

Sarah Bühler 1774093

Sara Mohr 1774824

Gemeinsam auf dem Weg

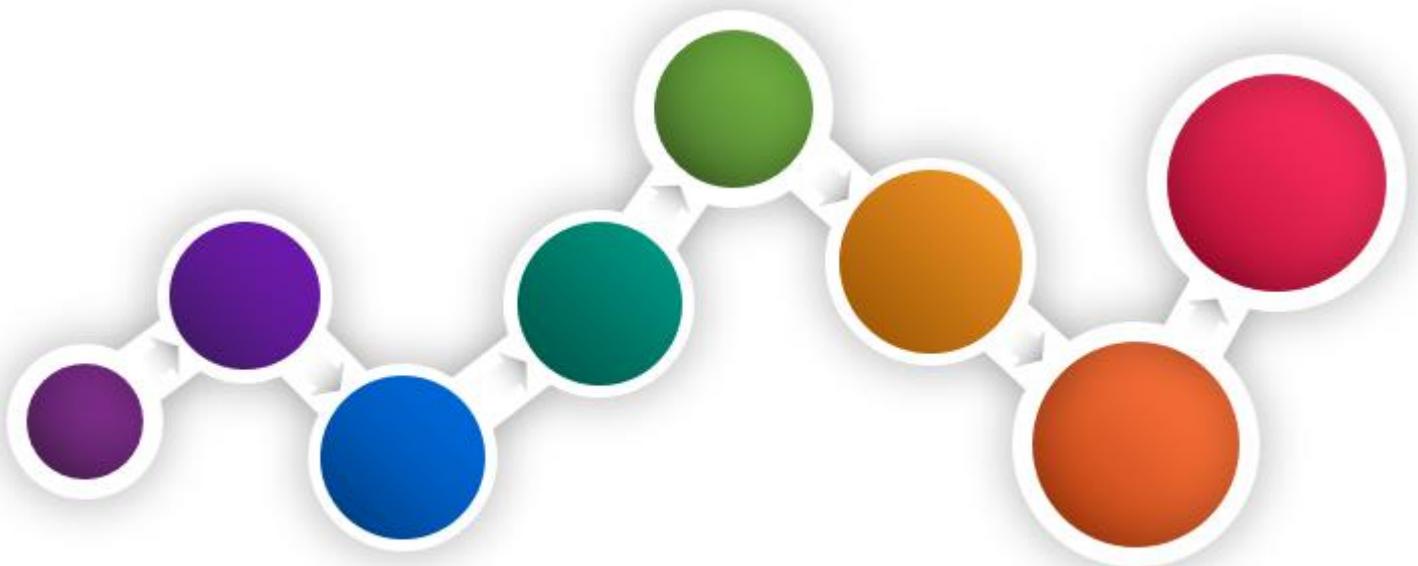
UMSTELLUNGSPROZESSE ZU MODELLGELEITETEM ARBEITEN IN
AMBULANTEN ERGOTHERAPIEPRAXEN

November 2019

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gesondheidszorg“

Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

Begleiterin: Claudia Merklein de Freitas



FÜR JÜRGEN

DANK DIR KONNTE UNSER WANDEL BEGINNEN

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern wir, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung andere 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.

Heerlen, den _____
Datum und Unterschrift

Heerlen, den _____
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 Autorinnen unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für die Vervielfältigung, die Speicherung und die Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikrofilmen und Übersetzungen.

Danksagungen

Liebe Lesende,

Zunächst möchten wir uns bei Euch bedanken. Dafür, dass ihr Interesse an unserer Arbeit zeigt. Danke dafür, dass ihr uns beim Lesen dieser Arbeit ein Stück eurer Zeit schenkt, die ihr auch eventuell zum Schauen von Katzenvideos verwenden könntet. Während des Schreibprozesses hat der Gedanken an euch, liebe Lesende, die Autorinnen stets motiviert. Danke für diese Unterstützung.

Des Weiteren möchten wir uns an dieser Stelle ganz herzlich bei Allen bedanken, die uns über den gesamten Zeitraum der Erstellung der Bachelorarbeit in unseren Hoch- und Tiefphasen unterstützt und begleitet haben.

Ein besonderer Dank gilt den Interviewteilnehmenden, ohne deren Unterstützung diese Arbeit nicht hätte entstehen können. Vielen Dank für die wertvollen Einblicke und Erfahrungen.

Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei Claudia Merklein de Freitas für die konstruktive und wertschätzende Begleitung. Aber auch dafür, dass du uns mit viel Geduld, Interesse und Hilfsbereitschaft zur Seite gestanden hast.

Ganz besonders wollen wir unseren Arbeitgebern danken, die uns gerade während der Anfangsphase enorm unterstützt und das berufsbegleitende Studieren sowohl finanziell als auch zeitlich ermöglicht haben.

Ein weiterer Dank gilt dem gesamte Praxisteam der Villa Flora, die uns immer wieder Mut gemacht, uns motiviert und im Praxisalltag entlastet haben, sodass wir so viel Zeit und Kraft in das Schreiben der Arbeit stecken konnten. Bedanken möchten wir uns für die zahlreichen interessanten Debatten und Ideen, die maßgeblich dazu beigetragen haben, dass unsere Arbeit in dieser Form vorliegt.

Außerdem wollen wir unseren Familien, Partnern und Freuden für ihre Unterstützung und Rückhalt danken. Sara bedankt sich besonders bei ihrem Markus: für spannende Diskussionen, immer konstruktive Kritik und dafür, dass du diesen Weg mit mir gehst.

Abstract

Deutsch

Arbeiten nach ergotherapeutischen Praxismodellen bringt nachweislich Vorteile in diversen Bereichen. Dennoch erfolgt die Implementierung modellgeleiteter Vorgehensweisen in Deutschland verlangsamt. Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht, wie Ergotherapeut*innen in ambulanten Praxen in Deutschland die selbstgesteuerte Umstellung auf ein modellgeleitetes Vorgehen gestalten.

Es wurden in einem qualitativen Studiendesign fünf leitfadengestützte Experteninterviews und eine qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel durchgeführt.

Ergotherapeut*innen gestalten den Umstellungsprozess anhand eines gemeinsamen Lernprozesses, dieser lässt sich durch etablierte Change Modelle beschreiben. Im Team entwickeln sich individuelle Strategien zur Wissensimplementierung, welche langfristig erhalten bleiben. Dies ermöglicht die Kompetenzerweiterung und veränderte Arbeitsweise der Ergotherapeut*innen. Es konnten konkrete Ressourcen und Barrieren im Prozessverlauf, sowie individuelle Lösungsstrategien identifiziert werden. Des Weiteren wurde die Kooperation mit dem Klientel als relevanter Faktor identifiziert.

Die Ergebnisse bestätigen die erfolgreiche Implementierung internationaler ergotherapeutischer Praxismodelle in Deutschland. Zu berücksichtigen sind individuelle Barrieren und Ressourcen. Change Modelle können Orientierung bieten, um selbstgesteuerte Umstellungsprozesse im Team gemeinschaftlich zu gestalten.

English

Working according to occupational therapy practice models has proven to bring advantages. The implementation in Germany is hesitant. This thesis examines how occupational therapists (OTs) in outpatient practices in Germany are shaping the self-directed transition to a model-led approach.

In a qualitative study design, five guideline-supported expert interviews and a qualitative content analysis according to Gläser und Laudel were conducted.

OTs organise the change process based on joint learning, which can be described using established change models. Strategies for knowledge implementation are jointly developed and maintained sustainably. Thus, OTs expand their skills and change their working methods. Resources and barriers during the process and individual solution strategies could be identified. The cooperation with clients was identified as relevant.

The results confirm the implementation of international occupational therapy practice models in Germany. Individual barriers and resources must be considered. Change models provide orientation in order to jointly design self-directed change processes.

Nederlands

Werken volgens ergotherapeutische praktijkmodellen levert op verschillende gebieden voordelen op. De implementatie van modelgestuurde procedures is in Duitsland vertraagd. Deze bachelorscriptie onderzoekt hoe ergotherapeuten in Duitse, eerstelijns praktijken de zelfgestuurde overstap naar een modelgestuurde procedure vormgeven.

In een kwalitatieve onderzoekopzet worden vijf op richtlijnen gebaseerde expert interviews en een kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Gläser en Laudel uitgevoerd.

Ergotherapeuten geven het omschakelingsproces vorm op basis van een gemeenschappelijk leerproces, dat wordt beschreven door bestaande verandermodellen. Het team ontwikkelt individuele strategieën voor kennisimplementatie die langdurig blijven. Dit zorgt voor een uitbreiding van competenties en een verandering in werkwijzen van ergotherapeuten. Het is mogelijk om concrete middelen, barrières en individuele oplossingsstrategieën tijdens het procesverloop te identificeren. Bovendien wordt de samenwerking met cliënten als een relevante factor geïdentificeerd. Resultaten bevestigen de succesvolle implementatie van internationale ergotherapeutische praktijkmodellen in Duitsland, gelet op individuele barrières en middelen. Veranderingsmodellen kunnen oriëntatie bieden om gezamenlijk zelfgestuurde veranderingsprocessen te ontwerpen.

Zusammenfassung

Im Rahmen des Paradigmenwechsels hin zu mehr Partizipation, Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung in der Ergotherapie, werden sowohl von extern als auch innerhalb der Berufsgruppe, Forderungen nach modellgeleitetem Arbeiten laut. Die Ausrichtung der Praxis an ergotherapeutischen Modellen bringt nachweislich Vorteile auf diversen Ebenen, dennoch erfolgt die Umsetzung in Deutschland bisher verlangsamt. Die vorliegende Arbeit untersucht in einem qualitativen Studiendesign mit fünf leitfadengestützten Experteninterviews anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel, wie Ergotherapeut*innen in ambulanten Praxen in Deutschland den Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten gestalten. Dabei orientiert sich das methodische Vorgehen an den drei Leitfragen:

Welche Faktoren beeinflussen den Umstellungsprozess?

Lassen sich Phasen im Prozess identifizieren? Wenn ja, wie gestalten sie sich?

Wie erleben Ergotherapeut*innen ihre Arbeitsweise nach der Umstellung, im Vergleich zu vorher?

Die Umstellungsprozesse der Teilnehmenden lassen sich anhand etablierter Change Modelle beschreiben. Die befragten Expert*innen identifizierten Veränderungen vor allem auf der Mesoebene, dem Team der ergotherapeutischen Praxis. Zur Umsetzung der Modelle in der Praxis kamen dabei individuelle Strategien zum Einsatz, welche sich als ein Zyklus aus Wissensgenerierung – Erprobung – Evaluation – Implementierung des Wissens beschreiben lassen. Sie basieren auf einer offenen Kommunikationskultur innerhalb des Praxisteam. Diese Strategien bleiben langfristig erhalten und ermöglichen die Kompetenzerweiterung und Veränderung der Arbeitsweisen der einzelnen Ergotherapeut*innen auf der Mikroebene. Als relevante Faktoren im Umstellungsprozess wurden zudem flexible zeitliche Ressourcen, finanzielle und ideelle Unterstützung durch Vorgesetzte, sowie die Kommunikation und Kooperation mit der Klientel identifiziert.

Ergotherapeut*innen beschreiben ihre Arbeitsweise nach der Umstellung als strukturierter und zufriedenstellender. Dies wird mit einer Steigerung der Berufsidentität und der adäquaten Außendarstellung in Verbindung gebracht.

Das modellgeleitete Arbeiten wird von den Autorinnen als grundlegend für eine zukunftsorientierte Ergotherapie gesehen. Die vorliegende Arbeit kann als Orientierungspunkt für dessen Umsetzung dienen. Die beschriebenen Faktoren und Erfahrungen der Expert*innen zeigen, dass ein Umstellungsprozess für alle Beteiligten gelingen kann. Verbesserte und flexible Rahmenbedingungen für die Ergotherapie im deutschen Gesundheitssystem sind dabei wünschenswert, stellen aber keine unüberwindbare Barriere dar.

Lesehinweise

Vor dem Lesen dieser Arbeit möchten die Autorinnen zunächst auf folgende inhaltliche und anschließend formale Lesehinweise aufmerksam machen:

Gendergerechte Sprache

Gendergerechte Sprache zeigt Wertschätzung gegenüber allen Menschen, unabhängig ihres Geschlechts. Die Autorinnen möchten mit der Verwendung gendergerechter Sprache in der vorliegenden Arbeit einen Beitrag zur Gleichbehandlung von Frauen, Männern und diversen Menschen leisten. Des Weiteren sollen durch die Adressierung und Nennung von Menschen aller Geschlechter stereotype Rollenbilder aufgehoben und Sexismus verringert werden. Dies tun die Autorinnen, 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.

Die Verwendung des Begriffs Betätigungsorientierung

Die Autorinnen entschieden sich bewusst dafür, in der vorliegenden Arbeit den Begriff Betätigungsorientierung zu nutzen, welcher im deutschen Kontext – auf welchen sich diese Arbeit fokussiert – allgemein genutzt wird. Dieser vereint nach George (2014) die Begrifflichkeiten Betätigungsbasierung, Betätigungsfokussierung und Betätigungszentrierung, welche Fisher (2013) im englischen Kontext differenziert. Werden explizite Unterscheidungen getroffen oder einzelne Begrifflichkeiten im Rahmen der Interviews von Teilnehmenden genutzt, werden diese selbstverständlich unverändert wiedergegeben.

Zitation

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

Anonymisierung

Die Teilnehmenden werden mit den Buchstaben B – F bezeichnet, um deren Anonymität zu wahren.

Folgende formale Kennzeichnungen wurden verwendet:

<i>Kursiv</i>	Kennzeichnung von Fach- oder feststehenden Begriffen
„ “	Kennzeichnung wörtlicher Zitate
(...)	Auslassung und Ergänzungen innerhalb eines Zitates
⇒	Querverweise zu anderen Textstellen
	⇒ Zahl - verweist auf ein Kapitel
	⇒ A.- verweist auf einen Anhang
	⇒ Abb. – verweist auf eine Abbildung
	⇒ Tab. – verweist auf eine Tabelle

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AOTA	American Occupational Therapy Association
B.Sc.	Bachelor of Science
Bzw.	Beziehungsweise
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CPPF	Canadian Practice Process Framework
d.h.	das heißt
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ErgThAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
et al.	et alii (latein), und andere (deutsch)
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
MOHO	Model of Human Occupation
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
OTPM	Occupational Therapy Intervention Process Modell
OPPM	Occupational Performance Process Model
PCP	Participatory Change Process
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
TAP	Theory Advancement Process
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
Tab.	Tabelle
vgl.	Vergleiche
WHO	World Health Organisation
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
z.B.	zum Beispiel

Inhalt

Ehrenwörtliche Erklärung	3
Danksagungen.....	4
Abstract.....	5
Zusammenfassung	7
Lesehinweise	8
Abkürzungsverzeichnis	9
1. Einleitung.....	13
2. Theoretischer Hintergrund	16
2.1. Literaturrecherche	16
2.2. Hypothetisches Modell	17
2.3. Umgebender Kontext.....	18
2.3.1. Paradigmenwechsel in der Geschichte der Ergotherapie	18
2.3.2. Anforderungen von extern und intern.....	20
2.4. Die ergotherapeutische Praxis als Unternehmen	20
2.4.1. Ergotherapeutische Modelle – von der Theorie in die Praxis.....	21
2.5. Ergotherapeut*innen und das Team in der ergotherapeutischen Praxis.....	23
2.6. Change Modelle	25
3. Forschungsmethodik	28
3.1. Formulierung des Forschungsproblems.....	28
3.1.1. Literaturrecherche	28
3.1.2. Empirische Sozialforschung.....	29
3.1.3. Das hypothetische Modell.....	30
3.2. Planung und Vorbereitung der Erhebung.....	31
3.2.1. Auswahl des Studiendesigns	31
3.2.2. Vorbereitung der Interviewdurchführung	32
3.1. Datenerhebung	35
3.1.1. Beschreibung der Teilnehmenden	35
3.1.2. Durchführung der Interviews	35
3.1.3. Transkription	36
3.2. Datenauswertung	37
3.2.1. Extraktion	37
3.2.2. Aufbereitung	39

3.2.3.	Auswertung	39
4.	Resultate	41
4.1.	Beschreibung der Teilnehmenden	41
4.2.	Welche Faktoren beeinflussen den Umstellungsprozess?	42
4.2.1.	Kontext	42
4.2.2.	Ambulante ergotherapeutische Praxis.....	42
4.2.3.	Therapeut*innenteam	43
4.2.4.	Ergotherapeut*in	44
4.2.5.	Zu implementierendes Modell.....	45
4.2.6.	Klient*in	45
4.3.	Lassen sich Phasen im Prozess identifizieren? Wenn ja, wie gestalten sie sich?.....	46
4.3.1.	Zeit.....	48
4.3.2.	Wissensimplementierung.....	48
4.3.3.	Mobilisieren.....	49
4.3.4.	Verändern.....	50
4.3.5.	Erhalten	52
4.4.	Wie erleben Ergotherapeut*innen ihre Arbeitsweise nach der Umstellung im Vergleich zu vorher?.....	52
4.4.1.	Unsicherheit und wenig Struktur	52
4.4.2.	Herausfordernde Neuerungen	52
4.4.3.	Berufsidentität und Zufriedenheit	53
4.5.	Wie gestalten Ergotherapeut*innen in der ambulanten Praxis in Deutschland die selbstgesteuerte Umstellung auf ein modellgeleitetes Vorgehen?.....	54
5.	Diskussion	56
5.1.	Makroebene: Zeit und Kontext.....	56
5.2.	Mesoebene: Wissensimplementierung durch Teamprozesse	56
5.2.1.	Gemeinsam auf dem Weg.....	57
5.2.2.	Ein Kreislauf zur Wissensimplementierung.....	58
5.3.	Mikroebene: persönliche Kompetenzen und Einfluss des Klientels	59
5.3.1.	Klientel als Motivation und Herausforderung.....	60
5.3.2.	Ergotherapeutische Berufskompetenzen	60
5.3.3.	Ergotherapeutische Berufsidentität.....	61
5.4.	Reflektion.....	62
5.4.1.	Befangenheit der Autorinnen	62
5.4.2.	Reflektion des methodologischen Vorgehens	62

6. Schlussfolgerung.....	64
Literaturverzeichnis	66
Anhang.....	81
A.1. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	81
A.2. Literaturrecherche	83
A.3. Literaturrecherche thematisch	86
A.4. Literaturrecherche vergleichend	89
A.5. Paradigmenwechsel in der Ergotherapie.....	92
A.6. Variablendefinitionen	93
A.7. Ethik in der Forschung und im Gesundheitswesen	99
A.8. Interviewleitfaden Prätest.....	100
A.9. Interviewleitfaden	102
A.10. Anschreiben Interview.....	104
A.11. Einwilligungserklärung.....	105
A.12. Methodisches Vorgehen Datenanalyse.....	107
A.13. Transkriptionsregeln.....	108
A.14. Extraktionsregeln.....	109
A.15. Auswertungsstrategien.....	110
A.16. Tabelle Maßnahmen und Kausalmechanismen.....	111
A.17. Strategien zur Modellimplementierung	115
A.18. Knowledge Implementation in der Ergotherapie	117
A.19. Kreislauf zur Wissensimplementierung	120
A.20. Ergotherapeutische Berufskompetenzen in Veränderungsprozessen	121

1. Einleitung

Relevanz für die Praxis

Die Geschichte der Ergotherapie stellt sich, bedingt durch äußere und innere Einflüsse, als ein Wechsel verschiedener *Paradigmen* dar (Mentrup, 2014) (⇒1.1.). Dabei bietet jedes Paradigma dem Berufsstand, aber auch den einzelnen Ergotherapeut*innen, die Möglichkeit, die eigene Arbeitsweise, den Blick auf die Klient*innen und die Arbeitsfelder zu überdenken und neu zu entdecken. In Deutschland entwickelte sich zu Beginn der 2000er Jahre das aktuelle *Paradigma* mit seiner Re-Fokussierung auf Betätigung und einem holistischen Menschenbild (Mentrup, 2014). Etwa zur gleichen Zeit entstanden Prozessmodelle, wie das Occupational Performance Process Model (OPPM) als Vorläufer des heutigen Canadian Practice Process Framework (CPPF) im kanadischen Modell (Townsend & Polatajko, 2013) oder das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF), auf welches sich das Model of Human Occupation (MOHO) beruft (Taylor & Kielhofner, 2017). Diese sollten es ermöglichen, den komplexen Therapieprozess zu strukturieren und transparent zu gestalten, sowie die Umsetzung der theoretischen Grundgedanken im praktischen Alltag zu gewährleisten. So leisten diese Ansätze einen Beitrag dazu, die in den theoretischen Modellen verankerten Begriffe der Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung im Alltag anwendbar zu machen.

In den vergangenen Jahren wurden diese Modelle weiterentwickelt und neue entstanden. Wong und Fisher (2015) empfehlen das Nutzen ergotherapeutischer Modelle, um die eigene Arbeit evidenzbasiert und effektiv zu gestalten. Auch der Deutsche Verband der Ergotherapeuten entwickelt in seinen Perspektiven 2020 die Vision "Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten [...] arbeiten klientenzentriert, betätigungs- und adressatenorientiert." (DVE, 2012, S. 6). Des Weiteren zeigen verschiedene Studien, dass sich modellgestütztes Arbeiten in vielen Bereichen positiv auswirkt. Beispielsweise auf die Zufriedenheit und berufliche Identität der Therapeuten (Wilding & Whiteford, 2009), sowie auf die Klientenzufriedenheit und Therapieergebnisse (M. Ikiugu, Nissen, Bellar, Maassen, & van Peurse, 2017; Shinohara, Yamada, Kobayashi, & Forsyth, 2012). Dennoch erfolgt die Umsetzung von konzeptionellen Modellen in der ergotherapeutischen Praxis noch nicht konsequent und die Frage nach dem Ablauf der Wissensimplementierung ist weiterhin offen (Menon, Korner-Bitensky, Kastner, McKibbon, & Straus, 2009; Merklein de Freitas, 2015). Die vorliegende Arbeit möchte somit untersuchen, wie Ergotherapeut*innen den Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten gestalten können.

Persönliche Motivation

Die Autorinnen wählten mit dieser Studienarbeit bewusst ein Thema, welches für sie selbst von großem Interesse ist. Da beide bereits innerhalb einer ambulanten ergotherapeutischen Praxis den Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten mitgestalteten, konnten sie die Erfahrung machen, wie vielschichtig und komplex sich dieser Ablauf gestaltet. Im Nachhinein stellte sich somit die Frage, wie andere Therapeuten diesen Prozess erleben und ob es Ressourcen und Barrieren gibt, auf die geachtet werden sollte. Somit könnte mit Hilfe dieser Arbeit anderen Praxen die Umstellung zukünftig erleichtert und das modellgestützte Arbeiten im Sinne einer zukunftsfähigen Ergotherapie vorangetrieben werden.

Zentrale Fragestellung und Leitfragen

Die vorliegende Bachelorarbeit soll die zentrale Fragestellung

*Wie gestalten Ergotherapeut*innen in der ambulanten Praxis in Deutschland die selbstgesteuerte Umstellung auf ein modellgeleitetes Vorgehen?*

beantworten. Um den komplexen Zusammenhängen und dem zeitlichen Aspekt des Umstellungsprozesses gerecht werden, wird diese nochmals in drei Leitfragen untergliedert:

Ausgangssituation Welche Ressourcen und Barrieren fördern bzw. behindern die Umstellung hin zu modellgeleitetem Arbeiten?

Umstellungsprozess Lassen sich Phasen identifizieren, in denen der Prozess abläuft? Wenn ja, wie gestalten sie sich?

Nach der Umstellung Wie erleben Ergotherapeut*innen ihre Arbeitsweise im Vergleich zu vorher?

Die Beantwortung dieser Fragen soll den Ablauf des Prozesses beleuchten, sowie einen Einblick geben, welche Faktoren bei der Implementierung des theoretischen Wissens in den praktischen Alltag relevant sind. Ein tieferes Verständnis der komplexen Abläufe kann somit zur Reflektion und Analyse der eigenen Arbeitsweise anregen.

Überblick über den Inhalt

Zunächst wird im theoretischen Hintergrund (⇒2.) der aktuelle Stand der Forschung beleuchtet, zugrundeliegende Begrifflichkeiten definiert und relevante Faktoren zueinander in Beziehung gesetzt. Hauptthemen sind der Paradigmenwechsel in der Ergotherapie, die ergotherapeutische Praxis als Unternehmen, das Praxisteam und ergotherapeutische Kompetenzen. Des Weiteren werden Modelle für Change Prozesse und deren Anwendbarkeit im Gesundheitswesen beleuchtet. Diese Faktoren und ihre, aus der Literaturrecherche abgeleiteten Zusammenhänge, werden im hypothetischen Modell zusammenfassend dargestellt. Von diesem Ausgangspunkt aus wird in Kapitel 3 das methodische Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010) im Rahmen der empirischen Sozialforschung dargestellt. Die genutzte Erhebungsmethode des leitfadengestützten Experteninterviews sowie die qualitative Inhaltsanalyse zur Auswertung der Daten und das Vorgehen der Autorinnen werden erläutert.

Das Kapitel 4. Resultate ordnet die Ergebnisse den Forschungsfragen zu und stellt die aus den Aussagen der Interviewten entstandene neue Variable „Klient*in“ vor. Die Ergebnisse bezüglich der Leitfragen ermöglichen eine zusammenfassende Beantwortung der zentralen Forschungsfrage. Hierzu wird das hypothetische Modell durch die neuen Ergebnisse erweitert (⇒4.5.). Des Weiteren werden in diesem Kapitel die genutzten Strategien zur Überwindung von Barrieren während des Umstellungsprozesses beleuchtet. Vor allem Abläufe auf der Mesoebene zeigten eine hohe Relevanz. So wirkte sich die Kommunikationsstruktur innerhalb des Teams maßgeblich auf das individuelle Vorgehen der Therapeut*innen aus. Anhand der vorliegenden Ergebnisse konnten konkrete Maßnahmen zur Wissensimplementierung identifiziert werden. Das Kapitel 5. Diskussion bettet diese Resultate in den aktuellen Forschungskontext ein und zeigt Parallelen zu etablierten Umstellungsmodellen. Abschließend werden in der Reflektion (⇒5.4.) Stärken und Schwächen des methodischen Vorgehens aufgezeigt und Vorschläge für Verbesserungen diskutiert. Die

Schlussfolgerung in Kapitel 6 beantwortet zusammenfassen die Forschungsfragen und bietet Empfehlungen für die Praxis, um die konsequente Umsetzung modellgeleiteten Arbeitens in deutschen Praxen weiter voranzutreiben.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen beschrieben, die zu einem tieferen Verständnis der vorliegenden Arbeit führen. Zur Strukturierung der Themengebiete wird ein von den Autorinnen verfasstes hypothetisches Modell eingeführt. Zum Verständnis der Hintergründe und erster Zusammenhänge werden zunächst die Themenkomplexe des hypothetischen Modells, die später im Rahmen der Forschungsmethodik (\Rightarrow 3.1.3.) als Variablen definiert werden, genauer erläutert. Die genaue Definition der einzelnen Variablen kann im Anhang eingesehen werden (\Rightarrow A.6).

2.1. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zur Thematik des modellgeleiteten Arbeitens ergab nur wenige Quellen mit einem niedrigen bis mittleren Evidenzlevel nach Borgetto et al. (2017) (\Rightarrow Tab.1 und A.2). Zur umfangreicheren Exploration des Umstellungsprozesses wurden daher auch Artikel, welche sich mit Umstellungsprozessen hin zu betätigungsorientiertem oder klientenzentriertem Arbeiten in der Ergotherapie beschäftigen, hinzugezogen. Diese Quellen wurden hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschieden untersucht, wobei sich zeigte, dass relevante Faktoren in den beschriebenen Umstellungsprozessen, unabhängig vom Ziel, dem modellgeleiteten, betätigungsorientierten oder klientenzentrierten Arbeiten, sehr ähnlich beschrieben wurden. Diese Studien wurden gleichrangig in der vorliegenden Ausarbeitung verwendet, da der gemeinsame Fokus auf dem Umstellungsprozess lag. Im Anhang werden sie nochmals in ihrem Kontext dargestellt (\Rightarrow A.4). Auffällig bei der Literaturrecherche war des Weiteren der Mangel an deutschsprachiger Literatur; der Großteil der genutzten Artikel und Fachbücher stammt aus dem amerikanischen und kanadischen Kontext.

	Datenbank	Stichwörter Operatoren		Ausgewählte Artikel	Evidenzlevel Borgetto (2017)
Datum: 07.05.2019	DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	(Occupational therapy) AND (practice model) AND (implementation)	Anzahl gefundener Artikel: 61,249	Sirkka, M., Zingmark, K., & Larsson-Lund, M. (2014). A process for developing sustainable evidence-based occupational therapy practice. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 3
				Sirkka, M., Larsson-Lund, M., & Zingmark, K. (2014). Occupational therapists' experiences of improvement work. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 3
				Wimpenny, K., Forsyth, K., Jones, C., Matheson, L., & Colley, J. (2010). Implementing the Model of Human Occupation across a Mental Health Occupational Therapy Service. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-experimentell 3

Tabelle 1 Auszug Literaturrecherche

2.2. Hypothetisches Modell

Das hypothetische Modell (⇒Abb.1) bildet die Basis für den Forschungsprozess. Es ermöglicht die Zusammenfassung und Strukturierung des aus der Literaturrecherche (⇒A.2) und den theoretischen Vorüberlegungen der Autorinnen gewonnenen Wissens. Es verdeutlicht des Weiteren die vermuteten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen und visualisiert mögliche Einflussfaktoren (Gläser & Laudel, 2010).

Um diese vermuteten Zusammenhänge und Kausalitäten zwischen den Variablen zu beschreiben, werden sie nach Gläser und Laudel (2010, S. 81) in vier Typen eingeteilt: *abhängige, unabhängige und intervenierende Variablen*, sowie *vermittelnde Handlungen*. Im Kapitel Forschungsmethodik werden diese detaillierter beschrieben (⇒3.1.3.).

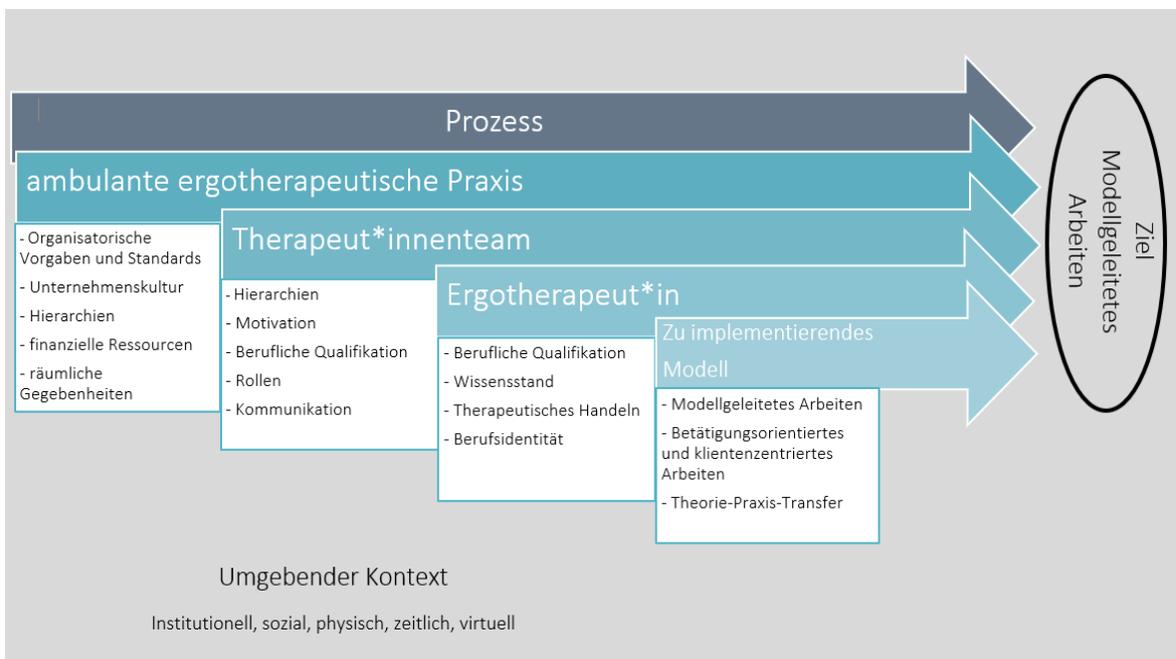


Abbildung 1 Hypothetisches Modell zur Beschreibung des Umstellungsprozesses innerhalb ambulanter ergotherapeutischer Praxen hin zu modellgeleitetem Arbeiten

Die Beschreibung des hypothetischen Modells lässt sich in verschiedene Ebenen gliedern. Anhand der Literaturrecherche ergaben sich die Variablen *ambulante ergotherapeutische Praxis*, *Therapeut*innenteam*, *Ergotherapeut*in* und *zu implementierendes Modell* als relevante Faktoren. Diesen vier Variablen sind jeweils Schlagworte in weißen Kästen zugeordnet, welche sich aus der Literatur ableiten, in die Variablendefinition einfließen (⇒A.6) und später den Ausgangspunkt für Interviewfragen bilden. Die vier blauen Pfeile bilden gemeinsam in ihrem Ablauf einen Veränderungsprozess, welcher mit Hilfe des grauen Pfeils *Prozess* zusammengefasst dargestellt wurde. Ziel der Veränderung ist die Implementierung des *modellgeleiteten Arbeitens* in der Praxis. Der *umgebende Kontext* beeinflusst den Ablauf auf allen Ebenen und bildet daher den Hintergrund, vor welchem die Umstellung stattfindet. Die Variable *Prozess* stellt den Kernpunkt sowohl des hypothetischen Modells als auch der zentralen Fragestellung dar. Ziel ist es, die vorhandenen Informationen über Wechselwirkungen zwischen den Variablen und ihren Einfluss auf den Umstellungsprozess zu beschreiben, um darauf aufbauend das weitere Vorgehen zu planen.

Die Struktur dieses Kapitels unterteilt sich zur besseren Übersicht in Mikro-, Meso- und Makroebene.

Auf der Makroebene (⇒2.1.) lassen sich der Paradigmenwechsel, Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems in Deutschland, sowie weitere umgebende Strukturen verorten, die in ihrer Wirkung auf den Umstellungsprozess für diese Forschungsarbeit relevant sind. Da lediglich die Auswirkungen dieser Faktoren interessieren, ist der Kontext als *unabhängige Variable* zu behandeln.

Auf der Mesoebene (⇒2.2.) wird die ambulante ergotherapeutische Praxis beleuchtet, und die aktuelle Umsetzung modellgeleiteten Arbeitens in Deutschland beschrieben. In diesem Bereich zeigen sich starke Kausalzusammenhänge zwischen den einzelnen Faktoren, weshalb diese entweder als *abhängige* oder *unabhängige Variable* betrachtet werden können. So wirken sich beispielsweise organisatorische oder finanzielle Ressourcen der Praxis auf den Verlauf des Umstellungsprozesses aus (Enemark Larsen et al., 2019; Estes & Pierce, 2012), was hier als *unabhängige Variable* definiert wird. Andererseits beeinflusst der Verlauf des Prozesses auch Vorgänge innerhalb der Praxis und des Therapeut*innenteams, weshalb die Praxis mit der gleichen Berechtigung als *abhängige Variable* zu sehen ist.

Schließlich beschreibt die Mikroebene (⇒2.3.) die Kompetenzen der einzelnen Ergotherapeut*innen, sowie die Zusammenarbeit im intra- und interdisziplinären Team. Sowohl die Therapeut*innen als auch das Team können, wie oben bereits für die Praxis beschrieben, als *unabhängige Variablen* den Umstellungsprozess gestalten und werden, als *abhängige Variablen*, vom Prozess beeinflusst. Abschließend soll ein Exkurs zum Change-Management als Grundlage für das Verständnis von Umstellungsprozessen dienen. Es werden Modelle der Veränderung vorgestellt, die im weiteren Verlauf relevant sind, um zeitliche Abläufe und Zusammenhänge bei Veränderungsprozessen einordnen zu können.

2.3. Umgebender Kontext

Der Ablauf des Umstellungsprozesses wird durch eine Reihe komplexer äußerer Einflüsse, die auf verschiedenen Ebenen die Rahmenbedingungen bilden, beeinflusst. Eine Vielzahl von miteinander verbundenen Bedingungen beeinflussen das Handeln des Einzelnen. Dazu gehören insbesondere auch die äußeren, sozialen, wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen (Boyt Schell, Scaffa, & Gillen, 2014, S. 1231) (⇒A.6).

Als besonders bedeutsam identifizierten die Autorinnen den Einfluss des Paradigmenwechsels, sowie Anforderungen, die von intern und extern an die Berufsgruppe der Ergotherapeut*innen gestellt werden.

2.3.1. Paradigmenwechsel in der Geschichte der Ergotherapie

Ein *Paradigma* bietet auf die Wissenschaftsgeschichte bezogen nach Kuhn (1996) eine gemeinsame Grundlage aus Modellen, Theorien und Werten, sowie eine spezifische Weltsicht, indem es den Fokus auf bestimmte Problemstellungen und deren mögliche Lösungen legt. Ein Wechsel zu einem neuen *Paradigma* bringt dabei auch immer neue theoretische Modelle, Terminologien und Ansichten mit sich, die oft konträr zu dem vorhergehenden stehen (Kuhn, 1996). Bezogen auf die Ergotherapie stellt das *Paradigma* außerdem eine vereinheitlichte Struktur und ein Muster für die

Praxis dar, welches auf den grundlegendsten Überzeugungen des Berufs aufbaut (Kielhofner, 2009, S. 10). So beeinflusst das *Paradigma* mit den berufsspezifischen Grundwerten und -annahmen sowohl die kontemporäre wissenschaftliche Forschung als auch die praktische Berufsausübung (Boyt Schell et al., 2014, S. 1238).

Innerhalb der Ergotherapie lassen sich seit der Gründung der Profession 1914 in den USA verschiedene Paradigmenwechsel identifizieren, deren zeitliche Abläufe je nach Land stark variieren. Für die vorliegende Forschungsarbeit sind insbesondere die Entwicklungen in Deutschland relevant. Eine schematische Übersicht über die zeitliche Paradigmenentwicklung kann als Abbildung im Anhang eingesehen werden (⇒A.5).

Marquardt (2004) beschreibt den Einsatz der Arbeitstherapie in Deutschland durch Hermann Simon 1927. Die Einführung und gesetzliche Verankerung der Ergotherapie als Berufsbild erfolgte jedoch erst in der Nachkriegszeit (Marquardt, 2004, S. 13–24). Diese Entwicklung beginnt innerhalb des *Paradigmas der Betätigung* und seinem Fokus auf eine holistische Sichtweise des Menschen und der wiederherstellenden Funktion der Betätigung auf Geist und Körper. Der folgende Wechsel zum *mechanistischen Paradigma* (ca. 1980 – 2005) war auch im deutschsprachigen Raum gekennzeichnet durch stark gegensätzliche Grundannahmen (Kielhofner, 2009, S. 31; Mentrup, 2014). Die Betrachtung des menschlichen Körpers als System im Rahmen des biomedizinischen Modells verschob den ergotherapeutischen Fokus auf die Wiederherstellung oder Kompensation zugrundeliegender Funktionen. Dies ließ wenig Raum für bedeutungsvolle Betätigungen, schärfte aber den Blick für Körperstrukturen und -prozesse und deren Wechselwirkung mit Aktivitäten (Kielhofner, 2009, S. 38; Möller, 2017).

Seit den 2000er Jahren spricht man in Deutschland vom aktuellen *Paradigma*, welches einerseits gekennzeichnet ist durch eine Rückbesinnung auf die ganzheitliche Sicht des Menschen und die Bedeutung von Betätigung im Kontext der individuellen Umwelt, andererseits aber auch neue Aspekte wie Klientenzentrierung und gesellschaftliche Partizipation beinhaltet (Mentrup, 2014). Im Gegensatz zur reduktionistischen Sichtweise des mechanistischen *Paradigmas* fordert das aktuelle ein phänomenologisches Verständnis und einen holistischen Blick auf den Menschen und seine Betätigung in der Umwelt (Kielhofner, 2009; Mentrup, 2014).

Ein Blick in die Zukunft lässt Spekulationen über das kommende *Paradigma* zu. Mentrup (2014) und Möller (2017) sprechen nun vom *future paradigm* bzw. *occupational justice paradigm*. Es lässt sich vermuten, dass sich hier für den ergotherapeutischen Praktiker neue Arbeitsfelder, z.B. im gemeindenahen Bereich, im Rahmen von Präventionsangeboten, betrieblicher Gesundheitsförderung u.Ä. ergeben. Dies basiert auf neuen Erkenntnissen und Entwicklungen (auch) aus der *occupational science* und einem neuen Verständnis von Gesundheit als Kontinuum (Hitch, Pepin, & Stagnitti, 2018; Mentrup, 2014; Möller, 2017).

Im Gegensatz zu Kuhn (1996, S. 90), nach dessen Definition Paradigmenwechsel im Kontext wissenschaftlicher Forschung "über Nacht oder gar nicht" geschehen, laufen diese im Rahmen des ergotherapeutischen Berufsfeldes in zeitlichen Verzögerungen ab. Hierfür sind zwei Faktoren ausschlaggebend: Zunächst die zeitversetzten Abläufe der Etablierung des Berufs im englischsprachigen (1914) und deutschsprachigen (1946) Raum (Marquardt, 2004). Allein hieraus ergibt sich eine unterschiedliche Entwicklung des Berufsstandes und dessen Professionalisierung. Zudem zeigt sich auch eine zeitliche Diskrepanz zwischen der Entwicklung theoretischer Modelle,

Annahmen und Terminologien, sowie deren Implementierung in die Praxis. Obwohl einerseits von der praktischen Arbeit beeinflusst, fordern Paradigmenwechsel von den einzelnen Ergotherapeut*innen eine Anpassung und Veränderung ihrer Arbeitsweise. Die großflächige Umsetzung dieser Veränderungen nimmt Zeit und Ressourcen in Anspruch.

In diesem Kontext möchten die Autorinnen - mit Blick auf den sich bereits ankündigenden neuen Paradigmenwechsel - in der vorliegenden Arbeit den Begriff des *Paradigma der Partizipation* (Mentrup, 2014) dem des *contemporary paradigm* (Kielhofner, 2009) vorziehen.

Was beinhaltet das *Paradigma der Partizipation*?

„Zu den Kernkonstrukten unseres aktuellen Paradigmas gehört u.a., dass Betätigung für Gesundheit und Lebensqualität essenziell ist. Als Fokus gilt, dass der Gegenstandsbereich unseres Berufes die tätige Person in ihrem individuellen Umfeld ist. Zu den Werten unseres Paradigmas zählt z.B. die Klientenzentriertheit.“ (Mentrup, 2014, S. 10–11).

Hier spiegeln sich auch die externen Forderungen der World Health Organisation (WHO, 1986, 2002) nach selbständiger Aktivität, sicheren und barrierefreien Umwelten und Partizipation über die gesamte Lebensspanne, gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der alternden Bevölkerung, wider. Dies sind Beispiele für externe und interne Anforderungen, die Reaktionen und Veränderungen innerhalb der Profession hervorrufen.

2.3.2. Anforderungen von extern und intern

Kielhofner (2009) beschreibt Antriebskräfte für Paradigmenwechsel, die sowohl von innerhalb als auch außerhalb der Profession kommen. Äußere Ansprüche können dabei beispielsweise Änderungen im Gesundheitssystem, der demographische Wandel oder Erwartungen anderer Berufsgruppen an die Ergotherapie sein. Wohingegen Unzufriedenheit der Therapeuten mit der aktuellen Arbeitsweise oder ein Identitätsverlust innere Prozesse darstellen, die einen Wandel begründen können (Aiken, Fourt, Cheng, & Polatajko, 2011).

Die Ansprüche, die Inhalte des *Paradigmas der Partizipation* umzusetzen, kommen sowohl von innerhalb als auch von außerhalb der Profession. Die American Occupational Therapy Association (AOTA, 2017) und der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE, 2012) legen in ihren Visionen bzw. Perspektiven für die Zukunft des Berufs, ihren Fokus nicht nur auf das Wohlbefinden und die Partizipation des Individuums, sondern auch darauf, dieses Ziel mit effizienten und evidenzbasierten Mitteln zu erreichen. Diese Ziele können im Rahmen des *Paradigmas der Partizipation* durch modellgeleitetes Arbeiten angegangen werden. Den Antriebskräften stehen jedoch auch Hindernisse gegenüber. Kievelitz (2014, S. 25) benennt hier beispielsweise den medizinischen Fokus des Gesundheitssystems und die begrenzte Anerkennung der Ergotherapie in Deutschland, wodurch Ergotherapeut*innen Einschränkungen in den Gestaltungsmöglichkeiten ihrer Arbeit erfahren.

Um diesen Aspekt näher zu beleuchten, wird im Folgenden die Mesoebene des ergotherapeutischen Arbeitens in Deutschland beschrieben.

2.4. Die ergotherapeutische Praxis als Unternehmen

Die Fragestellung dieser wissenschaftlichen Arbeit fokussiert explizit die im ambulanten Sektor tätigen Ergotherapeut*innen. Im folgenden Abschnitt soll diese Wahl begründet und die aktuelle

Situation der ambulanten Praxen und ihre Bedeutung und Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem verdeutlicht werden.

In Deutschland existieren ca. 9.800 ergotherapeutische Praxen mit mehrheitlich ein bis zwei Angestellten, somit sind etwa die Hälfte der Ergotherapeut*innen im ambulanten Sektor tätig (DVE, 2017). Ambulante Praxen erbringen in Deutschland den überwiegenden Teil der Heilmittelleistungen, wobei Leistungen für gesetzlich versicherte Klienten mit 70 – 90% den Großteil der Umsätze ausmachen (Reinhard, Orhan, & Louis, 2017, S. 8). Dies verdeutlicht die Abhängigkeit der Praxen von versorgungspolitischen Regelungen, wie dem Ordnungsverhalten der Ärzte und den Preisvereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen. Des Weiteren wird die Praxiszulassung durch § 124 SGB V und die Zulassungsempfehlungen des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geregelt (Marotzki & Reichel, 2018).

Die Branche ist gerade im letzten Jahrzehnt einem starken Wandel unterworfen. Seit 2010 steigt die Zahl der Verordnungen, vor allem aufgrund des demographischen Wandels, kontinuierlich und erhöht damit die Ausgabenvolumina der GKV für die Heilmittelversorgung. Im selben Zeitraum ist die Anzahl der Auszubildenden in der Ergotherapie um ca. 30% gesunken (DVE, 2017; Reinhard et al., 2017). Praxisinhaber*innen können freie Stellen zunehmend schwerer besetzen (DVE, 2017). Der Erlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) führte zu einer Erhöhung der Leistungsvergütung auf ein bundeseinheitliches Höchstniveau, sowie zukünftig der Einführung der Blankoverordnung 2020 (TSVG, 2019).

Unter den Praxisinhabern ist in den letzten Jahren ein Trend hin zur Akademisierung zu erkennen (Kuhnert & Gross, 2019). Generell hat sich die Anzahl der Studierenden in den Heilmittelberufen innerhalb von fünf Jahren auf 11.164 Studierende im Semester 2017/2018 knapp verdoppelt (Deutscher Bundestag, 2019). Die steigende Akademisierung verbreitert zunehmend die theoretische Basis, auf der Ergotherapeut*innen in Deutschland stehen.

Die beschriebenen Faktoren umreißen die Gesamtheit an Veränderungen, welchen sich ambulante Ergotherapiepraxen in den vergangenen Jahren im deutschen Gesundheitssystem gegenüber sahen. Welche Barrieren und Ressourcen sich für die Implementierung des modellgeleiteten Arbeitens in die Praxis im beschriebenen Spannungsfeld der Veränderungen finden, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden. Hierzu werden im nächsten Abschnitt ergotherapeutische Modelle und ihre Anwendung in Deutschland beleuchtet.

2.4.1. Ergotherapeutische Modelle – von der Theorie in die Praxis

Das *Paradigma* bildet mit seiner grundlegenden Philosophie und Ausrichtung des Berufsfeldes theoretische Orientierungspunkte. Um diese Theorien in der Praxis umzusetzen, braucht es konzeptuelle ergotherapeutische Modelle, die das therapeutische Vorgehen leiten und Lösungsmöglichkeiten für auftretende Probleme bieten (Kielhofner, 2009, S. 12). Diese Modelle basieren dabei auf den selben Grundlagen wie das herrschende *Paradigma*, beinhalten aber durch ihre Ausrichtung unterschiedliche Sichtweisen und Merkmale (Mentrup, 2014, S. 10).

Die Entstehung vieler Praxismodelle in den 1980er und 90er Jahren fällt zeitlich zusammen mit dem Paradigmenwechsel in den USA. Daher lassen sie sich ergotherapeutische Modelle, wie das Model of Human Occupation (MOHO) (Taylor & Kielhofner, 2017), das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) (Townsend & Polatajko, 2013) oder das Occupational Performance Model

(Jurkowitsch & Ranka, 2002) auch als eine Antwort auf die durch den Paradigmenwechsel entstehenden Herausforderungen in der veränderten Arbeitsweise und eine Möglichkeit zum Theorie-Praxis-Transfer verstehen (Cole & Tufano, 2008; Marquardt, 2004). Dabei haben diese Modelle in ihrer Unterschiedlichkeit doch eine gemeinsame Basis. Sie beschreiben die Wechselwirkungen zwischen Individuum, Betätigung und Umwelt und legen den Fokus auf die Betätigung.

In den ergotherapeutischen Modellen stellen die Autor*innen ihre grundlegenden Werte und Annahmen über das Arbeitsfeld der Ergotherapie und theoretische Zusammenhänge dar (Inhaltsmodelle). Als Transfer dieser Grundannahmen in die Praxis verfügen einige Modelle, wie beispielsweise das CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013), über Prozessmodelle, die das therapeutische Vorgehen strukturieren und leiten. Im Falle des CMOP-E ist dies das Canadian Practice Process Framework (CPPF). Weitere Prozessmodelle sind das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF), der American Occupational Therapy Association (AOTA, 2017a), oder das Occupational Therapy Intervention Process Modell (OTIPM) von Fisher (2014).

Diese Prozessmodelle ermöglichen durch die Strukturierung des Therapieprozesses die reflektierte und transparente ergotherapeutische Praxis und gewährleisten zudem durch ihre theoretischen Grundannahmen die Umsetzung von Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung. Die Frage nach der Umsetzung dieser Modelle in der ergotherapeutischen Praxis in Deutschland soll im Folgenden beleuchtet werden.

Modellgeleitetes Arbeiten bietet auf vielen Ebenen Vorteile für Therapeut*innen und Klientel. Pellegrini et al. (2018) beschreiben eine Verbesserung des Outcomes bei den Klienten, sowie eine höhere Zufriedenheit und Selbständigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens. Des Weiteren zeigen Therapeut*innen, die modellgeleitet arbeiten, ein größeres Gefühl der Zugehörigkeit zur Berufsgruppe und Berufsidentität (Estes & Pierce, 2012; Knutzen, 2017; Merklein de Freitas, 2015; Sirkka, Larsson-Lund, & Zingmark, 2014). Modellgeleitetes Arbeiten erlaubt somit auch die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache, was es Therapeut*innen erleichtert, den Beruf außerhalb ihrer eigenen Profession darzustellen und gegenüber anderen Berufsgruppen abzugrenzen (Ashby, Ryan, Gray, & James, 2013; Sirkka, Zingmark, & Larsson-Lund, 2014).

Wong & Fisher (2015) beschreiben zudem, dass die Nutzung von Prozessmodellen die konsequente Betätigungsfokussierung erleichtert. Es konnte somit in wissenschaftlichen Untersuchungen gezeigt werden, dass Prozessmodelle ein nützliches Werkzeug sind, um den Transfer von theoretischem Wissen in den praktischen Alltag zu faszilitieren.

Dennoch findet die Umsetzung in Deutschland verlangsamt und unzureichend statt (Brandt, 2017; Merklein de Freitas, 2015). Auch finden sich speziell für Deutschland kaum Studien zu den Ursachen des zögerlichen Wandels, obwohl die Thematik in Fachzeitschriften rege diskutiert wird (Gritsch, 2017; Rohloff, 2015; Salata, 2017). An diesem Punkt konnte somit eine Forschungslücke identifiziert werden. Anhand von Beispielen mit ergotherapeutischen Praxen, welche die Umstellung vollzogen haben, untersucht die vorliegende Arbeit diesen Prozess, um auf Barrieren und Ressourcen, sowie zu nutzende Strategien im deutschen Kontext schließen zu können.

International werden Hindernisse für die Umsetzung modellgeleiteten Arbeitens ausgehend von den Klient*innen, Therapeut*innen und/oder der Praxisinstitution bzw. dem Gesundheitssystem

beschrieben (Townsend & Polatajko, 2013, S. 100). Auf der Makroebene können Reglementierungen durch Kostenträger, rechtliche Bestimmungen und finanzielle Ressourcen einschränkend wirken (Duggan, 2005). Weiterhin benennen Therapeut*innen auf der institutionellen Ebene vor allem den Mangel an Zeit und (Alltags-)Materialien, sowie wenig interdisziplinäre Zusammenarbeit als Barriere (Sirkka, Larsson-Lund, et al., 2014). Auf der Mikroebene erweist sich die Fähigkeit der Klient*innen bzw. des erweiterten Klientels Verantwortung zu übernehmen als limitierend für den Einsatz klientenzentrierter und betätigungsorientierter Praxismodelle (Enemark Larsen et al., 2019; Estes & Pierce, 2012).

Wie Studien mit negativem Outcome für die Anwendung von modellgeleiteter Ergotherapie zeigen, bedarf es einer gründlichen und langfristigen Einarbeitung in klientenzentriertes Vorgehen (Eysen et al., 2013). Colaianni und Provident (2010) unterstreichen insbesondere, dass vor allem in Fachbereichen, in denen das bio-medizinische Modell stärker vorherrscht (bspw. in der Handtherapie), die Umsetzung betätigungsorientierter Ergotherapie erschwert ist. Mittels einer Delphi-Studie konnten die verschiedenen Hindernisse durch Daud et al. (2015) auf den einzelnen Ebenen genauer beschrieben werden. Dabei zeigten sich zusätzlich das Wissen der Therapeut*innen über klientenzentriertes und betätigungsorientiertes Vorgehen, sowie die Nutzung betätigungsorientierter Assessments als wichtige Faktoren für die Umsetzung. Auch Ikiugu (2012) konnte für den amerikanischen Kontext das rege Interesse an, jedoch die uneinheitliche Umsetzung von Praxismodellen in der Ergotherapie bestätigen, und führt dieses auf mangelndes Hintergrundwissen zurück.

Welche dieser Faktoren in welchem Maße auf die deutsche Praxis übertragbar sind, bleibt fraglich. Ein weiterer grundlegender Faktor für die inkonsequente Umsetzung könnte die Schwierigkeit darstellen, Prozessmodelle, welche im Ausland entwickelt wurden, innerhalb des deutschen Gesundheitssystems anzuwenden. Knutzen (2017, S. 79) beschreibt beispielsweise bezüglich der Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens durchaus Möglichkeiten zur Anpassung des *Theory Advancement Process* (Leclair et al., 2013) an den mitteleuropäischen Raum.

2.5. Ergotherapeut*innen und das Team in der ergotherapeutischen Praxis

Sowohl aus den vorherigen Abschnitten als auch der Literaturrecherche geht hervor, dass einzelne Therapeut*innen als grundlegender Faktor im Umstellungsprozess zu sehen sind. Sie bilden eine zentrale Variable im hypothetischen Modell (⇒Abb.1). Daher werden zunächst die Kompetenzen deutscher Ergotherapeut*innen und anschließend die Zusammenarbeit im Team betrachtet.

Grundlegend bedarf es in Deutschland zunächst der Erlaubnis basierend auf dem „Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten“ (ErgThG, 1976) um ergotherapeutische Leistungen erbringen zu dürfen. Die entsprechende Ausbildung erfolgt an einer Berufsfachschule oder in Form eines Bachelorstudiums. Dabei sind die Curricula durch die „Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten“ (ErgThAPrV, 1999) geregelt, durch flexible Gestaltung und die individuellen Lehrpläne der Bundesländer jedoch oftmals uneinheitlich (Roosen, Schüller, & Brandt, 2017). Im Zusammenhang mit den Forschungsfragen dieser Arbeit ist es relevant zu betrachten, ob Ergotherapeut*innen in Deutschland über die entsprechenden

Fähigkeiten einerseits zur Umsetzung modellgeleiteten Arbeitens und andererseits zur Durchführung von Wandlungsprozessen verfügen.

Das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019) verankert das prozesshafte Vorgehen während der Behandlung (Diagnostik, Intervention, Evaluation), welches die Grundlage der Prozessmodelle darstellt, innerhalb der Kompetenzen *Ergotherapeutische Expertise* und *Management*. Hierin wird auch das Erkennen von „Entwicklungen im Gesundheitswesen“ und in Konsequenz das Übertragen „auf die eigene ergotherapeutische Tätigkeit“, sowie explizit die „Beteiligung an Veränderungsprozessen“ beschrieben (DVE, 2019). Die Fähigkeit, Wandlungsprozesse zu gestalten, ist also innerhalb verschiedener Kompetenzbereiche verortet. Brian et al. (2015) unterstreichen im internationalen Kontext, dass Ergotherapeuten bereits durch ihre berufsbezogenen Werte und Fähigkeiten gut in der Lage seien, Wandel zu initiieren und zu begleiten. Diese Fähigkeiten basieren dabei allerdings eher auf impliziten Strategien, als explizitem Wissen bezüglich Prozessmanagement und Veränderungsstrategien (Merklein de Freitas, 2015; Rüter, 2019). Die Kompetenz des *Change Managers*, wie sie im kanadischen Berufsprofil definiert ist, wird im deutschen Kontext nicht isoliert abgebildet (CAOT, 2012; DVE, 2019) (⇒5.3.2.)

In Deutschland beschäftigen die meisten ergotherapeutischen Praxen zwei bis drei Mitarbeiter. Diese Teams gestalten sich mehrheitlich heterogen, lediglich 20% der Angestellten arbeiten in Vollzeit (Kuhnert & Gross, 2019). Zwischen einem guten Teamklima und modellgeleitetem Arbeiten scheinen dabei wechselseitige Zusammenhänge zu bestehen (Wensing, Bosch, & Grol, 2013). So fördert offene und vertrauensvolle Kommunikation im Team die effektive Zusammenarbeit, Möglichkeiten zur Reflexion und Supervision; Bedingungen die wiederum Basis für professionelle Weiterentwicklung und lebenslanges Lernen sind (Brian et al., 2015; Duggan, 2005; Kufner & Scholz-Schwärzler, 2017; Parkinson, Lowe, & Keys, 2010; Sirkka, Zingmark, et al., 2014).

Die beschriebene Heterogenität der Teammitglieder verlangt dabei von den einzelnen Ergotherapeut*innen ein hohes Maß an Bewusstsein für soziale Prozesse, individuelle Vorgehensweisen im Umgang und die aktive Beteiligung aller an der Umsetzung von Maßnahmen (Brian et al., 2015; Kufner & Scholz-Schwärzler, 2017; Rüter, 2019). Gemeinsame Wertgrundlagen und eine hohe Übereinstimmung im intradisziplinären Team können dabei einerseits sinnstiftend und positiv auf die ergotherapeutische Arbeit wirken (Aiken et al., 2011), bergen aber auch die Gefahr Neuerungen gegenüber weniger offen zu sein. So wirkt sich beispielsweise eine Arbeitsplatzkultur nach dem *motorischen Paradigma* negativ auf die betätigungsorientierte Therapie bei Berufsanfängern aus (Di Tommaso, Isbel, Scarvell, & Wicks, 2016).

Umstellungsprozesse, die – wie der Wechsel zum *Paradigma der Partizipation* – mit einer Verschiebung grundlegender Werte und Vorgehensweisen einhergehen, können dabei leicht zu Ängsten und Irritationen im Angesicht geforderter neuer Fähigkeiten und Arbeitsweisen führen. Rüter (2019, S. 21) spricht in diesem Zusammenhang von Deprofessionalisierungsängsten.

Wensing (2013, S. 144) beschreibt die mangelnde Studienlage zum Einfluss von Teamprozessen auf die Umsetzung von Innovationen im Gesundheitsbereich, vermutet aber eine verbesserte Koordination und Absprache, sowie vielfältigen Wissensinput als Förderfaktor für effizienteres Arbeiten. Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit soll in diesem Sinne auch ein Blick auf

Barrieren und Ressourcen im ergotherapeutischen Team während des Umstellungsprozesses geworfen werden.

2.6. Change Modelle

Die Tatsache, dass die Anwendung von Prozessmodellen innerhalb der Ergotherapie zur Erleichterung des Theorie-Praxis-Transfers beiträgt (⇒2.2.1.), beantwortet jedoch nicht die Frage, wie die Modelle selbst in die Praxis implementiert werden. Sirkka et al. (2014, S. 91) konstatieren, dass sich die bisherige Forschung zur Implementierung von modellgeleitetem Arbeiten in der Ergotherapie hauptsächlich auf organisatorische Strukturen, Leitungsfunktionen und Rollenverteilung fokussierte, ohne das Erleben der Ergotherapeut*innen zu erfassen. Da dies eines der Ziele dieser wissenschaftlichen Arbeit ist, soll zunächst ein allgemeines Verständnis für Veränderungsprozesse geschaffen werden. An dieser Stelle werden nun exemplarisch Modelle des Wandels dargestellt, um diese hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit im Gesundheitswesen zu betrachten. Definitionen für Change und Change Management differieren sehr stark, je nach Kontext. In der vorliegenden Arbeit soll daher zunächst zwischen dem Change Management, als aktive Steuerung eines Veränderungsprozesses (Schewe, 2018) und dem Change, also den Veränderungsprozess an sich unterschieden werden. Die Autorinnen fokussieren ihre Arbeit auf letzteren Begriff, da die Prozesse der selbstgesteuerten Umstellung untersucht werden sollen. Dabei wird die Begrifflichkeit synonym als Change, Wandel oder Veränderung genutzt. Die vorliegende Arbeit stützt sich dabei auf zwei Definitionen, welche sich ergänzen und den komplexen Prozess zusammenfassen. Dawson (2003, S. 11) bietet die Definition des Change als „new ways of organising and working“ an, welche durch Vahs und Weiand (2010, S. 7) tiefergehend ergänzt wird: „Bisherige Werte und Haltungen werden kritisch hinterfragt. Der Wandel betrifft die gesamte Organisation und kann zunächst unüberschaubar wirken sowie als plötzlich und radikal auftretend wahrgenommen werden. Die Angst der betroffenen Personen ist entsprechend größer. Dies kann beispielsweise bei Outsourcing oder Konzeptwandel der Fall sein. Hier spricht man auch von einem Paradigmenwechsel oder Turnaround.“.

Lewin (1953) entwickelte in den 1940er Jahren ein Drei-Phasen-Modell zur Beschreibung von Veränderungsabläufen

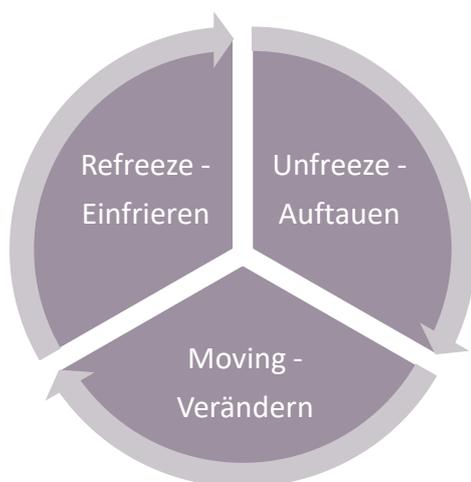


Abbildung 2 Drei-Phasen-Modell nach Lewin (1953), eigene Darstellung

in Unternehmensgruppen. Dieses war zur damaligen Zeit ausgelegt auf Unternehmen mit starren Hierarchien, linearer Kommunikation und wenig Eigeninitiative der Mitarbeiter (Bhagwati, 2011). Daher sah Lewins ursprüngliches Konzept vor, dass ein Change-Agent die Angestellten durch die drei Phasen „Auftauen/Unfreeze“, „Verändern/Moving“ und „Einfrieren/Refreeze“ begleitet.

Lubberding und Liewers (2009, S. 93) kritisieren die lineare Darstellung der Phasen in Lewins Modell, wobei Umstellungsprozesse in der Realität zumeist komplexer, diskontinuierlich und mehrdimensional ablaufen. In den

vergangenen Jahrzehnten wurde dieses Modell im Gesundheitskontext eingesetzt, abgewandelt und – wie andere Modelle des Wandels– weiterentwickelt (Manchester et al., 2014).

Im Folgenden fokussieren sich die Autorinnen vor allem auf die Arbeiten von Balogun et al. (2016) und Grol und Wensing (2013), da diese Lewins Modell erweitert und auf den aktuellen Kontext bezogen, sowie – im Falle von Grol und Wensing – auf Teams im Gesundheitswesen angewendet haben.

Balogun et al. (2016) beschreiben, dass die Phasen und der Ablauf eines Umstellungsprozesses abhängig vom individuellen Verhalten der Teammitglieder sind. Des Weiteren schlagen sie die alternativen Begriffe „Mobilisieren/Mobilise“ statt „Unfreeze“ und „Erhalten/Sustain“ statt „Refreeze“ vor, um zu unterstreichen, dass auch Beginn und Endphase des Prozesses mit Energieaufwand verbunden sind. Um die Dynamik und Individualität des Wandels mit den organisatorischen Abläufen zu verbinden, ergänzen sie Lewins Phasen durch die *Transition Curve* (Adams, Hayes, & Hopson, 1976) (⇒Abb.3). Die Darstellung von Adams et al. (1976) beschreibt sieben emotionale Phasen, die ein Individuum während eines Wandels durchläuft. Im Folgenden werden diese Darstellung und die enthaltenen Phasen kurz beschrieben.

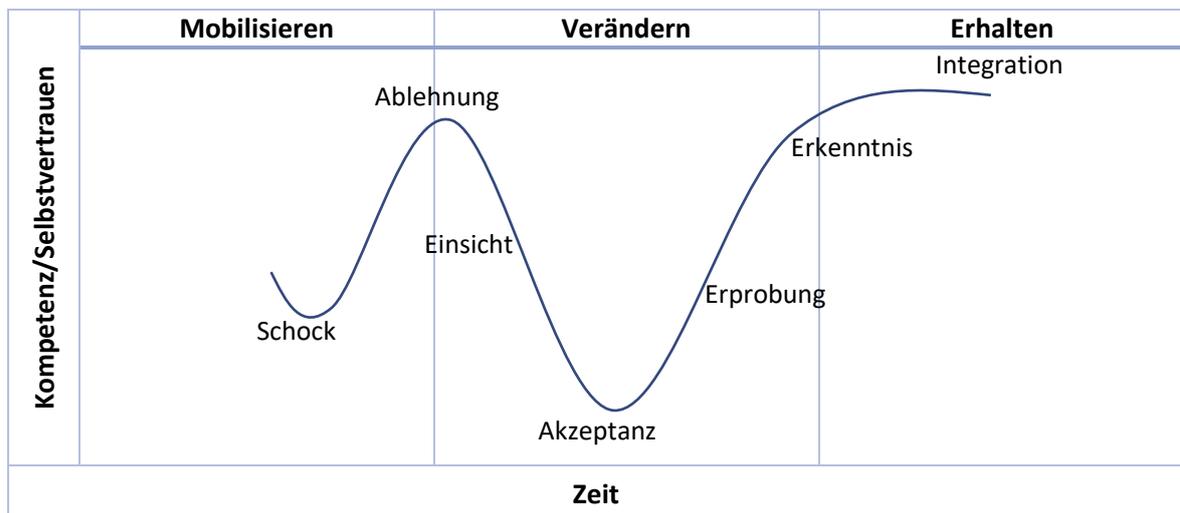


Abbildung 3 Verbindung zwischen individuellen und organisatorischen Veränderungen nach Balogun et al. (2016), eigene Übersetzung

In der ersten Phase, dem **Mobilisieren** geht es darum, die Bereitschaft für Veränderung zu wecken. Lauer (2010) beschreibt, wie Menschen nach Gewohnheiten und festen Abläufen streben und somit einer Startmotivation bedürfen, um sich auf einen Umstellungsprozess einzulassen. Grol und Wensing (2013) beginnen den Veränderungsprozess mit einer Orientierung, in der das Interesse und die Neugierde des Individuums geweckt werden sollte. In der ergotherapeutischen Praxis wird in dieser Phase die Notwendigkeit für Veränderungen, beispielsweise durch die oben beschriebenen externen Faktoren (⇒2.1.) bewusst. Der bevorstehende Wandel löst jedoch zunächst einen *Schock* aus, während dessen sich Teammitglieder verunsichern und inkompetent fühlen.

Im nächsten Schritt kann dieser *Schock* zur *Ablehnung* führen, in der einzelne Teammitglieder sich der Veränderung verschließen, diese als unnötig abtun und in alten Rollenmustern verbleiben. Dies erhöht kurzfristig wieder ihr Selbstvertrauen, verhindert jedoch ein Fortschreiten im Prozess. Die

Einsicht in eigene Routinen und Informationen darüber, was genau die Veränderung beinhaltet und welche Schritte erwartet werden, können laut Grol und Wensing (2013) beim Übergang zur nächsten Phase unterstützen.

Die *kognitive Einsicht*, dass die Umstellung notwendig und mit Veränderungen im persönlichen Verhalten verbunden ist, führt zunächst wieder zu einer Reduktion des Selbstwertgefühls, da neue Fähigkeiten und Rollen erlernt werden müssen. Unterstützt wird die Erkenntnis unter anderem durch Gespräche mit Anderen in einem kooperativen und konstruktiven Miteinander (Balogun et al., 2016; Lauer, 2010). Hier beginnt nun auch die organisatorische Phase des **Veränderns** mit dem Ziel möglichst alle Teammitglieder am Prozess zu beteiligen (Lauer, 2010).

In der nächsten Phase zeigen die Teammitglieder *emotionale Akzeptanz* gegenüber der Veränderung und beginnen, ihr eigenes Verhalten zu ändern (Balogun et al., 2016). Erste kurzfristige Schritte werden gegangen, wenn der Ablauf als nötig und machbar wahrgenommen wird (Grol, Wensing, Eccles, & Davis, 2013). Beispielsweise erfolgt die Auseinandersetzung mit modellspezifischen Assessments oder Dokumentationen.

Während der *Erprobung* erfolgt die erste experimentelle Anwendung in der Praxis. Neue Verhaltensweisen ermöglichen den Kompetenzerwerb, in dessen Folge das Selbstvertrauen wieder steigt (Grol et al., 2013). Es gilt, Inhalte des modellgeleiteten Arbeitens tatsächlich in der Praxis anzuwenden.

Die *Erkenntnis* und Entwicklung neuer organisatorischer Abläufe und individueller Verhaltensmuster verlangt von den Teammitgliedern aus Fehlern und Erfolgen zu lernen (Balogun et al., 2016). Hierzu müssen Erfahrungen aus der Erprobungsphase evaluiert werden.

Um die Veränderung langfristig zu **Erhalten** ist eine *Integration* der erlernten und erprobten Verhaltensweisen in Organisationsstrukturen und tägliche Routinen nötig (Grol et al., 2013). Es schließt sich nun auch die Lücke zwischen den an ein Individuum gestellten Erwartungen und seinen tatsächlichen Kompetenzen (Balogun et al., 2016).

Es bleibt zu betonen, dass jedes einzelne Teammitglied diese Phasen im eigenen Tempo durchläuft; der Prozess ist dynamisch und kann mit Rückschritten verbunden sein, Phasen werden übersprungen oder mehrfach durchlebt (Grol et al., 2013).

Zusammenfassend wird in dieser Bachelorarbeit der Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten untersucht. Es gilt zu überprüfen, ob das Veränderungsmodell nach Balogun et al. (2016) den Umstellungsprozess zutreffend beschreibt, wie die einzelnen Variablen zusammenwirken und wie dies von Ergotherapeut*innen erlebt und gestaltet wird. Das Kapitel 3 Forschungsmethodik stellt die hierfür geeigneten Strategien vor.

3. Forschungsmethodik

Im folgenden Kapitel werden die Methoden und das methodologische Vorgehen, welche zur Datenerhebung und Beantwortung der Forschungsfrage verwendet wurden, beschrieben und begründet. Um das Kapitel zu strukturieren und die behandelten Themen für den Lesenden zu visualisieren wird sich am empirischen Forschungskreislauf nach Bergner-Grabner (2016) orientiert(⇒Abb.4). Die Pfeile entsprechen den Unterkapiteln des Kapitels Forschungsmethodik.



Abbildung 4 Ablauf empirischer Forschung nach Bergner-Grabner (2016), eigene Darstellung

3.1. Formulierung des Forschungsproblems

Um im ersten Schritt das *Forschungsproblem formulieren* zu können, diente eine ausführliche Literaturrecherche dazu, vorhandenes Wissen zu modellgeleitetem Arbeiten in Deutschland und zur Implementierung neuer Arbeitsweisen und angrenzenden Sachverhalten zu sammeln, zu bewerten und zu strukturieren (⇒A.2, A.3, A.4). Das in der Literaturrecherche gewonnene Wissen strukturierten die Autorinnen im hypothetischen Modell systematisch. Durch diese Darstellung wurde die Forschungslücke verdeutlicht, was die Definition des Forschungsproblems und die Formulierung der Forschungsfragen ermöglichte. Anhand dieser wurde die passende Forschungsmethodik ausgewählt. Die Autorinnen entschieden sich für die Durchführung leitfadengestützter Experteninterviews und einer qualitativen Inhaltsanalyse im Rahmen der Sozialforschung (Gläser & Laudel, 2010). Anhand des erarbeiteten Leitfadens konnten im Rahmen der *Datenerhebung* fünf Interviews durchgeführt werden.

Das im vorherigen Kapitel beschriebene hypothetische Modell (⇒Abb.1) diente als Grundlage für die Formulierung des Forschungsproblems und gleichzeitig als Leitstruktur in der *Planung und Vorbereitung der Erhebung*

3.1.1. Literaturrecherche

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden zu verschiedenen Themen Literaturrecherchen durchgeführt. Das Schwerpunktthema war dabei die Implementierung von modellgeleitetem Arbeiten in der Ergotherapie. Die gefundenen Studien wurden anhand des Titels bzw. der Zusammenfassung auf ihre Aussagekraft für das Forschungsthema überprüft. Anschließend wurde das Evidenzlevel anhand der Forschungspyramide bestimmt (Borgetto, 2017) (⇒A.2).

Nach der Analyse der vorhandenen Literatur zeigte sich, dass es wenige Quellen zur Thematik des modellgeleiteten Arbeitens in der ergotherapeutischen Praxis in Deutschland gibt. Für die Autorinnen stellte sich somit die zentrale Forschungsfrage. Um das Thema konkreter zu fassen, wurden zusätzlich drei präzisierende Leitfragen formuliert (⇒Abb.5).

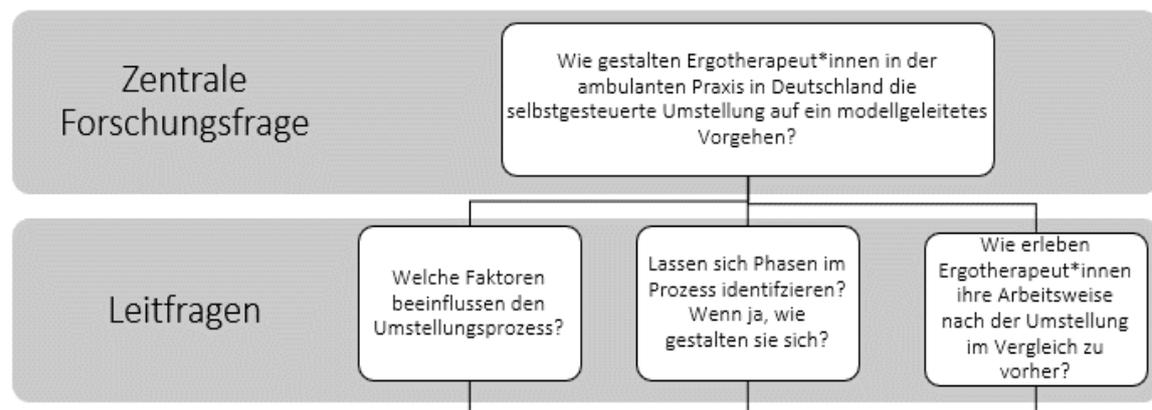


Abbildung 5 Darstellung der Aufbereitungs- und Auswertungsstrategien zur Beantwortung der Forschungsfragen, vollständige Abbildung → A.15

Da zur Beantwortung der Forschungsfrage wenig relevante Literatur gefunden wurde, erschien eine empirische Aufarbeitung des Themas notwendig. Für einen empirischen Ansatz spricht außerdem, dass die Fragestellung gezielt das Erleben und die Erfahrungen der Ergotherapeuten untersuchen möchte (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016). Die empirische Sozialforschung wird daher im nächsten Abschnitt erläutert.

3.1.2. Empirische Sozialforschung

Gläser und Laudel (2010) bezeichnen die empirische Sozialforschung als Untersuchung, die einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt betrachtet. Diese Beobachtungen tragen zur Weiterentwicklung von Theorien bei. Der Forschungsprozess wird durch eine thematische, zunächst theoretische Auseinandersetzung der Untersuchenden mit bereits vorhandenen Theorien beeinflusst, welche die Autorinnen im theoretischen Hintergrund beschrieben und erläutert haben (⇒2.). Diese Theorien und Zusammenhänge werden im hypothetischen Modell prägnant visualisiert, welches im Verlauf der Forschungsarbeit als Grundlage dient und durch die gewonnenen Erkenntnisse erweitert wird (⇒Abb.1).

Die Wechselwirkung zwischen theoretischer und praktischer Forschung, welche die soziale Realität auf der Grundlage von Theorien betrachtet, ermöglicht es theoretische Rückschlüsse zu ziehen. Ziel ist das ursächliche Erklären sozialer Sachverhalte. Um diese Sachverhalte zu untersuchen bedient sich die empirische Sozialforschung zweier unterschiedlicher Erklärungsstrategien, der quantitativen und der qualitativen Methodik. Diese unterscheiden sich in der Art und Weise wie sie zu den Kausalzusammenhängen gelangen und haben Einfluss auf die Wahl der Forschungsmethode. Um von statistischen Zusammenhängen auf Kausalmechanismen schließen zu können, werden quantitative Methoden angewandt. Hierbei ist es notwendig eine Hypothese zu erstellen, die auf Grundlage der erhobenen Daten bestätigt oder widerlegt wird (Windisch & Zoßeder, 2006).

Diese Methode ist für die vorliegende Arbeit nicht passend, da das vorhandene Wissen, wie die Literaturrecherche belegte, nicht ausreichend ist, um solide Annahmen bilden zu können. Auch lässt sich die Komplexität sozialer Wirkzusammenhänge schwer in Hypothesen formulieren. Die Nutzung qualitativer Forschungsmethoden ermöglicht dahingegen, die Suche nach und Beschreibung von Kausalmechanismen, welche zur Beantwortung der gestellten Forschungsfragen beitragen. Qualitative Methoden basieren auf der Interpretation übermittelter Sachverhalte und verfolgen das Ziel, Wirkungszusammenhänge zu identifizieren, die unter bestimmten Bedingungen

bestimmte Effekte erzielen (Gläser & Laudel, 2010). Dabei steht die Wahrnehmung der an der Studie Teilnehmenden und deren Erfahrungen im Vordergrund.

Speziell das analytische Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010) ermöglicht dabei durch das Erarbeiten neuer Variablen während der Untersuchungsdurchführung das Erweitern der bisherigen Erkenntnisse. Dies erscheint aufgrund der bisher wenig vorhandenen passenden Literatur daher ein passender Ansatz, um neues Wissen zu generieren. Andere qualitative Forschungsverfahren, beispielsweise nach Mayring (2015), ermöglichen diese Ausweitung des Wissensgebietes nicht, sondern legen den Fokus eher auf das Erarbeiten der Wissensgrundlage im Vorhinein.

3.1.3. Das hypothetische Modell

Das hypothetische Modell, auf welches bereits im theoretischen Hintergrund eingegangen wurde, bildet die Basis für den Forschungsprozess (⇒2.). Zudem stellt es die vermuteten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen dar und visualisiert mögliche Einflussfaktoren (Gläser & Laudel, 2010). Um die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren zu beschreiben, werden die Grundbegriffe der Variablen in der qualitativen Forschung nach Gläser und Laudel (2010) definiert und von den Autorinnen anhand konkreter Beispiele erläutert.

Gläser und Laudel (2010) unterscheiden zwischen vier Arten von Variablen:

- *Unabhängige Variablen* werden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf andere Faktoren betrachtet. Wie sie selbst beeinflusst werden, wird nicht genauer untersucht. Beispielsweise haben Regelungen im Gesundheitssystem (=unabhängige Variable) Auswirkungen auf die ergotherapeutische Praxis als Unternehmen.
- Bei *abhängigen Variablen* wird im Gegenzug beschrieben, wodurch sie beeinflusst werden. Ihre eigene Wirkung ist nicht relevant. Beispielsweise beeinflusst der/die Ergotherapeut*in durch ihr therapeutisches Vorgehen die Anwendung von Konzepten (= abhängige Variable) in ihrer Arbeit.
- *Intervenierende Variablen* können durch den Kausalmechanismus eine oder mehrere andere Variablen beeinflussen, weshalb sie in der Untersuchung berücksichtigt werden müssen. Beispielsweise können fehlende finanzielle Ressourcen in der Praxis zu Einschränkungen bei Fortbildungen und somit zu einem geringeren Wissenstand der Ergotherapeut*innen führen (= Kausalkette).
- *Vermittelnde Handlungen* können teilweise durch Variablen definiert werden und beschreiben Vermittlungsprozesse. Beispielsweise können bestimmte Kommunikationsstrukturen (= vermittelnde Handlungen) im Team Einfluss auf den Umstellungsprozess haben.

Da die Forschungsfragen sich auf mehrere Aspekte, nämlich den Ablauf des Prozesses, beeinflussende Faktoren und das Erleben der Therapeut*innen richten, ist es notwendig, die einzelnen Variablen des hypothetischen Modells aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten.

Betrachtet man das hypothetische Modell wird deutlich, dass verschiedene Variablen (ambulante ergotherapeutische Praxis, Therapeut*innenteam, Ergotherapeut*in, zu implementierendes Modell) Einfluss auf den Prozess haben, zum Beispiel indem das Praxisteam sich auf ein bestimmtes Vorgehen im Umstellungsprozess einigt. Somit wäre er als abhängige Variable zu betrachten.

Umgekehrt ist es aber auch vorstellbar, dass der Prozess in seinem Verlauf die anderen Variablen beeinflusst, zum Beispiel indem einzelne Therapeut*innen sich mit neuen Herausforderungen und Anforderungen konfrontiert sehen, was ihre Berufsidentität beeinflusst. In diesem Fall würde der Prozess (unabhängige Variable) die Therapeut*in (abhängige Variable) beeinflussen. Die Definition der Variablen ist also flexibel und kann sich auch im Verlauf des Forschungsprozesses verändern.

Als Basis wurden alle Variablen definiert und beschrieben (\Rightarrow A.6). Hierzu bildeten die Autorinnen, wie von Gläser und Laudel (2010) beschrieben, für jede Variable zunächst mindestens zwei Dimensionen (Zeit- und Sachdimension). Für die spätere Analyse der Rohdaten wurden zudem Indikatoren für jede Variable festgelegt.

Sowohl bei diesem Vorgehen als auch bei theoretischen Vorüberlegungen zu Change-Modellen wurde die Komplexität vor allem der Variable „Prozess“ deutlich. Aus Gründen der Übersicht wird sie nicht in ihren Einzelheiten im hypothetischen Modell dargestellt, bildet aber im Rahmen der Forschungsfrage den Kernpunkt der vorliegenden Arbeit. Daher entschieden sich die Autorinnen speziell den Prozess auf Basis des Phasenmodells nach Balogun et al. (2016) tiefergehend in einem zweiten Analyseprojekt zu analysieren.

3.2. Planung und Vorbereitung der Erhebung

In diesem Teil des Kapitels wird zunächst die Auswahl des Studiendesigns beschrieben, da sie die weitere Planung der Erhebung beeinflusst. Im Anschluss wird die Vorbereitung der Interviewdurchführung beschrieben. In diesem Abschnitt wird zum einen die Erstellung des Leitfadens, die Akquirierung der Teilnehmenden, deren Einschlusskriterien und die Auswahl der Stichprobengröße erläutert. Aufgrund der Relevanz für die Planung und Durchführung dieser Studie, erfolgt zudem eine Auseinandersetzung mit forschungsethischen Aspekten im Gesundheitswesen.

3.2.1. Auswahl des Studiendesigns

Laut Gläser und Laudel (2010, S. 71) sind „soziale Mechanismen“, wie die Erfahrungen von Ergotherapeuten in ihrem Arbeitsalltag, „in der Regel überhaupt nur mit qualitativen Methoden identifizierbar“. Das qualitative Forschungsdesign ermöglicht den Autorinnen auch das individuelle Vorgehen der Ergotherapeut*innen im Umstellungsprozess zu untersuchen und so die Forschungsfragen nach ihrem Erleben und ihren beeinflussenden Faktoren zu beantworten.

Leitfadeninterviews werden bei Untersuchungen, in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen, um eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden, verwendet. Sie erlauben es, tiefergehende Informationen über einen bestimmten Sachverhalt zu sammeln. In diesem Zusammenhang sind die Ergotherapeut*innen als Expert*innen zu betrachten.

„‘Experte‘ beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, um dieses Wissen zu erschließen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 12). Die Befragung ermöglicht es, deren Erfahrungen und Beweggründe zu evaluieren. Um die Forschungsfragen bezüglich individueller Vorgehensweise und dem Erleben des Umstellungsprozesses adäquat beantworten zu können, bieten sich in diesem Kontext Experteninterviews als Methode der empirischen Sozialforschung an.

Gläser und Laudel (2010) empfehlen einen nichtstandardisierten Interviewleitfaden, der die Möglichkeit bietet, auf die Teilnehmenden individuell einzugehen. So können Fragen zum besseren Verständnis umformuliert, die Reihenfolge verändert und eine möglichst natürliche Gesprächsatmosphäre geschaffen werden. Im nächsten Abschnitt wird das Erarbeiten des Leitfadens genauer beschrieben.

3.2.2. Vorbereitung der Interviewdurchführung

Die Erarbeitung des Leitfadens als Erhebungsinstrument „kann gleichzeitig der Vergegenwärtigung und dem Explizieren des eigenen theoretischen Vorwissens und der impliziten Erwartungen an die Erzählungen dienen“ (Helfferich, 2011, S. 182). Er standardisiert zudem die inhaltliche Struktur eines Gesprächs und ermöglicht es Unterthemen im Interview zu folgen und erleichtert dadurch die Auswertung.

Die Autorinnen erstellten zunächst eine Fragensammlung basierend auf den relevanten Variablen des hypothetischen Modells. Im Anschluss wurde die Liste „unter den Aspekten des Vorwissens und der Offenheit“ aber auch „unter Aspekten der methodischen Eignung“ durchgearbeitet (Helfferich, 2011, S. 163). Außerdem identifizierten die Autorinnen für den Leitfaden folgende Hauptthemen: „Verlauf des Umstellungsprozesses“, „Erfahrungen der einzelnen Ergotherapeut*in“, „Erfahrungen im Praxisteam“ und „Rückschau auf den Prozess“.

Die genannte Reihenfolge der Themen wurde gewählt, um im Gespräch sukzessive eine Vertrauensbasis aufzubauen und von allgemeinen Fragen zu persönlicheren Fragen und individuellen Erfahrungen zu gelangen. Der letzte Fragenkomplex widmete sich dabei der Rückschau, da davon auszugehen war, dass sich dieser durch das Besprechen des Erlebten zum Zeitpunkt des Interviewabschlusses besser reflektieren lässt. Fragen zu den weiteren Themengebieten aus dem hypothetischen Modell, wie beispielsweise „zu implementierendes Modell“ oder „Kontext“) wurden durch vertiefende Fragen abgedeckt, die gestellt werden konnten, sollten die Teilnehmenden diese Themen nicht selbständig ansprechen.

Der Leitfaden wurde in einem Pilotinterview mit einer Ergotherapeutin mit Erfahrung in Umstellungsprozessen getestet (⇒A.8). Das gesammelte Feedback der Befragten, sowie Erkenntnisse der Autorinnen aus diesem ersten Gespräch flossen in die Überarbeitung des Leitfadens ein. Es wurden einige Fragen präziser formuliert, sowie insbesondere formale Änderungen vorgenommen. Wenige Fragen wurden entfernt, da sie als zu weit vom Kernthema entfernt identifiziert wurden. Abschließend wurde ein Leitfaden in mehreren Ebenen erstellt, der die Fragen einerseits nach Themenfeldern strukturierte, es den Autorinnen aber andererseits erlaubte, im Gespräch flexibel auf die Gesprächspartner*innen einzugehen und vertiefende Fragen zu stellen (⇒A.9).

Die Akquise der Teilnehmenden erfolgte über das Schneeballverfahren, da dieses die Möglichkeit bietet, in kurzer Zeit möglichst viele potenzielle Teilnehmende zu erreichen. Der Aufruf zur Teilnahme an der Studie wurde über die Homepage des DVE, die sozialen Netzwerke Facebook und WhatsApp und im Forum ErgoXchange verbreitet (⇒A.10). Durch die Weiterleitung der Einladung war es den Angesprochenen möglich, weitere Teilnehmende zu akquirieren und so die Zahl der potentiellen Interviewpartner*innen auch in Populationen welche den Autorinnen nicht direkt

bekannt sind, zu erhöhen (Ritschl et al., 2016). Der Akquirierungszeitraum erstreckte sich von Mitte März bis Ende Mai 2019. Der weitere zeitliche Ablauf kann Abbildung 6 entnommen werden.

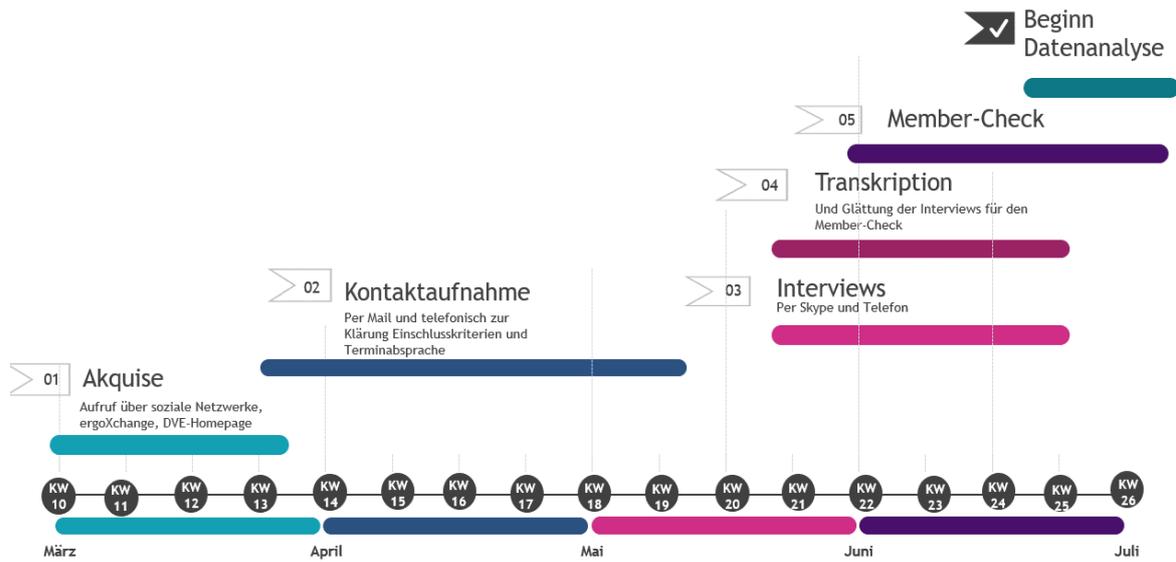


Abbildung 6 Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung

Da die Autorinnen Ergotherapeut*innen suchten, die von ihren persönlichen Erfahrungen berichten können, ist es Voraussetzung, dass die Teilnehmenden den Umstellungsprozess selbst durchlaufen haben. Aufgrund des vollzogenen Umstellungsprozesses wird diesen Personen überdurchschnittliches theoretisches Wissen oder praktische Fertigkeiten aufgrund ihrer Erfahrungen zugeschrieben, weshalb es sich bei diesen Personen nach Lackes und Siepermann (2019) um Expert*innen handelt. Die detaillierte Aufschlüsselung der Einschlusskriterien kann Abbildung 7 entnommen werden.

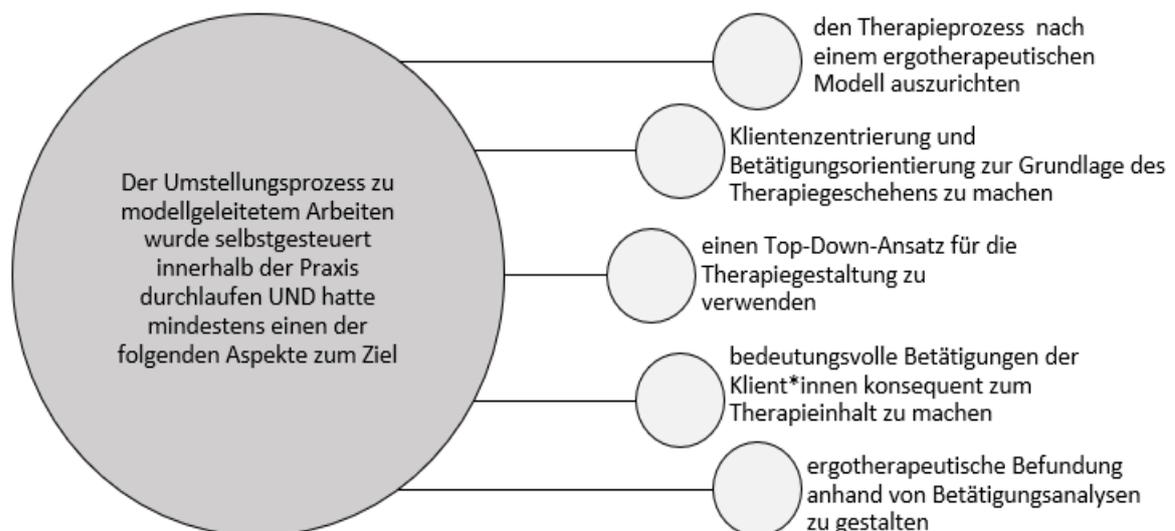


Abbildung 7 Einschlusskriterien Teilnehmende

Innerhalb des genannten Zeitraums meldeten sich 12 Expert*innen per E-Mail. Die Autorinnen verifizierten im E-Mail-Kontakt, ob die potenziellen Teilnehmenden den Einschlusskriterien entsprachen. Hierbei schieden sieben Personen aus, da sie nicht den gewählten Vorgaben entsprachen (beispielsweise Arbeitsplatz im klinischen Setting oder außerhalb Deutschlands). Mit fünf Teilnehmenden wurden Interviewtermine per Skype oder Telefon vereinbart.

Während der Planung der Forschungsarbeit setzten sich die Autorinnen intensiv mit der Forschungsethik auseinander. Diese ist für sozialwissenschaftliche Studien unerlässlich. Ethik hat das sittliche Verhalten des Menschen zum Gegenstand und setzt sich mit Moral auseinander (Kerres & Seeberger, 2001). Auf die im Gesundheitswesen gesetzliche Vorlagepflicht bei einer Ethikkommission, konnten die Autorinnen verzichten, da im Rahmen der Studie nicht mit vulnerablen Gruppen gearbeitet wurde (Ritschl et al., 2016). Bei der geplanten Forschungsarbeit handelt es sich um ein empirisches, retrospektives Design, bei dem keine gesundheitsrelevanten Daten erhoben werden. Dennoch orientieren sich die Autorinnen an den in der Ethik als einheitliche Standards verstanden vier Grundprinzipien nach Druml (2010):

- Autonomie
- Wohltun
- Nicht Schaden
- Gerechtigkeit

Im Folgenden wird an den jeweiligen Textstellen auf die Prinzipien verwiesen, eine ausführliche Beschreibung der Grundprinzipien kann dem Anhang entnommen werden (⇒A.7).

3.1. Datenerhebung

In diesem Teil der Forschungsarbeit werden zunächst die teilnehmenden Expert*innen unter Wahrung der Anonymität dargestellt und im Anschluss die Durchführung der Interviews und die darauffolgende Transkription der Audiodateien beschrieben.

3.1.1. Beschreibung der Teilnehmenden

Die Gruppe der Teilnehmenden zeigte sich sehr heterogen bezüglich der Merkmale Alter, Geschlecht und Teamgröße. Alle Expert*innen hatten eine Berufsfachschulausbildung abgeschlossen, zwei weitere zusätzlich ein Bachelorstudium der Ergotherapie, bzw. ein anderweitiges Bachelorstudium. Die Spanne der Berufserfahrung umfasste drei bis 27 Jahre, dabei wurde vorab sichergestellt, dass sich der Umstellungsprozess innerhalb der letzten Jahre vollzogen hatte.

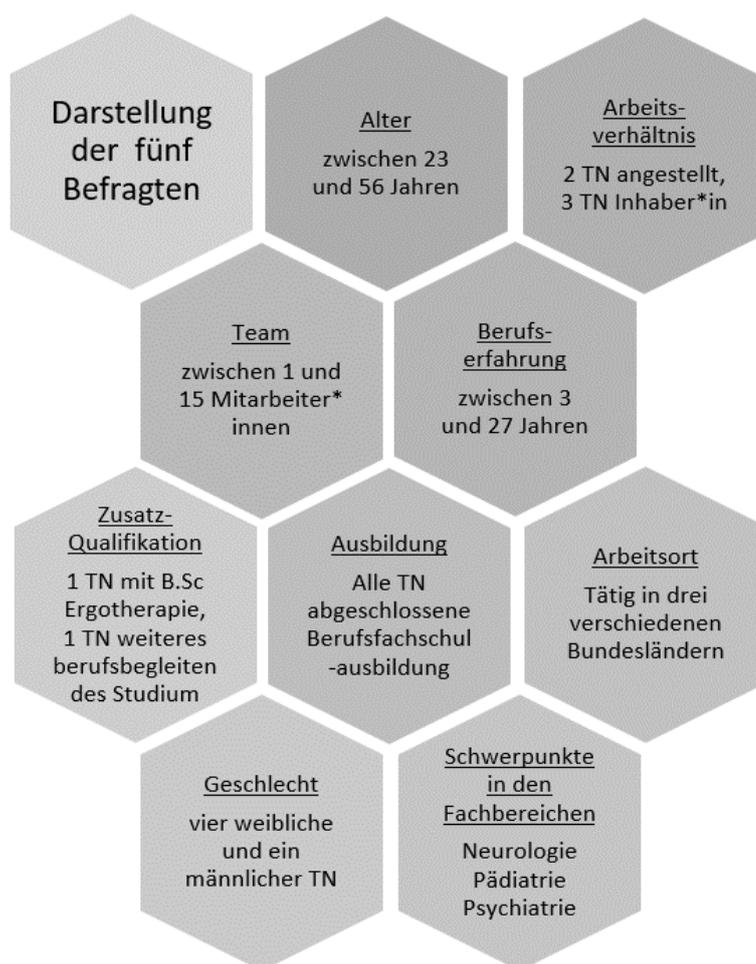


Abbildung 8 Darstellung der fünf Interviewten

3.1.2. Durchführung der Interviews

Das qualitative Vorgehen ermöglicht insbesondere eine alltagsnahe Forschung, also im natürlichen Umfeld der Person (Mayring, 2002). Aus diesem Grund wurden die Interviews per Skype oder Telefon durchgeführt. Drei der fünf Teilnehmenden entschieden sich aufgrund persönlicher Präferenzen für ein Telefonat. Zwei Interviews wurden mit Video per Skype aufgezeichnet, um zusätzliche Informationen aus Gestik und Mimik in die Datensammlung aufnehmen zu können.

Während der Interviewdurchführung, aber auch während des gesamten Forschungsprozesses wurden die ethischen Prinzipien nach Druml (2010) beachtet. Durch das Informieren der Teilnehmenden über den Zweck, das Ziel, die Art der Mitarbeit und die Verwendung der Forschungsarbeit und Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme, wurde dem Prinzip der Autonomie Rechnung getragen. Im Rahmen der informierten Einwilligung konnten die Expert*innen, welche freiwillig an der Studie teilnahmen, jederzeit ohne Benachteiligung die Studie verlassen (⇒A.11). Durch eine Anonymisierung der personenbezogenen Daten stellten die Autorinnen sicher, dass die Personen nicht identifiziert werden können und gewährleisteten so das Prinzip des Wohltuns und das des Nicht-Schadens. Die gesetzlichen Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (Europäisches Parlament, 2018), die im Bundesdatenschutzgesetz verankert sind, wurden im Rahmen dieser Forschungsarbeit eingehalten. Im Zuge des Datenschutzes wurden Merkmale, die zur Identifizierung eines Teilnehmenden führen könnten, gesondert aufbewahrt und nur im Sinne des Forschungszwecks zusammengeführt. Der Datenaustausch zwischen den Autorinnen erfolgt über eine passwortgeschützte Cloud. Die Autorinnen achteten im Verlauf des Interviews auf eine angemessene Kommunikation und wahrten die Privatsphäre der Teilnehmenden. Der Umgang mit den Daten erfolgt streng vertraulich.

Mit dem Prinzip der Gerechtigkeit tragen Forschende zudem die Verantwortung für die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit ihrer Forschungsergebnisse im gesellschaftlichen Kontext. Die Wahl des Forschungsthemas hält dabei das Potential bereit, sich positiv auf Entwicklungen innerhalb der Ergotherapie auszuwirken.

Jede der Autorinnen führte zwei bzw. drei Interviews durch. Diese wurden per Audio-Datei und bei Skype-Interviews per Video-Datei aufgezeichnet. Alle Interviewten wurden einzeln befragt. Während der Gespräche waren beide Autorinnen anwesend. Eine Forscherin führte das Interview durch, die andere hörte zu, achtete auf die Einhaltung des Vorgehens und konnte bei Bedarf intervenieren.

Diese Form der Triangulation durch die Anwesenheit der zweiten Forscherin ermöglichte außerdem den direkten Austausch von Informationen und Eindrücken nach dem Gespräch, sowie die Anpassung des Vorgehens bei den folgenden Interviews. Dies gewährleistete einerseits die Konformität im Vorgehen der beiden Autorinnen und führte zudem zu einer Erweiterung der Fähigkeiten der Fragenden, da Erkenntnisse bezüglich Fragestellungen etc. in folgenden Interviews korrigiert oder verändert werden konnten (Ritschl et al., 2016, S. 129).

Ritschl et al. (2016, S. 63) empfehlen für qualitative Studien das Erreichen einer theoretischen Sättigung für die Bestimmung der notwendigen Fallzahl. Diese ergab sich im fünften Interview.

3.1.3. Transkription

Die erhaltenen Rohdaten in Form von Audio- und Videodateien wurden nach der Durchführung des Interviews transkribiert. Während der Transkription wurde sich an den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2017) sowie den Vorgaben zum theoriegeleiteten Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010) orientiert (⇒A.13). Die Transkription wurde durch die Software F4-Transkript (Dresing & Pehl, 2017, S. 4) unterstützt. Dadurch entstanden aus den Audiodateien lesbare, weiter verwendbare Textdateien. Diese wurden zur Verwendung im Member-Check weiter geglättet und den jeweiligen Interviewten per Mail zur Verfügung gestellt, um so die Gültigkeit der Aussagen zu

bestätigen und gegebenenfalls weitere relevante Informationen zu ergänzen (Creswell, 2013; Curtin & Fossey, 2007).

Innerhalb einer zweiwöchigen Frist meldeten sich zwei Teilnehmende mit Ergänzungen zum gesendeten Transkript. Die Veränderungen hatten keine nennenswerten Auswirkungen auf die Gesamtaussage des Textes. Erfolgte keine Rückmeldung, verwendeten die Autorinnen das erstellte Transkript für die Auswertung.

3.2. Datenauswertung

In diesem Unterkapitel wird die Datenanalyse in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) genau beschrieben, um das schrittweise Vorgehen bis hin zu den Ergebnissen transparent darzustellen. Das Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010) gewährleistet eine strukturierte Analyse der Rohdaten und deren Interpretation. Die Auswertung erfolgte computergestützt mittels F4-Analyse (Dresing & Pehl, 2017).

Wie bereits beschrieben, machte die Komplexität der Variable „Prozess“ eine tiefergehende Analyse in einem zusätzlichen Projekt notwendig (\Rightarrow 3.1.3.). Gläser und Laudel (2010, S. 205) betonen, dass das Kategoriensystem „nicht ausschließlich durch die theoretischen Vorüberlegungen, sondern auch durch die im Material enthaltenen Informationen strukturiert wird.“. Die Entscheidung für das zusätzliche Analyseprojekt II wurde auch durch den Informationsgehalt der Interviewdaten bestätigt. Hier fanden sich sowohl zu inhaltlichen Aspekten des Umstellungsprozesses als auch zum zeitlichen Ablauf ausreichend detaillierte Informationen, die die Struktur mit zwei Analysen ermöglichten (\Rightarrow A.15).

Eine detailliertere Beschreibung der Datenauswertung folgt in diesem Abschnitt des Kapitels.

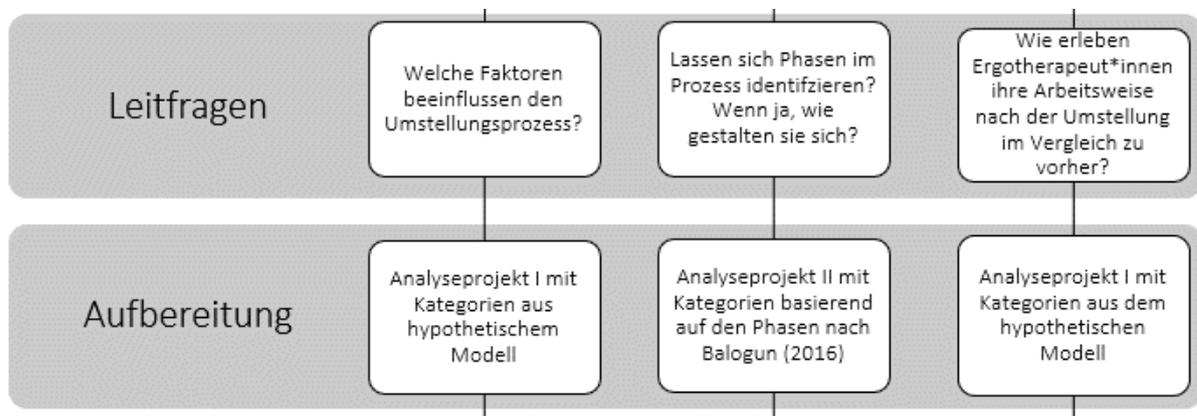


Abbildung 9 Darstellung der Leitfragen und zugehörigen Auswertungsstrategien, vollständige Abbildung \rightarrow A.15

3.2.1. Extraktion

Zunächst wurden Extraktion und Auswertung der Daten vorbereitet. Hierfür wurden als Analyseeinheit, wie von Gläser und Laudel (2010, S. 210) empfohlen, Absätze festgelegt. Diese wurden bereits während der Transkription an passenden Stellen eingefügt, um Themenwechsel und Sinnabschnitte zu kennzeichnen. Alle fünf Interviews wurden in die Auswertung einbezogen, da die Teilnehmenden Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen konnten.

„Die aus den theoretischen Vorüberlegungen abgeleiteten Variablen und Annahmen über Kausalmechanismen bilden unmittelbar die Grundlage für die Auswertungskategorien.“ (Gläser &

Laudel, 2010, S. 204). Im weiteren Verlauf erstellten die Autorinnen Auswertungsraster, welche in das Analyseprogramm F4-analyse (Dresing & Pehl, 2017, S. 4) überführt wurden.

So entstand zunächst zur Beantwortung der ersten und dritten Forschungsfrage Analyseprojekt I basierend auf den Variablen aus dem hypothetischen Modell (⇒Abb.11).

Aufgrund der zuvor beschriebenen Komplexität der Variable „Prozess“ (⇒3.1.3.), entschieden sich die Autorinnen die tiefere Untersuchung in Analyseprojekt II vorzunehmen, um so die Ergebnisse separat darzustellen (⇒Abb.10). Dieses Projekt legt die Phasen nach Balogun et al. (2016) als Kategorien zugrunde. Diese Kategorien werden dabei zur Vertiefung der von Gläser und Laudel (2010) empfohlenen Variablen aus dem hypothetischen Modell genutzt, da die Variable „Prozess“ im Modell aus Gründen der Übersicht verkürzt dargestellt werden musste. Dieses Vorgehen wurde bewusst gewählt, um durch die unterschiedliche Schwerpunktsetzung in den Analyseprozessen tiefere Informationen einerseits zu den beeinflussenden Faktoren (Projekt I) und andererseits zum Prozessverlauf an sich (Projekt II) zu gewinnen und visuell zu verdeutlichen.

Ergotherapeut*in	0
Motivation	4
Therapeutische Intervention	4
Externe Kommunikation	11
Berufside ntität	15
Berufliche Qualifikation	16
Klienten	17
Therapeut*innenTeam	0
Kommunikation	22
Hierarchien	4
Steuerungsgruppe	13
Motivation	16
Berufliche Qualifikation	18

Abbildung 11 Ausschnitt aus dem Kategoriensystem Analyseprojekt I

Mobilisieren	0
konkrete Maßnahmen in der Phase Mobilisieren	43
Schock	7
Ablehnung	10
Verändern	0
konkrete Maßnahmen in der Phase Verändern	51
Einsicht (kognitiv)	10
Akzeptanz (emotional)	8
Erprobung	18
Erkenntnis	12
Erhalten	0
konkrete Maßnahmen in der Phase Erhalten	6
Integration	14

Abbildung 10 Kategoriensystem Analyseprojekt II

Gläser und Laudel (2010) empfehlen, um eine möglichst große Übereinstimmung in der Extraktion zu erreichen, die Auswertungskategorien gemeinsam zu erstellen und zu diskutieren (⇒A.14). Im Anschluss nahmen die Autorinnen getrennt die jeweiligen Extraktionen vor. Zunächst wurden die Analyseeinheiten auf Relevanz untersucht, um diese dann in das bestehende Kategoriensystem einzuordnen. Dabei standen vor allem die Interpretation und Extraktion der Informationen über die Ausprägung der Variablen im Vordergrund. Zuordnungsschwierigkeiten wurden dokumentiert. Die

Quellen bzw. Absatzangabe wurden immer mit übernommen, um die Aussage auf die in den Daten zutreffende Textstelle zurückführen zu können. Eigene Interpretationen, Vermutungen oder Hinweise wurden mit der Memo-Funktion des Analyseprogramms deutlich gekennzeichnet (⇒A.12).

3.2.2. Aufbereitung

Die Aufbereitung der Daten hat zunächst zum Ziel, den Umfang des Materials zu reduzieren und inhaltlich zu strukturieren (Gläser & Laudel, 2010, S. 229). Das Ergebnis soll eine Informationsbasis sein, welche als Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfragen dient. Zunächst erfolgte das Zusammenfassen der Informationen. Längere Absätze wurden in Memo-Dateien paraphrasiert und zusammengefasst, sodass sich relevante Informationen innerhalb einer Kategorie leicht überblicken ließen. Zur Beschreibung der Kategorien wurden redundante Aussagen zusammengefasst, dabei wurden die Quellenangaben stets beibehalten (⇒A.14). Gläser und Laudel (2010, S. 230) empfehlen zudem, offensichtliche Widersprüche in den Aussagen der Interviewteilnehmenden zu erkennen und ggf. zu beseitigen. In den von den Autorinnen geführten Interviews fanden sich keine solcher offensichtlichen Fehler. Im Anschluss wurden je Interview mehrere Extraktionstabellen erstellt, um genutzte Maßnahmen während des Umstellungsprozesses und benannte Kausalmechanismen festzuhalten (⇒A.16).

3.2.3. Auswertung

Nach Gläser und Laudel (2010, S. 246), sollte sich die Auswertung weniger an vorformulierten, allgemeinen Regeln, als an den Forschungsfragen und der Untersuchungsstrategie orientieren. Dieser Maßgabe folgend, nutzten die Autorinnen die Leitfragen, um die Analyse in verschiedene Projekte zu gliedern. Analyseprojekt I erlaubte mit den Kategorien aus dem hypothetischen Modell, Aussagen zu den Ausprägungen der Variablen als Barrieren oder Ressourcen im Umstellungsprozess (Leitfrage 1). Als neue Kategorie wurde zudem das Thema „Klient*in“ identifiziert. Aussagen zum Erleben der Arbeitsweise der Ergotherapeut*innen wurden anhand der Zeitdimension (Erleben der Arbeitsweise vor/während/nach dem Umstellungsprozess) in Analyseprojekt I codiert, um Leitfrage 3 zu beantworten (⇒Abb.12).

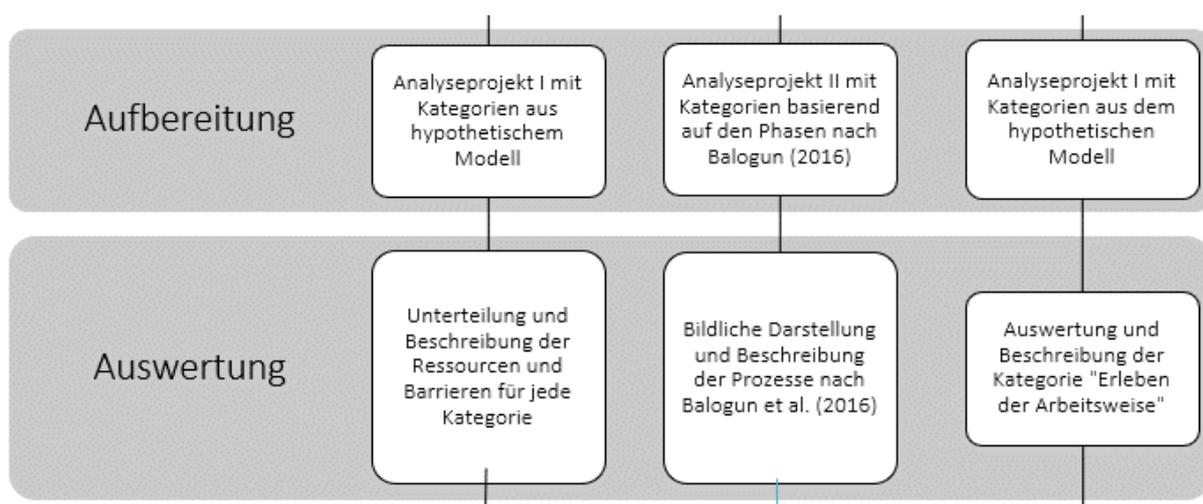


Abbildung 12 Darstellung der Aufbereitungs- und Auswertungsstrategien zur Beantwortung der Forschungsfragen, vollständige Abbildung → A.15

Gläser und Laudel (2010, S. 238) empfehlen für das Aufbereiten biographischer Interviews die Darstellung des zeitlichen Ablaufs. Da dies auch für die narrativen Erzählungen in dieser Forschungsarbeit relevant ist, wurden die einzelnen Prozessabläufe der Interviewteilnehmenden aus Analyseprojekt II bildlich dargestellt und den Phasen nach Balogun et al. (2016) zugeordnet. Abschließend wurden die einzelnen Abläufe der Umstellungsprozesse in einer Abbildung zusammengefasst, sodass ein Prozess mit grundlegend relevanten Faktoren deutlich wurde (⇒Tab.3).

Um individuelle Wirkzusammenhänge genauer zu analysieren, wurden Aussagen zu Kausalmechanismen („Maßnahme A führt zu Wirkung B, was zu Resultat C führt“) identifiziert und tabellarisch geordnet (⇒A.16). Anhand dieser Tabellen konnten von den Interviewten genutzte Maßnahmen und deren Resultate thematisch geordnet und so Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Vorgehen der Teilnehmenden und deren Auswirkungen herausgearbeitet werden.

4. Resultate

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie, die mit den beschriebenen Methoden erhoben wurden, dargestellt. Die befragten Expert*innen und deren Kontext werden beschrieben, um den Hintergrund der Datenerhebung transparent zu gestalten. Die erhobenen Daten werden in diesem Kapitel gestellten Leitfragen zugeordnet:

Welche Faktoren beeinflussen den Umstellungsprozess?

- Ergebnisse aus Analyseprojekt I

Lassen sich Phasen identifizieren? Wenn ja, wie verlaufen diese Phasen?

- Ergebnisse aus Analyseprojekt II

Wie erleben Ergotherapeut*innen ihre Arbeitsweise nach der Umstellung, im Vergleich zu vorher?

- Ergebnisse aus Analyseprojekt I

Diese Einteilung ermöglicht es in der Diskussion die Resultate zusammenfassend zu nutzen, um die globale Forschungsfrage „Wie gestalten Ergotherapeut*innen in der ambulanten Praxis in Deutschland die selbstgesteuerte Umstellung auf ein modellgeleitetes Vorgehen?“ zu beantworten (⇒5.).

Alle Aussagen werden mit wörtlichen Zitaten aus den Rohdaten belegt, gezogene Kausalmechanismen können im Anhang verfolgt werden, so wird eine objektive Präsentation der Ergebnisse gewährleistet (Gläser & Laudel, 2010, S. 204) (⇒A.16).

4.1. Beschreibung der Teilnehmenden

In der Studie wurden fünf Experteninterviews mit Ergotherapeut*innen geführt. Die Pseudonymisierung erfolgte zufällig. Die Autorinnen entschieden sich bewusst gegen die Verwendung von Namen, da diese die Objektivität beeinflussen können und beim Lesenden eine Erwartung hervorrufen könnten. Außerdem wurde auf eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Teilnehmenden verzichtet um deren Anonymität, im Sinne des Datenschutzes und des in Forschungsethik beschriebenen Prinzipien des Nicht-Schadens und Wohltuns nach Druml (2010), gewährleisten zu können (⇒A.7). Daher wurde hier auf Angaben zum Alter, zum Geschlecht und zum Bundesland verzichtet (⇒Tab.2). Eine weiterführende Darstellung der befragten Expert*innen befindet sich auch im Kapitel Forschungsmethodik (⇒3.3.1.).

Pseudonym	Ergotherapeut*in		Arbeitsstätte
	seit	Abschluss	
B	2001	<ul style="list-style-type: none"> • Staatliche Anerkennung 	Praxisleitung
C	2006	<ul style="list-style-type: none"> • Staatliche Anerkennung • Weiteres Studium der Medizinalfachberufe 	Praxisleitung
D	1992	<ul style="list-style-type: none"> • Staatliche Anerkennung 	Arbeitnehmer*in
E	2016	<ul style="list-style-type: none"> • Staatliche Anerkennung • Bachelor of Science Ergotherapie 	Arbeitnehmer*in
F	1994	<ul style="list-style-type: none"> • Staatliche Anerkennung 	Praxisleitung

Tabelle 2 Beschreibung der Teilnehmenden

4.2. Welche Faktoren beeinflussen den Umstellungsprozess?

▼ Kontext	0
Ressourcen	6
Barrieren	11
▼ ambulante Praxis	4
Barrieren	1
Ressourcen	25
▼ Team	19
Ressourcen	36
Barrieren	8
▼ Ergotherapeut*in	20
Barrieren	2
Ressourcen	19
Erleben der Arbeitsweise	17
▶ Klienten	11 (0)

Abbildung 13 Kategoriensystem zur Beantwortung der ersten Leitfrage

Zur Beantwortung dieser Frage ergaben sich im Analyseprozess zusätzlich zu den Kategorien, welche aus dem hypothetischen Modell übernommen wurden (Kontext, ambulante ergotherapeutische Praxis, Therapeut*innenteam, Ergotherapeut*in, zu implementierendes Modell), eine neue Kategorie: „Klient*in“ (⇒Abb.13). Um die Forschungsfrage beantworten zu können wurde, nach dem Herausbilden der relevanten Kategorien, jede auf Ressourcen oder Barrieren hin analysiert. Diese werden nun im weiteren Text beschrieben.

4.2.1. Kontext

Auf der Makroebene konnte die Kategorie „Kontext“ durch die Teilnehmenden genauer herausgearbeitet werden. Sie befasst sich mit beeinflussenden Aspekten außerhalb des Praxisgeschehens (⇒A.6).

Der Wunsch, die Inhalte des aktuellen Paradigmenwechsels in der Praxis umzusetzen, wird von den Expert*innen thematisiert. Als grundlegendes Problem wird aber auch die Anpassung der außerhalb Deutschlands entwickelten Modelle in die hiesige Praxis und Strukturen genannt. Dabei werden die

aktuellen Umstände und Vorgaben im deutschen Gesundheitssystem als Barrieren zur Umsetzung modellgeleiteten Arbeitens beschrieben. So bietet beispielsweise die genutzte Terminologie wenig Anknüpfungspunkte für betätigungsorientiertes Vorgehen. Die ergotherapeutischen Prozess- und Inhaltsmodelle des *Paradigmas der Partizipation* legen ein klientenzentriertes und betätigungsorientiertes Vorgehen zugrunde. Dies ist aus Sicht der Expert*innen im deutschen Gesundheitssystem so aktuell nicht realisierbar. Es wurde unter anderem das folgende Beispiel angeführt:

„Dass wir auch uns nicht mehr in Grauzonen bewegen, zum Beispiel wenn wir mit Klienten die Praxis verlassen und im Umfeld der Praxis Busfahren üben, Einkaufen gehen (...). Das sind bisher immer noch so Grauzonen, die aber eben eine betätigungsbasierte Ergotherapie benötigt.“ (Interview D, Absatz 73)

4.2.2. Ambulante ergotherapeutische Praxis

Die Kategorie der ambulanten Praxis lässt sich auf der Mesoebene einordnen. Hier werden institutionelle und organisatorische Gegebenheiten betrachtet (⇒A.6).

Die Teilnehmenden beschrieben auf dieser Ebene insbesondere die Unterstützung durch Vorgesetzte als relevanten Faktor. Ein guter Kontakt und flache Hierarchien innerhalb der Praxis wurden als förderliche Faktoren im Umstellungsprozess betrachtet. Dabei war die Rolle der Vorgesetzten eine motivierende und verstärkende, gleichzeitig wurde von ihnen aber auch erwartet, den Wandel in der eigenen Arbeitsweise mit zu vollziehen und aufzuzeigen.

Die Vorgesetzten selbst sahen sich in der Rolle des Initiators und Richtungsgebers, da sie häufig auch die Vision zu Beginn des Prozesses formulierten. Die Teilnehmenden, welche eine Praxisleitung innehaben, beschrieben es als essenziell, einerseits individuell auf Teammitglieder einzugehen und gleichzeitig einen gemeinsamen Prozess im Team zu fördern. Dabei fand die Unterstützung durch die Vorgesetzten nicht nur auf der ideellen Ebene statt. Das Bereitstellen von finanziellen und zeitlichen Ressourcen wirkte sich des Weiteren förderlich aus.

„Also als Praxisinhaber wirklich zu schauen (...) was kommt aus dem Team? Weil das nicht nur meine Vision ist, (...) sondern ein ganzes Team muss damit arbeiten und ich glaube, wenn man dann Anregungen aus dem Team wahrnimmt und die groß miteinbezieht, dann haben die auch richtig Bock da drauf.“ (Interview C, Absatz 86)

4.2.3. Therapeut*innenteam

Die Kategorie „Team“ umfasst Aussagen sowohl zu organisatorischen Strukturen (Teamzeiten etc.), als auch zu internen Abläufen und Einstellungen gegenüber dem Umstellungsprozess (⇒A.6).

Die Teilnehmenden legten viel Wert auf ein gemeinsames Vorgehen innerhalb des Prozesses, unabhängig davon, ob die Idee bzw. das Initiieren der Umstellung von den Mitarbeiter*innen oder den Vorgesetzten ausging. Ein Beispiel stellt die Möglichkeit zur Mitgestaltung oder das Bilden einer Steuerungsgruppe in Form von Vorreiter*innen dar. Widerstände im Team wurden sehr bewusst wahrgenommen und auf Basis einer guten Kommunikation und durch Wissensvermittlung gelöst.

Gemeinsame Entscheidungsprozesse nach dem Motto „alle gestalten mit“ wurden als hilfreich für den Umstellungsprozess empfunden. Die Neuerungen wurden erprobt und anschließend in Teambesprechungen evaluiert. Dabei fand die Erprobung individuell durch einzelne Therapeut*innen oder beispielweise durch eine Steuerungsgruppe statt.

Einzelne Teamkolleg*innen als hauptverantwortlich für den Umstellungsprozess zu benennen wurde von zwei Expert*innen als Förderfaktor bewertet. Diese Maßnahme trug zu einer Strukturierung und Kontinuität des Prozesses bei, könne aber auch zu Rollenkonflikten führen.

„Und es muss einer leiten und steuern, ansonsten verfranzt sich das. (...) Aber nicht immer kann man aus dem Team heraus gewisse Themen vertiefen. Sondern einfach aus der Rolle raus, dann holt man jemand extern und dann kann das Team auch dem nochmal besser zuhören, das aufnehmen“ (Interview D, Absatz 104)

Widerstände und Kommunikation

Als ein erschwerender Faktor werden Widerstände und unterschiedliche Haltungen dem Umstellungsprozess gegenüber benannt. Dies verlangsamt den Prozess, halte ihn aber nicht auf. Dabei beschrieben alle Teilnehmenden diese unterschiedlichen Einstellungen im Team gegenüber dem Wandel. Es wurde Wert darauf gelegt, die Gründe der Kolleg*innen für ihre Ängste zu verstehen, beispielsweise durch die erschwerte Umsetzung in spezifischen Fachbereichen oder die Ausbildung im motorischen Paradigma. Vor allem spielten aber Deprofessionalisierungsängste eine große Rolle.

„Teilweise waren das ja auch echte Existenzängste. 'Oh Gott, ist das denn noch die Ergotherapie, die ich eigentlich machen wollte?' oder 'Ist das das warum ich mir eigentlich damals den Beruf ausgesucht habe?'" (Interview B, Absatz 74)

Als von allen Teilnehmenden benannte Ressource, um mit diesen unterschiedlichen Haltungen umzugehen und einen gemeinsamen Prozess zu kreieren, gilt eine offene Gesprächskultur innerhalb des Teams. Diese ermöglicht es mit Ängsten umzugehen. Expert*in F. berichtet:

„Das sind zum Teil Widerstände, (...) die Gefahren sahen Kolleginnen, die sagten 'Oh, muss ich ja alles, was ich gelernt habe, über Bord werfen' und DAS, diese Ängste zu nehmen, dass wir jetzt vollkommen anders arbeiten als sie womöglich gelernt und bisher ja erfolgreich angewendet haben (...). Dass das NICHT der Fall ist, sondern eher, dass wir unseren Blickwinkel erweitern, erneuern oder verändern. Die Ängste zu nehmen, das ist ein ganz großer, wichtiger Prozess. (...) Also es braucht so etwas, wie so eine Kultur der Offenheit, (...) man darf sagen, wo es schwierig ist.“ (Interview F, Absatz 88 - 97)

Die beschriebene „offene Kommunikation“ basiert laut den Expert*innen zunächst auf der Grundstimmung innerhalb des Teams. Die Teilnehmenden beschrieben ihre Teams als sehr heterogen, insbesondere bezüglich Alter und Berufserfahrung. Dies wurde als förderlich angesehen, da jeder seine individuellen Stärken einbringen könne. Um diese positive Basis für den Umstellungsprozess zu nutzen, kamen verschiedene Maßnahmen zum Austausch und zur Kommunikation zur Anwendung. Es wurden Möglichkeiten zum informellen und formellen Gespräch geschaffen. Zeiten für gemeinsame Fallbesprechungen, aber auch einzelne Supervision und Absprachen innerhalb der Fachbereiche, fanden regelmäßig statt.

Im Rahmen des Umstellungsprozesses wurden beispielsweise gezielt Arbeitskreise gebildet. Die Inhalte der regelmäßigen Teamsitzungen veränderten sich dahingehend, dass zunehmend Fallbesprechungen und interne Supervision genutzt wurden, um Teamkolleg*innen individuell im Veränderungsprozess zu unterstützen.

4.2.4. Ergotherapeut*in

In dieser Kategorie werden Faktoren beschrieben, die von dem/der Ergotherapeut*in ausgehen und den Umstellungsprozess erleichtern oder erschweren (⇒A.6).

Ressourcen für den individuellen Veränderungsprozess sind zum einen die Motivation der Ergotherapeut*innen, aber auch deren Neugierde und Interesse an der persönlichen beruflichen Weiterentwicklung. Gerade der Wunsch oder die Suche nach einer beruflichen Identität wird im Anfangsstadium des Umstellungsprozesses als ein fördernder Faktor genannt. Dabei boten die ergotherapeutischen Modelle die Möglichkeit zur Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen und erhöhten so das eigene Bewusstsein für den Gegenstandsbereich der Ergotherapie.

„Ich habe überlegt, Mensch, wie kriege ich auch selber so ein bisschen die Erklärung, was ist Ergotherapie? (...) Und in diesem Modell ist das für mich als Erklärungsart für Ergotherapie AUCH im Unterschied zu Physiotherapie, nochmal deutlicher.“ (Interview F, Absatz 40)

Die Teilnehmenden beschrieben eine hohe Motivation theoretische Inhalte in der Praxis umzusetzen und so ihrer Berufsidentifikation Ausdruck zu verleihen. Für diesen Theorie-Praxis-Transfer galt es eigene Gewohnheiten zu verändern, die dem Umstellungsprozess im Wege standen. Die Therapeut*innen wurden sich ihrer vorhandenen und fehlender Kompetenzen bewusst. Der hohe Energieaufwand hierfür wird als Hemmnis beschrieben. Möglichkeiten zur Kompetenzerweiterung fanden sich auf der Teamebene (⇒4.3.2.)

4.2.5. Zu implementierendes Modell

In dieser Kategorie wird auf die zu implementierenden Modelle, ihren Nutzen und ihre Anpassung eingegangen (⇒A.6).

Zunächst fand in den Teams eine Art Bestandsaufnahme statt. Es wurde sich mit vorhandenem oder fehlendem modellspezifischem Wissen auseinandergesetzt und eine gemeinsame Wissensbasis für den Prozess geschaffen, durch Austausch, externe Referenten und Fortbildungen. Die Modellinhalte, wie das jeweilige Prozessmodell und spezifische Assessments, wurden einzeln erarbeitet und nach Teamentscheidungen in der Praxis erprobt. Die Teilnehmenden gingen schrittweise bei der Implementierung vor. In anschließenden Evaluationen wurde wiederum gemeinsam darüber entschieden, wie die Inhalte individuell auf den jeweiligen Praxiskontext angepasst werden können (⇒4.3.2.).

Deutlich wird, dass die zu implementierenden Modelle zum einen zur Strukturierung der neuen Arbeitsweise, als auch zur Strukturierung des Umstellungsprozesses an sich verwendet wurden. Die Modelle dienten als „Fahrplan“ (Interview F, Absatz 64) zur Veränderung der eigenen Arbeitsweisen. Expert*in E. nutzte die Modelle vor allem als visuelle Unterstützung um die neue Arbeitsweise dem Klientel zu erläutern (Interview E, Absatz 72).

„Und das hilft schon echt enorm dieses Prozessmodell neben sich liegen zu haben und immer zu gucken, wie geht es weiter.“ (Interview B, Absatz 96)

4.2.6. Klient*in

Als eine neue relevante Kategorie kristallisierte sich der/die „Klient*in“ während der Analyse heraus. Innerhalb der Interviews wurde mehrfach die Kommunikation über den Veränderungsprozess mit der Klientel angesprochen, deren Beteiligung sowie der Umgang mit Klient*innen, die sich dem Prozess verweigern. Mit diesen Herausforderungen gehen die Teilnehmenden unterschiedlich um.

Die Expert*innen legen großen Wert darauf, die Klienten über den Umstellungsprozess zu informieren und so Veränderungen bezüglich der Therapieinhalte und des Vorgehens anzubahnen. Dabei nutzen sie verschiedene Strategien. Sie suchen das persönliche Gespräch oder nutzen Visualisierungshilfen wie Flyer mit Informationen oder Abbildungen des Prozessmodells, um den Klient*innen die veränderte Arbeitsweise zu erläutern. Ebenso wie bei den Ergotherapeut*innen selbst, zeigten diese unterschiedliche Reaktionen auf den Wandel.

„Ein Großteil war sehr positiv überrascht. Es gibt natürlich immer ein oder zwei die dann sagen 'Nee, ich möchte, dass das so bleibt wie es immer schon war.'“
(Interview E, Absatz 54)

Die erfolgreiche Integration der Klienten in den Umstellungsprozess wurde als starker Motivator beschrieben.

„Das habe ich bei meinen Patienten sehr viel gemerkt und das haben die auch im Nachhinein gesagt, dass sie es sehr schön fanden, von mir mitgenommen zu werden in dem Prozess (...).“ (Interview E, Absatz 97)

Die Klienten stellten außerdem einen wichtigen Faktor bei der Erprobung neuer Arbeitsweisen dar, um den Therapeut*innen ein schrittweises Umstellen der eigenen Vorgehensweise zu ermöglichen.

„Das heißt, dass man nicht sagt 'So (schlägt die Faust auf den Tisch) wir hatten jetzt eine Weiterbildung, jetzt müssen wir das zack, direkt machen.' sondern dass man sagt 'Okay, die nächsten drei Monate nehmen wir mal das Betätigungsprofil, erprobt das jeder mit zwei Klienten die gut gehen, die einfach sind.'“ (Interview D, Absatz 106)

4.3. Lassen sich Phasen im Prozess identifizieren? Wenn ja, wie gestalten sie sich?

Die befragten Expert*innen beschrieben den Ablauf des Umstellungsprozesses als sehr dynamisch und individuell für jedes einzelne Teammitglied. Um Aussagen bezüglich einzelner Phasen aus den Rohdaten extrahieren zu können, wurde das Prozessmodell nach Balogun et al. (2016) zugrunde gelegt (⇒2.3.1., 3.1.3.). Die Prozessschritte wurden für jeden einzelnen Teilnehmenden und abschließend in einer Synthese zusammengefasst. Hieraus ergaben sich Kernthemen in den einzelnen Phasen. Vor allem die Wissensgenerierung innerhalb des Therapeut*innenteams konnte als relevanter Faktor in allen Phasen identifiziert werden, weshalb noch einmal übergreifend darauf eingegangen werden soll (⇒4.3.2.). Die Zeit als grundlegende Achse im Modell nach Balogun et al. (2016) wird außerdem in ihrem Einfluss auf den Prozessverlauf beschrieben (⇒4.3.1.).

Während der Analyse wurde für jeden Umstellungsprozess ein Schaubild mit relevanten Schritten erarbeitet. An Tabelle 3 lässt sich zusammenfassend erkennen, welche Inhalte in welcher Phase von den Teilnehmenden als bedeutsam charakterisiert wurden.

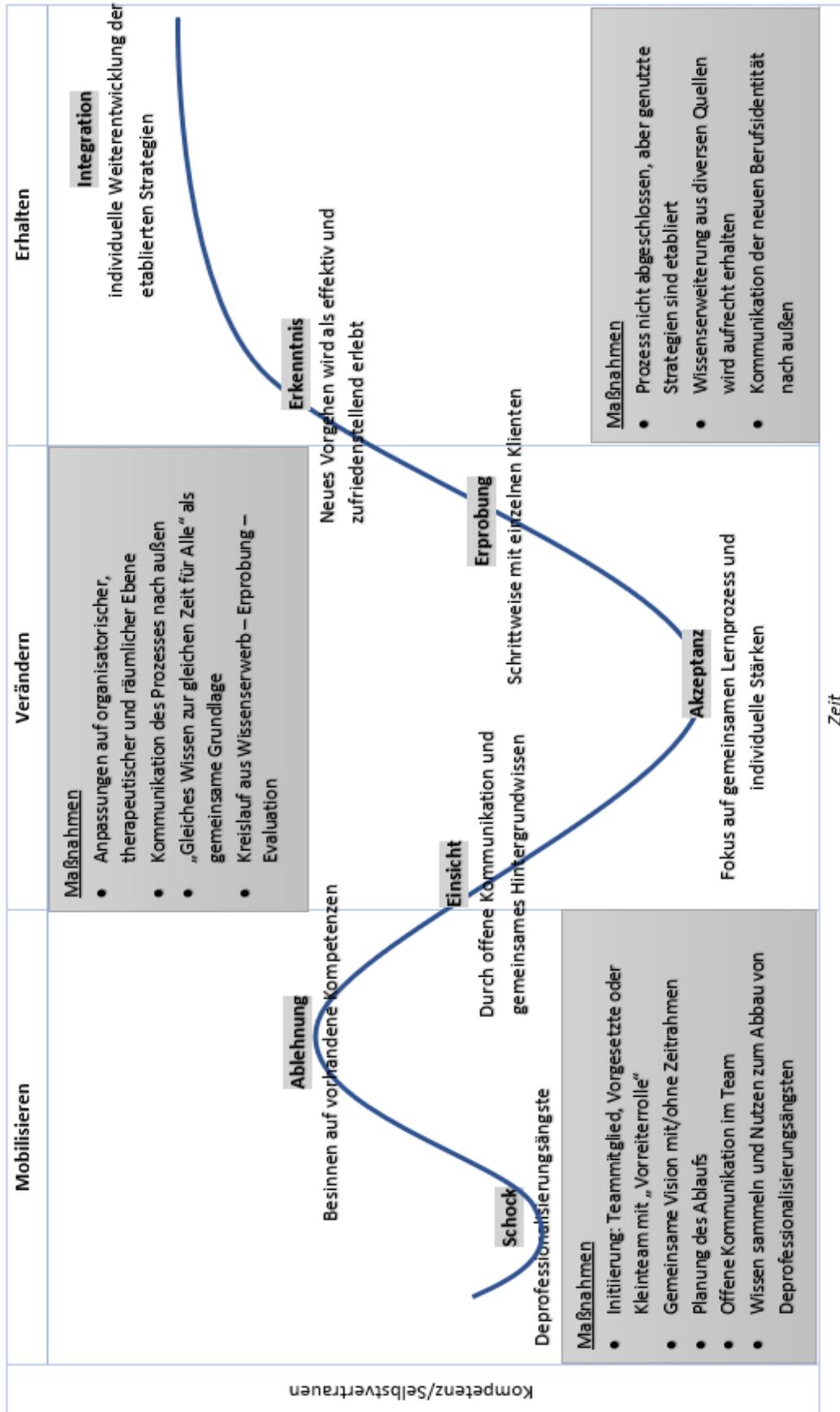


Tabelle 3 Synthese der Umstellungsprozesse der Teilnehmenden, Abbildung angelehnt an Balogun et al. (2016)

4.3.1. Zeit

Die fünf Expert*innen nennen den Faktor „Zeit“ als eine relevante Gegebenheit im Umstellungsprozess. Dessen Relevanz spiegelte sich in allen Ebenen und Bereichen des Prozesses wider, er wird deshalb zentral an dieser Stelle beschrieben. Seine Auswirkungen beeinflussen den Umstellungsprozess auf jeglicher Ebene.

Der Umgang mit einem festgelegten Zeitrahmen für den Umstellungsprozess war dabei unterschiedlich. Zeitliche Vorgaben oder Einschränkungen konnten sich in Form von Zeitdruck hinderlich und als Stressfaktor auswirken. Der bewusste Umgang mit Zeit, bzw. das Bereitstellen von zeitlichen Ressourcen, um allen Mitarbeitern ein individuelles Voranschreiten im Prozess zu ermöglichen, wurde als kritischer Punkt von den Teilnehmenden formuliert. Dabei wurden von den Expert*innen stark unterschiedliche Herangehensweisen gewählt. So verzichteten manche Teilnehmenden komplett auf zeitliche Vorgaben zur Strukturierung des Prozesses, um keinen Druck aufzubauen.

„Es war nicht klar, und nächste Woche muss der nächste Schritt sein, sondern wenn das eine sich gefestigt hatte, dann konnte der nächste Schritt kommen. (...) man hätte es vielleicht auch in einer kürzeren Zeit schaffen können. Aber es ist die Frage, wie hätten sich dann die Kollegen angenommen gefühlt.“ (Interview B, Absatz 79)

Andere Interviewte berichteten, dass das Vereinbaren eines Zeitrahmens vorab der Implementierung auch Ängste reduzieren und den Prozess überschaubar und greifbarer darstellen könne. Mangelnde zeitliche Ressourcen wurden vor allem im Bereich der Einarbeitung neuer Mitarbeiter oder beim Wiedereinstieg nach der Elternzeit beschrieben. Dies könne hemmende Wirkung auf den Verlauf des Umstellungsprozesses haben.

In der Rückschau auf den Prozess beschrieben die Expert*innen es zudem als relevant, sich bewusst zu machen, dass die Umstellung dynamisch verlaufe und im Vorhinein schwer abzuschätzende zeitliche Ressourcen fordere.

4.3.2. Wissensimplementierung

Zentraler Aspekt des Umstellungsprozesses war das Erwerben und Implementieren von neuem Wissen in die ergotherapeutische Praxis. Dabei kristallisierten sich zwei Kernthemen heraus: „Gleiches Wissen für alle zur gleichen Zeit“ und ein Zyklus aus „Wissen sammeln – erproben – anpassen – implementieren“.

„Gleiches Wissen für alle zur gleichen Zeit“

Alle Expert*innen strebten in ihren Umstellungsprozessen einen gemeinsamen Lernprozess für das gesamte Team an. Dies wurde beispielsweise durch den gemeinsamen Besuch von Fort- und Weiterbildungen oder das Einladen externer Referenten zu modellspezifischen Themen erreicht. Dieser gemeinsame Wissenserwerb steigerte zudem das „Wir-Gefühl“ im Team und erleichterte die Nutzung einer einheitlichen Terminologie.

„Und der Zusammenhalt vom Team ist enorm. Weil diese Weiterbildungen, Workshops und Fortbildungstage, die wir miteinander haben, haben natürlich auch als Team zusammengeschweißt.“ (Interview C, Absatz 75)

„Wissen sammeln – erproben – anpassen – implementieren“

Ein grundlegendes Thema während des Umstellungsprozesses stellte für die Teilnehmenden das Generieren, Teilen und Anwenden von Wissen dar. Dabei wurden verschiedene Quellen zur Wissenserweiterung identifiziert.

Zu Beginn waren die Initiatoren des Prozesses oftmals auch die vorrangige „Wissensquelle“, um dem Team grundlegende Informationen zu vermitteln. Diese verfügten über Wissen zum modellgeleiteten Arbeiten, beispielsweise aus der Ausbildung im *Paradigma der Partizipation*, einem Studium der Ergotherapie oder spezifischen Weiterbildungen und gaben dieses im Rahmen der Phase *Mobilisieren* an das Team weiter.

Im Verlauf wurden zunehmend externe Wissensquellen genutzt. Beispielsweise durch In-House-Schulungen oder gemeinsames Erarbeiten von Fachliteratur. Das modellspezifische Wissen wurde im Verlauf von den Teammitgliedern schrittweise zunächst bei einzelnen Klienten oder durch Kolleg*innen der Steuerungsgruppe erprobt. Anschließend fand eine Evaluation im Team statt, sodass anhand gemeinsamer Entscheidungen neue Vorgehensweisen, organisatorische Vorgaben, neue Formulare etc. angepasst werden konnten. Diese Anpassungen wurden erneut erprobt. So ergaben sich innerhalb des Praxisteam individuelle Strategien zur Evaluation und Implementierung der ergotherapeutischen Modelle.

Eine wichtige Erkenntnis in der Phase des Veränderns war dabei die Besinnung auf die vorhandenen individuellen Fähigkeiten der Teammitglieder und die Kombination dieser mit neuen, zu erlernenden Fertigkeiten.

„Da brauche ich meine Kompetenzen von früher (...). Weil ich sonst keinen nachhaltigen Effekt habe.“ (Interview F, Absatz 57)

Die erlernten Strategien zur Implementierung des Wissens werden in der Phase *Erhalten* routiniert eingesetzt, weshalb die Teilnehmenden den Prozess als fortlaufend, aber weniger intensiv, wahrnehmen. In dieser Phase wird Wissen aus diversen Quellen genutzt, die Therapeut*innen kennen und nutzen Strategien zur Anpassung der Inhalte an den individuellen Praxisalltag und implementieren so effizienter.

4.3.3. Mobilisieren

Der Beginn des Prozesses wurde bei den Expert*innen durch verschiedene „Initiatoren“ gestartet. Dies konnten Vorgesetzte, einzelne Teammitglieder oder Gruppen von Therapeut*innen als Vorreiter sein. Diese „Initiatoren“ führen ihre Idee zum modellgeleiteten Arbeiten meist auf diesbezügliches Hintergrundwissen, beispielsweise Fortbildung oder Studium, zurück. Alle Teilnehmenden legten besonderen Wert darauf, diese Motivation auf das gesamte Team zu übertragen. Dies geschah durch gemeinsame Entscheidungsprozesse, beispielsweise bezüglich des gewählten Praxismodells oder einer gemeinsamen Vision.

Die Vision

Das Formulieren einer Vision wurde von allen Expert*innen als relevanter Schritt im Prozess beschrieben. Die Inhalte bezogen sich sowohl auf praxisinterne Bereiche wie eine Steigerung der Berufsidentität, Zusammenhalt im Team und Sicherheit durch strukturiertes Vorgehen, als auch auf eine Wirkung auf externe Bereiche, wie die Außenwirkung der Praxis oder die Umsetzung des von

extern geforderten Paradigmenwechsels. Das Vorhandensein einer Vision diene dabei auch dazu, den Prozess im Vorhinein zu strukturieren, und teamintern abzuklären „wo kommen wir her und wo soll die Reise hingehen“ (Interview B Absatz 93).

Die Diversität, der von den Teilnehmenden formulierten Visionen, kann an folgenden Beispielen verdeutlicht werden:

„Wir arbeiten nach diesem Modell, als gesamtes Team. Und sprechen damit eine Sprache.“ (Interview C Absatz 59)

„(...) dass die Vorgesetzte ein Wir-Gefühl schaffen wollte. Also das ganz klar ist WIR sind Ergotherapeuten und DAS machen wir.“ (Interview D, Absatz 48)

„Es hat Imagegründe, (...) aber auch (...) um eine gemeinsame Grundlage zu haben innerhalb des Teams.“ (Interview F Absatz 26)

Der Plan

In manchen Fällen wurde bereits zu Beginn, ein Plan für den Umstellungsprozess aufgestellt und eine Person aus dem Team mit der schrittweisen Umsetzung betraut. Diese Vorgehensweise vermittelte den Teammitgliedern Sicherheit. Als Struktur zur Orientierung wurde hier auch das gewählte Prozessmodell als „eine Art Fahrplan“ (Interview F Absatz 64) genutzt, um dessen Inhalte schrittweise umzusetzen. Im Gegensatz hierzu war bei anderen Teilnehmenden nicht immer die Zielstellung bereits zu Beginn des Prozesses explizit festgelegt. So wurde teilweise auch auf die Formulierung eines Plans verzichtet, um die Teammitglieder nicht unter Zeitdruck zu setzen. Die Zeit als relevanter Faktor wurde besonders zu Beginn des Prozesses betont, hatte aber auch Auswirkungen auf den Verlauf (⇒4.3.1.).

Die bereits beschriebenen Deprofessionalisierungsängste und Widerstände einzelner Kolleg*innen innerhalb des Teams traten vor allem zu Beginn des Prozesses auf (⇒4.2.3.). Um mit Schock und Ablehnung umzugehen, wurde Wert darauf gelegt, alle bei der Gestaltung des Prozesses einzubeziehen und bei auftretenden Problemen individuelle Lösungen zu suchen.

4.3.4. Verändern

Die Veränderungen innerhalb des Umstellungsprozesses vollzogen sich sowohl auf der organisatorischen wie auch der therapeutischen Ebene. Basis für diese Wandlungsprozesse stellten dabei einerseits die Kommunikation innerhalb des Teams (⇒4.2.3.) und andererseits die Etablierung von Strategien zur Wissensimplementierung dar (⇒4.3.2.).

Institutionsebene

Auf der institutionellen Ebene wurden organisatorische Gegebenheiten verändert und angepasst, um ein modellgeleitetes Arbeiten zu ermöglichen und zu fördern. Diese Veränderungen erstreckten sich über das Erstellen neuer Berichtsraster, Dokumentationen, das Kennenlernen neuer Assessments und die Anpassung des Qualitätsmanagements bis hin zur Nutzung neuer Medien. Dabei bot die Orientierung am gewählten ergotherapeutischen Modell den Rahmen innerhalb dessen Anpassungen vorgenommen wurden. Neuerungen wurden schrittweise erprobt und im Team evaluiert, sodass die Therapeut*innen im individuellen Tempo Sicherheit im Umgang mit den neuen Strukturen gewinnen.

„Und dazu gibt es dann wieder eine Evaluation nach drei, vier Monaten. Wenn das (Instrument) benutzt wurde, zu gucken, wie gut geht das, (...) dass man das anpasst.“
(Interview D, Absatz 70)

Therapeutenebene

Um die therapeutische Vorgehensweise zu verändern wurde ein kleinschrittiges Vorgehen und regelmäßige Evaluation und Reflektion von den Teilnehmenden beschrieben. Auch auf dieser Ebene bot das ergotherapeutische Modell Orientierung. Nachdem erste Widerstände und Ängste überwunden wurden, konnten Anzeichen für ein Eintreten in die Phasen der *kognitiven Einsicht* und *emotionalen Akzeptanz* beobachtet werden. Dabei beschrieben die Expert*innen zunächst die theoretische Auseinandersetzung mit den Modellinhalten (Prozessmodell, Assessments, etc.) und daraufhin die Erprobung ausgewählter neuer Strategien bei einzelnen Klienten. Sie nutzten eine Vielzahl an Strategien, um gemeinsam im Prozess voranzuschreiten (⇒A.16).

Das Vorgehen wurde im Nachhinein im Team besprochen und evaluiert. Diese Abfolge des Generierens von Wissen, Erprobung der Umsetzung im Alltag und anschließende Evaluation im Team liefen in einem dynamischen Prozess ab, der sich für die Integration neuer Inhalte wiederholte (⇒4.3.2.). Eventuellen Rückschritten in diesem Ablauf konnte hier nun auf der Teamebene selbstbewusst begegnet werden.

Vorgaben und Steuerung durch die Vorgesetzten sowie zeitliche Abläufe variierten in dieser Phase stark.

„Also das braucht Zeit, (...) dass es zu Routine und leicht wird. Dass es selbstverständlich wird, dass man so arbeitet“ (Interview D, Absatz 99)

„Sobald die Patienten aufgeklärt wurden, habe ich einfach gesagt 'Hey, wir machen jetzt ein COPM und wir machen das jetzt auf eine andere Art und Weise.' Dann ging das eigentlich ganz schnell.“ (Interview E, Absatz 57)

Durch die gewonnenen Erfahrungen auf der institutionellen und der therapeutischen Ebene konnten in der Konsequenz Veränderungen in der physischen Umwelt beschlossen werden. Es wurden Materialien aussortiert. Die Einführung neuer Materialien erfolgte ähnlich wie bei den therapeutischen Methoden in einem Kreislauf der Erprobung, Evaluation und Teamentscheidung. Teilweise beschrieben die Teilnehmenden sogar größere räumliche Umbauten, um das gesamte Erscheinungsbild der Praxis an die modellgeleitete Arbeitsweise anzupassen.

„(...) das Handwerk ist ziemlich ausgezogen aus unserer Praxis. Wir haben Abschied gefeiert von Peddigrohr (...). Dafür ist aber viel mehr Alltag in unsere Praxis eingezogen. Also eine große Küche, ein Bügelbrett (...) und alles was man so im Alltag findet.“ (Interview D, Absatz 53 - 55)

Zusätzlich gewinnt in dieser Phase die Kommunikation mit Personenkreisen außerhalb des Praxisteam an Bedeutung. Die Expert*innen beschrieben die Notwendigkeit Klientel, erweiterte Klientel, Mediziner*innen und angrenzende Berufsgruppen über den Wandel aufzuklären. Dies trug dazu bei, das externe Berufsbild zu schärfen und die Berufsidentifikation zu vertiefen (⇒4.2.4.).

4.3.5. Erhalten

Alle Teilnehmenden beschrieben in der Rückschau den Prozess als weiter voranschreitend, wenn auch meist als weniger intensiv. Es wird deutlich, dass die etablierte Strategie der Erprobung, Evaluation und Teamentscheidung weiterhin angewendet wird, um externes Wissen zu bewerten und zu integrieren. Das verschriftliche Wissen dient nun zur Reflexion und Teamveranstaltungen bilden ein weiteres Standbein, um die erreichten Veränderungen aufrecht zu erhalten.

„Also ich glaube, das ist ein Prozess. (...) fertig ist man nie. Und das muss man sich immer wieder vor Augen führen und das muss einem klar sein. Wenn ich jetzt starte, und sage 'Okay, ich mache diese Implementierung' auch den Weg zu gehen oder den Gedanken zu haben 'Ich bin nie damit fertig.'“ (Interview C, Absatz 91)

4.4. Wie erleben Ergotherapeut*innen ihre Arbeitsweise nach der Umstellung im Vergleich zu vorher?

4.4.1. Unsicherheit und wenig Struktur

Die Expert*innen beschreiben das Erleben ihrer Arbeitsweise vor dem Umstellungsprozess sehr individuell. Oftmals erlebten sie das ergotherapeutische Vorgehen ohne Modellorientierung als „schwammig“ (Interview C, Absatz 52) und gerade für Berufsanfänger*innen mit vielen Unsicherheiten verbunden. Therapieverläufe seien unstrukturierter und für die Klienten nicht transparent. Die fehlende Definition des Gegenstandsfeldes der Ergotherapie gehe mit einer mangelnden Berufsidentität einher, die so auch nicht nach außen kommuniziert werden könne. Dies wiederum führe zu wenig Anerkennung durch Außenstehende.

„Also wir arbeiten mit Logos, mit Physios zusammen, die haben sich natürlich auch immer gefragt 'Was machen die Ergos eigentlich?'. Und ganz selbstkritisch: wir konnten es nie auf den Punkt bringen, was wir machen.“ (Interview D, Absatz 38)

4.4.2. Herausfordernde Neuerungen

Diese Betonung der „Sehnsucht nach Berufsidentifikation“ (Interview D, Absatz 38) und damit einhergehend auch eine gesellschaftliche Wertschätzung können als ein möglicher Auslöser für den Umstellungsprozess gesehen werden. Diese Ansprüche fanden die Teilnehmenden im modellgeleiteten Arbeiten erfüllt. Ausgehend von dieser Motivation war die eigene Arbeitsweise während des Umstellungsprozesses zunächst einigen Veränderungen unterworfen. Einerseits beschrieben die Teilnehmenden das Nutzen eines Prozessmodells schon früh in der Phase des Veränderens als unterstützend, andererseits wurde der gesamte Prozess aufgrund seines dynamischen Verlaufs auch als frustrierend erlebt. Die neue Arbeitsweise stellt eine „Herausforderung“ (Interview F, Absatz 74) dar. Als hilfreich wurde es erachtet, sich kleine Fortschritte und vorhandene Kompetenzen bewusst zu machen, um diese mit neuem Wissen zu kombinieren.

„Und das hilft schon echt enorm dieses Prozessmodell neben sich liegen zu haben und immer zu gucken, wie geht es weiter.“ (Interview B, Absatz 96)

In der Phase der *Erkenntnis*, teilweise bereits während der *Erprobung*, erleben die Ergotherapeut*innen einen Wandel auf der strukturellen Ebene durch die Veränderung von

Abläufen und Vorgehensweisen. Es findet aber auch ein Wandel auf der individuellen Ebene statt, resultierend in einer stärkeren Berufsidentifikation (⇒4.2.4.).

4.4.3. Berufsidentität und Zufriedenheit

Die Arbeitsweise nach dem Umstellungsprozess wird von den Teilnehmenden als transparent und klar strukturiert beschrieben. Durch den zunehmenden Alltagsbezug und die Betätigungsorientierung innerhalb des modellgeleiteten Vorgehens seien Therapieinhalte „schlüssig“ und „machen mehr Sinn“ (Interview C, Absatz 43), sowohl aus Sicht der Therapeut*innen, als auch der Klient*innen. Das modellgeleitete Arbeiten wird als effektiver empfunden. Es bietet eine fest umrissene Struktur durch z.B. die Prozessmodelle, und gebe somit insbesondere Berufsanfängern Sicherheit. Durch klare Zielformulierung werde die Therapie messbarer und für den Klienten und Therapeuten werden Fortschritte sichtbarer, was beim Gelingen zu einer subjektiv erhöhten Zufriedenheit auf beiden Seiten führt.

„(...) dass das Feedback von den Klienten sehr positiv ist und sie wesentlich zufriedener sind mit dem Prozess wie er jetzt ist. Und sich mehr gehört fühlen, das ist das was ich oft höre. Sie fühlen sich besser verstanden und haben das Gefühl etwas zu machen, was einen Sinn hat, statt einfach nur da zu sitzen und den Arm hoch und runter zu bewegen.“ (Interview E, Absatz 65)

Gerade in der therapeutischen Beziehung zum Klienten beschreiben die Expert*innen das Entdecken eines neuen Blickwinkels. „Langzeitpatienten“ machten durch das veränderte Vorgehen Fortschritte (Interview E, Absatz 54). Dies setzte aber auch eine veränderte Art der Kommunikation voraus, um den Gegenstandsbereich der Ergotherapie Anderen transparent darzustellen. Voraussetzung hierfür ist nun die Veränderung auf der individuellen Ebene – also der inneren Einstellung der Ergotherapeut*innen.

Durch eine klare Berufsidentität und ein klares Rollenverständnis wird die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen möglich. Dadurch finden eine erleichterte und verbesserte interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit statt. Den Therapierenden fällt es leichter, ihren Beruf nach außen zu vertreten. Diese positive Außendarstellung wurde auch als Alleinstellungs- und Qualitätsmerkmal der Praxis erlebt.

„Ich finde das Team ist selbstbewusster geworden (...) und man merkt schon, dass das Team sich klarer von Arbeitsweisen anderer Fachbereiche abgrenzen kann. (...) und das finde ich, ist ganz wertvoll geworden und eine riesige Veränderung in den letzten Jahren.“ (Interview C, Absatz 74)

4.5. Wie gestalten Ergotherapeut*innen in der ambulanten Praxis in Deutschland die selbstgesteuerte Umstellung auf ein modellgeleitetes Vorgehen?

Zur Beantwortung der globalen Forschungsfrage können nun die Resultate der Leitfragen zusammengefasst werden. Dabei wird deutlich, dass das aktive Vorgehen der Ergotherapeut*innen vor allem auf der Mesoebene – innerhalb des Praxisteam – beschrieben wird. Faktoren der Makroebene sind als Auslöser, Ressourcen oder Barrieren im Prozess relevant. Das modellgeleitete Arbeiten wird durch Teamprozesse faziilitiert, sodass durch Wissenszuwachs, gemeinsame Evaluation und Motivation, Veränderungen auf der Mikroebene möglich werden. Vor allem im Kontakt zum Klientel liegt dabei ein Faktor, der, positiv genutzt, eine große Ressource darstellen kann.

Ergotherapeut*innen durchlaufen einen Prozess, der durch das Phasenmodell nach Balogun et al. (2016) dargestellt werden kann. Dem reduzierten Selbstbewusstsein und den Deprofessionalisierungsängsten in den Phasen *Schock* und *Ablehnung* wird dabei durch offene Kommunikation im Team und Bewusstmachen vorhandener Kompetenzen begegnet. In der Phase *Verändern* etablieren sich effektive Strategien, um das theoretische Modellwissen schrittweise in die Praxis zu implementieren. Auf diese Wissensimplementierung wird in Kapitel 5.2 detaillierter eingegangen. Dabei werden die Modellinhalte durch Erprobung und Evaluation im Team individuell an den eigenen Praxiskontext angepasst und so für alle nutzbar gemacht. Die Veränderungen finden auf verschiedenen Ebenen statt: Es verändern sich organisatorische Strukturen (Dokumentation, Berichtsschema, vorhandene Assessments, etc.), was die Umstellung der Arbeitsweise erleichtert (Strukturierung der Therapie anhand von Prozessmodellen, Nutzen modellspezifischer Assessments, etc.). Oftmals erfolgte eine Anpassung der Praxisräumlichkeiten, um die neue Arbeitsweise auch hier darzustellen. Diese erfolgreichen Strategien ermöglichen den Kompetenzzuwachs der einzelnen Ergotherapeut*innen (⇒5.3.2.) und bleiben auch in der Phase des Erhaltens bestehen, weshalb die Teilnehmenden den Prozess als nicht endend beschreiben.

„Und das ist ein langer Weg. Das ist jetzt nicht von heute auf morgen, dass man sagt 'Okay, das ist jetzt fertig und es arbeiten alle danach.' Ist zwar schön (...) das hinzukriegen, aber ich sage mal, das ist ein Prozess. Es ist etwas, das Zeit braucht. Und man spreche nicht von einem Jahr, sondern eher von JAHREN.“ (Interview F, Absatz 50)

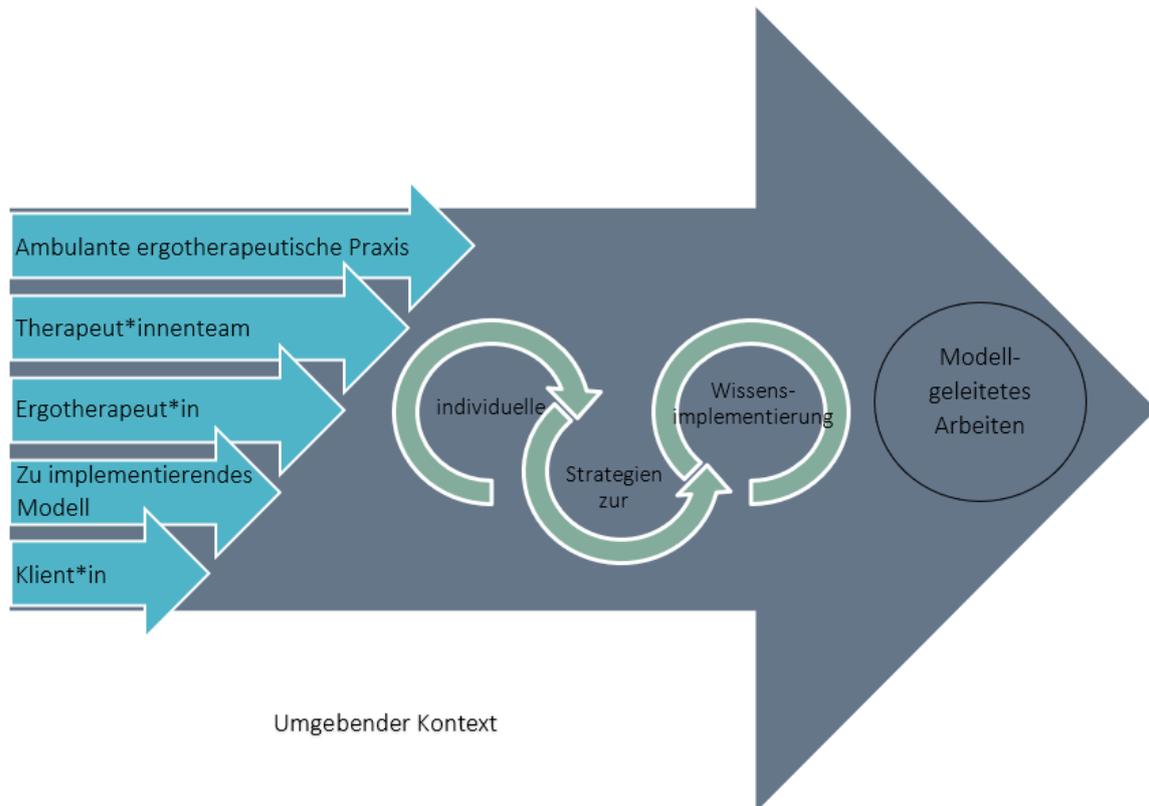


Abbildung 14 Hypothetisches Modell nach Integration der Resultate

Die Autorinnen integrierten die Resultate dieser Forschungsarbeit in das erarbeitete theoretische Modell, um einen Überblick über die erzielten Ergebnisse zu ermöglichen (⇒Abb.14).

Die neue Kategorie „Klient*in“ wurde ergänzt, um sie als relevanten Faktor zu integrieren. Dabei stellt die Größe der Pfeile keine Hierarchie, sondern die individuell erfolgende Entwicklung innerhalb des Prozesses dar. Der Prozess als grauer Pfeil bildet den Hintergrund und beinhaltet somit die Veränderungen auf den vielfältigen Ebenen. Die ineinander greifenden Kreise verdeutlichen die individuellen Strategien zur Wissensimplementierung, welche in Form eines Zyklus ablaufen (⇒5.2.2.). Das modellgeleitete Arbeiten ist nicht mehr als Ziel und somit Endpunkt des Prozesses dargestellt, da die Teilnehmenden die Fortsetzung und dauerhafte Implementierung der Strategien in die Praxis beschrieben. Zudem soll dieses „offene Ende“ der flexiblen Dauer und Relevanz des zeitlichen Aspekts des Umstellungsprozesses Rechnung tragen.

Die herausgearbeiteten Kernpunkte der Resultate zu den gestellten Forschungsfragen werden in der nun folgenden Diskussion mit nationaler und internationaler Literatur in Verbindung gebracht.

5. Diskussion

Anhand der erzielten Ergebnisse dieser Forschungsarbeit und nationaler, wie internationaler Literatur lassen sich Handlungsempfehlungen für Praxen in Umstellungsprozessen ableiten. Diese werden im folgenden Kapitel diskutiert. Zur Strukturierung orientiert sich dieses an den beschriebenen Variablen auf Mikro-, Meso- und Makroniveau (⇒2.). Dabei werden auf jeder Ebene Strategien gesammelt, deren Anwendung auf Basis der Diskussion in Umstellungsprozessen sinnvoll erscheint. Diese Strategien werden als Handlungsempfehlungen in der Schlussfolgerung abschließend dargestellt (⇒6.).

5.1. Makroebene: Zeit und Kontext

Der Einfluss des Kontextes, vor allem durch Vorgaben des Gesundheitssystems (⇒4.2.1.), welche betätigungsorientiertes und modellgeleitetes Arbeiten erschweren, wird ebenfalls von anderen Autoren beschrieben (Kievelitz, 2014; Mulligan, White, & Arthanat, 2014). Diese Einschränkungen scheinen sich somit nicht speziell auf das deutsche Gesundheitssystem zu beziehen, sondern bestehen aufgrund des biomedizinischen und funktionsorientierten Ansatzes im Gesundheitswesen auch in anderen Ländern (Gupta & Taff, 2015; Owen, Adams, & Franszen, 2014; Townsend & Polatajko, 2013). Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang, dass die zögerliche Implementierung modellgeleiteten Arbeitens in Deutschland scheinbar nicht damit zusammenhängt, dass die internationalen Modelle speziell mit dem deutschen Gesundheitssystem inkompatibel seien. Vielmehr scheint der Perspektivwechsel hin zu Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung international mit dem biomedizinischen Fokus im Gesundheitswesen zu kontrastieren. In diesen Bereichen wären daher tiefergehende Untersuchungen interessant, die die Implementierung ergotherapeutischer Modelle in verschiedenen Gesundheitssystemen vergleichend analysieren.

Der Faktor Zeit ist im Umstellungsprozess zu modellgeleitetem Arbeiten in zwei Bereichen relevant. Zunächst gilt es, auf der institutionellen und organisatorischen Ebene ausreichend Zeit zur Verfügung zu haben, um sich mit Inhalten und Prozessschritten auseinander zu setzen. Vor allem diese zeitlichen Ressourcen, wurden sowohl von den Expert*innen als auch in der Literatur als relevanter Faktor identifiziert (Aiken et al., 2011; Ashby et al., 2013; Daud et al., 2015; Enemark Larsen et al., 2019; Mulligan et al., 2014).

Des Weiteren ist die Gesamtdauer des Umstellungsprozesses zu bedenken, wobei ein klarer Endpunkt laut den vorliegenden Ergebnissen nicht oder nur schwer zu definieren ist. Boniface et al. (2008) beschreiben in ihrer Action Research Studie zur Implementierung des Canadian Model of Occupational Performance einen auch nach vier Jahren weiterhin andauernden Prozess, welcher so auch notwendig sei, um Druck und Ängste zu vermeiden und eine tiefergehende Auseinandersetzung mit dem Modell zu ermöglichen. Diesbezüglich äußerten sich die Expert*innen entschieden dafür, den Prozess als „nicht endend“ zu beschreiben, da im Laufe der Umstellung etablierte Strategien weiterhin angewendet und verfeinert werden (⇒4.3.1.).

5.2. Mesoebene: Wissensimplementierung durch Teamprozesse

Das gewählte Change Modell nach Balogun et al. (2016) erwies sich als geeignet, um den Prozess vor allem auf der Teamebene darzustellen. Dieser gestaltet sich dynamisch und individuell,

dennoch konnten Förderfaktoren identifiziert werden. Besonders zu betonen ist insbesondere die Etablierung von Strategien zur Wissensimplementierung.

Um den Umstellungsprozess gelingend zu gestalten, beschrieben die Expert*innen Förderfaktoren auf der Mesoebene, vor allem in Bezug auf das Vorgehen der Praxisleitung (⇒4.2.2.). Hier stimmen sie mit Sirkka et al. (2014) überein, die die Unterstützung durch Vorgesetzte und damit auch das Bereitstellen finanzieller und zeitlicher Ressourcen als Grundlage für einen Implementierungsprozess definieren.

5.2.1. Gemeinsam auf dem Weg

Die ergotherapeutischen Teams gestalteten ihren Weg zu modellgeleitetem Arbeiten partizipativ und wertschätzend als gemeinsamen Lernprozess. Für das gemeinsame Voranschreiten im Prozess, trotz individueller Unterschiede konnten Melton et al. (2010) sechs Förderfaktoren identifizieren, welche ebenso bei den befragten Expert*innen Anwendung fanden: Zeit strukturieren, Vertrauensbildung, Wissen aufbauen, gegenseitige Beratung, Abläufe finden und wachsende Belohnung. Zusätzlich konnten in der vorliegenden Forschungsarbeit explizite Maßnahmen identifiziert werden, die die Anwendung der Förderfaktoren ermöglichen (⇒A.17). Die genutzten Strategien des Austauschs untereinander und der Supervision werden dabei auch von anderen Autoren empfohlen (Leclair et al., 2013; Parkinson et al., 2010; Sirkka, Larsson-Lund, et al., 2014; Wimpenny, Forsyth, Jones, Matheson, & Colley, 2010).

Zu Beginn, in der Phase des Mobilisierens, ging es den Teilnehmenden darum, Motivation und Interesse im Team zu wecken. Als Schlüsselement identifizierten die Expert*innen der vorliegenden Studienarbeit das „gleiche Wissen für alle zur gleichen Zeit“. Dies wird durch Forschungsergebnisse anderer Autoren unterstrichen, die verdeutlichen, dass mangelndes Wissen der einzelnen Therapeut*innen oftmals der Implementierung im Wege steht (Daud et al., 2015; Duggan, 2005; Lee, Taylor, & Kielhofner, 2009; Restall, Ripat, & Stern, 2003).

Vermehrtes Hintergrundwissen, beispielsweise durch eine Ausbildung im kontemporären *Paradigma der Partizipation* oder ein Studium der Ergotherapie, erhöht die Bereitschaft, sich auf Neuerungen einzulassen (Wensing et al., 2013) und ergotherapeutische Praxismodelle anzuwenden (Owen et al., 2014). Es wird genutzt, um die Vorteile des modellgeleiteten Arbeitens aufzuzeigen (Grol & Wensing, 2013), sowie um notwendige Veränderungen auf der organisatorischen Ebene absehen und umsetzen zu können (Boniface et al., 2008). Boniface et al. (2008) betonen hierzu weiterführend, dass ein profundes Hintergrundwissen über das Modell notwendig ist, um den späteren Umstellungsprozess nicht nur oberflächlich auf der organisatorischen Ebene ablaufen zu lassen, sondern gewohnte Denk- und Arbeitsweisen langfristig zu verändern.

An dieser Stelle zeigt sich die von Expert*innen der vorliegenden Studienarbeit beschriebene offene Kommunikationskultur, die die Wissensgenerierung und den Umgang mit Widerständen ermöglicht. Diese wird als zentraler Faktor in diversen Change Prozessen angesehen (Ashby et al., 2013; Leclair et al., 2013; Sirkka, Zingmark, et al., 2014; Wimpenny et al., 2010). Das interpersonelle System als wichtigster Faktor um sich „entlang der Change Kurve zu bewegen“ beinhaltet laut Balogun et al. (2016, S. 151) Kommunikation, gegenseitige Unterstützung und Ermutigung als geeignete Strategien, um Barrieren im Verlauf des Umstellungsprozesses zu begegnen. Zusätzlich

identifizierten die Teilnehmenden konkrete Maßnahmen, wie dieser Austausch innerhalb des Teams etabliert wurde. Sie nutzten regelmäßige Teamsitzungen, Fallbesprechungen, interne und externe Supervision, sowie einen gemeinsamen Lernprozess als Mittel, um vom gegenseitigen Austausch zu profitieren (\Rightarrow A.16, A.17). Dabei wurde auch bei Widerständen und Deprofessionalisierungsängsten wertschätzend miteinander umgegangen. Die gelingende Kommunikation als Basis für Veränderung wird auch im nationalen Kontext diskutiert (Böckenförde, Gesellinsetter, & Hißmann, 2015; Kufner & Scholz-Schwärzler, 2017).

Verschiedene Quellen heben zusätzlich den Einfluss der Peers als Vorbilder hervor, da es die Veränderung der eigenen Arbeitsweise erleichtert, wenn die Kolleg*innen einheitlich modellgeleitet vorgehen (Aiken et al., 2011; Lee et al., 2009; Wensing et al., 2013). Durch die Auseinandersetzung mit modellspezifischem Wissen entwickelt sich eine gemeinsame Terminologie, was zu einem Zusammengehörigkeitsgefühl und einer erleichterten Abgrenzung der ergotherapeutischen Expertise gegenüber anderen Berufsgruppen führt (Böckenförde et al., 2015; Wilding, Curtin, & Whiteford, 2012; Wilding & Whiteford, 2009). Basis für all diese Abläufe ist die Wissensimplementierung durch Teamprozesse.

5.2.2. Ein Kreislauf zur Wissensimplementierung

In Übereinstimmung mit Sirkka et al. (2014) erfolgt die Implementierung des modellgeleiteten Arbeitens zunächst auf der organisatorischen Ebene, durch das Anpassen von Formularen, der Dokumentation etc., was in Konsequenz die Änderung der Arbeitsweise erleichtert. Dabei entwickelten die Teilnehmenden im Verlauf der Umstellung nicht nur ihre Arbeitsweise weiter, sondern etablierten ab der Phase des *Mobilisierens* individuelle Strategien zur Wissensimplementierung (\Rightarrow A.18, A.19). Dies sind teaminterne Abläufe aus Wissenserwerb, Erprobung, Evaluation und Implementierung, die zur Einführung neuer Methoden genutzt werden (\Rightarrow Abb.15) Der von den Teilnehmenden beschriebene Kreislauf wiederholt sich stetig für verschiedenste Wissensinhalte (\Rightarrow A.19).

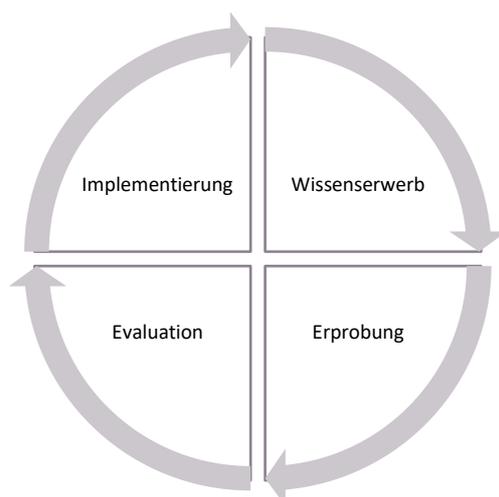


Abbildung 15 Kreislauf zur Wissensimplementierung

Ähnliche Prozesse zur Implementierung von Wissen beschreiben auch Leclair et al. (2013) im *Theory Advancement Process (TAP)*, sowie Wimpenny et al. (2010) im *Participatory Change Process (PCP)*. Eine Zusammenfassung der beiden Prozesse findet sich im Anhang (\Rightarrow A.18). Die Umsetzung ergotherapeutischer Praxismodelle im Berufsalltag, als letzter Schritt des Theorie-Praxis-Transfers (Colquhoun, Letts, Law, MacDermid, & Missiuna, 2010), lässt sich somit auf einen Kernprozess aus Reflektion und Aktion zurückführen (Leclair et al., 2013; Wimpenny et al., 2010). Die auf dieser Grundlage etablierten Strategien zur Wissensimplementierung werden

vom Team in der Phase des *Erhaltens* selbständig und regelmäßig genutzt. Der Wissenstransfer in die Praxis bedarf dadurch weniger Energie und wird weiterhin aufrechterhalten. Aus diesem Grund erleben die Interviewten den Prozess als nicht endend.

In Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit wird deutlich, dass die von Leclair et al. (2013) im kanadischen, sowie von Wimpenny et al. (2010) im britischen Kontext beschriebenen Prozesse sich in den vorliegenden Ergebnissen widerspiegeln. Der TAP und der PCP könnten somit auch für deutsche Ergotherapiepraxen relevant sein, um den Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten zu strukturieren. Anhand dieser Modelle kann es Ergotherapeut*innen gelingen:

- Vorhandene Faktoren auf Barrieren und Ressourcen im Implementierungsprozess zu überprüfen. Beispielsweise ob ausreichend formelle und informelle Möglichkeiten für kollegialen Austausch bestehen.
- Einen Überblick über ablaufende Prozesse zu gewinnen. Umso beispielsweise schon zu Beginn Deprofessionalisierungsängsten durch das Aufzeigen konkreter Maßnahmen entgegenzuwirken.
- Notwendige Maßnahmen konkret auszuwählen, wenn sich der Umstellungsprozess problematisch gestaltet. Beispielsweise Angebote für Supervision, Teambuilding oder Wissensvermittlung durch externe Referenten.

Der Einsatz des TAP, sowie des PCP im deutschen Kontext zur Implementierung modellgeleiteten Arbeitens erscheint somit möglich und sinnvoll. Dies konnten auch Knutzen (2017) und Kerschbaumer et al. (2017) bezüglich der Implementierung betätigungsorientierten Vorgehens in ihren Arbeiten zeigen. Wie von Merklein de Freitas (2015) gefordert, können in dieser Forschungsarbeit zudem konkrete Maßnahmen und Prozessabläufe für die Implementierung modellgeleiteten Arbeitens aufgezeigt werden (⇒A.16, A.17). Menon et al. (2009) und Jones et al. (2015) empfehlen in ihren systematischen Reviews gerade diese aktiven Maßnahmen auf mehreren Ebenen zur Wissensimplementierung in die Praxis.

An dieser Stelle kann der Bogen geschlagen werden von der Wissensimplementierung als Gruppenprozess, wie sie auch Wensing et al. (2013, S. 145) beschreiben, zu den Kompetenzen und Vorgehensweisen der einzelnen Ergotherapeut*innen.

5.3. Mikroebene: persönliche Kompetenzen und Einfluss des Klientels

Bereits in den Phasen der *Erprobung* und *Erkenntnis* beschreiben die Expert*innen eine Steigerung der eigenen Berufsidentität, sowie der Zufriedenheit beim Klientel, als auch bei den Therapeut*innen. Sie berichten über die bereits in der Literatur beschriebenen Vorteile des modellgeleiteten Arbeitens: höhere Zufriedenheit und verbesserte Outcomes (Pellegrini et al., 2018), gemeinsame Terminologie und damit verbesserte Außendarstellung des Berufes, sowie ein verstärktes Zusammengehörigkeitsgefühl basierend auf der Berufsidentität (Ashby et al., 2013; Böckenförde et al., 2015; Estes & Pierce, 2012; Sirkka, Larsson-Lund, et al., 2014).

Die beschriebenen Teamprozesse (⇒4.2.3.) ermöglichen für die Teilnehmenden eine Veränderung ihrer individuellen Arbeitsweisen. Dabei wird die persönliche Motivation und Einstellung der Ergotherapeut*innen als relevanter Faktor im Umstellungsprozess in diversen weiteren Studien belegt (Duggan, 2005; Estes & Pierce, 2012; Khayatzadeh Mahani, Hassani Mehraban, Kamali, & Parvizy, 2015; Restall et al., 2003; Wimpenny et al., 2010).

5.3.1. Klientel als Motivation und Herausforderung

Interessanterweise wird der Einfluss des Klientels auf Umstellungsprozesse, beziehungsweise auf die Veränderung der Arbeitsweise, in der Literatur zumeist als negativ beschrieben (Kjellberg, Kåhlin, Haglund, & Taylor, 2012). Wie Daud et al. (2015) in ihrer Delphi-Studie und Enemark Larsen et al. (2019) in einer Befragung von 346 dänischen Ergotherapeut*innen zeigen, wirken Klienten vor allem durch Unverständnis und mangelnde Motivation gegenüber neuen Arbeitsweisen hemmend auf Innovationen ein. Andere Autoren, wie beispielsweise Leclair et al. (2013) beschreiben den „client context“ als relevant in dem Sinne, als dass er für die Auswahl zu nutzender Theorien bedacht werden sollte, die Gestaltung der Therapeut*in – Klient*in-Interaktion bleibt jedoch außen vor. Aus den in dieser Arbeit erzielten Ergebnissen lässt sich ableiten, dass die Klient*innen ein motivierender und positiver Faktor auf dem Weg sein können.

Wichtig erscheint die passende Kommunikation des Umstellungsprozesses gegenüber den Klienten. Die Befragten beschreiben die sukzessive Implementierung neuer Arbeitsweisen zunächst bei Klient*innen, welche hier offen und motiviert erscheinen. Das neue Vorgehen wird durch verschiedene Medien vorgestellt. Die befragten Teilnehmenden verdeutlichten aber auch die Notwendigkeit erweiterter kommunikativer Fähigkeiten, um die Klient*innen adäquat aufzuklären und neue Arbeitsweisen, vor allem bei lange bestehendem Klientel, einzuführen (⇒4.2.6.).

5.3.2. Ergotherapeutische Berufskompetenzen

Die nötige Erweiterung dieser und anderer Fähigkeiten in Umstellungsprozessen wird auch in der Literatur beschrieben (Aiken et al., 2011; Daud et al., 2015; Duggan, 2005; Leclair et al., 2013; Merklein de Freitas, Zillhardt, Wendel, Pott, & Weber, 2015). Dass Ergotherapeut*innen aufgrund ihrer berufsspezifischen Kompetenzen gut geeignet sind, Umstellungsprozesse als *Change Agents* zu begleiten und zu steuern, konnten Brian et al. (2015) in ihrer qualitativen Studie zeigen. Gemeint ist damit ein Teammitglied, welches speziell mit der Gestaltung und Steuerung des Umstellungsprozesses betraut ist. Vergleicht man das deutsche Kompetenzprofil (DVE, 2019) mit dem des kanadischen Berufsverbands (CAOT, 2012), fällt auf, dass die Kompetenz des *Change Agents* fehlt. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der vorliegenden Arbeit lassen vermuten, dass hierzu vermehrt auf die ergotherapeutischen Berufskompetenzen Lernen, Kommunikation, Zusammenarbeit und Management zurückgegriffen wird (DVE, 2019). So wird unter anderem das Nutzen einer gemeinsamen Terminologie und somit die verbesserte Kommunikation sowohl intra- als auch interdisziplinär durch modellgeleitetes Arbeiten in internationalen Studien belegt (Ashby et al., 2013, S. 116). Sirkka et al. (2014) beschreiben in zwei Forschungsarbeiten sowohl die individuelle Reflektion als Lernprozess (Kompetenz Lernen), als auch das organisatorische Umsetzen von Modellvorgaben (Kompetenz Management) als zu erweiternde Fähigkeiten, um ergotherapeutische Modelle in der Praxis umzusetzen. In ihrer qualitativen Studie zur Implementierung des OTIPM, konnten sie zudem das Vorhandensein eines *Change Agents*, als Ressource beschreiben (Sirkka, Larsson-Lund, et al., 2014). Auch von Eisenhart Rothe (2016) benennt Vorgesetzte als geeignete „Bremsenlöser“, um mit Widerständen umzugehen und Innovationen in Gang zu setzen. Der Einsatz eines *Change Agents* wird in den vorliegenden Ergebnissen nicht eindeutig bestätigt, da sich hier je nach individueller Situation des Therapeutenteams auch andere Modelle etablierten. So wurde der Prozess in einem Fall von einer Steuerungsgruppe vorangetrieben, bei einem weiteren verlief die Umstellung als Gruppenprozess

ohne vorher definierten Ablaufplan. Hier wäre eine tiefergehende Evaluation der Rolle des *Change Agents* interessant. Es erscheint relevant, sich mit ergotherapeutischen Kompetenzen bezüglich Veränderungsprozessen auseinander zu setzen. Eine Übersicht, um die genannten Kompetenzen in Bezug auf die vorliegenden Ergebnisse und internationale Forschungsarbeiten zu betrachten, findet sich im Anhang (⇒A.20).

Die Erweiterung ergotherapeutischer Kompetenzen trägt dabei neben dem Teamprozess, der gemeinsamen Terminologie und der Wissensgenerierung zur ergotherapeutischen Berufsidentität bei.

5.3.3. Ergotherapeutische Berufsidentität

Mit dem Paradigmenwechsel geht auch eine Veränderung der ergotherapeutischen Berufsidentität einher (Kielhofner, 2009, S. 269). Als Motivation und Ausgangspunkt für den Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten beschrieben die Interviewten diese „innere Sehnsucht nach Berufsidentifikation“ (Interview D, Absatz 37), eine Unzufriedenheit mit der Arbeitsweise nach dem motorischen Paradigma (Interview C, Absatz 52) und den Wunsch nach persönlicher und professioneller Weiterentwicklung (Interview F, Absatz 25). Es bestand somit eine Diskrepanz zwischen den Überzeugungen der Therapeut*innen, wie Ergotherapie praktiziert werden sollte und wie sie tatsächlich praktiziert wird. Aiken et al. (2011) bezeichnen dies als „meaning gap“. Dabei wirken äußere Faktoren (zeitliche Einschränkungen, biomedizinischer Fokus, institutionelle Vorgaben (⇒4.2.1.) begrenzend auf die Umsetzung der persönlich als ideal empfundenen Therapie (Aiken et al., 2011; Merklein de Freitas et al., 2015). Im Verlauf des Umstellungsprozesses gelang es den Teilnehmenden zunehmend diese Diskrepanz zu überwinden, und so innere Einstellung und praktische Tätigkeit in Einklang zu bringen. Merklein de Freitas (2015) zeigt in ihrer qualitativen Studie, dass die Anwendung ergotherapeutischer Praxismodelle zusammen mit ergotherapeutischen Grundhaltungen, Implementierungsprozesse unterstützt. Dies führt laut Dutton et al. (2010) zu einer Steigerung der Berufsidentität, wie sie von den fünf Expert*innen der Forschungsarbeit angestrebt und beschrieben wurde.

Die Berufsidentität scheint sich während des Umstellungsprozesses beeinflusst durch mehrere Faktoren zu wandeln: Zunächst ermöglicht die Auseinandersetzung mit ergotherapeutischen Praxismodellen und Hintergrundwissen eine genaue Definition des Gegenstandsfeldes der Ergotherapie (Ashby, Adler, & Herbert, 2016). Zudem führt die modellspezifische Terminologie zu einer erleichterten Kommunikation desselben sowohl intra- als auch interprofessionell (Sirikka, Larsson-Lund, et al., 2014; Wilding & Whiteford, 2007; Wimpenny et al., 2010). Eben diese gemeinsame Sprache, sowie die Gestaltungen eines Lernprozesses im Team unterstützten die Entstehung eines Gemeinschaftsgefühls und geteilter Werte, was es ermöglicht, diese auch nach außen zu vertreten (Böckenförde et al., 2015; Dutton et al., 2010; Wilding & Whiteford, 2007).

Es wird deutlich, dass auf allen Ebenen verschiedene, in der Literatur bereits diskutierte oder auch neue Strategien (z.B. bezüglich des Umgangs mit dem Klientel) von den Expert*innen dieser Forschungsarbeit genutzt wurden. Nach der abschließenden Reflektion werden diese Strategien in der Schlussfolgerung zusammengefasst (⇒6.).

5.4. Reflektion

In diesem Kapitel werden sowohl die inhaltlichen als auch die methodischen Stärken und Limitationen der Studie beschrieben und reflektiert. Zunächst wird sich mit der Befangenheit der Forscherinnen auseinandergesetzt, um zum einen die Beweggründe der Forscherinnen nachvollziehen zu können, und eine Einflussnahme auf die Ergebnisse auszuschließen.

5.4.1. Befangenheit der Autorinnen

Auf der Suche nach Möglichkeiten, die eigene ergotherapeutische Praxis evidenzbasiert zu gestalten, beschäftigten sich die Autorinnen seit einigen Jahren mit der Umsetzung ergotherapeutischer Praxismodelle. Diese Auseinandersetzung wurde durch das Studium an der Zuyd Hogeschool in Heerlen verstärkt. Sie begannen das CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013), gemeinsam mit dem Team der ambulanten Praxis, in welcher sie tätig waren, zu implementieren. Somit können sie selbst auf den in der vorliegenden Arbeit erforschten Umstellungsprozess zurückschauen. In Kongruenz mit Gläser und Laudel (2010) setzten sich die Autorinnen vor Beginn der Studie mit eigenen Erfahrungen und damit eventuell verbundener Voreingenommenheit auseinander, um diese im Prozess reflektieren und vermeiden zu können. Die eigene Beschäftigung mit dem Thema ermöglichte es zudem, eine angenehme Gesprächsbasis in den Interviews zu schaffen. Die während der Interviews stattfindende Triangulation durch die Anwesenheit jeweils einer Autorin im Hintergrund ermöglichte das direkte Reflektieren der Interviewinhalte und gewährleistete die nötige Objektivität (Ritschl et al., 2016, S. 129) (⇒3.3.2.).

Durch den regelmäßigen Austausch und das Abgleichen des geschriebenen Textes mit den Transkripten wahrten die Forscherinnen die Objektivität der Daten. Das konsequente Mitführen der Quellenangaben, sowie die Triangulation bei der Codierung und Analyse der Daten, trugen des Weiteren zur Objektivität bei (Ritschl et al., 2016, S. 130). Über Uneinigkeiten wurde diskutiert und reflektiert. Um die bereits erwähnten subjektiven Vorerfahrungen zu reflektieren und von den Studieninhalten zu trennen wurde ein Forschungstagebuch geführt.

5.4.2. Reflektion des methodologischen Vorgehens

Während des Vorgehens wurden die vier methodologische Prinzipien nach Gläser und Laudel (2010, S. 29) zur Sicherstellung der Qualität sozialwissenschaftlicher Forschung eingehalten.

Das Prinzip der Offenheit verlangt, dass die Studie offen für unerwartete Informationen ist. Damit sind Informationen gemeint, die nicht aus der Literaturrecherche hervorgegangen sind. Es besteht die Möglichkeit, während der Extraktion der Daten weitere Dimensionen und Kategorien zu ergänzen. Dies geschah, indem die Forscherinnen die Dimensionen „Barrieren“ und „Ressourcen“ und die Kategorie „Klient*in“ ergänzten. Diesem Prinzip wurde außerdem bei der Erstellung des Leitfadens und der Auswertung Rechnung getragen (⇒3.2.2., 3.4.3., 4.2.).

Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens fordert, an bereits vorhandenes theoretisches Wissen anzuknüpfen. Diesem Prinzip wird durch eine umfangreiche Literaturrecherche (⇒A.2, A.3, A.4) und die Erstellung eines hypothetischen Modells zur Konkretisierung des Vorwissens (⇒Abb.1), sowie durch ein strukturiertes Vorgehen im Rahmen der Leitfadenerstellung nach Helfferich (2011) und im weiteren Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010) Rechnung getragen. Die Kategoriensysteme beider Analyseprojekte basierten auf dem Vorwissen aus dieser Vorarbeit (⇒3.4.).

Das *Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens* kann durch die genaue Beschreibung desselben nachvollzogen und überprüft werden (\Rightarrow 3.). Das Vorgehen orientierte sich stets an den Vorgaben von Gläser und Laudel (2010). Die Autorinnen nutzten Methoden wie den Member-Check, sowie die Triangulation bei der Sammlung und Analyse der Daten, um eine größtmögliche Glaubwürdigkeit und Authentizität der Ergebnisse zu gewährleisten (Birt, Scott, Cavers, Campbell, & Walter, 2016). In diesem Bereich wäre es wünschenswert gewesen, nicht nur die Transkripte, sondern auch deren Interpretation, das heißt die daraus resultierenden Ergebnisse der Studie durch die Teilnehmenden verifizieren zu lassen. Hierauf wurde aus zeitlichen Gründen und da sich bereits beim ersten Member-Check wenig Rückmeldung verzeichnen ließ, verzichtet. Durch eine genaue Beschreibung und Begründung der Wahl der Methodik sowie eine ausführliche Darstellung des Datenerhebungs-, Analyse-, und Auswertungsprozesses ist das Vorgehen nachvollziehbar gestaltet. Die detaillierte Beschreibung der Teilnehmenden und der zugehörigen Umstellungsprozesse, unter Wahrung der Anonymität, sowie das Untermauern der Resultate durch Zitate der Expert*innen konnten des Weiteren zur Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit der Ergebnisse beitragen (\Rightarrow 3.3.1., 4.1.). Hierfür nutzten die Forscherinnen verschiedenen Strategien wie einen „audit trail“ in Form eines Forschungstagebuchs. Dieses ermöglicht das Nachvollziehen der getroffenen Entscheidungen, sowie deren Begründung und Diskussion (DePoy & Gitlin, 2016). Da dieses handschriftlich geführt wurde, kann es auf Nachfrage eingesehen werden

Das *Prinzip vom Verstehen als ‚Basishandlung‘ sozialwissenschaftlicher Forschung* beinhaltet das Verständnis für das Handeln der Untersuchten als Mittel und als Ziel der sozialwissenschaftlichen Forschung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das eigene Verständnis der Situation immer auch eine Interpretation darstellt. Dies wird methodisch durch die oben beschriebene Reflektion der Autorinnen, sowie durch die objektive Präsentation der Resultate und deren Interpretation im Zusammenhang mit bestehender Forschung gewährleistet (\Rightarrow 4., 5.).

Die Übertragbarkeit der Resultate ist aufgrund des sehr individuellen Vorgehens der Teilnehmenden nur bedingt möglich. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse war aber auch nicht Ziel der qualitativen Forschungsarbeit.

Die Diversität der Expert*innen (verschiedene Bundesländer, Berufserfahrung, berufliche Qualifikation etc.) ist hier als Stärke zu sehen, welche individuelle Einblicke in Umstellungsprozesse liefert (\Rightarrow 3.3.1., 4.1.). Interessant wäre die Untersuchung von Umstellungsprozessen in anderen Kontexten, beispielsweise bei stationären Einrichtungen, um zu eruieren, ob die beschriebenen Strategien settingabhängig sind. Die vorliegende Forschungsarbeit bietet einen tiefergehenden Einblick in den Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten in ambulanten Praxen und kann die Grundlage für weitere Forschung oder auch die Erarbeitung eines Maßnahmenkataloges sein.

6. Schlussfolgerung

Die Resultate der vorliegenden Bachelorarbeit zeigen anhand der Interviews mit fünf Expert*innen, dass die Umstellung hin zu modellgeleitetem Arbeiten in der deutschen Ergotherapie gelingen kann. Dabei nutzten die Teilnehmenden erfolgreich Strategien auf verschiedenen Ebenen, welche die Autorinnen an dieser Stelle zu Handlungsempfehlungen zusammenfassen.

Vorhandene Barrieren, vor allem auf der Makroebene durch Vorgaben im Gesundheitssystem sind dabei kein speziell deutsches Problem und können durch ein gemeinsames Vorgehen überwunden werden. Ergotherapeut*innen nutzen dabei ihre vorhandenen Kompetenzen, um in der Zusammenarbeit mit anderen ihre Berufsidentität, ihr Selbstbewusstsein und ihre Expertise zu erweitern. Diese Wandlungsprozesse bieten aus Sicht der Autorinnen große Chancen für eine zukunftsfähige Ergotherapie. Modellgeleitetes Arbeiten sehen die Autorinnen dabei auch als Grundlage für eine fortschreitende Professionalisierung und notwendige Evidenzbasierung.

Es gehört zu den grundlegenden ergotherapeutischen Kompetenzen, Menschen bei Wandlungsprozessen zu begleiten, zu befähigen und mittels eines partizipativen Ansatzes über sich hinaus wachsen zu lassen (DVE, 2019; Townsend & Polatajko, 2013, S. 101). Im Falle des Umstellungsprozesses zu modellgeleitetem Arbeiten dürfen sie diese Kompetenzen nun auf die eigene Berufsgruppe anwenden. Dabei gilt es für die ganze Profession auch Veränderungen auf der Makroebene anzustreben. Politisches Engagement, Mitarbeit im Berufsverband und Beiträge zur evidenzbasierten Praxis können dazu beitragen, hier Veränderungen zu bewirken. Wünschenswert wären dabei auf Grundlage dieser Studienarbeit verbesserte und flexiblere gesetzliche Rahmenbedingungen, welche klientenzentriertes und betätigungsorientiertes Vorgehen im Sinne der ergotherapeutischen Praxis ermöglichen, sowie ein vereinfachter Zugang zu Fachliteratur und Assessments in deutscher Sprache. In diesem Zusammenhang ist auch die Forderung nach einer Übersetzung der Change Modelle bzw. des TAP zu unterstützen (Knutzen, 2017). Aber auch jeder Schritt auf der Mikroebene, durch partizipatives, klientenzentriertes und betätigungsorientiertes Vorgehen, leistet einen Beitrag. Die ergotherapeutischen Praxismodelle können mit einem offenen Blick auch außerhalb der „gewohnten“ ergotherapeutischen Tätigkeitsfelder, beispielsweise im gemeinwesenorientierten Setting angewendet werden (Fisher & Hotchkiss, 2008; Larsson-Lund & Nyman, 2017). Dabei liegen – wie diese Arbeit zeigen konnte – viele Ressourcen in der Mesoebene, bei der Zusammenarbeit im Team, mit einer offenen Kommunikation und dem mutigen Ausprobieren und Anpassen neuer Inhalte.

Die Autorinnen möchten die Empfehlungen der interviewten Expert*innen für Ergotherapeut*innen, welche sich mit dem Umstellungsprozess hin zu modellgeleitetem Arbeiten beschäftigen, folgendermaßen zusammenfassen:

- Es lohnt sich, auf allen Ebenen Zeit zu investieren!
- Der Prozess ist dynamisch, Rückschritte dürfen dazugehören, Zeitdruck besser nicht.
- Plant feste Zeiten zur gemeinsamen Reflektion und Besprechung ein.
- Macht euch gemeinsam auf den Weg! Das bedeutet:
 - Formuliert eine gemeinsame Vision

- Nutzt Möglichkeiten zur partizipativen Entscheidungsfindung
- Sucht Gleichgesinnte und vernetzt euch! Nutzt externe Wissensquellen und reflektiert diese im Team.
- Beteiligt eure Klient*innen, macht euch gemeinsam auf den Weg!
- Seid euch eurer vielfältigen ergotherapeutischen Kompetenzen bewusst und seid offen für deren Erweiterung.
- Teilt Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse in einer offenen, wertschätzenden Kommunikation.
- Nutzt Prozessmodelle nicht nur innerhalb der Therapie, sondern auch als „Fahrplan“ für den eigenen Prozess!

Für die Zukunft der Ergotherapie in Deutschland wünschen die Autorinnen sich, das modellgeleitete Arbeiten nicht nur im Curriculum der Ausbildung und des Studiums, sondern auch als Standard im beruflichen Alltag wiederzufinden.

Traut Euch!

Literaturverzeichnis

- Adams, J., Hayes, J., & Hopson, C. (1976). *Transition: Understanding and Managing Personal Change*. London: Martin Robertson & Company.
- 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, 78*(5), 294–302. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.5.4>
- American Occupational Therapy Association. (2017a). 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. (2017b). Vision 2025. *American Journal of Occupational Therapy, 71*(3), 7103420010p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.713002>
- American Psychological Association (Hrsg.). (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ashby, S., Adler, J., & Herbert, L. (2016). An exploratory international study into occupational therapy students' perceptions of professional identity. *Australian Occupational Therapy Journal, 63*(4), 233–243. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12271>
- 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>
- Ashby, S., Ryan, S., Gray, M., & James, C. (2013). Factors that influence the professional resilience of occupational therapists in mental health practice. *Australian occupational therapy journal, 60*(2), 110–119. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12012>
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV)*, (1999).

- Balogun, J., Hope-Hailey, V., & Gustafsson, S. (2016). *Exploring strategic change* (Fourth edition). Harlow, United Kingdom: Pearson Education.
- Bennett, S., Laver, K., & Clemson, L. (2018). Progressing knowledge translation in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, *65*(2), 156–160.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12473>
- Berger-Grabner, D. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Bhagwati, M. (2011). Organisationsentwicklung. Abgerufen 21. Juli 2019, von <http://www.daswirtschaftslexikon.com/d/organisationsentwicklung/organisationsentwicklung.htm>
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative Health Research*, *26*(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Böckenförde, C., Gesellinsetter, A., & Hißmann, M. (2015). Veränderungsprozesse erfolgreich bewältigen—Zusammenarbeit im Ergotherapie-Team. *Ergotherapie und Rehabilitation*, *54*(4), 23–25.
- Boniface, G., Fedden, T., Hurst, H., Mason, M., Phelps, C., Reagon, C., & Waygood, S. (2008). Using Theory to Underpin an Integrated Occupational Therapy Service through the Canadian Model of Occupational Performance. *British Journal of Occupational Therapy*, *71*(12), 531–539. <https://doi.org/10.1177/030802260807101206>
- Borgetto, B. (2017). Die Forschungspyramide - Teil 1: Theoretische und konzeptionelle Grundlagen. *ergoscience*, *12*(2). <https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-54020170201>

- Borgetto, B., Tomlin, G., Max, S., Gantschnig, B., & Pfingsten, A. (2017). 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>
- Boyt Schell, B., Scaffa, M., & Gillen, G. (2014). *Willard & Spackman's occupational therapy* (12th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Brandt, B. (2017). Therapieansätze überdenken: Generalisation und Alltagstransfer sicherstellen. *Ergotherapie und Rehabilitation*, *56*(10), 26–29. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-51020171004>
- Brian, H., Cook, S., Taylor, D., Freeman, L., Mundy, T., & Killaspy, H. (2015). Occupational therapists as change agents in multidisciplinary teams. *British Journal of Occupational Therapy*, *78*(9), 547–555. <https://doi.org/10.1177/0308022615586785>
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2012). *Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada*. Abgerufen von <https://caot.in1touch.org/document/3653/2012otprofile.pdf>
- Canadian Institutes of Health Research. (2012, Dezember 6). Guide to Knowledge Translation Planning. Abgerufen 1. November 2019, von <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45321.html#a3>
- Colaiani, D., & Provident, I. (2010). The Benefits of and Challenges to the Use of Occupation in Hand Therapy. *Occupational Therapy In Health Care*, *24*(2), 130–146. <https://doi.org/10.3109/07380570903349378>
- Cole, M. B., & Tufano, R. (2008). *Applied theories in occupational therapy: A practical approach*. Thorofare, NJ: SLACK.
- Colquhoun, H. L., Letts, L. J., Law, M. C., MacDermid, J. C., & Missiuna, C. A. (2010). A Scoping Review of the Use of Theory in Studies of Knowledge Translation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *77*(5), 270–279. <https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.5.3>

- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed). Los Angeles: SAGE Publications.
- 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. (2015). 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>
- Dawson, P. (2003). *Understanding organizational change: The contemporary experience of people at work*. London ; Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Deming, W. E. (2000). *Out of the crisis* (1. MIT Press ed). Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- DePoy, E., & Gitlin, L. N. (2016). *Introduction to research: Understanding and applying multiple strategies* (Fifth edition). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Deutscher Bundestag. (2019). *Drucksache 19/10279 „Sicherstellung der Heilmittelversorgung“ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Sylvia Gabelmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. veröffentlicht am 16.05.2019.*
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2012). *Perspektiven DVE/Ergotherapie 2020*. Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). (2017). *Die Ergotherapie in Deutschland. Zahlen. Daten. Fakten.*
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2019). *Kompetenzprofil Ergotherapie*. Abgerufen von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3302-kompetenzprofil-final/file>

- 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>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- Druml, C. (2010). *Ethikkommissionen und medizinische Forschung: Ein Leitfaden für alle an medizinischer Forschung Interessierte* (1. Aufl.). Wien: facultas.wuv.
- Duggan, R. (2005). Reflection as a Means to Foster Client-Centred Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 103–112. <https://doi.org/10.1177/000841740507200205>
- Dutton, J. E., Roberts, L. M., & Bednar, J. (2010). Pathways for Positive Identity Construction at Work: Four Types of Positive Identity and the Building of Social Resources. *Academy of Management Review*, 35(2), 265–293. <https://doi.org/10.5465/amr.35.2.zok265>
- Enemark Larsen, A., Adamsen, H. N., Boots, S., Delkus, E. C. G., Pedersen, L. L., & Christensen, J. R. (2019). A survey on client-centered practice among danish occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), 356–370. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1465584>
- Estes, J., & Pierce, D. (2012). Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 19(1), 17–25. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.547598>
- Europäisches Parlament. *Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)*. , Pub. L. No. EU 2016/679 (2018).
- Eyssen, I. C. J. M., Steultjens, M. P. M., Groot, V., Steultjens, E. M. J., Knol, D. L., Polman, C. H., & Dekker, J. (2013). A cluster randomised controlled trial on the efficacy of client-centred occupational therapy in multiple sclerosis: Good process, poor outcome. *Disability and rehabilitation*, 35(19), 1636–1646. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.748845>

- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian journal of occupational therapy*, 21 Suppl 1, 96–107.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952912>
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (2., geringfügig überarbeitete Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Fisher, G. S., & Hotchkiss, A. (2008). A Model of Occupational Empowerment for Marginalized Populations in Community Environments. *Occupational Therapy In Health Care*, 22(1), 55–71. https://doi.org/10.1300/J003v22n01_05
- George, S. (2014). Nur „alter Wein in neuen Schläuchen“? Oder macht klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie einen spür- und messbaren Unterschied? In Esther Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle: Theorie und Praxis aktuell* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG)*. , (2019).
- Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (ErgThG)*. , (1976).
- Gesetzliche Krankenversicherung, §124, Sozialgesetzbuch V*. , (1989).
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.
- Graf, P., & Spengler, M. (2013). *Leitbild- und Konzeptentwicklung* (6., überarb. Aufl). Augsburg: ZIEL.
- Gray, J. M. (1998). Putting Occupation Into Practice: Occupation as Ends, Occupation as Means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 354–364.
<https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.354>

- Gritsch, S. (2017). Zertifizierungskurs: Implementierung von betätigungs- und klientenzentrierter Ergotherapie – „Es sind Gänsehaut-Momente“. *ergopraxis*, 10(01), 38–41.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-120192>
- 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.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (Hrsg.). (2013). *Improving patient care: The implementation of change in health care* (2nd ed). 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>
- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hitch, D., Pepin, G., & Stagnitti, K. (2018). The pan occupational paradigm: Development and key concepts. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(1), 27–34.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1337808>
- Ikiugu, M. N. (2012). Use of theoretical conceptual practice models by occupational therapists in the US: A pilot survey. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(11), 629–637. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.11.629>
- Ikiugu, M., Nissen, R., Bellar, C., Maassen, A., & van Peurse, K. (2017). Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 71(5), 1–10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.024588>

- Jones, C. A., Roop, S. C., Pohar, S. L., Albrecht, L., & Scott, S. D. (2015). Translating Knowledge in Rehabilitation: Systematic Review. *Physical Therapy, 95*(4), 663–677.
<https://doi.org/10.2522/ptj.20130512>
- Jurkowitsch, A., & Ranka, J. (2002). Occupational Performance Model of Australia (OPMA). In C. Habermann & M. Arts (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 542–558). Stuttgart: Thieme.
- Kerres, A., & Seeberger, B. (Hrsg.). (2001). *Lehrbuch Pflegemanagement II* (1. Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Kerschbaumer, V., Sarikaya, M., & Spohr, M. (2017). *Die Kunst der Betätigungszentrierung. Eine qualitative Studie zur betätigungszentrierten Gestaltung des Therapieprozesses deutscher Ergotherapeutinnen* (Bachelorarbeit). Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Khayatzadeh Mahani, M., Hassani Mehraban, A., 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.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Kievelitz, M. (2014). Sinnvolle Betätigung in der täglichen Praxis einsetzen. *Ergotherapie und Rehabilitation, 53*(6), 24–26. <https://doi.org/10.2443/skv-s-s2014-51020140603>
- Kjellberg, A., Kåhlin, I., Haglund, L., & Taylor, R. R. (2012). The myth of participation in occupational therapy: Reconceptualizing a client-centred approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 19*(5), 421–427.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2011.627378>
- Knutzen, A. (2017). *Strategien zur Umsetzung der Betätigungsorientierung. Eine Studie in Anlehnung an die Grounded Theory* (Masterarbeit). HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim/Holzminen/Göttingen.

- Kufner, S., & Scholz-Schwärzler, N. (2017). Die Ergotherapie im Change – Wandeln Sie mit!
ergopraxis, 10(03), 38–40. <https://doi.org/10.1055/s-0043-100653>
- Kuhn, T. S. (1996). *The structure of scientific revolutions* (3rd ed). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kuhnert, B., & Gross, A. (2019). Wie geht es ergotherapeutischen Praxen in Deutschland?
Ergotherapie und Rehabilitation, 58(7), 28–31. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-51020190705>
- Lackes, R., & Siepermann, M. (2019). Definition Expertenwissen. In *Gabler Wirtschaftslexikon*.
Abgerufen von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/expertenwissen-34831/version-258324>
- Larsson-Lund, M., & Nyman, A. (2017). Participation and occupation in occupational therapy models of practice: A discussion of possibilities and challenges. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 24(6), 393–397. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1267257>
- Lauer, T. (2010). *Change Management: Grundlagen und Erfolgsfaktoren*. Berlin: Springer.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Dehnhardt, B., George, S., & Harth, A. (2015). *COPM: Canadian Occupational Performance Measure ; 5th Edition*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? *Canadian journal of occupational therapy*, 62(5), 250–257.
<https://doi.org/10.1177/000841749506200504>
- Leclair, L., Ripat, J., Wener, P., Cooper, J., Johnson, L., Davis, E., & Campbell-Rempel, M. (2013). Advancing the use of theory in occupational therapy: A collaborative process. *Canadian journal of occupational therapy*, 80(3), 181–193.
<https://doi.org/10.1177/0008417413495182>
- Lee, S. W., Taylor, R., & Kielhofner, G. (2009). Choice, Knowledge, and Utilization of a Practice Theory: A National Study of Occupational Therapists Who Use the Model of Human

- Occupation. *Occupational Therapy In Health Care*, 23(1), 60–71.
<https://doi.org/10.1080/07380570802455540>
- Lewin, K., & Lewin, G. W. (1953). *Die Lösung sozialer Konflikte: Ausgewählte Abhandlungen über Gruppendynamik*. Christian-Verlag.
- Lubberding, J., & Lievers, B. (2009). *Change management: Over het wat en hoe van veranderen*. Groningen [etc.: Noordhoff.
- Maier, G., & Kirchgeorg, M. (2018). Definition Motivation. In *Gabler Wirtschaftslexikon*. Abgerufen von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/motivation-38456/version-261879>
- Manchester, J., Gray-Miceli, D. L., Metcalf, J. A., Paolini, C. A., Napier, A. H., Coogle, C. L., & Owens, M. G. (2014). Facilitating Lewin's change model with collaborative evaluation in promoting evidence based practices of health professionals. *Evaluation and Program Planning*, 47, 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.08.007>
- Marotzki, U., & Reichel, K. (Hrsg.), Dehnhardt, B. (Übers.). (2018). *Das Framework der AOTA: Gegenstandsbereich, Prozesse und Kontexte in der ergotherapeutischen Praxis* (1., deutschsprachige Auflage). Bern: Hogrefe.
- Marquardt, M. (2004). *Geschichte der Ergotherapie: 1954-2004* (1. Aufl). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage). Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Melton, J., Forsyth, K., & Freeth, D. (2010). A Practice Development Programme to Promote the Use of the Model of Human Occupation: Contexts, Influential Mechanisms and Levels of Engagement Amongst Occupational Therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 549–558. <https://doi.org/10.4276/030802210X12892992239350>

- Menon, A., Korner-Bitensky, N., Kastner, M., McKibbin, K. A., & Straus, S. (2009). Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: A systematic review. *Journal of rehabilitation medicine*, *41*(13), 1024–1032. <https://doi.org/10.2340/16501977-0451>
- Mentrup, C. (2014). Das ergotherapeutische Paradigma. In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle: Theorie und Praxis aktuell* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Merklein de Freitas, C. (2015). Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten: Eine Interpretativ Phänomenologische Analyse. *ergoscience*, *10*(4), 156–162. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-54020150403>
- Merklein de Freitas, C., Zillhardt, C., Wendel, E., Pott, U., & Weber, B. (2015). Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten. *Ergotherapie und Rehabilitation*, *54*(11), 23–26. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-51020151103>
- Möller, M. (2017). Betätigung (occupation) als ergotherapeutischer Schlüsselbegriff und seine epistemologischen Anpassungen im Verlauf von 100 Jahren Berufsgeschichte: Analytischer Überblick und Ausblicke für die Zukunft – Teil 1: Die epistemologische Entwicklung des Begriffes Betätigung im Kontext eines sich wandelnden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. *ergoscience*, *12*(2), 74–81. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-54020170204>
- Mulligan, S., White, B. P., & Arthanat, S. (2014). An examination of occupation-based, client-centered, evidence-based occupational therapy practices in New Hampshire. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *34*(2), 106–116. <https://doi.org/10.3928/15394492-20140226-01>
- Owen, A., Adams, F., & Franszen, D. (2014). Factors influencing model use in occupational therapy. *South African Journal of Occupational Therapy*, *44*(1), 41–47.

- Parkinson, S., Lowe, C., & Keys, K. (2010). Professional Development Enhances the Occupational Therapy Work Environment. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(10), 470–476.
<https://doi.org/10.4276/030802210X12865330218302>
- Pellegrini, M., Formisano, D., Bucciarelli, V., Schiavi, M., Fugazzaro, S., & Costi, S. (2018). Occupational Therapy in Complex Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Occupational Therapy International*, 2018, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2018/3081094>
- Reinhard, M., Orhan, G., & Louis, A. (2017). *Ökonomische und berufliche Situation der ambulanten Physiotherapie und Ergotherapie in Deutschland: Bericht im Auftrag des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV)*. München: ifo Institut.
- Restall, G., Ripat, J., & Stern, M. (2003). A framework of strategies for client-centred practice. *Canadian journal of occupational therapy*, 70, 103–112.
<https://doi.org/10.1177/000841740307000206>
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. A. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rohloff, J. (2015). Wie lange wollen wir eigentlich noch so weitermachen? Ergotherapieausbildung 2014—Die Beschreibung eines erstaunlichen Phänomens. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 54(5), 23–27. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-51020150503>
- Roosen, I., Schüller, A., & Brandt, B. (2017). Betätigung unterrichten—Praxisnahe und gegenstandszentrierte Lehre an Fach- und Hochschulen. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 56(12), 24–27. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-51020171202>
- 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>
- Salata, S. (2017). COPM... Und dann? Bezugsrahmen auswählen und Therapie gestalten. *ergopraxis*, (2), 28–31. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118150>

- Schewe, G., Piekenbrok, D., & Haric, P. (2018). Definition Hierarchie. In *Gabler Wirtschaftslexikon*.
Abgerufen von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/hierarchie-35110/version-258599>
- Schewe, P. D. G. (2018). Definition: Change Management. In *Gabler Wirtschaftslexikon*. Abgerufen von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/change-management-28354/version-251986>
- Schmid, J., & Klenk, J. (2018). Definition Qualifikation. In *Gabler Wirtschaftslexikon*. Abgerufen von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/qualifikation-45959/version-269245>
- 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>
- Taylor, R. R., & Kielhofner. (2017). *Kielhofner's model of human occupation: Theory and application* (Fifth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (2. Aufl.). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Vahs, D., & Weiland, A. (2010). *Workbook Change-Management: Methoden und Techniken*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

- von Eisenhart Rothe, V. (2016). Volle Kraft—Wohin? Bremser im Team. *ergopraxis*, (10), 49.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-115011>
- Wensing, M., Bosch, M., & Grol, R. (2013). Determinants of change. In R. Grol, M. Wensing, M. Eccles, & D. Davis (Hrsg.), *Improving patient care: The implementation of change in health care* (2nd ed). Chichester, UK ; Hoboken, NJ, USA: Wiley Blackwell, BMJ/Books.
- Wilding, C., Curtin, M., & Whiteford, G. (2012). Enhancing occupational therapists' confidence and professional development through a community of practice scholars. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(4), 312–318. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2012.01031.x>
- Wilding, C., & Whiteford, G. (2007). 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>
- Wilding, C., & Whiteford, G. (2009). From Practice to Praxis: Reconnecting Moral Vision with Philosophical Underpinnings. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(10), 434–441. <https://doi.org/10.1177/030802260907201004>
- 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>
- Windisch, R., & Zoßeder, J. (Hrsg.). (2006). *Sozialwissenschaften für die Ergotherapie* (1. Aufl.). München: Elsevier.
- 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 Health Organisation. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Abgerufen von WHO

Office Europe website:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

World Health Organisation. (2002). *Active Ageing: A policy framework*. Abgerufen von Non

communicable Disease Prevention and Health Promotion Ageing and Life Course website:

von http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/

Anhang

A.1. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Hypothetisches Modell zur Beschreibung des Umstellungsprozesses innerhalb ambulanter ergotherapeutischer Praxen hin zu modellgeleitetem Arbeiten	17
Abbildung 2 Drei-Phasen-Modell nach Lewin (1953), eigene Darstellung	25
Abbildung 3 Verbindung zwischen individuellen und organisatorischen Veränderungen nach Balogun et al. (2016), eigene Übersetzung	26
Abbildung 4 Ablauf empirischer Forschung nach Bergner-Grabner (2016), eigene Darstellung	28
Abbildung 5 Darstellung der Aufbereitungs- und Auswertungsstrategien zur Beantwortung der Forschungsfragen, vollständige Abbildung → A.15	29
Abbildung 6 Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung.....	33
Abbildung 7 Einschlusskriterien Teilnehmende.....	33
Abbildung 8 Darstellung der fünf Interviewten.....	35
Abbildung 9 Darstellung der Leitfragen und zugehörigen Auswertungsstrategien, vollständige Abbildung → A.15	37
Abbildung 10 Kategoriensystem Analyseprojekt II.....	38
Abbildung 11 Ausschnitt aus dem Kategoriensystem Analyseprojekt I	38
Abbildung 12 Darstellung der Aufbereitungs- und Auswertungsstrategien zur Beantwortung der Forschungsfragen, vollständige Abbildung → A.15	39
Abbildung 13 Kategoriensystem zur Beantwortung der ersten Leitfrage.....	42
Abbildung 14 Hypothetisches Modell nach Integration der Resultate	55
Abbildung 15 Kreislauf zur Wissensimplementierung.....	58
Abbildung 16 Übersicht über die ergotherapeutischen Paradigma, adaptiert nach Kielhofner (2009), Mentrup (2014) und Möller (2017)	92
Abbildung 17 Darstellung der Auswertungsstrategien.....	110
Abbildung 18 Abfolge der Knowledge Translation nach Bennett et al. (2018), eigene Übersetzung und Darstellung.....	117
Abbildung 19 Theory Advancement Process (Leclair et al., 2013, S. 186).....	118
Abbildung 20 Participatory Change Process (Wimpenny et al., 2010).....	118
Abbildung 21 Action and reflection cycle (Wimpenny et al., 2010, S. 509)	119
Abbildung 22 Kreislauf der Wissensimplementierung am Beispiel Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2015), Darstellung angelehnt an den Plan-Do-Check-Act-Zyklus nach Deming (2000).....	120

Tabelle 1 Auszug Literaturrecherche	16
Tabelle 2 Beschreibung der Teilnehmenden	41
Tabelle 3 Synthese der Umstellungsprozesse der Teilnehmenden, Abbildung angelehnt an Balogun et al. (2016)	47
Tabelle 4 Ausschnitt aus der Literaturrecherche mit Bewertung der gefundenen Artikel nach Borgetto (2017)	85
Tabelle 5 Literaturrecherche, thematische Aufschlüsselung.....	88
Tabelle 6 Literaturrecherche, vergleichend.....	91
Tabelle 7 genutzte Maßnahmen im Umstellungsprozess und Kausalmechanismen	114
Tabelle 8 Strategien zur Modellimplementierung.....	116
Tabelle 9 Ergotherapeutische Berufskompetenzen in Veränderungsprozessen.....	122

A.2. Literaturrecherche

Datum	Datenbank	Stichwörter und Operatoren	Anzahl	Ausgewählte Artikel	Evidenzlevel nach Borgetto (2017)
07.05.2019	DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	(Occupational therapy) AND (practice model) AND implementation	61,249	Sirkka, M., Zingmark, K., & Larsson-Lund, M. (2014). A process for developing sustainable evidence-based occupational therapy practice. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 3
				Sirkka, M., Larsson-Lund, M., & Zingmark, K. (2014). Occupational therapists' experiences of improvement work: A journey towards sustainable evidence-based practice. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 3
				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. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-experimentell 3
				Leclair, L., Ripat, J., Wener, P., Cooper, J., Johnson, L., Davis, E., & Campbell-Rempel, M. (2013). Advancing the use of theory in occupational therapy: A collaborative process. <i>Canadian journal of occupational therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 4
17.09.2019	DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	(Occupational therapy) AND (theory practice gap)	35,062	Colquhoun, H. L., Letts, L. J., Law, M. C., MacDermid, J. C., & Missiuna, C. A. (2010). A Scoping Review of the Use of Theory in Studies of Knowledge Translation. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>	Quantitativ-beobachtend 3

		Scott, S. D., Albrecht, L., O'Leary, K., Ball, G. D., Hartling, L., Hofmeyer, A., ... Dryden, D. M. (2012). Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. <i>Implementation Science</i>	Quantitativ-beobachtend 1	
17.09.2019	Pubmed	(Occupational therapy) AND (theory practice gap) Publication date: 10 years	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. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-experimentell 3
			Aiken, F. E., Fourn, A. M., Cheng, I. K. S., & Polatajko, H. J. (2011). The Meaning Gap in Occupational Therapy: Finding Meaning in our Own Occupation. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 4
			Menon, A., Korner-Bitensky, N., Kastner, M., McKibbin, K. A., & Straus, S. (2009). Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: A systematic review. <i>Journal of rehabilitation medicine</i>	Quantitativ-beobachtend 1
17.09.2019	DiZ-Discovery Service for Zuyd Hogeschool	(Occupational therapy) AND (knowledge implementation)	Bennett, S., Laver, K., & Clemson, L. (2018). Progressing knowledge translation in occupational therapy. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>	Expertenmeinung
			Daud, A. Z. C., Judd, J., Yau, M., & Barnett, F. (2015). Issue in Applying Occupation-based Intervention in Clinical Practice: A Delphi Study. <i>Procedia - Social and Behavioral Sciences</i>	Mixed-methods, Delphi-Studie, 2

07.05.19	DiZ - Discovery Service for Zuyd Hogeschool	Ergotherapie UND Modelle UND Umsetzung	Merklein de Freitas, C. (2015). Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten: Eine Interpretativ Phänomenologische Analyse. <i>Ergoscience</i>	Qualitativ- beobachtend 4
			Brandt, B. (2017). Therapieansätze überdenken: Generalisation und Alltagstransfer sicherstellen. <i>Ergotherapie und Rehabilitation</i>	Qualitativ- beobachtend 1

Tabelle 4 Ausschnitt aus der Literaturrecherche mit Bewertung der gefundenen Artikel nach Borgetto (2017)

Des Weiteren wurden die Datenbanken OT-Seeker und Cochrane durchsucht. Zusätzliche Stichworte umfassten unter anderem:

(Occupational therapy) AND Change

(Occupational therapy) AND (knowledge transfer) OR (Knowledge translation)

(Occupational therapy) AND (theory integration)

Ergotherapie UND (Theorie-Praxis-Transfer)

Ergotherapie UND (Change Management)

Ergotherapie UND Implementierung ODER Umsetzung UND Modelle

A.3. Literaturrecherche thematisch

Diese Artikel wurden genutzt, Umstellungsprozesse hin zu betätigungsorientiertem, klientenzentriertem oder modellgeleiteten Arbeiten zu vergleichen, wie in Kapitel 2, Literaturrecherche beschrieben. Ausschnitte aus diesem inhaltlichen Vergleich finden sich des Weiteren in ⇒A.4.

Thematik	Artikel	Evidenzlevel nach Borgetto (2017)
modellgeleitetes Arbeiten	Ashby, S., Ryan, S., Gray, M., & James, C. (2013). Factors that influence the professional resilience of occupational therapists in mental health practice. <i>Australian occupational therapy journal</i>	Qualitativ-beobachtend 4
	Lee, S. W., Taylor, R., & Kielhofner, G. (2009). Choice, Knowledge, and Utilization of a Practice Theory: A National Study of Occupational Therapists Who Use the Model of Human Occupation. <i>Occupational Therapy In Health Care</i>	Quantitativ-beobachtend 3
	Sirkka, M., Larsson-Lund, M., & Zingmark, K. (2014). Occupational therapists' experiences of improvement work: A journey towards sustainable evidence-based practice. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 3
	Sirkka, M., Zingmark, K., & Larsson-Lund, M. (2014). A process for developing sustainable evidence-based occupational therapy practice. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 3
	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. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-experimentell 3
	Boniface, G., Fedden, T., Hurst, H., Mason, M., Phelps, C., Reagon, C., & Waygood, S. (2008). Using Theory to Underpin an Integrated Occupational Therapy Service through the Canadian Model of Occupational Performance. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-experimentell 3
	Ikiugu, M. N. (2012). Use of theoretical conceptual practice models by occupational therapists in the US: A pilot survey. <i>International Journal of Therapy and Rehabilitation</i>	Quantitativ-beobachtend 3
	Melton, J., Forsyth, K., & Freeth, D. (2010). A Practice Development Programme to Promote the Use of the Model of Human Occupation: Contexts, Influential Mechanisms and Levels of Engagement Amongst Occupational Therapists. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 3
	Owen, A., Adams, F., & Franszen, D. (2014). Factors influencing model use in occupational therapy. <i>South African Journal of Occupational Therapy</i>	Quantitativ-beobachtend 4

betätigungsorientiertes Arbeiten	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. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 4
	Ashby, S., Gray, M., Ryan, S., & James, C. (2015). Maintaining occupation-based practice in Australian mental health practice: A critical stance. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 4
	Daud, A. Z. C., Judd, J., Yau, M., & Barnett, F. (2015). Issue in Applying Occupation-based Intervention in Clinical Practice: A Delphi Study. <i>Procedia - Social and Behavioral Sciences</i>	Mixed-methods, Delphi-Studie, 2
	Daud, A. Z. C., Yau, M. K., Barnett, F., Judd, J., Jones, R. E., & Muhammad Nawawi, R. F. (2016). Integration of occupation based intervention in hand injury rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of Hand Therapy</i>	Quantitativ-experimentell 2
	Di Tommaso, A., Isbel, S., Scarvell, J., & Wicks, A. (2016). Occupational therapists' perceptions of occupation in practice: An exploratory study. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>	Qualitativ-beobachtend 4
	Estes, J., & Pierce, D. (2012). Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. <i>Scandinavian journal of occupational therapy</i>	Qualitativ-beobachtend 4
	Khayatzadeh Mahani, M., Hassani Mehraban, A., Kamali, M., & Parvizy, S. (2015). Facilitators of implementing occupation based practice among Iranian occupational therapists: A qualitative study. <i>Medical Journal of the Islamic Republic of Iran</i>	Qualitativ-beobachtend 4
	Kievelitz, M. (2014). Sinnvolle Betätigung in der täglichen Praxis einsetzen. <i>Ergotherapie und Rehabilitation</i>	Qualitativ-beobachtend 4
	Colaiani, D., & Provident, I. (2010). The Benefits of and Challenges to the Use of Occupation in Hand Therapy. <i>Occupational Therapy In Health Care</i>	Mixed methods 3
	Rüther, L. (2019). Ein Wegweiser für den Upgrade-Prozess—Betätigungsorientierte Ergotherapie in der neurologischen Rehabilitationsklinik. <i>Ergotherapie und Rehabilitation</i>	Qualitativ-beobachtend 4
Gillen, A., & Greber, C. (2014). Occupation-Focused Practice: Challenges and Choices. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>	Expertenmeinung	
klientenzentriertes Arbeiten	Duggan, R. (2005). Reflection as a Means to Foster Client-Centred Practice. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>	Qualitativ-experimentell 4
	Enemark Larsen, A., Adamsen, H. N., Boots, S., Delkus, E. C. G., Pedersen, L. L., & Christensen, J. R. (2019). A survey on client-centered practice among danish occupational therapists. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Quantitativ-beobachtend 3

Gupta, J., & Taff, S. D. (2015). The illusion of client-centred practice. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Expertenmeinung
Kjellberg, A., Kåhlin, I., Haglund, L., & Taylor, R. R. (2012). The myth of participation in occupational therapy: Reconceptualizing a client-centred approach. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Quantitativ-beobachtend 3
Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? <i>Canadian journal of occupational therapy</i>	Expertenmeinung
Mulligan, S., White, B. P., & Arthanat, S. (2014). An examination of occupation-based, client-centered, evidence-based occupational therapy practices in New Hampshire. <i>OTJR: Occupation, Participation and Health</i>	Quantitativ-beobachtend 3
Restall, G., Ripat, J., & Stern, M. (2003). A framework of strategies for client-centred practice. <i>Canadian journal of occupational therapy</i>	Expertenmeinung
Eyssen, I. C. J. M., Steultjens, M. P. M., Groot, V., Steultjens, E. M. J., Knol, D. L., Polman, C. H., & Dekker, J. (2013). A cluster randomised controlled trial on the efficacy of client-centred occupational therapy in multiple sclerosis: Good process, poor outcome. <i>Disability and rehabilitation</i>	Quantitativ-experimentell 2

Tabelle 5 Literaturrecherche, thematische Aufschlüsselung

A.4. Literaturrecherche vergleichend

Vergleich der in Umstellungsprozessen hin zu betätigungsorientiertem, klientenzentriertem oder modellgeleitetem Arbeiten beschriebenen relevanten Faktoren. Es ergaben sich sehr ähnliche Einflussfaktoren und Beschreibungen der Umstellungsprozesse. Obwohl modellgeleitetes Arbeiten durch die Umsetzung der ergotherapeutischen Grundannahmen auch die Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in der Praxis steigert (Sirikka, Larsson-Lund, et al., 2014), wurde in der vorhandenen Literatur der Fokus häufig nur auf einen Aspekt gelegt, weshalb dieser Vergleich notwendig wurde. Hierauf aufbauend konnte die gefundene Literatur bezüglich des Umstellungsprozesses hin zu modellgeleitetem Arbeiten genutzt werden (⇒2.).

Einflussfaktoren Umsetzung Betätigungsorientiertes Arbeiten (BOA)	Einflussfaktoren Umsetzung Klientenzentriertes Arbeiten (KZA)	Einflussfaktoren Umsetzung Modellgeleitetes Arbeiten (MGA)
<u>Aiken et al. (2011)</u> Mikro: persönliche, interne Motivation, lesen von Fachliteratur Meso: gemeinsame Terminologie, informal networking, Supervision, Fachgespräche, zeitliche und finanzielle Ressourcen, institutionelle Vorgaben Makro: externe Erwartungen, biomedizinisches Modell	<u>Duggan (2005)</u> Mikro: Motivation ET, Einstellung ET, lebenslanges Lernen, Wissen über Klientenzentrierung Meso: Supervision und Reflexion in Gruppen, Außendarstellung Makro: biomedizinischer Kontext, Vorgaben im Gesundheitssystem	<u>Ashby et al. (2013)</u> Meso: in/formal professional networks, regelmäßiger Austausch, Erwartungen anderer Berufsgruppen, zeitliche Ressourcen Makro: biomedizinische Sichtweise
<u>Ashby et al. (2015)</u> Mikro: selbstbewusste Haltung Meso: Kommunikation mit Klienten und Kollegen, Machtverhältnisse am Arbeitsplatz Makro: biomedizinische Sichtweise	<u>Enemark Larsen et al. (2019)</u> Mikro: Evaluation der Intervention, gemeinsame Zielsetzung, gleichberechtigte Kommunikation, Awareness u. Motivation Klient Meso: Zeit für Klienten, Möglichkeit für selbstbestimmtes Arbeiten Makro: Wissen KZA in Ausbildung	<u>Ikiugu (2012)</u> Mikro: mangelndes Wissen über Modelle Meso: Einfluss durch Arbeitsumgebung Makro: Modelle in Ausbildung/Studium
<u>Daud et al. (2015)</u> Mikro: Reflektion der eigenen Praxis, Edukation der Klienten, Fortbildungen und Wissenserwerb, Klientenzentrierung, Erwartungshaltung Klient, Nutzen von Assessments Meso: Mentor-Programme, Expertisen intra- und interdisziplinär teilen, zeitliche Ressourcen	<u>Gupta & Taff (2015)</u> Mikro: Zugang zum "natürlichen Kontext" des Klienten, collaborative decision-making Makro: Fokus im Gesundheitssystem und Arbeitskontext auf funktionelle Ebene	<u>Lee et al. (2009)</u> Mikro: Wissen über Modelle, Lernen aus verschiedenen Wissensquellen, Motivation ET Meso: Nutzen der Modelle im Arbeitskontext durch andere Kollegen

<p>Makro: biomedizinische Sichtweise, Bekanntheit von ET bei anderen Berufsgruppen</p>		
<p><u>Di Tommaso et al. (2016)</u> Mikro: Motivation der Klienten, bewusste Entscheidung als Therapeut FÜR BOA Meso: Austausch im Team, Machtverhältnisse am Arbeitsplatz Makro: biomedizinische Sichtweise, Inkonsistenzen zwischen Ausbildung/Studium und Praxis</p>	<p><u>Kjellberg et al. (2012)</u> Mikro: Empathie und Interdependenz Klient - Therapeut, Nutzung ET-Modelle Meso: finanzielle und organisatorische Ressourcen, Vorhandensein von Materialien Makro: KZA in Ausbildung</p>	<p><u>Owen et al. (2014)</u> Mikro: Ausbildung/Studium, Berufserfahrung, Einstellung zu Modellen, Wissen über Modelle, Therapieverlauf Klient Meso: zeitliche Ressourcen, Fachgebiet/Arbeitsbereich, Möglichkeiten zum Wissenserwerb Makro: biomedizinischer Fokus</p>
<p><u>Estes & Pierce (2012)</u> Mikro: Berufsidentität, Motivation der Klienten, Änderung der Gewohnheiten "mind shift" Meso: „künstliche“ Umwelt der Klinik, räumliche Gegebenheiten, Vorhandensein (Alltags-) Material Makro: biomedizinische Sichtweise, BO in Ausbildung/Studium</p>	<p><u>Law et al. (1995)</u> Mikro: stabile Klienten-Therapeuten-Beziehung, Einsicht und Kommunikationsfähigkeit Klient, Gewohnheiten ET Makro: biomedizinisches Modell</p>	<p><u>Sirkka et al.(2014)</u> Mikro: individuelle Reflektion Meso: kollegiale Diskussionen, feste Zeiten für Reflektion, gemeinsame Terminologie, Anpassung der Dokumentation und Assessments, Engagement der Vorgesetzten, zuständige Person als "Change Manager" und festgelegter Ablauf, zeitliche Ressourcen, Erwartungen anderer Berufsgruppen</p>
<p><u>Khayatzaheh Mahani et al. (2015)</u> Mikro: Einstellung des Therapeuten, Kommunikation mit Klienten Meso: Darstellung Berufsidentität nach extern, Vorhandensein (Alltags-) Material Makro: Ausbildungsinhalte fern des aktuellen Paradigmas</p>	<p><u>Mulligan et al. (2014)</u> Mikro: individuelle Vorgehensweise, Kommunikationsfähigkeiten des Therapeuten, stabile Klient-Therapeut-Beziehung Meso: zeitliche Ressourcen Makro: Vorgaben Gesundheitssystem</p>	<p><u>Sirkka et al. (2014)</u> Mikro: Nutzung betätigungsorientierter Assessments Meso: Entwicklung eines Programms zur Strukturierung des ET-Prozesses nach dem gewählten Modell, Gruppendiskussionen zu modellspezifischen Inhalten, Aufklärung und Motivation externer ET-Kollegen, Anpassen der Dokumentation Makro: biomedizinische Sichtweise</p>
<p><u>Kievelitz (2014)</u> Meso: einheitliche Fachsprache, Orientierung an ET-Modellen, Außerdarstellung der ET</p>	<p><u>Restall et al. (2003)</u> Mikro: stabile Klient-Therapeut-Beziehung, innere Einstellung und Werte des Therapeuten (persönliche</p>	<p><u>Wimpenny et al. (2010)</u> Mikro: Einstellungen ET, Bereitschaft zur Veränderung, Berufsidentität</p>

<p>Makro: BO in Ausbildung, medizinischer Fokus im deutschen Gesundheitssystem, Anerkennung der ET in D</p>	<p>Reflektion), Fachwissen, Fähigkeiten Klient Meso: zeitliche Ressourcen, externe Erwartungen</p>	<p>Meso: Unterstützung durch Vorgesetzte v.a. bei Initiierung, Change Agent zur Steuerung des Prozesses, Kommunikation im Team, Zeit für Supervision und Reflektion, Kommunikation und Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen</p>
--	--	--

Tabelle 6 Literaturrecherche, vergleichend

A.5. Paradigmenwechsel in der Ergotherapie

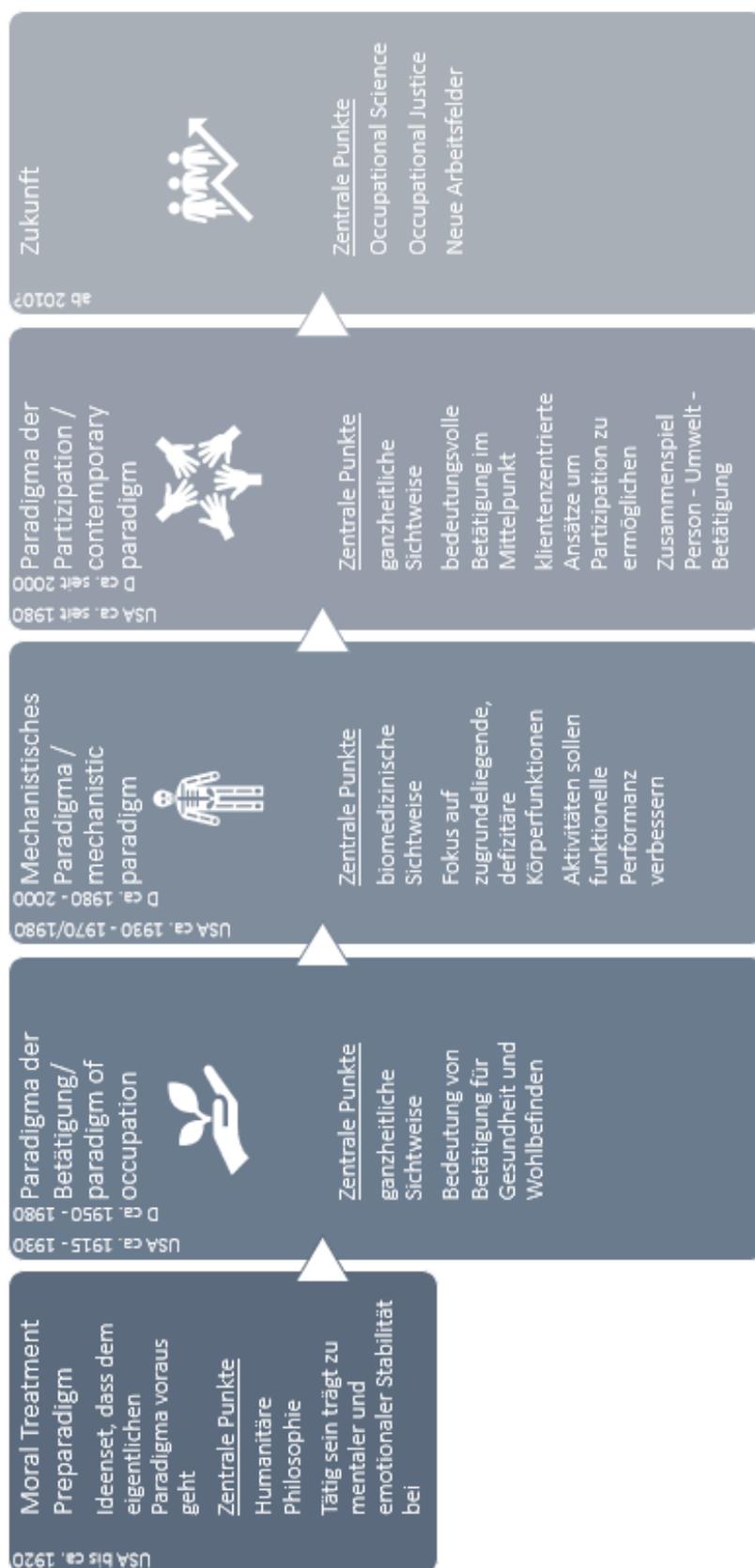


Abbildung 16 Übersicht über die ergotherapeutischen Paradigmen, adaptiert nach Kielhofner (2009), Mentrup (2014) und Möller (2017)

A.6. Variablendefinitionen

AMBULANTE ERGOTHERAPEUTISCHE PRAXIS (UNABHÄNGIGE/ABHÄNGIGE VARIABLE)

DEFINITION	Ein Unternehmen, welches im nicht stationären Rahmen Klient*innen innerhalb und außerhalb der Praxisräume gemäß der Zulassungsempfehlungen (§ 124 SGB V, 1989) behandelt.
INDIKATOREN	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über allgemeine Abläufe, Vorgaben und Standards - Aussagen über in der Praxis zugrunde gelegte Werte und Normen, Leitbilder - Aussagen über Hierarchien bezüglich der Unternehmensorganisation, Führungsstil - Aussagen über Kosten, Einnahmen, finanzielle Aspekte der Umstellung - Aussagen über genutztes oder ungenutztes Material, über Veränderungen bzgl. des Inventars oder der räumlichen Nutzung
ZEITDIMENSION	Vor, während und nach dem Umstellungsprozess
SACHDIMENSIONEN	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Organisatorische Abläufe, Vorgaben und Standards</u> Festgelegte Abläufe und Vorgaben innerhalb der Praxis im Sinne des Qualitätsmanagements, standardisierte Formulare - <u>Unternehmenskultur, Leitbild der Praxis</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) - <u>Hierarchien in der Praxis</u> „Stellenhierarchie legt das Stellengefüge fest, in dem den einzelnen organisatorischen Einheiten operationale Teilaufgaben zugewiesen werden. Personenhierarchie bezeichnet die Positionierung der Stelleninhaber innerhalb einer hierarchischen Ordnung.“ (Schewe, Piekenbrok, & Haric, 2018) - <u>finanzielle Ressourcen</u> Finanzielle Mittel, die innerhalb der Praxis zur Verfügung stehen, bzw. den Mitarbeitern, zur Anschaffung von Materialien, Fortbildungen u.a. zur Verfügung gestellt werden. - <u>räumliche Gegebenheiten, Inventar</u> Räumlichkeiten und deren Nutzungsmöglichkeiten innerhalb der Praxis, sowie die zweckmäßige Ausstattung der Praxisräume mit Mobiliar und Therapiematerialien.

ERGOTHERAPEUT*IN (UN-/ABHÄNGIGE VARIABLE)

DEFINITION	<p>„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.“ (DVE, 2019, S. 10)</p> <p>Zur Führung der Berufsbezeichnung bedarf es der Erlaubnis nach dem Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (ErgThG, 1976).</p>
INDIKATOREN	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über eigenen beruflichen Werdegang, Qualifikationen, Kompetenzen, Fortbildungen - Aussagen über persönliche Motivation - Aussagen über Berufsidentität - Aussagen über die eigene Arbeitsweise, den therapeutischen Prozess, therapeutisches Handeln
ZEITDIMENSION	Seit Beginn der beruflichen Laufbahn bis zum aktuellen Zeitpunkt
SACHDIMENSIONEN	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Berufliche Qualifikation der Ergotherapeut*innen</u> „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) - <u>Berufsidentität</u> 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) - <u>Therapeutische Intervention</u> Meint den Prozess und die qualifizierten Maßnahmen, die der Ergotherapeut in Zusammenarbeit mit dem Klienten durchführt, um ihm die Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden zu ermöglichen. Der Interventionsprozess umfasst die Planung, Durchführung und Re-Evaluation (Boyt Schell et al., 2014, S. 1235)

THERAPEUT*INNENTEAM (UN-/ABHÄNGIGE VARIABLE)

DEFINITION	Gruppe der Therapeut*innen, die gemeinsam in der ambulanten ergotherapeutischen Praxis tätig sind
INDIKATOREN	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über Qualifikationen, Berufserfahrung, Wissenstand der einzelnen Teammitglieder - Aussagen über Teamzeiten, Supervision, Fachgespräche, Kommunikation in der Gruppe - Aussagen über Einstellungen einzelner Teammitglieder gegenüber dem Umstellungsprozess - Aussagen über Gruppenbildung, Rollen, Arbeitsteilung - Aussagen über personelle Gegebenheiten innerhalb der Praxis und vorgegebene Hierarchien, Mitbestimmung/Mitsprache
ZEITDIMENSION	Vor, während und nach dem Umstellungsprozess
SACHDIMENSIONEN	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Hierarchien innerhalb des Teams</u> „Stellenhierarchie legt das Stellengefüge fest, in dem den einzelnen organisatorischen Einheiten operationale Teilaufgaben zugewiesen werden. Personenhierarchie bezeichnet die Positionierung der Stelleninhaber innerhalb einer hierarchischen Ordnung.“ (Schewe et al., 2018) - <u>Motivation innerhalb des Teams</u> „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. - <u>Berufliche Qualifikationen innerhalb des Teams</u> „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) - <u>Rollen innerhalb des Teams</u> „Eine Reihe von Verhaltensweisen, die sozial vereinbarte Funktionen haben und einem anerkannten Normenkodex entsprechen.“ (Taylor & Kielhofner, 2017, S. 484)

UMGEBENDER KONTEXT (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	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über Einflüsse von außerhalb des Praxisgeschehens - Aussagen über rechtliche Grundlagen, Vorgaben des Gesundheitssystems, Berufsverbands, Leitlinien, ICF, Kostenträger, Krankenkassen, angrenzende Berufsgruppen, Klienten - Aussagen über Empirie und Forschung
ZEITDIMENSION	Vor, während und nach dem Umstellungsprozess
SACHDIMENSIONEN	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Institutionelle Umwelt</u> Umgebende Systeme (z.B. politisch, rechtlich, wirtschaftlich, institutionell), die Normen, Rollenerwartungen und soziale Aspekte beeinflussen - <u>Soziale Umwelt</u> Beziehungen zu und Erwartungen von Personen, Gruppen und Populationen - <u>Kulturelle Umwelt</u> Bräuche, Überzeugungen, Verhaltensstandards und Erwartungen, die durch die umgebende Gesellschaft vorgegeben werden - <u>Physische Umwelt</u> Natürliche und bauliche nichtmenschliche Umgebung und die darin enthaltenen Objekte. Die natürliche Umgebung umfasst geografisches Gelände, Pflanzen und Tiere, sowie die sensorischen Eigenschaften der Umgebung. Die bauliche Umgebung umfasst Gebäude, Möbel, Werkzeuge und Geräte. - <u>Zeitliche Umwelt</u> Tages- oder Jahreszeit, Dauer oder Rhythmus einer Aktivität - <u>Virtuelle Umwelt</u> Interaktionen in simulierten, Echtzeit- oder Nahzeit-Situationen unter Zuhilfenahme verschiedener Technologien (American Occupational Therapy Association, 2017a)

UMSTELLUNGSPROZESS (UN-/ABHÄNGIGE VARIABLE)

DEFINITION	Verlauf der selbstgesteuerten Umstellung innerhalb der Praxis hin zu modellgeleitetem Arbeiten
INDIKATOREN	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über interne und externe Auslöser und Gründe für die Umstellung - Aussagen über den Verlauf des Prozesses, einzelne Schritte oder Phasen - Aussagen über veränderte Arbeitsweisen, neue Strukturen, Standardisierungen - Aussagen über Verhaltensweisen einzelner Teammitglieder - Aussagen über einzelne Schritte
ZEITDIMENSION	Die benötigte Dauer vom Beginn bis zum Abschluss des Umstellungsprozesses
SACHDIMENSIONEN	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Theorie-Praxis-Transfer</u> „dynamischer und iterativer Prozess, der Synthese, Verbreitung, Austausch und ethisch einwandfreie Anwendung von Wissen zur Verbesserung der Gesundheit umfasst“ (Canadian Institutes of Health Research, 2012) - <u>Phasenmodelle des Change</u> 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) Dieser Ablauf kann in drei Phasen mit sieben Schritten unterteilt werden: Mobilisieren: Schock, Ablehnung Verändern: Einsicht, Akzeptanz, Erprobung, Erkenntnis Erhalten: Integration (Balogun et al., 2016)

ZU IMPLEMENTIERENDES MODELL (ABHÄNGIGE VARIABLE)

DEFINITION	Ergotherapeutische Praxismodelle bilden einen Zusammenschluss aus Theorie-, Forschungs- und Praxisressourcen, die von Ergotherapeuten genutzt werden. Sie bieten auf Basis wissenschaftlicher Forschung und ergotherapeutischer Grundannahmen die „Linse“, durch welche Ergotherapeuten ihre Klienten und Therapieprozess betrachten, sowie Pläne entwickeln und Probleme lösen. (Kielhofner, 2009, S. 13–14)
INDIKATOREN	<ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über Assessments, theoretische Modelle, Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung - Aussagen zu Prozessmodellen oder deren einzelnen Phasen (Evaluation, Intervention, Re-Evaluation) - Aussagen zu therapeutischem Reasoning
ZEITDIMENSION	Während des Umstellungsprozesses
SACHDIMENSIONEN	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Modellgeleitetes Arbeiten</u> Therapeutische Vorgehensweise, die auf einem ergotherapeutischen theoretischen Modell beruht, indem dessen Grundannahmen, Inhalte und Prozesse angewendet werden (Kielhofner, 2009). - <u>Betätigungsorientiertes Arbeiten</u> Betätigungsorientiertes Arbeiten ermöglicht Klienten das Ausführen von für sie wichtigen Betätigungen in ihrem individuellen Kontext, zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, durch das Nutzen von bedeutungsvollen Betätigungen als Therapieziel und -inhalt. (Gray, 1998; Townsend & Polatajko, 2013) - <u>Klientenzentriertes Arbeiten</u> „Dienstleistungsansatz, der Respekt für den Klienten und Partnerschaft mit ihnen als aktive Teilnehmer am Therapieprozess umfasst. Dieser Ansatz betont das Wissen und die Erfahrung, Stärken, Auswahlvermögen und allgemeine Autonomie der Klienten.“ (Marotzki & Reichel, 2018) - <u>Professionelles 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)

A.7. Ethik in der Forschung und im Gesundheitswesen

Ausführliche Darstellung der vier Grundprinzipien nach Druml (2010):

1. Autonomie
2. Wohltun
3. Nicht Schaden
4. Gerechtigkeit

Unter dem Grundprinzip der Autonomie wird die Aufklärung mit verständlichen Informationen über den Zweck, das Ziel, die Art der Mitarbeit und die Verwendung der Forschungsarbeit und Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme der Expert*innen verstanden. Dies gewährleiten die Autorinnen, indem sie die Teilnehmenden in der Einladung zum Experteninterview über das Forschungsziel schriftlich informieren und ihre Vorgehensweise konsequent transparent gestalten (⇒A.11). Im Rahmen der informierten Einwilligung konnten die Expert*innen, welche freiwillig an der Studie teilnahmen, jederzeit ohne Benachteiligung die Studie verlassen.

Das Prinzip des Wohltuns verlangt, dass die Forschenden das Wohl der Teilnehmenden während der Durchführung der Forschungsarbeit gewährleiten. Durch eine Anonymisierung der personenbezogenen Daten stellten die Forscherinnen sicher, dass die Personen nicht identifiziert werden können. Im Rahmen des Datenschutzes gelten für die Forschungsarbeit die gesetzlichen Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung, die im Bundesdatenschutzgesetz verankert sind. Hieran orientierten sich die Autorinnen. Im Zuge des Datenschutzes wurden Merkmale, die zur Identifizierung eines Teilnehmenden führen könnten, gesondert aufbewahrt und nur im Sinne des Forschungszwecks zusammengeführt.

Durch die Teilnahme an dieser Studie darf den Interviewten kein Schaden zugefügt werden (Risiko-Nutzen-Abwägung). Diese gewährleiten die Autorinnen, indem sie wie bereits oben erwähnt die Daten der Teilnehmenden anonymisierten, im Verlauf des Interviews auf eine angemessene Kommunikation achteten und die Privatsphäre der Teilnehmenden wahrten. Der Umgang mit den Daten erfolgt streng vertraulich. Durch die Anonymisierung und getrennte Aufbewahrung der Einwilligungserklärung können keine Rückschlüsse auf die jeweilige Person gezogen werden. Der Datenaustausch zwischen den Autorinnen erfolgt über eine passwortgeschützte Cloud.

Mit dem Prinzip der Gerechtigkeit tragen Forschende die Verantwortung für die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit ihrer Forschungsergebnisse im gesellschaftlichen Kontext. Die Wahl des Forschungsthemas hält dabei das Potential bereit, sich positiv auf Entwicklungen innerhalb der Ergotherapie auszuwirken. Des Weiteren planen die Autorinnen die Ergebnisse der Studie für alle Interessierten zugänglich zu machen.

A.8. Interviewleitfaden Prätest

Guten Tag Frau/Herr _____

Vielen Dank schonmal im Voraus, dass sie sich für dieses Interview Zeit nehmen!

Ich erkläre ihnen kurz den Ablauf: ich beginne gleich mit der Aufzeichnung des Gesprächs, wir besprechen die allgemeinen Vorgaben und beginnen dann mit dem Interview.

Ist es ihnen angenehmer gesiezt oder geduzt zu werden?

Ich würde jetzt mit der Aufzeichnung des Gesprächs beginnen, sind sie/bist du damit einverstanden?

Wir führen dieses Interview im Rahmen unserer Bachelor-Arbeit an der Hogeschool Zuyd, Heerlen für den Studiengang Ergotherapie durch. Für alle Fragen benötigen wir ca. eine Stunde.

Die Einverständniserklärung und Information über die Anonymisierung und den Datenschutz haben sie/hast du mir ja bereits unterschrieben zurückgesendet, haben sie/hast du hierzu noch Fragen?

Wie sie wissen/du weißt, werden alle ihre/deine Antworten anonymisiert, zu diesem Zweck ist es hilfreich, wenn sie/du mir ein Pseudonym nennen/nennst, unter dem sie/du später in meiner Arbeit genannt werden möchten/möchtest.

Es besteht die Möglichkeit, dass ich ihnen/dir die schriftliche Fassung dieses Interviews im Anschluss zukommen lasse, sodass sie ihre/du deine Aussagen nochmals überprüfen und ggf. ergänzen können/kannst.

Zu Beginn würde ich sie/dich bitten, ein paar allgemeine Fragen zu beantworten:

Wie alt sind sie/bist du?

Seit wann sind sie/bist du als Ergotherapeut/in tätig?

Haben sie/hast du eine Ausbildung oder ein Studium absolviert? Wann?

Wo arbeiten sie/arbeitest du aktuell? Wie lange arbeiten sie/arbeitest du bereits dort? Mit welchem Klientel arbeiten sie/arbeitest du? Wie viele Mitarbeiter hat die Praxis?

Sind sie/bist du Mitglied in einem Berufsverband? Wenn ja, in welchem?

Mit welcher Wochenstundenzahl sind sie/bist du angestellt?

In welchem Bundesland arbeiten sie/arbeitest du?

Sie haben/Du hast dich bereit erklärt, an diesem Interview teilzunehmen, weil sie/du von einem Umstellungsprozess in ihrer/eurer Praxis berichten können/kannst. Würden sie/Würdest du uns diese Umstellung kurz beschreiben?

Was war der zeitliche Rahmen der Umstellung?

Welchen Grund gab es für die Umstellung?

Wie entstand die Idee zur Umstellung? Wodurch wurde sie ins Team eingebracht?

Welche Gründe gab es für sie/dich persönlich?

Welche Gründe hatten Kollegen/gab es im Team?

Welches Ziel hatte der Umstellungsprozess?

Können sie/Kannst du drei zentrale Aspekte nennen, die als Zielpunkte gesetzt wurden?

Wurde ein konkretes Modell gewählt? Welches? Warum dieses?

Warum war das modellgeleitete Arbeiten ein Ziel für euch?

Gibt es Möglichkeiten zum kollegialen Austausch in ihrer/eurer Praxis?

Fragen zum Team innerhalb der Praxis

Teamsitzungen

Wie würden sie/würdest du euer Team beschreiben?

Wie würden sie/würdest du den Wissenstand innerhalb eures Teams beschreiben?

Haben ihre/deine Kollegen eine Ausbildung/Studium absolviert? Wieviel Berufserfahrung haben sie?

Gab es unterschiedliche Haltungen gegenüber dem Umstellungsprozess innerhalb des Teams?

Wie wurde damit umgegangen?

Was kennzeichnet für sie/dich eine klientenzentrierte Arbeitsweise?

Wie zeigt sich Klientenzentrierung in ihrem/deinem Arbeitsalltag?

Was kennzeichnet für sie/dich eine betätigungsorientierte Arbeitsweise?

Wie zeigt sich Betätigungsorientierung in ihrem/deinem Arbeitsalltag?

Fragen zum Prozess

Was war für sie/dich der Auslöser/der Beginn der Umstellung?

Was war für sie/dich das Ziel der Umstellung?

Wurden im Team konkrete Ziele/Visionen formuliert? Wie?

Welche Schritte wurden durchgeführt, um das Ziel zu erreichen?

Gab es Höhe-/Tiefpunkte im Ablauf? Welche? Wie wurde damit umgegangen?

Wenn sie/du eine Praxis am Beginn des Umstellungsprozesses beraten würden/würdest: Welche Tipps/Ratschläge würden sie/würdest du geben? 3 Dos, 3 Don'ts

A.9. Interviewleitfaden

Nach dem einleitenden Gespräch dient die Tabelle dazu, anhand der Checkboxen vor den Hauptthemen in der ersten Spalte zu markieren, ob relevante Aspekte angesprochen wurden. War dies nicht der Fall, konnte auf vertiefende Fragen in der zweiten Spalte zurückgegriffen werden.

Guten Tag Frau/Herr _____

Qualität der Verbindung abfragen

Vielen Dank schonmal im Voraus, dass sie sich für dieses Interview Zeit nehmen!

Ich erkläre ihnen kurz den Ablauf: ich beginne gleich mit der Aufzeichnung des Gesprächs, danach besprechen wir besprechen die allgemeinen Vorgaben und beginnen dann mit dem Interview.

Ist es ihnen lieber gesiezt oder geduzt zu werden?

Ich würde 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 persönliche Erfahrung, daher sollten sie keine Bedenken haben „richtig“ oder „falsch“ zu antworten. Manche Fragen dienen der Vertiefung von bestimmten Themen und klingen deshalb vielleicht sehr ähnlich, lassen sie sich davon nicht verunsichern.

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 werde ihnen die schriftliche Fassung dieses Interviews im Anschluss zukommen lassen, sodass sie ihre Aussagen nochmals überprüfen und ggf. ergänzen können.

Zu Beginn würde ich sie bitten, ein paar allgemeine Fragen zu beantworten:

1. Erzählen sie uns kurz etwas zu ihrem beruflichen Werdegang.
 - a. Seit wann sind sie als Ergotherapeut/in tätig?
 - b. Wann haben sie die erwähnten Abschlüsse erreicht?
2. Wo arbeiten sie aktuell? Wie lange arbeiten sie bereits dort? Mit welchem Klientel arbeiten sie vorwiegend? Wie viele Mitarbeiter hat die Praxis?
3. Wie viele Stunden arbeiten sie wöchentlich?
4. In welchem Bundesland arbeiten sie?
5. Wie alt sind sie?

1. Sie haben sich bereit erklärt, an diesem Interview teilzunehmen, weil sie von einem Umstellungsprozess in ihrer Praxis berichten können. Erzählen sie mir kurz von der Umstellung.

<input type="checkbox"/> Zeitlicher Rahmen	Was war der zeitliche Rahmen der Umstellung?
<input type="checkbox"/> Grund/Auslöser <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Team <input type="checkbox"/> extern	Wie entstand die Idee zur Umstellung? Welche Gründe für die Umstellung gab es für Sie persönlich? Welche Gründe gab es im Team?
<input type="checkbox"/> Ziel	Was sollte das Ergebnis des Umstellungsprozesses sein? Welches Ziel hatte der Umstellungsprozess? Können sie das genauer erklären?
<input type="checkbox"/> Ablauf	Wie sind sie beim Umstellungsprozess vorgegangen? Welche Veränderungen haben in welcher Reihenfolge stattgefunden? Welche Schritte wurden nacheinander umgesetzt? Können sie das genauer beschreiben?
Einleitung Ich habe im nächsten Abschnitt ein paar Fragen zu ihrem Praxisteam. 2. Wie würden sie ihr Praxisteam beschreiben?	
<input type="checkbox"/> Teamzeit	Wie sieht der kollegiale Austausch im Team aus?
<input type="checkbox"/> Vorkenntnisse/Wissenstand	Welche Vorkenntnisse bringen die einzelnen Teammitglieder in die Praxis ein?
<input type="checkbox"/> Haltung gegenüber Prozess	Wie hat sich ihr Team im Prozess verändert? Welche unterschiedlichen Haltungen gab es innerhalb des Teams gegenüber dem Umstellungsprozess? Wie wurde mit diesen unterschiedlichen Haltungen umgegangen?
Einleitung Als nächstes würde ich gerne wieder den Bogen zum Umstellungsprozess schlagen. 3. Welche Schwierigkeiten sind ihnen während des Prozesses begegnet?	
4. Was hat den Umstellungsprozess erleichtert?	
5. Wenn sie eine Praxis am Beginn des Umstellungsprozesses beraten würden: Welche Tipps/Ratschläge würden sie geben? ODER Wenn sie eine Liste erstellen würden, was bezüglich des Umstellungsprozesses getan werden sollte oder besser nicht getan werden sollte, was würde darauf stehen?	
6. Gibt es weitere Erfahrungen und Informationen über den Umstellungsprozess, die sie uns gerne mitteilen möchten?	

A.10. Anschreiben Interview

Berufsbegleitender Studiengang der Ergotherapie

Zuyd University
of Applied Sciences



Expert*innen für ein Interview gesucht!

- Sie arbeiten betätigungsorientiert und klientenzentriert im Praxisalltag?
- Sie kennen sich mit Veränderung aus?
- Sie sind daran interessiert den Beruf der Ergotherapeut*in weiter voran zu bringen?



Wer sind wir?

Wir, zwei Ergotherapeutinnen, die in einer ambulanten Praxis tätig sind und den berufsbegleitenden Studiengang Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen besuchen, brauchen für unsere Bachelorarbeit Ihre Unterstützung!

Wofür suchen wir Expert*innen?

Im Rahmen des aktuellen Paradigmenwechsels hin zu betätigungsorientierter und klientenzentrierter Ergotherapie sind Veränderungen in vielen Bereichen des Berufsstands nötig.

Das Nutzen ergotherapeutischer Modelle in der ambulanten Praxis, um Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung umzusetzen ist hierbei der nächste Schritt. Bisherige Studien zeigen, dass die Umstellung des Arbeitens in diese Richtung viele Vorteile bringt: Für die Zufriedenheit und berufliche Identität der Therapeut*innen und die Zufriedenheit und Therapieergebnisse der Klienten.

Wie genau Ergotherapeut*innen ihre Arbeitsweise anpassen und verändern, um klientenzentrierter und betätigungsorientierter vorzugehen, konnte bisher noch nicht genau festgelegt werden.

Daher suchen wir Ergotherapeut*innen, die diese Umstellung durchlaufen haben und somit als Expert*innen dieses Wissen weitergeben möchten.

Unter dieser Fragestellung suchen wir Expert*innen für ein **60-minütiges Interview im Mai 2019!**

Welche Vorteile bringt ihnen die Teilnahme an unserer Studie?

Durch die Teilnahme an unserem Interview wird ihnen die Möglichkeit geboten, sich nochmal tiefergehend mit der Betätigungsorientierung in der Ergotherapie und den damit zusammenhängenden Anforderungen auseinanderzusetzen. Außerdem haben sie Gelegenheit den durchlaufenen Umstellungsprozess zu reflektieren. Und nicht zuletzt eröffnen sie durch ihr Expertenwissen anderen Therapeut*innen die Möglichkeit, die Ergotherapie der Zukunft mitzugestalten.

Wen suchen wir?

- Sie haben den Umstellungsprozess ohne externe Hilfe organisiert und in der Praxis durchlaufen
- Der Umstellungsprozess hatte mehrere der folgenden Ziele:
 - den Therapieprozess nach einem ergotherapeutischen Modell auszurichten
 - Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung zur Grundlage des Therapiegeschehens zu machen
 - einen Top-Down-Ansatz für die Therapiegestaltung zu verwenden
 - bedeutungsvolle Betätigungen der Klienten konsequent zum Therapieinhalt zu machen
 - Ergotherapeutische Befundung anhand von Betätigungsanalysen zu gestalten

Treffen diese Kriterien auf sie zu? Dann freuen wir uns, wenn sie sich bei uns melden, um weitere Details zu besprechen!

Ansprechpartnerin: Sarah Bühler
Email: Ergoexperte@gmx.de

Vielen Dank im Voraus!
Sarah Bühler und Sara Mohr

A.11. Einwilligungserklärung

Informierende Einverständniserklärung



Wer wir sind

Wir, zwei Ergotherapeutinnen, die in einer ambulanten Praxis tätig sind und den berufsbegleitenden Studiengang Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen besuchen, beschäftigen uns im Rahmen unserer Bachelorarbeit mit dem Thema „Selbstgesteuerte Umstellungsprozesse zum modellgeleiteten Arbeiten in deutschen Ergotherapiepraxen“ und führen hierzu Experteninterviews durch.

Worum es in der Studie geht

Im Rahmen des aktuellen Paradigmenwechsels hin zu betätigungsorientierter und klientenzentrierter Ergotherapie sind Veränderungen in vielen Bereichen des Berufsstands nötig.

Das Nutzen ergotherapeutischer Modelle in der ambulanten Praxis, um Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung umzusetzen ist hierbei der nächste Schritt. Bisherige Studien zeigen, dass die Umstellung des Arbeitens in diese Richtung viele Vorteile bringt: Für die Zufriedenheit und berufliche Identität der Therapeut*innen und die Zufriedenheit und Therapieergebnisse der Klient*innen

Wie genau Ergotherapeut*innen ihre Arbeitsweise anpassen und verändern, um klientenzentrierter und betätigungsorientierter vorzugehen, konnte bisher noch nicht genau festgelegt werden. Daher erörtert unsere Bachelorarbeit die Fragestellung, wie dieser Umstellungsprozess im Setting ergotherapeutischer Praxen abläuft und wie ihn Ergotherapeut*innen erleben.

Welche Vorteile sie durch eine Teilnahme haben

Durch die Teilnahme an unserem Interview wird ihnen die Möglichkeit geboten, sich nochmal tiefergehend mit der Betätigungsorientierung in der Ergotherapie und den damit zusammenhängenden Anforderungen auseinanderzusetzen. Außerdem haben sie Gelegenheit den durchlaufenen Umstellungsprozess zu reflektieren. Und nicht zuletzt eröffnen sie durch ihr Expertenwissen anderen Therapeut*innen die Möglichkeit, die Ergotherapie der Zukunft mitzugestalten.

Um von uns als Expert*in interviewt zu werden, sollten sie folgende Kriterien erfüllen:

- ✓ Sie haben den Umstellungsprozess ohne externe Hilfe organisiert und in der Praxis durchlaufen
- ✓ der Umstellungsprozess hatte mehrere der folgenden Ziele:
 - den Therapieprozess nach einem ergotherapeutischen Modell auszurichten
 - Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung zur Grundlage des Therapiegeschehens zu machen
 - einen Top-Down-Ansatz für die Therapigestaltung zu verwenden
 - bedeutungsvolle Betätigungen der Klient*innen konsequent zum Therapieinhalt zu machen
 - ergotherapeutische Befundung anhand von Betätigungsanalysen zu gestalten

Der Umgang mit ihren Informationen

Der Umgang mit ihren Daten erfolgt streng vertraulich. Durch die Anonymisierung und getrennte Aufbewahrung ihrer Einwilligungserklärung, können keine Rückschlüsse auf die jeweilige Person gezogen werden. Die erhobenen Daten werden anonymisiert und ausschließlich im Rahmen der oben genannten Bachelorarbeit verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Auch im Falle einer Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie ist eine vollständige Anonymität ihrer Daten gewährleistet. Der Datenaustausch erfolgt über eine passwortgeschützte Cloud.

Bei weiteren Fragen wenden sie sich gerne jederzeit an:

Sarah Bühler und Sara Mohr

Ergoexperte@gmx.de

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

„Selbstgesteuerte Umstellungsprozesse zum modellgeleiteten Arbeiten in deutschen Ergotherapiepraxen“

Ich bestätige hiermit, die Informationen zu oben genannter Studie „Selbstgesteuerte Umstellungsprozesse zum modellgeleiteten Arbeiten in deutschen Ergotherapiepraxen“ der Zuyd Hogeschool gelesen zu haben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass alle Daten nach Abschluss der Datenerhebung vollständig anonymisiert werden und so keine Rückschlüsse auf meine Person möglich sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Studie aufgezeichnet und verschriftlicht, sowie von den Forscherinnen ausgewertet und im Falle einer Veröffentlichung anonymisiert vorgestellt werden. Die erhobenen Daten werden ausschließlich im Rahmen der Bachelorarbeit genutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Auch im Falle einer Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie bleibt meine Anonymität gewahrt und es können keine Rückschlüsse auf meine Person gezogen werden.

Meine Teilnahme ist freiwillig und ich kann diese jederzeit, ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Name Teilnehmender (Bitte in Blockschrift)

Ort, Datum

Unterschrift

A.12. Methodisches Vorgehen Datenanalyse

1. Transkript nach Anwendung der Transkriptionsregeln:

B: Und was für uns eine riesige Erleichterung war ähm, dass wir ja alle an diesem einen Strang gezogen haben, als Team. Und bereit waren Fortbildungstage, finanzielle Mittel natürlich auch, ne, die Fortbildungen haben Geld gekostet, dass jeder da auch für sich als einzelnes Teammitglied ordentlich investiert hat. Und wir dann/ aber natürlich auch von der Chefin damals und jetzt von mir trotzdem auch Unterstützung bekommen, dass wir die Möglichkeit hatten diese ganzen Inhouse-Schulungen zu machen, ne. #00:31:57-6#

2. Geglättetes Transkript nach Anwendung der Regeln zur Glättung

„Und was für uns eine riesige Erleichterung war, dass wir ja alle an diesem einen Strang gezogen haben, als Team. Und bereit waren Fortbildungstage, finanzielle Mittel natürlich auch, die Fortbildungen haben Geld gekostet, dass jeder da auch für sich als einzelnes Teammitglied ordentlich investiert hat. Und wir aber natürlich auch von der Chefin damals und jetzt von mir trotzdem auch Unterstützung bekommen, dass wir die Möglichkeit hatten diese ganzen Inhouse-Schulungen zu machen.“ (Interview C, Absatz 84)

3. Codierung mit F4-Analyse (Dresing & Pehl, 2017)

⁸⁴ Und was für uns eine riesige Erleichterung war, dass wir ja alle an diesem einen Strang gezogen haben, als Team. Und bereit waren Fortbildungstage, finanzielle Mittel natürlich auch, die Fortbildungen haben Geld gekostet, dass jeder da auch für sich als einzelnes Teammitglied ordentlich investiert hat. Und wir aber natürlich auch von der Chefin damals und jetzt von mir trotzdem auch Unterstützung bekommen, dass wir die Möglichkeit hatten diese ganzen Inhouse-Schulungen zu machen. #00:31:57-6#

grün = Therapeut*innenteam: Hierarchien/Zusammenarbeit im Team

rosa = ambulante ergotherapeutische Praxis: finanzielle Ressourcen

4. Zusammenfassen und paraphrasieren der Daten in „Memos“

⁸⁴ Und was für uns eine riesige Erleichterung war, dass wir ja alle an diesem einen Strang gezogen haben, als Team. Und bereit waren Fortbildungstage, finanzielle Mittel natürlich auch, die Fortbildungen haben Geld gekostet, dass jeder da auch für sich als einzelnes Teammitglied ordentlich investiert hat.
 gemeinsames Vorgehen als Ressource, individuelle (finanzielle) Investition
Und wir aber natürlich auch von der Chefin damals und jetzt von mir trotzdem auch Unterstützung bekommen, dass wir die Möglichkeit hatten diese ganzen Inhouse-Schulungen zu machen.
 Finanzielle Unterstützung durch Vorgesetzte als Ressource

5. Zusammenfassen der Codes einer Kategorie, um diese zu definieren

ambulante Praxis — Ressourcen | ambulante Praxis — Barrieren | ambulante Praxis

Vorteile innerhalb der ambulanten Praxis, die zur Erleichterung des Umstellungsprozesses beitragen

studierte Kollegen bieten Motivation und Initiative im Prozess

Wissenserwerb durch Fortbildungen für das ganze Team zu modellspezifischen Inhalten

Verschriftlichung des Vorgehens als "Nachschlagewerk" für alle Beteiligten

Unterstützung durch Vorgesetzte (finanziell, ideell)

A.13. Transkriptionsregeln

Die Transkription der Experteninterviews erfolgte nach einem semantisch-inhaltlichen Transkriptionssystem (Dresing & Pehl, 2017). Dabei wurden folgende Transkriptionsregeln zugrunde gelegt (Dresing & Pehl, 2017; Gläser & Laudel, 2010).

1. Die Transkription erfolgt wortgetreu.
2. Syntaktische Fehler innerhalb eines Satzes werden beibehalten.
3. Dialekte und Wortverkürzungen werden ins Hochdeutsche übertragen. Beispielsweise wird „so ‘ne Sache“ transkribiert als „so eine Sache“.
4. Umgangssprache Partikeln wie „gell“ oder „ne“ werden beibehalten.
5. Abgebrochene Wörter und Wortdoppelungen werden nur transkribiert, wenn sie zur besonderen Betonung genutzt werden.
6. Abgebrochene Halbsätze werden mit „/“ gekennzeichnet.
7. Rezeptionssignale („genau, ja, hm“ usw.) werden nur transkribiert, wenn sie eine direkte Antwort auf eine Frage sind. Dabei wird nach „Hm“ die Betonung in Klammern beschrieben (beispielsweise: bejahend, verneinend, ...). Alle Partikel bzw. Zögerungslaute werden unabhängig von ihrer Betonung als „hm“ bzw. „ähm“ transkribiert.
8. Besonders betonte Wörter werden in Großbuchstaben transkribiert.
9. Nonverbale Äußerungen, welche zur Interpretation der Aussage wichtig sind, werden im Text in Klammern eingefügt.
10. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ transkribiert.
11. Die interviewende Person wird mit „I:“ und die befragte Person mit „B:“ gekennzeichnet.
12. Pausen werden mit „(...)“ transkribiert, wenn sie länger als 3 Sekunden andauern.
13. Sprechen beide Personen gleichzeitig, wird die Überlappung mit „//“ gekennzeichnet.
14. Wörtliche Rede innerhalb einer Aussage wird in einfache Anführungszeichen gesetzt.
15. Abkürzungen werden nur verwendet, wenn sie tatsächlich so ausgesprochen wurden.
16. Zahlen von null bis zwölf werden als Wörter transkribiert, ab 13 als Zahlen. Ausgenommen sind festgelegte Schreibweisen, beispielsweise bei Datumsangaben oder Adressen.
17. Längere Textpassagen werden nach inhaltlichen Kriterien mit Absätzen und Zeitmarken versehen, um Sinnzusammenhänge herauszustellen.
18. Die Transkriptionsdateien werden mit dem Pseudonym versehen. Inhalte, die Rückschlüsse auf die Person zulassen, werden entfernt und die entsprechenden Stellen innerhalb des Textes markiert.

Weitere Glättung zur Vorbereitung für den Member-Check

Zögerungs- und Zustimmungslaute („Ähm“ und „Hm“) entfernt

Wortdoppelungen und Satzabbrüche ohne Relevanz entfernt

Zustimmungsäußerungen („Okay“, „Ja“) die nicht direkt als Antwort auf eine Frage geäußert wurden, wurden entfernt

Redundante Füllwörter wie „ja“, „quasi“ entfernt

A.14. Extraktionsregeln

Erweitert und ergänzt auf der Basis von Gläser und Laudel (2010)

1. Kurz fassen! Gib die Aussagen zusammengefasst wieder, bei zu kurzen und dadurch unverständlichen Zusammenfassungen kann man durch die Quellenangabe immer wieder zurück zum Text springen.
2. Nicht faul werden! Informationen aus dem Text bewusst und überlegt in Kategorien einordnen.
3. Aussagen im Text zerlegen und den Dimensionen zuordnen (Sach-, Zeit-, Ursache-, Wirkungsdimension)
4. Kausalketten „abschneiden“, wenn sie über die Forschungsfrage hinaus gehen. Nur relevante Inhalte extrahieren.
5. Kausalketten auflösen in Handlung/Regel/Ursache/Wirkung und nicht einfach in eine Sachdimension schieben (siehe auch Regel 3). Hierzu extra Tabellen anlegen!
6. Nicht spekulieren! Es wird nur extrahiert was tatsächlich im Text steht. Eigene Ideen und Interpretationen, die einem während des Lesens kommen separat dokumentieren. Info hierzu in die gelben Memos zur Kategorie!
7. Nicht synthetisieren! Kein eigenes Kontextwissen einfließen lassen. ABER Kontextwissen aus vorhergehenden Absätzen kann berücksichtigt werden.
8. Entscheidungen protokollieren!

A.15. Auswertungsstrategien

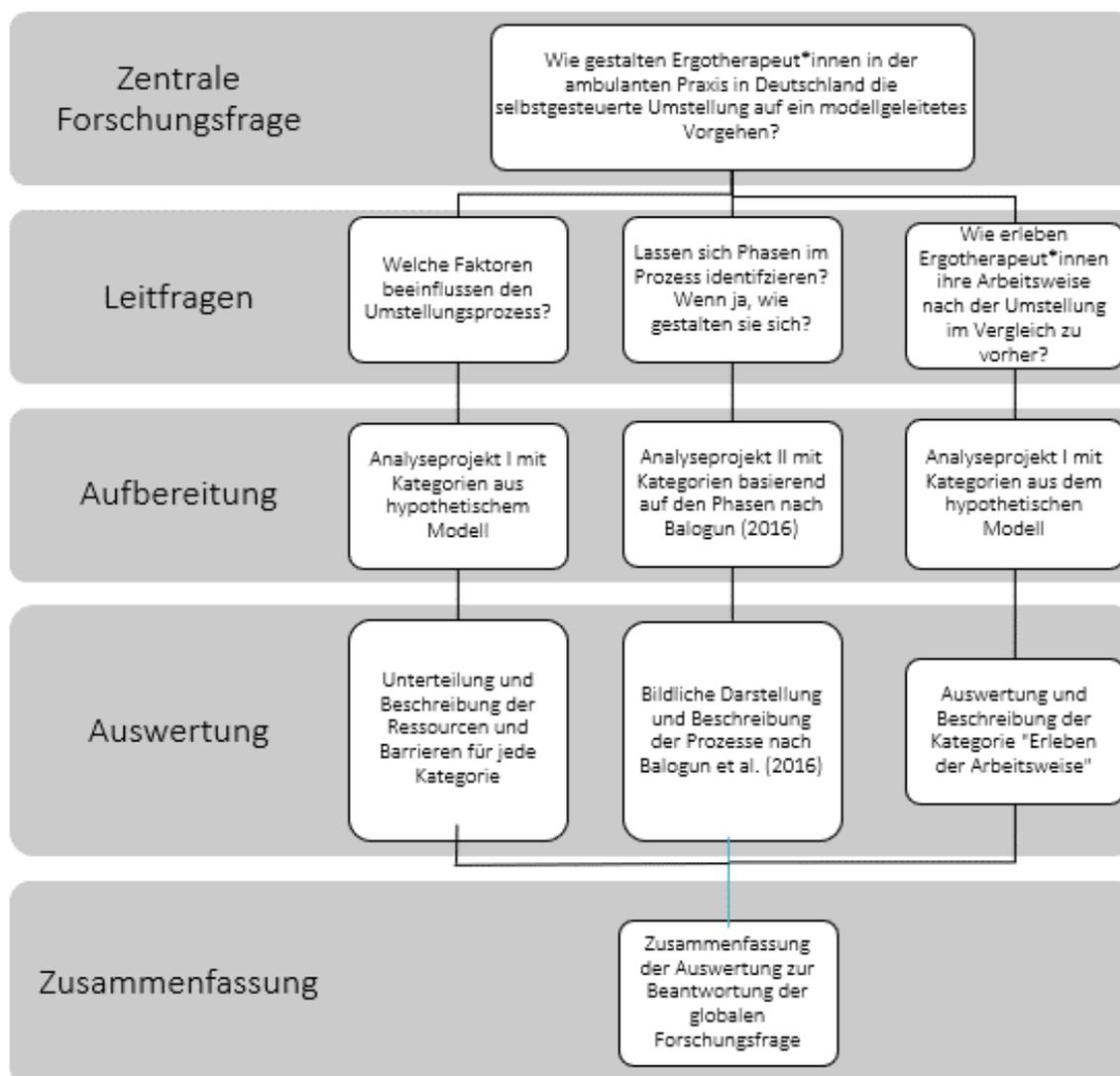


Abbildung 17 Darstellung der Auswertungsstrategien

A.16. Tabelle Maßnahmen und Kausalmechanismen

Phasen im Prozess	Maßnahmen	Quellen	Kausalmechanismen
Mobilisieren	Initiierung		
	Initiative/Motivation durch Kollegin mit Studium	B-Abs. 46, B-Abs. 85	Input löst Umstellungsprozess aus
	Maßnahmen gemeinsam im Team festlegen	B-Abs. 45	
	Steuerungsperson- oder -gruppe festlegen	D-Abs. 87, B-Abs. 95, C-Abs. 38, C-Abs. 55, D-Abs.46, D-Abs. 81, F-Abs. 68	Erleichtert Erarbeiten von Inhalten, muss dann auf Team übertragen werden
	Start in Kleingruppe mit Vorreiterfunktion	C-Abs. 38, C-Abs. 55	Dient als Vorreiter, Kleingruppe zeigt Wege wie es funktioniert bzw. das es funktioniert, wirkt motivieren auf andere Kollegen
	Abprache mit dem Vorgesetzten treffen (bei Bottom Up Implementierung)	E-Abs. 50, E-Abs. 71	
	Teamatmosphäre		
	Offene Gesprächskultur schaffen	B-Abs. 74, F-Abs. 88, C-Abs. 66	
	Umgang mit Deprofessionalisierungsängsten und Widerständen Ängste ernstnehmen und ansprechen Es wird nach individuellen Lösungen gesucht, Inhalte werden angepasst, alle werden bei der Gestaltung des Prozesses einbezogen vermitteln, dass trotz gemeinsamem Prozess jeder sein individuelles Tempo und Vorgehen finden darf Vermitteln welchen Benefit Umstellungsprozess bringen kann Supervision	F-Abs. 97, F-Abs. 100 B-Abs. 74, C-Abs. 79, B-Abs. 46 D-Abs. 46 F-Abs. 49 E-Abs. 50	Ängste nehmen und ansprechen hilft Ablehnung und Deprofessionalisierungsängsten vorzubeugen
	Vision	E-Abs. 71	Dient der Vorbereitung und Planung des Umstellungsprozesses
	Vorgesetzte formuliert Vision für das ganze Team, „Anstoßveranstaltung“	D-Abs. 81, D-Abs. 46, D-Abs. 94, F-Abs. 103, D-Abs. 46, D-Abs. 94	Führt dazu, dass das Team sich auf den Prozess einlässt (D-Abs. 46)
	Vision wird gemeinsam im Team formuliert	C-Abs.59, B-Abs. 93	

	Planung des Ablaufs		
	Zeitstruktur wird vorgeben	D-Abs. 85	Ängste nehmen und Unsicherheiten abbauen
	Bewusst kein zeitlicher Rahmen gesetzt	B-Abs. 78-79	Vermeidet Zeitdruck, ermöglicht individuelles Tempo
	Zeit für individuelles Vorgehen lassen	B-Abs. 78, D-Abs. 83, D-Abs. 98, E-Abs. 100	Ablehnung wird überwunden (C-Abs. 79)
	Planung der Abfolge des Prozesses, Gliederung in einzelne Schritte	B-Abs. 93, D-Abs. 35-36, E-Abs. 71	Um Prozess bewältigen zu können
	Wissen		
	Input von außen holen	B-Abs. 85, C-Abs. 37, F-Abs. 67, F-Abs. 102	Hilft, indem verhindert wird, dass die Umsetzung bei Widerständen versandet
	Wissen/ Prozess verschriftlichen	B-Abs. 87	
	Wissen über Prozess und Inhalte teilen	F-Abs. 107, F-Abs. 68	Ist Aufgabe des Praxisleiters, da er sich für Umstellung entschieden hat, Mitarbeiter einarbeitet und am längsten in der Praxis arbeiten wird, so „versandet“ der Prozess nicht
Verändern	Veränderung auf Institutionsebene		
	Inhaltliche Auseinandersetzung mit den Konzepten und gleichzeitige Veränderung der organisatorischen Abläufe	B-Abs. 63, 87; D-Abs. 52, F-Abs. 64, D-Abs. 52	
	Prozessmodell wird auf organisatorischer Ebenen integriert	B-Abs. 65, D-Abs. 57, B-Abs. 63, F-Abs. 48	Schafft Struktur, hilft Dokumente oder Formulare zu erstellen Hilft Therapeuten Prozess zu visualisieren
	Visualisieren und verschriftlichen der neuen Abläufe	B-Abs. 65, C-Abs. 88-89, D-Abs. 57, F-Abs. 44, F-Abs. 82, E-Abs. 51, E-Abs. 72, B-Abs. 67, B-Abs. 70, B-Abs. 87, F-Abs. 111, F-Abs. 64	Strukturiert und motiviert rückblickend Gibt Orientierung im Ablauf
	Verankerung der Konzepte im QM	B-Abs. 65-66, B-Abs. 87	
	Räumliche Umgestaltung	B-Abs. 88, B-Abs. 90, C-Abs. 60, C-Abs. 64, D-Abs. 53, D-Abs. 55	Veränderung der Denkstruktur bzw. veränderte Arbeitsweise hat räumliche bzw. Materialveränderungen zur Folge. Räumliche Umgestaltung: 1. als Teamprozess 2. auf organisatorischer Ebene (Assessments, Formulare usw.) 3. aus Materialebene (Alltagsgegenstände, Hilfsmittel,

			Aussortieren funktioneller Materialien)
Veränderung auf Therapeutenebene			
Implementierung neuer Behandlungsmöglichkeiten	B-Abs. 91		Veränderte Denkhaltung und vermehrtes Hintergrundwissen hat die Implementierung neuer Behandlungsmöglichkeiten zur Folge
Wissen			
Erarbeiten von Fachliteratur (Hintergrundwissen)	C-Abs. 62, B-Abs. 102, B-Abs. 104, B-Abs. 106		Schaffen von Hintergrundwissen schafft Sicherheit, hilft bei der Veränderung der Denkstruktur, was zu einer veränderten Arbeitsweise führt
Spezielle Veranstaltungen, um sich über das Model auf der Basis von Fachliteratur auszutauschen	B-Abs. 106, C-Abs. 93		
Gemeinsame Arbeitskreise	C-Abs. 93, C-Abs. 68, D-Abs. 66, C-Abs. 39		Inhaltliches Wissen und organisatorisches Vorgehen wird dem Team vermittelt
Wissenserweiterung	E-Abs. 66, C-Abs. 62, E-Abs. 59, E-Abs. 93-94, B-Abs. 66, E-Abs. 71, E-Abs. 100		Hintergrundwissen bzw. Wissenserweiterung als Basis für gemeinsame Sprache, schafft Sicherheit für die Anwendung
Inhouse-Schulungen/Gleiches Wissen für alle zur gleichen Zeit	C-Abs. 84, C-Abs. 62, D-Abs. 63, E-Abs. 96, E-Abs. 99		Externe Experten förderlich, da kein Rollenkonflikt besteht (C-Abs. 39, C-Abs. 88)
Austausch			
Im Team Supervision und Reflektion Reflektion und Evaluation Fallbesprechung Erprobungsphasen	D-Abs. 65, F-Abs. 85, B-Abs. 96, C-Abs. 62, D-Abs. 68 F-Abs. 76, F-Abs. 84, 85, F-Abs. 79 F-Abs. 45, F-Abs. 48		Ängste nehmen und ansprechen hilft Ablehnung und Deprofessionalisierungsängsten vorzubeugen Inhalte verinnerlichen und sich austauschen Reflektion von außen Individuelle Anpassung der Vorgehensweise
Nach außen/von außen Netzwerken Konzepte werden individuell an die jeweilige Praxis angepasst Außendarstellung Ärzte über Prozess aufklären Klienten aufklären Aufklärung nach außen Externe Experten werden eingeladen	C-Abs. 88 C-Abs. 93, F-Abs. 45 C-Abs. 59 E-Abs. 65, E-Abs. 72, E-Abs. 74, E-Abs. 99 E-Abs. 76, E-Abs. 87, E-Abs. 97, E-Abs. 99 C-Abs. 62, F-Abs. 99, C-Abs. 84, D-Abs. 63, F-Abs. 67		Aufklären von Klienten bietet Transparenz und Struktur für Klienten und Therapeuten (C-Abs. 59, E-Abs. 72) Netzwerken - Input und Austausch von außen (C-Abs. 88)
Erhalten	Jährlicher Konzepttag, regelmäßige konzeptbezogene Workshops	B-Abs. 50, F-Abs. 26, C-Abs. 64	Auffrischung theoretischer Inhalte

	Weitere Wissenserwerb	C-Abs. 64	Aufrechterhalten des Prozesses
	Kollegiale Besprechungen	C-Abs. 68, F-Abs. 26	Aufrechterhalten des Prozesses Vertiefen, Prozess wird als fortlaufend empfunden
	Weitere Nutzung der verschriftlichten Inhalte	B-Abs. 70	
	Erfahrungen an andere Praxen weitergeben	E-Abs. 99	

Tabelle 7 genutzte Maßnahmen im Umstellungsprozess und Kausalmechanismen

A.17. Strategien zur Modellimplementierung

Die untenstehende Tabelle bringt die von Melton et al. (2010) in ihrer qualitativen Studie zur Implementierung des MOHO (Taylor & Kielhofner, 2017) benannten Förderfaktoren in Beziehung zu Aussagen der interviewten Ergotherapeut*innen dieser Forschungsarbeit und den im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse abgeleiteten Maßnahmen.

Strategien nach Melton et al. (2010)	Ausgewählte Aussagen der Interviewten	Genutzte Maßnahmen
Building Confidence	<p>„Ich finde das Team ist selbstbewusster geworden.“ (Interview C, Absatz 74)</p> <p>„Sodass wir sagen, ja, cool, da sind nochmal neue Kompetenzen.“ (Interview C, Absatz 91)</p> <p>„Okay, Leute (...) ihr seid sehr gute, kompetente Therapeuten, hervorragende Therapeuten, nichts muss jetzt vergessen werden.“ (Interview F, Absatz 98)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gegenseitige Supervision - Fallbesprechungen - Bewusstmachen vorhandener Kompetenzen - Wertschätzender Umgang miteinander - Offene Kommunikation
Finding Flow	<p>„Ja also eigentlich (...) habe ich so den Prozess bei uns rein gebracht. Und jetzt fast zwei Jahre später, läuft es immer noch so. Zum Glück. (lacht)“ (Interview E, Absatz 55)</p> <p>„Also bei uns ist eine ganz klare Vorgehensweise jetzt, da hinterfragt das keiner mehr, das ist selbstverständlich“ (Interview D, Absatz 98)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Individuelles Erproben und dann gemeinsames Evaluieren neuer Arbeitsweisen - Nutzen des Prozessmodells als „Fahrplan“ - Schrittweise Erprobung neuer Arbeitsweisen, zunächst bei einzelnen Klienten
Conferring with others	<p>„Wir haben regelmäßige Teamsitzungen“ (Interview D, Absatz 66)</p> <p>„Das ist dann immer wieder so bei Fallbesprechungen im Team wichtig, da dann nochmal zu gucken (...).“ (Interview F, Absatz 49)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Zeiten für Team- und Fallbesprechungen - Schulungen für das ganze Team - Nutzen individueller Wissensquellen (Kolleg*innen mit modellspezifischen Fortbildungen, Studium etc.) - Formulieren einer gemeinsamen Vision - Netzwerken

Constructing Know-how	<p>„(...), dass wir die Möglichkeit hatten diese ganzen Inhouse-Schulungen zu machen.“ (Interview C, Absatz 84)</p> <p>„(...) um da einfach ganz klar und sicher zu sein in der Anwendung und dieses ganze Hintergrundwissen auch zu haben“ (Interview C, Absatz 62)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modellspezifische Fortbildungen für das ganze Team - Inhouseschulungen - Einsatz externer Referenten - Zugänge zu Fachliteratur ermöglichen - Verschriftlichen des eigenen Prozesses
Channelling Time	<p>„Zeit zu haben, die Dinge zu entwickeln. Die Dinge innerhalb des Praxisalltags zu entwickeln, umzustellen. Genug Zeit zu haben, alle auf den gleichen Stand zu bringen. Auch Zeit zu haben, um eben halt alle mitzunehmen.“ (Interview B, Absatz 78)</p> <p>„(...), dass wir Zeit dafür bekommen haben. (...) Das war so eine Vereinbarung“ (Interview D, Absatz 83)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Zeiten für Team- und Fallbesprechungen - Zeitdruck vermeiden, individuelles Vorgehen ermöglichen - Offene Kommunikation, Sorgen der Mitarbeiter ernstnehmen
Accumulating Reward	<p>„Und kann dann ganz klar sagen '(...) Dieser Mensch ist hierhergekommen und ich konnte ihm helfen'. (...) Und das finde ich macht für mich die Arbeit viel zufriedener.“ (Interview C, Absatz 52)</p> <p>„(...) es passieren auch tatsächlich Sachen womit man nicht gerechnet hat, im positiven Sinne. Was ich schon sagte, dass man extra Klienten bekommt nur weil man eben so arbeitet zum Beispiel.“ (Interview E, Absatz 69)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fortschritte und Erfolge im Team bewusst machen - Prozess schriftlich dokumentieren - Austausch im Team ermöglichen - Regelmäßige gemeinsame Rückschau bei Teamveranstaltungen

Tabelle 8 Strategien zur Modellimplementierung

A.18. Knowledge Implementation in der Ergotherapie

Der Theorie-Praxis-Transfer, also "ein dynamischer und iterativer Prozess, der Synthese, Verbreitung, Austausch und ethisch einwandfreie Anwendung von Wissen zur Verbesserung der Gesundheit beinhaltet." (Canadian Institutes of Health Research, 2012) und wie ihn Ergotherapeut*innen gestalten, wird und wurde in den vergangenen Jahren in einer Vielzahl von Studien untersucht und dargestellt. Dies stellt den letzten Schritt einer Kette aus Synthese, Verbreitung und Austausch von Wissen dar (Colquhoun et al., 2010) (⇒Abb.18). Die Implementierung von ergotherapeutischen Modellen in die Praxis stellt dabei den letzten der vier Schritte der *knowledge translation* oder *Implementierung* dar (Colquhoun et al., 2010). Dies meint einen „schrittweisen, sich wiederholenden Prozess, der dazu dient theoretisches Wissen in der Praxis umzusetzen“ (Bennett, Laver, & Clemson, 2018, S. 157).

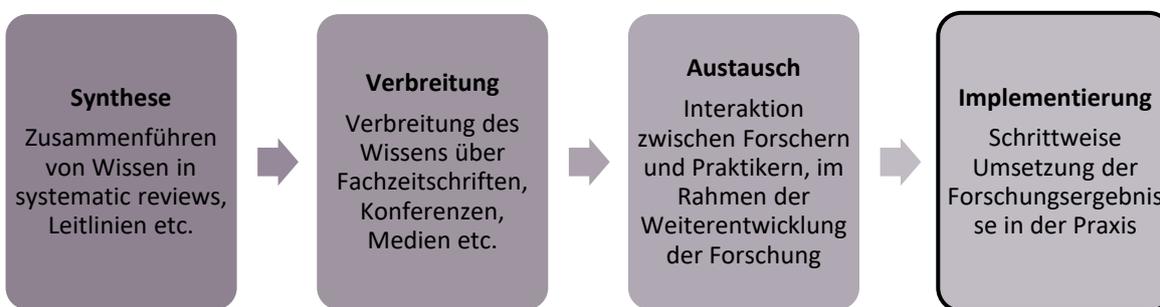


Abbildung 18 Abfolge der Knowledge Translation nach Bennett et al. (2018), eigene Übersetzung und Darstellung

Es existiert eine Vielzahl an Theorien, wie sich der Weg vom theoretischen Wissen zur praktischen Anwendung gestaltet. Explizite Strategien zur Implementierung von Wissen finden in den Gesundheitsberufen, speziell in der Ergotherapie, wenig Anwendung (Colquhoun et al., 2010; Merklein de Freitas, 2015). Leclair et al. (2013) und Wimpenny et al. (2010) entwickelten anhand ihrer Forschungsarbeiten zwei Prozessmodelle, welche die Wissensimplementierung und die Etablierung modellgeleiteten Arbeitens in der Ergotherapie darstellen. Da beide Prozesse im Kern auf einen Kreislauf aus Reflektion und Aktion zurückgehen, können die vorliegenden Resultate dieser Studie in deren Kontext eingebettet werden.

Theory-Advancement-Process (Leclair et al., 2013)

Der *Theory Advancement Process* (TAP) stellt die Zusammenarbeit zwischen Therapeut*innen, Student*innen und Fakultät dar, auf deren Basis die praktische Umsetzung von theoretischem Wissen gelingt. Der Prozess unterteilt sich dabei in den umgebenden Kontext (Professionalität, Praxisvoraussetzungen, Institution, Klient), die Schlüsselemente und den Kernprozess zur Theorieimplementierung (⇒Abb.19).

Die Schlüsselemente Vertrauen, Respekt, Sensibilität gegenüber anderen und das Teilen von Macht wurden ebenso von den Expert*innen dieser Studie bezüglich des Etablierens einer offenen Kommunikationskultur im Team beschrieben. Leclair et al. (2013, S. 187) beschreiben diese Elemente als maßgeblich, um die Wissensimplementierung voranzutreiben und den Austausch in einer Gemeinschaft zu ermöglichen.

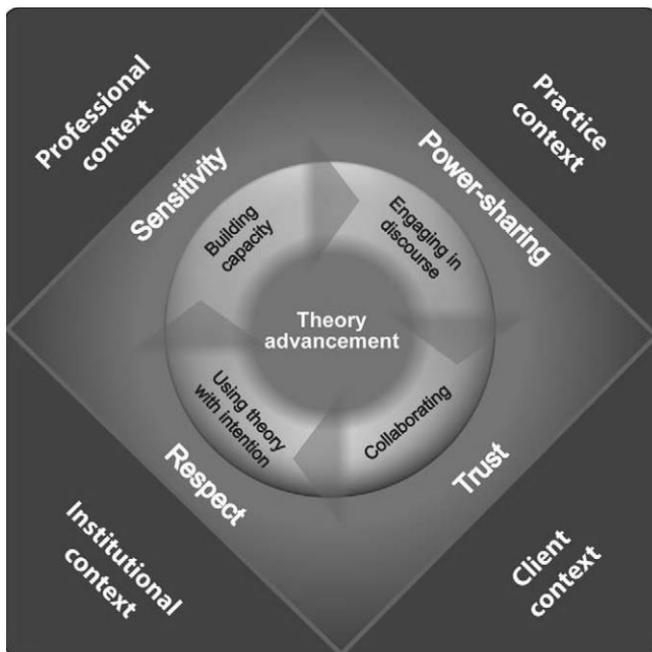


Abbildung 19 Theory Advancement Process (Leclair et al., 2013, S. 186)

Der Kernprozess als solcher verläuft laut Leclair et al. (2013, S. 188–189) in einem Wechsel von Reflektion und Aktion, dargestellt durch die Pfeile im Modell, wobei die Kompetenzen der Teilnehmenden stetig durch Dialog, Zusammenarbeit und die bewusste Anwendung des Wissens erweitert werden. Die von den Teilnehmenden dieser Studie identifizierte Variable „Zeit“, wird auch von Leclair et al. als essentiell für das Verstehen der Hintergründe beschrieben (2013, S. 189). Der TAP soll insgesamt nicht als Vorgabe verstanden werden, sondern eher als Grundlage dienen, um Kontext und Arbeitsklima für eine bestmögliche Wissensimplementierung anzupassen (2013, S. 190).

Participatory Change Process (Wimpenny et al., 2010)

Wimpenny et al. (2010) entwickelten den *Participatory Change Process* (PCP) als Ergebnis einer Studie zur Implementierung des Model of Human Occupation in einer Ergotherapieabteilung für psychisch kranke Menschen. Der PCP bezieht sich dabei auf die Implementierung des Praxismodells und die Entwicklung der Berufsidentität der Beteiligten (Wimpenny et al., 2010, S. 510).

Innerhalb des Praxiskontexts beschreiben Wimpenny et al. (2010, S. 510) zunächst die in dieser

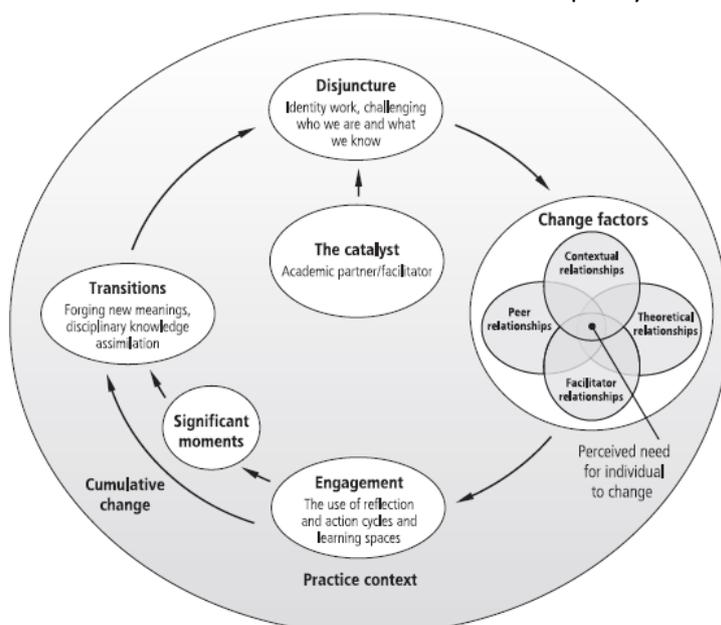


Abbildung 20 Participatory Change Process (Wimpenny et al., 2010)

Arbeit und von anderen Autoren ebenfalls beschriebene Diskrepanz zwischen den vorhandenen und geforderten Kompetenzen des Individuums, sowie der Vorstellung von ergotherapeutischer Praxis und der tatsächlichen Praxis („meaning gap“ ⇒5.3.3.). Im PCP wird ein Schwerpunkt auf die Faktoren empfundene Selbstwirksamkeit, Beziehungen zu Kolleg*innen und zur Person, welche den Prozess steuert, sowie zum Modell als solches gelegt. Die tatsächliche Implementierung des Modells erfolgt als eine

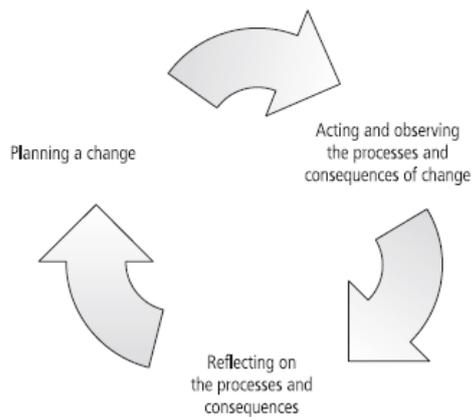


Abbildung 21 Action and reflection cycle
(Wimpenny et al., 2010, S. 509)

„Herausforderung, welche durch die kollektive Intelligenz der zusammenarbeitenden Therapeuten ermöglicht“ wurde (Wimpenny et al., 2010, S. 513). Wie auch in der vorliegenden Studie beschreiben Wimpenny et al. (2010, S. 514) eine gemeinsame Sprache und einen kollektiven Ansatz als zielführend. Das Engagement in „reflection and action cycles“ (⇒Abb.21) findet sich in dem durch die Teilnehmenden genutzten Kreislauf zur Wissensimplementierung wieder (⇒A.19).

A.19. Kreislauf zur Wissensimplementierung

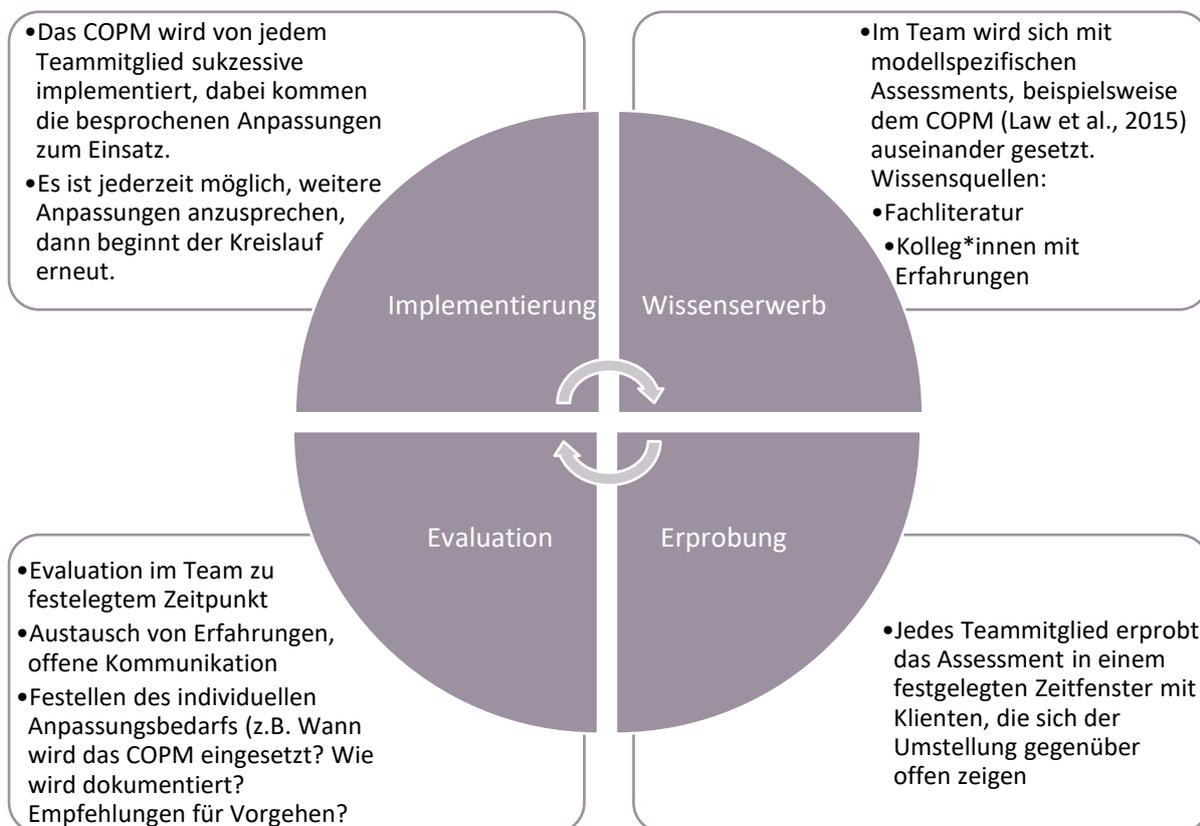


Abbildung 22 Kreislauf der Wissensimplementierung am Beispiel Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2015), Darstellung angelehnt an den Plan-Do-Check-Act-Zyklus nach Deming (2000)

A.20. Ergotherapeutische Berufskompetenzen in Veränderungsprozessen

Die untenstehende Tabelle setzt die Berufskompetenzen aus dem deutschen Kompetenzprofil für Ergotherapeut*innen in Bezug zu den beschriebenen Kompetenzen der interviewten Expert*innen dieser Forschungsarbeit. Des Weiteren werden die in internationalen Quellen aufgeführten Kompetenzen in Veränderungsprozessen aufgezeigt.

Berufskompetenz aus dem Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019)	Beschreibung der erlebten Kompetenzen während/nach dem Umstellungsprozess	Kompetenzen in internationaler Literatur zu Change Prozessen in der Ergotherapie
Lernen	<p>„Und wir haben dann immer wieder uns selbst reflektiert und evaluiert.“ (Interview C, Absatz 62)</p> <p>„(...) wir (...) haben dann eben immer wieder das Modell genommen, haben das Modell entsprechend immer weiter verändert, zu dem was es ja heute ist.“ (Interview B, Absatz 46)</p> <p>„Nach drei Monaten wird evaluiert, wieder im Team. Was ist gut gegangen, was war nicht so gut, wo müssen wir anpassen (...).“ (Interview D, Absatz 105)</p>	<p>“(...) therapists may need, and certainly benefit from, multiple influences and sources of information/learning in order to become knowledgeable and active in using a model.” (Lee et al., 2009, S. 69)</p> <p>“Both individual reflections and regular collegial discussions were stressed as conditions for the improvement of clinical reasoning and acting in practice. (...) required repetitive critical reflection on issues that arose in daily practice.” (Sirikka, Larsson-Lund, et al., 2014, S. 93)</p>
Kommunikation	<p>„Und das auch kommunizieren können mit den Ärzten, (...) dass es (...) deutlicher geworden ist, was wir als Ergotherapeuten eigentlich machen.“ (Interview E, Absatz 78)</p> <p>„(...) dass wir so eine Art Flyer entwickelt haben und den dann (...) mitgenommen und den Ärzten auch einmal kurz erläutert haben.“ (Interview C, Absatz 59)</p> <p>„(...) und auch die Kommunikation hat sich da verändert mit den Klienten.“ (Interview F, Absatz 48)</p>	<p>“Occupation-focussed models provided conceptual frameworks and a language to explain practice.” (Ashby et al., 2013, S. 116)</p> <p>“Open discussion of the challenges associated with using theory in practice and the emotion that accompanies a change to the current ways of working has also been shown to be essential to theory implementation.” (Leclair et al., 2013, S. 188)</p>

Zusammenarbeit	<p>„(...) Dass die Physiotherapeutin jetzt auch viel mehr versteht, wann sie Klienten zu mir schicken könnte.“ (Interview E, Absatz 78)</p> <p>„Und was für uns eine riesige Erleichterung war, dass wir ja alle an diesem einen Strang gezogen haben, als Team.“ (Interview C, Absatz 84)</p> <p>„Also das stärkt auch nochmal auch diesen Veränderungsprozess, weil klar ist, das machen jetzt auch alle.“ (Interview D, Absatz 63)</p>	<p>„Developing a climate of collaborative relationships was thought to be essential to the engagement of various stakeholders (...)“ (Leclair et al., 2013, S. 187)</p> <p>“Putting MOHO into practice was challenging but was facilitated by the collective intelligence of the therapists working together. Attitudes and values towards professional theory became a collective issue addressed by the community.” (Wimpenny et al., 2010, S. 513)</p>
Management	<p>„(...) haben uns überlegt, was gehört für uns in jeden Schritt vom damaligen OPPM rein. (...) damit es dann eben halt im Sinne des QMs für alle gleich ist.“ (Interview B, Absatz 67)</p> <p>„Haben unser Berichtsschema komplett umgestellt (...) auch die ICF mit reingebracht. Haben Betätigungs-Assessments kennengelernt, in die Praxis und in den Alltag überführt.“ (Interview B, Absatz 63)</p>	<p>“With the support of the OTIPM, the occupational therapists over the years developed new routines to continuously question and critically review aspects of their practice, as well as routines to develop and update various kinds of documents that supported the improvements in occupational therapy services.” (Sirikka, Zingmark, et al., 2014, S. 435)</p> <p>“The headings of the model will influence the way you write your assessments and your plans and should be used as overtly as possible to show others what occupational therapy is concerned with – i.e. clients’ participation in their valued occupations.” (Boniface et al., 2008, S. 536)</p>

Tabelle 9 Ergotherapeutische Berufskompetenzen in Veränderungsprozessen

**„ALSO, WENN MAN GLAUBT,
IRGENDWANN FERTIG ZU SEIN,
DANN HAT MAN IRGENDWANN AUFGEHÖRT ZU DENKEN.“
(INTERVIEW B, ABSATZ 52)**