

# Auf Schatzsuche nach Ressourcen

Die Betätigungsbasierung in der neurologischen Rehapphase F



Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“  
Bachelorstudiengang Ergotherapie der  
Zuyd Hogeschool



# Auf Schatzsuche nach Ressourcen

---

*Eine qualitative Studie zu den Erfahrungen von  
Ergotherapeut\*innen mit betätigungsbasierten  
Therapieprozessen in der neurologischen  
Rehabilitationsphase F.*

---

Heerlen, im September 2021

Sylvia Knips (2067148)

Lea Neyer (2061573)

Daria Weiler (1759191)

Begleitende Dozentin: Tanja Klein

## Vorwort und Danksagungen

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei all denen bedanken, die uns bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit begleitet, unterstützt und motiviert haben. Dankeschön für den Zuspruch und die Geduld.

Ein besonderer Dank gilt unserer Dozentin und Bachelorbegleiterin Tanja Klein, die uns während des gesamten Schreib- und Forschungsprozesses hilfreich und konstruktiv zur Seite stand. Durch ihre fröhliche Art hat sie uns immer wieder neuen Antrieb gegeben, uns Lösungswege aufgezeigt und uns in unserem Handeln bestärkt.

Auch ein Dankeschön an alle anderen Dozent\*innen und Mitstudierende, die uns mit guten und konstruktiven Ratschlägen ebenso zur Seite standen.

Weiter möchten wir uns besonders bei den Interviewteilnehmer\*innen bedanken, ohne deren wertvolle Erfahrungen, Zeit und Bereitschaft zur Teilnahme diese Bachelorarbeit nicht möglich gewesen wäre. Zu betonen ist auch die Flexibilität und Bereitschaft der Teilnehmenden sich auf die Umsetzung im Online-Format einzulassen. Außerdem gilt unserer Pretesterin ein Dank, die zur Entwicklung unseres Leitfadens beigetragen hat.

Ebenso ein Dankeschön an die Korrekturleserinnen, die uns mit Zeit und Rat zur Seite standen.

Ein herzliches Dankeschön möchten wir auch an unsere Familien, Freund\*innen und Partner richten, die uns mit Geduld, Verständnis und Bestärkung auf diesem Weg begleitet haben und uns in herausfordernden Zeiten eine wichtige Stütze waren.

## Lesehinweise

Zu Beginn möchten die Autorinnen dieser Arbeit zunächst auf die folgenden inhaltlichen und formalen Lesehinweise aufmerksam machen:

### Personenbezeichnung

Gendergerechte Sprache trägt zur Gleichbehandlung und Sichtbarkeit aller Geschlechter und Geschlechtsidentitäten bei. Zudem soll die Adressierung und Nennung von Menschen jeden Geschlechtes stereotypen Rollenbildern entgegenwirken. Daher wird in der vorliegenden Arbeit eine geschlechtsneutrale und gender-inkludierende Sprache verwendet. Umgesetzt wird dies durch die Nutzung des Gender\*, sowie die Verwendung geschlechtsneutraler Formulierungen.

Die Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit werden als „Autorinnen“ bezeichnet. Die Studienteilnehmer\*innen werden im Sinne des Datenschutzes und der Anonymität mit den Nummern 1-8 bezeichnet.

### Die Verwendung des Begriffs Rehabilitationsphase

Die vorliegende Arbeit thematisiert die betätigungsbasierte Ergotherapie in der neurologischen Rehabilitationsphase F. Zugunsten der Lesbarkeit nutzen die Autorinnen für die Bezeichnungen der Rehabilitationsphasen den Begriff Rehapphase.

### Zitation

Die Zitation erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) in der sechsten Auflage.

### Verzeichnisse und Verweise

Die in dieser Arbeit verwendete Literatur ist im Literaturverzeichnis alphabetisch dokumentiert. Namen oder Bezeichnungen werden bei Erstnennung ausgeschrieben und dessen Abkürzung in runden Klammern dahinter aufgeführt. Die Auflistung aller Abkürzungen ist im Abkürzungsverzeichnis einsehbar. Abbildungen und Tabellen werden wie unten beschrieben gekennzeichnet und in einem eigenstehenden Verzeichnis aufgeführt.

- „“ Kennzeichnung wörtlicher Rede
- [...] Auslassung und Ergänzungen innerhalb eines Zitates
- => Zahl verweist auf ein Kapitel
- => A. verweist auf einen Anhang
- => Abb. verweist auf eine Abbildung

## Corona-Passus

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

## Abkürzungsverzeichnis

Im Abkürzungsverzeichnis werden sämtliche in der Arbeit verwendeten Abkürzungen ausgeschrieben dargestellt.

Abkürzung	Bedeutung
A.	Anhang
Abb	Abbildung
ADL	Activities of daily living (=Aktivitäten des täglichen Lebens)
AOTA	American Occupational Therapy Association
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
bzw	beziehungsweise
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure (Assessment)
EBP	Evidence based practice (=Evidenzbasiertes Arbeiten)
EFA	Early Funktional Abilities (Assessment)
DemTect	Demenz Detection (Assessment)
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IV	Im Interview
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MOHO	Model of Human Occupation (Assessment)
Staatl.	Staatlich (schulbasierte Ausbildung)
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
TN	Teilnehmer*in
WG	Wohngemeinschaft

## Abstracts

### **Kurzzusammenfassung**

Die Betätigungsbasierung ist ein Grundpfeiler des contemporary paradigms der Ergotherapie. In der neurologischen Rehabilitationsphase F findet Ergotherapie Anwendung, um den Zustand der auf Unterstützung angewiesenen Klient\*innen zu erhalten und ihre Lebensqualität zu verbessern. Aufgrund starker körperlicher Einschränkungen der Klient\*innen ist zu erwarten, dass dort betätigungsbaisertes Arbeiten zum Erreichen dieser Ziele erschwert ist.

Die vorliegende Bachelorarbeit erforscht wie Ergotherapeut\*innen in Deutschland Betätigungsbasierung in der Rehabilitationsphase F umsetzen. In einem qualitativen Studiendesign wurden acht leitfadengestützte Expert\*inneninterviews durchgeführt. Diese wurden hermeneutisch geleitet und mit Mayrings qualitativ-zusammenfassende Inhaltsanalyse analysiert. Wenige Studien haben dies bisher wissenschaftlich überprüft.

Die befragten Ergotherapeut\*innen sehen ein großes Potenzial in der Betätigungsbasierung durch die Steigerung der Lebensqualität für die Klient\*innen und Strukturierung ihrer eigenen Arbeit. Doch sehen sie auch Hindernisse in der eingeschränkter Kommunikationsebene, die das Erheben von Betätigungsanliegen erschweren kann.

Zudem stellen fehlenden Ressourcen Barrieren dar, und die stark funktionsorientierte Ausrichtung des Gesundheitssystem beeinträchtigt die Außendarstellung der betätigungsbasierten Ergotherapie.

Die gewonnenen Erkenntnisse verdeutlichen, dass konkrete ergotherapeutische Modelle Betätigungsbasierung in der neurologischen Rehabilitation unterstützen können. Obwohl die Teilnehmenden existierende Modelle in ihren Grundüberlegungen und ihrem professionellen Reasoning nutzen, spielen die Modelle in der praktischen Umsetzung keine bedeutsame Rolle.

## **Abstract**

The occupation-based approach is a pillar of the contemporary paradigm of occupational therapy. In the neurological rehabilitation phase F, occupational therapy is employed to maintain the state of dependent clients and to increase their quality of life. Because of the clients' severe impairments, hindrances with utilizing occupation-based therapy for the fulfilment of these goals can be expected.

This thesis explores how occupation is utilized in neurological rehabilitation phase F by German occupational therapists. In a qualitative study, eight guided expert interviews were conducted and analyzed using qualitative summary content analysis according to Mayring. Few studies have explored this to date.

The Interviewees see great potential of occupation-based therapy to increase their clients quality of life and for structuring their own work. However, the health status of the clients comprises obstacles, as the lack of verbal communication complicates raising occupation actuation concerns. Furthermore, a lack of resources presents barriers and the functional orientation of the German healthcare system harms the public image of occupation-based occupational therapy.

The results suggest that concrete occupational therapy models could fundamentally support occupation-based work in neurological rehabilitation. While the therapists use existing models in their fundamental consideration and clinical reasoning, they do not inform their practice.

## **Sammenvatting**

Activiteitgerichtetherapie is een pijler van het hedendaagse paradigma van ergotherapie. In de neurologische revalidatiefase F wordt ergotherapie gebruikt om de conditie van cliënten, die afhankelijk zijn van ondersteuning, op peil te houden en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Het behalen van de doelen kan door de lichamelijke beperkingen van de cliënten worden gehinderd.

Deze scriptie onderzoekt hoe ergotherapeuten in Duitsland activiteit-georiënteerd werken implementeren in de revalidatiefase F. Tijdens een kwalitatief onderzoek werden acht gestructureerde interviews met deskundigen afgenomen. De kwalitatieve samenvattende inhoudsanalyse van Mayring is gebruikt voor het analyseren van de interviews.

De geïnterviewde ergotherapeuten zien een groot potentieel in activiteitgerichte therapie om de kwaliteit van leven voor de cliënten te verbeteren en hun eigen werk te structureren. Echter kan het beperkte communicatieniveau van de patiënten zorgen voor het belemmeren van het aanpakken van problemen met de activering. Bovendien vormt het gebrek aan middelen een belemmering en heeft de sterk functiegerichte oriëntatie van het gezondheidssysteem invloed op het publieke beeld van de ergotherapie.

De bevindingen tonen aan dat concrete ergotherapiemodellen de activiteitgerichte therapie bij neurologische revalidatie kunnen ondersteunen. Hoewel de deelnemers bestaande modellen gebruiken in hun basisoverwegingen en klinische redeneringen, spelen de modellen geen rol in de praktische uitvoering.

## Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Erfahrungen von Ergotherapeut\*innen bezüglich der betätigungsbasierten Behandlung innerhalb der Rehapphase F. Das aktuell in Deutschland herrschende contemporary paradigm der Ergotherapie setzt den Fokus auf bedeutungsvolle Betätigungen des Menschen zur Sicherstellung der größtmöglichen Partizipation. Während die Betätigungsbasierung in den meisten Fachbereichen bereits etabliert wurde, nehmen biomedizinische Aspekte innerhalb der neurologischen Rehapphasen weiterhin einen großen Stellenwert ein.

Innerhalb des qualitativen Studiendesigns nach Mayring, führten die Autorinnen acht leitfadengestützte Expert\*inneninterviews durch. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass Klientenzentrierung einen starken Einfluss auf die Betätigungsbasierung hat. Die betätigungsbasierte Evaluationsphase erweist sich durch fehlende oder eingeschränkte Kommunikation als schwierig und benötigt besondere Aufmerksamkeit. Aus diesem Grund gestalten die Teilnehmer\*innen den Therapieeinstieg, wenn möglich zusammen mit Angehörigen und im Austausch mit dem interdisziplinären Team. Die Erhebung der Betätigungsprobleme basiert meist auf intensiver Biographiearbeit, dem Betrachten des aktuellen Alltags und dem Setting, in dem die Klient\*innen leben. Zudem bedarf es genauen Beobachtungen der Klient\*innen, um mögliche Kommunikationsebenen zu ermitteln. Dennoch weichen Ergotherapeut\*innen von der Betätigungsbasierung ab. Ein entscheidender Faktor ist der Gesundheitszustand der Klient\*innen. Die Teilnehmende setzen funktionelle Übungen zur Verbesserung des vegetativen Zustandes ein, um die Klient\*innen auf die Betätigung vorzubereiten. Barrieren für die Betätigungsbasierung stellen fehlendes Verständnis über Ergotherapie und Betätigung innerhalb des Interdisziplinären Teams und den Angehörigen dar. Die vorherrschende Diskrepanz zwischen der biomedizinischen Ausrichtung von Ärzt\*innen und Einrichtungen im Gesundheitssektor und den Grundlagen der betätigungsbasierten Ergotherapie verstärken die Umsetzungsschwierigkeiten.

Die Teilnehmenden nennen als Umsetzungsmöglichkeit die intensive Nutzung der Biographiearbeit, um zu vermeiden, dass Betätigung ausschließlich auf Selbstversorgung ausgerichtet wird. Die gemeinsame Zielabsprache sowie Fallbesprechungen können die Betätigungsbasierung im interdisziplinären Team unterstützen und auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen verbessern. Dabei ist die Festlegung der Zuständigkeiten, Gemeinsamkeiten und Unterschieden entscheidend. Eine schlussfolgernde Annahme ist, dass Betätigungsbasierung gemeinsam mit funktionalen Aspekten existieren kann, wenn diese beispielweise im Sinne des restitutiven Ansatzes, wie er im OTIPM beschrieben ist zur Besserung und Wiederherstellung von Betätigung eingesetzt werden. Es zeigt sich, dass klare Handlungsempfehlungen, die aus ergotherapeutischen Modellen hervorgehen benötigt werden, damit Einrichtungen als Ganzes Betätigung fördern können. Sodass ein Weg vom Vollpflegebedarf weg, hin zur Unterstützung der Partizipation und des Engagement gefunden werden kann.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagungen .....	I
Lesehinweise .....	II
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abstracts.....	V
Zusammenfassung.....	VIII
1. Einleitung.....	11
1.1 Relevanz für die Praxis .....	11
1.2 Zentrale Fragestellung und Leitfragen .....	12
1.3 Hypothetische Überlegungen und Entstehung des Forschungshintergrundes .....	12
1.4 Überblick über den Aufbau der Arbeit.....	13
1.5 Persönliche Motivation .....	14
2. Theoretischer Hintergrund.....	15
2.1 Paradigmenwechsel in der Ergotherapie .....	15
2.2 Betätigung .....	16
2.2.1 Betätigungsbasierung als eine Säule der Ergotherapie.....	17
2.2.2 Occupational Intervention Process Model.....	22
2.3 Ergotherapie im nationalen deutschen Kontext .....	25
2.3.1 Neurologische Rehabilitationsphasen.....	28
2.3.2 Die Rehabilitationsphase F.....	30
2.3.3 Schädel-Hirn-Trauma als Krankheitsbild der Rehabilitationsphase F .....	32
3. Methode.....	35
3.1 Literaturrecherche .....	35
3.2 Entwicklung der Forschungsfrage .....	36
3.3 Methodisches Vorgehen .....	36
3.4 Datenerhebung .....	37
3.4.1 Interviewleitfaden.....	37
3.4.2 Bestimmung des Ausgangsmaterials.....	39
3.4.3 Ethische Aspekte .....	40
3.5 Datenanalyse.....	41
3.5.1 Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) .....	41
3.5.2 Gütekriterien der Inhaltsanalyse nach Mayring.....	44

4. Resultat .....	46
4.1 Betätigungsbasierung im Allgemeinen.....	48
4.2 Betätigungsbasierung Phase F .....	50
4.4 Modelle und Assessments.....	53
4.5 Ressourcen .....	56
4.6 Barrieren.....	60
4.7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	62
4.8 Funktionsorientierung.....	64
4.9 Einfluss des Gesundheitssystems.....	66
4.10 Change Prozess ermöglichen .....	67
5. Diskussion.....	72
5.1 Wie gestalten Ergotherapeut*innen die betätigungsbasierte Intervention in der Evaluationsphase/während der Erhebung der Betätigungsprobleme?.....	72
5.2 Aus welchen Gründen weichen Ergotherapeut*innen von der Betätigungsbasierung ab? ..	77
5.3 Was unterstützt Ergotherapeut*innen die Betätigungsbasierung in der Therapie langfristig und einheitlich umzusetzen? .....	80
5.4 Beantwortung der zentralen Forschungsfrage .....	85
5.5 Stärken und Limitationen der Studie .....	88
6. Schlussfolgerung .....	92
Quellenverzeichnis .....	96
Glossar.....	106
Abbildungsverzeichnis:.....	111
Tabellenverzeichnis.....	111
Anlagen.....	112
Anlage 1    Genutzte Datenbanken und Keywords .....	112
Anlage 2    Evidenztabelle .....	115
Anlage 3    Evaluationsbogen des Pretestes .....	117
Anlage 4    Interviewleitfaden .....	118
Anlage 5    Anschreiben für die Rekrutierung .....	120
Anlage 6    Einverständniserklärung der Teilnehmenden .....	121
Anlage 7    Informationen für die Teilnahme an der Studie.....	122
Anlage 8    Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015) .....	126
Anlage 9    Auszug aus einem Transkript .....	127
Anlage 10    Z1-Z4 Regeln nach Mayring (2015).....	128
Anlage 11    Ehrenwörtliche Erklärung.....	129

## 1. Einleitung

*„Das ist ja das Schöne an der Langzeitreha, dass du auf Schatzsuche gehen musst welche Ressourcen sind denn da. Weil jeder hat ja irgendwas, also irgendetwas geht ja immer.“ (TN 1, Z. 142-144)*

Das genannte Zitat, einer teilnehmenden Expertin beschreibt einen wichtigen Aspekt der vorliegenden Bachelorarbeit und dient aufgrund der kreativen Formulierung als Titelgeber dieser Arbeit. Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Relevanz der Betätigungsbasierung für die Praxis und geht auf die im Vorhinein aufgestellten Hypothesen ein. Es nennt die zentrale Forschungsfrage und Leitfragen, die im Verlauf der Arbeit diskutiert und beantwortet werden. Zudem wird ein Überblick über die Kapitel gegeben und die Motivation der Autorinnen wird dargestellt.

### 1.1 Relevanz für die Praxis

Die Betätigungsbasierung ist grundlegend für die Ergotherapie (Fisher, 2018). Trotz des Paradigmenwechsels vom mechanistic zum contemporary paradigm, welcher die Betätigungsbasierung als zentrales Medium der Ergotherapie sieht (Kinébanian, 2019) ist auch heute noch besonders in der neurologischen Rehabilitation vermehrt die Funktionsorientierung zu finden (Schulte, Sturmhöfel & Andres, 2017). Die Studie von Matuschek (2016) zeigte auf, dass die Therapieziele auf der Funktionsebene häufig mit einem höheren Stellenwert eingestuft werden als Ziele auf Betätigungsebene.

Die Ergotherapie befindet sich im ständigen Wandel, um sich der aktuellen Lebenswelt der Klient\*innen anzupassen. Daher sollte gerade in Bereichen wie der neurologischen Rehabilitation, in denen der Fokus auf motorisch-funktionellem Arbeiten liegt, eine Aktualitätsüberprüfung der ergotherapeutischen Interventionen stattfinden (Schulte et al., 2017; Striesow, 2019).

Mit diesem Thema beschäftigen sich viele Berufseinsteiger\*innen, die aus der Ausbildung/ dem Studium kommen und mit dem Paradigma der Betätigungsbasierung motiviert einsteigen wollen. Die Diskrepanz zwischen Vorstellung und Realität kann als frustrierend empfunden werden. Woick, Larsen-Vefring, Litwa und Zillhardt (2014) berichtet von der Rollenfindung von Berufseinsteiger\*innen und dem Anspruch der Betätigungsbasierung gerecht zu werden. Die mögliche aufkommende Überforderung führt zu Unwohlsein und einem möglichen Stellenwechsel. Zudem richtet sich das Thema auch an Ergotherapeut\*innen mit Berufserfahrung, die auf betätigungsbasiertes Arbeiten umstellen möchten.

Die Rehapphase F spielt in der Forschung, international und insbesondere im deutschsprachigen Raum, eine untergeordnete Rolle. Sie wird wenig thematisiert.

## 1.2 Zentrale Fragestellung und Leitfragen

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es den aktuellen Stand der betätigungsbasierten ergotherapeutischen Arbeit in der neurologischen Rehabilitation mit dem Fokus auf der Rehapphase F aufzuzeigen. Die Einschätzungen stützen sich auf den Erfahrungen und Aussagen, die mithilfe einer qualitativen Studie mit Ergotherapeut\*innen, die in diesem Bereich arbeiten, eingeholt wurden. Des Weiteren soll die Arbeit darauf abzielen mögliche Veränderungsansätze von betätigungsbasierten ergotherapeutischen Interventionen in der neurologischen Rehapphase F darzustellen. Hierdurch wird Berufsanfänger\*innen oder Ergotherapeut\*innen, die den Bereich wechseln eine Perspektive geboten, wie sie betätigungsbasierte Therapie gemeinsam mit Klient\*innen der Rehapphase F gestalten können.

Dies wurde durch die Forschungsfrage und die Leitfragen konkretisiert.

Wie gestalten Ergotherapeut\*innen betätigungsbasierte ergotherapeutische Therapie mit Menschen in der neurologischen Rehabilitationsphase F in Deutschland?

Wie gestalten Ergotherapeut\*innen die betätigungsbasierte Intervention in der Evaluationsphase/ während der Erhebung der Betätigungsprobleme?

Aus welchen Gründen weichen Ergotherapeut\*innen von der Betätigungsbasierung ab?

Was unterstützt Ergotherapeut\*innen die Betätigungsbasierung in der Therapie langfristig und einheitlich einzusetzen?

Die Beantwortung der Fragen ermöglicht es, Ressourcen und Barrieren für die betätigungsbasierte Arbeit herauszustellen und Anhaltspunkte für die Umsetzung, mit einem Blick auf eine langfristige Etablierung der Betätigungsbasierung, festzuhalten.

Die gesammelten Daten wurden nach Mayring (2015) analysiert, wobei das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse verwendet wurde.

## 1.3 Hypothetische Überlegungen und Entstehung des Forschungshintergrundes

Die hypothetischen Überlegungen sind auf Grundlage der Forschungs- und Leitfragen entstanden. Sie werden in der Schlussfolgerung aufgegriffen und beantwortet.

Zu Beginn der thematischen Auseinandersetzung mit der Betätigungsbasierung in der Rehapphase F stellten die Autorinnen mehrere hypothetische Überlegungen auf, die sie bei der Wahl des Forschungsthemas aufstellten. Die erste Hypothese benennt, dass die Betätigungsbasierung durch den körperlichen Zustand der Klient\*innen erschwert ist.

Die zweite Hypothese besagt, dass durch die fehlenden Kommunikationsfertigkeiten der Klient\*innen die Klientenzentrierung erschwert oder sogar behindert wird. Dass das Gesundheitssystem in Deutschland die Ergotherapeut\*innen in der Betätigungsbasierung blockiert, besagt die nächste Hypothese. Eine weitere Hypothese benennt, dass die Betätigungsbasierung teilweise durch Rahmenbedingungen verhindert werden, auch wenn die Ergotherapeut\*innen selbst betätigungsbasiert Arbeiten möchten. Die letzte Hypothese besagt, dass das deutsche Ausbildungssystem die Betätigungsbasierung nicht in den Fokus setzt. Funktionen und auch Handwerk spielt weiterhin eine Übergeordnete Rolle. Die Ergotherapie in Deutschland hält an der Ausbildungsstruktur fest und ist nicht auf dem neusten Stand.

#### 1.4 Überblick über den Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit zeigt im Aufbau zu Beginn in Kapitel 2 die Thematik im theoretischen Hintergrund, die mit entsprechender Literatur untermauert wird. Der Fokus liegt dabei auf dem Paradigmenwechsel der Betätigung und Betätigungsbasierung als eine der sechs Säulen der Ergotherapie (Cup & van Hartingsveldt, 2019), dem Occupational Therapy Intervention Process Modell nach Fisher (2018) und der Ergotherapie im nationalen deutschen Kontext. Hierbei wird auf die intensive Langzeitrehabilitation als eine der fünf neurologischen Rehabilitationsphasen sowie die Klientel der Rehaphase F näher eingegangen.

Das Kapitel 3 „Methode“ thematisiert das methodische Vorgehen nach Mayring (2015), dabei wird die Vorgehensweise der qualitativen Interviewführung und -auswertung erklärt und dargestellt.

Das Kapitel 4 „Resultate“ beschäftigt sich mit den Ergebnissen der Expert\*inneninterviews. Die Darstellung richtet sich dabei auf zehn induktiv gebildeten Kategorien.

Im Kapitel 5 „Diskussion“ werden mithilfe der Resultate zuerst die Leitfragen vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungsergebnisse diskutiert und darauf basierend die Forschungsfrage beantwortet. Dabei wird auf die Berichte der Expert\*innen von verschiedenen Ressourcen und Barrieren im Kontext Betätigungsbasierung eingegangen.

In einer anschließenden Reflexion werden die Stärken und Schwächen des methodischen Vorgehens angelehnt an den Gütekriterien qualitativer Forschung (Mayring, 2016) und die Voreingenommenheit betrachtet.

Das Kapitel 6 „Schlussfolgerung“ beschäftigt sich abschließend mit einem Fazit sowie einem Ausblick. Es werden Forschungslücken und offene Fragen benannt.

## 1.5 Persönliche Motivation

Das Thema wurde von den Autorinnen gewählt, da es eine hohe Relevanz in ihrem Berufsalltag aufzeigt. Die drei Autorinnen arbeiten im geriatrischen/ neurologischen Bereich und werden im Berufsalltag mit dem Thema der Betätigungsbasierung konfrontiert. Sie befinden sich im Zwiespalt des Paradigmenwechsels und erleben die Schwierigkeiten und Hindernisse bei der Betätigungsbasierung mit schwerstbetroffener Klientel. Es ist ihnen ein wichtiges Anliegen zu erforschen, wie die Betätigungsbasierung in der Rehapphase F in Deutschland gelingt und welche Erkenntnisse Berufserfahrene für Berufseinsteiger\*innen oder Einsteiger\*innen in diesen Bereich mitgeben können.

## 2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden bedeutende Aspekte, die für die zugrundeliegende Bachelorarbeit relevant sind, thematisiert und vorgestellt. Dabei wird zunächst der ergotherapeutische Paradigmenwechsel hervorgehoben. Darauf aufbauend wird auf die Kerndomäne der Betätigung, als ergotherapeutisches Grundprinzip im Zusammenhang mit den sechs Säulen der Ergotherapie und insbesondere der Säule der Betätigungsbasierung, eingegangen.

Dabei bildet das „Occupational Therapy Intervention Process Model“ (OTIPM) als Prozessmodell eine strukturgebende Grundlage, die erörtert wird. Um die grundlegende Thematik abzurunden, wird die rehabilitative Ergotherapie im nationalen deutschen Kontext und explizit die Rehasphase F dargestellt.

### 2.1 Paradigmenwechsel in der Ergotherapie

Um ein Verständnis für die Arbeitsweisen innerhalb der Ergotherapie zu erhalten, ist ein Blick auf den Wandel der ergotherapeutischen Paradigmen notwendig.

Das Berufsparadigma wurde als Begriff 1970 von Kuhn eingeführt und als Kern des Berufes bezeichnet (Mentrup, 2013). Er definierte dabei, dass das Berufsparadigma als ein zusammenhängendes Konstrukt aus Modellen und Theorien verstanden werden kann. Darüber hinaus bildet es einen Denkraum, in dem die Wirklichkeit analysiert und beschrieben wird (Satink & van de Velde, 2019).

Habermann (2009) beschreibt das Paradigma in der Ergotherapie als zentrale Grundsätze und Werte der Behandlungs- „Philosophie“, nach denen Ergotherapeut\*innen ihre Behandlung ausrichten. Auch stellt das Paradigma ein Muster und eine vereinheitlichte Struktur für die praktische Umsetzung dar, welche auf den grundlegendsten Überzeugungen der Ergotherapie aufbaut (Kielhofner, 2009).

Doch ist das Berufsparadigma nichts Statisches, was grundsätzlich bestehen bleibt. Es setzt sich aus verschiedenen Überzeugungen von Berufsangehörigen zusammen, die in einem bestimmten Zeitrahmen geteilt werden (Kuiper & Satink, 2006). So beeinflusst das Paradigma mit berufsspezifischen Grundwerten und Grundannahmen sowohl die zeitgenössisch wissenschaftliche Forschung als auch die praktische Berufsausübung (Boyt Shell & Shell, 2019). Somit sind Paradigmen immer auch aktuellen Trends und vorrangigen Denkströmungen und Überzeugungen, aber auch Änderungen im Gesundheitssystem unterworfen. Dieses bewirkt einen Perspektivenwechsel, der auch als Paradigmenverschiebung benannt wird (Logister-Proost, 2019).

Seit der Entstehung des Berufes 1914 in den USA hat die Profession der Ergotherapie verschiedene Paradigmenwechsel durchlaufen, diese Entwicklung vollzog sich in Europa und insbesondere in Deutschland mehrere Jahrzehnte später (Mentrup, 2013).

Das erste ergotherapeutische Paradigma entstand unter den Einflüssen der "Moral Treatment" Bewegung, die der Hauptströmung der psychiatrischen und sozialen Versorgung in den USA zugrunde lag. Mit dem Bewusstsein des Einsatzes von Betätigung zur Gesundheitsverbesserung entwickelte sich das „occupational paradigm“ als erstes ergotherapeutische Paradigma (Mentrup, 2014). Der Wechsel zum zweiten Paradigma der Ergotherapie vollzog sich ausgehend von den USA nach dem Zweiten Weltkrieg. Dabei rückte die Betätigung in der Arbeit mit körperlich eingeschränkten Menschen in den Hintergrund. Durch die Dominanz und die Orientierung an dem biomedizinischen Modell lag der Fokus der Ergotherapie nun mehr auf der Betrachtung des menschlichen Körpers als System. Dabei verschob sich der ergotherapeutische Fokus auf die Wiederherstellung zugrundeliegender körperlicher Funktionen. Auch speziell Menschen im Wachkoma erhielten erst dann Ergotherapie, wenn sie anfangen, auf ihrer Umwelt zu reagieren (Romein, 2010). Diese reduktionistische Sichtweise auf den Menschen prägten das zweite ergotherapeutische Paradigma, das „mechanistic paradigm“ (Mentrup, 2013; Möller, 2017; Kielhofner, 2009). Dieser Paradigmenwechsel manifestierte sich in Deutschland in den 1980-er Jahren. Zu dieser Zeit postulierten Ergotherapeut\*innen in den USA bereits das „contemporary paradigm“ (Mentrup, 2013). Dabei besann man sich darauf, den Menschen nicht länger als mechanischen, reduktionistischen Apparat zu betrachten, sondern zu den ursprünglichen und phänomenologischen Aspekten der Betrachtung des Menschen zurückzukehren (Kinébanian, 2019). Dieses aktuelle Paradigma zeichnet die Rückkehr zur Betätigung ab (Kielhofner, 2009).

In der ergotherapeutischen Intervention wird der Fokus auf bedeutungsvolle Betätigungen der Klient\*innen gelegt. Ergotherapeut\*innen gehen davon aus, dass bedeutungsvolle Betätigungen der Schlüssel zu Wohlergehen und Lebensqualität sind. Im Vordergrund steht durch die Teilhabe der Klient\*innen an alltäglichen Aktivitäten die Gewährleistung der Partizipation (Kinébanian, 2019).

Betätigung als grundlegendes menschliches Bedürfnis liegt auch der vorliegenden Ausarbeitung zugrunde und soll daher im Folgenden vertiefend thematisiert werden.

## 2.2 Betätigung

Auf dem zuvor bereits erörterten Paradigmenwechsel in der Ergotherapie und dem derzeit vorherrschenden Verständnis des Berufskerns wird nun folgend die Betätigung genauer beleuchtet. Dazu wird ein Überblick über die Grundpfeiler des Berufes anhand der sechs Säulen der Ergotherapie gegeben. Diese schließen auch die Betätigungsbasierung als berufsethisches Verständnis mit ein. Daher wird der Einheitlichkeit halber, um das vorherrschende zeitgenössische Paradigma zu komplementieren, ein Abriss über alle derzeit wichtigen und geltenden ergotherapeutischen Grundfesten gegeben.

Dieses auch, um einen kritischen Abgleich mit der vorherrschenden und gängigen Praxis der neurologischen Ergotherapie in der Rehapphase F in Deutschland aufzustellen.

Romein, Kirsch und Dehnhardt (2016a) stellen besondere Merkmale von Betätigung heraus. So ist Betätigung eine zielgerichtete und für Klient\*innen wichtige Handlung, sie hat einen definierten Anfang und ein definiertes Ende, sie kann darüber hinaus wahrgenommen werden und Betätigung hat eine direkte Beziehung zum Kontext. Jedoch ist Betätigung ein sehr komplexer Begriff, der für jeden Menschen sehr individuell und persönlich definiert und so einzigartig wie ein Fingerabdruck sein kann (Townsend & Polatajko 2013). Betätigung stellt das grundlegende Element der Ergotherapie dar und gleichsam eines unserer wichtigsten beruflichen Werkzeuge. Maria Miesen (2004) formuliert den Begriff der Betätigung im Berufsprofil Ergotherapie sehr anschaulich und sagt, dass Ergotherapeut\*innen unter Betätigung die Summe von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, die durch Individuen und Kultur benannt, strukturiert und mit Bedeutung versehen sind, verstehen. Demnach werden Betätigungen individuell unterschiedlich ausgeführt, sind Ausdruck der menschlichen Persönlichkeit und lassen den Menschen fortlaufend mit seiner Umwelt interagieren. Betätigung gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen und umfasst alles, was Menschen tun. Die bedeutungsvolle Betätigung ist dadurch charakterisiert, dass sie zielgerichtet, sinnvoll und wertvoll ist. Darüber hinaus ist Betätigung ein Schlüssel, der zu mehr Wohlbefinden und Gesundheit führen kann „sinnvolle und abgestimmte Betätigungen im Rahmen eines ausgewogenen strukturierten Tagesablaufs tragen zur Gesundheit bei“ (Marotzki, 2008, S. 30).

### 2.2.1 Betätigungsbasierung als eine Säule der Ergotherapie

Die sechs Säulen der Ergotherapie setzen sich zusammen aus Klientenzentrierung (client-centered), Betätigungsbasierung (occupation based), Kontextbasierung (context-based), Evidenzbasierung (evidence-based), Technologiebasierung (technology-based) und Populationsbasierung (population-based) und bauen auf dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma auf und stellen die Grundlage der Berufsausübung aller Ergotherapeut\*innen dar (Cup & van Hartingsveldt, 2019).

Die genannten Werte und Überzeugungen der Ergotherapie werden im Folgenden kurz erläutert, dabei wird die Säule der Betätigungsbasierung zum grundlegenden Verständnis und als Hauptaspekt dieser Ausarbeitung umfangreicher konkretisiert.

#### Betätigungsbasierung

Die zuvor erläuterte Kerndomäne Betätigung zählt, wie bereits in Kapitel 2.2 dargestellt, zu den wichtigsten Grundprinzipien des aktuellen und vorherrschenden Verständnisses von Ergotherapie. Sie ist ein zentraler und strukturierender Baustein. Das Grundlegendste für Professionsangehörige ist es, Klient\*innen zu ermöglichen sich zu betätigen und Betätigungsbedürfnisse zu erfüllen (Kielhofner, 2009).

Auch Mary Reilly stellte bereits 1962 fest, dass menschliche Betätigung gesundheitsförderndes Potenzial hat und die menschliche Entwicklung, die Gesundheit, das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden positiv beeinflusst werden, wenn Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten im Umgang mit der Umgebung und der eigenen Zeit gegeben sind. Daraus ergibt sich für sie, dass wenn die Teilhabe an der Betätigung des einzelnen Menschen behindert und eingeschränkt ist, die Handlungsfähigkeit eingeschränkt ist und somit gleichsam die Gesundheit gefährdet ist (zitiert nach Marotzki, 2008).

Betätigungsbasierung basiert in der ergotherapeutischen Arbeit sehr stark auf Beobachtungen, die Ergotherapeut\*innen in ihrer therapeutischen Arbeit einsetzen, um mehr über die Bedingungen des Betätigens der Klient\*innen herauszufinden. Betätigungsbasierte Interventionen beschäftigen sich dabei grundlegend mit alltäglichen Aktivitäten der Klient\*innen. Dabei zeigt sich der Nutzen von Betätigungsbasierung besonders, wenn Aktivitäten ausgeübt werden, die einen direkten Zusammenhang mit dem Alltag der Klient\*innen haben (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Der Nutzen zeigt sich des Weiteren, wenn Betätigungen klar formulierte Ziele der Klient\*innen sind, sie darin eine innere Erfüllung sehen und durch das Erreichen der Ziele zur Genesung beitragen wird (Cup & van Hartingsveldt, 2019).

Die Betätigung als zentrales Mittel und Ziel der Ergotherapie kann Therapeut\*innen die Chance bieten, sich mit einem Alleinstellungsmerkmal im Gesundheitswesen zu positionieren. „Wenn der Fokus unserer praktischen Arbeit Betätigung sein soll, müssen wir dafür sorgen, dass nicht nur das Ergebnis (Ziel), sondern auch der Fokus unserer Evaluation, Intervention und Dokumentation die Betätigung ist“ (Fisher, 2018, S. 23).

Da Betätigung, wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, eine wichtige und grundlegende Rolle für die Ergotherapie spielt, postulieren wichtige Vertreter der ergotherapeutischen Profession, wie die bereits zitierte A. G. Fisher, dass eine klar definierte Begrifflichkeit und Terminologie wichtig für die berufliche Identifikation sind. Auch beschreibt Stadler-Grillmaier (2012), dass eine fachbezogene Sprache ein wesentliches Merkmal für einen Beruf ist und Fachinhalte kommunizierbar macht. Das ist für eine klare berufliche Positionierung und Außendarstellung unabdingbar.

Fisher (2014, 2018) definiert als Grundlage für das Prozessmodell OTIPM, Betätigung als eine der wichtigsten Kernkompetenzen der Ergotherapie. Dabei definiert sie rund um die Betätigung verschiedene Begrifflichkeiten, um eine genaue Differenzierung und Beschreibung des ergotherapeutischen Prozesses machen zu können. Dabei unterscheidet sie die Begrifflichkeiten „betätigungsorientiert“, „betätigungsfokussiert“ und „betätigungsorientiert“ (Fisher, 2014, S. 96).

Betätigungszentrierung beschreibt die berufsspezifische Perspektive, die Berufsangehörige während des therapeutischen Prozesses einnehmen, dabei steht der Mensch als handelndes Wesen im Fokus der Betrachtung, wobei dessen Betätigungsanliegen sowohl anerkannt als auch berücksichtigt werden (Berg, Oster & Takacs, 2019). Fisher (2014) beschreibt, dass zentriert bedeutet, dass Klient\*innen und deren Betätigungsanliegen in eine zentrale Position gestellt werden. Betätigungszentrierung sollte die ergotherapeutische Kernannahme bedingen und mit jeglichen Überlegungen und professionellem Reasoning der Therapeut\*innen vernetzt und geleitet sein (Berg et al., 2019).

Betätigungsfokussiert grenzt sich hingegen ab, indem sich der Schwerpunkt auf die ergotherapeutische Herangehensweise bezieht. Das heißt in der praktischen Umsetzung, dass sich der Therapieprozess in Evaluation und Intervention auf Betätigung konzentriert und fokussiert, auch wenn sie nicht direkt ausgeführt wird (Berg et al., 2019). Laut Fisher (2014) liegt bei der Betätigungsfokussierung die Aufmerksamkeit auf der Betätigung im Hier und Jetzt. Dabei wird die unmittelbare Betätigung einer Person bzw. die Bewertung und Veränderung der Qualität der Betätigung vorgenommen und fokussiert.

Betätigungsbasiert bezeichnet die Betätigung als Schwerpunkt und Hauptbestandteil der Ergotherapie. Die bedeutungsvolle Betätigung wird dabei im gesamten Therapieprozess und Verlauf thematisiert und als wichtiger Schwerpunkt von Therapeut\*innen und Klient\*innen identifiziert. (Berg et al., 2019). Betätigungsbasierung und betätigungsbasierte Interventionen setzen laut Fisher (2014) die Betätigung als therapeutisches Mittel zur Veränderung im Lebensalltag der Klient\*innen ein. Dabei weist sie unter anderem auf zwei Vorteile hin, die betätigungsbasierte Methoden mit sich bringen. Sie benennt dabei die stark politisch geprägte Botschaft, die Betätigungsbasierung als berufliches Merkmal mit sich bringt. Damit können sich Ergotherapeut\*innen, wie bereits zuvor erwähnt mit einer klaren Botschaft im Gesundheitswesen positionieren und zu anderen sozialen und Heil bringenden Berufen abgrenzen. Dabei betont sie die Wichtigkeit der Nutzung von konkreten ergotherapeutischen und betätigungsbasierten therapeutischen Mitteln, um die Einzigartigkeit von Ergotherapie herauszustellen. Weiterhin benennt sie auch ökologische Aspekte, die auf Betätigungsbasierung fundieren. So sieht sie in der Verwendung von standardisierten betätigungsbasierten Mess- und Leistungsmethoden, die Möglichkeit valide, auf die jeweiligen Klient\*innen bezogene Ergebnisse zur Auswertung und Beurteilung der Betätigung heranziehen zu können. So sind Ergotherapeut\*innen letztlich in der Lage festzustellen, ob die bereits identifizierten Betätigungsprobleme, tatsächlich Einfluss auf die Betätigungsausführung haben.

Die vorangegangene Darstellung verdeutlicht, wie differenziert Betätigung ausgelegt werden kann und dass die Terminologie unterschiedliche Schwerpunkte und Aspekte benennt, die eine klare Unterscheidung wichtig machen, um sich als Ergotherapeut\*innen klar zu positionieren. In der vorliegenden Thesis wird der Schwerpunkt auf die Begrifflichkeit der Betätigungsbasierung gelegt, um das Grundverständnis von Betätigung für die Ergotherapie und den ergotherapeutischen Prozess als Hauptbestandteil und als Basis zu verdeutlichen.

### Klientenzentrierung

Die Klientenzentrierung ist geprägt durch die aktive Rolle des/der Klient\*in. Thelma Sumsion (2002) beschreibt die Klientenzentrierung als einen Ansatz, bei dem die Schwerpunkte auf den Klient\*innen selbst liegen und ihnen mehr Kompetenzen für sich selbst zugesprochen werden. Sie beschreibt, dass Therapeut\*in und Klient\*in dabei eine enge Partnerschaft bilden, in der es darum geht, die gewünschten Ziele zu erreichen. Die Klientenzentrierung gehört zu den Grundfesten der Ergotherapie, bei der es für die therapeutische Umsetzung von großer Bedeutung ist, sich auf die Zusammenarbeit mit den Klient\*innen einzulassen und ihre Sichtweisen und Ziele zu würdigen und zu respektieren (Fisher, 2018). Auch ist entscheidend, dass die Klient\*innen aktiv am therapeutischen Prozess beteiligt sind, in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden und auch die Verantwortung für den Therapieerfolg mittragen. Somit sind Werte wie Respekt, Würde und Autonomie, Grundlagen einer klientenzentrierten Praxis (Gupta & Taff, 2015).

### Kontextbasierung

Durch eine holistische Betrachtungsweise der Klient\*innen sollte in den ergotherapeutischen Prozess auch das individuelle, soziale und räumliche Umfeld der Klient\*innen mit einbezogen werden. Dazu sollte die Ergotherapie in einem idealen Kontext stattfinden, in dem die Klient\*innen in der Lage sind, in einem vertrauten und geschätzten Umfeld die bedeutungsvolle Betätigung auszuführen (Gupta & Taff, 2015). Wichtig ist dabei auch die Erkenntnis, dass Betätigung immer im alltäglichen Kontext stattfindet. Entgegen dieser Erkenntnis wird er im Therapiealltag, der oft nicht im häuslichen Umfeld der Klient\*innen stattfindet, nicht ausreichend beachtet (Romein Kirsch & Dehnhardt, 2016b). Dabei gehört zur Betrachtung der Klient\*innen nicht nur die Person selbst, sondern auch seine soziale und räumliche Umwelt, seine Familie, Bezugs- und Pflegepersonen (Müller, Gritsch, Dietrich, Graeff, Feldhege, Grotejohann & Hin, 2007).

### Evidenzbasierung

Ein evidenzbasiertes Vorgehen bekommt in der Ergotherapie immer mehr Bedeutung. Evidenzbasierung auch als evidence-based practice (EBP) bezeichnet, besagt für den Prozess der Therapie, dass Ergotherapeut\*innen nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen arbeiten und ihr Vorgehen auf Grundlage dieser Erkenntnisse kritisch hinterfragen. Dies nicht zuletzt, um mehr Qualität und einen höheren therapeutischen Standard zu erreichen (Borgetto et al. 2007; Weber, 2005). Entscheidend ist dabei die kritische und wissenschaftliche Untermauerung der therapeutischen Entscheidung (Borgetto et al. 2007; Weber, 2005). Ein evidenzbasiertes praktisches Handeln bedeutet für Ergotherapeut\*innen, dass sie in ihrer Arbeit, die Essenz aus den Komponenten wissenschaftliche Evidenz, Werte, Ziele und Wünsche der Klient\*innen, eigene Berufserfahrungen und institutionelle und politische Kontextfaktoren, integrieren (Ritschl, Moser & Stamm, 2019b).

### Technologiebasierung

Neue Technologien sind in den letzten Jahrzehnten enorm angestiegen. Daraus entstehen zahlreiche neue Möglichkeiten für den therapeutischen Einsatz. Diese nehmen immer mehr Einfluss auf den therapeutischen Gestaltungs- und Beziehungsprozess (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Durch den Einfluss neuer Technologien entstehen vielfältige diagnostische und therapeutische Möglichkeiten sowie neue technische Hilfsmittel und Ausstattungen. Somit steigen auch die Anforderungen an die Ergotherapeut\*innen und die Kompetenzbereiche des Beratens und Begleitens in Bezug auf die Nutzung und den Umgang mit technologiebasierten Medien. Auch ein Mehrwert kann der Implementierung, Entwicklung und Evaluation der Technologiebasierung zukommen und einen echten Zugewinn für die Ergotherapie bedeuten (Cup & van Hartingsveldt, 2019).

### Populationsbasierung

Die populationsbasierte Ergotherapie richtet den Fokus auf Personengruppen. Sie zentriert sich vor allem auf die Förderung und Begleitung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen, deren soziale Teilhabe in der Gesellschaft gefährdet und bedroht ist (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Die Gesellschaft kann durch individuelle partizipative Förderung zur Gesundheit eines Menschen beitragen (Townsend et al., 2013). In der populationsbasierten Ergotherapie korrespondieren gesundheitliche Aspekte mit sozialen Aspekten und richten den Blick auf die Nöte einer Bevölkerung mit politischen, ökonomischen, sozialen und ökologischen Gesichtspunkten (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Die Ergotherapie kann somit bewusst zu einem Gemeinschaftsgefühl, das zum Wohlergehen der Gesellschaft führt, beitragen.

### 2.2.2 Occupational Intervention Process Model

Das Occupational Intervention Process Model (OTIPM) eignet sich besonders, um einen modellbedingten Hintergrund für die behandelte Thematik der Betätigungsbasierung zu geben. Es nimmt einen starken Bezug zur Betätigungsbasierung und vereint in komprimierter Form die Grundsätze der modernen, auf dem zeitgenössischen Paradigma basierenden Ideen der Ergotherapie.

Das OTIPM wurde 1998 von der Amerikanerin Anne G. Fisher als ergotherapeutisches Prozessmodell entwickelt und publiziert. Ihre Intention dabei war es Ergotherapeut\*innen zu befähigen, die Betätigung als wichtigen Schwerpunkt ihrer Arbeit zu identifizieren und dies nach außen zu vermitteln. Darüber hinaus ist das Ziel des Modells, Ergotherapeut\*innen eine Struktur zu geben, die sie in ihrer praktischen Umsetzung begleitet und die die Wichtigkeit der ergotherapeutischen Grundideen von Klientenzentrierung und Betätigungsbasierung in der praktischen Umsetzung hervorhebt (Dehnhardt, 2010; Fisher, 2018). Zudem stellt das Modell den sinnvollen Ablauf von ergotherapeutischen Prozessen dar (Dehnhardt, 2010; Fisher, 2018).

Das OTIPM geht davon aus, dass sich jeder Mensch auf individuelle Art und Weise mit persönlich bedeutungsvollen und zweckgebundenen Aktivitäten betätigen möchte und dass die Betätigung zu den zentralen Schwerpunkten der Ergotherapie gehört. Des Weiteren sei es das wichtigste Ziel, dass Klient\*innen in ihren jeweils wichtigen Lebensrollen Autonomie erlangen, um die größtmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen (Fisher & Bray Jones, 2017 zitiert in Hessenauer, 2020).

Betätigung ist für Fisher das „Eingebundensein einer Person in einen Prozess“ (Fisher, 2018, S. 24), dabei geschieht das Eingebundensein, weil es für die Person von Bedeutung ist. Für Fisher ist es eine grundlegende Bedingung, dass der therapeutische Prozess auf einer partnerschaftlichen therapeutischen Beziehungsebene zwischen Therapeut\*in und Klient\*in basiert, „die therapeutische Beziehung bildet hier die Grundlage für die fortlaufende Zusammenarbeit mit dem Klienten“ (Dehnhardt, 2010, S. 33). Ebenso steht der Top-down Ansatz im Vordergrund, dieser soll Klient\*innen prozesshaft wieder zur bedeutungsvollen Betätigung führen.

Das OTIPM strukturiert und gliedert sich als Prozessmodell in drei aufeinander folgende Phasen. Die Evaluations- und Zielsetzungsphase, die Interventionsphase und die Re-Evaluationsphase (Fisher, 2018).

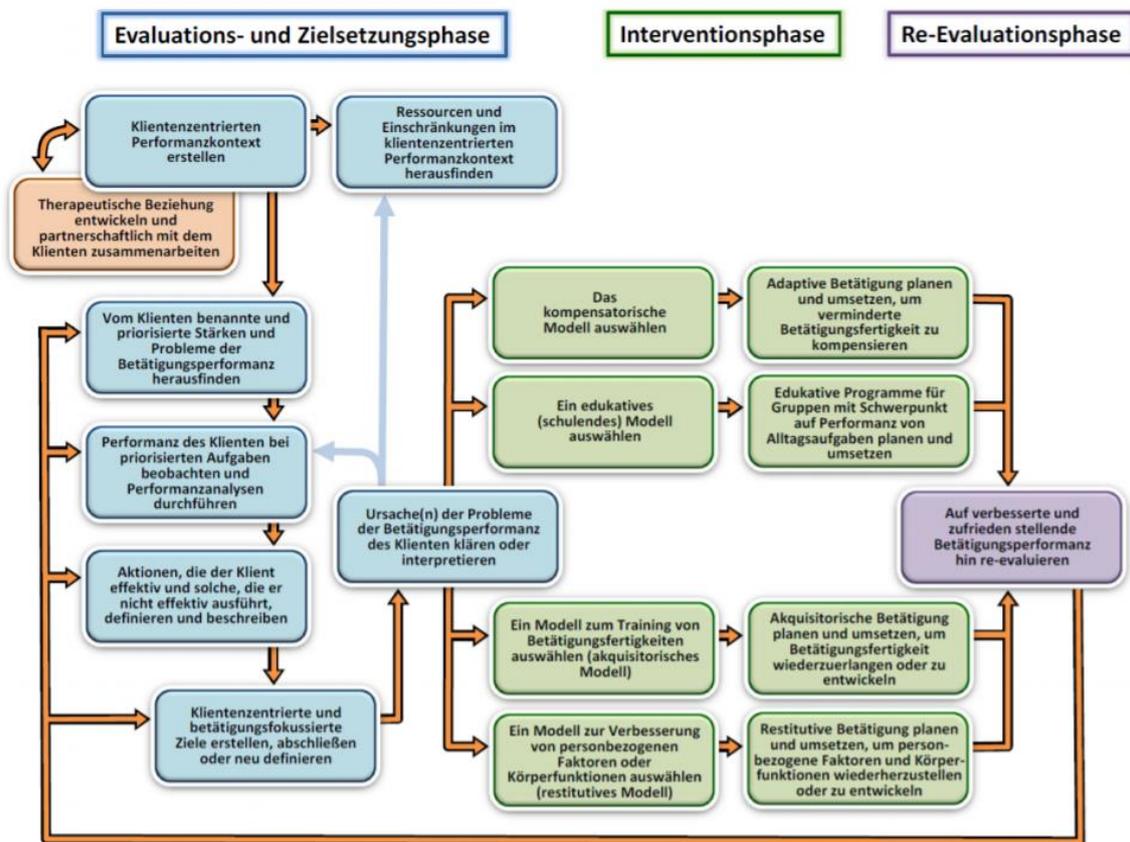


Abbildung 1: Schematische Darstellung OTIPM (Fisher, 2018, S.23)

Die einzelnen Phasen bestehen aus verschiedenen Schritten, die dem Prozessverlauf einen roten Faden geben. Diese Phasen werden im Folgenden kurz erläutert.

In der ersten Phase, der Evaluations- und Zielsetzungsphase ist es zunächst entscheidend, dass der klientenzentrierte Performanzkontext erstellt wird. Das OTIPM versteht dabei unter Performanz die Ausführung einer Alltagstätigkeit, wobei der individuelle Kontext von außen auf die Ausführung einwirken kann (Hessenauer, 2020). Wichtig und entscheidend ist bereits zu Beginn, dass so viele Informationen über die Klient\*innen und ihre individuellen Rollen erhoben werden, wie es die therapeutische Situation zulässt. Zur Unterstützung und Strukturierung der Informationsgewinnung bietet das OTIPM zehn Bereiche an, die als die 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontextes folgende Punkte aufgreifen



Abbildung 2: 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontexts (Fisher, 2018, S. 118.)

Die Dimensionen können als Rahmenwerk verstanden werden, das sicherstellt, dass die Ziele, Wünsche und Prioritäten der Klient\*innen umfassend evaluiert werden, wobei jede Dimension Anteile einer unterstützenden Ressource, aber auch performanzeinschränkende Anteile haben kann.

Daran anschließend wird die Performanz der Klient\*innen bei priorisierten Betätigungen beobachtet und im Anschluss durch die Performanzanalyse bewertet. Hierbei werden beobachtete Schwierigkeiten auf das Ausmaß und die Auswirkungen der Aufgabenausführungsqualität interpretiert (Hessenauer, 2020). Zur Unterstützung der Performanzanalyse und der Bewertung von motorischen und prozessbezogenen Qualitäten während einer Betätigungssequenz, bietet das OTIPM verschiedene Assessments. Diese unterstreichen die Strukturierung des Modells nochmals deutlich und geben Therapeut\*innen einen genauen Leitfaden vor. In der Interventionsphase bietet das OTIPM vier Wege die Intervention zu gestalten. Dabei spricht Fisher (2018) vom adaptiven, restitutiven, akquisitorischen und edukativen Modell.

### Adaptives Modell

Bei dieser Vorgehensweise liegt der Schwerpunkt auf der Anpassung der Umwelt an die Ausführung der Betätigung der Klient\*innen. Dabei geht es weniger um Erhalt oder Wiedergewinnung von Fähigkeiten oder Funktionen, sondern darum eine neue Art der Ausführung für Klient\*innen zu generieren, die ihnen die Ausführung der Betätigung auf neue und andere Art ermöglicht. Die Hilfsmittelberatung und -anpassung steht als wichtige Maßnahme im Fokus (Fisher, 2018).

### Restitutives Modell

Dabei „liegt der Fokus auf Besserung zugrunde liegender Schädigungen oder auf Wiederherstellung, Entwicklung oder Erhalt personenbezogener Faktoren und Körperfunktionen“ (Fisher, 2018, S. 46) Diese Art der Intervention entspricht am ehesten der in Deutschland üblichen und vorherrschenden therapeutischen Intervention (Dehnhardt, 2010).

### Akquisitorisches Modell

Hierbei liegt der Fokus der Intervention darauf, dass Klient\*innen die gewünschten Betätigungen so ausführen, wie es kulturell und gesellschaftlich üblich ist. Dabei geht es darum sie „zu befähigen, effektive Aktionen wieder zu erwerben, zu entwickeln oder zu erhalten, damit sie Alltagsaufgaben so ausführen können, wie es für Personen dieses Alters, dieses Geschlechts und dieser kulturellen Gruppe normal ist“ (Fisher, 2018, S. 48).

### Edukatives Modell

Hierbei stehen als zusätzliche Möglichkeit der Intervention, betätigungsbasierte Schulungen oder Seminare im Fokus. Dabei geht es um den Austausch und die Vermittlung von Informationen zur Ausführung von Alltagsaktivitäten, nicht direkt um das Ausprobieren und Erlernen von bedeutungsvollen Betätigungen (Hessenauer, 2020).

Bei der Auswahl der möglichen OTIPM-internen Modelle, sollte die Strategie gewählt werden, die bereits positive Ergebnisse, bei ähnlichen Klient\*innen hervorgebracht hat und vermutlich zu positiven Ergebnissen und verbesserter Betätigungsperformanz führen wird (Fisher et al., 2017, in Hessenauer, 2020). Die letzte Phase beschreibt die Re-Evaluation. Dabei wird eine abschließende Evaluation durchgeführt, die neben der Zufriedenheit der Klient\*innen auch die Effektivität der Therapie thematisiert. Dies geschieht auf Grundlage der dokumentierten Ergebnisse der Intervention (Dehnhardt, 2010).

## 2.3 Ergotherapie im nationalen deutschen Kontext

Die Ergotherapie hat als Ziel, Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind zu unterstützen und zu begleiten. Dabei wird die Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit gestärkt. Die Verbesserung der alltäglichen Handlungsfähigkeit soll gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen und somit die Lebensqualität erhöhen (DVE, 2007).

Ergotherapeut\*innen in Deutschland arbeiten in den unterschiedlichsten Bereichen. Dabei wird noch nicht grundlegend und vereinheitlicht nach den aktuell gültigen Grundsätzen, die beispielhaft in den sechs Säulen der Ergotherapie (=> 2.2.1) formuliert und dargestellt sind und die das aktuelle "contemporary paradigm" widerspiegeln, gearbeitet. Noch häufig wenden Therapeut\*innen funktionell basierende Therapiemethoden und Inhalte nach einem Bottom-up Ansatz an und gehen dabei konträr beispielsweise zur Klientenzentrierung und Betätigungsbasierung aber auch zur Kontextbasierung vor (Müller et al. 2007; Schulte et al., 2017). Dies besteht besonders in klinischen und rehabilitativen Settings, wo oftmals noch eine Hierarchie zwischen Ärzt\*innen und Therapeut\*innen vorherrscht und medizinische Grundsätze die Behandlung der Klient\*innen dominieren (Müller et al. 2007).

Doch auch für die Ergotherapie in der Neurologie gilt laut Striesow (2019) das Betätigungsanliegen der Klient\*innen im Fokus der Interventionen stehen sollten.

„Vor allem chronische Erkrankungen oder bleibende Behinderungen können die Handlungsfähigkeit und die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe beeinträchtigen. die Folge: ein reduziertes Gefühl von Gesundheit und Wohlbefinden“ (Marotzki, 2008, S.30). Hieran setzt das vorrangige Anliegen von Betätigung und Betätigungsbasierung in der Ergotherapie an. So sollen Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit und ihrer sozialen Teilhabe eingeschränkt sind, durch individuelle Therapie, die auch soziale und räumliche Adaption beinhalten kann, gefördert und unterstützt werden, um die eigene gesundheitliche Entwicklung und das eigenen Wohlempfinden zu unterstützen und wiederzuerlangen. Dies ist auch Grundlage der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Die ICF bietet die Möglichkeit durch ihre Terminologie im interdisziplinären Team Fachübergreifens zu kommunizieren (Merklein de Freitas, 2015; Striesow, 2019).

Betätigungsbasierung in der neurologischen Rehabilitation und in der Rehapphase F stellt Ergotherapeut\*innen vor Herausforderungen, denn Klient\*innen, die schwere Erkrankungen und im Zuge dessen verschiedenste Behinderungen und Beeinträchtigungen erlitten haben, haben zumeist das gesundheitsförderliche Gleichgewicht durch einen betätigungsbasierten und strukturierten Alltag verloren (Marotzki, 2008).

„Neurologische Patienten sind auf dem langen Weg zu Expertinnen ihres neuen Lebens. Sie sind auch aufgrund der häufigen kognitiven Schädigungen, auf Beratung und sorgende Unterstützung angewiesen, um in der Auseinandersetzung mit Verlust, verbliebenen und wieder neu zu entwickelnden Möglichkeiten in ein gelingendes Leben trotz verbleibender Beeinträchtigung zu finden“ (Dünnwald, 2018, S. 8).

An dieser Stelle folgt ein Ausblick auf den therapeutischen Denk- und Handlungsprozess, den Ergotherapeut\*innen in ihrer täglichen Arbeit in Form von professionellem Reasoning gedanklich und praktisch anwenden. Dazu wird ein Bericht über die Akuttherapie in der neurologischen Rehabilitation von Kerstin Felber (2019) herangezogen, der anschaulich schildert, wie Ergotherapie in diesem Bereich gedanklich durch professionelles Reasoning strukturiert werden kann. Hierbei sehen die Autorinnen Parallelen zur Rehabilitationsphase F.

Felber (2019) berichtet, dass ihre Arbeit vom klientenzentrierten Gedanken geleitet wird und bereits die ersten gedanklichen Fragen, wer der Mensch ist, was ihn ausmacht und was ihm wichtig ist vom narrativen Reasoning geleitet werden. Sie beschreibt ihre Arbeit im neurologischen Bereich als sehr komplex, wobei die Anforderungen an sie und ihr professionelles Reasoning durch viel Erfahrung, Wissen, Denkflexibilität, Kritikfähigkeit und Mut für Neues unterstützt werden. Pragmatisches Reasoning verhilft ihr die Arbeit in der Institution, die Intensivpflege, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen für ihren Arbeitsprozess zu strukturieren. Das scientific Reasoning unterstützt sie, die medizinische Situation der Klient\*innen zu beurteilen und zu entscheiden. Darüber hinaus unterstützt es sie in der Kommunikation mit Ärzt\*innen. Hier bestimmen Fragen darüber, was Patienten machen dürfen, zu welchen Betätigungen sie fähig sind und wer mögliche Ansprechpersonen sind, die therapeutische Grundüberlegung. Aber auch im Therapieverlauf kommen immer wieder Fragen auf, die das strukturelle Handeln durch professionelles Reasoning leiten. So spielt bei der Kontaktaufnahme und der Evaluation der Zielsetzung und der Planung der Behandlungseinheiten mit den Klient\*innen das narrative Reasoning, das konditionale Reasoning, das pragmatische Reasoning, das ethische Reasoning sowie das interaktive Reasoning eine entscheidende Rolle.

Reasoningprozesse in der Ergotherapie sind grundlegende Orientierungshilfen, die den Beruf unverwechselbar machen. Sie stellen das ergotherapeutische Wissen und die individuellen Erfahrungen der Therapeut\*innen als Problemlösestrategien und Entscheidungshilfen dar und unterstützen das berufliche Denken und Handeln (Feiler, 2019).

### 2.3.1 Neurologische Rehabilitationsphasen

Um nun einen weiteren Schwerpunkt der vorliegenden Forschungsarbeit zu beleuchten, werden die Rehabilitationsphasen im deutschen Gesundheitssystem vorgestellt. Dabei wird die Rehabilitationsphase F und das Schädel-Hirn-Trauma, als häufiges Krankheitsbild dieser Rehabilitationsphase, auf die ergotherapeutische Behandlung hin, genauer betrachtet.

Die Rehabilitationsphasen im deutschen Gesundheitssystem staffeln sich in die Phasen A-F. Die Bundesarbeitsgemeinschaft neurologische Rehabilitation (BAR) wurde 1994 vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) beauftragt, ein Grundmodell für den Ablauf einer Schlaganfallbehandlung zu entwickeln.

Daraus entwickelte der Neurologe Wilfried Schupp 1995 ein Phasenmodell, welches die gesamte neurologische Rehabilitation umfasst (Habermann, 2009). So konnten die vorhandenen Versorgungsstrukturen erweitert und besser aufeinander abgestimmt werden.

Die Einteilung in die verschiedenen Rehaphasen ist dabei abhängig vom klinischen Befund, vom Umfang der Pflegebedürftigkeit und dem Profil der Fähigkeiten der Klient\*innen (Schönle, 2012). Klient\*innen durchlaufen nicht notwendigerweise alle Rehaphasen, sondern können in Abhängigkeit von unterschiedlichen Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen auf verschiedenen Ebenen der Behandlungskette eingestuft werden (Habermann, 2009). Die Neurorehabilitation innerhalb des Phasenmodells ist eng aufeinander abgestimmt und wird von einem interdisziplinären Rehabilitationsteam mit Blick auf Gesundheits-, Lebens- und Kontextfaktoren begleitet (Bender et al., 2016). Das Phasenmodell orientiert sich am klinischen Verlauf von Klient\*innen mit akuter Hirnschädigung, beispielsweise hervorgerufen durch Apoplex oder Schädel-Hirn-Trauma. Es lässt sich entsprechend adaptiert auch auf andere neurologische Erkrankungen übertragen und wird am neurologischen Rehabilitationsphasenmodell nach Schupp, von Habermann (2009) modifiziert. Dies wird im Folgenden dargestellt und beschrieben.

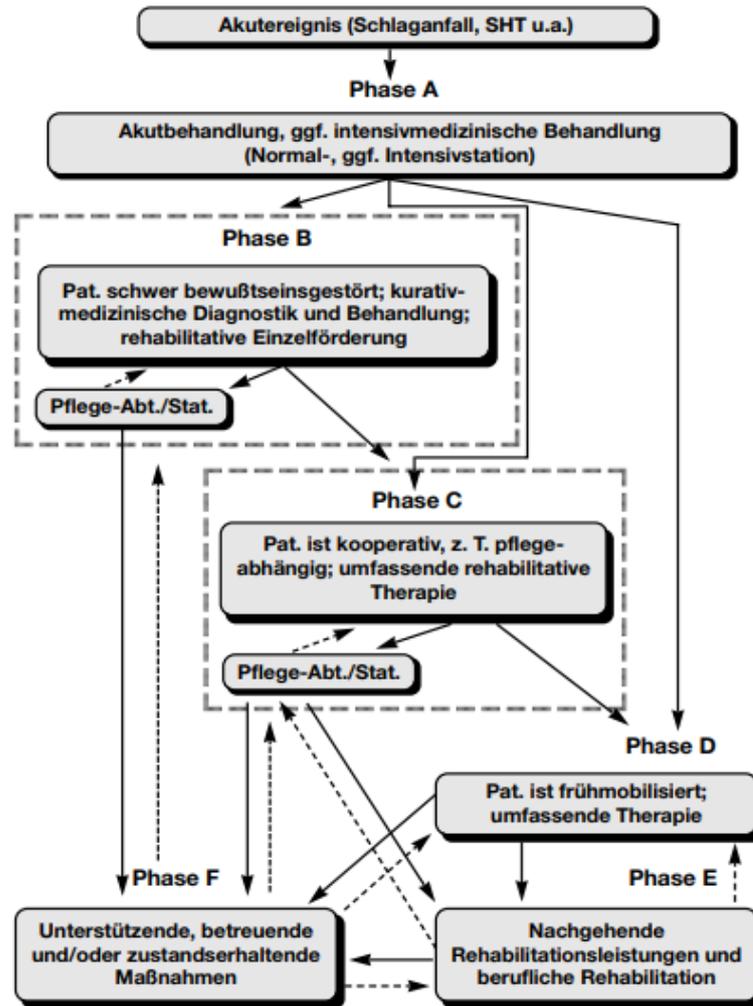


Abbildung 3: Flussdiagramm „Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie“ (BAR, 2003)

### Phase A

Die Rehaphase A umfasst Akutbehandlungen, die zumeist unter stationären Bedingungen auf Intensivabteilungen wie Stroke Units, aber auch Normalstationen durchgeführt werden. Ziele dieser Phase sind vor allem der Lebenserhalt, die Sicherung der organischen Grundfunktionen und die Verhinderung von Sekundärschäden.

### Phase B

Die Rehaphase B umfasst Behandlungen von bewusstlosen oder schwer bewusstseinsgetrübten Klient\*innen, z. B. im Rahmen eines apallischen Syndroms. Auch zählen Klient\*innen mit schwersten Lähmungen, wie beispielsweise beim Locked-in-Syndrom, oder bei hohem Querschnitt zur Rehaphase B. Die Behandlung findet im klinischen Setting statt, wobei keine Kooperationsfähigkeit der Klient\*innen vorausgesetzt wird, sondern ein wesentliches Ziel der Behandlung darstellt. Intensivmedizinische Interventionen sollten nicht mehr erforderlich sein.

### Phase C

Die Rehapphase C umfasst die weiterführende postprimäre Rehabilitationsbehandlung von Klient\*innen, die keine wesentlichen Bewusstseinsstörungen mehr aufweisen. Bezeichnend für die Einstufung in Rehapphase C ist, dass die Klient\*innen in der Lage sind, an mehreren Therapiemaßnahmen täglich teilzunehmen. Dabei benötigen sie noch erhebliche kurativ-medizinische Betreuung und pflegerische Unterstützung in vielen Alltagsverrichtungen. Das wesentliche Ziel ist dabei die weitgehende Selbstständigkeit und Mobilität der Klient\*innen im Alltag.

### Phase D

Die Rehapphase D umfasst die Anschlussheilbehandlung an Rehapphase C. Die Klient\*innen zeigen dabei eine weitgehende Selbstständigkeit in den meisten Handlungen des täglichen Lebens, die gegebenenfalls mit Hilfsmitteln bewältigt werden. Die wesentlichen Ziele dabei sind die Wiederherstellung und der Erhalt von Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

### Phase E

Die Rehapphase E umfasst die ambulante häusliche Nachsorge, die Stabilisation der erworbenen Fähigkeiten und die Sicherung des beruflichen – und sozialen Wiedereingliederungserfolgs. Dabei gelingt Klient\*innen eine selbstständige Lebensführung.

### Phase F

Die Rehapphase F umfasst die Behandlung von Klient\*innen, die dauerhaft unterstützende, pflegerische, betreuende und auch zustandserhaltende Maßnahmen brauchen, da sie nicht mehr selbstständig leben können. Dies kann beispielsweise nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma, nach hypoxischen Hirnschädigungen oder auch Hirngefäßerkrankungen auftreten. Dabei liegen häufig Funktionsstörungen mit unterschiedlichem Schweregrad und auch Mehrfachbehinderungen vor.

#### 2.3.2 Die Rehabilitationsphase F

Die Rehapphase F wird durch eine Veröffentlichung der BAR (2003) zu Empfehlungen der stationären Langzeitpflege nochmals umfangreicher beschrieben und differenziert. Die folgende Darstellung der Rehapphase F bezieht sich daher auf diese Veröffentlichung.

Klient\*innen in dieser Phase sind demnach dauerhaft auf medizinische und pflegerische Maßnahmen angewiesen, die besonders mit dem Selbsthilfepotenzial von betreuenden und zustandserhaltenden Maßnahmen unterstützt werden sollen. Die Klient\*innen die sich in der Phase F befinden, können dabei in den letzten Monaten der Rehabilitationsphasen B und C keinen weiteren funktionellen Zugewinn erreichen.

Längerfristig besteht jedoch eine positive Prognose hinsichtlich der Behandlungs- und Rehabilitationsfähigkeiten, denn ein Verbesserungszustand kann auch noch nach längeren Behandlungszeiträumen eintreten. Darüber hinaus sollte das übergeordnete Partizipationsziel für alle Klient\*innen der Phase F darin liegen, eine Verbesserung der Teilhabe am sozialen Leben durch die Verminderung der Beeinträchtigung zu erreichen. Dies lässt sich erklären, denn „Rehabilitation zielt neben der Förderung der Autonomie-Entwicklung der Betroffenen nicht allein auf die Wiederbefähigung zu einem selbstständigen Leben, sondern vor allem auch auf ihre konsequente soziale Teilhabe [...] und Wiedereingliederung“ (Zieger, 2002, S.268) ab.

Bei einem Teil der Menschen mit schweren Schädigungen des Nervensystems bleiben trotz guter Behandlungen im Akutbereich und in der weiteren Rehabilitation dennoch dauerhafte Krankheitsfolgen und Symptomatik bestehen.

#### Klientel der Rehabilitationsphase F

Die BAR (2003) formuliert dazu eine Phase F-Charakteristika, die verschiedene Punkte aufgreift, die betroffene Klient\*innen oftmals aufweisen. Grundlegend besteht dabei eine starke Minderung in der Unabhängigkeit der Betroffenen, die darüber hinaus ihre soziale Teilhabe und Partizipation stark einschränkt. Durch immense Einschränkungen von Fähigkeiten und Fertigkeiten können sie grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens nicht ausführen. Hierdurch ist eine adäquate Partizipation nicht gegeben. Das sind beispielsweise fehlende Selbstversorgungsfähigkeiten, gestörte oder fehlende Mobilität, schwere beeinträchtigte oder fehlende Kommunikationsfähigkeiten, Störungen im Verhalten, aber auch eine bestehende Abhängigkeit von lebenserhaltenden Hilfsmitteln wie Ernährungssonden oder Beatmungsgeräten. Diese benannten Einschränkungen können dabei durch verschiedenste Schädigungen im menschlichen Funktions- und Strukturbereich bedingt sein. Dazu zählen beispielsweise schwere intellektuell-kognitive und psychische Störungen, eine beeinträchtigte oder auch aufgehobene Wahrnehmung, ausgeprägte hypotone oder hypertone Lähmungen, sensorische Ausfälle, beeinträchtigte oder aufgehobene Sprach- und Sprechstörungen, schwere Störungen der vegetativen Funktionen, Dysphagien und Inkontinenz. Doch auch hier gilt der Gedanke laut Zieger (2002), dass Menschen in extrem eingeschränkten körperlichen Zuständen dennoch durch Wahrnehmung, Empfindungen und Selbstaktualisierungen mit der Umwelt verbunden sind. So können auch Menschen im Wachkoma zur unbewussten Informationsverarbeitung fähig sein. Neurologisch schwerstgeschädigte Klient\*innen leben in einer ungewöhnlichen und extremen Lebensform als Resultat hochgradiger Dissoziation des Zwischenmenschlichen (Zieger, 2002).

### Leistungsbereich der Rehabilitationsphase F

Die Klient\*innen in der Rehapphase F sind auf langfristige Pflege und therapeutische Versorgung angewiesen. Dabei umfassen die Leistungen ein Spektrum ausgehend von der Grundpflege, der medizinischen Behandlungspflege, sozialer Betreuung, Unterkunft und Verpflegung, die Sicherstellung von ärztlichen Leistungen und weiterführenden verordneten Leistungen über Heil- und Hilfsmittel und ebenso die Beratung der Angehörigen. Leistungsrechtlich ist die Rehapphase F auf die Pflegeleistungen der Pflegeversicherungen, der Unfallversicherungen und auf Sozialleistungen bezogen. Ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen werden von zuständigen Leistungsträgern wie gesetzliche Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern finanziert (BAR, 2003).

### Einrichtungen der Rehabilitationsphase F

Stationäre Pflegeeinrichtungen sollten selbstständig wirtschaftende Einrichtungen sein, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation und die soziale Teilhabe von kranken Menschen oder Menschen mit Behinderung im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen (§ 71 Abs. 4.1 SGB XI).

Die Räumlichkeiten sollten den Anforderungen an eine hohe Pflege- und Therapiebedürftigkeit der Klient\*innen gerecht werden und der Zweck des Wohnens sollte im Vordergrund stehen (§ 71 Abs. 4.3 SGB XI). So sollte für alle Klient\*innen ausreichend private Rückzugsmöglichkeiten bestehen, um den individuellen Bedürfnissen aller entgegenkommen zu können. Auch sollte die Einrichtung genügend Platz und Möglichkeit für interdisziplinäre Therapiegestaltung bieten. Des Weiteren sollte die Einrichtung über spezielle medizinische Ausstattung verfügen, um Klient\*innen mit speziell medizinisch behandlungspflichtigen Problemen, wie z. B. intermittierende oder kontinuierlich assistierende maschinelle Beatmungspflicht zu gewähren (BAR, 2003).

#### 2.3.3 Schädel-Hirn-Trauma als Krankheitsbild der Rehabilitationsphase F

Die folgende Darstellung stellt das Schädel-Hirn-Trauma exemplarisch dar, da es ein häufig vorkommendes Krankheitsbild der Rehabilitationsphase F ist und einen Einblick zu möglichen ergotherapeutischen Maßnahmen und Interventionen mit Klient\*innen in der Rehabilitationsphase F geben kann. Die American Occupational Therapy Association (AOTA) veröffentlichte 2016 durch die Autoren Wheeler und Acord-Vira eine ergotherapeutische Leitlinie zum Schädel-Hirn-Trauma. Diese Kapitel bezieht sich, wenn nicht anderes angegeben auf diese Leitlinie.

Schädel-Hirn-Trauma (SHT) bezeichnet eine verletzungsbedingte Veränderung der Gehirnfunktionen, die zumeist durch externe Einflüsse und Ursachen hervorgerufen wird. In Deutschland erleiden etwa 270.000 Menschen jährlich ein Schädel-Hirn-Trauma und davon etwa 5 % ein mittleres oder schweres SHT (Schwab et al., 2018).

Indes stellt das Schädel-Hirn-Trauma eine der häufigsten Ursachen dar, die zu einer Behinderung und darüber hinaus zum Tode führen (Bender et al., 2016). Das SHT wird klassischerweise in leichtes, mittelschweres und schweres SHT eingeteilt (Masuhr, Masuhr & Neumann, 2013).

Laut Wheeler und Acord-Vira (2016) kann der Verlauf eines SHT sehr verschieden sein und sich dabei von Mensch zu Mensch unterscheiden. Sowohl die Ausprägungen als auch die Beeinträchtigungen können mit sehr unterschiedlichen Symptomen behaftet sein und beispielsweise Beeinträchtigungen der Denkfähigkeit mit großen Einschränkungen in der Aufmerksamkeit oder der Urteilsfähigkeit verbunden sein. Auch Beeinträchtigungen in den Sinnesempfindungen wie dem Berührungsempfinden, dem Geschmack oder dem Sehen und Hören können auftreten. Darüber hinaus ist oftmals das Sprach- und Sprechvermögen reduziert und psychologische Probleme wie Ängste, Depressionen, Persönlichkeitsveränderungen und auch Aggressionen können auftreten und gehören zum weiten Spektrum der Symptomatik.

Die Indikatoren können schnell wieder verschwinden oder aber für immer bleiben. Bei einem negativen Verlauf können die betroffenen Menschen stark beeinträchtigt sein, besonders hinsichtlich der Fähigkeiten, unabhängig zu leben, zu arbeiten oder gewünschte Freizeitaktivitäten zu betreiben. Klient\*innen mit einem mittelschweren oder schweren SHT können fähig sein, eine gewisse und auch gewünschte Stufe der Performanzfertigkeit wieder zu erreichen, indem sie lernen, sich an die Gegebenheiten anzupassen oder die Beeinträchtigungen zu kompensieren. Ergotherapie kann dabei an verschiedenen Stellen ansetzen. So können Professionsangehörige die Pflegebedürftigkeit der Betroffenen verringern und deren Lebensqualität und die Lebensqualität der Angehörigen verbessern und gegebenenfalls auch medizinische Kosten reduzieren (Wheeler & Acord-Vira, 2016).

In der ergotherapeutischen Leitlinie von Wheeler und Acord-Vira (2016) werden die verschiedenen Phasen des ergotherapeutischen Prozesses bei erwachsenen Klient\*innen mit SHT dargestellt und mit Evidenz untermauert.

Grundlegend sollten Ergotherapeut\*innen auch bei stark beeinträchtigten Klient\*innen, wie häufig in der Rehabilitationsphase F vorkommend, deren individuelle Situation, deren Ziele, Wünsche und Lebensgewohnheiten berücksichtigen und in den therapeutischen Prozess integrieren.

Befinden sich die Klient\*innen nach dem Eintritt des Schädel-Hirn-Traumas in der Akutphase und somit in einem medizinisch instabilen und auch komatösen Zustand, liegen die ergotherapeutischen Maßnahmen auf der Verbesserung ihrer Fähigkeiten. Zudem wird die Verbesserung der Betätigungsperformanz zur Rückkehr von Bewusstheit und Wachheit und die Wiederherstellung motorischer und kognitiver Funktionen angestrebt. Dabei können mögliche Interventionen beispielsweise Lagerung, Schienenversorgung und auch die Verbesserung des Bewegungsausmaßes sein.

In der zumeist darauffolgenden Rehabilitationsphase wird individuell und dem jeweiligen Zustand der Klient\*innen entsprechend entschieden, ob sie in eine stationäre Subakut-Rehabilitationseinrichtung oder auch ein Pflegeheim übergehen sollten (=> 2.4.1). Dabei sollten die Klient\*innen medizinisch stabiler und belastbarer sein, um an verschiedenen Therapieeinheiten teilnehmen zu können. Therapeutische Schwerpunkte liegen dabei auf der Wiederherstellung der Betätigungsperformanz oder auch dem Erlernen von Kompensationsstrategien. Dabei steht die größtmögliche Steigerung der Unabhängigkeit in grundlegenden Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens im Vordergrund. Zudem soll die soziale Teilhabe in der Gesellschaft gesteigert werden. Ebenso wird weiterhin an den sensomotorischen, kognitiven, emotionalen, verhaltensbezogenen, psychosozialen und perzeptionsbezogenen Fähigkeiten aktiv gearbeitet (Wheeler & Acord-Vira, 2016).

### 3. Methode

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die angewendeten Methoden gegeben. Hierzu wird zunächst die Literaturrecherche und das daraus entstandene Forschungsproblem beschrieben (=> 3.1). Im Anschluss daran wird die Entwicklung der Forschungsfrage dargestellt (=> 3.2). Im weiteren Verlauf wird das methodische Vorgehen beschrieben, welches die Autorinnen im Hinblick auf die Forschungsfrage gewählt haben (=> 3.3). In Kapitel 3.4 wird die Erhebung der Daten, sowie das Forschungsdesign ausführlich vorgestellt. Dies beinhaltet die Darstellung der Entwicklung des Interviewleitfadens sowie die Erläuterung der Studiendurchführung. Zum Ende des Kapitels 3.4 werden die ethischen Aspekte der Studie kurz beleuchtet. Abschließend wird die Datenanalyse nach Mayring (2015) aufgeführt. Hierbei wird ein Bezug zu den Gütekriterien qualitativer Forschung hergestellt (=> 3.5).

#### 3.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche dient der Erstellung des Forschungsproblems und der vorhandenen Forschungslücke. Zu Beginn der Literaturrecherche definierten die Autorinnen einen Themenschwerpunkt. Die gemeinsame Themenfindung gab eine Richtung für die Literaturrecherche vor. Im Rahmen der systematischen Recherche generierten die Autorinnen Literatur aus verschiedenen Datenbanken. Die Auseinandersetzung mit relevanter Hintergrundliteratur ermöglicht eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierende Studiengrundlage (Law, et.al, 1998). Die genutzten Datenbanken waren otseeker, pubmed, die Datenbank des deutschen Verbandes Ergotherapie, sowie die Discover Information Sources Zuyd (DIZ) (=> A. 3). Zur Eingrenzung und Spezifizierung der Literatur wurde nach relevanten Keywords gesucht: Betätigungsbasierung, Neurologie, Langzeitreha, Ergotherapie, Wachkoma, apallisches Syndrom, Betätigung, Aufgaben des täglichen Lebens. Da die Recherche im nationalen Bereich eine geringe Ergebnismenge generierte, wurde die Recherche auf den internationalen Raum ausgeweitet und die Schlüsselwörter in englischer Sprache eingegeben. Boole-Operatoren dienten, durch Verknüpfung der Keywords der Spezifizierung der Suchergebnisse (Ritschl et al., 2016b). Die ermittelte Literatur schließt sowohl Fachbücher sowie wissenschaftliche Artikel und Studien mit ein. Ein Ausschnitt der Literaturrecherche und Suchstrategien ist in Anlage 3 dargestellt. Die Autorinnen untersuchten die gefundene Literatur im Hinblick auf die Relevanz in Bezug zu ihrer Forschungsfrage und dem theoretischen Hintergrund. Dazu wurde die Literatur zunächst anhand der Überschriften und im Verlauf anhand der Abstracts nach ihrer Relevanz (aus-) sortiert. Die für relevant befundenen Veröffentlichungen wurden mithilfe der Evidenzpyramide von Tomlin & Borgetto (2011) bewertet. Im Anhang 4 wird ausschnittsweise die Evidenz der Veröffentlichungen dargelegt.

### 3.2 Entwicklung der Forschungsfrage

Die zentrale Forschungsfrage wurde auf Grundlage der individuellen Erfahrungen und dem Vorverständnis der Autorinnen (=> 2) und einer ausführlichen Literaturrecherche über die betätigungs-basierte Ergotherapie in der Rehapphase F formuliert. Die Literaturrecherche (=> 3.1) stellte heraus, dass die Datenlage zu ergotherapeutischen betätigungs-basierten Therapieprozessen innerhalb der Rehapphase F im nationalen Kontext sehr gering ausfällt (=> 2.4.2). Im Austausch mit Berufsangehörigen wurde deutlich, dass der Einsatz von Betätigung als Mittel und Ziel der Interventionen innerhalb der Langzeitrehabilitation nicht primär im Fokus steht. Es zeigt sich eine starke Diskrepanz hinsichtlich des aktuellen Paradigmas (=> 2.1) und der tatsächlichen Therapieumsetzung innerhalb der Institutionen. Obwohl die Betätigungs-basierung zu den Kernelementen der Ergotherapie zählt (Stadler-Grillmaier, 2012) und der Einsatz wissenschaftlich geprüft und erprobt wurde, wird diese in der Rehapphase F kaum angewendet (Kievelitz, 2014; Nielsen, et.al, 2017). Um herauszufinden wie Betätigungs-basierung in der Rehapphase F aussehen kann, formulierten die Autorinnen gemäß der Population-Intervention-Outcome-Vorgehensweise (Ritschl et al., 2016) folgende Forschungsfrage:

Wie gestalten Ergotherapeut\*innen betätigungs-basierte ergotherapeutische Therapie mit Menschen in der neurologischen Rehabilitationsphase F in Deutschland?

Zur Eingrenzung und Konkretisierung der Forschungsthematik formulierten die Autorinnen folgende drei Leitfragen:

Wie gestalten Ergotherapeut\*innen die betätigungs-basierte Intervention in der Evaluationsphase/ während der Erhebung der Betätigungsprobleme?

Aus welchen Gründen weichen Ergotherapeut\*innen von der Betätigungs-basierung ab?

Was unterstützt Ergotherapeut\*innen die Betätigungs-basierung in der Therapie langfristig und einheitlich einzusetzen?

### 3.3 Methodisches Vorgehen

Die Autorinnen entschieden sich im Hinblick auf die Forschungsfrage für ein qualitatives Studiendesign mit einer hermeneutischen Vorgehensweise. „Die Hermeneutik beschäftigt sich mit dem Verstehen und dem Entdecken von menschlichen Lebenserfahrungen“ (Chapparo, 2016, S.98). Hermeneutisches Vorgehen ermöglicht ein Zusammenschluss von theoretischem Vorwissen der Autorinnen, der Erfahrung und des Erlebens über die Forschungsthematik durch andere (Chapparo, 2016).

Teil des hermeneutischen Vorgehens ist der hermeneutische Zirkel (Schwandt, 2001). Dieser besagt, dass die Interpret\*innen ganzheitlich eine Thematik überblicken müssen, diesen ganzheitlichen Blick jedoch nur durch das Verstehen des Einzelnen erlangen (Schwandt, 2001). Dies bedeutet, dass das Vorverständnis zu Beginn einer Studie offenzulegen ist (=> 2).

Die Autorinnen wählten für die Datenerhebung die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Qualitative Forschung erhebt Daten über die Auswirkung der Umwelt, Verhalten sowie Entscheidungen und Erfahrungen (Ritschl, Höhly, Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamme., 2016a) und lässt sich mit dem hermeneutischen Vorgehen verknüpfen (Ritschl & Stamm, 2016). Zur Datenerhebung nutzten die Autorinnen leitfadengestützte Expert\*inneninterviews mit Ergotherapeut\*innen. Die Wahl zu Expert\*inneninterviews trafen die Autorinnen, um individuelle Erfahrungswerte, Standpunkte und persönliche Beobachtungen zum Forschungsgegenstand zu erhalten. Leitfadengestützte Interviews empfehlen sich im Rahmen der Expert\*inneninterviews, da unterschiedliche Themen behandelt werden, die durch das Forschungsziel definiert werden (Gläser & Laudel, 2006).

### 3.4 Datenerhebung

Zu Beginn des folgenden Kapitels wird die Erstellung des Interviewleitfadens dargestellt und erläutert, um im Anschluss das Ausgangsmaterial zu beschreiben. Dies umfasst die Teilnehmer\*innenakquise, die Analyse der Entstehungssituation sowie die formalen Charakteristika des Materials. Das Kapitel endet mit der Beleuchtung der ethischen Aspekte, die innerhalb der Studie beachtet wurden.

#### 3.4.1 Interviewleitfaden

Innerhalb der Hermeneutik verlaufen Interviews nach dem Vorbild des Dialoges oder einer Konversation (Chapparo, 2016). Aus diesem Grund wählten die Autorinnen zur Erhebung der Daten ein semistrukturiertes Leitfadeninterview als Methode. Diese Methode ist sinnvoll, da die Forschungsfrage auf die Erfahrungen und Entscheidungsprozesse von den Teilnehmer\*innen ausgelegt ist. Die Stärke dieser Methode ist ein konkreter und individueller Einblick in das Erleben und Handeln der Teilnehmer\*innen (Ritschl et al., 2016c). Auf Grundlage der aktuellen Literatur eruierten die Autorinnen Fragen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage und Leitfragen von Bedeutung waren. Die Anlage 6 zeigt den Interviewleitfaden und zugrundeliegende Literatur. Der Aufbau des Leitfadens orientiert sich ebenfalls an der Hermeneutik (=> 3.3). Der gewählte erklärende Einstieg in die Interviews dient der Einführung der Teilnehmer\*innen in das Thema. Zudem konnten sich die Teilnehmenden mit der Gesprächssituation vertraut machen. Das Abklären der Rahmenbedingungen gibt den Teilnehmer\*innen Sicherheit und vermittelt Transparenz (Ritschl et al., 2016a).

Bei der Zusammensetzung der Themenfelder des Interviewleitfadens wurde auf einen einfachen Einstieg für die Teilnehmer\*innen geachtet. Dies bedeutet, dass von einfachen zu komplexen sowie von allgemeinen zu spezifischen Themen übergeleitet und zum Schluss eine persönliche Stellungnahme erfragt wurde. Die Themenfelder, die sich aus der Literaturrecherche ergeben haben, sind beruflicher Werdegang, eigene Definition von Betätigungsbasierung in der Ergotherapie und speziell in der Rehapphase F, Betätigungsbasierung in der therapeutischen Umsetzung, Ressourcen und Zukunftsperspektiven.

Offene Fragen dienten dazu, den Redeanteil der Interviewpartner\*innen zu erhöhen. Die Methode des „probing“ (Ritschl, et. al, 2016. S. 123; Döring & Bortz, 2016, S. 211) verschriftlichten die Autorinnen bewusst im Leitfaden, um Gesagtes zu vertiefen und Erfahrungen zu konkretisieren. Die Zusammenfassung des bereits Gesagten vor einem Themenwechsel ermöglicht den Teilnehmer\*innen ihre eigene Aussagen auf Vollständigkeit und gemeinsamen Verständnis zu überprüfen (Ritschl et al., 2016a).

Die Autorinnen entschieden sich für Einzelinterviews, nach Ritschl et. al (2016a) ermöglichen diese eine thematische Tiefe. Zudem können so individuelle Erfahrungen und heiklere Themen erfasst werden. Die Proband\*innen werden nicht von Gruppenmeinungen in ihren Antworten beeinflusst.

Zur Überprüfung des erstellten Interviewleitfadens wurde dieser innerhalb einer „Pretesting-Phase“ (Weigl, 2016, S. 174) evaluiert. Da es sich auf Grund des Forschungsumfanges um eine Stichprobe handelt, wurde der Pretest mit einer einzelnen Vertreterin der geplanten Zielgruppe durchgeführt. Auf Grundlage eines Evaluationsbogens (=> A. 5) wurde ein 20-minütiges Reflexionsgespräch mit der am Pretest teilnehmenden Person durchgeführt und der Interviewleitfaden angepasst. Die Überarbeitung des Leitfadens diente der Glättung der Fragen. Einzelne Fragen wurden aufgeteilt. Zudem legten die Autorinnen Fragen zur Vertiefung eines Themas fest, die bei Bedarf verwendet werden konnten. Da nur geringfügige Anpassungen vorgenommen wurden, entschieden sich die Autorinnen gegen eine erneute Pretesting-Phase.

### 3.4.2 Bestimmung des Ausgangsmaterials

#### Teilnehmer\*innenakquise

Die Forschungsarbeit untersucht, wie Ergotherapeut\*innen die Betätigungsbasierung in der Rehapphase F umsetzen. Auf Hintergrund dieser Fragestellung wurden behandelnde Therapeut\*innen befragt. Diese stellten durch die von den Autorinnen definierten folgenden Einschlusskriterien Für die Expert\*innen definierten die Autorinnen folgende Einschlusskriterien:

- Staatl. Anerkannte Ergotherapeut\*innen
- mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der neurologischen Langzeitrehabilitation (Rehabilitationsphase F)
- Betätigung als Mittel und/oder Ziel innerhalb der ergotherapeutischen Intervention einsetzen

Die Teilnehmer\*innenakquise wurde unter Verwendung des Schneeballverfahrens (Döring & Bortz, 2016) durchgeführt. Dazu wurde ein von den Autorinnen erstellter Flyer über den Instant-Messaging-Dienst-WhatsApp sowie den sozialen Netzwerken Facebook und Instagram zur Studienteilnahme und Studienverbreitung aufgerufen. Zudem nutzten die Autorinnen die gezielte Stichprobe nach Ritschl und Stamm (2016) und kontaktierten die Ergotherapeut\*innen von 31 zufällig gewählten neurologischen Institutionen und Praxen, die in der Rehapphase F tätig sind. Da die Rücklaufquote gering ausfiel, nutzten die Autorinnen persönliche Kontakte zu Ergotherapeut\*innen mit der Bitte, den Flyer weiter zu verbreiten. Der Akquirierungszeitraum erstreckte sich von Anfang Mai bis Anfang Juni 2021.

Auf die Interviewausschreibung meldeten sich 12 Personen. Davon wurden acht Personen ausgewählt und zu Interviews eingeladen.

#### Analyse der Entstehungssituation

Den Teilnehmenden wurde vor Interviewbeginn Einverständniserklärungen und weitere Informationen zum Ablauf des Interviews per E-Mail zugesendet. Diese garantierten den Teilnehmenden der Studie die Freiwilligkeit, zudem die Möglichkeit ohne Angabe von Gründen der Teilnahme zu jedem Zeitpunkt widersprechen zu können. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 45 Minuten und wurden online durchgeführt. Die Autorinnen entschieden sich auf Grundlage des hermeneutischen Vorgehens dazu, den Teilnehmer\*innen vor der Durchführung die Interviewfragen zu zusenden. Diese Entscheidung wurde getroffen, da die Forschungsfrage und das Forschungsdesign nicht auf eine spontane Entscheidung, Gefühle oder Stellungnahme angewiesen sind. Vielmehr stehen die Reflexion und Beschreibung der eigenen Vorgehensweise auf einer kognitiven Ebene im Fokus. Während der Durchführung wurden die Fragen an die Situation angepasst. Diese Vorgehensweise ermöglichte es, gezielte Nachfragen zu stellen und durch Ergänzungen/Erklärungen zu gewährleisten, dass die Fragen in ihrem Sinn richtig verstanden wurden.

### Formale Charakteristika des Materials

Die halbstrukturierten Interviews wurden über die Besprechungsplattform Microsoft Teams geführt und mit einem Audioaufnahmegerät aufgenommen. Die Interviews wurden in Form von Audiodateien gespeichert und im Anschluss mit Unterstützung des Programms MAXQDA nach den einfachen Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2015) (=> A.10) transkribiert.

Nach Fertigstellung der Transkripte wurden diese von den Autorinnen kontrollgelesen und den Interview\*teilnehmenden zugesendet. Dieser Schritt der kommunikativen Validierung (Mayring, 2002) beschreibt den Austausch zwischen den Teilnehmer\*innen und Autorinnen über das Transkript. Der Vorgang des Member-Checkings erhöht die Gültigkeit der Ergebnisse und sichert diese.

#### 3.4.3 Ethische Aspekte

„Die Forschungsethik („research ethics“, „ethicsof research“) umfasst alle ethischen Richtlinien, an denen sich Forschende bei ihrer Forschungstätigkeit [...] orientieren sollen“ (Döring and Bortz, 2016, S. In der Forschungsethik steht der verantwortungsvolle Umgang mit Daten von Studienteilnehmer\*innen im Vordergrund. Drei zentrale Aspekte der Forschungsethik stellen dabei die Freiwilligkeit/informierte Einwilligung, der Schutz vor Beeinträchtigung/ Schädigung und die Anonymisierung/Vertraulichkeit der Daten dar (Döring and Bortz 2016). Die Studie fand im Rahmen des Bachelorstudiengangs für Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd, Niederlande statt. Aus rechtlicher Sicht benötigt die vorliegende Studie keine Begutachtung/Genehmigung durch eine Ethikkommission (Reichel, Marotzki, and Schiller 2009). Im Rahmen von Forschungswerkstätten während der Bachelorvorbereitung wurde das Forschungsthema umfangreich diskutiert und ist somit als genehmigt anzusehen.

Alle Teilnehmenden wurden vor Beginn der Studie schriftlich über den Inhalt, Zweck und das Ziel der Studie informiert. Zudem erhielten sie schriftlich Informationen über die Durchführung der Studie. Das Informationsschreiben ist dem Anhang 9 zu entnehmen. Alle Teilnehmenden konnten der Studie eigenständig und freiwillig zustimmen und ohne Angaben von Gründen ihre Teilnahme zu jedem Zeitpunkt zurückziehen/ verweigern. Das Einverständnis darüber wurde im Rahmen einer Einverständniserklärung (=> A. 8) schriftlich eingeholt. Diese beinhaltete ebenfalls die Zustimmung, einer Audioaufzeichnung der Interviews und der Nutzung der Daten für die Studienzwecke. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, vorab per Mail oder zu Beginn des Interviews Fragen zu stellen.

Im Sinne der Anonymität erhielten die Teilnehmenden ein numerisches Pseudonym, welches für die Datenerhebung, Auswertung und innerhalb der vorliegenden Arbeit verwendet wurde. Im Anschluss der Datenanalyse wurden die Audiodateien und Datenanalyse gelöscht. Die Transkripte sowie die Einverständniserklärungen werden zentral durch die Universität archiviert und gesichert.

### 3.5 Datenanalyse

Das folgende Kapitel beschreibt den Vorgang der qualitativen Datenanalyse nach Mayring. Zunächst wird die Fragestellung der Analyse, die Analysetechnik sowie die Analyseeinheiten vorgestellt. Um im Anschluss das Analyseverfahren anhand des Ablaufmodelles zu beschreiben.

#### 3.5.1 Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)

Für die Datenanalyse wählten die Autorinnen die qualitative zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist eine systematische, regel- und theoriegeleitete Analyse von zuvor bestimmtem Datenmaterial (Ritschl & Stamm., 2016). Diese Analyseform eignet sich auch für geringe Datenmengen und lässt sich bei kommunikativen Daten anwenden. Mayring beschreibt drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse. Die Autorinnen entschieden sich für die Zusammenfassung, da dadurch das Material schrittweise durch ein Abstraktionsniveau gebündelt, auf Kernaussagen reduziert und so ein gemeinsamer Inhaltskorpus erstellt wurde. Dieser stellt weiterhin ein Abbild des Ausgangsmaterials dar (Mayring, 2016). Zudem werden dadurch die inhaltlich-thematischen Aspekte der Interviews in den Fokus gesetzt und weniger die Interview- und Diskussionssituation.

Mayring legt zu Beginn der Analyse die Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang als wichtigen Schritt fest. Das Material sollte nach Mayring als Teil eines Kommunikationsprozesses verstanden und interpretiert werden.

Im Folgenden wird der Prozess der Datenanalyse an den Ablaufmodellen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) beschrieben (=> Abb. 4). Dazu wurde sich auf die Z1-Z4 Regeln bezogen (Mayring, 2015) (=> A.12).

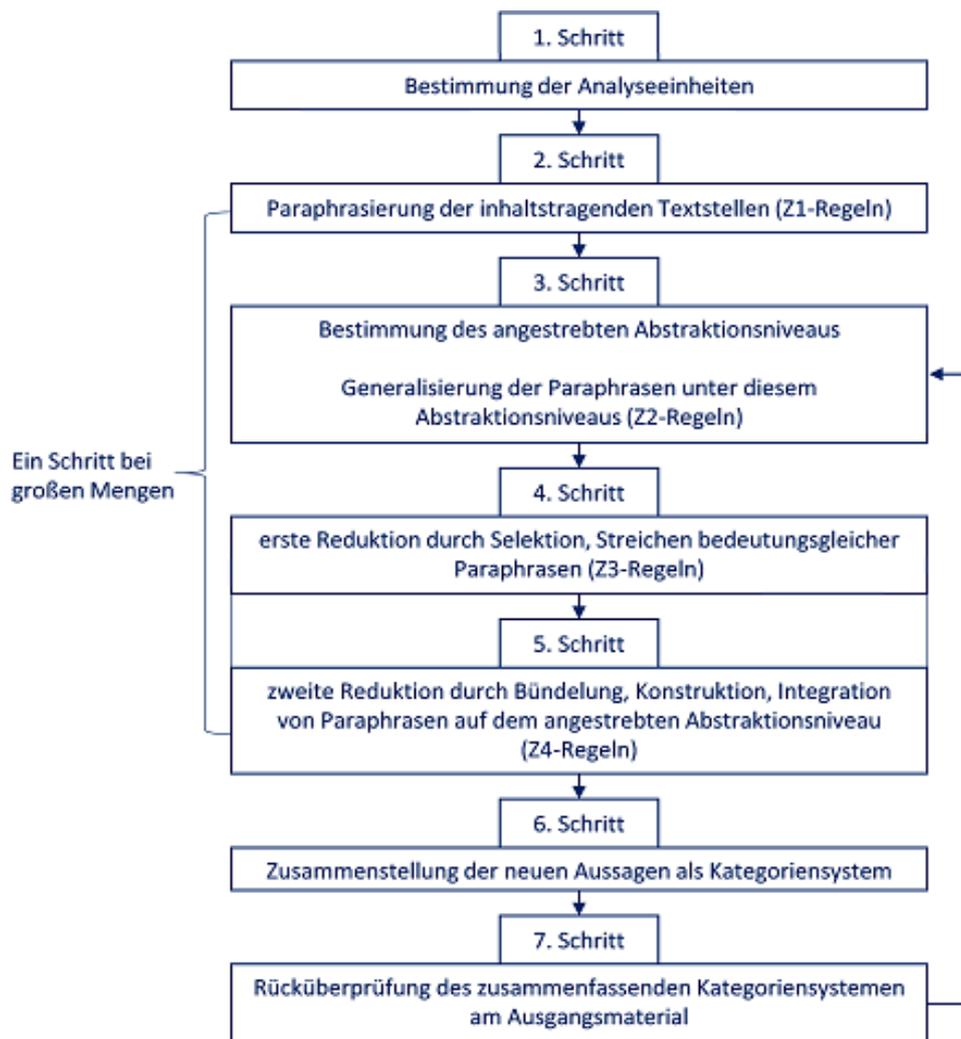


Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 70)

Im ersten Schritt der Inhaltsanalyse werden die Analyseeinheiten bestimmt. Die Kodiereinheiten beschreiben „welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring, 2015, S. 61). In der vorliegenden Forschung wurde die Kodiereinheit auf drei Wörter festgelegt. Die Kontexteinheit beschreibt den größten Bestandteil, der unter einer Kategorie fallen kann. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Kontexteinheit als vollständige Absätze eines Interviews definiert. „Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden“ (Mayring, 2015, S.61). Aufgrund der induktiven Kategorienbildung besteht in der vorliegenden Forschungsarbeit keine Reihenfolge, somit zählt das gesamte Material eines Interviews als Auswertungseinheit. Mit der Paraphrasierung wird begonnen, indem einzelne Kodiereinheiten in eine kurze, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umschrieben werden. Nicht inhaltstragende Abschnitte wurden reduziert. Die Paraphrasen sollen auf eine einheitliche Sprachebene und in einer grammatikalischen Kurzform formuliert werden.

Im dritten Schritt wird ein Abstraktionsniveau definiert. Alle Paraphrasen, die unter diesem Niveau liegen, werden auf eine einheitliche vereinfachte Ebene gebracht. Das Abstraktionsniveau der vorliegenden Arbeit umfasst möglichst allgemeine und personenbezogene Äußerungen und Erfahrungen über die ergotherapeutische Arbeit im Fachbereich der Neurologie sowie die Erfahrungen und Arbeitsweise der Betätigungsbasierung.

Durch die erste Reduktion werden inhaltsgleiche oder nicht inhaltstragende Paraphrasen gestrichen. Die zweite Reduktion dient dazu, inhaltlich gleiche oder aufeinander bezugnehmende Paraphrasen zusammenzufassen (Bündelung/Integration) (Z4 Regeln) (=> A.12). Aufgrund der großen Datenmenge entschieden sich die Autorinnen dazu die erste und zweite Reduktion, in einem Schritt durchzuführen. Dabei wurden die generalisierten Aussagen der einzelne Teilnehmer\*innen getrennt reduziert und gebündelt.

Gemeinsam erstellten die Autorinnen durch induktive Kategorienbildung ein Kategoriensystem, welches die Aussagen aller Interviews zusammenfasste. Dazu wurden Analyseschritte der einzelnen Interviews in einem Tabellendokument gebündelt. Die Autorinnen sichteten das Material, bündelten die durch die Z3 und Z4 Regeln neuerstellten Aussagen der einzelnen Interviews miteinander und bildeten ein Kategoriensystem.

Der letzte Schritt dient der Rücküberprüfung des Ausgangsmaterials, um sicherzustellen, dass dieses weiterhin repräsentiert wird.

TN	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	Unterkategorie	Oberkategorie
TN 1	gucke was da ist, erstes Ziel ist immer Kommunikationsebene zu finden	Kommunikationsebene als erstes Ziel	Kommunikations-ebene als erstes Ziel		
TN 6	Kommunikation ist ganz wichtig	Kommunikation ist wichtig	Kommunikation und Kognition als Voraussetzungen für Betätigungsbasierung	erstes Ziel= Kommunikations-ebene	Kommunikation
TN 5	Wir haben die Möglichkeit Fortbildungen zu machen.	Wir können Fortbildungen machen	Institutionelle Ressourcen	Umwelt	
TN 7	es ist irgendwie wichtig, sich auf jeden Patienten individuell einzustellen.	auf Klient*in individuell einstellen	Individualität berücksichtigen	persönliche	Ressource

Tabelle 1: Analyseprozess Schritt 2-6

Durch die Analyse der Interviews wurden zehn Hauptkategorien gebildet. Die Hauptkategorien stellen alle eine gleichwertige Bedeutsamkeit dar und die Auflistung erfolgt zur besseren Lesbarkeit. Des Weiteren wurden Subkategorien (=> 4) gebildet.

1. Betätigungsbasierung im Allgemeinen
2. Betätigungsbasierung Phase F
3. Kommunikation
4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit
5. Ressourcen
6. Barrieren
7. Funktionsorientierung
8. Modelle und Assessments
9. Einfluss des Gesundheitssystems
10. Change Prozess ermöglichen

Die Resultate werden nachstehend mithilfe einer Mindmap dargestellt. Dies erfolgt anhand der entwickelten Hauptkategorien und untergeordneten Subkategorien.

### 3.5.2 Gütekriterien der Inhaltsanalyse nach Mayring

Gütekriterien beschreiben die wissenschaftliche Exaktheit von Studien (Ritschl et al., 2016c). An den klassischen Gütekriterien, so beschreibt Mayring (2015), ist oft Kritik geübt worden. Aus diesem Grund werden für qualitative Forschung eigene Gütekriterien diskutiert (Mayring, 2002). Dazu gehören die Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit, kommunikative Validierung und Triangulation.

Die **Verfahrensdokumentation** umfasst die detaillierte Beschreibung der angewandten Vorgehensweise. Dies dient der Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses (Mayring 2016). Die Autorinnen beschrieben den Ablauf des Forschungsprozesses in Kapitel 3.

Die **argumentative Interpretationsabsicherung** sichert die Begründung von Interpretationen mittels schlüssiger Argumente (Mayring, 2016). Die Autor\*innen dokumentieren ihr Vorverständnis des Forschungsgegenstandes dieser Arbeit. Dies ist dem theoretischen Hintergrund (=> 2) zu entnehmen. Aus den Vorannahmen werden Fragen gebildet, die der Beantwortung der Forschungsfrage dienen. Die Argumentation ist durch die Verwendung von Verweisen zu den einzelnen Aussagen der Teilnehmenden transparent. Zudem werden im Kapitel 5 die Ergebnisse und Interpretationen kritisch reflektiert.

Mayring (2016) beschreibt die **Regelgeleitetheit** durch die Einhaltung einer systematischen Vorgehensweise. Zur schrittweisen und sequenziellen Analyse des Ausgangsmaterials bezogen die Autor\*innen das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ein. Dazu gehörte zudem die Nutzung und Einhaltung der Z1-4 Regeln (=> A. 12).

Die **Nähe zum Gegenstand** fordert, dass an die natürliche Lebenswelt der Forschenden angeknüpft werden soll. Aufgrund der Covid-19-Pandemie konnte dieses Gütekriterium nur in Maßen angewendet werden. Die Interviews wurden online durchgeführt, sodass die Teilnehmenden den Ort frei wählen konnten. Des Weiteren beschreibt Mayring (2016), dass das Verhältnis zwischen Forscher\*innen und Interviewteilnehmer\*innen auf gegenseitiger Offenheit basieren soll. Hierzu legten die Autorinnen vor und während des Interviews ihre Absichten offen und erläuterten diese.

Die Überprüfung der Gültigkeit der Ergebnisse dient der **kommunikativen Validierung** (Mayring, 2016). Der Grundgedanke dabei ist, eine Einigung bzw. Übereinstimmung über die Ergebnisse der Analyse zwischen Forscher\*innen und Studienteilnehmer\*innen diskursiv herzustellen (Mayring, 2016). Die Teilnehmenden erhielten nach Abschluss des Transkriptionsvorganges die Transkripte der Interviews per Mail. Dies bot ihnen die Möglichkeit ihre Aussagen zu überprüfen und diese gegebenenfalls zu ergänzen und zu verändern.

**Triangulation** beschreibt die Einnahme von unterschiedlichen Perspektiven auf einen untersuchten Gegenstand bzw. zur Beantwortung der Forschungsfrage (Mayring, 2016).

Die Autorinnen entschieden sich für verschiedene Formen der Triangulation, die **Datentriangulation** und die **Forschertriangulation**.

Die **Datentriangulation** (Mayring, 2016) wurde hergestellt, indem die Teilnehmenden teilweise in verschiedenen Einrichtungen, Städten und Bundesländern gearbeitet haben. Zudem hatten die Teilnehmenden unterschiedlich lange Berufserfahrung und verschiedene Ausbildungs- und Weiterbildungswege absolviert. Des Weiteren arbeiteten die Teilnehmenden in unterschiedlichen Positionen (Angestellt, Therapieleitung, zusätzlich Dozierende).

Die Autorinnen transkribierten jeweils zwei bis drei Interviews. Zu Beginn der Analyse analysierten die Autorinnen gemeinsam eine Transkription anhand der Analyseschritte. Im Anschluss führte jede Autorin jeweils zwei Analysen selbstständig durch. Zum Schluss analysierten die Autorinnen das letzte Interview wieder gemeinsam und tauschten sich über die gesamten Analyseergebnisse aus. Dabei achteten die Autorinnen darauf, bei jedem Interview die drei Schritte Interviewdurchführung, Transkription und Analyse jeweils von unterschiedlichen Autorinnen durchzuführen zu lassen. Die Kategorienbildung wurde gemeinsam vorgenommen. Dieses Vorgehen beschreibt die **Forschertriangulation** (Mayring, 2016), durch die eine subjektive Verzerrung seitens der Autorinnen vermieden wird.

## 4. Resultat

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Resultaten der qualitativen Studie. Die Ergebnisse der Interviews werden präsentiert und mit Zitaten untermauert. Inhaltlich spiegelt das Kapitel ausschließlich die Aussagen der Teilnehmer\*innen wider. Hierzu werden zunächst allgemeine Angaben zu den Teilnehmer\*innen gemacht. Im Anschluss werden die Hauptkategorien grafisch präsentiert. Die Unterkapitel 4.1-4.10 legen die Resultate der Datenanalyse anhand von Zitaten offen.

Name	Alter	Ausbildung und Abschlussjahr	Geschlecht	Prägnante Berufserfahrung
TN1	33	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staatliche Ausbildung (2010)</li> <li>• Ergotherapie Bachelor (2020)</li> <li>• momentan European Master Studium</li> </ul>	weiblich	Aufbau einer ambulanten Rehaeinrichtung als fachliche Leitung
TN2	38	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staatliche Ausbildung (2007)</li> <li>• Ergotherapie Bachelor (2012)</li> </ul>	weiblich	Seit der Ausbildung in Arbeitsstellen mit Klientel der Rehaphase F
TN3	26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergotherapie Bachelor (NL-2017)</li> </ul>	weiblich	Seit Abschluss des Studiums Arbeitsstelle mit Klientel in der Rehaphase F
TN4	26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staatliche Ausbildung (2016)</li> <li>• Ergotherapie Bachelor (2019)</li> </ul>	weiblich	Seit 2019 Arbeitsstelle im Bereich Rehaphase F
TN5	26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergotherapie Bachelor (2016)</li> </ul>	weiblich	Arbeitet seit dem Studium mit Klientel der Rehaphase F
TN6	27	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staatliche Ausbildung (2018)</li> <li>• momentan Bachelor Therapie-wissenschaften</li> </ul>	männlich	Arbeitet seit 1,5 Jahren mit einzelnen Klient*innen in der Rehaphase F

TN7	32	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staatliche Ausbildung (2012)</li> <li>• Bachelor Gesundheits-wesen (2012)</li> </ul>	weiblich	Arbeitet seit 7 Jahren mit Klient*innen in der neurologischen Langzeitreha
TN8	52	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staatliche Ausbildung (1992)</li> </ul>	weiblich	Arbeitete seit der Ausbildung in verschiedenen Rehabilitationsphasen

Tabelle 2: Angaben zu den Teilnehmenden



Abbildung 5 Mindmap der gebildeten Kategorien

#### 4.1 Betätigungsbasierung im Allgemeinen

Die erste Hauptkategorie beschäftigte sich mit den Definitionen der Betätigungsbasierung im Allgemeinen. Alle Teilnehmenden machten Aussagen zur Thematik. Die Betätigungsbasierung wurde von den Teilnehmer\*innen als Alltagsbezug und individuelle Veränderungswünsche benannt. Als Ziel wurde das Erreichen von mehr Lebensqualität genannt. Hierbei benannten einzelne Teilnehmende, dass Betätigung als Ziel gesehen werden soll, der einen Rahmen bildet.

*„Ich verstehe darunter den Alltag so gut es geht in die Therapie mit einfließen zulassen“ (TN4, Z. 33-34).*

*„Dass die Betätigung im Grunde genommen immer als großer Rahmen darumsteht! Darin erkenne ich eigentlich am ehesten, ob ich Betätigungsbasiert arbeite oder nicht, wenn ich zu jeder Zeit innerhalb der Therapie weiß, okay, dass, ist jetzt der nächste Schritt, der dazu führen soll, eine Betätigung wieder selbstständiger ausführen zu können, oder besser ausführen zu können“ (TN6, Z. 171-176).*

Als Ziel der Betätigungsbasierung wurde die Steigerung der Lebensqualität genannt. Die Teilnehmer\*innen benannten, dass die Betätigungsbasierung ganz individuell gesehen wird, auf den Interessen der Klient\*innen basiert und für sie somit sinnvoll und bedeutend sind.

*„Also Betätigungsbasierung ist für mich zum Ersten ganz individuell. Es beinhaltet für mich das, was der Mensch, der vor mir dann steht in der Therapie gerne macht, was ihm wichtig ist und was ihm eine Art Erfüllung auch bringt im Leben“ (TN3, Z. 39-41).*

*„Ein bisschen Lebensqualität wieder zu bekommen durch das Ausführen einer bestimmten Betätigung“ (TN6, Z. 176-177).*

TN5 gab an, dass die Betätigungsbasierung die optimale Ausführung der täglichen und bedeutungsvollen Aktivitäten trotz der Einschränkungen darstellt. Betätigungen würden an den Alltag, den Fähigkeiten und den Interessen der Klient\*innen angepasst. Auch die Bedeutung der aktiven Teilnahme der Klient\*innen am Prozess mitzuwirken, schreiben einzelne Teilnehmenden der Betätigungsbasierung zu. Die Therapie sollte immer relevant gestaltet, so dass an einer Betätigung gearbeitet wird die für die Klient\*innen als bedeutsam zählt. Der Sinn und Zweck für alle Teilhabenden, sollte gut nachvollziehbar sein.

*„Da der Normalfall ja quasi mit mir kommunizieren kann, ist das natürlich auch eine Aufgabe des Patienten, da mitzuwirken und zu sagen, okay, das und das sind jetzt die Dinge, die sind mir wichtig!“ (TN7, Z. 60-62).*

*„Da habe ich häufiger den Eindruck, okay, jetzt machen wir wirklich etwas Relevantes! Und der Klient oder die Klientin die verstehen das auch, die wissen, warum wir das machen!“ (TN6, Z. 181-183).*

Die Teilnehmende TN3 berichtete, dass der Einsatz der Betätigungsbasierung bereits von Beginn der Kennenlernphase bedeutsam sei, um die Person und die Betätigungen, die ihr wichtig sind oder waren kennenzulernen. Des Weiteren erwähnten einige der Teilnehmenden, dass sich der Grundgedanke der Betätigung in den verschiedenen ergotherapeutischen Bereichen nicht verändert. Die Therapie sollte immer auf den individuellen Hintergrund der Klient\*innen eingehen, die mit einem Anliegen zur Ergotherapie kommen.

*„Ganz egal jetzt ob das Kinder sind in der Schule oder Kindergarten, ob das schwerstbetroffene sind, bei denen es darum geht, dass sie überhaupt atmen oder Schlaganfallpatient, bei denen es darum geht, wie kommen die Zuhause zurecht, was ist denen wichtig. Was ist ihr Ansatz. Also immer Bezug nehmend auf den Hintergrund der Klienten, Klientin“ (TN8, Z. 60-64).*

*„Genau, ansonsten bin ich persönlich ein ganz großer Fan von betätigen, also, ich bin der Meinung, dass die Betätigung im Leben eines Menschen, in der Regel deutlich zu gering eingeschätzt wird. Also ich glaube, dass es eine ganz hohe Wichtigkeit hat in unser aller Leben und deswegen bin ich auch immer dabei, oder versuche immer auch die Klienten dazu zu motivieren wieder in Betätigung oder in Aktivität zu kommen“ (TN6, Z. 285-289).*

Besonders hervorzuheben aus dem Zitat von Teilnehmer 6 ist die Aussage, dass Betätigung ein Grundbedürfnis des Menschen ist und jedem ermöglicht werden sollte. Die Ergotherapie stellt dabei ein wichtiges Bindeglied dar, wie auch TN1 in ihrer Aussage berichtet, dass die Ergotherapie der Ansprechpartner ist, um das Maß an Selbstbestimmung einschätzen zu können.

*„Wir sind DIE Profession, die am ehesten merkt, dass diese Leute keine Selbstbestimmung mehr über ihren Alltag haben und zwar nicht weil sie das nicht können, wir haben eben gesagt die haben alle Ressourcen und ein gewisses Maß an Selbstbestimmung sollte jeder Mensch haben“ (TN1, Z.250-252).*

## 4.2 Betätigungsbasierung Phase F

Die nächste Kategorie beschäftigt sich mit der Betätigungsbasierung in der Rehaphase F. Alle Teilnehmenden haben thematisch dazu beigetragen. Neben der Hauptkategorie ließen sich zwei Subkategorien aus den Aussagen ableiten. Die meisten Teilnehmenden sagten, dass sich die Betätigungsbasierung in der Rehaphase F verändere. Sie benannten, dass teilweise keine Betätigungsbasierung im klassischen Sinne möglich ist, da die Betätigungsausführung der Klient\*innen meist eingeschränkt ist und dies die betätigungsbasierte Therapie erschwert.

*„Und einfach auch die zweite Sache ist, je nachdem an welchem Stadium der Phase F sie sich befinden gar keine klassische Betätigungsbasierung möglich ist, wie jetzt zum Beispiel kochen, waschen, anziehen, Frühstücken, so etwas zum Beispiel“ (TN4, Z. 43-46).*

*„Ich finde was sich verändert, ist die Möglichkeit der Ausführung und das, genau also jetzt im speziellen zu Rehaphase F, habe ich halt den Eindruck, dass es mir deutlich schwerer fällt, einen Betätigungsbezug herzustellen“ (TN6, Z. 55-57).*

Auch wenn sich die Definition in der Rehaphase F verändert, äußerten Teilnehmende, dass Klient\*innen immer von Betätigungsbasierung profitieren können.

*„Von vorne herein denke ich ist betätigungs-basierte Arbeit bei jedem möglich und auch sinnvoll“ (TN3, Z. 133-134).*

Die Aussagen der Ergotherapeut\*innen besagten, dass sie Betätigungen selbst anders definiert werden. So werden Betätigungen wie das Sitzen im Rollstuhl auf der Station als Teilhabemöglichkeit dargestellt.

*„Und bei uns zählt dann schon Betätigung, dass sie mal aus dem Bett kommen und am Stationsalltag teilnehmen, mit dem Sozialdienst an die frische Luft gehen“ (TN5, Z. 261-263).*

*„Ja also ich denke, dass auch hier die Definition, was ist für diese Menschen, die in einem Wachkoma längere Zeit leben und wahrscheinlich dort auch hier die Endstation verbringen höchstwahrscheinlich, was ist für die Betätigung und das definieren wir dann halt“ (TN8, Z. 69-72).*

Einzelne Teilnehmende benannten gegenteilig zu den vorherigen Aussagen, dass die Betätigungsbasierung nicht zu Beginn im Prozess stehen muss und erst im Verlauf des Prozesses Wichtigkeit erhält.

*„Also was ich tatsächlich sagen würde, dass die das Betätigungsorientierte nicht direkt anfangen müssen“ (TN5, Z. 414-415).*

*„Ich glaub am Anfang steht das noch sehr sehr hinten an, weil man sich noch ein Bild machen muss“ (TN4, Z. 118-119).*

Auch TN1 sah die Betätigungsbasierung erst zu einem späteren Zeitpunkt im Therapieprozess, da sie zu Beginn das Ausprobieren und Beobachten im Vordergrund sieht.

Eine Mehrzahl der Antworten beschäftigte sich mit dem Erheben der Betätigungsanliegen. Hieraus entstand die Subkategorie „Betätigungsanliegen erheben“. Die Teilnehmenden sprechen die Schwierigkeit an, klientenzentrierte Betätigungen herauszuarbeiten. Durch die starken Einschränkungen im Bereich der Kommunikation und dem instabilen vegetativen Zustand entstehen Schwierigkeiten bei der Erhebung der Betätigungsprobleme auftreten. Um diese Schwierigkeiten zu umgehen, stellt die Biographiearbeit nach Aussagen einiger Teilnehmenden eine wichtige Unterstützung dar.

*„So, das kann ich nicht erfragen, ich kann durch Fragen an Angehörige oder Biographiearbeit, solche Dinge herausfinden“ (TN7, Z. 71-73).*

*„Also es unterscheidet sich. Es unterscheidet sich auf jeden Fall! Es ist ein unterschied ob ich jetzt eine Klientin mit Schlaganfall bei mir in der Praxis hab, die die rechte Körperhälfte wieder mehr im Alltag einsetzen will, um zum Beispiel, weiß ich nicht, eigenständig zu duschen. Oder ob ich einen Klienten mit einem Apallischen Syndrom hab, der sich weder selber äußern, noch Wünsche äußern kann, oder sich nicht selber versorgen und gar nichts. Der ist körperlich nicht in der Lage sich zu bewegen, abgesehen vom Tonus, der kann natürlich keine Betätigungswünsche äußern! Das heißt also da es ist auf jeden Fall ein großer Unterschied zu sehen“ (TN6, Z. 127-134).*

Wie Eingangs beschrieben, berichteten einzelne Teilnehmer\*innen, dass eine Schwierigkeit dadurch entstehe, dass die Klient\*innen ihre Betätigungsanliegen meiste nicht selbst äußern können. Dies könne zu einem ethischen Konflikt führen, da die Ergotherapie die Klientenzentrierung im Fokus hat und die Therapeut\*innen nur bedingt die Betätigungsanliegen im Sinne der Klient\*innen festlegen können.

*„Was dann schon ethisch ein bisschen weh tut. Zumindest bei der Klientel bei der die Kommunikation eben nicht verbal funktioniert. Und da, genau da müssen wir unsere Betätigungsbasierung darauf ausrichten was eben jetzt der Alltag der Klienten ist, über den sie nicht mehr selbst bestimmen können. Oder in dem unser System nicht zulässt, dass sie darüber selbst bestimmen, ein Stück weit. Genau, ich denke so verändert sich das“ (TN1, Z. 68-73).*

*„So, das heißt, da bin ich ja schon irgendwie in so einer Grauzone, die es so ein bisschen Schwieriger macht eine klare Betätigung zu finden“ (ZN7, Z. 74-75).*

Die meisten Teilnehmenden tätigten Aussagen, wie die Umsetzung ermöglicht werden kann, hieraus wurde die Subkategorie „Umsetzung“ gebildet. Sie formulierten, dass die Betätigung immer als Ziel gesehen werden soll.

*„Für mich heißt das, dass ich als Ziel immer im Hinterkopf hab, dass es um eine Betätigung geht“ (TN2, Z. 61-62).*

Die Betätigungen sollen in kleine Schritte aufgeteilt werden. Zudem sei es wichtig, immer den folgenden Schritt anzukündigen. TN7 tätigte spezifischere Aussagen über das Einsetzen von niederschweligen Aktivitäten wie dem Halten der Zahnbürste. Zwei Teilnehmende berichteten von der Bedeutsamkeit des Einbeziehens der Klient\*innen in die Betätigung beispielsweise durch geführte Bewegungen.

*„der wird da im Optimalfall natürlich mit einbezogen, im Sinne von geführten Bewegungen und verbale Kommunikation, was passiert, was wird gemacht. Damit er weiß, was auf ihn zukommt und was zu tun ist“ (TN7, Z. 167-170).*

*„Wenn doch mehr möglich ist, machen wir so etwas wie irgendwelche kleine Tätigkeiten fördern, wie ein Hemd zusammen anziehen, also über Affolter geführt“ (TN8, Z. 76-78).*

Der Aspekt der Teilhabe am Alltag wird von mehreren Interviewteilnehmenden aufgegriffen. TN1 benannte, dass auch auf die Definition von Handeln geschaut werden soll und auch die Partizipation durch passive Teilnahme ermöglicht werden kann. Die Ergotherapeut\*innen erklärten, dass Teilhabe bereits durch das Sitzen im Rollstuhl und die damit Verbundene Möglichkeit mit der Umwelt und dem Umfeld in Kontakt zu treten gegeben werden kann.

*„Das und in der Rehaphase F auch das Teilnehmen an der Station, da wo der Patient sich zu dem Zeitpunkt befindet. Bei mir dann auch jetzt im häuslichen Umfeld, einfach so gut es geht teilnehmen an dem was um ihn herum passiert“ (TN3, Z. 49-51).*

*Wenn ich mich jetzt auf einen Zeitpunkt festlegen müsste, würde ich den Zeitpunkt nehmen, wenn ich die Therapie zu planen, wie es weitergehen soll, was wir uns denken mit was er jetzt an meisten was anfangen. Sei es ein Waschtraining, vielleicht ein Frühstückstraining. Ja so kleine Sachen, sei es eine Mobilisation in den Rollstuhl, damit er an Gruppenaktivitäten teilnehmen könnte, um ihn da zu beobachten“ (TN 4, Z. 119-123).*

Die Aussage der Teilnehmerin 2 greift die vorher genannten Aspekte ebenfalls auf. Ihrer Meinung nach sind Betätigungen, die beispielsweise durch aufrechtes Sitzen im Bett von den Ergotherapeut\*innen ermöglicht werden können, ein erster Schritt hin zur Betätigungsbasierung.

*„Weil man ja auch immer sagen muss, mit denen ist ja auch die Betätigung auch wichtig vielleicht, im Sitzbett Fernsehen zu gucken und so. Und dann ist es auch gut, wenn man sich um die Positionierung gekümmert hat. Also eine Voraussetzung für Betätigung zu schaffen, auch wenn man in der Therapie dann die Betätigung selber nicht mehr schafft!“ (TN 2, Z. 194-198).*

Teilnehmerin 4 berichtete auch, dass schon zu Beginn versucht werde, die Ziele betätigungsbasiert zu formulieren, um die Betätigung in den Mittelpunkt zu stellen.

#### 4.4 Modelle und Assessments

Zu der Kategorie über die Nutzung von Modellen und Assessments trugen alle Teilnehmenden bei und insgesamt konnten drei Subkategorien gebildet werden. Die Nutzung der Modelle und Assessments bezieht sich auf das Klientel der neurologischen Rehapphase F. Hierbei wurde benannt, dass die Befundung auf spezifischen Beobachtungen basiert. Eine Teilnehmerin berichtete, dass sie das Aufstellen von Hypothesen nutze, um während einer Betätigungsanalyse effektive und nicht effektive Aktionen herauszuarbeiten.

*„Deshalb ist es viel Beobachtung und ich versuche so in meinem Kopf immer so ein Kreislauf zu haben aus "okay ich habe das in dieser Situation beobachtet, also ich habe den Waschlappen hingelegt, es ist nichts passiert". Dann stelle ich meine Hypothese auf okay der hat den Waschlappen nicht wahrgenommen“ (TN1, Z. 96-100.).*

Die meisten Teilnehmenden berichten, dass ihnen Modelle im Prozess der Betätigungsbasierung Struktur geben. Dadurch wurde die Subkategorie „Rahmen und Strukturierung“ gebildet. Sie benannten, dass die Modelle einen leitenden Rahmen geben. Des Weiteren wurde geäußert, dass Ergotherapeut\*innen auch wenn dies möglicherweise unbewusst geschehe ein Modell die Arbeit immer leite.

*„Aber das Modell ist ja eher so das Große und Ganze im Hintergrund“ (TN2, Z.115-116).*

Teilnehmer 6 geht mit seiner starken Aussage ein Schritt weiter, indem er sagt, dass alle Ergotherapeut\*innen durch modellgeleitetes Denken ähnliche Schritte gehen.

*„Ich glaube aber eigentlich, dass jede Praxis trotzdem nach einem Modell arbeitet. Vielleicht nicht ganz bewusst, aber im Grunde genommen, gehen wir schon alle ähnliche Schritte“ (TN6, Z. 68-70).*

TN3 berichtete, dass sie wenig mit den Modellen arbeite und es regelmäßig wiederholt werden sollte, um zu schauen, was davon hilfreich ist und bei welchen Klient\*innen es gut angewendet werden könnte. Die Teilnehmer\*innen äußerten, dass Modelle immer die Basis bilden, jedoch zu beachten sei, dass jeder Mensch individuell ist und nicht alle in ein Modell wiederzufinden sind.

*„Darum glaube ich, nicht zu verkopft sein und so ein Modell für sich selber im Hinterkopf zu haben, um diese Rahmenbedingungen zu haben, was ich am Anfang meinte, ist glaube ich, super hilfreich! Und auch da hat man als Therapeut relativ schnell auf dem Schirm, okay, jeder Mensch ist anders! Wir können den nicht in ein Modell packen, das funktioniert irgendwie nicht!“ (TN7, Z. 334-338).*

*„Aber Assessments sind wir tatsächlich gerade am Finden, was könne da für uns passen. Und gerade diese Koma-Remissions-Skala, die wir jetzt so einführen, um ein bisschen mehr Struktur zu bekommen“ (TN8, Z. 102-104).*

Durch die Aussagen der Teilnehmenden wurde die weitere Subkategorie „Flexibilität ermöglichen“ gebildet. Der flexible Einsatz der Modelle sei in der Rehapphase F meist hilfreich. Die Modelle sollen den Therapieprozess leiten. Zu Beginn des Therapie Prozesses werden als Basis für die Betätigung Assessments genutzt, berichteten die Teilnehmende.

*„Also ich finde es cool, wenn man Modell geleitet arbeitet und ein Stück weit hat man die Modelle natürlich, sollte man die Modelle immer im Hinterkopf haben“ (TN1, Z.79-81).*

*„Das ist so der Grundstein dafür, dann meistens das Screening, also entweder das Praxisscreening, COPM oder einen Befund, wenn ich schon weiß, wo es hingehen soll, genau!“ (TN6, Z. 114-116).*

Die Teilnehmenden benannten, dass die Modelle in der Rehapphase F oft an die Klient\*innen angepasst und oder kombiniert werden müssen. Da die Klient\*innen für die meisten ergotherapeutischen Modelle zu schwach seien.

*„Ich muss gucken, ob das gerade zu dem Klienten passt und ob ich meine Denke da nicht vielleicht nach einem anderen Modell ausrichte oder ob ich Modelle kombiniere“ (TN1, Z. 784-86).*

*„Aber das haben wir auf unsere Einrichtung angepasst. So, dass es für uns einfach durchführbar ist. Denn die meisten Assessments wo wir geguckt haben, die für unsere Leute in Frage kämen, dafür sind unsere Leute schon zu schwach“ (TN4, Z.63 -66).*

Es wurde berichtet, dass eine wichtige Funktion des an Modellen geleiteten Arbeitens, die Möglichkeit ist, je nach Klient\*in einzelne Punkte aus einem Modellen herauszunehmen und diese genauer zu betrachten. Dabei haben viele Therapeut\*innen bevorzugte Modelle, die ihnen besonders entgegenkommen. Dies lässt sich nicht auf die

Rehaphase F und das Rehaphase F Klientel zurückführen, sondern vielmehr auf eigene Erfahrungswerte und Vorlieben.

*„Und ich selber fand damals schon, in der Ausbildung irgendwie, das MOHO total gut, irgendwie einfach als, also auch nicht, dass ich streng danach arbeiten würde, aber für mich im Hinterkopf zu haben, okay, es gibt hier die und die Dinge und ich gucke nochmal auf den Selbstwert und die Rolle, die die Leute hatten oder auch noch haben oder jetzt haben, um ja, irgendwie so ein Raster zu haben, indem ich mich orientieren kann. Genau, das geht nicht von der Praxis aus, sondern das ist eher was, was bei mir im Hinterkopf so ist!“ (TN7, Z. 88-94).*

Obwohl den Teilnehmer\*innen die Modelle geläufig sind, stellt die Anwendung in der Rehaphase F selbst für erfahrene Ergotherapeut\*innen eine Herausforderung dar. dies führte zur letzten Subkategorie „Anwendungsschwierigkeiten“.

*„Ansonsten finde ich es total schwierig in dem Bereich, ja, da irgendwie noch ein Assessment so umzusetzen, wie es ursprünglich ist. Auch da finde ich, es gibt total guten Input sich nochmal Dinge anzugucken, um nochmal zu gucken, was ist jetzt eigentlich mit dem Bereich, da könnte ich irgendwie nochmal draufgucken“ (TN 7, 104-108).*

*„Was ich immer machen kann und was auch das geilste Assessment ist was wir haben in der Ergotherapie ist eine Betätigungsanalyse. Und selbst da muss ich ja schon bei schwer betroffener Klientel sehr genau gucken, also wenn ich jetzt eine Betätigungsanalyse in der Pädiatrie mit dem Kind mache und das Betätigungsproblem ist Hausaufgaben machen, dann gucke ich mir an, wie der die Hausaufgaben macht“ (TN 1, Z. 97-102).*

Von einem praxisinternen Befundbogen, der sich am COPM orientiert und regelmäßig überarbeitet wird, berichtet TN3, dieser werde in der Rehaphase F jedoch seltener eingesetzt.

## 4.5 Ressourcen

Alle Teilnehmenden tätigten Aussagen zu Ressourcen und es konnten insgesamt drei Subkategorien herausgestellt werden. Die Mehrheit der Teilnehmer\*innen ging in ihren Aussagen auf Umwelt Ressourcen ein. Hierdurch wird die erste Subkategorie „Umwelt“ gebildet. Eine einzelne Teilnehmerin berichtete von ihren eigenen Erfahrungen in der kollegialen Zusammenarbeit mit Ergotherapeut\*innen aus dem westafrikanischen Kontext. Sie erzählte, dass ihre Kolleg\*innen durch die stark eingegrenzten vorhandenen Ressourcen am einfachsten im Alltag der Klient\*innen arbeiten können und dadurch fast automatisch betätigungsbasiert agieren.

*„Wir haben kein Therapiematerial, wir können nur zu den, und heißt, je weniger Ressourcen, desto mehr muss ich scheinbar betätigungsbasiert arbeiten. Da kann ich mich jetzt in Deutschland echt nicht beschweren, dass ich nicht genug Ressourcen hätte, um betätigungsbasiert zu arbeiten. Weil ich muss ja NUR in Anführungszeichen in diesen Alltag von den Leuten mit rein“ (TN1, Z. 405-410).*

Die Mehrzahl der Teilnehmenden schätzen die bereits vorhandenen Ressourcen als wertvoll ein, gaben jedoch unterschiedlich stark ausgeprägtes Veränderungspotential an. Es wurde geäußert, dass Rahmenbedingungen, wie zeitliche Flexibilität es ermöglichen Klient\*innen vollständig und umfassender gerecht zu werden. Zudem wurde benannt, dass für betätigungsbasierte Arbeit grundlegend alle Ressourcen vorhanden sind.

*„Genau, dann, ich weiß nicht, ob man das Verallgemeinern kann aber in den Rahmenbedingungen, in denen ich gearbeitet habe, war es von der zeitlichen Flexibilität immer sehr gut also anders als mit meinen üblichen Praxisklienten, wo du im 45 Minuten-Rhythmus getaktet bist, war es vollkommen okay auch mal länger oder kürzer zu machen oder mehrerer Einheiten hintereinander zu hängen, wenn das für die Klient\*innen umsetzbar war“ (TN1, Z:279-283).*

*„Ich glaube eigentlich, dass wir schon alles an der Hand haben, um betätigungsbasiert zu arbeiten“ (TN6, Z. 311-312).*

Mehrere Teilnehmer\*innen machten Aussagen zum Therapiesetting. Obwohl die Aussagen von einigen Teilnehmenden geäußert wurden, dass alle Ressourcen vorhanden sind, gaben einzelne Teilnehmende den Wunsch nach einem alltagsnäheren Therapiesetting an. Den Aussagen zufolge sei ein alltagsnahes Setting zielführend, auch damit die Klient\*innen sich wohlfühlen. Das häusliche Umfeld oder auch Pflege-Wohngemeinschaften vermitteln laut den Aussagen einen Alltag und erzeugen Potenzial für Individualität.

*„Und es gibt viel zu wenig von diesen Pflege-WGs, die sich dann auch wirklich anfühlen wie eine WG weil das wären ja die Umstände unter denen wir viel einfacher herausfinden könnten ja was sind denn für die Leute bedeutungsvollen Betätigungen“ (TN1, Z.293-297).*

*„Vor allem hat man im häuslichen Umfeld, denke ich fühlen sich die meisten Klienten viel wohler und das ist bekannt“ (TN3, Z. 179-181).*

Die Teilnehmer\*innen berichteten von dem Wunsch in alltagsnahen Therapiesettings zu Arbeiten, die Betätigung fördern. Als Beispiele wurden Therapieküchen oder die Möglichkeit zum Waschen von Wäsche benannt.

*„Das hat einfach geklappt, wenn einfach alltagsnahe Möglichkeiten da sind, also Settings da sind. Das bringt schon wirklich viel“ (TN8, Z. 230-231).*

*„Ich glaube cool wäre natürlich, wenn man alle klassischen Ergosettings hätte, also so eine richtige Therapieküche mit Platz und Allem, wo man hinfahren kann, so doof es auch klingt, eine Waschmaschine, dass die Leute selber ihre Wäsche waschen können und trocknen können und zusammen legen und ein Bügeleisen mit Bügelstation“ (TN4, Z. 300-304).*

Eine wichtige Ressource stellte, laut Angaben einzelner Teilnehmenden, der Einsatz von verschiedensten Hilfsmitteln dar. Diese ermöglichen viele therapeutische Möglichkeiten.

*„Halt auf der Station selber, ist es halt auch schön, dass wir ganz viele Hilfsmittel haben. Wir haben zwei Stehtrainer, wir haben eine Bobathliege, die jetzt halt genutzt wird als Ablagefläche, aber wir haben eine Baobathliege. Wir haben ein paar Motomedes“ (TN5, Z. 289-292).*

*„Was mich auf alle Fälle sehr unterstützt ist dass wir einen sehr großen Spielraum haben was wir machen. Also wir dürfen wirklich alles machen in der Therapie“ (TN4, Z. 199-200).*

Über die Möglichkeit, regelmäßig selbst gewählte Fortbildung zu besuchen, berichtete TN5. Zudem wurde als bedeutsame Ressource für die Umsetzung der Betätigungsbasierung Adaptionmöglichkeiten sowie zeitliche Flexibilität benannt.

*„Das gehört häufig auch dazu, etwas zu adaptieren um es schonmal leichter zu machen“ (TN8, Z.137-138).*

*„Also Kooperation und letztendlich auch eine gewisse zeitliche Flexibilität sind auf jeden Fall Ressourcen die wir in der Institution haben“ (TN7, Z.242-243).*

Die räumlichen Gegebenheiten, wie ein barrierefreies Bad, wird von einer Teilnehmerin geschätzt und für die Umsetzung von ADL Training in der Therapie aktiv genutzt.

*„Es gibt ein großes Bad, das wir theoretisch nutzen könnten. Jedes Zimmer hat ein Bad mit Spiegel und Waschbecken, was genutzt werden kann. Das für die ADL's schön ist, genau“ (TN7, Z.251-253).*

Die Interviewteilnehmenden äußerten alle persönliche Ressourcen zu besitzen, dadurch wird die nächste Subkategorie „Persönlich“ gebildet. Dabei zählte Geduld als Grundeinstellung zu den genannten wichtigen Ressourcen. Zudem sei eine individuelle Einstellung gegenüber den Klient\*innen wichtig, sagte TN7.

Es wurde angesprochen, dass Therapeut\*innen reflektieren sollten, was sie selbst an Gefühlen und Gedanken in die Therapie mit hineinbringen. Besonders da eine starke Machtungleichheit herrscht.

*„Also ich würde sagen, dass es irgendwie wichtig ist, geduldig und ruhig an den Patienten, an die Therapie heranzutreten, weil die Zeit da irgendwie anders tickt! Und ich denke, irgendwie jede Kompetenz, die wir selber mitbringen. Also jeder Patient ist anders und jeder Therapeut ist anders. Es gibt ganz unterschiedliche Punkte, die wichtig sind“ (TN7, Z.265-268).*

*„in dem Moment, muss ich immer sehr darauf achten, was bringe ich gerade in die Therapie mit und nervt mich dieser Klient gerade weil ich einfach schlechte Laune habe und kann ich das jetzt gerade abgrenzen oder muss ich gehen. das finde ich superwichtig, nicht nur für Ergotherapeuten. Genau sich selbst reflektieren, gerade auch weil wir ja so viel, noch viel mehr Macht in dieser Therapiesituation haben“ (TN1, Z.308 -312).*

Mehrere Teilnehmende berichteten, dass für sie die Berufserfahrung eine Ressource in der Betätigungsbasierung sei. Die Berufserfahrung schaffe eine gewisse Selbstverständlichkeit auch darüber welche therapeutischen Möglichkeiten bestehen.

*„Also insofern würde ich sagen, dass die Erfahrung da schon mit zu beiträgt, dass ich diese Basierung oder Orientierung umsetzen würde oder auch gerne umsetzen möchte“ (TN6, Z. 283-285).*

*„Meine Ressource ist, das merke ich so mit der Zeit, dass das so meine Berufserfahrung ist. Das es so eine Selbstverständlichkeit gewesen ist, so zu denken quasi. [...] Oder so mit der Erfahrung zu wissen, was ist denn in dem und dem Rahmen möglich? Oder wie kann man das gut adaptieren, um eine Betätigung zu ermöglichen!“ (TN2, Z.213-222).*

Als persönliche Ressource wird von Einzelnen Interviewteilnehmenden das Ergotherapie Studium genannt. Es unterstütze die betätigungsbasierte Denkweise und sei ein Vorteil im Vergleich zur schulischen Ausbildung.

*„Da ist ganz klar das Studium für mich eine Ressource in meiner Denkweise“ (TN3, Z. 221-221).*

*„Aber ich glaube um auf, im Hinblick auf die Entwicklung von der Ergotherapie, glaube ich und finde ich es auch gut, dass es in Richtung Betätigungsorientierung geht und da ist die Ausbildung oder das Studium in Heerlen ein ganz klarer Vorteil“ (TN3, Z.243-246).*

Des Weiteren werden von allen Interviewteilnehmenden Ressourcen der Klient\*innen genannt. Es wurde eine weitere Subkategorie mit dem Namen „Klient\*in“ erstellt.

*„Klar, je mehr, je wacher die Klient\*innen selber sind, desto mehr profitieren die auch von der Therapie oder je mehr Durchhaltevermögen sie haben“ (TN1, Z. 367-368).*

Die Ergotherapeut\*innen benannten, dass alle Klient\*innen eigene Ressourcen mitbringen und am besten auf die Klient\*innen eingegangen werden kann wenn sie sich im Alltag dieser befinden.

*„Also ich meine wir wissen bei dem Langzeitrehaklientel wissen wir das ganz viel nicht geht, das ist ja total uninteressant jetzt aufzulisten was alles nicht funktioniert, da werden wir ja nicht fertig. Es ist wirklich und das ist ja das Schöne an der Langzeitreha, dass du auf Schatzsuche gehen musst welche Ressourcen sind denn da. Weil jeder hat ja irgendwas also irgendetwas geht ja immer, ist ja immer cool“ (TN 1, Z. 139-144).*

*„Ich glaube jetzt in unserem Praxisfall jetzt speziell, das die so nah an der Praxis sind. Also ich kann fußläufig in das Haus rein und quasi im Alltag der Klienten mit denen arbeiten“ (TN 6, Z. 302-303).*

Als Ressource werden die Angehörigen und das Klientensystem von mehreren Teilnehmer\*innen genannt. Sie benannten, dass sie meist zu Beginn den Erstkontakt mit den Angehörigen herstellen, da durch die Biographiearbeit mit den Angehörigen bedeutsame Betätigungen herausgefunden werden können.

*„Dann ist es bei uns in der Praxis so, dass dann zuerst mit den Angehörigen Kontakt aufgenommen wird, ob die auch tatsächlich Ergotherapie haben wollen“ (TN 5, Z. 150-152).*

*„Viele sind halt auch mal nachmittags auf der Station anwesend, dass wir mit denen dann auch mal sprechen können, nochmal etwas Biographiearbeit machen können.“ (TN 5, Z. 163-165).*

Der Kontakt mit den Angehörigen sollte jedoch auch ein Austausch darüber sein womit die Therapie und die Angehörigen zufrieden sind.

*„Oder auch mal zu fragen, was Gut läuft! Das finde ich geht oft unter!“ (TN 2, Z. 287-287).*

Zudem ist die Kommunikation mit Klient\*innen und im interdisziplinären Team laut TN1 eine wichtige Ressource.

Es wurde berichtet, dass die Klient\*innen und das Klient\*innensystem stark davon profitieren kann, wenn die Angehörigen sich auf die Betätigungsbasierung einlassen und bereit sind mitzuwirken.

*„Und wenn da Angehörige sind die da Lust drauf haben und sich auch einlassen auf diese denke, so ein bisschen ich experimentiere jetzt einfach mal und gucke einfach mal was passiert wenn ich ihm den Waschlappen in die Hand gebe, weil vielleicht passiert ja was“ (TN 1, Z. 362-365).*

*„Und da hängt es da natürlich dann auch von den Angehörigen ab, wie weit sind die bereit da mitzuhelfen und genau, aber da habe ich bisher eigentlich auch sehr gute Erfahrungen gemacht, muss ich sagen“ (TN3, Z. 187-190).*

Die Angehörigen sind meist eine große Ressource, da sie oft Informationen über die Biografie der Klient\*innen geben können, wenn diese verbal nicht kommunizieren können, laut TN2. Die Teilnehmenden sahen das Ziel der besseren und schnelleren Betätigungsbasierung, wenn der Austausch mit Angehörigen möglich ist.

*„Wenn ich natürlich wieder an meine Patienten in der Rehaphase F denke, dann natürlich die Angehörigen, wenn sehr engagierte, sehr bemühte Angehörige sind. Es ist für mich natürlich auch eine Unterstützung um schneller und besser betätigungsbasiert arbeiten zu können“ (TN3, Z. 252-255)*

Im System der Klient\*innen seien die Angehörigen immer mit inbegriffen, sagte TN2. Der Unterschied in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist jedoch gravierend, sagten die Teilnehmer\*innen.

*„Ja auf jeden Fall die Angehörigen, wir haben halt einen Unterschied. Bei manchen Leuten, da kommt wirklich gar keiner, die haben auch keine Angehörigen mehr, also keine Familie mehr, keine Freunde. Und bei anderen, wir haben eine Patientin, da ist die Oma sieben Tage die Woche da. Und es ist/ es kann halt ein Vorteil sein.“ (TN5, Z. 355-339).*

#### 4.6 Barrieren

Alle Teilnehmenden nehmen Bezug zu Barrieren, die das betätigungsbasierte Arbeiten in der Rehaphase F erschweren können. Insgesamt konnten zwei Subkategorien gebildet werden.

*„Und gleichzeitig können wir super flexibel eigentlich arbeiten und das hat so Vor- und Nachteile. Also ich habe mir Hierarchie aufgeschrieben und klare Absprachen. Das hilft natürlich, auf der anderen Seite ist das irgendwie auch hinderlich! So, da irgendwie einen guten Mittelweg zu finden“ (TN7, Z. 310-313).*

In der Subkategorie „Struktur“ wird basierend auf den Aussagen der Teilnehmer\*innen auf die strukturellen Barrieren näher eingegangen.

Die meisten Teilnehmer\*innen berichteten, dass sie der strukturelle Aufbau bei der Umsetzung der Betätigungsbasierung behindere, wie dem wechselnden Stationsalltag oder auch behindernde räumliche Strukturen. Auch einschränkende zeitliche Vorgaben wurden als Barrieren benannt, die zuvor von anderen Teilnehmer\*innen als Ressource durch ihre Flexibilität gesehen wurden (=> 4. 5).

*„Hinzukommt, dass natürlich irgendwie der Alltag auf einer Station auch, irgendwie immer anders ist! Ist der Patient/Klient schon gepflegt oder nicht und kommt noch ein anderer Therapeut oder nicht oder kommt Besuch oder ist Corona oder so“ (TN7, Z. 209-212).*

*„Da würde ich mir manchmal wünschen, das würde irgendwie noch schöner laufen für Leute in dieser Rehapphase. Wenn das ganze Team da nochmal ein bisschen mehr Zeit hätte, Sachen umzusetzen“ (TN2, Z. 273-275).*

*„Einfach weil einem durch die räumlichen Strukturen schon viel genommen wird“ (TN 4, Z. 42-43).*

Teilnehmende berichteten, dass die fehlende Zusammenarbeit mit der Pflege eine Barriere der Betätigungsbasierung darstellt.

*„Und ich habe immer oder wir als Team das Problem mit der Zusammenarbeit mit der Pflege“ (TN8, Z. 163-164).*

Eine Subkategorie hat sich aus den Aussagen über die „Erwartungen der Angehörigen“ gebildet. Die Teilnehmenden berichteten, dass seltene eine Zusammenarbeit mit Familie oder Freunden besteht und dies Betätigungsbasierung erschwere.

*„Es ist sehr selten, dass man wirklich eine gute Zusammenarbeit mit der Familie oder Freuden hat. Sodass man das auch weiterführen könnte oder die auch Anleiten könnte bestimmte Sachen zumachen. Das passiert leider sehr sehr selten. Also bei uns zumindest“ (TN8, Z.167-170).*

*„Also auf jeden Fall sehe ich Schwierigkeiten, wenn die Zusammenarbeit mit Angehörigen oder dem Klientenumfeld nicht gegeben ist und nicht möglich ist aus Gründen“ (TN6, 222-223).*

Eine weitere Subkategorie wurde aus der Aussage über die „Erwartungen der Gesellschaft“ gebildet. Die Teilnehmenden nannten, dass oft die Erwartung besteht, dass sie Ergotherapie die Menschen heilt.

*„Wie ich eben sagt wie die Leute in Deutschland, die gehen noch zum Arzt oder zum Therapeuten, um sich heilen zu lassen, sage ich mal. Und das finde ich, tatsächlich war für mich ein großer Unterschied so“ (TN 3, Z. 232-235).*

*„Ich bin da zum Unterstützung und um Hilfestellung zu leisten auf jeden Fall, aber die Arbeit oder dieses, die Motivation auch muss vom Klienten her kommen und das finde ich manchmal noch echt schwierig das in den Köpfen irgendwie, denen das bewusst zu machen. Also jetzt auch im Allgemeinen, nicht nur auf die Rehapphase F Patienten, da auch auf die Angehörigen bezogen“ (TN 3, Z. 160-164).*

Es beansprucht Energie feststehende Meinungen und Bilder der Angehörigen, Klient\*innen und dem Interdisziplinären Team, als Teil der Gesellschaft, zu verändern und Betätigung als Kern der Ergotherapie zu vermitteln.

#### 4.7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit beschrieben die Teilnehmer\*innen als wichtiges Mittel, das die Betätigung mit den Klient\*innen steigern bzw. fördern kann, welches aber auch das ganzheitliche und betätigungsbasierte Vorgehen der Ergotherapeut\*innen fokussieren kann. Zudem sehen die Teilnehmer\*innen in der interdisziplinären Zusammenarbeit auch die Chance, das eigene Vorgehen nochmals aus anderen Perspektiven betrachten zu können. Auch die Umsetzung von Betätigungen könnte durch die Zusammenarbeit effizient und im Alltag integriert werden.

*„die Traumvorstellung wäre natürlich wirklich so im Team-Approach [...] Herr Mayer kann den CD-Spieler bedienen, wenn er möchte. Und dann weiß das die Pflege und dann weiß das die Physio und die Logo und dann steht der CD-Spieler immer bei Herrn Mayer im Bett, so dass er drankommt. So wäre das natürlich schön“ (TN1, Z. 172 -176).*

*„in den Einrichtungen wo ich bis vor Corona war, da ja für mich auch nur möglich, das habe ich sehr geschätzt, dass wir da Co-Therapien machen, konnten mit den anderen Disziplinen, ist natürlich was betätigungsorientiertes Arbeiten angeht natürlich ein großer Vorteil“ (TN3, Z. 203 – 206).*

Es wurde berichtet, dass der Austausch im interdisziplinären Team große Vorteile hat, so dass alle voneinander lernen können und die Klient\*innen ganzheitlich gesehen und therapiert werden.

*„Generell finde ich es in so Einrichtungen cool, dass das interdisziplinäre Arbeiten so einfach geht, das ist etwas was ich mir in meiner Zeit als ich noch mehr Hausbesuche gefahren bin mehr gewünscht hätte, was eine super Ressource ist, im Austausch von den anderen zu lernen aber auch eben um die Leute umfassend zu betrachten aber eben auch um gemeinsam Ziele zu formulieren, das ist einfach großartig“ (TN1, Z. 274-278).*

*„Und dann finde ich auch noch sehr wichtig den kollegialen Austausch“ (TN4, Z. 210 -211).*

Therapien, die im interdisziplinären Team stattfinden, ermöglichen neue Blickwinkel und Herangehensweisen, wovon alle profitieren, sagte Teilnehmerin 7.

*„Also zum Beispiel könnte ich eine Einheit zusammen mit einem Physiotherapeuten oder einer Logopädin und das ermöglicht einfach total viel und für Beide, beide Therapeuten nochmal eine andere Herangehensweise oder Umsetzung von dem was gerade Ziel ist“ (TN7, Z. 230-233).*

*„Und bin immer voll froh, wenn irgendwie nochmal ein anderer Therapeut kommt, der irgendwie nochmal mit Fachbegriffen und mehr Modellen und Assessments und mit frischem Wind irgendwie nochmal reinkommt!“ (TN7, Z. 366-368).*

Die Teilnehmer\*innen gaben auch an, dass sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedensten Professionen als unterstützend empfinden. So sagten drei Teilnehmer\*innen, dass sie besonders von dem Zuspruch und der Unterstützung von behandelnden Ärzt\*innen und Arbeitgeber\*innen profitieren.

*„Das Zweite ist, das einmal im Monat ein Team ist, dass man auch mit dem Arzt, der für die Station zuständig ist, sehr gut reden kann, dass er uns auch unterstützt, ob man mehr oder weniger Therapie braucht, dass finde ich eigentlich ganz gut“ (TN8, Z. 189-192).*

*„Darüber hinaus finde ich auch, dass die Ärzte, die da hinkommen in, ich sag mal, die haben ein anderes, oder gutes Verständnis darüber, was Ergotherapie ist, oder sein kann und geben und alle möglichen Freiheiten“ (TN6, Z. 240-242).*

*„Also, erstmal habe ich eine Arbeitgeberin, die das sehr unterstützt (lacht). Mit der man auch sich gut austauschen kann“ (TN2, Z. 219-120).*

Ein Teilnehmer gibt an, eine besonders unterstützende Funktion in der Zusammenarbeit mit der Pflege zu erleben. Da die Pflegefachleute die Klient\*innen gut kennen und täglich erleben, ermöglichen eine Zusammenarbeit Arbeiten im Alltag. Dies widerspricht der Aussage in den Barrieren, diese sagt aus, dass die Zusammenarbeit mit der Pflege nicht möglich sei (=> 4. 6).

*„Bei und in der Institution unterstützen mich vor allem, also unterstützt mich vor allem die Nähe zur Pflege. Wir sind ja angegliedert an ein Alten- und Pflegeheim und da ist es schon sehr hilfreich, wenn die Pflege weiß, dass die Ergotherapie eben nicht bunte Bilder ausmalt, sondern dass die Ergotherapie eben unterstützend sein kann, wenn zum Beispiel die Selbstversorgung eingeschränkt ist“ (TN6, Z. 235-239).*

Auch beschrieben die Teilnehmer\*innen interdisziplinäre Teambesprechungen und Zielsetzungen, die für die eigene therapeutische Arbeit als unterstützenden Faktor gesehen werden. So können gemeinsam und fachübergreifend Ziele festgelegt und Betätigungsbasierung umgesetzt werden.

*„Dann wird nochmal mit den Ergos, Pysios, Logos und meistens dem Sozialdienst nochmal gesetzt um zusagen, okay, das ist der Eindruck, den wir vom Patienten haben. Hier sehen wir quasi Handlungsprobleme, hier könnten wir dran arbeiten, und dann sagen die anderen auch, das ist uns auch aufgefallen oder ne, dass würde ich nicht so sagen“ (TN5, Z. 157 – 161).*

*„Und dann wird quasi, also machen wir mit dem Patienten, also machen wir im Team Ziele für ihn, wie zum Beispiel, Okay er muss ein Rollstuhl also Langzeitziele aber auch kurzfristige Ziele quasi, und dann fangen wir quasi mit der Therapie an“ (TN5, Z. 165 – 68).*

*„Oder wenn man eine Fallbesprechung haben, dann mit dem Team. Das find ich schonmal gut!“ (TN2, Z. 220 – 221).*

#### 4.8 Funktionsorientierung

Die nächste Oberkategorie wurde Funktionsorientierung genannt. Die Thematik wurde in allen Interviews von den Teilnehmer\*innen aufgegriffen. Teilnehmerin 1 stört an der Betätigungsbasierung besonders die Strenge, die Betätigungsbasierung teilweise annimmt und die strikte Trennung beider Therapieansätze.

*„Ich glaube, dass ist auch was, was mich an dieser Diskussion über Betätigungsbasierung immer so ein bisschen ärgert, dass man so dieses Bild aufbaut, ich kann entweder betätigungsbasiert arbeiten oder funktionsorientiert und das geht zusammen, und wenn du einmal ausversehen funktionsorientiert arbeitest, dann wird dir die Berufsurkunde aberkannt und du bist kein Ergotherapeut mehr“ (TN1, Z. 200-205).*

Die Möglichkeit, dass beide Therapieansätze gemeinsam genutzt werden können, sieht auch Teilnehmerin 2.

*„Weil, fast in jede Therapie, auch wenn es erstmal nur um funktionell hinstellen geht, immer eine Betätigung eingebaut wird“ (TN 2, Z. 173-174).*

Betrachtet man Betätigung in niedrigen Formen, zum Beispiel auf den Körper bezogen, kann laut TN8 mit allen Klient\*innen Betätigungsbasiert gearbeitet werden.

Einige Teilnehmende äußerten, dass jegliche Bedürfnisse der Klient\*innen im Vordergrund stehen und somit von der Betätigung abgewichen wird und die Funktionsorientierung in den Momenten bedeutsamer werden kann.

*„Und ich würde sie auch nie zwingen irgendwo hinzugehen, weil ich den Zweck darin nicht sehen, sie zum Beispiel in ein Gruppenangebot zu stecken, wo sie super gestresst ist. Also dann erfülle ich nicht meinen Therapiezweck, weil ich möchte den Menschen helfen und ihnen etwas Gutes tun und denen nicht noch mehr Stress als sie eh schon gestresst sind bereiten“ (TN4, Z. 140-144).*

Die Mehrzahl der Teilnehmenden berichtete von der Funktionsorientierung als erste Maßnahme, die zur Vorbereitung der Betätigung genutzt wird. Die Subkategorie, die daraus hervorgeht, heißt „Vorbereitend“.

*„Also da sich nicht den Stress zu machen, so, oh jetzt bin ich funktionsorientiert, das ist Physio, oder weiß ich nicht wie das bei manchen so ist. Aber man muss auch wirklich gucken, wenn jetzt dafür noch eine Funktion notwendig ist, die brauche ich noch, dann ist das gar nicht funktionsorientiert, wenn ich so arbeite, sondern trotzdem noch betätigungsbasiert, weil ich ja weiß, ich mache das, damit ich dann die Betätigung anbahnen kann“ (TN2, Z.290-292).*

*„Dann darf es auch mal funktionsorientiert, in Anführungszeichen, ist es dann ja nicht, aber dann darf man auch mal funktionell arbeiten, um an die Betätigung heranzukommen!“ (TN2, Z. 328-330).*

Besonders wichtig ist hierbei, dass das Betätigungsziel weiterhin verfolgt wird, äußerten die Teilnehmer\*innen.

*„Das sind dann aber, dass dürfen IMMER NUR vorbereitende Maßnahmen sein“ (TN1, Z. 208-209).*

Einen weiteren Aspekt den Teilnehmerin 1 in ihrem Interview anspricht ist, dass nur, wenn der Prozess im Kopf betätigungsbasiert sei, eine Einheit funktionell gearbeitet werden dürfe. Die Aussage von Teilnehmerin 7 unterstreicht diesen Gedanken und ergänzt, dass die vorbereitenden Maßnahmen durch die schwere der körperlichen Einschränkungen teilweise einen großen zeitlichen Rahmen beanspruchen.

*„Also wenn ich total hypoton bin, dann ist es total schwer eine Betätigung auszuführen, das heißt, es ist ja auch ganz viel Vorbereitung zu einer Betätigung und manchmal gibt es halt auch Einheiten, die beinhalten zum Beispiel nur das Hinstellen eines Klienten in einem Stehtrainer und das ist, find ich, nicht so richtig betätigungsorientiert, weil das ist ja irgendwie alles sehr passiv und man kann das, im Optimalfall, also im Stehen auch nochmal eine Betätigung mit integrieren“ (TN7, Z. 185-190).*

#### 4.9 Einfluss des Gesundheitssystems

Bei mehreren Interviews nannten die Teilnehmenden den Einfluss des Gesundheitssystems als großen Faktor in Bezug auf die betätigungsbasierte Arbeit.

*„ich würde es mir wünschen aus der eigenen Berufsgruppe, klar es wäre noch super mega Luxus, wenn unser Gesundheitssystem da ein bisschen lockerer wäre und wir unsere Therapien ein bisschen individueller gestalten könnten“ (TN1, Z. 386-389).*

Die fehlende Imagearbeit bemerkt Teilnehmerin 1 sowohl in der eigenen Berufsgruppe, da dort teilweise ein veraltetes Bild der Ergotherapie vertreten ist und wenig Mut zur Veränderung besteht. Doch auch im Gesundheitssystem, sieht die Teilnehmerin Veränderungspotential, da dieses, nach ihrer Meinung, durch stark bürokratische Strukturen Therapieprozesse ausbremst.

Die mehrfach thematisierte „Imagearbeit“ stellt die erste Subkategorie dar. Dabei sieht Teilnehmer 6 die Aufklärung über betätigungsbasierte Ergotherapie bei Ärzt\*innen als wichtig an, da diese durch eine bereits genannte Erklärung der Ergotherapie die Erwartungen der Klient\*innen prägen. Um die Betätigungsbasierung der Ergotherapie im gesellschaftlichen Bild zu festigen, wäre es ein erster Schritt bereits mit der Imagearbeit durch behandelnde Ärzte zu beginnen. Auch laut TN7, handelt es sich eventuell um ein politisches Problem.

*„Also, ich glaube das es unwahrscheinlich schwierig ist die Meinung, die eine Klientin vom Arzt mitbringt, das Ergotherapie eine tolle Beschäftigung ist, die Meinung nochmal zu ändern. Das ist unwahrscheinlich umständlich und deswegen würde ich mir vielleicht wünschen, also da könnte ich mir vorstellen, auf Seiten der Mediziner, dass da ein anderes Verständnis von Ergotherapie schon vermittelt wird. Also das jetzt nicht eine Klientin zu mir geschickt wird, mit dem Auftrag, nach Sehnenruptur bitte nur wieder Bewegungsfähigkeit herstellen, sondern das quasi die Ärztin sagt, hey, hör mal, sie können im Moment mit der rechten Hand nichts machen, sie wollen aber gerne die Hand wieder einsetzen beim Autofahren oder so, gehen sie mal zur Ergotherapie“ (TN6, Z. 316-226).*

*„Natürlich gibt es Klienten, wo es super schwierig ist da Betätigungen zu finden auch weil da immer dieser Clash ist von außen, die Ergotherapeuten machen Wahrnehmung, die Ergotherapeuten massieren, die Ergotherapeuten bewegen durch, genau wie die Physios“ (TN1, Z.209-212).*

Obwohl Teilnehmerin 1 die Meinungen des Teilnehmers 6 bestärkt, müssen sich Therapeut\*innen, ihrer Meinung nach, davon lösen, dass äußere Faktoren die Betätigungsbasierung einschränken.

*„Da ist glaub ich noch ganz viel Imagearbeit einfach, die wir selber da leisten müssen“ (TN1, Z. 219-220).*

*„Aber wenn wir mal ganz ehrlich sind, brauchen wir das eigentlich gar nicht, wir müssen, also es gibt ja Möglichkeiten. Wir müssen uns nur so ein bisschen von diesem Bild lösen, dass wir A Leute heilen und B so eingeschränkt werden von äußeren Faktoren, weil wir das glaub ich nicht, gar nicht so sehr sind“ (TN1, Z. 393-397).*

Die folgenden Aussagen wurden zur Subkategorie „Occupational Justice“ zusammengefügt. Einige wenige Teilnehmenden berichten über das Recht auf Betätigung, dass Ergotherapeut\*innen durch ihre Arbeit fördern und im Sinne des Fürsprechens auch in einem gesellschaftlichen und fachspezifischen Kontext fördern.

*„Genau, und da finde ich die Betätigungsorientierung gehört ja irgendwie auf jeden Fall dazu! Betätigung braucht irgendwie der Mensch, um wirkungsvoll zu sein! Und sich auszudrücken und sich weiterzuentwickeln!“ (TN7, Z.241-243).*

*„Wir sind ja auch in dem Moment, da geht dann auch wieder um, wie ist das deutsche Wort, Fürsprechen“ (TN1, Z. 248-249).*

#### 4.10 Change Prozess ermöglichen

Die letzte Kategorie, die sich aus den Aussagen der Teilnehmenden ergibt, ist der Change Prozess. Die Teilnehmenden zeigten auf, dass das betätigungs-basierte Arbeiten eine Umstellung benötigt. Die auf unterschiedlichen Ebenen vollzogen werden muss. Die vorherigen Kategorien zeigen verschiedene Faktoren auf, die Einfluss auf die Betätigungs-basierung und damit den Change Prozess haben. In Bezug auf den Change Prozess gaben zwei Teilnehmende der Studie an, dass Betätigungs-basierung ein flexibler Weg ist, der in Etappen gegangen werden sollte.

*„Also, dass man die Betätigungsziele im Kopf hat und weiß, wohin man will, aber das der Weg halt flexibel gestaltet werden muss“ (TN2, Z.327-329).*

*„Wenn man jetzt schon arbeitet und das gerne vollziehen will, aber noch nicht hat, [...] würde ich versuchen, in kleinen Schritten das umzusetzen“ (TN 6, Z. 348-350).*

Im Bezug darauf gab Teilnehmerin 2 zu bedenken, dass Betätigungs-basierung zwar eine wichtige Säule der Ergotherapie ist, Betätigung jedoch nicht erzwungen werden sollte.

*„wenn ich mir jetzt was vorgenommen habe [...] die dann vegetativ so instabil sind, dann muss ich nicht meine Betätigungs-basierung durchboxen“ (TN2, Z.181-183).*

Die Teilnehmenden benannten verschiedene Faktoren, die den Change Prozess der Betätigungs-basierung erleichtern. Die Subkategorie „Verständnis von Ergotherapie“ beschreibt einen Themenbereich.

Um den Change Prozess zu erleichtern, gaben drei Teilnehmende an, dass das Verständnis für die betätigungsbasierte Ergotherapie bei Klient\*innen, Angehörigen und im intra-/interdisziplinären Team vorhanden sein und gefördert werden sollte.

*„Ich glaube was mir total helfen würde, ist wenn die Erwartungen an Ergotherapie für alle klar ist“ (TN3, Z. 262-263).*

*„Das die Leute besser aufgeklärt sind was Ergotherapie ist und was wir denen bieten können. Und dass wir die Experten für Betätigung sind und die mit allen Sachen zu uns kommen können“ (TN3, Z.266-268).*

Die Aufklärung über betätigungsbasierte Ergotherapie schließt nach Meinung des Teilnehmer 6 die eigene Profession mit ein. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen und die nicht einheitlich durchgeführte Betätigungsbasierung erschwert die Transparenz gegenüber den Klient\*innen und vermittelt das alte Paradigma (=> 2.1). Klient\*innen die durch andere Ergotherapeut\*innen eher funktionelle Therapie erhalten haben müssen somit zuerst über Betätigungsbasierung aufgeklärt werden und ihre eigenen Erwartungen anpassen.

*„häufig habe ich den Eindruck, dass frühere Behandlungen einen bestimmten Eindruck hinterlassen haben und die ist eben häufig nicht betätigungsorientiert oder sehr einseitig funktionell und das versuch ich quasi im Erstkontakt darüber aufzuklären schon das Ergotherapie eben auch mehr sein kann“ (TN6, Z.111-114).*

Teilnehmerin 8 sieht auch, dass Berufsanfänger\*innen Betätigung in der Rehapphase F noch nicht klar definieren können.

*„ich glaube das ist gerade für Berufsanfängerinnen noch nicht so klar, ist ja logisch. Kann ja nicht sein. Also so erlebe ich es“ (TN8, Z.297-298).*

Eine weitere Subkategorie, die die Autorinnen definierten, lautet: „Fachwissen leitet Therapieprozess“.

Diese Subkategorie umfasst zwei Aspekte, die von den Teilnehmenden 1 und 8 angesprochen werden. Zum einen ist Fachwissen wichtig, da es das Vorgehen untermauert und begründet, zum anderen sollte das Fachwissen mit der ergotherapeutischen Sicht verknüpft und nicht einzeln betrachtet werden.

*„Und ich glaub also man kann eigentlich alles machen, man muss nur wissen warum“ (TN8, Z. 296-297).*

Mit dieser Aussage zeigt Teilnehmerin 8 deutlich, dass Betätigungsbasierung vielfältig und individuell ist. Das Zitat beschreibt zudem, dass Betätigungsbasierung und die Umsetzung kaum Grenzen besitzen, solange den Therapeut\*innen bewusst ist, warum sie bestimmte Vorgehensweisen verfolgen. Die folgende Aussage unterstreicht die Meinung der Teilnehmerin 8 und betont zudem die Wichtigkeit der ergotherapeutischen Sichtweise auf die Klient\*innen, ihrer Umwelt, Betätigung und Krankheitsbilder.

*„Also ich finde, gerade bei so komplexen Krankheitsbildern kommen dann Leute mit Fachwissen, das man haben muss, [...] aber wir müssen immer da wieder dieses Wissen durch die ergotherapeutische Brille angucken und gucken, ja nur weil ich weiß, dass da der Nerv so und so verläuft und wie man den theoretisch dehnen würde, muss ich jetzt nicht 45 Minuten Nervendehnung machen“ (TN1, Z. 319-327).*

Wie Eingangs bereits angesprochen sind Change Prozesse komplex und benötigen Zeit und Ausdauer. Die Aussagen der Teilnehmenden 4 und 1 umschreiben die nächste Subkategorie „Zeit und Ausdauer“ passend.

*„einfach sehr viel Geduld und sehr viel Ausdauer“ (TN4, Z.319).*

*„Es geht nur wenn du ein cooles Team hast und ihr gemeinsam beschließt wir wollen das machen, denn es dauert lange und es kostet Energie und es kostet Zeit und es geht zwei Schritte vor und drei zurück“ (TN1, Z.423-426).*

In ihren Aussagen setzen die Teilnehmenden unterschiedliche Schwerpunkte. Die Teilnehmenden 4 und 7 betrachteten die institutionellen/umweltbezogenen Strukturen. Neben den Ergotherapeut\*innen müssen auch andere Professionen und Berufsgruppen mit einbezogen werden. Auch solche, die vermeintlich nicht von der Umstellung zur Betätigungsbasierung betroffen sind.

*„Auch gerade, bis sich alle Strukturen daran angepasst haben. Ich meine die Strukturen fangen und enden ja nicht bei der Ergotherapie. Sondern das geht auf die Physiotherapeuten, auf die Logopäden, das geht an die Küche, das geht an die Pflege und dazu braucht man wirklich viel Ausdauer, um das wirklich durchzusetzen. Damit das so bleibt“ (TN4, Z.320-324).*

Der Umstellungsprozess darf nach Aussage von Teilnehmerin 4 somit nicht bei der Ergotherapie enden, wenn die Betätigungsbasierung langfristig umgesetzt werden soll. Passend dazu äußerte eine weitere Teilnehmende, dass eine Veränderung der Personalstruktur die Betätigungsbasierung unterstützen würde.

*„Manchmal ist es irgendwie auch ein personelles Problem. Also um eine betätigungsorientierte Einheit zum Beispiel im Stehtrainer, durchführen zu können, bräuchte man eigentlich, finde ich, zwei Therapeuten und mindestens zwei Therapieeinheiten“ (TN7, Z.205-207).*

Die vorhergegangene Aussage leitet zu der Subkategorie „Teamarbeit“ über. Der Fokus dieser Subkategorie liegt auf der inter- und intradisziplinären Zusammenarbeit. Durch den Austausch mit Kolleg\*innen kann Wissen vermittelt werden. Gemeinsame Ziele für die Umstellung und die Umsetzung können definiert und besprochen werden.

*„Ich würde denen mitgeben, dass sie sehr viel mit ihren Kollegen im Austausch sein sollen“ (TN4, Z.317-318).*

*„Ja und da einfach, ich glaube man muss wirklich einfach ein bisschen mutig sein und ganz viel, was ich sowieso immer bewerbe ist dieses interdisziplinäre Arbeiten“ (TN1, Z.435-437).*

Ein wichtiger Aspekt innerhalb der Interviews war der „Mut zur Umstellung“, dieser bildet die vorletzte Subkategorie der Kategorie „Change Prozesse“.

Die Teilnehmenden 6 und 8 sagten deutlich, dass Ergotherapeut\*innen Fachleute für Betätigung sind. Mit der daraus resultierenden Expertise sollten sich Ergotherapeut\*innen bewusst auseinandersetzen und selbstbewusst damit umgehen.

*„Auch keine Angst zu haben etwas auszuprobieren mal, etwas umzustellen, etwas durchzusetzen auf der Station. Einfach auch Selbstbewusstsein zu zeigen. Wir sind da glaube ich schon die Fachleute für das Ganze. Und das kommt häufig zu kurz“ (TN8, Z. 290-292).*

*„Ich glaube ganz wichtig ist zu wissen, was ist für mich Ergotherapie, wofür bin ich gut und was kann ich meinen Klienten bieten. Wo bin ich der Experte drin und ich glaube das ist für viele Ergotherapeuten manchmal noch so ein bisschen schwammig“ (TN3, Z. 279-282).*

Diese Unsicherheit sah Teilnehmer 6 besonders bei Berufsanfänger\*innen, er bestärkte jedoch jeden, die Umstellung zur Betätigungsbasierung zu versuchen und auszuprobieren.

*„Ich würde jedem Berufseinsteiger ermutigen, das zu versuchen“ (TN6, Z.348).*

Teilnehmerin 7 beschreibt die Umsetzung hin zur Betätigungsbasierung als einen Lernprozess, der andauert und Anpassungen bedarf. Dabei betont sie, dass bei einem ersten Scheitern nicht direkt die gesamte Umstellung zur Betätigungsbasierung in Frage gestellt werden sollte.

*„Also meine Erfahrung ist, ich musste super viel ausprobieren und auch nicht nach dem ersten Mal aufgeben, weil ich gedacht habe, okay, das hat nicht geklappt oder das war nicht gut, sondern das schon über einen Zeitraum beobachten und vielleicht nochmal anzupassen, um dann festzustellen, ja okay, das klappt jetzt irgendwie total gut und scheint passend zu sein, oder irgendwann auch zu sagen, okay, wir haben es jetzt irgendwie versucht, das ist irgendwie nicht das Richtige! Wir brauchen etwas Anderes“ (TN7, Z.347-353).*

Die Aussage zeigt wie komplex Betätigungsbasierung und die Umstellung dahin ist. Stetige Anpassungen und Veränderungen kennzeichnen diesen Prozess.

Die letzte Subkategorie, wird mit dem Begriff „Wünsche“ zusammengefasst und bündelt die Aspekte, die sich die Teilnehmenden für die betätigungsbasierte Ergotherapie innerhalb der Rehapphase F wünschen würden. Wenn die Teilnehmenden sich frei von Strukturen und Gegebenheiten etwas wünschen könnten, so sehen zwei Teilnehmerinnen die alltagsnahe Gestaltung als ausbaufähig.

*„Ja, also ich glaube da sind so die zwei Wichtigsten Sachen, es wäre natürlich schön, wenn man noch ein bisschen mehr, wenn wir jetzt Wunschkonzert machen und man könnte sich so eine Einrichtung komplett zurecht wünschen, dann wäre es natürlich viel näher am Alltag“ (TN1, Z.286-289).*

Wie in der Kategorie „Ressourcen“ beschrieben, benannte die Teilnehmerin 1 Pflege-WGs als eine mögliche und wünschenswerte Alternative zu aktuelle dominierenden Pflegeeinrichtungen. Teilnehmerin 4 empfand den Bereich der Produktivität als vernachlässigt und würde sich eine Möglichkeit wünschen, dass Betätigung auch in dem Bereich für das Klientel der Rehapphase F möglich ist.

*„Ich würde mir schon fast, also ich weiß, dass das nicht geht, aber einfach wie so eine Art Arbeit oder eine Aufgabe einfach auch für diese Leute wünschen, die sie irgendwie erledigen können“ (TN4, Z. 281-283).*

Wie schon zuvor beschrieben, wurde auch der Wunsch benannt, durch mehr Zeit die interdisziplinäre Zusammenarbeit auszubauen und so die eigene Vorgehensweise im interdisziplinären Team darzustellen.

*„Wenn man die eigene Arbeit nochmal transparenter machen könnte und es einfach mehr Zeit und Raum gäbe, um sich im großen Team, also im, mit den anderen Therapeuten, mit der Pflege, mit dem Arzt am liebsten, nochmal irgendwie austauschen könnte“ (TN7, Z. 302-305).*

## 5. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden auf Grundlage der Resultate zunächst die drei Leitfragen mit aktueller Fachliteratur verknüpft und diskutiert. Im weiteren Verlauf wird die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit, basierend auf der vorangegangenen Diskussion beantwortet. Zum Ende des Kapitels werden die Stärken und Limitationen der Studie dargestellt und kritisch betrachtet.

### 5.1 Wie gestalten Ergotherapeut\*innen die betätigungsbasierte Intervention in der Evaluationsphase/während der Erhebung der Betätigungsprobleme?

Der ergotherapeutische Prozess wurde von verschiedenen Wissenschaftler\*innen beschrieben und folgt meist einem typischen Ablauf aus Evaluation (Befunderhebung und Zielsetzung), Intervention (Therapieplanung und -durchführung) und Outcome (Überprüfung der Behandlungsergebnisse (Haase, 2015)). Dabei leitet ein bewusst oder unbewusst ablaufendes Schema den Therapieprozess.

Anne Fisher (2018) beschreibt die Evaluationsphase als ein Kennenlernen der Klient\*innen. Dabei werden die klient\*innenspezifischen Performanzkontexte mit den Ressourcen und Einschränkungen sowie die Stärken und Schwächen innerhalb der Betätigungsperformanz herausgearbeitet. Gemeinsam mit den Klient\*innen werden nach einer Analyse der Betätigungsperformanz betätigungsbasierte Ziele formuliert. Die Evaluation folgt dabei dem Top-down-Ansatz. Wesentliche Grundlage für die weitere Zusammenarbeit und für ein klientenzentriertes Vorgehen ist der Aufbau einer vertrauensvollen und partnerschaftlichen Beziehung zu Klient\*innen. Fisher setzt damit in der Evaluationsphase den Fokus auf die Säulen Klientenzentrierung, Betätigungsbasierung und Kontextbasierung (=> 2.2.1).

Die Erhebung von Betätigungsproblemen findet im engen Austausch mit den Klient\*innen statt (Sumsion & Law, 2006). Die Teilnehmenden geben an, dass individuelle Betätigungsprobleme der Klient\*innen die ergotherapeutische Behandlung definieren und einen Rahmen geben. Die Teilnehmenden beschreiben ebenfalls, dass betätigungsbasierte Therapie in den Alltag der Klient\*innen blickt und schaut, wie Aktivitäten wieder ausgeführt werden können.

„Also was ich im Allgemeinen unter Betätigungsbasierung finde ist, dass der Klient quasi optimal seine Betätigung, seine täglichen und bedeutungsvollen Aktivitäten ausführen kann, obwohl er seine Einschränkungen hat, aber dass er trotzdem noch sagen kann, zum Beispiel Fußballspielen habe ich gerne gemacht“ (TN5, Z.63-66).

Auf Grundlage der Betätigungsprobleme werden gemeinsam mit den Klient\*innen Ziele formuliert. Die Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut\*innen und Klient\*innen stellt eine Grundlage der klientenzentrierten Zielsetzung dar. Die Evaluationsphase ist somit zentral bedeutend für den weiteren betätigungsbasierten ergotherapeutischen Prozess.

Die Betätigungsbasierte Ergotherapie unterscheidet sich in der Rehapphase F zu anderen Fachbereichen dahingehend, dass die Körperfunktionen weiterhin einen höheren Stellenwert in der Therapie einnehmen. Aufgrund der starken körperlichen Einschränkungen der Klient\*innen der Rehapphase F (=> 2.4) betrachten die Teilnehmenden zu Beginn des Therapieprozesses zunächst die Körperfunktion und -strukturen. Dabei liegt neben den Einschränkungen ein starker Fokus auf den körperlichen Ressourcen. Im Anschluss wechseln die Teilnehmenden häufig die Perspektive und schauen sich die Betätigungen der Klient\*innen an, lernen sie als Person und ihren Alltag kennen.

„Wir gucken erstmal, was haben wir da für ein Menschen vor uns. [...] man guckt sich erst mal die Gelenke an. Je nachdem setzt man einen an die Bettkante zu zweit. Versucht eine Kommunikationsbasis zu finden, vielleicht irgendwas zu erfragen, sich kennenlernen. Und im Anschluss noch Lagern. [...] Da würden wir dann anfangen, den Befund zu machen und ins Detail hinein gehen. [...] um ordentlich Anfangsanamnesen machen zu können, von demjenigen“ (TN4, Z.96-111).

Betätigung und Körperfunktion sind somit untrennbar. Die Evaluationsphase ist wegweisend für die weitere betätigungsbasierte Therapie. Anne Fisher (2018) zeigt mit den 10 Dimensionen (=> Abb. 2) wie umfangreich das zu sammelnde Wissen über die Klient\*innen ist. Die Teilnehmenden äußerten besonders in dieser entscheidenden Phase Schwierigkeiten. Durch fehlende oder stark eingeschränkte verbale Kommunikation bei Klient\*innen der Rehabilitationsphase F (=> 2.4.2), sei die Erfassung von bedeutungsvollen Betätigungen und damit die Umsetzung der betätigungsbasierten Ergotherapie erschwert. Da betätigungsbasierte Therapie den Fokus auf bedeutungsvolle Betätigungen im Alltag der Klient\*innen legt und die Therapie darauf aufbaut (Fisher, 2019), werden bedeutungsvolle Betätigungen in der Rehabilitationsphase F von außen definiert. Diesen Aspekt benennen 7 Teilnehmer\*innen. Sie beziehen sich dabei auf das Klient\*innensystem oder das interdisziplinäre Team. Der Kontakt mit Angehörigen stellt sich in der Evaluationsphase als wichtig dar, um Informationen über die Klient\*innen, ihren Charakter, Vorlieben und Lebensweise zu erfahren, da sie selbst dieses nicht mehr äußern können. Dies ermögliche einen ganzheitlichen Blick auf die Klient\*innen. Wenn die Angehörigen als Informationsgebende wegfallen schauen die Teilnehmer\*innen auf den aktuellen Alltag der Klient\*innen, was ist im Tagesablauf von Bedeutung und welche Aufgaben müssen die Klient\*innen bewältigen. Dazu beschreibt Teilnehmerin 3, dass Aktivitäten des Stationsalltags einen großen Anteil in der betätigungsbasierten Therapigestaltung einnehmen.

Die Teilnehmenden nutzen teilweise den Austausch im interdisziplinären Team, um zu erfahren, was für die Klient\*innen im aktuellen Alltag wichtig ist. Dabei nimmt die Selbstversorgung einen großen Teil des Alltags ein, sodass bedeutungsvolle Betätigung häufig in diesem Lebensbereich stattfinden. „Dann wird noch mal mit den Ergos, Physios, Logos und meistens dem Sozialdienst noch mal gesetzt, um zuzusagen, okay, das ist der Eindruck, den wir vom Patienten haben. Hier sehen wir quasi Handlungsprobleme, hier könnten wir dran arbeiten, und dann sagen die anderen ach, das ist uns auch aufgefallen oder ne, das würde ich nicht so sagen“ (TN5, Z.144-148).

Konnte eine bedeutungsvolle Betätigung gefunden werden, nutzen zwei Teilnehmende die Betätigungsanalyse, um die Betätigungsperformanz der Klient\*innen einzuschätzen. Die Betätigungsanalyse ist eine Methode, um alle Dimensionen und Aspekte einer bedeutungsvollen Aktivität innerhalb der Betätigung der Klient\*innen zu erfassen (Chereau, Boty Shell, Gillen & Scaffa, 2008). Teilnehmerin 1 beschreibt, dass sie durch die Betätigungsanalyse die zuvor aufgestellten Hypothesen belegt oder widerlegt, um, dann gegebenenfalls die Hypothesen anzupassen und die Betätigung adaptiert. Dadurch werden Schritt für Schritt die Faktoren, welche das Betätigen behindern und fördern, identifiziert (Kinèbanian & Logister-Proost, 2019).

Zur weiteren Befundung wählen die Teilnehmenden verschiedene Assessments. Dazu zählen der Fugel-Meyer-Test, der MoCA, Minimentel und DemTec (TN6) sowie der Barthel-Index (TN7). Die Teilnehmerinnen 2,5,7 nutzen speziell in der Rehapphase F das Assessment Early Funktional Ability (EFA). Teilnehmerin 8 berichtet, dass die Koma-Remissions-Skale in ihrem Praxisalltag häufig verwendet wird. Um die gesammelten Informationen zu erfassen, nutzen alle Teilnehmenden einen Befundbogen. Dieser wurde meist auf das Rehapphase F Klientel angepasst. Die Teilnehmenden 3, 4, 5, 6 und 8 beschreiben, dass sich die praxiseigenen Befundbögen am Canadian Occupational Performance Measure (COPM) orientieren. In Bezug auf die Verwendung von Assessments geben die Teilnehmenden an, dass diese häufig auf die Klientel angepasst werden und es einer genauen Abstimmung auf die Fähigkeiten der Klient\*innen bedarf (TN1, 4, 6 & 7).

Das Beobachten, Analysieren und Befunden der Klient\*innen, ihrer Umwelt, Körperfunktionen, Betätigungen, Lebensumständen und des Klient\*innensystems führen die Teilnehmenden zu Anfang des Therapieprozesses auf unterschiedliche Weise durch. Anne Fisher (2018) beschreibt diesen Schritt in dem Betrachten der 10 Dimensionen (=> Abb. 2). Dabei beschreibt Fisher (2018) die Dimensionen als Rahmen, um sicherzustellen, dass genügend über die Klient\*innen, ihre Ziele und Prioritäten erfahren, um die klientenzentrierte Intervention planen zu können.

Während des therapeutischen Prozesses geben vier Teilnehmende an, sich gedanklich an Modellen zu orientieren. Dabei benannten die Teilnehmenden, dass die Modelle ihr Handeln strukturieren und einen Rahmen geben. Teilnehmer 6 empfand das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) mit dem dazugehörigen Prozessmodell als hilfreiche Stütze für die Praxis. Diese These unterstreicht ebenfalls die Studie von Pellegrini, Formisano, Bucciarelli, Schiavi & Fugazzaro (2018). Die Studie zeigte eine Verbesserung der Therapieergebnisse bei den Klient\*innen, sowie eine höhere Zufriedenheit und Selbstständigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens nach Implementierung des CMOP-E. Die Teilnehmerin 2 nutze vorwiegend das MOHO für die Strukturierung ihres therapeutischen Denkens und ordnet die erhaltenden Informationen in dieses Modell ein. Diese Aussage kann durch Fisher (2018) untermauert werden. Sie sieht durch die Nutzung von Inhalts-/Prozessmodellen eine erleichterte und konsequente Betätigungsfokussierung innerhalb des Therapieprozesses.

Diesen therapeutischen Blick, den die Teilnehmenden beschreiben, lässt sich mit dem klinische und professionelle Reasoning nach Feiler (2019) verknüpfen. Das klinische Reasoning bezeichnet Denkstrukturen, die Ergotherapeut\*innen einsetzen, um ihre Klient\*innen ganzheitlich wahrzunehmen und dadurch Zusammenhänge zwischen Betätigungsproblemen und den Beobachtungen herzustellen (Feiler, 2019). Durch verschiedene Reasoningformen werden, laut Feiler (2019), Informationen zum Betätigungsproblem der Klient\*innen beschaffen und aus verschiedenen Blickwinkeln analysiert, um Lösungsansätze zu generieren. Das klinische und professionelle Reasoning begleitet somit den gesamten Therapieprozess und ermöglicht eine stetige Reflexion des therapeutischen Vorgehens (Feiler, 2019). Aus den Aussagen der Teilnehmenden zur Betätigungsbasierung in der Rehapphase F (=> 4.2) lässt sich schließen, dass die Schwierigkeiten in der Evaluationsphase durch fehlende Informationsgewinnung ausgelöst werden kann. Dies erschwert das klinische und professionelle Reasoning und dadurch den Therapieprozess. An diesem Punkt ist ein hohes Maß an Fachwissen, analytischen Fähigkeiten und dem Reflektieren der eigenen Arbeit nötig, damit Ergotherapeut\*innen Therapieprozesse auf Basis des professionellen reasoning durchführen können. Rosemary Hagedorn (2009) sieht an dieser Stelle Modelle als Unterstützung, die dem Reasoning Prozessen einen strukturierten Rahmen bieten.

Bei Klient\*innen, die ihre Betätigungsanliegen nicht selbst äußern können, werden auf Grundlage der Angaben der Angehörigen, der Analyse des aktuellen Alltags und der Betätigungsanalyse die Ziele formuliert. Teilnehmer 6 berichtet in dem Zusammenhang von gemeinsamen interdisziplinären Zielbesprechungen.

„Also in Form von Fallbesprechungen mit der Pflege, da gibt es regelmäßige Fallsupervisionen, wo dann ein bestimmter Bewohner oder Bewohnerin supervidiert werden, wenn es dann darum geht, welche Behandlungsziele man hat und wo es so hingehen soll“ (TN6, Z. 264 – 267).

Die Wichtigkeit der Interdependenz für die Zielerreichung von anderen Fachpersonen innerhalb der Zusammenarbeit legen Gerber, Kraft & Bosshardt (2018) in ihrem Grundlagenpapier zur interprofessionellen Zusammenarbeit ebenfalls dar. Dabei sehen sie die Klientenzentrierung und -sicherheit als Vorteil der Zusammenarbeit an. Gerber et al. (2018) sehen die Notwendigkeit für Interprofessionelle Zusammenarbeit besonders durch die steigenden Zahlen der Klient\*innen mit chronischen oder multiplen Gesundheitsproblemen, die eine Beteiligung von verschiedenen Disziplinen und Gesundheitsorganisationen erfordern. Desweiteren schildern sie eine Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung durch interprofessionelle Zusammenarbeit.

Die Ziele seien nach Angaben von Teilnehmer\*innen in der Rehaphase F sehr kleinschrittig und bewegen sich häufig auf einer basalen Ebene. Die Zielsetzung stellt im ergotherapeutischen Prozess eine wichtige Rolle dar. Pollock, Missiuna & Rodger. (2010) sehen bei der Zielformulierung die Wichtigkeit in einer klaren und verständlichen Sprache zu kommunizieren. Die Ziele sollen differenziert und eindeutig sein, um diese für das Klient\*innensystem und das interdisziplinäre Team zugänglich zu sein. Dabei kann die Verwendung von Modellen unterstützen (Enemark, Rasmussen & Christensen, 2018).

Teilnehmerin 1 stört an der Betätigungsbasierung die teilweise radikale Einstellung auch innerhalb der Profession. Sie findet die Einstellung, dass Therapie nur betätigungsbasiert oder funktionsorientiert sein kann, schwierig. Ihrer Meinung nach können diese beiden Therapieansätze auch gemeinsam parallel existieren und eingesetzt werden. Dabei vertritt sie die Meinung, dass funktionsorientiertes Handeln ausschließlich der Vorbereitung von Betätigung dienen darf und die Betätigung und somit das Ziel klar definiert und im Hinterkopf sein muss. Die funktionsorientierten Ansätze und Methoden als vorbereitender Teil der betätigungsbasierten Ergotherapie benennen ebenfalls die Teilnehmer\*innen 1,2,5,6 und 8.

Während der Evaluationsphase entsteht im Bereich der Rehaphase F die ethische Frage: „Kann ein Klientensystem stellvertretend für einen Klienten oder eine Klientin eine Betätigung, eine bedeutungsvolle Betätigung benennen oder nicht?“ (TN6, Z.207-208). Diese Frage kann abschließend nicht geklärt werden. Durch die individuelle Auseinandersetzung mithilfe von ergotherapeutischen Modellen (Fisher, 2018; Law et al., 2015; Taylor & Kielhofner, 2017) mit den Klient\*innen wird eine Möglichkeit geschaffen die Klient\*innen ganzheitlich wahrzunehmen. Dennoch sollte das eigene Handeln kritisch reflektiert werden.

## 5.2 Aus welchen Gründen weichen Ergotherapeut\*innen von der Betätigungsbasierung ab?

Die Teilnehmer\*innen benannten mehrere Aspekte, die für sie ausschlaggebend für eine Abweichung der Betätigungsbasierung in der ergotherapeutischen Arbeit mit Rehaphase F Klient\*innen seien. Dabei stellten mehrere Teilnehmer\*innen (TN5, TN7, TN6) bereits vor einer konkreten Benennung von Abweichungsgründen eine Unterscheidung von Betätigung in der Rehaphase F dar. Hierbei wurde auch Bezug zur funktionsorientierten Arbeitsweise genommen. Laut einer Studie von Schulte et al. (2017) besteht in der deutschen neurologischen Rehabilitation immer noch eine tendenziell funktionelle Ausrichtung der Therapie, was zur Überzeugung und den Grundfesten des „contemporary paradigm“ (=> 2.1) konträr gesehen werden kann. TN 5 benannte die Thematik nochmals konkret und bemerkte, dass aus persönlicher Sicht eher funktionell, zum Erhalt der Funktionen, als betätigungsbasiert gearbeitet würde. Diese Feststellung wird in einer Studie von Matuschek (2016) ebenso aufgegriffen und durch die Aussagen bestätigt. An dieser Stelle spielt auch das berufliche Selbstbild eine entscheidende Rolle. Denn um wirklich professionell und professionsangehörig zu sein, ist eine einheitliche Ausrichtung der berufsspezifischen Grundsätze, wie sie in den sechs Säulen der Ergotherapie (=> 2.2.1) auf Grundlage des aktuell geltenden ergotherapeutischen Paradigmas beschrieben werden, der Meinung der Autorinnen nach, von großer Wichtigkeit.

Auch unterstützend auf der Grundlage des aktuellen Paradigmas stellen Marotzki (2008) und Romein (2010) heraus, dass sich die deutsche Ergotherapie im Wandel befindet und auf Veränderungen im Gesundheitssystem reagiert. Diese entwickeln neue Sichtweisen der Gesundheitsförderung, welche sich an die verändernden Lebensbedingungen und den individuellen Gewohnheiten und Strukturen der Klient\*innen anpassen.

So sehen TN 1 und TN 3 keine markanten Unterschiede der Betätigung zur ergotherapeutischen Behandlung im Setting mit weniger betroffenem Klientel und der Behandlung in der Rehaphase F. Es wird vielmehr die Herausforderung als positives Element der therapeutischen Arbeit dargestellt, sich auf die Klient\*innen individuell zu fokussieren und den vorherrschenden Alltag in der Rehaphase F als wichtigen Kontext mit in die Betätigung einzubeziehen.

Hervortretende genannte Gründe zur Abweichung der Betätigungsbasierung wurden im Kontext der leitfadengestützten Interviews mit Barrieren der institutionellen Einrichtung genannt. TN 2 und TN 7 benannten explizit als Grund der Abweichung den vorherrschenden Zeitfaktor der verordneten Therapieeinheiten, welcher kaum zulässt, eine therapeutische Einheit vollständig betätigungsbasiert zu gestalten. Diese Barrieren als Gründe zur Abweichung wurden durch die Vorgabe der räumlichen Strukturen durch TN 4 aufgestockt. Die institutionellen Vorgaben auf Barriereebene wurde auch von Che Daud, Yau, Barnett & Judd (2016) in einer internationalen Studie zu Betätigungsbasierung im klinischen Kontext dargestellt. Auch hier verwiesen die Studienteilnehmer\*innen durch institutionelle Faktoren, wie Zeitvorgaben, ein begrenzter therapeutischer Raum, auf Gründe hin, die sie in der Ausführung von betätigungsorientierter Therapie hindern.

Es besteht augenscheinlich eine Diskrepanz zwischen der Erwartungshaltung der Medizin bzw. der Ärzt\*innen mit einer stark geprägten biomedizinischen Ausrichtung und der betätigungsbasierten Grundlage der Ergotherapie. Eine australische Studie von Di Tomasso, Isbel, Scarvell & Wicks (2016) greift diese Problematik auf. Dabei wird deutlich, dass sich Ergotherapeut\*innen, die im klinischen Kontext arbeiten, dieser vorherrschenden Ausrichtung und den Vorgaben der Ärzt\*innen verpflichtet fühlen und ihre beruflichen Werte nur wenig und unzureichend vertreten. Auch Gupta & Taff (2015) heben die berufliche Unterscheidung von der Ergotherapie zum Expertenmodell der Medizin hervor. Sie stellen fest, dass sich eine praktische Umsetzung, die sich auf die Beeinträchtigung von Funktionen konzentriert, einen klaren Widerspruch zum Kerngedanken der Ergotherapie, der durch Betätigung die Gesundheit wiederherstellen will, darstellt. Dies kann letztlich auch Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden haben, die gerade durch bedeutungsvolle Betätigung gestärkt werden kann.

Die stark medizinische Ausrichtung von Rehabilitationseinrichtungen gaben TN 1 und TN 6 ebenso als Abweichungsgrund von Betätigungsbasierung an. Kievelitz (2014) konnte ebenfalls in einer Studie, mit der Fragestellung, wie sinnvolle Betätigung in der täglichen Praxis eingesetzt wird, herausstellen, dass die befragten ergotherapeutischen Expert\*innen den stark medizinischen Fokus des deutschen Gesundheitssystems als Stolperstein für die Umsetzung von Betätigungsbasierung in der ergotherapeutischen Arbeit identifizieren.

Dabei zeigen sich Überschneidungen in der betätigungsbasierten Umsetzung der deutschen Ergotherapie, die den vorherrschenden medizinischen Charakter besonders im Arbeitsfeld der Neurologie unterstreicht. Gründe dafür werden in der Studie mit dem fehlenden Wissen über Ergotherapie in der Gesellschaft angeprangert, doch bleibt hier zu hinterfragen, wieso Ergotherapeut\*innen sich nicht viel mehr auf die Kernkompetenzen ihrer Arbeit beziehen, um sich in der gesundheitsberuflichen Landschaft zu positionieren und ihre Alleinstellungsmerkmale nicht deutlicher nutzen.

TN 1 und TN 3 postulierten als weiteren Grund, dass noch immer vorherrschende ergotherapeutische gesellschaftliche Bild, was oftmals zu der Erwartungshaltung besonders der Angehörigen führt, dass Ergotherapie die Klient\*innen heilen kann. Auch hier finden sich ähnliche Erfahrungswerte in der bereits genannten Studie von Kievelitz (2014). Dabei nannten die Studienteilnehmer\*innen die geringe gesellschaftliche Anerkennung der Ergotherapie in Deutschland als markanten Grund, warum der therapeutische Fokus nicht konsequent auf Betätigung gerichtet wird.

Weitere Gründe der Abweichung wurden auf die oftmals fehlende, aber notwendige Zusammenarbeit mit den Angehörigen als Klient\*innensystem von TN1, TN6 und TN8 benannt. In einer qualitativen Studie aus Großbritannien von Atwal et al. (2014) zu ergotherapeutischen Hausbesuchen wird dazu die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Angehörigen und der Familie der Klient\*innen betont und herausgestellt, dass der Kontakt zu Angehörigen ein stark unterstützender Faktor für die Klient\*innen bedeuten kann, der ihnen Sicherheit und Wohlbefinden bringen kann. Ebenso stellt Zieger (2002) heraus, dass die Angehörigen der Klient\*innen eine große Ressource für diese bedeuten, da sie den betroffenen Menschen zumeist ausgeprägt und detailreich kennen und oftmals winzige Zeichen und erste Regungen als Erste wahrnehmen.

Auch wurde die interprofessionelle Arbeit von TN7 und TN8 als Abweichungsfaktor von Betätigungsbasierung benannt. Sie bezogen sich dabei besonders auf Diskrepanzen in der Umsetzung von notwendigen Absprachen mit anderen Professionen und in der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal, welches eine mitbestimmende Rolle in der Rehapphase F einnimmt, da Klient\*innen in dieser Phase auf unterstützende Hilfestellung in allen Betätigungsbereichen angewiesen sind (=> 2.4.1).

Lüdeking (2016) stellt in einer Studie zu interdisziplinärem Arbeiten in Kliniken heraus, dass einer der ersten und wichtigsten Schritte in der interdisziplinären Arbeit die Herstellung einer gemeinsamen Kommunikationsbasis ist, um über Klient\*innen und deren individuellen Kontext zu sprechen. Ergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass bei einer gut funktionierenden Zusammenarbeit eine erhöhte Unkompliziertheit und ein erhöhtes Maß an Eigeninitiative im gemeinsamen beruflichen Miteinander herrscht. Ergotherapeut\*innen haben laut dieser Studie bereits seit je her Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und bringen eine hohe Bereitschaft für eine gelingende interdisziplinäre Teamarbeit mit, doch leiden zumeist alle Teilnehmer\*innen darunter, wenn sich nicht jeder individuell für ein positives Miteinander einsetzt. Dabei wäre zu hinterfragen, wie sehr sich leitende Verantwortliche für eine gute Teamarbeit und einen zufriedenstellenden Zusammenhalt einsetzten und wie stark alle Teammitglieder\*innen und auch die befragten Ergotherapeut\*innen dies einfordern.

Ein weiterer Aspekt, warum von der Betätigungsbasierung abgewichen wird, stellen TN2 und TN4 mit dem Zustand der Klient\*innen dar, der sowohl mit vegetativen als auch körperlich schlechtem Zustand beschrieben wird. Dieser Zustand lässt dann keine Therapieeinheit mit einer guten Beziehungsebene auf Basis von Klientenzentrierung und Betätigungsbasierung in der Ergotherapie der Rehapphase F zu. Diese Aussagen können nicht mit Studien unterlegt werden, da die Ergotherapie mit Langzeitklient\*innen im deutschen klinischen Rehabilitationskontext der Rehapphase F bislang nur sehr unzureichend erforscht wurde. Zieger (2002) thematisiert dazu, dass jegliche Reaktion der Klient\*innen, auch die vegetativen Reaktionen als Ausdruck von nonverbaler Kommunikation verstanden werden kann, auf den man als Pfleger\*in oder Therapeut\*in mit angemessenen Reaktionen und Zeichen reagieren kann.

### 5.3 Was unterstützt Ergotherapeut\*innen die Betätigungsbasierung in der Therapie langfristig und einheitlich umzusetzen?

Die Ergebnisse der Datenerhebung zeigen eine Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren auf erfolgreiche Betätigungsbasierung im ergotherapeutischen Prozess. Die Teilnehmenden berichten von verschiedenen Ressourcen, die Betätigungsbasierung ermöglichen. Beispielsweise die Umweltgegebenheiten, modellgeleitetes Arbeiten, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen.

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist von großer Bedeutung, da laut den Teilnehmenden meist die verbale Kommunikation mit den Klient\*innen eingeschränkt ist. So werden die Angehörigen als wichtiger Teil des Klientensystems gesehen und sind für die Herausarbeitung der Betätigungsanliegen wesentlich (=> 4; => 5.2) (Striesow, 2019). „Genau und dann ergibt sich hoffentlich im Laufe der Zeit über die Angehörigen [...] dass man den Menschen kennenlernt eine Betätigung [findet] die wichtig ist“ (TN1 Z.157-159).

Laut Atwal et al (2014) ist die Arbeit mit den Angehörigen von großer Bedeutung, denn sie gehören zum Alltag der Klient\*innen dazu und haben einen großen Einfluss auf deren Wohlbefinden.

Zieger (2002) benennt zudem den Einbezug der Angehörigen und des sozialen Umfeldes zur Förderung und Ermöglichung der Autonomie und sozialer Teilhabe. „In den Grenzbereichen der Wahrnehmung sind Angehörige – neben dem Pflegepersonal – diejenigen Begleiter, die bei einem Menschen im Koma oder Wachkoma die oft nur winzigen Zeichen und angedeuteten Regungen als Erste wahrnehmen, entschlüsseln und in einen liebevollen Dialog mit ihrem kranken Familienmitglied einbeziehen“ (Zieger, 2002, S. 265).

Da durch die Angehörigen Betätigungsziele festgelegt werden können, können die Klient\*innen, im Rahmen ihrer Fähigkeiten in der Ergotherapie diese ausführen. Hier berichtet Teilnehmerin 2 vom Engagement, dem beteiligt sein an Betätigung. Dies kann beispielsweise durch geführte Aktivitäten oder auch der Teilnahme an Angeboten im Stationsalltag ermöglicht werden (=> 4.2).

Die Interviewteilnehmer\*innen berichten wiederholt von dem Einfluss der Umwelt und des Therapiesettings auf die Betätigungsbasierung, hierbei benennen sie alltagsnahe Settings und Hausbesuche als eine sehr große Ressource für betätigungsbasiertes Arbeiten (-> 4.5). Die Literatur stimmt mit dieser Aussage überein. Hausbesuche gehören zur Rolle von Ergotherapeut\*innen dazu (Atwal et al., 2014; Drummond, Whitehead, Fellows, Edwards & Sprigg, 2012; Wilson, Atwal, Richards & McIntyre, 2012). Durch Hausbesuche können Informationen gesammelt werden, um die klient\*innenbezogene Unterstützung zu ermöglichen. Hierbei liegt der Fokus auf dem Betrachten des Zuhauses der Klient\*innen und dem Begutachten der individuellen Ressourcen und Barrieren in der alltäglichen Umwelt (Atwal et al., 2014).

In der Literatur ist seit Jahren die Akademisierung der Ergotherapie und der Gesundheitsberufe in der Diskussion (Borgetto, 2021). Zwei Teilnehmerinnen benennen das Studium als wichtige Unterstützung der Betätigungsbasierung. Studien, die diese Aussage unterstützen, dass ein Studium die betätigungsbasierte Arbeit begünstigt, konnten nicht gefunden werden. Die Ziele der Akademisierung und damit einheitlichen Berufsausbildung sind laut Rübiger et al. (2019) die Sicherung der Qualität, die Klientenzentrierung und Effizienz im Therapieprozess, durch die Erweiterung des evidenzbasierten und methodischen Handelns (Czyganowski, 2008). Durch das Studium werden sie in besonderem Maße angeregt und angeleitet ihr eigenes professionelles Handeln zu reflektieren und stetig zu erweitern

Mehrere Teilnehmende berichten von einer fehlenden Berufsidentität. Die Teilnehmenden benennen die fehlende eigenen Berufsidentität als Barriere der Betätigungsbasierung. „Da ist, glaub ich noch ganz viel Imagearbeit einfach, die wir selber da leisten müssen.“ (TN1, Z. 219-220) auch in der Literatur wird sich mit der Berufsidentität in den letzten Jahren viel beschäftigt.

Merklein de Freitas (2015) schlussfolgert, dass eine gemeinsame Terminologie und eine professionelle Identität durch die intensivere Auseinandersetzung mit den ergotherapeutischen Grundannahmen die Grundlagen für einen Theorie-Praxis-Transfer ermöglichen würde.

Der deutsche Verband der Ergotherapie definiert die Ergotherapie 2007. Er beschreibt die Definition als „[...] die Basis, von der aus alle Berufsangehörigen unabhängig ihres Arbeitsgebietes, Spezialisierung und ihrer persönlichen Sichtweise die Ergotherapie darstellen können. Sie beschreibt den Kern des Berufs, ist daher berufsfeldübergreifend [...] sie (soll) die gemeinsame Berufsidentität fördern und Grundlage für eine vereinte Außendarstellung unseres Berufes sein“ (DVE, 2007). In der Studie von Eggert, Göge, Mahnke & Wiczorek (2021) wird die Aktualität der Definition des DVE in Interviews kritisch hinterfragt. Die Interviewteilnehmer\*innen wünschen sich Vertiefungen und Ergänzungen besonders in Bezug auf das aktuelle Paradigma.

Modelle leiten laut TN3 den therapeutischen Prozess, müssen jedoch regelmäßig wiederholt werden, um die Umsetzung zu ermöglichen (TN3). Studien zeigen, dass im Besonderen akademisierte Ergotherapeut\*innen der Transfer des modellgeleiteten Arbeitens in den Alltag gelingt (Merklein de Freitas, 2015; Merklein de Freitas et al., 2015; Romein, et al. 2016b). Modelle sollten laut TN1 immer im Hinterkopf sein.

Die Teilnehmenden berichten jedoch auch, dass sie selbst nicht nach Modellen arbeiten. Inwieweit dies mit dem Arbeitsfeld zusammenhängt oder ob im Team die flexible Anpassung der Modelle das Arbeiten unterstützen kann, konnte nicht festgestellt werden.

Eine Teilnehmerin nennt ein Axiom von Paul Watzlawicks fünf Axiomen der Kommunikation (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2017). Dieses besagt, dass nicht nicht kommuniziert werden kann. Kommunikation und Kommunikationsmodelle sollte in der Rehapphase F besonders betrachtet werden, da in diesem Bereich laut der Mehrzahl der Teilnehmenden eine verbale Kommunikation häufig nicht möglich ist.

Verhalten spielt hierbei eine große Rolle und Watzlawick et al (2017) benennen hierbei beispielsweise Tonfall, Mimik, Gestik und Körperhaltung. Die Interviewteilnehmenden berichten ebenfalls von Kommunikation mit ihren Klient\*innen durch Körperreaktionen wie Veränderungen bei Puls, Atmung und Tonus (TN1).

Zieger (2018) berichtet von einer individuellen Kontaktaufnahme mit den Klient\*innen, eine "emotionale Zuwendung mit Ansprechen des eigenen Namens, Verhaltensbeobachtung und Angebote für eine Ja/Nein-Kommunikation sind unerlässlich. Hierbei sind Kenntnisse und Praktiken der Unterstützende Kommunikation in Kooperation mit den Angehörigen hilfreich" (S. 53).

„Auch keine Angst zu haben, etwas auszuprobieren, mal, etwas umzustellen, etwas durchzusetzen auf der Station. Einfach auch Selbstbewusstsein zu zeigen. Wir sind da glaube ich schon die Fachleute für das Ganze. Und das kommt häufig zu kurz“ (TN8, Z. 290-292). Um die Umstellung der Betätigungsbasierung in der Rehapphase F zu unterstützen, ist es sinnvoll, ein Modell des Change Prozesses mit einzubeziehen. Das Modell von Kurt Lewin (Lauer, 2019) beschreibt in drei Phasen den Veränderungsprozess. Die dritte Phase des refreezings sind die Implementierungs- und Evaluationsstrategien von Bedeutung. Schmid und Sell-Krude (2014) stellen fest, dass die Akademisierung der Ergotherapie für einen Wandel unabdingbar ist. Romein et al. (2016b) bestätigen die Aussagen von TN1, die berichtet, dass der Change Prozess „[...] nur [geht] wenn du ein cooles Team hast und ihr gemeinsam beschließt wir wollen das machen, denn es dauert lange und es kostet Energie und es kostet Zeit und es geht zwei Schritte vor und drei zurück“ (Z. 421-424).

Alle Berufsgruppe sollten mit in den Veränderungsprozess der Betätigungsbasierung einbezogen werden, dies erfordert Mut, Geduld und Zeit (Striesow, 2019). Ein klares Verständnis von Betätigungen und Modellen zeigen akademisierte Ergotherapeut\*innen. Zudem gelingt diesen die Umsetzung der Modelle und Betätigungsbasierung im Alltag (Merklein de Freitas, 2015; Merklein de Freitas et al., 2015). Auch Examinierte Ergotherapeut\*innen berichten, dass sie die Akademisierung als bereichernd empfinden, besonders in Bezug auf die Fortentwicklung des Berufsstandes (Schmid & Sell-Krude, 2014).

In der Fachliteratur werden als größte Herausforderungen Widerständen im Team, Planung und Umsetzung genannt (Lauer, 2019). Die erfolgreiche Implementierung des betätigungsbasierten Handelns kann des Weiteren jedoch die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen ermöglichen (Fisher, 2014; Romein et al., 2016a).

Praxen, die den Weg der Umstellung zur Betätigungsbasierung bereits gegangen sind, berichten von den positiven Einflüssen durch die Zusammenarbeit mit allen Mitarbeiter\*innen um die Motivation zu erhalten und die Ermöglichung von modellgeleiteten Arbeitens durch enge Begleitung und regelmäßigen Austausch (Romein et al., 2016b). TN7 berichtet, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Logo- und Physiotherapeut\*innen für alle Beteiligten einen positiven Effekt hat. Neue Herangehensweisen werden gefunden und die Ziele der anderen Professionen kennen gelernt. Diese Aussagen lassen sich mit der Fachliteratur übereinbringen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit kann laut Lüdeking (2016) positive Effekte haben, indem die Eigeninitiative und Gewissenhaftigkeit gesteigert werden kann. Jedoch zeigt die Studie, dass auch negative Folgen durch beispielsweise problematische Kooperation zu erhöhten Fehltagen führen kann.

Eine Teilnehmende berichtete, dass sie die Diskussion störe, dass Funktionsorientierung und Betätigungsbasierung nicht zusammen gehe. Hierbei handelt es sich laut Striesow (2019) um eine Frage der Definition, es muss unterschieden werden, ob funktionsorientiert gearbeitet oder ein Funktionstraining als Methode genutzt wird. Daher würde das Training der Funktion als Mittel eingesetzt werden, um im Top-Down Ansatz an den Betätigungsanliegen der Klient\*innen zu arbeiten (Striesow, 2019). Teilnehmende nennen auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit als Ressource um ganzheitliches und betätigungsbasierte Vorgehen der Ergotherapeut\*innen zu fokussieren.

## 5.4 Beantwortung der zentralen Forschungsfrage

### ***Wie gestalten Ergotherapeut\*innen betätigungsbasierte ergotherapeutische Therapie mit Menschen in der neurologischen Rehabilitationsphase F in Deutschland?***

Für die Beantwortung der aufgestellten Forschungsfrage wird Bezug zu der zuvor erörterten Leitfragen genommen.

Bei der Thematisierung der drei Leitfrage konnten die Autorinnen herausstellen, dass die Interviewteilnehmer\*innen der Betätigungsbasierung in ihrer Arbeit einen hohen Stellenwert beimessen. Der Grundtenor der Betätigungsbasierung wurde definiert als wichtiges Anliegen der Klient\*innen, um wieder mehr Autonomie im Alltag und damit mehr Lebensqualität zu erleben.

Trotz dem Bewusstsein, der Wichtigkeit und der Aktualität von Betätigungsbasierung für die heutige Ergotherapie mit Grundlage auf dem aktuellen Paradigma wurde die Betätigungsbasierung nicht als ausschließliches Merkmal der Therapie identifiziert, sondern ebenso die Funktionsorientierung und das funktionelle Training wurden als gängige Vorgehensweisen beschrieben. Hierbei wurde von allen Teilnehmer\*innen eine abweichende Definition von Betätigungsbasierung in der Rehapphase F mit zumeist schwerbetroffenem Klientel beschrieben. Diese Abweichung, die argumentativ auf die starken körperlichen Einschränkungen der Klient\*innen bezogen wurden, sind die vorwiegenden Gründe, warum häufig nach dem Bottom-up Prinzip gearbeitet werde. Der Erhalt und die Verbesserung von Körperstrukturen und Körperfunktionen werden zu Beginn des Therapieprozesses fokussiert, um Betätigung wieder grundlegend anbahnen zu können. Besonders betont wurde dabei der vorbereitende Charakter von funktionsorientiertem Arbeiten „Das sind dann aber, dass dürfen IMMER NUR vorbereitende Maßnahmen sein.“ (TN1, Z. 208-209).

Der therapeutische Prozess wurde von allen Teilnehmer\*innen in einem aufeinander folgenden Ablauf, der den Phasen der Evaluation, der Intervention und dem Outcome nach verschiedenen Modellvorgaben wie beispielsweise dem schon thematisierten OTIPM (=> 2.2.2) ähneln, gestaltet. Doch machten die Teilnehmer\*innen auch transparent, dass sie kein einheitliches ergotherapeutisches Prozess- oder Inhaltsmodell innerhalb des gesamten Teams für ihr Vorgehen nutzen. Mehrere Teilnehmer\*innen sehen in ergotherapeutischen Modellen viel Potenzial, was neben den Ergotherapeut\*innen, auch den Klient\*innen, dem interdisziplinären Team sowie den Berufsanfänger\*innen mit Einheitlichkeit und Strukturierung aber auch klarer beruflicher Positionierung und beruflicher Identität zugute-kommen würde.

So beschreiben die Befragten, den modellgeleiteten Prozess immer im Hinterkopf zu haben und dass ihr professionelles Reasoning (=> 2.4) davon beeinflusst wird. Modelle werden jedoch nicht chronologisch als Struktur im Therapieprozess angewendet.

Die Teilnehmer\*innen orientieren sich an verschiedenen Assessments zur Befunderhebung. Dazu gehören beispielsweise der MoCa, Fugle-Meyer Test sowie das COPM. Einige Teilnehmer\*innen gaben an, diese Assessments für die Rehaphase F zu adaptieren, dabei ist zu beachten, dass durch die Adaption keine Evidenzbasierung gegeben ist. Des Weiteren nutzen die Teilnehmenden auch Beobachtungen und Betätigungsanalysen zur Befunderhebung. Diese Datenerhebungen dienen darüber hinaus auch als Hilfestellung, um mit interdisziplinären Teamkolleg\*innen individuelle Betätigungsprobleme und Therapieziele herauszustellen, da sehr häufig keine eindeutige verbale Kommunikation mit den Klient\*innen möglich ist. Dieser Zustand und die daraus resultierende Gegebenheit, dass die Klient\*innen nicht aus eigener Intention heraus bestimmen können, was ihr gewünschter Therapieschwerpunkt sein sollte, wird von den Teilnehmer\*innen als schwierige „Grauzone“ (TN7, Z.74) oder als berufsethisches Dilemma gesehen.

Die sehr individuelle Verfassung der Klient\*innen in der Rehaphase F, bedingt auch die Vorgehensweise der befragten Ergotherapeut\*innen, die therapeutischen Prozessphasen sehr auf die jeweiligen Fähigkeiten der Klient\*innen abzustimmen, um niederschwellige Aktivitäten anzubahnen. Darüber hinaus beschrieben einige Teilnehmer\*innen neben dem individuell körperlichen Zustand auch die fehlende verbale Kommunikation als die Hauptgründe, warum sie im individuellen Falle von Betätigungsbasierung abweichen. Es wurde dabei benannt, dass es für Klient\*innen auch mit sehr viel Stress verbunden sein kann, wenn sie in nicht selbstbestimmte Betätigung geführt werden und dabei ihre vermeintlich sichere Umgebung verlassen müssen.

Daneben werden auch Gründe für Betätigungsabweichung benannt, die sich auf institutionelle und umweltbezogene Rahmenbedingungen beziehen. So fühlen sich einige Teilnehmer\*innen durch die begrenzte Therapiezeit, aber auch die räumlichen Vorgaben der Institutionen gehindert.

Auch wird die oftmals stark geprägte medizinische Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtungen als hinderlich empfunden, da der medizinische Gedanke oftmals mehr der Funktionsorientierung als der Betätigungsbasierung zuspricht, was für die Außendarstellung der betätigungsbasierten Ergotherapie hinderlich ist.

Hier sehen die Autorinnen eine Problematik darin, dass keine einheitliche Definition von Betätigungsbasierung im deutschen ergotherapeutischen Kontext der Rehapphase F besteht, nach der die Teilnehmenden ihr Vorgehen ausrichten können.

Hier könnte ein modellgeleitetes Vorgehen eine einheitliche Argumentationsstruktur für Vorgehensweisen mit einer definierten und erforschten Evidenzlage bieten. Diese könnte auch einen Wandel im Sinne des Change-Prozesses zu grundlegendem betätigungsbasierten therapeutisch-strukturiertem Vorgehen begünstigen. Mit einer modellgeleiteten Argumentationsstruktur, die sich ebenfalls an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientiert, könnte man, der Ansicht der Autorinnen nach, auch interprofessionell mit Ärzt\*innen und Klinikleitungen deutlicher und einheitlicher kommunizieren (=> 5.1)

Um die Klient\*innen auf holistische Weise kennenzulernen, beschreiben die Teilnehmer\*innen, dass sie die aktive Mitarbeit der Angehörigen unterstützen. Einige Teilnehmer\*innen beschreiben das Klient\*innensystem als Ressource in Form von Expert\*innen, die die Klient\*innen am besten kennen. So wird auf der Basis der generellen Kommunikation dem therapeutischen Vorgehen sehr viel Wert beigemessen. Auch aus Sicht der Autorinnen ist jegliche Art von Kommunikation der Weg zu mehr Partizipation und Teilhabe für die betroffenen Klient\*innen. Dennoch liegt es bei den Ergotherapeut\*innen die gesammelten Informationen in den Therapieprozess einfließen zu lassen.

Dahingehend beschreiben Teilnehmer\*innen, dass die fehlende Zusammenarbeit mit den Angehörigen auch ein Grund sein kann, der die Therapeut\*innen von Betätigungsbasierung abweichen lässt. Teilweise fehlt jegliche biografische und anamnestische Grundlage für mögliche Betätigungsbasierung und daher der Therapieprozess mit Funktionsstabilisierung und -gewinnung begonnen wird. Dies schafft eine grundlegende Einschätzung der Klient\*innen auf funktioneller Basis und lässt beurteilen, was die Klient\*innen schaffen können und was nicht.

Die Analyse der Expert\*inneninterviews macht deutlich, dass die Ergotherapie in der neurologischen Rehabilitationsphase F ein anspruchsvolles und intensives Arbeitsfeld ist. Dieses weist sowohl auf die Betrachtungsweise des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas als auch auf den praktischen Umgang mit Modellen der dort tätigen Ergotherapeut\*innen hin und weist noch viel Forschungsbedarf auf.

## 5.5 Stärken und Limitationen der Studie

Ein wichtiger Aspekt empirischer Forschung ist es, am Ende des Verfahrens eine Einschätzung der Ergebnisse durchzuführen, um die Qualität der Forschungsergebnisse zu reflektieren (Mayring, 2016). In diesem Kapitel werden sowohl die inhaltlichen als auch die methodischen Stärken und Limitationen der Studie beschrieben und reflektiert. Zu Beginn wird sich mit der Befangenheit der Autorinnen auseinandergesetzt, um zum einen deren Beweggründe nachvollziehen zu können und eine Einflussnahme auf die Ergebnisse auszuschließen. Im zweiten Teil wird Bezug zu den Gütekriterien qualitativer Forschung (Mayring, 2016) genommen. Dafür werden nacheinander die Stärken und Limitationen der einzelnen Gütekriterien beleuchtet.

Durch die Auseinandersetzung mit dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma (=> 2.1), beschäftigten sich die Autorinnen mit der betätigungsbasierten Ergotherapie. Das Studium an der Zuyd Hogeschool in Heerlen verstärkte deren Interesse Betätigungsbasierte Therapieprozesse zu gestalten. Die Umsetzung in der Praxis stellte sich in ihrem eigenen Praxisalltag mit Klientel der Rehapphase F als schwierig heraus. Die Autorinnen befinden sich selbst im Prozess, betätigungsbasierte Ergotherapie in die Rehapphase F zu implementieren. Sie standen und stehen im Praxisalltag vor der, in dieser Arbeit thematisierten, Forschungsfrage. Die vorliegende Arbeit bezieht sich in der Datenerhebung auf die Hermeneutik (=> 3.5). Das hermeneutische Vorgehen wird durch das Vorwissen, die Befangenheit und Vorurteile beeinflusst, die eine Färbung der Interpretation bewirken (Chapparo, 2016). Im Sinne des hermeneutischen Vorgehens setzten sich die Autorinnen zu Beginn der Forschungsarbeit mit den eigenen Erfahrungen und damit der eventuellen Befangenheit auseinander und wurden sich dieser bewusst. Das Vorwissen und Verständnis über Betätigungsbasierung, die Rehapphase F und Krankheitsbilder innerhalb dieser Phase schafften eine Gesprächsgrundlage in den Interviews und befähigten die Autorinnen zu konkreteren Nachfragen. Das Vorverständnis der Autorinnen in Bezug auf die Ergotherapie im aktuellen Paradigma, der Betätigungsbasierung und ergotherapeutische Behandlung in der neurologischen Rehapphase F wird ausführlich im Kapitel 2, dem theoretischen Hintergrund beschrieben und mit externer Evidenz belegt.

Die **Verfahrensdokumentation** nach Mayring dient der Nachvollziehbarkeit (Mayring, 2016). Innerhalb der Forschungsarbeit soll nach Mayring (2016) ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen eingehalten werden. Das methodische Vorgehen wird im Kapitel 3 dokumentiert und beschrieben. Die Autorinnen orientierten sich während der Datenanalyse an den Kriterien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Durch die vollständige Nutzung des Ablaufmodells (=> Abb. 4) der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurde das Qualitätskriterium **Regelgeleitetheit** erfüllt.

Der vorliegenden Studie liegt eine intensive Literaturrecherche zugrunde, diese wird im Kapitel 3 beschrieben, zudem sind die genutzten Datenbanken und Keywords tabellarisch im Anhang aufgeführt (=> A. 3.1) Die aktuelle Studienlage zur betätigungsbasierten Ergotherapie in der Rehapphase F ist im nationalen sowie internationalen Raum gering. Die Autorinnen zogen aus diesem Grund Studien hinzu, die nicht die Rehapphase F untersuchten, jedoch auf diese übertragen werden konnten. Zudem bezogen sich die Autorinnen auf internationale Evidenz aus den Jahren zwischen 2021 und 1995. Dies stellt eine Limitation der vorliegenden Studie dar, da der theoretische Hintergrund teilweise nicht ausreichend aktuell dargestellt werden konnte.

Die Erstellung des Interviewleitfadens wurde ebenfalls im Kapitel 3.4.1 erläutert und im Anhang 6 mit der zugehörigen Evidenz belegt. Der Interviewleitfaden wurde durch eine Pilotstudie erprobt und hinsichtlich der Verständlichkeit der Fragen und der Interviewführung verbessert. An dieser Stelle wäre eine zweite Pilotstudie sinnvoll gewesen, um die Fragen im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungs- und Leitfragen zu spezifizieren.

Die Interviews wurden aufgrund der pandemischen Lagen und damit verbundenen Kontakteinschränkungen und Reiseempfehlungen online durchgeführt. Aus diesem Grund konnte die **Nähe zum Gegenstand** nicht gewährleistet werden. Die gemeinsame Arbeit zwischen den Autorinnen und den Teilnehmenden beruhte auf einem offenen Verhältnis. Die Autorinnen legten mit Erstellung des Flyers zur Teilnehmer\*innenrekrutierung ihre Absichten offen (=> A. 7). Zudem wurden die Teilnehmenden vor Studienbeginn schriftlich über die Studie und die Verwendungszwecke informiert (=> A. 8 & 9).

Der Sampling-Prozess wurde, wie in Kapitel 3 beschrieben, durch Nutzung unterschiedlicher Methoden möglichst umfassend auf nationaler Ebene durchgeführt. Die Rückmeldung war gering. Aufgrund der geringen Rückmeldung wurden vier Teilnehmende aus dem näheren Arbeitsumfeld der Autorinnen in die Studie mit einbezogen. Zudem arbeiteten oder arbeiten diese Teilnehmenden in derselben Einrichtung in unterschiedlichen Abteilungen. In Bezug auf die eventuelle Befangenheit und geschwächte Objektivität der Teilnehmenden benennen die Autorinnen diesen Aspekt als Limitation der vorliegenden Studie.

Dennoch sind die Teilnehmenden durch die unterschiedlichen Städte/Bundesländer, in denen die Teilnehmenden arbeiten, die Berufserfahrung und Qualifikationen heterogen. Die Teilnehmenden setzten die Betätigungsbasierung auf unterschiedliche Weise in ihrer therapeutischen Arbeit ein. Diese, teilweise vorhandene Diversität ist als Stärke zu sehen, da individuelle Einblicke in ergotherapeutische Therapieprozesse erhalten werden konnten.

Durch den zeitlichen Rahmen der Bachelorarbeit und der daraus resultierenden Teilnehmer\*innenzahl, konnte keine Datensättigung erreicht werden.

Die **argumentative Interpretationsabsicherung** ermöglicht die Gestaltung qualitativ höherwertiger Studien. Die Autorinnen nutzten während der Interviews direkte Gegenfragen zur Widerlegung von Negativdeutungen. Die gewonnenen Aussagen und Informationen der Teilnehmenden konnten so zusammengefasst und sichergestellt werden, dass diese richtig aufgefasst wurden: „Also, wenn ich das nochmal zusammenfasse, dann sagst du, okay, dadurch dass du die Betätigung ja direkt in der Therapie hast, sieht man die dann direkt in der Therapie“ (IV7, Z.170-172).

Die Grundlage der Analyse stellen die Transkripte der Interviews dar. Um die Teilnehmenden stärker in den Analyseprozess einzubeziehen, wurden im Rahmen der **kommunikativen Validierung** die Transkripte an die Teilnehmenden gesendet. Der Member Check ermöglichte die Rücküberprüfung des Gesagten auf ihre Gültigkeit durch die Teilnehmenden selbst. Wünschenswert wäre gewesen, nicht nur die Transkripte, sondern auch deren Interpretation und die daraus resultierenden Ergebnisse der Studie durch die Teilnehmenden verifizieren zu lassen. Hierauf wurde aufgrund des geringen Zeitkontingents verzichtet.

Mayring (2016) beschreibt durch die Verbindung mehrerer Analysearten und die dadurch verbundenen Hinzunahmen unterschiedlicher Perspektiven die Qualitätssteigerung der Studie. Die **Datentriangulation** konnte nur zum Teil umgesetzt werden. Wie zuvor beschrieben, brachten die Teilnehmenden verschiedene Berufserfahrungen, berufliche Positionen und Qualifikationen mit. Fünf Teilnehmende absolvierten ihr Studium an der Zuyd Hogeschool in Heerlen, dadurch wird eine gleiche Sichtweise wahrscheinlicher. Diesen Aspekt sehen die Autorinnen als mögliche Limitation. Das Ziel der Forschung war es viele Vorgehensweisen innerhalb der betätigungsbasierten Therapie darzustellen und einen Einblick zugeben, der möglicherweise beeinflusst wurde.

Die **Forschertriangulation** stellt eine große Stärke dieser Forschung dar. Die in Kapitel 3 beschriebene Vorgehensweise der Autorinnen entschärfen den Interessenkonflikt und die Voreingenommenheit der Autorinnen in Bezug auf die Forschungsergebnisse. Durch den gemeinsamen Austausch der Autorinnen konnten Ergebnisse aus individuellen Blickwinkeln diskutiert und analysiert werden.

Die im Kapitel 4 vorgestellten Resultate bieten einen Einblick in die betätigungsbasierte Ergotherapie der Rehapphase F und zeigen die individuelle Perspektive der Teilnehmenden. Die vorliegende Forschungsarbeit bietet somit eine Orientierung und gibt Beispiele wie Betätigungsbasierte Ergotherapie in der Rehapphase F umgesetzt werden kann, ist jedoch nicht als einheitlicher Leitfaden zu verstehen. Die Erstellung eines Praxisleitfadens war nicht das Ziel dieser qualitativen Forschungsarbeit, sondern stellt ein mögliches weiteres Forschungsthema/ -ziel dar.

Zusammenfassend weist die vorgestellte Studie als Schwäche, den Mangel an externer qualitativer Evidenz, auf. Zudem ist als Limitation die geringe Anzahl der Teilnehmer\*innen und die mögliche Befangenheit der Teilnehmenden aufgrund des teilweise gemeinsamen Arbeitsumfeldes mit den Autorinnen zu nennen. Die vorliegende Arbeit zeigt weiterführende Erkenntnisse zur Anwendung der Betätigungsbasierung innerhalb der Rehapphase F

## 6. Schlussfolgerung

Das abschließende Kapitel beschäftigt sich mit den Erkenntnissen der Studie. Es wird auf die anfänglich aufgestellten Hypothesen (=> 1.3) eingegangen und diese überprüft. Des Weiteren wird der Forschungsbedarf, der in verschiedenen Bereichen gesehen wird, thematisiert und offene Fragen benannt. Zum Schluss fasst ein Fazit die wichtigsten Erkenntnisse zusammen.

Zu Beginn der Arbeit wurde von den Autorinnen die sehr offene Hypothese aufgestellt, dass die Betätigungsbasierung aufgrund verschiedener Faktoren erschwert wird. Die Aussagen der Teilnehmenden (=> 4.1) unterstützen diese Hypothese, indem sie aufzeigten, dass eine gesonderte Definition der Betätigungsbasierung für die Rehapphase F benötigt wird. Ein Unterschied der beispielsweise benannt wurde, ist die kleinschrittigere Eiteilung von Betätigungen.

Betätigung wird in der Rehapphase F anders definiert und benötigt diese differenzierte Definition aufgrund der Rahmenbedingungen. Betätigungen werden in kleinere Aktivitäten eingeteilt, kleinschrittig und differenziert betrachtet. Wichtig ist hierbei, dass auch kleine Betätigungen von großer Bedeutung sein können.

Die stark ausbaufähige Studienlage in der deutschsprachigen, aber auch die internationale Literatur über die neurologische Rehapphase F zeigt, dass ein großer Bedarf an Forschung besteht. Auch fehlende Aufklärung und der Bedarf an Veränderung wird deutlich dadurch, dass die Teilnehmer\*innenakquise, mit den Einschlusskriterien der betätigungsbasierten Therapie in der Rehapphase F, wenig Zulauf fand. Dies unterstreicht die im Vorhinein erstellte Hypothese, dass betätigungsbasiertes Arbeiten in der Rehapphase F erschwert ist. Innerhalb der Interviews wurde diese Hypothese thematisiert und bestätigt. Jedoch werden die Begriffe Betätigungsbasierung und -orientierung teilweise als Synonyme verwendet und nicht in ihrer Bedeutung differenziert (=> 2.2.1).

Es wurde eine weitere Hypothese festgelegt: Die Betätigungsbasierung ist durch den körperlichen Zustand der Klient\*innen erschwert. Zusammenfassend ist die Betätigungsbasierung nicht flächendeckend verbreitet und die Funktionsorientierung noch vorherrschend. Besonders im neurologischen, orthopädischen Bereich oder der Psychiatrie (Matuschek, 2016; Schulte et al. 2017) zeigt sich Entwicklungspotenzial. Auch wenn der Fokus auf Betätigung in den Interventionen gelegt wird, wird durch die stark körperlich beeinträchtigten Klient\*innen der Rehapphase F oft davon abgewichen und es wird funktionsorientiert gearbeitet oder funktionelles Training als Betätigungsvorbereitung eingesetzt (=> 4.8). Dies unterstützt die aufgestellte Hypothese, besagt jedoch auch, dass Betätigungsbasierung möglich ist. Die von Teilnehmerin 1 genannte hypothesengeleitete Betätigungsanalyse beschreiben eine Möglichkeit effektive Aktionen der Klient\*innen herauszuarbeiten.

Eine weitere Hypothese, die die Autorinnen aufstellten, lautet: Fehlende Kommunikationsfähigkeiten der Klient\*innen erschweren die Klientenzentrierung. Die Ergebnisse zeigten zustimmend, dass bereits Schwierigkeiten beim Herausarbeiten von Betätigungsanliegen in der Evaluations- und Zielsetzungsphase, in der ersten Phase des OTIPM (Fisher, 2018) bestehen. Diese treten durch die häufig nicht oder nur sehr eingeschränkt verbale Kommunikationsmöglichkeiten der Klient\*innen auf. So muss bereits zu Beginn das Verständnis und die Umsetzung der Betätigungsbasierung angepasst werden. Die therapeutische Arbeit sollte daher auf dem Austausch mit dem Klientensystem und der Biographiearbeit basieren und den momentanen Alltag der Klient\*innen mit einbeziehen.

Die Autorinnen stellten die Hypothese auf, dass das Gesundheitssystem in Deutschland Ergotherapeut\*innen in der Betätigungsbasierung blockiert. In Bezug auf die Berufsidentität wurde im Studienverlauf deutlich, dass kein einheitliches und gefestigtes Berufsbild der Ergotherapie in der Gesellschaft vorherrscht. Dies erschwert ein einheitliches ergotherapeutisches Vorgehen und die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen (Lüdeking, 2016). Es bleibt auch die Frage offen, wie die Berufsidentität vereinheitlicht werden kann.

Eine weitere Hypothese nennt, dass die Betätigungsbasierung teilweise durch Rahmenbedingungen verhindert wird, auch wenn Ergotherapeut\*innen betätigungsbasiert arbeiten möchten. In den Interviews nannten die Teilnehmer\*innen verschiedene umweltbezogene Rahmenbedingungen die als Barrieren der Betätigungsbasierung zusehen sind (=> 4.6). Es wurde benannt, dass vorhandene Hierarchien innerhalb der Rehabilitationseinrichtungen und die dadurch benötigten Absprachen der Betätigungsbasierung im Weg stehen können. Auch der wechselnde Stationsalltag, das Problem der Zusammenarbeit mit der Pflege und feste zeitliche Strukturen können die Betätigungsbasierung erschweren. Somit wurde die Hypothese bestätigt, dass verschiedene Rahmenbedingungen ein Hindernis der betätigungsbasierten Arbeit sein können.

Die Ausbildung in Deutschland setzt Betätigungsbasierung nicht in den Fokus, Funktionen und Handwerk spielt weiterhin eine übergeordnete Rolle, besagt die nächste Hypothese. Die Ergotherapie in Deutschland halte an der Ausbildungsstruktur fest und sei nicht auf dem neusten Stand. Die vorliegende Studie stellte heraus, dass die Akademisierung vermutlich dazu beigetragen hat, dass die Befähigung zur Betätigung als Kerndomäne der Ergotherapie verstanden wird. Betätigungsbasiertes Arbeiten scheint durch die Akademisierung mehr in den Köpfen der Ergotherapeut\*innen angekommen zu sein. Jedoch gelingt der Transfer in die Praxis in einigen Fachbereichen noch nicht vollständig (Schulte et al. 2017; Striesow 2019). Die vorhandenen ergotherapeutischen Modelle werden im Berufsalltag der Rehapphase F nicht vollständig eingesetzt. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, der sich mit der Frage beschäftigt, wie die geläufigen Modelle für die Anwendung in der Rehapphase F angepasst werden müssten um die Unterstützung, die diese bieten, nutzen zu können.

Zudem kann modellgeleitetes Arbeiten den Prozess im professionellen Reasonings (=> 2.4) unterstützen. Somit bestärken die Meinungen der Teilnehmenden die Hypothese und der Wechsel zur Akademisierung wird als sinnvoll angesehen.

Die Empfehlungen, die den Interviews entnommen werden konnten, sind, dass modellgeleitete Arbeiten als Unterstützung für Betätigung, durch Biographiearbeit und Klientenzentrierung zu sichern ist und sich teilweise vom ADL-Training distanziert werden sollte, außer es ist ein Betätigungsanliegen.

Die Arbeit im interdisziplinären Team mit Therapeut\*innen ist eine große Unterstützung, um betätigungsbasiertes Arbeiten zu implementieren. Von großer Bedeutung ist auch besonders die Zusammenarbeit mit der Pflege. Wenn im interdisziplinären Team gemeinsam Betätigungsziele gesetzt werden, Absprachen durch beispielsweise Fallbesprechungen ermöglicht werden, kann gemeinsam das Wohlbefinden und die Teilhabe der Klient\*innen verbessert werden. Jede Disziplin ist für die Klient\*innen wichtig und können ihr Leben positiv beeinflussen. Bei der Arbeit im interdisziplinären Team ist die Kommunikation sehr bedeutend. Für disziplinübergreifende Kommunikation kann die Nutzung der Terminologie der ICF sinnvoll sein. Auch die Zusammenarbeit im Team mit Ärzt\*innen und Klinikleitungen würde eine einheitliche Terminologie unterstützen. Bei der Zusammenarbeit mit allen Disziplinen ist es von Bedeutung, Gemeinsamkeiten und individuelle Zuständigkeiten im Team festzulegen, um effiziente Zusammenarbeit zu ermöglichen. Forschungsbedarf ist an dieser Stelle noch gegeben, um die Auswirkungen der interdisziplinären Zusammenarbeit für Klient\*innen und die ergotherapeutische Arbeit herauszuarbeiten. Denn eine wichtige Frage, die diese Studie nicht beantwortet hat, ist, wie Klient\*innen der Rehapphase F von Betätigungsbasierung profitieren.

Die Autorinnen stellten fest, dass aktuell zu wenig Forschung und Evidenz zur betätigungsbasierten Ergotherapie innerhalb der Rehapphase F existieren, um allgemeingültige Handlungsempfehlungen aufstellen zu können. Von Bedeutung ist hier, dass neue gewonnen Erkenntnisse für jeden Menschen zugänglich sein sollten. Dieser Zugang würde auch die Umsetzung der Betätigungsbasierungen innerhalb einer gesamten Einrichtung ermöglichen und so die Betätigungsbasierung einheitlich und langfristig zu implementieren. Hierbei stellte sich die offene Frage heraus: Wie kann eine ganze Einrichtung betätigungsbasiert arbeiten? Die Idee dahinter basiert auf den Aussagen der Expert\*inneninterviews, die sich einen Wandel von dem Verlassen der Vollpflege hin zu geführten Einzelschritten oder sogar die Übernahme der Klient\*innen von Einzelschritten wünschen.

Die Studie stellt fest, dass Betätigungsbasierung kleinschrittig gesehen werden muss. Die Zielformulierung sollte zu Beginn der Therapie im interdisziplinären Team stattfinden und ist ausschlaggebend für betätigungsbasiertes Arbeiten. Um die Betätigung im Therapieprozess nicht aus dem Blick zu verlieren, können Modelle und wiederkehrende Evaluationen sehr hilfreich sein.

Das Ziel der Ergotherapie ist auch in der Rehapphase F die Steigerung der Selbstwirksamkeit und der Lebensqualität der Menschen. Dabei müssen die Betätigungen ganz individuell gesehen werden und auch niederschwellige Aktivitäten als bedeutsam angesehen werden. Von dem Gedanken, dass Betätigungen groß sein müssen, damit sie bedeutsam sind, sollte Abstand genommen werden. Ein veränderter Blickwinkel unterstützt, dass die Klient\*innen Teilhabe erleben können, wenn sie an der Betätigung beteiligt sind, im Sinne des Engagements. Teilnehmende benannten Beispiele für Betätigungen wie das Festhalten der Zahnbürste oder mit Unterstützung aufrecht Sitzen, um die Sportschau im Fernsehen anzuschauen oder einen begleiteten Spaziergang in den Garten machen. Kleine Aktivitäten können für die Klient\*innen in der Rehapphase F schon Großes bedeuten, wie beispielsweise das selbstständige Halten des Waschlappens bei der morgendlichen Pflege oder das Sitzen im Rollstuhl im Aufenthaltsraum, um am Stationsalltag teilzuhaben. Therapeut\*innen sollten sich nicht davon einschränken lassen, dass die Klient\*innen meist Ziele nicht selbst nennen können, da Betätigungsbasierung beispielsweise auch durch Biographiearbeit möglich und sehr sinnvoll ist, um gesteigerte Lebensqualität zu bewirken.

Als abschließendes Fazit möchten die Autorinnen, allen Berufseinsteiger\*innen und Ergotherapeut\*innen, die Betätigungsbasierung einsetzen möchten mitgeben, dass eine Umstellung viel Zeit und Ausdauer benötigt, jedoch die eigene Arbeit bereichert und die Lebensqualität der Klient\*innen unterstützt. Die Worte der Teilnehmerin 8 beschreiben dies treffend:

*„Auch keine Angst zu haben etwas auszuprobieren, mal etwas umzustellen, etwas durchzusetzen auf der Station. Einfach auch Selbstbewusstsein zu zeigen.“  
(Z. 290-291).*

## Quellenverzeichnis

- Atwal, A., Spiliotopoulou, G., Stradden, J., Fellows, V., Anako, E., Robinson, L & McIntyre, A. (2014). Factors Influencing Occupational Therapy Home Visit Practice: A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 21(1), 40–47. doi:10.3109/11038128.2013.821162.
- Bender, A., Adrion, C., Fischer, L., Huber, M., Jawny, K., Straube, A. & Mansmann, U. (2016). Long-Term Rehabilitation in Patients with Acquired Brain Injury - A Randomized Controlled Trial of an Intensive, Participation-Focused Outpatient Treatment Program. *Deutsches Ärzteblatt International* 113 (38), 634–41. doi: 10.3238/arztebl.2016.0634.
- Berg, D., Oster, J-L., Takacs, C. (2019). Betätigungs... was?! Fachterminologie nach Anne G. Fisher. *Ergoscience* 12(5), 26-28. doi: 10.1055/a-0864-3262.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Heidelberg: Springer-Verlag
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A.M., Kasper, N. Menzel, M., Netzband, A., Reichel, K., Reßler, W., Schmidt, M., Seiferth, W., Thieme, H. & Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide - Diskussionsbeitrag Zur Evidenz-Basierten Praxis in Der Ergotherapie. *Ergoscience* 2(2). doi: 10.1055/s-2007-963004.
- 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. (2021). Zurück Ins Letzte Jahrhundert? Professionalisierung Und Akademisierung Der Ergotherapie. *Ergotherapie & Rehabilitation* 2, 32–34. doi: 10.2443/skv-s-2021-51020210204.
- Boyt Schell, B. A., Schell, J. W. (2019). Professionelles Reasoning in der Ergotherapie. In M. Feiler (Hrsg.) *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (pp. 30-47), Stuttgart: Thieme Verlag.
- Brandt, B. (2017). Therapieansätze überdenken: Generalisation und Alltagstransfer sicherstellen. *Ergotherapie & Rehabilitation* 56(10), 26-29. doi: 10.2443/skv-s-2017-51020171004
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2003). *Empfehlungen zur Stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit Schwere und Schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F*. Frankfurt a.M.: BAR.
- Chapparo, C. (2016). Hermeneutik. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Verstehen, Anwenden Nutzen für die Praxis* (pp. 98-112). Heidelberg: Springer Verlag.

- Che Daud, A. Z., Yau, K.M., Barnett, F. & Judd, J. (2016). Occupation-Based Intervention in Hand Injury Rehabilitation: Experiences of Occupational Therapists in Malaysia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 23(1). doi: 10.3109/11038128.2015.1062047.
- Christiansen, C. H., Haertl, K. (2008). A Contextual History of Occupational Therapy. In H. S. Willard, B. A. Boyt Schell (Ed.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (pp. 9-34). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Crepeau, B. E., Boyt Schell, B.A., Gillen, G. & Scaffa, M. E. (2008). Analyzing Occupations and Activities. In H. S. Willard, B. A. Boyt Schell (Ed.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (pp. 234-248). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Cup, E., van Hartingsveldt, M. (2019). Ausgangspunkte in der Ergotherapie. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 197–201). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Czyganowski, M. (2008). Ergotherapie-Studiengänge – Studienvielfalt Und Ihre Chancen. *Ergopraxis* 1(3/4), 46-48. doi: 10.1055/S-0030-1261808.
- Davies, P. M. (2002). *Hemiplegie. Ein umfassendes Behandlungskonzept für Patienten nach Schlaganfall und anderen Hirnschädigungen* (2. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.
- D’Cruz, K., Linsey H. & Lentin, P. (2016). Client-Centred Practice: Perspectives of Persons with a Traumatic Brain Injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 23(1), 30-38. doi: 10.3109/11038128.2015.1057521.
- Dehnhardt, B. (2010). Occupational Therapy Intervention Process Model – Den Ergotherapeutischen Prozess strukturieren. *Ergopraxis* 3(3). doi: 10.1055/s-0030-1249583.
- 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). doi: 10.1111/1440-1630.12289.
- Döring, N., Bortz, J. (2016). Stichprobenziehung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (pp. 291-318). Heidelberg: Springer Verlag.
- Döring, N., Bortz, J. (2016). Fragebogen. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (pp. 395-430). Heidelberg: Springer Verlag.
- Döring, N., Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- Und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.
- Dresing, T., Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitung Und Regelsysteme Für Qualitative Forschende*. (6. Auflage). Marburg: Eigenverlag.

- Drummond, A., Whitehead, P., Fellows, K., Edwards, C. & Sprigg, N. (2012). Occupational Therapy Predischarge Home Visits for Patients with a Stroke: What Is National Practice? *British Journal of Occupational Therapy* 75(9), 396–402. doi: 10.4276/030802212X13470263980711.
- Dünnwald, U. (2018). Vorwort: Betätigung und Funktion -eine starke Allianz für Teilhabe und Lebensqualität in der Neurologie? In E. S. Minkwitz & A. Heß (Hrsg.), *Betätigung und Funktion – eine starke Allianz für Teilhabe und Lebensqualität in der Neurologie?* (pp. 7-11). Idstein: Schulz- Kirchner Verlag.
- DVE (2007). *Definition - Deutscher Verband Ergotherapie e.V.* (DVE). Retrieved from (<https://dve.info/ergotherapie/definition>).
- Enemark L., Rasmussen, A. B. & Christensen, J. R. (2018). Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*. doi: 10.1155/2018/5956301
- Eggert, C., Göge, V., Mahnke, D. & Wieczorek, J. (2021). Alles eine Frage der Perspektive: Über die Schwierigkeit, seinen Beruf zu Erklären. *Ergotherapie und Rehabilitation* 3,14–18. doi: 10.1515/9783828260207-026.
- Feiler, M. (2019). *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Felber, K. (2019). Akuttherapie: ICU, SU und B-Reha. In M. Feiler (Hrsg.), *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (197-210). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Fisher, A. G. (2018). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell Zum Planen Und Umsetzen von Klientenzentrierter, Betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. (2. Auflage) Idstein: Schulz-Kirschner Verlag.
- Fisher, A. G. (2014). Occupation-Centred, Occupation-Based, Occupation-Focused: Same, Same or Different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 21(1). doi: 10.3109/11038128.2014.952912.
- Gerber, M., Kraft, E. & Bosshard, C. (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweizerische Ärztezeitung* 99(44), 1525–1529. doi: 10.4414/saez.2018.17276
- Gläser, J., Laudel, G. (2006). *Experteninterviews und Qualitative Inhaltsanalyse*. (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialforschung
- Goodman, C., Drennan, V., Scheibl, F., Shah, D., Manthorpe, J., Gage, H. & Iliffe, S. (2011). Models of Inter Professional Working for Older People Living at Home: A Survey and Review of the Local Strategies of English Health and Social Care Statutory Organisations. *BMC Health Services Research* 11, 337. doi: 10.1186/1472-6963-11-337.

- Gupta, J., Taff, S.D. (2015). The Illusion of Client-Centred Practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 22(4). doi: 10.3109/11038128.2015.1020866.
- Haase, F. C. (2015). Phasen des Therapieprozesses. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Vom Behandeln zum Handeln* (pp. 189-196). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Hagedorn, R (2009) Umsetzung von Modellen in der Praxis, In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Hack, P. Weber & M. Schwarz (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (pp.29-43). Heidelberg: Springer
- Hessenauer, M. (2020). Das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) In M. Kohlhuber, C. Aichhorn & B. Dehnhardt (Hrsg.), *Ergotherapie – Betätigungszentriert in Ausbildung und Praxis* (pp.112-127). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Habermann, C., Kolster, F. (2009). *Ergotherapie Im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Masuhr, K.F., Masuhr, F., Neumann, M. (2013). *Duale Reihe Neurologie* (7. Auflage). Stuttgart: Thieme-Verlag
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy practice* (4th ed.) F.A.Davis.
- Kievelitz, M. (2014). Sinnvolle Betätigung in Der Täglichen Praxis Einsetzen. *Ergotherapie und Rehabilitation* 53(6),24–26. doi: 10.2443/skv-s-2014-51020140603.
- Kinébanian, A. (2019). Anfänge der Berufsentwicklung. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (Pp. 39–48). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kinébanian, A. & Logister-Proost, I. (2019). Begriffe Verstehen - Der Hintergrund der ergotherapeutischen Modelle. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (Pp. 353–376). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kottorp, A., M. Hällgren, B. Bernspång, & A. G. Fisher. (2003). Client-centred occupational therapy for persons with mental retardation: Implementation of an intervention programme in activities of daily living tasks. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 10(2). doi: 10.1080/11038120310009416.
- Kuiper, C., & Satink, T. (2006) Het Kennisdomein van de Ergotherapie. In A. Kinébanian & M. Le Granse (Eds.), *Grondslagen van de Ergotherapie* (2nd Ed., pp. 117–152). Maarsse: Elsevier gezondheidszorg.
- Lauer, T. (2019). *Change Management: Grundlagen und Erfolgsfaktoren* (3. Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler-Verlag

## Auf Schatzsuche nach Ressourcen

- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2015). *Canadian occupational performance measure* (5. Aufl.). Idstein: Schulz- Kirchner Verlag.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien*. Abgerufen am 29.08.2021, von [https://healthsci.mcmaster.ca/docs/librariesprovider130/default-document-library/guidelines-for-critical-review-form-quantitative-studies-german.pdf?sfvrsn=acc4444d\\_2](https://healthsci.mcmaster.ca/docs/librariesprovider130/default-document-library/guidelines-for-critical-review-form-quantitative-studies-german.pdf?sfvrsn=acc4444d_2).
- le Granse, M., van Hartingsveldt, M., Kinébanian, A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Logister-Proost, I. (2019). Occupational Therapy Practice Framework. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Ed.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 422–38). Stuttgart: Thieme Verlag
- Lüdeking, C. (2016). Interdisziplinäres Arbeiten in Kliniken - Chance oder Risiko?: Positive und negative Effekte von Teamarbeit auf Ergotherapeuten und andere Teammitglieder. *Ergoscience* 11(2), 46–56. doi:10.2443/skv-s-2016-54020160201.
- Marotzki, U. (2008). Selbstverständnis der Ergotherapie - Sinnvolle Betätigung im Fokus. *Ergopraxis* 01(05),30. Doi:10.1055/s-0030-1261710.
- Matuschek, K. (2016). Die therapeutische Beziehung aus der Perspektive Akademisierter Ergotherapeuten vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels - Eine qualitative Studie. *Ergoscience* 11(3), 90–101. doi:10.2443/skv-s-2016-54020160301
- May, M. (2017). Die Bedeutung non-verbaler Kommunikationsformen für personenbezogene soziale Dienstleistungen. *Widersprüche: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich* 37(143), 97–121.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken*. (12., Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (6. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mentrup, C. (2013). Das Ergotherapeutische Paradigma - Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun?. In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Hrsg.) *Ergotherapie sucht Topmodelle. Theorie und Praxis aktuell. Herbsttagung 2013 DVE Fachausschuss Neurologie* S. 9–16. Istein: Schulz-Kirchner
- Merklein de Freitas, C. (2015). Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten - eine Interpretativ Phänomenologische Analyse. *Ergoscience* 10(4), 156-162. doi:10.2443/skv-s-2015-54020150403

- Merklein de Freitas, C., Pott, U., Weber, B., Wendel, E. & Zillhardt, C. (2015). Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten. *Ergotherapie & Rehabilitation* 54(12), 24-28. Abgerufen am 29.08.2021, von [https://www.skvdirect.de/shop/images/files/download/1630225007\\_79564792624450\\_et\\_2015\\_12.pdf](https://www.skvdirect.de/shop/images/files/download/1630225007_79564792624450_et_2015_12.pdf)
- Miesen, Maria. (2004). *Berufsprofil Ergotherapie*. Idstein: Schulz- Kirschner Verlag.
- 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 2: Komplexitätstheorie als Epistemologis. *Ergoscience* 12(2),74–81. doi: 10.2443/skv-s-2017-54020170305
- Müller, A., Gritsch, S., Dietrich, E. Graeff, H., Feldhege, U., Grotejohann,A., and Hinz, C. (2007). Client-centred process Evaluation” (CCPE) - Validierungsstudie in der stationären und ambulanten Neurologie. *Ergoscience* 2(1). doi: 10.1055/s-2006-927378.
- Nielsen, T. L., Schultz Petersen, K., Vinther Nielsen, C., Strøma, J. Milters Ehlers,M. & Bjerrum, M. (2017). What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults’ occupational performance?. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 24(4). doi: <http://dx.doi.org/10.1080/11038128.2016.1245357>.
- Nusser-Müller-Busch, R. (2009). Schluckstörungen – Störungen der Nahrungsaufnahme. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (pp. 424-441). Stuttgart: Thieme Verlag.
- O’Sullivan, G. (2016). Occupational therapy: the promise and the paradox. *New Zealand Journal of Occupational Therapy* 63(1),28. Abgerufen am 29.08.2021, von <https://eds-a-ebcohst-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=ccabb981-3e72-43e1-b3f1-c150990067ad%40pdc-v-sessmgr02>
- Pellegrini, M., D. Formisano, V. Bucciarelli, M. Schiavi, and S. Fugazzaro. (2018). Occupational therapy in complex patients: A pilot randomized controlled trial. *Occupational therapy international*, 1–11. doi:10.1155/2018/3081094.
- Pozzi, C, Lanzoni, A. Lucchi, E. Salimbeni, I., DeVreese, L. P., Bellelli, G., Fabbo, A., & Morandi, A. (2020). Activity-based occupational therapy intervention for delirium superimposed on dementia in nursing home setting: A feasibility study. *Aging clinical and experimental research* 32(5), 827–33. doi:10.1007/s40520-019-01422-0.
- Räbiger, J., Rottenecker, J., Lauer, N., Warnke, A., Hansen, H., Wasner, M & Blümke, C. (2019). Therapeuten mit berufsqualifizierendem Studienabschluss: Berufseinmündung und Erfahrungen im Berufsalltag – Ergebnisse einer Absolventenbefragung. *Ergoscience* 14(4), 147–55. doi:10.2443/SKV-S-2019-54020190402.

- Raymond, M., Feldman, D., Prud'homme, M.P., & Demers, L. (2013). Who's next? Referral prioritisation criteria for home care occupational therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 20(12), 580. Abgerufen am 29.08.2021, von <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2c920221-8762-4a9d-8a6c-ccb396701c50%40pdc-v-sessmgr02>
- Recom (o.D.). *Glossar zu ENP*. Abgerufen am 27.08.2021, von <https://www.recom.eu/wissen/enp-entwicklung/glossar.html>
- Reichel, K., Marotzki, U. & Schiller, S. (2009). Ethische Standards Für Ergotherapeutische Forschung in Deutschland. *Ergoscience* 4, 56–70. doi:10.1055/s-0028-11099375.
- Ritschl, V., Mosor, E. & Stamm, T. (2019). Evidenzbasierte Praxis anwenden und eigene Forschung durchführen. In M. Feiler (Ed.), *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (pp.294-301). Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Ritschl, V., Höhyl, B., Ritschl, H., Prinz-Buchberger, B. & Stamm, T. (2016a). Qualitative Datensammlung. In V. Ritschl, R. Weigl, and T. Stamm (Ed.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Verstehen, Anwenden Nutzen für die Praxis* (pp. 119–27). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ritschl, V. & Stamm, T. (2016). Inhaltsanalyse. In V. Ritschl, R. Weigl, and T. Stamm (Ed.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Verstehen, Anwenden Nutzen für die Praxis* (pp. 93-38). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ritschl, V., Stamm, T & Unterhumer, G. (2016b). Wissenschaft praktisch-evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl, and T. Stamm (Ed.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Verstehen, Anwenden Nutzen für die Praxis* (pp. 292–306). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ritschl, V., Weigl, R. & Stamm, T. (2016c). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Romein, E (2010). Ein starkes Berufsprofil schafft Arbeitsplätze: Erfahrungen aus dem Behandlungszentrum Vogtareuth. *Ergopraxis* 10(3), 30–33. doi:10.1055/s-0030-1267456.
- Romein, E., Kirsch, G. & Dehnhardt B. (2016a). Konsequenz betätigungsorientiert Denken und Handeln Change Management in ergotherapeutischen Praxen (Teil 1). *Ergotherapie und Rehabilitation* 55(8), 22–25. doi:10.2443/skv-s-2016-51020160802.
- Romein, E., Kirsch, G. & Dehnhardt B. (2016b). Es tut sich was! Change Management in ergotherapeutischen Praxen (Teil 2). *Ergotherapie Und Rehabilitation* 55(9), 14–17. doi: 10.2443/skv-s-2016-51020160901.
- Rüther, L. (2019). Ein Wegweiser für den Upgrade-Prozess: Betätigungsorientierte Ergotherapie in der neurologischen Rehabilitationsklinik. *Ergotherapie und Rehabilitation* 58(2), 20–24. doi:10.2443/skv-s-2019-51020190202.

- Satink, T. & van de Velde, D. (2019). Kerndomänen in der Ergotherapie. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 75–77). Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Schirmer, J. (2013). Betätigungsorientierte Ergotherapie braucht eine betätigungsorientierte Ausbildung! *Ergotherapie und Rehabilitation* 52(10), 18–22. doi:10.2443/skv-s-2013-51020131002.
- Schmid, C. & Sell-Krude, S. (2014). Vorteil Akademisierung!? Ein Diskussionsbeitrag zu den Akademisierungsbestrebungen in Deutschland. *Ergotherapie und Rehabilitation* 53(5), 11-17. doi: 10.2443/skv-s-2014-51020140501
- Schönle, Paul Walter. (1999). Phase F Der Neurologischen Rehabilitation. Abgerufen am 20.08.2021 von [https://www.wachkoma.at/wp-content/uploads/2018/04/jahrestagung\\_sch%C3%B6nle\\_2002.pdf](https://www.wachkoma.at/wp-content/uploads/2018/04/jahrestagung_sch%C3%B6nle_2002.pdf)
- Schulte, L., Sturmhöfel, O. & Andres, L. (2017). Klientenzentrierung und Handlungsorientierung im neurologisch- klinischen Setting. *Ergoscience* 12(1), 3-10. doi:10.2443/skv-s-2017-54020170101.
- Schwab, J. M., Maegele, M., Lefering, R., Marcel Kopp, M., Blex, C. & Schäfer, N. (2018). *Abschlussbericht Zum Vorhaben: Etablierung von ZIEL – ZNS – Interdisziplinäre Schädel-Hirn Trauma Datenbank zur Steigerung des Evidenzgrads der Leitlinien medizinischer Versorgung* (FR-0228).
- Schwandt, T. A. (2001). *Hermeneutic Circle*. In *Dictionary of qualitative inquiry*, edited by T. A. Schwand. (pp. 112–18), Thousand Oaks, Kalifornien: Sage Publication.
- Schwarze, G. (2019). „ÖKOTOPIA“ – ein Projekt der nachhaltigen Städteplanung und Prävention. In M. Feiler (Hrsg.) *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (pp. 344-353). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Stadler-Grillmaier, J. (2012). Entwicklungen und Herausforderungen rund um die ergotherapeutische Fachsprache im deutschen Sprachraum: Wie stehts um Betätigung? *World Federation of Occupational Therapists Bulletin* 65(1), 35–42. doi:10.1179/otb.2012.65.1.007.
- Striesow, R. (2019). Betätigung und Funktion sind untrennbar: Ergotherapie in der Neurologie. *Ergopraxis* 12(10), 33–37. doi:10.1055/A-0957-9712.
- Sumsion, T. (2002). Klientenzentrierte Ergotherapie - Umsetzung in die Praxis. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Sumsion, T. & Law, M. (2006). A Review of Evidence on the Conceptual Elements Informing Client-Centred Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 73(3), 153–62. doi:10.1177/000841740607300303.
- Taylor, R. & Kielhofner, G. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application*. (5. revised edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 65, 189–196. doi: 10.5014/ajot.2011.000828
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. (2. edition). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Trivedi, D., Goodman, C., Gage, H., Baron, N., Scheibl, F., Iliffe, S., Manthorpe, J., Bunn, F. & Drennan, V., (2013). The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: A systematic review. *Health and Social Care in the Community* 21(2),113–28. doi:10.1111/J.1365-2524.2012.01067.X.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2017). *Menschliche Kommunikation: Formen*. (13. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Weber, B. (2005). Modelle der Ergotherapie In C. Habermann & C. Wittmershaus (Ed.), *Ergotherapie Im Arbeitsfeld Geriatrie* (pp. 50-89). Stuttgart: Thieme- Verlag.
- Weigl, R. (2016). Fragebogen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Eds), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Verstehen, Anwenden Nutzen für die Praxis* (pp. 160–82). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wheeler, S. & Acord-Vira, A. (2016). *Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma. Leitlinien der Ergotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Wilding, C., & Whiteford, G. (2007). Occupation and Occupational Therapy: Knowledge Paradigms and Everyday Practice. *Australian Occupational Therapy Journal* 54(3), 185–93. doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00621.x.
- Wilson, L., Atwal, A., Richards, C. & McIntyre, A. (2019). Do occupational therapy pre-discharge home visits affect the longer term outcomes of the discharge process? *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 19(6), 335--343. doi:10.12968/ijtr.2012.19.6.335.
- Woick, G., Larsen-Vefring, L., Litwa, T. & Zillhardt, C. (2014). Rollenfindung von Berufseinsteigern in der Ergotherapie -- Anpassungsstrategien, Ressourcen und Barrieren. *Ergoscience* 9(3), 108–17. doi:10.2443/skv-s-2014-54020140303.
- Wong, Carin, Brenda Fagan, and Natalie E. Leland. (2018). Occupational Therapy Practitioners' Perspectives on Occupation-Based Interventions for Clients with Hip Fracture. *American Journal of Occupational Therapy* 72(4), 1–7. doi:10.5014/ajot.2018.026492.
- Zieger, A. (2018). "Wachkoma" Im Wandel . *NOT* 1, 52–54. Abgerufen am 20. Juli 2021, von [http://www.a-zieger.de/Dateien/Publikationen-Downloads/Artikel-Zieger-Wachkoma-im-Wandel-Zeitschrift-NOT-1\\_2018-mit-Lit.pdf](http://www.a-zieger.de/Dateien/Publikationen-Downloads/Artikel-Zieger-Wachkoma-im-Wandel-Zeitschrift-NOT-1_2018-mit-Lit.pdf)

Auf Schatzsuche nach Ressourcen

Zieger, A. (2002). Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen Bio- Und Beziehungsmedizin. *Intensiv 10(06)*, 261–274. doi: 10.1055/S-2002-35516.

## Glossar

### **Abstraktionsniveau**

„Das Abstraktionsniveau bezeichnet den Grad an Verallgemeinerung wahrgenommener Merkmale von Einzelobjekten auf eine höhere Kategorie- oder Begriffsebene, die Eigenschaften dieser Objekte integriert, aber nicht genau benennt. Durch die Ausklammerung von Einzelheiten ist es möglich, Merkmale, Eigenschaften oder Grundbedingungen für eine allgemeinere Ordnung festzulegen. Es handelt sich somit um einen induktiven Denkprozess der Begriffsbildung bzw. Kategorisierung. Je höher das Abstraktionsniveau, desto allgemeiner ist ein Begriff, je niedriger, desto spezieller ist ein Begriff“ (recom, o.D.).

### **Apallisches Syndrom**

Apallisches Syndrom bezeichnet zumeist eine schwerwiegende Schädigung des Großhirns. Die vegetativen Funktionen des Zwischenhirns, des Hirnstamms und des Rückenmarks sind dabei jedoch erhalten. Umgangssprachlich wird es auch als Wachkoma bezeichnet. Betroffene Menschen scheinen wach zu sein, sind aber vermutlich nicht bei Bewusstsein und haben nur sehr geringe Mitteilungsmöglichkeiten (Masuhr et al., 2013).

### **Assessment**

Assessments sind Messinstrumente die eine standardisierte und professionelle Vorgehensweise zur Befunderhebung ermöglichen. Sie werden im ergotherapeutischen Kontext meist verwendet, um die Betätigungsausführung, Aktivitäten, Aufgaben und auch Funktionen einer Person und ihres Systems im Kontext darzustellen. (Le Granse et al., 2019).

### **Bottom-up-Ansatz**

Beim Bottom-Up-Ansatz beginnt die Ergotherapeutin bei der Erhebung des Befundes mit dem Fokus auf personenbezogenen Faktoren, Körperfunktionen oder Umweltfaktoren des Klienten (Fisher, 2018).

### **Change Prozess**

„Die Verbesserung der organisatorischen Leistungsfähigkeit zur Erreichung der strategischen Ziele der Unternehmung und die Verbesserung der Qualität des Arbeitslebens für die in ihr beschäftigten Mitarbeiter“ (Schewe et al., 2018).

## **Dysphagie**

Dysphagie wird definiert als Schluckstörung. Dabei treten Schwierigkeiten beim oder nach dem Schlucken von Speichel oder Nahrung auf. Dabei können beispielsweise häufiges, wiederholtes, anstrengendes Schlucken, wiederkehrende Hustenattacken, Atembeschwerden und Brustschmerzen auftreten (Nusser-Müller-Busch, 2009).

## **Engagement**

Engagement bezeichnet hier, dass beteiligt sein an etwas, das man selbst ausführt oder etwas, das man in Gemeinschaft mit anderen ausführt. Es bezieht sich darüber hinaus auch auf die Gedanken und das Nachdenken was man tun möchte und ebenso das Reflektieren darüber, was man selbst und in der Gemeinschaft getan hat. Es sollte als sehr komplex verstanden werden, was über das bloße Ausführen von Betätigung hinaus geht (le Granse et al., 2019).

## **Ethisches Reasoning**

Das ethische Reasoning ist geprägt durch die Orientierung an ethischen Prinzipien (Schwarze, 2019)

## **Gütekriterien**

„Unter Gütekriterien werden Kriterien zusammengefasst, die die Güte, d.h. die wissenschaftliche Exaktheit von Studien beschreiben. Gütekriterien dienen einerseits Forschern und Forscherinnen als Richtlinien, um wissenschaftliche Exaktheit in ihren Forschungsstudien zu gewährleisten. Andererseits können sie auch zur kritischen Beurteilung der Studie herangezogen werden“ (Höhl, 2016).

## **hyperton**

Hyperton bezeichnet einen erhöhten Muskeltonus mit einer hohen Spannung, die sich unter anderem zu einer spastischen Muskelverkrampfung entwickeln kann. Bei einem erhöhten Tonus sind die Extremitäten nur schwer zu bewegen, da der Bewegung ein gefühlter Widerstand entgegengesetzt wird (Davis, 2002).

### **hypoton**

Hypoton bezeichnet einen schlaffen Muskeltonus mit einer geringen Spannung. die Extremitäten sind schlaff und zeigen wenig oder keinen Widerstand gegen Bewegung, sodass sie ohne externe Unterstützung meist in Richtung der Schwerkraft fallen (Davis, 2002).

### **Interaktives Reasoning**

Interaktives Reasoning ist bestimmt durch gefühlsgelitetes Denken, durch Beobachtungen und Wahrnehmungen (Schwarze, 2019).

### **Interdisziplinär**

Unter interdisziplinär versteht man, mehrere Disziplinen umfassend, oder auch die Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen. „Eine interdisziplinäre oder fächerübergreifende Arbeitsweise umfasst mehrere voneinander unabhängige Einzelwissenschaften, die einer meist wissenschaftlichen Fragestellung mit ihren jeweiligen Methoden nachgehen [...] Interdisziplinarität bedingt das Zusammenführen verschiedener Teilaspekte, ein reines Nebeneinander dieser Aspekte reicht hierfür nicht aus“ (recom, o.D.)

### **Intradisziplinär**

Die intradisziplinäre Arbeit bezieht sich auf die Zusammenarbeit in der eigenen Berufsgruppe.

### **Konditionales Reasoning**

Das Konditionale Reasoning richtet sich an komplexen sozialen Vorstellungen aus, bei der das Denken durch das Vorstellungsvermögen und die Imagination geleitet werden, um den Klienten in seiner persönlichen Lebenswelt zu verstehen (Schwarze, 2019).

### **Narratives Reasoning**

das narrative Reasoning ist geprägt durch das Denken in Geschichten (Schwarze, 2019).

### **Partizipation**

„Partizipation bedeutet zum einen „teilnehmen“ oder „anwesend sein“, zum anderen „partizipieren an Entscheidungen“ (le Grasse et al., 2019, S. 626). Die Ergotherapie möchte beides erreichen, dabei

Auf Schatzsuche nach Ressourcen

werden Schwerpunkte auf die Partizipation in der Gemeinschaft durch das Mitwirken der Klient\*innen in der Gemeinschaft gelegt und ebenso können bei der Partizipation Ergotherapeut\*innen die Klient\*innen aktiv in Entscheidungsprozesse miteinbeziehen (le Granse et al., 2019).

### **Pragmatisches Reasoning**

Das pragmatische Reasoning ist geprägt durch sachliches und anwendungsbezogenes Denken (Feiler, 2019).

### **Rehabilitation**

„Rehabilitation ist ein Prozess, in dem direkte Hilfestellung für den Klienten mit der Begleitung und Gestaltung der Umwelt kombiniert werden, wodurch die Betätigung und die Partizipation möglichst weit ausgedehnt und die vorhandenen Kapazitäten so gut es geht in einem möglichst normalen sozialen Rahmen eingesetzt werden“ (le Granse et al., 2019, S. 629).

### **Scientific Reasoning**

Das scientific Reasoning ist bestimmt durch fachliches Wissen (Schwarze, 2019).

### **Top-down-Ansatz**

„Bei einem Top-Down-Ansatz beginnt die Ergotherapeutin mit offener Sicht auf den Klienten: Wer ist der Klient, was sind seine Bedürfnisse und Wünsche, welche Alltagsaufgaben möchte der Klient erledigen können, um seine erwünschten Lebensrollen, die ihm die gewünschte Partizipation ermöglichen, zur Zufriedenheit auszufüllen.“(Fisher, S.19, 2018).

### **Unterstützende Kommunikation**

Unterstützende Kommunikation ist ein Sammelbegriff und bezeichnet alle Kommunikationsformen für Menschen mit schwer verständlicher, begrenzter oder fehlender Lautsprache. Dazu gehören körpereigene und körperfremde Kommunikationsformen, welche die noch vorhandenen Möglichkeiten der Kommunikation ergänzen, ersetzen und erweitern. Unterstützende Kommunikation bietet Menschen, die kaum oder nicht mehr ausreichend lautsprachlich kommunizieren können, Alternativen, um sich wirksam mitteilen zu können (Tetzcher & Martinsen, 2000).

### **Vegetative Funktionen**

Vegetative Funktionen sind Funktionen im Körper, die nicht bewusst wahrgenommen werden und sich der willkürlichen Kontrolle entziehen. Darunter fällt beispielsweise die Atmung, der Herzschlag und der Stoffwechsel (Masuhr et al., 2013).

### **Validierung**

„Als Validierung bezeichnet man das Verfahren zur Feststellung von Validität. Innerhalb von Validierungsarbeiten wird je nach Anwendungsbereich untersucht, inwieweit die Forschung nach einem spezifisch beabsichtigten Gebrauch eine spezifisch beabsichtigte Anwendung oder ein spezifisch beabsichtigtes Ergebnis durch einen objektiven Nachweis oder eine Konsensherstellung zwischen Personen als erfüllt bestätigt werden kann“ (recom, o.D.)

Auf Schatzsuche nach Ressourcen

## Abbildungsverzeichnis:

<i>Abbildung 1: Schematische Darstellung OTIPM (Fisher, 2018, S.23 )</i> .....	23
<i>Abbildung 2: 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontexts (Fisher, 2018, S. 118.)</i> .....	24
<i>Abbildung 3: Flussdiagramm „Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie“ (BAR, 2003)</i> .....	29
<i>Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 70)</i> .....	42
<i>Abbildung 5 Mindmap der gebildeten Kategorien</i> .....	47

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Analyseprozess Schritt 2-6</i> .....	43
<i>Tabelle 2: Angaben zu den Teilnehmenden</i> .....	47

## Anlagen

### Anlage 1 Genutzte Datenbanken und Keywords

Datenbank: DIZ			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
		2007 bis 2021	Englisch/deutsch
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
neurologie AND ergotherapie			1617
Neurologie AND "occupation based intervention" or "activity-based intervention" or "activity focused intervention" or "occupation centered intervention"			2
Ergotherapie AND Wachkoma			313
Ergotherapie AND komplexe Patienten			1022
"occupation-based" AND "occupational-therapy" AND "vegetative state"			159
"occupation-based" AND "occupational-therapy" AND participation AND neurologie			12
activities of daily living OR ADL OR daily activities OR occupational performance AND occupational therapy OR occupational therapist OR ot AND vegetative state OR unresponsive OR unconscious			31

Auf Schatzsuche nach Ressourcen

occupation-based AND occupational therapy OR occupational therapist OR occupational therapists OR ot AND cognitive intervention	132

Datenbank: Pubmed			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	2011 bis 2021	Englisch	wissenschaftliche Zeitschrift
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
„occupational therapy“ AND neurology			1461
occupational therapy AND neurology AND "Occupational based"			1
activities of daily living OR adl OR daily activities OR occupational performance AND occupational therapy OR occupational therapist OR ot AND vegetative state			5
"occupation-based" AND "occupational-therapy" AND participation			117
„occupation-based" AND "occupational-therapy" AND participation AND neurology			2
"occupation-based" AND "occupational-therapy" AND "minimale state"			41
"occupation-based" AND "occupational-therapy" AND neurology AND "activities of daily living" OR adl OR "daily activities"			15454

Auf Schatzsuche nach Ressourcen

"Occupational Therapy Intervention Process Model" AND neurology AND "vegetative state" OR unresponsive AND "activities of daily living" OR "daily activities"	8771
"occupational therapy" AND neurology AND "activities of daily living" AND "stroke"	55
interdisciplinary AND "occupational therapy"	874
interdisciplinary AND "occupational therapy" AND "activities of daily living"	67
"clinical reasoning" and "occupational therapy"	134

Datenbank: otseeker			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	Keine Einschränkung	Englisch	wissenschaftliche Zeitschrift
Stichwörter und Operatoren		Trefferanzahl	
interdisciplinary AND "occupational therapy"		9	
Stroke AND Activities of daily living		197	
Stroke AND Activities of daily living AND interdisciplinary		1	
Activities of daily living AND interdisciplinary		8	
Cooperation AND rehabilitation		3	
ICF AND occupational-based		267	

Anlage 2 Evidenztabelle

Ausgewählte Artikel	Evidenzlevel nach Borgetto
<p>Bender, A., Adrion, C., Fischer, L., Huber, M., Jawny, K., Straube, A., Mansmann, U. (2016). Langzeitrehabilitation von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen</p> <p>Eine randomisierte kontrollierte Studie zu einem intensiven teilhabeorientierten ambulanten Therapieprogramm.</p>	<p><b>Evidenzlevel 2</b></p> <p>(klinisch-experimentelle Forschung/ RCT)</p>
<p>Brandt, B. (2017). Therapieansätze überdenken: Generalisation und Alltagstransfer sicherstellen.</p>	<p><b>Evidenzlevel 1</b></p> <p>(qualitative Forschung/</p>
<p>Che Daud, A. Z., Yau, M. K., Barnett, F., Judd, J. (2016). Occupation-based Intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia.</p>	<p><b>Evidenzlevel 4</b></p> <p>(qualitative Forschung/beobachtend)</p>
<p>Daksha, T., Goodman, C., Gage, H., Baron, N., Scheibl, F., Iliffe, S., Manthorpe, J., Bunn, F. &amp; Drennan, V. (2013). The Effectiveness of Inter-Professional Working for Older People Living in the Community: A Systematic Review.</p>	<p><b>Evidenzlevel 1</b></p> <p>(descriptive Forschung/ Systematic Review)</p>
<p>Di Tommaso, A., Isbel, S., Scarvell, J., Wicks, A. (2016). Occupational therapists' perceptions of occupation in practice: An exploratory study.</p>	<p><b>Evidenzlevel 4</b></p> <p>(qualitative Forschung/ beobachtend)</p>
<p>Kottorp, A., Hällgren, M., Bernspång, B. &amp; Fisher, A.G. (2003). Client-Centred Occupational Therapy for Persons with Mental Retardation. Implementation of an Intervention Programme in Activities of Daily Living Tasks.</p>	<p><b>Evidenzlevel 4</b></p> <p>(klinisch-experimentelle Forschung/Einzelfallstudie)</p>
<p>Matuschek, K. (2016). Die therapeutische Beziehung aus der Perspektive akademisierter Ergotherapeuten vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels – eine qualitative Studie.</p>	<p><b>Evidenzlevel 4</b></p> <p>(qualitative Forschung/ beobachtend)</p>
<p>Merklein de Freitas, C. (2015). Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten: Eine interpretativ phänomenologische Analyse.</p>	<p><b>Evidenzlevel 4</b></p> <p>(qualitative Forschung/ beobachtend)</p>
<p>Nielsen, T.L., Schultz Petersen, K., Vinther Nielsen, C., Strøma, J., Ehlersa, M.M. &amp; Bjerruma, M. (2017). What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults' occupational performance? A systematic review.</p>	<p><b>Evidenzlevel 1</b></p> <p>(descriptive Forschung/ Systematic Review)</p>

Auf Schatzsuche nach Ressourcen

Pellegrini, M., D. Formisano, V. Bucciarelli, M. Schiavi, and S. Fugazzaro. 2018. Occupational Therapy in Complex Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial.	<b>Evidenzlevel 2</b> (klinisch-experimentelle Forschung/ RCT)
Schulte, L., Sturmhöfel, O., Andres, L. (2017). Klientenzentrierung und Handlungsorientierung im neurologischklinischen Setting.	<b>Evidenzlevel 4</b> (qualitative Forschung/ beobachtend)
Wong, C., Fagan, B., Leland, N. E. (2018). Occupational Therapy Practitioners' Perspectives on Occupation-Based Interventions for Clients With Hip Fracture.	<b>Evidenzlevel 3</b> (qualitative Forschung/ beobachtend)

*Ausschnitt aus der Evidenztabelle mit Bewertung der Artikel nach Borgetto (2017)*

### Anlage 3 Evaluationsbogen des Pretestes

- Waren die Fragen verständlich? Waren die Fragen zu umständlich formuliert?
- Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie in Bezug auf Formulierungen?
- Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie in Bezug auf Inhaltliches?
- Fanden Sie die Fragen schwierig zu beantworten?
- Gibt es wichtige oder wesentliche Aspekte, die wir mit den Fragen nicht abgedeckt haben?
- Wie empfanden sie die Atmosphäre des Gespräches im Allgemeinen, sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
- Empfanden Sie die Reihenfolge der Fragen sinnvoll oder würden Sie etwas umstellen?
- Wie empfanden Sie die Dauer des Interviews? Zu kurz oder zu lang?

## Anlage 4 Interviewleitfaden

Vorbereitende Fragen	Es wurde nach dem Berufsabschluss und der Berufserfahrung, sowie dem nach dem Alter und der momentanen Arbeitsstelle gefragt	Bogner, Littig & Menz, (2014); Schmidt & Sell-Krude, (2014); Wilding & Whiteford, (2007);
----------------------	--	---

- Als nächstes würden ich gerne etwas spezifischer und tiefer in das Thema der Betätigungsbasierung einsteigen!

Betätigungsbasierung in der ergotherapeutischen Arbeit	<p>Was verstehen Sie unter Betätigungsbasierung?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeiten Sie oder Ihre Einrichtung nach einem speziellen ergotherapeutischen Modell – und wenn ja, nach welchem?</li><li>• Nutzen Sie für Ihre Interventionen Assessments?</li><li>• Beschreiben Sie beispielhaft Ihr Vorgehen mit den Klient*innen zu Beginn oder zum Einstieg in den Therapieprozess (Evaluationsphase)!</li><li>• Wo sehen Sie in diesem Schritt des ergotherapeutischen Prozesses die Betätigungsbasierung in Ihrer Arbeit?</li><li>• Gibt es Klient*innen bei denen Sie von der Betätigungsbasierung abweichen, wenn ja, aus welchen Gründen weichen Sie ab?</li><li>• Wenn Sie Betätigungsbasiert arbeiten, wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Umsetzung?</li></ul>	Bender et al, (2016); Brandt, (2017); Fisher, (2018); Kievelitz, (2014); Matuschek, (2016); Merklein de Freitas, (2015); Möller, (2017); Schulte et al., (2017)
--	--	--

## Auf Schatzsuche nach Ressourcen

- In einem weiteren Schritt würde ich nun gerne auf Rahmenbedingungen und Ressourcen in Bezug auf Ihre betätigungs-basierte Arbeit eingehen!

unterstützende Ressourcen zur betätigungs-basierten Arbeit

- Welche institutionellen Rahmenbedingungen unterstützen Sie bei der Umsetzung der Betätigungs-basierung mit Ihren Klient\*innen?  
Atwal et al., (2014); Lüdeking, (2016); Matuschek, (2016) Merklein de Freitas, (2015); Rüter, (2019); Schulte et al., (2017);
- Welche persönlichen Ressourcen unterstützen Sie bei der Umsetzung der Betätigungs-basierung in Ihrem Therapiealltag?
- Welche Umweltbezogenen Ressourcen unterstützen Sie bei der Umsetzung der Betätigungs-basierung?
- Welche Ressourcen der Klienten\*innen unterstützen den betätigungs-basierten Prozess?
- Welche Unterstützung würden Sie sich wünschen, um (noch) betätigungs-basierter arbeiten zu können?

- Nachdem ich Sie nun zum betätigungs-basierten Arbeiten im ergotherapeutischen Prozess befragt habe, und Sie als Expert\*in fungieren, was würden Sie Ergotherapeut\*innen mit auf den Weg geben, die die Umstellung zu betätigungs-basiertem Arbeiten noch nicht vollzogen haben, dies aber vorhaben?  
Bogner, Littig & Menz, (2014); Romein et al., (2016a); Roemein et al., (2016b)
- Gibt es im Rahmen dieses Interviews noch weitere Themen oder Informationen, die Sie ansprechen möchten?

**Zuyd University of Applied Sciences** **ZU YD**

## Ergotherapeut\*innen für Interviews gesucht!

**Wir wollen durch die Bachelorarbeit...**

- ... den ergotherapeutischen Prozess in der Rehaphase F betrachten
- ... untersuchen, inwieweit betätigungsbasiert gearbeitet wird
- ... herausfinden wie dies (noch stärker) umgesetzt werden kann

**Wir suchen Ergotherapeut\*innen, die....**

- ... **mind. 1 Jahr** in der neurologischen Langzeitrehabilitation (Rehaphase F) in Deutschland arbeiten oder gearbeitet haben
- ... **Betätigung** als Ziel und oder als Mittel für den Therapieprozess nutzen

Das etwa **45-minütige online Interview** wird im Zeitraum von **Mitte Mai bis Anfang Juni** stattfinden.

Die Teilnahme ist nicht verpflichtend und die Anonymität wird gewährleistet.

**Wir sind...**

- Sylvia Knips, Daria Weiler und Lea Neyer
- Ergotherapeutinnen, die in der Neuro-Reha arbeiten
- Studierende im Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool Heerlen (NL)

Haben wir Ihr Interesse geweckt?  
Bitte melden Sie sich bis zum  
**06. Juni 2021**  
[Betaetigung.langzeitreha@gmail.com](mailto:Betaetigung.langzeitreha@gmail.com)

## Anlage 6 Einverständniserklärung der Teilnehmenden

### **Betätigungsbasierung in der neurologischen Langzeitrehabilitation: <verpflichtend.>**

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

Name Studienteilnehmer\*in:

Unterschrift:

Datum : \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_

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

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

Name Studienleiter\*in:

Unterschrift:

Datum: \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_

-----  
<sofern notwendig>

Ergänzende Informationen wurden von folgender Person gegeben:

Name:

Funktion:

Unterschrift:

Datum: \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_

-----  
\* Nicht Zutreffendes bitte herausnehmen.

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

## Anlage 7 Informationen für die Teilnahme an der Studie

### **Betätigungsbasierung in der neurologischen Langzeitrehabilitation**

#### Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

#### 1. Allgemeine Informationen

Diese Studie wird von Sylvia Knips, Lea Neyer und Daria Weiler, Ergotherapeut\*innen, die im Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) studieren, im Rahmen ihrer Bachelorarbeit durchgeführt.

An dieser Studie sollen ungefähr sechs bis neun Personen teilnehmen.

#### 2. Ziel der Studie

Die Studie soll den momentanen Stand der betätigungsbasierten ergotherapeutischen Interventionen in der neurologischen Rehapphase F in Deutschland aufzeigen und eine Perspektive bieten, wie betätigungsbasierte Therapie mit Klient\*innen der Rehapphase F gemeinsam gestalten werden kann.

#### 3. der Studie

In der deutschen Literatur wird die Betätigungsbasierung in der Rehapphase F nur wenig thematisiert. Wie aber der Paradigmenwechsel auch in der Neurologie umgesetzt wurde und wie heutzutage betätigungsbasierte Therapie gelingen kann soll herausgearbeitet werden und damit Veränderung ermöglichen. In der heutigen Praxis ist häufig noch funktionell gestützte Ergotherapie zu sehen, die sich hauptsächlich mit den Körperstrukturen und -funktionen beschäftigt. Mit diesem Thema beschäftigen sich viele Berufseinsteiger\*innen die aus der Ausbildung/ dem Studium kommen und mit dem Paradigma der Betätigungsbasierung motiviert einsteigen wollen, doch sehr häufig durch die Realität in deutschen Ergotherapieeinrichtungen, frustriert sind. Zudem richtet sich das Thema auch an Ergotherapeut\*innen mit Berufserfahrung, die auf betätigungsbasierte Interventionen umstellen möchten.

## Auf Schatzsuche nach Ressourcen

### 4. Was bedeutet es für Sie, wenn Sie teilnehmen

Wenn Sie an unserer Studie teilnehmen, dauert das insgesamt ungefähr 45 Minuten. Im Rahmen unserer Studie möchten wir mit Ihnen ein online Interview führen.

Das Interview wird über die Kommunikationssoftware Microsoft Teams stattfinden. Es handelt sich um ein etwa 45-minütiges Interview. Die Termine werden ab dem 17.Mai 2021 über die Emailadresse [betaetigung.langzeitreha@gmail.com](mailto:betaetigung.langzeitreha@gmail.com) vereinbart. Das Interview wird digital aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Im Anschluss wird das Transkript zur Kontrolle und für die Möglichkeit weiterer Ergänzungen, Streichungen etc. Ihnen nochmal zugesandt (Membercheck).

Bitte informieren Sie die für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen rechtzeitig, wenn

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

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

Sie entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, brauchen Sie nichts weiter zu unternehmen.

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

### 6. Beendigung der Studie

Ihre Teilnahme an der Studie endet, wenn

- das online Interview abgeschlossen ist
- Sie Ihre Teilnahme beenden möchten.

Die Studie endet, wenn alle Teilnehmende das online Interview abgeschlossen haben.

Nach der Analyse der Daten informieren wir Sie gerne über die wichtigsten Ergebnisse unserer Studie und lassen Ihnen bei Interesse unsere Bachelorarbeit zukommen. Das wird voraussichtlich im Dezember 2021 sein.

### 7. Verwendung und Aufbewahrung Ihrer Daten

Im Rahmen dieser Studie werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, verwendet und aufbewahrt. Es geht um Daten wie Ihren Namen, Ihre (E-Mail-)Adresse, Ihr Geburtsdatum und Daten zu Ihrer Arbeit. Dies ist erforderlich, um die Fragen, die im Rahmen dieser Studie gestellt werden, beantworten zu können und um die Ergebnisse veröffentlichen zu können. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis Ihre Daten im Rahmen dieser Studie verwenden zu dürfen.

#### Geheimhaltung Ihrer Daten

Um Ihre Privatsphäre zu wahren und den Datenschutz zu gewährleisten, erhalten Ihre Daten einen Code. Ihr Name und andere Daten, mithilfe derer Sie identifiziert werden könnten, werden hierbei weggelassen. Nur mit dem Schlüssel zu diesem Code können die Daten zu Ihnen zurückverfolgt werden. Der Schlüssel zu die Codes

## Auf Schatzsuche nach Ressourcen

wird sicher in der Zuyd Hogeschool aufbewahrt. Auch in der Bachelorarbeit oder möglichen weiteren Veröffentlichungen dieser Studie können die Daten nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden und sind Sie als Person nicht zu erkennen.

## Einsicht in Ihre Daten zu Kontrollzwecken

Einige Personen können Ihre gesamten Daten einsehen, auch die ohne Code. Dies ist erforderlich, um kontrollieren zu können, ob die Studie gut und vertrauenswürdig ausgeführt wurde. Personen, die zu Kontrollzwecken Einsicht in Ihre Daten erhalten, sind die für die Durchführung der Bachelorarbeit verantwortlichen Personen. Sie halten Ihre Daten geheim.

## Aufbewahrungszeitraum für Ihre Daten

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

## Einverständnis zurückziehen

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

## Weitere Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten

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

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

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

Lea Neyer 2061573neyer@zuyd.nl, Sylvia Knips 2067148knips@zuyd.nl, Daria Weiler 1759191weiler@zuyd.nl und als BC Begleiterin Tanja Klein tanja.klein@zuyd.nl

Der Datenschutzbeauftragter der Zuyd Hogeschool. Kontaktdaten siehe Anhang A und <https://www.zuyd.nl/algemeen/footer/privacyverklaring>.

## 8. Keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme

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

## Auf Schatzsuche nach Ressourcen

### 9. Haben Sie noch Fragen?

Bei Fragen können Sie mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen Lea Neyer, Sylvia Knips, Daria Weiler Kontakt aufnehmen.

Wenn Sie sich über diese Studie beschweren möchten, können Sie dies mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen besprechen. Möchten Sie das lieber nicht, können Sie sich auch an die Ombudsfrau der Zuyd Hogeschool wenden.

Alle Daten finden Sie in Anhang A: Kontaktdaten

### 10. Unterschreiben der Einverständniserklärung

Wenn Sie ausreichend Bedenkzeit hatten, werden Sie gebeten, sich mit der Teilnahme an dieser Studie einverstanden zu erklären. Wir bitten Sie, dies mithilfe der angehängten Einverständniserklärung schriftlich zu bestätigen. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie an, dass Sie die Informationen verstanden haben und in die Teilnahme an der Studie einwilligen.

Sowohl Sie als auch die für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen erhalten eine unterschriebene Version dieser Einverständniserklärung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

### 11. Anhang

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

Lea Neyer 2061573neyer@zuyd.nl, Sylvia Knips 2067148knips@zuyd.nl, Daria Weiler 1759191weiler@zuyd.nl und als BC Begleiterin Tanja Klein tanja.klein@zuyd.nl:

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

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

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

## Anlage 8 Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so’n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“ „Ganze“
4. Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
5. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
6. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.
7. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
8. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROßSCHREIBUNG gekennzeichnet.
9. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
10. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
11. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofonrauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
12. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“).

## Anlage 9 Auszug aus einem Transkript

**I:** (Mhmm). Und würdest Du sagen, dass sich deine Definition der Betätigungsbasierung in der Rehaphase F verändert?

**B:** (...) Jaa! Ach so, ja die Definition, ich muss gerade überlegen. Ich glaube die Sichtweise auf Betätigung ist ja eine andere. Also je nach dem auch, wenn man jetzt Klienten hat, die schon länger betroffen sind und dann noch mal mehr zu gucken, was hast du denn vorher eigentlich gemacht, also was wir unter einer Betätigung verstehen, wie man faltet (unv.) oder zieht sich ein T-Shirt an, aber wenn jemand schon ganz lange betroffen ist, schon seit er ein Kind ist, nochmal darüber nachzudenken was ist denn eine Betätigung für den eigentlich? Vielleicht war es immer Kindermusik hören oder sowas! Also da nochmal ein bisschen anders zu gucken, was wir selber als selbstverständliche ADL's sehen die vielleicht anderen aber schon immer nicht hatten und deswegen das Betätigungsfeld für die sicherlich ganz anders definiert hat vorher auch!

**I:** [0:05:57.1] (mmhm). Also würdest Du sagen das sich deine Arbeit im Hinblick auf die Betätigungsbasierung nicht verändert, sondern mehr deine Sichtweise auf den Klienten, oder deine Herangehensweise?

**B:** [0:06:12.2] (...) Ja! Vielleicht auch Beides (lacht). Also schon die Sichtweise, aber manche sind ja auch sehr weit von der eigenen Betätigung. Und dann kommt halt mehr nochmal auch dieses Teilhaben, dass man jemanden auch, dieses Engagement, also das Jemand auch mal irgendwo mitmachen kann auch wenn er selber nicht aktiv handelt, oder so. Da nochmal ein bisschen anders zu gucken. (...) Ja, vielleicht ist es doch die Sichtweise. Die Sichtweise, die sich auf meine Handlung ausdrückt (lacht), so.

**I:** [0:06:41.8] Ja. Arbeitest Du in deiner Einrichtung nach einem speziellen ergotherapeutischen Modell?

**B:** [0:06:48.5] Also wir haben hier (...) oft das KAWA- Modell, wobei das in der Langzeitrehaphase F, sich das meistens auch nur so als Gedankengut. Also hier in der Praxis zum Beispiel kann man ja auch Leute das Flussbett aufmalen lassen und was sie blockiert und die Hölzer da reinlegen, aber man kann das ja quasi für jeden Klienten auch anwenden, was blockiert gerade, den Fluss? Also das ist so ein Modell nach dem, das habe ich immer gerne im Hinterkopf beim Arbeiten!

**I:** [0:07:22.6] Ja, auch in der Rehaphase F?

**B:** [0:07:23.8] Hmmhm!

**I:** [0:07:24.7] Ja, (mmhmm). Und wie arbeitest Du dann damit, also ist das dann eine Herangehensweise, dein Denken, in das du das dann einordnest, die Informationen, die du erhältst, oder machst du das mit den Angehörigen oder vielleicht auch mit den Klient\*innen persönlich?

**B:** [0:07:43.9] Also, ein Assessment selber oder ein Gespräch, mit den Angehörigen, oder mit den Klienten, wenn die jetzt selber was sagen können. Aber das Modell ist ja eher so das Große und Ganze im Hintergrund. Das mach ich in dieser Phase oft für mich als Einsortierung der Informationen die ich aus den Assessments oder Gesprächen erhasche. Weil ich so ein visueller Typ bin und mir das dann besser vorstellen kann, kann man sagen! oder man auf einem Bild mehr hat was man noch, an was man noch arbeiten kann, oder was sich verändert hat.

Anlage 10 Z1-Z4 Regeln nach Mayring (2015)

**Z1: Paraphrasierung**

- Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteilen wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3 Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

**Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau**

- Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zur Hilfe!

**Z3: Erste Reduktion**

- Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zur Hilfe!

**Z4: Zweite Reduktion**

- Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/ Integration)!
- Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/ Integration)!
- Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zur Hilfe!

## Anlage 11 Ehrenwörtliche Erklärung

### Ehrenwörtliche Erklärung

Ehrenwörtliche Erklärung von Sylvia Knips

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

Hellenthal, den 30. August 2021



Datum

Unterschrift

Ehrenwörtliche Erklärung von Lea Neyer

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

Köln, den 30. August 2021



Datum

Unterschrift

Ehrenwörtliche Erklärung von Daria Weiler

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

Aachen, den 30. August 2021



Datum

Unterschrift