Anton Ehli 1877356
Daniel Schmidt 1877534
Franziska Schüßler 1877542

Mut zur Betätigung

Den Wandel in Kliniken gestalten

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

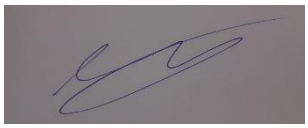
Januar 2021

Begleiterin: Tanja Klein

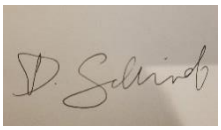
Vorwort und Danksagungen

Ehrenwörtliche Erklärung

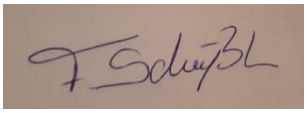
Hiermit versichern wir, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als den angegebenen Quellen und Hilfsmitteln angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht haben. Diese Arbeit hat in gleicher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

Augsburg, den 31.01.2021 

Datum und Unterschrift

Bonn, den 31.01.2021 

Datum und Unterschrift

Würzburg, den 31.01.2021 

Datum und Unterschrift

Copyright

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

Für euch Ergotherapeut*innen

Vielen Dank, dass ihr euch die Zeit nehmt diese Bachelorarbeit zu lesen. Wir hoffen, wir können die/den ein/e oder andere/n dadurch inspirieren und etwas Mut geben, den Schritt zu einem Umstellungsprozess zu wagen.

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei all den Menschen bedanken, die diese Bachelorarbeit ermöglicht und uns während des Prozesses begleitet haben.

Als erstes geht unser Dank an unsere Dozentin Tanja Klein, bei der wir uns von Beginn der Bachelorarbeit bis Abgabe gut aufgehoben gefühlt haben, da sie uns die nötige Orientierung bot, wenn wir nicht weiterwussten. Danke für die konstruktive und wertschätzende Begleitung, danke für die vielen hilfreichen Tipps und Ratschläge, danke für die vielen motivierenden Worte. Deine ruhige und fröhliche Art hat uns in so mancher Tiefphase wieder die Kraft und den Mut gegeben, weiter zu machen.

Natürlich möchten wir uns auch bei allen anderen Dozent*innen bedanken, die uns auf unserem Weg begleitet und inspiriert haben.

Des Weiteren möchten wir uns bei unseren Interviewteilnehmer*innen bedanken. Ohne eure Auskunftsbereitschaft, Offenheit und interessanten Erfahrungen hätte diese Bachelorarbeit nicht entstehen können. Danke, dass ihr euch aufgrund dieser außergewöhnlichen Zeiten so schnell auf diese ungewöhnliche Interviewform eingestellt habt und so kooperativ wart.

Danke auch an unsere Arbeitgeber, die es uns ermöglicht haben, berufsbegleitend zu studieren und uns immer wieder Zeiträume für das Studium zur Verfügung stellten.

Außerdem geht unser Dank an unsere Korrekturleser*innen für den letzten Feinschliff und die Personen, die uns bei der Übersetzung unsere Abstracts geholfen haben. Vielen Dank für eure Zeit und Mühen.

Wir bedanken uns auch herzlich bei unseren Familien, Freund*innen und Partner*innen, die uns auf verschiedenste Art und Weise unterstützten und Rückhalt gaben. Danke für eure aufbauende Worte, euer Verständnis, dass ihr uns in unseren emotionalen Hochs und Tiefs ausgehalten und viele Stunden auf uns verzichtet habt, wenn wir mal wieder keine Zeit wegen dieser Bachelorarbeit hatten.

Und zuletzt bedanken wir uns bei uns dreien selbst, die sich früh entschlossen haben, die größte Hürde im Studium gemeinsam zu nehmen, aufeinander vertraut und bis zum Schluss durchgehalten haben.

Auch wenn wir oft den Eindruck hatten, das ganze Studium und die Bachelorarbeit wachsen uns über den Kopf, haben diese Personen uns nie an unserer Entscheidung zweifeln und uns durchhalten lassen.

Danke!

Lesehinweis und Abkürzungsverzeichnis

Corona Passus

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

Gendergerechte Sprache

Es wurde in der vorliegenden Bachelorarbeit eine gendergerechte Sprache verwendet, um Männern, Frauen und diversen Menschen eine gleiche Wertschätzung entgegen zu bringen und damit sich diese gleichermaßen angesprochen fühlen und von den Lesenden bedacht werden. Dies tun die Autor*innen, indem sie geschlechtsneutrale oder gender-inkludierende Formen verwenden. Als Techniken hierfür verwenden sie die Sichtbarmachung beider Geschlechter und der Gendergap mittels * sowie die Verwendung geschlechtsneutraler Formulierungen.

Zitation

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

Anonymisierung

Die Teilnehmenden werden mit den Pseudonymen T1-T5 bezeichnet, um deren Anonymität zu wahren.

Formale Kennzeichnungen

„ “ Kennzeichnung wörtlicher Zitate

[...] Auslassung und Ergänzungen innerhalb eines Zitates

→ Querverweise zu anderen Textstellen

Kap. Zahl	verweist auf ein Kapitel
A. Zahl	verweist auf einen Anhang
Abb. Zahl	verweist auf eine Abbildung
Tab. Zahl	verweist auf eine Tabelle

Synonym

In der folgenden Bachelorarbeit werden die Begriffe “Umstellungsprozess” und “Change-Prozess” synonym zueinander verwendet.

Anhang

Im Anhang findet sich zusätzlich eine Evidenzbewertung, der in dieser Ausarbeitung verwendeten Literatur, sowie der von den Autor*innen erstellte Zeitplan.

Abkürzungsverzeichnis

AOTA	American Occupational Therapy Association
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
d.h.	Das heißt
DIZ	Doorzoek informatiebronnen
DRGs	Diagnosis Related Groups
DRV	Deutsche Rentenversicherung
dt.	deutsch
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ErgThAPrV	Ergotherapeuten- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
ErgThG	Ergotherapeutengesetz
Etc.	Et cetera / und die übrigen [Dinge]
ICD	Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KTL	Klassifikation Therapeutischer Leistungen
MOHO	Model of Human Occupation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PychPV	Psychiatrie-Personalverordnung
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB	Sozial Gesetzbuch
u.a.	Und andere
vs.	Versus / gegen
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organisation
z. B.	Zum Beispiel

Abstracts und Zusammenfassung

Deutsch

Ziel der Forschung war es, herauszufinden, wie Ergotherapeut*innen in Deutschland den Umstellungsprozess vom funktionsorientierten (biomechanic paradigm) zum betätigungsbasierten Arbeiten (contemporary paradigm) in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken erleben.

Es wurden fünf leitfadengestützte Expertinterviews nach Gläser und Laudel (2010) mit in Deutschland arbeitenden Ergotherpeut*innen geführt. Anschließend erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010).

Die Ergotherapeut*innen stießen auf Hindernisse, wie das fehlende Wissen über die Kerndomäne der Ergotherapie im intra- und interdisziplinären Team, sowie die fehlenden Zeiträume für die Planung und Umsetzung der betätigungsbasierten Arbeitsweise. Zu den Ressourcen zählten das Interesse der Leitungsebene, unterstützende ergotherapeutischer Teammitglieder und die eigene Motivation. Hierfür sind Mut, eine klare Kommunikation, der Einbezug aller Teammitglieder und gegenseitige Wertschätzung nötig. Dies zeigt sich in einer veränderten Berufsidentität, einer höheren Zufriedenheit der eigenen Arbeit und einem gesteigerten Stellenwert im interdisziplinären Team.

Die Erkenntnisse lassen auf Handlungsempfehlungen für einen Umstellungsprozess in Kliniken vom funktionsorientierten zum betätigungsbasierten Arbeiten schließen.

Englisch

The aim of this research was to find out how occupational therapists (OTs) in Germany experience the change from functional-based (biomechanic paradigm) to occupational-based (occuaptional paradigm) practice in hospitals and rehabilitation hospitals.

Five guideline-based expert interviews according to Gläser and Laudel (2010) were conducted with OTs and a qualitative content analysis was carried out.

The OTs encountered barriers like the lack of knowledge about the domain of occupational therapy in the intra- and interdisciplinary team and the lack of time for planning and implementing the occupational-based intervention. Resources include interest of superiors, supportive OTs and their own motivation. Courage, straight communication, the involvement of all team members and mutual respect were necessary. This results in a changed professional identity, higher satisfaction with one's own work and an increased status in the interdisciplinary team.

In conclusion, strategies for a change process in clinics from function-oriented to activity-based work can be derived.

Niederländisch

Doel van het onderzoek was om te achterhalen hoe ergotherapeuten in Duitse ziekenhuizen en revalidatieklinieken het overgangsproces ervaren van functiegericht naar activiteitsgericht werken (biomechanic paradigm en contemporary paradigm).

De basis vormden vijf gesloten expertinterviews met in Duitsland werkzame ergotherapeuten. Daarna volgde een kwalitatieve inhoudelijke analyse volgens Gläser en Laudel (2010).

De ergotherapeuten stuitten op hindernissen, zoals het gebrek aan kennis over het kerndomein van de ergotherapie in het intra- en interdisciplinaire team en tijdsgebrek voor het plannen en uitvoeren van de activiteitsgerichte aanpak. Ressources zijn de belangstelling door de leidinggevenden, de ondersteuning door het ergotherapeutische team en hun eigen motivatie. Dit vereist moed, duidelijke communicatie, betrokkenheid van alle teamleden en wederzijdse waardering. Daardoor ontstaat een veranderde professionele identiteit, een grotere tevredenheid over het eigen werk en een hogere status in het interdisciplinaire team.

Uit het onderzoek volgt de aanbeveling om in klinieken over te gaan naar activiteitsgericht werken.

Informative Zusammenfassung

Das biomechanic paradigm steht mit seiner funktionsorientierten Sichtweise häufig noch im Fokus der stationären ergotherapeutischen Behandlungen in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Dagegen findet das contemporary paradigm mit Fokus auf Betätigungsbasierung und Klientenzentrierung wenig Anwendung. Ziel dieser Forschung war es, herauszufinden, wie Ergotherapeut*innen in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen den Umstellungsprozess vom funktionsorientierten zum betätigungsbasierten Arbeiten erleben. Hierzu wurden drei Leitfragen aufgestellt.

- ➔ *Welche Ressourcen waren hierbei für sie hilfreich und welche Hindernisse sind dabei aufgekommen?*
- ➔ *Welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut*innen bei der Umstellung zum betätigungsbasierten Therapieprozess gemacht?*
- ➔ *Welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut*innen im interdisziplinären Team in Hinblick auf die eigene Berufsidentität gemacht?*

Es wurden durch ein qualitatives Studiendesign fünf leitfadengestützte Expertinterviews nach Gläser und Laudel (2010) mit in Deutschland arbeitenden Ergotherpeut*innen geführt, die den Umstellungsprozess vom funktionsorientierten zum betätigungsbasierten Arbeiten jeweils in ihrer Klinik initiiert haben oder maßgeblich daran beteiligt waren. Anschließend erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010).

Die Ergotherapeut*innen stießen während des Umstellungsprozesses auf eine Vielzahl von Hindernissen, die sie mit wenigen Ressourcen meisterten. Die signifikantesten Hindernisse waren das fehlende Wissen über die Kerndomäne der Ergotherapie im intra- und interdisziplinären Team, sowie die fehlenden Zeiträume für die Planung und Umsetzung der betätigungsbasierten Arbeitsweise. Zu den Ressourcen zählten das Interesse der Leitungsebene, die Unterstützung und das Wissen einzelner ergotherapeutischer Teammitglieder sowie die eigene innere Haltung und Motivation. Unterschiede gab es in der Vorgehensweise der Expert*innen, den Umstellungsprozess zu planen, zu initiieren und im Team zu kommunizieren. Sie waren sich einig, dass Mut, eine klare Kommunikation, der Einbezug aller Teammitglieder und gegenseitige Wertschätzung nötig seien. Die Ergebnisse des Umstellungsprozesses beschreiben die Ergotherapeut*innen in einer veränderten

Berufsidentität im Sinne der Kerndomäne der Ergotherapie, einer höheren Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit und der Klienten, sowie einem gesteigerten Stellenwert im interdisziplinären Team.

Ergotherapeut*innen, die diesen Umstellungsprozess durchliefen, empfanden ihn als herausfordernd und bereichernd zugleich. Der Erfolg hing dabei von verschiedenen Faktoren auf der Makro-, Meso- und Mikroebene ab. Aus den Erkenntnissen der Expert*innen und der Fachliteratur lassen sich Handlungsempfehlungen für einen Umstellungsprozess in Kliniken vom funktionsorientierten zum betätigungsbasierten Arbeiten ableiten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagungen 1
Lesehinweis und Abkürzungsverzeichnis 3
Abstracts und Zusammenfassung 5
Kapitel 1 - Einleitung 11
1.1. Relevanz für die Praxis 11
1.2. Zentrale Fragestellung und Leitfragen 12
1.3. Überblick über den Aufbau der Arbeit 13
1.4. Persönliche Motivation 13
Kapitel 2 - Theoretischer Hintergrund 14
2.1. Paradigmenwechsel in der Ergotherapie und dessen Einfluss auf die Klinik 14
2.2. Vom funktionsorientierten zum betätigungsbasierten Arbeiten anhand der sechs Säulen der Ergotherapie 16
2.2.1. Funktionsorientierte Arbeitsweise in deutschen Kliniken 17
2.2.2. Betätigungsbasierung 17
2.2.3. Klientenzentrierung 19
2.2.4. Kontextbasierung 19
2.2.5. Evidenzbasierung 20
2.2.6. Fehlende Betätigungsbasierung im Klinikkontext 21
2.3. Stationäre Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken 22
2.3.1. Krankenhaus 23
2.3.2. Rehabilitationsklinik 24
2.3.3. Rahmenbedingungen 24
2.3.4. Organisation in Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken 27
2.3.5. Zusammenfassung Krankenhaus und Rehabilitationsklinik 27
2.4. Ergotherapeutisches Team und interdisziplinäre Zusammenarbeit 28
2.5. Ergotherapeut*innen: Gesetzeslage und berufliches Verständnis 30
2.6. Implementierung des betätigungsbasierten Arbeitens anhand von Change-Modellen: Ein Überblick 33
2.6.1. Gründe für einen Change 33
2.6.2. Ansatzpunkte des Change-Prozesses 34
2.6.3. Strategien zur Implementierung eines Change-Prozesses 34
2.6.4. Hindernisfaktoren für den Change-Prozess 35
2.6.5. Veränderungsbereitschaft für eine Change-Prozess 37

2.7. Verschiedene Modelle im Change-Prozess 37
2.7.1. Phasenmodell Lewin 38
2.7.2. 7-Stufen-Modell nach Streich 40
2.7.3. Erfolgsfaktoren im Change-Prozess 42
Kapitel 3 - Methode 45
3.1. Formulierung des Forschungsproblems 45
3.1.1. Literaturrecherche 45
3.1.2. Empirische Sozialforschung 47
3.2. Das hypothetische Modell 49
3.3. Planung und Vorbereitung der Erhebung 51
3.3.1 Auswahl des Studiendesigns 52
3.4. Datenerhebung 54
3.4.1. Sampling und Einschlusskriterien 54
3.4.2. Durchführung des Interviews 55
3.4.3. Transkription 56
3.5. Datenauswertung 57
3.5.1. Aufbereitung der Daten 57
3.5.2. Extraktion 58
3.5.3. Auswertung 62
Kapitel 4 - Resultate 63
4.1. Beschreibung der Teilnehmenden 63
4.2. Kausalmechanismen 65
4.2.1. Umgebender Kontext Klinik 65
4.2.2. Klinik mit ergotherapeutischer Abteilung 67
4.2.3. Funktionsorientiertes Arbeiten 68
4.2.4. Betätigungsbasiertes Arbeiten 69
4.2.5. Ergotherapeutisches Team 71
4.2.6. Ergotherapeut 74
4.2.7. Change-Prozess 76
4.2.8. Klient/ Patient 85
Kapitel 5 - Diskussion 87
5.1. Ausgangssituation 87
5.2. Umstellungsprozess 89
5.3. Erfahrung nach dem Prozess 90

5.4. Reflexion 91
5.4.1. Voreingenommenheit der Autor*innen 91
5.4.2. Reflexion des methodologischen Vorgehens 92
Kapitel 6 - Schlussfolgerung 95
6.1. Strategien 95
Literaturverzeichnis 97
Glossar 118
Abbildungsverzeichnis 120
Anlagen 121
A1. Suchstrategie 121
A2. Auszug aus der Literaturrecherche 123
A3. Evidenztabelle 126
A4. Tabelle KTL-Leistungen 134
A5. Tabelle OPS-Codes 138
A6. Hypothetisches Modell 140
A7. Anschreiben für die Rekrutierung 148
A8. Einschlusskriterien 149
A9. Ethik zur Forschung 149
A10. Leitfadeninterview Version I 151
A11. Leitfadeninterview Version II 156
A12. Einwilligungserklärung 161
A13. Transkriptionsregeln 165
A14. Extraktionsregeln 167
A15. Kategorienbildung 168
A16. Auszug aus der Extraktionstabelle 169
A17. Zeitplan der Bachelorarbeit 180

Kapitel 1 - Einleitung

> *„Jetzt aktuell würde ich sagen, ich bin Ergotherapeutin aus tiefstem Herzen heraus. Ich bin neugierig auf alles, was Menschen tun. Ich staune täglich, mit was Menschen sich täglich beschäftigen und ich finde diesen Beruf unbeschreiblich spannend und weitreichend. (...) Das sag ich aber tatsächlich auch erst seit ein paar Jahren.“ (T5/21)*

1.1. Relevanz für die Praxis

In der Geschichte der Ergotherapie stand die Betätigung von Beginn an im Mittelpunkt und stellte deren Kernkompetenz dar (Cole & Tufano, 2008). Auch Kielhofner (2009) und Law et al. (1996) argumentieren, dass die Teilhabe an individuellen, für die Person sinnvollen Betätigungen einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Im Rahmen der historischen und gesellschaftlichen Entwicklung war die ergotherapeutische Arbeit verschiedenen Paradigmenwechseln ausgesetzt (Mentrup, 2014), welche die Art und Weise, wie Ergotherapeut*innen arbeiten, stark beeinflussten. Dies führte vor allem im klinischen Kontext dazu, dass Ergotherapeut*innen hauptsächlich nach dem biomechanischen Modell arbeiten (Di Tommaso, Wicks, Scarvell, & Isbel, 2019; Di Tommaso, Isbel, Scarvell, & Wicks, 2016; Gupta & Taff, 2015). Besonders in Deutschland ist die Dominanz des bio-mechanischen Modells deutlich (Lüdeking, 2016; Weber, 2012), aber auch international lässt sich die biomechanische Dominanz erkennen (Di Tommaso et al., 2016; Di Tommaso et al., 2019; Wong, Fagan, & Leland, 2018). Die Literaturrecherche, die in *Kapitel 3.1.1* ausführlich beschrieben wird, zeigte, dass dies fachbereichsübergreifend der Fall ist.

Wilding und Whiteford stellten 2008 fest, dass es Ergotherapeut*innen im klinischen Kontext schwerfällt, ihre berufliche Expertise nach außen hin zu kommunizieren. Gründe hierfür seien vor allem das fehlende Verständnis der anderen Berufsgruppen, dafür was der Kern der Ergotherapie ist. Dadurch fallen die Erklärungen über die Inhalte der Ergotherapie gegenüber anderen Berufsgruppen sehr ausführlich und detailliert aus. Dies stellte auch Yerxa (2000, zitiert nach Wilding & Whiteford, 2007) fest, als sie sagte, dass die Befunderhebung und Intervention in den Köpfen der Ergotherapeut*innen versteckt ist und nach außen hin nicht sichtbar wird, wodurch Außenstehende die Bedeutung und Inhalte der Ergotherapie nicht immer nachvollziehen können. Wilding und Whiteford erkannten in ihren qualitativen Studien über das Erleben der eigenen Arbeit und der Berufsidentität von Ergotherapeut*innen in Australien (2008, 2009), dass eine Lücke im Theorie Praxis-Transfer existiert und verwiesen hierbei auf andere Autor*innen (Buchanan, 2002; Rolfe, 1996; Steward, 1996), die dies ebenfalls festgestellt haben.

In Deutschland herrscht ebenfalls eine Lücke hinsichtlich des Transfers der Theorie zur Praxis in Bezug auf das betätigungsbasierte (Fisher, 2018) und klientenzentrierte Arbeiten (Merklein de Freitas, Pott, Weber, Wendel, & Zillhardt, 2015; Matuschek, 2016). In ihrer Literaturrecherche im Zeitraum von 2011 bis 2013 stellte (Merklein de Freitas, 2015) fest, dass sowohl im englischen als auch im deutschen Sprachraum eine theoretische Auseinandersetzung mit betätigungsbasiertem Arbeiten fehlt.

Dass Betätigungen für den Menschen wichtig sind und einen positiven Effekt auf die Gesundheit haben, ist nicht nur in den Grundsätzen der World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2020) und der American Occupational Therapy Association [AOTA] (2020) verankert, sondern wurde auch durch Wilcock (2007) und Law (2002) bestätigt. Dies lässt sich auch beim Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) erkennen. Auch, dass die Umsetzung von betätigungsbasiertem Arbeiten im klinischen Setting möglich ist und sowohl Klient*innen wie auch Ergotherapeut*innen davon profitieren, wurde in Studien bewiesen (Ahn, 2019; Wong et al., 2018; Tomori et al., 2015; Shinohara, Yamada, Kobayashi, & Forsyth, 2012). Diese Studien zeigen auch, dass sowohl die Zufriedenheit der Klient*innen, wie auch das Therapieergebnis durch betätigungsbasiertes Arbeiten verbessert werden kann. Trotz dieser Vorteile ist die Umsetzung und Implementierung des betätigungsbasierten Arbeitens weder im internationalen noch im deutschen Kontext flächendeckend erfolgt (Lüdeking, 2016; Di Tommaso et al., 2019; Wong et al., 2018).

Die fehlende Umsetzung der Betätigungsbasierung führt im klinischen Kontext dazu, dass Ergotherapeut*innen kein homogenes Berufsbild entwickelt haben und auch die Kommunikation nach außen hin, was Ergotherapie ist, vielen schwerfällt (Wilding & Whiteford, 2007, 2008). Dies liegt zum einen an der fehlenden beruflichen Sozialisation, aber auch an der Schwierigkeit, die ergotherapeutischen Theorien in einem biomechanischen Kliniksetting umzusetzen (Ashby, Gray, Ryan, & James, 2015).

Auf Grundlage dieser Vorüberlegung wurde die fehlende Betätigungsbasierung sichtbar. Da sowohl im internationalen als auch im nationalen Raum wenig Literatur in Bezug zu Umstellungs- und Implementierungsprozessen gefunden wurde, wurde die Forschungslücke, welche diese Arbeit beleuchten soll, deutlich.

1.2. Zentrale Fragestellung und Leitfragen

Die vorliegende Bachelorarbeit beantwortet die zentrale Fragestellung:

*„Wie haben Ergotherapeut*innen unterschiedlicher Fachbereiche in den Arbeitsfeldern Akut-/Rehakliniken in Deutschland den Umstellungsprozess hin zum betätigungsbasierten Therapieprozess erlebt?“*

Um die komplexen Zusammenhänge und Erfahrungen der einzelnen Therapeut*innen während des Umstellungsprozesses zu beleuchten, wird diese nochmals in drei Leitfragen untergliedert:

Ausgangssituation: Welche Ressourcen waren hierbei für sie hilfreich und welche Hindernisse sind dabei aufgekommen?

*Umstellungsprozess: Welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut*innen bei der Umstellung zum betätigungsbasierten Therapieprozess gemacht?*

*Erfahrung nach dem Prozess: Welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut*innen im interdisziplinären Team im Hinblick auf die eigene Berufsidentität gemacht?*

Die Beantwortung dieser Fragen beleuchtet die verschiedenen Aspekte des Umstellungsprozesses und die damit verbundenen Faktoren. Die Ergebnisse dieser Studie sollen Einflussfaktoren auf den Umstellungsprozess sowie damit verbundene

Implementierungsstrategien für andere Kliniken offenlegen. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei dem Theorie-Praxis-Transfer.

1.3. Überblick über den Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit sieht wie folgt aus: Die Autor*innen beschreiben im *theoretischen Hintergrund* den aktuellen Stand der Forschung und definieren die wichtigsten Fachtermini sowie die Einflussnahme der verschiedenen Faktoren aufeinander. Im Zentrum der Arbeit steht der Paradigmenwechsel in der Ergotherapie, der Kontext „Klinik“ und die damit verbundene ergotherapeutische Arbeitsweise, die inter- und intradisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Grundlagen der Ergotherapie, auch Säulen der Ergotherapie genannt (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Zur genauren Betrachtung des Umstellungsprozesses wird zudem auf Modelle des Change-Managements eingegangen und deren Anwendung im Gesundheitswesen. Anschließend wird in *Kapitel 3* das *methodische Vorgehen* nach (Gläser & Laudel, 2010) im Rahmen der empirischen Sozialforschung dargestellt und die Zusammenhänge dieser Faktoren durch die Literaturrecherche gestützt und im *hypothetischen Modell* (→Kap. 3.2.) zusammengefasst dargestellt. Dazu passend wurden nach Gläser und Laudel (2010) leitfadengestützte Experteninterviews geführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

In *Kapitel 4 - Resultate* werden die Ergebnisse der Experteninterviews dargestellt. Die Autor*innen nutzen die Ergebnisse, um die Leitfragen zu beantworten. Hierbei wurde vor allem der Einfluss des Klinikkontextes als Hindernis sichtbar. In diesem Zuge nannten die Expert*innen Strategien, um ihr Vorgehen bei dem Umstellungsprozess zu begründen, woraus die Autor*innen Handlungsstrategien ableiten konnten. In *Kapitel 5 - Diskussion* werden die Resultate in den aktuellen Forschungskontext eingebettet und hierbei Parallelen und Unterschiede aufgezeigt. Im Anschluss werden in der *Reflexion* (→Kap. 5.4.) die Stärken und Schwächen des methodologischen Vorgehens analysiert, sowie die Voreingenommenheit der Autor*innen beleuchtet.

Abschließend wird im *Kapitel 6 - Schlussfolgerung* ein Ausblick auf die noch offenen Fragen, sowie eine Handlungsempfehlung bezüglich des Umstellungsprozesses erstellt.

1.4. Persönliche Motivation

Die Autor*innen wählten für ihre Bachelorarbeit bewusst ein Thema, welches für sie persönlich eine hohe Relevanz hat. Da alle drei Autoren im klinischen Kontext gearbeitet haben und zum Teil noch arbeiten, ist ihnen bewusst, dass die Umsetzung von Betätigungsbasierung im klinischen Setting Schwierigkeiten birgt und eine Herausforderung darstellt. Alle drei Autor*innen haben Umstellungsprozesse in Richtung Betätigungsbasierung in ihrem Arbeitsumfeld angestoßen oder befinden sich noch in diesen. Da sie hierbei viele Hindernisse erlebt haben, aber auch Ressourcen nutzen konnten, stellte sich ihnen die Frage, wie der Umstellungsprozess in anderen Kliniken abgelaufen ist bzw. noch abläuft und ob die Umsetzung der betätigungsbasierten Ergotherapie im Kontext Klinik nachhaltig erfolgen kann.

Kapitel 2 - Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, vorgestellt. Zum Verständnis erster Zusammenhänge und der Hintergründe werden zunächst die Themenkomplexe, welche das hypothetische Modell (→Kap. 3.2.) bilden, erläutert. Diese bilden die Ausgangspunkte für die Forschungsmethodik (→ A.6) und die Autor*innen sprechen in diesem Zusammenhang von Variablen und deren Einflussnahme auf den Change-Prozess.

2.1. Paradigmenwechsel in der Ergotherapie und dessen Einfluss auf die Klinik

Um die Arbeitsweise von Ergotherapeut*innen zu verstehen lohnt sich ein Blick auf das Berufsverständnis und wie sich dieses entwickelt hat, beginnend mit dem Begriff des Paradigmas, welcher 1970 von Kuhn eingeführt wurde. Kuhn definiert den Begriff als zusammenhängendes Konstrukt von Theorien und Modellen, die einen Denkrahmen bilden, in dem die Wirklichkeit analysiert und beschrieben wird. Ein Paradigmenwechsel bedeutet nach Kuhn dementsprechend einen Wandel der grundlegenden Rahmenbedingungen, die für eine Wissenschaft oder Philosophie, nach der oben genannten Definition, gelten (zitiert nach Kinébanian, 2019a). Das Ergotherapieparadigma ist ein Berufsparadigma und verkörpert demnach die Überzeugungen, welche von den Berufsangehörigen in einem bestimmten Zeitraum geteilt wurden (Kuiper & Satink, 2006). Dies bedeutet auch, dass ein Paradigma ständigen Veränderungen unterworfen ist und sich aus dem Konsens der Berufsgruppe über die Werte und Kerninhalte des Berufs entwickelt. Laut Kielhofner (Turpin & Iwama, 2011) ist das Paradigma der kulturelle Kern des Berufs und bestimmt damit die Berufsidentität. Das bedeutet, dass sich im Paradigma die Kernbegriffe, die Sicht auf den Menschen und die Gesellschaft sowie die Werte des Berufs wiederfinden lassen (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Sowohl das Berufsprofil als auch der Berufscode basieren immer auf einem Paradigma und passen sich dadurch den Trends im Gesundheitssystem und der Gesellschaft an. Für Ergotherapeut*innen bedeutet dies ein lebenslanges Lernen, da sich durch die Verschiebung der Paradigmen einerseits und den Anforderungen der Gesellschaft und des Gesundheitssystems andererseits, stets neue Modelle hervorgehen (Turpin & Iwama, 2011).

Konkret hat die Ergotherapie seit ihrer Gründung im Jahr 1914 in den USA zwei große Paradigmenwechsel durchlaufen, welche in Europa und vor allem Deutschland mit einer zeitlichen Verzögerung von ca. 40 Jahren stattfanden (Mentrup, 2014). Nach Ende des ersten Weltkriegs entstand durch die Ströme der Psychiatrie und Sozialarbeiter in den USA und in Großbritannien durch die „Arts and Crafts“ Bewegung das „occupational paradigm“ (Mentrup, 2014).

Adolf Meyer (zitiert nach Kinébanian, 2019a) formulierte im Jahr 1922 fünf Prinzipien, welche als Vision des Betätigens bezeichnet werden und legte damit den Grundstein für die Zukunft der Ergotherapie. Diese Vision ist der Kern des „occupational paradigm“ mit dem Ziel der Teilhabe an Aktivitäten und Routinetätigkeiten (Kinébanian, 2019). Diese Vision kam erst nach Ende des zweiten Weltkriegs in Deutschland an, als zur Versorgung

der verwundeten Soldaten beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Verfahren und Methoden angewandt wurden (Junge, Longrée, & Weber, 2019).

Zu dieser Zeit fand in den USA aufgrund der Folgen des zweiten Weltkriegs und der hohen Zahl an Verletzten ein Wechsel des "occupational paradigm" hin zum „mechanistic paradigm“ statt (Cole & Tufano, 2008). Dies ging kongruent mit der biomedizinischen Sicht- und Arbeitsweise im Gesundheitssystem einher, weswegen man auch vom „biomedizinischen Modell“ in der Ergotherapie spricht (Kinébanian, 2019b). Die Folge daraus war eine reduktionistische Sichtweise auf den Menschen und eine Fokussierung auf Funktionen und Kompensationen, während Betätigungen in den Hintergrund traten (Kinébanian, 2019a). Als diese reduktionistische Denkweise in den 1980er-Jahren in den deutschsprachigen Ländern ankam, rief Kielhofner bereits das „emerging paradigm“ oder auch das „Paradigma der Partizipation“ (Mentrup, 2014) in den USA aus. Gründe hierfür waren der Verlust der phänomenologischen Ausrichtung der Ergotherapie und ein Erkennen der Grenzen des Reduktionismus, welcher vor allem für chronisch Kranke wenige Behandlungs- und Ansatzpunkte lieferte (Kinébanian, 2019a). Diese Aussage ist kongruent mit der von (Rogers, 2005), welche ebenfalls einen Zuwachs der funktionsorientierten Therapie in den 1970er feststellte. Hierbei ist es wichtig zu wissen, dass sich Paradigmen parallel zu den Trends im Gesundheitssystem und der Gesellschaft entwickeln (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Dieser Vorgang wird als Paradigmenverschiebung bezeichnet und setzt eine Flexibilität der Berufsgruppe voraus (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Fisher beschrieb 1998 die ergotherapeutische Praxis als ein Kontinuum mit der mechanistischen Sichtweise an dem einen und der klientenzentrierten Sichtweise am anderen Ende (Gillen & Greber, 2014), wobei jeder Schritt in Richtung Klientenzentrierung einen wichtigen Wandel für die eigene Praxis bedeutet.

Aus dieser Spannung der beiden Paradigmen und dem Wunsch zur Rückbesinnung an den Kern der Ergotherapie, entstanden in den 1980er-jahren die meisten ergotherapeutischen Modelle und Theorien (Cole & Tufano, 2008). Hierzu zählen beispielsweise das Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 2009) oder auch das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2014). Ziel dieser Modelle und Theorien war es, die phänomenologische Sichtweise der Ergotherapie wiederzugewinnen und sich damit auf Meyers Vision der Betätigung zurückzubesinnen (Cole & Tufano, 2008; Kinébanian, 2019c). Bis diese holistische und humanistische Sichtweise auf das Individuum auch in den deutschsprachigen Ländern ankam, vergingen erneut ca. 25 Jahre. Aktuelle Studien zeigen, dass dieses Paradigma sich immer noch nicht etabliert hat (Lüdeking, 2016; Weber, 2012; Merklein de Freitas, 2015; Schirmer, 2013; Schmid & Sell-Krude, 2014). Besonders im Kontext der Klinik ist die Dominanz der biomedizinischen und damit auch der reduktionistischen und mechanistischen Sichtweise sichtbar (Daud, Judd, Yau, & Barnett, 2016).

Während in Deutschland das „Paradigma der Partizipation“ langsam ankommt und sich immer mehr Therapeut*innen die Bedeutung der Klientenzentrierung bewusst werden (Schmid & Sell-Krude, 2014), lässt sich international bereits der nächste Paradigmenwechsel erkennen. Durch die zunehmenden Ungleichheiten in den

verschiedenen Gesellschaftsschichten und damit einhergehenden Benachteiligungen beim Thema Bildung und auch Gesundheitsversorgung, kommt auch die Frage auf, welches Recht auf Betätigungen die Menschen haben. Die Begriffe soziale Gerechtigkeit und das Recht auf Betätigung (occupational justice) sind eng miteinander verknüpft und inhaltlich nicht zu trennen (Wilcock & Townsend, 2000). Betätigungsgerechtigkeit bedeutet gleichzeitig Partizipation unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialem Milieu oder anderen Unterschieden (Nilsson & Townsend, 2014). O'Sullivan (2016) zeigte in ihrer Einzelfallstudie die Notwendigkeit der „occupational justice“ auf. Gleichzeitig konnte sie darstellen, in welcher Weise die Gesellschaft und damit auch die Umwelt, die Möglichkeiten auf bedeutsame Betätigungen verhindern. In diesem Sinne wird es eine zukünftige Aufgabe der Ergotherapeut*innen sein, sich auch auf politischer Ebene zu engagieren um ihre Klient*innen dementsprechend „empowern“ zu können (Sakellariou & Pollard, 2017).

Zu den Kerninhalte des „Paradigmas der Partizipation“ gehört laut Mentrup (2014, S.10-11), dass Betätigung für Gesundheit und Lebensqualität essenziell ist. Aus diesem Grund sollte der Fokus unseres Tätigkeitsbereichs auf die tätige Person und ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtet sein. Dies ist kongruent mit der Forderung der World Health Organisation (WHO) nach selbstständiger Arbeit und Partizipation, welche in Form des biopsychosozialen Modells des International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) beschrieben wird (World Health Organization, 2001). Da die gefundene Literatur bezüglich der Betätigungsbasierung im deutschen Klink-Kontext nur wenige relevante Ergebnisse lieferte, bildet diese Auseinandersetzung mit dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma die Grundlage unserer Bachelorarbeit.

2.2. Vom funktionsorientierten zum betätigungsbasierten Arbeiten anhand der sechs Säulen der Ergotherapie

Durch die stetige Weiterentwicklung der Gesellschaft und des Gesundheitssystems (Turpin & Iwama, 2011) stehen Ergotherapeut*innen immer wieder vor Herausforderungen. Gründe für eine Veränderung können laut Kielhofner (2009), von außen kommen. Beispiele hierfür sind die Veränderungen im Gesundheitssystem, der demographische Wandel, Erwartungen anderer Professionen an die Ergotherapie, sowie das aktuelle Paradigma. Zu den internen Anforderungen gehören von den Ergotherapeut*innen selbst erlebte Bedeutungslücken bezüglich ihrer aktuellen Arbeitsweise und Berufsidentität im interdisziplinären Team und im Therapieprozess (Aiken, Fourt, Cheng, & Polatajko, 2011). Diese führen dazu, dass sich die Ergotherapie den neuen Anforderungen anpassen muss.

Auf dem aktuellen Paradigma der Partizipation basieren die sechs Ausgangspunkte (Säulen) der Ergotherapie, Betätigungsbasierung, Klientenzentrierung, Kontext-basierung, Evidenzbasierung, Populationsbasierung und Technologiebasierung. Diese bilden die Grundpfeiler des ergotherapeutischen Denkens und Vorgehens (Cup & van Hartingsveldt, 2019) und stellen externe Anforderungen dar.

In diesem Kapitel wird die momentane funktionsorientierte Arbeitsweise der Ergotherapeut*innen im deutschen Klinikkontext beleuchtet. Durch Bezug auf vier der sechs Säulen der Ergotherapie wird die Notwendigkeit und Möglichkeiten des betätigungsbasierten Arbeitens aufgezeigt. Zum Schluss werden auf die Schwierigkeiten der betätigungsbasierten Arbeitsweise in deutschen Kliniken eingegangen.

2.2.1. Funktionsorientierte Arbeitsweise in deutschen Kliniken

Bisher wird in deutschen Kliniken im Kontext der Defizitorientierung maßgeblich die internationale Klassifikation der Krankheiten World Health Organization [WHO] (2020) eingesetzt (Lüdeking, 2016). Es herrscht noch überwiegend eine funktionsorientierte und handwerkliche Sicht- und Herangehensweise im ergotherapeutischen Prozess vor (Müller et al., 2007 zitiert nach Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017). Bei dieser Behandlungsweise steht die Verringerung von Beeinträchtigungen und die Wiederherstellung der Funktionen im Bereich der grundlegenden Selbstversorgung im Fokus (Gupta & Taff, 2015). Ziele werden nicht oder kaum betätigungsbasiert formuliert (Romein, Kirsch, & Dehnhardt, 2016). Auch international zeigt sich, dass Betätigung in der praktischen Arbeit im klinischen Kontext nicht von zentraler Bedeutung ist und nur wenig genutzt wird (Di Tommaso, Wicks, Scarvell, & Isbel, 2019). Oft besteht die Aufgabe der Ergotherapeut*innen darin, nach einer Befunderhebung der funktionellen Defizite die Klient*in in einer handwerklichen Tätigkeit anzuleiten, welche die fehlenden Fertigkeiten trainieren soll (Brandt, 2017). Aus einer Studie von Schmid & Sell-Krude (2014) geht hervor, dass viele Ergotherapeut*innen in Deutschland weiterhin eine große Affinität zum Handwerk als therapeutisches Mittel haben und dieses auch als Alleinstellungsmerkmal unter den Gesundheitsberufen sehen. Interventionen, die auf die Verringerung von Beeinträchtigungen und die Verbesserung der Körperfunktionen abzielen, sind von dem Kerngedanken der Ergotherapie, der Betätigung, entfernt und können nicht das Heilungs- und Wiederherstellungspotential der Ergotherapie nutzen (Gupta & Taff, 2015). Der Schwerpunkt der Ergotherapie liegt darauf, es Menschen zu ermöglichen, sich zu betätigen und die Betätigungsbedürfnisse der Menschen zu erfüllen (CAOT, 1997; Kielhofner, 2009). Anhand der sechs Säulen der Ergotherapie (Le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019) sollen die Grundlagen für ein betätigungsbasiertes und klientenzentriertes ergotherapeutisches Arbeiten aufgezeigt werden.

2.2.2. Betätigungsbasierung

Als Betätigung wird eine Aktivität oder eine Reihe von Aktivitäten bezeichnet, die zu einem bestimmten Zeitpunkt, in einer bestimmten Rolle und einem bestimmten Kontext stattfindet (Townsend & Polatajko, 2007). Laut Christiansen & Baum (1997) haben Betätigungen eine individuelle Bedeutung und einen Zweck für das Leben einer Person. Diese haben nicht nur einen Einfluss auf die Identität und die Fähigkeiten eines Menschen, sondern auch darauf, wie sie ihre Zeit verbringen und Entscheidungen treffen. Folglich hat jeder Mensch einen individuellen Alltag. Die WHO (Rogers, 2005) hat erkannt, dass die Gesundheit auch durch die Unfähigkeit, Aktivitäten und Betätigungen

durchzuführen und an Lebenssituationen teilzunehmen, beeinträchtigt werden kann. Ergotherapie basiert auf der Überzeugung, dass Menschen sich betätigende Wesen sind. Im Zentrum dieser Kernannahme steht eine positive Beziehung zwischen Betätigung und Gesundheit (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014). In der Ergotherapie ist das Hauptziel die Ausübung einer sinnvollen Betätigung für eine bessere Gesundheit und das Wiedererlangen einer aktiven Teilhabe am Leben. Ergotherapeut*innen nutzen dabei Betätigung sowohl als Mittel als auch als Zweck (Gupta & Taff, 2015), um ihre Klient*innen dabei zu unterstützen, die für ihr tägliches Leben wesentlichen Aktivitäten auszuführen (Law et al., 1996).

Anne Fisher (2014) definiert die Kernkompetenz der zeitgenössischen Ergotherapie, das zentrale Element Betätigung, durch die Begriffe „betätigungszentriert“, „betätigungsfokussiert“ und „betätigungsbasiert“.

Betätigungszentrierung stellt die berufsspezifische Perspektive dar, auf die das professionelle Denken und Handeln der Ergotherapeut*innen zurückzuführen ist und die Ergotherapeut*innen während des gesamten Therapieprozesses einnehmen sollten. Menschen werden dabei als „occupational being“ (handelnde Wesen) betrachtet wodurch die Bedeutung von Betätigungsanliegen anerkannt und berücksichtig werden (Fisher, 2014).

Bei der Betätigungsfokussierung liegt der Schwerpunkt der ergotherapeutischen Herangehensweise in der Evaluation und Intervention auf der Betätigung, jedoch führt der/die Klient*in die zugrundeliegende Betätigung nicht direkt aus (Fisher, 2014). Es werden z.B. nur einzelne Aktivitäten der Betätigung selektiv geübt oder die Betätigung findet in einem simulierten Setting statt.

Ist die Betätigung der Hauptbestandteil der ergotherapeutischen Evaluation und Intervention, führt der/die Klient*in die angestrebten Betätigungen also direkt aus und arbeitet an diesen, spricht Fisher (2014) von der Betätigungsbasierung (Betätigung als Ziel und Mittle der Intervention). In der betätigungsbasierten Evaluation führt der/die Ergotherapeut*in Analysen der Betätigungsperformanz durch, um an einer erfolgreichen Ausführung der Betätigung arbeiten zu können (Fisher, 2014).

Der Einsatz von betätigungsbasierten Evaluations- und Interventionsmethoden grenzt die Ergotherapie von anderen Professionen ab. Sie verdeutlichen die einzigartige betätigungszentrierte Perspektive der Ergotherapie und setzen das Kernelement der bedeutungsvollen Betätigung gemeinsam mit der/die Klient*in um (Fisher, 2018). Mehrere internationale Studien belegen, dass betätigungsbasierte Evaluations- und Interventionsmethoden den Erwerb von Betätigungsfähigkeiten positiv beeinflussen, die Betätigungsperformanz unterschiedlichster Klient*innen steigern und das Engagement in Aktivitäten des täglichen Lebens und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhöhen (Ahn, 2019; Daud et al., 2016). Außerdem führen betätigungsbasierte Interventionen zu einer besseren therapeutischen Beziehung zwischen Klient*innen und Therapeut*innen (Daud et al., 2016). Die Klient*innen können ihre Betätigungsprobleme genauer reflektieren und mitteilen und zeigen eine erhöhte Motivation für die Therapie, was

wiederum eine Steigerung der Klientenzufriedenheit nach sich zieht (Daud et al., 2016; Wilding & Whiteford, 2007, 2008).

2.2.3. Klientenzentrierung

Die AOTA (2014) und die CAOT (2012) beschreiben, dass sich die Ergotherapie im Gegensatz zum medizinischen Modell, welches auf der Heilung von Krankheiten durch Fachwissen beruht, auf die Verbesserung von Gesundheit durch Betätigung mit einer klientenzentrierten Praxis konzentriert. Klient*innen sollen in Fragen der Betätigung mit den Therapeut*innen zusammenarbeiten, da sie Expert*innen für ihr Betätigungsleben sind. Der/Die Klient*in und der/die Therapeut*in sollten dabei ihre unterschiedlichen Stärken erkennen, welche durch die Zusammenarbeit die besten Ergebnisse erzielen (Gupta & Taff, 2015). Nach Gupta und Taff (2015) geht es in der klientenzentrierten Praxis darum, die Würde, die Entscheidungen, die Stärken, das Wissen und die Erfahrungen der Klienten zu respektieren. Der/Die Klient*in wird ressourcenorientiert, aus der Perspektive seiner/ihrer Stärken betrachtet und aktiv am Therapieprozess beteiligt. Der/die Therapeut*in arbeitet mit dem/der Klient*in zusammen, teilt Informationen, Macht und Verantwortung für die Therapie mit dem/der Klient*in und erleichtert, ermöglicht und verhandelt so den Therapieprozess (Gupta & Taff, 2015). Werte wie Respekt, Autonomie, Auswahl und Kontrolle sind hierbei die Grundlage für eine klientenzentrierte Praxis (Hammel, 2013; Sumsion & Law, 2006). Die Zusammenarbeit auf Augenhöhe und das Bearbeiten alltagsrelevanter, durch den/die Klient*in vorgegebener Anliegen, steht im Bezug zum zeitgenössischen ergotherapeutischen Pradigma (Gupta & Taff, 2015).

2.2.4. Kontextbasierung

Um den Klient*innen durch Klientenzentrierung eine aktive Rolle im Therapieprozess zu ermöglichen, muss die betätigungsbasierte Ergotherapie in einem definierten Kontext stattfinden, in dem der/die Klient*in in der Lage ist, die für ihn/sie bedeutungsvollen Betätigungen direkt auszuführen (Gupta & Taff, 2015). Der Kontext spielt bei der Bedeutungsbildung eine entscheidende Rolle, da die Bedeutung aus mehreren Kontextquellen abgeleitet werden kann (Hasselkus, 2002). Obwohl der Kontext in der ergotherapeutischen Arbeit eine wichtige Rolle spielt, wird er im Therapieprozess oft vernachlässigt (Romein et al., 2016b). Funktionelle Übungen und Simulationen von Aktivitäten und Betätigungen in einem künstlichen Kontext sind therapeutisch motiviert, inkongruent mit dem Leben der Klient*innen und erfüllen daher keinen Sinn und Zweck (Hemmingsson & Jonsson, 2005). Oft werden in Rehakliniken, auch auf internationaler Ebene, funktionelle, vorbereitende Übungen und Aktivitäten in einer dekontextualiesierten Simulation ergotherapeutisch eingesetzt (Gupta & Taff, 2015). Es gilt dagegen, den Fokus in der Ergotherapie auf den Alltagskontext der Klient*innen zu legen (Romein et al., 2016b). „Unter Alltagskontext ist der Ort zu verstehen, an dem jemand dauerhaft wohnt und lebt oder wo sich eine Person für eine bestimmte Zeit (Tage, Wochen, Monate) aufhält“ (Romein et al., 2016, p. 22). Alle bedeutsamen Betätigungen finden im individuellen alltäglichen Kontext der Klient*innen statt (Romein et al.,

2016b). Ergotherapie sollte folglich im Kontext des täglichen Lebens der Klient*innen stattfinden (Gupta & Taff, 2015). Hält sich ein/eine Klient*in über einen längeren Zeitraum in einer Klinik auf, wird der Klinikalltag zu seinem/ihrem Alltagskontext. Ist hierbei jedoch ein/e Ergotherapeut*in anwesend, verändert sich auch dieser Kontext, so dass nicht mehr der normale Alltag beobachtet werden kann (Romein et al., 2016b). „Betätigung ist also alles, was Menschen in ihrem Alltagskontext tun – ohne Anwesenheit einer Therapeutin“ (Romein et al., 2016, S.22). Der Kontext einer Klinik mit ihren Strukturen und Ausrichtungen drängen Ergotherapeut*innen häufig dazu, nach dem bottom-up-Ansatz zu arbeiten (Wilding & Whiteford, 2007). Um dennoch die betätigungsbasierte Perspektive in den Fokus des ergotherapeutischen Handelns zu stellen, kann der Prozess durch den Einsatz von einem oder mehreren ergotherapeutischen Praxismodellen unterstützt werden (Fisher, 2014).

2.2.5. Evidenzbasierung

Um die Betätigungsperformanz und Zufriedenheit im Alltag der Klient*innen in seinem/ihrem momentanen Alltagskontext zu evaluieren, analysieren und daran gemeinsam mit dem/der Klient*in zu arbeiten, ist der Einsatz von Evidenz notwendig. Die Leistungserbringer*innen des deutschen Gesundheitssystems sind durch den Gesetzgeber dazu verpflichtet, die Qualität der erbrachten Leistungen kontinuierlich auf Grundlage des jeweiligen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu sichern und weiterzuentwickeln (Radek & Tautorat, 2019). Hierzu sind in der täglichen Praxis Effektivitätsnachweise zu erbringen (Radek & Tautorat, 2019). Die Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen therapeutischer Behandlungen besteht zunehmend (Mangold, 2013 zitiert nach Radek & Tautorat, 2019), insbesondere durch das Klientensystem, Arbeitgeber, Teammitglieder und Kostenträger, wobei Evidenz als Hintergrund den ergotherapeutischen Prozessplan untermauern soll (Chisholm & Boyt Schell 2014, zitiert nach Radek & Tautorat, 2019). Eine evidenzbasierte Praxis erfüllt nicht nur eine Verantwortung gegenüber dem Gesetzgeber, sondern ermöglicht den Klient*innen auch die bestmögliche zur Verfügung stehende Behandlung (Radek & Tautorat, 2019). Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen müssen ihr Wissen und ihre Praktiken auf dem neuesten Stand und relevant halten (Williams, Perillo, & Brown, 2015). Diese basiert auf der Integration von Wissen aus verschiedenen Quellen wie Forschung, Theorien und Praxismodellen, der klinischen Erfahrung von Fachkräften und den Erfahrungen von Klient*innen in ihrem Alltagskontext (Sirkka, Zingmark & Larsson-Lund, 2014). Ergotherapeutische Modelle leiten die Entscheidungsfindung im Interventionsprozess der täglichen Praxis und sind somit eine wichtige Quelle für evidenzbasierte Praxis (Sirkka, Zingmark, & Larsson-Lund, 2014). Modelle stellen durch den Einsatz von Messinstrumenten eine Verbindung zwischen den theoretischen Konzepten und der alltäglichen Arbeit dar (Reed und Sanderson 1999, zitiert nach Forsyth, Summerfield Mann, & Kielhofner, 2006). Auch deshalb fordert DVE die Auseinandersetzung und Anwendung von Assessments durch alle Ergotherapeut*innen, um die Professionalisierung der Ergotherapie in Deutschland voranzubringen (George, 2009 zitiert nach Eßer, Scholer, & Schüttenhelm, 2015). Die Anwendung standardisierter Assessmentinstrumente bei Evaluation und Outcome ist wichtig, um die Evidenz zur

Wirksamkeit der ergotherapeutischen Interventionen generieren zu können (Unsworth, 2011 zitiert nach (Eßer et al., 2015). Dieses Vorgehen hängt also eng mit der Qualitätssicherung in der ergotherapeutischen Behandlung zusammen, da dadurch Interventionen transparent und messbar gemacht werden (Radek & Tautorat, 2019). Ergotherapeut*innen, die in medizinisch dominanten Gesundheitseinrichtungen arbeiten, können durch die Umsetzung von Evidenz und dem Einsatz von ergotherapeutischen Praxismodellen ihre therapeutisches Vorgehen auf einer starken Grundlage beweisen und somit ihr Berufsbild stärken (Fisher, 2014). „Evidenzbasierung ist also als Mittel für hochqualitative ergotherapeutische Arbeit unerlässlich“ (Radek & Tautorat, 2019).

2.2.6. Fehlende Betätigungsbasierung im Klinikkontext

Die Literaturrecherche zur Umsetzung und Implementierung des betätigungsbasierten Arbeitens im Klinikkontext ergab nur wenige Quellen mit einem niedrigen bis mittleren Evidenzlevel nach (Borgetto, 2017a, 2017b, 2017c). Insgesamt zeigte sich sowohl im nationalen als auch im internationalen Kontext eine geringe Umsetzung von betätigungsbasierten Arbeiten in der Klinik. Zur weiteren Exploration wurde zusätzlich nach modellgeleiteten Arbeiten sowie nach Klientenzentrierung und Implementierungsprozessen gesucht. Auch hier konnten nur einzelne Beispiele gefunden werden (Juckett, Wengerd, Faieta, & Griffin, 2020; Schulte, Sturmhöfel, & Andres, 2017; Sirkka, Larsson-Lund, & Zingmark, 2014; Sirkka, Zingmark, & Larsson-Lund, 2014). Insgesamt zeigte die Literaturrecherche, dass im Klinikkontext hauptsächlich das biomechanische Modell vorherrscht (Ashby, Gray, Ryan, & James, 2015; Burley, Cox, Di Tommaso, & Molineux, 2018; Wilding & Whiteford, 2007; Wong, Fagan, & Leland, 2018) und dieses einen starken Einfluss auf die Berufsidentität der Ergotherapeut*innen hat.

Auffallend war, dass, unabhängig vom Fachbereich, alle Quellen ähnliche Herausforderungen und Faktoren, welche das betätigungsbasierte Arbeiten beeinflussen, beschrieben. Hierbei war einer der häufigsten Einflussfaktoren in der Klinik das vorherrschende biomechanische Paradigma (Wong et al., 2018), welches die Arbeitsweise der Ergotherapeut*innen beeinflusste. Der Fokus dieser Studien lag auf dem qualitativen Erleben der einzelnen Ergotherapeut*innen und deren Erfahrungen in ihrem Berufsalltag in der Klinik. Auffällig bei der Literaturrecherche war der Mangel an konkreten Implementierungs- und Umsetzungsprozessen von betätigungsbasierten Arbeiten im Klinikkontext. Hierzu konnten exemplarische Studien von Sirkka et al. aus dem Jahr 2014 und von Juckett et al. aus dem Jahr 2019 gefunden werden. Ein Großteil der gefundenen Literatur verglich das Outcome von betätigungsbasierten Intervention mit funktionsorientierter Ergotherapie (Ahn, 2019; Burley et al., 2018; Shinohara, Yamada, Kobayashi, & Forsyth, 2012; Wong et al., 2018) und konnte hierbei die Vorteile der Betätigung für Klient*innen und Ergotherapeut*innen aufzeigen.

Weiterhin fiel auf, dass ein Mangel an deutschsprachiger Literatur zu dem Thema vorliegt. Es ließen sich nur einzelne Quellen finden, welche betätigungsbasiertes Arbeiten im Klinikkontext in Deutschland beschreiben (Projektgruppe Betätigungsorientierung der LVR-Klinik Viersen, 2017; Rüther, 2019; Schulte et al., 2017). Allerdings wurden

Studien gefunden, die die allgemeine Umsetzung von betätigungsbasierter Arbeit beleuchteten. Exemplarisch lassen sich die Studien von Merklein de Freitas (2015) und Brandt (2017) nennen. Beide stellen fest, dass trotz eines vorhandenen Bewusstseins für den Paradigmenwechsel hin zur Betätigungsorientierung, vielen Ergotherapeut*innen die nötigen Fähigkeiten fehlen, diesen in den beruflichen Alltag zu implementieren. Laut Merklein de Freitas (2015) gibt es nur wenige Studien, die sich gezielt mit den Implementierungsprozess betätigungsbasierten Arbeitens befassen und nennt exemplarisch die Studien von Reed & Hocking (2013), sowie von Estes & Pierce (2012). Brandt (2017) wiederum nennt explizite Hindernisse in der Umsetzung der Betätigungsbasierung. Diese sind die Quintessenz einer Literaturrecherche im deutschsprachigen Raum. Beide Studien zeigen den Bedarf an Forschungen zu Implementierungs- und Umstellungsprozessen im deutschsprachigen Raum.

Trotz des grundsätzlichen Paradigmenwechsels hin zur betätigungsbasierten Ergotherapie, ist diese Form der Behandlungsplanung und Durchführung noch nicht flächendeckend in der ergotherapeutischen Berufspraxis in Deutschland implementiert (Brandt, 2017). In der täglichen Praxis werden Modellen und Evidenzen aus dem Bereich der Ergotherapie nicht konsequent angewendet, was dazu führt, dass Ergotherapeut*innen Schwierigkeiten damit haben, klientenzentriert, betätigungsbasiert und evidenzbasiert zu arbeiten (Fisher, 2014). Im klinischen Setting stoßen Ergotherapeut*innen auch international bei der Umsetzung von betätigungsbasierten Evaluations- und Interventionsmethoden oft auf Hindernisse (Daud et al., 2016; Di Tommaso et al., 2016; Schulte et al., 2017). In Deutschland nennen Ergotherapeut*innen hierbei laut Kievelitz (2014) drei Hindernisse bezüglich Betätigungsbasierung in der Praxis: „die Schwierigkeit, Außenstehenden Ergotherapie zu erklären, der medizinische Fokus im deutschen Gesundheitssystem und die begrenzte Anerkennung der Ergotherapie in Deutschland.“ (Kievelitz, 2014, S.25). Häufig ist die Ergotherapie den Anweisungen des/der Arztes/Ärztin verpflichtet, da dieser in Deutschland in der Hierarchie der Gesundheitsberufe höher liegt (Küther, 2014). Das ärztliche Behandlungsziel liegt hierbei oft auf der Verbesserung von funktionellen Beeinträchtigungen, ohne die Probleme in der Betätigungsperformanz zu berücksichtigen (Daud et al., 2016). Als interne Hindernisfaktoren werden die geringen Kenntnisse der deutschen Ergotherapeut*innen über die konzeptionellen Modelle der Ergotherapie und deren praxisnahe Anwendung, sowie das wenige Wissen und die Bereitschaft der Nutzung der ICF als Basis für die Formulierung betätigungsbasierter Ziele und deren Dokumentation bezeichnet (Romein, Kirsch, & Dehnhardt, 2016a). Eine ungeeignete Ausstattung der Therapieeinrichtungen erschweren ebenfalls die Umsetzung betätigungsbasierter Ergotherapie (Romein et al., 2016a).

2.3. Stationäre Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken

Laut dem Bundesministerium für Gesundheit (2019) sind Krankenhäuser für die stationäre Versorgung zuständig. Das ist dann der Fall, wenn eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht und der Gesundheitszustand einer Person stärkere ärztliche und pflegerische Behandlung benötigt (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Die

stationäre Versorgung beinhaltet dabei Unterbringung und Verpflegung. Abgesehen von Krankenhäusern kann eine stationäre Versorgung auch in Rehabilitationseinrichtungen bzw. Rehabilitationskliniken stattfinden (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Hierbei handelt es sich in der Regel um Anschlussbehandlungen nach einer Akutbehandlung.

Im nachfolgenden Abschnitt gilt es Krankenhaus und Rehabilitationsklinik zu vergleichen.

2.3.1. Krankenhaus

Nach §107 Abs. 1 des Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (1988) dienen Krankenhäuser der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe und verfügen über entsprechendes medizinisches Fachpersonal, bestehend aus der Pflege und weiteren Berufsgruppen, die unter ärztlicher Leitung stehen. Ziel der Krankenhausbehandlung ist es, durch eine ständige verfügbare medizinische Versorgung Krankheiten zu erkennen, zu heilen, zu lindern und Geburtshilfe zu leisten.

Krankenhäuser lassen sich auf verschiedene Arten unterscheiden (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Von wesentlicher Bedeutung sind die Versorgungsstufe, die Trägerschaften und der Krankenhaustyp.

Die Versorgungsstufe trifft eine Aussage darüber, welche Abteilungen bzw. Fachbereiche und in welchem Umfang diese innerhalb eines Krankenhauses zu finden sind. In Krankenhäusern der Grundversorgung sind die Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie vertreten. In der Regelversorgung sind neben den Genannten noch weitere Fachabteilungen vorhanden und in der Maximalversorgung kommen viele weitere Fachabteilungen hinzu. Zuletzt gibt es noch die Schwerpunktversorgung wie z. B. Psychiatrie, Neurologie und Pädiatrie. So findet man in der jeweiligen Fachabteilung Patienten mit entsprechender Erkrankung und medizinischen Anliegen vor (Conrad, 2013). Abhängig von der Art und Schwere der Erkrankung und dem Zustand des Patienten variiert die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung und damit die Verweildauer (SGB V). Laut dem Statistischen Bundesamt (Destatis) dauert ein Krankenhausaufenthalt durchschnittlich 7,3 Tage. In der Psychiatrie/Psychosomatik lag die durchschnittliche Behandlungsdauer bei 42,9 Tagen, gefolgt von der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit durchschnittlich 34,4 Tagen.

Die Trägerschaften sind entscheidend, weil hierdurch deutlich wird, wem das Krankenhaus gehört d. h. ist es ein öffentliches Krankenhaus, welches einer Gemeinde gehört, oder ist es ein freigemeinnütziges Krankenhaus, das z. B. einer Kirchengemeinde oder einer Stiftung gehört. Auch kann ein Krankenhaus eine private Trägerschaft haben z. B. einem Konzern angehören. Die Trägerschaft ist insofern relevant, dass sie im Zusammenhang mit der Bettenzahl steht. Laut Robert Koch-Institut (2015) haben Krankenhäuser in öffentlicher Hand dreimal so viel Betten wie Krankenhäuser in privater Hand. Folglich kann eine bestimmte Anzahl von Patienten stationär behandelt werden. Entsprechend der Fallzahlen in einem Jahr und der Zahl der zu betreuenden Fälle an einem Arbeitstag, lässt sich auch die Arbeitsbelastung berechnen (Robert Koch-Institut,

2015). Einher geht damit auch die Anzahl der zu behandelnden Patienten, sowie das dafür benötigte Krankenhauspersonal.

Der Krankenhaustyp gibt letztlich Auskunft über den Auftrag eines Krankenhauses. So haben Universitätskliniken neben der Behandlung von schweren und komplexen Erkrankungen auch noch den Auftrag für Forschung und Lehre, sowie ärztliche Weiterbildung, wohingegen Allgemeinkliniken den Auftrag in der umfassenden Versorgung haben und Fachkliniken durch Spezialisierung gekennzeichnet sind. Tagesklinken sind nur für eine teilstationäre Behandlung zuständig.

2.3.2. Rehabilitationsklinik

Der stationäre Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik findet meist im Anschluss an eine Akutbehandlung statt, wenn aus medizinischen Gründen ambulante Rehabilitationsleistungen nicht ausreichend sind (§40 Abs. 2, SGB V). In diesem Zusammenhang spricht man von der sogenannten Anschlussrehabilitation (Robert Koch-Institut, 2015).

Ebenso wie Krankenhäuser dienen Rehabilitationskliniken zur Heilung und Linderung von Krankheiten, Vorbeugen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Sicherung des bisherigen Behandlungserfolgs (§107 Abs. 2 SGB V), sowie selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Robert Koch-Institut, 2015). Auch Rehabilitationsklinken verfügen über medizinisches Personal, bestehend aus der Ärzteschaft, Pflege, Psychotherapeuten und anderer Heilberufe, darunter auch Ergotherapeut*innen (§107 Abs. 2 SGB V). Ebenso ist in Rehabilitationskliniken für die medizinische Versorgung, sowie für Unterbringung und Verpflegung gesorgt (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Die Behandlungsdauer wird in diesem Fall von der Krankenkasse bestimmt und soll längstens drei Wochen dauern, außer es sprechen medizinische Gründe für eine Verlängerung (§ 40 Abs. 3, SGB V).

Abgesehen von Gesetzlichen Krankenkassen gibt es die Deutsche Rentenversicherung (DRV), die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) und noch weitere Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation §9 SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (2016). An dieser Stelle sei aber nur auf die DRV als größter Leistungsträger im Bereich Rehabilitation verwiesen (Robert Koch-Institut, 2015). Hier variiert die Behandlungsdauer je nach Fachbereich und Indikation (Deutsche Rentenversicherung, o. D.). Während die Behandlungstage in somatischen Fachbereichen wie Onkologie, Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Psychosomatik zwischen 21 bis 37 Tagen liegen, summieren sich die Behandlungstage in den spezialisierten psychiatrischen Fachbereichen zwischen 97 und 174 Tagen auf. Folglich ergeben sich auch hier unterschiedliche Behandlungszeiten für Ergotherapeuten, welche auf die Behandlung Einfluss nehmen.

2.3.3. Rahmenbedingungen

Im folgenden Abschnitt gilt es, die Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung zu beschreiben, die für die Ergotherapie relevant sind. Vorab sei erwähnt, dass es für den

Bereich der stationären Versorgung keine einheitlichen Bezugsrahmen gibt, die die Rahmenbedingungen für ergotherapeutische Leistungen regelt (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2017).

Rahmenbedingungen in Krankenhäusern

Krankenhäuser lassen sich grob in die Bereiche Somatik und Psychiatrie unterteilen. In beiden erhalten Patient*innen nur dann Ergotherapie, "wenn diese notwendig ist" (§ 27 SGB V).

Hinzu kommt, dass Leistungen einer stationären Behandlung zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen (§12 SGB V). In der Somatik findet man ergotherapeutische Leistungen im Rahmen von sogenannten Komplexbehandlungen (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2017b). Eine Übersicht findet sich hier in der *Tabelle OPS-Codes* (→A.5) zusammen mit weiteren Operations- und Prozeduren-Schlüsseln, die zur Dokumentation der Krankenhausleistungen dienen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019). Diese sind Teil der sogenannten Diagnosed-Related-Groups (DRGs), welche für die Abrechnung der Klinik wichtig sind. Damit leisten Kliniken einen Nachweis, welche Leistung in welchem Umfang erbracht wurde. Mit ihnen lässt sich der quantitative Bedarf an Ergotherapie für den jeweiligen Fachbereich berechnen (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2017b).

In der Psychiatrie findet das Pauschalisierende Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) Anwendung. Hierbei handelt es sich um "ein Patientenklassifikationssystem, das auf Grundlage einer tagesbezogenen Kostenkalkulation in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise, Art und Anzahl der behandelten Krankenhausfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzt" (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, 2019, S. 2). Zur Leistungsabrechnung werden auch hier Diagnose und Operations- und Prozeduren-Schlüssel berücksichtigt (→A.5).

In psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken spielt außerdem die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) eine wichtige Rolle. Hiernach werden Patient*innen nach Art und Schwere der Krankheit, sowie nach Behandlungszielen und –mitteln bestimmten Behandlungsbereichen zugeordnet. Je nach Zuordnung erhalten Patient*innen eine bestimmte Therapiezeit je Behandlungswoche. Diese kann bei Behandlung durch Spezialtherapeut*innen (hierzu zählen unter anderem Ergotherapeut*innen) zwischen 51 bis 165 Minuten liegen.

Darüber lassen sich auch die Mindestvorgaben für das Personal berechnen. Neben der Therapiezeit sind auch die Aufgaben für Ergotherapeut*innen je nach Fachbereich (Psychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie) geregelt. Je nach Kostenträger gilt die PPP-RL auch in Rehabilitationseinrichtungen (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2017b).

Bei genauer Betrachtung der Inhalte der ergotherapeutisch-relevanten OPS-Codes (→A.5) fiel auf, dass die Inhalte und Ziele für die Ergotherapie nicht durchgehend klar definiert sind. Teilweise sind Inhalte (z. B. Waschtraining, Beurteilen von Körperfunktionen), Dauer und Ziele für alle Spezialtherapeuten, d. h.

Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Kunsttherapeut*innen, Musiktherapeut*innen und Tanztherapeut*innen, genannt, jedoch heißt es hinsichtlich der Ergotherapie nur „Ergotherapeutische Behandlungsverfahren“. In diesem Zusammenhang schreibt Scheepers (2011):

„Für diese Einrichtungen gibt es wenige Richtlinien, die den Einbezug von Ergotherapie in den Versorgungsauftrag sicherstellen. Häufig sind die Kollegen vor Ort selbst gefordert, ihren Stellenwert durch genaue Erfassung und Beschreibung ihrer Leistungen zu sichern.“ (Scheepers, 2011c, S. 48)

Für manche Fachbereiche ergibt sich folglich ein Spielraum in der stationären Behandlung, was die ergotherapeutischen Inhalte und Angebote angeht. Dies bietet Ergotherapeut*innen einen Freiraum, den sie nutzen können, einen Umstellungsprozess in Richtung Betätigungsbasierung zu initiieren.

Rahmenbedingungen in Rehabilitationskliniken

Abgesehen von psychischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken, in denen auch die Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV) gilt, gelten in den übrigen Rehabilitationskliniken je nach Kostenträger andere Rahmenbedingungen (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2017b).

Bezogen auf den Umstellungsprozess sind die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTLs) der Deutschen Rentenversicherung von entscheidender Bedeutung (Deutsche Rentenversicherung, 2015). Sie sind speziell für die Kliniken der Rehabilitation entwickelt worden und dienen der Qualitätssicherung (Deutsche Rentenversicherung, 2015). In KTLs enthalten sind Qualitätsmerkmale zur Therapie (z. B. Art der Therapie, Gruppengröße und Therapiefrequenz aber auch Inhalte wie Hilfsmittelberatung, Arbeitsplatzbesuch, usw.) Geregelt ist hier auch, welche Leistungen von Ergotherapeut*innen erbracht werden können. Diese reichen von Leistungen aus der klinischen Sozialarbeit/Soziotherapie, über Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie hin zu klinischer Psychologie/Neuropsychologie, Reha-Pflege und Pädagogik sowie Physikalische Therapie. In den KTLs enthalten sind auch Therapieziele. Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass die Zielsetzungen der KTLs, die nur von Ergotherapeuten*innen erbracht werden können, Ziele sind, die sich auf (Körper-)Funktionen beziehen. Daraus lässt sich ein funktionsorientierter Behandlungsansatz ableiten. Im Gegensatz dazu weisen die KTLs, die von Ergotherapeuten*innen und anderen Berufsgruppen erbracht werden können, Ziele auf, die Partizipation im Berufsleben, Selbstversorgung, Freizeit und Interessen, sowie Aktivitäten des täglichen Lebens enthalten. Diese lassen sich mit einem betätigungsbasierten Behandlungsansatz vereinbaren. In der *Tabelle KTL-Leistungen* im Anhang (A.4) findet sich eine Übersicht der KTLs, die von Ergotherapeut*innen erbracht werden können. Entsprechend ihrer Zielsetzungen wurden die KTLs von den Autor*innen zudem der funktionsorientierten Arbeitsweise und der Betätigungsbasierung zugeordnet. Ein Teil der KTLs lässt auch beide Ansätze zu.

Für den Umstellungsprozess ist dies insofern relevant, dass Ergotherapeut*innen in Rehabilitationskliniken eine formale Basis für Betätigungsbasierung haben. Zu beachten ist, dass es zu Überschneidungen mit anderen Berufsgruppen kommen wird. Dies kann zu Konflikten führen, da es die Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten neu zu verhandeln gilt.

2.3.4. Organisation in Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken

Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken haben meist eine funktionale Organisationsform und weisen verschiedene Abteilungen entsprechend der medizinischen Anliegen auf (Conrad, 2013).

Hinzu kommt, dass es eine Führungsebene, bestehend aus einer ärztlichen, kaufmännischen und pflegerischen Direktion gibt (Papenhoff, Halfmann, & Schmitz, 2018). Daran schließen sich weitere Bereiche wie Personal, Technik und Medizin an, die sich in weitere Bereiche aufteilen.

“Der Hierarchiegrad, […], hängt mit der Organisationsform zusammen” (Papenhoff et al., 2018). Je mehr Hierarchiestufen es gibt, desto komplizierter wird es formal. Da entsprechende Wege eingehalten werden müssen, verzögert sich jede Entscheidung.

Papenhoff et al. (2018) unterscheiden neben der funktionalen Organisationsform noch weitere Organisationsformen:

- Die divisionale Organisation oder Spartenorganisation ist nach Tätigkeitsbereichen gegliedert, was bedeutet, dass Ergotherapeut*innen nur in der Neurologie tätig sind
- Eine Mischform stellt die Matrixorganisation dar, bei welcher beide Möglichkeiten kombiniert werden.

Darüber hinaus gibt es noch Einlinien- und Mehrliniensysteme. In der Realität findet man meist mehrere Organisationsformen gleichzeitig vor (Papenhoff et al., 2018).

2.3.5. Zusammenfassung Krankenhaus und Rehabilitationsklinik

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken voneinander und untereinander unterscheiden können. Folglich ergibt sich ein heterogener Arbeitskontext für Ergotherapeut*innen, der sich in dieser Konstellation und auch in puncto Organisation nur schwer vergleichen lässt. Hierzu tragen auch die jeweiligen Rahmenbedingungen bei. Diese lassen einen gewissen Freiraum für die Ergotherapeut*innen zu, der es ihnen ermöglicht, die Behandlungsinhalte selbst zu gestalten. So ist formal gesehen auch ein Umstellungsprozess hin zu betätigungsbasierten Arbeiten möglich. Die Organisationsform gilt es in Bezug auf den Umstellungsprozess zu berücksichtigen, da daran Hierarchiestrukturen und Verantwortungen sowie Arbeitsbereiche, Arbeitsabläufe und Zusammenarbeit gekoppelt sind. Auf letzteres wird im folgenden Kapitel eingegangen.

2.4. Ergotherapeutisches Team und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Laut dem (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2017a) gab es im Jahr 2017 59.000 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen. Davon waren 17% in Krankenhäusern und 7% in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätig. Wie viele der Ergotherapeut*innen ausschließlich in Rehabilitationskliniken arbeiten, lässt sich hierbei jedoch nicht erkennen. Schätzungsweise arbeitet etwas weniger als ein Viertel der Ergotherapeut*innen im stationären Setting.

Ergotherapeut*innen arbeiten schon seit Beginn der Ergotherapie in Deutschland in der stationären Versorgung. Die Anfänge finden sich in der Psychiatrie, Orthopädie und in der Behandlung von Lungenerkrankten in Sanatorien (Scheepers, 2011). Dabei haben sich die Arbeitsfelder der Ergotherapie parallel zu den stationären medizinischen Versorgungsfeldern entwickelt (Neurologie, Psychiatrie, Pädiatrie, Orthopädie, Geriatrie, palliativ Medizin u.a.) (Scheepers, 2011).

Abhängig vom jeweiligen Krankenhaus bzw. der Rehabilitationsklinik und den dazugehörigen Fachbereichen variiert die Anzahl der Ergotherapeut*innen. So ist die personelle Struktur für Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung (2014) wie folgt geregelt:

Anzahl der Ergotherapeuten pro 100 Rehabilitanden	**Fachbereich**
1,25	Orthopäde
0,6	Kardiologie
1	Onkologie
0,6	Gastroenterologie
0,6	Indikationsübergreifend (meist Innere Medizin)
0,6	Dermatologie
0,6	Pneumologie
6,5	Neurologische Phase D
2,5	Psychosomatik
4,5	Abhängigkeitserkrankungen

Abbildung 1 - Deutsche Rentenversicherung (2014)

Je nach Anzahl der zu beschäftigen Ergotherapeut*innen und deren Arbeitskontext (Krankenhaus oder Rehabilitationsklinik) werden diese entsprechend organisiert (→Kap. 2.3.4.) und bilden ein eigenständiges, ergotherapeutisches Team oder sind anderen Teams angegliedert.

Alter (2019, S. 10) beschreibt ein Team als *„[…] eine Gruppe von Mitarbeitenden, die in der Organisation eine geführte soziale Einheit bilden, da sie einander brauchen, um Ergebnisse zu erzielen.“*

Thomas (2017) unterscheidet zudem zwischen Team und Gruppe. Innerhalb eines Teams finden sich gemeinsame Werte und ein gegenseitiges Verantwortungsbewusstsein, welche für ein Wir-Gefühl sorgen. Es wird gemeinschaftlich an Zielen gearbeitet. Dagegen herrscht in Gruppen kein Wir-Gefühl, es kommt zu weniger Synergien und jeder

arbeitet für seine Belange (Geller & Nowak, 2009, zitiert nach Thomas 2017). Folglich variieren auch ergotherapeutische Teams.

Laut van Hartingsveld & Ammeraal (2019) gehört Zusammenarbeit zu den beruflichen Kernkompetenzen der Ergotherapeut*innen. Zusammenarbeit reduziert das Risiko, Informationen zu ignorieren, die nicht mit dem eigenen Glaubenssystem vereinbar sind und hilft dabei auch, weitere Informationen von anderen zu erhalten, die zum Fällen einer Entscheidung bezüglich der Behandlung wichtig sind (Falk-Kessler, 2014). Des Weiteren zeigt sich effektive Zusammenarbeit in einem verbesserten Outcome der Klient*innen (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009, zitiert nach Falk-Kessler, 2014; Leys, Ringelstein, Kaste & Hacke, 2007, zitiert nach Roesle, 2016). Zusammenarbeit hat auch für die Mitarbeiter Vorteile und führt zu besseren Leistungen und Zufriedenheit (Lüdeking 2016).

Falk-Kessler (2014) unterscheidet bei der Zusammenarbeit und Teams zwischen interdisziplinären Teams und multiprofessionellen Teams.

Das multiprofessionelle Team setzt sich zusammen aus Vertretern verschiedener Berufsgruppen. Das können Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Pfleger*innen, Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ergotherapeut*innen usw. sein. Im multiprofessionellen Team hat jede Berufsgruppe spezifische Rolle und Aufgaben in Hinblick auf die Evaluation und Intervention. Alle Berufsgruppen haben Zugang zu den Dokumentationen der jeweils anderen Berufsgruppen. In Teamsitzungen teilen sie Informationen zu Klient*innen und seinen/ihren Fortschritt hinsichtlich der therapie-spezifischen Ziele. Jede Berufsgruppe hat somit ihren eigenen Fokus. Durch die unterschiedlichen Sichtweisen (pathologisch, defizitorientiert vs. ganzheitlich, ressourcen-orientiert) kann es aber auch zu Problemen kommen (Osswald, 2008, zitiert nach Lüdeking, 2016). Im multidisziplinären Team hat der/die Arzt/Ärztin die alleinige Verantwortung und die Leitung. Bei Bedarf zieht er/sie die anderen Berufsgruppen hinzu, um bei der Erreichung der ärztlichen Ziele zu unterstützen (Körner et al., 2005, zitiert nach Lüdeking, 2016).

Im Gegensatz dazu teilen interdisziplinäre Teams eine ganzheitliche Sicht auf die Klient*innen, legen zusammen Ziele fest und planen gemeinsam eine Behandlung. Häufig finden die Treffen in der Gruppe auch mit dem/der Klienten*in bzw. dessen/deren Angehörigen statt und beziehen beide Parteien mit ein. Damit greifen sie den Aspekt der Klientenzentrierung auf. Die Teammitglieder teilen ihr Wissen aktiv, respektieren einander und es entstehen Synergien, die sich in einer effektiven Behandlung der Klient*innen und in einer hohen Arbeitszufriedenheit bei den Mitgliedern zeigt. Bringen sich Teammitglieder nicht aktiv ein, kann es leicht passieren, dass ihre Berufsgruppe übersehen wird, folglich in Entscheidungen weniger miteinbezogen wird und sich Normen entwickeln, die die Gleichstellung aller Beteiligten gefährden (Jessup, 2007, zitiert nach Falk-Kessler, 2014).

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken findet meist ritualisiert in Form von Visiten, Übergaben oder Teambesprechungen statt (Scheepers, 2011b). Hierbei ist es wichtig, dass

Ergotherapeut*innen neben anderen Berufsgruppen wie Ärzt*innen, Psycholog*innen, Pflegenden, Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, Sozialarbeiter*innen u. a. herausfinden, wie sie sich mit ihren eigenen Fachkompetenzen in den Gesamtbehandlungsauftrag einbringen und sich mit den anderen abstimmen können (Scheepers, 2011b).

Im Falle eines Umstellungsprozesses hin zur Betätigungsbasierung ist es daher wichtig, auch die anderen Berufsgruppen darüber zu informieren. Denn der Umstellungsprozess hat auch „Konsequenzen für das interdisziplinäre Team“ (Romein, 2010, S. 32; Rüther, 2019). Es ist wichtig diese miteinzubeziehen, da häufig „[…] eine sehr theoriefremde Erwartungshaltung anderer Berufsgruppen […] (Rüther, 2019, S.20)“ an die Ergotherapie herrscht z. B. dass sich Ergotherapeut*innen in der Neurologie um die obere Extremität kümmern sollen (Rüther, 2019) oder im Fachbereich Psychiatrie Beschäftigungstherapie in Form von Handwerksgruppen (Reuster, von Spreti, Martius, Unterbergerund & Broocks, 2015) erwartet werden. Rüther (2019) merkt an, dass sich hierfür die Ergotherapeut*innen in einer Abteilung einer Klinik jedoch einig sein und die Veränderung mittragen müssen. Hierbei spielt das berufliche Verständnis der einzelne Ergotherapeut*innen eine entscheidende Rolle. Dies wird im folgenden Kapitel erläutert.

2.5. Ergotherapeut*innen: Gesetzeslage und berufliches Verständnis

In *Kapitel 2.1.* und *Kapitel 2.2.* wurden bereits die Einflüsse des Paradigmas und vier der sechs Säulen der Ergotherapie auf das berufliche Verständnis beschrieben, sowie die zentralen Einflüsse des umgebenden Kontexts Klinik. Mit diesem Hintergrundwissen werden nun die Kompetenzen deutscher Ergotherapeut*innen betrachtet und welche Auswirkung diese auf das berufliche Verständnis haben. Um den Beruf des/der Ergotherapeut*in in Deutschland ausüben zu dürfen, bedarf es zunächst der Erlaubnis basierend auf dem „Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten“ (Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (ErgThG), 1976). Die Ausbildung erfolgt laut ErgThG § 4 Abs. 1 an staatlich anerkannten Schulen für Ergotherapeuten. Für jene gilt die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten” (ErgThAPrV), 1999). Durch den föderalistischen Staatsaufbau Deutschlands variieren jedoch die Lehrpläne für die Ausbildung zum Ergotherapeuten (Roosen, Schüller, & Brandt, 2017). Um die Forschungsfrage bezüglich des Umstellungsprozesses hin zum betätigungsbasierten Arbeiten zu beantworten, ist es wichtig zu beleuchten, ob Ergotherapeut*innen während der Ausbildung entsprechend darauf vorbereitet werden. Bereits 2013 plädierte (Schirmer, 2013), dass:”[...] eine betätigungsorientierte Ergotherapie auch eine betätigungsorientierte Ausbildung braucht.”. In ihrem Artikel nennt Schirmer (2013) Möglichkeiten, wie diese umgesetzt werden kann. Ähnliche Vorschläge liefern auch Roosen, Schüller und Brandt (2017) und weisen darauf hin, dass es notwendig sei, die menschliche Betätigung als zentrales Thema in den Curricula zu verankern. Insgesamt lässt sich feststellen, dass hauptsächlich einzelne Lehrende versuchen, den Unterricht betätigungsorientiert bzw. betätigungsbasiert zu gestalten, da eine konkrete berufspolitische Vorgabe noch fehlt (Rohloff, 2010, 2015; Roosen et al., 2017). Der DVE

hat mit seinem „Kompetenzprofil Ergotherapie“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., 2019) erstmals eine einheitliche Richtlinie zur Verfügung gestellt, welche Kompetenzen Ergotherapeut*innen in Deutschland erlangen sollen. Ein besonderes Augenmerk gilt den Kompetenzen Ergotherapeutische Expertise und Professionalität, da diese das prozesshafte Vorgehen während der Behandlung vorgeben und damit die Grundlage für Prozess- und auch Inhaltsmodelle bilden (DVE, 2019). Eine weitere wichtige Kompetenz in Hinblick auf die Forschungsfrage ist die Kompetenz Management. Hier werden explizit die Fähigkeiten beschrieben „Entwicklungen im Gesundheitswesen“ zu erkennen und diese „auf die eigene ergotherapeutische Tätigkeit“ zu übertragen und sich dadurch an „Veränderungsprozessen zu beteiligen“. Merklein de Freitas (2015) und Rüther (2019) teilen die Meinung, dass Ergotherapeut*innen in der Lage sind, einen Umstellungsprozess zu initiieren und durchzuführen. Dabei nutzen sie hauptsächlich bekannte Strategien, greifen jedoch nicht auf externes Wissen aus dem Bereich des Changemanagements zurück. Dies wird auch bei einem Vergleich mit dem kanadischen „Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada“ (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 2012) deutlich. Im Vergleich zum deutschen Kompetenzprofil weist das kanadische Kompetenzprofil explizit die Rolle des „Change Agent“ auf, um Wandel zu gestalten oder zu initiieren. Als Kernkompetenzen des ”Change Agent” führt die CAOT folgende Punkte auf, welche so im deutschen Kompetenzprofil noch nicht zu finden sind:

> *”Advocate for the occupational potential, occupational performance, and occupational engagement of clients; Advocate for occupational needs related to the determinants of health, wellbeing, and equity for clients served; Communicate the role and benefits of occupational therapy”.*

Nachdem ein Überblick geschaffen wurde, stellt sich die Frage, welchen Einfluss die Gesetzeslage und die Kompetenzen der Ergotherapeut*innen auf das berufliche Verständnis der einzelnen Ergotherapeut*innen haben und ob diese im beruflichen Alltag umgesetzt werden. Die Studienrecherche zeigte, dass es sowohl im nationalen Kontext als auch internationalen Kontext eine deutliche Theorie-Praxis-Transfer Lücke (Theory-Practice-Gap) gibt. Vor allem Daud et al. (2016), aber auch Aiken et al. (2011) und Wilding & Whiteford (2006, 2007) beschreiben diese Lücke im internationalen Kontext. Im nationalen Kontext machen sowohl Schirmer (2013) als auch Rohloff (2015) deutlich, welche Defizite angehende Ergotherapeut*innen bezüglich betätigungsbasierter Therapiegestaltung haben. Hierzu wertete Rohloff verschiedene Beiträge bezüglich der praktischen Abschlussprüfung im Forum „ergoxchange“ aus (2015). Es zeigte sich, dass 90% der Beiträge lediglich Funktionen und Symptome der Klient*innen ansprechen und kein Alltagsbezug genannt wird. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und die Ergotherapie in Deutschland dem aktuellen Paradigma anzugleichen, plädieren Schmid und Sell-Krude (2014) für eine Akademisierung der Ergotherapie. Schmid und Sell-Krude stellten in ihrem Artikel 2014 fest, dass ein generelles Verständnis bezüglich der Anforderung an den Beruf des/der Ergotherapeut*in vorhanden ist und auch, dass die sich Anforderungen unter dem Einfluss des aktuellen Paradigmas verändert haben. Hierbei

zeigt sich ein Spannungsverhältnis zwischen examinierten und akademisierten Ergotherapeut*innen. Während akademisierte Therapeut*innen ein klares Verständnis von Betätigungen und Modellen haben und diese auch im Alltag umsetzen möchten (Merklein de Freitas, 2015; Merklein de Freitas, Pott et al., 2015), reagieren examinierte Ergotherapeut*innen zum Teil mit Ängsten und Unsicherheit gegenüber diesen Prozesses (Romein et al., 2016a; Schmid & Sell-Krude, 2014). Des Weiteren führen Schirmer (2013) und Schmid & Sell-Krude (2014) auf, dass vor allem in der praktischen Ausbildung die Betätigungsorientierung und -basierung fehlt und Auszubildene (egal ob Berufsfachschule oder Hochschule) das erlernte theoretische Wissen nicht umsetzen können. Eine Folge hieraus ist die entstehende Bedeutungslücke zwischen „wie Ergotherapie ausgeführt werden soll“ und „wie Ergotherapie ausgeführt wird“ (Aiken, Fourt, Cheng, & Polatajko, 2011; Brandt, 2017). Aiken et al. stellten in ihrer qualitativen Studie 2011 fest, dass die Teilnehmenden in eine Konfrontation der eigenen Erwartungen an ihren Beruf und den Erwartungen des Umfelds, in dem sie tätig sind, geraten. Probleme, die die Teilnehmenden schilderten, bezogen sich vor allem auf die Erwartungen der Klinikleitung, anderer Professionen und auch der Klient*innen. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Kievelitz (2014) bezüglich einer qualitativen Studie in Deutschland. Die Teilnehmenden nannten als Hindernisse des betätigungsorientierten und -basierten Arbeitens: „die Schwierigkeit, Außenstehenden Ergotherapie zu erklären; den medizinischen Fokus im deutschen Gesundheitssystem; und die begrenzte Anerkennung der Ergotherapie in Deutschland“. Vor allem die Erwartungen der Klient*innenen haben einen erheblichen Einfluss auf das berufliche Verständnis von Ergotherapeut*innen (Kievelitz, 2014). Dies ist kohärent mit den Erkenntnissen von Wilding und Whiteford aus dem Jahr 2007. Hierbei wurden durch narrative Interviews die Erfahrungen von zehn Ergotherapeut*innen miteinander verglichen, um festzustellen, welchen Hindernissen diese im klinischen Alltag begegnen. Das größte Hindernis hierbei stellte der Konflikt zwischen dem biomechanischen Paradigma im Gesundheitswesen und dem Paradigma der Partizipation in der Ergotherapie dar. Daraus resultieren die Probleme, welche Kievelitz (2014) in Deutschland beschrieben hat. Die Unterschiede zwischen den beiden Paradigmen wirken sich auch auf die berufliche Identität von Ergotherapeut*innen aus. So stellten Wilding und Whiteford (2008) fest, dass es vor allem im klinischen Akutsetting eine hohe Spannung zwischen den Erwartungen der Klinik und den Erwartungen der Ergotherapeut*innen gibt. Diese Spannung hat eine Auswirkung auf die Art und Weise, wie Ergotherapeut*innen kommunizieren. Die Autor*innen stellten fest, dass eine klare Kommunikation mit Betätigung als Kern einen erheblichen Beitrag dazu leisten kann, wie die Ergotherapie wahrgenommen wird. Durch die aktive Veränderung der eigenen Sprache konnte auch die berufliche Identität der Ergotherapeut*innen gefestigt werden. Dies führte auch zu einer besseren Sichtbarkeit der Berufsgruppe innerhalb der Klinik und ermöglichte eine Abgrenzung zu den anderen Berufsgruppen (Wilding & Whiteford, 2008). Aufgrund dieser Erkenntnisse wird in dieser Studienarbeit ein besonderer Blick auf das berufliche Verständnis der befragten Ergotherapeut*innen geworfen und inwiefern sich dieses durch den Umstellungsprozess verändert hat.

2.6. Implementierung des betätigungsbasierten Arbeitens anhand von Change-Modellen: Ein Überblick

> *„Unter Übergang versteht man die Veränderungen in Herz und Verstand, die Menschen während des Wandels durchmachen; die emotionale Reaktion und mentale Anpassung, die das Vorankommen der Dinge unterstützen oder behindern können“ (Mclean, 2011).*

Die befragten Expert*innen dieser Bachelorarbeit haben alle einen Wandel ihrer Arbeitsweise mit Beteiligung ihrer ergotherapeutischen Abteilung und im interdisziplinären Team vollzogen oder befinden sich gerade in der Übergangsphase dazu. Dieses wird als Change-Management-Prozess bezeichnet. Dabei wird der Weg von einem Ausgangszustand zu einem Zielzustand geplant, gesteuert und kontrolliert, damit alle Maßnahmen und Schritte für bereichsübergreifende und inhaltlich umfangreiche Veränderungen im strategischen wie operativen Sinne von den Mitgliedern eines Teams gelebt und verinnerlicht werden können (Kress & Kern, 2018). Hierbei liegt der Fokus auf der Gestaltung des Weges zum Ziel und nicht in der Anwendung von Methoden und Verfahrensweisen. Change-Management ist die optimale Anpassung an die Umwelt oder eine Aufgabe, die sich an die Mitglieder der zu wandelnden Organisation richtet, mit dem Ziel, die im Rahmen des strategischen Managements abgeleitete optimale Anpassung umzusetzen (Lauer, 2014).

2.6.1. Gründe für einen Change

Lauer (2014) beschreibt als Gründe für einen Change eines Unternehmens oder einer Organisation externe und interne Faktoren.

Das Unternehmen als System steht unter ständigem Austausch und Einfluss verschiedener Umwelten, welche als externe Faktoren gesehen werden. Deshalb muss es zunehmend mehr Komplexität zulassen und Anpassungsleistungen an die Umwelt vornehmen können, um sich der gesteigerten Umweltdynamik erfolgreich entgegenzustellen. Als Unternehmensumwelten gelten hierbei:

1. *Die soziale Umwelt*: Sie umfasst hart messbare Fakten wie die Soziodemografie, aber auch eher qualitative Daten zu Lebensstilen oder sozialen Wertvorstellungen.

2. *Die gesamtwirtschaftliche Umwelt*: Hierunter fällt das generelle wirtschaftliche Umfeld, welches alle Unternehmen betrifft. Konjunkturelle Entwicklungen als auch Änderungen der Wirtschaftsstruktur sind hier zu subsumieren.

3. *Die politische Umwelt*: Politische Rahmenbedingungen, politische Stabilität, Änderungen der Gesetzgebung als auch Machtwechsel bilden die Inhalte dieser Kategorie.

4. *Die technologische Umwelt*: Die Richtung und die Geschwindigkeit technologischen Fortschritts sind maßgebliche Informationen aus diesem Segment. Dabei interessieren sowohl Grundlagen- als auch angewandte Forschung.

5. *Die ökologische Umwelt*: Der Wandel von Klima, Fauna und Flora, das Vorkommen oder die Erschöpfung von Bodenschätzen sind wichtige Inhalte dieses Sektors.

6. *Die institutionelle Umwelt*: Hierunter reihen sich sowohl die physikalische (z. B. Verkehr, Telekommunikation, Elektrizität) als auch die intellektuelle Infrastruktur (z. B. Schulen, Hochschulen, Forschungsinstitutionen) ein. (Lauer, 2014, S. 16-17)

Als internen Gründe für einen Change beschreibt Lauer (2014) den stetigen Entwicklungsprozess der Organisationen bzw. des Unternehmens. Hierbei bedarf es keiner äußeren Veränderungsimpulse, sondern es wird allein durch das Wachstum und die Weiterentwicklung eines gesamten Unternehmens eine Situation ausgelöst, die krisenhafte Symptome nach sie zieht und einen Wandel erforderlich macht (Lauer, 2014, S. 22).

Der Umstellungsprozess einer ergotherapeutischen Abteilung vom funktionsorientierten zum betätigungsbasierten Arbeiten ist besonders von internen Faktoren geleitet. Die soziale, gesamtwirtschaftliche und politische Umwelt haben jedoch ebenfalls Einfluss auf den Umstellungsprozess.

2.6.2. Ansatzpunkte des Change-Prozesses

Ein Umstellungsprozess muss verschiedene Interessen der Beteiligten konstruktiv zusammenführen. Das Wissen über mögliche Hemmnisse ist dabei genauso wichtig wie das Wissen über die Erfolgsfaktoren eines Umstellungsprozesses (Lauer, 2014). Laut Lauer (2014) können Umstellungsprozesse deshalb an verschiedenen Stellen einer Organisation ansetzen.

1. *Individuen*: Sie bilden die kleinsten sozialen Elemente der Organisationen. Ohne ihre aktive Mitarbeit ist eine Umstellung in Unternehmen nicht möglich. Change-Management bedeutet in Bezug auf die Einzelnen nicht nur, Fähigkeiten an neue Herausforderungen anzupassen, sondern auch die nötige positive Einstellung gegenüber den Zielen der Umstellung und der Mitarbeit daran zu fördern.
2. *Unternehmensstrukturen*: Sie umfassen die formale Aufbau- und Ablauforganisation ebenso wie Strategien und Ressourcen. Ihre Umstellung ist auf dem Papier grundsätzlich einfach, die informellen Strukturen, welche eher langfristig und gewissermaßen evolutionär entstehen, sträuben sich aber häufig gegen diese Veränderungen.
3. *Unternehmenskultur*: Diese dauerhaften, eher informellen Strukturen, die für Einstellungen, Werthaltungen und informelle Regeln des Umgangs verantwortlich sind, werden als Unternehmenskultur bezeichnet und sind von den einzelnen Individuen weitgehend unabhängig. Eine Umstellung nur auf individueller und struktureller Ebene ohne den Einbezug der Unternehmenskultur ist oftmals mit erheblichen Problemen behaftet oder gar zum vollständigen Scheitern verurteilt (Lauer, 2014).

2.6.3. Strategien zur Implementierung eines Change-Prozesses

Glasl & La Houssaye (1975) beschreiben fünf grundlegende Strategien, mit denen Veränderungen in einer Organisation angestoßen und durchgesetzt werden können.

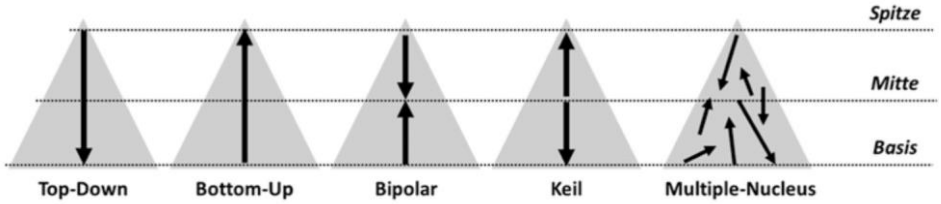


Abbildung 2 - Veränderungsstrategien in Organisationen (Oldhafer, Schneider, Beil, Schmidt, & Nolte, 2019, S. 7)

- *Top-down-Strategie*: Die Maßnahmen werden von der Geschäftsführung beschlossen und umgesetzt. Ziele, Zeiten und Prozessschritte werden vorgegeben und in den operativen Bereich getragen. Der Vorteil daran ist, dass die Führungsebene dabei als Vorbild fungiert. Es kann dabei jedoch auch zu mangelnder Akzeptanz und Widerständen bei den Mitarbeiter*innen kommen.
- *Bottom-up-Strategie*: Die Veränderungen gehen von den Bedürfnissen und Erwartungen der Mitarbeiter*innen aus, werden von diesen entwickelt und der Geschäftsführung vorgeschlagen. Daher trifft es bei den Mitarbeiter*innen meist auf eine hohe Akzeptanz, jedoch können die Entscheidungsprozesse langwierig sein, da die entwickelte Vorgehensweise nicht zu den Interessen oder Strategien der Geschäftsführung passt.
- *Bipolare Strategie*: Die Veränderung geht sowohl von der Geschäftsführung als auch von den Mitarbeiter*innen aus und mündet im mittleren Management. Der hohe partizipative Charakter schafft und erhöht die Akzeptanz für das Veränderungsvorhaben auf allen Hierarchieebenen
- *Keilstrategie*: Veränderungen gehen vom mittleren Management aus und breiten sich zur höheren Führungsebene und zu den Mitarbeiter*innen an der Basis aus
- *Multiple-nucleus-Strategie:* Die Veränderungen gehen von verschiedenen Stellen und Hierarchieebenen der Organisation aus und werden zentral koordiniert und gesteuert. Dies kann zu erfolgreichen Pilotprojekten führen, die motivieren und inspirieren. Dies erfordert aufgrund seiner hohen Komplexität jedoch einer anspruchsvollen Koordination. Liegt keine ausgeprägte Hierarchiestruktur in einer Organisation vor, so bietet sich diese Strategie an.

2.6.4. Hindernisfaktoren für den Change-Prozess

Obwohl eine Umstellung oft notwendig ist, bleibt diese häufig aus. Lauer (2014) beschreibt hierfür verschiedene Ursachen.

Wirtschaftliche Faktoren

Hemmnisse können durch wirtschaftliche Aspekte, wie durch die Umstellung *entstehende Kosten* oder die *Abwertung bisheriger Investitionen*, z.B. durch Nichtnutzung, ausgelöst werden. Die *Komplexität* eines Unternehmens mit seinen Verflechtungen im Umfeld kann ebenfalls ein Hemmnis darstellen, wenn es um die unabsehbaren Folgen durch eine angestrebte Veränderung im Inneren eines Unternehmens und auch im Bezug zu seiner Außenwelt geht (Lauer, 2014).

Kollektive Faktoren

Kollektive Ursachen sind dabei ein Umstellungshemmnis durch *formale Organisationskriterien*, welche sich nach systematischen Prozessstrukturen richten und ein hohes Maß an Zentralisation aufweisen, sowie die gehemmte Umstellung durch starke *Unternehmenskulturen*, da Informationen, die im Widerspruch zur bisherigen Politik der Organisation und ihrer Kultur stehen, ignoriert, verdrängt oder negiert werden (Lauer, 2014). Zu Widerständen in der Gruppe kann es laut Landes und Steiner (2014) auch durch den *Erhalt von Machtstrukturen* kommen. Die Angst des Verlustes der eigenen Position innerhalb der bestehenden Hierarchie kann dazu führen, dass Veränderungen blockiert oder verzögert werden, indem sich Koalitionen bilden oder Gerüchte verbreitet werden, die der geplanten Veränderung schaden (Landes & Steiner, 2014). Besteht ein hohes Zusammengehörigkeitsgefühl mit Akzeptanz der Führungskraft als Autoritätsperson kann es zu einem *Autoritätsdruck* kommen, wenn die Führungskraft die Veränderung ablehnt und durch ihre Machtmittel versucht, die Gruppe zum Widerstand zu bewegen und Befürworter der Veränderung auszuschalten (Landes & Steiner, 2014). Auch die Mehrheit der Gruppe kann *Gruppendruck* erzeugen und Widerstand gegen einen Veränderungsprozess organisieren. So werden Mitglieder, die von der Gruppenmeinung abweichen und der Veränderung positiv gegenüberstehen, aus der Gruppe ausgeschlossen (Landes & Steiner, 2014).

Individuelle Faktoren

Individuelle Faktoren nach Lauer (2014) können ebenfalls Ursachen für Hemmnisse im Umstellungsprozess sein. Das Konzept der *Vermeidung kognitiver Dissonanzen* besagt, dass Menschen nach einer harmonischen Denkwelt streben und Informationen, die ihrer bisherigen Haltung widersprechen, vermeiden oder abwerten. Dazu gehört ebenfalls das *Satisficing-Verhalten*, welches als beschränkt rationales Verhalten gilt, wodurch es zum Versuch rationalen Handelns kommt, diese Rationalität jedoch durch Beschränkungen der Denk- und Wahrnehmungsfähigkeit des Menschen eingeengt ist (Lauer, 2014). Landes und Steiner (2014) beschreiben zusätzlich als individuelle Ursachen für Widerstände das *Festhalten an Gewohnheiten*, da Menschen dazu neigen, sich in einer Komfortzone einzurichten, die ihnen Verhaltenssicherheit verspricht. Um sich weiterzuentwickeln, muss ein Übergang in eine Wachstumszone stattfinden, in der die Bedingungen und Situationen neu sind, was zu Panik und Widerständen führen kann, da die (selbst eingeschätzte) Handlungskompetenz überstiegen wird. Auch *Funktionelle Gebundenheit* (Betriebsblindheit) führt laut Landes und Steiner (2014) zu möglichen Widerständen im Umstellungsprozess. Der Status Quo soll für diese Menschen bestehen bleiben und Neuerungen treffen auf Ablehnung, werden abgewertet oder für nicht relevant gehalten. Eine zu *stark ausgeprägte Motivation* kann zugleich zu einem Hindernis im Umstellungsprozess werden, da sich der Blickwinkel verengt und eine Fixierung auf nur eine Lösungsalternative stattfindet. Dadurch ist man nicht empfänglich für andere, eventuell sogar schnellere oder effektivere Möglichkeiten, die zum Ziel führen (Landes & Steiner, 2014). Die *Verteidigung des Selbstbildes*, wird in diesem Zusammenhang ebenfalls von Landes und Steiner (2014) genannt. Werden eigene Vorhaben, Pläne, Theorien oder Konzepte von anderen hinterfragt oder angegriffen, wird

dies meist als Kränkung erlebt und es geht nicht mehr um das Aushandeln der besten Perspektive oder Vorgehensweise, sondern um die Verteidigung der eignen Konzepte zum Schutz des Selbstbildes. Als weiteren Widerstand wird die *Reaktanz* aufgeführt. Hierbei führt die Einschränkung der (empfundenen) Freiheit zu Widerständen, wenn durch einen Umstellungsprozess beispielsweise eine bisher zur Verfügung stehende Alternative wegfällt. Bei konstanten Einschränkungen kann dies ein Gefühl der Hilflosigkeit und schließlich passives Verhalten auslösen (Landes & Steiner, 2014).

Laut Lauer (2014) ist es wichtig, diese Hemmnisse zu überwinden und die Umstellung zu wagen, da Stillstand oft das sichere Ende ist.

2.6.5. Veränderungsbereitschaft für eine Change-Prozess

Die Veränderungsbereitschaft beschreibt die Geisteshaltung oder Handlungsweise von an Umstellungsprozessen beteiligten Personen. Landes und Steiner (2014) beschreiben drei Klassen der Veränderungsbereitschaft.

1. Schaffend: Eine schaffende Veränderung schöpft etwas Neues, sie basiert auf einer Innovation und kann sich im organisationalen Kontext in einer Unternehmensgründung niederschlagen.

2. Gestaltend: Die gestaltende Veränderung greift in etwas Bestehendes ein und unterwirft es einem Anpassungsprozess.

3. Erschütternd: Die erschütternde Veränderung führt zu einer Umwälzung und einem radikalen Neuanfang.

Diese Betrachtung lässt sich um eine zweite Achse, nämlich den Planungsgrad, erweitern:

a. *Geplanter Wandel*: Der geplante Wandel findet absichtsvoll statt, ist strategisch angelegt und folgt einem vorab definierten und langfristig angelegten Planungs- und Handlungsprozess.
b. *Getriebener Wandel*: Der getriebene, stark operativ ausgerichtete Wandel wird aus faktischer Notwendigkeit heraus betrieben, die Handlungsfolgen werden grob abgeschätzt, sodass kurzfristige Korrekturen und Richtungsänderungen die Regel sind.
c. *Ungeplanter Wandel*: Der ungeplante, mitunter chaotische Wandel folgt keinem absichtsvollen Handeln, sodass Richtungen und Wirkungen nicht vorhersagbar sind.

2.7. Verschiedene Modelle im Change-Prozess

Im folgenden Kapitel werden verschieden Modelle von Change-Management-Prozessen vorgestellt.

Change-Prozesse haben immer einen phasenhaften Verlauf. Dabei ist festzustellen, dass jede Änderung mit einem Ende beginnt. Dieses stellt dabei ein klares Signal an die

Menschen dar, dass sich Dinge ändern und einige oder alte Wege aufhören (Mclean, 2011). Zunächst muss das Problem klar dargestellt werden, um den Mitarbeiter*innen ein Verständnis für die Notwendigkeit der Umstellung zu vermitteln und aus welchen Gründen diese geschieht (Mclean, 2011). Es sollten sich alle darüber im Klaren sein, was gut war und was sich gleichermaßen ändern wird, weil es nicht funktioniert hat oder optimiert werden kann (Mclean, 2011). Am Anfang eines Umstellungsprozesses wird die Energie der Mitarbeiter*innen in eine neue Richtung freigesetzt und Dinge ändern sich für die Mitarbeiter*innen auf psychologischer Ebene (Mclean, 2011). Menschen benötigen laut Bridges (2009) in der Anfangsphase einen Zweck, ein Bild über die Zukunft, einen Plan und das Wissen, welche Rolle sie dabei spielen werden, um einen Umstellungsprozess anzunehmen (Mclean, 2011). Fehlen diese wichtigen Orientierungshilfen, verunsichert die unscharfe Vision die Beteiligten und es kann durch das fehlende Verständnis der Problemsituation zu einer mangelnden Veränderungsbereitschaft kommen (Böckenförde, Gesellnsetter, & Hißmann, 2015). Aus diesen Gründen ist es wichtig alle Teammitglieder/Beteiligten während des Change-Prozesses in die Entscheidungsfindung einzubeziehen (Mclean, 2011).

2.7.1. Phasenmodell Lewin

Der Sozialpsychologe Kurt Lewin beschreibt einen in drei Phasen ablaufenden Umstellungsprozess. Er bezog sich dabei ursprünglich auf Lernen auf individueller Ebene und erweiterte dies später um die organisationale Perspektive (Werther, Jacobs, Brodbeck, Kirchler, & Woschée, 2014).

Der Umstellungsprozess beginnt mit der Auftauungsphase (unfreezing), in der Informationen und Feedback wichtig sind, um etablierte Muster und Routinen zu erkennen und diese „aufzutauen“. In der zweiten Phase, der Übergangsphase Bewegen (changing), kommt es tatsächlich zu Veränderungen von Verhaltensweisen oder Einstellungen, basierend auf der in der ersten Phase angeregten Reflexion. Der Prozess endet mit der Einfrierungsphase (refreezing). In dieser Phase führen ständige Wiederholungen der Anwendung neuer Verhaltensweisen zu einem „Einfrieren“ und bilden somit die Basis für eine beständige Veränderung (Hildenbrand, 2016; Werther et al., 2014, S. 51). Diese Phasen können nach Meinung Lewins nicht klar voneinander getrennt betrachtet werden, da sie nicht linear verlaufen, sondern einem regelmäßigen Ablauf folgen (Hildenbrand, 2016).

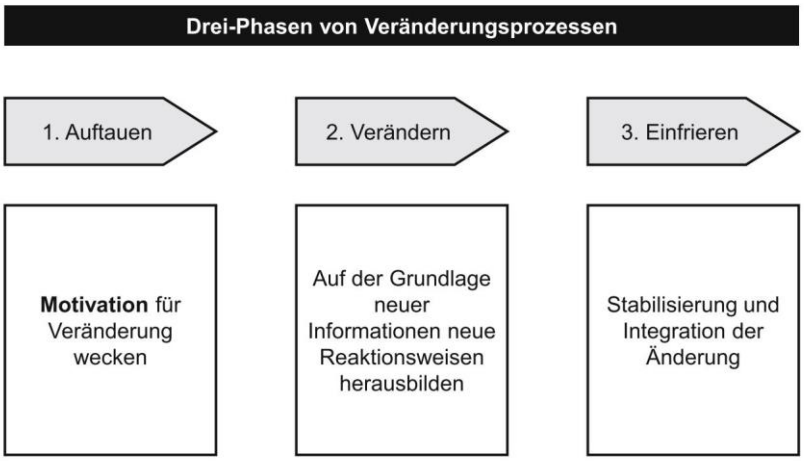


Abbildung 3- Bild Lewin Phasenmodell (Lauer, 2014, S. 65)

Lewin geht außerdem davon aus, dass sich bei einer Umstellung zwei Kräfte gegenüberstehen. Zum einen Kräfte, die auf Umstellung drängen, die driving forces (dt. akzelerierende Kräfte) und zum anderen Kräfte, die restraining forces (dt. retardierende Kräfte), die der Umstellung entgegenstehen, also Widerstände gegen die Umstellung darstellen. Diese beiden Kräfte müssen im Gleichgewicht zueinanderstehen. Überwiegen die driving forces, so wären die Mitglieder der sich zu veränderten Organisation oder Einrichtung von der permanenten Umstellung überfordert und es könnte zu einem Leistungsabfall führen. Überwiegen die restraining forces erfolgt keine Umstellung oder sogar eine Rückentwicklung (Lauer, 2014, S. 63). Um eine Umstellung in einer Organisation oder Einrichtung zu beginnen, ist es laut Lewin erforderlich, dieses Kräftegleichgewicht zugunsten der driving forces zu verschieben. War die Umstellung erfolgreich, sollte zunächst unbedingt eine Ruhepause eingelegt werden, die es ermöglicht, das Leistungspotenzial der Veränderung voll zu Entfaltung zu bringen. Ansonsten könnte es zu einem dauerhaften Absinken des Leistungsniveaus kommen (Lauer, 2014, S. 63–64).

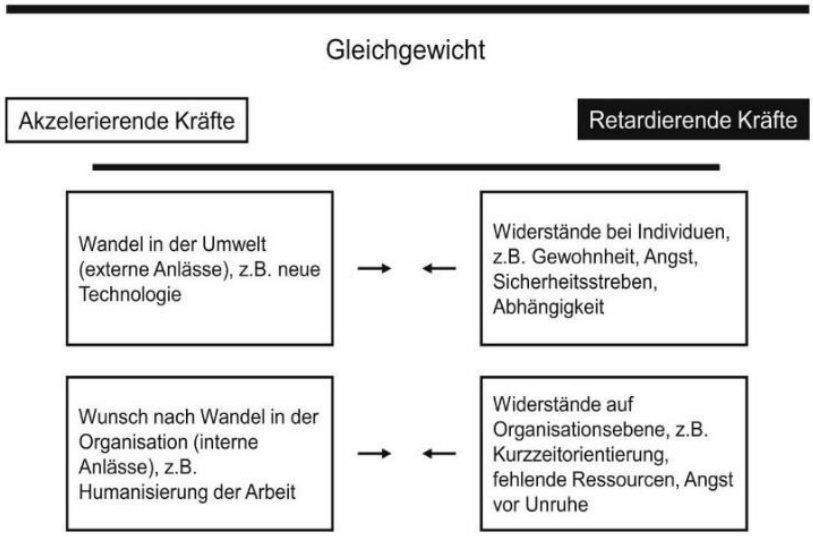


Abb. 5.1 Die Feldtheorie Kurt Lewins (in Anlehnung an Staehle 1999, S. 591)

Abbildung 4 - Gleichgewichtskräfte Lewin (Lauer, 2014, p. 63)

2.7.2. 7-Stufen-Modell nach Streich

In der Literatur wird der Mensch in vielen Bemühungen zum Change-Prozess vernachlässigt, wenngleich ein Change ohne Einbezug des Menschen und seiner Wahrnehmung nicht funktionieren kann (Oldhafer et al., 2019).

Richard Streich hat hierzu ein 7 Phasen-Modell entwickelt, das Initiatoren von Change-Prozessen dabei helfen soll, direkte Auswirkungen von Umstellung auf einzelne Personen zu betrachten. Es müssen Überlegungen angestellt werden, wie mit den Emotionen der Einzelnen umgegangen wird und diese in Richtung Akzeptanz und Integration geführt werden können, da nur dann ein Change-Prozess funktionieren kann (Fischer-Korp, 2018, S. 37). „Dabei geht man davon aus, dass insbesondere die Wahrnehmung der persönlichen Kompetenz in Bezug auf die Steuerung der Veränderung für den Erfolg von Veränderungsprozessen relevant ist“ (Werther et al., 2014, S. 52).

In der ersten Phase tritt bei vielen Menschen nach Bekanntwerden eines bevorstehenden Change- Prozesses oft ein Schockzustand auf, da es einen Unterschied zwischen den eigenen und fremden Erwartungen gibt (Werther et al., 2014). Diesem Schock schließt sich in der zweiten Phase die Verneinung an, welche durch das Gefühl der verloren gegangen Sicherheit und vor allem einem Überschätzen der eigenen Kompetenzen ausgelöst wird (Werther et al., 2014, S. 52). Die Betroffenen sind nicht in der Lage rationale Überlegungen anzustellen, müssen jedoch zu überdachten Überlegungen zurückkehren. Initiatoren von Change-Prozessen dürfen diese Phase nicht wegargumentieren, sondern müssen auf diese Reaktion eingehen. In der dritten Phase folgt die rationale Einsicht, in der die Menschen damit beginnen sich mit dem Change-Prozess für sich selbst und ihre Umgebung auseinander zu setzen und neue Verhaltens- und Vorgehensweisen für sich zu konzipieren (Fischer-Korp, 2018). Das wird in der

vierten Phase der emotionalen Akzeptanz fortgeführt. Ängste nehmen ab, alte Verhaltens- und Vorgehensweisen werden losgelassen und es kommt zu Überlegungen, wie die Veränderungen zur Normalität werden können (Fischer-Korp, 2018). In der fünften Phase des Ausprobierens beginnt die Suche nach neuen Verhaltens- und Vorgehensweisen. In dieser Phase ist sowohl mit Erfolgen als auch mit Misserfolgen zu rechnen. In der sechsten Phase der Erkenntnis werden die Gründe für die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Veränderung akzeptiert und sie führt zu einer reflektierten Perspektive auf Erfolg und Misserfolg, wodurch die eigenen Kompetenzen wieder positiver wahrgenommen werden (Werther et al., 2014). Zum Schluss in der siebten Phase erfolgt die Integration, in der erfolgreiche Verhaltens- und Vorgehensweisen in das eigene Repertoire übernommen werden und die Veränderungen zum Alltag gehören (Werther et al., 2014).

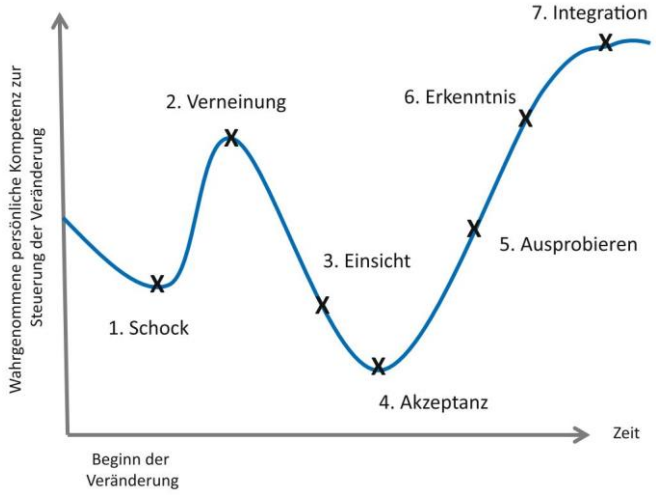


Abbildung 5 - 7-Phasen-Modell nach Richard Streich (Werther et al., 2014, p. 53)

Laut Werther et al. (2014) geht es in den ersten beiden Phasen Schock und Verneinung besonders um die Informationsweitergabe an die Betroffenen, wobei in der dritten und vierten Phase Einsicht und Akzeptanz die wechselseitige Kommunikation von großer Bedeutung ist. Um die Kompetenzen der Betroffenen weiterzuentwickeln, sind in Phase fünf und sechs Training und Coaching von entscheidender Wichtigkeit, um die Betroffenen im Ausprobieren und in ihrer Erkenntnis zu unterstützen. Für die letzte Phase der Integration steht Monitoring im Fokus.

Werther et al. (2014) gehen außerdem davon aus, dass sich von einem Change-Prozess betroffene Mitarbeiter*innen zum gleichen Zeitpunkt in unterschiedlichen Entwicklungsphasen bezüglich ihrer positiven und negativen Gefühle und ihrer Kompetenzwahrnehmung befinden. Betroffene Mitarbeiter*innen durchlaufen die Phasen des Change-Prozesses in ganz unterschiedlichem Tempo mit individuellen Schleifen, worauf im gesamten Change-Prozess entsprechend Rücksicht genommen werden muss.

2.7.3. Erfolgsfaktoren im Change-Prozess

Es gibt keine Garantie dafür, dass Umstellungsprozesse erfolgreich enden. Dies ist abhängig von verschiedenen Faktoren (Hildenbrand, 2016).

Im folgenden Abschnitt werden mögliche Aspekte für einen Erfolg im Umstellungsprozess aufgezeigt und die 12 Erfolgsfaktoren nach Gerkhardt und Frey (2006) vorgestellt.

Als wichtigster Aspekt für Erfolg beim Umstellungsprozess gelten eine offene Kommunikation und direkte Ansprache der Problematik durch alle Beteiligten. Nur so kann die benötigte Energie für die Durchführung eines Umstellungsprozesses freigesetzt und beibehalten werden (Schleuter & von Stosch, 2009 zitiert nach Hildenbrand, 2016). Eine offene Kommunikation hilft manchmal auch dabei, Widerstände erst gar nicht aufkommen zu lassen oder ermöglicht durch Ehrlichkeit, sich entwickelnde Widerstände abzubauen (Berner, 2006 zitiert nach Hildenbrand, 2016). Außerdem können durch den Umstellungsprozess ausgelöste emotionale und persönliche Ängste durch eine konsequente Kommunikation der Veränderung eingedämmt werden (Bornemann, 2014 zitiert nach Hildenbrand, 2016).

Hierbei ist es auch wichtig, von Anfang an eine Transparenz zu schaffen, damit alle Beteiligten grundlegend über die anstehenden Veränderungen informiert sind und um deren Inhalte wissen (Hildenbrand, 2016).

Dies steht auch im Bezug zum richtigen Umgang mit Widerständen. Widerstände müssen von den Führungskräften verstanden und akzeptiert werden, um verständnisvoll mit den Ängsten und Reaktionen der Mitarbeiter*innen umzugehen und negative Folgen zu vermeiden (Haberzettl & Schinwald, 2011 zitiert nach Hildenbrand, 2016).

Durch eine schrittweise Einführung in die neuen Aufgaben, können sich Mitarbeiter*innen gezielter mit den Veränderungen vertraut machen und Unsicherheiten werden schneller abgebaut. Außerdem haben die Mitarbeiter*innen dadurch die Möglichkeit, im Vorfeld Kritik zu äußern, woraus realisierbare Verbesserungen abgeleitet werden können, was sich positiv auf das Vertrauensverhältnis auswirken kann (Hildenbrand, 2016).

In den 12 Erfolgsfaktoren für einen Umstellungsprozess von (Gerkhardt & Frey, 2006) stehen die Einbindung und Partizipation der Mitarbeiter*innen im Vordergrund, was als wesentliche Grundlage für Erfolg gesehen wird.

1. Umfassende Symptombeschreibung und Diagnose: Es werden Strukturen, Voraussetzungen und Gegebenheiten, insbesondere auch mental-kulturelle Faktoren, wie Einstellungen, Werte und das Ausmaß des Vertrauens in der Beschreibung der Ist-Situation mit einbezogen, sowie vorhandene Barrieren und Nutzenpotential. Daraus kann ein zielgerichteter Maßnahmenplan erstellt werden. Der Einbezug aller Beteiligten durch Interviews oder Befragungen ist dabei entscheidend.

2. Vision und Ziele definieren: Die Vision als Darstellung der Zukunft gibt die Richtung im Sinne eines Soll-Zustandes vor, in die die Veränderung führen soll und muss alle

Stakeholder ansprechen. Es ist wichtig, die Ziele hinsichtlich der anstehenden Veränderung positiv zu belegen, damit die Betroffenen interessiert und motiviert sind, die Vision zu unterstützen und umzusetzen.

3. Gemeinsames Problembewusstsein: Das Problembewusstsein wird aus dem Ist- und Soll-Zustand abgeleitet, dass ein grundsätzlicher Handlungsbedarf besteht. Die Defizite mit ihrer Dringlichkeit und Notwendigkeit zur Änderung müssen von den Beteiligten wahrgenommen werden, damit ein gemeinsames Problembewusstsein entsteht und neuen Energie für Veränderungen freigesetzt werden kann.

4. Führungskoalition und Treiber: Eine breite Koalition von Befürwortern der Veränderung aus Mitarbeiter*innen und Führungskräften ist die notwendige treibende und tragende Kraft für einen Umstellungsprozess. Commitment und Glaubwürdigkeit sind dabei entscheidende Faktoren.

5. Kommunikation: Ein regelmäßiger und interaktiver Austausch im Umstellungsprozess über die Vision und Ziele ist unabdingbar. Wichtig ist eine zeitnahe, auf breiter Ebene, offene, klare und lebendige Kommunikation. Dabei zeigt sich, dass neben der Schaffung von Vertrauen durch Kommunikation auch die Offenheit gegenüber Veränderungen positiv beeinflusst werden kann.

6. Zeitmanagement: Ein sorgfältiges Zeitmanagement hinsichtlich der Phasenschwerpunkte und -abfolge muss am Anfang jedes Umstellungsprozesses stehen. Für den Umstellungsprozess muss hierbei genügend Zeit eingeräumt und diese systematisch geplant werden, um die Kontrolle über den Prozess zu behalten und steuernd eingreifen zu können.

7. Projektorganisation und Verantwortlichkeit: In der Projektorganisation werden die unterschiedlichen Stakeholder angemessen berücksichtigt und die Perspektive aller Beteiligten einbezogen. So kann die Partizipation der Beteiligten im gesamten Prozess gefördert werden. Wichtig sind hierbei neben fachlichen, methodischen Kompetenzen auch soziale und psychologische Kompetenzen, um die notwendige Vertrauensbasis für die Betroffenen zu schaffen.

8. Hilfe zur Selbsthilfe, Qualifikation und Ressourcen: Die Betroffenen müssen durch Förderung und Unterstützung zur Selbstorganisation zu Beteiligten im Umstellungsprozess gemacht werden, um Energie und Motivation für diesen zu wecken. Wichtig sind hierbei die Ressourcenbereitstellung und die Unterstützung der Beteiligten bei der Qualifizierung z.B. durch Beratung und Feedback.

9. Schnelle Erfolge und Motivation: Durch schnelle, sichtbare Erfolge besonders am Anfang eines Umstellungsprozesses werden die Beteiligten in ihrem Engagement und ihrer Initiative bestätigt, was für positive Stimmung und neue Motivation und Energie sorgt. Wichtig hierbei ist ebenso die kontinuierliche Wertschätzung und Honorierung der erbachten Leistungen.

10. Flexibilität im Prozess: Es muss ein gewisses Maß an Flexibilität auch während des Prozesses bewahrt werden, um Alternativen zu ermöglichen.

11. Monitoring und Controlling: Monitoring und Controlling müssen kontinuierlich über den gesamten Prozess erfolgen, um rechtzeitig zu erkennen, wenn ein Umstellungsprozess stagniert oder in die falsche Richtung läuft. Dabei ist sowohl die quantitative Ebene (festgelegte Meilensteine) als auch die qualitative Ebene (Zufriedenheit und Motivation der Betroffenen) zu berücksichtigen.

12. Verankerung der Veränderung: Für eine Sicherung des erreichten Veränderungserfolge ist eine detaillierte Verankerung der neuen Ansätze, Verfahrens- und Verhaltensweisen notwendig. Wichtig dabei ist eine überzeugte Führung, die Veränderungen nachhaltig stabilisiert und diese an die folgende Führungsgeneration weitergibt.

Es wird deutlich, dass besonders die einfühlsame, umfassende, transparente und informative Kommunikation für erfolgreiche Umstellungsprozesse von entscheidender Bedeutung ist (Fischer-Korp, 2018). Menschen wollen im Umstellungsprozess gefragt und beteiligt werden und sie brauchen klare Visionen, Strategien, Perspektiven, Vertrauen und das Gefühl, dass ihre Werte, Bedürfnisse und Interessen beachtet werden. Ist diese Basis vorhanden, können Umstellungsprozesse erfolgreich gesteuert werden (Fischer-Korp, 2018).

Kapitel 3 - Methode

Im *Kapitel 3 – Methode* werden die wissenschaftlichen Methoden beschrieben, welche zur Beantwortung der Forschungsfragen dienten. Im Detail werden die verschiedenen Forschungsschritte beleuchtet.

Zur Gliederung des Forschungsprojekts wurden die „10 essentials of research“ nach (DePoy & Gitlin, 2015) verwendet, in fünf Überkategorien zusammengefasst und in einer Grafik (Abb. 6) dargestellt.

Diese Kategorien sind:

1. Formulierung des Forschungsproblems
2. Planung und Vorbereitung
3. Datenerhebung
4. Datenauswertung
5. Dissemination

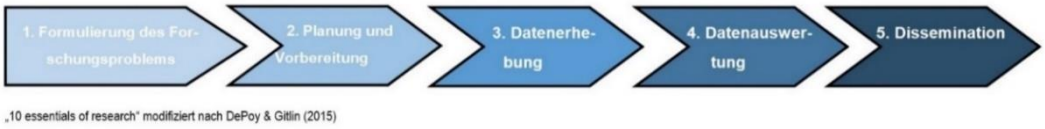


Abbildung 6 Darstellung der Forschungsschritte

3.1. Formulierung des Forschungsproblems

Das Forschungsproblem wurde auf Grundlage einer ausführlichen Literaturrecherche (→ Kap. 3.1.1) über die Umsetzung betätigungsbasierten Arbeitens im deutschen Klinikkontext formuliert. Da die Suche nur wenige Ergebnisse für den nationalen Klinikkontext ergab, wurde die Suche ausgeweitet. Hierfür betrachteten die Autor*innen zusätzlich den internationalen Klinikkontext und das modellgeleitete Arbeiten. Die Erkenntnisse der Literaturrecherche wurden im hypothetischen Modell nach Gläser und Laudel (2010), welches in *Kapitel 3.2* genauer erläutert wird, geordnet. Hierdurch zeichnete sich die Forschungslücke ab, welche den Ausgangspunkt für das Forschungsproblem und die daraus resultierende Forschungsfrage darstellt. Als Forschungsmethode zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit einer qualitativen Inhaltsanalyse zur Auswertung im Sinne der empirischen Sozialforschung nach Gläser und Laudel (2010) gewählt.

3.1.1. Literaturrecherche

In der Literaturrecherche wurden unterschiedliche Themengebiete beleuchtet. Die Suche begann als eingegrenzte Recherche, welche wenig relevante Literatur generierte, so dass die Autoren*innen sowohl die breite Recherche wie auch das Schneeballsystem nutzten, um relevante Literatur zu finden (Döring & Bortz, 2016a). Die genutzten Datenbanken waren pubmed, otseeker und die DIZ Datenbank der ZUYD Hogeschool. Des Weiteren wurde auch die HBO Kennisbank, sowie die Datenbank des DVE genutzt. Das Schwerpunktthema der

Literaturrecherche war die Umsetzung und Implementierung betätigungsbasierten Arbeitens im klinischen Kontext. Weitere relevante Suchbegriffe waren Klientenzentrierung, Paradigma, und Berufsidentität, jeweils bezogen auf Ergotherapeut*innen. Eine Übersicht der Suchstrategie und der Suchwörter ist im Anhang (A. 1) zu finden. Die Autor*innen überprüften die gefundenen Studien und Artikel auf die Relevanz für ihre Forschungsfrage und weitere in diesem Zusammenhang stehende Themengebiete. Die gefundene Literatur wurde zuerst anhand der Überschriften nach relevanten Artikeln gesichtet. Im nächsten Schritt wurden die Abstracts der für aussagekräftig befunden Artikel gelesen und die Artikel erneut nach ihrer Relevanz sortiert (Abb. 7).

04.03.2020 17:59	"occupational therapy" and "theory practice gap" AND "paradigm" 2010-2019 Volltext	30 ohne Duplikate 1 Artikel	Empowering occupational therapists to become evidence-based work rehabilitation practitioners. https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d4bb6b93-fbe8-486e-be20-83172ac5467c%40sessionmgr4006 Abstract: Occupational therapists (OTs) engage in continuing education to integrate best available knowledge and skills into their practice. However, many barriers influence the degree to which they are currently able to integrate research evidence into their clinical decision making process. The specific objectives were to explore the clinical decision-making processes they used, and to describe the empowerment process they developed to become evidence-based practitioners. Participants: Eight OTs, who had attended a four-day workshop on evidence-based work rehabilitation, were recruited to participate to a reflective practice group. Methods: A collaborative research methodology was used. The group was convened for 12 meetings and held during a 15-month period. The data collected was analyzed using the grounded theory method. Results: The results revealed the different decision-making modes used by OTs: defensive, repressed, cautious, autonomous intuitive and autonomous thoughtful. These modes influenced utilization of evidence and determined the stances taken toward practice change. Reflective learning facilitated their utilization of an evidence-based practice model through a three-level empowerment process: deliberateness, client-centeredness and system mindedness. Conclusions: During the course of this study, participants learned to become evidence-based practitioners. This process had an impact on how they viewed their clients, their practice and the work rehabilitation system. Relevanz: 1/3
04.03.2020 18:11	"occupational science or occupational therapy" and "occupation based intervention" 2010-2020 Volltext	12 4 Artikel kommen in Betracht	1. Occupational science: An important contributor to occupational therapists' clinical reasoning. https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=095ff79f-f221-4814-92ff-dd9a51ece463%40sdc-v-sessmgr01 Kein Abstract Relevanz: 2/3

Abbildung 7 - Auszug Literaturrecherche

Das Evidenzlevel bestimmten die Autor*innen mit Hilfe der Forschungspyramide nach Borgetto (2017c, 2017b, 2017a) und clusterten die gefundene Literatur nach Themengebieten (Abb. 8).

Name der Studie	Themenbereich	Kernaussage	Evidenz nach Borgetto
Ahn, Si-Nae (2019): Effectiveness of occupation-based interventions on performance's quality for hemiparetic stroke in community-dwelling: A randomized clinical trial study	Betätigungsbasierung im klinischen Kontext	Betätigungsbasierte Therapie hat einen positiven Einfluss auf ADL und Partizipation	2. Evidenzlevel: quantitativ experimentell
Ashby, Samantha; Gray, Mel; Ryan, Susan; James, Carole (2015): Maintaining occupation-based practice in Australian mental health practice: A critical stance.	Betätigungsbasierung	Berufsidenität ist essenziell für die Umsetzung betätigungsbasierter Therapie; Biomechanisches Paradigma und fehlende Evidenz für betätigungsbasierung hat Einfluss auf ET	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Bennett, Sally; Allen, Shelley; Caldwell, Elizabeth; Whitehead, Mary; Turpin, Merrill; Fleming, Jennifer; Cox, Ruth (2016): Organisational support for evidence-based practice: occupational therapists perceptions	Implementierungsstrategien	Förderfaktoren und Hindernisse bei der Umsetzung von EBP: Einfluss auf den Changeprozess	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend

Abbildung 8 - Auszug Evidenztabelle

Durch die Literaturrecherche und die Betrachtung der Studien und Artikel wurde deutlich, dass die betätigungsbasierte Arbeitsweise in deutschen sowie internationalen Kliniken bisher nur wenig umgesetzt wird und deshalb auch wenig aussagekräftige Literatur dazu vorhanden ist. Die vereinzelt gefundenen Artikel über die Implementierung der Betätigungsbasierung in den Arbeitsalltag konnten die Autor*innen für ihre Studie nutzen. Aus diesen Erkenntnissen generierten die Autor*innen ihre Forschungsfrage und unterteilten diese zur Strukturierung des komplexen Themengebietes in drei Leitfragen (Abb. 9).

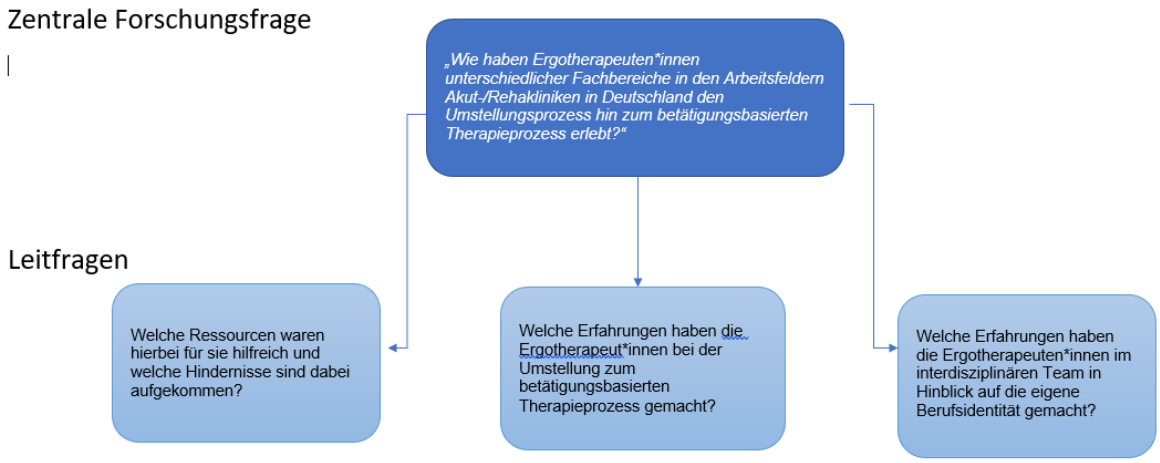


Abbildung 9 - Forschungsfragen

Die Autor*innen entschieden sich nach Sichtung und Analyse der relevanten Literatur für eine empirische Aufarbeitung des Themas, um ihre Forschungsfrage beantworten zu können.

3.1.2. Empirische Sozialforschung

Empirische Forschungen haben immer das Ziel, die Erfahrungswirklichkeit des Untersuchungsobjekts zu beschreiben (Döring & Bortz, 2016a). Historisch betrachtet werden die empirischen Wissenschaften in Natur- und Technikwissenschaften einerseits und Sozialwissenschaften andererseits geteilt. In dieser Ausarbeitung beziehen sich die Autor*innen nur auf den sozialwissenschaftlichen Anteil, da in den Sozialwissenschaften das Verhalten, Erleben und Zusammenleben von Menschen im Fokus stehen (Döring & Bortz,

2016a). Ein Kernelement der empirischen Forschung ist das methodisch angeleitete Sammeln und Analysieren von Daten, welche die Erfahrungswirklichkeit widerspiegeln sollen (Döring & Bortz, 2016a). Durch ihren Fokus auf das Erleben und Verhalten von Menschen, grenzt sich die empirische Sozialforschung von den Natur- und Technikwissenschaften und den Geisteswissenschaften ab, knüpft aber an deren wissenschaftlichen Methoden an. So steht die qualitative Sozialforschung in der Tradition der Geisteswissenschaften, während sich die quantitative Sozialforschung Methoden der Naturwissenschaften zunutze macht (Döring & Bortz, 2016a).

Eine weitere Abgrenzung der empirischen Sozialforschung zeigt sich durch den Vergleich mit der theoretischen Sozialforschung. Die theoretische Sozialforschung möchte Theorien dadurch weiterentwickeln, dass sie Folgerungen aus ihnen ableitet und sie zu anderen Theorien in Beziehung setzt (Gläser & Laudel, 2010), wohingegen die empirische Sozialforschung von diesen Theorien angeleitet die soziale Realität beobachtet und aus den Beobachtungen wiederum theoretische Schlüsse zieht. Dies bedeutet, dass die empirische Sozialforschung nicht losgelöst von der theoretischen Sozialforschung existieren kann. Beide beeinflussen sich gegenseitig und tragen somit zum sozialwissenschaftlichen Erkenntnisgewinn bei (Gläser & Laudel, 2010).

Das Ziel jeglicher empirischen Sozialforschung ist es, das soziale Handeln zu erklären. Hierzu ist es notwendig, Verständnis über die Faktoren, welche ein bestimmtes Handeln beeinflussen, zu erlangen und gleichzeitig darzustellen, wie diese Faktoren das Ergebnis erzeugen (Gläser & Laudel, 2010). Um dieses Verständnis zu erlangen, stehen der empirischen Sozialforschung zwei unterschiedliche Vorgehen zur Verfügung: die quantitative und die qualitative Sozialforschung (Gläser & Laudel, 2010). Diese unterscheiden sich in der Art und Weise, wie diese zu kausalen Erklärungen gelangen (Gläser & Laudel, 2010).

Bei der quantitativen Methode wird die Interpretation von Sachverhalten mithilfe von Zahlen und Skalen ausgedrückt (Gläser & Laudel, 2010). Der Fokus liegt auf einem deduktiven Vorgehen, bei dem Theorien bzw. Hypothesen anhand von harten Daten begründet werden. Dies geschieht mittels standardisierter Methoden (Perkhofer, 2016). Im Gegensatz zur qualitativen Forschung möchte die quantitative Forschung aufzeigen, was objektiv wahr ist. Hierfür bedient sie sich der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität (Perkhofer, 2016).

Da die Literaturrecherche aufzeigte, dass das vorhandene Wissen für ein hypothesengeleitetes Arbeiten im Sinne der quantitativen Forschung nicht ausreicht und sich auch soziale Wirkzusammenhänge schwer in Hypothesen formulieren lassen, entschieden sich die Autor*innen für die Nutzung der qualitativen Forschungsmethode. Dies ermöglicht es, gezielt nach Kausalmechanismen zu suchen und diese zu beschreiben, um mit ihnen die Forschungsfrage zu beantworten. Qualitative Methoden interpretieren soziale Sachverhalte, in dem sie diese verbal beschreiben (Gläser & Laudel, 2010). Diese gewonnenen verbalen Interpretationen werden nicht standardisiert und erst im Prozess der Auswertung reduziert (Gläser & Laudel, 2010). Hierbei steht das Erleben und die Wahrnehmung des Untersuchten im Vordergrund (Perkhofer, Gebhart, Tucek, 2016).

Ziel hierbei ist es, neue Erkenntnisse zu gewinnen und daraus Theorien zu entwickeln. Dieses Vorgehen ist induktiv und eignet sich vor allem bei noch wenig erforschten Fragestellungen (Perkhofer, Gebhart, & Tucek, 2016).

Gläser und Laudel (2010) setzen für die Rekonstruktion sozialer Sachverhalte, das Zusammentragen aller hierfür benötigten Informationen voraus. Dieser Analyse des bereits vorhandenen Wissens über den Forschungsgegenstand wurde mit einer ausgeprägten Literaturrecherche Rechnung getragen (Gläser & Laudel, 2010). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) ermöglicht es, das durch die Literaturrecherche gewonnene Wissen im Analyseprozess zu erweitern (Gläser & Laudel, 2010). Da die Literaturrecherche bezüglich der Forschungsfrage wenige Ergebnisse lieferte, ist dieses Vorgehen ein geeigneter Erklärungsmechanismus. Ein weiterer Vorteil ist, dass Gläser und Laudel (2010) hiermit sowohl das induktive wie auch deduktive Vorgehen kombinieren.

3.2. Das hypothetische Modell

Das hypothetische Modell ist eine grafische Darstellung der Untersuchungsvariablen und der vermuteten Kausalzusammenhänge (Gläser & Laudel, 2010). Es ist eine theoretische Überlegung, um das Wissen der Autor*innen zu strukturieren. Die Annahmen über sich beeinflussende Faktoren, Variablen und Zusammenhänge werden dargestellt und bilden somit die Basis für den weiteren Forschungsprozess (Gläser & Laudel, 2010). Die Annahmen über Kausalmechanismen müssen über die Wechselwirkung der Variablen und deren Einfluss auf einzelne Faktoren im hypothetischen Modell beschrieben werden (Gläser & Laudel, 2010). Gläser und Laudel (2010) unterscheiden vier Arten von Variablen, um die Elemente und Kausalitäten des hypothetischen Modells zu identifizieren. Diese werden nun Anhand von Beispielen von den Autor*innen erläutert (Gläser & Laudel, 2010):

Bei *unabhängigen Variablen* wird nur ihre Wirkung auf andere Variablen untersucht und welche Rolle diese dabei spielen. Welche Faktoren die Variable selbst beeinflussen, ist nicht relevant. So hat die Akut-/Rehaklinik (= unabhängige Variable) durch festgelegte Standards und Normen Auswirkung auf die Arbeit des ergotherapeutischen Teams und der Ergotherapeut*innen.

Bei *abhängigen Variablen* ist nur wichtig, wodurch diese beeinflusst werden, wohingegen ihre eigene Wirkung uninteressant ist. So wird beispielsweise das betätigungsbasierte Arbeiten durch die Ergotherapeuten*innen beeinflusst bzw. ausgeführt.

Intervenierenden Variablen gilt meist kein Erkenntnisinteresse, doch können diese durch das Vermitteln weiterer Variablen den Kausalmechanismus beeinflussen und müssen deswegen beachtet werden. Ein Beispiel hierfür könnte fehlendes Wissen über betätigungsbasiertes Arbeiten sein. Dies kann aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen und damit fehlender Fortbildungen entstehen.

Vermittelnde Handlungen sind Variablen, die Vermittlungsprozesse beschreiben und teilweise selber durch Variablen beschrieben werden. Dies können beispielsweise Kommunikations- und Hierarchiestrukturen sein, welche den Umstellungsprozess beeinflussen können.

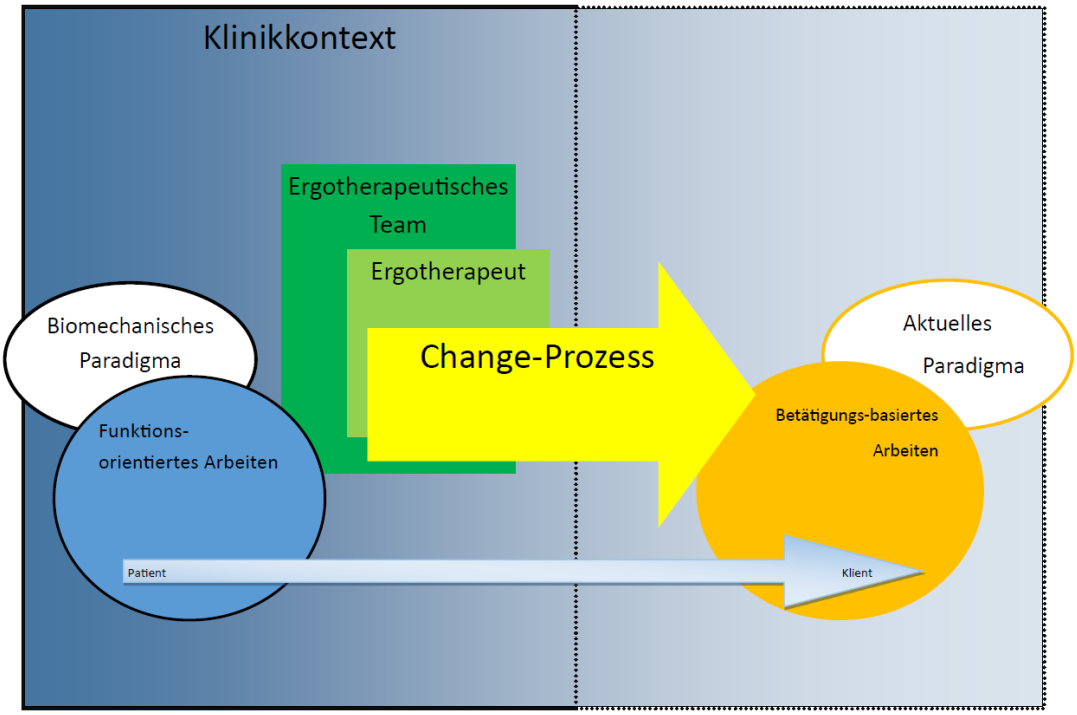


Abbildung 10 - Hypothetisches Modell

Da die zentrale Forschungsfrage in drei Leitfragen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Ressourcen und Hindernisse, Ablauf des Prozesses, Berufsidentität im interdisziplinären Team) unterteilt wurde, ist es notwendig, die einzelnen Variablen des hypothetischen Modells auch aus den Leitfragen entsprechenden Sichtweisen zu analysieren.

Der Change-Prozess zeigt sich im hypothetischen Modell als abhängige Variable, die durch den Klinikkontext, die Ergotherapeut*innen und das Ergotherapeutische Team (unabhängige Variablen) beeinflusst wird. Dieser Einfluss kann sich zum einen durch die Rahmenbedingungen, Erwartungen und die hierarchischen Strukturen innerhalb der Klinik ergeben oder durch die Wahl eines bestimmten Vorgehens des ergotherapeutischen Teams innerhalb der Gestaltung und Durchführung des Change-Prozess. Eine weitere Möglichkeit ergibt sich aus einer Wechselwirkung dieser Variablen. Da der Change-Prozess ein zeitlich nicht abgegrenzter Prozess ist, kann dieser die Variablen Ergotherapeut*in, Ergotherapeutisches Team und Klinikkontext als unabhängige Variable beeinflussen und somit diese in abhängige Variablen umwandeln. Eine Möglichkeit wäre zum Beispiel, dass durch die Auseinandersetzung mit dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma aufgrund des Change-Prozess die Berufsidentität der einzelnen Ergotherapeut*innen beeinflusst wird und sich dadurch ändert. Das Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010) bietet eine flexible Definition der Variablen während des gesamten Forschungsprozesses und ermöglicht auf diese Wechselwirkung zu reagieren.

Als grundlegende Basis für die qualitative Inhaltsanalyse und den Leitfaden wurden alle Variablen beschrieben und definiert (A. 5) und wie von Gläser und Laudel (2010) beschrieben,

für jede Variable je zwei Dimensionen (Zeit- und Sachdimension) gebildet, sowie Indikatoren festgelegt. Diese sollen die Analyse der Rohdaten strukturieren.

Die gewählten Farben innerhalb des hypothetischen Modells sollen die Bedeutung und die Einflüsse der einzelnen Variablen widerspiegeln, um somit die komplexen Zusammenhänge darzustellen. Dies werden nun kurz erläutert:

Der gesamte Klinikkontext, welcher als umgebender Kontext und auch als unabhängige Variable dargestellt wird, ist blau gehalten und wird in zwei Bereiche unterteilt. Der bereits existierende Bereich des biomechanischen Paradigmas, welcher mit einer durchgezogenen Linie begrenzt ist, wird um den Aspekt des aktuellen Paradigmas ergänzt. Dies wird durch die gestrichelte Linie dargestellt. Die Farbwahl Blau und Orange gestaltete sich anhand der Komplementärfarben aus der Farbenlehre (Zawischa, o.D.). Hierbei liegen sich Blau und Orange jeweils genau gegenüber. Dies soll die Gegensätzlichkeit dieser beiden Paradigmen aufzeigen. Gleichzeitig soll die Erweiterung des Kontextes vermitteln, dass beide Paradigmen nebeneinander existieren können und die ergotherapeutische Arbeit sich an einem Kontinuum zwischen den beiden Paradigmen bewegen kann.

Der Umstellungsprozess, welcher sowohl abhängige als auch unabhängige Variable sein kann, wird gelb dargestellt. Diese Farbe wurde gewählt, um den Einfluss des Umstellungsprozesses auf die Ergotherapeut*innen und das ergotherapeutische Team darzustellen. Da sowohl die Ergotherapeut*innen als auch das ergotherapeutische Team in den Klinikkontext eingebunden sind, werden diese in zwei verschiedenen Grüntönen dargestellt. Dies soll die Einflüsse des Umstellungsprozesses, aber auch die des Klinikkontextes verdeutlichen. Die/der Ergotherapeut*in hat beide Farben in sich, da er/sie sowohl als abhängige Variable vom Team und dem Prozess beeinflusst wird, als auch das Team und den Prozess als unabhängige Variable beeinflusst. Ziel des Umstellungsprozesses ist es, das betätigungsorientierte Arbeiten, welches abhängige und unabhängige Variable sein kann, in den Kontext der Klinik zu integrieren. Wird das betätigungsbasierte Arbeiten von den Ergotherapeut*innen ausgeführt, so wird dieses als abhängige Variable definiert. Da das betätigungsbasierte Arbeiten aber auch gleichzeitig die Arbeits- und Denkweise der Ergotherapeut*innen beeinflusst, kann es auch gleichzeitig unabhängige Variable sein.

Im Rahmen dieses Umstellungsprozesses mit der Ausrichtung an dem aktuellen Paradigma durchlebt auch der/die Patient*in, im Sinne der Klientenzentrierung (→Kap. 2.2.3.), einen Wandel. Er/Sie nimmt die partizipative Rolle des/der Klient*in ein, der/die aktive an der Therapie beteiligt ist.

3.3. Planung und Vorbereitung der Erhebung

Im Folgenden werden die Auswahl des Studiendesigns und die Planung der leitfadengestützten Experteninterviews mit den jeweiligen Unterpunkten genau beschrieben. Außerdem betrachten die Autor*innen die in Zusammenhang stehenden forschungsethischen Aspekte im Gesundheitswesen.

3.3.1 Auswahl des Studiendesigns

Aufgrund der geringen Datenlage zu der gestellten Forschungsfrage entschieden sich die Autor*innen für ein qualitatives Forschungsdesign. Dieses Vorgehen wird auch von Gläser und Laudel empfohlen, da nach ihrer Aussage „soziale Mechanismen“, wie die Erfahrung von Ergotherapeut*innen in ihrem Arbeitsalltag, „in der Regel überhaupt nur mit qualitativen Methoden identifizierbar sind“ (Gläser & Laudel, 2010, S.71).

Das qualitative Forschungsdesign ermöglicht es den Autor*innen, das Erleben und die Erfahrungen der Expert*innen, die diese während des Umstellungsprozesses gemacht haben, zu analysieren und zu verstehen, um damit die Forschungsfrage zu beantworten (Perkhofer, Gebhart, Tucek, 2016; Gläser & Laudel. 2010).

Als Erhebungsinstrument für die Durchführung der Studie entschieden sich die Autor*innen für das leitfadengestützte Experteninterview nach Gläser und Laudel (2010). „‘Experte‘ beschreibt die spezifische Rolle des/der Interviewpartners/in als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, um dieses Wissen zu erschließen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 12). Helfferich (2011, S.164) spricht bezüglich Expertenwissens neben „impliziten Wissen“ auch von „technischem Wissen“, welches als Wissen über Anwendungsroutinen und als praktisches Erfahrungswissen definiert wird. Mittels Leitfadeninterviews ist es möglich, die Erfahrungen der Befragten, die am Change-Prozess beteiligt waren, systematisch zu rekonstruieren und dabei auf die individuellen Erfahrungen einzugehen. Ziel dieser Interviews ist es eine sozialwissenschaftliche Erklärung für diese Situationen oder Prozesse zu finden. Gläser und Laudel (2010, S. 111) empfehlen einen nichtstandardisierten Leitfaden immer dann, „wenn in einem Interview mehrere unterschiedliche Themen behandelt werden müssen…“ und „wenn im Interview auch einzelne, genau bestimmbare Informationen, erhoben werden müssen“. Ein nichtstandardisierter Interviewleitfaden ermöglicht einen flexiblen Umgang mit dem Interviewpartner gemäß der Situation und begünstigt einen natürlichen Gesprächsverlauf. Dieser lässt das Springen zwischen verschiedenen Themen, das Umschreiben von Fragenstellungen sowie konkretes Nachfragen zu (Gläser & Laudel, 2010). Dieses Vorgehen wird ebenfalls von Helfferich (2011) empfohlen.

1. *Sammeln*

Die Autor*innen erstellten auf Grundlage des hypothetischen Modells und den dazugehörenden Variablen einen Fragenkatalog. Hierbei wurden möglichst viele Fragen zusammengetragen, welche im Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand von Interesse waren. Es fand keine Zensur oder Sortierung statt. Alle aufkommenden Fragen wurden notiert, um im folgenden Schritt bearbeitet zu werden.

2. *Prüfen*

Die entstandene Fragenliste wurde unter den „methodologischen Prinzipien der sozialwissenschaftlichen Forschung“ (Gläser & Laudel, 2010), sowie unter den „Aspekten des Vorwissens und der Offenheit“ evaluiert und angepasst (Helfferich, 2011). Hierbei kam zusätzlich zum Prinzip der Offenheit, das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens zum Einsatz (Gläser & Laudel, 2010). Besonderer Fokus wurde auf die Offenheit und die Neutralität der

Fragen gelegt. Alle Fragen, welche diesem Anspruch nicht gerecht wurden, wurden gestrichen oder die Formulierungen wurden revidiert. Dieses Vorgehen war wichtig, um das tatsächliche Erleben der Untersuchten zu erfahren ohne dass dieses durch Suggestivfragen oder mögliche Erwartungshaltungen der Interviewer*innen verzerrt oder das Interview zu einer Liste von Faktenfragen wurde (Gläser & Laudel, 2010; Helfferich, 2011).

3. Sortieren

Auf dieser Basis formulierten die Autor*innen vier Themenkomplexe, die zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen sollten. Diese Themenkomplexe entstanden aus dem hypothetischen Modell und dem theoretischen Vorwissen. Die übriggebliebenen Fragen wurden folgenden Themenkomplexen zugeordnet:

- Beruflicher Werdegang des/der Ergotherapeut*in
- Ergotherapeutisches/intradisziplinäres Team
- Klinikkontext
- Umstellungsprozess

Zu diesen vier Themenkomplexen wurden entsprechende Unterthemen gebildet, welche zur Vertiefung des Wissenserwerbs dienen sollten. Die genannte Reihenfolge wurde gewählt, um im Gespräch sukzessiv eine Vertrauensbasis aufzubauen. Gläser und Laudel (2010, S. 147) schlagen vor, mit einfachen, sogenannten ‚Anwärmfragen' zu beginnen, um eine gemeinsame Vertrauensbasis zu erarbeiten. Dies ist für das Klima des weiteren Interviews notwendig, um von allgemeinen Fragen zu persönlichen Fragen und den individuellen Erfahrungen zu gelangen (Gläser & Laudel, 2010). Antworten die Expert*innen unzureichend auf die Fragen und Themenblöcke, kann gezielt und vertieft nachgefragt werden. Dies ermöglich weitere Kausalmechanismen zu erkennen.

4. Subsumieren

Im letzten Schritt erhält der Leitfaden seine Form, in dem für jeden Themenkomplex eine Erzählaufforderung formuliert wird. Wichtige Stichwörter, welche durch die Erzählanforderung nicht angesprochen wurden, wurden im Leitfaden farblich markiert, sowie weiterführende bzw. vertiefende Fragen formuliert. Dies soll den Interviewer*innen helfen, einen Überblick über die bisher erfragten Inhalte durch Abhaken der Stichwörter zu bekommen. Der komplette Leitfaden kann dem Anhang entnommen werden (A. 10).

Der Leitfaden wurde in einem Pilotinterview mit einem Ergotherapeuten, welcher Erfahrung im Umstellungsprozess hin zum betätigungsorientierten Arbeiten in einer Klinik hat, getestet. Dieses Verfahren wird auch von Gläser und Laudel (2010) empfohlen, um sicherzustellen, dass die Fragen bei dem Gegenüber auch das bewirken, was sie bewirken sollen. Um den Prozess des Pilotinterviews zu evaluieren und zu reflektieren, verfassten die Autor*innen spezielle Reflexionsfragen, welche bei der Anpassung des Leitfadens helfen sollten. Basierend auf den Erfahrungen der Autoren*innen aus dem Pilotinterview wurden Fragen konkretisiert und der Leitfaden überarbeitet. Des Weiteren wurden wenige Fragen zusammengefasst und in andere Themenkomplexe verschoben. Dieses Vorgehen ist kongruent mit den Empfehlungen zur

Anpassung des Leitfadens nach Gläser und Laudel (2010). Um ein flüssiges Gespräch zu gewährleisten wurden die wichtigsten Schlagworte farblich markiert. Hierdurch wurde sichergestellt, dass die Autor*innen während dem Interview flexibel auf Themenwechsel durch die Expert*innen reagieren und trotzdem alle wichtigen Themenkomplexe ansprechen können (Gläser & Laudel. 2010). Der Leitfaden kann dem Anhang entnommen werden (A. 11).

Da jede sozialwissenschaftliche Forschung durch die Arbeit am Menschen auch eine ethische Dimension hat (Gläser & Laudel, 2010), setzten sich die Autor*innen während des gesamten Prozesses, vor allem aber bei der Erstellung des Leitfadens, mit der Forschungsethik auseinander (Gläser & Laudel, 2010; Perkhofer & Tucek, 2016; Druml, 2010). Insbesondere bei sozialwissenschaftlichen Studien, bei denen das Erleben des Einzelnen im Vordergrund steht, ist dies unerlässlich. Als Teilgebiet der Philosophie hat die Ethik „das sittliche Verhalten des Menschen zum Gegenstand und setzt sich mit der Moral auseinander“ (Kerres & Seeberger, 2001, zitiert nach Perkhofer & Tucek, 2016). In diesem Sinne haben die Autor*innen die Expert*innen durch eine informierte Einwilligung über Ziel und Inhalt des Interviews informiert (Gläser & Laudel, 2010). Da es sich hierbei um einen rekonstruierenden Forschungsprozess bzw. ein retrospektives Design handelt, konnte ebenfalls sichergestellt werden, dass keine gesellschaftlich benachteiligten (vulnerablen) Gruppen zu Schaden kamen (Gläser & Laudel, 2010). Durch das Ausschließen vulnerabler Gruppen entfiel auch die Pflicht, einen Ethikantrag einzureichen (Perkhofer & Tucek, 2016). Um allen ethischen Ansprüchen an den Forschungsprozess gerecht zu werden, orientierten sich die Autor*innen an den vier Grundprinzipien der biomedizinischen Ethik (*„Autonomie“, „Wohltun“, „Nichtschaden“* und *„Gerechtigkeit“)* nach Druml (2010, S. 18). Diese Prinzipien werden im Anhang (A.9) durch die Autor*innen erläutert.

3.4. Datenerhebung

In diesem Teil der Forschungsarbeit werden zunächst die Akquise der teilnehmenden Expert*innen und deren Ein- und Ausschlusskriterien kurz dargestellt, eine genaue Auseinandersetzung mit den Teilnehmenden findet in *Kapitel 4* Resultate statt. Anschließend daran wird die Durchführung der Interviews und die darauffolgende Transkription der Audiodateien beschrieben. Das Kapitel wird mit der Datenauswertung im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse abgeschlossen.

3.4.1. Stichprobe und Einschlusskriterien

Für die Rekrutierung der Teilnehmenden nutzen die Autor*innen verschiedene Stichprobenverfahren. So wurde über die Homepage des DVE, dem Instant-Messaging-Dienst WhatsApp, sowie den sozialen Netzwerken Facebook und LinkedIn zur Studienteilnahme aufgerufen. Zudem wurden persönliche Kontakte zu Ergotherapeut*innen genutzt, welche wiederum den Studienaufruf weiter verbreiten sollten. In diesem Zusammenhang sprechen Ritschl & Stamm (2016) vom „Schneeballverfahren“. Zuletzt kontaktierten die Autor*innen Kliniken gezielt per E-Mail („gezielten Stichprobe“ nach Ritschl & Stamm, 2016). Dieses Vorgehen entspricht auch dem „purposive/purposeful sampling“, also der bewusste beziehungsweise absichtsvollen Auswahl von Fällen (Glaser & Strauss, zitiert nach (Döring & Bortz, 2016b). Der Akquirierungszeitraum erstreckte sich von Anfang Juni bis Mitte Juli 2020.

Die Einschlusskriterien für die Studienteilnahme können der nachfolgen Abbildung 11 entnommen werden.

Der Umstellungsprozess hin zum betätigungsbasiertem Arbeiten im klinischen Setting wurde erlebt und mitgestaltet	
Anstellung als Ergotherapeut*in in einer Klinik oder einem Krankenhaus in Deutschland. Die Anstellung darf nicht länger als 2 Jahre zurückliegen.	Aktive Beteiligung an dem Umstellungsprozess vom funktionsorientierten hin zum betätigungsorientierten Arbeiten.
Die Betätigung sollte als Ziel und/oder Mittel für den Therapieprozess genutzt werden	Der Therapieprozess soll anhand von ergotherapeutischen Modellen gestaltet und klientenzentriert ausgerichtet sein

Abbildung 11 - Einschlusskriterien

3.4.2. Durchführung des Interviews

Die qualitative Forschung stellt eine alltagsnahe Forschungsmethode dar und sollte deshalb im gewohnten Kontext der befragen Personen stattfinden (Mayring, 2002). In Bezug zu der Forschungsfrage, stellt das natürliche Umfeld der Teilnehmenden den Klinikkontext dar. Aufgrund der vorherrschenden Situation durch den COVID19-Virus, wurde auf ein Face-to-Face Interview im natürlichen Klinikumfeld der Teilnehmenden verzichtet (siehe Lesehinweis: CoronaPassus). Stattdessen griffen die Autor*innen auf Onlineinterviews zurück. Um die Körpersprache der Teilnehmer*innen mit in die Datensammlung einfließen lassen zu können, entschieden sich die Autor*innen für die Durchführung per Video, um einer realen Interviewsituation möglichst nahe zu kommen. Hierfür wurde Microsoft Teams verwendet, welches die Aufnahme aller Interviews ermöglichte. Alle fünf Teilnehmenden stimmten den Onlineinterviews zu und waren mit der Online Videoaufnahme einverstanden.

Die Teilnehmer*innen erhielten im Vorfeld eine Einwilligungserklärung (A. 12) und wurden in dieser, sowie zusätzlich persönlich vor Beginn des Interviews über den Zweck, das Ziel, die Art der Mitarbeit und die Verwendung der Daten für die Forschungsarbeit aufgeklärt. Dies entspricht den ethischen Prinzipien nach Druml (2010) und durch die freiwillige Teilnahme dem Prinzip der Autonomie. Den Teilnehmenden stand es außerdem frei, die Forschung jederzeit ohne Angabe eines Grundes und Benachteiligung für sich zu beenden und die Verwendung der erhobenen Daten zu verweigern.

Um die rechtlichen Grundlagen des Datenschutzes zu gewährleisten, wurde in dieser Studie im Sinne der Datenschutzgrundverordnung (Europäisches Parlament, 2018) gehandelt. Die Autor*innen respektierten während der Interviews die Privatsphäre der Teilnehmenden und handelten in allen Schritten nach dem Prinzip des Wohltuns und Nicht-Schadens und den Vorschriften des Datenschutzes. Diese schließen ebenfalls die Anonymisierung der Teilnehmer*innen und einen streng vertraulichen Umgang mit den persönlichen und erhobenen Daten ein, sowie die sachgerechte Aufbewahrung dieser Daten und der Erstellung von Verbindung zu Forschungszwecken. Über die Speicherung der Daten wurden die Teilnehmenden im Rahmen der Einwilligungserklärung informiert. Der Austausch der Daten und deren Verarbeitung fanden auf einer passwortgeschützten Cloud statt, welche von der Hogeschool ZUYD zur Verfügung gestellt wurde und den datenschutzrechtlichen Software Vorgaben entspricht.

Für die Ergotherapie in Deutschland kann die vorliegende Forschungsarbeit förderlich für die Entwicklung nach dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma und den internationalen Standards sein, da die Forschungsergebnisse für den deutschen Klinikkontext eine Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit aufweisen. Dies entsprecht dem Prinzip der Gerechtigkeit.

Während der Durchführung der Interviews waren immer alle drei Autor*innen anwesend. Ein/e Autor*in führte jeweils das Interview, während die anderen beiden Autor*innen sich um den technischen Ablauf kümmerten und sich Notizen zu dem Interview machten. Hierbei achteten die beiden anderen Autor*innen auch auf das Einhalten des Vorgehens und konnten bei Bedarf, über einen separaten Chat intervenieren. Durch die Anwesenheit aller drei Autor*innen während der Interviews könnten diese ihre Beobachtungen und Gedanken nach dem Gespräch untereinander austauschen und sich bezüglich der Interviewführung gegenseitig Rückmeldung geben und das Vorgehen entsprechend anpassen. Auf diese Weise konnte eine Deckung bei der Durchführung der Interviews bei unterschiedlichen Interviewer*innen von den Autor*innen garantiert werden (Ritschel et al., 2016). Jede/r Autor*in führte ein, beziehungsweise zwei Interviews durch. Diese wurden per Microsoft Teams geführt und aufgezeichnet. Alle Expert*innen wurden einzeln befragt. Alle Autor*innen stellten sich zu Beginn des Interviews im Videochat vor, um eine Vertrauensbasis zu schaffen. Mit Beginn des Interviews deaktivierten die Autor*innen, welche nicht das Interview führten, sowohl ihre Kamera als auch ihr Mikrofon. Dadurch sollte eine vertraute Face-to-Face Interviewsituation geschaffen werden, in der die Expert*innen nicht durch Mimik oder Gestik der beiden anderen Autor*innen abgelenkt werden könnten.

3.4.3. Transkription

Die aufgenommenen Interviews in Form von Videodateien (Rohdaten) wurden in die Software F4-Transkript eingefügt und mithilfe von vorher formulierten Transkriptionsregeln, die dem Anhang entnommen werden können (A. 13), transkribiert. Diese Software wird von Dresing und Pehl (2018) vorgeschlagen. Zum Transkribieren orientierten sich die Autor*innen an den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2018) und Gläser und Laudel (2010).

Die Transkription erfolgte immer durch den/die zweite/n Autor*in, welche/r das Interview nicht geführt hatte und wurde anschließend von dem/r dritten Autor*in auf Transkriptionsfehler überprüft. Dies geschah als weitere Form der Triangulation.

Durch den Vorgang des Transkribierens wurden aus den Rohdaten lesbare Texte. Curtin & Fossey (2007) schlagen vor, dass ein Member-Check, also die Kontrolle des Transkripts durch den Interviewten, die Gültigkeit der Aussagen validieren kann. Ebenfalls haben die Expert*innen hierbei die Möglichkeit, weitere Informationen zum Transkript zu ergänzen, bspw. wenn Fachtermini nicht richtig verstanden wurden. Aus diesem Grund wurden die Transkripte anhand der festgelegten Regeln für den Member-Check nochmals geglättet und anschließend per E-Mail an die Expert*innen verschickt. Dieses Vorgehen diente ebenfalls der weiteren Triangulation der Daten und gewährleistete eine damit verbundene Qualitätssicherung.

Vier der fünf Expert*innen meldeten sich innerhalb der festgelegten Frist von zwei Wochen mit Ergänzungen zum Transkript. Die von den Expert*innen überprüften Transkripte wurden mit den Originalen verglichen. Abgesehen von einzelnen korrigierten Fachtermini gab es hier keine nennenswerten inhaltlichen oder beeinflussenden Änderungen. Bei fehlender Rückmeldung verwendeten die Autor*innen das bereits vorliegende Transkript.

3.5. Datenauswertung

Da die Autor*innen sich als Auswertungs- und Analysemethode für die qualitative Inhaltsanalyse entschieden haben, wird diese anhand des Ablaufs von Gläser und Laudel (2010) beschrieben. Die Autor*innen nutzten zur Auswertung die Software F4-Analyse (Dresing & Pehl, 2018). Die computergestützte Analyse hatte den Vorteil, dass alle drei Autor*innen, unter Nutzung der passwortgeschützten Cloud, Zugang zu den Rohdaten hatten und diese gemeinsam codieren und dem hypothetischen Modell zuordnen konnten.

Weiterhin wurde das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens und das Prinzip vom Verstehen als ‚Basishandlung' sozialwissenschaftlicher Forschung angewandt. Dies wurde durch die Bildung eines Kategoriensystems zur Analyse des Rohmaterials gewahrt. Gläser und Laudel weisen bei der Bildung des Kategoriensystems und der Analyse der Daten darauf hin, dass das Kategoriensystem „…durch neue Kategorien ergänzt werden, oder die Dimensionen der Kategorien verändert werden können." (2010, S.205). Hierdurch konnten die Autor*innen die im Vorfeld gebildeten Variablen des Hypothetischen Modells während der Analyse erweitern, weitere Indikatoren hinzufügen und den scheinbar bestehenden Widerspruch zwischen dem Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens und dem Prinzip der Offenheit (Gläser & Laudel, 2010) auflösen.

3.5.1. Aufbereitung der Daten

Um die vorhandenen Rohdaten in Form von Transkripten weiter zu verarbeiten, empfehlen Gläser und Laudel (2010), diese zuerst in Analyseeinheiten zu unterteilen. Die Autor*innen entschieden sich dafür inhaltlich zusammenhängende Absätze als eine Analyseeinheit zu betrachten. Befanden sich mehrere Indikatoren für verschiedene Kategorien in einem Absatz,

wurde dieser in die nächstkleinere Analyseeinheit (in diesem Fall ein Satz) zerlegt. Dieses Vorgehen wurde zur Arbeitserleichterung bereits bei der Transkription angewandt. Hierfür fügten die Autor*innen bspw. bei Themenwechsel durch die Expert*innen gezielt Absätze ein, um diese zu kennzeichnen und das Transkript in schlüssige Sinnabschnitte zu unterteilen.

Dieses strukturierte Vorgehen hat als Ziel, die Menge an erhobenen Daten zu reduzieren und diese gleichzeitig inhaltlich zu strukturieren, um die Qualität zu verbessern (Gläser & Laudel, 2010). Diese Strukturierung der Informationen erfolgt zum einen durch die theoretischen Vorüberlegungen der Autor*innen, sowie durch die inhaltliche Vorbereitung der Extraktion (Gläser & Laudel, 2010). Hierfür werden die entsprechenden Absätze inhaltlich zusammengefasst und die wichtigen Informationen zusammengetragen. Entscheidend ist, dass die Quellenangaben zum Originaltext erhalten bleiben, damit semantische Fehler überprüft und dadurch ausgeschlossen werden können (Gläser & Laudel, 2010). Durch dieses Zusammenfassen konnten relevante Informationen innerhalb einer Kategorie übersichtlich dargestellt werden. Gläser und Laudel empfehlen zur Strukturierung und Zusammenfassung des Materials vier Schritte (2010). Ein wichtiger Aspekt zeigt sich in Schritt drei. Hier heißt es „Inhaltliche Widersprüche bedürfen einer Interpretation im Kontext des gesamten Materials und müssen deshalb bis zur Synthese mitgeführt werden.“ und „Offensichtliche Fehler werden korrigiert.“ können (Gläser & Laudel, 2010, S. 230). Die Autor*innen stellten beim Bilden der Informationsbasis für das weitere Vorgehen keine Widersprüche oder sonstige Fehler in den Transkripten fest.

Die bereits in Kapitel 3.2 beschriebenen Vorüberlegungen im Sinne des hypothetischen Modells mit den darin enthaltenen Variablen und Kausalmechanismen bildeten die Grundlage für die Auswertungskategorien, mit deren Hilfe die strukturierte Informationsbasis analysiert wurde (Gläser & Laudel, 2010). Hierdurch kann ein Zusammenhang zwischen dem bereits existierenden Wissen und den theoretischen Vorüberlegungen geschaffen werden (Gläser & Laudel, 2010). Diese Auswertungskategorien wurden in das Analyseprogramm F4-analyse (Dresing & Pehl, 2018) übertragen und dienten dort als Auswertungs- und Suchraster.

3.5.2. Extraktion

Bevor mit der Extraktion begonnen werden konnte, mussten Regeln zum einheitlichen Extraktionsverfahren formuliert werden. Gläser und Laudel (2010) schlagen vor, dass diese gemeinsam erstellt und diskutiert werden sollen, damit eine hohe Interkoder-Reliabilität ermöglicht wird. Des Weiteren weisen Gläser und Laudel (2010) darauf hin, dass eine gewisse Unstimmigkeit der Autor*innen bei der Extraktion zu gewinnbringenden Diskussionen zum Verständnisgewinns für die Forschungsfrage beitragen kann.

Um mit der Extraktion zu beginnen, müssen nun die vorher definierten Absätze den Kategorien des hypothetischen Modells zugeordnet werden. Die erste Zuordnung führten die drei Autor*innen gemeinsam durch. Dies diente der Triangulation und dem Erlenen der Extraktionsregeln. Gleichzeitig ermöglichte dies ein einheitliches Vorgehen während der weiteren Extraktionen.

Begonnen wurde mit der Untersuchung der einzelnen Analyseeinheiten. Diese wurden auf Indikatoren überprüft und anschließend dem Kategoriensystem zugeordnet. Die Zuordnung

erfolgte anhand der Indikatoren der Variablen, die im hypothetischen Modell definiert wurden. Während der Analysen konnten die Autor*innen durch das induktive Vorgehen, welches das Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010) ermöglicht, den Variablen weitere Indikatoren hinzufügen, sowie neue Unterkategorien bilden. Zuordnungsschwierigkeiten und die Begründung der Kategorienwahl bei diesen wurden dokumentiert. Es wurden alle Quellen während der Transkription mit einem Zeitmarker versehen, welcher gemeinsam mit den Absatzangaben in die Kategorien übernommen wurde. Hierdurch konnten alle Aussagen auf die dazugehörigen Textstellen überprüft werden. Durch das Nutzen der Memo-Funktionen konnten die Autor*innen ihre Interpretationen der Analyseeinheit, aber auch Unsicherheiten, Fragen und theoretische Überlegungen notieren und mit den anderen Autor*innen teilen. Die gebildeten Kategorien können *Abbildung 12* und *Abbildung 13* entnommen werden.

Zur weiteren Triangulation besprachen die Autor*innen gemeinsam die jeweils separat analysierten Interviews. Hierbei wurden besonders die mit der Memo-Funktion markierten Textstellen beleuchtet. Durch dieses Vorgehen konnte sichergestellt werden, dass alle Autor*innen die Kausalmechanismen der ersten Ebene erkannt und den entsprechenden Kategorien zugeordnet haben.

Anschließend wurden die Inhalte der einzelnen Interviews analysiert und die Kausalmechanismen der zweiten Ebene gebildet. Hierbei konnten die Autor*innen bereits erste Vermutungen über die Gesamtzusammenhänge der Kausalmechanismen der dritten Ebene anstellen. Diese wurden anhand von Memos in der F4-analyse Software (Dresing & Pehl, 2018) festgehalten.

Im Vordergrund dieses Prozesses stand die Interpretation der Variablen und der mit ihnen zusammenhängenden Kausalmechanismen. Diese wurden anschließend den verschiedenen Dimensionen der Kausalketten, wie von Gläser und Laudel (2010) beschrieben, zugeordnet und in einer *Extraktionstabelle* (→A. 16) dargestellt.

Abbildung 12 - Auswertungskategorien I

Abbildung 13 - Auswertungskategorien II

3.5.3. Auswertung

Laut Gläser und Laudel (2010, S. 246) hat „die Auswertung zum Ziel, die empirische Frage zu beantworten…“. Die Vorgehensweise bei der Auswertung lässt sich daher nicht in allgemeine Regeln fassen, sondern orientiert sich lediglich an der Forschungsfrage und der damit verbunden Untersuchungsstrategie (Gläser & Laudel, 2010). Dieser Maßgabe folgend konnten die Autor*innen die im hypothetischen Modell formulierten Kategorien den drei Leitfragen zuordnen, um diese zu beantworten. Während der Auswertung konnte eine neue Subkategorie „Kommunikation und Zusammenarbeit“ identifiziert werden. Aussagen zu den Ressourcen und Hindernissen während des Umstellungsprozesses stellten den größten Teil der vorhandenen Daten dar, so dass diese separat analysiert wurden (Leitfrage 2).

Da Umstellungsprozesse in verschiedenen Phasen ablaufen, wurden die Ergebnisse in „Gründe für den-, Ablauf von dem- und Ergebnis des Change“ aufgegliedert. Hierdurch konnte gewährleistet werden, die zeitlichen Aspekte gut darstellen zu können. Dieses Vorgehen wird auch von Gläser und Laudel (2010) in Bezug auf biographische Interviews vorgeschlagen, bei denen es vor allem darum geht, bestimmte Ereignisse in einen zeitlichen Ablauf einzusortieren.

Alle extrahierten Daten wurden in einer *Extraktionstabelle* (→A. 16) zusammengefasst und dargestellt. Hierdurch konnten die einzelnen Aussagen auf Wirkzusammenhänge und identifizierte Kausalmechanismen untersucht werden. Die extrahierten Aussagen konnten zusätzlich thematisch geordnet werden, somit konnten die Vorgehensweise und das Erleben der Expert*innen verglichen werden. Dies ermöglichte es auch Unterschiede im Vorgehen aufzuzeigen.

Kapitel 4 - Resultate

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie dargestellt. Grundlage der Ergebnisse war das in *Kapitel 3* formulierte methodische Vorgehen der Autor*innen. Auf die detaillierte Beschreibung der befragten Expert*innen folgt die Zuordnung der erhobenen Daten zur Beantwortung der zentralen Forschungsfrage und der dazugehörigen Leitfragen.

Zentrale Forschungsfrage:

*„Wie haben Ergotherapeuten*innen unterschiedlicher Fachbereiche in den Arbeitsfeldern Akut-/Rehakliniken in Deutschland den Umstellungsprozess hin zum betätigungsbasierten Therapieprozess erlebt?“*

Leitfragen:

1. *Ausgangssituation:* Welche Ressourcen waren hierbei für sie hilfreich und welche Hindernisse sind dabei aufgekommen?
2. *Umstellungsprozess:* Welche Erfahrungen haben die Ergotherapeuten*innen bei der Umstellung zum betätigungsbasierten Therapieprozess gemacht?
3. *Erfahrung nach dem Prozess:* Welche Erfahrungen haben die Ergotherapeuten*innen im interdisziplinären Team in Hinblick auf die eigene Berufsidentität gemacht?

Mittels der Transkription werden die Aussagen der Expert*innen wörtlich wiedergegeben und den Variablen des hypothetischen Modells zugeordnet. Die aus den theoretischen Vorüberlegungen erstellten Variablen und Annahmen über Kausalmechanismen, dienen als Grundlage für die Auswertungskategorien (Gläser & Laudel, 2010). Das regelgeleitete und systematische Vorgehen stellt sicher, dass das gesamte Material gleichwertig während der Analyse behandelt wird (Gläser & Laudel, 2010). Ein Überblick über die ermittelten Kausalmechanismen findet sich im Anhang (A. 16)

4.1. Beschreibung der Teilnehmenden

Die Gruppe der Expert*innen zeigte sich in Bezug auf die Berufserfahrung, die Teamgröße und das Geschlecht als sehr heterogen. Alle Expert*innen hatten eine Berufsfachschulausbildung abgeschlossen. Zusätzlich haben drei Expert*innen einen Bachelorstudiengang in Ergotherapie abgeschlossen, ein/e Expert*in befindet sich noch im Akademisierungsprozess. Ein/e weitere/r Expert*in hat einen Bachelorstudiengang in Interdisziplinärer Gesundheitsversorgung mit dem Schwerpunkt Ergotherapie abgeschlossen. Zwei der Expert*innen absolvieren gerade einen Masterstudiengang. Die Spanne der Berufserfahrung umfasst drei bis 29 Jahre. Bei allen fünf Expert*innen ist das ergotherapeutische Team in weitere Kleinteams unterteilt, welche unabhängig voneinander arbeiten. Ein/e Expert*in hatte eine Leitungsposition während des Umstellungsprozesses inne. Es wurde vorab sichergestellt, dass der Umstellungsprozess nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

*Abbildung 14 - Darstellung der fünf Expert*innen*

Die Autor*innen führten insgesamt fünf Experteninterviews. Sie entschieden sich für die zufällig Pseudonymisierung der Teilnehmer (T1-T5), um deren Anonymität im Sinne des Datenschutzes und der Forschungsethik beschriebenen Prinzipien des Nicht-Schadens und Wohltuns nach Druml (2010) zu wahren. Dies trägt zudem zur Leserfreundlichkeit bei.

T1	Staatsexamen 2015 Bsc Ergotherapie 2017	Psychiatrie
T2	Staatsexamen 1991 Beginn Bsc Ergotherapie 2020	Akut Geriatrie
T3	Staatsexamen 2017 Bsc Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung Vertiefung Ergotherapie 2018	Psychiatrische Reha-Tagesklinik
T4	Staatsexamen 2011 Bsc Ergotherapie 2011	Forensische Psychiatrie
T5	Staatsexamen 1996 Bsc Ergotherapie 2019	Akutpsychiatrie Dozentin

4.2. Kausalmechanismen

4.2.1. Umgebender Kontext Klinik

Auf der Makroebene wurden die Einflüsse des umgebenden Kontextes der Klinik auf den Umstellungsprozess untersucht. Hierbei ließ sich eine Heterogenität der einzelnen Kliniken feststellen. Der Unterschied zeigte sich vor allem im strukturellen Aufbau der Kliniken. Dieser umfasste sowohl die Planbetten als auch die Anzahl der Klient*innen und der zur Verfügung stehenden Zeit für Therapieeinheiten pro Klient*in.

> *„Also es sind ähm (langgezogen) eins, zwei, drei Stationen mit insgesamt 72 Planbetten. Es ist ja im Rahmen vom Krankenhausplan muss man sich ja dieses Bett sozusagen ähm genehmigen lassen. ähm Ist ein Haus mit insgesamt 500 Betten. Also, es ist jetzt nicht klein. ähm Versorgt hauptsächlich die Land- und Stadtbevölkerung im Umkreis." (T2/100)*

> *„[…] Es sind bei Vollbelegung 80 Patient, das heißt 40 pro Team und die / normalerweise bleiben die auch im Team." (T3/111)*

Ein wichtiger Faktor bezüglich des Umstellungsprozesses war die Abrechnung und Finanzierung, auf die in *Kapitel 2.3.3* bereits eingegangen wurde. Hier nannten die Expert*innen, dass die Wirtschaftlichkeit ein Hindernis bei der Umsetzung der Betätigungsbasierung und Klientenzentrierung darstellt.

> *„[…] Ne, es war genau die Zeit, wo ähm die PEPP-Umstellung kam. ähm Und nach OPS dann abgerechnet wurde. Und damals hieß es noch ähm, Gruppentherapien sind viel effektiver / nicht effektiver, effizienter, wirtschaftlich gesehen und Gruppen- ähm Therapien gehen vor. Heute hätte ich Literatur und Wissen, das anders zu argumentieren. Das war damals aber nicht. […]" (T5/137)*

> *„Wo welche vorgibt ähm dass innerhalb von vierzehn Kalendertagen eine gewisse Anzahl von Therapieeinheiten zusammen kommen müssten, […] da muss man gewisse Rahmenbedingungen ähm erfüllen und erst im Nachhinein prüft sozusagen der MDK, also der medizinische Dienst der Krankenkassen, ob diese OPS abrechenbar war oder nicht. Also ob es bezahlt wird oder nicht. Das ist anders wie bei ner geriatrischen Rehaklinik. Da müssen die Träger ja bevor der Klient halt in die Reha kommt ähm ne Kostenzusage einholen, dann ist die Kostenzusage aber auch / wird dann nicht mehr angezweifelt. […] Das ist auch der Grund, warum unser oder warum viele Akutkrankenhäuser überhaupt Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen beschäftigen, weil sie damit Geld verdienen können." (T2/78)*

Um dieses Hindernis überwinden und die Wirtschaftlichkeit eines Umstellungsprozesses hin zum betätigungsbasierten Arbeiten fundiert argumentieren zu können, gab eine der Expert*innen an, ein Masterstudium im Bereich Gesundheitsmanagement zu absolvieren.

Dabei sei es wichtig, die wirtschaftlichen Ziele des Unternehmens und die Wünsche der einzelnen Berufsgruppen aufeinander abzustimmen.

> *„Ich hab ja gesagt, dass ich jetzt dieses Studium draufsetze auch weil ich einfach durch diese Umstellung mitbekommen habe, wie wichtig es ist ähm / biete ich eine Gruppe oder biete ich jedem Einzel an, was macht das für einen Unterschied für (...) für die Ökonomen in der Klinik, was machts für einen Unterschied für die anderen Berufsgruppen? Weil, eine Gruppentherapie ist einfach eine Entlastung für die anderen Berufsgruppe, weil die dann erstmal ne, weniger Patienten haben." (T1/249)*

Ein weiterer wichtiger Faktor war die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team. Hier spielten das fehlende Wissen über ergotherapeutische Inhalte, die Zusammensetzung des interdisziplinären Teams sowie der fehlende fachliche Austausch untereinander eine entscheidende Rolle bezüglich des Umstellungsprozesses.

Die Expert*innen beschreiben ein fehlendes Wissen des interdisziplinären Teams über die Kerndomänen der Ergotherapie mit geringem Interesse, sich dieses anzueignen (T1/29). Auch stellten personelle und zeitliche Strukturen der verschiedenen Berufsgruppen ein Hindernis im fachlichen Austausch dar (T5/45 und T1/170). Aufgrund der Komplexität wird dies in der Ergebnisdarstellung des Change-Prozesses noch einmal deutlich herausgearbeitet.

Es wird deutlich, dass die Rahmenbedingungen für die Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit durch den umgebenden Kontext Klinik vorgeben sind. Die Kommunikation findet überwiegend in regelmäßigen interdisziplinären Teambesprechungen statt. Diese werden für organisatorische Zwecke als auch für Fallbesprechungen genutzt.

> *„hm (bejahend) ähm dadurch, dass wir in zwei Teams aufgeteilt sind, sind wir also (...) wir haben multiple Teambesprechungen, das ist dann so ein viertelstündiges Organisationsteam, wo einfach so Orgasachen besprochen werden. Wir haben ein / pro Woche ein anderthalbstündiges ähm Hauptteam nennen wir des, wo wir jeden Patienten besprechen, wo dann zum einen der Psychotherapeut sagt, was gerade gemacht wird, wo ich meinen Senf dazu gebe, was ich gerade mit dem mache oder was der Patient macht und wo die Sporttherapie sagen darf, was gemacht wird. Also, da haben wir viel Austausch. [...] " (T3/71)*

> *„Naja, dreiviertel Stunde später gibts die erste gemeinsame so ne Art morning breefing ähm, wo wir so zu sagen halt von der Pflege erfahren und wo und welche und wie und was in der Nacht davor gelaufen ist oder am Tag davor gelaufen ist oder welche akuten Schwierigkeiten aufgetreten sind und das sozusagen zusammen halt auch mit den Stationsärzten." (T2/86)*

Den Expert*innen ist es wichtig, dass auch außerhalb dieser Besprechungszeiten ein interdisziplinärer Austausch mit den anderen Berufsgruppen situativ und direkt stattfindet.

> *„Und sonst ähm sag ich mal außerhalb von diesen (...) fixen Besprechungszeiten (...) sag ich mal, habe ich aber trotzdem ganz viel*

> *Austausch zu den Therapeuten, weil ja oft mal zwischendrin auch irgendwas ist, wo ich dann kurz den Telefonhörer in die Hand nehme und sag: "So des war (...) " und sagt er: "okay." (lacht) genau.“ (T3/71)*

Der umgebende Kontext hat durch seine Rahmenbedingungen und strukturellen Vorgaben, sowie der personellen Organisation einen Einfluss auf den Umstellungsprozess. Dies muss während des Umstellungsprozesses berücksichtigt werden.

4.2.2. Klinik mit ergotherapeutischer Abteilung

Auch die ergotherapeutische Abteilung mit ihrer Hierarchie und der räumlichen Ausstattung müssen in den Umstellungsprozess miteinbezogen werden.

Die Expert*innen beschreiben in diesem Zusammenhang verschiedene Vorgaben durch die Klinik. Diese sind zum einen fachbereichsspezifisch und zum anderen können sie sich von Klinik zu Klinik unterscheiden.

> *„Also vorgegeben vom MdK sind ja ähm das geriatrische Basisassessment, also da fallen dann drunter, wie ähm dieser Minimental-state, ähm der Clock-Completion-Test, der ähm GDS also geriatric depression scale, ähm der erweiterete Barthel- Index wird genutzt. Das sind aber alles funktionelle ähm Asssessments. Wobei die Ergos den Minimental und den ähm Uhrzeitentest ausfüllen. Das macht ja jede Klinik anders.“ (T2/169)*

> *„und ähm genau WIEVIEL da letztendlich kann ich dir nicht sagen, ich weiß nur, dass wir, also gerade die Pateinten die haben zwei bis dreimal pro Woche jeweils eine Stunde diese (...) Werk- alltagsorientierte Gruppe und sonst halt außen rum zusätzlich so ergotherapeutische Gruppen. Ja. (...)“ (T3/190)*

Durch die hierarchischen Strukturen der ergotherapeutischen Abteilung und der Weisungsbefugnis der Ärzt*innen über Ergotherapeut*innen sind die Gestaltungsfreiheiten und Entscheidungsmöglichkeiten der Ergotherapeut*innen laut den Erfahrungen der Expert*innen im deutschen Gesundheitssystem eingeschränkt.

> *„Es ist einfach so, dass ähm Ziel und Behandlungsauftrag von dem Fallführenden festgelegt wird und wenn das kein Ergotherapeut ist, dann bin ich in der im Behandler / ähm also im Behandlerteam dabei, aber ich bin nicht dabei, zu sagen, wie sieht die Behandlung oder worauf führt die Behandlung hin und zielt das Ganze darauf ab und wann ist die Behandlung auch vorbei. Ich kann ähm (...) meine Empfehlungen abgeben, aber ich bin nicht diejenige, die sagt "das wird jetzt auch passieren"“ (T1/45)*

Es scheint möglich, dass die Expert*innen aufgrund der eingeschränkten Gestaltungsfreiheit ihre Räumlichkeiten nicht ihren betätigungsbasierten Bedürfnissen anpassen können. Die Räumlichkeiten seien oft nicht kontextbasiert und die Möglichkeiten des kreativen und funktionsorientierten Arbeitens stünden in der Ausstattung im Vordergrund.

> *„ähm, weil oft natürlich, also / ich arbeite in einem sehr / also ich hab mein Büro in nem großen Handwerksraum, der an sich sehr modern ist, aber halt das Handwerk ist sehr präsent“ (T3/217)*

> *„[…] jetzt für die knapp 20 Leute, die wir jetzt insgesamt sind aus allen drei Bereichen, ähm gibt es ein großen Physiobehandlungsraum, zwei kleine Büros, ein Ergobehandlungsraum und einen ähm ja Art Speiseraum, der sozusagen als Multifunktionsraum genutzt wird.“ (T2/143)*

> *„Räumlichkeiten klassisch Kreativräume. ähm (...) ein Raum für zwei Stationen, die sich den geteilt haben.“ (T5/54)*

4.2.3. Funktionsorientiertes Arbeiten

Der oben beschriebene Kontext begünstigt durch seine Ausrichtung am mechanistischen Paradigma eher eine funktions- und handwerklich-orientierte Behandlungsweise, was auch im Therapiesetting und den Räumlichkeiten sichtbar wird. Dies spiegelte sich laut den Expert*innen auch in den Inhalten der Therapie und der Zielsetzung wider.

Der Hauptfokus liegt vor allem auf ergotherapeutischen Gruppenbehandlungen. Diese sind häufig handwerklich orientiert oder dienen der Funktionsverbesserung.

> *„Also, wir haben da meist diese Gruppen, von denen ich gerade sprach. Wir nennen sie Basisgruppe, sind aber das, was man sehr klassisch kennt. Handwerklich gestalterische Gruppen.“ (T1/72)*

> *„Hm (bejahend), also, so die Hauptaufgabe, würde ich sagen, ist erstmal Gruppentherapien zu machen. (...) ähm und da der Hauptfokus liegt / oder lag bis vor nem halben Jahr in etwa auf den Handwerksgruppen, also so diese das ganz klassische: Patient kommt, macht nen Handwerk und man arbeitet so nen bisschen therapeutisch.“ (T3/77)*

> *„Und an Angeboten hatten wir das klassische Werken, die klassiche Werktherapie, die traditionelle Projektgruppe, die relativ selten nach angeboten wurde zu meiner Zeit. Also, Gruppenarbeit kaum geleitet von uns Therapeutinnen, sondern eher selbst organisiertes Arbeiten der Klientinnen.“ (T5/55)*

Innerhalb des funktionsorientierten Gruppenkonzeptes gibt es nur eine Aussage zur Zielformulierung, was darauf schließen lässt, dass es im Rahmen des Gruppensetting keine individuellen Ziele formuliert werden.

> *„Hm (bejahend) ähm , ja, ich mein, im in der so der Befund / also wir haben jetzt / ähm natürlich nicht so wie es wünschenswert wäre, wo wir so mit dem Patienten kurz oder mit jedem einzelnen Patienten kurz ähm uns zusammensetzen können, sondern wir halb halt einfach ne Gruppe, wo wir die Ergotherapie vorstellen und das wars dann quasi.“ (T3/149)*

Ergotherapie wird dabei häufig im interdisziplinären Team noch als Beschäftigung für die Klient*innen gesehen. Hier hilft die Ergotherapie oft dabei andere Berufsgruppen zu entlasten. Die Kerndomäne der Ergotherapie wird so nicht umgesetzt und ist auch den anderen Professionen nicht bekannt.

> *„Ja, es war so ein ähm bisschen Patienten parken, Patienten so viel als möglich von der Station runterbekommen und zur Ergotherapie zu schicken, aber es war eher, als dass unsere Inhalte weniger, weniger Gewicht hatten für die ganze therapeutische Behandlung. ‚Der geht halt nur zur Ergotherapie dann macht er mal nen Körbchen und dann hat er auch schon was zu tun, also es war inhaltlich, wurde sich vorher nicht für interessiert.“ (T4/71)*

> *„Das heißt, um viele Leute abzugreifen, also wir sind noch viel zur Pflegeentlastung da. Aber Patienten haben einfach auch einen großen (...) so blöd das Wort klingt, sie haben einen großen Beschäftigungsbedarf, der ist einfach geblieben. Wir Ergotherapeuten haben uns da weiterentwickelt (...) aus der Beschäftigungstherapie heraus, aber der Beschäftigungsbedarf der Patienten ist tatsächlich noch vorhanden. Deswegen wurde sehr, sehr viele, diese diese Gruppe angeboten mit wenig Fokus auf Betätigung mit wenig Fokus auf Alltag und eher auf ähm einfach generell in Aktivität und Handlung kommen“ (T1/74)*

Diese Außenwahrnehmung der Ergotherapie und das Bewusstwerden der eigenen Arbeitsweise führte zu einem Umdenken bei den Expert*innen und war unter anderem einer der Gründe für den Umstellungsprozess.

4.2.4. Betätigungsbasiertes Arbeiten

Das Umdenken und der damit verbundene Umstellungsprozess zum Betätigungsbasierten Arbeiten brachte laut den Erfahrungen der Expert*innen die Kerndomänen der Ergotherapie auch durch den Einsatz von ergotherapeutischen Modellen und Assessments mehr in den Fokus der Behandlung und veränderte die Wahrnehmung der Ergotherapie im interdisziplinären Team.

Durch den Einsatz von ergotherapeutischen Modellen und Assessments ist eine betätigungsbasierte und kontextbasierte Behandlung erst möglich. Die Expert*innen gaben an, verschiedene Modelle, Assessment und Manuale zu verwenden.

> *„Und das erste war tatsächlich, dass wir ähm schon standardisierte Assessments eingeführt haben und dann durchweg durch das Ergoteam eingesetzt wird. Das war in unserem Fall das COPM, basierend auf dem CMOP-E. Das hat aber gut funktioniert.“ (T4/139)*

> *„ähm, und (...) ich persönlich dann auch zu Betätigungsanalyse dann oft einfach auch das PEOP heranziehe. Das dann dementsprechend auch beschreibe. […]“ (T2/171)*

> *„Ja. Aber sonst tatsächlich also außer "Handeln gegen Trägheit" absolut nichts.“ (T3/163)*

Als Assessment werden das COPM (T4), das Ergotherapeutische Assessment (T2), das Occupational Profile (T5) und die Interessenscheckliste (T3) angewandt. Erst damit gelang es den Expert*innen, mit den Klient*innen über ihren Alltag zu sprechen, für sie bedeutungsvolle Betätigungen zu erfassen und daraus betätigungsbasierte Ziele zu formulieren.

> *„[…] Sondern rauszukriegen, welche dieser Betätigungen sind denn wirklich, als müssen sie tun und welche Tätigkeiten würden sie denn wie gerne tun wollen.“ (T2/254)*

> *„[…] ja und das machts halt im "Handeln gegen Trägheit" tatsächlich sehr angenehm und dann doch immer wieder überraschend, was da dann so noch ans Licht kommt, wo ich glaub ich davor gar nicht so rangekommen wäre.“ (T3/151)*

> *„Und dadurch bin ich an ganz spezielle Themen gekommen, die Null-Komma-Null mit Peddigrohr zu tun hatten. Also in alle den Gesprächen hat kein einziger Mensch mir gesagt, ´Ich hab Probleme, Peddigrohrkorb zu flechten´ (lacht).“ (T5/151)*

Um diese Ziele umsetzen zu können, sei es wichtig, eine klare Abgrenzung zwischen funktionsorientierter, handwerklicher Therapie bedingt durch die Rahmenbedingungen des Klinikkontexts und betätigungsbasierten Therapieinhalten zu schaffen. Dies müsse den Klient*innen transparent kommuniziert werden.

> *„[…] dadurch, dass wir auch eine Gruppe haben, die sich viel mehr auf Funktion fokussiert und die andere, die sich mehr auf Betätigung fokussiert, was wir auch immer in den Erstgesprächen aber auch versuchen den Patienten deutlich zu machen, […]“ (T1/207)*

> *„[…] diese Gruppe ist inzwischen auch nicht nur fürs Handwerk geöffnet, sondern auch für das Betätigen oder wir nennen es Alltagsorientierte. Genau, das ist so dieser Hauptfokus, das heißt die Patienten machen entweder was Handwerkliches oder was alltagsorientiertes (...) ähm das ist so tatsächlich so der Hauptpunkt der Ergotherapie erstmal.“ (T3/78)*

Den Expert*innen gelingt es auf verschiedene Art und Weise betätigungsbasiertes Arbeiten trotz Begrenzungen durch den Klinikkontext umzusetzen, was in den Aussagen von T2 (207), T4 (42) und T5 sichtbar wird.

> *„Aso eine depressive Klientin hatte beispielsweise gesagt, sie kann nicht raus gehen, das ist / sie möchte gern bisschen spazieren gehen. Sie kann das aber nicht. Und das wurde deutlich, sie hatte ne ganz schwere COPD. Und ähm sie hatte zwar ein Sauerstoffrucksack, aber sie konnte den nicht selber befüllen, diesen Rucksack, ähm weil sie mit der Sauerstoffflasche in ihrer Wohnung nicht klar kam. (...) Und ich konnte keinen Hausbesuch machen.*

> *Das ging aus organisatorischen Gründen nicht. Deswegen hab ich sie gebeten, dieses Zimmer mit diesen / mit dieser Sauerstoffflasche doch bitte mal zu fotografieren. Und im Rahmen der Coaching-Gespräche habe ich dann vorgeschlagen, diese Flasche anders zu positionieren. Das hat dazu geführt, dass sie den Sauerstoffrucksack selber befüllen konnte und damit mobil wurde. So. Das ist natürlich ne extrem andere Arbeit als Peddigrohr flechten“ (T5/157)*

Eine vollständige Umsetzung der Betätigungsverbesserung gelingt jedoch nicht immer, da oft nur eine Anbahnung und keine Überprüfung der Betätigungsverbesserung möglich ist (T1/242). Daher ist es wichtig, ein Bewusstsein für die Nachhaltigkeit des Betätigungsgedanken bei den Klient*innen zu schaffen.

> *„Und da seh ich meine oder unsere Aufgabe zukünftig auch natürlich auch für die Kollegen, die dann in weiterbehandelnd im ambulanten Sektor sind sozusagen, dass man da schon mal das Thema Betätigung schon mal angestoßen hat. Das heißt, wenn die so zu sagen später nochmal auf eine Ergotherapeutin treffen und die s zusagen dann auch betätigungsfokussiert arbeitet, zumindest ähm, dass dann diese Fragestellung für unser Klientel dann nicht so überraschend neu ist.“ (T2/234)*

> *„Und was ich da auch wirklich denen dann mal geben kann zum Ausprobieren. ähm da krieg ich auch Rückmeldung zu. (...) Mal zum Beispiel, ich hab mit einer Patientin wirklich (...) die hat nicht Zähne geputzt und dann haben wir uns da mit ganz vielen Sachen haben wir dann geguckt, wie sie das hinkriegen kann Zähne zu putzen und dann kam sie irgendwie vier Monate später wieder, wegen anderen Problemen und kam direkt bei mir an "Frau X. Zähne putze ich immer noch."“ (T1/228)*

In diesem Zusammenhang berichten die Expert*innen von einer Veränderung der Wahrnehmung und Steigerung des Stellenwerts der Ergotherapie während und nach dem Umstellungsprozess. So habe die Ergotherapie ihre Aufgabe und Identität im interdisziplinären Team klären können wie T3 (99), T5 (67) und T4 berichten.

> *„Sondern tatsächlich, mittlerweile gerade im forensischen Kontext ist es so, dass unsere Meinung unsere therapeutische Einschätzung einen großen Stellenwert hat und wir bezüglich (unv. Mikrofon rauscht/Verbindungsprobleme) und wie ich eben schon gesagt hatte, unsere Inhalte werden in den offiziellen Therapieplan mit aufgenommen werden […]“ (T4/69)*

4.2.5. Ergotherapeutisches Team

Wie schon in *Kapitel 2.4.* beschrieben, gibt es in Kliniken verschiedenste Teamkonstellationen. Aus diesem Grund umfasst die Kategorie „Ergotherapeutisches Team“ Aussagen über die organisatorischen Strukturen, die Arbeitsweise und Kommunikation, sowie zu den internen Abläufen und den Einstellungen des Teams gegenüber dem Umstellungsprozess.

Es gab eine hohe Varianz bezüglich der ergotherapeutischen Teammitglieder, wie auch der Art und Weise, wie das ergotherapeutische Team arbeitet. Die Teamgröße hatte eine Spanne von zwei bis 30 Ergotherapeut*innen, welche meistens in weiteren Kleinteams organisiert waren.

> *„Wir haben in der Klinik, ich weiß gar nicht genau wie viele 20, 25 Ergotherapeuten, die sind alle noch unterteilt in Kleinteams. Mein Kleinteam besteht aus drei Ergotherapeuten." (T1/51)*

Diese Aufteilung des Teams führt dazu, dass es häufig keine einheitliche Arbeitsweise der Teammitglieder gibt. Ein Bestreben Richtung Betätigungsorientierung ist bei einzelnen Teammitgliedern jedoch erkennbar.

> *„Sie benutzten nicht systematisch ein Assessment, aber ich hab bei einer Kollegin schon gesehen, dass sie zunehmend nach der Qualität der Betätigung gucken und die versucht zu beschreiben." (T2/80)*

Ein wichtiger Baustein der Teamstrukturen stellt die Kommunikation dar. Hierbei zeigten sich verschiedene Arten. Zum Teil findet ein großer formeller Informationsaustausch während festgelegter Besprechungszeiten statt, während viele informelle Informationen bei „Tür und Angel Gesprächen" (T2) fließen. Hierbei zeigte sich eine große Heterogenität bezüglich der Notwendigkeit und den Gründen, zu kommunizieren. Während einige Expert*innen den Austausch als Ressource und unterstützend wahrnahmen, zeigte sich bei anderen Expert*innen, dass der Austausch zwar da ist, aber keine Informationen bezüglich Klient*innen weitergegeben wird.

> *„Mit solchen Gruppen, ähm, ich hab jetzt, ähm, im Patientenkontakt selber oder, ähm, mit der Patientenarbeit keinen Kontakt zu meinen Kollegen, aber ansonsten, ähm, ich sag mal Pausenzeit oder, ähm, große Teamsitzung ist einmal im Monat wir sehen uns schon viel. Einfach auch weil wir auf dem gleichen Flur sind." (T1/55)*

> *„Wir arbeiten sehr ergänzend, wir arbeiten (...) miteinander, wir informieren uns gegenseitig über viele Dinge und (...) können uns viele Dinge gegenseitig fragen und (...) ja, sind beide so gleichzeitig immer im Optimierprozess und helfen uns da gegenseitig, also ist sehr unterstützend." (T3/53)*

Bei der strukturellen Organisation des ergotherapeutischen Teams ließ sich feststellen, dass es hauptsächliche flache Hierarchien gibt. Es ließen sich drei Arten der Hierarchieformen unterscheiden. Entweder hatten die Expert*innen nur wenige direkte Vorgesetzte, keine oder eine/einen Vorgesetzte/n einer anderen Berufsgruppe. Die Motivation, welche das Team bezüglich des Umstellungsprozess mit sich brachte, war initial größtenteils positiv. So ließ sich bei den Teammitgliedern ebenfalls die in 4.3.1 beschriebene Neugier feststellen.

> *„Ich hab da auch aus dem großen Team, ähm, viele Rückfragen und „ähm bekommen und die haben sich das Manual ausgeliehen und, ähm, ich hab dann noch, ich hab dann noch viel Nachinfos geliefert." (T1/118)*

> *„Sehr interessiert. Auch sehr offen dafür. Ähm, also natürlich, ich find Handwerk schon auch sinnvoll, ähm, und die kennen Handwerk ja auch schon ganz, ganz lange, aber die waren tatsächlich sehr positiv erstmals auf diese Veränderung“ (T3/179)*

Allerdings ließ sich die Neugier und der Wille zur Veränderung nicht bei allen Teammitgliedern aufrechterhalten oder wecken. Je größer das Team war, desto geringer war der Anteil an den beteiligten Teammitgliedern beim Umstellungsprozess.

> *„und davon waren es vielleicht so 10-15%, die den ersten Schritt wirklich mitgegangen sind, die gesagt haben ‚Ey das macht Sinn, das ist gut so'. Und locker die, ähm, 85% haben gesagt, Nee, das was wir bisher gemacht haben ist doch gut und das hat ja alles Sinn' und“ (T4/92)*

> *„Und da, ich sag jetzt mal die andern nicht so mitzogen, haben wir das zu zweit versucht. Wir waren uns aber auch nicht einig. ähm (...) Und so ist es, glaub ich, relativ schnell dazu gekommen, dass jede von uns so ihre eigenen Wege beschritten hat, wie sie Betätigungsorientierung umsetzen möcht“ (T5/101)*

Hier wurden auch innerhalb des Teams verschiedene Rollen erkennbar. Während die befragten Expert*innen die Rolle des Initiators bezüglich des Change und des Experten bezüglich der Betätigungsorientierung einnahmen, ließen sich bei den weiteren Teammitgliedern die Rollen des Verbündeten identifizieren.

> *„ähm, die Information und das Wissen habe ich mitgebracht, die Unterstützung hatte ich von meinen beiden Kollegen.“ (T1/115)*

> *„ähm, ich versuche (...) bisschen auch, ein Motor zu sein. Das versuche ich zumindest mit den Impulsen, die ich jetzt in Zuyd bekomme.“ (T2/116)*

> *„Ja. ähm (...) also so im Ergoteam an sich würde ich schon behaupten, dass ich so eher manchmal so nen bisschen mehr in die Beraterfunktion komme, weil ich (...) mich teilweise einfach so ein bisschen mehr auskenne mit Betätigungsorientierung, mit "Handeln gegen Trägheit", wo mir meine Kolleginnen schon Fragen stellen, was ich da für ne Idee zu hätte, was ich da machen würde. ähm (...) genau, also wie gesagt einfach mehr diese beratende Funktion und mehr diesen Wissensinput reinbringe (...)“ (T3/246)*

Eine einheitliche Arbeitsweise oder Darstellung des ergotherapeutischen Teams ließ sich aufgrund der Heterogenität der Klinikkontexte nicht feststellen. Sowohl der Kontext als auch die Teamgröße haben einen Einfluss auf den Umstellungsprozess. Bei zunehmender Teamgröße war die Implementierung des betätigungsorientierten Arbeitens zunehmend schwieriger, da einzelne Teammitglieder nicht direkt erreicht werden konnten. Hilfreich hierbei waren feste Teamzeiten um Konzepte, Ideen und neue Arbeitsweisen vorzustellen.

4.2.6. Ergotherapeut

Um die genauen Hintergründe des Umstellungsprozesses darzustellen, wurden zuerst auf der Mikroebene die Faktoren, welche zum Umstellungsprozess durch die einzelnen Ergotherapeut*innen geführt haben, erfasst. Hierbei lag der Fokus sowohl auf den intrinsischen wie auch extrinsischen Gründen, um den Umstellungsprozess zu beginnen.

Wichtige Gründe, welche zum Umstellungsprozess führten, waren vor allem die persönliche Motivation der einzelnen Expert*innen. Hierbei spielten vor allem die Erweiterung des eigenen Wissenstands, wie auch die Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit eine große Rolle. Diese beiden Aspekte führten dazu, dass die befragten Expert*innen ihre Arbeit anhand von wissenschaftlichen Erkenntnissen begründen möchten.

> *„[…] um die Ergotherapie noch so nen bisschen wissenschaftlicher verstehen zu wollen und meinen eigenen Horizont zu erweitern und kontinuierlich meine Arbeit zu verbessern“ (T4/21)*

Hier wird ebenfalls die Notwendigkeit, sein eigenes Wissen ständig zu erweitern, sichtbar. Ein wichtiges Schlagwort, welches die Expert*innen nannten, war hierbei die eigene Neugier und der Wunsch, neue Dinge auszuprobieren:

> *„[…] und ich glaube, das hat mich / es hat mich unglaublich neugierig gemacht (...) was da noch kommt und deswegen hab ich, glaub ich, so viel immer wieder Neues ausprobiert.“ (T5/93)*

Ein interessanter Aspekt, welcher sich bei allen fünf Expert*innen zeigte war, dass der Wunsch nach Veränderung vor allem durch den Akademisierungsprozess zustande kam. Alle fünf Expert*innen haben den Akademisierungsprozess entweder schon durchlaufen oder sind gerade dabei, diesen abzuschließen. Dieser Prozess führte dazu, dass sich bei den Expert*innen die innere Haltung bezüglich betätigungsorientierten Therapieinhalten veränderte. Vor der Akademisierung war den Expert*innen die Betätigungsorientierung zwar präsent, war jedoch oft mit einer Ablehnung verbunden oder wurde nicht aktiv im Berufsalltag umgesetzt.

> *„Also (langgezogen) ich glaub begonnen hat das alles so / also lass mich überlegen (...) so das Thema Betätigungsorientierung, ähm, Betätigungsorientierung war mir natürlich durch die Ausbildung schon sehr bewusst. Damals hatte ich aber eher, sag ich mal so ne sehr große Abneigung dagegen, weil das war was du in der Ausbildung gelernt hast, aber in der Praxis nirgendwo kennengelernt hast, in den ganzen vier Praktika, die du gemacht hast.“ (T3/123)*

Dies hatte auch Auswirkung auf das therapeutische Vorgehen. Die Expert*innen sahen immer mehr Möglichkeiten, die Therapieinhalte betätigungsorientiert anhand der Probleme der Klient*innen auszurichten. Hierbei wurden gezielte Strategien, wie beispielsweise das Coachen eingesetzt.

> *„Und über das Coachen habe ich eben, ähm, die Besuche, die Urlaube der Klientinnen und Klienten zuhause genutzt, um dort quasi in Coaching-Stil zu intervenieren.“ (T5/156)*

Wie schon beschrieben führte der Akademisierungsprozess zu einem Perspektivwechsel bei den Expert*innen. Dieser führte ebenfalls dazu, dass der Alltag der Klient*innen innerhalb der Therapie in den Vordergrund rückte, was zu einer Veränderung der Berufsidentität führte. Insgesamt äußerten alle Expert*innen ein klares Bild der Ergotherapie und den damit verbunden Fokus auf Betätigungen zu haben.

> *„Ähm, lso bei mir hat sich verändert, dass ich (...) meine (...) meine Quintessenz, die ich in den wöchentlichen Teambesprechungen abgeben muss, dass ich da meine Sprache verändert habe. Ähm, dass ich (...) versuche, mehr ergotherapeutischen Vokabular zu benutze. Also ich versuche halt, das Wort Patient so gut wie gar nicht mehr zu benutzen. Da hab ich mich auch schon mit meiner Chefärztin angelegt, weil sie sagt ´Klienten haben wir hier nicht´. Dann hab ich gesagt, ´die haben wir in der Ergotherapie erst recht´. Also das führen wir dann mal zwischendrin auch mal bisschen offen dann halt aus und so.“ (T2/160)*

> *„Ich denke, ich habe ein klareres Verständnis davon, was Ergotherapie bedeutet (...),ähm, (...) was (...), einfach was die klare Begriffsdefinition und so angeht, was jetzt ‚ähm, wirklich Betätigung is, was gezielte Aktivität is, was ähm Funktion is, da hab ich ein gutes Verständnis. ich hab gutes Grundlagenverständnis und darüber würde ich sagen, ähm, kann ich gut eingrenzen, was ist genau Ergotherapie nach der offiziellen Definition, ähm, und nicht nur nach meinem persönlichen Empfinden und auch wonach sollten Ergotherapeuten / oder wonach sollte die Ergotherapie streben, um sich abzugrenzen.“ (T1/25)*

Ein wichtiger Aspekt welcher sich auf der Mikroebene herauskristallisierte war, dass sich durch den Umstellungsprozess und durch die Akademisierung, eine Sinnkrise ergeben kann. Diese kann nicht nur einzelne Ergotherapeut*innen betreffen, sondern Auswirkungen auf die breite Basis der Berufsgruppe haben.

> *„[…] krieg natürlich auch ein bisschen diese ‚ähm, (...) (unv., #00:05:06-4#) ich weiß nicht, ob es eine Divergenz ist oder ob des ein (...) Aufeinanderprallen von den frischen neuen Kollegen, die ja einen großen theoretischen Hintergrund haben, die dann sozusagen auf die sogenannten alten Säcke treffen, die sozusagen halt noch im dem alten System einfach verhaftet sind. Und diese, ja (unv., #00:05:26-2#), recht fruchtbar diese Spannung, aber erstmal kann es auch für viele Leute erstmal bisschen abstoßend sein. Also es ist schon fast ne Wertung“ (T2/21)*

Es lässt sich zusammenfassen, dass der Akademisierungsprozess zu einer neuen Berufsidentität der Expert*innen führte, mit dem Wunsch den Gegenstandsbereich der Ergotherapie im Sinne von betätigungsorientiertem Arbeiten in ihrem klinischen Alltag umzusetzen. Hierfür waren die

eigene therapeutische Neugier und ein damit verbundener Wunsch nach neuem Wissen hilfreich. Die während der Akademisierung erlernten Kompetenzen waren hierbei eine hilfreiche Ressource.

4.2.7. Change-Prozess

Da der Umstellungsprozess eine hohe Komplexität und verschiedene Aspekte aufweist, wird dieser in drei relevante Themenbereiche unterteilt. Der erste Themenbereich bildet die Gründe für den Umstellungsprozess wie auch dessen Verlauf ab. Darauf folgen die Herausforderungen und Ressourcen, die die Expert*innen während der Umstellung erlebt haben, um anschließend mit den Strategien diese Herausforderungen zu überwinden und dem Ergebnis des Umstellungsprozesses abzuschließen.

4.2.7.1. Gründe und Verlauf des Umstellungsprozesses

Die Expert*innen nannten zwei wesentliche Gründe, welche den Umstellungsprozess eingeleitet haben. Beide Gründe hängen direkt mit dem Akademisierungsprozess der Expert*innen zusammen und zeigen, dass das Erkennen der Kerndomäne der Ergotherapie der Wesentliche Grund für die Umstellung war.

> *„Ich habe meine Bachelorarbeit über das COPM geschrieben und finde das super und darum hat mich das gestört, dass wir so wenig betätigungsorientiert arbeiten“ (T1/ 71)*

> *„Ähm also es mal anders auszuprobieren, so, das kam jetzt einfach durchs Studium. […]“ (T2/147)*

Im Zuge des zunehmenden beruflichen Verständnisses mit Fokussierung auf die Kerndomäne der Ergotherapie kam auch der Wunsch nach Abgrenzung zu den anderen Berufsgruppen auf. Hier spielte vor allem die Abgrenzung zur Physiotherapie eine große Rolle, aber auch die Professionalisierung des eigenen Berufs und die damit verbundene Vermittlung der ergotherapeutischen Kompetenzen an alle im Behandlungsprozess beteiligten Professionen war den Expert*innen wichtig.

> *„[…] Also sehen wir uns wirklich als, ähm, Hilfskräfte der Turnschwestern oder haben wir auch noch etwas im Grunde, was uns als Alleinstellungsmerkmal halt, ähm, nach außen hin darstellen lässt.“ (T2/122)*

> *„Also ich kann ja nur von mir persönlich sprechen. Mir persönlich war es einfach wichtig, dass sich der Stand der Ergotherapie im interprofessionellen Team ändert. Also, ich hab das immer als was sehr, sehr Trauriges und sehr schade empfunden, dass wir quasi obwohl wir drei Jahre mindestens gelernt haben für diesen Beruf, ein Lehrberuf sind, für den wir meisten viel Geld in die Hand genommen haben, die Inhalte immer noch nicht gesehen werden“ T4/83)*

Ein weiterer wichtiger Aspekt, welchen die Expert*innen nannten, war das zunehmende Wissen über Betätigungsbasierung vor allem durch Fortbildungen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der Wissenserwerb einen direkten Einfluss auf den Wunsch nach Veränderung hat.

Der Verlauf des Umstellungsprozesses lässt sich in drei relevante Aspekte unterteilen. Diese sind die zeitliche Umstrukturierung, um sowohl die Möglichkeit zu haben, Einzelgespräche mit den Klient*innen zu führen, wie auch, relevante Aspekte des Umstellungsprozesses sowie dessen Umsetzung gemeinsam im Team zu diskutieren.

> *„Es war viel zu dokumentieren und viel auf- und abzubauen. Und das haben wir erstmal umgestellt, dass wir das zusammenfassen zu längeren Einheiten. Das war so ein Problem. Also, das war mit dem Hinblick darauf, dass wir uns ähm (...) die Dokumentationszeit sparen können, um da mehr Zeit zu haben, um wirklich in Einzeltherapien zu gehen, um mehr in Gespräch zu kommen mit Patienten.“ (T1/85)*

> *„Und wir haben dann in den letzten drei Jahren meiner Beschäftigung dort Konzept-Teams gemacht, alle halben Jahre. […] Und da war, ähm, das Thema, ähm, Erstgespräch, Einzelgespräche ein großes Thema (...) und wir hatten dann gesagt, ´okay, wir probieren das jetzt erstmal vier Wochen aus und ‚ähm, setzen uns nach vier Wochen dann zusammen und kucken, wies geklappt hat´ […]“ (T5/117)*

Als nächsten wichtigen Punkt nannten die Expert*innen das Auseinandersetzen mit Modellen und Assessments, um die Intervention an diesen auszurichten. Hierbei war es den Expert*innen wichtig die Betätigung in den Fokus der Intervention zu setzen, um dadurch nochmals die Abgrenzung zu anderen Professionen deutlich darstellen können.

> *„Naja, ich hab zwei große Fortbildungen gehalten. Eine war ähm ergotherapeutische Modelle, hab ich da vorgestellt. Also ich hab das CMOP-E gewählt, weil ich dachte, das ist so am eindrücklichsten vielleicht. (...) Und ähm habe dann Betätigung geschildert und habe den Unterschied zu Funktion und Betätigung geschildert. (...) Also so Grundlagen hab ich versucht zu vermitteln […]“ (T5/112)*

In diesem Rahmen wurden auch die Interventionsmethoden umgestellt. Hierbei war auffällig, dass dies vor allem im psychiatrischen Bereich der Fall war. Die Expert*innen nannten hierbei das Erstellen eines neuen Gruppenangebots, welches den Fokus vom ursprünglichen handwerklichen und kreativen Arbeiten vermehrt Richtung Alltag und Betätigung legte.

> *„Wir wollten eine Extragruppe noch dazu machen. Haben wir auch eingeführt letztes Jahr. Anfang letzten Jahres, die heißt Alltagsgestaltung, dafür haben wir vorbereitend eine Studie bei uns gehabt von einer Bachelorstudentin. […] die Infos, was geklappt hat, was nicht geklappt hat, haben wir daraus gezogen und haben daraus eine Gruppe entwickelt. […]“ (T1/99)*

> *„[…] jetzt haben wir des seit bestimmt (...) November, Dezember haben wir jetzt auch dieses, also wir nennen es "Gesundheit durch Aktivität“, weil es für uns ein bisschen schönerer Name ist.“ (T3/135)*

Der letzte entscheiden Faktor war, dass sich der stetige Reasoningprozess um das eigene Handeln und die eigene Vorgehensweise verändert hat. Die Expert*innen gaben an, dass dieser Prozess bewusster von statten ging und dazu genutzt wurde, sowohl den Klient*innen eine bessere Intervention zu bieten, als auch diese gegenüber anderen Professionen begründen zu können.

> *„[…] der Reasoning Prozess, überhaupt zu kucken, warum und wie tue ich, tue ich, handel ich als Ergotherapeut? […] Und, ähm, durch dieses Sichhinterfragen, ähm (...), probiert man einfach dann Sachen einfach anders aus und versucht auch, zu beobachten wie die Reaktionen sind […]“ (T2/212)*

> *„Ja, in der Tagesklink ist es super (...), weil du gleich direkt Dinge auch erproben kannst und dann halt auch, wenn beispielsweise was nicht so funktioniert, man gucken kann woran liegt denn des? […]“ (T3/129)*

4.2.7.2.Ressourcen und Hindernisse

Als nächster relevanter Punkt werden die Ressourcen und Hindernisse, welche die Expert*innen während des Umstellungsprozesses erfahren haben dargestellt. Die wichtigsten Ressourcen für die Expert*innen stellten die Unterstützung durch Teamkolleg*innen und die Nutzung von deren oder von externem Fachwissen dar, sowie auch die Offenheit gegenüber Neuem und die Möglichkeit, sich innerhalb bestimmter Freiräume ohne Druck ausprobieren zu können. Gerade die Wertschätzung und der Rückhalt des eigenen Teams war für die Expert*innen eine wertvolle Ressource. Dies nannten vor allem T3 (238) und T5 (145), aber auch T4 (105). Das Nutzen von externem Wissen und das Besinnen auf andere Kompetenzen war ebenfalls eine Unterstützung während der Umstellung, welche es ermöglichte, Verantwortlichkeiten aufzuteilen.

> *„[…] viele Kollegen die Ressource von einem kontextbasierten Reasoning, einem pragmatischen Reasoning mitgebracht haben. Das heißt, die wissen wie die Abläufe der Klinik sind, auch wenn die sich in der wissenschaftlichen Ergotherapie nicht so gut auskennen, aber die wissen genau, wer ist auf Station für was zuständig, wer kann das, wer macht das, wen sprech ich an für hier, wen sprech ich an für da, also auf so ne Mesoebene“ (T4/104)*

> *„[…] Das war unterstützend. Also, tatsächlich da so ein bisschen Inspiration von außen holen, ums dann halt umzusetzen, weil das hats einfach leichter gemacht, dass wir wissen, des gabs schon und wir müssen das Rad nicht neu erfinden (lacht).“ (T3/230)*

Entscheidend für die Expert*innen war die Möglichkeit sich für den Umstellungsprozess Freiräume zu schaffen. Hierbei erhielten sie Unterstützung von Vorgesetzten und der Klinikleitung. So berichtete T1 (137) über die Möglichkeit, die neue Arbeitsweise der

Ergotherapie innerhalb von Hospitationstagen transparenter darzustellen. T4 (122) und T5 (133) äußerten hingegen, dass Möglichkeiten geschaffen wurden, um einzelne Aspekte der Umstellung auszuprobieren. Während bei T4 (122) dies innerhalb von Projekttagen möglich war, konnte T5 (133) dies in den allgemeinen Arbeitsablauf implementieren.

> *„[…] Ich konnte einfach mir die Klienten nehmen, Einzelgespräche führen. Ich konnte mit denen raus gehen, ich konnte mit denen Übungsgänge machen. Das allerdings war auch ein bisschen schwierig, wegen der administrativen Schwierigkeiten, aber grundsätzlich hatte ich die Möglichkeit. Ich habe mit denen inhaltlich anders arbeiten können innerhalb der Werkgruppen. Ich habe Dokumentation anders machen können […]" (T5/133)*

Die Auswertung der Interviews zeigte, dass während des Umstellungsprozesses deutlich mehr Hindernisse auftauchten, als Ressourcen zur Verfügung standen. Diese Hindernisse lassen sich in intra-, inter- und extrapersonelle Faktoren kategorisieren. Zu den intrapersonellen Faktoren zählen das eigene berufliche Verständnis, die Motivation, die eigene Bequemlichkeit und das Zeitmanagement. Bei den interpersonellen Faktoren kann man zwischen Erwartungen an die Ergotherapie, der Motivation und dem Engagement des Teams sowie inhaltliche Überschneidungen der Ergotherapie mit anderen Professionen unterscheiden. Die extrapersonellen Faktoren lassen sich direkt auf den Klinikkontext zurückführen, bei dem vor allem die Hierarchie, die Räumlichkeiten und innerbetriebliche, zeitlich-gebundene Abläufe genannt wurden.

Beginnend mit den intrapersonellen Faktoren stellte das eigene berufliche Verständnis zu hinterfragen eine der größten und wichtigsten Hindernisse dar (T2/236). Erst die Auseinandersetzung mit dem eigenen Wissen und den neuen Inhalten veranlasst ein Überdenken der eigenen Arbeitsweise in Bezug auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der bisherigen Therapie. Erst dadurch wird die Notwendigkeit des Umstellungsprozesses aufzeigt (→Kap. 4.2.7.2.).

Daraus resultiert die Motivation die eigene Arbeit zu ändern. Diese scheint zu Beginn hoch zu sein und erst im Verlauf merken die Expert*innen, welche Auswirkungen der Umstellungsprozess auf ihre Arbeiten und damit ihre Gewohnheiten hat. So nannte T1 Schwierigkeiten *„[…] aus dem Alltagstrott rauszukommen […]" (158)* und T5 ergänzt:

> *„Nein, das war tatsächlich eine Mehrarbeit (...). Also, ich hab das gemacht aus (...) ja, Idealismus vielleicht und hab deutlich mehr gearbeitet, weil ich die Einzelgespräche zusätzlich zu den Gruppen noch, ähm, geführt habe und Kolleginnen waren dazu nicht bereit." (T5/103)*

Um dieser Mehrbelastung entgegen zu wirken, bedarf es einem entsprechendem Zeitmanagement, um Einzelgespräche für die Klienten anzubieten, aber auch Raum für Diskussionen und Austausch zu schaffen. Hier sei auf die extrapersonellen Faktoren verwiesen, bei der auf die Hierarchie und die zeitlich-gebundenen Abläufe näher eingegangen wird. Das Planen von Einzelterminen schränkt gleichzeitig die Flexibilität ein.

> *„Ja, das ist schon schwierig. Weil, ich muss halt wirklich dann auf einmal auch anfangen, auch Einzeltermine zu planen und, ähm, mir die auch dann*

> *festzulegen für die kommende Woche und dann bin ich dann auf einmal unflexibel in Zeiten, in denen ich sonst flexibel bin.“ (T1/164)*

Jene wird beispielsweise in Vertretungszeiten oder bei anderen Arbeitsabläufen benötigt. Gleichzeitig kann das neue Zeitmanagement Einzelne auch überfordern und hat dadurch Auswirkungen auf interpersonelle Faktoren.

Bei den interpersonellen Faktoren spielen die Motivation und das Engagement des jeweiligen Teams eine große Rolle. Insbesondere das bestehende Berufsverständnis der Kolleg*innen stellt beim Umstellungsprozess ein Hindernis dar, welches bereits unter dem Punkt ergotherapeutisches Team genannt wurde. So kann es deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Sichtweisen und dem jeweiligen Wissenstand je nach Ausbildungszeitpunkt geben. Hier zeigen sich die gegensätzlichen Paradigmen und unterschiedliche Berufsidentitäten.

> *„Ich glaub, die größte Schwierigkeit war, intraprofessionell, also tatsächlich, dass viele gesagt haben, dass das Neue gar nicht so vereinen kann und dass das Alte doch viel besser war und man versucht hat, an dem Alten festzuhalten, weil man das kannte (unv. Mikrofon rauscht/Verbindungsprobleme) #00:30:12-5# und da diesen Umstellungsprozess wirklich zu gestalten und zu sagen, so das bringt was' und das ist eher was Erleichtern des als was Erschwerendes. Das war so nen bisschen die Schwierigkeit, auf die wir gestoßen sind“ (T4/134)*

> *„Es ist sehr wenig, sehr wenig. Da ist eine der Neuen und ähm die Alteingesessenen, wie gesagt, da, ähm, ist da wenig Interesse dran oder wenig Wissen drüber. Immer noch.“ (T1/175)*

Es gilt darauf zu achten, diese Berufsidentitäten beim Umstellungsprozess zu berücksichtigen und nicht zu übergehen. Der Versuch den Umstellungsprozess im Team mit Druck durchzusetzen kann auf Widerstand stoßen und zur Spaltung im Team führen. T4 berichtet hierzu:

> *„[…] diese aufoktroyierte Umstellung ‚Ihr müsst das jetzt machen` und nicht ‚Wie könnt ihr das machen?‘. Ähm, so die Feinfühligkeit hat in dem ganzen Prozess gefehlt. Ja, ja, warum wir das tun, was verschiedene Inhalte sind und wie man die bestenfalls umsetzen kann, mit den Erfahrungen und den Ressourcen, die alle aus dem Team mitbringen.“ (T4/99)*

Die fehlende Rücksicht und mangelnde Wertschätzung gegenüber den bisherigen Erfahrungen und Ressourcen innerhalb des Teams, sowie die intransparente Kommunikation von gemeinsamen Zielen des Umstellungsprozesses, resultierte in einem Gefühl der Abwertung bei einzelnen Teammitgliedern (T5/97). Konflikte innerhalb des Teams hindern folglich den Umstellungsprozess und müssen zunächst geklärt werden, ehe weiter an Inhalten gearbeitet werden kann. Hierbei ist es wichtig, den Kontakt zu Teammitgliedern zu halten und Wertschätzung zu kommunizieren.

> *„Also eher eine dauerhafte Beziehungsarbeit, als wirklich inhaltliche Arbeit.“ (T5/49)*

Ein weiteres Hindernis stellt die inhaltliche Überschneidung mit anderen Berufsgruppen dar. Durch die Umsetzung des betätigungsbasierten Ansatzes fühlen sich andere Professionen ihrer Inhalte beraubt und angegriffen. Hierfür nennen die Expert*innen verschiedene Beispiele (T2/210, T5/139, T4/129). Durch die daraus entstehenden Konflikte wird eine Auseinandersetzung mit ergotherapeutischen Inhalten erst möglich, für die vorher das Interesse und Verständnis fehlte, wie T1 beschreibt:

> *„[…] aber wie gesagt, viele alte Kollegen bei und (...) die haben ja für sich ein sehr klares Verständnis davon. Die die denken ja, sie wissen was wir machen. Darum sehen die ja auch keinen Bedarf, dabei zu zuschauen, ob das oder zu überprüfen ob das denn auch stimmt. Weil, die sind vielleicht vor 20 Jahren oder so mal mitgelaufen." (T1/138)*

Folglich zeigen sich andere Professionen im Fachbereich Psychiatrie auch irritiert, wenn im Rahmen von Betätigungsbasierung ergotherapeutische Einzeltherapie stattfinden:

> *„schwierig ist tatsächlich, dass (...) wir eher als Gruppentherapeuten denn als Ergotherapeuten angesehen werden und die Psychotherapeuten sind irgendwie bei uns eher die Einzeltherapeuten und machen keine Gruppen." (T1/145)*

Zu den extrapersonellen Faktoren gehören wie bereits erwähnt die Hierarchie und der Klinikkontext. Beides kann hinderlich auf den Umstellungsprozess sein. T2 (224) merkt diesbezüglich an, dass sich ein Team zwar einig sein kann bezüglich der Umstellung, dies jedoch mit dem Vorgesetzten abgesprochen sein muss und dieser letztlich entscheidet, ob es in die Krankenhauslandschaft vor Ort passt. Hinsichtlich des Klinikkontext ist auch entscheidend, wie lange Patienten*innen in einer Klinik verweilen. Je nachdem müssen die therapeutischen Inhalte wie z. B. die Verwendung des Manuals „Handeln gegen Trägheit" laut T3 (215) an die Rahmenbedingungen angepasst werden.

Ein weiteres Hindernis stellen die innerbetrieblichen, zeitlich-gebundenen Abläufe dar. Je nach Klinik lassen sie keine Freiräume zu, den Umstellungsprozess zu diskutieren und zu planen. Insbesondere finanzielle Faktoren werden hier angeführt (à4.2.1). Gleichzeitig bedarf die Komplexität des Umstellungsprozesses aber solcher Freiräume, um sich über Inhalte und Vorgehen zu einigen.

> *„Also es gibt keinen offiziellen Rahmen dafür, sozusagen, dass wir uns mal, ähm, ungezwungen (...), ähm, austauschen können intern. Also, von dem her muss man das so zu sagen, entweder beim Mittagsessen halt oder halt, ähm, Tür und Angel halt dann machen, um da einfach zu gucken, wie man sozusagen auf einen Konsens halt eben kommt. […] Weil die / die Ansicht der Leitung natürlich halt ist im Grunde dann, ähm, wenn fünf Leute sich zusammen treffen für eine halbe Stunde, können fünf Einheiten nicht gemacht werden." (T2/133)*

Als letzter extrapersoneller Faktor seien die Räumlichkeiten innerhalb der Klinik genannt. Wie bereits in 4.2.2. beschrieben sind Räumlichkeiten nicht immer kontextbasiert und behindern dadurch das betätigungsbasierte Arbeiten. Ein weiterer Punkt ist auch, dass je nach Größe der

Klinik Teammitglieder räumlich so weit voneinander getrennt sind, sodass eine gemeinsame Zusammenarbeit erschwert wird (T5/34).

4.2.7.3. Strategien sowie Ergebnisse

Die Strategien, welche die Expert*innen zur Überwindung der Hindernisse nannten, lassen sich ebenfalls den vorher genannten Ebenen zuordnen. Beginnend mit der intrapersonellen Ebene lassen sich zwei wesentliche Strategien identifizieren. Hier war es den Expert*innen wichtig, sich selbst ausreichend zu informieren und den Umstellungsprozess daraufhin strategisch zu planen. Dieses Vorgehen wurde entsprechend auf die interpersonelle Ebene übertragen, indem Arbeitsgruppen gebildet wurden und neue Konzepte und Befundbögen erstellt wurden. Ein weiterer wichtiger Punkt auf dieser Ebene sei die stetige Wertschätzung aller Teammitglieder und der bisherigen Arbeitsweise. Dies ginge mit einer Schulung des Teams und der Information aller anderer Professionen einher. Auf der extrapersonellen Ebene nannten die Expert*innen das Schaffen von freien Zeiträumen, sowie das Ausprobieren und Überprüfen der neuen Arbeitsweisen. Hierbei dienten Arbeitsgruppen als Bindeglied zwischen der inter- und extrapersonellen Ebene.

Die Expert*innen nannten auf der intrapersonellen Ebene verschiedene Strategien, um an Informationen zu gelangen, welche den Umstellungsprozess unterstützen und beginnen sollten. Die wichtigsten Strategien waren hierbei das Kontaktieren und Befragen anderer Kliniken zu deren Erfahrungen mit betätigungsbasierten Arbeitsweisen. Des Weiteren wurde evidente Literatur zu Rate gezogen und an Seminaren teilgenommen, um daraus eine eigene Vorgehensweise im Sinne eines Konzepts zu erstellen (T1/257). Eine weitere Strategie war die Auseinandersetzung mit verschiedenen Leitlinien und was diese zum Thema Betätigungsbasierung aussagen (T4/107). Neben dieser wurde die eigene Arbeitsweise im Sinne des Professional Reasonings reflektiert, um dadurch den Handlungsbedarf festzustellen und die Effizienz der Intervention zu steigern. Ziel hierbei war es, die Umstellung nachhaltig und langfristig zu gestalten (T1/257). Damit dieses gelingen kann, ist eine strategische Planung und Bilanzierung des Vorgehens notwendig.

> *„Ich glaube, eine gute Vorbereitung ist nicht schlecht. Ich hab mich immer viel vorbereitet. Ich hab viel verschriftlicht und Vor- und Nachteile halt gezeigt und, ähm, wirklich auch die Ressourcen beachtet.“ (T1/248)*

Diese gezielte Vorgehensweise auf der intrapersonellen Ebene bildet die Basis für die Umsetzung des Umstellungsprozesses auf interpersoneller Ebene. Als ersten Schritt nannten die Expert*innen die Schulung des Teams über ergotherapeutische Modelle und Assessments (T1/117+94). Weitere Inhalte waren Betätigung und die ICF. Hierzu wurden sowohl interne, wie auch externe Fortbildungsmöglichkeiten genutzt (T5/47+119). Ziel war es, dem Team ein Grundwissen über Betätigung zu vermitteln, um daraufhin Arbeitsgruppen zu bilden. Diese stellen ein Bindeglied zu den extrapersonellen Faktoren dar. Durch Arbeitsgruppen konnten Verantwortlichkeiten verteilt werden, welche auch gleichzeitig eine Verbindlichkeit im Team schafften (T5/120). Hierzu wurden „Konzepttage“ veranstaltet, in denen die Inhalte des Umstellungsprozesses besprochen und geplant werden konnten (T4/123). Hierbei war es

wichtig, die Kompetenzen der einzelnen Mitglieder zu erkennen und entsprechend miteinzubeziehen (T4/111).

Um den Umstellungsprozess nachhaltig zu gestalten und die inneren Widerstände der Teammitglieder diesbezüglich zu verringern, ist es wichtig diesen mit Wertschätzung und offener Kommunikation zu begegnen. Die Expert*innen sind sich einig, dass ein langsames Vorgehen ohne Druck sinnvoll sei (T1/79; T2/248; T4/95; T5/167).

T1 (154) nannte hierbei die Entwicklung neuer Befundbögen, um ein einheitliches Vorgehen innerhalb der Therapie zu ermöglichen. Auch die Gruppenkonzepte wurden in diesem Zuge überarbeitet und dem gesamten Team zur Verfügung gestellt (T1/177). Ein Vorgehen, um zu überprüfen ob diese Veränderungen tatsächlich umsetzbar sind, war das Ausprobieren (T1/193; T2/272; T3/222). Dieses lässt sich ebenfalls den intrapersonellen, wie auch den interpersonellen Faktoren zuordnen.

Hierzu gehört es auch, die Erfahrungen der Kollegen und deren interne Evidenz wertzuschätzen und anzuerkennen. Im gemeinsamen Dialog gilt es herauszufinden, wann diese internen Evidenzen angebracht sind und wann diese neu angepasst werden müssen. Hierdurch können innere Widerstände abgebaut und dadurch der Umstellungsprozess erleichtert werden (T4/95). Daraus lässt sich eine gemeinsame Team- und Berufsidentität entwickeln, um eine gemeinsame Vision für den weiteren Prozess zu haben.

> *„[...] Und wenn man bei dem Thema Berufsidentität ist, dann, ähm, kuckt man automatisch, wo will man denn eigentlich halt denn hin[...]“ (T2/268)*

Sobald diese Vision vorhanden ist, fällt es auch leichter, den Prozess gemeinsam als Team umzusetzen.

> *„Wenn man sich damit identifiziert, was man macht, dann macht man es sehr gerne. Dann klappt das auch, dann geht das auch“ (T4/171)*

Die Wertschätzung, die man dem intraprofessionellen Team entgegenbringt, geht mit einer dementsprechenden Rücksichtnahme für das interprofessionelle Team einher. T5 (141) gab an, dass es notwendig sei, fachliche Überschneidungen offen zu kommunizieren und dabei Unterschiede im Vorgehen deutlich zu machen. Hierbei sollte es nicht um „besser oder schlechter“ gehen. Die auf intrapersoneller Ebene getroffene Vorbereitung soll auch dazu genutzt werden, das interdisziplinäre Team zu informieren (T4/130). Hierbei können Teamsitzung genutzt werden, um über den Umstellungsprozess aufzuklären (T1/89). Wichtig ist es, die Aufgabenbereiche klar zu differenzieren, um eine gute Zusammenarbeit zu ermöglichen (T1/139). An dieser Stelle verwischen die Grenzen zwischen inter- und extrapersonellen Faktoren. Wichtig ist es, die Hierarchie einzuhalten und die Vorgesetzten dementsprechend ebenfalls zu informieren (T3/192).

Hinsichtlich des Umstellungsprozesses berichteten die Expert*innen von verschiedenen Ergebnissen. Neben der Zunahme des Alltagsbezugs und einer intensiveren Zusammenarbeit mit den Klienten veränderte sich auch die Fachsprache. Des Weiteren zeigte sich eine veränderte Wahrnehmung der Ergotherapie innerhalb des interdisziplinären Teams. Zuletzt beschrieben die Expert*innen, inwieweit der Umstellungsprozess abgeschlossen ist.

Durch die Verwendung von Modellen ändert sich auch die Fachsprache der Experten*innen. Sie zeigt sich in der Dokumentation und in der Kommunikation im Team. Kolleg*innen fragten Klient*innen gezielt nach Alltagsproblemen oder Problemen zuhause (T5/161). Damit wurde der Fokus vermehrt auf die Kerndomäne „Betätigung“ der Ergotherapie gelegt und grenzt sich damit von anderen Professionen ab (T1/220; T2/240; T4/167).

Folglich veränderte sich auch die Wahrnehmung der Ergotherapie durch andere Berufsgruppen.

> *„Es ist tatsächlich so, wir werden nicht mehr abgetan als die Basteltanten oder die Alltagsbespaßer sag ich mal. 'Also, wir schicken den mal zur Ergotherapie, das wird schon gut sein.'“ (T4/68)*

Hierzu trug auch die Umbenennung von ergotherapeutischen Angeboten bei (T3/159). Aber auch die eigene Wahrnehmung der Ergotherapeut*innen veränderte sich.

> *„Ja. Und das hat dann auch, ähm, nicht mehr wirklich ein, ähm, Kreativraum von Nöten, ja? Ich hatte eigentlich den falschen Raum für meine Arbeit.“ (T5/159)*

Ausschlaggebend für die Veränderung der Wahrnehmung war die Zunahme des Alltagsbezugs.

Diese wurde entweder in bereits vorhandene Angebote implementiert, in der Betätigung im Sinne von Freizeitaktivitäten auch in der Handwerksgruppen möglich wird (T3/223), oder es wurden zusätzliche Angebote geschaffen. So führte T3 eine „Gesundheit durch Aktivität Gruppe“ ein, basierend auf dem Manual „Handeln gegen Trägheit“ (137). T2 (208) berichtete wiederum davon, dass zusammen mit der Pflege nach Lagerungsmöglichkeiten gesucht wurde, um Klient*innen Betätigungen zu ermöglichen.

Den Theorie-Praxis-Transfer gestalteten die Expert*innen dabei unterschiedlich. Teilweise kamen dabei externe Evidenz (T4/119) und die Verwendung des Professional Reasonings (T5/113) zum Einsatz. Häufiger wurden ergotherapeutische Modelle und Assessments, auch in für den jeweiligen Kontext abgewandelter Form, genutzt (T1/96; T4/159) sowie Erkenntnisse der Occupational Science.

> *„Und gerade Richtung Occupational Science, Richtung Modelle, Assessments, was weiß ich was, das da noch miteinzubringen.“ (T4/78)*

Auch die Verwendung von Fachterminologie hilft den Expert*innen beim Theorie-Praxis-Transfer (T2/161).

Unterschiede zwischen den Expert*innen zeigen sich in der Implementierung und dem letztlichen Stand des Umstellungsprozesses. Während ein Prozess komplett abgeschlossen ist (T4/136) und über mehrere Jahre Beständigkeit aufweist, befinden sich zwei noch mitten in der Umstellung (T3/97; T1//243). Der Prozess von T5 (26) ist gescheitert und endete mit Kündigung und Weggang von Ergotherapeuten*innen. T2 konnte keine konkrete Aussage über den Stand des Umstellungsprozesses treffen.

4.2.8. Klient/ Patient

Der Umstellungsprozess hat auch Auswirkungen auf den Umgang mit den Klient*innen und deren Bedürfnissen und Erwartungen an die Therapie. Ein wichtiges Thema hierbei ist die Klientenzentrierung.

Die Expert*innen gaben an, mehr Informationen über Interessen, Rollen und Schwierigkeiten der Klient*innen im Alltag durch die Klientenzentrierung zu erhalten, was im Rahmen der Funktionsorientierung nicht erfasst wurde.

> *„Ähm darüber haben wir einfach auch viel mehr Information bekommen, was was die Patienten überhaupt für Schwierigkeiten haben und, ähm, können darüber halt auch in diesen Zwischengesprächen in den Gruppen da besser mal drauf eingehen oder auch sagen, ich biete Ihnen mal jetzt eine Einzeltherapie an und wir sprechen mal drüber.“ (T1/97)*

> *„Also, für mich hat sie sich verändert, dass ich, ähm, mehr Zeit dafür verwende, ähm (...), den Fokus auf die (...) Rollen und Interessen zu legen, was ich vorher nicht gemacht habe. Geb ich offen zu.“ (T2/252)*

> *„[…], Weil ich gemerkt habe, dass meine Klientinnen und Klienten, die ich zum Teil auch schon sehr lange kannte, anders reagierten oder unsere Beziehung anders wurde. In dem Moment, in dem ich ein Einzelgespräch führte, war das viel (...), ähm (...), wie soll ich sagen, viel genauer, viel (...) sinnvoller schien es mir (...) was ich tat, als vorher“ (T5/92)*

Die Klientenzentrierung bezieht die Entscheidung der Klient*innen in den Behandlungsprozess mit ein, die Klient*innen bestimmen zusammen mit der/dem Therapeut*in, was der Inhalt der Therapie sein kann. Dies beschreibt besonders ein*e Teilnehmer*in.

> *„Und dann ist halt die Frage er muss ein gewisses Kontingent an Ergotherapie erfüllen laut Rentenversicherung und dann, ja, das ist halt auch nicht mit meinem Arbeiten zu vereinen, wenn ich dieses quasi zwinge und da das ist uns beiden ja nicht damit geholfen. Ja, und deswegen kann ich das so erleichtern plötzlich, dass sie auch andere Dinge tun dürfen. Genau. (T3/171)*

> *„[…] also wenn die Patienten sich nicht für Handwerk entscheiden, dass sie irgendwas anderes für sie Sinnvolles machen tun oder machen dürfen. Das können so Sachen sein wie ein Musikinstrument lernen, ne Sprache lernen. Was weiß ich, Kreuzworträtsel machen, wenns denen Spaß macht, ähm (...), was können die noch / irgendwelche Unterlagen sortieren, die Steuererklärung machen, also solche Dinge, keine Ahnung.“ (T3/130)*

Durch die Betätigungsbasierung und Klientenzentrierung erhielten die Klient*innen ein besseres Verständnis für die Ergotherapie und die Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in wurden intensiver (T1/221&231). Für die Klient*innen sei die Klientenzentrierung und die damit verbundene Entscheidungsmöglichkeit noch ungewohnt und müsse sich im Verlauf der Therapie mit der/dem Therapeut*in entwickeln.

> *„Ja, das kannste tatsächlich sagen, dass die noch nicht so ganz da angekommen sind, wo wir angekommen sind inhaltlich. Aber dass die tatsächlich sehr gemerkt haben, dass wir ähm wir anders arbeiten, dass wir neue Inhalte einbringen, dass die Ergotherapie so nen anderen Flair hat, ja dass es sich anders anfühlt ‚ähm, und dass halt immer wieder ich z. B. den Ball zurückspiele zu dieser Verantwortung, der Betätigungsidentität, der Selbstwirksamkeit, und natürlich ähm in Richtung Empowerment gehe und das merken die Patienten auch. […]“ (T4/147)*

Dies äußert sich dadurch, dass Klient*innen verunsichert sind, wenn diese nach ihren Wünschen, Anliegen und Ziele gefragt werden. Teilnehmer*in 2 nennt hier besonders Klient*innen aus dem Fachbereich der Geriatrie.

> *„Und gerade diese Tätigkeiten, die sie tun müssen, das ist so zu sagen ähm das braucht einfach viel (...) ja faktisch Zeit sozusagen, rauszukriegen beim geriatrischen Klientel. Weil die das selber gar nicht für sich so verinnerlicht haben.“ (T2/256)*

Für dieses Problem hat Teilnehmer*in 4 eine Lösung, in dem sich Klient*innen gegenseitig helfen zu verstehen, was ein betätigungsbasiertes Ziel sein könnte.

> *„[...] ja das waren dann so praktische Dinge eine, Ich-will-was-tun‘-Wand, wo wir aufgeschrieben haben, ‚Das ist mein Ziel und das hab ich erreicht'. Wo Patienten praktisch anpinnen konnten ‚Das möchte ich gerne erreichen` und dann hingen da später Bilder von oder […]und das quasi den anderen Patienten darzustellen so ‚Hey guck mal hier kannst du was erreichen, hier kannst du was tun und das sind z. B. Ziele, denen du folgen kannst.“ (T4/79)*

Auch erwarten Klient*innen oft eine Problemlösung durch die Therapeut*in und wollen keine Verantwortung für sich selbst übernehmen.

> *„Was gerade in der Geriatrie hat man viele Klienten, die, ähm, die Erwartungshaltung an dem Gegenüber haben, ähm, ´Sie müssen doch wissen, was für mich gut ist. Sie sind doch der Erfahrene, also behandeln Sie mich´. […].“ (T2/231)*

Therapeut*innen sind laut den Expert*innen jedoch darauf angewiesen, dass sich Klient*innen in der Therapie aktiv miteinbringen, indem sie über ihren Alltag berichten, ihre Bedürfnisse benennen und bei Problemlösestrategien mitwirken. Nur so können nachhaltige Lösungen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt erarbeitet werden. Diese können aufgrund des Klinikkontext jedoch nicht immer überprüft werden (T2/258), außer bei „Dreh-Tür-Patienten“ (T1/213). Deshalb ist es wichtig, sich schon während des Klinikaufenthaltes regelmäßig ein Feedback von den Klient*innen über die Therapieinhalte einzuholen (T1/230).

Kapitel 5 - Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse in Zusammenhang mit den Forschungsfragen und in Bezugnahme auf nationale und internationale Literatur dargestellt. Hierbei werden die einzelnen Forschungsfragen jeweils auf Makro-, Meso- und Mikroebene beleuchtet und die wichtigen Aspekte hierfür genannt. Im Anschluss werden die von den Expert*innen genutzten Strategien zusammengefasst, um hieraus eine Handlungsempfehlung für andere Kliniken bieten zu können.

5.1. Ausgangssituation

Welche Ressourcen waren hierbei für sie hilfreich und welche Hindernisse sind dabei aufgekommen?

Beginnend mit der Ausgangssituation der Expert*innen werden nun die Ressourcen und Hindernisse während des Umstellungsprozesses mit den Erfahrungen der Expert*innen und den in der Literatur gefunden Faktoren verglichen. Als erstes werden auf Makro-, Meso- und Mikroebene die Gemeinsamkeiten dargestellt, um anschließend die Unterschiede aufzuzeigen.

Auf der Makroebene spielen laut Lauer (2014) die Komplexität des Unternehmens und die damit verbundenen Kosten eine wesentliche Rolle. Dies wurde auch von zweien der Expert*innen als ein Hindernisfaktor gesehen. So nannte T1 (19) die wirtschaftlichen Faktoren und den damit fehlenden Kostenüberblick als wesentlichen Grund einer weiteren Akademisierung. Diese wird als notwendig angesehen, um gesundheitspolitische und wirtschaftliche Änderungen im Unternehmen in Richtung einer betätigungsbasierten Therapieinterventionen zu begründen. In Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Klinik äußert auch T2 (78), dass ein Hauptgrund für die Anstellung von Ergotherapeut*innen in Kliniken die Abrechnungsmöglichkeit ihrer Behandlung sei. Unter diesen wirtschaftlichen Faktoren leidet auch die Qualität der ergotherapeutischen Intervention, wie durch strikte Vorgaben des Behandlungsintervalls (T2/110) sichtbar wird und das Gruppeninterventionen im Vergleich zu Einzelinterventionen wirtschaftlich effizienter sind (T5/137). Die Autor*innen schließen daraus, dass die Kliniken als Unternehmen selten eine Notwendigkeit für den Umstellungsprozess zum betätigungsbasierten Arbeiten sehen. Dies wurde in *Kapitel 2.3.3* bereits im Rahmen der KTLs besprochen.

Im Gegensatz zu der in der Literatur genannten Abwertung der Intervention oder dem Fehlen von finanziellen Ressourcen (Lauer, 2014), nannten die Expert*innen hier keine negativen Erfahrungen. Im Gegenteil war ein Großteil der Leitung auf ärztlicher Ebene offen für den Umstellungsprozess (T5/106; T3/187). Dies ist kongruent mit den Aussagen von (Wimpenny, Forsyth, Jones, Matheson, & Colley, 2010) und lässt sich als Ressource auf Makroebene bezeichnen.

Auf der Mesoebene stellte das größte Hindernis der Klinikkontext dar. Diesen nannten bereits Daud et al. (2016) und Wimpenny et al. (2010) und beschrieben hierbei vor allem die Faktoren Zeit, Arbeitsbelastung und die zur Verfügung stehenden Räume mit ihrer Ausstattung. Die Expert*innen nannten bei den Räumlichkeiten zum einen die Ausstattung mit dem hohen Aufforderungscharakter bezüglich des Handwerks (T5/33; T3/217; T2/143), sowie die

fehlenden Möglichkeiten, betätigungsbasiert zu arbeiten, als Hindernisse, so dass die Interventionen auf andere Bereiche verlegt werden (T2/144). Ebenfalls fehlten explizit definierte Zeiträume, um den Umstellungsprozess zu gestalten. So berichtet T2 (133), dass alle relevanten Gespräche bezüglich des Umstellungsprozesses als „Tür und Angelgespräche" stattfinden müssen, da die Klinikleitung keine Möglichkeiten hierfür schafft. T5 (103) berichtet das keine Zeiträume für das betätigungsbasierte Arbeiten im Sinne von Einzelinterventionen geschaffen wurden. Als Ressource nannte T5 (117) jedoch, dass das gesamte ergotherapeutische Team freie Nachmittage gestellt bekommen hat, um den Umstellungsprozess gemeinsam zu planen. Auch bei T4 (122) wurde ein Großteil der Umsetzung während der Arbeitszeit als Mehrarbeit geleistet, doch auch hier gab es spezielle Zeiträume für Projekttage, welche für den Umstellungsprozess genutzt werden konnten. Dass solche Zeiträume für Kommunikation und Austausch notwendig sind, um einen erfolgreichen Umstellungsprozess zu gewährleisten, bestätigen auch Mclean (2011), sowie Eriksson, Erikson, Tham, & Guidetti (2017). Gerkhardt und Frey (2006), sowie Fischer-Korp (2018) nannten als wesentliche Erfolgsfaktoren des Umstellungsprozesses die Kommunikation, bei der es wichtig ist, offen und klar über Vision und Ziele im gesamten Team zu sprechen, um eine gemeinsame Vertrauensbasis zu schaffen und die Offenheit gegenüber der Veränderung positiv zu beeinflussen. Hier sind flache Hierarchien nötig, um alle Mitarbeiter in die Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen und den Widerstand gegenüber diesen Entscheidungen zu verringern (Landes & Steiner, 2014). Böckenförde, Gesellnsetter und Hißmann (2015) stellen fest, dass es durch ein Verständnis der Problemsituation durch die Beteiligten zu einer höheren Veränderungsbereitschaft und Akzeptanz kommt, während eine lückenhafte Kommunikation und eine unscharfe Vision zu Widerständen führen. Was passiert, wenn diese Art der Kommunikation fehlt, wird am Beispiel von T5 deutlich. Hier war die Kommunikation von Widerstand und Rückzug geprägt (T5/38;71). Die Konflikte hielten vom gemeinsamen inhaltlichen Arbeiten ab und führten letztendlich zum Abbruch des Umstellungsprozesses mit insgesamt drei Kündigungen (T5/26). Ein Grund dafür könnte die fehlende Einigung über eine einheitliche ergotherapeutische Fachsprache im intradisziplinären Team sein (Fisher, 2014; Völler, 2019), um den Auftrag der Ergotherapie gegenüber den anderen Professionen klar zu vertreten. Durch dieses fehlende Wissen über den Auftrag der Ergotherapie im interdisziplinären Team kommt es häufig zu Überschneidungen der beruflichen Inhalte mit anderen Berufsgruppen (T2/210; T5/139; T4/129). Dass Ergotherapeuten oft als „Lückenfüller und Allrounder" gesehen werden und die Aufgaben anderer Berufsgruppen übernehmen sollen, stellten auch (Di Tommaso, Wicks, Scarvell, & Isbel, 2019) fest. Das Übernehmen anderer, nicht ergotherapeutischer Aufgaben, hindert Ergotherapeut*innen dabe,i eine eigene Berufsidentität aufzubauen.

Diese fehlende Berufsidentität, auf die in der dritten Leitfrage genauer eingegangen wird, wird als größtes Hindernis auf der Mikroebene gesehen. Die Expert*innen beschreiben, dass sie jeweils für sich ein klares berufliches Verständnis haben (T1/23; T2/42; T3/28; T4/23; T5/155), dieses allerdings nicht im gesamten intradisziplinären Team geteilt wird (T3/236; T2/93; T1/23). Einen möglichen Grund hierfür liefern (Di Tommaso, Isbel, Scarvell, & Wicks, 2016), die herausfanden, dass Ergotherapeut*innen sich dem in der Klinik vorherrschenden biomechanischen Paradigma verpflichtet fühlen und dadurch ergotherapeutische Werte schlecht kommunizieren können. Das Ausbrechen aus Gewohnheiten stellt laut Wimpenny et

al. (2010) ebenfalls einen Hindernisfaktor im Umstellungsprozess dar, was auch von T1 (158) und T2 (21) benannt wurde. Dieses Ausbrechen aus Gewohnheiten ist auch für die Klient*innen schwierig, was es den Ergotherapeut*innen erschwert, den Alltagsbezug und die Betätigungsbasierung in die Zielformulierung und Intervention einzubringen. Das fehlende Wissen der Klient*innen gegenüber Betätigungen, sowie die Erwartung an „Hands-on Behandlungen“ (Daud, Judd, Yau, & Barnett, 2016; Gillen & Greber, 2014; Sirkka, Zingmark, & Larsson-Lund, 2014) stellt hierbei ein weiteres Hindernis dar, welches auch von den Expert*innen benannt wurde (T3/218; T2/231). Dadurch benötigen die Expert*innen viel Zeit für den Befundungsprozess, sowie die Zielevaluation mit den Klient*innen (T2/232; T3/126). Diese Zeit ist, wie auf der Mesoebene beschrieben, oft nicht vorhanden, da von der Klinikleitung Gruppeninterventionen erwartet werden und dadurch Zeit für Einzeltherapien fehlt (T3/215; T5/137). Ressourcen bei dem Umstellungsprozess auf Mikroebene stellten die Neugier und der Wunsch nach Wissen in der Kombination mit dem Akademisierungsprozess der Expert*innen dar. Dieser half ihnen dabei, ihre Vision gegenüber dem intra- und interdisziplinären Team besser zu kommunizieren (T4/105; T1/195; T5/106).

Abschließend lässt sich die erste Leitfrage damit beantworten, dass die Expert*innen mit ähnlichen Hindernissen konfrontiert waren, welche in der Literaturrecherche gefunden wurden. Der Fokus der Hindernisse zeigte sich im vorherrschenden biomechanischen Paradigma der Kliniken, welches einen großen Einfluss auf die Art und Weise der ergotherapeutischen Arbeit hat. Dieser Einfluss zeigte sich auch in dem fehlenden Wissen über den ergotherapeutischen Auftrag sowohl im intra-, wie auch dem interdisziplinären Team. Fehlende zeitliche Ressourcen im Sinne von Besprechungszeiten oder Zeiträumen für Einzelinterventionen stellten ein weiteres Hindernis dar.

Ressourcen haben die Expert*innen dadurch erfahren, dass auf der Leitungsebene ein großes Interesse bezüglich des Umstellungsprozesses vorhanden war. Auch haben die Expert*innen einzelne Teammitglieder als Unterstützung empfunden, da sie auf deren Wissen und Erfahrungen zurückgreifen konnten. Des Weiteren nannten die Expert*innen ihre eigene innere Haltung und Motivation als eine weitere Ressource.

5.2. Umstellungsprozess

*Welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut*innen bei der Umstellung zum betätigungsbasierten Therapieprozess gemacht?*

Aufgrund der Heterogenität der Kliniken haben auch die Expert*innen unterschiedliche Erfahrung während des Umstellungsprozesses gemacht. Trotzdem ließen sich Gemeinsamkeiten beim Umstellungsprozess feststellen. Anders als in der Literatur beschrieben (à 2.6.6) konnten die Expert*innen keinen phasenhaften Verlauf der Umstellung benennen. Dies lässt auf ein mangelndes Wissen bezüglich des Change-Managements schließen, aber auch auf den Wunsch der Expert*innen, ihre eigene Arbeitsweise zu verändern. Hierbei war selten eine strukturelle Umstellung der Abteilung das Ziel. Durch die Akademisierung und Fortbildungen entwickelten die Expert*innen den Wunsch, betätigungsbasiert zu arbeiten. Das Wissen über Betätigungsbasierung ist bei allen Expert*innen vorhanden, dieses konnte aber nicht im gesamten intradisziplinären Team implementiert werden. Dieser fehlende Theorie-

Praxis-Transfer geht vor allem auf fehlende Ressourcen zurück, welche in *Kapitel 4.2.7.2.* als Hindernisse beschrieben wurden. Diese Erkenntnis wird auch von Nott, Barden, Chapparo, & Ranka (2020) gestützt. Des Weiteren beschreiben Nott et al. (2020), dass Ergotherapeut*innen sich vor allem auf ihre interne Evidenz während des Behandlungsprozesses verlassen und dies zu einer geringeren Nutzung von ergotherapeutischen Modellen und Assessments führt. Auch Merklein de Freitas (2015) stellte fest, dass eine Diskrepanz zwischen Denken und Handeln in Befunderhebung und Intervention aufgrund der Rahmenbedingung des Kontextes entsteht. Dies spiegelt sich in den Aussagen der Expert*innen wider. Diese äußern, dass im intradisziplinären Team wenig Wissen über ergotherapeutische Assessments und Modelle vorhanden sei und oft auf das eigene Expertenwissen zurückgegriffen werde. Ein Hauptaugenmerk bei Beginn des Umstellungsprozesses sollte darin liegen, das intradisziplinäre Team zu schulen und auf einen gleichen Wissenstand zu bringen. Dies haben die Expert*innen durch interne Fortbildungen und einzelne Konzeptarbeiten versucht, umzusetzen. Hierbei waren die Größe und Motivation des Teams wichtige Faktoren, welcher über den Erfolg dieses Prozesses entschieden. Wie auch in der Literatur beschrieben kann so ein Umstellungsprozess nur gelingen, wenn die Vision des Prozesses offen und transparent im intra- aber auch im interdisziplinären Team kommuniziert wird (Fischer-Korp, 2018). Hierzu gehört auch der Einbezug der Leitungsebenen. Durch eine klare Kommunikation konnten die Expert*innen auf von der Leitungsebene geschaffene Ressourcen zurückgreifen. Diese Ressourcen beinhalteten die Möglichkeit, interne Fortbildungen zu halten oder zusätzliche Besprechungszeiten zu erhalten. Dass solche Zeiträume für eine nachhaltige Umstellung notwendig sind, zeigten auch Sirkka, Larsson-Lund, & Zingmark (2014). Eine wichtige Erkenntnis der Expert*innen war es, dass man sich trotz der Hindernisse und Widerstände, welche auf den Klinikkontext oder auch das Team zurückgehen, nicht von einem Umstellungsprozess abhalten lassen sollte. Hierzu braucht es Mut, um den Prozess zu beginnen und fortzuführen und nicht wieder in den Alltagstrott aus Funktionsorientierung und Handwerk zurückzufallen. Bis auf den abgebrochenen Umstellungsprozess bei T5 berichten die anderen Expert*innen, dass der Umstellungsprozess noch nicht abgeschlossen sei und sie sich in einem stetigen Optimierungsprozess befinden, was auch von Sirkka, Larsson-Lund, & Zingmark (2014) beschrieben wird. Hierbei werden die bisher gewonnen Erfahrungen genutzt, um das Vorgehen besser zu strukturieren, damit das gesamte intradisziplinäre Team den Wandel vollziehen kann. Williams, Perillo, & Brown (2015) bezeichnen eine erfolgreiche Implementierung ebenfalls als einen dynamischen Prozess. Damit dieser nachhaltig gelingen kann, ist es notwendig einen breiten Zugang zu evidenter Literatur und die zum Lesen nötigen Zeiträume durch den Arbeitgeber sicherzustellen (Nott et al., 2020). Wimpenny et al. (2010) beschreiben ebenfalls, dass ein Umstellungsprozess Zeit braucht, welche vor allem für das Ausbilden einer neuen beruflichen Identität notwendig ist.

5.3. Erfahrung nach dem Prozess

*Welche Erfahrungen haben die Ergotherapeut*innen im interdisziplinären Team in Hinblick auf die eigene Berufsidentität gemacht?*

Die Erkenntnisse der Literatur spiegeln sich in den Aussagen aus den Expert*innen Interviews wider. So sind die Aussagen kohärent mit den Erkenntnissen von Wilding & Whiteford (2007), dass die Kerndomäne der Ergotherapie oft von Klient*innen und anderen Berufsgruppen im

Klinikkontext unbekannt ist und schlecht verstanden wird. Dies führt zu einer Lücke zwischen dem, was Ergotherapie beabsichtigt, und dem, wie es in der Praxis umgesetzt wird. Durch das betätigungsbasierte Arbeiten konnten die Expert*innen ihr eigene Berufsidentität festigen. Dem stimmen aus der Literatur Daud et. al (2016) sowie Gillen und Greber (2014) zu. Mit Hilfe des Umstellungsprozesses arbeiteten die Expert*innen entsprechend der Kerndomäne der Ergotherapie und erfuhren dadurch mehr Zufriedenheit. Daud et al. (2016) und Di Tommaso et al. (2019) kommen in ihren Studien zu den gleichen Schlüssen, dass eine betätigungsbasierte Arbeitsweise mehr Sinnhaftigkeit für die Therapie und den Ergotherapeut*innen bringt.

Um Kerndomäne und die Sinnhaftigkeit der Therapie kommunizieren zu können, ist es notwendig, eine gemeinsame Fachsprache zu entwickeln. Erst dadurch ist es möglich, sich von anderen Berufsgruppen abzugrenzen (Gillen & Greber, 2014; Fisher 2014; Berg, Oster & Takacs, 2019) und ein Wir-Gefühl im ergotherapeutischen Team zu entwickeln (Böckenförde, Gesellnsetter & Hißmann, 2015). Gleichzeitig gilt es, sich im interdisziplinären Team neu zu positionieren. Hier bedarf es einer guten Kommunikation, um Aufträge abzusprechen und Konflikte zu vermeiden (T5/139; T4/129). Auf diese Weise bringen sich Ergotherapeut*innen mit ihrer Expertise in der interdisziplinären Zusammenarbeit ein. Dies führt zu einer veränderten Wahrnehmung der ergotherapeutischen Arbeit und Relevanz für den Behandlungsprozess (Sirkka, Larsson-Lund & Zingmark, 2014). Auch die Expert*innen beschreiben einen gesteigerten Stellenwert der Ergotherapie, der sich in einem größeren Einfluss auf die interdisziplinäre Behandlungsplanung zeigt (T4/49; T1/173). Ergotherapeuten fühlen sich durch den Umstellungsprozess zur betätigungsbasierten Arbeitsweise wertiger in ihrem Berufsbild im Sinne einer einzigartigen Profession (Fisher, 2014; Daud et al., 2016).

5.4. Reflexion

In diesem Kapitel setzen sich die Autor*innen kritisch mit dem Vorgehen und dem Inhalt dieser Bachelorarbeit auseinander. Es werden die Stärken und Schwächen dieser Arbeit beleuchtet, sowie die Motivation der Autor*innen, diese zu verfassen. Hierbei setzen sich die Autor*innen kritisch mit ihrem Vorwissen und einer daraus folgenden Voreingenommenheit auseinander. Dies ist notwendig, um eine Beeinflussung der Ergebnisse durch diese auszuschließen. Weitere Informationen zur Motivation der Autor*innen finden sich in Kapitel 1.4.

5.4.1. Voreingenommenheit der Autor*innen

Durch ihr berufsbegleitendes Studium an der Zuyd Hogeschool in Heerlen versuchten die Autor*innen, die eigene ergotherapeutische Arbeitsweise in Richtung Betätigungsbasierung zu verändern. Hierbei befassten sie sich mit verschiedenen Inhalts- und Prozessmodellen, sowie Assessments, die sie in der Praxis erprobten und zum Teil implementierten. Sie teilen gemeinsam die Erfahrung, dass eine Implementierung im klinischen Rahmen, sprich im Krankenhaus oder der Klinik, Herausforderungen und Probleme birgt. Dieses Vorwissen haben die Autor*innen kritisch reflektiert und in gemeinsamen Diskussionen stetig hinterfragt, damit dieses keinen Einfluss auf die Forschungsfrage hat. Trotzdem ist es nicht auszuschließen, dass dieses Vorwissen einen Einfluss auf den Forschungsprozess hatte. Dieses Vorgehen ist kongruent mit dem von Gläser und Laudel (2010) empfohlenen Vorgehen.

Die gemeinsame Reflexion und Diskussion der Autor*innen führte dazu, dass es den Autor*innen möglich war, ihr Wissen über den Umstellungsprozess in die Experteninterviews einfließen zu lassen. Hierdurch wurde eine harmonische Gesprächsatmosphäre geschaffen und die Teilnehmer*innen konnten auf Augenhöhe mit den Autor*innen kommunizieren. Dies war durch das Vermitteln des eigenen Vorwissens bezüglich des Umstellungsprozesses möglich, wodurch die Expert*innen sich nicht lange erklären mussten. Dieses Vorwissen nennen auch Gläser und Laudel (2010) als essentiell zur Durchführung von Experteninterviews. Es nahmen, wie in Kapitel 3.4.2 beschrieben, alle Autor*innen an allen Experteninterviews teil. Dies stellte sicher, dass die Objektivität des Interviews gewahrt wurde und keine Themen vergessen wurden. Des Weiteren stellte dies eine weitere Form der Triangulation dar. Zur weiteren Forschertriangulation empfiehlt Höhsl (2016), dass nach der Analyse eine Diskussion der Datenanalyse und der Ergebnisse erfolgen soll. Dies wurde von den Autor*innen nach jedem Interview umgesetzt.

5.4.2. Reflexion des methodologischen Vorgehens

Die Autor*innen orientierten sich stets an den vier methodologischen Prinzipien nach Gläser und Laudel (2010). Diese sind *das Prinzip der Offenheit, das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens, das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens* und *das Prinzip vom Verstehen* als *‚Basishandlung' sozialwissenschaftlicher Forschung.* Hierdurch konnte während des gesamten Forschungsprozesses ein kongruentes Vorgehen, sowie die Qualität der Forschung sichergestellt werden. Diese Prinzipien werden im Folgenden erläutert.

„Das Prinzip der Offenheit fordert, dass der empirische Forschungsprozess offen sein muss für unerwartet Informationen" (Gläser & Laudel, 2010, S. 30). Dieses Prinzip verlangt von den Forscher*innen, ihre Voreingenommenheit abzulegen und „beobachtete Tatbestände" (Gläser & Laudel, 2010, S. 30) nicht vorschnell bestimmten Kategorien zuzuordnen. Hierzu zählt auch eine Offenheit bezüglich neuer Informationen, die das bisherige empirisch erarbeitete Vorwissen übersteigen, oder diesem sogar widersprechen (Gläser & Laudel, 2010). Dieses Prinzip ermöglicht es auch das Kategoriensystem, sowie die dazugehören Variablen zu erweitern und anzupassen. Diesem Prinzip wurden die Autor*innen bspw. durch das Erstellen der neuen Subkategorie „Kommunikation und Zusammenarbeit", aber auch durch das Erstellen des Leitfadens gerecht (→Kap. 3.3; → Kap. 3.5).

„Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens betont die Notwendigkeit, an vorhandenes theoretisches Wissen über den Untersuchungsgegenstand anzuschließen, da nur so auch zu diesem Wissen beigetragen werden kann" (Gläser & Laudel, 2010, S. 31). Dieses Prinzip scheint *dem Prinzip der Offenheit* zu widersprechen, doch kann man nur auf der Basis eines umfangreichen Vorwissens offen für neue Erkenntnisse sein und diese auch als „neu" erkennen. Theoriegeleitetes Vorgehen bedeutet, sich einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zu schaffen, was in dieser Arbeit durch eine umfangreiche Literaturrecherche (A. 1, A. 2) erfolgt ist. Des Weiteren bedeutet dies, dass auf Basis des gesammelten Wissens Theorien entstehen sollen, um an die bisherige Erfahrung anzuknüpfen (Gläser & Laudel, 2010). Dies setzten die Autor*innen durch das Erstellen des hypothetischen Modells (A. 6) und der Kategorien (Abb. 12; Abb. 13; A. 15) um. Theoriegeleitet bedeutet auch, sich an vorgegebenen Strukturen zu orientieren (Gläser & Laudel, 2010). Hierfür nutzten die Autor*innen die

Vorgehensweisen nach Helferrich (2011) und Gläser und Laudel (2010), um den Leitfaden für die Interviews zu erstellen.

„Das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens fordert, dass die Wissensproduktion expliziten (intersubjektiv kommunizierbaren) Regeln folgen muss.“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 31). Dies ist wichtig, damit die Ergebnisse der Forschung nachvollziehbar und rekonstruierbar sind. Wie bereits beschrieben, orientierten die Autor*innen sich an den von Gläser und Laudel (2010) aufgestellten Regeln und stellten diese in *Kapitel 3 – Methode* dar. Die wichtigsten Aspekte bezüglich des regelgeleiteten Vorgehens waren der durchgeführte Member-Check und die durch die Autor*innen durchgeführte Triangulation der Daten. Da leider nicht alle Expert*innen auf den Member-Check im festgesetzten Zeitrahmen reagierten, haben die Autor*innen darauf verzichtet, ebenfalls deren Interpretation der Experteninterviews einem Member-Check zu unterziehen. Ein weiterer, hier wesentlicher Faktor, waren mangelnde zeitliche Ressourcen. Trotzdem konnten durch dessen Anwendung die vorhanden Daten glaubwürdig und authentisch dargestellt werden. Die Autor*innen versuchten, ihr Vorgehen und die gewählten Methoden während des gesamten Forschungsprozesses so genau wie möglich aufzuzeigen, damit der gesamte Prozess transparent und nachvollziehbar wird. Zur Transparenz der Forschung zählt auch die genaue Darstellung der Expert*innen (Abb. 14) und der auf ihren Aussagen beruhenden Resultate. Alle Resultate und entdeckten Kausalmechanismen wurden konsequent mit Zitaten der Expert*innen belegt (→ Kap. 4.1; → Kap. 4.2).

Das Prinzip vom Verstehen als ‚Basishandlung‘ sozialwissenschaftlicher Forschung fordert: „Verstehen als eine Leistung zu betrachten, ‚die im Forschungsprozess unverzichtbar zu erbringen und deren Realisierung auch methodisch abzusichern ist‘ (ibid:85).“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 32). Es ist für die Forscher*innen notwendig zu verstehen, warum die „Untersuchten“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 32) so handeln, wie sie handeln, um daraus Interpretationen zu ziehen. Um die Handlungsweise der Expert*innen nachzuvollziehen, war es notwendig, die jeweiligen Situationen, die zu dem Handeln geführt haben, zu verstehen und den dazugehörenden Kontext zu evaluieren. Hieraus konnte ein doppelter Erkenntnisgewinn geschaffen werden. Bei diesem Prinzip gilt es jedoch zu beachten, dass das Verstehen nicht das Ziel der Forschung sein soll, sondern ein unverzichtbares Mittel (Gläser & Laudel, 2010). Dieses Prinzip setzten die Autor*innen zum einen durch eine ausführliche Auseinandersetzung mit ihrer Motivation und Voreingenommenheit (→ Kap. 5.4) bezüglich des Themas um, sowie durch die objektive Präsentation aller Ergebnisse (→ Kap. 4; → Kap. 5) dieser Arbeit und einem umfassenden Anhangsverzeichnis.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass bei der Durchführung qualitativer Studien eine theoretische Sättigung ausschlaggebend ist, um die benötigte Fallzahl an Interviews zu bestimmen (Ritsch et al., 2016). Diese konnte nach fünf Interviews aufgrund des individuellen Vorgehens der Expert*innen und den Unterschieden innerhalb des klinischen Kontextes nur teilweise erreicht werden. Aufgrund der Diversität der Expert*innen ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse nur bedingt möglich, wobei auch allgemeingültige Vorgehensweisen sichtbar wurden, welche sich mit den Erkenntnissen aus der Literatur decken. Aus diesen konnten Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Eine Stärke dieser Arbeit zeigt sich in Form der Diversität der Expert*innen. Diese arbeiteten zwar in ähnlichen Kontexten, zeigten aber deutliche Unterschiede hinsichtlich ihrer Berufserfahrung, der Zusammensetzung und Aufteilung des ergotherapeutischen Teams und der Herangehensweise an den Umstellungsprozess. Durch diese Unterschiede wurden individuelle Sichtweisen auf Ressourcen und Hindernisse, die bei einem Umstellungsprozess auftreten können, deutlich (→ Kap. 4). Diese konnten genutzt werden, um Gemeinsamkeiten festzustellen. Interessant wäre es, weitere Mitglieder des jeweiligen ergotherapeutischen Teams zu dem Umstellungsprozess zu befragen, da die vorliegenden Ergebnisse jeweils nur die Meinung der Initiatoren des Umstellungsprozesses widerspiegeln. Dieser Punkt stellt gleichzeitig auch eine Limitation der Studie dar, da nur die Sichtweise der Expert*innen berücksichtig wurde. In weiteren Studien sollte darauf Rücksicht genommen werden und gegebenenfalls auch die Erfahrungen des interdisziplinären Teams miteinbezogen werden, da dieses auch von einem Umstellungsprozess hin zum betätigungsbasierten Arbeiten betroffen ist. Mit Hilfe dieser Arbeit wurden Ressourcen und Hindernisse sichtbar, welche bei der Umstellung vom funktionsorientiertem zum betätigungsbasierten Arbeiten in deutschen Kliniken auftreten können. Da die Anzahl der geführten Interviews zu keiner theoretische Sättigung führten, kann diese Arbeit als Grundlage für weitere Forschungen genutzt werden.

Kapitel 6 - Schlussfolgerung

Ergotherapeut*innen, die den Umstellungsprozess vom funktionsorientierten zum betätigungsbasierten Arbeiten gerade durchlaufen oder diesen durchlaufen haben, empfanden diesen als bereichernd und herausfordernd zugleich. Wie in der Fachliteratur (Lauer, 2014; Landes & Steiner, 2014) beschrieben, werden Widerstände im Team, das Zeitmanagement sowie die Planung und Umsetzung theoretischer Inhalte in die Praxis als die größten Herausforderungen wahrgenommen. Die Vorteile des betätigungsbasierten Arbeitens zeigen sich in einer gestärkten Berufsidentität (Wilding & Whiteford, 2009; Sirkka, Larsson-Lund & Zingmark, 2014), die mit einer Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen einhergeht (Fisher, 2014; Romein, Kirsch & Dehnhardt, 2016), einer intensiveren und nachhaltigeren Arbeit mit dem Klienten (Matuschek, 2016; Pollard, Sakellariou & Lawson-Porter, 2010), sowie einem gesteigerten Stellenwert im interdisziplinären Team (Daud et al., 2016). Der Erfolg des Umstellungsprozesses hängt dabei von verschiedenen Kontextfaktoren ab, wie den strukturellen Arbeitsbedingungen in der Klinik, den zur Verfügung stehenden Ressourcen und den jeweiligen Teamstrukturen. Aus den Erfahrungen der Expert*innen, sowie der nationalen und internationalen Fachliteratur, lassen sich entsprechend folgende Handlungsempfehlungen für einen gelungenen Umstellungsprozess ableiten:

6.1. Strategien

Ergotherapeut*innen, die betätigungsbasiert arbeiten möchten, müssen zunächst den Mut aufbringen, ihr bisheriges Arbeiten zu hinterfragen, sich neues Wissen anzueignen, neue Inhalte auszuprobieren, Betätigungsbasierung innerhalb des Teams zum Thema zu machen und damit den Umstellungsprozess zu initiieren. Grundlegend hierfür ist, dass ein gemeinsames Problembewusstsein für das Fehlen der Betätigungsbasierung erarbeitet wird.

Hierzu ist eine gute Vorbereitung seitens der/des Initiator*in durch Literaturrecherche zu aktueller Evidenz von Betätigungsbasierung und Umstellungsprozessen. Dazu zählt die Aneignung von Wissen zu Change-Modellen und Konfliktmangement, sowie die Ausarbeitung einer ersten Konzeptidee für den Umstellungsprozess. Hiermit geht eine Ist-Analyse der bisherigen Therapieinhalte einher, welche kritisch hinterfragt werden müssen.

Im nächsten Schritt gilt es, die Kollegen einzubeziehen und mit ihnen gemeinsam Betätigungsbasierung zu diskutieren, um diese auf den gleichen Wissenstand zu bringen. Hierbei ist es wichtig, transparent zu kommunizieren und mittels Professional Reasoning über den Einsatz von Modellen und Assessment zu Betätigungsbasierung zu informieren. Einher geht damit auch die Begründung für den Umstellungsprozess anhand der durchgeführten Ist-Analyse. Gleichzeitig gilt es, sich den Kollegen und ihren Erfahrungen (Interne Evidenz) wertschätzend und rücksichtsvoll zu zeigen.

Die Vision für den Umstellungsprozess sollte gemeinsam im ergotherapeutischen Team entwickelt werden. Es ist notwendig, die Leitungsebenen über diese zu informieren, um deren Zustimmung einzuholen und über die Schaffung von Ressourcen wie mögliche Besprechungs- und Fortbildungszeiten zu verhandeln.

Anschließend können sich die Ressourcen der einzelnen Teammitglieder zu nutzen gemacht werden. Jedem Teammitglied muss eine klare Zuständigkeit kommuniziert werden. Dies kann in Form von einzelnen Arbeitsaufträgen oder Arbeitsgruppen geschehen. Danach werden gemeinsam die Ziele für den Umstellungsprozess formuliert. Damit die Motivation erhalten bleibt, ist es notwendig, auch kleine Ziele zu setzen, welche schnell erreicht werden können. Hierdurch können neue Aufgaben und Abläufe in den Arbeitsalltag schrittweise eingeführt werden. Gegebenenfalls kann es auch hilfreich sein, sich mit Kliniken zu vernetzen, welche bereits Erfahrungen mit dem Umstellungsprozess haben oder sich gerade in diesem befinden.

Des Weiteren ist es notwendig das interdisziplinäre Team über die anstehenden Veränderungen zu informieren. Hierbei ist eine offene und transparente Kommunikation mit klarer Abgrenzung und Nennung der jeweiligen Kompetenzen sowie Aufgaben notwendig.

Ein Aspekt, welcher durch diese Bachelorarbeit sichtbar wurde, ist, dass jeder Fachbereich seine speziellen Herausforderungen bezüglich des Umstellungsprozesses hat. Hierbei ist ein besonderes Augenmerk auf den jeweiligen Klinikkontext zu legen. Es wurde deutlich, dass allein die Unterscheidung zwischen Reha- und Akutkliniken einen großen Einfluss auf die Umsetzung der Betätigungsbasierung hat. Hier wären weitere Forschungen notwendig, welche den Umstellungsprozess sowohl Fach- als auch Kontextspezifisch untersuchen. Hierbei kann der Fokus ebenfalls auf das gesamte ergotherapeutische Team gelegt werden, um das Erleben des Umstellungsprozesses aus Sicht aller Teammitglieder darzustellen.

In einer weiteren Studie könnte eine Befragung des interdisziplinären Teams zum Umstellungsprozess in der ergotherapeutischen Abteilung bezüglich des Stellenwertes und der Wahrnehmung der Ergotherapie durchgeführt werden. Hierdurch kann das Berufsbild gestärkt und die Professionalisierung des Berufs vorangetrieben werden.

Abschließend ist festzustellen, dass die flächendeckende Umsetzung des betätigungsbasierten Arbeitens von weiteren Faktoren auf der Makroebene abhängig ist. So war für alle Expert*innen das Wissen, welches sie durch den Akademisierungsprozess erlangt haben, eine große Ressource und ermöglichte erst diesen Prozess. Dass eine weitere Akademisierung der Ergotherapie für solch einen Wandel essentiell ist, berichten auch Schirmer (2013), sowie Schmid und Sell-Krude (2014). Eine bundeseinheitliche Akademisierung könnte auch dem vorherrschenden Problem der unterschiedlichen Vorgaben der Länder bezüglich der Ergotherapieausbildung entgegenwirken (Roosen, Schüller und Brandt, 2017). Hier sei nochmal auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV), welche zuletzt 1998 aktualisiert wurde, verwiesen. Dass hier ein Handeln der Politik notwendig ist, beweist auch der aktuelle offene Brief anlässlich des Welt-Ergotherapie-Tages 2020 (Berding et al., 2020).

Das Fazit, welches alle Expert*innen dieser Bachelorarbeit allen Ergotherapeut*innen die einen Umstellungsprozess durchführen wollen weitergeben möchten, lässt sich in den Worten von T3 zusammenfassen:

> *„[…] Mutig sein und einfach machen.“ (T3/274)*

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

Aiken, F. E., Fourt, A. M., Cheng, I. K. S., & Polatajko, H. J. (2011). The meaning gap in occupational therapy: Finding meaning in our own occupation. Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie, 78(5), 294–302. https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.5.4

Alter, U. (2019). Teamidentität, Teamentwicklung und Führung: Wir-Gefühl am Arbeitsplatz ermöglichen - das Potenzial des Teams nutzen (2. Aufl. 2019). essentials. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22640-4

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

American Occupational Therapy Association. (2017). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). American Journal of Occupational Therapy, 68(Supplement_1), S1. https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006

American Occupational Therapy Association (2020). About Occupational Therapy. Retrieved from https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy.aspx

Apelt, M., & Tacke, V. (2012). Handbuch Organisationstypen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93312-2

Ashby, S., Gray, M., Ryan, S., & James, C. (2015). Maintaining occupation-based practice in Australian mental health practice: A critical stance. British Journal of Occupational Therapy, 78(7), 431–439. https://doi.org/10.1177/0308022614564168

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV) (1999).

Bär, S. (2011). Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft: Krankenhausmanager und ihre Konzepte (1. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bennett, S., Allen, S., Caldwell, E., Whitehead, M., Turpin, M., Fleming, J., & Cox, R. (2016). Organisational support for evidence-based practice: Occupational therapists perceptions. Australian Occupational Therapy Journal, 63(1), 9–18. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12260

Berding, J., Dennhardt, S., Röse, K., Kraus, E., Marotzki, U., Eschenbeck, P., Postert, C., & Oltman, R. (2020). Ergotherapie in Deutschland – Ein Beruf in der Sackgasse?: Offener Brief von Professor*innen zum Welttag der Ergotherapie. Retrieved from https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/welt-ergotherapie-tag/2020-2/4094-offener-brief-welttag-der-ergotherapie-27-10-20/file

Berg, D., Oster, J. L., & Takacs, C. (2019). Betätigungs… was?!: Fachterminologie nach Anne G. Fisher. Ergopraxis, 12(5), 26–28.

Böckenförde, C., Gesellnsetter, A. K., & Hißmann, M. (2015). Veränderungsprozesse erfolgreich bewältigen: Zusammenarbeit im Ergotherapie-Team. Ergotherapie Und Rehabilitation, 54(4), 23–25.

Borgetto, B. (2017a). Die Forschungspyramide: Teil 3: Grundlagen der Anwendung für die kritische Evidenzbewertung. Ergoscience, 12(4), 134–143. https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-54020170401

Borgetto, B. (2017b). Die Forschungspyramide: Teil 2: Methodologische Grundlagen. Ergoscience, 12(3), 90–101. https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-54020170301

Borgetto, B. (2017c). Die Forschungspyramide: Teil 1: Theoretische und konzeptionelle Grundlagen. Ergoscience, 12(2), 46–55. https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-54020170201

Böttger, T., Höynck, J., Kohn, B., & Pott, U. (2010). Betatigungsorientierung in der Ergotherapie als Chance für teilhabeorientierte Rehabilitation bei Apraxie - eine Bestandsaufnahme. NeuroRehabilitation, 1–9.

Boyt Schell, B. (2014). Glossar. In Willard & Spackman´s Occupational Therapy (12th edt.). Philadelphia, Pennsylvania : Lippincott Williams & Wilkins

Brandt, B. (2017). Therapieansätze überdenken. Ergotherapie Und Rehabilitation, 56(10), 26–29.

Bundesministerium für Gesundheit (2019). Ratgeber Krankenhaus: Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten. Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Ratgeber_Krankenhaus_0619.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2018). Vorsorge und Rehabilitation: Rehabilitation. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html#c7311

Burley, S., Cox, R., Di Tommaso, A., & Molineux, M. (2018). Primary Contact Occupational Therapy Hand Clinics: The pull of an occupational perspective. Australian Occupational Therapy Journal, 65(6), 533–543. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12507

Caldwell, E., Fleming, J., Purcell, A., Whitehead, M., & Cox, R. (2011). Knowledge Translation in Cancer Services: Implementing the Research and Evidence in Practice Model. British Journal of Occupational Therapy, 74(11), 535–539. https://doi.org/10.4276/030802211X13204135680947

Caldwell, E., Whitehead, M., Fleming, J., & Moes, L. (2008). Evidence-based practice in everyday clinical practice: Strategies for change in a tertiary occupational therapy department. Australian Occupational Therapy Journal, 55(2), 79–84. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00669.x

Canadian Association of Occupational Therapists (2012). Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada. Retrieved from https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf

Canadian Institutes of Health Research. (2012). Guide to Knowledge Translation Planning. Abgerufen von http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45321.html#a3

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

Christiansen, C., & Baum, C. (Eds.) (1997). Occupational therapy: Enabling function & well-being (2nd Edition). Thorofare: Slack.

Clouston T. J., Whitcombe S. W. (2008). The Professionalisation of Occupational Therapy: A Continuing Challenge. British Journal of Occupational Therapy, 71(8), 314–320.

Cole, M. B., & Tufano, R. (Eds.) (2008a). Applied theories in occupational therapy - A practical approach. Thorofare: Slack.

Cole, M. B., & Tufano, R. (2008b). Occupational Therapy's Broadening Horizons. In M. B. Cole & R. Tufano (Eds.), Applied theories in occupational therapy - A practical approach (pp. 3–21). Thorofare: Slack.

Conrad, C. B. [Claudia B] (2013). Organisation Krankenhaus – Balanceakt zwischen Spezialisierung und Koordination. In A. Goepfert & C. B. Conrad (Eds.), Unternehmen Krankenhaus (1st ed., pp. 107–117). s.l.: Georg Thieme Verlag KG.

Cup, E., & van Hartingsveldt, M. (2019). 8.2 Ausgangspunkte in der Ergotherapie. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), Grundlagen der Ergotherapie (pp. 197–201). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Curtin, M., & Fossey, E. (2007). Appraising the trustworthiness of qualitative studies: Guidelines for occupational therapists. Australian Occupational Therapy Journal, 54(2), 88–94. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00661.x

Daud, A. Z. C., Judd, J., Yau, M., & Barnett, F. (2016a). Issue in Applying Occupation-based Intervention in Clinical Practice: A Delphi Study. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 222, 272–282. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.158

Daud, A. Z. C., Judd, J., Yau, M., & Barnett, F. (2016b). 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

DePoy, G., & Gitlin, L. (2015). Introduction to Research: Understanding and Applying Multiple Strategies (5th Edition). St. Louis: Mosby.

Deutsche Rentenversicherung (o. D.). Richtwerte behandlungsdauer in Rehabilitationseirichtungen. Retrieved from 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

Deutsche Rentenversicherung (2014). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung: Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung.

Deutsche Rentenversicherung (2015). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Retrieved from https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_2015_pdf.html

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (2017a). Die Ergotherapie in Deutschland: Zahlen. Daten. Fakten. Retrieved from https://dve.info/resources/pdf/service/bundestagswahl-2017/2969-facts-ergotherapie/file

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Ed.) (2017b). Das Gesundheitsforum. Indikationskatalog Ergotherapie: Neue Rahmenempfehlung : neue ICF-basierte Leistungsbeschreibung : umfassende Kommentierungen des DVE : Diagnoseliste mit Zuordnung von ICD-10-Codes, langfristigen Heilmittelbedarfen und besonderen

Verordnungsbedarfen : aktualisierte Assessment-Instrumente (1. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (2019). Kompetenzprofil Ergotherapie. Retrieved from https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2020). Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2020. Retrieved from https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/

Di Tommaso, A., Isbel, S., Scarvell, J., & Wicks, A. (2016). Occupational therapists' perceptions of occupation in practice: An exploratory study. Australian Occupational Therapy Journal, 63(3), 206–213. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12289

Di Tommaso, A., Wicks, A., Scarvell, J., & Isbel, S. (2019). Experiences of occupation-based practice: An Australian phenomenological study of recently graduated occupational therapists. British Journal of Occupational Therapy, 82(7), 412–421. https://doi.org/10.1177/0308022618823656

Doppler, K., & Ameln, F. von (2019). „Anders denken, anders fühlen“. Klaus Doppler über Erbe und Zukunft des Change Managements. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift Für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 50(2), 163–167. https://doi.org/10.1007/s11612-019-00457-1

Döring, N., & Bortz, J. (2016a). Empirische Sozialforschung im Überblick. In N. Döring & J. Bortz (Eds.), Forschungsmethoden und Evaluation: in den Sozial- und Humanwissenschaften (5th ed., pp. 4–28). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

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

Döring, N., & Bortz, J. (2016c). Stichprobenbeziehung. In N. Döring & J. Bortz (Eds.), Forschungsmethoden und Evaluation: in den Sozial- und Humanwissenschaften (5th ed., pp. 291–318). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Dr. Andreas Padberg (o.D). Wie Sie mit zehn Fragen erfolgreich Change Management praktizieren. Padberx- Organizational Consulting Network.

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

Druml, C. (2010). Ethikkommissionen und medizinische Forschung: Ein Leitfaden für alle an medizinischer Forschung Interessierte (1st ed.). Wien: Facultas Universitätsverlag.

Ebner, G., & Krammer, C. (2013). Veränderungsmanagement im öffetnlichen Dienst - ein Praxisbeispiel. Journal Für Psychologie, 21(3).

Eriksson, C., Erikson, A., Tham, K., & Guidetti, S. (2017). Occupational therapists experiences of implementing a new complex intervention in collaboration with researchers: A qualitative longitudinal study. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 24(2), 116–125. https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1194465

Eßer, P., Scholer, B., & Schüttenhelm, A. (2015). Deutschlandweiter Survey zur Erfassung der eingesetzten Assessments im Fachbereich Psychatrie sowie der Art und Weise ihrer Nutzung. Ergoscience. (10(4)), 148–155. https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-54020150402

Europäisches Parlament (2018). Datenschutz-Grundverordnung: DSGVO. (2016/679). Retrieved from https://dsgvo-gesetz.de/

Fischer-Korp, C. (2018). Erfolgreiche Change-Prozesse im öffentlichen Bereich. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17331-9

Fisher, A. G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? Previously published in Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2013; 20:

162-173. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21 Suppl 1, 96–107. https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952912

Fisher, A. G. (2018). OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Interventionen (2. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner.

Forsyth, K., Summerfield Mann, L., & Kielhofner, G. (2006). Scholarship of Practice: Making Occupation-Focused, Theory-Driven, Evidence-Based Practice a Reality. British Journal of Occupational Therapy, 68(6), 260-266.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2019 B6) (2019).

Gerkhardt, & Frey (2006). Erfolgsfaktoren und psychologische Hintergründe in Veränderungsprozessen. Entwicklung eines integrativen psychologischen Modells. Organisationsentwicklung, 25(4), 48–60.

Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (ErgThG) (1976).

Gillen, A., & Greber, C. (2014). Occupation-Focused Practice: Challenges and Choices. British Journal of Occupational Therapy, 77(1), 39–41. https://doi.org/10.4276/030802214X13887685335580

Gläser, J., & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Glasl, F., & La Houssaye, L. (. de (1975). Organisationsentwicklung: Das Modell des Niederländischen Instituts für Organisationsentwicklung (NPI) und seine praktische Bewährung. Bern: Paul Haupt.

Goepfert, A., & Conrad, C. B. [Claudia B.] (Eds.) (2013). Unternehmen Krankenhaus (1. Aufl.). s.l.: Georg Thieme Verlag KG. https://doi.org/10.1055/b-002-57161

Graf, P., & Spengler, M. (2013). Leitbild- und Konzeptentwicklung (6., überarb. Aufl). Augsburg: ZIEL.

Grol, R., & Wensing, M. (2013). Principles of Implementation of Change. In R. Grol, M. Wensing, M. Eccles, & D. Davis (Hrsg.), Improving patient care: The implementation of change in health care (2nd ed, S. 3–76). Chichester, UK ; Hoboken, NJ, USA: Wiley Blackwell, BMJ/Books.

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

Hammel, W. (2013). Client-centred occupational therapy in canada: Refocusing on core values. Canadian Journal of Occupational Therapy, 80(3), 141–149.

Hasselkus, B. R. (2002). The meaning of everyday occupation. New Jersey: Slack.

Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (4.th ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). An Occupational Perspective on the Concept of Participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health - Some Critical Remarks. The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association. (5), 569–576.

Hildenbrand, C. (2016). Change Management-Akteure, Prozesse und Formen. Hochschule Mittweida - Universtiy of Applied Sciences, Karlsruhe.

Höfler, M., Bodingbauer, D., Dolleschall, H., Schwarenthorer, F., & et al. (2018). Abenteuer Change Management: Handfeste Tipps aud der Praxis für alle, die etwas bewegen wollen (6. aktualisierte Auflage). Frankfurt am Main: Frankfurter Allgemeine Buch.

Höhsl, B. (2016). 6.5 Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.), Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (127-130.). Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Hucke, B., & Zillhardt Connie (2014). Partizipation versus Funktion – Theorie versus Praxis. Ergotherapie Und Rehabilitation. (11).

Jana Grüters, Pascal Pujolle, Markus Schmid (2016). Den Betätigungsanliegen gerecht werden. Et Reha, 55(8), 16–19. https://doi.org/10.2443/skv-s-2016-51020160801

Juckett, L. A., Robinson, M. L., & Wengerd, L. R. (2019). Narrowing the Gap: An Implementation Science Research Agenda for the Occupational Therapy Profession. The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 73(5), 7305347010p1-7305347010p6. https://doi.org/10.5014/ajot.2019.033902

Juckett, L. A., Wengerd, L. R., Faieta, J., & Griffin, C. E. (2020). Evidence-Based Practice Implementation in Stroke Rehabilitation: A Scoping Review of Barriers and Facilitators. The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 74(1), 7401205050p1-7401205050p14. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.035485

Junge, I., Longrée, A., & Weber, B. (2019). 1.9 Entwicklung des Berufs in Deutschland. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), Grundlagen der Ergotherapie (pp. 48–55). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kerres, A., & Seeberger, B. (2001). Lehrbuch Pflegemanagement II. Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Kielhofner, G. (2009). Conceptual foundations of occupational therapy practice (4th ed.). Philadelphia, Pa.: F.A. Davis Co.

Kievelitz, M. (2014). Sinnvolle Betätigung in der täglichen Praxis einsetzen: Erfahrungen deutscher Ergotherapeuten. Ergotherapie Und Rehabilitation, 53(6), 24–26.

Kinébanian, A. (2019a). 1.4 Anfänge der Berufsentwicklung. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), Grundlagen der Ergotherapie (pp. 39–48). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kinébanian, A. (2019b). 1.7 Der 1. Weltkrieg. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), Grundlagen der Ergotherapie (pp. 43–45). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kinébanian, A. (2019c). 1.8 Diskussion zum theoretischen Unterbau der Ergotherapie. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), Grundlagen der Ergotherapie (pp. 46–48). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kinébanian, A., & Le Granse, M. (Eds.) (2006). Grondslagen van de ergotherapie (2. Auflage). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Kinébanian, A., & Logister-Proost, I. (2019). Begriffe verstehen - der Hintergrund der ergotherapeutischen Modelle. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), Grundlagen der Ergotherapie (pp. 353–376). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kress, B., & Kern, E. (2018). Change Management und Psychodrama: Für Veränderungsprozesse öffnen und erwärmen. Zeitschrift Für Psychodrama Und Soziometrie, 17(2), 293–305. https://doi.org/10.1007/s11620-018-0450-0

Kristensen, H. K., & Petersen, K. S. (2016). Occupational science: An important contributor to occupational therapists' clinical reasoning. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 23(3), 240–243. https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1083054

Kufner, S., & Scholz-Schwärzler, N. (2017). Wandeln Sie mit! Ergopraxis. (3), 38–40.

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

Küther, G. (2014). Der Direktzugang zu Heilmittelerbringern in Deutschland: Eine kritische Übersicht. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 24(04), 173–182. https://doi.org/10.1055/s-0034-1374641

Lackes, R., & Siepermann, M. (2020). Definition Expertenwissen. Retrieved from https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/expertenwissen-34831/version-258324

Landes, M., & Steiner, E. (2014). Psychologische Auswirkungen von Change Prozessen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-05642-1

Lauer, T. (2014). Change Management. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-43737-7

Law, M. (2002). Participation in the Occupations of Everyday Life. American Journal of Occupational Therapy. (Vol. 56), 640–659. https://doi.org/10.5014/ajot.56.6.640

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollok, N. (2014). Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupational Model: A transactive approach to occupational therapy. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63(1), 9–23.

Le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (Eds.) (2019). Grundlagen der Ergotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/b-006-163235

Leclair, L. L., Ripat, J. D., Wener, P. F., Cooper, J. E., Johnson, L. A., Davis, E. L. O., & Campbell-Rempel, M. A. (2013). Advancing the use of theory in occupational therapy: A collaborative process. Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie, 80(3), 181–193. https://doi.org/10.1177/0008417413495182

Lohkamp, L., & Schulze, H. (2005). Teamidentität und Erinnerung. Workshop im Rahmen des 26. Kongresses der DGTA: Grenzen (in) unserer Zeit. Abgerufen von https://sl-consult.de/fileadmin/img/PDFs/Kongressunterlagen//dgta_2005_lindau_teamidentaet_und_erinnerung.pdf

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

Maier, G., & Kirchgeorg, M. (2018). Definition Motivation. In Gabler Wirtschaftslexikon. Abgerufen von https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/motivation-38456/version-261879

Mahani, M. K., Mehraban, A. H., Kamali, M., & Parvizy, S. (2015). Facilitators of implementing occupation based practice among Iranian occupational therapists: A qualitative study. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 29(307), 1–9.

Matuschek, K. (2016). Die therapeutische Beziehung aus der Perspektive akademisierter Ergotherapeuten vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels – eine qualitative Studie. Ergoscience. (11(3)), 90–101. https://doi.org/10.2443/skv-s-2016-54020160301

Mclean, C. (2011). Change and transition. What is the difference. British Journal of School Nursing, 6(2), 78–81.

Mentrup, C. (2014). Das ergotherapeutische Paradigma: Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun? In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Eds.), Das Gesundheitsforum: Vol. 2013. Ergotherapie sucht Topmodelle: Theorie und Praxis aktuell (1st ed., pp. 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. Et Reha, 54(11), 23–26. https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-51020151103

Nilsson, I., & Townsend, E. (2014). Occupational justice--bridging theory and practice. Previously published in Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2010; 17: 57-63. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21 Suppl 1, 64–70. https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952906

Nott, M. T., Barden, H. L. H., Chapparo, C., & Ranka, J. L. (2020). Evidence based practice and knowledge translation: A survey of Australian occupational therapy practice with clients experiencing neurocognitive impairments. Australian Occupational Therapy Journal, 67(1), 74–82. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12625

Oldhafer, M., Schneider, S., Beil, E., Schmidt, C., & Nolte, F. (2019). Change Management in Gesundheitsunternehmen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-23973-2

O'Sullivan, G. (2016). Occupational therapy The promise and the paradox. New Zealand Journal of Occupational Therapy. (63(1)), 28–30.

Papenhoff, M., Halfmann, M., & Schmitz, F. (2018). BWL für Mediziner im Krankenhaus. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55457-9

Perkhofer, S. (2016). 7.1 Was ist quantitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.), Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (138.). Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Perkhofer, S., Gebhart, V., & Tucek, G. (2016). 6.1 Was ist qualitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.), Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (68-69.). Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Perkhofer, S. & Tucek, G. (2016). 3.2 Forschungsethik im Gesundheitswesen. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.), Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (27-34.). Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Pollard, N., Sakellariou, D., & Lawson-Porter, A. (2010). Will occupational science facilitate or divide the practice of occupational therapy? International Journal of Therapy and Rehabilitation, 17(1), 40–47.

Projektgruppe Betätigungsorientierung der LVR-Klinik Viersen (2017). Betätigungsorientierung vernetzt entwickeln. Et Reha, 56(9), 20–23. https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-51020170902

Pruschmann, T. (2015). Den Alltag in die Praxis holen. Ergopraxis, 48–49.

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

Reinbacher, P. (2014). Strategien des Change Management. Eine Systematisierung unter Rückgriff auf T. Parsons. Gruppendynamik Und Organisationsberatung, 45(4), 465–480. https://doi.org/10.1007/s11612-014-0262-2

Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (Eds.) (2016). Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis. Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Robert Koch-Institut (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Retrieved from http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf

Roesle, C. (2016). "Alle für einen": Merkmale interprofessioneller Zusammenarbeit in der stationären Behandlung von patienten mit akutem Schlaganfall. Ergoscience. (11(4)), 142–150. https://doi.org/10.2443/skv-s-2016-54020160402

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

Rohloff, J. (2010). Die Professionalisierung der praktischen Ausbildung – Den Theorie-Praxis-Transfer nicht dem Zufall überlassen. Ergopraxis. (6), 28–31.

Rohloff, J. (2015). Wie lange wollen wir eigentlich noch so weitermachen? Ergotherapie Und Rehabilitation, 54(5), 23–27.

Romein, E. (2010). Ein starkes Berufsprofil schafft Arbeitsplätze: Erfahrungen aus dem Behandlungszentrum Vogtareuth. Ergopraxis. (10).

Romein, E. (2017). Handwerk - Schnee von gerstern oder unverzichtbar? Ergotherapie Und Rehabilitation, 14–16.

Romein, E., Kirsch, G., & Dehnhardt, B. (2016a). Es tut sich was!: Change Management in ergotherapeutischen Praxen (Teil 2). Ergotherapie Und Rehabilitation, 55(Nr. 9), 14–17.

Romein, E., Kirsch, G., & Dehnhardt, B. (2016b). Konsequent betätigungsorientiert denken und handeln. Ergotherapie Und Rehabilitation, 55(8), 22–25. https://doi.org/10.2443/skv-s-2016-51020160802

Roosen, Schüller, & Brandt (2017). Betätigung unterrichten: Praxisnahe und gegenstandszentrierte Lehre an Fach- und Hochschulen. Ergotherapie Und Rehabilitation, 56(12), 24–27.

Rüther, L. (2019). Ein Wegweiser für den Upgrade-Prozess: Betätigungsorientierte Ergotherapie in der neurologischen Rehabilitationsklinik. Ergotherapie Und Rehabilitation, 58(2), 20–24. https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-51020190202

Sakellariou, D., & Pollard, N. (Eds.) (2017). Occupational Therapies Without Borders: integrating justice with practice (Second Edition). Oxford: Elsevier LTD.

Sales, B. D., & Folkman, S. (2001). Ethics in research with human participants. Washington DC: American Psychological Association.

Satink, T., & van de Velde, D. (2019). 2 Kerndomänen in der Ergotherapie. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), Grundlagen der Ergotherapie (pp. 75–77). Stuttgart: Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/b-006-163235

Scheepers, C. (2011a). Rechtliche Grundlagen der stationären Versorgung. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Eds.), Vom Behandeln zum Handeln (4th ed., S.48-49). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Scheepers, C. (2011b). Stationäre Versorgung in der Kuration und Rehabilitation. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Eds.), Vom Behandeln zum Handeln (4th ed., pp. 218–222). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., & Jehn, P. (Eds.) (2011). Vom Behandeln zum Handeln (4. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Schewe, G., Piekenbrok, D., & Haric, P. (2018). Definition Hierarchie. In Gabler Wirtschaftslexikon. Abgerufen von https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/hierarchie-35110/version-258599

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

Schmid, J., & Klenk, J. (2018). Definition Qualifikation. In Gabler Wirtschaftslexikon. Abgerufen von https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/qualifikation-45959/version-269245

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

Scholz-Minkwitz, E., & Minkwitz, K. (Eds.) (2014). Das Gesundheitsforum: Vol. 2013. Ergotherapie sucht Topmodelle: Theorie und Praxis aktuell (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.

Schuh, G. (2006). Change Management - Prozesse strategiekonform gestalten. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Retrieved from http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10183079 https://doi.org/10.1007/3-540-30978-0

Schulte, L., Sturmhöfel, O., & Andres, L. (2017). Klientenzentrierung und Handlungsorientierung im neurologischklinischen Setting. Ergoscience, 12(1), 3–10.

Shinohara, K., Yamada, T., Kobayashi, N., & Forsyth, K. (2012). The Model of Human Occupation-Based Intervention for Patients with Stroke: A Randomised Trial. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 22(2), 60–69. https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2012.09.001

Sirkka, M., Larsson-Lund, M., & Zingmark, K. (2014). Occupational therapists' experiences of improvement work: A journey towards sustainable evidence-based practice. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21(2), 90–97. https://doi.org/10.3109/11038128.2013.872183

Sirkka, M., Zingmark, K., & Larsson-Lund, M. (2014). A process for developing sustainable evidence-based occupational therapy practice. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21(6), 429–437. https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952333

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (1988).

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, 2016 (2016).

Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2018. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Stolzenberg, K., & Heberle, K. (2013). Change Management. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-30106-3

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.

Taylor, R. R. (Ed.) (2017). Kielhofner's model of human occupation: Theory and application (Fifth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

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 E-Book: A Fieldguide. London: Churchill Livingstone.

Unger, D., & Schneider, J. (2015). "Hör mal, sag mir den Sinn, dann weiß ich was ich mache (…)!" Das HoDT-Konzept aus der Klienten- und Angehrigenperspektive. Ergoscience. (10), 68–76.

Vivienne Thomas. Gruppe oder Team: Wo stehen wir, wo wollen wir hin?: Teamarbeit ist Beziehungsarbeit, pp. 20–23.

Völler, S. (2019). Was ist Ihre Lieblingsbetätigung. Ergopraxis. (11-12), 12–16.

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

Werro, E. (2018). Gruppendynamische Aspekte agiler Frameworks: Agile Teams im Spannungsfeld von Zugehörigkeit, Macht und Intimität. essentials. Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19377-5

Werther, S., Jacobs, C., Brodbeck, F. C., Kirchler, E., & Woschée, R. (2014). Organisationsentwicklung – Freude am Change. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55442-1

Wilcock, A., & Townsend, E. (2000). Occupational terminology interactive dialogue. Journal of Occupational Science, 7(2), 84–86. https://doi.org/10.1080/14427591.2000.9686470

Wilcock, A. A. (2007). Occupation and Health: Are They One and the Same? Journal of Occupational Science, 14(1), 3–8. https://doi.org/10.1080/14427591.2007.9686577

Wilding, C., & Whiteford, G. (2007). Occupation and occupational therapy: Knowledge paradigms and everyday practice. Australian Occupational Therapy Journal, 54(3), 185–193. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00621.x

Wilding, C., & Whiteford, G. (2008). Language, identity and representation: Occupation and occupational therapy in acute settings. Australian Occupational Therapy Journal, 55(3), 180–187. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00678.x

Wilkesmann, M. (2009). Wissenstransfer im Krankenhaus: Institutionelle und strukturelle Voraussetzungen (1. Aufl.). VS research. Wiesbaden: VS Research.

Williams, B., Perillo, S., & Brown, T. (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. Nurse Education Today, 35(2), e34-41. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.012

Wimpenny, K., Forsyth, K., Jones, C., Matheson, L., & Colley, J. (2010). Implementing the Model of Human Occupation across a Mental Health Occupational Therapy Service: Communities of Practice and a Participatory Change Process. British Journal of Occupational Therapy, 73(11), 507–516. https://doi.org/10.4276/030802210X12892992239152

Wong, C., Fagan, B., & Leland, N. E. (2018). Occupational Therapy Practitioners' Perspectives on Occupation-Based Interventions for Clients With Hip Fracture. The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 72(4), 7204205050p1-7204205050p7. https://doi.org/10.5014/ajot.2018.026492

Wong, S. R., & Fisher, G. (2015). Comparing and Using Occupation-Focused Models. Occupational Therapy in Health Care, 29(3), 297–315. https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1010130

World Federation of Occupational Therapists (2020). About Occupational Therapy. Retrieved from https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy

World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Retrieved from https://www.who.int/classifications/icf/en/

World Health Organization (2020). ICD-10-GM Version 2021: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2021. Retrieved from https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/

Zawischa, D. (o.D.). Grundlagen der Farbenlehre. Retrieved from https://www.itp.uni-hannover.de/fileadmin/arbeitsgruppen/zawischa/static_html/farbeinf.html

Zimmermann, A., Falkner, G., & Müllner, J. (2013). Identifikation und Nicht-Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Organisation nach Veränderungsprozessen. Journal Für Psychologie, 21(3).

Glossar

Betätigungsbasierung

Ist die Betätigung der Hauptbestandteil der ergotherapeutischen Evaluation und Intervention, also führt die Klient*in die angestrebten Betätigungen direkt aus und arbeitet an diesen, spricht Fisher (2014) von der Betätigungsbasierung (Betätigung als Ziel und Mittle der Intervention). In der betätigungsbasierten Evaluation führt der/die Ergotherapeut*in Analysen der Betätigungsperformanz durch, um an einer erfolgreichen Ausführung der Betätigung arbeiten zu können (Fisher, 2014).

Evidenzbasierung

Eine evidenzbasierte Praxis erfüllt nicht nur eine Verantwortung gegenüber dem Gesetzgeber, sondern ermöglicht den Klient*innen auch die bestmögliche zur Verfügung stehende Behandlung (Radek & Tautorat, 2019). Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen müssen ihr Wissen und ihre Praktiken auf dem neuesten Stand und relevant halten (Williams, Perillo, & Brown, 2015). Diese basiert auf der Integration von Wissen aus verschiedenen Quellen wie Forschung, Theorien und Praxismodellen, der klinischen Erfahrung von Fachkräften und den Erfahrungen von Klient*innen in ihrem Alltagskontext (Sirkka, Zingmark & Larsson-Lund, 2014).

Extraktion

Der Begriff Extraktion wird in Anlehnung an Gläser und Laudel (2010, S. 199) verwendet. Diese beschreiben die Extraktion als einen Vorgang bei dem Informationen aus einem Text entnommen und anschließend ausgewertet werden.

Funktionsorientierung

Bei dieser Behandlungsweise steht die Verringerung von Beeinträchtigungen und die Wiederherstellung der Funktionen im Bereich der grundlegenden Selbstversorgung im Fokus (Gupta & Taff, 2015). Ziele werden nicht oder kaum betätigungsbasiert formuliert (Romein, Kirsch, & Dehnhardt, 2016).

Interdisziplinär

Mehrere Disziplinen/Berufsgruppen umfassend; die Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen betreffend (Duden, o.D.)

Intradisziplinär

Eine Disziplin/ Berufsgruppe umfassend; die Zusammenarbeit innerhalb einer gleichen Disziplin

Kausalmechanismen

Zusammenspiel von Ursachen, Einflüssen und Effekten (Gläser und Laudel, 2010, S.78)

Klientenzentrierung

In der klientenzentrierten Praxis es darum geht, die Würde, die Entscheidungen, die Stärken, das Wissen und die Erfahrungen der Klienten zu respektieren. Der/Die Klient*in wird ressourcenorientiert, aus der Perspektive ihrer Stärken betrachtet und aktiv am Therapieprozess beteiligt. Der/die Therapeut*in arbeitet mit dem/der Klient*in zusammen, teilt Informationen, Macht und Verantwortung für die Therapie mit dem/der Klient*in und erleichtert, ermöglicht und verhandelt so den Therapieprozess (Gupta & Taff, 2015).

Kontexbasierung

Alle bedeutsamen Betätigungen finden im individuellen alltäglichen Kontext der Klient*innen statt (Romein et al., 2016b). Ergotherapie sollte folglich im Kontext des täglichen Lebens der Klient*innen stattfinden (Gupta & Taff, 2015).

Paradigma

Zusammenhängendes Konstrukt von Theorien und Modellen, das einen Denkrahmen bilden, in dem die Wirklichkeit analysiert und beschrieben wird (Kuhn, 1970). Das Ergotherapieparadigma ist ein Berufsparadigma und verkörpert demnach die Überzeugungen, welche von den Berufsangehörigen in einem bestimmten Zeitraum geteilt wurden (Kuiper & Satink, 2006).

Paradigmenwechsel

Ein Paradigmenwechsel bedeutet nach Kuhn dementsprechend einen Wandel der grundlegenden Rahmenbedingungen, die für eine Wissenschaft oder Philosophie, nach der oben genannten Definition, gelten (Kinébanian, 2019a).

Transkription

Transkription (lat. Transcribere „umschreiben“) bedeutet das Übertragen einer Audio- oder Videoaufnahme in eine schriftliche Form. Ein Transkript entsteht immer durch das schlichte Niederschreiben des Aufgenommen von Hand. Meist handelt es sich dabei um Gespräche, Interviews oder Diktate (Dresing & Pehl, 2018)

Umstellungsprozess/Change-Prozess

Eine Change-Prozess ist die optimale Anpassung an die Umwelt oder eine Aufgabe, die sich an die Mitglieder der zu wandelnden Organisation richtet, mit dem Ziel, die im Rahmen des strategischen Managements abgeleitete optimale Anpassung umzusetzen (Lauer, 2014). Dabei wird der Weg von einem Ausgangszustand zu einem Zielzustand geplant, gesteuert und kontrolliert, damit alle Maßnahmen und Schritte für bereichsübergreifende und inhaltlich umfangreiche Veränderungen im strategischen wie operativen Sinne von den Mitgliedern eines Teams gelebt und verinnerlicht werden (Kress & Kern, 2018).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Deutsche Rentenversicherung (2014) 28
Abbildung 2 - Veränderungsstrategien in Organisationen (Oldhafer, Schneider, Beil, Schmidt, & Nolte, 2019, S. 7) 35
Abbildung 3- Bild Lewin Phasenmodell (Lauer, 2014, S. 65) 39
Abbildung 4 - Gleichgewichtskräfte Lewin (Lauer, 2014, p. 63) 40
Abbildung 5 - 7-Phasen-Modell nach Richard Streich (Werther et al., 2014, p. 53) 41
Abbildung 6 - Darstellung der Forschungsschritte 45
Abbildung 7 - Auszug Literaturrecherche 46
Abbildung 8 - Auszug Evidenztabelle 47
Abbildung 9 - Forschungsfragen 47
Abbildung 10 - Hypothetisches Modell 50
Abbildung 11 - Einschlusskriterien 55
Abbildung 12 - Auswertungskategorien I 60
Abbildung 13 - Auswertungskategorien II 61
Abbildung 14 - Darstellung der fünf Expert*innen 64

Anlagen

A1. Suchstrategie

Cluster 1	P: Ergotherapeuten	I: Umstellungsprozess	O: Erfahrungen im Hinblick auf den Therapieprozess
Schlüsselwörter	Occupational Therapists Occupational Science Occupational Identity / Betätigungsidentität Contemporary Paradigm / aktuelles Paradigma		

Cluster 2	P: Ergotherapeuten	I: Ressourcen | C: Hindernisse	O: Hilfreich?
Schlüsselwörter	Change Change management Change process theory-practice-transfer knowledge transfer implementation science research utilization research use Implementierungsprozess Umstellungsprozess Theorie-Praxis-Transfer		

Cluster 3	P: Ergotherapeuten	I: Zusammenarbeit im interdisziplinären Team	O: Erfahrung im Hinblick auf die Berufsidentität
Schlüsselwörter	occupation based intervention occupation based therapy occupation centered occupation focused, Betätigungsbasiert -orientiert -zentriert -fokussiert		

Schlüsselwörter (komplett)

Englisch	**Deutsch**
Occupational Therapy	Ergotherapie
Occupational Therapist	Ergotherapeut
Occupational Therapists	Ergotherapeuten
Occupation-based	betätigungsbasiert
Occupation-focused	betätigungsfokusiert
Occupation-centred	betätigungszentriert
Occupation-orientated	betätigungsorientiert
Occupation-based intervention	
Occupation-based therapy	
Occupation-based practice	
Occupation	Betätigung, Aktion, Handlung
Client-centred	Klientenzentriert
Context-based	Kontextbasierend
Clinical Setting	Klinisches Setting / stationäre Behandlung
Inpatient treatment	
Inpatient care	
Germany	Deutschland
Implementation	Implementierung/-prozess
Implementation Science	
Change Management	Change Management
Theory-Practice-Transfer	Theorie-Praxis-Transfer
Change Process	
Knowledge transfer	
Paradigm	Paradigma
Contemporary paradigm	Aktuelles Paradigma
Implmentation of contemporary paradigm	
Implementation of practice model	
Implementation of Assessments	
	Berufsidentität
Theory-practice-gap	
Practice model	
Knowledge implementation	
	Modelle
	Umsetzung
Assessments	Assessments
Use of assessments	Nutzen von Assessments

A2. Auszug aus der Literaturrecherche

Datenbank: DIZ			
Datum/Uhrzeit	Suchbegriffe/Operatoren/Einschränkungen (boolean operator! No, or Trunkierung*)	Trefferzahl	Beschreibung: Titel, Abstract, Relevanz
04.03.2020 17:31	"implementing occupation based intervention" AND "hospital"	1	Occupational therapists' perceptions of occupation in practice: An exploratory study. https://onlinelibrary-wiley-com.zuyd.idm.oclc.org/doi/epdf/10.1111/1440-1630.12289 Relevanz: 2/3
04.03.2020 17:34	"occupational therapy" AND "change management in healthcare"	0	
04.03.2020 17:35	"occupational science" AND "change management" 2010-2019	42 ohne Duplikate 4 Artikel kommen in Betracht	1. Will occupational science facilitate or divide the practice of occupational therapy?...including commentary Lim SM https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0c97fd08-5214-436d-bdce-d49288293ca0%40sdc-v-sessmgr02 Relevanz 3/3 2. Partnership, inclusion and innovation in occupational therapy: Essential or optional ingredients to flourish in a changing environment? https://onlinelibrary-wiley-com.zuyd.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/1440-1630.12439 Relevanz 0/3 3. Understanding Living Skills: First Steps to Evidence-based Practice. Lessons Learned from a Practice-based Journey in the Netherlands. https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=9ad90742-7d57-4e2a-9a8a-0caa804e35ea%40sdc-v-sessmgr01 Relevanz: 0/3 4. Occupational therapy: The promise and the paradox. https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8970ebc2-cc2f-48d1-84a2-f58314682554%40sdc-v-sessmgr01 Relevanz: 3/3

04.03.2020	"occupational science" and "theory practice gap" 2010-2019	9 Treffer 4 kommen in Betracht	1. Spirituality and Occupational Therapy: Reflections on Professional Practice and Future Possibilities. -> Kein Abstract + nicht verfügbar 2. In the Footsteps of Wilcock, Part Two: The Interdependent Nature of Doing, Being, Becoming, and Belonging. Kein Volltextzugang Relevanz: 1/3 3. An exploration into occupational therapists' use of creativity within psychiatric intensive care units. Kein Volltextzugang Relevanz: 1/3 4. Continuing professional development -- time for a different experience? https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=cbf61ea0-4847-4ba1-a492-894e750360c0%40sessionmgr4007 Relevanz: 0/3
04.03.2020 17:59	"occupational therapy" and "theory practice gap" AND "paradigm" 2010-2019 Volltext	30 ohne Duplikate 1 Artikel	Empowering occupational therapists to become evidence-based work rehabilitation practitioners. https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d4bb6b93-fbe8-486e-be20-83172ac5467c%40sessionmgr4006 Relevanz: 1/3
04.03.2020 18:11	"occupational science or occupational therapy" and "occupation based intervention" 2010-2020 Volltext	12 4 Artikel kommen in Betracht	1. Occupational science: An important contributor to occupational therapists' clinical reasoning. https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=095ff79f-f221-4814-92ff-dd9a51ece463%40sdc-v-sessmgr01 Kein Abstract Relevanz: 2/3 2. Meaningful living across the lifespan: Occupation-based intervention strategies for occupational therapists and scientists. Kein Abstract: nur "Book review" 3. Meaningful occupation clarified: Thoughts about the relationship between meaningful and psychologically rewarding occupations.

			https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=feaa1a84-6b78-4e21-b88a-8b4a02c58eb0%40sessionmgr4006 Relevanz: 1/3 4. Experiences of meaning of occupation at day centers among people with psychiatric disabilities. https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=dcf5b574-d6a5-4285-9e64-d93ac8033743%40sdc-v-sessmgr02 Relevanz: 1/3

A3. Evidenztabelle

Name der Studie	Themenbereich	Kernaussage	Evidenz nach Borget to
Ahn, Si-Nae (2019): Effectiveness of occupation-based interventions on performance's quality for hemiparetic stroke in community-dwelling: A randomized clinical trial study	Betätigungsbasierung im klinischen Kontext	Betätigungsbasierte Therapie hat einen positiven Einfluss auf ADL und Partizipation	2. Evidenzlevel: quantitativ experimentell
Ashby, Samantha; Gray, Mel; Ryan, Susan; James, Carole (2015): Maintaining occupation-based practice in Australian mental health practice: A critical stance.	Betätigungsbasierung	Berufsidenität ist essenziell für die Umsetzung betätigungsbasierter Therapie; Biomechanisches Paradigma und fehlende Evidenz für betätigungsbasierung hat Einfluss auf ET	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Aiken, F. E., Fourt, A. M., Cheng, I. K. S., & Polatajko, H. J. (2011). The Meaning Gap in Occupational Therapy: Finding Meaning in our Own Occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*	Theorie-Praxis Transfer	Wie nehmen Ergotherapeut*innen ihre Arbeit im klinischen Kontext wahr. Hindernisse für die betätigungsbasierte Praxis und Theorie-Praxis Transfer. „Meaning Gap“	4. Evidenzlevel Qualitativ beobachtend
Bennett, Sally; Allen, Shelley; Caldwell, Elizabeth; Whitehead, Mary; Turpin, Merrill; Fleming, Jennifer; Cox, Ruth (2016): Organisational support for evidence-based practice: occupational therapists perceptions	Implementierungsstrategien	Förderfaktoren und Hindernisse bei der Umsetzung von EBP: Einfluss auf den Changeprozess	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Burley, Samantha; Cox, Ruth; Di Tommaso, Amelia; Molineux, Matthew (2018): Primary Contact Occupational Therapy Hand Clinics: The pull of an occupational perspective	Betätigungsbasierung	Der Kontext hat Einfluss auf die Arbeit (biomechanische Sichtweise) und dies hat Auswirkung auf die Berufsidentität	2. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Caldwell, E., Whitehead, M., Fleming, J. & Moes, L. (2008). Evidence-based practice in everyday clinical practice: Strategies for change in a tertiary occupational therapy department. *Australian Occupational Therapy Journal*, *55*(2), 79–84.	Implementierungsstrategien	Vorstellung eines Modells zur Implementierung von EBP Recherchen in den Klinikalltag	Expertenmeinung

https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00669.x			
Caldwell, E., Fleming, J., Purcell, A., Whitehead, M. & Cox, R. (2011). Knowledge Translation in Cancer Services: Implementing the Research and Evidence in Practice Model. *British Journal of Occupational Therapy*, *74*(11), 535–539. https://doi.org/10.4276/030802211x13204135680947	Theorie-Praxis Transfer und Implementierungsstrategien	Handlungsplan auf Grundlage eines Modells zur Implementierung von EBP Recherchen in den Klinikalltag	Expertenmeinung
Che Daud, Ahmad Zamir; Yau, Matthew K.; Barnett, Fiona; Judd, Jenni (2016): Occupation-based intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia.	Betätigungsbasierung	Herausforderungen bei der Umsetzung betätigungsbasierter Arbeit im Klinikkontext	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Clouston, T. J. & Whitcombe, S. W. (2008). The Professionalisation of Occupational Therapy: a Continuing Challenge. *British Journal of Occupational Therapy*, *8*(71), 314–320. https://journals-sagepub-com.zuyd.idm.oclc.org/home/bjo	Berufsidentität	Professionalisierungsprozesse innerhalb der Ergotherapie und deren Einflüsse auf das berufliche Handeln	Expertenmeinung
Daud, Ahmad Zamir Che; Judd, Jenni; Yau, Matthew; Barnett, Fiona (2016): Issue in Applying Occupation-based Intervention in Clinical Practice: A Delphi Study	Betätigungsbasierung	Faktoren die das betätigungsbasierte Arbeiten beeinflussen wurden Untersucht -> Einfluss des Kontexts	2. Evidenzlevel: Mixed-Methods; Delphi-Studie
Di Tommaso, Amelia; Isbel, Stephen; Scarvell, Jennie; Wicks, Alison (2016): Occupational therapists' perceptions of occupation in practice: An exploratory study	Betätigungsbasierung	Vorteile des betätigungsbasierten Arbeitens und Herausforderungen bei der Umsetzung: Kontext	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Di Tommaso, Amelia; Wicks, Alison; Scarvell, Jennie; Isbel, Stephen (2019): Experiences of occupation-based practice: An Australian phenomenological study of recently graduated occupational therapists	Betätigungsbasierung, Implementierung	Herausforderungen und Hindernisse bei der Umsetzung von betätigungsbasierten Arbeiten	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Eriksson, Christina; Erikson, Anette; Tham, Kerstin; Guidetti, Susanne	Klientenzentrierung, Implementierung	Erfahrungen von Ergotherapeuten, die das cliented-centred activities of	3. Evidenzlevel:

(2017): Occupational therapists experiences of implementing a new complex intervention in collaboration with researchers: a qualitative longitudinal study		daily living intervention (cadl) in Zusammenarbeit mit Forschern implementiert haben	Qualitativ experimentell
Fisher, Anne G. (2014): Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different?	Betätigungsbasierung	Definition der verschiedenen Terminologien zu Betätigung	Expertenmeinung
Gillen, Ailsa; Greber, Craig (2014): Occupation-Focused Practice: Challenges and Choices.	Betätigungsbasierung	Auswirkung auf die Berufsidentität und Erwartungen des Kontexts: Klinik	Expertenmeinung
Gupta, Jyothi; Taff, Steven D. (2015): The illusion of client-centred practice	Klientenzentrierung	Klientenzentrierung in Bezug zu Kontext und Betätigungs- statt Funktionsorientierung; Arbeit (auch interdisziplinär) in Rehakliniken mit Berufsbild und Postion der Ergotherapie.	Expertenmeinung
Juckett, Lisa A.; Robinson, Monica L.; Wengerd, Lauren R. (2019): Narrowing the Gap: An Implementation Science Research Agenda for the Occupational Therapy Profession	Implementierung	Fehlender Theorie-Praxis Transfer und Strategien und Lösungsmöglichkeiten, wie dieser überwunden werden kann	Expertenmeinung
Juckett, Lisa A.; Wengerd, Lauren R.; Faieta, Julie; Griffin, Christine E. (2020): Evidence-Based Practice Implementation in Stroke Rehabilitation: A Scoping Review of Barriers and Facilitators.	Implementierung	Barrieren und Ressourcen bezüglich der Implementierung von EBP	1. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Forsyth, K; Summerfield Mann, Lynn; Kielhofner, Gary (2006): Scholarship of Practice: Making Occupation-Focused, Theory-Driven, Evidence-Based Practice a Reality	Implementierung	Notwendigkeit von Modellen und betätigungsbasierten Arbeiten um den Theorie-Praxis Transfer zu überwinden	Expertenmeinung
Kievelitz, M. (2014). Sinnvolle Betätigung in der täglichen Praxis einsetzen: Erfahrungen deutscher Ergotherapeuten. *Ergotherapie und Rehabilitation*, *53*(6), 24–26. Abgerufen von https://www.skvdirect.de/ergotherapie-und-rehabilitation/	Betätigungsbasierung	Umsetzung der Betätigungsbasierung im Praxis Alltag und die Erfahrungen der Ergotherapeut*innen damit	4. Evidenzlevel Qualitativ beobachtend

Kristensen, Hanne Kaae; Petersen, Kirsten Schultz (2016): Occupational science: An important contributor to occupational therapists' clinical reasoning	Betätigungsbasierung	Argumente über die Notwendigkeit der Occupational Science. Zusammenhang zwischen Gesundheit und Betätigung. Gründe für fehlenden Theorie-Praxis Transfer	Expertenmeinung
Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupational Model: A transactive approach to occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 63*(1), 9–23.	Modellgeleitetes Arbeiten	Modellbeschreibung des PEOP	Expertenmeinung
Law, M. (2002). Participation in the Occupations of Everyday Life. *American Journal of Occupational Therapy*. (Vol. 56), 640–659. https://doi.org/10.5014/ajot.56.6.640	Betätigungsbasierung und Kontextbasierung	Einfluss der Betätigung auf die Partizipation und Teilhabe unter Berücksichtigung verschiedene Aspekte des Kontexts.	Expertenmeinung
Leclair, Leanne L.; Ripat, Jacquie D.; Wener, Pamela F.; Cooper, Juliette E.; Johnson, Leslie A.; Davis, Ellen L. O.; Campbell-Rempel, Margaret Anne (2013): Advancing the use of theory in occupational therapy: a collaborative process.	Betätigungsbasierung. Implementierungsstrategien	Theorie-Praxis-Transfer Probleme und Lösungen	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Lüdeking, Carolin (2016): Interdisziplinäres Arbeiten in Kliniken - Chance oder Risiko? Positve und negative Effekte von Teamarbeit auf Ergotherapeuten und andere Teammitglieder	Kontextbasierung	Hindernisse bei der Umsetzung betätigungsbasierten Arbeitens -> Einfluss anderer Berufsgruppe und Erwartungen der Klinik	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Matuschek, K. (2016). Die therapeutische Beziehung aus der Perspektive akademisierter Ergotherapeuten vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels – eine qualitative Studie. *Ergoscience*. (11(3)), 90–101. https://doi.org/10.2443/skv-s-2016-54020160301	Klientenzentrierung, Betätigungsbasierung	Vorteile der partizipativen Entscheidungsfindung im Rahmen der Therapie werden aufgezeigt. Der Fokus liegt auf der Klientenzentrierung	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Mclean, C. (2011). Change and transition. What is the	Implementierung	Abgrenzung zwischen Change und Transition mit deren aufeinander	Expertenmeinung

difference. *British Journal of School Nursing*, *6*(2), 78–81.		aufbauendem Zusammenhang. Aufzeigen von Strategien zur Umstellung.	
Merklein de Freitas, C. (2015): Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten – eine Interpretativ Phänomenologische Analyse	Betätigungsbasierung	Fehlende Handlungsanweisung bei der Umsetzung und Implementierung von Betätigungsbasierung	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Merklein de Freitas, C.; Pott, U.; Weber, B; Wendel, E; Zillhardt, C. (2015): Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten	Theorie-Praxis-Transfer	Funktionsorientierte Denkweise in Deutschland vorherrschend; Hohe Diskrepanz zwischen Denken und Handeln in Befunderhebung und Intervention -> Kontextfaktoren	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Nilsson, I., & Townsend, E. (2014). Occupational justice--bridging theory and practice. Previously published in Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2010; 17: 57-63. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *21 Suppl 1*, 64–70. https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952906	Betätigungsbasierung	Konzept der Occupational Justice und der Sinnhaftigkeit on Betätigungen wird vorgestellt und erläutert	Expertenmeinung
Nott, Melissa T.; Barden, Hannah L. H.; Chapparo, Chris; Ranka, Judy L. (2020): Evidence based practice and knowledge translation: A survey of Australian occupational therapy practice with clients experiencing neurocognitive impairments	Theorie-Praxis Transfer	Gründe für fehlenden Theorie-Praxis Transfer und welche Behandlungsmethoden im neuro-kognitiven Bereich hauptsächlich verwendet werden. Möglichkeiten für mehr EBP werden gezeigt	3. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
O'Sullivan, G. (2016). Occupational therapy The promise and the paradox. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. (63(1)), 28–30.	Betätigungsbasierung	Notwendigkeit von Betätigung mit dem Hintergrund der „Occupational Justice“	Expternemeinung
Pollard, N., Sakellariou, D. & Lawson-Porter, A. (2010). Will occupational science facilitate or divide the practice of occupational therapy? *International Journal of Therapy and*	Evidenzbasierung	Auswirkung der Occupational Science auf die Profession und die Möglichkeit dadurch den „Theory-Praxis-Gap“ zu überwinden	Expertenmeinung

Rehabilitation, 17(1), 40–41. Abgerufen von https://www.magonlinelibrary.com/toc/ijtr/current			
Rüther, Lea (2019): Ein Wegweiser für den Upgrade-Prozess. Betätigungsorientierte Ergotherapie in der neurologischen Rehabilitationsklinik	Betätigungsbasierung Implementierung	Möglichkeiten der Umsetzung betätigungsbasierten Arbeitens mit Hilfe eines Changeprozesses	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Schulte, Linda; Sturmhöfel, Oliver; Andres, Lena (2017): Klientenzentrierung und Handlungsorientierung im neurologischklinischen Setting	Klientenzentrierung	Theorie-Praxis-Transfer, Implementierung von Klientenzentrierung und Handlungsorientierung, Einflussfaktoren, Strategien	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Shinohara, Kazuya; Yamada, Takashi; Kobayashi, Norikazu; Forsyth, Kirsty (2012): The Model of Human Occupation-Based Intervention for Patients with Stroke: A Randomised Trial	Klientenzentrierung Modellgeleitetes Arbeiten	Vorteile betätigungsbasiertes Arbeiten für den Klienten hat. Zweck der Studie war es MOHO-basierende Intervention mit NON-MOHO-basierender Intervention zu vergleichen in Bezug auf Veränderungen in ADLs, QOL und Gesundheit. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass die MOHO-basierende Intervention nicht nur ADLs verbesserte wie auch die NON-MOHO-basierende Intervention son dern auch die QOL.	3. Evidenzlevel: Quantitativ experimentell
Sirkka, Marianne; Larsson-Lund, Maria; Zingmark, Karin (2014): Occupational therapists' experiences of improvement work: a journey towards sustainable evidence-based practice.	Modellgeleitetes Arbeiten	Erfahrungen, Förderfaktoren und Hindernisse bei der Einführung des OTIPM im klinischen Kontext	3. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Sirkka, Marianne; Zingmark, Karin; Larsson-Lund, Maria (2014): A process for developing sustainable evidence-based occupational therapy practice.	Modellgeleitetes Arbeiten	Nutzen von Modellen für die ergotherapeutische Arbeit - > Betätigungsbasierung, Kli entenzentrierung und Evidenzbasierung; muss auf allen Ebenen (Makro-, Meso, Mikro) stattfinden	3. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Weber, B. (2012). Arbeitsmotivation und Innovationsbereitschaft	Berufsidentität	Notwendigkeit des Schaffens eines transparentem und	3. Evidenzlevel:

langjährig berufstätiger Ergotherapeutinnen im Angestelltenverhältnis. *Ergoscience*. (7(3)), 101–112. https://doi.org/10.2443/skv-s-2012-54020120302		förderlichem Arbeitsklimas, durch die Führungsebene. Nötig um Innovationsbereitschaft und Engagement der Mitarbeiter zu fördern und erhalten.	Qualitativ beobachtend
Wilding, Clare; Whiteford, Gail (2007): Occupation and occupational therapy: Knowledge paradigms and everyday practice	Betätigungsbasierung	Gründe werden genannt warum Ergotherapie im klinischen (und allgemeinen) Setting nicht "anerkannt" wird. Herausforderungen und Notwendigkeit Betätigungsbasiertem Arbeitens werden gezeigt.	4. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Wilding, Clare; Whiteford, Gail (2008): Language, identity and representation: occupation and occupational therapy in acute settings	Betätigungsbasierung Berufsidentität	Die Problematik, was denn eigentlich der Kern der Ergotherapie ist, wird in der Studie aufgegriffen. In der Einleitung beschreiben die Forscher kurz, welche Folgen ein geringer Bekanntheitsgrad von Ergotherapie haben kann. Im weiteren Verlauf sagen sie, dass in "acute settings" oft Unklarheit über Ergotherapie herrscht (Fokus auf Betätigung? Oder auf was anderes? Entwickeln von Fähigkeiten? Funktionen wiederherstellen?). In den Interviews mit den Teilnehmenden wurde deutlich, dass diese unterschiedliche Auffassungen von Ergotherapie hatten und diese auch sprachlich unterschiedlich beschrieben. Gemeinsam wurden diese Unterschiede diskutiert. Letztlich fokussierten sie sich auf "Occupation", was auch in "Occupational Therapist" steckt. Sie gewannen damit an Selbstvertrauen.	3. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend

Williams, Brett; Perillo, Samuel; Brown, Ted (2015): What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review	Implementierung	Barrieren und Hindernisse bei der Implementierung von EBP	1. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend
Wimpenny, Katherine; Forsyth, Kirsty; Jones, Catherine; Matheson, Lorna; Colley, Julie (2010): Implementing the Model of Human Occupation across a Mental Health Occupational Therapy Service: Communities of Practice and a Participatory Change Process	Modellgeleitetes Arbeiten	Zeigt Implementierungsprozess von modellgeleitetem Arbeiten und Betätigungsbasierung und dem damit verbunden Changeprozess auf. Zeigt Hindernisse und Förderfaktoren auf.	3. Evidenzlevel: Qualitativ experimentell
Wong, Carin; Fagan, Brenda; Leland, Natalie E. (2018): Occupational Therapy Practitioners' Perspectives on Occupation-Based Interventions for Clients With Hip Fracture.	Betätigungsbasierung	Paradigmenwechsel und die Sinnhaftgkeit bzw. Möglichkeit von Betätigungsbasierter Ergotherapie im akuten Setting	3. Evidenzlevel: Qualitativ beobachtend

A4. Tabelle KTL-Leistungen

Leistungen, die von Ergotherapeuten erbracht werden können **Betätigungsbasierung = B; Funktionsorientierung = F**	**Mehrere Berufsgruppe**	**Nur Ergotherapeuten**	**B**	**F**
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie				
D561 Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzeln	ja	nein	ja	nein
D562 Beratung zur stufenweise Wiedereingliederung einzeln	ja	nein	ja	nein
D563 Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung einzeln	ja	nein	ja	nein
D564 Beratung zur schulischen Laufbahn	ja	nein	ja	nein
D569 Sonstige Beratung zur beruflichen Integration einzeln	ja	nein	ja	nein
D571 Beratung zu ambulanten bzw. stationären Hilfen und Pflege einzeln	ja	nein	ja	nein
D572 Abstimmung zu Kontakt- und Informationsgesprächen mit Vor- und Nachbehandlern einzeln	ja	nein	ja	nein
D573 Beratung zu Nachsorgeangeboten, Selbsthilfegruppen und externen Beratungsstellen einzeln	ja	nein	ja	nein
D579 Sonstige Beratung zu Nachsorge und weitergehenden Maßnahmen einzeln	ja	nein	ja	nein
E Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie				
E551 Arbeitstherapie einzeln: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege	ja	nein	ja	ja
E552 Arbeitstherapie einzeln: EDV, Bürotechnik	ja	nein	ja	ja
E553 Arbeitstherapie einzeln: Dienstleistung, Kundenkommunikation	ja	nein	ja	ja
E554 Arbeitstherapie einzeln: Handwerk	ja	nein	ja	ja
E559 Sonstige Arbeitstherapie einzeln	ja	nein	ja	ja
E561 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege	ja	nein	ja	ja
E562 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: EDV, Bürotechnik	ja	nein	ja	ja
E563 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation	ja	nein	ja	ja
E564 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Handwerk	ja	nein	ja	ja

E569 Sonstige Arbeitstherapie in der Kleingruppe	ja	nein	ja	ja
E571 Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege	ja	nein	ja	ja
E572 Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürotechnik	ja	nein	ja	ja
E573 Arbeitstherapie in der Gruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation	ja	nein	ja	ja
E574 Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk	ja	nein	ja	ja
E579 Sonstige Arbeitstherapie in der Gruppe	ja	nein	ja	ja
E580 Arbeitsplatztraining einzeln	ja	nein	ja	ja
E590 Arbeitsplatztraining in der Kleingruppe	ja	nein	ja	ja
E601 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert einzeln	ja	nein	ja	ja
E602 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert einzeln	ja	nein	ja	ja
E611 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert in der Kleingruppe	ja	nein	ja	ja
E612 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert in der Kleingruppe	ja	nein	ja	ja
E621 Interne Belastungserprobung einzeln	ja	nein	ja	ja
E622 Externe Belastungserprobung einzeln	ja	nein	ja	ja
E630 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum einzeln	ja	nein	ja	ja
E641 Ergotherapeutische Behandlung einzeln: psychisch-funktionell, psychosozial	nein	ja	nein	ja
E642 Ergotherapeutische Behandlung einzeln: sensomotorisch-perzeptiv	nein	ja	nein	ja
E643 Ergotherapeutische Behandlung einzeln: motorisch-funktionell	nein	ja	nein	ja
E649 Sonstige ergotherapeutische Behandlung einzeln	nein	ja	nein	ja
E651 Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: psychisch-funktionell, psychosozial	nein	ja	nein	ja
E652 Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: sensomotorisch-perzeptiv	nein	ja	nein	ja
E653 Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: motorisch-funktionell	nein	ja	nein	ja

E659 Sonstige ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe	nein	ja	nein	ja
E660 Ergotherapeutische Behandlung produktorientiert in der Gruppe	ja	nein	nein	ja
E671 Hausbesuch einzeln	ja	nein	ja	ja
E672 Arbeitsplatzbesuch einzeln	ja	nein	ja	ja
E680 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln	ja	nein	ja	nein
E690 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens in der Kleingruppe	ja	nein	ja	nein
E701 Hilfsmittelanpassung und -versorgung einzeln	ja	nein	ja	ja
E702 Hilfsmittelberatung einzeln	ja	nein	ja	ja
E703 Hilfsmitteltraining einzeln	ja	nein	ja	ja
E709 Sonstige hilfsmittelbezogene Ergotherapie einzeln	ja	nein	ja	ja
E711 Hilfsmittelberatung in der Kleingruppe	ja	nein	ja	nein
E712 Hilfsmitteltraining in der Kleingruppe	ja	nein	ja	nein
E719 Sonstige hilfsmittelbezogene Ergotherapie in der Kleingruppe	ja	nein	ja	nein
E720 Projektgruppe	ja	nein	nein	ja
E760 Fazio-orale Therapie einzeln	ja	nein	nein	ja
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie				
F620 Hirnleistungstraining einzeln	ja	nein	nein	ja
F630 Hirnleistungstraining in der Kleingruppe	ja	nein	nein	ja
F640 Hirnleistungstraining in der Gruppe	ja	nein	nein	ja
H Reha-Pflege und Pädagogik				
H560 Anleitung zu Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln	ja	nein	ja	nein
H601 Anleitung zur Anwendung der Brustprothetik einzeln	ja	nein	ja	ja
H602 Anleitung zur Anwendung der Beinprothetik einzeln	ja	nein	ja	ja
H603 Anleitung zur Anwendung der Orthese einzeln	ja	nein	ja	ja
H609 Anleitung zur Anwendung sonstiger extrakorporaler Hilfsmittel einzeln	ja	nein	ja	ja
H680 Angehörigenanleitung einzeln	ja	nein	ja	nein

K Physikalische Therapie				
K561 Lokale Kältebehandlung einzeln	ja	nein	nein	ja
K562 Lokale Wärmebehandlung einzeln	ja	nein	nein	ja

A5. Tabelle OPS-Codes

Frührehabilitative und physikalische Therapie
8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
8-561.1 Funktionsorientierte physikalische Monotherapie
8-561.2 Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie
8-563 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung
Anästhesie und Schmerztherapie
8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
8-91b Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung
8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
Komplexbehandlungen
8-972 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie
8-974 Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung
8-975 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung
8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom
8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]
8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand
8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapien

9-403Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie
9-412 Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst
Präventive und ergänzende kommunikative Maßnahmen
9-502 Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen
Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-647 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen
Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
Andere Behandlung bei psychichen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-801 stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

entnommen von Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2020)

(2019)

A6. Hypothetisches Modell

Rehabilitationsklinik mit ergotherapeutischer Abteilung (unabhängige Variable)	
Definition	Bei einer stationären Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten in einer Einrichtung nicht nur behandelt, sie wohnen auch dort – Versorgung rund um die Uhr. Das Ziel: Im Alltagsleben so gut wie möglich wieder zurechtkommen – die aus gesundheitlichen Gründen bedrohte oder beeinträchtigte Teilhabe der Patientinnen und Patienten soll durch rehabilitationsmedizinische Versorgung wiederhergestellt, verbessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden. Die Maßnahmen helfen dabei, Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. Das Spektrum reicht von Massagen und Heilbädern über gezielte Krankengymnastik oder Ergotherapie bis zu psychotherapeutischen Gesprächen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).
Indikatoren	• Aussagen über die momentan ergotherapeutische Arbeitsweise in der Klinik • Aussagen über Arbeitsabläufe, Routinen, Vorgaben und Standards • Aussagen über Werte, Normen und Leitgedanken der Klinik • Aussagen über finanzielle Ressourcen oder Barrieren • Aussagen über hierarchische Strukturen in der Klinik / Organigram / Führungsebenen • Aussagen über räumliche Ressourcen oder Barrieren, genutztes und ungenutztes Material
Zeitdimension	Vor, während und nach des Change Prozess
Sachdimensionen	• <u>Organisatorische Vorgaben und Standards</u> Regeln, Vorschriften, Richtlinien, Verfahren, Programme und Ressourcen innerhalb der Klinik, die sich auf die berufliche Leistung und / oder Teilnahme auswirken und die Gesundheit beeinflussen (angelehnt an Boyt Schell et. Al., 2014, S.1238) • <u>Leitbild der Klinik</u> Ein Leitbild befasst sich mit den langfristigen und globalen Zielen einer Einrichtung, auf der Basis ihrer grundlegenden Werte und Normen. Visionen und angestrebte Entwicklungsrichtungen sind darin formuliert. (angelehnt an Graf und Spengler (2013, S. 62)) Eine Zusammenfassung des Hauptzwecks und der Ziele, die zeigt wie eine Organisation ihren Zweck erreicht (angelehnt an Boyt Schell et. Al., 2014, S.1236)) • <u>Finanzierung der Leistungen</u> Von der Klinik zur Verfügung gestellte finanzielle

	Ressourcen für Anschaffungen von benötigtem Material, zur Weiterbildung von Mitarbeitern usw. • Hierarchie System der Über-/ Unterordnung zwischen organisatorischen Einheiten. *Stellenhierarchie* legt das Stellengefüge fest, in dem den einzelnen organisatorischen Einheiten operationale Teilaufgaben zugewiesen werden (Schewe, Piekenbrok, & Haric, 2018) • Räumliche Ausstattung Zur Verfügung stehende Räume für ergotherapeutische Zwecke, deren Ausstattung und Nutzungsmöglichkeiten

Umgebender Kontext Klinik (unabhängige Variable)	
Definition	Eine Vielzahl von miteinander verbundenen Bedingungen, sowohl kulturell, physisch, sozial und zeitlich als auch virtuell, welche das Handeln des Einzelnen beeinflussen; dazu gehören auch die äußeren, physischen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen, in denen Menschen funktionieren (Boyt Schell et al., 2014, S. 1231).
Indikatoren	• Aussagen über wirtschaftlichen Druck • Aussagen über Vorgaben der Krankenkassen und Rentenversicherungen • Aussagen über gesetzliche Vorgaben (des Gesundheitssystems) • Aussagen über rechtliche Grundlagen, Vorgaben des Berufsverbandes, angrenzende Berufsgruppen, ICF, Leitlinien • Aussagen über Aufbau und Struktur der Klinik (Bettenzahl, Stationen etc.) • Aussagen über Wahrnehmung der Ergotherapie im interdisziplinären Team • Aussagen über die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team
Zeitdimension	Vor, während und nach des Change Prozess
Sachdimensionen	• Institutionelle Umwelt Gesellschaftliche Praktiken und Institutionen sowie ökonomische, rechtliche und politische Dienststellen. • Soziale Umwelt Interdisziplinäres Team, Soziale Beziehungen, soziale Einstellungen und Überzeugungen • Kulturelle Umwelt Persönliche und kulturelle Traditionen und Werte • Physische Umwelt Bezeichnet natürliche (Natur, Wetter) und erbaute (Gebäude, Straßen, Zimmer) Lebensräume, in denen Betätigung stattfindet.

	• Zeitliche Umwelt Tages- oder Jahreszeit, Dauer oder Rhythmus einer Aktivität • Virtuelle Umwelt (Netzwerken) Interaktionen in simulierten, Echtzeit- oder Nahzeit-Situationen unter Zuhilfenahme verschiedener Technologien (American Occupational Therapy Association, 2017)

Change Prozess (Un-/Abhängige Variable)	
Definition	Als Chance-Prozess wird der Weg von einem Ausgangszustand zu einem Zielzustand bezeichnet, der geplant, gesteuert und kontrolliert wird. Damit können alle Maßnahmen und Schritte für bereichsübergreifende und inhaltlich umfangreiche Veränderungen im strategischen wie operativen Sinne von den Mitgliedern eines Teams gelebt und verinnerlicht werden (Kress & Kern, 2018, p. 295).
Indikatoren	• Aussagen über den Verlauf des Change Prozess und seine Phasen • Aussagen über Evidenz, Arbeiten am internationalen Standard • Aussagen über Arbeiten mit ergotherapeutischen Modellen und deren Tools • Aussagen über die Umsetzung des theoretischen Wissens in die Praxis • Aussagen über Gründe für den Change Prozess • Aussagen über Hindernisse und Ressourcen • Aussagen über Strategien um Hindernisse zu überwinden
Zeitdimension	Dauer, die der Change Prozess in Anspruch nahm
Sachdimensionen	• Phasenmodell des Change Prozess Beschreiben einen „Prozess, in dem es von wesentlicher Bedeutung ist, dass eine effektive Wissensverbreitung, Wissenstransfer in die Praxis und ein Einstellungswandel vor der tatsächlichen Umsetzung der Innovation stattfindet. (…) in den meisten Fällen ein schrittweiser oder sich wiederholender Ansatz, bei dem auf der Grundlage gewonnener Erfahrungen der nächste Schritt unternommen wird.“ (Grol & Wensing, 2013, S. 11) • Modellgeleitetes Arbeiten „Conceptual practice models provide special professional lenses through which the therapist sees the client and the therapy process, develops plans, solves problems” (Kielhofner, 2009, S.13) • Theorie-Praxis Transfer "a dynamic and iterative process that includes synthesis, dissemination, exchange and ethically sound application of

	knowledge to improve the health of Canadians, provide more effective health services and products and strengthen the health care system." (Canadian Institutes of Health Research, 2012) • Förder- und Hindernisfaktoren Faktoren, die von den beteiligten Ergotherapeuten individuell oder als Team als förderlich/ hinderlich für den Change-Prozess empfunden wurden.

Ergotherapeutisches Team (Un-/Abhängige Variable)	
Definition	Gruppe, der in der Klinik gemeinsam tätigen Ergotherapeut*innen „[…] eine Gruppe von Mitarbeitenden, die in der Organisation eine geführte soziale Einheit bilden, weil sie einander brauchen, um Ergebnisse zu erzielen“ (Alter, 2019).
Indikatoren	• Aussagen über die Hierarchie innerhalb des ergotherapeutischen Teams • Aussagen über die allgemeine Motivation bezüglich des Veränderungsprozesses • Aussagen über die verschiedenen Rollen der Therapeuten innerhalb des ergotherapeutischen Teams • Aussagen über die Art der Kommunikation innerhalb des ergotherapeutischen Teams • Aussagen über das berufliche Verständnis der Teammitglieder • Aussagen über die Arbeitsweise
Zeitdimension	Vor, während und nach des Change Prozess
Sachdimensionen	• Hierarchien innerhalb des ergotherapeutischen Teams „Stellenhierarchie legt das Stellengefüge fest, in dem den einzelnen organisatorischen Einheiten operationale Teilaufgaben zugewiesenwerden.Personenhierarchie bezeichnet die Positionierung der Stelleninhaber innerhalb einer hierarchischen Ordnung.“ (Schewe et al., 2018) • Motivation des ergotherapeutischen Teams (bezüglich des Veränderungsprozesses) „Zustand einer Person, der sie dazu veranlasst, eine bestimmte Handlungsalternative auszuwählen, um ein bestimmtes Ergebnis zu erreichen und der dafür sorgt, dass diese Person ihr Verhalten hinsichtlich Richtung und Intensität beibehält.“ (Maier & Kirchgeorg, 2018) Hier interessiert vor allem die Motivation bezüglich des Umstellungsprozesses innerhalb des Teams. • Rollen innerhalb der ergotherapeutischen Teams „Eine Reihe von Verhaltensweisen, die sozial vereinbarte Funktionen haben und einem anerkannten Normenkodex entsprechen.“ (Taylor & Kielhofner, 2017, S. 484)

	• Kommunikation innerhalb des ergotherapeutischen Teams Art der Kommunikation zwischen den einzelnen Teammitgliedern, abhängig und unabhängig von der Hierarchie, (Einheitliche) Fachsprache im Team • Teamidentität Wahrnehmung einer gemeinsamen Basis, bestimmt durch das Denken, Fühlen und Verhalten der Mitglieder des Teams (Lohkamp & Schulze, 2005).

Ergotherapeut*in (Un-/Abhängige Variable)	
Definition	„Ergotherapeut*innen handeln als Expert*innen für Betätigung eigenverantwortlich und selbstständig in komplexen und sich verändernden ergotherapeutischen Tätigkeitsfeldern mit dem Ziel der Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden ihrer Klient*innen. Sie integrieren die unterschiedlichen ergotherapeutischen Kompetenzen in ihr professionelles Denken, Verhalten und Handeln. Ergotherapeut*innen handeln klientenzentriert auf Basis der bestehenden und aktuellen Erkenntnisse.“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2019, S. 10)
Indikatoren	• Aussagen über die eignen beruflichen Qualifikationen, Fortbildungen, Kompetenzen • Aussagen über den eignen Wissensstand zu ergotherapeutischen theoretischen und praktischen Inhalten • Aussagen zum therapeutischen Vorgehen und deren Begründung • Aussagen zur eigenen Berufsidentität, des Verständnisses des Berufsbildes
Zeitdimension	Seit Beginn der beruflichen Laufbahn bis zum jetzigen Zeitpunkt
Sachdimensionen	• Berufliche Qualifikation „Individuelles Arbeitsvermögen, d.h. die Gesamtheit der individuellen Fähigkeiten, Kenntnisse und Verhaltensmuster, die es dem einzelnen erlauben, die Anforderungen in bestimmten Arbeitsfunktionen auf Dauer zu erfüllen.“ (Schmid & Klenk, 2018) • Wissensstand Individuelles nötiges Fachwissen der Ergotherapeuten zum Thema Betätigungsbasiertes Arbeiten, Berufliche Qualifikation, Wissen aus Fortbildungen • Therapeutisches / Methodisches Handeln “Methodisches Handeln ist - definitionsgemäß - zielgerichtetes Handeln. Es folgt bestimmten Prinzipien und vollzieht sich in bestimmten Arbeitsschritten, bei denen Verfahren und Techniken berücksichtigt werden, die

	nach Ansicht von Experten am besten geeignet sind, das erstrebte Ziel zu erreichen“ (Heiner 1995, S. 35) • Berufsidentität Das zusammenfassende Bild aus dem Erwerb von spezifischen Kenntnissen und Fähigkeiten, die für die berufliche Praxis erforderlich sind, und der Verinnerlichung von Einstellungen, Dispositionen und Selbstidentität, das den Einzelnen mit der Profession verbindet. (Boyt Schell et al., 2014, S. 1239)

Funktionsorientiertes Arbeiten	
Definition	Bei einem funktionsorientierten Therapieansatz stehen die Erhebung von personenbezogenen Faktoren, Körperfunktionen oder Umweltfaktoren des Klienten im Fokus. Als „vermindert“ empfundene Faktoren werden als Ursachen für die Beeinträchtigungen gesehen (Fisher, 2014).
Indikator	• Aussagen über die Wahrnehmung und den Stellenwert der Ergotherapie im interdisziplinären Team • Aussagen über die Zielsetzung • Aussagen über Inhalte der Therapie • Aussagen über Ergebnisse
Zeitdimension	Vor (und nach) dem Change Prozess
Sachdimension	• Mechanistic paradigm Reduktionistische Sichtweise auf den Menschen und eine Fokussierung auf Funktionen und Kompensationen, während Betätigungen in den Hintergrund traten (Kinébanian, 2019a). • Stellenwert der Ergotherapie im interdisziplinären Team Aufgaben und Rollen, die die Ergotherapie vor dem Umstellungsprozess übernimmt und Wahrnehmung der Ergotherapie im interdisziplinären Team vor dem Umstellungsprozess • Professional Reasoning Bezeichnet und beschreibt auf einer metakognitiven Ebene die Denk- und Entscheidungsprozesse von Ergotherapeut*innen während der Planung, Durchführung, Evaluation und Reflexion der Therapie (Boyt Schell et al., 2014)

Betätigungsbasiertes Arbeiten im Klinikkontext (Abhängige Variable)	
Definition	Ist die Betätigung der Hauptbestandteil der ergotherapeutischen Evaluation und Intervention, also führt die Klient*in die angestrebten Betätigungen direkt aus und arbeitet an diesen, spricht Fisher (2014) von der Betätigungsbasierung (Betätigung als Ziel und Mittle der Intervention). In der betätigungsbasierten Evaluation führt der/die Ergotherapeut*in Analysen der

	Betätigungsperformanz durch, um an einer erfolgreichen Ausführung der Betätigung arbeiten zu können (Fisher, 2014).
Indikatoren	• Aussagen über die Zielformulierung • Aussagen über Inhalte der Therapie • Aussagen über Ergebnisse • Aussagen über die Anwendung von Modellen und Assessments • Aussagen über die Wahrnehmung und den Stellenwert der Ergotherapie im interdisziplinären Team • Aussagen über das Eingebundensein in den Therapieprozess?
Zeitdimension	Während und nach dem Change Prozess
Sachdimensionen	• <u>Contemporary paradigm</u> Rückbesinnung auf die ganzheitliche Sicht des Menschen, die Bedeutung von Betätigung im Kontext der individuellen Umwelt sowie neue Aspekte wie Klientenzentrierung und gesellschaftliche Partizipation (Kielhofner, 2009). • <u>Stellenwert der Ergotherapie im interdisziplinären Team</u> Aufgaben und Rollen, die die Ergotherapie nach dem Umstellungsprozess übernimmt und Wahrnehmung der Ergotherapie im interdisziplinären Team nach dem Umstellungsprozess • <u>Klientenzentriertes Arbeiten</u> Der/Die Klient*in wird ressourcenorientiert, aus der Perspektive ihrer Stärken betrachtet und aktiv am Therapieprozess beteiligt. Der/die Therapeut*in arbeitet mit dem/der Klient*in zusammen, teilt Informationen, Macht und Verantwortung für die Therapie mit dem/der Klient*in und erleichtert, ermöglicht und verhandelt so den Therapieprozess (Gupta & Taff, 2015). • <u>Professional Reasoning</u> Bezeichnet und beschreibt auf einer metakognitiven Ebene die Denk- und Entscheidungsprozesse von Ergotherapeut*innen während der Planung, Durchführung, Evaluation und Reflexion der Therapie (Boyt Schell et al., 2014)

Patient/ Klient (Intervenierende Variable)	
Definition	Als Klient wird eine Person, Familie, Organisation oder andere Konstellation oder Gruppe von Personen bezeichnet, der Ergotherapie verordnet wurde oder die sich darum bemüht (Fisher, 2014)
Indikatoren	• Aussagen über die erhaltene Therapie • Aussagen über Nutzen oder „Nicht-Nutzen“ der Therapie • Aussagen über Aspekte der Klientenzentrierung • Aussagen über Erwartungen an die Therapie

	• Aussagen über Wünsche, Vorstellungen, Hoffnungen
Zeitdimension	Vor, während und nach dem Change Prozess
Sachdimensionen	• <u>Contemporary paradigm</u> Rückbesinnung auf die ganzheitliche Sicht des Menschen, die Bedeutung von Betätigung im Kontext der individuellen Umwelt sowie neue Aspekte wie Klientenzentrierung und gesellschaftliche Partizipation (Kielhofner, 2009). • <u>Mechanistic paradigm</u> Reduktionistische Sichtweise auf den Menschen und eine Fokussierung auf Funktionen und Kompensationen, während Betätigungen in den Hintergrund traten (Kinébanian, 2019a). • <u>Erwartungen an die Therapie</u> Erwartungen mit denen die Klienten zur Ergotherapie kommen, bezüglich der Inhalten der Therapie und der Rollenverteilung • <u>Klientenzentriertes Arbeiten</u> Der/Die Klient*in wird ressourcenorientiert, aus der Perspektive ihrer Stärken betrachtet und aktiv am Therapieprozess beteiligt. Der/die Therapeut*in arbeitet mit dem/der Klient*in zusammen, teilt Informationen, Macht und Verantwortung für die Therapie mit dem/der Klient*in und erleichtert, ermöglicht und verhandelt so den Therapieprozess (Gupta & Taff, 2015). • <u>Wünsche, Vorstellungen, Hoffnungen, Ziele</u> Gedanken mit denen die Klienten in die Ergotherapie kommen, was sie durch die Ergotherapie erreichen wollen

A7. Anschreiben für die Rekrutierung

Ergotherapie ZUYD

Expert*innen für ein Interview gesucht!

Wir sind...

Anton Ehli, Daniel Schmidt und Franziska Schüßler. Wir sind Ergotherapeuten*innen und studieren berufsbegleitend Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen in den Niederlanden.

Wir wollen...

im Rahmen unserer Bachelorarbeit aufzeigen, welche Erfahrungen Ergotherapeuten*innen im klinischen Setting während der Umstellung von einer funktionsorientierten Behandlung hin zu einer betätigungsbasierten Behandlung gemacht haben. Uns interessiert, welche Ressourcen sie hatten, welche Hindernisse ihnen begegneten und welche Auswirkungen der Umstellungsprozess auf den beruflichen Alltag und das berufliche Verständnis hatte.

Wir suchen...

für ein Online-Interview Experten*innen,

- die als Ergotherapeuten*innen in einer Klinik/einem Krankenhaus in Deutschland angestellt sind,
- die an der Umstellung vom funktionsorientierten hin zum betätigungsbasierten Arbeiten (bewusst) beteiligt sind bzw. waren
- die Betätigung als Ziel und/oder Mittel für den Therapieprozess nutzen
- die ihren Therapieprozess anhand von ergotherapeutischen Modellen gestalten und klientenzentriert ausrichten.

Mit Ihrer Teilnahme...

und der Bereitstellung Ihres Wissens tragen Sie zum allgemeinen Verständnis des Umstellungsprozesses vom funktionsorientierten hin zum betätigungsbasierten Arbeiten bei. Ihre Erfahrungen können andere Ergotherapeuten*innen in Kliniken ermutigen, den Umstellungsprozess ebenfalls zu beginnen. Damit leisten Sie einen Beitrag zur Professionalisierung der Ergotherapie in Deutschland.

Als Dankeschön unsererseits erhalten Sie ein Exemplar unserer Bachelorarbeit.

Es erwartet Sie...

ein ca. einstündiges Online-Interview mittels Microsoft Teams. Sie erhalten von uns einen Link für die Teilnahme am Interview, den Sie bequem mit Ihrem Webbrowser öffnen können. Das Interview wird für die weitere Bearbeitung aufgezeichnet und nach Fertigstellung der Bachelorarbeit gelöscht. Das Interview wird im Zeitraum vom 20.07.20 bis 02.08.20 stattfinden. Einen genauen Termin sprechen wir gemeinsam mit Ihnen ab.

Treffen die obengenannten Kriterien auf Sie zu?
Dann melden Sie sich bei uns per E-Mail bis zum 12.07.20, um weitere Details zu besprechen:

betaetigungsexperten@gmail.com

Wir freuen uns auf Sie!

A8. Einschlusskriterien

Der Umstellungsprozess hin zum betätigungsbasiertem Arbeiten im klinischen Setting wurde erlebt und mitgestaltet	
Anstellung als Ergotherapeut*in in einer Klinik oder einem Krankenhaus in Deutschland. Die Anstellung darf nicht länger als 2 Jahre zurückliegen.	Aktive Beteiligung an dem Umstellungsprozess vom funktionsorientierten hin zum betätigungsorientierten Arbeiten.
Die Betätigung sollte als Ziel und/oder Mittel für den Therapieprozess genutzt werden	Der Therapieprozess soll anhand von ergotherapeutischen Modellen gestaltet und klientenzentriert ausgerichtet sein

A9. Ethik zur Forschung

Ethik in der Forschung im Gesundheitswesen

Darstellung der vier Grundprinzipien nach Druml (2010, S. 18) in Ergänzung durch Gläser und Laudel (2010, S. 48 -57).

- Autonomie

Autonomie setzt voraus, dass alle Teilnehmer über die Inhalte und damit verbundenen Verpflichtungen der Forschungsarbeit aufgeklärt worden sind. Dies soll mit verständlichen Informationen erfolgen, so dass die teilnehmenden Expert*innen über die Teilnahme an der Studie selbstständig und freiwillig entscheiden können. In den Worten von Druml (2010): „Der Respekt vor Personen findet seinen Niederschlag in der Aufklärung und informierten Einwilligung der Versuchspersonen.“. Durch das vorherige Versenden einer Einverständniserklärung an alle Expert*innen, durch die die oben beschriebene inhaltliche Aufklärung erfolgte, konnten die Autor*innen dieses Prinzip umsetzen. Den Expert*innen stand es frei die Studie ohne jegliche Benachteiligung jederzeit zu verlassen.

- Wohltun

Das Prinzip des Wohltuns beinhaltet die Verpflichtung, für das Wohl der Teilnehmenden während der Forschungsarbeit zu sorgen. Dies geschieht indem

während des Interviews ein angenehmer Gesprächsrahmen mit wenigen beziehungsweise keinen Störfaktoren geschaffen wird. Des Weiteren wird durch die Anonymisierung der personen- und klinikbezogenen Daten der Teilnehmenden sichergestellt, dass die Expert*innen nicht identifizierbar sind. Die in Deutschland geltenden Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) wurden von den Autor*innen zu jederzeit eingehalten, wodurch das Prinzip des Wohltuns erfüllt wurde. Hierzu gehörte auch, dass alle wichtigen Informationen, die die Anonymisierung der Expert*innen gefährden könnten, separat aufbewahrt worden sind.

- Nicht-Schaden

Das Prinzip des Nicht Schadens (Risiko-Nutzen-Abwägung) entstammt dem medizinischen Grundprinzip des „primum nil nocere“ (zitiert nach Druml, 2010). Damit soll gewährleistet werden, dass den Expert*innen durch die Teilnahme an den Interviews kein Nachteil oder Schaden entsteht. Dies gewährleisten die Autor*innen durch eine Anonymisierung aller erhobenen Daten und einer getrennten Aufbewahrung der Einwilligungserklärung. Der Datenaustausch zwischen den Autoren erfolgte über eine passwortgeschützte Cloud der ZUYD Hogeschool. Des Weiteren achteten die Autoren auf eine angemessene und wertschätzende Kommunikation innerhalb der Interviews.

- Gerechtigkeit

Durch das Prinzip der Gerechtigkeit wird sichergestellt, dass Forschende die Verantwortung für die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit ihrer Forschungsergebnisse tragen. Diese Ergebnisse sollen einen medizinischen oder gesellschaftlichen Fortschritt ermöglichen. Durch die Wahl ihres Forschungsthemas haben die Autor*innen bewusst ein aktuelles und dringliches Problem der Ergotherapie ausgewählt, welches durch den Paradigmenwechsel entstanden ist. Daher können sich die Ergebnisse dieser Arbeit positiv auf die Entwicklung der gesamten Ergotherapie mit dem Fokus auf die Einführung betätigungsbasierter Arbeit in Kliniken auswirken. Des Weiteren planen die Autoren die Ergebnisse der Studie zu veröffentlichen.

A10. Leitfadeninterview Version I

Stand: 08.06.2020

Vorbereitende Fragen	Guten Tag Frau/Herr _____ Qualität der Verbindung abfragen: Könne Sie mich gut hören und sehen? Ist es ihnen lieber gesiezt oder geduzt zu werden? Vielen Dank schonmal im Voraus, dass sie sich für dieses Interview Zeit nehmen! Die Einverständniserklärung und Information über die Anonymisierung und den Datenschutz haben sie mir ja bereits unterschrieben zurückgesendet, haben sie hierzu noch Fragen? Wie sie wissen, werden alle ihre Antworten anonymisiert. Ich erkläre ihnen kurz den Ablauf: wir beginnen gleich mit der Aufzeichnung des Gesprächs, danach besprechen wir die allgemeinen Vorgaben und beginnen dann mit dem Interview. Wir würden jetzt mit der Aufzeichnung des Gesprächs beginnen, sind sie damit einverstanden? Wir führen dieses Interview im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Zuyd Hogeschool, Heerlen für den Studiengang Ergotherapie durch. Für das gesamte Interview benötigen wir ca. eine Stunde. Sie können jederzeit nachfragen, sollten sie etwas nicht verstanden haben. Bei Ihren Antworten geht es uns um Ihre persönlichen Erfahrungen, daher sollten Sie keine Bedenken haben „richtig“ oder „falsch“ zu antworten. Wir werden Ihnen die schriftliche Fassung dieses Interviews im Anschluss zukommen lassen, sodass Sie ihre Aussagen nochmals überprüfen und ggf. ergänzen können.

Ergotherapeut	Zu Beginn würde ich Sie bitte ein paar allgemeine Fragen zu ihrer Person zu beantworten.	
	Erzählen Sie mir bitte etwas über Ihren beruflichen Werdegang.	(Wilding und Whiteford 2007; Stadler, 2019; Schirmer 2013; Schmid und Sell-Krude 2014)
	• Wie lang sind Sie Ergotherapeut*in?	

	• Welche Ausbildung und welche Abschlüsse haben Sie (auch vor und nach der Ergotherapie)? • Wann absolvierten Sie diese? • Welchen Fortbildungen haben Ihre Arbeit besonders beeinflusst? • Wie würden Sie ihr berufliches Verständnis beschreiben? • In welchem Fachbereich und mit welchem Klientel arbeiten Sie? (aktuell und zuvor?) • Wie lange arbeiten Sie in diesem Fachbereich? • Wie viele Stunden arbeiten sie pro Woche?	

Ergothera-peutisches Team und intraprofessionelle Zusammenarbeit	Als nächstes würde ich gerne etwas über das ergotherapeutische Team erfahren.	
	Wie würden Sie die Teamstrukturen, in denen Sie arbeiten, beschreiben?	(Roesle 2016; Lüdeking 2016; Böckenförde et al. 2015; Fischer-Korp 2018; Landes und Steiner 2014)
	• Hierarchie • Welche Rolle nehmen Sie innerhalb des Teams ein? • Wie sieht der intraprofessionelle und interprofessionelle Austausch aus? • Wie würden Sie die Zusammenarbeit im ergotherapeutischen Team beschreiben? • Arbeitsweise • Therapeutisches Vorgehen	

Umgebender Kontext Klinik	Jetzt würde ich gerne etwas über die Arbeit der Ergotherapie in der Klinik erfahren	
	Welche Aufgaben übernimmt die Ergotherapie in der Klinik, in der Sie arbeiten?	(Weber 2012; Ashby et al. 2015; Di Tommaso et al. 2019)

	• Welchen Stellenwert nimmt die Ergotherapie im Rahmen der stationären Behandlung ein? (Vorher / Nachher)	

Umstellungs-prozess: Ausgangs-situation und Gründe	Erzählen Sie mir bitte wie der Umstellungsprozess abgelaufen ist.	
	Wer hat den Umstellungsprozess initiiert?	(Berg et al. 2019; Rüther 2019; Weber 2012; Fischer-Korp 2018; Landes und Steiner 2014)
	• Was war der ausschlaggebende Faktor? • Wie sind Sie darauf gekommen, Ihre Arbeitsweise umstellen zu wollen • Was hat sie motiviert Ihre Arbeitsweise zu ändern? • Hat jemand den Prozess (extern) begleitet?	
	Wie hat das Ergo-Team darauf reagiert?	(Eriksson et al. 2017; Romein et al. 2016a, 2016b; Böckenförde et al. 2015; Völler 2019; Wimpenny et al. 2010)
	• Wie war die Motivation des Teams hinsichtlich des Umstellungsprozesses? • Was waren die Gründe im Ergo-Team? • Welche Haltungen bezüglich des Prozesses haben Sie innerhalb des Teams wahrgenommen?	

Umstellungs-prozess: Prozess	Wie gestaltete sich der Umstellungsprozess in der Klinik?	(Sirkka et al. 2014a; Sirkka et al. 2014b; Merklein de Freitas 2015a; Caldwell et al. 2011; Caldwell et al. 2008; Mclean 2011; Böckenförde et al. 2015; Juckett et al. 2019)
	• Welche Veränderungen haben in welcher Reihenfolge stattgefunden?	

	• Welche Schritte wurden in welcher Reihenfolge umgesetzt? • Welche Rolle nahmen Sie im Umstellungsprozess ein? • Wie verlief die Kommunikation im Team hinsichtlich des Umstellungsprozesses? • An welche Instanzen mussten sie sich richten? (Hierarchie) • Wie wurden andere Berufsgruppen informiert?	
	Sind Schwierigkeiten beim Prozess aufgetreten?	(Daud et al. 2016; Eriksson et al. 2017; Juckett et al. 2020; Sirkka et al. 2014a; Sirkka et al. 2014b; Bennett et al. 2016)
	• Konnten sie sie lösen? • Wenn ja, wie? • Welche blieben bestehen? Wie sehen diese aus?	
	Was hat ihnen beim Umstellungsprozess geholfen?	(Bennett et al. 2016; Wimpenny et al. 2010; Eriksson et al. 2017)
	• Wie? • Ressourcen/Unterstützung?	

Umstellungs-prozess: Nachher	Was hat sich durch den Umstellungsprozess verändert?	(Burley et al. 2018; Daud et al. 2016; Romein et al. 2016b, 2016a; Gillen und Greber 2014; Matuschek 2016; Merklein de Freitas et al. 2015b)
	• Wie hat der Prozess ihre Arbeitsweise beeinflusst? • Veränderung der Teamstruktur: Teamgeist? • Inwieweit hat sich die Zusammenarbeit mit dem Klienten verändert? • Haben Klienten den Umstellungsprozess bemerkt? Wodurch? Auswirkung?	

Abschluss	Nachdem ich Sie zum Umstellungsprozess in ihrer Klinik befragt habe und Sie als Experte im Rahmen dieses Interviews gelten, was würden Sie anderen Kliniken mit auf den Weg geben?	
	• Gibt es weitere Themen oder Informationen, die Sie uns mitteilen wollen? • Haben wir etwas vergessen anzusprechen/möchten Sie etwas anderes ansprechen?	

Danke schön für Ihre Teilnahme. Wir werden Ihnen die schriftliche Fassung dieses Interviews im Anschluss zukommen lassen, sodass Sie ihre Aussagen nochmals überprüfen und ggf. ergänzen können.

Evaluation:

- Weitere Rückmeldung/Ergänzungen etc.
- Welche Verbesserungsvorschläge hast du?
- Waren die Fragen umständlich formuliert oder schwierig zu beantworten?
- Gibt es Aspekte, die wir mit unseren Fragen übersehen haben?

A11. Leitfadeninterview Version II

Stand: 25.06.2020

Vorbereitende Fragen	Guten Tag Frau/Herr _____ Qualität der Verbindung abfragen: Könne Sie mich gut hören und sehen? Ist es ihnen lieber gesiezt oder geduzt zu werden? Vielen Dank schonmal im Voraus, dass sie sich für dieses Interview Zeit nehmen! Die Einverständniserklärung und Information über die Anonymisierung und den Datenschutz haben sie mir ja bereits unterschrieben zurückgesendet, haben sie hierzu noch Fragen? Wie sie wissen, werden alle ihre Antworten anonymisiert. Ich erkläre ihnen kurz den Ablauf: wir beginnen gleich mit der Aufzeichnung des Gesprächs, danach besprechen wir die allgemeinen Vorgaben und beginnen dann mit dem Interview. Wir würden jetzt mit der Aufzeichnung des Gesprächs beginnen, sind sie damit einverstanden? Wir führen dieses Interview im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Zuyd Hogeschool, Heerlen für den Studiengang Ergotherapie durch. Für das gesamte Interview benötigen wir ca. eine Stunde. Sie können jederzeit nachfragen, sollten sie etwas nicht verstanden haben. Bei Ihren Antworten geht es uns um Ihre persönlichen Erfahrungen, daher sollten Sie keine Bedenken haben „richtig“ oder „falsch“ zu antworten. Wir werden Ihnen die schriftliche Fassung dieses Interviews im Anschluss zukommen lassen, sodass Sie ihre Aussagen nochmals überprüfen und ggf. ergänzen können. Bevor wir anfangen stelle ich Ihnen kurz die Themenblöcke für die verschiedenen Fragen vor: • Ergotherapeut • Ergotherapeutisches Team und interprofessionelle Zusammenarbeit • Klinikkontext • Verschiedenen Phasen des Umstellungsprozesses

Ergotherapeut	Zu Beginn würde ich Sie bitte ein paar allgemeine Fragen zu ihrer Person zu beantworten.	

	Erzählen Sie mir bitte etwas über Ihren beruflichen Werdegang.	(Wilding und Whiteford 2007; Stadler, 2019; Schirmer 2013; Schmid und Sell-Krude 2014)
	• Wie lange sind Sie Ergotherapeut*in? • Welche Ausbildung und welche Abschlüsse haben Sie (auch vor und nach der Ergotherapie)? • Wann absolvierten Sie diese? • Welchen Fortbildungen haben Ihre Arbeit besonders beeinflusst? • Wie würden Sie ihr berufliches Verständnis beschreiben? • In welchem Fachbereich und mit welchem Klientel arbeiten Sie? (aktuell und zuvor?) • Wie lange arbeiten Sie in diesem Fachbereich? • Wie viele Stunden arbeiten sie pro Woche?	

Ergotherap-eutisches Team und intra-professionelle Zusammenarbeit	Als nächstes würde ich gerne etwas über das ergotherapeutische Team erfahren.	
	Wie würden Sie die Teamstrukturen, in denen Sie arbeiten, beschreiben?	(Roesle 2016; Lüdeking 2016; Böckenförde et al. 2015; Fischer-Korp 2018; Landes und Steiner 2014)
	• Hierarchie • Welche Rolle nehmen Sie innerhalb des Teams ein? • Wie sieht der intraprofessionelle und interprofessionelle Austausch aus? • Wie würden Sie die Zusammenarbeit im ergotherapeutischen Team beschreiben?	

Umgebender Kontext Klinik	Jetzt würde ich gerne etwas über die Arbeit der Ergotherapie in der Klinik erfahren.	

	Welche Aufgaben übernimmt die Ergotherapie in der Klinik, in der Sie arbeiten?	(Weber 2012; Ashby et al. 2015; Di Tommaso et al. 2019)
	• Welchen Stellenwert nimmt die Ergotherapie im Rahmen der stationären Behandlung ein? (Vorher / Nachher) • In/ Auf welchen Bereichen/Stationen arbeiten Ergotherapeuten? • Wie sind Teams untereinander (auf den Stationen) aufgebaut/strukturiert?	

Umstellungs-prozess: Ausgangs-situation und Gründe	Erzählen Sie mir bitte wie der Umstellungsprozess abgelaufen ist.	
	Wer hat den Umstellungsprozess initiiert?	(Berg et al. 2019; Rüther 2019; Weber 2012; Fischer-Korp 2018; Landes und Steiner 2014)
	• Therapeutisches Vorgehen vor Umstellungsprozess • Was war der ausschlaggebende Faktor? • Was hat sie motiviert Ihre Arbeitsweise zu ändern? • Hat jemand den Prozess (extern) begleitet?	
	Wie hat das Ergo-Team darauf reagiert?	(Eriksson et al. 2017; Romein et al. 2016a, 2016b; Böckenförde et al. 2015; Völler 2019; Wimpenny et al. 2010)
	• Wie war die Motivation des Teams hinsichtlich des Umstellungsprozesses? • Was waren die Gründe im Ergo-Team? • Welche Haltungen bezüglich des Prozesses haben Sie innerhalb des Teams wahrgenommen?	

Umstellungs-prozess: Verlauf	Als nächstes interessiert uns der Umstellungsprozess in der Klinik.	(Sirkka et al. 2014a; Sirkka et al. 2014b; Merklein de Freitas

	Welche Veränderungen haben in welcher Reihenfolge stattgefunden (Konzepte/Formulare, ...)?	2015a; Caldwell et al. 2011; Caldwell et al. 2008; Mclean 2011; Böckenförde et al. 2015; Juckett et al. 2019)
	• Welche Rolle nahmen Sie im Umstellungsprozess ein? • Wie verlief die Kommunikation im Team hinsichtlich des Umstellungsprozesses? • An welche Instanzen mussten sie sich richten? (Hierarchie) • Wie wurden andere Berufsgruppen informiert?	
	Sind Schwierigkeiten beim Prozess aufgetreten?	(Daud et al. 2016; Eriksson et al. 2017; Juckett et al. 2020; Sirkka et al. 2014a; Sirkka et al. 2014b; Bennett et al. 2016)
	• Konnten Sie sie lösen? • Wenn ja, wie? • Welche blieben bestehen? Wie sehen diese aus?	
	Was hat ihnen beim Umstellungsprozess geholfen?	(Bennett et al. 2016; Wimpenny et al. 2010; Eriksson et al. 2017)
	• Welche Ressourcen/Unterstützung konnten Sie nutzen? • Welche Fähigkeiten der Teammitglieder waren nützlich	

Umstellungs-prozess: Nachher	Jetzt würden wir noch gerne wissen, was sich durch den Umstellungsprozess verändert hat.	(Burley et al. 2018; Daud et al. 2016; Romein et al. 2016b, 2016a; Gillen und Greber 2014; Matuschek 2016; Merklein de Freitas et al. 2015b)
	• Wie hat der Prozess Ihre Arbeitsweise beeinflusst? • Wie hat sich die Teamstruktur/der Teamgeist?	

	• Inwieweit hat sich die Zusammenarbeit mit dem Klienten verändert? • Haben Klienten den Umstellungsprozess bemerkt? Wodurch? Auswirkung?	

Abschluss	Nachdem ich Sie zum Umstellungsprozess in ihrer Klinik befragt habe und Sie als Experte im Rahmen dieses Interviews gelten, was würden Sie anderen Kliniken mit auf den Weg geben?	
	• Gibt es weitere Themen oder Informationen, die Sie uns mitteilen wollen? • Haben wir etwas vergessen anzusprechen/möchten Sie etwas anderes ansprechen?	

Danke schön für Ihre Teilnahme. Wir werden Ihnen die schriftliche Fassung dieses Interviews im Anschluss zukommen lassen, sodass Sie ihre Aussagen nochmals überprüfen und ggf. ergänzen können.

A12. Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Forschungszwecke

1 Gegenstand des Forschungsprojektes

1. **Forschungsprojekt:**
Wie haben Ergotherapeuten*innen unterschiedlicher Fachbereiche in den Arbeitsfeldern Akut-/Rehakliniken in Deutschland den Umstellungsprozess hin zum betätigungszentrierten Therapieprozess erlebt?
2. **Forschungszweck:**
Ziel der Arbeit ist es, Kliniken zu befragen, die den Change-Management Prozess zum betätigungsbasierten Arbeiten gerade durchlaufen oder diesen bereits erfolgreich abgeschlossen haben, um dadurch Hindernisse sowie Ressourcen, die während diesem Prozess auftreten können, zu ermitteln. Diese Kliniken sollen als best practice Beispiele dienen, die aufzeigen sollen, wie betätigungsbasierten Arbeiten in Kliniken verschiedener Fachbereiche aussehen und gelingen kann.
3. **Durchführende Institution**:
Zuyd Hogeschool, Academie voor Ergotherapie, Nieuw Eyckholt 300 6419 DJ Heerlen
4. **Projektleitung**:
Klein, Tanja; tanja.klein@zuyd.nl
5. **Interviewdatum**:
6. **Interviewer/in**: Ehli, Anton; Schmidt, Daniel; Schüßler Franziska

2 Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass im Rahmen des unter 5. beschriebenen Forschungsprojekts Daten meiner Person erhoben und ausgewertet werden. Die Ergebung erfolgt durch Video-/Audioaufnahmen, die in der Folge transkribiert, anonymisiert und für wissenschaftliche Analysen und der daraus hervorgehenden Veröffentlichung auszugsweise verwendet werden.
Über Art und Umfang von Erhebung und Auswertung wurde ich mündlich und in der schriftlichen Anlage zu dieser Erklärung umfassend informiert.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können die Einwilligung ablehnen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit gegenüber der durchführenden Institution widerrufen. Die weitere Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wird ab diesem Widerruf unzulässig. Relevante Definitionen der verwendeten datenschutzrechtlichen Begriffe sind in der Anlage Begriffsbestimmungen enthalten.

_____ , _____
Vorname, Nachname in Druckschrift

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift

3 Informationen über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

3.1 Kurzdarstellung der am Forschungsprojekt Beteiligten

Das Forschungsprojekt wird durchgeführt von Anton Ehli, Daniel Schmidt und Franziska Schüßler unter der Leitung von Tanja Klein im Auftrag der Zuyd Hogeschool, Academie voor Ergotherapie, Nieuw Eyckholt 300 6419 DJ Heerlen. Alle Beteiligten, die Zugang zu den Daten erhalten, sind zum Datenschutz verpflichtet.

3.2 Zweck der Datenverarbeitung

Die Erhebung und Verarbeitung der Daten dienen alleine für die in 1.2. genannten wissenschaftlichen Zwecke. Ihre Kontaktdaten werden gesondert und ausschließlich für die Projektleitung zugänglich, unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Software-Vorgaben der Hochschule Zuyd. gespeichert. Dies dient der Dokumentation ihrer Einverständniserklärung und einer möglichen Identifizierung Ihrer Daten falls Sie diese Einwilligung später widerrufen.

3.3 Art der Datenverarbeitung

Die Gespräche werden aufgezeichnet, die Aufnahmen abgetippt und anonymisiert. Bei der Anonymisierung werden Personennamen, Ortsnamen und Berufsbezeichnungen, Kontaktdaten wie Emailadressen oder Telefonnummern ersetzt. In Veröffentlichungen können einzelne anonymisierte Zitate wiedergegeben werden. Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zum Zweck einer automatisierten Entscheidungsfindung (einschließlich Profiling) gemäß Art. 22 Abs. 1 und Abs. 4 DSGVO findet nicht statt.

3.4 Kategorien der zu verarbeitenden Daten

Offene Interviews können naturgemäß alle möglichen Arten von Daten enthalten. Insb. können hierbei besondere Kategorien enthalten sein, die Aufschluss geben über ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.

3.5 Kontaktdaten der datenverarbeitenden Stelle

Bei Fragen, Auskunftswünschen oder dem Widerruf Ihrer Einwilligung wenden Sie sich bitte an:

Tanja.Klein@zuyd.nl

3.6 Rechtsgrundlage

Wir verarbeiten die von Ihnen erhobenen personenbezogene Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß § 4 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und mit Geltung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), ab dem 25. Mai 2018, gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO. Sofern besondere Kategorien personenbezogener Daten betroffen sind, verarbeiten wir die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß § 4 Abs. 1 BDSG und mit Geltung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

3.7 Empfänger oder Kategorien von Empfängern

An folgende Empfänger oder Kategorien von Empfängern können Ihre personenbezogenen Daten übermittelt werden:

Externe Transkriptionsdienste

Es handelt sich bei den Empfängern um sog. „Auftragsverarbeiter“ im Sinne des Art. 28 DSGVO, mit welchen die Projektpartner jeweils eigene Verträge zur Auftragsverarbeitung geschlossen haben.

Alternativ: Ihre Daten werden ausschließlich von der unter 1.3. genannten Institution genutzt.

3.8 Dauer der Speicherung / Kriterien für die Festlegung der Dauer

Ihre personenbezogenen Daten werden gespeichert, solange Sie Ihre Einwilligung nicht widerrufen haben. Ihre Daten müssen 10 Jahre bei der Zuyd Hogeschool aufbewahrt werden. Audioaufnahmen von Interviews werden direkt nach der Transkription vernichtet.

3.9 Ihre Rechte

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben haben Sie gegenüber uns grundsätzlich Anspruch auf:

- Bestätigung, ob Sie betreffende personenbezogenen Daten verarbeitet werden,
- Auskunft über diese Daten und die Umstände der Verarbeitung,
- Berichtigung, soweit diese Daten unrichtig sind,
- Löschung, soweit für die Verarbeitung keine Rechtfertigung und keine Pflicht zur Aufbewahrung (mehr) besteht,
- Einschränkung der Verarbeitung in besonderen gesetzlich bestimmten Fällen und
- Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten – soweit Sie diese bereitgestellt haben – an Sie oder einen Dritten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

Darüber hinaus haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, nach Maßgabe Ihrer Widerrufserklärung, durch diesen oder durch beide Projektpartner für die Zukunft unzulässig wird. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht.

Schließlich möchten wir Sie auf Ihr Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde hinweisen.

4 Anlage: Begriffsbestimmungen

- „Personenbezogene Daten“ sind gemäß Art. 4 Nr. 1 DSGVO alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen identifiziert werden kann, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind. Das kann z.B. die Angabe sein, wo eine Person versichert ist, wohnt oder wie viel Geld er oder sie verdient. Auf die Nennung des Namens kommt es dabei nicht an. Es genügt, dass man herausfinden kann, um welche Person es sich handelt.

- „Besondere Kategorien“ personenbezogener Daten sind gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.

- „Gesundheitsdaten“ sind gemäß Art. 4 Nr. 15 DSGVO personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

- „Verarbeitung“ ist gemäß Art. 4 Nr. 2 DSGVO jeder mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.

- „Auftragsverarbeiter“ ist gemäß Art. 4 Nr. 8 DSGVO eine natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des Verantwortlichen verarbeitet.

A13. Transkriptionsregeln

Zur Transkription der Experteninterviews wurde das inhaltlich-semantische Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2018, S. 20-25) verwendet:

1. Die Transkription erfolgt wortgetreu, bedeutet nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.

2. Syntaktische Fehler innerhalb eines Satzes werden beibehalten, wie z.B. „Bin ich nach Kaufhaus gegangen."

3. Dialekte und Wortverkürzungen werden ins Schriftdeutsch übertragen. Beispielsweise wird „'n Buch" zu „ein Buch". Gibt es keine eindeutige Übersetzung, wird der Dialekt beibehalten.

4. Umgangssprache Partikeln wie „gell" oder „ne" werden beibehalten. Das Gleiche gilt für Wortverkürzungen wie „runtergehen" statt „heruntergehen".

5. Eine Aneinanderreihung von Füllwörtern wird ohne Satzzeichen dazwischen transkribiert (z.B. „ähm ähm ähm also wir haben das …")

6. Abgebrochene Wörter und Wortdoppelungen werden nur transkribiert, wenn sie zur besonderen Betonung genutzt werden. Stottern wird geglättet oder ausgelassen.

7. Wort- und Satzabbrüche werden mit „/" markiert

8. Rezeptionssignale und Fülllaute aller Personen („hm, ja, aha, ähm" etc.) werden transkribiert

9. Nach der Partikel „hm" wird eine Beschreibung der Betonung in Klammern festgehalten. Zu nutzen sind: bejahend, verneinend, nachdenkend, fragend, wohlfühlend, z.B. „hm (bejahend)".

10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.

11. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.

12. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)" gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)".

13. Die interviewende Person wird mit „I:" und die befragte Person mit „B:" gekennzeichnet.

14. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.

15. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (…) markiert.

16. Sprecherüberlappungen werden mit „//“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „//“. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser „//“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit „//“ gekennzeichnet.

17. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: „Und ich sagte dann ‚Na, dann schauen wir mal‘“.

18. Abkürzungen werden nur getippt, wenn sie explizit so gesprochen wurden („etc.“ wird nur getippt bei gesprochenem „e te ce“).

19. Zahlen werden wie folgt dargestellt:

a. Zahlen null bis zwölf im Fließtext als Wörter, größere in Ziffern.

b. Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolgt man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben.

Diese Regeln wurden zusätzlich mit den Transkriptionsempfehlungen von Gläser und Laudel (2010, S. 193-194) ergänzt.

20. Inhaltlich zusammengehörende Aussagen werden als Absatz formuliert und mit einer Zeitmarke versehen. Antworten der Teilnehmer auf eine Frage können somit mehrere Absätze umfassen.

21. Die Transkripte werden so anonymisiert, dass weder am Dateinamen noch am Text erkennbar wird, mit wem das Interview geführt wurde. Hierfür wurden eindeutige Codes verwendet.

Vorbereitung für den Membercheck und Glättung

Um sicherzustellen, dass die Erfahrungen richtig aufgefasst und dargestellt wurden, sollen die Interviewten das Transkript überprüfen (Döring & Bortz, 2016).

Hierzu wurden unwichtige Details entfernt wie z. B. „Versprecher, verschluckte Silben, Dialekt, sofern dies die Arbeit mit den Daten erleichtert.“ (Döring & Bortz, 2016, S. 580).

A14. Extraktionsregeln

Alle Kategorien basieren auf dem hypothetischen Modell und können während dem Extraktionsprozess in ihren Dimensionen und Ausprägungen erweitert werden.

Die Extraktionsregeln basieren auf dem von Gläser und Laudel (2010, S. 220-221) empfohlenen Vorgehen und wurden durch Dresing und Pehl (2018, S. 37-40) ergänzt.

Dresing und Pehl (2018):

1. Vor dem Extrahieren wird das gesamte Transkript Zeile für Zeile gelesen
2. Den Bezug zur Forschungsfrage und dem daraus resultierenden hypothetischen Modell nicht verlieren

Gläser und Laudel (2010):

3. Befinden sich mehrere Indikatoren für verschiedene Kategorien in einem Absatz, wird dieser Absatz in die nächstkleinere Analyseeinheit (Satz) zerlegt.
4. Extrahiert werden nur Informationen die im Text stehen. Vermutungen und Interpretationen müssen separat als Kommentar oder Memo notiert werden.
5. Aussagen der Interviewpartner sollen nicht in voller Länge wiedergegeben werden. Die Informationen sollen zusammengefasst und mit einer Quellenangabe versehen werden.
6. „Informationen aus dem Text nicht vorschnell mit einer vorgegebenen Ausprägung belegen." (Gläser & Laudel, 2010, S. 220).
7. „Aussagen im Text zerlegen und den Dimensionen zuordnen." (Sach-, Zeit-, Ursache-, Wirkungsdimension) (Gläser & Laudel, 2010, S. 220).
8. „Kausalketten ‚abschneiden', wenn sie über die Forschungsfrage hinausreichen." (Gläser & Laudel, 2010, S. 220). Lange Kausalketten auf deren Inhalte prüfen und gegebenenfalls auf deren Extraktion verzichten. Nur relevante Inhalte werden extrahiert.
9. „Kausalketten in Handlung/Ereignisse/Regeln/Ursache und Wirkungen…" (Gläser & Laudel, 2010, S. 220) auflösen. Indikatoren hierfür sind Wörter wie „weil" und „infolgedessen".
10. „Nicht spekulieren!" (Gläser & Laudel, 2010, S. 220). In den Transkripten finden sich oft nur fragmentarische Informationen, welche man nicht weiter interpretieren soll. Siehe Regel 5. Spekulationen und Interpretationen können mit der Memo-Funktion festgehalten werden.
11. „Nicht synthetisieren!" (Gläser & Laudel, 2010, S. 220). Akkumuliertes Wissen aus vorherigen Extraktionen nicht in die aktuelle Extraktion einfließen lassen. Hierdurch soll die Quelle des Wissens stets nachvollziehbar sein. Nutzt man Kontextwissen zur Extraktion, soll dieses dementsprechend gekennzeichnet werden (Memo-Funktion).
12. Entscheidungen protokollieren, um weitreichende Entscheidungen bei der Extraktion, nachvollziehen zu können.

A15. Kategorienbildung

A16. Auszug aus der Extraktionstabelle

Kategorie	Subkategorie	Interpretation	Quelle
Ergotherapeut	Persönliche Motivation	Wissensdurst	„Man kriegt tausend Fragen präsentiert von ähm durch das Studium. Ich hab auch noch nicht auf alles ne Antwort halt. ähm Es macht mich auf alle Fälle erstmal neugierig natürlich (...) mehr wissen zu wollen.“ (T2, Absatz 39) „Mich hat gestört, dass ich nich die Dinge so ändern kann wie ich sie möchte, weil ich einfach kein Überblick über Zahlen, über Daten bekomm, weil ich nicht weiß wie ich ähm wo, wo die Gelder fließen und wie ich darüber (...) ähm einfach argumentieren kann, dass ich Therapie einfach anders ansetzen möchte oder anders gestalten möchte, weil ich immer nur gesagt bekam "so das geht nicht, dass kann man nicht machen", aber warum wollte mir niemand erklären und ich hab die Infos so auch nicht zusammen bekommen. Darum habe ich mich entschlossen noch im Bereich, wie gesagt, Gesundheitsmanagement ähm Betriebswirtschaft, Volkswirtschaft ähm (...) ähm ja, mich mich
		Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit	
		Wissenschaftliche Ausrichtung und	

		Begründung der Arbeit	weiterzubilden.“ (T1, Absatz 19) „[…] und ich glaube, das hat mich / es hat mich unglaublich neugierig gemacht (...) was da noch kommt und deswegen hab ich glaub ich so viel immer wieder Neues ausprobiert.“ (T5, Absatz 93) „Und Teamgeist, also für mich persönlich hats (...) ähm bringst mehr Motivation mit rein, weil ich einfach mehr Sinn in meiner Arbeit sehe und ähm (...) es halt auch irgendwie mehr Spaß macht, weil sonst hast du immer da die Körbe, die Seidentücher und so weiter und das ist halt so abwechslungsreich.“ (T3, Absatz 247) „Ich hab immer Schüler angeleitet und auf einmal wechselte die von Funktions- auf Betätigungsorientierung und ich musste meine Schüler anders (...) in der Klinik anleiten und ich war davon so überfordert und auch / ich fühlte mich so entwertet auch, weil ich dachte alles ist falsch was ich vorher gesagt hab.“ (T5, Absatz 18) „um die Ergotherapie noch so nen bisschen

			wissenschaftlicher verstehen zu wollen und meinen eigenen Horizont zu erweitern und kontinuierlich meine Arbeit zu verbessern“ (T4, Absatz 21)
	Ausbildung	Akademisierung aller Expert*innen	„Ausbildung zur Ergotherapeutin [redacted] abgeschlossen, hab dann den Vollzeitstudiengang an der ZUYD gemacht“ (T1, Absatz 5) „Ich habe das Staatsexamen und ich habe ein ausbildungsbegleitendes Studium gemacht. ähm und den Bachelor of Science gemacht und der Studiengang nannte sich "Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung Vertiefung Ergotherapie". #00:02:20-6#“ (T3, Absatz 6) „Studiert hab ich auch ähm [redacted] (...) an der Zuyd“ (T5, Absatz 15) „[…] hab bei vielen Fachkongressen mitgewirkt und hab mich dann aber entschieden ich mach ne ganz große Fortbildung und mach den Bachelor an der Zuyd“ (T4, Absatz 18) „[…] Und bin jetzt Studierender auch wie wir halt an der Zuyd ähm nächstes Jahr im HS 3.

			Also jetzt im September.“ (T2, Absatz 18)
	Wissensstand	Betätigungsorientierung präsent, oft mit Ablehnung verbunden oder nicht umgesetzt	„Also (langgezogen) ich glaub begonnen hat das alles so / also lass mich überlegen (...) so das Thema Betätigungsorientierung ähm Betätigungsorientierung war mir natürlich durch die Ausbildung schon sehr bewusst. Damals hatte ich aber eher sag ich mal so ne sehr große Abneigung dagegen, weil das war was du in der Ausbildung gelernt hast, aber in der Praxis nirgendwo kennengelernt hast in den ganzen vier Praktika die du gemacht hast.“ (T3, Absatz 123) „Ich habe im Rahmen meiner Unterrichtstätigkeit mich zwar mit den Schulen immer upgedatet, weil sich das Curriculum veränderte, weil ich im Austausch war mit den Schulen. Aber Fortbildungen hab ich keine gemacht. Ich bin dann ein bisschen reingestolpert in eine Fortbildung zu Betätigungsorientierung 2014.“ (T5, Absatz 17) „Ich komm ja sozusagen noch aus dem mechanistischen System ähm da hab ich natürlich am Anfang so diese

			klassischen Sachen gemacht […] ähm und dann ging es eigentlich im Grunde ja los, dass ich dann sozusagen angefangen habe über den Tellerrand zu gucken und habe dann PRPP-Kurs gemacht. Ich im Grunde halt auch ein ganz anderes Denken erstmal mitgebekommen hab. Vor zwei Jahren hab ich dann die Gelegenheit gehabt einen COOP-Kurs bei der Polatajko persönlich mitzumachen.“ (T2, Absatz 20)
	Therapeutisches Vorgehen und Begründung	Möglichkeiten betätigungsbasiert im Klinikkontext zu arbeiten	„[…] Ich hab nämlich festgestellt, dass die fast alle sagen, sie haben zuhause Schwierigkeiten. Und da hab ich natürlich angefangen ähm nachzudenken, was ich denn damit mache. Ich sitze unter meiner Käseglocke Klinik mit meiner Klientin und das Problem findet (...) Kilometer weiter draußen statt. Und das hat meine Arbeit sehr verändert.“ (T5, Absatz 152) „Und über das Coachen habe ich eben ähm die Besuche, die Urlaube der Klientinnen und Klienten zuhause genutzt, um dort quasi in Coaching-Stil zu intervenieren.“ (T5, Absatz 156)

		Hinführung zur Betätigungsbasierung	„[…] Bei mir ist es so, wenn jemand noch akut, psychotisch oder wie auch immer ist, und der noch kein Verständnis oder kein Bild von Betätigung hat, dann brauch ich kein Assessment einsetzen, weil es geht primär um Betätigung, viel mehr um den Menschen als Tätigen. Und wenn wir gemeinsam diese Betätigungsidentität entwickelt haben, also ich von meinem fachlichen Standpunkt aus merke ‚OK, da kannste jetzt arbeiten, der würde das jetzt verstehen, dann versuche ich die Inhalte einzubringen. [...]“ (Expterninterview 4 - Forensik - überarbeitet, Absatz 155) „[…] aber es ist von Anfang versuche ich zumindest und meine Kollegen natürlich auch einen so gut als möglich begleiteten Prozess der sich um Betätigung um sinnvolle Aktivitäten innerhalb dieses forensischen Kontextes dreht zu bilden und den roten Faden auch bis die aus dem forensischen Kontext rausgehen oder in die offenen AT gehen

			weiterzuführen.“ (Expterninterview 4 - Forensik - überarbeitet, Absatz 43) „Dann hab ich den Eingangsbereich der arbeitsbezogenen Ergotherapie und den Kiosk, der arbeitsbezogenen Ergotherapie, […] ganz, ganz basal ganz ganz ähm noch funktionsorientiert und da geht es eher darum, dass man ein gesundes Patienten-Therapeuten-Verhältnis aufbaut, ein bisschen Compliance für die Erkrankung entwickelt, und ich versuch halt dann immer schon ein Verständnis für Betätigung zu ähm bilden gemeinsam mit dem Patienten also das man sagt ich fang mal so ein bisschen das hört sich larifari an“ (Expterninterview 4 - Forensik - überarbeitet, Absatz 33) „Dann gehen wir so nen bisschen ähm so bisschen bottom-up vor. Das heißt, wir gucken uns erstmal den (unv. Mikrofon rauscht/Verbindungspro bleme) #00:06:19-2# Schauplatz an. Wir schauen erstmal, ok, wo sind die Probleme? Wie ist der Antrieb? Wie ist die Motivation? Ähm es

			ist halt ne Akutstation. […] Hat er irgendwie nen Wahn, das heißt in dem er sich befindet? Wie sehr ist der Ergotherapeut mit ins Wahnsystem eingebaut? Wo sind gesunde Anteile? Wo kann man ansetzen?“ (Expterninterview 4 - Forensik - überarbeitet, Absatz 36) „Und klar, dieses Handwerk muss irgendwie schon dabei sein, weil das die Rentenversicherung vorgibt, also die gibt auch vor was wir machen müssen. Ja. Und für mich auch den Druck rauszu / ähm rausgenommen mich ständig zu rechtfertigen warum es Handwerk und sowas / #00:44:05-0#“ (Experteninterview 3 Psych 2, Absatz 253)

Changeprozess	Ressourcen	Motivierte und unterstützende Kollegen / Gleichgesinnte	„Also ich hatte eine Kollegin ähm, die ja mit mir auch die Fortbildungen besucht hat. Die hatte Lust was zu verändern, die hatte Interesse. Beispielsweise auch ähm Lust auf ICF und zu gucken, was sind denn B-Ziffern, was sind denn D-Ziffern und so. (...) Da hab ich schon gemerkt, da ist jemand an meiner Seite ähm, die da Ähnliches möchte wie ich. Ja, das kann ich schon sagen.“ (T5, Absatz 145) „ähm (...) das hat sehr viel geholfen, auch zu wissen, dass

			wir uns im Team gegenseitig unterstützen, also so jetzt sowohl im Ergoteam als auch im anderen Team, das wo ich einfach auch wusste, dass ich da wertgeschätzt werde, dass die Ergotherapie wert / oder sehr wertgeschätzt wird, auch (...) genau. Und was gabs sonst noch? Lass mich überlegen, für Ressourcen (...) (...) . Ja ich glaub so (...) (unv., #00:41:01-1#) Ja. “ (T3, Absatz 238) „Mit der haben wir gesprochen. Wie gesagt, die hat es für gut befunden und das wars.“ (T3, Absatz 194)
		Offenheit gegenüber dem Neuen	„Natürlich der Austausch im Ergoteam. #00:40:17-9#“ (T3, Absatz 234) „natürliche therapeutische Neugierde, die man so mal zum Ausprobieren hat.“ (T1, Absatz 195)
		Freiräume / kein Druck	„Zumindestens öffnen sie sich dafür, sich damit auseinander zu setzen, ja?“ (T2, Absatz 242) „Also ich fand es sehr hilfreich, dass mein Chef mich so wenig kontrolliert hat und dass ich tun konnte, was ich wollte. Ich konnte als Leitung ausprobieren. Das hat keinen gekümmert, das ist ja irgendwie auch schade, aber das hab ich als Ressource wahrgenommen. Ich konnte einfach mir die Klienten nehmen, Einzelgespräche führen. Ich konnte mit denen raus gehen, ich konnte mit denen Übungsgänge machen. Das allerdings war auch ein bisschen schwierig, wegen der administrativen

			Schwierigkeiten, aber grundsätzlich hatte ich die Möglichkeit. Ich habe mit denen inhaltlich anders arbeiten können innerhalb der Werkgruppen. Ich habe Dokumentation anders machen können. Also diese Freiheit hatte ich. Und dadurch, dass ich in der Leitungsposition ähm war, hatte ich natürlich auch keinen unmittelbaren Chef oder Chefin, die gesagt hätte ´Ne, mach das bitte nicht´“ (T5, Absatz 133) „Grundsätzlich ja, also oder wir haben auch die Möglichkeiten es gibt was das heißt über den Tellerrand hinaus schauen. Ich hab das auch schon gemacht. Ich bin auch schon bei anderen Berufsgruppen mitgelaufen.“ (T1, Absatz 137) „Nee, das haben wir in der Arbeitszeit gemacht. Wir haben auch tatsächlich so Projekttage, wie ich es gerade schon gesagt habe, da haben wir auch ganze Tage für bekommen,“ (T4, Absatz 122) „Also er hat mir ähm Möglichkeiten gegeben vor Kollegen Fortbildungen zu halten zu betätigungsorientierter Ergotherapie. Das hab ich auch gemacht (...). Dafür hat er mir die Räume zur Verfügung gegeben, sag ich mal, aber selber ist er beispielsweise zu den Fortbildungen nicht erschienen.“ (T5, Absatz 106) „Die Räumlichkeiten waren gut, die haben wir vorhanden gehabt. Wir haben das Material

			vorhanden gehabt. Das habe ich mir nur noch zusammen clustern müssen. ähm und das grundsätzlich das Interesse der eigenen und der anderen Berufsgruppen ist da. Also es ist nicht so, dass die sagen "was machen die denn da, was soll denn das?", sondern wenn ich dann sag, wir haben das und das gemacht, dann finden die das generell immer gut. (...) ähm das ist sehr viel wert.“ (T1, Absatz 190) „ähm (...) also zum einen natürlich bei "Handeln gegen Trägheit" das Manual an sich. Weil es schon sehr erleichternd war, was zu haben woran du dich so ein bisschen entlang hangeln kannst, so verschiedene Arbeitsblätter zu haben. (...) ähm die Fortbildung absolut.“ (T3, Absatz 229)

A17. Zeitplan der Bachelorarbeit

Zeit	**Aufgabe**
Februar 2020	Literaturrecherche
März 2020	Literaturrecherche
22.3. - 03.04.20	Literatur lesen und Gliederung zuordnen --> wo fehlt noch Literatur --> gezielte Suche danach
04.04. - 18.04.20	Restliche Literatur lesen und zuordnen, Beginnen theoretischen Hintergrund zu formulieren, Auseinandersetzung mit Gläser & Laudel Literatur
19.04. - 03.05.20	Formulierung hypothetisches Modell nach G&L
04.05. - 18.05.20	Erstellen des Interviewleitfadens, Beginn Formulierung Methode
19.05. - 01.06.20	Akquisitionspapier erstellen und veröffentlichen (DVE, Facebook, Thieme, Kliniken direkt)
02.06. - 16.06.20	Beginn Akquise der Kliniken, Methodenformulierung weiter
17.06. – 24.06.20	Durchführen des Pre-Test, Anpassen des Interviewleitfadens anhand der Ergebnisse des Pre-Test
25.06. – 20.07.20	„Abschluss“ theoretischer Hintergrund, Abschluss Akquise der Teilnehmer und Terminvereinbarungen für Interviews
20.07. – 02.08.20	Durchführen der Interviews, bei Bedarf weitere Arbeit am theoretischen Hintergrund
03.08. – 30.08.20	Transkribieren der Interviews und Beginn der Auswertung
01.09. – 15.09.20	Analyse der Interviews, Zuordnung zum hypothetischen Modell
16.09. – 01.10.20	Darstellung der Ergebnisse, Beginn Formulierung der Diskussion
02.10. – 16.10.20	Abschluss der Diskussion
17.10. – 30.10.20	Korrekturlesen der Bachelorarbeit, Schreiben des Abstracts + Übersetzen
31.10. – 07.11.20	Binden lassen der Bachelorarbeit und verschicken
10.11.20	Abgabe der Arbeit via OneDrive