THE WAY TO GO | THE WAY IT IS

Eine qualitative Studie über
die betätigungsorientierte und klientenzentrierte Gestaltung
des ergotherapeutischen Prozesses von Ergotherapeut:innen
in orthopädischen Reha-Kliniken

BACHELORARBEIT

Lisa-Sophie Michel
2067009

Kim Schroeder genannt Schilling
2064350

Soest/Werl/Heerlen (NL), September 2021

THE WAY TO GO | THE WAY IT IS

Eine qualitative Studie über die betätigungsorientierte und klientenzentrierte Gestaltung des ergotherapeutischen Prozesses von Ergotherapeut:innen in orthopädischen Rehakliniken

---

Bachelorarbeit

der Academie voor Ergotherapie,
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

Lisa-Sophie Michel
2067009

Kim Schroeder genannt Schilling
2064350

Begleiterin: Esther Wendel

Soest/Werl/Heerlen (NL), September 2021

Vorwort

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Soest, den 01.September 2021

Werl, den 01.September 2021

Copyright

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Zuyd Hogeschool oder der Autorinnen unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für die Vervielfältigung, die Speicherung und die Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikrofilmen und Übersetzungen.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei besonderen Personen bedanken, die diese Arbeit stets begleitet und uns auf unserem Weg der Erarbeitung unterstützt haben.

Als Erstes geht ein besonderer Dank an unsere Bachelorbegleiterin Esther Wendel. Du hast uns in zahlreichen Bachelorberatungen durch unterstützende Tipps und Hilfestellungen neue Blickwinkel und Motivation gegeben. Durch deine konstruktive und wertschätzende Begleitung gabst du uns von Beginn an einen sicheren Rahmen für unsere Ausarbeitung. Wir konnten uns zu jeder Zeit auf dich verlassen!
Außerdem bedanken wir uns bei den anderen Dozentinnen, die uns durch den vorbereitenden Forschungsunterricht Grundlagen und Kenntnisse der Forschung vermittelten.

Einen großen Dank möchten wir auch unseren Interviewteilnehmenden aussprechen. Wir bedanken uns für eure offene und ehrliche Art, die angenehmen Gespräche und eure zahlreichen Erfahrungen, durch die ihr diese Arbeit erst möglich gemacht habt. Darüber hinaus bedanken wir uns für eure Flexibilität in den besonderen Umständen der Covid-19-Pandemie.

Für eine monatelange Unterstützung, das große Verständnis für die Höhen und Tiefen unserer Emotionen und das Mitfiebern während des gesamten Prozesses möchten wir uns herzlich bei unseren Familien, Freunden und Partnern bedanken. Zusätzlich gilt euch auch der Dank für die letzte Korrektur unserer Arbeit.
Ohne euch wäre nicht nur die Bachelorarbeit, sondern auch das gesamte Studium nicht möglich!

Zum Schluss möchten wir uns auch gegenseitig danken für eine dauerhafte Unterstützung, den Spaß, den emotionalen Aufbau und die Vertiefung einer bereits langjährigen Freundschaft!

DANKE!

Lesehinweise

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 und 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.

Gendergerechte Sprache

In der vorliegenden Bachelorarbeit ist eine gendergerechte Sprache verwendet worden, um allen Menschen jeglichen Geschlechtes eine gleiche Wertschätzung entgegenzubringen und von den Lesenden bedacht zu werden. Dies setzen die Autorinnen um, indem sie geschlechtsneutrale oder gender-inkludierende Formen verwenden. Als Techniken hierfür verwenden die Autorinnen die Sichtbarmachung beider Geschlechter und der Gendergap mittels eines Doppelpunktes „:“ sowie die Nutzung geschlechtsneutraler Formulierungen.

Zitation

Die Zitation erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA), 6. Edition (2010).

Pseudonymisierung

Die Teilnehmenden der Interviews werden mit den Pseudonymen TN1-TN4 bezeichnet, um deren Identitäten zu schützen.

Formale Kennzeichnungen

„“	Kennzeichnung wörtlicher Rede
s.	Querverweis zu anderen Textstellen
Kapitel Zahl	Verweis auf ein Kapitel
A. Zahl	Verweis auf einen Anhang

Anhang

Im Anhang befindet sich zusätzlich eine Bewertung der Evidenz, der in der Arbeit verwendeten Literatur, sowie der zuvor von den Autorinnen erstellte Zeitplan der Ausarbeitung. Außerdem sind im Anhang der Interviewleitfaden und ein Ausschnitt einer Transkription eines Interviews zu finden.

Abkürzungsverzeichnis

AOTA	American Occupational Therapy Association
Abb.	Abbildung
ca.	circa
B.Sc.	Bachelor of Science
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CPPF	Canadian Practice Process Framework
d.h.	das heißt
DIZ	Doorzoek informatiebronnen Zuyd
etc.	Etcetera
i.A.a.	in Anlehnung an
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
i.d.R.	in der Regel
Kap.	Kapitel
KW	Kalenderwoche
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MOHO	Model of Human Occupation
SGB	Sozialgesetzbuch
TN	Teilnehmer:in
u.a.	unter anderem
unv.	unverständlich
USA	United States of America
WFOT	World Federation of Occupational Therapy
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel

Abstracts

Deutsch

Einleitung: Das zeitgenössische Paradigma der Ergotherapie beinhaltet die Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung im ergotherapeutischen Prozess. Das Ziel dieser Studie ist die Darstellung inwieweit der ergotherapeutische Prozess in orthopädischen Reha-Kliniken durch Ergotherapeut:innen betätigungsorientiert und klientenzentriert gestaltet wird und welche Faktoren dies beeinflussen. **Methode:** Es wurde eine qualitative Studie anhand von problemzentrierten Interviews nach Mayring (2016) durchgeführt. Vier Ergotherapeut:innen, welche zum Zeitpunkt der Studie in orthopädischen Reha-Kliniken tätig waren, sind zu ihrem therapeutischen Vorgehen befragt worden. Die Auswertung der Daten erfolgte basierend auf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).
Resultate: Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Teilnehmer:innen eine umfangreiche Klientenzentrierung in der Praxis umsetzen. Wohingegen die Betätigungsorientierung aufgrund von fehlendem Wissen, einem selten gelingenden Theorie-Praxis-Transfer und hemmenden Rahmenbedingungen anders als durch die Literatur dargestellt, praktiziert wird. **Schlussfolgerung:** In der aktuellen orthopädischen Rehabilitation arbeiten Ergotherapeut:innen größtenteils nach dem mechanistischen Paradigma, welches vor allem eine Umsetzung der Betätigungsorientierung erschwert. Daraus resultiert eine nicht klar definierte Berufsidentität. Um die Umsetzung der Betätigungsorientierung und der Klientenzentrierung zu gewährleisten müssen grundlegende Bedingungen in orthopädischen Reha-Kliniken für einen Changemanagement-Prozess geschaffen werden.

Englisch

Introduction: The contemporary paradigm of occupational therapy includes the implementation of occupational orientation and client centeredness in the occupational therapy process. The aim of this study is to show what influence occupational therapists have on the therapy process in orthopedic rehabilitation clinics in an occupation-oriented and client-centred way and to furthermore take a closer look at influencing factors. **Method:** A qualitative study was conducted using problem-centered interviews according to Mayring (2016). Four occupational therapists, working in orthopedic rehabilitation clinics at the time of the study, were interviewed about their therapeutic approach. The analysis of the data was based on the summarizing content analysis according to Mayring (2015). **Results:** The results indicate that the participants implement an extensive client-centeredness in practice. Whereas, due to a lack of knowledge, a rarely successful theory-practice transfer and inhibiting framework conditions, the occupational orientation is practiced differently as presented in the literature. **Discussion:** Currently, orthopedic rehabilitation occupational therapists mostly work according to the mechanistic paradigm, which makes the implementation of the occupational orientation difficult. This results in a not clearly defined professional identity. To ensure the implementation of occupational orientation and client-centeredness, basic conditions in orthopedic rehabilitation clinics must be created for a change management process.

Niederländisch

Inleiding: Het hedendaagse paradigma van de ergotherapie omvat de implementatie van activiteitenoriëntatie en cliëntgerichtheid in het ergotherapeutische proces. Het doel van deze studie is om aan te tonen in hoeverre het ergotherapeutische proces in orthopedische revalidatieklinieken door ergotherapeuten op een activiteitgerichte en cliëntgerichte manier wordt vormgegeven en welke factoren hierop van invloed zijn. **Methode:** Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met behulp van probleemgerichte interviews volgens Mayring (2016). Vier ergotherapeuten die ten tijde van het onderzoek in orthopedische revalidatieklinieken werkten, werden geïnterviewd over hun therapeutische aanpak. De evaluatie van de gegevens was gebaseerd op de samenvattende inhoudsanalyse volgens Mayring (2015).
Resultaten: Uit de resultaten blijkt dat de deelnemers een alomvattende klantgerichte aanpak in de praktijk brengen. Door een gebrek aan kennis, een zelden geslaagde overdracht van theorie naar praktijk en remmende randvoorwaarden wordt de activiteitenoriëntatie anders in de praktijk gebracht dan in de literatuur wordt voorgesteld. **Conclusie:** In de huidige orthopedische revalidatie werken ergotherapeuten meestal volgens het mechanistische paradigma, wat het vooral moeilijk maakt om de activiteitenoriëntatie te implementeren. Dit resulteert in een niet duidelijk omschreven beroepsidentiteit. Om de invoering van activiteitenoriëntatie en cliëntgerichtheid te garanderen, moeten in orthopedische revalidatieklinieken basisvoorwaarden worden geschapen voor een veranderingsproces.

Zusammenfassung

Das zeitgenössische Paradigma der Ergotherapie setzt den Fokus des ergotherapeutischen Prozesses auf die Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung. Betätigungsorientierung beinhaltet die individuellen und bedeutungsvollen Betätigungen einer Person einerseits als Methode, andererseits als Mittel der ergotherapeutischen Praxis. Das respektvolle Kommunizieren und das Einbeziehen der Klient:innen in den Entscheidungsprozess sind Kernaussagen der Klientenzentrierung. Diese Arbeitsweise wird aktuell nicht in allen Fachbereichen ausreichend umgesetzt. Ziel der folgenden Forschung ist es, herauszufinden, inwieweit der ergotherapeutische Prozess in orthopädischen Reha-Kliniken in Deutschland durch Ergotherapeut:innen betätigungsorientiert und klientenzentriert gestaltet wird. Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung sind ergänzend vier Leitfragen aufgestellt worden:

„Welche therapeutischen Mittel werden während des Prozesses genutzt und welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut:innen mit diesen gemacht?“

„Welche Rolle spielt der/die Klient:in während des ergotherapeutischen Prozesses?“

„Welche Rolle nimmt der/die Therapeut:in während des ergotherapeutischen Prozesses ein?“

„Welche Rahmenbedingungen (hemmende und fördernde Faktoren) beeinflussen den ergotherapeutischen Prozess?“

In dieser Studie ist ein qualitatives Studiendesign gewählt worden. Zur Erhebung der Daten sind vier problemzentrierte Interviews nach Mayring (2016) mit Ergotherapeut:innen, die in der orthopädischen Rehabilitation tätig sind, durchgeführt worden. Die Interviews basierten auf einem Leitfaden in Anlehnung an die Forschungs- und Leitfragen. Zur Auswertung der Daten erfolgte daraufhin eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

Ein grundlegender therapeutischer Prozess ist bei allen vier Teilnehmer:innen zu erkennen. In diesem wird eine klientenzentrierte Arbeitsweise in Form der Berücksichtigung von Bedürfnissen und Wünschen, Machtübergabe an den/die Klient:in in Entscheidungsprozessen und eines respektvollen Umgangs verdeutlicht. Jedoch stoßen Ergotherapeut:innen in der Umsetzung auch auf Hindernisse, welche z.B. durch die Unwissenheit über die Ergotherapie seitens der Klient:innen sichtbar werden. Ebenfalls wird in der Umsetzung der Betätigungsorientierung deutlich, dass diese durch vorherrschend hemmende Faktoren, wie z.B. eine funktionsorientierte Ausstattung und dem Wunsch nach einer funktionsorientierten Therapie seitens der Klient:innen, beeinflusst.

Daraus resultiert eine nicht eindeutig darzustellende Berufsidentität der Ergotherapeut:innen und eine zum größten Teil dominierende Arbeitsweise im mechanistischen Paradigma. Durch die Anpassung der Rahmenbedingungen in orthopädischen Reha-Kliniken kann eine Grundlage für einen Changemanagement-Prozess und der daraus folgenden Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung geschaffen werden.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Einleitung 10

1.1 Relevanz für die Ergotherapie 10
1.2 Zentrale Fragestellung und Leitfragen 11
1.3 Überblick über die Arbeit 11
1.4 Persönliche Motivation für die Arbeit 12

Kapitel 2 Theoretischer Hintergrund 13

2.1 Ergotherapie und die Entwicklung des Berufsbildes durch den Paradigmenwechsel 13
2.2 Umsetzung des aktuellen Paradigmas anhand der sechs Säulen der Ergotherapie 15
2.2.1 Klientenzentrierung 15
2.2.1.1 Der Begriff „Klient:in“ 16
2.2.2 Betätigungsorientierung 17
2.2.3 Kontextbasierung 18
2.2.4 Evidenzbasierung 18
2.2.5 Der/Die Ergotherapeut:in 18
2.3 Der ergotherapeutische Prozess 19
2.3.1 Die Zielformulierung 20
2.3.2 Ergotherapeutische Modelle und betätigungsorientierte Assessments 20
2.4 Orthopädische Reha-Kliniken in Deutschland 21

Kapitel 3 Methode 23

3.1 Formulierung der Forschungslücke 23
3.1.1 Literaturrecherche 24
3.2 Planung und Vorbereitung 25
3.2.1 Design der Untersuchung 25
3.2.2 Gütekriterien und ethische Aspekte der qualitativen Forschung 25
3.3 Datenerhebung 26
3.3.1 Stichprobe und Einschlusskriterien 26
3.3.2 Durchführung der Interviews 27
3.3.3 Transkription 28
3.4 Datenanalyse und -auswertung 28
3.4.1 Datenanalyse 28
3.4.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung 31
3.4.3 Datenauswertung 31

Kapitel 4 Resultate 33

4.1 Beschreibung der Teilnehmenden 33
4.2 Haupt- und Subkategorien 34
K‘1 Umsetzung der Klientenzentrierung 34
K‘2 Umsetzung der Betätigungsorientierung 36
K‘3 Gestaltung des Therapieprozesses 37
K‘3.1 Das Erstgespräch 37

K‘3.2 Die Ziele ... 38
K‘3.3 Die Nutzung von ergotherapeutischen Modellen & Assessments ... 39
K‘3.4 Die Intervention ... 40
K‘3.5 Die Re-Evaluation ... 41
K‘4 Die Rolle des/der Therapeut:in und des/der Klient:in ... 41
K‘4.1 Die Rolle des/der Therapeut:in ... 41
K‘4.2 Die Rolle des/der Klient:in ... 42
K‘5 Unterschiede zwischen den Therapeut:innen ... 43
K‘5.1 Unterschiede zwischen der jüngeren und der älteren ergotherapeutischen Generation ... 43
K‘5.2 Unterschiede zwischen examinierten und akademisierten Ergotherapeut:innen 44
K‘5.3 Die Berufsidentität ... 44
K‘6 Rahmenbedingungen in den Reha-Kliniken ... 45
K‘7 Hemmende und fördernde Faktoren in der Umsetzung von Klientenzentrierung & Betätigungsorientierung ... 46
K‘7.1 Hemmende Faktoren ... 46
K‘7.2 Fördernde Faktoren ... 47
K‘8 Wünsche der Therapeut:innen ... 48

Kapitel 5 Diskussion ... 50

5.1 Einsatz von therapeutischen Mitteln ... 50
5.2 Rolle des/der Klient:in ... 52
5.3 Rolle des/der Therapeut:in ... 53
5.4 Hemmende & Fördernde Faktoren ... 54
5.5 Umsetzung der Klientenzentrierung & Betätigungsorientierung ... 56
5.6 Reflexion ... 60
5.6.1 Inhalt ... 60
5.6.2 Voreingenommenheit der Autorinnen ... 61
5.6.3 Reflexion des methodischen Vorgehens ... 61

Kapitel 6 Schlussfolgerung ... 63

Literaturverzeichnis ... 65

Glossar ... 71

Abbildungsverzeichnis ... 73

Tabellenverzeichnis ... 73

Anhang ... 74

Kapitel 1 Einleitung

„Bei der Betätigungsorientierung, dass wir, ja auf bedeutungsvolle Aktivitäten aus dem Alltag eingehen. Was auch immer das dann bei den jeweiligen Patienten sein mag.“ (TN1, 117)

1.1 Relevanz für die Ergotherapie

Seit der Entstehung der Ergotherapie stellt die Betätigung der Menschen die Kernkompetenz der Profession dar und bietet Teilhabe für das sich betätigende Individuum (Townsend & Polatajko, 2007). Jede individuelle Betätigung ist eine Ressource für das tägliche Leben und somit eine Steigerung der Gesundheit (Townsend & Polatajko, 2007). Die alltäglichen menschlichen Betätigungen sind geprägt von einer individuellen Form und einem Sinn für Zweck, Bedeutung und kulturellen Stil (Christiansen & Townsend, 2003). So betrachtet man in der Ergotherapie das gesellschaftliche Leben mit einem betätigungsorientierten Blickwinkel, um zu verstehen, was die Menschen tun oder tun wollen und müssen, um gesund zu sein (Christiansen & Townsend, 2003).

Durch gesellschaftliche und historische Entwicklungen unterlag die Ergotherapie verschiedensten Einflüssen, sodass die ergotherapeutische Arbeit einige Paradigmenwechsel erlebte und durch diese geprägt wurde (Mentrup, 2013).
Das aktuelle zeitgenössische Paradigma beinhaltet eine zentrale Sichtweise auf die Interaktion von Person, Umwelt und Betätigung (Kielhofner, 2009). Innerhalb dieses Paradigmas wird zunehmend anerkannt, dass die Betätigung eine zentrale Rolle für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Person spielt (Kielhofner, 2009; WFOT, 2020; AOTA, 2020). Der Ausgangspunkt dieser Sichtweise ist der Einsatz von zielgerichteter Betätigung, die notwendig für die menschliche Entwicklung ist (Kinébanian, 2019c). Kielhofner plädierte 1995 dafür, den Menschen als offenes System im Wechselspiel mit seiner Umwelt zu sehen und so wurde das „Betätigen im Kontext“ mehr denn je zum zentralen Schwerpunkt der Ergotherapie (Kinébanian, 2019c). Anhand einiger Studien wird jedoch deutlich, dass diese Arbeitsweise nicht in allen Bereichen der Ergotherapie angewandt wird (Lüdeking, 2016; Weber, 2012; Merklein de Freitas, 2015; Schmid & Sell-Krude, 2014).

Durch nationale und internationale Literatur lässt sich somit belegen, dass die Betätigung für eine gesunde Lebensweise der Menschen zentral ist und als grundlegendes Merkmal der modernen Ergotherapie gilt (Schirmer, 2013). Bedeutungsvolle Betätigungen werden außerdem als ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten beschrieben (Schirmer, 2013). Somit gilt die Betätigungsorientierung einerseits als Methode, andererseits als Mittel der ergotherapeutischen Praxis und soll die Partizipation des Individuums sichern (Gritsch, 2017).
Der Fokus des zeitgenössischen ergotherapeutischen Prozesses sollte demnach auf der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung liegen. In orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen ist der ergotherapeutische Prozess durch Rahmenbedingungen geprägt, die Einfluss auf die ergotherapeutische Arbeitsweise nehmen. So umfasst z.B. das Klientel Individuen mit Wirbelsäulenerkrankungen, Zustände nach Gelenkserkrankungen oder Frakturen, sowie Erkrankungen an dem menschlichen Stütz- und Bewegungsapparates nach z.B. Unfällen, Sportverletzungen, chronischen Krankheiten, degenerativen Gelenkerkrankungen, entzündlich-rheumatische Erkrankungen oder auch Infektionen. Damit liegen die Einschränkungen auf motorisch-funktioneller Ebene (Pöttgen, 2020, Bengel, 2013).

Auf Grundlage dieser Vorüberlegungen wurde die Notwendigkeit der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung und die Umsetzung dieser im ergotherapeutischen Prozess sichtbar.
Bei der Recherche ergab sich, dass sowohl im internationalen als auch im nationalen Raum kaum Literatur in Bezug zu der ergotherapeutischen Arbeit in explizit orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen mit Blick auf diese beiden Komponenten vorhanden ist. Auch die Empfindungen der Therapeut:innen über ihre Identität als Ergotherapeut:innen sowie die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit im orthopädischen Kontext werden in der Literatur bisher wenig thematisiert. Das zeigt eine Forschungslücke auf, die im Rahmen dieser Arbeit näher beleuchtet wird.

1.2 Zentrale Fragestellung und Leitfragen

Die vorliegende Bachelorarbeit beantwortet die folgende zentrale Fragestellung:

„Inwieweit wird der ergotherapeutische Prozess in orthopädischen Rehakliniken in Deutschland durch Ergotherapeut:innen betätigungsorientiert und klientenzentriert gestaltet?“

Um diese Frage detailliert beantworten und die komplexen Zusammenhänge und Erfahrungen der einzelnen Therapeut:innen während des ergotherapeutischen Prozesses beleuchten zu können, wird die zentrale Fragestellung in vier Leitfragen untergliedert:

„Welche therapeutischen Mittel werden während des Prozesses genutzt und welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut:innen mit diesen gemacht?“

„Welche Rolle spielt der/die Klient:in während des ergotherapeutischen Prozesses?“

„Welche Rolle nimmt der/die Therapeut:in während des ergotherapeutischen Prozesses ein?“

„Welche Rahmenbedingungen (hemmende und fördernde Faktoren) beeinflussen den ergotherapeutischen Prozess?“

Die Beantwortung dieser Fragen stellt die verschiedenen Aspekte eines ergotherapeutischen Prozesses in orthopädischen Reha-Kliniken dar und offenbart Faktoren der Rahmenbedingungen, die Einfluss auf die Gestaltung des Prozesses nehmen. Die Ergebnisse dieser Studie sollen den aktuellen Stand der Ergotherapie in orthopädischen Reha-Kliniken in Bezug auf das aktuelle Paradigma der Ergotherapie offenlegen und Faktoren, welche die Umsetzung des zeitgenössischen Paradigmas beeinflussen, offenbaren. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der Klientenzentrierung und der Betätigungsorientierung. Darüber hinaus soll ein Einblick über die Empfindungen der Therapeut:innen in Bezug auf ihre ergotherapeutische Identität in orthopädischen Reha-Einrichtungen gegeben werden.

1.3 Überblick über die Arbeit

Die Autorinnen beleuchten im theoretischen Hintergrund (s. Kapitel 2) den aktuellen Stand der Forschung und definieren relevante Fachtermini sowie die Einflussnahme der verschiedenen Faktoren aufeinander. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Paradigmenwechsel der

Ergotherapie, der sechs Säulen der ergotherapeutischen Arbeit (Cup & van Hartingsveldt, 2019), dem ergotherapeutischen Prozess, sowie dem Kontext „Rehabilitationsklinik“.
Darauf folgt in Kapitel 3 das methodische Vorgehen nach Mayring (2015) im Rahmen der empirischen Sozialforschung. Die Daten sind anhand von problemzentrierten Interviews erhoben und durch eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert worden.
In Kapitel 4 werden die Resultate der Interviews dargestellt. Diese werden von den Autorinnen genutzt, um die Leitfragen zu beantworten. Diese Resultate werden von den Autorinnen in Kapitel 5 in den aktuellen Forschungskontext eingeordnet und hierbei Parallelen und Unterschiede diskutiert. Im Anschluss daran werden in der Reflexion die Stärken und Schwächen der methodischen Vorgehensweise beleuchtet und die Voreingenommenheit der Autorinnen analysiert.
Abschließend werden in Kapitel 6 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen und ein Ausblick auf offene Fragen sowie Handlungsempfehlungen gegeben.

1.4 Persönliche Motivation für die Arbeit

Das Thema der Bachelorarbeit hat für beide Autorinnen eine hohe Relevanz, da beide während der Ausarbeitungsphase der Arbeit in einer orthopädischen Reha-Klinik angestellt waren. Beide Autorinnen vertreten den Wunsch während ihrer Arbeit im orthopädischen Klinik-Setting ihren ergotherapeutischen Prozess klientenzentriert und betätigungsorientiert durchzuführen. Da diese Durchführung in ihrer Tätigkeit auf Schwierigkeiten stößt, haben sich die Autorinnen die Frage gestellt, inwieweit andere Ergotherapeut:innen in der orthopädischen Rehabilitation im Klinik-Setting ihre Arbeit klientenzentriert und betätigungsorientiert ausführen können und welche Rolle die Therapeut:innen und Klient:innen dabei einnehmen. Außerdem ist es für die Autorinnen von hoher Relevanz durch die Erfahrungen anderer Ergotherapeut:innen aus diesem Fachbereich zu erfahren, welche Rahmenbedingungen die Umsetzung einer klientenzentrierten und betätigungsorientierten Arbeit beeinflussen.

Kapitel 2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit dargestellt. Zunächst werden die Themenkomplexe erläutert, welche ein Verständnis über die Zusammenhänge und Hintergründe der aktuellen ergotherapeutischen Arbeit geben. Anschließend wird der ergotherapeutische Prozess dargelegt. Die Darstellung der Rahmenbedingungen im Setting deutscher Reha-Kliniken beenden den theoretischen Hintergrund, welcher die Ausgangspunkte für die Forschungsmethodik bildet (s. Kapitel 3).

2.1 Ergotherapie und die Entwicklung des Berufsbildes durch den Paradigmenwechsel

Um die aktuelle ergotherapeutische Arbeit zu verstehen, benötigt es einen Blick in die Vergangenheit des Berufsbildes und in die Veränderungen des Berufsverständnisses unter Betrachtung des Begriffs des Paradigmas. Das Ergotherapieparadigma ist ein Berufsparadigma, welches den Kern des Berufes beschreibt (Satink & Van de Velde, 2019). Ein Paradigma ist ständigen Veränderungen unterworfen und entwickelt sich durch ändernde Überzeugungen innerhalb der Berufsgruppe über gemeinsame Ausgangspunkte und Werte des Berufes stetig weiter (Satink & Van de Velde, 2019). Das Paradigma bildet somit eine gemeinsame Vision des ergotherapeutischen Berufes, welche die Berufsidentität bestimmt (Kielhofner, 2009). Dies bedeutet, dass sich im Paradigma die Sicht auf den Menschen und die Gesellschaft, als auch die Werte des Berufes wiederfinden und sich dieses an Veränderungen im Gesundheitssystem und der Gesellschaft anpasst (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Für die Ergotherapie bedeutet dies, dass die ergotherapeutische Arbeitsweise durch die Paradigmaverschiebung mit einem lebenslangen Lernen einhergeht (Turpin & Iwama, 2011).

Die Disziplin der Ergotherapie entstand 1914 in den USA und etablierte sich 40 Jahre später auch in deutschsprachigen Ländern (Mentrup, 2013). Vor der Gründung des Berufes und der Entstehung des ersten Paradigmas herrschte Ende des 17. Jahrhunderts und zu Beginn des 18. Jahrhunderts in Europa und den USA das „Moral Treatment“ als Hauptströmung der psychischen Versorgung. Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelte sich in Großbritannien und den USA die „Arts and Crafts“- Bewegung (Mentrup, 2013). Diese Strömungen trugen dazu bei, dass sich zunächst in den psychiatrischen Einrichtungen der Einsatz von Betätigung zur Gesundheitsverbesserung etablierte und sich somit das erste ergotherapeutische Paradigma, das „occupational paradigm“, entwickelte (Mentrup, 2013).

Der Kern des „occupational paradigm“ bildet die „Vision des Betätigens“, welche die Teilhabe an Aktivitäten und Tätigkeiten unterstützt (Kinébanian, 2019a). Diese „Vision des Betätigens“ basiert auf den von Adolf Meyer 1922 formulierten fünf Prinzipien (in Kinébanian, 2019a). Erst nach Ende des zweiten Weltkrieges fand diese Vision in Deutschland Anklang und schuf somit den Aufbau der eigentlichen „deutschen Ergotherapie“. Die Versorgung verwundeter Soldaten und Zivilisten wurde erstmals auf Grundlage von beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Verfahren durchgeführt (Junge, Longrée & Weber, 2019). „Im Bereich der Orthopädie wurde ab 1949 das Ziel der Wiedererlangung und Erhaltung der Funktionen und der Handlungsfähigkeit im Alltag verfolgt“ (Junge, Longrée & Weber, 2019, S. 49). Daraus resultierten der defizitorientierte und der ressourcenorientierte Ansatz. Der defizitorientierte Ansatz stellte die Funktionseinschränkung in den Vordergrund, die durch gezielte Mobilisation und Übungen trainiert worden ist. Defizite sollten darüber hinaus durch Kompensation und

adaptive Verfahren behoben werden. Der ressourcenorientierte Ansatz betrachtet hingegen die Funktion, die der/die Klient:in beherrscht. Die defizitären Bereiche wurden dabei durch das Tun trainiert (Junge, Longrée & Weber, 2019).

Aufgrund der Folgen des zweiten Weltkrieges fand in den USA während der 1950er-Jahre ein Wechsel von dem „occupational paradigm" zum „mechanistic paradigm" statt (Mentrup, 2013). In dieser Zeit erlebte die Ergotherapie großen Wachstum und Wandel, da sich der Schwerpunkt von der Verwendung vom Handwerk hin zu Rehabilitationstechniken auf Grundlage wissenschaftlicher Methoden verschob (Christiansen & Haertl, 2013). Dies ging gleichermaßen mit der biomedizinischen Sichtweise im Gesundheitssystem einher (Möller, 2017). Die Aktivitäten wurden so angepasst, dass sie im Rahmen der biomedizinischen Theorien zur Funktionssteigerung der Muskeln und Gelenke eingesetzt werden konnten (Kinébanian, 2019b). Darauf folgte eine reduktionistische Sichtweise auf den Menschen, welche die Funktion und Kompensation in den Vordergrund stellte, während die Betätigungen in den Hintergrund rückten (Kinébanian, 2019a; Mentrup, 2013).

Das biomechanische Modell

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf Kielhofner (2009). Das biomechanische Modell ist während des mechanistischen Paradigmas am häufigsten beschrieben worden, da es sich im Wesentlichen mit Problemen der muskuloskelettalen Kapazitäten beschäftigt. Die Theorie des Modells erklärt, wie der Körper für die Ausführung von Bewegungen ausgelegt ist und verfolgt das Ziel der Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeiten, Körperteile zu stabilisieren und zu bewegen, um die Bewegung für die Ausführung einer Betätigung zu erreichen. Das biomechanische Modell wird angewandt bei Einschränkungen der freien Bewegung und der Kraft. Ursache dafür sind Krankheiten oder Traumata des Bewegungsapparates. Außerdem werden Prozesse wie die Heilung von Gewebe und die Stärkung der Muskeln erläutert, um darzustellen wie ein Mensch Bewegung erzeugt und aufrechterhält. Die Interventionsmethoden zielen darauf ab, Funktionen zu erhalten oder wiederherzustellen. Wichtig dabei ist, nicht nur die Einschränkung selbst zu behandeln, sondern immer die Ursache der Einschränkungen zu erreichen und zu beheben.

Diese reduktionistische Sichtweise kam im deutschsprachigen Raum erst in den 1980er-Jahren an, während bereits in den 1960er-Jahren die ersten Ergotherapeut:innen in den USA dafür plädierten sich wieder auf den Ursprung der Ergotherapie zu besinnen und eine holistische und humanistische Sichtweise, durch die Einbeziehung der Betätigung, auf das Individuum einzunehmen (Mentrup, 2013). Das daraus resultierende zeitgenössische Paradigma wurde von Kielhofner (2009) als „emerging paradigm" bezeichnet, oder im deutschsprachigen Raum auch als „Paradigma der Partizipation" bekannt (Mentrup, 2013). So wurde das medizinisch-reduktionistische Modell aufgegeben und die phänomenologischen Aspekte in die Therapie mit einbezogen und ausgebaut (Kinébanian, 2019c). Der Ausgangspunkt dieser Sichtweise war der Prozess der Anpassung durch den Einsatz von zielgerichteter Betätigung, die notwendig für die menschliche Entwicklung ist (Kinébanian, 2019c). Kielhofner plädierte 1995 dafür, den Menschen als offenes System im Wechselspiel mit seiner Umwelt zu sehen und so wurde das „Betätigen im Kontext" mehr denn je zum zentralen Schwerpunkt der Ergotherapie (Kinébanian, 2019c).

Durch den Wunsch der Ergotherapie zurück zur „Vision des Betätigens“ erlebte sie in den 1980er-Jahren einen Wendepunkt durch die Entwicklung vieler bedeutungsvoller ergotherapeutischer Modelle und Theorien (Mentrup, 2013). Dazu zählen beispielsweise das MOHO (Kielhofner, 2007) und das COPM (Law et al., 2020). Ziel dieser Theorien und Modelle war es zu den ursprünglichen Werten und Normen zurückzukehren, auf denen die Ergotherapie seit der Gründung beruht (Kinébanian, 2019c). Einige Studien, die in den letzten Jahren erschienen sind, zeigen jedoch, dass das aktuelle Paradigma nicht in allen Bereichen der Ergotherapie etabliert ist (Lüdeking, 2016; Weber, 2012; Merklein de Freitas, 2015; Schmid & Sell-Krude, 2014).

Eine Kernaussage des Paradigmas der Partizipation ist, dass Betätigung für die Gesundheit und Lebensqualität essenziel ist (Mentrup, 2013). Deshalb gilt es den Fokus des Gegenstandsbereichs der Ergotherapie auf die tätige Person in ihrem individuellen Umfeld zu legen (Mentrup, 2013). Die WHO (2001) unterstützt das Gedankengut der Ergotherapie mit der Festlegung von Partizipation als zentralen Einflussfaktor auf die Gesundheit. Dies beschreibt die WHO (2001) in Form des bio-psycho-sozialen Modells der International Classification of Function, Disability and Health.

2.2 Umsetzung des aktuellen Paradigmas anhand der sechs Säulen der Ergotherapie

Durch die Paradigmenverschiebung kam es in der Ergotherapie zu neuen Grundannahmen und Werten (Mentrup, 2013). Der Mensch wird laut Möller (2017) als ein Wesen mit einem angeborenen Drang zur Betätigung betrachtet, der jedoch innerhalb dieser Betätigungen Dysfunktionen erleben und erfahren kann. Diese Betätigungen werden in der Therapie als therapeutisches Mittel zur Verbesserung der Durchführung der Betätigung genutzt (Möller, 2017). Auch Christiansen & Haertl (2013) betonen die Notwendigkeit, die Gesundheit zu fördern, indem die betätigende Natur des Menschen im Fokus steht. Ebenfalls steigt der Wunsch nach und die Entwicklung von evidenzbasierten Arbeiten in der Ergotherapie (Möller, 2017).
Die sechs Säulen der Ergotherapie basieren auf dem aktuellen „Paradigma der Partizipation“, welche die Grundlage der aktuellen ergotherapeutischen Denkweise leiten: Klientenzentrierung, Betätigungsorientierung, Kontextbasierung, Evidenzbasierung, Technologiebasierung und Populationsbasierung (Cup & van Hartingsveldt, 2019; Weber & Pott, 2011).
In diesem Kapitel werden durch Bezug auf vier der sechs Säulen die Notwendigkeit und die Möglichkeiten der betätigungsorientierten und klientenzentrierten Arbeit und die Umsetzung des zeitgenössischen Paradigmas aufgezeigt.

2.2.1 Klientenzentrierung

Die erste Leitlinie für die klientenzentrierte Praxis in der Ergotherapie brachte der kanadische Berufsverband CAOT 1983 heraus (Cup & van Hartingsveldt, 2019). 2010 veröffentlichte der Weltverband WFOT ein Positionspapier zur Klientenzentrierung (Cup & van Haringsveldt, 2019). In diesem Positionspapier beschreibt die WFOT, dass die ergotherapeutische Praxis sich darauf bezieht, Menschen zu befähigen Aspekte ihrer Person, ihrer Betätigung oder ihres Umfeldes zu verändern (WFOT, 2010). Laut der WFOT (2010), bildet eine humanistische Sichtweise die Grundlage der Ergotherapie, wodurch Ergotherapeut:innen in der Beziehung mit ihren Klient:innen personenzentriert handeln. Die WFOT (2010) stellt dar, dass

Ergotherapeut:innen die Klient:innen respektieren, mit diesen zusammenarbeiten, die subjektiven Erfahrungen der Menschen in Bezug auf ihre Teilhabe schätzen und das Wissen, die Hoffnungen, die Träume und die Autonomie jedes Einzelnen würdigen. Die klientenzentrierte Arbeit geht zurück auf die Werke des amerikanischen Psychologen Carl Rogers (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Rogers war der Meinung, dass Therapeut:innen die Verpflichtung haben die eigene Arbeit messbar und transparent zu machen (Hoos-Leistner, 2007). Darüber hinaus setzte sich Rogers dafür ein, dass die menschlichen Erfahrungen ernst genommen werden und für diese Verantwortung übernommen wird (Hoos-Leistner, 2007). In der kanadischen Definition der CAOT (1997) von Klientenzentrierung wird deutlich was dies konkret für die Ergotherapie bedeutet:

> Ergotherapeut:innen treten ihren Klient:innen respektvoll entgegen, bieten Teilhabe an der Entscheidungsfindung, streiten mit und für die Klient:innen, um die Umsetzung ihrer Belange und berücksichtigen die Erfahrung und das Wissen der Klient:innen.

In Bezug auf den ergotherapeutischen Prozess nehmen die Klient:innen die Rolle des Regisseurs ein und die individuellen Wünsche und Träume der Person stehen im Mittelpunkt. (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Die Klient:innen werden darüber hinaus als wichtigster Teil der Intervention beschrieben (Sumsion, 1999). Dies gewährleistet eine aktive Teilhabe an der Entscheidungsfindung (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Laut Weber & Pott (2011) stehen die Klient:innen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen im Zentrum der ergotherapeutischen Handlung. Ebenso beschreibt Sumsion (1999), dass die Klientenzentrierung die Autonomie, die Stärke und das Bedürfnis der Klient:innen nach Wahlmöglichkeiten von den Therapeut:innen respektiert werden müssen.
Während des ergotherapeutischen Prozesses reflektiert der/die Therapeut:in die Rolle des/der Klient:in und auch seine eigene und legt dabei stets den Fokus auf den/die Klient:in als zentrale Figur (le Granse & Kuiper, 2019). Gegenseitiger Respekt und Vertrauen für das Wissen und die Erfahrung, die Therapeut:innen und Klient:innen in den Therapieprozess einbringen, gewährleisten Authentizität. Eine authentische klientenzentrierte Arbeit wird durch Betätigungsorientierung verkörpert (Gupta & Taff, 2015). Während auch andere Berufsgruppen klientenzentriert arbeiten, unterscheidet sich die Ergotherapie durch ihre Sicht auf den Menschen als betätigendes Wesen von diesen (Gupta & Taff, 2015). Das Zusammenarbeiten auf gleicher Ebene und das Bearbeiten von alltagsrelevanten und wichtigen Betätigungen für den/die Klient:in, stehen im Bezug zum aktuellen Paradigma (Gupta & Taff, 2015).
Sumsion und Law (2006) und Hammell (2013) belegen, dass die klientenzentrierte Arbeit die Therapie effektiver gestaltet und die Klient:innen durch die thematisch konzeptionellen Elemente einer Partnerschaft, Kommunikation, Wahlmöglichkeiten und Hoffnung, Macht in dem Therapieprozess überschrieben bekommen, sodass sie im Mittelpunkt des Prozesses stehen und ihnen uneingeschränkter Respekt entgegengebracht wird. Eine Studie belegt dies ebenfalls und zeigt außerdem auf, dass eine Therapie ohne die Beachtung der Klientenzentrierung zu Frustration und einer verlangsamten Genesung führt (Walder & Molineux, 2019).

2.2.1.1 Der Begriff „Klient:in“

Um den Begriff der Klientenzentrierung besser verstehen zu können, gilt es den Begriff „Klient:in“ zu definieren. Ergotherapeut:innen sprechen von Klient:innen und nicht von Patient:innen (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Dieser Begriff schafft die Grundlage für die aktive Partizipation im ergotherapeutischen Prozess und stärkt die Beziehung zwischen

Therapeut:in und Klient:in (Townsend & Polatajko, 2013). Der/die Klient:in kann eine Person jeden Alters, aber auch eine Population, Familie, Gruppe, Gemeinschaft, Organisation oder Bevölkerung sein (WFOT 2010; le Granse & Kuiper, 2019). Der Begriff des „erweiterten Klienten“ wird dann verwendet, wenn der/die Klient:in nicht selbst in der Lage ist Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und stattdessen weitere Informationen aus der direkten Umwelt gewonnen werden (le Granse & Kuiper, 2019).

2.2.2 Betätigungsorientierung

Als Betätigung wird eine Aktivität bezeichnet, die zu einem bestimmten Zeitpunkt, in einem bestimmten Kontext und in einer bestimmten Rolle stattfindet (Townsend & Polatajko, 2007), welche geprägt ist von dem jeweiligen Zeitgeist und den Trends (Weber & Pott, 2011). Die Betätigungsorientierung gilt als grundlegendes Merkmal der modernen Ergotherapie (Schirmer, 2013) und bildet somit die Basis des Berufes (Romein, Aichhorn & Kohlhuber, 2020). Bedeutungsvolle Betätigungen werden als Oberbegriff ergotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten beschrieben (Schirmer, 2013). Somit gilt die Betätigungsorientierung einerseits als Methode, andererseits als Mittel der ergotherapeutischen Praxis und soll die Partizipation des Individuums sichern (Gritsch, 2017). Diese ergotherapeutische Vorgehensweise nennt sich die Top-Down-Methode, in der durch die Übung der Betätigung einzelne Aktivitäten und Funktionen trainiert werden, wohingegen die Bottom-Up-Methode an dem Training der Funktion ansetzt, um die Betätigung zu verbessern (Janssen & Barucchieri, 2013).
Zentraler Bestandteil der Ergotherapie soll die individuelle Betätigung sein (Stademann & Tsangaveli, 2016). Betätigungsbereiche in der Ergotherapie können sein: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Bildung, Arbeit, Spiel und Freizeit, sowie soziale Partizipation (Stademann & Tsangaveli, 2016). Betätigung kann somit alles sein, was Menschen in ihrem Alltagskontext tun (Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016). Romein, Kirsch und Dehnhardt (2016) beschreiben vier Merkmale von Betätigung. Zunächst ist eine Betätigung zielgerichtet und für die Person, die sie ausführt, eine wichtige Handlung. Darüber hinaus hat eine Betätigung einen definierten Anfang und ein Ende, zudem ist sie wahrnehmbar. Das letzte Merkmal beschreibt eine direkte Beziehung zum Kontext (Ort, Personen, Zeit etc.). Der Fokus der ergotherapeutischen Arbeit liegt auf der Partizipationsebene (Romein, 2010). Um Betätigungen eines/einer Klient:in zu erfassen und in der Therapie daran zu arbeiten, sind Ergotherapeut:innen auf Informationen der Klient:innen oder der Angehörigen angewiesen (Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016). Romein, Kirsch und Dehnhardt (2016) beschreiben zwei Methoden die Betätigungen der Klient:innen greifbar zu machen: ein Betätigungsprofil und eine Betätigungsanamnese. Das Betätigungsprofil erhebt Informationen über den Tagesablauf der Klient:innen, wohingegen die Betätigungsanamnese den Therapeut:innen hilft, die Betätigungsvorgeschichte zu erfassen (Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016). Eine Betätigungsanamnese umfasst eine ausführliche Liste mit den Betätigungen, die eine Person in unterschiedlichen Kontexten ausgeführt hat (Romein, Krisch & Dehnhardt, 2016). Die WHO hat festgestellt, dass die Gesundheit auch durch die Unfähigkeit Betätigungen durchzuführen und an diesen teilzunehmen, beeinträchtigt werden kann (Rogers, 2005). Da die Ergotherapie auf der Überzeugung basiert, dass Menschen sich betätigende Wesen sind, steht im Zentrum dieser Kernaussage der Ergotherapie die positive Beziehung zwischen Betätigung und Gesundheit (AOTA, 2014). In der Ergotherapie ist das Hauptziel die Ausübung und das Wiedererlangen von bedeutungsvollen Betätigungen zur Steigerung der Gesundheit und einer aktiven Teilhabe am Leben (Gupta & Taff, 2015). Einige Studien belegen,

dass die Umsetzung betätigungsorientierter Praxis ein Ausdruck der ergotherapeutischen Identität ist, die Art des Dienstleistungskontextes jedoch Einschränkungen mit sich bringt, die die Umsetzung beeinflussen (Hess-April, Ganas, Phiri, Phoshoko & Dennis, 2017). Darüber hinaus steigert eine betätigungsorientierte Praxis die Betätigungsperformanz deutlicher als eine nicht betätigungsorientierte Therapie (Ahn, 2019; Che Daud, Yau, Barnett & Judd, 2015). Des Weiteren berichtet eine Studie, dass eine betätigungsorientierte Therapie in der Rehabilitation möglich ist und die Rolle der Ergotherapie in diesem Setting definiert (Wong, Fagan & Leland, 2018).

2.2.3 Kontextbasierung

Kontextbezogenes Handeln zu ermöglichen ist ein Grundanliegen der Ergotherapie (Weber & Pott, 2011). In der Umsetzung der Betätigungsorientierung und der Klientenzentrierung ist es wichtig, den Blick auf den Alltagskontext der Klient:innen zu legen (Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016). Um den Klient:innen durch Klientenzentrierung eine aktive Rolle in der Therapie zu ermöglichen, muss die betätigungsorientierte Ergotherapie in einem definierten Kontext stattfinden, indem der/die Klient:in die für ihn/sie bedeutungsvollen Betätigungen direkt ausführen kann (Gupta & Taff, 2015). Unter Alltagskontext wird der Ort verstanden, an dem eine Person dauerhaft wohnt und lebt oder in der sich eine Person über einen gewissen Zeitraum aufhält, z.B. Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen (Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016). Ebenso ist eine klientenzentrierte und wirksame Therapie nur dann am besten möglich, wenn die Angehörigen, die dem sozialen Kontext angehören, in den Therapieprozess mit einbezogen werden (Weber & Pott, 2011). Die Einbeziehung des Kontextes bezieht sich nicht nur auf Personen im unmittelbaren Umfeld, mit denen der/die Klient:in interagiert, sondern auch auf die Umgebung, in der die Person handelt, z.B. Wohnraum, Transportsysteme, Einkaufzentren, Museen etc. (Weber & Pott, 2011).

2.2.4 Evidenzbasierung

Die Nutzung von aktueller ergotherapeutischer Evidenz, erlaubt es dem /der Ergotherapeut:in die Betätigungsperformanz und die Zufriedenheit der Klient:innen im ergotherapeutischen Prozess zu evaluieren und zu analysieren, sowie eine passende Therapie zu initiieren. Eine evidenzbasierte Praxis bietet eine kontinuierliche Qualität der Dienstleistungen, basierend auf den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen, zu sichern und dem/der Klient:in eine bestmögliche Behandlung (Radek & Tautorat, 2019). Die evidenzbasierte Praxis wird definiert als der gewissenhafte, explizite und sachkundige Einsatz der aktuellen Evidenz, um mit den Klient:innen und dessen System gemeinsam Entscheidungen zu treffen (Graff, Satink & Steultjens, 2019). Außerdem beinhaltet die evidenzbasierte Arbeit der Ergotherapeut:innen die Integration der individuellen klinischen Expertise mit den besten externen Evidenzen und den Wünschen und Erwartungen der Klient:innen und des Klientensystems (Scholten et al., 2013, zitiert in Graff, Satink & Steultjens, 2019).

2.2.5 Der/Die Ergotherapeut:in

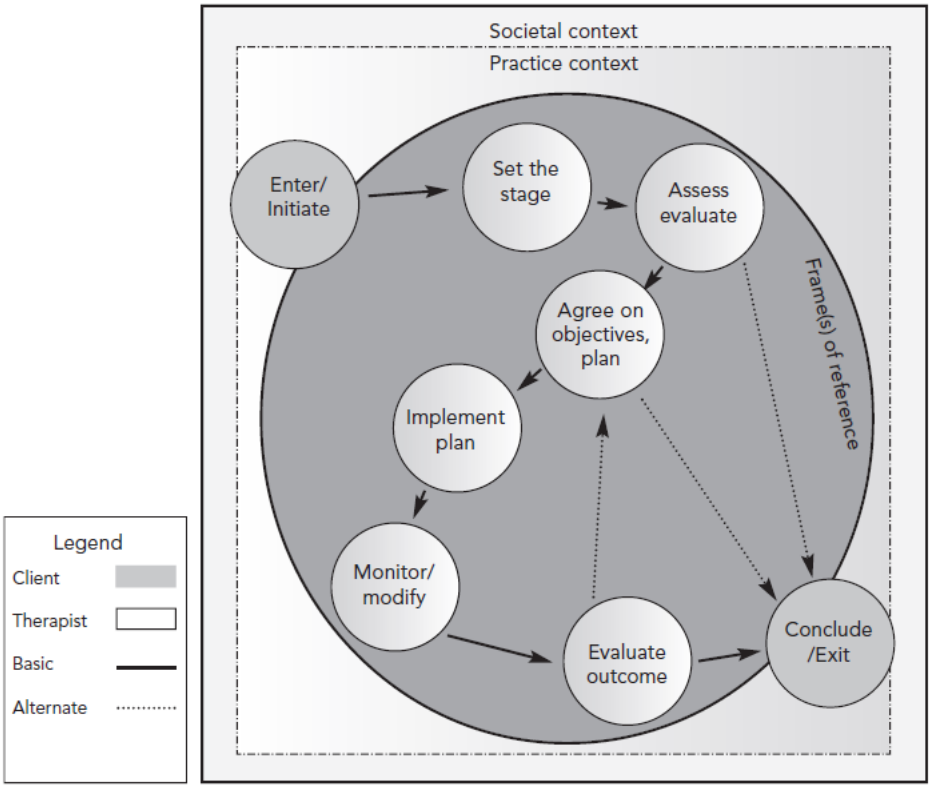
Die eigene Rolle des/der Therapeut:in, ist in der Umsetzung der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung von hoher Wichtigkeit. In der Literatur wird der/die Ergotherapeut:in beschrieben als Ermöglicher:in des Betätigens, wobei die Wünsche der Klient:innen aufgegriffen werden (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Dabei erfordert es seitens der

Therapeut:innen Empathie, Flexibilität, Kreativität und Problemlösungsstrategien (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Ergotherapeut:innen werden als Expert:innen für die Erfassung der individuellen Handlungsfähigkeit der Klient:innen beschrieben und unterstützen deren Entwicklung, Erhalt und Erweiterung. Dabei erfassen die Therapeut:innen gleichzeitig die Person, ihre Umwelt und ihre Betätigungsanliegen (Peterko et al., 2020). Die von Peterko et al. (2020) beschriebene Rolle umfasst außerdem Aspekte, die sich spezifisch auf den ergotherapeutischen Prozess von der Evaluation bis zur Re-Evaluation beziehen. Diese Aspekte beinhalten die Rollen der Professionsangehörenden, Kommunikator:innen, Lehrenden und Lernenden, Teamarbeitenden, Gesundheitsfürsprechenden sowie Manager:innen (Peterko et al., 2020).

2.3 Der ergotherapeutische Prozess

Die in Abschnitt 2.2. beschriebenen Säulen der Ergotherapie werden von den Ergotherapeut:innen innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses gezielt eingesetzt und dienen als Basis für eben diesen (Merklein de Freitas, Pott, Weber, Wendel & Zillhardt, 2015). Beispielhaft für einen typischen Ergotherapie-Prozess wird im Folgenden das CPPF (Abbildung 1) beschrieben. Falls nicht anders dargestellt beziehen sich die weiteren Aussagen auf Craik, Davis & Polatajko aus Townsend & Polatajko (2007). Bei dem CPPF handelt es sich um das Prozessmodell der kanadischen Modelltriplette. Es zeigt ein Prozess-Framework für evidenzbasierte und klientenzentrierte Handlungsmöglichkeiten auf und unterstützt Therapeut:innen bei einer betätigungsorientierten, evidenzbasierten und klientenzentrierten Praxis. Das CPPF wird in acht Aktionspunkten dargestellt und zeigt einen dynamischen Austausch zwischen Klient:in und Therapeut:in, welches stetig das Handeln reflektiert. Die verschiedenen Aktionspunkte Eintreten/Initiieren, Erwartungen abklären, erheben/bewerten, sich auf Ziele einigen/planen, Plan umsetzen, Überwachen/verändern, Ergebnis bewerten und beenden/abschließen verdeutlichen die zu ergreifenden Maßnahmen, nicht die einzelnen Sitzungen. Das angestrebte Ziel des CPPF-Prozesses ist das Erreichen der Betätigungsziele des/der Klient:in. Eine grundsätzliche und modellübergreifende Einteilung des Prozesses geschieht in Evaluation (Befundung), Intervention (Behandlung) und Outcome/Re-Evaluation (Überprüfung) (Merklein de Freitas, Pott, Weber, Wendel & Zillhardt, 2015).

Abbildung 1: Canadian Practice Process Framework (CPPF)



2.3.1 Die Zielformulierung

Im ergotherapeutischen Prozess ist die Zielformulierung ein Kernelement der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung.
Ziele werden anhand von Möglichkeiten und Äußerungen von Klient:innen aufgestellt. Für die Klient:innen bieten sie eine Möglichkeit die Veränderungen zu verfolgen und sorgen für einen kontinuierlichen Austausch zwischen Therapeut:in und Klient:in. Durch eine Formulierung z.B. mit Hilfe von SMART (spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch und terminiert) können Ziele so konkret und messbar wie möglich benannt werden (Logister-Proost & Steensel, 2019). Ebenso erleichtert diese Zielformulierung, wie oben genannt, die Fortschritte seitens der Klient:innen zu erkennen und die Motivation aufrecht zu erhalten (Logister-Proost & Steensel, 2019). Fünf Analysepunkte sind basierend auf der SMART-Regel für eine vollständige betätigungsorientierte Zielformulierung unter Berücksichtigung der Klientenzentrierung notwendig: Ist “Betätigung” das Hauptthema? Wird deutlich, in welchem Kontext diese Betätigung ausgeführt wird? Wird die Stimme des/der Klient:in gehört? Ist das Ziel konkret und überprüfbar formuliert? Gibt es eine zeitliche Angabe, wann der/die Klient:in das Ziel erreichen wird? (Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016).

2.3.2 Ergotherapeutische Modelle und betätigungsorientierte Assessments

Zur Erreichung der Ziele können Therapeut:innen verschiedene ergotherapeutische Modelle für den Aufbau und die Struktur ihrer Therapie nutzen. Dadurch erhält der/die Therapeut:in gemeinsam mit dem/der Klient:in Kenntnisse über die individuellen Betätigungsfragen (van Hartingsveldt, Meijers, Ras, Stal & ten Velden, 2019). Klient:innen werden durch die Nutzung

von Modellen und Assessments über den ergotherapeutischen Prozess informiert und eingebunden. Des Weiteren erhalten Therapeut:innen einen genaueren Einblick in die Wirksamkeit der Intervention und können ihr Handeln anpassen und verbessern. Ein weiterer Punkt ist die Kommunikationsverbesserung, welche durch die Assessments zwischen Kolleg:innen und Zuweiser:innen gefördert und standardisiert wird. Außerdem erhalten die Kostenträger Einblicke in die Ergebnisse der Therapie (Beurskens, Swinkels, Stutterheim & van Peppen, 2012 in van Hartingsveldt et al., 2019). So beschreibt Hocking (2001) das betätigungsorientierte Assessment, welches sich in 4 Schritte unterteilen lässt (Meaning, Function, Form und Performance components). Zusätzlich lässt sich dieses Assessments im zweiten Schritt, dem Ziel und Funktion der Betätigung, mit anderen Assessments wie z.B. dem COPM (Law et al., 2020) kombinieren. Larsson-Lund und Nyman (2017) belegen, dass die Verwendung von Modellen für die Ergotherapie eine Ressource in der Entwicklung des Berufes und des Verständnisses von Betätigungsanliegen der Klient:innen darstellt. Ebenso stellen Chen, Rodger und Polatajko (2002) in ihrer Studie dar, dass die Nutzung von betätigungsorientierten Assessments die Klient:innen an den Therapieprozess teilnehmen lässt und die Umsetzung der Klientenzentrierung steigert.

2.4 Orthopädische Reha-Kliniken in Deutschland

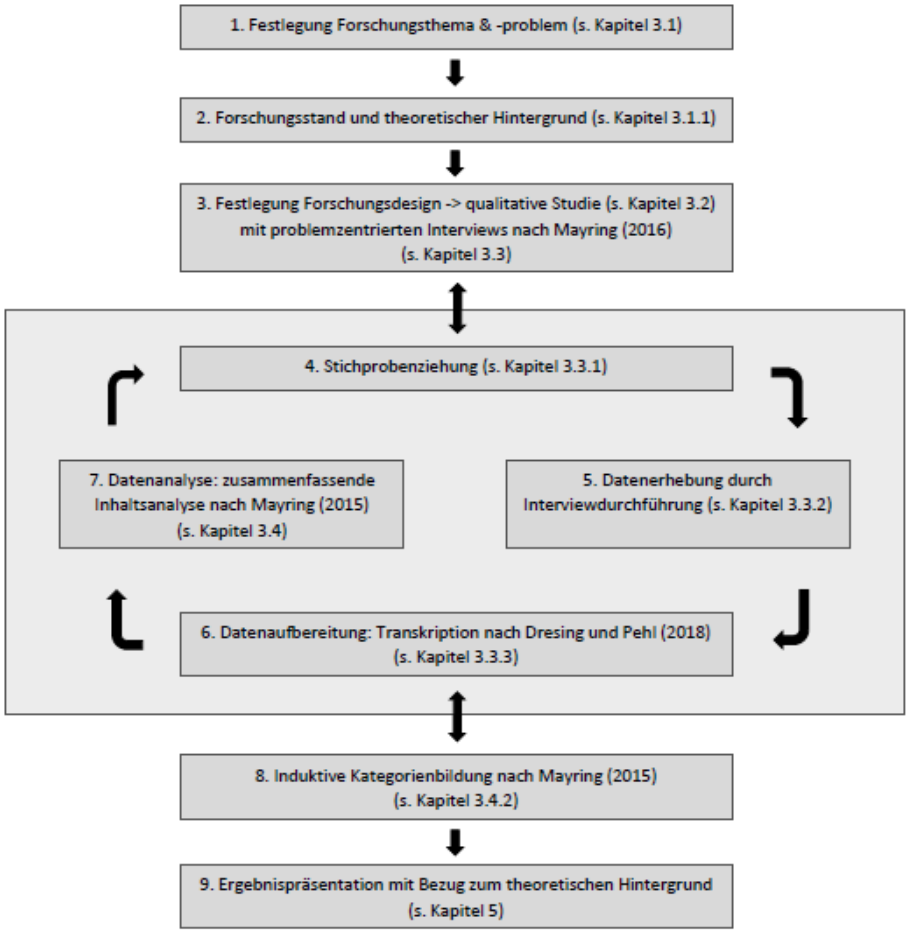
Ein Fachbereich der Ergotherapie bildet die Orthopädie. Orthopädische Rehabilitationskliniken verfolgen als Ziel die aus gesundheitlichen Gründen bedrohte oder beeinträchtigte Teilhabe der Klient:innen durch rehabilitationsmedizinische Versorgung wiederherzustellen, zu verbessern oder vor Verschlimmerung zu bewahren und die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Darüber hinaus dienen Rehabilitationskliniken dazu durch fachlich-medizinischer und kontinuierlich ärztlicher Verantwortung den Gesundheitszustand nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln zu verbessern und bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen (SGB V, §107, Abs. 2). Das medizinische Personal besteht in Rehabilitationskliniken aus Ärzt:innen und Fachkräften der Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und anderen Heilberufen (SGB V, §107, Abs. 2). Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen, die in der Regel für 3 Wochen erbracht werden, außer es bestehen medizinische Gründe für eine Verlängerung (SGB V, §40, Abs. 3). Dadurch ergeben sich auch unterschiedliche Behandlungszeiten für die Ergotherapie, welche auf den Prozess und die Ergebnisse der Behandlung Einfluss nehmen.
In orthopädischen Rehabilitationskliniken werden neben den am häufigsten vorkommenden Wirbelsäulenerkrankungen ebenso Zustände nach Gelenkserkrankungen oder Frakturen behandelt (Bengel, 2013). Die Orthopädie befasst sich somit mit Erkrankungen an dem menschlichen Stütz- und Bewegungsapparates nach z.B. Unfällen, Sportverletzungen, chronischen Krankheiten, degenerativen Gelenkerkrankungen, entzündlich-rheumatische Erkrankungen oder auch Infektionen (Pöttgen, 2020). Eine orthopädische Rehabilitation wird daraufhin als Anschlussheilbehandlung durch ein/e Ärzt:in angeordnet (Pöttgen, 2020).
Der größte Träger medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen ist die deutsche Rentenversicherung (DRV), die ca. zwei Drittel aller Heilbehandlungen erbringt (Bengel, 2013). Neben der DRV tragen die Leistungen der Rehabilitation die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung und weitere Träger (SGB IX, §6, Abs. 1).

Rehabilitationsmaßnahmen können in ambulant, teilstationär und stationären Settings durchgeführt werden.
Im Allgemeinen bezeichnet ambulant alle nicht-vollstationären Angebote (Bengel, 2013). Ein Richtwert für die indikationsspezifische Behandlungsdauer in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen liegt in der Orthopädie aktuell bei 16 Tagen (Deutsche Rentenversicherung, o.D.). Die Möglichkeit des Einbezugs der im gewohnten Umfeld bestehenden Schwierigkeiten, bietet einen guten Transfer dies in die Rehabiliation mit einzubeziehen (Bengel, 2013). Laut dem Bundesministerium für Gesundheit (2019) sind Rehabilitationskliniken für eine stationäre Versorgung zuständig, wenn eine ambulante Versorgung aufgrund von einem höheren Bedarf an ärztlicher und pflegerischer Behandlung benötigt wird. Eine stationäre Rehabilitation in der Orthopädie bietet eine Kompaktmaßnahme, die i.d.R. über eine indikationsspezifische Behandlungsdauer von 23 Tagen (Deutsche Rentenversicherung, o.D.) mit Übernachtung und ganztägiger medizinscher Überwachung erbracht wird (Bengel, 2013). Teilstationäre Rehabilitation entspricht von der Art und vom Umfang den stationären Behandlungsformen, jedoch ohne Übernachtung des Klientels (Bengel, 2013).

Kapitel 3 Methode

Die Gliederung der Forschungsarbeit ist angelehnt an Döring und Bortz (2016), welche einen zirkulären Forschungsprozess bestehend aus neun Schritten für qualitative Studien entwickelt haben.

Abbildung 2: Qualitativer Forschungsprozess i.A.a. Bortz & Döring (2016)



3.1 Formulierung der Forschungslücke

Der qualitative Forschungsprozess (Abbildung 2) beginnt mit der Festlegung des Forschungsthemas und -problems (Döring & Bortz, 2016). Auf Grundlage einer ausführlichen Literaturrecherche (s. Kapitel 3.1.1) über die Grundlagen der aktuellen ergotherapeutischen Praxis in Bezug auf klientenzentrierte und betätigungsorientierte Arbeit und den Rahmenbedingungen innerhalb deutscher Reha-Kliniken, wurde das Forschungsproblem formuliert. Die Autorinnen betrachteten hierfür sowohl nationale als auch internationale Literatur. Die Erkenntnisse der Literaturrecherche ergaben, dass zwar das aktuelle Paradigma eine Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung vorgibt, dieses jedoch noch nicht in allen Bereichen der Ergotherapie angemessen umgesetzt wird. Daher soll durch diese Arbeit das besondere Augenmerk auf die Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in orthopädischen Reha-Kliniken gelegt werden und die Frage beantwortet werden, inwieweit

diese speziell in diesem Setting umgesetzt werden und welche Rahmenbedingungen die Umsetzung und den ergotherapeutischen Prozess beeinflussen. Aufgrund eigener Erfahrungen stellen die Autorinnen die These auf, dass die Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung nicht dem aktuellen Paradigma entspricht und durch diverse Rahmenbedingungen gehemmt wird.

3.1.1 Literaturrecherche

Für die Literaturrecherche haben die Autorinnen im Vorfeld relevante Themengebiete und dazugehörige Keywords zusammengestellt (Döring & Bortz, 2016). Diese Themengebiete wurden durch die Nutzung der Keywords in einer systematischen Recherche beleuchtet, wodurch bereits relevante Literatur generiert werden konnte. Um weitere relevante Literatur zu finden, nutzten die Autorinnen sowohl die breite Recherche als auch das Schneeballsystem (Döring & Bortz, 2016). Die Datenbanken, die zur Literaturrecherche genutzt wurden, sind pubmed, google scholar, z-library und die DIZ Datenbank der Zuyd Hogeschool. Der Schwerpunkt bei der Literaturrecherche lag auf der klientenzentrierten und betätigungsorientierten Arbeitsweise. Weitere relevante Themengebiete waren das aktuelle Paradigma und der Paradigmenwechsel, der ergotherapeutische Prozess, sowie deutsche Reha-Kliniken in Bezug auf die Ergotherapie. Eine tabellarische Übersicht der Suchstrategie und der Keywords ist im Anhang (s. A1/A2) zu finden. Die Autorinnen überprüften die gefundenen Studien und Artikel hinsichtlich ihrer Relevanz für das Forschungsthema. Dies geschah anhand einer ersten Einschätzung der Relevanz durch die Sichtung der Überschriften und der Abstracts, woraufhin eine erneute Sortierung der Artikel und Studien nach ihrer Relevanz stattfand. Ein Ausschnitt ist im Anhang zu finden (s. A3). Ebenfalls bestimmten die Autorinnen das Evidenzlevel der Studien mit Hilfe der Forschungspyramide nach Borgetto (2011) und fügten einen Ausschnitt im Anhang an (s. A4).
Durch die Literaturrecherche und die Sichtung der Studien und Artikel wurde deutlich, dass durch die Paradigmenverschiebung die betätigungsorientierte und klientenzentrierte Ergotherapie den aktuellen Werten und Normen der Berufsgruppe entspricht. Darüber hinaus wurde jedoch durch verschiedene Studien deutlich, dass diese Arbeitsweise nicht in allen Bereichen der Ergotherapie angewandt wird (Lüdeking, 2016; Weber, 2012; Merklein de Freitas, 2015; Schmid & Sell-Krude, 2014).

Auf diesen Erkenntnissen basiert die zentrale Forschungsfrage und die vier Leitfragen, die zur Strukturierung der komplexen Themengebiete der Arbeit dienen:

„Inwieweit wird der ergotherapeutische Prozess in orthopädischen Rehakliniken in Deutschland durch Ergotherapeut:innen betätigungsorientiert und klientenzentriert gestaltet?“

> *„Welche therapeutischen Mittel werden während des Prozesses genutzt und welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut:innen mit diesen gemacht?“*
>
> *„Welche Rolle spielt der/die Klient:in während des ergotherapeutischen Prozesses?“*
>
> *„Welche Rolle nimmt der/die Therapeut:in während des ergotherapeutischen Prozesses ein?“*
>
> *„Welche Rahmenbedingungen (hemmende und fördernde Faktoren) beeinflussen den ergotherapeutischen Prozess?“*

Nach der Analyse der, für die Forschung relevanten Literatur entschieden sich die Autorinnen für eine empirische Aufarbeitung des Themas, um ihre Forschungsfrage beantworten zu können.

3.2 Planung und Vorbereitung

Zur Planung und Vorbereitung der Forschung des qualitativen Forschungsprozess (Abbildung 2) wird nun das Untersuchungsdesign festgelegt und eine Methode zur Untersuchung bestimmt (Döring & Bortz, 2016).

3.2.1 Design der Untersuchung

Das Untersuchungsdesign charakterisiert die methodische Vorgehensweise einer Studie (Döring & Bortz, 2016). Da diese Studie darauf abzielt, zum wissenschaftlichen Kenntnisstand der Ergotherapie beizutragen, handelt es sich hierbei um eine sogenannte unabhängige Grundlagenforschung (Döring & Bortz, 2016). Unabhängig deshalb, weil die Studie nicht durch Externe in Auftrag gegeben worden ist. Die Ergebnisse einer Grundlagenforschung dienen zunächst der Wissenschaftsgemeinschaft und regen weitere Forschungsaktivität an (Döring & Bortz, 2016). Da die Ergebnisse dieser Studie die Erfahrungen und Erlebnisse von Ergotherapeut:innen zu dem ergotherapeutischen Prozess in deutschen orthopädischen Reha-Kliniken aufzeigen sollen, handelt es sich hierbei um eine qualitative Sozialforschung. Die qualitative Forschung arbeitet mit Textmaterialen (Interviewtranskripte), die systematisch analysiert werden (Döring & Bortz, 2016). Dabei liegt der Fokus auf einer sehr detaillierten und umfassenden Analyse weniger Fälle (Döring & Bortz, 2016). Eine qualitative Forschung liegt eigenen Gütekriterien zugrunde (Döring & Bortz, 2016).

3.2.2 Gütekriterien und ethische Aspekte der qualitativen Forschung

Ein wichtiger Standard empirischer Forschung ist die Einschätzung der Ergebnisse der Forschung durch Gütekriterien (Mayring, 2016). Mayring (2016) stellt sechs allgemeine

Gütekriterien auf: *Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, Kommunikative Validierung und Triangulation*.
Die *Verfahrensdokumentation* stellt sicher, dass das methodische Vorgehen, welche speziell für den Gegenstand entwickelt wurde, bis ins Detail dokumentiert wird, sodass der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar wird (Mayring, 2016).
Die Regel, dass Interpretationen nicht gesetzt, sondern argumentativ begründet werden müssen, beschreibt die *argumentative Interpretationsabsicherung* (Mayring, 2016). Dabei sind verschiedene Kriterien zu beachten. Das Vorverständnis der jeweiligen Interpretation muss adäquat sein; die Interpretation in sich schlüssig sein und es muss nach Alternativdeutungen gesucht werden (Mayring, 2016).
Die *Regelgeleitetheit* prüft, ob die qualitative Forschung sich an bestimmte Verfahrensregeln hält und ihr Material systematisch bearbeitet. Die Qualität der Interpretation wird vor allem durch das schrittweise, sequenzielle Vorgehen abgesichert. Dies kann gewährleistet werden durch ein Ablaufmodell (Mayring, 2016).
Die *Nähe zum Gegenstand* ist ein Leitgedanke der qualitativen Forschung (Mayring, 2016). Dies bedeutet, dass möglichst nah an der Alltagswelt der Subjekte, die beforscht werden, anknüpft wird und versucht wird, eine Interessensübereinstimmung mit den Beforschten zu erreichen (Mayring, 2016).
Mit *kommunikativer Validierung* ist gemeint, dass die Ergebnisse und die Interpretationen den Beforschten nochmals vorgelegt werden, da sie nicht nur Datenlieferanten, sondern denkende Subjekte sind. Deshalb wird der Dialog zwischen den Forschenden und den Beforschten aufgenommen (Mayring, 2016). Dies bietet eine Absicherung der Rekonstruktion subjektiver Bedeutungen (Mayring, 2016).
Das letzte Gütekriterium ist die *Triangulation*, welche prüft, inwieweit unterschiedliche Lösungswege für die Fragestellung gefunden wurden und inwieweit die Ergebnisse verglichen wurden (Mayring, 2016). Dieser Vergleich kann Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysewege aufzeigen. Dabei können auch qualitative und quantitative Analysen miteinander verglichen werden (Mayring, 2016).
Die dieser Arbeit zugrundeliegende Forschungsethik ist dem Anhang (s. A.13) angefügt und ausführlich auf die Forschung angewandt worden.

3.3 Datenerhebung

Im qualitativen Forschungsprozess nach Döring und Bortz (2016) (Abbildung 2) erfolgt zunächst die Stichprobenziehung, mit welcher der zirkuläre Forschungsprozess beginnt. Daraufhin werden die Daten durch problemzentrierte Interviews nach Mayring (2016) erhoben und anschließend aufbereitet. Für die Aufbereitung der gesammelten Daten ist eine Transkription mit den Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) durchgeführt worden.

3.3.1 Stichprobe und Einschlusskriterien

Da zu jedem Einzelfall umfassendes Material gesammelt wird, beschränkt man sich in der qualitativen Forschung auf kleine Stichproben, die sich aus bewusst ausgewählten Fällen zusammensetzen (Döring & Bortz, 2016). Da in dieser Studie eine Fragestellung untersucht wird, die sich auf eine spezielle Zielgruppe bezieht, wird eine gezielte Auswahl bestimmter Arten von Fällen eingesetzt (Döring & Bortz, 2016). In diesem Falle handelt es sich um homogene gezielte Stichproben, d.h. die Probanden aus der interessierenden Zielgruppe werden

über wenige Rekrutierungswege angesprochen und es wird ein relativ kleines Sample zusammengestellt (Döring & Bortz, 2016). Personenbezogene Daten der Teilnehmenden sind in Tabelle 1 in Kapitel 4.1 näher beschrieben.
Die Autorinnen haben für diese Studie einen Flyer zur Rekrutierung von Probanden erstellt (s. A5). Dieser Flyer ist über die sozialen Medien *Instagram* und *ergoXchange* verteilt worden. Parallel haben die Autorinnen E-Mails (s. A.6) verfasst und diese an eine Auswahl von 11 Reha-Kliniken in Deutschland mit dem Schwerpunkt Orthopädie geschickt. Des Weiteren ist der Flyer über die Schneeballmethode (Döring & Bortz, 2016) an ehemalige Dozierende und Mitschüler:innen verteilt worden. Über diese Rekrutierungswege haben die Autorinnen fünf Teilnehmer:innen rekrutieren können. Ein:e der Teilnehmer:innen hat jedoch keinen weiteren Kontakt zu den Autorinnen aufgenommen, sodass letztlich vier Interviews durchgeführt werden konnten. Zuvor haben die Autorinnen eine Teilnehmendeninformation und eine Einverständniserklärung per E-Mail an die Teilnehmer:innen geschickt, um die Freiwilligkeit und eine informierte Einwilligung zu gewährleisten (s. A9). Ebenfalls sind über den E-Mail-Verkehr gemeinsame Termine für die Interviews ausgemacht worden.
Die Teilnehmer:innen erfüllten alle die, der Autorinnen im Vorfeld aufgestellten, Einschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie (s. A7).

3.3.2 Durchführung der Interviews

Wie bereits beschrieben handelt es sich bei der Methode zur Datenerhebung um problemzentrierte Interviews nach Mayring (2016) in Form eines Einzelinterviews (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016). Es handelt sich dabei um eine offene, halbstrukturierte Befragung, die die Befragten möglichst frei zu Wort kommen lässt, um einem offenen Gespräch nah zu kommen (Mayring, 2016). Dieses Interview ist zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die von der interviewenden Person eingeführt wird und auf die diese immer wieder Bezug nimmt (Mayring, 2016). Diese Problemstellung ist bereits im Vorfeld durch die Literatur analysiert worden und dient als Grundlage für einen Interviewleitfaden (Mayring, 2016). Diesen Leitfaden haben die Autorinnen nach der Sichtung der Literatur in Anlehnung an Döring & Bortz (2016) erstellt (s. A8) und in der Pilotphase nach der Durchführung eines Probeinterviews (KW 17) zur aktuellen Version überarbeitet (s. A8). Die Pilotphase diente der Erprobung des Leitfadens und der Interviewübung für die Autorinnen. Der Leitfaden enthält die einzelnen Thematiken der Literatur in einer sinnvollen Reihenfolge, dargestellt durch einen Katalog an Hauptfragen und jeweils dazugehörige Detaillierungsfragen (Mayring, 2016).
Sowohl das Probeinterview als auch die Interviews der Studie sind über die Plattform *Microsoft Teams* durchgeführt worden. Aufgrund der anhaltenden COVID-19-Pandemie war es den Autorinnen nicht möglich einen direkten räumlichen Kontakt zu den Teilnehmer:innen herzustellen. Aus Gründen der Infektionsprävention haben sich die Autorinnen deshalb für eine Onlinedurchführung der Interviews entschieden. Die Teilnehmer:innen sind im Vorfeld durch die Autorinnen gebeten worden, die aktuelle kostenfreie Version von *Microsoft Teams* auf ein internetfähiges Endgerät zu laden, sodass ein reibungsloser Ablauf der Interviews gewährleistet werden konnte. Die Interviews umfassten einen zeitlichen Rahmen von ca. 45-60 Minuten. Die individuellen Termine der Interviews sind in Absprache mit den Teilnehmer:innen ermittelt worden und fanden wie folgt statt: TN1 – KW 18, TN2 – KW 18, TN3 – KW 20 und TN4 – KW 22.
Nach dem Gesprächsbeginn, welcher ein gegenseitiges Vorstellen und die Darstellung des Untersuchungsanliegens seitens der Interviewerin beinhaltet, ist zusätzlich ein mündliches Einverständnis zur Aufnahme und Transkription der Interviews eingeholt worden. Die

Teilnehmer:innen sind ebenfalls noch einmal durch die Autorinnen über den Datenschutz aufgeklärt worden. Die Interviews sind durch zwei Aufnahmegeräte aufgenommen worden, um eine doppelte Absicherung der Daten zu gewährleisten. Die erhobenen Aufnahmen sind aus Datenschutzgründen nach Beendigung der Interviews auf die *OneDrive*-Cloud der Zuyd Hogeschool hochgeladen und von den Aufnahmegeräten entfernt worden. Die Speicherung der Aufnahmen ist aufgrund von Datenschutzgründen nummeriert worden (TN 1-4), um so eine Pseudonymisierung der Daten während des gesamten Forschungsprozesses zu gewährleisten. Auch die im Verlauf der Studie erstellten Transkripte (s. Kapitel 3.3.3) sind auf diesem Wege gespeichert worden.
Die eigentliche Durchführung der Interviews begann mit einer einleitenden Frage zu biographischen Informationen (Sondierungsfrage (Mayring, 2016)), die den Gesprächseinstieg erleichtern sollte. Daraufhin folgten vier Hauptfragen mit jeweils ca. vier bis acht Detaillierungsfragen (Leitfadenfragen (Mayring, 2016)). Das Gesprächsende umfasste weitere Fragen oder Äußerungen zum Thema seitens der Interviewten und ein informelles Gespräch. Darüber hinaus sind die Teilnehmer:innen über die Ergebnispräsentation informiert und zu einer Teilnahme eingeladen worden.

3.3.3 Transkription

Die Transkription der durch die Interviews erhaltenen Aufnahmen unterliegt den Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2018) (s. A.10). Jede der Autorinnen transkribierte jeweils zwei der vier Interviews. Um ein einheitliches Verständnis und einen gemeinsamen Überblick über die Inhalte der Transkripte, aber auch die Richtigkeit der Durchführung der Transkription zu gewährleisten, haben die Autorinnen jeweils die Transkripte der anderen Autorin gegengelesen und auf Fehler in der Transkription und im Inhalt überprüft. Die überprüften Transkripte wurden daraufhin für ein Member-Check zu den einzelnen Teilnehmer:innen per E-Mail geschickt, sodass auch diese erneut den Inhalt der Daten überprüfen konnten. Die Ergebnisse wurden von den Studienteilnehmer:innen gelesen und kontrolliert, wodurch überprüft wurde, ob die Erfahrungen der Teilnehmer:innen korrekt wiedergegeben wurden (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016). Ein Ausschnitt eines Transkripts ist dem Anhang beigefügt (s. A11).

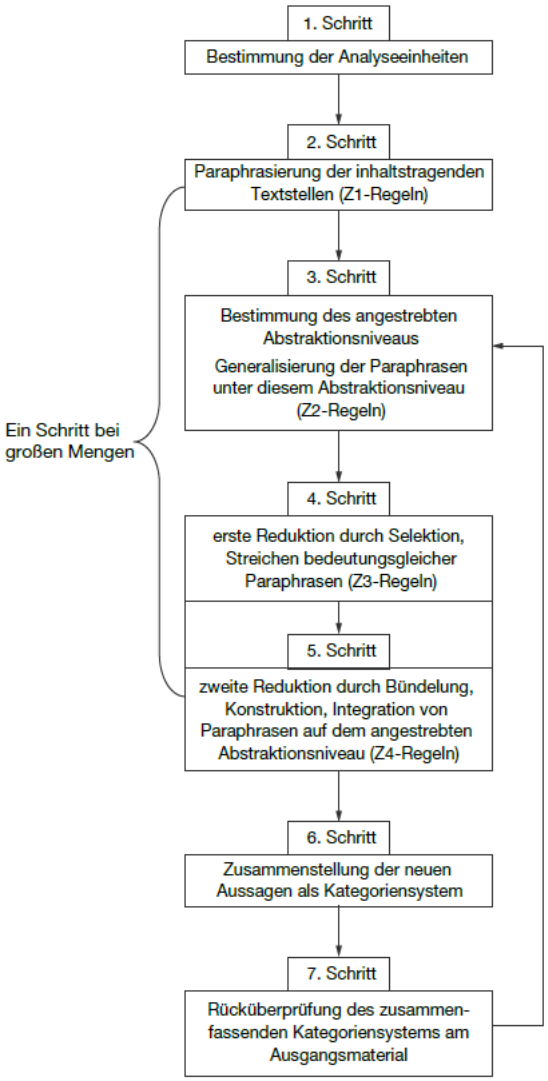
3.4 Datenanalyse und -auswertung

Analysiert werden die Daten durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Die analysierten und zusammengefassten Ergebnisse der Daten werden dann in dem Schritt der Hypothesen- und Theorienbildung (Döring & Bortz, 2016) durch die induktive Kategorienbildung nach Mayring (2015) in Hauptkategorien und Subkategorien aufbereitet (Kap. 4), um diese in Bezug auf den theoretischen Hintergrund zur Ergebnispräsentation (Döring & Bortz, 2016) zu nutzen (s. Kapitel 5).

3.4.1 Datenanalyse

Zur Datenanalyse bedienen sich die Autorinnen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Diese ist in der nachfolgenden Abbildung 3 durch ein Ablaufmodell dargestellt:

Abbildung 3: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)



Die zusammenfassende Inhaltsanalyse versucht jegliches Material zu berücksichtigen und systematisch auf das Wesentliche zu reduzieren (Mayring, 2015). Grundprinzip einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist, dass das Abstraktionsniveau der Zusammenfassung genau festgelegt wird, auf welches das Material transformiert wird (Mayring, 2015). Durch eine schrittweise Verallgemeinerung dieses Abstraktionsniveaus wird die Zusammenfassung immer abstrakter (Mayring, 2015). Nach Beendigung der Analyse können die Ergebnisse nach den bereits beschriebenen Gütekriterien bewertet werden (s. Kapitel 3.2.2).

Bevor die zusammenfassende Inhaltsanalyse näher beschrieben wird, wird im Folgenden der Weg der Autorinnen zu der passenden Analysetechnik beleuchtet.
Die Inhaltsanalyse ist eine Auswertungsmethode, das bedeutet es wird bereits fertiges sprachliches Material ausgewertet (Mayring, 2015). Um zu entscheiden, was aus dem Material interpretierbar ist, muss eine Analyse des Ausgangsmaterials vorhergehen (Mayring, 2015). Das zu analysierende Material umfasst in dieser Studie die Transkription der vier durchgeführten Interviews. Die Entstehungssituation des Materials wird bereits näher in Kapitel 3.3.1 und Kapitel 3.3.2 beschrieben. Im folgenden Schritt beschreibt Mayring (2015) die

Festlegung der Fragestellung der Analyse. Diesen Schritt unterteilt Mayring (2015) in zwei Teilschritte. Zunächst ist die Richtung der Analyse zu bestimmen (Mayring, 2015). Die Autorinnen wollen den im Text behandelten Gegenstand interpretieren und analysieren in Bezug auf die zuvor festgelegte Fragestellung (s. Kapitel 3.1). Der zweite Teilschritt der Festlegung der Fragestellung wird von Mayring (2015) als theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung beschrieben. Dies bedeutet, dass der Analyse eine präzise theoretisch begründete inhaltliche Fragestellung zuvor geht (Mayring, 2015). Theorie wird hier jedoch als System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand verstanden, d.h. die zuvor gewonnenen Erfahrungen über diesen Gegenstand (Mayring, 2015). Theoriegeleitet heißt nun, an diese zuvor gewonnenen Erfahrungen anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen (Mayring, 2015). Die Autorinnen haben diesen Schritt mit der tiefgreifenden Auseinandersetzung mit bereits existierender Literatur zum Thema durchgeführt (s. Kapitel 2) und die zentrale Fragestellung daraufhin in vier Leitfragen differenziert (s. Kapitel 3.1.1).
Die Stärke einer qualitativen Inhaltsanalyse besteht darin, dass die Analyse in zuvor festgelegte Teilschritte differenziert wird und dadurch nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar wird (Mayring, 2015). Deshalb haben sich die Autorinnen für diese Auswertungsmethode entschieden. Um die Präzession der Analyse zu erhöhen, werden zunächst Analyseeinheiten festgelegt:

Kodiereinheit: Beschreibt den kleinsten Materialbestandteil, der analysiert werden darf und den minimalen Textteil darstellt, der unter eine Kategorie fallen darf (Mayring, 2015). Im Falle dieser Studie ist der kleinste Materialbestandteil ein Satz des Gesprochenen.

Kontexteinheit: Legt den größten Bestandteil, der unter eine Kategorie fallen darf, fest (Mayring, 2015). In dieser Studie umfasst der größte Bestandteil alle Seiten des Transkripts eines TN.

Auswertungseinheit: Beschreibt, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden (Mayring, 2015). In dieser Studie umfasst dies alle Sätze, die ein TN zu einer Frage genannt hat.

Mayring (2015) differenziert zwischen drei Grundformen der qualitativen Analysetechniken: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Wie bereits beschrieben nutzen die Autorinnen die zusammenfassende Inhaltsanalyse, welche das Ziel verfolgt, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch eine gezielte Abstraktion ein überschaubarer Corpus geschaffen wird, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist (Mayring, 2015). Wenn bei solchen reduzierenden Textanalyseprozessen nur bestimmte Bestandteile berücksichtigt werden, so handelt es sich um eine Art *induktiver Kategorienbildung* (Mayring, 2015). Das Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument, also das Ergebnis der Analyse dar (Mayring, 2015). Dadurch lassen sich die Ergebnisse vergleichen und die Reliabilität der Analyse abschätzen (Mayring, 2015). Diese Kategorien werden in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie und dem konkreten Material entwickelt und während der Analyse überarbeitet und rückwirkend überprüft (Mayring, 2015). Anschließend werden die Ergebnisse in Richtung der zentralen Fragestellung interpretiert und die Aussagekraft der Analyse anhand der inhaltsanalytischen Gütekriterien überprüft (Mayring, 2015).

3.4.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung

Grundprinzip einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist, dass die jeweilige Abstraktionsebene der Zusammenfassung genau festgelegt wird, auf die das Material durch Einsatz der Makrooperatoren transformiert wird (Mayring, 2015). Diese Abstraktionsebene wird schrittweise verallgemeinert und die Zusammenfassung dadurch immer abstrakter (Mayring, 2015).
Nachdem das Material beschrieben wurde und durch die Fragestellung festgelegt wurde, was zusammengefasst werden soll, werden folgende Analyseschritte nach Mayring (2015) ausgeführt:

Paraphrasierung: Die einzelnen Kodiereinheiten werden in eine, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben und dabei werden bereits nicht inhaltstragende Textteile ausgelassen (Mayring, 2015). Die Paraphrasen sollen auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert sein (Mayring, 2015).

Generalisierung: Im nächsten Schritt wird das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion auf Grundlage des vorliegenden Materials bestimmt (Mayring, 2015). Alle Paraphrasen, die unter dem Niveau liegen, werden nun verallgemeinert (Mayring, 2015). Paraphrasen, die über dem Abstraktionsniveau liegen, werden zunächst belassen (Mayring, 2015).

1. Reduktion: Durch den vorhergehenden Schritt entstehen einige inhaltsgleiche Paraphrasen, die nun reduziert werden können (Mayring, 2015). Ebenso können unwichtige Paraphrasen weggelassen werden (Mayring, 2015).

2. Reduktion: In einem zweiten Reduzierungsvorgang werden nun mehrere, sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben (Mayring, 2015).

Am Ende dieser Reduktionsphase muss überprüft werden, ob das Kategoriensystem der zusammengestellten neuen Aussagen das Ausgangsmaterial noch repräsentiert (Mayring, 2015). Eine rückwirkende Überprüfung der Zusammenfassung am Ausgangsmaterial gewährleistet dies (Mayring, 2015).
Der Zweck der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ist dann erreicht, wenn eine große Materialmenge auf ein überschaubares Maß gekürzt und die wesentlichen Inhalte erhalten werden konnten (Mayring, 2015). Ein Ausschnitt der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit den gewonnenen Haupt- und Subkategorien ist dem Anhang beigefügt (s. A12)

3.4.3 Datenauswertung

Das grundlegende Modell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse lässt sich auf die induktive Kategorienbildung, die auf der Technik der Zusammenfassung aufbaut, übertragen (Mayring, 2015). Bei der induktiven Kategoriendefinition werden die Kategorien in einem Verallgemeinerungsprozess aus dem Material abgeleitet, ohne sich auf vorab formulierte Theorien zu beziehen (Mayring, 2015). Das Ziel ist eine möglichst neutralistische und gegenstandsnahe Abbildung des Materials ohne Verzerrungen (Mayring, 2015).

Für die Inhaltsanalyse muss vorab das Thema der Kategorienbildung theoriegeleitet bestimmt werden. Dieses legt fest, welches Material Ausgangspunkt der Kategoriendefinition sein soll, wodurch Unwesentliches ausgeschlossen wird (Mayring, 2015). Die Richtung dafür gibt in dieser Studie die zentrale Fragestellung mit den vier Leitfragen vor (s. Kapitel 3.1.1).
Ebenso muss für eine zusammenfassende Inhaltsanalyse das Abstraktionsniveau der zu bildenden Kategorien festgelegt werden (Mayring, 2015). Die Kategorien in dieser Studie sollen einen möglichst konkreten Bezug zur Fragestellung haben. Ein Überblick über die entwickelten Haupt- und Subkategorien folgt im weiteren Verlauf (Kapitel 4). Bei wiederholtem Erfüllen der Kriterien wird entschieden, ob die Textstelle unter die bereits gebildete Kategorie fällt (Subkategorien) oder eine neue Kategorie zu bilden ist (Mayring, 2015).
Das Ergebnis ist ein System an Kategorien zu einem bestimmten Thema, verbunden mit konkreten Textbestandteilen (Mayring, 2015). In der weiteren Analyse wird nun das Kategoriensystem mit den Haupt- und Subkategorien im Sinne der Fragestellung interpretiert (s. Kapitel 5) (Mayring, 2015).

Kapitel 4 Resultate

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser Studie durch Originalzitate der Teilnehmer:innen dargestellt. Die Zitate sind durch die Teilnehmendennummer und eine Zeilenangabe aus dem jeweiligen Transkript gekennzeichnet. Die Ergebnisse basieren auf dem methodischen Vorgehen der Autorinnen, welches in Kapitel 3 erläutert wurde. Auf die Beschreibung der Teilnehmenden der Studie folgt die Zuordnung der erhobenen Daten in Haupt- und Subkategorien nach Mayring (2015).

4.1 Beschreibung der Teilnehmenden

Drei der vier Teilnehmenden haben eine Berufsfachschulausbildung. Von diesen Teilnehmer:innen hat zusätzlich eine Person einen Bachelorstudiengang in der Ergotherapie abgeschlossen. Der/die vierte Teilnehmer:in hat einen Bachelorstudienabschluss in Ergotherapie und studiert zur Zeit in einem Masterstudiengang der Angewandten Gesundheitswissenschaften. Die Spanne der Berufserfahrung umfasst ein bis zehn Jahre. Alle Teilnehmenden haben eine Angestelltenfunktion, während ein/e Teilnehmer:in zusätzlich Leitungsfunktionen im Angestelltenverhältnis erfüllt. Drei der Teilnehmenden gehören dem weiblichen und einer dem männlichen Geschlecht an. Zwei der vier Teilnehmenden arbeiten zur Zeit der Durchführung der Interviews in Vollzeit, während ein/e Teilnehmer:in eine Teilzeit-Stelle besetzt. Der/die vierte Teilnehmer:in befindet sich derzeit im Beschäftigungsverbot ist jedoch in einer orthopädischen Reha-Klinik angestellt.

Tabelle 1: Personenbezogene Daten der Teilnehmenden

TN 1	B.Sc. Ergotherapie 2020 Beginn Master Angewandte Gesundheitswissenschaften	Ambulante Rehaklinik mit Schwerpunkt Orthopädie & Neurologie
TN 2	Staatsexamen 2018 B.Sc. Ergotherapie 2021	Ambulante & stationäre Rehaklinik mit Schwerpunkt Orthopädie & Neurologie
TN 3	Staatsexamen 2011	Stationäre Rehaklinik mit Schwerpunkt Orthopädie, Neurologie, Kardiologie & Geriatrie
TN 4	Staatsexamen 2017	Ambulante & stationäre Rehaklinik mit Schwerpunkt Orthopädie, Onkologie & Pneumologie

Die Autorinnen entschieden sich für eine zufällige Pseudonymisierung der Teilnehmenden (TN 1 – TN 4), um deren Identitäten im Sinne des Datenschutzes zu schützen.

4.2 Haupt- und Subkategorien

K‘1 Umsetzung der Klientenzentrierung

Auf der Mikroebene wurde die Umsetzung der Klientenzentrierung und der Betätigungsorientierung untersucht. Sowohl in der Umsetzung als auch in dem Verständnis der beiden Begriffe sind unter den vier Teilnehmenden Unterschiede zu erkennen. Für zwei der vier Teilnehmenden ist es nicht möglich eine klare Abgrenzung der Begriffe vorzunehmen, da diese Begriffe in ihrem aktuellen Arbeitsleben keine bis wenig Bedeutung finden.

„In meinem Kopf habe ich mir keine Fachbegriffe ins Gehirn abgesetzt, sondern tatsächlich so klientenzentriert und betätigungsorientiert ist für mich gefühlt sehr ähnlich.“ (TN3, 133)

„Ja also, ich habe immer das Gefühl, dass die bei uns in der Klinik nicht oft benutzt werden.“ (TN4, 134)

Für alle vier Teilnehmer:innen ist die Umsetzung der Klientenzentrierung jedoch erkennbar durch eine Berücksichtigung der Tagesform, sowie der individuellen Bedürfnisse und Anliegen der Klient:innen. Dies geschieht in allen vier Fällen durch ein aktives Zuhören und eine auf Augenhöhe stattfindende Kommunikation. Ebenfalls nennen alle Teilnehmer:innen die Klientenzentrierung als Grundlage für eine gute Therapeut:in-Klient:in-Beziehung.

„Dass ich auf die Tagesform eingehe, auf individuelle Bedürfnisse und Anliegen.“ (TN1, 115)

„Wünsche, Ängste, Sorgen werden alle sehr ernst genommen, weil nur wenn es ihnen gut geht (…) können wir vernünftig arbeiten.“ (TN3, 361)

Diese Kommunikation wird durch ein/e Teilnehmer:in als „Power Sharing“ beschrieben, welches auch mit gemeinschaftlichen Diskussionen einhergehen kann.

„(…) der Erfolg oder Misserfolg der Therapie, der wird zusammen entschieden (…) Power Sharing.“ (TN2, 367)

Ebenfalls wird als Umsetzung der Klientenzentrierung von allen Teilnehmenden das Aushandeln eines gemeinsamen Ziels genannt. Dies geschieht ebenfalls durch aktives Zuhören und eine einheitliche Kommunikation. Allerdings berichtet ein/e Teilnehmer:in auch, dass bei der Gestaltung der Ziele außerdem die Erwartungen an die Klient:innen beachtet werden und diese Einfluss auf das Ziel nehmen.

„Ja, unter Klientenzentrierung verstehe ich, dass ich gemeinsam mit dem Klienten ein Ziel aushandel.“ (TN1, 113)

„Ich frag immer wieder, was möchten die Patienten selber und was können wir leisten. Und dann ist die Frage, was müssen sie aber auch wieder können.“ (TN3, 135)

Wie bereits in Kapitel 2.2.1 beschrieben, ist die Beachtung des Klientensystems ebenfalls ein wichtiges Merkmal der Klientenzentrierung. Innerhalb der Interviews gab es eine Heterogenität der einzelnen Teilnehmer:innen hinsichtlich der Beachtung des Klientensystems. Dieses wird

vereinzelt zu Beginn während der Aufnahme durch die Frage nach Unterstützung im häuslichen Umfeld erfragt oder aber zur Entlassung, um eine fortlaufende Unterstützung zu gewährleisten. Darüber hinaus spielt es eine gelegentliche Rolle in der Wahl der Interventionen. Ein/eine Teilnehmer:in begründet dies durch die geringe Einsicht der Klient:innen in der Orthopädie über die Notwendigkeit der Betrachtung des Klientensystems.

„In der Orthopädie ein bisschen weniger (…) Also, wenn es zum Beispiel um selbstversorgende Sachen geht, oder Tätigkeiten, dann ist es bei ganz vielen so „Ach, das macht meine Frau schon. Ich muss mir jetzt nicht selber die Schuhe morgens anziehen. Das geht für die Zeit (…)". Das sind so typische Aussagen und so gesehen werden die ja schon mit einbezogen." (TN1, 350)

„Also ich würde sagen eher weniger, weil das ja in der Reha direkt meistens gar nicht vorhanden ist" (TN4, 263)

Einer/eine der Teilnehmenden erwähnt bei der Betrachtung des Klientensystems das kanadische Modell. Laut der Aussage des/der Teilnehmer:in führt eine kanadische Sichtweise dazu, dass das Klientensystem automatisch beachtet wird und den Klient:innen die Notwendigkeit der Beachtung näher gebracht werden kann.

„Eigentlich läuft das immer permanent, ich habe das ja dementsprechend schon so verinnerlicht. Die kanadische Sichtweise für mich,(…) was sehr gut in der Reha funktioniert. Was man eigentlich auch mal gut erklären kann, wenn es den Bedarf gibt." (TN2, 434)

Die Klientenzentrierung findet ebenfalls für alle vier Teilnehmenden in der Gestaltung der Therapie Bedeutung. Die Therapeut:innen geben den Klient:innen die Entscheidung über die Intensität und die Gestaltung der Therapie durch gewünschte Therapiemittel oder -ziele.

„Und da können sie halt immer auch selber entscheiden, wie weit sie oder wie intensiv sie sich bewegen und ob sie sich eher assistiv oder aktiv bewegen oder sogar mit relativ schweren Gewichten" (TN4, 104)

Jedoch wird dabei von einem/einer Teilnehmer:in beschrieben, dass die Gestaltung der Therapie ebenfalls diskutiert werden muss, die Klient:innen jedoch immer in allen Entscheidungen berücksichtigt werden sollten, um das individuelle Ziel des/der Klient:in im Fokus zu behalten.

„Es geht nicht nur darum was er möchte, weil dann würden wir nur massieren. (…) und wenn es nach mir geht, dann verliere ich das aus dem Auge, was er möchte." (TN2, 363)

Einer/Eine der vier Teilnehmer:innen betont, dass außerdem die Kommunikation und der Austausch mit den Klient:innen wichtig ist, um das Selbstwirksamkeitsgefühl und das Treffen eigener Entscheidungen zu stärken.

„Und kriegen eben immer wieder die Rückmeldung, dass wir das gut finden, dass sie was sagen. (…) und sich die Patienten dadurch eben auch sehr gut wahrgenommen fühlen" (TN3, 397)

K‘2 Umsetzung der Betätigungsorientierung

Auf der Mikroebene wird die Betätigungsorientierung beschrieben als das Einbeziehen von individuellen alltäglichen Aktivitäten der Klient:innen in den Therapieprozess. Darüber hinaus wird die individuelle Bedeutung der Betätigungen beachtet und berücksichtigt, sodass die Betätigung den Mittelpunkt der Therapie bildet und eine mögliche Optimierung dessen im Fokus steht.

„Bei der Betätigungsorientierung, dass wir, ja auf bedeutungsvolle Aktivitäten aus dem Alltag eingehen.“ (TN1, 117)

„(…) betätigungsorientiert ist ja, dass man guckt, wie läuft es bei dem Patienten normalerweise, also was macht der in seinem Alltag? Was ist dem wichtig“ (TN4, 138)

Jedoch wird die Betätigung selbst selten in der Therapie eingesetzt, sondern durch funktionelle Übungen ersetzt bzw. unterstützt. Alle der vier Teilnehmenden beschreiben adaptierte und simulierte Betätigungen, denen funktionelle Übungen als vorbereitende Maßnahme vorausgehen. Einer/Eine der Teilnehmer:innen beschreibt diesen Zustand als nicht zufriedenstellend. Ein/e weitere/r Teilnehmer:in äußert, dass die Informationen über die Betätigungsanliegen erst im Laufe der Therapie gegeben werden, sodass kein ausreichendes Wissen über die alltäglichen Betätigungen seitens der Therapeut:innen vorhanden ist.

„(…) ja, durch diesen Befundbogen, erfahre ich das ja meistens erst irgendwann im Laufe der Therapie, wenn ich mit den Patienten mich unterhalte, was jetzt eigentlich ihre Betätigung zu Hause ist“ (TN4, 435)

„Von daher fällt es manchmal leider auch irgendwie funktioneller aus. Sodass wir tatsächlich auch mal an sich eine Übung machen und als ja, vorbereitende Maßnahme zum Beispiel dann was tun.“ (TN1, 135)

Ein/e Teilnehmer:in beschreibt jedoch deutlich, dass eine betätigungsorientierte Arbeitsweise die Wünsche der Klient:innen einbeziehen sollte, um so die Klient:innen zu einer Betätigungsorientierung in der Therapie heranzuführen. Dies wird durch die Verwendung und Erklärung von Modellen gewährleistet, sodass die Therapie für die Klient:innen transparenter wird und eine betätigungsorientierte Therapie erleichtert wird. Dennoch beschreibt auch diese/r Teilnehmer:in, dass sowohl eine betätigungsorientierte als auch eine funktionsorientierte Therapie zur Erreichung der Ziele notwendig ist.

„Und das ist eigentlich für mich so das was dieses betätigungsorientierte Arbeiten in der Reha ausmacht. Dass die Leute herangetragen werden, erst mal worum geht es in der Ergotherapie und ja wie spiegelt sich das auch wider in der Therapie. (…) das halt auch von verschiedenen Seiten aus zu arbeiten, auch mit funktionellen Sachen.“ (TN1, 394)

„(…) Aber wenn die dann sagen „Oh X, ich weiß gar nicht, wie ich meine Bude sauber kriege“, dann gibt es auch mal ein Wischer in die Hand. Letzte Woche habe ich mit einer Patientin getanzt, weil 50-jährige Hochzeit ansteht.“ (TN2, 219)

K‘3 Gestaltung des Therapieprozesses

Auf der Mikroebene ist darüber hinaus untersucht worden wie die Ergotherapeut:innen ihren Therapieprozess gestalten. Diese Hauptkategorie wird durch fünf Subkategorien ergänzt, die jeweils ein Element des therapeutischen Prozesses und die dazu geäußerten Erfahrungen darlegen.
Zunächst ist zu erkennen, dass die Therapeut:innen ihren Prozess oft durch eigene Ideen und bereits gemachte Erfahrungen leiten, sodass vor Beginn der Therapie Ideen für mögliche Interventionen vorhanden sind.

„Und, ja also ich habe meist so ein paar Ideen im Kopf (…) oft stelle ich denen das dann so vor (…).“ (TN1, 336)

„Wir arbeiten ganz viel aus Erfahrung und aus dem Bauchgefühl heraus.“ (TN3, 299)

Zwei der vier Teilnehmer:innen erwähnen, dass die Klient:innen die Entscheidung über die Therapiegestaltung oft an die Therapeut:innen abgeben, da diese von Klient:innen als Expert:innen gesehen werden, sodass eine klientenzentrierte Therapiegestaltung erschwert wird. Jedoch beschreiben drei der vier Teilnehmenden, dass sie durch das regelmäßige Aufgreifen der individuellen Ziele versuchen sowohl die Betätigung zu berücksichtigen als auch die Klient:innen zu einer selbstgewählten Entscheidung zu führen.

„Wenn die dann sagen „och, sie sind doch die Therapeutin.“ (TN1, 339)

„Versuche dann vielleicht nochmal anzustoßen, was denn deren Ziel war (…). Und, genau, erfrage dann einfach, ob wir daran arbeiten sollen.“ (TN1, 343)

Ein/e der vier Teilnehmer:innen beschreibt außerdem, dass eine eigenständig gewählte Intervention und Therapiegestaltung fast nicht möglich ist, da eine funktionsorientierte Indikation von den Ärzt:innen der Klinik vorgegeben ist. Lediglich die Therapiemittel können selbst gewählt werden.

„Dann kann der Arzt halt entscheiden, was wir behandeln sollen. Wir behandeln entweder die Hand, den Ellenbogen, die Schulter oder den Fuß.“ (TN4, 56)

K‘3.1 Das Erstgespräch

Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, findet zu Beginn eines ergotherapeutischen Prozesses ein Erstgespräch statt, welches dem/der Therapeut:in Informationen über das Betätigungsanliegen des/der Klient:in liefert. Auffällig ist eine Übereinstimmung in der funktionsorientierten Gestaltung dieses Erstgespräches. So beschreiben alle Teilnehmer:innen, dass die von den Ärzt:innen befundene Diagnosen, die Operationen sowie vorhandene Hilfsmittel dokumentiert werden. Darüber hinaus finden funktionelle Testungen statt, um einen Ist-Zustand zu erheben.

„Wir erheben die Gelenkbeweglichkeit und die Handkraft. Wir erheben ja so bestimmte Greifformen (…).“ (TN4, 58)

„Bei dem ganz normalen Befundbogen wird tatsächlich geguckt, welche Diagnose hat er? Wurde operiert? Ja, Nein. Links, rechts betroffen;(…).“ (TN3, 81)

Innerhalb des Erstgespräches werden darüber hinaus von allen Teilnehmer:innen auch die Reha-Ziele sowie individuelle Therapieziele der Klient:innen erfragt und gemeinsam formuliert. Ein/e der Teilnehmer:innen beschreibt außerdem, dass bereits Ziele durch den Befundbogen der Klinik vorgegeben sind.

„Genau und dann kommen auch schon vorgegebene Ziele“ (TN4, 209)

„(…) wir fragen, welches Therapieziel hätten denn die Patienten gerne“ (TN3, 89)

Zwei der Teilnehmer:innen äußern jedoch, dass das Betätigungsanliegen und die Performanzbereiche der Klient:innen auch im Erstgespräch beachtet werden, sodass eine betätigungsorientierte Befundung stattfinden kann. Jedoch beschreibt hier ein/e Teilnehmer:in, dass auch beispielhafte Betätigungen in dem Befundbogen abgefragt werden, sodass keine individuellen klientenzentrierten Ziele entstehen können.

„Genau also wir haben in der Ergotherapie einen extra Bogen. (…) gerade mit diesen alltäglichen Sachen“ (TN4, 158)

Ich habe es jetzt ein bisschen einfach abgeändert, so dass wir die Performance Bereiche noch haben.“ (TN2, 139)

K‘3.2 Die Ziele

In der gemeinsamen Zielformulierung mit den Klient:innen ist eine Übereinstimmung der Teilnehmenden zu erkennen. Jedoch in der Formulierung selbst besteht eine Heterogenität, da zwei der Teilnehmer:innen in jedem Fall versuchen betätigungsorientierte Ziele zu formulieren und die Klient:innen so zu ihrem Betätigungsanliegen heranzuführen, während zwei der Teilnehmer:innen funktionsorientierte Ziele formulieren. Eine Übereinstimmung ist jedoch in der klientenzentrierten Formulierung zu erkennen, da alle Teilnehmenden die Klient:innen in die Zielformulierung miteinbeziehen.

„(…) versuche ich schon auch die Patienten so mit einzubinden, dass die vielleicht sagen „Klar, grad kann ich mein Bein nicht so und so bewegen“,“ aber wofür brauchen sie das so? Gibt es da irgendwas im Alltag. (…) Dass wir das dann auch ein bisschen in die Richtung formulieren, weil dann können sie ja meist auch selber ihre Erfolge messen.“ (TN1, 296)

„Aber ganz oft kommt eben Verbesserung des Bewegungsausmaßes oder Steigerung der Mobilität.“ (TN3, 108)

Zwei der Teilnehmenden, die ein ergotherapeutisches Studium abgeschlossen haben, betonen, dass die Zielformulierung wie in Kapitel 2.3.1 mit Literatur beschrieben, nach SMART formuliert werden und an der ICF orientiert sind.

„Ja, natürlich SMART, keine Frage und auch nach ICF-Codes haben wir auch alles drin.“ (TN2, 155)

„Und das Ziel würde dann aussehen: Patientin XY möchte wieder ohne Gehstützen gehen, um zum Einkaufen zu gehen oder so. Oder um die 500 Meter zum Supermarkt oder so selbstständig bewältigen zu können.“ (TN1, 311)

Zwei der Teilnehmer:innen beschreiben darüber hinaus eine Schwierigkeit im motorisch-funktionellen Fachbereich betätigungsorientierte Ziele zu formulieren, da funktionsorientierte Ziele einfacher zu formulieren seien und die Kolleg:innen mit betätigungsorientierten Zielen überfordert sind.

„Deswegen haben da auch manche Therapeuten auch ihre Probleme mit das so zu formulieren und kommunizieren das auch mit mir. „X, ich würde gerne mehr Betätigung machen, aber es ist schwer. Funktion ist einfacher“ (TN2, 159)

Gleichzeitig geht dies jedoch auch mit einer Frustration seitens der Ergotherapeut:innen einher, da die Ziele der Ergotherapie somit nicht klar von der Physiotherapie zu differenzieren sind.

„ja was unterscheidet uns denn jetzt eigentlich von den Physiotherapeuten, weil die haben die gleichen Ziele wie wir. Das kann ja eigentlich auch irgendwo nicht sein (…)“ (TN4, 239)

K‘3.3 Die Nutzung von ergotherapeutischen Modellen & Assessments

In Kapitel 2.3.2 ist die Verwendung von ergotherapeutischen betätigungsorientierten Modellen und Assessments erläutert worden, sodass auch die Teilnehmer:innen nach diesen gefragt worden sind. Von zwei Teilnehmer:innen tätigen die klare Aussage, dass keine ergotherapeutischen Modelle und/oder Assessments genutzt werden. Ein/e Teilnehmer:in erläutert weiterführend, dass durch die vorherrschende motorisch-funktionelle Sichtweise wenig, bis keine betätigungsorientierten Assessments gewollt sind und somit keinen Zweck erfüllen würden.

„Nein. Also das ist auch bei uns gar nicht üblich, dass ich jetzt irgendwie sagen könnte ich suche mir jetzt irgendwie ein Assessment raus“ (TN4, 177)

„Weil es doch sehr (…) in diese motorisch-funktionelle Richtung geht. Und da hat man immer das Gefühl, dass man jetzt mit irgendwelchen Betätigungsassessments gar nichts groß anfangen kann beziehungsweise, dass das auch gar nicht unbedingt gewollt ist.“ (TN4, 178)

Zwei der Teilnehmenden, die sowohl über eine Ausbildung als auch über ein abgeschlossenes Studium in der Ergotherapie verfügen, beschreiben jedoch eine gedankliche Einordnung der Informationen über die Klient:innen in das CMOP-E oder die Befunderhebung in Anlehnung an das COPM. Darüber hinaus werden ergotherapeutische Modelle außerdem zur Erläuterung der Ergotherapie genutzt, um gegenüber den Klient:innen eine Transparenz im Therapieprozess zu schaffen.

„Das ist jetzt nicht so, dass ich ein typisches COPM durchführe, dort. Sondern ein bisschen mehr genauer fragen „ja, welche Betätigungsanliegen hast du oder was denkst du, was ist schwierig?“ (TN2, 87)

„Ja, also ich orientiere mich meist am CMOP-E.“ (TN1, 502)

„Mein Körper ist eine Maschine ist immer die Ansicht und dann muss man ja wirklich mit ganz vielen Erklärungsmodellen versuchen, es ist mehr als nur wir drücken dich jetzt rum und so weiter.“ (TN2, 454)

K‘3.4 Die Intervention

Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, sollte eine ergotherapeutische Intervention angelehnt an dem aktuellen Paradigma betätigungsorientiert und klientenzentriert ausgerichtet sein, wobei die Betätigung und die Partizipation das Ziel der Therapie bildet. Alle Teilnehmer:innen beschreiben, dass ihre Interventionen funktionsorientiert sind.

„ja, das sind doch schon eher so Übungen (…) oder ein Gleichgewichtstraining oder so, was jetzt nicht so super Alltagsnah ist.“ (TN1, 582)

Dennoch haben die Therapeut:innen einen großen Gestaltungsraum, sodass zwei Therapeut:innen beschreiben, dass auch die Betätigungsanliegen während der Durchführung von funktionsorientierten Interventionen berücksichtig werden können.

„Ich habe große Räume für die Arbeitstherapie. (…) kann also dementsprechend auch verschiedene Sachen trainieren, (…) .Und dann auch verschiedene Alltagshandlungen simulieren. Ist natürlich anders als in echt.“ (TN2, 234)

„(…) Haushaltstraining, Bügeln, Bett beziehen und so weiter kann ich alles machen.“ (TN2, 237)

Darüber hinaus wird von einem/einer Teilnehmer:in geäußert, dass die Einschränkung nicht auf der Betätigungs- und Partizipationsebene liegen, sondern auf der Funktionsebene, sodass keine Betätigungsorientierung in der Interventionsauswahl notwendig sei. Außerdem äußern auch die Klient:innen genaue Vorstellungen über mögliche Interventionen auf der Funktionsebene, wodurch es zu einer Konkurrenz zwischen der gewünschten Betätigungsorientierung und der Klientenzentrierung kommt.

„(…) nach so einer Schulter-TEP oder so „ja, aber das wird doch alles wieder genauso und warum muss ich denn jetzt darüber nachdenken, weil ich kann doch in 6 Wochen wieder alles. Warum soll ich denn jetzt hier Haare trainieren?“ (TN2, 571)

„Da ist mir dann Klientenzentrierung schon auch sehr wichtig und dann fällt die Betätigungsorientierung doch irgendwie manchmal runter.“ (TN1, 601)

Ein/e Teilnehmer:in spricht außerdem von der Möglichkeit Handwerk als Intervention anzubieten. Dies wird jedoch nur auf Wunsch der Klient:innen durchgeführt.

„Dann haben wir natürlich auch noch eine Werkstatt, wo wir mit den Patienten töpfern und auch Körbe flechten, und Seidenmalerei machen. Aber auch hier machen wir das nur in der Einzeltherapie, wenn der Patient sich das ausdrücklich wünscht.“ (TN4, 347)

K‘3.5 Die Re-Evaluation

Wie auch die Evaluation bzw. Befundaufnahme findet auch die Re-Evaluationsphase des Therapieprozesses bei allen Teilnehmer:innen ohne standardisierte Assessments statt. Stattdessen werden einerseits funktionelle Testungen z.B. Handkrafttestungen oder Winkelmessungen durchgeführt, andererseits wird durch gezielte Beobachtungen in den letzten Einheiten der Erfolg evaluiert.

„Ja, also ich würde jetzt mal sagen weniger mit standardisierten Assessments oder Messinstrumenten. Ab und an eine Winkelmessung oder so (…)“ (TN1, 392)

„Wenn Gespräche halt nicht so möglich sind, zum Beispiel wenn Deutsch jetzt nicht die Muttersprache ist oder nicht so gut beherrscht wird, dann ist es ja oft schwierig eine Evaluation durchzuführen (…), dann ist doch eher der Fokus auf Beobachtung.“ (TN1, 432)

Ein/e Teilnehmer:in äußert, dass darüber hinaus aber auch die Betätigungsanliegen evaluiert und dokumentiert werden.

„Oder bei einer Entlassung wird dann geschrieben, ja, die Patientin kann jetzt wieder 300 Meter freilaufen, zum Beispiel. Oder sich selbstständig die Haare kämmen.“ (TN1, 398)

Der Inhalt der Re-Evaluationsphase beschränkt sich auf das Erreichen der individuellen Ziele durch Gespräche, Testungen und Beobachtungen.

„(…) Aber auch individuell nochmal auf die Ziele, ob was besser geworden ist, was sie erreicht haben.“ (TN1, 423)

K‘4 Die Rolle des/der Therapeut:in und des/der Klient:in

Drei der vier Teilnehmenden treffen Äußerungen zu der Rollen- und Entscheidungsverteilung zwischen des/der Therapeut:in und des/der Klient:in auf der Mikroebene. Der/die vierte Teilnehmer:in äußerte sich dazu nicht.

K‘4.1 Die Rolle des/der Therapeut:in

Die Rolle des/der Therapeut:in wird von einem/einer Teilnehmer:in als Coach, fachliche und mentale Begleitperson und als Sportleher:in beschrieben. Jede dieser Rollen findet jedoch auf einer respektvollen Ebene statt, die eine positive Therapeut:in-Klient:in-Beziehung unterstützt. Ein/e andere/r Teilnehmer:in beschreibt außerdem die therapeutische Rolle als „Enabler“.

„Ich wollte eigentlich immer in der Rolle so des Ermöglichers stehen, des Enablers.(…) ich möchte eigentlich dir helfen wieder zurück zur besten Form zu kommen(…).“ (TN2, 427)

„Als Begleitperson. Und zwar egal, ob die jetzt fachlich begleitet werden müssen oder (…) sich jetzt mal seelisch ein bisschen entlasten.“ (TN3, 445)

Darüber hinaus beschreibt der/die Teilnehmer:in die Rolle des/der Ergotherapeut:in als Expert:in für die Zielerreichung der individuellen Ziele der Klient:innen.

„also der Patient ist natürlich der Experte für seinen Alltag und ich bin der Experte für die Erreichung (…).“ (TN2, 373)

Die Entscheidungen, die durch die Therapeut:innen getroffen werden, umfassen, laut der Aussage eines/einer Therapeut:in, die Entscheidungen bei Komplikationen im Therapieprozess, die fachlichen Entscheidungen und die Änderungen der Interventionen bei Notwendigkeit.

„Das kommt meistens, wenn Komplikationen sind. Wenn es also fachlich an mir liegt“ (TN3, 463)

„Und selbst, wenn der Patient das denn wollen würde, dann sag ich „Ne, wir machen nochmal drei Schritte zurück, damit wir nachher nicht einen großen Schaden haben“ (TN3, 468)

K‘4.2 Die Rolle des/der Klient:in

In der Rollenbeschreibung des/der Klient:in sind Übereinstimmungen in den Aussagen der Therapeut:innen zu dokumentieren. Alle Therapeut:innen legen den Klient:innen die Hauptrolle auf, beschreiben diese als Expert:innen für ihren Alltag und betrachten die Klient:innen aus einer klientenzentrierten Perspektive.

„also der Patient ist natürlich der Experte für seinen Alltag (…).“ (TN2, 373)

„Als Hauptrolle. (…) Wünsche, Ängste, Sorgen werden alle sehr ernst genommen (…).“ (TN3, 361)

Die Klient:innen erhalten die Entscheidung über die behandelnden Therapeut:innen, Interventionsmöglichkeiten und über die Nutzung von Therapiemittel.

„Und Patienten dürfen jederzeit auch mittendrin die Therapie oder eben das Therapiemedium selber abwählen und sagen (…) „Das tut mir nicht gut“.“ (TN3, 395)

Ein/e Teilnehmer:in beschreibt wie bei der Rolle des/der Therapeut:in, dass eine aktive Rolle von den Therapeut:innen für die Klient:innen gewünscht sei, diese jedoch nicht von allen Klient:innen selbst gewünscht ist. Dadurch nehmen Klient:innen oft in der Aufnahme eine aktive Rolle ein, in der Intervention allerdings nicht, sodass die Entscheidung den Therapeut:innen überlassen wird.

„Also ich versuche immer ihn aktiv mit einzubeziehen. Ganz oft wollen Patienten das aber gar nicht. Die sagen dann „Sie sind ja der Experte, sie müssen ja wissen, was Sie mit mir machen“.“ (TN4, 247)

„(…) in der Befundaufnahme ist es wirklich so wir vereinbaren das gemeinsam und dann in der Behandlung ist es eher so ich bestimme, was wir heute machen.“ (TN4, 256)

K‘5 Unterschiede zwischen den Therapeut:innen

Von drei der vier Teilnehmenden sind Unterschiede zwischen den Ergotherapeut:innen innerhalb des eigenen Teams genannt worden. Diese werden im weiteren Verlauf unterteilt in die Unterschiede zwischen jüngeren und älteren, sowie examinierten und akademisierten Ergotherapeut:innen.

K‘5.1 Unterschiede zwischen der jüngeren und der älteren ergotherapeutischen Generation

Der jüngeren Generation ist durch ein/e Teilnehmer:in das Nutzen von SMART-Zielen und die Berücksichtigung der Betätigung und Teilhabe der Klient:innen zugeschrieben worden. Diese Unterschiede sind laut Aussage bereits in der Befunderhebung zu erkennen, da die jüngeren Therapeut:innen weniger auf die Diagnose das Hauptaugenmerk legt, sondern genauer auf die Betätigungsanliegen der Klient:innen achten.

„Also ich bin dann eher diejenige, die auch mal ein Hobby aufgreift und auf die Teilhabe eingeht. Ist eher so bei den jüngeren Kollegen so, würde ich jetzt mal so mutmaßen“ (TN1, 292)

„Also es gibt einmal so die Therapeuten, die eher viel testen, viel sehen und verstehen so vom Erkrankungsbild. (…) ich (…) erfrag das lieber (…).“ (TN1, 452)

Der älteren Generation werden dagegen eher funktionelle Testungen und Beobachtungen in der Befunderhebung zugeschrieben. Darüber hinaus wird von einem/einer Teilnehmer:in geäußert, dass die älteren Kolleg:innen die Begriffe der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung weniger verwenden und diese Arbeitsweise somit seltener vertreten. Die priorisierte Arbeitsweise sei handwerksgeprägt und funktionell.

„also ich habe noch 2 Kolleginnen, die sind schon ein bisschen älter und für die spielt das (Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung) glaub ich gar nicht so eine große Rolle.“ (TN4, 135)

„Also bei der geht eigentlich nichts ohne Handwerk und wenn sie könnte, würde sie eigentlich jede Einzeltherapie auch mit Handwerk füllen.“ (TN4, 385)

Ein/e Teilnehmer:in beschreibt außerdem, dass die älteren Kolleg:innen keine Re-Evaluation der Ziele und der Interventionserfolge durchführen.

„Wie oft re-evaluierst du einfach dein Ziel beispielsweise und sagen die „ja eigentlich gar nicht“, ich habe dann (…) da mal gefragt „was ist schwierig im Alltag?“ „Ja essen mit Besteck“ gut und dann wird die ganze Zeit Knete gemacht und wird nie wieder überprüft wie ist denn jetzt Essen mit Besteck.“ (TN2, 330)

Zwei der Teilnehmer:innen, die sich zu den Unterschieden äußerten, beschreiben außerdem Schwierigkeiten bei Changemanagmentprozessen und Veränderungsversuchen. Die Kolleg:innen reagieren auf Ideen und Veränderungsvorschlägen mit Verschlossenheit.

„Und dass die beiden halt oft auch nicht für neue Ideen offen sind.“ (TN4, 389)

„Und dann haben wir natürlich auch Kolleginnen, die jetzt schon länger im Geschäft sind (…) sich dann auch teilweise angegriffen oder auch bedroht fühlen (…).“ (TN2, 589)

K‘5.2 Unterschiede zwischen examinierten und akademisierten Ergotherapeut:innen

Die Aussagen zu diesen Unterschieden sind von den zwei akademisierten Ergotherapeut:innen getroffen worden, da die anderen Teilnehmer:innen sich dazu nicht äußerten.
Die akademisierten Ergotherapeut:innen ordnen laut Aussagen der Teilnehmer:innen die Inhalte und personenbezogenen Faktoren gedanklich in ergotherapeutische Modelle ein und leiten dadurch ihren Therapieprozess. Ein/e Teilnehmer:in legt außerdem einen Schwerpunkt des Unterschiedes in der Nutzung von Studien und der evidenzbasierten Praxis.

„Da passiert bei mir so eine automatische Einordnung schon in ein Modell oder in diesen Grundgedanken.“ (TN1, 493)

„Ja, also ich will jetzt nicht sagen, wenn man einen eigenen Therapieprozess hat, dass man ein weniger guter Therapeut ist als jemand, der jetzt nach den üblichen Modellen geht. Aber, man merkt einfach den Unterschied (…) wenn man (…) aktuell mit Literatur arbeitet (…), dass man anderen Drive (…) hat.“ (TN2, 325)

Die examinierten Ergotherapeut:innen werden durch die Teilnehmer:innen dieser Studie im Fachbereich der Orthopädie funktionsorientierter wahrgenommen. Ein/e Teilnehmer:in äußerte dazu, dass der motorisch-funktionelle Bereich in der Ausbildung untergeordnet behandelt werden würde.

„(…) aber manchmal ist es, würde ich sagen, ein Stück funktioneller, so aus der Ausbildung“ (TN1, 477)

„Weil der motorisch-funktionelle Bereich (…) doch relativ stiefmütterlich behandelt wird.“ (TN4, 481)

K‘5.3 Die Berufsidentität

Durch die beschriebenen Unstimmigkeiten in der Gestaltung des Therapieprozesses zwischen älteren und jüngeren, sowie examinierten und akademisierten Ergotherapeut:innen kommt es zu einer nicht klar definierten Berufsidentität. Vor allem durch die vorherrschende funktionsorientierte Arbeitsweise beschreibt ein/e Teilnehmer:in, dass es aufgrund von ähnlichen Zielen, Befundungen und Interventionen keine klare Abgrenzung zur Physiotherapie gibt. Die Tatsache, dass nicht von allen Kolleg:innen das aktuelle Paradigma des Berufes vertreten wird unterstützt diese Konsequenz.

„(…) es ist manchmal schwer da betätigungsorientiert auch zu denken oder es umsetzen, (…) Aber ich sehe mich auch nicht immer zu hundert Prozent da als Ergotherapeutin bei manchen Sachen“ (TN1, 569)

„Wie eine schlechte Physiotherapeutin manchmal, weil man dann mal Übungen anleitet, wo man eigentlich so denkt „joa, so ganz sicher bin ich mir auch nicht was ich hier mache.“ (TN1, 590)

„(…) das Bild von Ergotherapie, was es ja eigentlich heute gibt, das haben meine beiden Kollegen gar nicht“ (TN4, 402)

K‘6 Rahmenbedingungen in den Reha-Kliniken

Die auf der Mesoebene vorherrschenden Rahmenbedingungen die ebenfalls Einfluss auf den therapeutischen Prozess und die Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung nehmen, sind innerhalb dieser Studie mit einer Übereinstimmung in den Äußerungen gekennzeichnet. Alle vier Teilnehmer:innen geben an, dass zweimal pro Woche für 30 Min. eine ergotherapeutische Einzelsitzung stattfindet. Diese beinhaltet auch eine Vor- und Nachbereitung.

„(…) sind wir halt an unseren 30 Minuten gebunden und haben wenig Einfluss darauf, wann Therapie an einem Tag stattfindet.“ (TN1, 232)

„(…) wir haben 30 Minuten Zeit, aber der Patient ist dann natürlich nicht 30 Minuten da. Wir müssen ja auch vorbereiten, nachbereiten (…).“ (TN2, 276)

Die Räume, die der Ergotherapie zur Verfügung stehen werden von drei Teilnehmenden vorrangig funktionsorientiert beschrieben. Lediglich ein/e Teilnehmer:in beschreibt, dass u.a. eine Therapieküche sowie eine Gartenanlage vorhanden sind und eine betätigungsorientierte Therapie begünstigen. Die Räume sind in allen vier Fällen mit höhenverstellbaren Liegen, Tischen und Stühlen ausgestattet. Einige der Räume werden gleichzeitig von mehreren Therapeut:innen und Klient:innen genutzt.

„in der Ergotherapie ist es so dass wir ein Hauptbehandlungsraum haben mit einer Bobath-Liege und einem Tisch drin. Also wir teilen uns den Raum auch durchaus.“ (TN1, 151)

„(…) dann haben wir noch unseren großen Hauptraum (…). Da stehen 4 höhenverstellbare Tische drin, wo wir dann Einzeltherapie machen.“ (TN4, 336)

Die genutzten Therapiemittel werden ebenfalls mit einer Übereinstimmung aller vier Teilnehmenden funktionsorientiert beschrieben. Ein/e Teilnehmer:in beschreibt die vorhandenen Therapiemittel als ähnlich zu den Mitteln der Physiotherapie.
Darüber hinaus verfügen alle vier Teilnehmer:innen über die Möglichkeit Hilfsmittel zu nutzen und mit diesen gemeinsam mit den Klient:innen Betätigungen zu trainieren.

„(…) in der Einzeltherapie würde ich sagen alles was (…) es in der Physiotherapie auch gibt. Also Bälle, Stäbe. (…) das Solitaire (…) und Seilzug haben wir (…) und Therapieknete.“ (TN4, 417)

„Wir haben (…) ein Therapierad, Therapiebohnen (…). Ganz viel Therapieknete. Sehr viele Chigong-Kugelsorten (…). Ich habe ein Domino mit verschiedenen Oberflächen, einfach für die Sensibilität aber auch für die Konzentration.“ (TN3, 218)

Ein/e Teilnehmer:in äußert außerdem, dass in der Ergotherapieabteilung der Klinik eine Werkstatt für handwerkliche Tätigkeiten vorhanden ist.

„Dann haben wir natürlich auch noch eine Werkstatt, wo wir mit den Patienten töpfern und auch Körbe flechten, und Seidenmalerei machen.“ (TN4, 347)

K‘7 Hemmende und fördernde Faktoren in der Umsetzung von Klientenzentrierung & Betätigungsorientierung

Die Teilnehmer:innen sind in den Interviews gebeten worden sowohl hemmende als auch fördernde Faktoren, die Einfluss auf die Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung nehmen, zu nennen. Die nachfolgenden Subkategorien beinhalten die Äußerungen zu diesen, um die Tragweite des Einflusses darzustellen.

K‘7.1 Hemmende Faktoren

Ein hemmender Faktor in der Umsetzung der Betätigungsorientierung sind die fehlenden Therapiemittel. So können nicht nur Betätigungen nicht geübt werden, sondern auch die Wünsche der Klient:innen nicht in jedem Fall beachtet werden.

„Aber ich muss sagen bei der Betätigungsorientierung ist es teilweise schwer das einzubinden in der Orthopädie, weil wir auch manchmal nicht so die Möglichkeit haben (…).“ (TN1, 127)

„Zum Beispiel hatte ich neulich einen Patienten mit Hüft-TEP der meinte „Ja, wie ist das denn mit Fahrrad fahren und so“, dann kann ich dann in dem Moment nicht tätig werden und mit ihm das Fahrradfahren ausprobieren, weil wir keins haben.“ (TN1, 130)

Ein/e Teilnehmer:in äußerte, dass die Räumlichkeiten zur funktionsorientierten Arbeitsweise anregen, da die Räume mit einer Liege, Tischen und/oder Stühlen ausgestattet sind und somit die Voraussetzungen für funktionsorientierte Therapie gegeben sind.

„Da ist dann dieser eine Raum mit nur einer Liege drin und das verleitet dann halt eher dazu eine Übung zu machen (…) oder zu trainieren.“ (TN1, 472)

Ein weiterer hemmender Faktor ist die geringe Privatsphäre in der Therapie durch die gleichzeitige Nutzung der Räume von mehreren Therapeut:innen. Dies führe dazu, dass die Klient:innen verschlossener sind und nicht jedes ihrer Betätigungsanliegen äußern möchten. Außerdem hat es Auswirkungen auf die Konzentration der Klient:innen und somit auch auf die Outcomes der Therapie.

„Also, wenn wir jetzt alle 3 Patienten haben, der Einzeltherapie hat, dann hört man halt, was der andere mit dem Patienten bespricht und man sieht auch, was der andere mit den Patienten macht. Und das beeinflusst einen (…).“ (TN4, 339)

Andere Therapiemittel und/oder andere Ausstattungselemente werden jedoch seitens der Klinik aufgrund fehlender finanzieller Mittel selten unterstützt.

„Also meistens ist es immer das Geld“ (TN2, 295)

Ein/e Teilnehmer:in beschreibt außerdem als hemmenden Faktor die Umsetzung des eigenen Wissens. Dies führe zu einem fehlenden Theorie-Praxis-Transfer und die betätigungsorientierte Arbeitsweise wird seltener eingesetzt, weil die passenden Ideen seitens der Therapeut:innen fehlen.

„Klar haben wir immer den Aspekt betätigungsorientiertes Arbeiten gelernt, aber dann fehlt mir manchmal so der Übertrag in die Praxis. Also beispielsweise Ideen wie ich jetzt jemanden nach Schulter-OP oder so gut raten könnte sich anzuziehen (…).“(TN1, 543)

Zwei der Teilnehmenden beschreiben den Beginn eines Changemanagement-Prozesses hin zu einer betätigungsorientierteren Arbeitsweise, der jedoch vor allem für dienstältere Kolleg:innen Anstrengung erfordert. Durch eine fehlende Reflexion der eigenen Arbeitsweise bei langfristig Angestellten ist dieser Changemanagement-Prozess erschwert und hemmt somit die Umsetzung der Betätigungsorientierung. Die unterschiedlichen Vorstellungen von Ergotherapie im Team führt zu Frustration und fehlender Motivation für Veränderungen.

„Weil die beiden dafür nicht offen sind, habe ich manchmal das Gefühl, (…) selbst, wenn ich mich mit beschäftige, ich kann es sowieso nicht umsetzen.“ (TN4, 407)

Also ich würde sagen, dass meine beiden Kollegen manchmal ein bisschen hemmend sind, weil sie ganz andere Vorstellungen haben von der Ergotherapie“ (TN4, 383)

Ein weiterer hemmender Faktor ist der Aspekt der Wirtschaftlichkeit. Die Kliniken reduzieren die Einzeltherapien und erhöhen die Gruppentherapien. Dies führt zu geringeren Chancen für die Therapeut:innen ihre Arbeit betätigungsorientiert und klientenzentriert zu gestalten.

„Weil Schreibübungen nur machen ist tatsächlich etwas, wo ich sag „das ist so wenig eigentlich, leider. Dass ich die schon alle in eine Gruppe schmeißen muss, weil ich auch wirtschaftlich arbeiten muss und das ist halt immer ein bisschen traurig.“ (TN3, 183)

Ein weiterer hemmender Faktor ist die Bezeichnung der Klient:innen als Patient:innen in orthopädischen Reha-Einrichtungen. Dabei unterliegen die Ergotherapeut:innen den Erwartungen und Vorschriften der Führungspositionen.

„ich muss immer Patient sagen, sonst meckert der Chefarzt (…). Ich meine natürlich immer Klienten, aber ich sag Patient.“ (TN2, 167)

K‘7.2 Fördernde Faktoren

Im Gegensatz dazu sind auf der Mesoebene als fördernde Faktoren die Lage der Klinik genannt worden, die eine betätigungsorientierte Therapie in einem realistischen Umfeld fördert.

„Also auf jeden Fall die Möglichkeit auch rauszugehen. (…). Da kann man auch ganz gut mal ein bisschen Gangtraining machen oder so“ (TN1, 197)

Darüber hinaus wird die Einzeltherapie als fördernd beschrieben, da der geschützte Rahmen eine Berücksichtigung der individuellen Ziele ermöglicht und somit klientenzentrierter gearbeitet werden kann.

„Schöner für mich ist, wenn wir sie ganz genauer in der Therapie haben und sie mir sagen, was möchten sie und wir genau darauf hinarbeiten können." (TN3, 178)

Als fördernd für den Therapieprozess ist eine interdisziplinäre Arbeit benannt worden, die eine ganzheitliche Therapie ermöglicht. Ebenfalls äußert ein/e Therapeut:in, dass die direkten Vorgesetzten aufgeschlossen gegenüber neuen Ideen und Veränderungen sind.

„(…) da bin ich jetzt aber ganz froh, dass meine direkte Vorgesetzte (...) die ist für ganz viele Ideen offen und die sagt dann „komm X wir machen das jetzt trotzdem" (…)." (TN4, 392)

K‘8 Wünsche der Therapeut:innen

Alle Teilnehmenden äußern Wünsche wie sie ihren Therapieprozess betätigungsorientierter und klientenzentrierter gestalten würden.
Auf der Mesoebene nennen die Therapeut:innen den Wunsch nach mehr interdisziplinärer Arbeit in der kollektiv Entscheidungen getroffen werden.

„dass man dann wirklich an einen Strang zieht und jeder zusammen in diesem Prozess ist. (…) und dann (…) würden wir auch zusammen ein Ziel (…) arbeiten oder wir haben verschiedene Teilziele" (TN2, 625)

„Aber auch die Beziehungen interdisziplinär (…) mit Ärzten, anderen Therapeuten, dass die gut stimmen" (TN2, 648)

Ein weiterer Wunsch der Therapeut:innen ist auf der Mikroebene ein grundlegendes Wissen über Ergotherapie seitens der Klient:innen, sodass diese bereits mit Betätigungsanliegen in die Therapie eintreten. Darüber hinaus äußerte ein/e Therapeut:in den Wunsch auf Augenhöhe mit den Klient:innen zu sein, sodass die Klient:innen die Verantwortung nicht mehr an die „Expert:innen" abgeben, sondern ein gemeinsamer Prozess gestaltet wird.

„Also das würde ich gern verändern, also, dass die Patienten schon wissen, ah in der Ergotherapie, da kann ich jetzt sagen „ich würde mir gerne wieder die Haare kämmen"." (TN4, 453)

„Ja also, dass die Patienten dann auch auf gleicher Augenhöhe mit einem Stehen und nicht so sagen „okay, sie sind jetzt der Experte." (TN4, 455)

Die Offenheit der Kolleg:innen gegenüber neuen Assessments und wissenschaftlichen Errungenschaften ist ein weiterer Wunsch auf der Mesoebene, sodass sich ein Umstellungsprozess einfacher gestalten lässt.

„Und ich würde mir auch wünschen, dass meine Kollegen auch vielleicht ein bisschen offener werden für neue Assessment und auch für neue wissenschaftliche Errungenschaften." (TN4, 457)

Auf der Mesoebene wünschen sich alle Therapeut:innen eine betätigungsorientierte Ausstattung der Räumlichkeiten und betätigungsorientierte Therapiemittel, um individuellen Betätigungsanliegen gerecht werden zu können.

„Also klar, wenn es irgendwas zur unteren Extremität ist, dann hilft das auf jeden Fall zu laufen oder vielleicht wärs auch cool ein Fahrrad zu haben oder ein Auto an dem man direkt das ein und aussteigen üben könnte.“ (TN1, 208)

„Ja, ansonsten, wie gesagt, so ein bisschen die Ausstattung eher vielleicht an einer Wohnung orientiert oder tatsächlich wie am Arbeitsplatz.“ (TN1, 551)

Ein weiterer Wunsch ist die Privatsphäre in den Einzeltherapien, um einen geschützten Rahmen bieten zu können.

„Also auch mal in einem Raum ganz ungestört und alleine zu sein, wenn man beispielsweise Anziehtraining oder so macht, wenn das mit der Schulter noch nicht so klappt.“ (TN1, 211)

Auf der Mikroebene besteht außerdem der Wunsch nach mehr Austausch mit erfahrenen Ergotherapeut:innen und mehr Weiterbildungen im ergotherapeutischen Bereich, um neue Erfahrungen und Ideen zu erlangen und durch die Erfahrung anderer lernen und profitieren zu können.

„Und wenn jetzt jemand nach dem Studium schon lang gearbeitet hat, sich fortgebildet hat oder so, dann mehr Ideen hat, dann wäre da ein Austausch irgendwie auch wünschenswert“ (TN1, 547)

„Mehr Weiterbildung“ (TN3, 696)

Kapitel 5 Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse in Zusammenhang mit der zentralen Forschungsfrage und den Leitfragen in Bezug auf nationale und internationale Literatur dargestellt. Daraufhin wird die von den Autorinnen genutzte Forschungsmethode auf Stärken und Limitationen analysiert und die Einhaltung der Gütekriterien diskutiert.

5.1 Einsatz von therapeutischen Mitteln

Welche therapeutischen Mittel werden während des Prozesses genutzt und welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut:innen mit diesen gemacht?

Beginnend werden nun die eingesetzten therapeutischen Mittel mit den Erfahrungen der Teilnehmer:innen und der dazu dargestellten Literatur verglichen. Zunächst werden die Gemeinsamkeiten aufgezeigt, um daraufhin die Unterschiede zu diskutieren.

Beispielhaft für einen typischen Ergotherapie-Prozess wird in der Literatur das CPPF (Abbildung 1) beschrieben (Townsend & Polatajko, 2007). Dieses Framework unterstützt durch die acht Aktionspunkte eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Praxis, welche einen dynamischen Austausch zwischen Klient:in und Therapeut:in fördert und stetig das Handeln reflektiert. Eine grundsätzliche und modellübergreifende Einteilung des Prozesses geschieht in Evaluation (Befundung), Intervention (Behandlung) und Outcome/Re-Evaluation (Überprüfung) (Merklein de Freitas, Pott, Weber, Wendel & Zillhardt, 2015). Dieser beschriebene ergotherapeutische Prozess ist bei allen Teilnehmer:innen erkennbar, da in jedem Interview Aussagen über eine Evaluation, Intervention und Re-Evaluation getroffen worden sind (TN1/79, TN1/398, TN2, 231, TN4/158). Auch ein Wechsel innerhalb der Schritte des Prozesses sind erkennbar, da während des laufenden Prozesses die Ziele der Klient:innen erneut evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden (TN3/388, TN3/395). Die Durchführung dieses Prozesses geschieht jedoch unbewusst und ein Wechsel der Aktionspunkte des CPPF geschieht spontan (TN3/388). Darüber hinaus wird kein explizites Prozessmodell zur Gestaltung des ergotherapeutischen Prozesses genannt.

Die genutzten therapeutischen Mittel während des Prozesses stehen in seltener Übereinstimmung mit der erforschten Literatur. Die Zielformulierung wird in der Literatur als ein Kernelement der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung des ergotherapeutischen Prozesses beschrieben, die durch die Formulierung nach z.B. SMART so konkret und messbar wie möglich umschrieben werden kann (Logister-Proost & Steensel, 2019). Laut der Teilnehmer:innen werden die Ziele jedoch oftmals auf Funktionsebene beschrieben und selten nach SMART (TN2/159, TN3/104, TN4/64). Ein Wissen über die SMART-Formulierung ist jedoch vorhanden (TN2/155), sodass einige Therapeut:innen versuchen, die Klient:innen von ihrer Funktionseinschränkung hin zum Betätigungsanliegen zu führen (TN1/296, TN1/311). Nur auf Wunsch der Klient:innen werden die Ziele auf Betätigungsebene beschrieben (TN3/111, TN4/234). Die Analysepunkte (Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016) die für eine vollständige betätigungsorientierte Zielformulierung unter Berücksichtigung der Klientenzentrierung notwendig sind, werden somit auch nicht regelmäßig und in jedem Falle erfüllt. Die Betätigung ist in speziellen Fällen das Hauptthema der Zielformulierung und der Kontext wird selten bis gar nicht berücksichtigt (TN1/137, TN1/350). Die Ziele werden selten

von den Klient:innen benannt, sondern oft durch ein Re-formulieren seitens der Therapeut:innen aufgestellt (TN1/325).

Auch in der Nutzung von ergotherapeutischen Modellen und betätigungsorientierten Assessments ist nur eine geringe Übereinstimmung mit der Literatur zu erkennen. Die Literatur besagt, dass der/die Therapeut:in durch die Nutzung dieser, gemeinsam mit dem/der Klient:in Kenntnisse und Informationen über die individuellen Betätigungsfragen erhält (van Hartingsveldt et al., 2019) und die Klient:innen über den ergotherapeutischen Prozess informiert und eingebunden werden. Das betätigungsorientierte Assessment nach Hocking (2001) wird in den vier Schritten Meaning, Function, Form und Performance components beschrieben, und betrachtet somit das Betätigungsanliegen in seiner Bedeutung, Funktion und Performance, ähnlich wie das COPM (Law et al., 2020). Wie von Larsson-Lund und Nyman (2017) belegt, stellt die Verwendung von Modellen für die Ergotherapie eine Ressource in der Entwicklung des Berufes und des Verständnisses von Betätigungsanliegen der Klient:innen dar. In den Interviews wurde ersichtlich, dass zwar viele betätigungsorientierte Assessments existieren, die in den orthopädischen Klinken aber gar nicht oder nur teilweise genutzt werden (TN2/141, TN2/516, TN2/521, TN3/292, TN3/302, TN4/166). Genutzt werden einzelne Teile, wie die Performancebereiche oder die Terminologie (TN1/506, TN2/496). Eine ganze Durchführung der Assessments findet jedoch in keinem der Fälle statt. Geäußert, wird ebenfalls, dass die Modelle, wie z.B. die ICF oder das CMOP-E als gedankliche Stütze zur Einordnung personenbezogener Faktoren genutzt werden (TN2/437, TN1/502). Auffällig ist, dass diese Äußerungen von den akademisierten Ergotherapeut:innen getroffen worden sind, die ebenfalls über einen Evidenzbezug ihrer Arbeit sprachen (TN2/325). Wie in der Literatur beschrieben, wird die evidenzbasierte Praxis als gewissenhafter, expliziter und sachkundiger Einsatz von der aktuellen Evidenz, um mit den Klienten und dessen System gemeinsam Entscheidungen zu treffen, definiert (Graff, Satink & Steultjens, 2019). Dieser beinhaltet die Integration der individuellen klinischen Expertise mit den besten externen Evidenzen und den Wünschen und Erwartungen der Klient:innen und des Klientensystems (Scholten et al., 2013, zitiert in Graff, Satink & Steultjens, 2019). Demnach bieten die akademisierten Ergotherapeut:innen zumindest annähernd eine klientenzentrierte und ganzheitliche Therapie, da sie die Modelle ebenfalls nutzen, um den ergotherapeutischen Prozess für die Klient:innen transparenter zu gestalten (TN2/441). Die examinierten Ergotherapeut:innen äußern zur Nutzung von Modellen und Assessments, dass diese nicht erwünscht seien, aufgrund der funktionell ausgerichteten Therapie und Diagnostik (TN4/177, TN4/178). Außerdem sind ein geringeres Wissen und eine geringe Zeit verantwortlich für die nicht vorhandene Nutzung dieser.

Als das wichtigste therapeutische Mittel werden in der Literatur bedeutungsvolle Betätigungen ergotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten beschrieben (Schirmer, 2013). Betätigungsorientierung stellt demnach einerseits die Methode, andererseits das Mittel der ergotherapeutischen Praxis dar und sichert die Partizipation des Individuums (Gritsch, 2017). Im Falle dieser Studie nutzen die Ergotherapeut:innen selten Betätigung selbst als Methode oder Mittel der Therapie (TN1/120, TN1/133, TN2/385, TN4/435). Die Betätigung wird eher als Ziel im Hintergrund gesehen und die funktionsorientierte Therapie gilt als vorbereitende Maßnahme dieser (TN1/135). Somit arbeiten die Therapeut:innen in diesen Fällen laut Literatur nach dem Bottom-up-Ansatz, welcher nicht der aktuellen Arbeitsweise entspricht (Janssen & Barucchieri, 2013). In seltenen Fällen, in denen die Klient:innen ein Betätigungsanliegen konkret äußern, wird die Betätigung selbst als Mittel eingesetzt (TN2/219, TN2/237). Die

gängigen Therapiemittel, die in dem ergotherapeutischen Prozess in orthopädischen Reha-Kliniken eingesetzt werden, sind funktionsorientiert und werden von den Teilnehmer:innen ähnlich zu der Physiotherapie beschrieben (TN4/417). Die Therapiemittel umfassen Bälle, Therabänder, Gleichgewichtspads und andere Funktionstrainierende Mittel (TN4/426, TN4/416, TN4/77, TN3/258, TN3/223, TN2/262, TN1/171).

5.2 Rolle des/der Klient:in

Welche Rolle spielt der/die Klient:in während des ergotherapeutischen Prozesses?

Die Rolle des/der Klient:in ist von den Teilnehmer:innen einheitlich beschrieben worden. Die zugeschriebene Rolle wird als Hauptrolle und Expert:in für seinen/ihren Alltag benannt, der viele Entscheidungen zu geschrieben werden (TN3/361, TN2/405, TN2/373). Wie in der Literatur beschrieben, gilt es den Fokus des Gegenstandsbereichs der Ergotherapie auf die tätige Person in ihrem individuellen Umfeld zu legen (Mentrup, 2013) und die Gesundheit zu fördern, indem die betätigende Natur des Menschen im Fokus steht (Christiansen & Haertl, 2013). So äußern die Therapeut:innen auch, dass der Mensch zu jedem Zeitpunkt im Mittelpunkt der Therapie steht und Entscheidungen über die Therapiematerialien oder die Vorgehensweise treffen, die den therapeutischen Prozess formen (TN3/390, TN3/395). Somit ist hier eine Übereinstimmung mit der Literatur nach Cup & van Hartingsveldt (2019) zu erkennen, welche die Klient:innen als Regisseur:innen des Therapieprozesses beschreiben und die Wünsche und Träume der Person in den Mittelpunkt stellen. Die WFOT beschreibt darüber hinaus, dass die ergotherapeutische Praxis sich darauf bezieht, Menschen zu befähigen Aspekte ihrer Person, ihrer Betätigung oder ihres Umfeldes zu verändern und die Ergotherapeut:innen in der Beziehung mit ihren Klient:innen personenzentriert handeln (WFOT, 2010). Dies ist durch eine ständige Kommunikation mit den Klient:innen von den Teilnehmer:innen gewährleistet, sodass die Klient:innen an die Betätigungen herangeführt werden. Die Klient:innen werden durch die Hilfsmittelberatung befähigt, ihr direktes Umfeld zu verändern und Betätigungen zu ermöglichen. Durch das Heranführen an die Betätigung selbst werden sie in ihrer Person befähigt, ihre Einschränkungen von der Funktionsebene auf die Betätigungsebene und in ihren Alltag zu übertragen (TN2/362, TN2/383, TN2/219, TN2/87, TN1/321, TN1/296).

In der Literatur werden die Klient:innen darüber hinaus als der wichtigste Teil der Intervention beschrieben (Sumsion, 1999), welches eine aktive Teilhabe an der Entscheidungsfindung gewährleistet (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Demnach wird in der Literatur vorgegeben, dass den Klient:innen im Therapieprozess Macht überschrieben wird (Sumsion & Law, 2006; Hammell, 2013). Laut der Aussagen der Teilnehmer:innen werden die Klient:innen in jede Entscheidung über den Therapieprozess miteinbezogen. Somit erhalten diese Macht über die Gestaltung (TN1/333, TN2/405). Die Klient:innen beginnen die Therapie in den meisten Fällen mit einer hohen Erwartungshaltung gegenüber den Therapeut:innen, wodurch die Klient:innen zu Beginn ihre Entscheidungskraft und Verantwortung an die Therapeut:innen abgeben und diese auch nicht wollen. Laut Aussage werden die Therapeut:innen als „Expert:innen“ betitelt, sodass diese über den Therapieprozess, Therapiemittel und Ziele entscheiden sollen (TN4/247, TN1/336). Es entsteht eine gegensätzliche Rollenerwartung an die Klient:innen und die Therapeut:innen stoßen an Grenzen der Klientenzentrierung. Laut der Literatur sollen die Wünsche der Klient:innen in einer klientenzentrierten Arbeit berücksichtigt und respektiert werden (Cup & van Hartingsveldt, 2019). In den Interviews zeigt sich, dass die Therapeut:innen die Macht und Verantwortung erhalten und den Therapieprozess alleine gestalten.

Le Granse und Kuiper (2019) beschreiben, dass die Therapeut:innen die Rolle des/der Klient:in und auch die eigene während des gesamten Prozesses stetig reflektieren und dabei den Fokus auf den/die Klient:in als zentrale Figur legen. Der Begriff „Klient:in" schafft laut Literatur die Grundlage für eine aktive Partizipation im ergotherapeutischen Prozess und stärkt die Beziehung zwischen Therapeut:in und Klient:in (Townsend & Polatajko, 2013). Da alle Therapeut:innen die Klient:innen stets „Patient:innen" nennen, geschieht hier keine Reflexion der zugewiesenen Rollen (TN4/266, TN3/422, TN2/530, TN1/398). Somit kann auch nur eine geringe Partizipation im ergotherapeutischen Prozess stattfinden, da die Klient:innen sich durch ihre Bezeichnung nicht auf Augenhöhe mit den Therapeut:innen befinden und ihre Macht abgeben. Die Bezeichnung „Patient:in" unterstützt die funktionsorientierte Sichtweise der Klient:innen und fördert eine Sicht auf die Einschränkungen auf Funktionsebene und somit die biomechanische Sichtweise (Kielhofner, 2009). Ein/e Therapeut:in äußert, dass er/sie zwar die Patient:innen als Klient:innen betrachtet, diese aber dennoch nicht so nennt, da es eine Vorschrift der Vorgesetzten ist, die Individuen „Patient:innen" zu nennen (TN2/167).

5.3 Rolle des/der Therapeut:in

Welche Rolle nimmt der/die Therapeut:in während des ergotherapeutischen Prozesses ein?

So wie die Rolle des/der Klient:in ist auch die Rolle des/der Therapeut:in einheitlich von den Teilnehmer:innen beschrieben worden, welche die Umsetzung einer Klientenzentrierung fördert. In der Literatur zeigt sich, dass von Ergotherapeut:innen erwartet wird , dass sie die Klient:innen respektieren, mit diesen zusammenarbeiten, die subjektiven Erfahrungen der Menschen in Bezug auf ihre Teilhabe schätzen und das Wissen, die Hoffnungen, die Träume und die Autonomie jedes einzelnen würdigen (WFOT, 2010). Darüber hinaus haben die Therapeut:innen die Verpflichtung, ihre Arbeit messbar und transparent zu gestalten (Hoos-Leistner, 2007). Die Therapeut:innen betonen, dass die Entscheidungsmacht in den meisten Fällen an die Klient:innen abgegeben wird (TN3/390, TN3/135). Es werden gemeinsam Ziele formuliert (TN3/111, TN4/213), gemeinsame Therapieinhalte gewählt (TN4/69, TN3/395) und gemeinsam evaluiert (TN1/423, TN1/94). In diesen Entscheidungen treffen die Therapeut:innen die Klient:innen auf Augenhöhe (TN4/274, TN3/455) und treffen Entscheidungen nur, wenn ihre fachliche Expertise gefragt ist (TN3/463). Wie bereits beschrieben, geben die Klient:innen die Macht regelmäßig zurück an die Therapeut:innen, sodass auch Entscheidungen über die Gestaltung des Therapieprozesses von diesen getroffen werden müssen (TN4/256, TN3/468).

CAOT (1997) definiert für die Rolle der Ergotherapeut:innen die Aufgabe, den Klient:innen respektvoll entgegen zu treten und die Klient:innen an den Entscheidungsfindungen teilhaben zu lassen. Darüber hinaus sollen die Therapeut:innen mit und für die Klient:innen um die Verwirklichung ihrer Belange streiten und die Erfahrung und das Wissen der jeweiligen Personen berücksichtigen. Transparent und messbar wird die Therapie durch die funktionellen Testungen, die von allen vier Therapeut:innen beschrieben werden (TN4/218, TN4/208, TN2/174, TN1/294), und durch die Überprüfung vereinzelter Betätigungsanliegen, wie z.B. eine Gangstrecke (TN1/392, TN1/393).

In der Literatur wird der/die Ergotherapeut:in als Ermöglicher:in des Betätigens beschrieben, wobei die Wünsche der Klient:innen aufgegriffen werden und Empathie, Flexibilität, Kreativität und Problemlösungsstrategien seitens der Therapeut:innen erfordert wird (Cup &

van Hartingsveldt, 2019). Ebenfalls wie in der Literatur beschrieben, sehen sich auch die befragten Therapeut:innen als Expert:innen für die Erfassung der individuellen Handlungsfähigkeit der Klient:innen und unterstützen deren Entwicklung, Erhalt und Erweiterung (TN2/373). Außerdem nennen die Therapeut:innen die Rolle des Enablers, des Coaches und der Beratungsperson (TN3/449, TN3/447, TN3/445, TN2/427). Dabei erfassen die Therapeut:innen gleichzeitig die Person, ihre Umwelt und ihre Betätigungsanliegen (Peterko et al., 2020).

In Bezug auf die genannte Literatur ist zu erkennen, dass die Therapeut:innen der vorgesehenen Rolle gerecht werden wollen, diese jedoch aufgrund der Machtübergabe seitens der Klient:innen nicht in jedem Fall ausführen können (TN4/278, TN1/336). Dies führt unter anderem zu einer Einschränkung der Umsetzung der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung, sowie zu einer fehlenden Berufsidentität und eine damit verbundene Frustration (TN4/402, TN4/239, TN1/590, TN1/569).

5.4 Hemmende & Fördernde Faktoren

Welche Rahmenbedingungen (hemmende und fördernde Faktoren) beeinflussen den ergotherapeutischen Prozess?

Aufgrund der Erfahrungswerte der Therapeut:innen werden im Folgenden die hemmenden und fördernden Rahmenbedingungen im ergotherapeutischen Prozess, die eine Umsetzung der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung beeinflussen, in Bezug zu der analysierten Literatur gesetzt und diskutiert. In der Literaturrecherche ergaben sich jedoch wenig Informationen über die aktuellen Rahmenbedingungen in orthopädischen Rehakliniken, sodass lediglich Informationen über die Kostenträger und die Vorgaben für eine Reha in Bezug zu den Erfahrungen berücksichtigt werden konnten.

In der Literatur nach Pöttgen (2020) wird beschrieben, dass sich die Orthopädie mit Erkrankungen an dem menschlichen Stütz- und Bewegungsapparates nach z.B. Unfällen, Sportverletzungen, chronischen Krankheiten, degenerativen Gelenkerkrankungen, entzündlich-rheumatische Erkrankungen oder auch Infektionen befasst und eine stationäre Rehabilitation in der Orthopädie eine Kompaktmaßnahme bietet (Bengel, 2013). Deckungsgleich dazu sind die Aussagen der Therapeut:innen über das zu behandelnde Klientel, welche als hemmenden Faktor in der Umsetzung eines betätigungsorientierten und klientenzentrierten Prozesses gesehen werden. Die Klient:innen zeigen Einschränkungen auf der Funktionsebene, die i.d.R. für einige Wochen anhalten und somit nur geringfügige Betätigungsanliegen äußern (TN1/321, TN2/571). Aufgrund dieser Tatsache beschreiben die Teilnehmer:innen, dass die Klient:innen in den meisten Fällen nur an der Funktionseinschränkung arbeiten wollen und somit eine Betätigungsorientierung seitens der Klient:innen ausgeschlossen bzw. für nicht sinnvoll erachtet wird (TN1/609, TN1/601, TN2/538). Ein weiterer hemmender Faktor, der die funktionsorientierte Sichtweise des Klientels unterstützt, ist die Tatsache, dass einem Großteil der Klient:innen die Disziplin der Ergotherapie nicht ausreichend bekannt ist und Unklarheiten bezüglich der Ziele und der Arbeitsweise bestehen (TN2/394, TN4/453). Aus diesem Grund fällt es einigen Klient:innen schwer die Funktionseinschränkungen auf die Betätigungsebene anzuheben und einen Bezug zu ihrem Alltag herzustellen (TN1/296, TN1/343, TN2/462, TN2/475, TN4/199).

Weitere hemmende Rahmenbedingungen, welche von den Therapeut:innen genannt wurden, sind die funktionsorientiert eingerichteten Räumlichkeiten und Therapiemittel. Drei der vier Teilnehmer:innen beschreiben, dass keine betätigungsorientierten Räumlichkeiten oder Therapiemittel vorhanden sind (TN1/130, TN3/495, TN3/496, TN4/336). Diese verleiten, laut Aussage zu einer funktionsorientierten Arbeitsweise während der Therapie (TN1/127, TN1/472). Zudem äußern zwei der Therapeut:innen, dass die Räume doppelt belegt werden, sodass kein privates Gespräch zustande kommen kann und der Prozess gestört wird (TN4/339, TN4/344, TN1/211).

Laut Literatur bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen, die i.d.R. für 3 Wochen erbracht werden (SGB V, §40, Abs. 3). Die Aussagen der Therapeut:innen decken sich mit dieser Information und werden ebenfalls als hemmend beschrieben, da die Zeit des Aufenthaltes sehr kurz ist und es zu erfüllende Vorgaben der Krankenkassen gibt. Dadurch ist eine Betätigungsorientierung und klientenzentrierte Therapie nur eingeschränkt möglich (TN3/207, TN1/236, TN1/223).

Mit Blick auf das aktuelle Paradigma, welches den ergotherapeutischen Prozess beeinflusst, ergeben sich ebenfalls hemmende Faktoren für die Teilnehmer:innen. In der Literatur verkörpert ein Paradigma die Überzeugungen, welche von Angehörigen einer Berufsgruppe in einem bestimmten Zeitraum geteilt werden (Kuiper & Satink, 2006). Das Ergotherapieparadigma ist ein Berufsparadigma, welches den Kern des Berufes beschreibt (Satink & Van de Velde, 2019) und bildet laut Kielhofner (2009) eine gemeinsame Vision des ergotherapeutischen Berufes, welche die Berufsidentität bestimmt. In diesem Zusammenhang wird von allen Teilnehmer:innen eine nicht einheitliche Berufsidentität aufgrund von ungleichen Vorstellungen und Umsetzungen der Ergotherapie innerhalb des ergotherapeutischen Teams erläutert (TN2/519, TN4/383). Diese Unterschiede zeigen sich in einer funktions- und handwerksorientierten Therapie seitens der älteren Ergotherapeut:innen, die an eine Therapie des mechanischen Paradigmas (Mentrup, 2013) erinnert und welche oft mit der betätigungsorientierten und klientenzentrierten Therapie der jüngeren Generation überfordert sind (TN2/330, TN2/589, TN2/596, TN4/385, TN4/510). Ein weiterer hemmender Unterschied ist in der Berufsidentität zwischen examinierten und akademisierten Ergotherapeut:innen zu erkennen. Die examinierten Therapeut:innen werden als funktionsorientierter wahrgenommen, aufgrund einer untergeordneten Rolle der motorisch-funktionellen Lehre in der Ausbildung (TN4/481, TN1/477, TN1/478). Die Aussagen dazu sind deckungsgleich zu der Literatur nach Junge, Longrée und Weber (2019), in der ein defizitorientierter Ansatz beschrieben wird, in dem die Funktionseinschränkung in den Vordergrund gestellt und durch gezielte Mobilisation und Übungen trainiert wird. Die akademisierten Ergotherapeut:innen hingegen arbeiten vermehrt mit dem Blick auf Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung und teilten Erfahrungen über einen versuchten Changemanagement-Prozess in ihrer Klinik (TN1/474, TN1/493, TN2/269, TN2/307). Dieser ist jedoch von den Kolleg:innen abgelehnt worden, was ebenfalls zu weiterer Frustration und einem weiteren Bestand des mechanischen Paradigmas führt (TN2/317, TN4/389, TN4/407). Die akademisierten Ergotherapeut:innen äußerten außerdem, dass es ihnen oft nicht gelingt das Wissen, welches sie im Studium erlangt haben, umzusetzen (TN1/470, TN1/543).

Als fördernder Faktor hingegen ist von einzelnen Teilnehmer:innen die Lage der Klinik und betätigungsorientierte Räume und Therapiemittel genannt worden, die einen Einbezug des Klientensystems und der Betätigungsanliegen zulassen. So können z.B. Treppen genutzt werden, wenn diese zuhause vorhanden sind, Betten bezogen oder unebene Wege trainiert werden (TN1/197, TN2/237, TN2/239). Dies wird ebenfalls in der Literatur als Möglichkeit des unkomplizierteren Einbezugs der im gewohnten Umfeld bestehenden Schwierigkeiten beschrieben, die einen guten Transfer der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in die Rehabilitation bietet (Bengel, 2013).

Ein weiterer fördernder Faktor ist die positive Unterstützung der Vorgesetzten der Therapeut:innen. Ein/e Therapeut:in äußert, dass diese einen Umstellungsprozess hin zum zeitgenössischen Paradigma unterstützen und somit das aktuelle Bild der Ergotherapie fördern (TN4/392). Wie auch in der Literatur beschrieben sind ständige Veränderungen im Gesundheitswesen und ändernde Überzeugungen innerhalb der Berufsgruppe über gemeinsame Ausgangspunkte und Werte des Berufes notwendig für die Entwicklung und Umsetzung eines neuen Paradigmas (Satink & Van de Velde, 2019). Ebenfalls werden die Einzeltherapien als fördernder Faktor in der Umsetzung genannt, da in einem privaten Setting eine Klientenzentrierung als umsetzbarer wahrgenommen wird und die Therapeut:innen den Klient:innen auf Augenhöhe begegnen können (TN3/178, TN1/211).

Die akademisierten Ergotherapeut:innen äußerten darüber hinaus als fördernden Faktor die Nutzung der Evidenz. Ebenfalls argumentierten die Teilnehmer:innen wie in der Literatur beschrieben, dass eine evidenzbasierte Praxis die Verantwortung gegenüber dem Gesetzgeber erfüllt und dem/der Klient:in eine bestmögliche Behandlung bietet (Radek & Tautorat, 2019) (TN2/120, TN2/312). Dies fördere die Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung, sowie die Umsetzung des aktuellen Paradigmas, da die eigene Arbeit begründbar und vor dem Hintergrund aktueller Evidenz gerechtfertigt werden kann (TN2/588).

5.5 Umsetzung der Klientenzentrierung & Betätigungsorientierung

Inwieweit wird der ergotherapeutische Prozess in orthopädischen Rehakliniken in Deutschland durch Ergotherapeut:innen betätigungsorientiert und klientenzentriert gestaltet?

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung werden nun die Erfahrungen der Therapeut:innen über ihre Umsetzung der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung vor dem Hintergrund der bereits beantworteten Leitfragen und der internationalen und nationalen Literatur diskutiert.

In der Literatur wird für einen typischen Ergotherapie-Prozess das CPPF (Townsend & Polatajko, 2007) beschrieben, welches eine grundsätzliche Einteilung des Prozesses in Evaluation (Befundung), Intervention (Behandlung) und Outcome/Re-Evaluation (Überprüfung) bietet (Merklein de Freitas, Pott, Weber, Wendel & Zillhardt, 2015). Die Klientenzentrierung wird größtenteils in allen der drei Phasen eines ergotherapeutischen Prozesses umgesetzt. So werden zu jeder Zeit die Wünsche und Bedürfnisse der Klient:innen seitens der Therapeut:innen erfragt und wahrgenommen (TN1/89, TN1/115, TN2/76, TN2/4405, TN3/135, TN3/178, TN3/361). Damit gehen die Therapeut:innen auf Augenhöhe in einen Austausch mit den Klient:innen, indem gemeinsame Entscheidungen über die Ziele und Interventionen getroffen werden (TN1/113, TN2/363, TN2/367, TN4/63). Somit handeln die

Therapeut:innen, wie von der WFOT (2010) vorgegeben personenzentriert und mit einer humanistischen Sichtweise. Die WFOT (2010) und die CAOT (1997) stellen dar, dass Ergotherapeut:innen die Klient:innen respektieren, mit diesen zusammenarbeiten, die subjektiven Erfahrungen der Menschen in Bezug auf ihre Teilhabe schätzen und das Wissen, die Hoffnungen, die Träume und die Autonomie jedes einzelnen würdigen und in den Entscheidungsprozess einbeziehen. Diese Arbeitsweise und das Respektieren der Klient:innen in jeglicher Form ist durch die Aussagen der Therapeut:innen stets betont worden (TN1/113, TN1/115, TN1/117, TN2/362, TN2/421, TN3/89, TN4/274).

Ebenso beschreibt Sumsion (1999), dass die Klientenzentrierung die Autonomie, die Stärke und das Bedürfnis der Klient:innen nach Wahlmöglichkeiten von den Therapeut:innen respektiert werden müssen. Diese Sicht unterstützten auch die befragten Therapeut:innen (TN1/333, TN1/334, TN2/373, TN3/390, TN3/395, TN4/69), jedoch wird die zugeteilte Macht der Klient:innen häufig zurück an die Therapeut:innen gegeben (TN1/336, TN4/247, TN4/256, TN4/278), sodass der Sinn und Zweck der Klientenzentrierung, wie er in der Literatur beschrieben wird, nicht erfüllt wird. Jedoch geben die Therapeut:innen dem Wunsch der Klient:innen nach, da auch dies ein Bestandteil der Klientenzentrierung ist. Daher entscheiden die Therapeut:innen über die Intervention und Gestaltung des Prozesses (TN3/463, TN3/468, TN4/256, TN4/278), da laut Weber & Pott (2011) die Klient:innen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen im Zentrum der ergotherapeutischen Handlung stehen. Ein weiterer Wunsch vieler Klient:innen ist der Wunsch nach funktionsorientierter Therapie (TN1/ 609, TN2/454, TN2/566, TN2/538, TN3/91, TN4/435). Dieser Wunsch basiert auf orthopädischen Indikationen, wie z.B. Einschränkungen nach Unfällen, Sportverletzungen, chronischen Krankheiten, degenerativen Gelenkerkrankungen, entzündlich-rheumatische Erkrankungen oder auch Infektionen (Pöttgen, 2020). Da die Klientenzentrierung den Ergotherapeut:innen vorgibt die Wünsche der Klient:innen zu respektieren, stehen somit die Klientenzentrierung und die Betätigungsorientierung nach Aussagen der Therapeut:innen in Konkurrenz zueinander (TN1/601, TN1/609). Gupta und Taff (2015) beschreiben darüber hinaus, dass eine authentische klientenzentrierte Arbeit durch Betätigungsorientierung verkörpert wird. Betätigungsorientierung ist aber, wie bereits beschrieben aufgrund der Wünsche der Klient:innen oft nicht erwünscht. Darüber hinaus beschreiben die Therapeut:innen, dass viele Klient:innen kein oder nur ein geringes Wissen über die therapeutischen Abläufe in der Ergotherapie besitzen (TN2/394), sodass die Klient:innen durch die Therapeut:innen zu ihren Betätigungsanliegen geführt werden müssen (TN1/296, TN2/87, TN2/383, TN2/441, TN3/54). Auch in diesen Fällen kommt es vor, dass aufgrund der meist temporären Einschränkungen auf Funktionsebene die Klient:innen keinen Sinn darin sehen gezielte Betätigungen zu trainieren (TN2/141, TN2/571). Somit äußern die Therapeut:innen, dass die orthopädischen Diagnosen der Betätigungsorientierung oft keinen Raum geben und dadurch selten umgesetzt wird (TN2/159, TN4/121). Diese Aussagen stehen in Konkurrenz zu der Literatur nach Möller (2017) und Christiansen und Haertl (2013), die betonen, dass in der Umsetzung der Betätigungsorientierung die Betätigung in der Therapie als therapeutisches Mittel zur Verbesserung der Durchführung der Betätigung genutzt werden, um die Gesundheit zu fördern, indem die sich betätigende Natur des Menschen im Fokus steht. Auch die Zielformulierung in der Evaluation wird in den meisten Fällen nicht betätigungsorientiert und nach SMART (Logister-Proost & Steensel, 2019) von den Therapeut:innen formuliert. Lediglich auf besonderen Wunsch der Klient:innen werden gezielte Betätigungen als Ziel formuliert (TN2/155, TN1/311, TN1/319, TN1/443, TN2/219, TN3/111, TN4/234). Der Unterschied zwischen akademisierten und examinierten Ergotherapeut:innen ist insofern zu erkennen, dass

akademisierte Ergotherapeut:innen versuchen, sowohl in der Zielformulierung als auch in der Interventionswahl die Betätigung zu berücksichtigen und die Einschränkungen der Klient:innen auf die Betätigungsebene zu projizieren (TN1/321, TN2/138, TN2/144, TN4/138). Der größte Teil der Zielformulierung findet auf der Funktionsebene statt. Zielformulierungen lauten z.B.: Mobilisierung der Gelenke, Kraftaufbau oder Steigerung der Bewegung und Mobilität (TN3/104, TN3/108, TN4/64, TN4/211). Diese Zielformulierungen sind deckungsgleich mit dem biomechanischen Modell, welches das Ziel verfolgt Bewegungsfähigkeiten wiederherzustellen, Körperteile zu stabilisieren und zu bewegen, um die Bewegung für die Ausführung einer Betätigung zu erreichen (Kielhofner, 2009). Demnach lässt sich der Großteil der Zielformulierungen der Therapeut:innen dem „mechanistic paradigm" zuordnen (Mentrup, 2013).

In der Literatur wird der Einbezug von Angehörigen sowie die Berücksichtigung der im gewohnten Umfeld bestehenden Schwierigkeiten als ein guter Transfer der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in die Rehabilitation beschrieben (Bengel, 2013). Ebenfalls beziehen alle befragten Therapeut:innen das Klientensystem in die Therapie mit ein in Form von familiärer Unterstützung und der Analyse des Wohnumfeldes inklusive möglichem Einbezug von Hilfsmitteln (TN1/81, TN2/129, TN3/79, TN3/264). Somit erfüllen die Therapeut:innen mit dem kontextbezogenen Handeln ein Grundanliegen der Ergotherapie (Weber & Pott, 2011). Die Therapeut:innen fördern dadurch eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte Arbeitsweise (Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016). Um den Klient:innen durch Klientenzentrierung eine aktive Rolle in der Therapie zu ermöglichen, muss die betätigungsorientierte Ergotherapie in einem definierten Kontext stattfinden, indem der/die Klient:in die für ihn/sie bedeutungsvollen Betätigungen direkt ausführen kann (Gupta & Taff, 2015). In der Literatur wird die Klinik oder die Rehabilitationseinrichtung als Alltagskontext der Person einbezogen, sodass die Therapeut:innen die Kontextbasierung erfüllen, indem sie Betätigungen im Klinikalltag gemeinsam mit den Klient:innen trainieren, wie z.B. das Treppensteigen oder das Bett machen (TN1/197, TN2/237, TN2/239) (Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016). Hervorzuheben ist jedoch auch an dieser Stelle, dass die Therapeut:innen dies zwar auf Wunsch der Klient:innen durchführen, jedoch durch die Kostenträger Vorgaben erhalten, die Klient:innen arbeitsfähig zu entlassen. Dies bedeutet für die drei Wochen Rehabilitationsmaßnahme, dass die Therapeut:innen in den meisten Fällen den Kontext Arbeit berücksichtigen und dies in Form von MBOR (TN3/155, TN3/162, TN3/165, TN4/84) trainieren. Diese Trainingsmaßnahme beinhaltet Bewegungen und Belastungen der vorherrschenden Arbeitsbedingungen der Klient:innen. Dennoch beachten alle Therapeut:innen die individuellen Arbeitsbedingungen und passen die Betätigungen des MBOR an die Arbeitsstelle des/der Klient:in an, sodass in diesem Rahmen eine Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung gewährleistet wird. Die Betätigungsbereiche der Ergotherapie umfassen jedoch außer der Arbeit, die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Bildung, Spiel und Freizeit, sowie soziale Partizipation (Stademann & Tsangaveli, 2016).

Der Großteil der Interventionen findet in Anlehnung an das biomechanische Modell (Kielhofner, 2009) in der Bottom-Up-Methode statt, in der Training an der Funktion ansetzt, um die Betätigung zu verbessern (Janssen & Barucchieri, 2013). Durch gezielte Übungen mit Therapieknete, Gleichgewichtspads, Schwingstäben und Bällen werden durch die Therapeut:innen Funktionen trainiert die als vorbereitende Maßnahme für die Betätigung gesehen werden (TN1/474, TN1/135, TN1/133, TN2/239, TN2/385, TN4/146). Ob die

Klient:innen dabei die Betätigung im Blick haben, lässt sich nicht beantworten. Die Therapeut:innen hingegen, versuchen diese Übungen immer in Bezug zu einer Betätigung zu sehen, sodass die Motivation seitens der Klient:innen gesteigert werden kann (TN2/462, TN2/479). Vorgesehen für einen ergotherapeutischen Prozess unter Beachtung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung ist die Top-Down-Methode, in der durch die Übung der Betätigung einzelne Aktivitäten und Funktionen trainiert werden (Janssen & Barucchieri, 2013). Somit ist eine Übereinstimmung mit der im Jahr 1949 beschriebenen Ergotherapie in der Orthopädie zu erkennen, die das Ziel verfolgte Funktionen wiederzuerlangen und zu erhalten, um die Handlungsfähigkeit im Alltag zu verfolgen (Junge, Longrée & Weber, 2019, S. 49). Wie auch die von den Therapeut:innen beschriebene Arbeitsweise, legt die reduktionistische Sichtweise den Fokus auf die Funktion und Kompensation, während die Betätigung in den Hintergrund rückt (Kinébanian, 2019a; Mentrup, 2013). Das biomechanische Modell wird angewandt bei Einschränkungen der freien Bewegung und der Kraft, wofür Krankheiten oder Traumata des Bewegungsapparates die Ursache bilden. Die Interventionsmethoden zielen darauf ab Funktionen zu erhalten oder wiederherzustellen (Kielhofner, 2009). Diese Literaturnachweise zeigen auf, dass durch die orthopädischen Diagnosen und die Vorgaben der Kostenträger die Ergotherapie in der orthopädischen Reha zum größten Teil im biomechanischen Modell arbeitet. Gleichermaßen wie in der Intervention findet auch die Re-Evaluation der Therapeut:innen größtenteils funktionsorientiert statt. Dies ist zurückzuführen auf eine funktionsorientierte Befunderhebung mittels Befundbögen in der Aufnahme durch Messungen und Beobachtungen (TN1/294, TN1/393, TN1/418, TN2/96, TN4/54, TN4/87). Diese Befundbögen sind funktionsorientiert ausgelegt und erfassen Bewegungseinschränkungen, Schmerzen und Diagnosen (TN1/383, TN3/81, TN4/196). Damit stehen sie im Gegensatz zu den ergotherapeutischen Modellen, die für den Aufbau und die Struktur der Therapie genutzt werden können und durch die, die Therapeut:innen gemeinsam mit dem/der Klient:in Kenntnisse über die individuellen Betätigungsfragen erhalten (van Hartingsveldt et al., 2019). Einige Befundbögen bieten jedoch auch das Informieren und Einbinden der Klient:innen, wie in der Literatur beschrieben, durch die einzelnen Fragen zu aus der Funktionseinschränkung resultierenden Betätigungsanliegen (TN1/288, TN1/292, TN4/60, TN4/197) (van Hartingsveldt et al., 2019).

Aufgrund keiner klaren Trennung der Terminologie bzw. eines nicht vorhandenen Wissens über die Begriffe der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung (TN3/ 133, TN4/134, TN4/138, TN4/144) ist in Bezug zu der internationalen und nationalen Literatur zu erkennen, dass das aktuelle zeitgenössische Paradigma (Kielhofner, 2009; Mentrup, 2013) im eigentlichen Sinne nicht umgesetzt werden kann. Laut Kielhofner (2009) bildet das Paradigma eine gemeinsame Vision des ergotherapeutischen Berufes, die die Berufsidentität bestimmt. Dies bedeutet konkret, dass sich im Paradigma die Sicht auf den Menschen und die Gesellschaft, als auch die Werte des Berufes wiederfinden (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Aufgrund dieser Unstimmigkeiten innerhalb des Berufes ist keine klare Definition der Ergotherapie in der orthopädischen Rehabilitation möglich, sodass auch keine einheitliche Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung möglich ist (TN1/452, TN1/456, TN1/569, TN2/317, TN2/330, TN2/519, TN4/135, TN4/383, TN4/402).

Wie in der Literatur beschrieben, bedeutet dies, dass die ergotherapeutische Arbeitsweise mit einem lebenslangen Lernen zusammenhängt, da sich durch die Paradigmaverschiebung neue Werte für den Beruf entwickeln (Turpin & Iwama, 2011; Satink & Van de Velde, 2019). Jüngere und auch akademisierte Therapeut:innen versuchen diesen Paradigmenwechsel in der

orthopädischen Reha durch die Nutzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung, sowie durch Umstellungsversuche anzuleiten (TN2/269, TN2/307, TN2/325, TN2/589, TN4/389).

Die Ergotherapie basiert auf der Überzeugung, dass Menschen sich betätigende Wesen sind und, die positive Beziehung zwischen Betätigung und Gesundheit im Fokus der Therapie steht (AOTA, 2014). Das Hauptziel dabei ist die Ausübung und das Wiedererlangen von bedeutungsvollen Betätigungen zur Steigerung der Gesundheit und einer aktiven Teilhabe am Leben (Gupta & Taff, 2015). Dabei wird die Betätigungsorientierung als grundlegendes Merkmal der modernen Ergotherapie gesehen (Schirmer, 2013) und bildet somit die Basis des Berufes (Romein, Aichhorn & Kohlhuber, 2020). Vor diesem literarischen Hintergrund ist als Fazit zu nennen, dass einige Rahmenbedingungen, wie die Vorgaben der Kostenträger, die funktionsorientierten Räume und Materialen, sowie eine nicht einheitliche Definition der Ausübung von Ergotherapie der Berufsangehörigen die Umsetzung des zeitgenössischen Paradigmas und der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung im ergotherapeutischen Prozess in der orthopädischen Reha hemmen. Durch das dadurch weiterhin vorherrschende mechanistische Paradigma im ergotherapeutischen Prozess ist die Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung erschwert. Erste Ansätze des zeitgenössischen Paradigmas sind jedoch bei einigen Therapeut:innen bereits zu erkennen, sodass die Vermutung aufzustellen ist, dass weitere Umstellungsprozesse in der orthopädische Rehabilitation durchgeführt werden.

5.6 Reflexion

In diesem Abschnitt setzen sich die Autorinnen kritisch mit der methodischen Vorgehensweise und dem Inhalt dieser Bachelorarbeit auseinander. Es werden die Stärken und Limitationen des Vorgehens und der Arbeit beleuchtet sowie die Motivation der Autorinnen diese zu verfassen kritisch hinterfragt. Ebenfalls setzen sich die Autorinnen in diesem Abschnitt kritisch mit ihrem Vorwissen für diese Arbeit und eine mögliche Voreingenommenheit auseinander, um eine Beeinflussung der Ergebnisse auszuschließen.

5.6.1 Inhalt

Der Inhalt der Studie bietet einen Einblick in die Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung innerhalb des ergotherapeutischen Prozesses in orthopädischen Reha-Kliniken und beantwortet die Forschungs- und Leitfragen. Darüber hinaus konnten die aktuellen Denkweisen und Gefühlslagen der Ergotherapeut:innen erfragt werden und die Berufsidentität der einzelnen Teilnehmer:innen offenlegen. Hemmende und fördernde Rahmenbedingungen, die Einfluss auf diesen Prozess nehmen sind erkennbar.
Da dies die erste durchgeführte Studie der Autorinnen ist, ist eine Limitation in der Detaillierung des Einblicks in die aktuelle Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung zu erkennen. Durch mehr Übung in der Durchführung von leitfadengestützten Interviews und der Nutzung von spontanen Detaillierungsfragen, wären vermutlich weitere Informationen über die Erfahrungen der Teilnehmer:innen aufgedeckt worden. Durch oberflächliche Fragen seitens der Autorinnen sind die Antworten der Teilnehmer:innen nicht in jedem Fall in Bezug zu den Leitfragen zu setzen, sodass der Inhalt der Aussagen für diese Studie nicht nutzbar waren.

5.6.2 Voreingenommenheit der Autorinnen

Durch das Vollzeitstudium an der ZUYD Hogeschool in Heerlen besitzen die Autorinnen ein breites Wissen über die Inhalts- und Prozessmodelle, sowie über das zeitgenössische Paradigma der Ergotherapie, welches sie selbst versuchen in ihrem Arbeitsalltag umzusetzen und zu implementieren. Außerdem arbeiten beide Autorinnen zum Zeitpunkt der Studie in einer orthopädischen Reha-Klinik. Zu jedem Zeitpunkt der Erarbeitung haben die Autorinnen gemeinsam ihr Vorwissen kritisch reflektiert und hinterfragt und in Verbindung mit dem theoretischen Hintergrund gesetzt, damit dies keinen Einfluss auf die Forschungsfrage hat. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass dieses Vorwissen den Forschungsprozess beeinflusst hat. Dieser Prozess ist kongruent mit dem von Mayring (2016) empfohlenen Vorgehen.
Durch die gemeinsame Reflexion und Diskussion der Autorinnen über ihr Vorwissen und der eigenen Erfahrungen im Berufsfeld, war es den Autorinnen möglich ihr Wissen in die Interviews miteinfließen zu lassen und eine gute Kommunikationsatmosphäre zu schaffen, in der die Autorinnen auf Augenhöhe mit den Teilnehmer:innen kommunizieren konnten.
Wie in Kapitel 3.3.2 dargestellt, haben beide Autorinnen an allen Interviews teilgenommen, wodurch eine Objektivität gewährleistet werden konnte und keine Themen vergessen worden sind. Die Forschungstriangulation ist durch das direkte Reflektieren der Interviewinhalte, durch das im Anschluss an jedes Interview gemeinsam erstellte Postskriptum, gewährleistet worden.

5.6.3 Reflexion des methodischen Vorgehens

Während des gesamten Prozesses haben sich die Autorinnen an den sechs allgemeinen Gütekriterien der empirischen Forschung nach Mayring (2016) orientiert: *Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, Kommunikative Validierung und Triangulation*. Dadurch konnte während des gesamten Forschungsprozesses ein kongruentes Vorgehen und die Qualität der Forschung gewährleistet werden. Die genaue Definition der Gütekriterien ist dem Kapitel 3.2.2 zu entnehmen. Im Folgenden werden die Gütekriterien auf diese Forschung angewandt.

Das Prinzip der *Verfahrensdokumentation* verlangt von den Autorinnen, dass das methodische Vorgehen, bis ins Detail dokumentiert wird, sodass der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar wird (Mayring, 2016). Das methodische Vorgehen, sowie der Ablauf des Forschungsprozesses ist in Kapitel 3 dargestellt und detailliert beschrieben. Dadurch wird der Forschungsprozess auch für Berufsfremde nachvollziehbar.

Das Gütekriterium der *argumentativen Interpretationsabsicherung* erfüllten die Autorinnen durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse und das induktive Kategoriensystem, welches nah an dem Inhalt der Originaldaten erstellt wurde. Außerdem haben die Autorinnen während der gemeinsamen Interpretation der Aussagen den theoretischen Hintergrund berücksichtigt und eine einheitliche objektive Sprachebene genutzt. Durch eine Rücküberprüfung der erarbeiteten Interpretationen an den Inhalten der Transkripte gewährleisten die Autorinnen eine Echtheit der Aussagen und reduzieren die Gefahr einer Fälschung der Aussagen.

Das Prinzip der *Regelgeleitetheit* erfordert von den Autorinnen, dass die qualitative Forschung sich an bestimmte Verfahrensregeln hält und ihr Material systematisch bearbeitet wird. Dies kann durch ein Ablaufmodell gewährleistet werden (Mayring, 2016).

Während des Forschungsprozesses ist eine Orientierung und Einhaltung des Ablaufmodells einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) gewährleistet worden. Durch das Ablaufmodell sind die Schritte der Analyse sequenziell durchgeführt worden. Ein zusätzlicher Member-Check dient zur größtmöglichen Glaubwirklichkeit der Sammlung und Auswertung der Daten. Außerdem ist die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit des Vorgehens durch eine detaillierte Beschreibung der Teilnehmer:innen unter Einhaltung der Pseudonymität und das Belegen der Resultate durch Zitate gewährleistet worden.

Das Gütekriterium der *Nähe des Gegenstandes* bildet den Leitgedanken der qualitativen Forschung (Mayring, 2016) und wird in dieser Studie durch die Kausalität der Forschungsfragen und der Teilnehmenden, die Expert:innen für diesen Fachbereich sind, gewährleistet. Eine Limitation dabei bilden die Online-Interviews, da kein persönliches Gespräch in der Alltagswelt der Befragten stattfinden konnte.

Zur Einhaltung des Prinzips der *kommunikativen Validierung* haben die Autorinnen den Teilnehmer:innen die Transkripte für einen Member-Check vorgelegt. Die Autorinnen erhielten eine Rückmeldung. Die anderen Teilnehmer:innen äußerten keine Anmerkungen, sodass die Autorinnen dies als Zeichen der Zustimmung auffassten. Wie von Mayring (2016) vorgesehen standen die Autorinnen im ständigen Dialog mit den Teilnehmer:innen. Dies bietet eine Absicherung der Rekonstruktion subjektiver Bedeutungen (Mayring, 2016).

Das Gütekriterium der *Triangulation* legt den Autorinnen den Lösungsweg der quantitativen Forschung offen. Diese hätte einen umfassenderen Einblick in die Umsetzung der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung und eine größere Sättigung an Teilnehmenden ergeben. Eine weitere Limitation der qualitativen Forschung ist die unterschiedliche inhaltliche Tiefe der Interviews, die zurückzuführen ist auf die geringe Erfahrung der Autorinnen. Aufgrund der geringen Anzahl an Teilnehmer:innen besitzt diese Studie eine geringe Repräsentativität. Jedoch sind durch den qualitativen Forschungsprozess die Erfahrungen und Empfindungen der Teilnehmer:innen deutlicher zu erkennen, was dadurch auch einen Einblick in die Berufsidentität der Befragten bietet.

Wie bereits beschrieben, bringt die Diversität der Expert:innen eine Limitation in der Übertragbarkeit der Ergebnisse mit sich, sodass die Studie gering repräsentativ ist. Interessant wäre es andere Mitglieder der jeweiligen ergotherapeutischen Teams zur Umsetzung der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung zu befragen, um die Richtigkeit der Aussagen der Teilnehmer:innen zu überprüfen.
Eine Stärke der Diversität der Expert:innen ist ein umfassender Einblick in die aktuelle Arbeit der Therapeut:innen, sowie die Berücksichtigung unterschiedlicher Ausbildungsgrade und Generationen.

Kapitel 6 Schlussfolgerung

Wie bereits in Kapitel 3.1 beschrieben, haben die Autorinnen aufgrund ihrer eigenen Berufserfahrungen in orthopädischen Reha-Kliniken die Hypothese aufgestellt, dass keine Umsetzung der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung im Rahmen der orthopädischen Reha-Einrichtungen stattfindet.

Nach der Sichtung der aktuellen nationalen und internationalen Literatur in Bezug auf die gewonnenen Ergebnisse ist erkennbar, dass eine umfangreiche Klientenzentrierung im ergotherapeutischen Prozess der Therapeut:innen umgesetzt wird. In diesem Punkt wird somit die These der Autorinnen widerlegt. Erkennbar ist jedoch auch, dass die durch die Literatur erforderte Betätigungsorientierung aufgrund von umfangreichen hemmenden Rahmenbedingungen selten so umgesetzt wird. Dieser Teil der These konnte somit belegt werden. Auffällig ist, dass die Betätigungsorientierung oft nicht umsetzbar ist, auch wenn dies von den Teilnehmenden gewollt ist. Durch die hemmenden Faktoren in der Umsetzung, erfolgt eine Frustration seitens der Therapeut:innen und eine klare Abgrenzung zur Physiotherapie ist nicht möglich. Eine erkennbare Folge dessen ist eine nicht klar definierte Berufsidentität, die durch eine ungleiche Vorstellung von Ergotherapie innerhalb des Teams verstärkt wird. Dabei wurde im Zuge der Arbeit auch deutlich, dass das aktuelle Paradigma nicht vollständig umgesetzt wird und es als schwierig angesehen wird, einen Changemanagement-Prozess zu durchlaufen.

Auch wenn die Betätigungsorientierung und die gewollte und umgesetzte Klientenzentrierung in Konkurrenz stehen, wird die Betätigung im ergotherapeutischen Prozess der Therapeut:innen dennoch aufgegriffen. Zum größten Teil wird jedoch die Therapie durch die orthopädischen Krankheitsbilder funktionsorientierter durchgeführt und wird häufig als vorbereitende Maßnahme der Betätigung genutzt. Sowohl die funktions- als auch die betätigungsorientierte Therapie wird als notwendig angesehen, um eine ganzheitliche und zielführende Therapie anzubieten.

Resultierend daraus ist festzuhalten, dass die Ausbildungsinhalte bezüglich der Betätigungsorientierung und dem orthopädischen Arbeitsbereich angepasst werden sollten. Sodass eine inhaltliche Anpassung von Ausbildung und Studium oder eine einheitliche Akademisierung erfolgt. Dies kann ebenso eine Möglichkeit für das Erreichen einer einheitlichen Berufsidentität darstellen.

Weiterführend könnten durch ergänzende Forschungsprojekte Einblicke in die aktuelle praktische Umsetzung der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in dem Fachbereich Orthopädie gewonnen werden. So ließe sich aufzeigen, dass ein Paradigmenwechsel in diesem Bereich noch nicht angekommen ist bzw. vollständig durchlaufen wurde. Ebenso könnte darüber hinaus auf Grundlage der Studienergebnisse eine Herangehensweise dargestellt werden, wie ein Changemanagement-Prozess initiiert werden könnte. Dieser Prozess könnte durch die Entwicklung von inhaltlichen Konzepten für den Umstellungsprozess in orthopädischen Reha-Kliniken unterstützt werden. Weitere Forschungen könnten darauf abzielen, wie die Betätigungsorientierung in orthopädischen Reha-Kliniken besser zu realisieren wäre. Grundlage dafür könnten die in dieser Arbeit durch die Teilnehmenden geäußerten Wünsche und Möglichkeiten sein.

„Mein Körper ist eine Maschine ist immer die Ansicht und dann muss man ja wirklich mit ganz vielen Erklärungsmodellen versuchen, es ist mehr als nur wir drücken dich jetzt rum und so weiter. Genau und da finde ich macht eigentlich auch wieder der betätigungsorientierte Ansatz so viel Sinn.“ (TN2, 454)

Literaturverzeichnis

Ahn, S. N. (2019). Effectiveness of occupation-based interventions on performance's quality for hemiparetic stroke in community-dwelling: A randomized clinical trial study. *NeuroRehabilitation*, *44*(2), 275–282. https://doi.org/10.3233/nre-182429

American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd edition), 68(1), 1–48. https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006

American Occupational Therapy Association (2020). About Occupational Therapy. What is Occupational Therapy? Abgerufen am 01.08.2021, von https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy.aspx

Bengel, J. (2013). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*. Berlin-Heidelberg: Springer.

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2020). Praxisleitfaden für Integrität und Ethik in der Wissenschaft. Abgerufen am 30.07.2021, von https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi72ZHm2YryAhU4hv0HHZaiBkcQFjABegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.bmbwf.gv.at%2Fdam%2Fjcr%3A91cf68d5-511e-4413-81ed-d71896f16e7c%2FPraxisleitfaden&usg=AOvVaw00pvyynoN7rEfQKbWedJS7

Bundesministerium für Gesundheit (2019). Ratgeber Krankenhaus: Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen müssen. Abgerufen am 03.06.2021, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Ratgeber_Krankenhaus_0619.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2021). Vorsorge und Rehabilitation. Abgerufen am 05.06.2021, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html#c7311

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2021). Partizipation. Abgerufen am 26.08.2021, von https://www.bmz.de/de/service/lexikon/partizipation-14752

CAOT (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective.* Ontario: CAOT Publications ACE.

Che Daud, A. Z., Yau, M. K., Barnett, F. & Judd, J. (2015). Occupation-based intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *23*(1), 57–66. https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1062047

Chen, Y. H., Rodger, S. & Polatajko, H. (2002). Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occupational Therapy International*, *9*(3), 167–184. https://doi.org/10.1002/oti.163

Christiansen, H., & Haertl, K., (2013). A Contextual History of Occupational Therapy. In B. B. A. Schell, M. Scaffa. & G. Gillen (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12 edition, S. 9-34). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Christiansen, H., & Townsend, E. A. (2003). *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living*. London: Pearson.

Cup, E., & van Hartingsveldt, M., (2019). Ausgangspunkte in der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 197-201). Stuttgart: Georg Thieme.

Deutsche Rentenversicherung (o.D.). Richtwerte Behandlungsdauer in Rehabilitationseinrichtungen. Abgerufen am 13 Mai 2021, von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Traeger/Mitteldeutschland/04_Reha-Einrichtungen/Downloads%20Vertraege%20Leistungserbringer/Richtwerte_Behandlungsdauer.html;jsessionid=4FEA496BE57C378E12961DDA9F2EFBED.delivery2-3-replication?https=1

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

Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende.* (8. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.

Firinci Orman, T. (2016). "Paradigm" as a Central Concept in Thomas Kuhn's Thought. *International Journal of Humanities and Social Science*, *6*(10), 47–52. Abgerufen am 12. Mai 2021, von http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_6_No_10_October_2016/8.pdf

Gritsch, S. (2017). Zertifizierungskurs: Implementierung von betätigungs- und klientenzentrierter Ergotherapie – „Es sind Gänsehaut-Momente". *ergopraxis*, *10*(01), 38–41. https://doi.org/10.1055/s-0042-120192

Gupta, J. & Taff, S. D. (2015). The illusion of client-centred practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *22*(4), 244–251. https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1020866

Hammell, K. R. W. (2013). Client-centred occupational therapy in Canada: Refocusing on core values. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *80*(3), 141–149. https://doi.org/10.1177/0008417413497906

Hess-April, L., Ganas, N., Phiri, L., Phoshoko, P. & Dennis, L. (2017). Occupation-based practice in a tertiary hospital setting: occupational therapists' perceptions and experiences. *The South African Journal of Occupational Therapy*, *47*(3), 25–31. https://doi.org/10.17159/2310-3833/2017/v47n3a5

Hocking, C. (2001). Implementing Occupation-Based Assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, *55*(4), 463–469. https://doi.org/10.5014/ajot.55.4.463

Hoos-Leistner, H. (2007). *Klientenzentrierte Gesprächsführung in der Physiotherapie: Entwicklung einer Unterrichtskonzeption zum Klientenzentrierten Ansatz nach Carl Rogers.* Hamburg: Diplomica.

Janssen, C. & Barucchieri, L. (2013). Es gibt nicht nur den einen Weg. *ergopraxis*, *11*(12), 30–37.

Junge, I., Longrée, A., & Weber, B. (2019). Entwicklung des Berufes in Deutschland. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 48-55). Stuttgart: Georg Thieme.

Kielhofner, G. (2007). *Model of Human Occupation: Theory and Application (Model of Human Occupation: Theory & Application)* (4. Aufl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4. Aufl.). Philadelphia: F.A. Davis.

Kinébanian, A. (2019a). Anfänge der Berufsentwicklung. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 39-42). Stuttgart: Georg Thieme.

Kinébanian, A. (2019b). Der 1. Weltkrieg. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 43-46). Stuttgart: Georg Thieme.

Kinébanian, A. (2019c). Diskussion zum theoretischen Unterbau der Ergotherapie. In In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 46-48). Stuttgart: Georg Thieme.

Kinébanian, A., & Logister-Proost, I. (2019). Begriffe verstehen – der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 353-377). Stuttgart: Georg Thieme.

Kuiper, C., & Satink, T. (2006). Het kennisdomein van de ergotherapie. In A. Kinébanian, & M. Le Granse (Eds.), *Grondslagen van de ergotherapie* (2nd edition, S. 117–152). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Larsson-Lund, M. & Nyman, A. (2017). Participation and occupation in occupational therapy models of practice: A discussion of possibilities and challenges. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *24*(6), 393–397. https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1267257

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Polatajko, H., Pollock, N., Dehnhardt, B., . . . Harth, A. (2020). *COPM 5th Edition Revised: Canadian Occupational Performance Measure (Edition Vita Activa: Wissenschaftliche Reihe - Assessments)*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Le Granse, M., & Kuiper, C. (2019). Der Klient. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 180-195). Stuttgart: Georg Thieme.

Logister-Proost, I., & Steensels, M. (2019). Methodisches Handeln. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 474-501). Stuttgart: Georg Thieme.

Lüdeking, C. (2016). Interdisziplinäres Arbeiten in Kliniken - Chance oder Risiko? Positive und negative Effekte von Teamarbeit auf Ergotherapeuten und andere Teammitglieder. Ergoscience. (11(2)), 46–56. https://doi.org/10.2443/skv-s-2016-54020160201

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mentrup, C. (2013). Das ergotherapeutische Paradigma – Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun?. In E. Scholz-Minkwitz, & K. Minkwitz (Eds.), *Ergotherapie sucht Topmodelle: Theorie und Praxis aktuell.* (1. Aufl., S. 9-16). Idstein: Schulz-Kirchner.

Merklein de Freitas, C. (2015). Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten – eine Interpretativ Phänomenologische Analyse. Ergoscience, 10(4), 156–162.

Merklein de Freitas, C., Pott, U., Weber, B., Wendel, E. & Zillhardt, C. (2015). Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten - Teil 1: Qualitative Bestandsaufnahme. *Ergotherapie & Rehabilitation, 54*(11), 23–26. https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-51020151103

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. https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-54020170204

Peterko, Y. K., Unterweger, K., Wagner, C., Stoffer-Marx, M., Dürauer, J., Lettner-Hauser, . . . Gartsenauer, C. (2020, 11. Februar). *Das Kompetenzprofil der Ergotherapie*. Abgerufen am 06.07.2021 von https://www.ergotherapie.at/sites/default/files/kompetenzpfrofil_druck_final.pdf.

Pöttgen, T. (2020). Orthopädische Reha. Abgerufen am 02.08.2021, von https://www.qualitaetskliniken.de/reha-haeufige-fragen/orthopaedische-reha/

Radek, A., & Tautorat, A. (2019). Evidenzbasierte Praxis in der deutschen Ergotherapie (Bachelorarbeit). Hogeschool ZUYD, Heerlen.

Ritschl, V., Weigl, R. & Stamm, T. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (1. Aufl. 2016 Aufl.). Berlin: Springer.

Rogers, S. L. (2005). Portrait of occupational therapy. Journal of Interprofessional Care, 19(1), 70– 79. https://doi.org/10.1080/13561820400021767

Romein, E. (2010). Erfahrungen aus dem Behandlungszentrum Vogtareuth – Ein starkes Berufsprofil schafft Arbeitsplätze. *ergopraxis*, *3*(10), 30–33. https://doi.org/10.1055/s-0030-1267456

Romein, E., Aichhorn, C. & Kohlhuber, M. (2020). Betätigung. In M. Kohlhuber, C. Aichhorn & B. Dehnhardt (Eds.), *Ergotherapie – betätigungszentriert in Ausbildung und Praxis* (S. 38-57). Stuttgart: Georg Thieme.

Romein, E., Kirsch, G. & Dehnhardt, B. (2016). Konsequent betätigungsorientiert denken und handeln – Change Management in ergotherapeutischen Praxen (Teil 1) *Ergotherapie & Rehabilitation,* 55(8), 22-25. 10.2443/skv-s-2016-51020160802

Satink, T., & Van de Velde, D. (2019). Kerndomänen der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 74-95). Stuttgart: Georg Thieme.

Schirmer, J. (2013). Betätigungsorientierte Ergotherapie braucht eine betätigungsorientierte Ausbildung! *Ergotherapie & Rehabilitation,* 52(10), 18–22. https://doi.org/10.2443/skv-s-2013-51020131002

Schmid, C., & Sell-Krude, S. (2014). Vorteil Akademisierung!?: Ein Diskussionsbeitrag zu den Akademisierungsbestrebungen in Deutschland. *Ergotherapie Und Rehabilitation*, 53(5), 11–17.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (1988). Abgerufen am 18.06.2021, von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (2016). Abgerufen am 18.06.2021, von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/__6.html

Stademann, M. & Tsangaveli, I. (2016). *Ergotherapie und Inklusion*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Sumsion, T. (1999). *Client-Centred Practice in Occupational Therapy: A Guide to Implementation*. London: Churchill Livingstone.

Sumsion, T. & Law, M. (2006). A Review of Evidence on the Conceptual Elements Informing Client-Centred Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *73*(3), 153–162. https://doi.org/10.1177/000841740607300303

Tomlin, G. & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *65*(2), 189–196. https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Eds.) (2007). Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Turpin, M. J. & Iwama, M. K. (2011). *Using Occupational Therapy Models in Practice*. Elsevier Gezondheidszorg.

Van Hartingsveldt, M., Meijers, R., Ras, S., Stal, R. & ten Velden, M. (2019). Assessments in der Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 549-564). Stuttgart: Georg Thieme.

Walder, K. & Molineux, M. (2020). Listening to the client voice – A constructivist grounded theory study of the experiences of client-centred practice after stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, *67*(2), 100–109. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12627

Weber, B. (2012). Arbeitsmotivation und Innovationsbereitschaft langjährig berufstätiger Ergotherapeutinnen im Angestelltenverhältnis. Ergoscience. (7(3)), 101–112. https://doi.org/10.2443/skv-s-2012-54020120302

Weber, B., & Pott, U. (2011). Internationale Entwicklungen in der Ergotherapie - Occupation-based, context-based, client centered, evidence based practice. In B. Hucke, & A. Hörstgen (Eds.), *Update Schlaganfall - Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie* (S.9-15). Idstein: Schulz-Kirchner.

Wong, C., Fagan, B. & Leland, N. E. (2018). Occupational Therapy Practitioners' Perspectives on Occupation-Based Interventions for Clients With Hip Fracture. *American Journal of Occupational Therapy*, *72*(4), 7204205050p1. https://doi.org/10.5014/ajot.2018.026492

World Federation of Occupational Therapists (2010). *Position statement on client-centeredness in occupational therapy*. Forestfield Western Australia: WFOT.

World Federation of Occupational Therapists (2020). About Occupational Therapy. Abgerufen am 01.08.2021, von https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy

World Health Organisation (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).* Retrieved from https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

Glossar

Betätigungsorientierung

In der Ergotherapie werden Menschen als sich betätigende Wesen angesehen, wodurch eine positive Beziehung zwischen Betätigung und Gesundheit entsteht (AOTA, 2014). Das Hauptziel der ergotherapeutischen Intervention ist das Ausüben und Wiedererlangen von bedeutungsvollen Betätigungen zur Steigerung der Gesundheit und Teilhabe (Gupta & Taff, 2015). Dabei gilt die Betätigung einerseits als Methode andererseits als Mittel der ergotherapeutischen Praxis (Gritsch, 2017).

Biomechanische Sichtweise

Die biomechanische Sichtweise umfasst das Wissen über die Struktur und Funktion von Knochen, Gelenken und Muskeln, welche die Grundlage der Bewegung bilden. Ebenso beinhaltet die Sichtweise Kenntnisse über Vorgänge der Heilung von Gewebe, die Stärkung der Muskeln und die Energiekosten von Aktivitäten. Diese Prozesse stellen dar, wie der Mensch Bewegung erzeugt und aufrechterhält (Kielhofner, 2009).

Evidenzbasierung

Eine evidenzbasierte Praxis zeichnet sich durch einen gewissenhaften und sachkundigen Einsatz von aktueller Evidenz aus. Dadurch können gemeinsam mit dem/der Klient:in und seinem/ihrem System Entscheidungen getroffen werden (Graff, Satink & Steultjens, 2019).

Funktionsorientierung

Die funktionsorientierte Vorgehensweise im therapeutischen Prozess beschreibt eine Reduzierung von Beeinträchtigung und eine Wiederherstellung auf funktioneller Ebene (Gupta & Taff, 2015).

Klientenzentrierung

Die Klientenzentrierung beinhaltet das respektieren der Klient:innen und das wertschätzen von subjektiven Erfahrungen der Klient:innen in Bezug auf ihre Teilhabe, sowie dessen Hoffnungen, Träume und Autonomie (WFOT, 2010). Zusätzlich umfasst eine klientenzentrierte Praxis das Zusammenarbeiten mit dem/der Klient:in und das Teilen der Macht innerhalb der Therapie (Gupta & Taff, 2015).

Kontextbasierung

Um den Klient:innen eine aktive Rolle im Therapieprozess zu ermöglichen muss die ergotherapeutische Intervention in einem definierten Kontext stattfinden in dem für die Person bedeutungsvolle Betätigungen direkt ausgeführt werden können (Gupta & Taff, 2015). Der

Kontext bezieht sich auf Personen im unmittelbaren Umfeld und auf die Umgebung in der die Person sich betätigt (Weber & Pott, 2011).

Paradigma

Das wissenschaftliche Konzept des Paradigmas wurde erstmalig 1970 von Kuhn eingeführt (Mentrup, 2013). Kuhn versteht unter einem Paradigma ein zusammenhängendes Konstrukt aus Theorien und Beispielen, Gesetzen, Anwendungen und Instrumentierungen zu einem bestimmten Zeitraum und beschreibt, dass Menschen, deren Forschungen auf gemeinsamen Paradigmen beruhen, den gleichen Regeln und Standards für die wissenschaftliche Praxis verpflichtet sind (in Firinci Orman, 2016). Folglich verkörpert ein Paradigma die Überzeugungen, welche von Angehörigen einer Berufsgruppe in einem bestimmten Zeitraum geteilt werden (Kuiper & Satink, 2006).

Partizipation

Partizipation (lt. particeps = teilnehmend) steht für Beteilung, Teilhabe und Mitwirkung. Es beinhaltet ein aktives Beteiligen von Menschen an Entscheidungen, die Einfluss auf ihr Leben nehmen (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2021).

Phänomenologie

Die Phänomenologie beschreibt einen ganzheitlichen Blick auf die menschlichen Ziele, Bedeutungen und Werte einer Person mit physischen, sozialen, wirtschaftlichen und historisch wechselnden Einflüssen, welche die Gesundheit beeinflussen (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016).

Transkription

Unter einer Transkription wird verstanden, dass gesprochene Sprache, beispielsweise aus Interviews, in eine schriftliche Form gebracht wird (Mayring, 2016). Das Wortprotokoll ermöglicht es, einzelne Aussagen in ihrem Kontext zu sehen und bildet so die Grundlage für eine ausführliche Interpretation (Mayring, 2016). Die Übertragung in normales Schriftdeutsch ist dabei die gängigste Protokolltechnik (Mayring, 2016). Diese kommt dann zum Einsatz, wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wenn der/die Befragte beispielsweise als Zeug:in, als Expert:in, als Informant:in auftreten soll (Mayring, 2016).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Canadian Practice Process Framework (CPPF) 20
Abbildung 2: Qualitativer Forschungsprozess i.A.a. Bortz & Döring (2016) 23
Abbildung 3: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) 29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Personenbezogene Daten der Teilnehmenden 33

Anhang

A1. Suchstrategie

Leitfrage 1	P: Ergotherapeut:innen	I: Prozess	O: therapeutische Mittel -> Erfahrungen
Schlüsselwörter	Occupational Therapist/Ergotherapeut Assessments Occupational therapy modell/ergotherapeutische Modelle Occupational therapy process/ergotherapeutischer Therapieprozess Occupational intervention/ ergotherapeutische Intervention Occupationbased/betätigungsbasiert Occupationorientated/betätigungsorientiert Evidencebased/evidenzbasiert Contextbased/kontextbasiert		
Leitfrage 2	P: Klient:in	I: ergotherapeutischer Prozess	O: Rolle Klient:in
Schlüsselwörter	Client/Klient Client-centred/klientenzentriert Client-centred therapy/klientenzentrierte Therapie Klientensystem Occupational therapy process/ergotherapeutischer Prozess		
Leitfrage 3	P: Ergotherapeut:in	I: ergotherapeutischer Prozess	O: Rolle Ergotherapeut:in
Schlüsselwörter	Occupational therapist/Ergotherapeut Berufsidentität Occupational therapy process/ergotherapeutischer Prozess		
Leitfrage 4	P: Rahmenbedingungen	I: hemmende/ fördernde Faktoren	O: ergotherapeutischer Prozess
Schlüsselwörter	Orthopedics/Orthopädie Clinical Setting/klinisches Setting Orthopedic rehab clinic/orthopädische Reha-Klinik Occuaptional therapy process/ergotherapeutischer Therapieprozess		

A2. Schlüsselwörter

Englisch	**Deutsch**
Occupational Therapy	Ergotherapie
Occupational Therapist	Ergotherapeut
occupationbased	betätigungsbasiert
occupationorientated	betätigungsorientiert
Occupational intervention	ergotherapeutische Intervention
Occupationbased intervention	
Occupational therapy process	ergotherapeutischer Therapieprozess
Occupation	Betätigung
Client	Klient
Client centered	Klientenzentriert
Client centered therapy	Klientenzentrierte Therapy
Client centered practice	
	Klientensystem
	Zielsetzung
	Zielformulierung
	SMART
Context based	Kontextbasiert
Evidence based	evidenzbasiert
Orthopedic	Orthopädie
orthopedic rehab clinic	Orthopädische Reha-Klinik
Clinical Setting	Klinisches Setting
paradigm	Paradigma
Contemporary paradigm	Zeitgenössisches Paradigma
Occupational paradigm	Paradigma der Betätigung
Mechanistic paradigm	Mechanistisches Paradigma
Biomechanical Model	Biomechanische Modell
Model	Modell
Occcupational therapy model	Ergotherapeutisches Modell
Assessments	Assessments
Occupationbased Assessments	Betätigungsbasierte Assessment
	Sechs Säulen der Ergotherapie
	Berufsidentität

A3. Auszug aus der Literaturrecherche

Datenbank: DIZ			
Datum	Schlüsselwörter/Operatoren/ Einschränkungen	Treffer-anzahl	Beschreibung/Titel/Abstract /Relevanz
24.03.2021	Occupational therapy AND client centered AND occupationsbased AND orthopedic 2015-2021 Full Text Access english	880	1. An occupation-based intervention in patients with hand-related disorders grouped using the sens of coherence scale-A randomized controlled trial https://www-sciencedirect-com.zuyd.idm.oclc.org/science/article/pii/S0894113020300089 Relevanz 1/3 2. Documenting Progress: Hand Therapy treatment Shift from Biomechanical to Occupational Adaptation https://ajot-aota-org.zuyd.idm.oclc.org/article.aspx?articleid=1862659 Relevanz 2/3 3. A phenomenology of occupations-based hand therapy https://onlinelibrary-wiley-com.zuyd.idm.oclc.org/doi/epdf/10.1111/1440-1630.12192 Relevanz 1/3
24.03.2021	Client centered practice AND occupational therapy 2015-2021 Full Text Access english	215 4 relevante Artikel	1. The illusion of client-centred practice https://eds-b-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=df03709a-157c-4832-b6f0-

			ba3df1784a50%40sessionmgr101 Relevanz 2/3 2. Thinking critically about client-centred-practice and occupational possibilities across the life-span https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=df03709a-157c-4832-b6f0-ba3df1784a50%40sessionmgr101 Relevanz 1/3 3. A survey on client-centered practice among danish occupational therapists https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=df03709a-157c-4832-b6f0-ba3df1784a50%40sessionmgr101 Relevanz 1/3 4. Client-centred occupational therapy: the importance of critical perspectives https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=df03709a-157c-4832-b6f0-ba3df1784a50%40sessionmgr101 Relevanz 1/3
24.03.2021	Occupational therapy AND occupation based intervention	123	1. Occupational Therapy Practitioners‘ Perspectives

	2015-2021 Full Text American Journal of Occupational Therapy	1 relevanter Artikel	on occupation-based Interventions for Client with Hip Fracture https://ajot-aota-org.zuyd.idm.oclc.org/article.aspx?articleid=2682735 Relevanz 3/3
28.03.2021	Occupational therapy AND occupation based intervention AND orthopedic rehab clinic 2015-2021 Full Text Access English	273 Keine weiteren rele-vanten Artikel	
28.03.2021	Occupational therapy models 2015-2021 Full Text Access English Scandinavian journal of occupational therapy	348 1 relevanter Artikel	1. Participation and occupation in occupational therapy models of practice: A discussion of possibilities and challenges https://eds-b-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=d254da87-39c7-465e-8c58-7b8c8cb7f880%40sessionmgr102 Relevanz 3/3

A4. Evidenztabelle

Name der Studie	Thema	Kernaussage	Evidenzlevel nach Borgetto (2011)
Ahn, S. N. (2019) Effectiveness of occupation-based interventions on performance's quality for hemiparetic stroke in community-dwelling: A randomized clinical trial study	Betätigungsorientierung im klinischen Setting	Betätigungsorientierte Therapie hat positiven Einfluss auf Betätigungsperformanz	Klinisch-experimentell Level 2
Che Daud, A. Z., Yau, M. K., Barnett, F. & Judd, J. (2015) Occupation-based intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia	Betätigungsorientierung	Erfahrungen in der Umsetzung von Betätigungsorientierung bei orthopädischer Indikation	Qualitativ Level 3
Chen, Y.-H., Rodger, S., Polatajko, H. (2002) Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan	Betätigungsorientierte Assessments	Nutzung betätigungsorientierter Assessments (COPM) steigert Klientenzentrierung	Deskriptiv, qualitativ Level 2
Hess-April, L., Ganas, N., Phiri, L., Phoshoko, P. & Dennis, L. (2017) Occupation-based practice in a tertiary hospital setting: occupational therapists' perceptions and experiences	Betätigungsorientierung	Umsetzung betätigungsorientierten Praxis ist Ausdruck der ergotherapeutischen Berufsidentität. Einschränkung der Umsetzung durch Kontext	Deskriptiv, qualitativ Level 3
Lüdeking, C. (2016)	Kontextbasierung/Rahmenbedingungen	Einfluss der Rahmenbedingungen im klinischen Setting	Deskriptiv, quantitativ

Interdisziplinäres Arbeiten in Kliniken - Chance oder Risiko? Positive und negative Effekte von Teamarbeit auf Ergotherapeuten und andere Teammitglieder		auf die betätigungsorientierte Arbeit	Level 3
Merklein de Freitas, C. (2015) Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten – eine Interpretativ Phänomenologische Analyse	Umsetzung Betätigungsorientierung	Differenz im Theorie-Praxis-Transfer. Vorherrschende funktionsorientierte Umsetzung	Qualitativ Level 3
Schmid, C., & Sell-Krude, S. (2014) Vorteil Akademisierung!?: Ein Diskussionsbeitrag zu den Akademisierungsbestrebungen in Deutschland	Berufsidentität, Umsetzung aktuelles Paradigma	Umsetzung des aktuellen Paradigmas durch Akademisierung	Qualitativ Level 3
Walder, K. & Molineux, M, (2019) Listening to the client voice - A constructivist grounded theory study oft he experiences oft he client-centred practice after stroke	Umsetzung Klientenzentierung	Therapie ohne Klientenzentrierung führt zu Frustration und langsameren Genesung	Qualitativ Level 3
Weber, B. (2012) Arbeitsmotivation und Innovationsbereitschaft langjährig berufstätiger Ergotherapeutinnen im Angestelltenverhältnis	Berufsidentität	Einflussnahme auf ergotherapeutische Arbeitsweise. Einflüsse vorheriger Paradigmen	Qualitativ Level 3
Wong, C., Fagan, B. & Leland, N. E. (2018)	Betätigungsorientierung im Bereich Orthopädie	Paradigmenwechsel, Möglichkeiten betätigungsorientierter	Qualitativ Level 3

Occupational Therapy Practitioners' Perspectives on Occupation-Based Interventions for Clients With Hip Fracture		Interventionen im klinischen Setting	

A5. Anschreiben für die Rekrutierung von Teilnehmer:innen

ZUYD HOGESCHOOL

Ergotherapeut*innen in der Orthopädie!

Wir suchen Euch!

SIE SIND...

- als Ergotherapeut*in in einer Rehaklinik mit orthopädischen Schwerpunkt tätig
- Ergotherapeut*in mit einem staatlich anerkannten Berufs- und/oder Studienabschluss in Ergotherapie

...dann sind Sie die idealen Expert*innen für unsere Studie mit dem Thema „der ergotherapeutische Prozess in orthopädischen Rehakliniken“.

WIR WOLLEN...

...durch unsere Bachelorarbeit den ergotherapeutischen Prozess in der orthopädischen Rehakliniken betrachten

...untersuchen, inwieweit klientenzentriert & betätigungs-orientiert gearbeitet wird

MIT IHRER TEILNAHME..

...und Bereitstellung Ihrer Erfahrungen tragen Sie zur Darstellung des aktuellen Stands der Ergotherapie in orthopädischen Rehakliniken bei.

...leisten Sie einen Beitrag zur Professionalisierung der Ergotherapie

WIR SIND...

Kim Schroeder-Schilling & Lisa-Sophie Michel

Ergotherapeutinnen in der Orthopädie

Studierende der Ergotherapie im Bachelorstudiengang an der Zuyd Hogeschool Heerlen

ES ERWARTET SIE...

... ein ca. einstündiges Online-Interview im Zeitraum vom 03.05.2021 bis 21.05.2021.

Weitere Informationen zur Durchführung, zum Datenschutz usw. ist dem beigefügten Informationsschreiben zu entnehmen

ZUYD

MACHEN SIE MIT...

...und melden sich bis zum **23.04.2021** per Mail bei uns:

et-in-ortho@outlook.de

Wir freuen uns auf Sie!

A6. E-Mail zur Rekrutierung von Teilnehmer:innen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit suchen wir Expert*innen für ein Online-Interview. Wir, Kim Schroeder-Schilling und Lisa-Sophie Michel, sind Studierende der Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen, NL.
Nähere Informationen bezüglich des Themas und des Ablaufs unserer Arbeit können Sie dem beigefügten Flyer und Informationsschreiben entnehmen.

Wir würden uns freuen Sie in einem Interview näher kennenzulernen und Ihre Erfahrungen für unseren Forschungszweck verwenden zu dürfen.
Bei Interesse freuen wir uns über Ihre Rückmeldung bis zum 30.04.2021. Weitere Details können wir gemeinsam besprechen. Wenn Sie weitere Ergotherapeut*innen aus anderen orthopädischen Reha-Kliniken kennen, bitten wir Sie diese E-Mail gerne auch an diese weiterzuleiten.

Wir bitten Sie diese E-Mail und den Anhang an die ergotherapeutische Abteilung weiterzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen,
Kim Schroeder-Schilling & Lisa-Sophie Michel

A7. Einschlusskriterien

Ergotherapeut:innen die in einer Rehaklinik mit orthopädischem Schwerpunkt tätig sind	**Ergotherapeut:innen mit einem staatlich anerkannten Berufs- und/oder Studienabschluss in Ergotherapie**

A8. Leitfadeninterview

Version 1 (Stand 24.04.2021):

Interview-Leitfaden:

Gesprächsbeginn:
-gegenseitiges Vorstellen (Warm-up)
-Biografische Grundinformationen (Alter, Ausbildung, evtl. Studium, Arbeitszeit in der Orthopädie, etc.)

-Untersuchungsanliegen darstellen (Interviewеröffnung)

-Datenschutz erläutern
-Akzeptanz zur Aufnahme und anschließenden Transkription erfragen (erneutes mündliches Einverständnis)

Durchführung:
Hauptfrage:

1. Welche therapeutischen Mittel werden während des Prozesses genutzt und welche Erfahrungen haben Sie mit diesen gemacht?

Detaillierungsfragen:

- Wie sieht ein typischer ergotherapeutischer Prozess in Ihrer Klinik (Evaluation/Intervention/Re-Evaluation) aus und wie wird dieser gestaltet?
- Welche ergotherapeutischen Modelle verwenden Sie, um Ihre therapeutische Arbeit zu strukturieren?
- Welche Assessments nutzen Sie und wie bauen Sie diese in ihre Therapie ein?
- Wie gestalten Sie ihre Therapie betätigungsorientiert in den Phasen des Prozesses?

Hauptfrage:

2. Welche Rolle spielt der/die Klient*in während des ergotherapeutischen Prozesses?

Detaillierungsfragen:

- Welche Entscheidungen trifft der Klient während des ergotherapeutischen Prozesses?
- Wie kann sich der Klient in Ihre Therapie einbringen und wie werden dessen Bedürfnisse in Bezug auf die Therapie berücksichtigt?

Hauptfrage:

3. Welche Rolle nehmen Sie als Therapeut*in während des ergotherapeutischen Prozesses ein?

Detaillierungsfragen:

- Welche Entscheidungen treffen Sie als Therapeut*in im ergotherapeutischen Prozess?
- Wie sieht die Therapeuten-Klienten-Beziehung bei Ihnen aus und wie gestalten Sie diese?

Hauptfrage:

4. Welche Rahmenbedingungen (hemmende und fördernde Faktoren) beeinflussen den ergotherapeutischen Prozess?

Detaillierungsfragen:

- Wie ist Ihr Arbeitsfeld gestaltet?
- Welche Räumlichkeiten stehen Ihnen für die Therapie zur Verfügung?
- Welche Therapiematerialien können Sie für Ihre Therapie nutzen?
- Wie ist Ihre Therapie durch Ihren Arbeitgeber/Krankenkassen strukturiert?

Gesprächsende:
-Informelles Gespräch (Dank aussprechen) (weiter aufzeichnen)
-Kontaktdaten und Information über Ergebnisse

Version 2 (Stand 05.05.2021):

Interview-Leitfaden:

Zentrale Fragestellung:

- **Inwieweit wird der ergotherapeutische Prozess in orthopädischen Rehakliniken in Deutschland durch Ergotherapeut*innen betätigungsorientiert und klientenzentriert gestaltet?**

Leitfragen:

- (1) Welche therapeutischen Mittel werden während des Prozesses genutzt und welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut*innen mit diesen gemacht?
- (2) Welche Rolle spielt der/die Klient*in während des ergotherapeutischen Prozesses?
- (3) Welche Rolle nimmt der/die Therapeut*in während des ergotherapeutischen Prozesses ein?
- (4) Welche Rahmenbedingungen (hemmende und fördernde Faktoren) beeinflussen den ergotherapeutischen Prozess?

Gesprächsbeginn:

„Warm-Up“:
-gegenseitiges Vorstellen
-Untersuchungsanliegen (Anlass) darstellen
-Biografische Grundinformationen (Alter, Ausbildung, evtl. Studium, Wohnort/Ausbildungsort, Arbeitszeit in der Orthopädie, Leitungsfunktion/Angestellte, teilstationär/stationär/ambulant, weitere ergotherapeutische Erfahrungen in anderen Fachbereichen)
-offene Fragen klären
-Datenschutz erläutern

-Akzeptanz zur Aufnahme und anschließenden Transkription erfragen (erneutes mündliches Einverständnis)

Durchführung:

Hauptfrage:

(1) Beschreiben Sie bitte einen typischen ergotherapeutischen Therapieablauf von Aufnahme bis Entlassung in ihrer Einrichtung.

Hauptfrage:

(1/2) Definieren Sie bitte die Begriffe „Klientenzentrierung“ und „Betätigungsorientierung“.

Detaillierungsfragen:

- Einsatz von Klientenzentrierung/Betätigungsorientierung in der Therapie -> Gestaltung der Therapie
- Erfahrung/Einsatz mit Assessments
- Erfahrung/Einsatz mit Modellen
- Top-down/bottom-up

Hauptfrage:

(2) Beschreiben Sie welche Rolle der/die Klient*in während des ergotherapeutischen Prozesses einnimmt.

Detaillierungsfragen:

- Treffen von Entscheidungen -> Zielformulierung, Therapiegestaltung
- Berücksichtigung der Bedürfnisse
- Gestaltung Therapeuten-Klienten-Beziehung
- Einbeziehung des Klientensystems

Hauptfrage:

(3) Beschreiben Sie welche Rolle Sie als Therapeut*in während des ergotherapeutischen Prozesses einnehmen.

Detaillierungsfragen:

- Entscheidungen Therapeut*in
- Selbstverständnis/Sichtweise

Hauptfrage:

(4) Beschreiben Sie welche Rahmenbedingungen ihre ergotherapeutische Arbeit formt.

Detaillierungsfragen:

- Hemmende Rahmenbedingungen
- Fördernde Rahmenbedingungen
- Gestaltung des Arbeitsfeldes
- Räumlichkeiten für Therapie
- Therapiematerialien
- Strukturierung durch Ihren Arbeitgeber/Krankenkassen

- Voraussetzungen der Therapeuten (Wissen, interdisziplinäre Arbeit)
- Wunschvorstellung über Rahmenbedingungen/eigene Therapie

Gesprächsende:

- Weitere Fragen? Weitere Äußerungen/Ergänzungen zum Thema?
- Informelles Gespräch (Dank aussprechen) (weiter aufzeichnen)
- Kontaktdaten und Information über Ergebnispräsentation mitgeben (Bachelorpräsentation)

A9. Einwilligungserklärung zur Teilnahme

Informationsschreiben für die Teilnahme an der Studie

Der ergotherapeutische Prozess in orthopädischen Rehakliniken

Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mit diesem Brief fragen wir Sie, ob Sie an unserer Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie teilnehmen möchten, benötigen wir Ihre schriftliche Einverständniserklärung.

Bevor Sie entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten, erklären wir Ihnen, wie die Studie genau aussieht und was die Teilnahme für Sie bedeutet. Lesen Sie diesen Brief gründlich und sprechen Sie mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen, wenn Sie Fragen haben.

1. Allgemeine Informationen

Diese Studie wird von Lisa-Sophie Michel und Kim Schroeder-Schilling, Ergotherapeutinnen, die im Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) studieren, im Rahmen ihrer Bachelorarbeit durchgeführt.

2. Ziel der Studie

Ziel unserer Studie ist es den ergotherapeutischen Prozess in orthopädischen Rehakliniken in Deutschland zu untersuchen. Der aktuelle Stand der Ergotherapie im orthopädischen Setting, bezogen auf die Umsetzung der klientenzentrierten und betätigungsorientierten Praxis, soll durch diese Studie dargestellt werden. Ebenso sollen, wenn vorhanden, Barrieren in der Umsetzung aufgezeigt und erläutert werden. Diese Bachelorarbeit kann überprüfen, ob ein Bedarf für die Umgestaltung der Ergotherapie in orthopädischen Rehakliniken vorliegt.

3. Hintergrund der Studie

Das betätigungsorientierte Arbeiten als Ziel der Zukunftsperspektive der deutschen Ergotherapie ist ein wichtiges Element des derzeitigen Paradigmas. Betätigungsorientiertes Arbeiten wird als erstrebenswert für das berufliche Handeln beschrieben (Merklein de Freitas, 2015). Daher ist es für die Ergotherapie relevant auch orthopädische Interventionen in Rehakliniken aus der Perspektive des zeitgenössischen Paradigmas zu gestalten und zu betrachten. Auf Grundlage persönlicher Arbeitserfahrungen haben wir uns mit dieser Bedeutung auseinandergesetzt und es stellte sich die Frage, ob dies übertragbar auf das Vorgehen von Ergotherapeut*innen im Fachbereich der Orthopädie in Rehakliniken ist.

4. Was bedeutet es für Sie, wenn Sie teilnehmen

Wenn Sie an unserer Studie teilnehmen, dauert das insgesamt ungefähr 1 Stunde.

Im Rahmen unserer Studie möchten wir mit Ihnen ein Online-Interview über eine digitale Plattform durchführen. Das Interview wird im Zeitraum des 03.- 21.05.2021 stattfinden. Ein genauer Termin wird gemeinsam mit ihnen

abgesprochen. Das Interview wir digital aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Das Transkript werden wir ihnen zur Kontrolle und für die Möglichkeit weiterer Ergänzungen zusenden.
Bitte informieren Sie die für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen rechtzeitig, wenn

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

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

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

6. Beendigung der Studie

Ihre Teilnahme an der Studie endet, wenn

- das Interview abgeschlossen ist.
- Sie Ihre Teilnahme vorzeitig beenden möchten.
- Sie nicht die gewünschten Kriterien der Studie erfüllen.

Die Studie endet, wenn alle Teilnehmer das Interview abgeschlossen haben.
Nach der Analyse der Daten informieren wir Sie gerne über die wichtigsten Ergebnisse unserer Studie und laden Sie bei Interesse zu unserer Bachelorpräsentation ein. Dies wird voraussichtlich im Februar 2022 sein.

7. Verwendung und Aufbewahrung Ihrer Daten

Im Rahmen dieser Studie werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, anonymisiert verwendet und auf einer gesicherten Datenbank der Hochschule für weitere Forschungszwecke archiviert. Es geht um Daten wie Ihren Namen, Ihre (E-Mail-)Adresse, Ihr Alter und Daten zu ihrem Arbeitsprozess.

Geheimhaltung Ihrer Daten

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

Zugang zu / Einsicht in Ihre Daten zu Kontrollzwecken

Einige Personen können Ihre gesamten Daten einsehen, auch die ohne Code. Dies ist erforderlich, um kontrollieren zu können, ob die Studie gut und vertrauenswürdig ausgeführt wurde. Personen, die zu Kontrollzwecken Einsicht in Ihre

Daten erhalten, sind Dozent*innen der Hochschule. Sie halten Ihre Daten geheim. Wir bitten Sie, dieser Einsicht zuzustimmen.

Aufbewahrungszeitraum für Ihre Daten

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

Einverständnis zurückziehen

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

Weitere Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten

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

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

Lisa-Sophie Michel und Kim Schroeder-Schilling et-in-ortho@outlook.de
Begleitende Dozentin: Esther Wendel, esther.wendel@zuyd.nl
Der Datenschutzbeauftragte der Zuyd Hogeschool. Kontaktdaten siehe Anhang A und https://www.zuyd.nl/algemeen/footer/privacyverklaring.

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

8. Keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme

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

9. Haben Sie noch Fragen?

Bei Fragen können Sie mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen Lisa-Sophie Michel und Kim Schroeder-Schilling Kontakt aufnehmen.
Wenn Sie sich über diese Studie beschweren möchten, können Sie dies mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen oder der begleitenden Dozentin besprechen. Möchten Sie dies lieber nicht, können Sie sich auch an den klachtenfunctionaris/klachtencommissie der Zuyd Hogeschool wenden. Alle Daten finden Sie in Anhang **A**: Kontaktdaten.

10. Unterschreiben der Einverständniserklärung

Wenn Sie ausreichend Bedenkzeit hatten, bitten wir Sie, sich mit der Teilnahme an dieser Studie einverstanden zu erklären. Wir bitten Sie, dies mithilfe der angehängten Einverständniserklärung schriftlich zu bestätigen. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie an, dass Sie die Informationen verstanden haben und in die Teilnahme an der Studie einwilligen. Sowohl Sie als auch die für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen erhalten eine unterschriebene Version dieser Einverständniserklärung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

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

Namen der für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen: Lisa-Sophie Michel, Kim Schroeder-Schilling et-in-ortho@outlook.de
Begleitende Dozentin: Esther Wendel, esther.wendel@zuyd.nl

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

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

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

Einverständniserklärung Teilnehmer

Der ergotherapeutische Prozess in orthopädischen Rehakliniken

verpflichtend*:*

- 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:

Unterschrift: Datum: __ / __ / __

---

sofern notwendig

Ergänzende Informationen wurden von folgender Person gegeben:

Name:

Funktion:

Unterschrift: Datum: __ / __ / __

A10. Transkriptionsregeln

Die Transkription der Interviews erfolgte nach dem inhaltlich semantische Transkriptionssystem von Dresing & Pehl (2018):

1. Es erfolgt eine wörtliche Transkription, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.

2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert (z.B.: „hamma“ – „Haben wir“).

3. Syntaktische Fehler in der Satzform bleiben erhalten (z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen“).

4. Dialekte werden ins Hochdeutsch übertragen. Bei keiner eindeutigen Übersetzung bleibt der Dialekt erhalten.

5. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell“ werden transkribiert.

6. Wortdopplungen oder abgebrochene Wörter werden nur erfasst, wenn sie zur Betonung genutzt werden (z.B.: „Das ist mir sehr, sehr wichtig“).

7. Stottern wird geglättet oder ausgelassen.

8. Halbsätze, die nicht vollendet werden, werden mit einem Abbruchzeichen „/“ kenntlich gemacht.

9. Interpunktion wird geglättet, d.h. bei nicht eindeutiger Betonung wird statt einem Komma ein Punkt gesetzt.

10. Eine Pause ab ca. drei Sekunden wird mit (…) gekennzeichnet.

11. Durch VERSALIEN werden besonders betonte Äußerungen gekennzeichnet.

12. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern steht eine weitere, leere Zeile. Kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert.

13. Am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken (z.B.: #00:32:04-2#) eingefügt.

14. Emotionale nonverbale Äußerungen beider Personen, welche die Aussage verdeutlichen (lachen, seufzen, etc.) werden beim Einsatz in Klammern notiert.

15. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ markiert. Längere unverständliche Passagen werden mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“.

16. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet.

17. Fülllaute von allen beteiligten Personen wie („hm, ja, aha, ähm“) werden nicht transkribiert.

18. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.

19. Nach Rezeptionssignalen wie „hm“ als Antwort wird eine Beschreibung der Betonung in Klammern festgehalten. Zu nutzen sind: bejahend, verneinend, nachdenkend, fragend, z.B. „hm (bejahend)“.

20. Sprechüberlappungen werden durch „//“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „//“. Der gleichzeitig gesprochene Text liegt innerhalb dieser „//“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile ebenfalls durch „//“ markiert.

21. Abkürzungen werden nur geschrieben, wenn sie explizit so gesprochen werden (z.B.: „etc.“ wird nur getippt bei gesprochenem „e te ce“).

22. Bei Zitierung von wörtlicher Rede, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt (z.B.: „Und ich sagte dann ‚Na, dann schauen wir mal‘“).

23. Wortverkürzungen wie „mal“ statt „einmal“ werden so geschrieben, wie sie gesprochen werden.

24. Die Nummerierung von Absätzen oder Zeilen hilft bei der späteren Zitation. Die Zeilennummerierung erfolgt in 5er-Schritten.

A11. Auszug aus Transkript (TN1)

I: „(…) und zwar möchte ich dich bitten einen typischen ergotherapeutischen Therapieablauf von Aufnahme bis Entlassung in deiner Einrichtung zu beschreiben.“ (#00:02:43-03:20#)

B: „(…) Ja, das ist gar nicht so leicht, weil wir doch sehr unterschiedliche Klienten und Klientinnen haben. Ich würde mir mal ein Beispiel rauskriegen was eher typisch ist und mich von Beginn meiner Arbeit begleitet. Zum Beispiel Zustand nach Hüft-OP und Hüft- Tep. Es ist so, dass wir mittlerweile ein Aufnahmeteam haben, also an dem ersten Tag der Patient:innen gibt es ein, ja, eine Aufnahme mit Physiotherapeuten und Ergos. Das ist eine halbe Stunde in denen wir gemeinsam Patienten kennenlernen. Ja, erstmal erfahren, warum sie da sind; was aktuell vielleicht auch Schwierigkeiten bereitet. Klar geh ich dann auf ihren Alltag auch ein. Welche Einschränkungen durch die OP aktuell bestehen und mit welchem Ziel sie in die Reha kommen und im ersten Gespräch frag ich auch meist schon die Hilfsmittel ab, weil das ist, so dann ein erster Schritt in die Therapie den ich dann gehen würde. Also einmal zu klären sind alle Hilfsmittel da und wissen die Menschen auch damit umzugehen. Und wenn letzteres nicht der Fall ist, dann würde ich das erstmal mit denen üben. Aber meist nimmt das ja nicht so viel Zeit in Anspruch. Also zieht sich ja nicht über diese normalen 3 Wochen, sondern vielleicht über eine Einheit und ja, viele sagen ja bei ner Hüft-Tep „Ich möchte wieder vernünftig laufen können ohne Hilfsmittel. Ich möchte wieder meine Treppen bewältigen können, Hobby ausführen“, und ja, dann versuche ich weitestgehend diese Ziele mit einzubinden. Aber bei uns ist auch immer so ein Thema die Narbenbehandlung nach ner OP. Ja, also ich schaue eigentlich am Anfang jeder Einheit individuell was grad den Patienten oder die Patientin bewegt, was grad wichtig ist und danach richtet sich das, ob wir dann wirklich aktiv werden; laufen, draußen eine Runde machen; Treppensteigen oder wenn die sagen „Ach, ich hatte heute schon so viel“, dann kümmer ich mich vielleicht eher um die Narbe oder gehe es etwas ruhiger an. Und genau zur Entlassung schauen wir dann am letzten Tag oder vorletzten Mal, dann wenn noch so das letzte Mal Ergotherapie ist, was ist so an Zielen erreicht worden. Ja, ein typisches Abschlussgespräch eigentlich und wir haben auch so Verlängerungsteamsitzung, das heißt da wird über jeden Patienten oder jede Patientin einmal gesprochen, ob es denen vielleicht noch gut würde eine Woche anzuhängen an die Reha. Das macht man natürlich nicht ganz am Ende, sondern ein bisschen eher. Und da wird dann die Meinung von allen eigentlich eingeholt, ob es jetzt die Ärztin ist oder der Physiotherapeut und

natürlich von Patient oder Patientin selber. Genau, danach richtet sich das dann halt, wie lange die bei uns sind und wann der Prozess abgeschlossen ist.“ (#00:03:21-07:07#)

I: „Okay, ja, //gut, ja“ (#00:07:07-10#)

B: „so grob erstmal//“ (#00:07:8-10#)

I: „ja, danke erstmal für den ersten Einblick. Wir beschäftigen uns ja in unserer Bachelorarbeit also hauptsächlich mit der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung. Und dann würde ich dich jetzt bitten diese beiden Begriffe mal für dich zu definieren was du darunter verstehst.“ (#00:07:10-31#)

B: „Ja, unter Klientenzentrierung verstehe ich, dass ich gemeinsam mit dem Klienten ein Ziel aushandel. Am Anfang, klar geht das nicht immer in unserer halben Stunde Aufnahmeteam, sondern vielleicht am Anfang einer frühen Einheit. Dass ich auf die Tagesform eingehe, auf individuelle Bedürfnisse und Anliegen. Dass ich zuhöre, was denen grad wichtig ist. Ja, das würde ich so unter Klientenzentrierung verstehen. Bei der Betätigungsorientierung, dass wir, ja auf bedeutungsvolle Aktivitäten aus dem Alltag eingehen. Was auch immer das dann bei den jeweiligen Patienten sein mag.
Genau, also versuchen alltägliche Handlungen mit in die Therapie mit einzubeziehen.“ (#00:07:31-08:31#)

I: „Hm, ok (bejahend). Und inwieweit setzt du diese beiden Begrifflichkeiten in deiner Therapie um?“ (#00:08.31-38#)

B: „Ich glaub das mit der Klientenzentrierung würde ich sagen gelingt mir ganz gut, weil ich immer erfrage, wie die Tagesform ist oder das aktuelle Ziel. Das kann sich durchaus auch mal verändert zwischendurch. Aber ich muss sagen bei der Betätigungsorientierung ist es teilweise schwer das einzubinden in der Orthopädie, weil wir auch manchmal nicht so die Möglichkeit haben im Rahmen der Klinik. Zum Beispiel hatte ich neulich einen Patienten mit Hüft-Tep der meinte „Ja, wie ist das denn mit Fahrrad fahren und so“, dann kann ich dann in dem Moment nicht tätig werden und mit ihm das Fahrradfahren ausprobieren, weil wir keins

haben. Wir können auf der Sportfläche dann vielleicht am Gerät fahren, aber das ist ja noch was anderes als jetzt in der echten Umgebung. Und draußen das Aufsteigen Absteigen zu üben. Von daher fällt es manchmal leider auch irgendwie funktioneller aus. Sodass wir tatsächlich auch mal an sich eine Übung machen und als ja, vorbereitende Maßnahme zum Beispiel dann was tun. Ja, aber also ich versuch dann so weitestgehend dann irgendwie wenigsten zu laufen, dann ein bisschen den Umgang mit Gehstützen oder so zu üben. Treppen miteinzubeziehen, wenn die welche zuhause haben (…)." (#00:08:40-10:15#)

A12. Kategorienbildung nach Mayring

Ausschnitt aus der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse:

Quelle	Nr.	Zitat	Paraphrase	Generalisierung	1. Reduktion
TN 1, Z. 74-76	1	„Es ist so, dass wir mittlerweile ein Aufnahmeteam haben, also an dem ersten Tag der Patient:innen gibt es ein, ja, eine Aufnahme mit Physiotherapeuten und Ergos.“	Aufnahmeteam am ersten Tag der Patient:innen mit Physiotherapeuten und Ergos	Aufnahmeteam: -Anreisetag der Patient:innen -Anwesenheit von Physiotherapeut:innen und Ergotherapeut:innen	K1: Interdisziplinäres Arbeiten: - Aufnahmeteam mit Physiotherapeut:innen und Ergotherapeut:innen -> andere Sichtweisen kennenlernen - Informationsaustausch - Verlängerungsteamsitzung mit Team und Klient:innen - Zusammenarbeit am Klienten selten - Informeller Austausch Flur, Pause K2: Erstgespräch: - Vorhandene Hilfsmittel - Erwünschtes Reha-Ziel - IST-Zustand - Klientensystem K3: Ziele: - Betätigungsorientierte Formulierung
TN 1, Z. 77-79	2	„Ja, erstmal erfahren, warum sie da sind; was aktuell vielleicht auch Schwierigkeiten bereitet. Klar geh ich dann auf ihren Alltag auch ein.“	Informationen sammeln über Diagnose, Schwierigkeiten und Alltag	Informationen: -Diagnose -Schwierigkeiten -Alltag	
TN 1, Z. 79-81	3	„Welche Einschränkungen durch die OP aktuell bestehen und mit welchem Ziel sie in die Reha kommen und im ersten Gespräch frag ich auch meist schon die Hilfsmittel ab, weil das ist, so dann ein erster Schritt in die Therapie den ich dann gehen würde“	Erstgespräch führen über aktuelle Einschränkungen durch die OP, erwünschtes Reha-Ziel der Patienten und vorhandene Hilfsmittel erfragen	Erstgespräch: -Aktuelle Einschränkungen -erwünschtes Reha-Ziel -Vorhandene Hilfsmittel	

TN 1, Z. 81-83	4	„Also einmal zu klären sind alle Hilfsmittel da und wissen die Menschen auch damit umzugehen. Und wenn letzteres nicht der Fall ist, dann würde ich das erstmal mit denen üben.“	Klären, ob alle Hilfsmittel vorhanden sind und der Umgang bekannt ist, ansonsten wird dieser trainiert	~~Klärung der Hilfsmittel und eventuelles Training des Umgangs~~	- Klientenzentriert - Re-Evaluation zur Entlassung - Hinführen der Patient:innen zur Alltagsorientierung - Zielformulierung durch Re-formulieren K4: Interventionen: - Narbenbehandlung - Gerätegestütztes Training - Vorgeschriebene Interventionen - Individuelle Gestaltung - Physiotherapeutische Weiterbildungen - Funktionsorientierte Arbeitsweise von Patient:innen gewünscht -> Betätitungsorientierung verdrängt Klientenzentrierung - Oft keine Betätigungsorientierung notwendig, da Kraft fehlt -> Begünstigt funktionsorientierte Arbeitsweise K5: Klientenzentrierung:
TN 1, Z. 85-88	5	„viele sagen ja bei ner Hüft-Tep „Ich möchte wieder vernünftig laufen können ohne Hilfsmittel. Ich möchte wieder meine Treppen bewältigen können, Hobby ausführen“, und ja, dann versuche ich weitestgehend diese Ziele mit einzubinden.“	Genannte Ziele von Hüft-TEP-Patienten, z.B: Laufen ohne Hilfsmittel, Treppen bewältigen können, Hobby ausführen können“ werden weitestgehend mit einbezogen	Ziele von Hüft-TEP-Patienten werden berücksichtigt: -Laufen ohne Hilfsmittel -Treppen bewältigen können -Hobby ausführen	
TN 1, Z. 88-89	6	„Aber bei uns ist auch immer so ein Thema die Narbenbehandlung nach ner OP“	Narbenbehandlung nach einer OP	Intervention: Narbenbehandlung	
TN 1, Z. 89-93	7	„Ja, also ich schaue eigentlich am Anfang jeder Einheit individuell was grad den Patienten oder die Patientin bewegt, was grad wichtig ist und danach richtet sich das, ob wir dann wirklich aktiv werden; laufen, draußen	Zu Beginn jeder Einheit wird der Zustand und Bedürfnisse der Patient:innen beachtet, und je nach Befinden wird eine aktive (gehen, Treppensteigen) oder eine ruhigere (Narbenbehandlung) Therapie durchgeführt	Berücksichtigung zu Therapiebeginn: -Zustand und Bedürfnisse der Patient:innen -individuell angepasste Therapie (aktiv/passiv)	

		eine Runde machen; Treppensteigen oder wenn die sagen „Ach, ich hatte heute schon so viel“, dann kümmer ich mich vielleicht eher um die Narbe oder gehe es etwas ruhiger an.“			- Berücksichtigung der Tagesform, individuellen Bedürfnisse & Anliegen - Aktives Zuhören - Gemeinsames Ziel aushandeln - Therapiegestaltung - Aktivitätslevel - Klientensystem: Angehörige, Umwelt, Lebenssituation K6: Betätigungsorientierung: - Auf die individuellen alltäglichen Aktivitäten eingehen - In Therapie alltäglichen Handlungen einbeziehen - Adaptierte Betätigung -> nicht zufriedenstellend - Vorbereitende Maßnahme für Betätigung = funktionelle Übungen - Berücksichtigung des häuslichen Umfelds K7: hemmende Faktoren: - Rahmenbedingungen der Klinik - Fehlende Therapiemittel
TN 1, Z. 94-96	8	„Und genau zur Entlassung schauen wir dann am letzten Tag oder vorletzten Mal, dann wenn noch so das letzte Mal Ergotherapie ist, was ist so an Zielen erreicht worden.“	Zur Entlassung wird überprüft welche Ziele erreicht worden sind	Re-Evaluation der Therapieziele zur Entlassung	
TN 1, Z. 95-98	9	„Ja, ein typisches Abschlussgespräch eigentlich und wir haben auch so Verlängerungsteamsitzung, das heißt da wird über jeden Patienten oder jede Patientin einmal gesprochen, ob es denen vielleicht noch gut würde eine Woche anzuhängen an die Reha.“	Innerhalb von Verlängerungsteamsitzungen wird entschieden, ob für Patient:innen eine Woche Verlängerung förderlich wäre	Verlängerungsteamsitzungen: -gemeinsame Entscheidung über Verlängerung	
TN 1, Z. 99-102	10	„Und da wird dann die Meinung von allen eigentlich eingeholt, ob es jetzt die Ärztin ist oder der	Meinung von Ärztin, Physiotherapeut, Patient:in wird in die Entscheidung, wann der	Interdisziplinäres Team und Patient:innen entscheiden über Verlauf der Verlängerung	

		Physiotherapeut und natürlich von Patient oder Patientin selber. Genau, danach richtet sich das dann halt, wie lange die bei uns sind und wann der Prozess abgeschlossen ist.“	Verlängerungsprozess abgeschlossen ist, miteinbezogen		- Barrieren in Umsetzung des Wissens - Räumlichkeiten verleiten zur funktionsorientierten Arbeitsweise - Betätigungsorientierung gelernt -> kein Transfer möglich durch fehlende Ideen (Theorie-Praxis-Transfer) K8: Rahmenbedingungen: - Räume - Ausstattung: Liege, Geräte - Therapiemittel: Hilfsmittel, Therabänder, Bälle, Gleichgewichtspads, Therapiebaum, Steckspiele - 30 Minuten Therapie, 2 x pro Woche - Kein Einfluss auf Zeitpunkt - Einfluss KK - DRV K9: fördernde Faktoren: - Lage der Klinik
TN 1, Z. 113-114	11	„Ja, unter Klientenzentrierung verstehe ich, dass ich gemeinsam mit dem Klienten ein Ziel aushandel. Am Anfang“	Klientenzentrierung bedeutet gemeinsam mit dem Klienten am Anfang ein Ziel auszuhandeln.	Klientenzentrierung: - gemeinsames Ziel aushandeln - Therapiebeginn	
TN 1, Z. 115-117	12	„Dass ich auf die Tagesform eingehe, auf individuelle Bedürfnisse und Anliegen. Dass ich zuhöre, was denen grad wichtig ist.“	auf die Tagesform, die individuellen Bedürfnisse und Anliegen eingehen und Zuhören, was den Klienten wichtig ist	-Berücksichtigt wird: Tagesform, individuellen Bedürfnisse, Anliegen -Den Klienten aktiv zuhören	
TN 1, Z. 117-119	13	„Bei der Betätigungsorientierung, dass wir, ja auf bedeutungsvolle Aktivitäten aus dem Alltag eingehen. Was auch immer das dann bei den jeweiligen Patienten sein mag.“	Betätigungsorientierung = auf bedeutungsvolle Aktivitäten aus dem Alltag eingehen, was auch immer das bei den jeweiligen Patienten sein mag	Auf Alltägliche Aktivitäten eingehen ~~An die individuellen Patienten anpassen~~	
TN 1, Z. 120	14	„Genau, also versuchen alltägliche Handlungen mit	Versuchen alltägliche Handlungen in die Therapie miteinbeziehen	Miteinbeziehung der alltäglichen Handlungen in die Therapie	

		in die Therapie mit einzubeziehen“			K10: Wünsche: - Therapieküche - Wohnungseinrichtung - Fahrrad - Halbes Auto - Mehr Privatsphäre - Austausch mit erfahrenen Ergotherapeut:innen K11: Therapieprozess: - Kompetenzen der Therapeut:innen - Patient:innen geben oft Entscheidungen über Therapiegestaltung ab -> sollen als Experten agieren - Therapeut:innen haben Ideen über Interventionen - Individuelles Ziel wird aufgegriffen - **Re-Evaluation** ohne Assessments - Re-Evaluation durch funktionelle Testungen, Beobachtungen (bei Sprachbarrieren), Evaluationsgespräche -> Empfehlungen in Entlassbericht - Empfinden über Reha - Erreichung der Ziele
TN 1, Z. 126-127	15	„Ich glaub das mit der Klientenzentrierung würde ich sagen gelingt mir ganz gut, weil ich immer erfrage, wie die Tagesform ist oder das aktuelle Ziel“	Klientenzentrierung bedeutet, die Tagesform und das aktuelle Ziel zu erfragen	~~Klientenzentierung = - Tagesform - Aktuelles Ziel erfragen~~	
TN 1, Z. 127-130	16	„Aber ich muss sagen bei der Betätigungsorientierung ist es teilweise schwer das einzubinden in der Orthopädie, weil wir auch manchmal nicht so die Möglichkeit haben im Rahmen der Klinik“	Betätigungsorientierung in der Orthopädie durch Rahmenbedingungen der Klinik schwierig umzusetzen	Rahmenbedingungen der Klinik = Barriere in der Umsetzung der Betätigungsorientierung	
TN 1, Z. 130-133	17	„Zum Beispiel hatte ich neulich einen Patienten mit Hüft-Tep der meinte „Ja, wie ist das denn mit Fahrrad fahren und so“, dann kann ich dann in dem Moment nicht tätig werden und mit ihm das Fahrradfahren ausprobieren, weil wir keins haben.“	Hüft-TEP Patient möchte Fahrrad fahren üben, aber in der Klinik ist kein Fahrrad vorhanden	Fehlende Therapiemittel um betätigungsorientierte Ziele der Patient:innen umzusetzen (z.B. Hüft-TEP + Fahhradfahren)	

Ausschnitt aus dem Zweiten Durchgang der zusammenfassenden Inhaltsanalyse:

Fall	Kategorie		Generalisierung	2. Reduktion
TN 1	14	Therapiebericht: - Interdisziplinär - Anlehnung ICF: Aktivität & Teilhabe - Nicht einheitlich - Funktionsebene -> Ziel - Therapieprozess - Besonderheiten - Schmerzen - Erfolge - Länge einer Gehstrecke -	Therapiebericht: - Interdisziplinär - Anlehnung ICF: Aktivität & Teilhabe - Nicht einheitlich - Ziel auf Funktionsebene - Therapieprozess - Besonderheiten - ~~Schmerzen~~ - ~~Erfolge~~ -	K'1 Umsetzung der Klientenzentrierung: Keine klare Abgrenzung zur Betätigungsorientierung möglich - Berücksichtigung der Tagesform, individuellen Bedürfnisse & Anliegen, Klientensystem, Wünsche - Aktives Zuhören - Gemeinsames Ziel - Intensitiät - Therapiegestaltung - Austausch mit Klient:innen - Ausgeglichene Therapeut-Klienten-Beziehung (privater Austausch -> zusätzliche Information über Betätigungsanliegen) - Ganzheitliche Betrachtung - Übungen aus der Berufstätigkeit der Patient:innen - Grundlage für gute therapeutische Arbeit - Steigerung des Selbstwirksamkeitsgefühls - Bottom-Up-Vorgehensweise - Klientensystem wird zur Entlassung betrachtet, um Unterstützung zu gewährleisten
TN 1	15	Jung/Alt: - Jüngere berücksichtigen Hobbies und Teilhabe - Jüngere: Ziele nach SMART - Befunderhebung alt: Testen und sehen viel - Befunderhebung Jung: Erfragen Betätigungsanliegen -	Erkennbare Unterschiede zwischen Jung & Alt: - Jung: - Berücksichtigung der Betätigung & Teilhabe - SMART-Ziele - Alt: - Funktionelle Testungen und Beobachtungen	
TN 1	16	Examiniert/Akademisiert: - Akademisiert: Betätigung als Intervention oder als Basis der Intervention	Erkennbare Unterschiede Examiniert & Akademisiert: - Akademisiert: - Gedankliche Nutzung von ergotherapeutischen Modellen	

		- Examiniert: funktionsorientiert - Akademisiert: gedankliche Einordnung in ergotherapeutisches Modell	- Betätigungsorientierte Intervention - Examiniert: funktionsorientierte Intervention	K'2 Umsetzung der Betätigungsorientierung: - Auf individuelle alltägliche Aktivitäten, Wichtigkeit, Alltag eingehen & in Therapie einbeziehen - Vorbereitende Maßnahme für Betätigung = funktionelle Übungen - Betätigung wird selten in der Therapie eingesetzt - Berücksichtigung des häuslichen Umfelds - Betätigungen werden miteinbezogen und durch funktionelle Übungen unterstützt - Betätigung im Mittelpunkt - Heranführen der Klient:innen an Betätigungsorientierung -> Unterschiede aufzeigen - Einbeziehung der Klientenwünsche - Simulierte Alltagshandlungen - abhängig von Klientengruppe - Mögliche Optimierung - Informationen über Betätigungen werden erst im Laufe der Therapie gegeben
TN 1	17	Berufsidentität: - „schlechte Physiotherapeutin" Fehlende ergotherapeutische Identität	- fehlende ergotherapeutische Identität - keine klare Abgrenzung zur Physiotherapie	
TN 2	1	Modelle & Assessments: - COOP-Approach - Teilweise COPM -> Betätigungsanliegen im Alltag - Einfache Darstellung der Modelle für Verständnis - funktionsorientierte + betätigungsorientierte Assessments (COPM)	Nutzung von betätigungsorientierten und funktionsorientierten Modellen und Assessments - COPM - Modelle werden zur Erläuterung der Ergotherapie genutzt (CPPF)	
TN 2	2	Erstgespräch: - Erwartungen und Möglichkeiten der Therapie - Information über Prozess anhand CPPF - IST-Situation	Im Erstgespräch werden Informationen erhoben: - Erwartungen - Möglichkeiten der Therapie ~~- IST-Zustand~~ ~~- Funktionelle Testungen~~ - Performancebereiche	

		- Werte und Zahlen werden erhoben - Befundbogen statisch -> zusätzlich Performancebereiche		K'3 hemmende Faktoren in der Umsetzung von Betätigungsorientierung & Klientenzentrierung: - Fehlende Therapiemittel - Umsetzung des Wissens -> fehlender Theorie-Praxis-Transfers - Räumlichkeiten verleiten zur funktionsorientierten Arbeitsweise - Funktionelle Übungen lassen oft keine Betätigungsorientierung zu - Adaptierte Betätigung -> nicht zufriedenstellend - Weniger Einzeltherapie -> Aspekt der Wirtschaftlichkeit - 30 Minuten zu kurz - Vorhandene betätigungsorientierte Therapiemittel nicht nutzbar - Bürokratie - Corona - Hohe Durchlaufqoute im Team - Personenbezogene Faktoren der Klient:innen - Funktionelle Sichtweise der Klient:innen - Bezeichnung der Klient:innen als Patient:innen
TN 2	3	Therapieprozess: - Re-Evaluation der Werte - Therapiebeginn mit eigenen Ideen/Interventionen -> Anpassung durch Äußerungen der Klient:innen - Power-Sharing - Klient:in-> Experte für Alltag - Therapeut:in -> Experte für Zielerreichung, Enabler - Geleitet von ganzheitlicher Sichtweise	Therapiegestaltung: - Interventionsideen durch Therapeut:innen - Klientenzentrierte Anpassung der Gestaltung - Geleitet durch ganzheitliche Sichtweise Re-Evaluation der erhobenen Daten Rolle Klient:in : Experte für Alltag, Entscheider:in - Rolle Therapeut:in : Experte für Zielerreichung, Enabler	
TN 2	4	Interdisziplinäre Arbeit: - Intervention an Zielen der Physiotherapie orientiert - Zugriff auf E-Akte -> Kommunikation über das System	Gestaltung der Interdisziplinäre Arbeit: - Intervention an Zielen der Physiotherapie orientiert - Informationsaustausch über E-Akte, ~~informeller Austausch~~ - Interdisziplinäres Reha-Ziel	

		- Amputationsvisite - Austausch über kurzen Dienstweg (Flur) - Interdisziplinäres Reha-Ziel - Austausch über aktuelle Studien - Kein Wissen über Modelle der anderen Disziplin	Hemmend: kein Wissen über Modelle der anderen Disziplinen Fördernd: Vertrauen in der Kollegschaft, Positives Arbeitsklima, Schneller & sicherer Austausch -	- Beginn eines Changemanagement-Prozesses fordert vor allem für langarbeitende Kolleg:innen Anstrengung - Geringe finanzielle Mittel - Führungspositionen - Fehlende Reflexion der Arbeitsweise bei langfristig Angestellten - Ressourcenverschwendung - Fehlende finanzielle Mittel - Geringe Verwendung der Begriffe - Wenig Privatsphäre in der Therapie durch gleichzeitige Nutzung der Räume - Unterschiedliche Vorstellungen der Ergotherapie (Kolleg:innen) - Motorisch-funktioneller Bereich wird vernachlässigt (Ausbildung) K'4 fördernde Faktoren in der Umsetzung von Betätigungsorientierung & Klientenzentrierung: - Lage der Klinik - Einzeltherapie -> Berücksichtigung der individuellen Ziele
TN 2	5	Rahmenbedingungen: - Zweimal in der Woche Ergotherapie Einzel, 30 Min.; inbegriffen: Vor-Nachbereitung, Desinfektion - Ruhiger Raum -> kognitives Training - MBOR-Räume (Workpark) - Gartenanlage - Therapieküche - Digitalisierung - Therapiemittel: Stehtrainier, Griffverdickungen, Board, Einhänderbretter, Spiele, Malmaterial	Rahmenbedingungen: - 2x pro Woche, 30 Min. inklusive Vor- und Nachbereitung, Desinfektion - Funktionsorientierte und Betätigungsorientierte Räumlichkeiten - Funktionsorientierte Therapiemittel	

TN 2	6	Intervention: - Entscheidungsfreiheit bei Therapiegestaltung -> EBP - Hiflsmittelberatung - Kognitives Training - Spiegeltherapie - Arbeitstherapie - Feinmotorik-Gruppen - Betätigungsorientierte Ziele durch funktionelle Intervention	~~Interventionen können durch Therapeut:innen frei gewählt werden~~ -> Einbeziehung von Evidenz - Funktionsorientierte und betätigungsorientierte Interventionen - Betätigungsorientierte Ziele werden u.a. durch funktionelle Intervention erreicht	- Zeit für Recherche - Gesteigerte Motivation durch Transparenz gegenüber den Klient:innen - Naheliegende Räume zur Umsetzung von Wünschen - Aufgeschlossene Vorgesetzte für Changemanagmentprozess

A13. Ethik zur Forschung

Ethik in der Forschung im Gesundheitswesen

Darstellung der Grundprinzipien der Forschungsethik nach dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2020, S. 12-13):

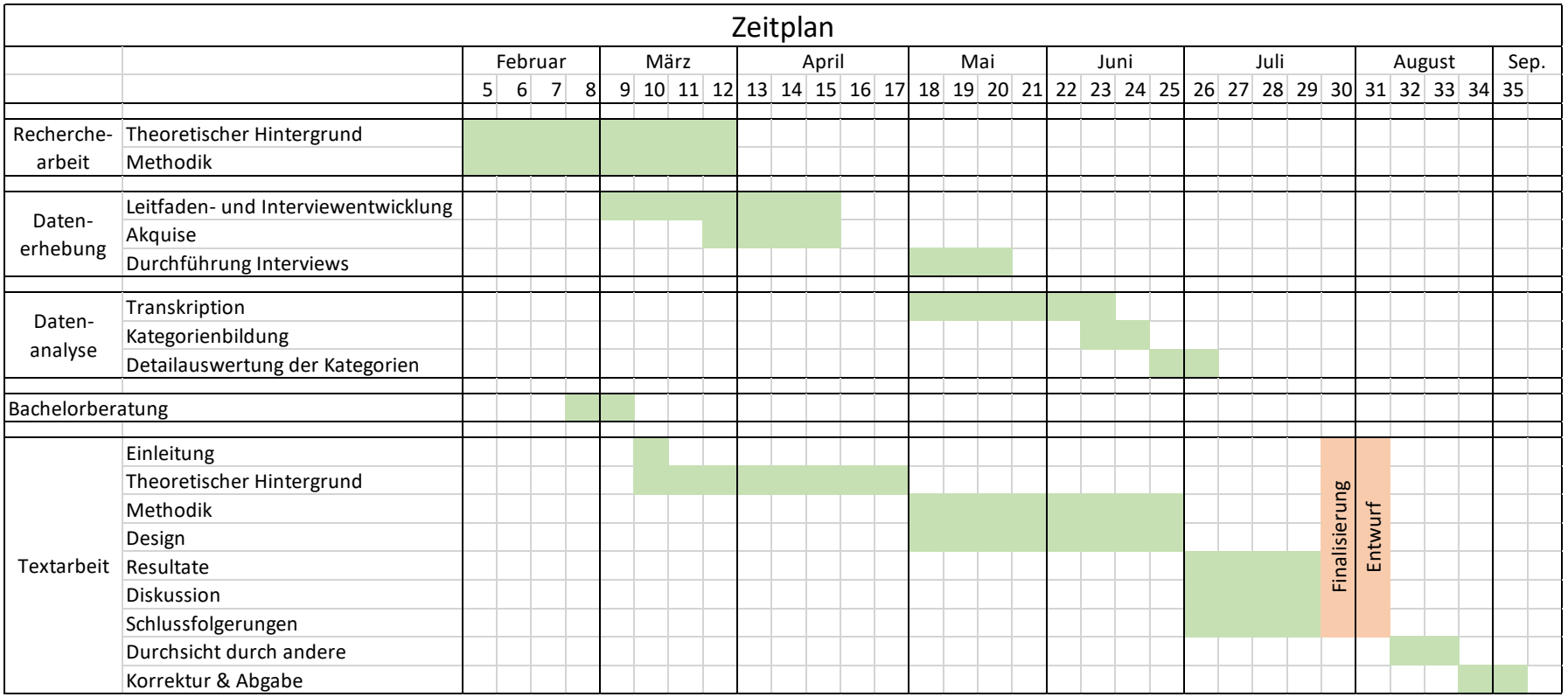
- Prinzip der Autonomie

Autonomie setzt voraus, dass die Teilnehmenden einer Studie selbstbestimmt daran teilnehmen und eigenständige Entscheidungen treffen können. Von Seiten der Forschenden wird dies durch Respekt vor der Würde und der Unversehrtheit des Menschen verkörpert. Durch verständliche Informationen für die Teilnehmenden der Studie und das Versenden einer Einverständniserklärung, durch die die inhaltliche Aufklärung erfolgte, haben die Autorinnen dieses Prinzip umgesetzt. Den Teilnehmenden stand es jederzeit frei die Forschung, ohne jegliche Benachteiligung, zu verlassen.

- Nichtschadensprinzip

Das Nichtschadensprinzip, bzw. die Prinzipien des Nutzens und der Schadensvermeidung umschreiben die moralische Verpflichtung der Autorinnen, die möglichen Schäden des Forschungsprojektes zu minimieren und die Teilnehmenden vor möglichen Schäden zu bewahren. Schäden sind dabei mehrdimensional zu betrachten und umfassen die physische, psychische, soziale, finanzielle und/oder ökologische Dimension. Die Autorinnen gewährleisten dies durch eine Anonymisierung der erhobenen Daten und eine getrennte Aufbewahrung der Einwilligungserklärungen. Die in Deutschland geltende Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist im gesamten Prozess der Forschung von den Autorinnen eingehalten worden, wodurch eine Identifikation der Teilnehmenden nicht möglich ist. Darüber hinaus hat der Datenaustausch zwischen den beiden Autorinnen über eine passwortgeschützte Cloud der ZUYD Hogeschool stattgefunden, sodass die Daten jederzeit gesichert waren und die Anonymisierung nicht gefährdet werden konnte. Darüber hinaus legten die Autorinnen während der Interviews einen hohen Wert auf eine angemessene und wertschätzende Kommunikation.

- Prinzip der Gerechtigkeit

Das Prinzip der Gerechtigkeit umfasst die Fairness, die Gleichbehandlung und die Güteverteilung innerhalb einer Forschung. Dadurch wird sichergestellt, dass die Forschenden die Verantwortung für die Forschungsergebnisse tragen. Diese Ergebnisse sollen einen medizinischen oder gesellschaftlichen Fortschritt ermöglichen. Durch die Wahl des Themas haben die Autorinnen einen aktuellen Fachbereich der Ergotherapie hinsichtlich der Umsetzung des aktuellen Paradigmas betrachtet und somit ein aktuelles Thema durch den Paradigmenwechsel der Ergotherapie aufgegriffen. Dadurch können sich die Ergebnisse dieser Studie positiv auf die Entwicklung der Ergotherapie auswirken und einen Beitrag zur zeitgenössischen Gestaltung der Ergotherapie bieten.

A14. Zeitplan der Bachelorarbeit