personen die gewohnten Betätigungen nicht in ihrer natürlichen Umwelt stattfinden lassen (Brown, 2021). Die Ergebnisse zeigen, dass die Klient:innenziele, aufgrund der Einschränkungen des gesellschaftlichen Lebens, im Bereich der ADLs schwer zu realisieren waren. Mit der einhergehenden Schulschließung während der Covid-19-Pandemie (BMG, 2021) fand beispielsweise eine eingeschränkte schulbasierte Ergotherapie statt. Der Kontext Schule hat sich verändert. Es ergaben sich neue alltägliche Aktivitäten der Kinder die vordergründlich stattfanden. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit zeigen unter anderem, dass die Ergotherapeut:innen statt Schulübungen, das Durchführen von Covid-19-Selbsttest mit den Kindern in den Therapieeinheiten erarbeiteten. Es lässt darauf schließen, dass die Kinder ihre Ziele nicht mehr selbstbestimmt auswählen konnten. Die festgelegten Ziele waren zum Teil fremdbestimmt, beispielsweise durch die Eltern oder die Regierung. Somit entstanden die Betätigungsanliegen der Klient:innen nicht aus einer intrinsischen Motivation heraus. Folglich sind die Klient:innen unmotivierter für die Umsetzung der Ziele und es dauert länger das Outcome zu erreichen. Dies bestätigen Zimmerer-Branum & Nelson (1995) und Hammell (2004).

In der Arbeit mit erwachsenen Klient:innen konnten die ADL nur eingeschränkt erarbeitet werden. Die Covid-19-Hygienemaßnahmen schränkten die betätigungs-orientierte Zielerreichung der Klient:innen ein. Um die Betätigungsziele dennoch zu erreichen, wurden sie theoretisch von den Ergotherapeut:innen mit den Klient:innen angegangen. Dazu führte eine Interviewteilnehmerin ein Beispiel über die Betätigung Einkaufen unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen auf. Statt mit den Klient:innen in einen Supermarkt zu gehen, wurde



die Betätigung theoretisch anhand eines Handlungsplans erarbeitet. Dies verdeutlicht, dass Ergotherapeut:innen trotz der herausfordernden Situation die bedeutungsvolle Betätigung in den Fokus der Therapie gestellt haben. Wie auch Malfitano et al., (2020) beschreiben, bestätigen die Ergebnisse eine Umstrukturierung der Vorgehensweise von Ergotherapeut:innen.

Wie auch in der Evaluationsphase (AOTA, 2020) mussten die Therapiematerialien in der Intervention desinfiziert werden. Wie die Ergebnisse zeigen, forderte dies mehr Zeit und wurde von der Behandlung abgezogen. Aus den Ergebnissen resultiert daher, dass weniger Zeit „am Klienten“ (TN 2) stattgefunden hat. Daraus lässt sich schließen, dass die Interventionsphase länger dauert und somit das Outcome der Klient:innen verzögert. Innerhalb der SMART Zielformulierung kann dies zu einem verzögerten terminierten Outcome führen. In Bezug zum physischen Raum des OPM-As (Chaparro & Ranka, 2014) hat die Technologiebasierung innerhalb der Covid-19-Pandemie eine wesentlich größere Bedeutung gewonnen (Zahoransky & Lape, 2020; Dempfle, Greiter, & Nitschke, 2016). Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Zunahme in der Verwendung der Teletherapie und dem Arbeiten mit Videomaterialien.

Zusammenfassend lässt sich zur Beantwortung der Leitfrage ableiten, dass die Ergotherapeut:innen verschiedene Methoden und Vorgehensweisen in den Phasen des OTPFs (AOTA, 2020) nutzten um die Therapieziele der Klient:innen situationsgerecht zu adaptieren. Durch die Bestimmungen der Regierung zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie waren die Ziele der Klient:innen teilweise schwer oder nur unzureichend realisierbar, sodass auf neue Betätigungen ausgewichen wurde. Es ist fraglich, inwiefern die neu identifizierten Betätigungen noch bedeutungsvolle Ziele für die Klient:innen sind.



5.2.2 Beantwortung der 2. Leitfrage

Wie wurde/wird mit Barrieren/Grenzen im ergotherapeutischen Prozess umgegangen?

In den Ergebnissen wurde deutlich, dass die Covid-19-Hygienemaßnahmen den ergotherapeutischen Prozess nach dem OTPF (2020) beeinflusst haben. Die Covid-19-Hygienemaßnahmen setzten vor allem in der Klient:in-Therapeut:in-Beziehung, dem Zeitmanagement sowie der Kommunikation deutliche Barrieren und Grenzen. Anhand des PEO-Modells (Law et al., 1996) zeigen die Covid-19-Hygienemaßnahmen als Umweltfaktoren einen erheblichen Einfluss auf die Person und die Betätigungen (Brown, 2021). Um mit den entstandenen Barrieren durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen konform umzugehen, mussten die Ergotherapeut:innen den Prozess entsprechend anpassen. Besonders prägnant wurde, dass ca. 70% der Teilnehmer:innen durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen einen Einfluss auf die Klient:in-Therapeut:in-Beziehung empfanden. Sindelar (2021) bestätigt, dass Mimik und Gestik einen wesentlichen Einfluss auf die therapeutische Beziehung nehmen. Diese waren durch den Mund-Nasen-Schutz nicht mehr sichtbar, wodurch die Ergebnisse bestätigt werden. Ein häufiger Settingwechsel, bedingt durch den Wechsel von Online zu Präsenz-Behandlung, kann die therapeutische Beziehung belasten (Eichenberg, 2021). Eine vertrauensvolle Klient:in-Therapeut:in-Beziehung wirkt sich positiv auf die Therapiemotivation und die Intervention sowie deren Erfolg aus (Dehn-Hindenberg, 2008). Als alternativ eingesetzte Methoden wurden mehr Gespräche innerhalb der Therapie geführt. Zudem wurde das Therapiesetting nach draußen verlagert oder es wurde ein kurzer Kontakt ohne den Mund-Nasen-Schutz gewährt. Dies verdeutlicht, dass die Ergotherapeut:innen flexibler unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen im Therapieprozess reagiert haben. Das bekräftigen auch die Expert:innen in den Interviews. Das flexible Agieren spiegelt die Haltung von Ergotherapeut:innen wider. Malloy et al. (2021) bestätigen mit ihrer Studie, dass Ergotherapeut:innen auf Ressourcen zurückgegriffen haben, um mit der Covid-19-Pandemie umzugehen.

Die Ergotherapeut:innen entwickeln durch die gesellschaftlichen Normen und Werten ihre individuelle Sichtweise auf die Covid-19-Pandemie (Haas, 2020). Dadurch, dass die Covid-19-Pandemie einen starken Einfluss auf die Umwelt hat (Brown, 2021), setzten sich neue Normen und Wertvorstellungen in der Weltbevölkerung zusammen (Virchow & Häusler,



2021). Aus den verschiedenen Blickwinkeln der Covid-19-Pandemie haben sich unterschiedliche Meinungen gebildet, wie beispielsweise die von Gegner:innen der Covid-19-Hygienemaßnahmen (Virchow & Häusler, 2021). In dem Kontakt mit Klient:innen kann es dazu kommen, dass die Normen und Werte nicht mit den Sichtweisen der Ergotherapeut:innen übereinstimmen. Somit waren Ergotherapeut:innen mit Meinungen von Klient:innen konfrontiert, die sie vor neue Herausforderungen gestellt haben.

Daraus schließt sich, dass Therapeut:innen ihr therapeutisches Verhalten neu definieren müssen. Es zeigen sich zwar klare Barrieren und Grenzen Seitens der Regierung, jedoch stellt sich die Frage, inwiefern Therapeut:innen ihre Grenzen im therapeutischen Prozess ziehen, um den Klient:innen weiterhin einen professionellen Behandlungsprozess zu ermöglichen. Der Prozess leitet sich aus einer gemeinschaftlichen Zusammenarbeit zwischen dem/der Therapeut:in und dem/der Klient:in (AOTA, 2020). Dieses kann zu einem Belastungsfaktor für Ergotherapeut:innen im ergotherapeutischen Prozess führen. Die Ergebnisse zeigen, dass auf diese Belastungssituation mit vermehrter Psychohygiene und transparenter Kommunikation im Team reagiert wurde. Dabei nahmen die Ergotherapeut:innen das Team als Ressource wahr. Die Forscherinnen schließen daraus, dass Ergotherapeut:innen über das Wissen verfügen mit Belastungssituationen entsprechend Lösungsorientiert umgehen. Zudem bestätigt Dirette (2020), dass Ergotherapeut:innen ihre Problemlösefähigkeiten nutzen.

In den Antworten der Teilnehmer:innen zu den organisatorischen Aufgaben spiegelt sich die erhöhte Belastungssituation in den ambulanten Praxen wider. Die Ergebnisse zeigen, dass der allgemeine organisatorische Arbeitsaufwand unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen bei 93,7% der Teilnehmer:innen erhöht war. Die Aufgaben variierten von hygienischer Vor- und Nachbereitung bis zu Testungen und Aufgaben zur Kontaktvermeidung. Dies lässt darauf schließen, dass die pandemische Stressbelastung unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen sehr hoch war (Schedlich, 2021). In der Literatur ist es bereits bestätigt worden, dass die Covid-19-Hygienemaßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 zu einer erheblichen psychischen Belastung geführt haben (Pierce et. al, 2020; Petzold, Plag & Ströhle, 2020). Dazu gilt es bei Ergotherapeut:innen als eine große Herausforderung, den höheren organisatorischen Aufwand und die Beschaffung und Umsetzung der Hygienemaßnahmen nachzukommen (Litke & Weber, 2020). Die Arbeitsbelastung der Teilnehmer:innen lag bei einem Durchschnitt von 7,3, wodurch deutlich wird, dass die Belastung hoch war. Dieses Ergebnis stimmt mit der Studie von



Mulfinger et al. (2020) überein, welche untermauert, dass das Gesundheitspersonal von Belastungen, während der Covid-19-Pandemie betroffen ist.

Bezogen auf die ICF (2001) sind die Auswirkungen der pandemischen Stressbelastung für Ergotherapeut:innen deutlich erkennbar:

Folglich können innerhalb der **Körperfunktionen/-strukturen** Müdigkeit, geringere Konzentration und Antriebslosigkeit der Therapeut:innen resultieren. Dies wurde mit den durchgeführten Expert:inneninterviews dargelegt und bestärkt.

Aktivitäten wie das regelmäßige Desinfizieren erforderte mehr Zeit und schränkte die Therapiezeit für den/die Klient:in ein, wodurch die Arbeitsbelastung anstieg.

In der **Partizipation** zeigen die Ergebnisse, dass die Therapeut:innen die Arbeitszeiten anpassen mussten. Dabei hat die Covid-19-Pandemie zu veränderten Arbeitszeiten geführt.

Als **Umweltfaktor** zählt unter anderem, dass die Art der Therapieausführung aufgrund der wechselnden Covid-19-Hygienemaßnahmen angepasst werden mussten. Dazu zeigen die Ergebnisse unter anderem die eingeschränkte Nutzbarkeit von Therapiematerialien, aufgrund der Desinfektion und der veränderten Therapieplanung.

In Bezug zu den **personbezogenen Faktoren** verfügt jede:r Ergotherapeut:in über verschiedenen Voraussetzungen. Im Zuge der Stressbelastung erschließt sich den Forscherinnen keine einheitliche Vorgehensweise in der Psychohygiene im Umgang mit dem Thema Covid-19.

Die erhöhte Arbeitsbelastung steht insbesondere mit einem hohen Depressionsrisiko in Verbindung (Ishioka et al., 2021). Solche negativen psychischen Auswirkungen können die Qualität der Versorgung beeinflussen und zu Unzufriedenheit der Klient:innen führen (Escudero-Escudero et al., 2020). In der Literatur ist zu erkennen, dass durch die Covid-19-Pandemie die Weltbevölkerung vermehrt von einer negativen Grundstimmung betroffen ist (Lang, 2020). Dies spiegelt sich auch bei den Klient:innen wider. Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen mehr Klient:innen von depressiven Verstimmungen/Vereinsamung betroffen sind. Die Auswirkungen zeigen sich durch den vermehrten Einsatz von entlastenden Gesprächen, Änderungen der Therapieziele oder Verlangsamung des Therapieprozesses. Des Weiteren verringerte sich die Motivation der Klient:innen und psychosoziale Auffälligkeiten nahmen zu. Die Therapieinhalte wurden vermehrt auf psychosoziale Themen gelegt. Die aufgeführten Auswirkungen können sich dabei gegenseitig bedingen. Daraus resultiert eine geringe Motivation der Klient:innen, welche den Therapieprozess verzögern. Zudem kann die negative Stimmung der Klient:innen einen belastenden Einfluss auf die Arbeit der Therapeut:innen haben.



Während der Covid-19-Pandemie haben deutlich weniger Klient:innen die Ergotherapie wahrgenommen. Dies wird in den Ergebnissen deutlich. Über 70% der Ergotherapeut:innen haben mehr Therapieausfälle wahrgenommen. Die Gründe hierfür waren unter anderem Quarantäne, ungeklärte Erkältungssymptome, Kontaktreduktion und Angst vor Ansteckung seitens der Klient:innen. Die Absagen seitens der Klient:innen stellen eine Barriere im Prozess dar. Während der Covid-19-Pandemie waren die Menschen gefordert Kontaktbeschränkungen einzuhalten. Außerdem gab es Seitens der Regierung Vorschriften in Bezug auf die Quarantäneregelungen (BZgA, 2021a). So waren vor allem Risikopatient:innen zur Vorsicht aufgefordert. Die erlassenen Bestimmungen galten nicht ausschließlich für Personen, welche an Covid-19 erkrankt sind (BZgA, 2021b). Risikopatient:innen und Kontaktpersonen, war es daher nicht immer möglich die Ergotherapie in Anspruch zu nehmen.

Durch die Einschränkungen aufgrund der Covid-19-Hygienemaßnahmen wurden alternative Methoden im ergotherapeutischen Prozess angewendet. Im Gegensatz zu vor der Covid-19-Pandemie zeigen die Ergebnisse, dass die Ergotherapeut:innen den Therapieprozess des Öfteren adaptieren mussten, um trotz der vorhandenen Barrieren eine Intervention durchführen zu können. Daraus resultiert, dass die Ergotherapeut:innen innerhalb des Therapieprozesses weitere Tools bzw. Räumlichkeiten wie die Teletherapie, Therapie im Freien und größere Räume verwendet haben. Dabei gewinnt die virtuelle Komponente des OTPFs (2020) zunehmend an Bedeutung. Durch die Teletherapie kann eine ergotherapeutische Behandlung in Echtzeit auch ohne physischen Kontakt stattfinden. Dabei gewann die Teletherapie durch die Covid-19-Pandemie zunehmend mehr Anwendung. Innerhalb der Ergotherapie wurde die Technologiebasierung somit weiter verstärkt. Aufgrund der mangelnden Evidenz zur Anwendung von neuen Technologien in der deutschen Ergotherapie ist darauf zu schließen, dass die Säule der Technologiebasierung (Cup & van Hartingsveldt, 2019a) noch nicht stark vertreten ist. Die Anwendbarkeit der Teletherapie bietet eine Chance, um in der Zukunft neue Technologien in der ergotherapeutischen Behandlung zu implementieren.

Laut dem OPM-A (2014) hat sich der physische und der gefühlte Raum mit der Anwendung der Teletherapie verändert. Mit der Teletherapie sitzen beide Personen in einem separaten Raum, sodass der Raum von Therapeut:in und Klient:in nicht mehr identisch ist. Die Umstände in den jeweiligen Räumen bedingt die Interaktion von Klient:in und Therapeut:in. Dazu kommt noch die jeweilige Internetverbindung, die die Verbindungsqualität beeinflussen kann. Dies bedeutet, dass die Teletherapie eine Barriere im Therapieprozess



darstellen kann. Für die erfolgreiche Implementierung der Teletherapie in der Ergotherapie ist es von Voraussetzung, dass sich Klient:in und Therapeut:in bewusst über die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Umweltfaktoren sind. Wie bereits im theoretischen Hintergrund erwähnt (→ Kapitel 2) sollten die Anwendungsempfehlungen berücksichtigt werden, damit die Teletherapie zum Therapieerfolgen führen kann. Knapp die Hälfte der befragten Therapeut:innen gaben an, die Teletherapie als neues Medium zur herkömmlichen Therapie in Präsenz zu verwenden. Von den Anwender:innen empfinden über die Hälfte die Teletherapie während des Therapieprozess als ein wirksames Medium. Dies bestätigte ebenfalls die Studie der WFOT, in der die Wirksamkeit der Teletherapie untersucht wird. Folglich geben rund 75% der Ergotherapeut:innen an, dass sie die Teletherapie auch fernab der Covid-19-Pandemie als ein wirksames Medium in den Therapiealltag integrieren würden.

Nicht nur die Teletherapie wurde als alternative Methode im Umgang mit Grenzen und Barrieren innerhalb des Therapieprozesses angewendet. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit zeigen die entwickelten alternativen Methoden.

Dabei wurde in der **Evaluation** alternative Medien und die virtuelle Anamnese vor dem Erstkontakt beschrieben. Dies spiegelt die vermehrte Bedeutung des virtuellen Kontextes des OTPFs (2020) sowie die Technologiebasierung innerhalb der Ergotherapie wider. Dadurch haben die Ergotherapeut:innen trotz der eingeschränkten Evaluation durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen eine Möglichkeit zur ergotherapeutischen Diagnostik gefunden. Dies zeigt die subjektive Einschätzung der Teilnehmer:innen über die Effektivität der entwickelten Methoden. Die Effektivität der alternativen Methoden wurde von ca. 70% der Teilnehmer:innen als gut eingeschätzt.

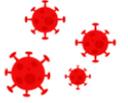
In der **Intervention** wurden vermehrt bedürfnisorientierte Vorgehensweisen und Kompetenztraining für die Klient:innen angeboten. Die Interventionsphase schätzen ca. 55% der Teilnehmer:innen als gut in der Effektivität ein. Die Gruppentherapien fanden adaptiert statt. Um die Adaptionen umzusetzen, wurden die Gruppentherapien mit weniger Personen angeboten. Des Weiteren wurden Raumanpassungen und allgemeine Adaptionen innerhalb der Gruppenbehandlung geschildert. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass 83% der Ergotherapeut:innen regulär Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume durchgeführt haben. Dies schließt Hausbesuche in Institutionen mit ein. Während der ersten und zweiten Covid-19-Welle waren Institutionen wie Seniorenheime und Schulen geschlossen (BMG, 2021a). Die Schließung der Institutionen zeigte für Ergotherapeut:innen und Klient:innen eine Barriere/Grenze im Behandlungsprozess. Die



Ergotherapeut:innen hatten keine Möglichkeiten die Behandlungen in Setting der Institutionen fortzusetzen oder den therapeutischen Prozess zu adaptieren.

Das **Outcome** wurde mittels Telefongesprächen oder einem ressourcenorientierten Vorgehen erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass 48,9% der Teilnehmer:innen das Outcome als gut empfanden. Es wird deutlich, dass die Ergotherapeut:innen im Vergleich zur Evaluation und der Intervention mit dem Outcome weniger als gut in der subjektiven wirksamkeit wahrgenommen wurde. Dies könnte daran liegen, dass die Ziele nicht im natürlichen Kontext evaluiert werden können. Dadurch kann die Kontextbasierung nicht umgesetzt werden. Im Vergleich zu den Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung widersprechen sich die Ergebnisse, da die Expert:innen das Outcome wie gewohnt durchführen konnten.

Die subjektive Sicht auf die einzelnen Phasen des ergotherapeutischen Prozesses, zeigt auf, dass die alternativ angewendeten Methoden der Ergotherapeut:innen sehr stark durch die einzelnen Fachbereiche bedingt sind. Dies zeigt die Vielfältigkeit, der ergotherapeutischen Arbeit auf und bietet Ergotherapeut:innen neue Möglichkeiten die Ziele der Klient:innen zu erreichen. Dazu waren ergotherapeutische Fähigkeiten nötig (Malloy et al., 2021). Für die Leitfrage, wie auf Grenzen und Barrieren reagiert worden ist, kann festgehalten werden, dass Ergotherapeut:innen in ihren berufsspezifischen Fähigkeiten gefordert wurden und diese durch neue Denkansätze aufgrund der Covid-19-Pandemie erweitern können.



5.2.3 Beantwortung der Forschungsfrage

Wie haben die Covid-19-Hygienemaßnahmen den Ergotherapieprozess nach dem OTPF (AOTA, 2020) im Vergleich zum Ergotherapieprozess vor den Covid-19-Hygienemaßnahmen für deutsche Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting beeinflusst?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden die Ergebnisse der ersten und zweiten Leitfrage mittels des OTPFs (AOTA, 2020) dargestellt. Die Einschränkungen sind innerhalb des gesamten Therapieprozesses zu erkennen. Für ein strukturiertes Vorgehen wird im Folgenden auf die Veränderungen in den jeweiligen Phasen eingegangen.

In der Evaluationsphase erheben die Ergotherapeut:innen mittels Assessments bedeutungsvolle Betätigungen der Klient:innen (AOTA, 2020). Innerhalb der Evaluationsphase ist anhand der Resultate zu erkennen, dass Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting weniger Assessments für die Befundung der Betätigungsperformanz angewendet haben. Dies lag unter anderem daran, dass die Therapeut:innen die Desinfektionszeit für die Materialien einsparen wollten, um die Therapiezeit den Klient:innen zu gewähren. Dafür wurde mehr durch Beobachtungen evaluiert, um keine Materialien zu verwenden. Es lässt sich daraus schließen, dass somit auch die Bedeutung der Assessments in den Hintergrund gerückt ist und Gespräche und Beobachtungen in der Evaluationsphase zunehmen. Dies wird unter anderem daran deutlich, dass Klient:innen von der Covid-19-Pandemie im Alltag belastet waren (Brown, 2021). An dieser Stelle ist anhand des PEO's (Law et al., 1996) zu erkennen, dass Covid-19 als Umweltfaktor die Betätigung der Menschen und somit auch die Betätigungsperformanz beeinflussen kann. Betätigungen konnten nicht mehr wie gewohnt stattfinden und wurden zum Teil unterbrochen (*occupational disruption*) (Hammell, 2020). Von den verschiedenen Covid-19-Einschränkungen in den unterschiedlichen Bereichen des Alltags, waren alle Menschen betroffen (Brown, 2021). Die Einschränkungen führten zu Kontroversen in der Gesellschaft. Wie die Ergebnisse zeigen, waren Ergotherapeut:innen im Berufsalltag von diesen Kontroversen im Klient:innenkontakt betroffen. Hinsichtlich der Meinungsverschiedenheiten zu Covid-19, stellten sich den Ergotherapeut:innen ethische und moralische Fragen, inwiefern sie ihr Professionelles Handeln aufrechterhalten konnten. Dadurch könnte es in den Phasen des Prozesses zu Spannungen in der Klient:in-Therapeut:in Beziehung kommen, welche den Kontaktaufbau erschweren. Der Beziehungsaufbau kann nicht nur durch die Meinungsverschiedenheiten



zu der Covid-19-Pandemie von Klient:in und Therapeut:in erschwert werden, sondern auch durch das Tragen des Mund-Nasen-Schutzes. Die Beziehung zwischen Klient:in und Therapeut:in bildet eine wichtige Grundlage, für den Therapieprozess (Dehn-Hindenberg, 2008). Alternativ kommunizierten Ergotherapeut:innen mehr und setzen stärker non-verbale Kommunikation ein. Es wird also deutlich, dass Ergotherapeut:innen ihre Intuition und Empathie eingesetzt haben, um den Aufbau der therapeutischen Beziehung positiv zu leiten.

Zur Beendigung der Evaluationsphase formulieren Klient:in und Therapeut:in gemeinsam ein gewünschtes Betätigungsziel und überprüfen es in der Outcomephase (AOTA, 2020). Die Forschungsergebnisse zeigen an dieser Stelle, dass die Ziele der Klient:innen durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen limitiert waren und die Umsetzung innerhalb der Therapie unrealistisch war. Die Zielformulierung wurde durch die neuen Betätigungen geleitet. So wurde das Durchführen eines Schnelltests im Fachbereich Pädiatrie zum Betätigungsziel. Es lässt sich interpretieren, dass diese Betätigungen nicht mehr dieselbe Bedeutung für die Klient:innen haben könnten. Für eine zielgerichtete Intervention und das gewünschte Outcome ist es essenziell, dass die Betätigung eine Bedeutung hat (Hammell, 2004). Die Forscherinnen schließen daraus, dass sich durch die geringeren bedeutungsvollen Betätigungen das Outcome verzögern könnte. Die Bedeutung der Betätigungen hat direkte Auswirkungen auf die Motivation und die Compliance der Klient:innen in der Therapie (Zimmerer-Branum & Nelson, 1995; Hammell, 2004). Für die Therapeut:innen bedeutete dies in der Evaluationsphase den Blick auf die Ressourcen der Klient:innen zu lenken, um den Prozess zielgerichtet zu leiten.

In der Interventionsphase werden die geplanten Hygienemaßnahmen, die in der Evaluationsphase stattgefunden haben, umgesetzt (AOTA, 2020). Die Ergebnisse zeigen, dass aufgrund der verschiedenen Bestimmungen der Hygienemaßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 die Ergotherapeut:innen in der Umsetzung der Interventionen eingeschränkt waren. Auswirkungen hatten die Hygienemaßnahmen besonders auf die Materialnutzung, da nicht alle Therapiematerialien für die intensive Desinfektion geeignet waren. Dies kann bedeuten, dass die Zielrichtung für die Interventionen nicht mehr gegeben ist. Durch die regelmäßige Desinfektion der Materialien am Ende jeder Therapieeinheit hat sich die Therapiezeit der Klient:innen verzögert. Dies deutet darauf hin, dass das Outcome des Therapieprozesses verzögert worden ist. Aufgrund der SaRs-CoV-2-Arbeitsschutzregel war es den Ergotherapeut:innen nicht möglich die Gruppentherapien wie gewohnt stattfinden zu lassen. Alternativ fanden die Gruppen mit geringerer



Personenanzahl, Markierungen zur Abstandsregelung auf dem Boden und als Paartherapie statt. Zusätzlich wurde auf größere Räume ausgewichen.

Ein weiterer Faktor, der die Interventionen innerhalb des Therapieprozesses beeinflusst hat, waren die Schließungen der Institutionen (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2021a). Ergotherapeut:innen war es nicht mehr möglich Hausbesuche in Institutionen wie Schulen, Kindergärten, Seniorenheime oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung durchzuführen (BMG, 2021a). Dies verdeutlicht die *occupational disruption* innerhalb des Prozesses, welches Einfluss auf das gewünschte Outcome hatte. Des Weiteren verloren die Klient:innen an Mobilität und Lebensqualität. Der Rückschritt der Klient:innen könnte zu einer physischen und psychischen Belastung der Ergotherapeut:innen führen. Durch die Rückschritte und der begrenzten Möglichkeiten innerhalb des Prozesses zeigen die Ergebnisse, dass die Therapeut:innen an ihre Grenzen gestoßen sind. Durch die Einschränkungen der Covid-19-Hygienemaßnahmen fühlten die Ergotherapeut:innen sich konzentrationslos und hatten ein höheres Stresserleben. Wie auch die Studien von Schedlich (2021) und Mulfinger (2020) zeigen, ist das Stresserleben und die physische Belastung gerade bei dem Gesundheitspersonal unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen besonders betroffen. Grundsätzlich ist die Bevölkerung durch die Covid-19-Pandemie von einer negativen Grundstimmung geprägt (Stankovska, Memedi, & Dimitrovski, 2020). Die daraus resultierende geringerer Motivation und damit einhergehenden Terminabsagen der Klient:innen führten zu Verzögerungen der Zielerreichung. Die höhere Belastung seitens der Ergotherapeut:innen kann zudem die ergotherapeutische Versorgung beeinflussen (Escudero-Escudero et al., 2020). Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigen eine deutliche Zunahme der Arbeitsbelastung von Ergotherapeut:innen. Mit dem hohen Arbeitsaufwand steigt das Risiko für psychosomatische Erkrankungen, wie die Studie von Ishioka et al. (2021) bereits bewiesen hat. Die Folgen einer dauerhaften hohen Arbeitsbelastung, beeinflussen die Zufriedenheit am Arbeitsplatz (Krämer & Kawohl, 2018). Um mit der erhöhten Arbeitsbelastung umzugehen wird in den Ergebnissen deutlich, dass die Psychohygiene bei den Ergotherapeut:innen an Bedeutung gewonnen hat. Dabei wurde die Kommunikation im Team als Ressource angesehen. Mit Ruhe zu arbeiten, Atempausen einzulegen und auf die individuelle Belastungsgrenze zu achten, waren neue Alternativen um mit dieser belastenden Situation umzugehen. Es zeigt sich in den Resultaten, dass die Arbeitszufriedenheit unterschiedlich wahrgenommen wurde. Deshalb ist davon auszugehen, dass Ergotherapeut:innen über Ressourcen verfügen, um mit den Herausforderungen in der Covid-19-Pandemie umzugehen. Dies bestätigen Malloy et al. (2021).



Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigen, dass Ergotherapeut:innen die Teletherapie als alternative Methode im ergotherapeutischen Prozess verwendeten, um eine längere Unterbrechung der Behandlung zu vermeiden. Technologien wie die Teletherapie bieten den Ergotherapeut:innen eine Möglichkeit auch außerhalb der Behandlungen in Präsenz die Therapie weiter durchzuführen. (Richter et al., 2021; Hoel et al., 2021; Tenforde et al., 2020; Dahl-Popolizio et al., 2020; Klamroth-Marganska, 2021; Ganesan et al., 2021; Gemperle et al., 2021) Dabei bietet die Teletherapie viele Chancen für die Ergotherapie. Zum einen bietet die Teletherapie den Ergotherapeut:innen den Vorteil eine Einsicht in das häusliche Umfeld der Klient:innen zu erhalten, da sie mit ihrer Behandlung in der unmittelbaren Umwelt der Klient:innen ansetzen (WFOT, 2021). Des Weiteren bietet die Teletherapie die Möglichkeit, dass Klient:innen trotz verschiedener Barrieren die ergotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen können. Sowohl die Teletherapie als auch alternative Methoden wie Videomaterialien, ressourcenorientiertes Vorgehen oder die Betätigungen in der Theorie zu besprechen hat während der Covid-19-Pandemie innerhalb der Interventionen zugenommen. Dies zeigt das flexible Handeln der Ergotherapeut:innen unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen, um trotz der Einschränkungen ein Outcome für die Klient:innen zu ermöglichen.

In der Phase des Outcomes wird beschrieben, was die Klient:innen durch die Interventionsphase erreicht haben (AOTA, 2020). Die Ergebnisse zeigen, dass die Ergotherapeut:innen und Klient:innen bei der Zielsetzung während der Covid-19-Pandemie vor Herausforderungen gestellt waren.

Mit der *occupational disruption* (Lang, 2020) einhergehend, zeigt sich ein verlängerter ergotherapeutischer Prozess. Da das Outcome das Beenden des Prozesses darstellt, kann davon ausgegangen werden, dass diese Phase sich verzögert hat. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Therapeut:innen weniger Therapiezeit mit den Klient:innen verbracht haben. In der Re-Evaluation findet eine Modifizierung der Bedürfnisse der Klient:innen statt (AOTA, 2020). Durch die Covid-19-Pandemie wurde der Umweltkontext aller Klient:innen und auch der Ergotherapeut:innen beeinflusst. Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigen, dass sich die Betätigungsanliegen der Klient:innen zum Teil verändert haben. Dies war davon abhängig, ob Betätigung unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen noch stattfinden konnte. Daraus ist zu schließen, dass eine Re-Evaluation seit Beginn der Covid-19-Pandemie häufiger durchgeführt werden musste. Besonders im Fachbereich Pädiatrie verdeutlichen die vorliegenden Ergebnisse die Wichtigkeit der Re-Evaluation. In diesem Fachbereich konnte diese gar nicht oder nur unzureichend stattfinden, da aufgrund der Schulschließung keine Gespräche mit Lehrer:innen stattfinden konnten bzw. dort keine



Verbesserung sichtbar wurde. Die schulbasierte Ergotherapie geriet in eine Stagnation. Aufgrund der Einschränkungen in den verschiedenen Bereichen des alltäglichen Lebens, zeigten sich bei Kindern Entwicklungsrückstände (Gati, Bloomhardt, & McArthur, 2020) welches auch die qualitativen Ergebnisse untermauern. Das zeigt nochmals, dass kein:e Klient:in, kein Fachbereich oder die bisherige Therapieerfahrung- und Erfolge davon ausgeschlossen waren. Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie betrafen jede:n in ihrem/seinem Alltag (Brown, 2021).

In der Phase des Outcomes, mit der Re-Evaluation eingeschlossen, zeigten die Ergebnisse, dass ein vermehrtes flexibles Verhalten seitens der Ergotherapeut:innen gefordert war. Auf die veränderten Bedürfnisse der Klient:innen musste individuell reagiert werden. Besonders bei der Adaption der Ziele benötigen die Therapeut:innen ein flexibles Agieren, um den Klient:innen weiterhin gerecht zu werden. Daraus resultiert das Ergebnis, dass die Kommunikation mehr an Bedeutung gewonnen hat. Aufgrund der Covid-19-Pandemie und den damit einhergehenden Hygienemaßnahmen resultiert aus den Ergebnissen die Wichtigkeit einer transparenten Klient:in-Therapeut:in-Beziehung im ergotherapeutischen Prozess.

Weitgehend lässt sich feststellen, dass die Ergotherapeut:innen flexibel unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen in allen Prozessphasen nach dem OTPF (2020) agiert haben. Alternative Methoden und technologiebasierte Mittel haben innerhalb der Covid-19-Pandemie zugenommen. Die Kontextbasierung war nur durch die wechselnden Bedingungen schwer umsetzbar. Zunahme von Gesprächen und Widersprüchlichkeiten zeigen sich bei dem Outcome. Weiterführend wird in der Schlussfolgerung darauf eingegangen, was diese neuen Möglichkeiten für die Ergotherapie bedeuten könnten.



6 Schlussfolgerung

Der Einfluss der Covid-19-Hygienemaßnahmen auf den ergotherapeutischen Prozess nach dem OTPF (AOTA, 2020) im ambulanten Praxissetting wurde in dieser Forschungsarbeit umfangreich betrachtet und mit Evidenz in Verbindung gebracht. Die Covid-19-Hygienemaßnahmen nehmen einen erheblichen Einfluss auf die einzelnen Phasen der Evaluation, Intervention und Outcome. Wichtige Begriffe des ergotherapeutischen Prozesses wie die Betätigungsorientierung, Klientenzentrierung und Kontextbasierung werden in ihrer Relevanz bestärkt. Betätigungen konnten aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht wie gewohnt stattfinden, weshalb Ergotherapeut:innen gefordert waren, den therapeutischen Prozess dementsprechend anzupassen, um Klient:innen weiterhin eine zielgerichtete ergotherapeutische Behandlung anbieten zu können. Folglich waren ergotherapeutische Annahmen wie Klientenzentrierung und Kontextbasierung nur schwer umzusetzen. Daher waren Ergotherapeut:innen dazu aufgefordert, ihr professionelles Handeln stetig zu reflektieren und zu adaptieren.

Die Evaluation wurde verstärkt von den Therapeut:innen durchgeführt, um zu hinterfragen, ob die Therapieziele im Prozess noch bedeutungsvoll waren und zu dem gewünschten Outcome führten. Die dauerhafte Evaluation und das damit verbundene hinterfragen, verlangt ein prozessgeleitetes Vorgehen von den Ergotherapeut:innen und zielt auf ein flexibles Verhalten der Therapeut:innen ab. Dies fordert die Resilienz der Ergotherapeut:innen.

Um die ergotherapeutische Dienstleistung weiterhin für die Klient:innen anbieten zu können hat die Technologiebasierung einen Mehrwert geboten. Dabei wurden digitale Technologien wie die Teletherapie und digitale Medien wie Fotos und Videos, genutzt, welche neue Chancen für die Ergotherapie mit sich bringen. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass die Anerkennung der Berufspraxis in dieser Zeit weiter anstieg, was einen wesentlichen Vorteil für die Zukunft der Ergotherapeut:innen mit sich bringen könnte. Aus der Covid-19-Pandemie könnte sich ein gravierender Paradigmenwechsel innerhalb der Ergotherapie etablieren.

Covid-19 als Faktor in der Umwelt verdeutlicht die Wechselbeziehung von Person und Betätigung (Law et al. 1996). Da sich die Bedeutung für die Betätigung der Klient:innen verändert hat, wurden die Ressourcen der Klient:innen innerhalb der *occupational disruption* gestärkt. Es ist sichtbar geworden, dass die *occupational disruption* zu negativen psychischen Auswirkungen geführt hat. Daraus schließt sich die Relevanz der bedeutungsvollen Betätigung für die ergotherapeutische Intervention. Für die Ergotherapie kann dies bedeuten, dass der Betätigungsbegriff berufsübergreifend innerhalb



Deutschlands mehr Beachtung findet und das *emerging paradigm* in das *future paradigm* übergeht.

Wie sich zusammenfassend zeigt, hat sich der ergotherapeutische Prozess unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen im Vergleich zu vorher verändert. Veränderungen können Chancen mit sich bringen. Die Ergotherapie kann die Covid-19-Pandemie nutzen, um den Grundstein für neue Möglichkeiten im ergotherapeutischen Prozess zu legen.

6.1 Ausblick

Diese Arbeit untersuchte die alternativen Maßnahmen, die von den Ergotherapeut:innen im ambulanten Praxissetting unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen für den ergotherapeutischen Prozess, entwickelt wurden. Um einen gezielteren Überblick in die einzelnen ergotherapeutischen Fachbereiche zu erhalten, bietet es sich an den Prozess für einen Fachbereich zu erforschen. Ergänzend dazu könnte eine Forschungsarbeit den Einfluss der Covid-19-Hygienemaßnahmen auf den ergotherapeutischen Prozess im stationären Setting beleuchten. Die vorangegangene Diskussion wirft neue Fragen und Möglichkeiten in Bezug auf den ergotherapeutischen Prozess unter den Covid-19-Hygienemaßnahmen auf und zeigt die Relevanz für eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Covid-19 in der Ergotherapie. Die Ergebnisse zeigen, dass die technologiebasierte Ergotherapie als zusätzliche Alternative grundsätzlich eine Chance hat. Dennoch kommen neue Herausforderungen mit der Telemedizin auf die Ergotherapie zu. Um diese Herausforderungen bewältigen zu können, könnten weitere Studien zur Anwendbarkeit und Effektivität der Telemedizin durchgeführt werden.

Des Weiteren ist ersichtlich geworden, dass aufgrund der *occupational disruption* die Zielerreichung durch die Covid-19-Hygienemaßnahmen erschwert war. Dies stellt in der Ergotherapie ein weiteres Forschungsgebiet dar. Hieran anknüpfend, angelehnt an den australischen Leitfaden, kann ein Betätigungsleitfaden für den deutschsprachigen Raum entwickelt werden, um die bedeutungsvollen Betätigungen zu unterstützen.

Die Therapeut:in-Klient:in-Beziehung hat durch die Zunahme von Ängsten und Unsicherheiten seitens der Klient:innen deutlich an Bedeutung für den Therapieprozess erhalten. Entlastende Gespräche haben zugenommen, sodass sich weiterführend die Frage stellt, ob diese psychologische Kompetenz zum Aufgabengebiet der Ergotherapie gehört.



Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigen, dass die Veränderungen aufgrund der Covid-19-Pandemie Ergotherapeut:innen in ihrem Handeln beeinflusst haben. Durch das Einbringen neuer Kompetenzen und Fähigkeiten könnte es zu einer Beeinflussung der Berufsidentität geführt haben.

Folglich könnte auch die psychische Mehrbelastung des Gesundheitspersonal und spezifischer die der Ergotherapeut:innen eine wichtige Rolle in der zukünftigen Forschung darstellen. Hierbei könnten verschiedenen Aspekte Inhalte geben: zum einem stellt sich die Frage, ob durch die psychische Belastung mehr Ergotherapeut:innen ihren Beruf aufgeben und der Fachkraftmangel weiter zu nimmt. Außerdem könnte beleuchtet werden, wie Ergotherapeut:innen mit dieser Mehrbelastung umgegangen sind und wie fortführend Psychohygiene betrieben werden kann, um die Resilienz von Therapeut:innen zu stärken.

~ "The advent of the COVID-19 pandemic has created a massive paradigm shift in how we live, work, learn, socialise, and play. To successfully navigate this substantial reset of the ways we conduct everyday life and participate in regular occupations, we have all had to foster and demonstrate occupational resilience." ~

(Brown, 2020, S. 104)



Literaturverzeichnis

- Al-Zahrani, J. (2020). SARS-CoV-2 associated COVID-19 in geriatric population: A brief narrative review. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 28, 738–743.
- Adelman, D. S., Fant, C., Summer, G. (2021). COVID-19 and telehealth: Applying telehealth and telemedicine in a pandemic. *The Nurse Practitioner*, 46(5), 34-43.
- American Occupational Therapy Association. (2018). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy* (B. Dehnhardt, Übersetz.). Bern: Hogrefe.
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 1-87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Bauerschmidt, B., Nelson, D. L. (2011). The Terms Occupation and Activity Over the History of Official Occupational Therapy Publications. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 338-345.
- Beck, V. (2020). YOU CAN SAY YOU TO ME – Subjektivität von sozialkörperlicher Distanz in Zeiten der Corona-Pandemie. In R. Bering & C. Eichenberg (Hrsg.), *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, SS. 151-163). Stuttgart: Klett.
- Bendel, O. (o.D.-a). *Dritte Welle*. Abgerufen am 25. August 2021, von: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/dritte-welle-123127>
- Bendel, O. (o.D.-b). *Zweite Welle*. Abgerufen am 25. August 2021, von: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/zweite-welle-122618/version-384486>
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. (2021a, 22 Juli). *SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für therapeutische Praxen: Praxen für Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Podologie, Hebammenkunde und verwandte Berufsgruppen*. Abgerufen am 08. August 2021, von: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Corona/SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard-therapeutische-Praxen_Download.pdf;jsessionid=E23AC2DEC41073574C02E6A08454D999?__blob=publicationFile
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. (2021b). *Gesund im Betrieb*. Abgerufen am 26. August 2021, von: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/ArbeitssicherheitUndGesundheitsschutz_node.html



- Brown, T. (2021). The response to COVID-19: Occupational resilience and the resilience of daily occupations in action. *Australian Occupational Therapy Journal*, (68), 103–105. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12721>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021a, 23. August). *Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2): Chronik bisheriger Maßnahmen und Ereignisse*. Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021b, 19. August). *Long COVID – Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung*. Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://www.zusammengegegen corona.de/informieren/koerperliche-gesundheit/long-covid-langzeitfolgen-einer-covid-19-erkrankung/>
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. (2021a). *Informationen rund um das Coronavirus*. Abgerufen am 05. August 2021, von: <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus.html>
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. (2021b). *Sich und andere schützen*. Abgerufen am 24. August 2021, von: <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/fragen-und-antworten/sich-und-andere-schuetzen.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2021c). *Aufgaben und Ziele*. Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://www.bzga.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Mental Health and Coping During COVID-19*. Abgerufen am 06. Juli 2021, von: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html#stressful>
- Chaparro, C., Ranka, J. (2014). *Occupational Performance Model Australia*. Abgerufen am 02. August 2021, von: <http://www.occupationalperformance.com/>
- Christiansen, C., Baum, M. C., & Bass-Haugen, J. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Thorofare, NJ: Slack
- Cole, M. B., Tufano, R. (2008). *Applied theories in occupational therapy: A practical approach*, Slack: Thorofare.
- Cox, N. S. et al., (2021). A Brief Intervention to Support Implementation of Telerehabilitation by Community Rehabilitation Services During COVID-19: A Feasibility Study. *The American Congress of Rehabilitation Medicine*, 789-795.



- Cup, E., Van Hartingsveldt, M. (2019a). Ausgangspunkte in der Ergotherapie. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (SS. 197-202). Stuttgart: Thieme
- Cup, E., Van Hartingsveldt, M. (2019b). Einleitung. In M. Le Granse, M., Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (SS. 196-197). Stuttgart: Thieme.
- Dahl-Popolizio, S., Carpenter, H., Coronado, M., Popolizio, N. J., Swanson C. (2020). Telehealth for the Provision of Occupational Therapy: Reflections on Experiences During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Telerehabilitation*, 12(2), 77-92. <https://doi.org/10.5195/ijt.2020.6328>
- Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Dempfle, B., Greiter, M., Nitschke, N. (2016). Ergotherapie 2.0- Partizipation ermöglichen via Internet? *ergoscience*, 11(1), 2-11. <https://dio.org/10.2443/skv-s-2016-5402016010>
- Deutscher Verband Ergotherapie. (2021a). *Regelungen für den Heilmittelbereich gültig ab 01.01.2021*, Abgerufen am 03. August 2021, von: <https://dve.info/resources/pdf/downloads/a-z/corona-virus/3910-aktualisierung-empfehlungen-gkv-sars-stand-31-03-2020-final-003/file>
- Deutscher Verband Ergotherapie. (2021b). *Infoblatt zur Videotherapie*, Abgerufen am 15. August 2021, von: <https://dve.info/resources/pdf/downloads/a-z/corona-virus/3898-videotherapie-in-der-et-dve-version1/file>
- Die Bundesregierung. (2021). *Coronavirus in Deutschland*. Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/informationen-zum-coronavirus-1734932>
- Dirnberger, J., Waisbren, S. (2020). Efficacy of telehealth visits for postoperative care at the Minneapolis VA. *The American Journal of Surgery*, 220(3), 721-724. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.01.015>
- Dirette, D. P. (2020). Occupational Therapy in the Time of COVID-19. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 8(4), 1-4. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1794>
- Donsimoni, J. R., Glawion, R., Hartl, T., Plachter, B., Timmer, J, Weiser, C., . . . Wälde., K. (2020). Covid-19 in Deutschland – Erklärung, Prognose und Einfluss gesundheitspolitischer Maßnahmen. *Gutenberg School of Management and Economics & Research Unit "Interdisciplinary Public Policy" Discussion Paper Series*, 21(3), 1-23. <https://doi.org/10.1515/pwp-2020-0019>



- Döring, N., Borzt, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dresing, T., Pehl, T. (2018) *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (8. Auflage)*. Marburg: Eigenverlag.
- Drummond, A., Lannin, N. A. (2021). Post-COVID-19: Issues and challenges for occupational therapy and the need for clinical trials. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(12), 721-722.
- Duden. (2021). *Compliance, die*. Abgerufen am 25. August 2021, von: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Compliance>
- Ebsco. (2021). *CINHAL Database*. Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://www.ebsco.com/de-de/produkte/datenbanken/cinahl-datenbank>
- Eckhard, A., Bering R. (2021). Das bio-psycho-soziale Modell der pandemischen Stressbelastung. In R. Bering & C. Eichenberg (Hrsg.), *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, SS. 37-47). Stuttgart: Klett.
- Escudero-Escudero, A. C., Segura-Fragoso, A., Cantero-Garlito, P. A. (2020). Burnout syndrome in occupational therapists in Spain: Prevalence and risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-8. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093164>
- EU. (2018). *Datenschutz-Grundverordnung DSGVO*. Abgerufen am 09. August 2021, von: <https://dsgvo-gesetz.de/>
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173.
- Franzkowiak, P. (2018). *Biomedizinische Perspektive*. Abgerufen am 19. August 2021, von: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive/>
- Ganesan, B., Fong, K. N. K., Meena, S. K., Prasad, P., Tong, R. K. Y. (2021). Impact of COVID-19 pandemic lockdown on occupational therapy practice and use of telerehabilitation – A cross sectional study. *European Review for Medical and Pharmaceutical Sciences*, 25, 3614-3622.
- Gati, S. B., Bloomhardt, H. M., McArthur, E.A. (2020). COVID-19: Widening Health Disparities Among Pediatric Populations. *American Journal of Public Health*. 110(9), 1358-1359.



- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021a, 18 März). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Verordnung*. Abgerufen am 04. August 2021, von: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2506/HeilM-RL_2021-03-18_iK-2021-07-01.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021b). *Aufgabe und Arbeitsweise*. Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/aufgabe-arbeitsweise/>
- Gensing, P. (2020, 15. Oktober). *Was genau ist ein Lockdown?* Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/lockdown-103.html>
- Gesetzliche Krankenversicherung. (2021, 06. Juli). *Regelungen für den Heilmittelbereich gültig ab 01.01.2021*.
- Greber, C. (2021). Critical appraisal of practice evidence: A professional imperative for occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 11-14.
- Haas, J. G. (2020). *COVID-19 und Psychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Hammell, K.W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305. <https://doi.org/10.1177/000841740407100509>
- Hammell, K. W. (2020). Engagement in living during COVID-19 pandemic and ensuing occupational disruption. *Occupational Therapy Now*, 22(4), 7–8. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2020-54020200302>
- Haridi, R. (2021, August 23). *Questback now trading on Euronext Growth*. Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://www.questback.com/de/feedback-blog/questback-now-trading-on-uronext-growth/>
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hocking, C. (2020). Invited Commentary: An occupational perspective of population health in a pandemic. *New Zealand Journal Occupational Therapy*, 67(2), 4-5.
- Hoel, V., Von Zweck, C., Ledgerd, R., World Federation of Occupational Therapists (2020). Was a global pandemic needed to adopt the use of telehealth in occupational therapy? *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 68, 13-20. <https://doi.org/10.3233/WOR-205268>
- Hoel, V., Von Zweck, C., Ledgerd, R., World Federation of Occupational Therapists (2021). The impact of Covid-19 for occupational therapy: Findings and recommendations



of a global survey. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 77(1),1-8.
<https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1855044>

Hofmann, M. (2010). Von der Basteltante zur Ergotherapeutin. *ergopraxis*, 11-12(10), 28-31.

Huppertz, H.-I., Berner, R., Schepker, R., Kopp, M., Oberle, A., Fischbach, T., . . . Hübner, J. (2021). Verwendung von Masken bei Kindern zur Verhinderung der Infektion mit SARS-CoV-2. *Monatsschreiben Kinderheilkunde*, 169, 52–56.
<https://doi.org/10.1007/s00112-020-01090-9>

Ishioka, T., Ito, A., Miyaguchi, H., Nakamura, H., Sawamura, D. (2021). Psychological impact of COVID-19 on occupational therapists: An online survey in Japan. *American Journal of Occupational Therapy*, 75(4), 1-16.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2021.046813>

Jacobs, K., Blanchard, B., Baker, N. (2012). Telehealth and ergonomics: A pilot study. *Technology and Health Care*, 20(5), 445–458. <https://doi.org/10.3233/THC-2012-0692>

Kamalakaran, S., Chakraborty, S. (2020). Occupational therapy: The key to unlocking locked-up occupations during the COVID-19 pandemic. *Wellcome Open Research*, 5, 1-11. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16089.1>

Kinébanian, A. (2019). Anfänge der Berufsentwicklung. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (SS.39-42). Stuttgart: Thieme.

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* (SS. 353-377). Stuttgart: Thieme.

Klamroth-Marganska, V., Gemperle, M., Ballmer, T., Grylka-Baesclin, S., Pehlke-Milde, J., Gantsching, B. E. (2021). Does therapy always need touch? A cross-sectional study among Switzerland-based occupational therapists and midwives regarding their experience with health care at a distance during the COVID-19 pandemic in spring 2020. *BMC Health Services Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06527-9>

Krämer, B., Kawohl, W. (2018). Stress und psychische Erkrankungen. In W. Kawohl, & W. Rössler (Hrsg.), *Arbeit und Psyche* (SS. 162-173). Stuttgart: Klett.

Kuhnert, B. (2020). Acht Ergotherapeutinnen an unterschiedlichen Arbeitsplätzen berichten. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 59(8), 30-33.



- Kusch, K. (2020). Ergotherapeutische Zielformulierung leicht gemacht - Die COAST-Methode. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 59(9), 18-21.
- Lang, R. (2020). Auswirkungen des Lockdowns auf Betätigung. *ergopraxis*, 13(11/12), 10-15.
- Lai, J. et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Law et al. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63 (1), 9-23.
- Law, M. C., Baum, C. M., Dunn, W. (2017). *Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy* (Third Edition). Grove Road: SLACK Incorporated
- Le Granse, M. (2019). Person-Environment-Occupation. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (SS. 456-457). Stuttgart: Thieme.
- Lind, T. T., Fisher, G. (2020). Applying the Model of Human Occupation During the Pandemic Stay-at-Home Order Stay-at-Home Order. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 8(4), 1-7.
- Litke, N., Weber, L. (2021). Existenzängste durch Therapieausfälle. *ergopraxis*, 2, 8-9.
- Logister-Proost, I., Ammeraal, M. (2019). Stützen und Stärken. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (SS. 123-144). Stuttgart: Thieme.
- Maio, G. (2020). „Eine gute Beziehung ist Bedingung für eine erfolgreiche Therapie“ – Prof. Giovanni Maio über Werte in der Therapie. *ergopraxis*, 13(1), 36-40. <https://doi.org/10.1055/a-0975-0442>
- Malfitano, A. P. S., Cruz, D. M. C., Lopes, R. E. (2020). Occupational therapy in times of pandemic: social security and guaranties of possible everyday life for all. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 401-404. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoED22802>
- Malloy, J., Cahill, S., Lieberman, D., Trudeau, S. A., Harvison, N. (2021). Guest Editorial—Responding to COVID-19: Resilience in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 1-3. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.049301>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Weinheim: Beltz.



- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Weinheim: Bletz.
- Mentrup, C. (2015). 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.
- Merklein de Freitas, C. (2020). Meine ersten Corona-Wochen in der Praxis. *ergopraxis*, 13(5), 16-19.
- Meyer, A. (2008). The philosophy of occupational Therapy. *Occupational therapy in mental health*, 2(3), 79-86. https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1300/J004v02n03_05
- Morony, S., Weir, K., Duncan, G., Biggs, J., Nutbeam, D., McCaffery, K. (2017). Experiences of teach-back in a telephone health service. *Health Literacy Research and Practice*, 1(4), 173–181. <https://doi.org/10.3928/24748307-20170724-01>
- Möller, M. (2017). Betätigung (occupation) als ergotherapeutischer Schlüsselbegriff und seine epistemologischen Anpassungen im Verlauf von 100 Jahren Berufsgeschichte: analytischer Überblick und Ausblicke für die Zukunft –Teil 1: Die epistemologische Entwicklung des Begriffes Betätigung im Kontext eines sich wandelnden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit, *ergoscience*, 12(2), 74-81.
- Mulfinger, N., Lampl, J., Dinkel, A., Weidner, K., Beutel, M., Jarczok, M., . . .Gündel, H. (2020). Psychische Belastungen durch Epidemien bei Beschäftigten im Gesundheitswesen und Implikationen für die Bewältigung der Corona-Krise: eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 66(3), 220.
- Muriithi, B., Muriithi, J. (2020). Occupational Resilience: A New Concept in Occupational Science. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S1-PO3508>
- Mynard, L. (2020). *Normal life has been disrupted: Managing the disruption caused by COVID-19*. Abgerufen am 11. August 2021, von: <https://bit.ly/2HOTIs4>
- Nischk, D., Voss, M. (2021). Die Auswirkungen des Corona-Shutdowns im März/April 2020: Der Zusammenhang zwischen Alltagsverhalten und psychischer Belastung bei psychisch Vorerkrankten und Gesunden. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. 89. 302–307. <https://doi.org/10.1055/a-1348-1242>



- Nizzero, A., Cote, P., Cramm, H. (2017). Occupational disruption: A scoping review. *Journal of Occupational Science*, 24(2), 114-127. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1306791>
- Perkhofer, S. (2016). Was ist quantitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S.138). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Petzold, M. B., Plag, J., Ströhle, A. (2020). Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Der Nervenarzt*, 9(1), 417–421. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John A., . . . Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*, 7(10), 1–10.
- Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E., Rising, K. L. (2017). Patient perceptions of telehealth primary care video visits. *Annals of Family Medicine*, 15(3), 225–229. <https://doi.org/10.1370/afm.2095>
- Proffitt, R., Cason, J., Little, J. Pickett, K. A. (2021). Stimulating Research to Advance Evidence-Based Applications of Telehealth in Occupational Therapy. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 41(3), 153–162. <https://doi.org/10.1177/1539449221101143>
- Pubmed. (o.D.). *Pubmed.gov*. Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Raps, W. (2014). *Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung* (Überarbeitete Auflage). Reha: Remagen.
- Rettinger, L. (2020). So gelingt Ihnen die praktische Umsetzung - Teletherapie in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 59(7), 18-22.
- Rettinger, L., Werner, F., Neurohr, P., (2021). *Einsatz von Teletherapie in Zeiten von Covid-19*. Abgerufen am 06. Juli 2021, von: <https://www.fh-campuswien.ac.at/departments/gesundheitswissenschaften/einsatz-von-teletherapie-in-zeiten-von-covid-19.html>
- Rettinger, L., Klupper, C., Werner, F., Putz, P. (2021). Changing attitudes towards teletherapy in Austrian therapists during the COVID-19 pandemic. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1–9. <https://doi.org/10.1177/1357633X20986038>
- Reichel, K., Marotzki, U., Schiller, S. (2009). Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland, Teil 1 – eine nationale und internationale



Bestandsaufnahme Ethical Standards for Occupational Therapy Research in Germany, Part I: Taking Stock of Relevant National and International Standards. *ergoscience*, (4), 56-70.

Richter, B., Wattenberg, I., Vollmer, A. L., Hornberg, C., Wrede, B., Lätzsch, R., (2021). Die COVID-19-Pandemie als Chance für Teletherapie? – Eine Umfrage bei Vertreter*innen von Gesundheitsfachberufen. *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1537-8933>

Röhring, G. (2021). Geriatrische Diagnostik. *Forum*, 36, 220–223. <https://doi.org/10.1007/s12312-021-00928-x>

Ritschl, V., Prinz-Buchberger B., Stamm T. (2016a). Die Richtige Methode wählen. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. (SS. 51-59). Berlin, Heidelberg: Springer.

Ritschl, V., Neururer, S., Weigl, R., Stamm, T. (2016). Auswertung quantitativer Daten. In V. Ritschl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Studium Pflege, Therapie, Gesundheit* (SS. 193-202). Berlin, Heidelberg: Springer.

Ritschl., H. (2016). Methodenmix. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. (SS. 228-237). Berlin, Heidelberg: Springer.

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*. (SS. 28-65). Berlin, Heidelberg: Springer.

Robert-Koch Institut. (2021a, 14 Juli). *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19*. Abgerufen am 10. August 2021, von https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=BAC9A4854EBB5FC956CC479EDCD408FA.internet102?nn=13490888#doc13776792bodyText1

Robert-Koch Institut. (2021b). *Institut*. Abgerufen am 20. August 2021, von https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html

Robinson, M. R., Koverman, B., Becker, C., Ciancio, K. C., Fisher, G., Saake, S. (2021). Lessons Learned From the COVID-19 Pandemic: Occupational Therapy on the Front Line. *The American Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 1-7.

Roosen, I., Schüller, A. (2020). Herausforderungen in Zeiten von Corona bewältigen: Ergotherapie bei Occupational Disruption. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 59(5), 28-30.



- Sánchez-Guarnido, A. J., Domínguez-Macías, E., Garrido-Cervera, J. A., González-Casares, R., Marí-Boned, S., Represa-Martínez, Á., Herruzo., C. (2021). Occupational Therapy in Mental Health via Telehealth during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137138>
- Satink, T., Van de Velde, D. (2019). Kerndomänen in der Ergotherapie. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (SS. 74-95). Stuttgart: Thieme.
- Schedlich, C. (2021). Psychosoziale Herausforderungen in der Covid-19-Pandemie. In R. Bering & C. Eichenberg (Hrsg.), *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, SS. 74-88). Stuttgart: Klett.
- Schirmer, J. (2020). Gesellschaftsrelevant: Für eine zügige und konsequente Ausbildungsform der Ergotherapie. *Et und Reha*, 59(7), 32-34.
- Sindelar, B. (2021). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Online in Zeiten der Corona-Krise. In R. Bering & C. Eichenberg (Hrsg.), *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise* (3., vollständig überarbeitet und erweiterte Auflage, SS. 196-209). Stuttgart: Klett.
- Sozialgesetzbuch V. (2021, 11. Juli). *Sozialgesetzbuch (SGB V)*. Abgerufen am 01. August, von: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>
- Srivastava, A. K., Mishra, N., Sethuraman, L. (2020). Covid-19 pandemic: The all india occupational therapists' association's response to the challenges. *World federation of occupational therapists bulletin*, 76(2), 98-102. <https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1822578>
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt „ET-Fachterminologie“ – Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2, 100–106. <https://doi.org/10.1055/s-2007-963236>
- Stadler-Grillmaier, J. (2012). Entwicklungen und Herausforderungen rund um die ergotherapeutische Fachsprache im deutschen Sprachraum: Wie stehts um Betätigung? *World Federation of Occupational Therapist Bulletin*, 65(1), 35-42. <https://doi.org/10.1179/otb.2012.65.1.007>
- Stankovska, G., Memedi, I., Dimitrovski, D. (2020). Coronavirus COVID-19 disease, mental health and psychosocial support. *SOCIETY REGISTER*, 4(2), 33-48. <http://doi.org/10.14746/sr.2020.4.2.03>
- Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., Cooper, B. (1999). Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66 (3), 122-133.



- Sy, M. P., Pineda, C., S., Yoa, D. P. G., Guevara, C. A. L., Reyes, R. C. D., Castro, I. M. (2020). Shared voices of Filipino occupational therapists during COVID-19 pandemic: reflections from an online forum. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 76(1), 60-64.
- Taylor & Francis Group. (2021). *Journal of Occupational Science*. Abgerufen am 26. August 2021, von: <https://www.tandfonline.com.zuyd.idm.oclc.org/toc/rocc20/current>
- Tenforde, A. S., Borgstrom, H., Polich, G., Steere, H., Davis, I. S., . . .M., Silver, J. K. (2020). Outpatient Physical, Occupational, and Speech Therapy Synchronous Telemedicine A Survey Study of Patient Satisfaction with Virtual Visits During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 99(11), 977–981. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001571>
- Tomlin, G., Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189–196. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.5014/ajot.2011.000828>
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & justice through Occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapist.
- Unruh, A. M. (2004). Reflections on: “So... what do you do?” Occupation and the construct of identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), S.290-295.
- van der Hulst, P., Ollevier, A., Wouda, P. (2019). Die Perspektive des Ergotherapeuten. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (SS. 570-572). Stuttgart: Thieme.
- Virchow, F., Häusler, A. (2021). Pandemie-Leugnung und extreme Rechte. *Forschungsjournal Soziale Bewegungen*, 34(2), 259-266. <https://doi.org/10.1515/fjsb-2021-0022>
- Wanetschka, V., Toepffer-Huttel, C., Nerz, V., Göldne J. (2020). Die therapeutische Beziehung in der Krise? Gedanken in Zeiten von Corona. *forum: logopädie*, 34(5), 6-11. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2020-53020200501>
- Weigl, R. (2016a). Quantitative Messverfahren, Fragebogen. In V. Ritschl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Studium Pflege, Therapie, Gesundheit* (SS. 160-182). Berlin, Heidelberg: Springer.



- Weigl, R. (2016b). Forschungsprozess. In V. Ritschl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Studium Pflege, Therapie, Gesundheit* (SS. 9-24). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Weigl, R. (2016c) Rechtliche Rahmenbedingungen. In V. Ritschl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Studium Pflege, Therapie, Gesundheit* (S. 37-45). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wilcock, A. (1998) Reflections on Doing, Being and Becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 248-256. <https://doi.org/10.1177/000841749806500501>
- Wilcock, A., Hocking, C. (2015). *An Occupational Perspective of Health* (third edition). Thorofare: SLACK Incorporated.
- World Health Organisation. (2001). *International Classification of Functioning*. (Übersetz. DIMDI).
- World Health Organisation. (2021a). *Coronavirus*. Abgerufen am 18. August 2021, von https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- World Health Organisation. (2021b). *What we do*. Abgerufen am 20. August 2021, von: <https://www.who.int/about/what-we-do>
- Yoshihara, A., Dierickx, E. E., Brewer, G. J., Sekiguchi, Y., Stearns, Casa, D. J. (2021). Effects of Face Mask Use on Objective and Subjective Measures of Thermoregulation During Exercise in the Heat. *Sport Health*. <https://doi.org/10.1177/19417381211028212>
- Zeit. (o.D.). *Social Distancing: Auf Distanz*. Abgerufen am 16. August 2021, von: https://www.zeit.de/thema/social-distancing?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.de%2F
- Zahoransky, M. A., Lape, J. E. (2020). Telehealth and home health occupational therapy: clients` perceived satisfaction with and perception of occupational performance. *International Journal of Telerehabilitation*, 12(2), 105-124. <https://doi.org/10.5195/ijt.2020.6327>
- Zimmerer-Branum, S., Nelson, D. L. (1995). Occupationally embedded exercise versus rote exercise: a choice between occupational forms by elderly nursing home residents. *American Journal Occupational Therapy*, 49(5), 397-402. <https://doi.org/10.5014/ajot.49.5.397>. PMID: 7598153.



Glossar

Betätigung

Eine Betätigung zeichnet sich durch eine Reihe von Aktivitäten und Aufgaben des alltäglichen Lebens aus, denen von dem Individuum eine Bedeutung zugeschrieben werden. Eine Betätigung erstreckt sich auf die Bereiche der Selbstfürsorge, der Freizeit und der Produktivität (Townsend & Polatajko, 2013).

Betätigungsbasierung

Die Kerndomäne sowie die Basis der Ergotherapie bildet die Betätigung. Dabei werden betätigungsbasierten Methoden angewendet, um das Engagement einer Person in der Evaluation und Intervention zu bewerten (Fisher, 2013).

BGW - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Deutsche Berufsgenossenschaft, welches sich für die Aspekte der Prävention am Arbeitsplatz engagiert, um gesunde Arbeitsumstände zu ermöglichen (BGW, 2021b).

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Deutsches Zentrale, welches Maßnahmen und Programme zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserhaltung erstellt und einleitet. Ziel ist es die inhaltlichen Aufklärungsschwerpunkten Neuerkrankungshäufigkeiten zu senken und Krankheitsfrüherkennung zu steigern sowie allgemein die Gesundheitspotenziale zu stärken (BZgA, 2021c).

CINHAL

US-amerikanische Datenbank, die einen kostenlosen Zugang zur Literatur in der Pflege und verwandten Gesundheitsbereichen bietet (ebSCO, 2021).

Compliance

Die Bereitschaft eines:rr Klient:in an der aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen (Duden, 2021).

Covid-19

Covid-19 ist ein Coronavirus, dass Anfang 2020 in China erstmalig bei Menschen bekannt geworden ist. Bei einer Infektion können Erkältungszeichen auftreten (Die Bundesregierung, 2021).



Dritte Welle

Eine dritte Welle ist ein anhaltender Anstieg von Infektionszahlen im Rahmen einer Epidemie oder Pandemie der nach der zweiten Welle eintritt (Bendel, o.D.-a).

Erste Welle

Erste Anstieg von Infektionszahlen (RKI, 2021a).

Evidenzbasiert

Integration von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis (Cup & van Hartingsveldt, 2019a).

Frames of reference

Bezugsrahmen bzw. Frames of reference beschreiben auf systematische Art und Weise den Transfer von der Theorie in die Praxis (Cole & Tufano, 2008).

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss

Deutscher Ausschuss, welches die gemeinsam mit dem Gesetzgeber einen Rahmen festlegt, welche medizinischen Leitungen von der GKV im Einzelnen übernommen werden (G-BA, 2021).

ICF - International Classification of Functioning

Internationale Klassifikation, die zu einer einheitlichen Sprache zur Beschreibung des Gesundheitszustandes des Menschen im Gesundheitswesen dient (BfArM, 2021).

Informed Consent

Informationen über die Teilnahme an der Studie (Weigl, 2016c).

Inhaltsmodell

Sorgen für Struktur, um das professionelle Reasoning zu unterstützen und den Fokus auf das Betätigen sowie dessen wechselseitigen Bedingungen von dem/der Klient:in, dessen Performanz und Umwelt zu lenken (Kinébanian & Logister-Proost, 2019).

Klientenzentrierung

Eine bestimmte Sichtweise auf den Klient:in, indem die Zusammenarbeit auf die Stärkung und Förderung der Autonomie des Klient:in gelegt wird (Cup & van Hartingsveldt, 2019a).

**Kontextbasiert**

Meint die das Stattfinden der Ergotherapie in der regulären Umwelt des Klient:innen (Cup & van Hartingsveldt, 2019a).

Lockdown

Ausnahmesituation, zur Eindämmung der Covid-19 Pandemie: Schließung von öffentlichen Einrichtungen, Spiel- und Sportplätze, Restaurants und Geschäfte. Zudem galten strenge Kontaktbeschränkungen - und regional Ausgangsbeschränkungen (Gensing, 2020).

Long-Covid

Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung (BMG, 2021b).

Modell

Ein Modell ist eine Richtschnur, die die Anwendung einer Theorie in einen bestimmten Weg lenkt, es geht um die Organisation und die Anwendung von Wissen (Kinébanian & Logister-Proost, 2019).

Occupational Disruption

Der vorübergehende Zustand der eingeschränkten Teilnahme an Betätigung (Nizzero et al, 2017).

Occupational Performance

Die Betätigungsperformanz ist in dem PEO der Fit zwischen den drei Komponenten Person, Umwelt und Betätigung (Le Granse, 2019).

Occupational Performance Measures

Messinstrumente, welche die Occupational Performance der Klient:innen messen (AOTA, 2020).

Occupational resilience

Occupational resilience befähigt dazu, eine Betätigung unter Umständen weiter auszuüben, unter denen große Anstrengungen oder sogar das Eingehen von Risiken notwendig ist (Muriithi & Muriithi, 2020).



Occupational Science

Forschungsarbeiten zur menschlichen Beschäftigung, einschließlich der gesellschaftlichen Strukturierung der Beschäftigung und Wissenschaften über Populationen, Gemeinschaften und Individuen (Taylor & Francis Group, 2021).

OTPF – Occupational Therapy Practice Framework

Ergotherapeutisches Framework welches die Perspektive der Ergotherapie und ihren Beitrag zur Förderung der Gesundheit und Teilhabe von Personen, Gruppen und Bevölkerungsgruppen durch die Betätigung zu verdeutlicht (AOTA, 2020).

Paradigma

Ein ineinandergreifendes Konstrukt von Theorien, ein theoretischer Denkraum der die Werte des Berufs widerspiegelt (Kinébanian & Logister-Proost, 2019).

PEO – Person-Environment-Occupation Model

Ergotherapeutisches Modell, welches die dynamische Transaktion zwischen Person, Umwelt und Betätigung aufzeigt (Law et al., 1996).

Pretest

Ein Vortest der quantitativen und qualitativen Erhebungsinstrumente an Personen, die nicht im Planungsprozess involviert waren (Döring & Bortz, 2016).

Professionelles Handeln

Ergotherapeutisches Handeln, welches sich nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen, der individuellen Expertise und den Wünschen der Klient:innen richtet (van der Hulst, Ollevier, & Wouda, 2019).

Prozessmodell

Deren Aufgabe besteht darin, einen bestimmten Entwicklungsgang in einzelnen Schritten zu unterteilen, um zu einem bestimmten Ziel zu gelangen (Kinébanian & Logister-Proost, 2019).



Pubmed

Internationale Datenbank, Public Medicine, in dem kostenlosen Zugang zu MEDLINE, biowissenschaftlichen Zeitschriften und Online-Büchern gegeben wird (Pubmed, 2021).

Questback

Plattform, über die ein einfacher Zugang zu Kunden- und Mitarbeiterdaten ermöglicht werden kann, die als Grundlage für bessere Entscheidungen dienen kann (Haridi, R., 2021).

RKI – Robert Koch-Institut

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des BMG und die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention (RKI, 2021b).

Schneeballverfahren

Personen aus dem Bekanntenkreis der Forscher:innen werden für die Teilnahme an der Studie angefragt und gebeten, die Einladung zur Studie an alle ihnen bekannten Personen weiterzuleiten (Ritschl & Stamm, 2016).

Sechs Säulen der Ergotherapie

Prinzipien und Fundament der Ergotherapie. Zusammengesetzt aus klientenzentriert, betätigungsbasiert, kontextbasiert, evidenzbasiert, technologiebasiert, populationsbasiert (Cup & van Hartingsveldt, 2019b).

SGB V – Sozialgesetzbuch V

Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V, 2021).

SMART-Ziele

Festgelegte Kriterien, an der sich die Zielformulierungen orientieren können (Kusch, 2020)

Social distancing

Maßnahme, um die Covid-19-Pandemie einzudämmen. Anweisung, die Kontakte auf ein Minimum zu reduzieren und weitestgehend zuhause zu bleiben (Zeit, o.D.)



Technologiebasiert

Technische Entwicklung zur Integration der therapeutischen Arbeit (Cup & van Hartingsveldt, 2019a).

Vulnerable (Personengruppen)

Die Summe aus verschiedenen Faktoren, wie individuelle-, soziale- und gesellschaftliche Faktoren (Dekker et al., 2012 in Logister-Proost, & Ammeraal, 2019).

WHO - World-Health-Organization

Weltgesundheitsorganisation. Ziel der Organisation ist es die Weltgesundheit zu fördern und eine universelle Gesundheitsförderung zu bieten (WHO, 2021b).

Zweite Welle

Eine zweite Welle ist der anhaltende Anstieg von Infektionszahlen im Rahmen einer Epidemie oder Pandemie (Bendel, o.D.-b).



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PEO (Law et al., 1996).....	12
Abbildung 2: OTPF (AOTA, 2020)	15
Abbildung 3: Parameter zu Covid-19 (RKI, 2021a)	16
Abbildung 4: Pandemische Stressbelastung in der ICF nach Eckhard und Bering (2021)	24
Abbildung 5: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)	45
Abbildung 6: Auszug aus den Kategorien.....	46
Abbildung 7: Eingeführte Hygienemaßnahmen	48
Abbildung 8:Einschätzung der Therapiephasen in ihrer Wirksamkeit.....	56



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gütekriterien für die quantitative Forschung angelehnt an Perkhofer (2016)	35
Tabelle 2: Auszug aus den Rohdaten	39
Tabelle 3: Anwendung der sechs übergreifende Gütekriterien nach Mayring (2016).....	41
Tabelle 4: Berufsbezogene Daten.....	47
Tabelle 5: Abbildung des organisatorischen Arbeitsaufwands.....	49
Tabelle 6: Veränderungen im Therapiesetting.....	50
Tabelle 7:Veränderungen der Arbeitszeiten	51
Tabelle 8: Subjektive Wahrnehmung der Teletherapie	51
Tabelle 9: Veränderungen bei Gruppenangeboten	52
Tabelle 10: Veränderung der Therapieausführung.....	52
Tabelle 11: Ausblick Covid-19.....	54
Tabelle 12: Stammdaten der Interviewteilnehmerinnen eins bis vier.....	57



Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Beispielhafte Darstellung einer Suchverlaufsdokumentation.....	113
Anlage 2: Einstufung der Studien nach Tomlin und Borgetto (2011).....	114
Anlage 3: Flyer Teilnehmerakquise.....	115
Anlage 4: Einverständniserklärung Interviewteilnehmerinnen.....	116
Anlage 5: Qualitativer Interviewleitfaden.....	117
Anlage 6: Reflektionsfragen Prester:innen	119
Anlage 7: Transkriptionsausschnitt Teilnehmerin 1	120
Anlage 8: Auszug zusammenfassende Inhaltsanalyse Mayring (2015)	121
Anlage 9: Online-Fragebogen	123
Anlage 10: Ehrenwörtliche Erklärung.....	136



Anlage 1: Beispielhafte Darstellung einer Suchverlaufsdokumentation

Datenbank: DIZ			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
		2020-2021	Englisch
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
Covid-19 AND Ergotherapie			166
Covid-19 AND Auswirkungen			5,971
Covid-19 AND Ergotherapie AND Auswirkungen			47
Impact of Covid-19			466,659
Covid-19			1,720,987
Occupational therapy AND Covid-19			10,048
Covid-19 AND health			778,192
Occupational therapy AND Teletherapy			586
Occupational therapy AND Telemedicine			11,050
Occupational therapy AND Teletherapy AND Covid-19			98

Datenbank: CINAHL			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
		2020-2021	Englisch
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
Occupational therapy AND Process			3,470
Covid-19 AND occupational therapy			151
Occupational therapy AND Teletherapy AND Covid-19			1
Covid-19 AND telehealth			2,656
Covid-19 AND work			4,114



Anlage 2: Einstufung der Studien nach Tomlin und Borgetto (2011)

Titel und Jahr	Autor(en)	Eigenschaften	Evidenzlevel
“Was a global pandemic needed to adopt the use of telehealth in occupational therapy?” (2020)	Hoel, V., Von Zweck, C., Ledgerd, R., WFOT	Quantitative Online-Umfrage, Versorgungsforschung (Beobachtend)	3
“The impact of Covid-19 for occupational therapy: Findings and recommendations of a global survey” (2021)	Hoel, V., Von Zweck, C., Ledgerd, R., WFOT	Quantitative Online-Umfrage, Versorgungsforschung (Beobachtend)	3
“Psychological impact of COVID-19 on occupational therapists: An online survey in Japan” (2021)	Ishioka, T., Ito, A., Miyaguchi, H., Nakamura, H., & Sawamura, D.	Quantitative Versorgungsforschung 	2
“Changing attitudes towards teletherapy in Austrian therapists during the COVID-19 pandemic” (2020)	Rettinger, L., Klupper, C., Werner, F., Putz, P.	Querschnittsstudie, Quantitative Versorgungsforschung	2
“Effects of Face Mask Use on Objective and Subjective Measures of Thermoregulation During Exercise in the Heat” (2021)	Yoshihara, A., Dierickx, E. E., Brewer, G. J., Sekiguchi, Y., Stearns, R. L., & Casa, D. J. (2021).	Quantitative Cross-over Studie (Experimentell)	3
“Die Auswirkungen des Corona-Shutdowns im März/April 2020: Der Zusammenhang zwischen Alltagsverhalten und psychischer Belastung bei psychisch Vorerkrankten und Gesunden” (2021)	Nischk, D., Voss, M. (2021)	Quantitative Versorgungsforschung	2



Anlage 3: Flyer Teilnehmerakquise

Studie



Was hat sich in der Ergotherapie durch die Covid-19-Pandemie verändert?

Mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie wurden verschiedene Maßnahmen wie z.B. der Lockdown und die Maskenpflicht auf politischer Ebene erlassen.

Daher ist es nicht auszuschließen, dass sich seit März 2020 auch die **Arbeit von Ergotherapeut:innen in ergotherapeutischen Praxen verändert hat.**

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit suchen wir, **Ergotherapeut:innen** die ihre Erfahrungen mit uns teilen.

Zuyd Hogeschool **ZU
YD**



Hannah Mayer, Chiara Urban und Alina Tigges

Wir sind in Deutschland staatlich anerkannte Ergotherapeutinnen und absolvieren den Bachelorstudiengang für Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen/Niederlande.

Sie sind ein:e mögliche:r Teilnehmer:in unserer Studie, wenn:

- Sie Ergotherapeut:in sind
- Sie seit zwei Jahren berufstätig sind
- Sie im ambulanten Praxissetting tätig sind

Um Ihre Erfahrungen im Hinblick auf Ihre Arbeit unter den Covid-19-Maßnahmen zu erfassen, freuen wir uns sehr, wenn Sie an unserer ca. 10 minütigen Online-Umfrage teilnehmen.

Über die folgende E-Mail Adresse, stehen wir Ihnen bei aufkommenden Fragen zur Verfügung.

Ergotherapie-Covid19@web.de



<https://bit.ly/3usoWmR>



Anlage 4: Einverständniserklärung Interviewteilnehmerinnen

Einverständniserklärung Teilnehmer

Was hat sich in der Ergotherapie durch die Covid-19-Pandemie verändert?

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

Name Studienteilnehmer*in:

Unterschrift:

Datum : __ / __ / __

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

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

Name Studienleiter*in: Chiara Urban

Unterschrift:

Datum: 21/05 /2021

Name Studienleiter*in: Hannah Mayer

Unterschrift:

Datum: 21/05 /2021

Name Studienleiter*in: Alina Tigges

Unterschrift:

Datum: 21/05 /2021

* Nicht Zutreffendes bitte herausnehmen.

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



Anlage 5: Qualitativer Interviewleitfaden

Leitfragen	Ergänzende Fragen
<p><u>Stammdaten:</u> Wie viele Jahre sind Sie berufstätig? Welche Art der Anstellung haben Sie? In welchem Fachbereich arbeiten Sie? Führen Sie aktuell Hausbesuche durch? Führen Sie auch Gruppenangebote durch? Wie viele Räumlichkeiten hat die Praxis in der Sie arbeiten? Wie viele Mitarbeiter sind in der Praxis tätig? Wie viele Mitarbeiter arbeiten gleichzeitig?</p>	<p>Fachbereich: Mit welchem Klientel arbeiten Sie hauptsächlich?</p> <p>Wenn ja. Institution oder zu Hause?</p>
<p><u>Einstiegsfragen:</u> Schildern Sie mir bitte einen typischen Ablauf mit ihren Klientinnen vom Erstkontakt bis zur Beendung der Therapie seit Beginn der Covid-19 Maßnahmen.</p>	<p>Erstkontakt: Klient nimmt Kontakt mit Ergotherapiepraxis auf Behandlung Beendung</p>
<p><u>Fragen zur Evaluationsphase:</u> Erzählen Sie mir doch etwas zu Ihren Erfahrungen, die Sie in der Befundungsphase mit ihren Klient:innen unter den Covid-19 Maßnahmen gemacht haben.</p> <p>Denken sie an die Betätigungsanliegen ihrer Klientin, vor und während der Pandemie, hat sich etwas verändert?</p> <p>Erzählen Sie mir doch etwas zu Ihren Erfahrungen, die Sie in der Zielvereinbarung mit ihren Klient:innen unter den Covid-19 Maßnahmen gemacht haben.</p>	<p>Wie war das mit ihrem Klientel/ Krankheitsbildern? Gestaltung des Eingangsgespräch Assessments</p> <p>Ja? Was hat sich verändert? Nein? Was schätzen Sie ein, weshalb haben sich die Anliegen bei dem Klientel nicht verändert? Was bedeutet ihre Feststellung für ihre Arbeit als Ergotherapeut:in?</p> <p>Zielvereinbarung unter Berücksichtigung der Betätigungsanliegen</p>



<p><u>Fragen zur Interventionsphase:</u> Erzählen Sie mir, wie Sie die Therapieeinheiten unter den Covid-19-Maßnahmen erleben?</p> <p>Inwiefern haben Sie Ihr Verhalten verändert und wie beeinflusst das den Prozess und Ihre Klienten?</p>	<p>Sie haben ja vorhin gesagt, dass Sie auch Gruppeneinheiten durchführen, wie nehmen Sie die aktuell wahr?</p> <p>Wie flexibel mussten Sie durch die Pandemie in der Therapieplanung agieren, im Hinblick auf die Zielerreichung der Klienten?</p>
<p><u>Fragen zur Abschlussphase:</u> Erzählen Sie mir doch etwas zu Ihren Erfahrungen, die Sie in der Abschlussphase der Therapie mit ihren Klient:innen unter den Covid-19 Maßnahmen gemacht haben.</p> <p>Was denken Sie, haben die Covid-19 Maßnahmen im privaten Umfeld der Klienten die Betätigungserreichung beeinflusst?</p>	<p>Wie haben sie unter den Covid-19 Maßnahmen ihre Ergebnisse evaluiert? (Evaluation/Assessments) Vergleich Anfang mit Ende</p> <p>Dauer des Prozesses/ Umweltfaktoren die Zielerreichung Grenzen gesetzt haben</p>
<p><u>Fragen zur Umwelt:</u> Wenn Sie jetzt zusammenfassend darüber nachdenken, worüber wir gerade geredet haben, wie erleben Sie sich in ihrer ergotherapeutischen Arbeit unter den Covid-19 Maßnahmen?</p>	<p>Organisatorischer Aufwand Positives/ negatives Erleben von Stress Erfahrungen Arbeitszufriedenheit</p>
<p><u>Abschlussfrage:</u> Welche Chancen könnten aus der Covid-19 Pandemie für die ergotherapeutischen Praxen resultieren?</p>	<p>Welche positiven Erfahrungen ziehen sie? Was muss man nicht nochmal wiederholen? Was sind ihre Lernerfahrungen?</p>



Anlage 6: Reflektionsfragen Prester:innen

<u>Reflektionsfragen</u>	<u>Reflektion der Pretester:innen</u>
Sind die Fragestellungen verständlich formuliert?	
Ist der Inhalt der Frage angemessen?	
Haben die Fragen zum Erzählen angeregt?	
Ist das Interview zu lang oder zu kurz?	
Sollen wir an den organisatorischen Aspekten, die das Interview betreffen, noch etwas ändern?	
Sonstiges	



Anlage 7: Transkriptionsausschnitt Teilnehmerin 1

169 I: sag ich's mal so also jetzt viele Patienten gerade die älteren oder das ältere Klientel hat
170 sich zurück gezogen also man merkt, dass bei vielen sich so eine Depression einschleicht,
171 das heißt das man die auch ermuntern muss auch mal wieder raus zu gehen sei es auch nur
172 mal vor die Haustür. es also man merkt viel obwohl ich wegen Neurologischen Erkrankungen
173 komme, dass ich auch da psychische Symptome schon bemerke und auch da schon darauf
174 eingehen muss obwohl das nicht, sag ich mal, das vorliegende Anliegen ist,
175 Behandlungsanliegen ist. so da muss man jetzt mittlerweile flexibel sein, mit vielen bin ich da
176 jetzt auch schon im Gespräch bezüglich ob man da noch ein einen anderen Therapeuten
177 hinzuziehen sollte also die Psychotherapie und ich würde schon sagen, dass es sich
178 verändert hat grade auch bei den Kindern. Jetzt die Kinder sind nicht nur sag ich mal
179 dadurch da.. viele können zum Beispiel nicht schwimmen also da.. das fängt da an. Das
180 Fahrrad fahren das das ging aber so das spielen das Interagieren mit anderen Kindern ist
181 ganz stark zurück gegangen wodurch auch die Kinder sich verändert haben, bei einigen
182 zeigen sich Rückschritte in der Entwicklung, viele können gar nicht mehr im Klassenverband
183 untereinander interagieren also es ist.. zeigt sich nicht nur bei den Erwachsenen sondern
184 auch bei den jüngeren also wirklich bei den Kindern und bei den Kindern macht mir das zum
185 Teil noch mehr Sorgen weil die weniger ja Strategien haben um damit umzugehen. Wir
186 Erwachsenen können noch besser damit umgehen das besser kommunizieren als die
187 Kinder. das wurde auch schon zum Teil in den Medien angesprochen, dass auch bei den
188 Kindern jetzt psychologische Auffälligkeiten zu beobachten sind die aufgefangen werden
189 müssen aber da findet noch zu wenig statt.

190
191 B: Ja wenn du jetzt gerade auch so ein bisschen an die Kinder denkst und was du grad so
192 geschildert hast, welche Erfahrungen hast du da bei der Zielvereinbarung gemacht, auch
193 bezogen auf die Pandemie. Hat sich da was verändert oder auch mit der Zielerreichung?
194

195 I: ja teils teils sag ich mal. also die wie gesagt ich arbeite nicht so auf der Betätigungsebene
196 von daher kann ich die Ziele jetzt nicht daran festlegen ich Versuche den Eltern möglichst
197 viel Material auch mit nach Hause zu geben dass das trainiert werden kann allerdings ist
198 jetzt zum Beispiel auch der Austausch mit den Lehrern. Der ist zwar gegeben das kann ich
199 machen aber die Lehrer können wenig Rückmeldung geben wie die Kinder sich jetzt
200 entwickelt haben dadurch dass sie keinen Präsenzunterricht hatten zum Beispiel. Und ja
201 Zielformulierungen geht aber je nachdem welche Schwerpunkte gelegt worden sind, sei es
202 jetzt das Verhalten im Klassenverband ist nicht gegeben, kann man nicht dran arbeiten, weil
203 die Kinder sehr wenig im Klassenverband waren. Die Zeit die sie im Klassenverband waren
204 auch nicht in der ganzen Klasse sondern in einer kleinen Gruppe. ist halt schwierig. Wenn es
205 jetzt um den Bereich Konzentration ging ist auch das schwierig, weil eben nicht weil die
206 Konzentration anders ist wie im Klassenverband und zum Teil ist die Konzentration aber
207 auch zu Hause stark also stark herabgesetzt also die Kinder, am Anfang fanden alle Kinder
208 das noch toll oder ja, alle fanden das noch toll. Und jetzt nach einem Jahr freuen die Kinder
209 sich wieder freiwillig in die Schule gehen zu können weil sie keine Lust mehr haben also ich
210 ja also die Zielformulierung ja doch könnte man schon sagen hat sich auch da verändert.
211 Nicht unbedingt zum Positiven.



Anlage 8: Auszug zusammenfassende Inhaltsanalyse Mayring (2015)

Transkript Teilnehmerin 1

Sag ich es mal so also jetzt, viele Patienten gerade die älteren oder das ältere Klientel hat sich zurück gezogen also man merkt, dass bei vielen sich so eine Depression einschleicht, das heißt dass man die auch ermuntern muss auch mal wieder rauszugehen sei es auch nur mal vor die Haustür. Also man merkt viel, obwohl ich wegen Neurologischen Erkrankungen komme, dass ich auch da psychische Symptome schon bemerke und auch da schon darauf eingehen muss, obwohl das nicht, sag ich mal, das vorliegende Anliegen ist, Behandlungsanliegen ist. Da muss man jetzt mittlerweile flexibel sein, mit vielen bin ich da jetzt auch schon im Gespräch bezüglich, ob man da noch einen anderen Therapeuten hinzuziehen sollte, also die Psychotherapie und ich würde schon sagen, dass es sich verändert, hat grade auch bei den Kindern. Jetzt die Kinder sind nicht nur sag ich mal dadurch da (...) viele können zum Beispiel nicht schwimmen also das fängt da an. Das Fahrrad fahren, das ging, aber so das Spielen, das Interagieren mit anderen Kindern ist ganz stark zurück gegangen wodurch auch die Kinder sich verändert haben, bei einigen zeigen sich Rückschritte in der Entwicklung, viele können Garnichts mehr im Klassenverband untereinander interagieren also es ist (...) es zeigt sich nicht nur bei den Erwachsenen, sondern auch bei den jüngeren, also wirklich bei den Kindern. Bei den Kindern macht mir das zum Teil noch mehr Sorgen, weil die weniger Strategien haben, um damit umzugehen. Wir Erwachsenen können noch besser damit umgehen, das besser kommunizieren als die Kinder. Das wurde auch schon zum teil in den Medien angesprochen, dass auch bei den Kindern jetzt psychologische Auffälligkeiten zu beobachten sind die aufgefangen werden müssen, aber da findet noch zu wenig statt.



Z1- Regel: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

Patienten gerade die älteren oder das ältere Klientel hat sich zurückgezogen, bei vielen schleicht sich eine Depression ein. Man muss ermuntern mal wieder rauszugehen, vor die Haustür. Obwohl ich wegen Neurologischen Erkrankungen komme, dass ich da psychische Symptome schon bemerke und da schon darauf eingehen muss, obwohl das nicht das vorliegende Behandlungsanliegen ist. Da muss man jetzt mittlerweile flexibel sein, mit vielen schon im Gespräch, ob man da noch einen anderen Therapeuten hinzuziehen sollte, die Psychotherapie. Gerade bei den Kindern verändert. Das Fahrrad fahren ging, aber das Spielen, das Interagieren mit anderen Kindern ist ganz stark zurück gegangen wodurch die Kinder sich verändert haben, bei einigen zeigen sich Rückschritte in der Entwicklung, viele können gar nicht mehr im Klassenverband untereinander interagieren also nicht nur bei den Erwachsenen, sondern auch bei jüngeren, also wirklich bei den Kindern. Bei den Kindern macht mir das noch mehr Sorgen, weil die weniger Strategien haben damit umzugehen. Erwachsene können noch besser damit umgehen, besser kommunizieren als die Kinder. Wurde zum Teil in den Medien angesprochen, dass auch bei den Kindern jetzt psychologische Auffälligkeiten zu beobachten sind die aufgefangen werden müssen, aber da findet noch zu wenig statt





**Z2 Regel: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus
Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau**

Ältere Klienten zurückgezogen und depressiv. Obwohl Therapie neurologisch, muss häufig psychiatrisch interveniert werden. Muss flexibler agieren können. Betätigungsanliegen stark bei Kindern verändert. Spielen mit andern Kindern zurück gegangen. Kinder haben sich dadurch verändert. Rückschritte in Entwicklung. Weniger Strategien damit umzugehen. Erwachsene können besser kommunizieren als Kinder. psychologische Auffälligkeiten bei Kindern.



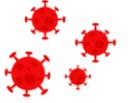
Z3 Regel: Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen

Psychiatrisch intervenieren bei älteren. Betätigungsanliegen bei Kindern verändert. Besserer Umgang bei Erwachsenen. Psychologische Auffälligkeiten bei Kindern.



Z4 Regel: Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau

Psychiatrisch intervenieren bei älteren. Betätigungsanliegen bei Kindern verändert. Besserer Umgang bei Erwachsenen. Psychologische Auffälligkeiten bei Kindern. Mehr Materialien nach Hause geben. Weniger Austausch mit Lehrer. Schulbasierte Ziele nicht umsetzbar. Konzentrationsschwierigkeiten ergeben. Früher Schluss für Hygienemaßnahmen. Desinfektion in Liste eintragen. Überschneidung nächste Therapieeinheit wegen Mehraufwand. Verständnis nicht immer da. Testungen viel mündlich sonst Materialien desinfizieren. Ausweichen auf Beobachtung. Mit FFP2 Maske mit Kinder weniger bewegen. Bei Mobilisation, mehr Kraft und Ausdauer. Konzentration lässt nach. Behandlung für Atempausen unterbrochen werden. Mehr Aufklärung. Flexible Gespräche mit Betroffenen zur Zielverfolgung. Eltern haben Gesprächsbedarf.



Anlage 9: Online-Fragebogen

Liebe Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Umfrage! Wir sind Studentinnen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) und untersuchen im Rahmen unserer Bachelorarbeit die Auswirkungen der Covid-19-Maßnahmen auf den ergotherapeutischen Prozess im ambulanten Praxissetting.

Die Teilnahme an der Umfrage wird **ca. 15 Minuten** in Anspruch nehmen. Die Umfrage erfolgt **anonym**. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt.

Bitte lassen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen nicht zu viel Zeit und geben Sie Ihren ersten Gedanken als Antwort ein. Versuchen Sie die Fragen so ehrlich wie mögliche zu beantworten. Die Umfrage kann jederzeit abgebrochen werden.

Bei aufkommenden Fragen stehen wir Ihnen unter der Email-Adresse **Ergotherapie-Covid19@web.de** zur Verfügung.

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Bei folgenden Alternativen werden diese Aktionen erfolgen:

- < 2 Jahre : An eine externe URL weiterleiten (<https://ergotherapie-covid.jimdosite.com/>)

1) Seit wie vielen Jahren sind Sie als Ergotherapeut:in tätig?

- < 2 Jahre
- 2 bis 4 Jahre
- 5 bis 10 Jahre
- > 10 Jahre

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Bei folgenden Alternativen werden diese Aktionen erfolgen:

- Nein : An eine externe URL weiterleiten (<https://ergotherapie-covid.jimdosite.com/>)

2) Arbeiten Sie in Deutschland?

- Ja
- Nein



3) In welchem Fachbereich sind Sie tätig? (Mehrfachantworten möglich)

- Pädiatrie
- Neurologie
- Orthopädie
- Geriatrie
- Psychiatrie
- Arbeitstherapie

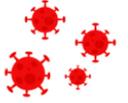
4) Sonstiges:

5) Welche Hygienemaßnahmen wurden aufgrund der Pandemie zusätzlich in der Praxis in der Sie tätig sind eingeführt?

- Mund-Nasen-Schutz Masken
- Visier
- Plexiglasscheibe
- Desinfektionsspender
- Händewaschen
- Hinweisschilder
- Einmalhandschuhe
- Abstandsregelung (1,5 m)
- Regelmäßige Desinfektion (Oberflächen, Material, Kugelschreiber etc.)

6) Sonstiges:

0/4000



7) Welche drei Hygienemaßnahmen beeinflussen den Behandlungsprozess für Sie am meisten?

- Mund-Nasen-Schutz Masken
- Visier
- Plexiglasscheibe
- Desinfektionsspender
- Hinweisschilder
- Einmalhandschuhe
- Abstandsregelung (1,5 m)
- Regelmäßige Desinfektion (Oberflächen, Material, Kugelschreiber etc.)

8) Sonstiges:

0/4000

9) Warum beeinflussen die zuvor genannten Hygienemaßnahmen Ihren Behandlungsprozess?

0/4000

10) Erfahren Sie durch die Covid-19 Maßnahmen einen höheren organisatorischen Arbeitsaufwand?

- Ja
- Nein

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:



Wenn die Frage ""Erfahren Sie durch die Covid-19 Maßnahmen einen höheren organisatorischen Arbeitsaufwand?"" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"

11) Was erfahren Sie aktuell als einen höheren organisatorischen Arbeitsaufwand?

0/4000

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Erfahren Sie durch die Covid-19 Maßnahmen einen höheren organisatorischen Arbeitsaufwand?"" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"

12) Überschneidet sich der höhere organisatorische Arbeitsaufwand mit der Therapiezeit?

- Ja
- Nein

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "" Überschneidet sich der höhere organisatorische Arbeitsaufwand mit der Therapiezeit? "" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"

13) Um wie viele Minuten überschneidet sich der höhere organisatorische Arbeitsaufwand mit der Therapiezeit?

- Weniger als 5 Minuten
- Mehr als 5 Minuten



14) Führen Sie Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume durch? (Hausbesuche, Altenheim, Schulbesuche etc.)

- Ja
- Nein

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Führen Sie Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume durch? (Hausbesuche, Altenheim, Schulbesuche etc.)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"

15) Wo finden die Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume statt?

- Hausbesuch (bei > 65 Jahren)
- Hausbesuch (bei < 65 Jahren)
- Seniorenheim
- Kita/ Kiga
- Schule
- WfbM

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Führen Sie Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume durch? (Hausbesuche, Altenheim, Schulbesuche etc.)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"

16) Sonstiges:

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Führen Sie Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume durch? (Hausbesuche, Altenheim, Schulbesuche etc.)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"



17) Hat sich die Anzahl der Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume verändert?

- Vermehrt
- Gleichbleibend
- Verringert

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Führen Sie Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume durch? (Hausbesuche, Altenheim, Schulbesuche etc.)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "ja"

18) Auf welche Grenzen/Barrieren sind Sie bei Therapieeinheiten außerhalb der Praxisräume gestoßen?

- keine

19) Beschreiben Sie kurz auf welche Grenzen/Barrieren Sie gestoßen sind.

0/4000

20) Erfordern die Covid-19 Maßnahmen Veränderungen von Räumlichkeiten bzw. Tools?

- Keine Veränderungen
- Teletherapie
- Therapie im Freien/Draußen
- Größere Räume



21) Sonstiges:

0/4000

22) Welche Veränderungen der Arbeitszeiten mussten erlassen werden?

- Kurzarbeit
- Mehrarbeit
- Schichtarbeit
- Es gab keine Änderungen der Arbeitszeiten

23) Sonstiges:

0/4000

24) Haben Sie vor den Covid-19-Maßnahmen Gruppeninterventionen durchgeführt?

- Ja
- Nein

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Haben Sie vor den Covid-19-Maßnahmen Gruppeninterventionen durchgeführt?"" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"



25) Führen Sie aktuell Gruppeninterventionen durch?

- Ja
- Nein

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Haben Sie vor den Covid-19-Maßnahmen Gruppeninterventionen durchgeführt?"" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"

26) Adaptiert (z.B. geringere Personenanzahl):

0/4000

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Führen Sie aktuell Gruppeninterventionen durch?"" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Nein"

27) Begründen Sie bitte kurz, warum Sie aktuell keine Gruppeninterventionen durchführen.

28) Nutzen Sie die Teletherapie während der Pandemie als Alternative zur herkömmlichen Therapie?

- Ja
- Nein



Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Nutzen Sie die Teletherapie während der Pandemie als Alternative zur herkömmlichen Therapie?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"

29) Wie wirksam nehmen Sie die Teletherapie wahr?

- sehr wirksam wirksam nicht sehr wirksam gar nicht wirksam

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Wie wirksam nehmen Sie die Teletherapie wahr?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "wirksam"
- "sehr wirksam"

30) Sind Sie daran interessiert die Teletherapie auch abseits der Covid-19 Pandemie weiterhin zu nutzen?

- Ja
 Nein
 Unentschlossen

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Sind Sie daran interessiert die Teletherapie auch abseits der Covid-19 Pandemie weiterhin zu nutzen?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Unentschlossen"
- "Nein"
- "Ja"



31) Begründen Sie bitte kurz Ihre Antwort.

32) Hat sich die Art der Therapieausführung/-formen, die Teletherapie ausgeschlossen, verändert?

- Ja
 Nein

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Hat sich die Art der Therapieausführung/-formen, die Teletherapie ausgeschlossen, verändert?" "" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"

33) Wenn ja, welche?

34) Beurteilen Sie folgende Aussage: "Durch die Covid-19 Pandemie gibt es mehr Therapieausfälle"

- trifft zu
 trifft nicht
 Es gab keine Veränderung

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Beurteilen Sie folgende Aussage: "Durch die Covid-19 Pandemie gibt es mehr Therapieausfälle"" "" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "trifft zu"

35) Welche Gründe wurden bei der Therapieabsage genannt?



36) Sind mehr Klient:innen von depressiven Verstimmungen/Vereinsamung betroffen im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie?

- Ja
 Nein

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Sind mehr Klient:innen von depressiven Verstimmungen/Vereinsamung betroffen im Vergleich zu vor der Covid-19 Pandemie?"" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Ja"

37) Welche Auswirkungen hat dies auf den Therapieprozess?

38) Müssen Sie den Therapieprozess im Vergleich zu vor der Pandemie häufiger adaptieren?

- Nie Einige Male Oft Fast immer / Immer

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage ""Müssen Sie den Therapieprozess im Vergleich zu vor der Pandemie häufiger adaptieren?"" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- "Fast immer / Immer"
- "Oft"
- "Einige Male"



39) Welche alternativen Methoden haben Sie unter den Covid-19 Maßnahmen innerhalb der Phasen des Therapieprozesses entwickelt und wie effektiv schätzen Sie diese ein?

	Alternative Methoden	Effektivität			
		1 (niedrig)	2	3	4 (hoch)
Befundung/Evaluation	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung/Intervention	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergebnis/Outcome	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40) Wie schätzen Sie die verschiedenen Phasen des Therapieprozesses trotz der Covid-19-Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit ein?

	Gut	Zufriedenstellend	Schlecht
Befundung/Evaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung/Intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergebnis/Outcome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41) Beeinflussen die Covid-19 Maßnahmen die Klient-Therapeut-Beziehung?

- Ja
- Nein

Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Wenn die Frage ""Beeinflussen die Covid-19 Maßnahmen die Klient-Therapeut-Beziehung?"" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält
- "Ja"



42) Haben Sie Alternativen entwickelt, um trotz der Covid-19-Maßnahmen eine angenehme Beziehung aufrecht zu erhalten? Wenn ja, welche?

0/4000

43) Wie hoch war Ihre Arbeitsbelastung während der Covid-19 Pandemie?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

44) Was denken Sie, in welchem Fachbereich könnten die Covid-19-Maßnahmen im Therapieprozess besonders einschneidend sein? (Mehrfachantworten möglich)

- Pädiatrie
- Neurologie
- Orthopädie
- Geriatrie
- Psychiatrie
- Arbeitstherapie

45) Sonstiges

46) Begründen Sie kurz

0/4000

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.
Trial Essentials for free - [Click here to create your survey today.](#)



Anlage 10: Ehrenwörtliche Erklärung

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere wir, Hannah Mayer, Alina Tigges und Chiara Urban, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt haben.

Verwendete Quellen wurden wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, 28. August 2021 

Ort, Datum

Hannah Mayer

Heerlen, 28. August 2021 

Ort, Datum

Alina Tigges

Heerlen, 28. August 2021 

Ort, Datum

Chiara Urban